

# Arztpraxis

## Der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM

ist die Abrechnungsgrundlage für die ärztlichen Leistungen der Kassenpatienten in der Arztpraxis.

Er wird auf der Grundlage des Paragraph 87 Abs. 1 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgelegt.

Die Gebührenordnung für die niedergelassenen Ärzte findet sich online auf der Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung:

[https://www.kbv.de/media/sp/EBM\\_Gesamt\\_-\\_Stand\\_1.\\_Quartal\\_2025.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_-_Stand_1._Quartal_2025.pdf)

<https://ebm.kbv.de/>

oder in Buchform:

**Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Stand 1.7.2022** erschienen im Deutschen Ärzteverlag (als Taschenbuch in 2 Bänden 1958 Seiten)



oder

**EBM 2023 Kommentar 12. Auflage Peter M. Hermanns Hrsg.  
Springer Verlag (Taschenbuch 995 Seiten)**

## **Einheitlicher Bewertungsmaßstab**

**( EBM)**

**Stand: 1. Juli 2023**

**Arztgruppen- EBM**

### **I Allgemeine Bestimmungen**

#### **1 Berechnungsfähige Leistungen, Gliederung und Struktur**

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Begriffe Einzelleistung, Leistungskomplex, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar -oder Zusatzpauschale, Strukturpauschale sowie Qualitätszuschlag beziehen sich auf berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen. Mit Bezug auf diese Abrechnungsbestimmungen werden die Begriffe Pauschale, Versichertenpauschale, Grund-, Konsiliar-oder Zusatzpauschale mit dem Begriff Pauschale zusammengefasst. Der Katalog der berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen ist abschließend und einer analogen Berechnung nicht zugänglich. In Gebührenordnungspositionen enthaltene – aus der Leistungsbeschreibung ggf. nicht erkennbare – Teilleistungen sind im Verzeichnis nicht gesondert berechnungsfähiger Leistungen im Anhang 1 aufgeführt. Leistungen, die durch den Bewertungsausschuss als nicht berechnungsfähig bestimmt werden, sind im Anhang 4 zum EBM aufgeführt.

*Quelle: Originalzitat aus dem Arztgruppen-EBM der Homepage [www.kbv.de](http://www.kbv.de)*

*Im Folgenden werden Sie viele Beispiele aus der Hausarztpraxis und verschiedenen Facharztpraxen finden: die Bezahlung der niedergelassenen Ärzte ist **durch den Staat und die gesetzlichen Kassen** vorgegeben.*

*Der Praxisinhaber muss von diesem Geld **auf dem freien Markt einkaufen:***

*die Praxiseinrichtung,*

*Untersuchungsgeräte wie Sonografiegerät (von 30 000 Euro – 250 000 Euro),*

*Praxis-EDV (Hardware und Software plus Softwarepflegevertrag),  
Kongressgebühr plus Anreise und Hotel, Fachzeitschriften etc.)  
die Praxismiete,  
die Löhne seiner Mitarbeiter/innen,  
die Berufshaftpflichtversicherung,  
die Praxisausfallversicherung,  
eventuell Elektronikversicherung,  
die Kosten für Buchhaltung und Lohnbuchhaltung beim Steuerberater,  
Verbrauchsmaterialien wie Desinfektionsmittel, Liegenpapier,  
Einmalspritzen und Kanülen, Druckerpatronen,  
Reinigung der Praxis etc.*

***Hier folgen etliche Gebührenordnungspositionen aus den Praxen.***

***Der Punktwert beträgt ab dem 1. Januar 2025***

***12,39 Cent und wurde gegenüber dem Vorjahr um 3,85 %  
angehoben***

***Beispiele:***

***ein 50-jähriger Mann kommt erstmals in die Hausarztpraxis eines  
neuen Hausarztes und klagt über zunehmende Atembeschwerden  
bei sportlicher Betätigung.***

***Der Hausarzt macht eine ausführliche Erstanamnese (15 Minuten)  
und eine körperliche Untersuchung mit Abhören der Lunge und des  
Herzens, Blutdruck messen und es wird ein EKG angelegt.***

***Außerdem nimmt er Blut ab für eine Laboruntersuchung.***

*Eine Woche später kommt der Patient zum zweiten Mal für die Besprechung aller Ergebnisse und der Konsequenzen, die zu ziehen sind. Außerdem wird ein 24 Stunden -Blutdruckmessgerät angelegt.*

**1. Besuch:**

**EBM-Ziffer:**

**03000**    **14,13 Euro**    **Versichertenpauschale pro Quartal 19.-54. LJ**

**03000**    **18,34 Euro**    **Versichertenpauschale pro Quartal 55.-75. LJ**

**03030**    **9,54 Euro**    **Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, 24. Dezember und 31. Dezember bei persönlichen Arzt Patienten Kontakt**

**03330**    **6,57 Euro**    **Spirografische Untersuchung (Lungenfunktionsmessung)**

**EKG und Blutabnahme sind nicht extra berechnungsfähig.**

**2. Besuch**

**03230**    **15,86 Euro**    **problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist. Mindestens 10 Minuten Dauer.**

**03324**    **7,06 Euro**    **Langzeit-Blutdruckmessung**

---



**Beispiel Frauenarzt:**

*Eine 65 jährige Patientin kommt mit Unterbauchschmerzen in die Praxis des Gynäkologen.*

*Er macht eine gynäkologische Untersuchung mit Tastbefund, mikroskopischer Untersuchung des Scheidensekretes und eine Ultraschalluntersuchung der Gebärmutter und der Eierstöcke.*

*Bei der Kassenärztlichen Vereinigung rechnet er folgende Gebührenpositionen ab:*

*Grundpauschale für Frauen ab 60. Lebensjahr:*

**08212 (18,71 Euro) 1 x im Quartal berechenbar**

*Zuschlag für gynäkologische Grundversorgung:*

**08220 (2,97 Euro) einmal im Quartal berechenbar**

*mikroskopische Untersuchung eines Körpermaterials: **32045 ( 0,25 €)***

*Sonografie der weiblichen Genitalorgane, gegebenenfalls einschließlich Harnblase: **33044 (16,11 €)***

*die Summe ergibt für diesen Besuch **38,04 €.***

*Wenn die Patientin in diesem Quartal zur Kontrolluntersuchung kommt, sind die Quartalspauschale, der Zuschlag für die*

*gynäkologische Grundversorgung sowie eine nochmalige sonographische Untersuchung nicht mehr berechenbar und werden nicht mehr bezahlt!*

EBM-Ansicht    Anhang

**33044** Sonographie der weiblichen Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase

130 PUNKTE      16.11 EURO       Berichtspflichtig      fachl

**Beschreibung**  
Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-

**Obligater Leistungsinhalt**

- Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-M

**Fakultativer Leistungsinhalt**

- Transkavitäre Untersuchung

**Anmerkung**

Die Gebührenordnungsposition **33044** ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen **01770** und **01771** berechnungsfähig und nur, sofern die Leistung nicht am Embryo oder Fötus durchgeführt wurde. Als Begründung für die Neberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens für die Diagnosesicherheit anzugeben.

Die Gebührenordnungsposition **33044** ist im Behandlungsfall neben den Gebührenordnungspositionen **01772** und **01773** berechnungsfähig. Als Begründung für die Nebeneinanderberechnung ist der ICD-10-Kode mit Angabe des Zusatzkennzeichens anzugeben.

**Abrechnungsausschlüsse**

**Leistungen**

in derselben Sitzung	<b>01205</b> <b>01207</b> <b>01781</b> <b>01782</b> <b>01787</b> <b>01830</b> <b>01831</b> <b>01902</b> <b>01904</b> <b>01905</b>
	<b>33043</b> <b>33081</b> <b>33090</b>
am Behandlungstag	<b>01770</b> <b>01771</b> <b>01772</b> <b>01773</b> <b>31630</b> <b>31631</b> <b>31632</b> <b>31633</b> <b>31634</b> <b>31635</b> <b>31683</b> <b>31684</b> <b>31685</b> <b>31686</b> <b>31687</b> <b>31688</b> <b>31689</b> <b>31695</b> <b>31696</b> <b>31697</b> <b>31701</b> <b>31702</b>
im Behandlungsfall	<b>01780</b> <b>26330</b>
im Zyklusfall	<b>08535</b> <b>08536</b> <b>08537</b> <b>08550</b> <b>08555</b> <b>08558</b> <b>08635</b> <b>08637</b>
im Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2	<b>31695</b> <b>31696</b> <b>31697</b> <b>31698</b> <b>31699</b> <b>31700</b> <b>31701</b> <b>31702</b>

---

*Einige weitere Beispiele:*

*Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten zwischen 22:00 Uhr und 7:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24. Dezember und 31. Dezember zwischen 19:00 Uhr und 7:00 Uhr*

*01101 313 Punkte = 38,79 € (Zuschlag zur Quartalspauschale)*

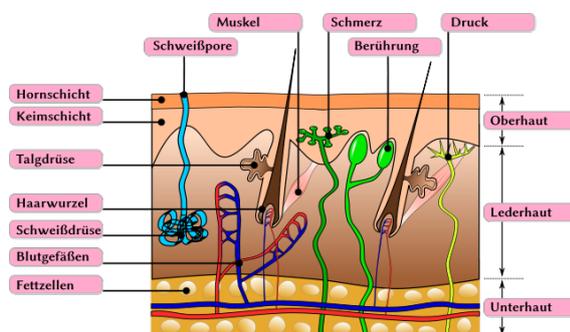
*ärztlicher Bericht über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung*

*01600 55 Punkte = 6,82 Euro*

*(diese Gebührenordnungsposition ist im Quartal nicht neben den Versicherten-, Grund-oder Konsiliarpauschalen berechnungsfähig.*

*d. h.: wenn ein Patient vom Hausarzt zum Facharzt wegen eines Problems überwiesen wird und dieser zeitnah – im gleichen Quartal – den Arztbrief zurückschreibt, macht er dies ohne Bezahlung.*

---



**Hautarzt:**

*Ein älterer Patient mit Einnahme zahlreicher Medikamente kommt wegen Juckreiz am ganzen Körper. Ausführliche Anamneseerhebung, körperliche Untersuchung und Beratungsgespräch,*

Zeitbedarf mindestens 15 Minuten.

Die Kasse zahlt:

Grundpauschale ab 60. Lj. (wird **einmal** im Quartal gezahlt)

**GOP 10212 Punkte 147 18,22 Euro** (unabhängig davon wie lange der Patient

untersucht und beraten wird).

Eventuell Allergietestung (Epikutantestung)

**GOP 30110 Punkte 258 31,97 Euro**



**HNO-Arzt bei Hörstörung zum Ausschluss eines Hörsturzes:**

**09211 Grundpauschale/Quartal 6.- 59. Lebensjahr 25,41 Euro**

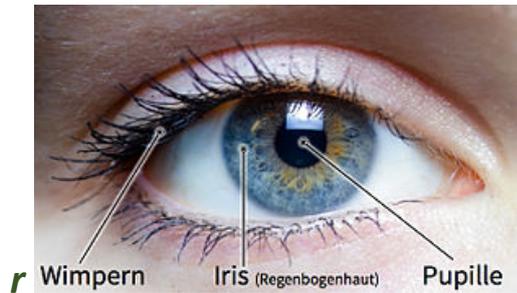
**09323 Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln**

**mittels Impedanzmessung 68 Punkte 8,43 Euro**

**09320 Tonschwellenaudiometrie (Hörmessung) 18,09 Euro**

---

**Einige Beispiele aus der Augenarztpraxis:**



**06211 Grundpauschale/Quartal für Versicherte ab Beginn  
des sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 14,50 Euro**

**06225 Zuschlag zu den Grundpauschalen für die Behandlung eines  
Versicherten ausschließlich durch einen konservativ tätigen  
Augenarzt 15,62 Euro**

**06333 Binokulare Untersuchung des  
gesamten Augenhintergrundes 6,57 Euro**

---

**Orthopädie:**



**18211 Grundpauschale/ Quartal für Versicherte ab Beginn des  
sechsten bis zum vollendeten 59. Lebensjahr 23,80 Euro**

**18220 Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung 3,84 Euro**

**18311 Punkte 218**

**27,02 Euro**

***Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, Posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz – und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)***

***obligater Leistungsinhalt:***

***Funktionsdiagnostik und Differentialdiagnostik,***

***Dokumentation von Bewegungseinschränkungen,***

***weiterführende neurologische Diagnostik,***

***mindestens drei Arzt Patienten Kontakte im Behandlungsfall.***

***Abgegolten mit dieser Bezahlung sind die die eventuelle Anlage eines Verbandes, die Mobilisation nach Funktionsdiagnostik, die Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen, und eventuelle Gelenkpunktionen.***

**18311** Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen

218 PUNKTE	27.02 EURO	 Berichtspflichtig	 fachärztliche Grundversorgung
---------------	---------------	--	--

**Beschreibung**

Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der Wirbelsäule)

**Obligater Leistungsinhalt**

- Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik,
- Dokumentation von Bewegungseinschränkungen (z. B. nach der Neutral-Null-Methode),
- Weiterführende neurologische Diagnostik,
- Mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall,

**Fakultativer Leistungsinhalt**

- Anlage und/oder Wiederanlage eines immobilisierenden Verbandes unter Einschluss mindestens eines großen Gelenkes und/oder einer/mehrerer Fraktur(en),
- Anlage und/oder Wiederanlage eines Schienenverbandes,
- Anlage und/oder Wiederanlage einer Orthese,
- Mobilisation(en) nach Funktionsdiagnostik,
- Anleitung zur Durchführung von Bewegungsübungen,
- Durchführung einer Thromboseprophylaxe,
- Gelenkpunktion(en) und/oder intraarticuläre Injektionen,

**Abrechnungsbestimmung**

einmal im Behandlungsfall

**Abrechnungsausschlüsse**

## Regelleistungsvolumen:

Diese Leistungen werden allerdings nicht unbegrenzt bezahlt:

Da der Geldbetrag festgeschrieben ist, den die Landes- KV von den Krankenkassen pro Quartal erhält,

(Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung- MGV),

zahlt die jeweilige Landes- KV an die Ärzte auch nur begrenzte Geldbeträge aus, das heißt, dass ein Teil der geleisteten ärztlichen Arbeit in der Praxis nicht vergütet wird.

Diese Geldbeträge unterliegen einer Obergrenze pro Quartal, die durch die sogenannten Regelleistungsvolumina (RLV) und gegebenenfalls durch qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) festgelegt sind.

„Dieses Honorarvolumen ist eine Mengengrenze, bis zu der (die) Praxis die beinhalteten Leistungen zu den Preisen der

Euro -Gebührenordnung (EBM) bezahlt bekommt.

RLV-oder QZV- Leistungen, die über die Mengengrenze hinausgehen, werden nicht zu 100 %, sondern nur zu einem abgestaffelten Preis (quotiert) vergütet.“

(Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg November 2017)