

# EBM

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab EBM ist die vereinbarte Abrechnungsgrundlage für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe auch [Abrechnungsverfahren](#)).

Grundlage des EBM ist das [Fünfte Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#). In § 87 Abs. 2 SGB V ist festgelegt: „Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen.“

Der EBM gilt grundsätzlich – jedoch nicht ausnahmslos – für die ambulante Behandlung von Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Abrechnung erfolgt mit der zuständigen [Kassenärztlichen Vereinigung \(KV\)](#), wenn der Arzt als Vertragsarzt zugelassen oder als Krankenhausarzt ermächtigt ist oder – wenn er beides nicht ist – in der Notfallbehandlung.

Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind, können Vertragsärzte nicht über ihre zuständige KV zulasten der GKV abrechnen und sind deshalb nach der [Gebührenordnung für Ärzte \(GOÄ\)](#) unmittelbar vom Patienten zu honorieren. Eine Ermächtigung von Krankenhausärzten kommt nur in Betracht, wenn im Angebot der niedergelassenen Vertragsärzte eine Versorgungslücke besteht.

## Leistungsziffern

Jede abrechenbare EBM-Leistung hat eine Ziffer, die EBM-Nummer, und eine Punktzahl. Zum Teil sind die EBM-Nummern mit Richtzeiten versehen, die für [Plausibilitätsprüfungen](#) nach der Abrechnung benötigt werden.

Das ärztliche Honorar ergibt sich aus der Punktzahl, multipliziert mit einem regionalen Punktwert, der gemäß § 87a Absatz 2 SGB V auf Grundlage des Orientierungs(punkt)wertes von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu vereinbaren ist. Dabei können auch Zu- und Abschläge auf den Punktwert vereinbart werden.

Außerdem existiert ein sogenannter kalkulatorischer Punktwert, der zur Kalkulation der Punktzahlen der verschiedenen Gebührenordnungspositionen im Verhältnis zueinander angewandt wird. Zum 1. Oktober 2013 wurden der kalkulatorische und der Orientierungspunktwert auf einen Wert von 10 Cent angeglichen.

Diese Punktzahlen legen das Wertverhältnis der Leistungen untereinander fest. Für eine Leistung, die mit 100 Punkten bewertet ist, erhält ein Arzt beispielsweise doppelt so viel Geld wie für eine, die mit 50 Punkten bewertet ist.

Jedem Punkt entspricht aber nicht immer derselbe Centwert. Wie viel ein Punkt wert ist, lässt sich erst sagen, wenn der durchschnittliche Punktwert im Abrechnungszeitraum ermittelt ist. Dieser ergibt sich aus der zur Verfügung gestellten Geldmenge aller gesetzlichen Krankenkassen in einer Region und den nach EBM aufsummierten Punktzahlen aller ambulanten medizinischen Leistungen für die Patienten der Region, die bei den Krankenkassen versichert sind.

Der EBM ist also kein „Preisverzeichnis“ für die Krankenkassen (wie etwa die Gebührenordnung für Ärzte, die bei Privatpatienten zur Anwendung kommt), sondern sie regelt überwiegend nur die Verteilung des vorher festgelegten Gesamt-Honorarvolumens auf die verschiedenen Ärzte. Lediglich bei den sog. „extra-budgetären“ Leistungen (z. B. bestimmte Präventionsleistungen, ambulantes Operieren) gilt, dass der Arzt sie in jedem Falle zum vollen Preis vergütet bekommt, den die Krankenkassen der Kassenärztlichen Vereinigung entsprechend ohne Anwendung mengenbegrenzender Regelungen vergüten.

## Inhalte des EBM

Nicht Bestandteil des EBM sind Impfleistungen, da hierzu in jedem Bundesland leicht abweichende Regelungen bestehen, die auch innerhalb der verschiedenen Krankenkassenarten (z. B. Primär- oder Ersatzkassen, Knappschaft) nicht einheitlich sind.

### Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Die arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen stehen allen Ärzten offen. Hier finden sich Leistungen, die für die Notdienst-Ableistung erforderlich sind, „Unzeit“-Ziffern für Leistungen nachts und am Wochenende, Hausbesuche, Berichte, Schwangerschafts- und Substitutionsbetreuung und Präventionsleistungen.

Alle Nummern dieses Teils beginnen mit den Ziffern 01.

### Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen

Der Teil allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen enthält kleinere operative Leistungen wie Punktionen, Wundversorgungen, Infusionen, Transfusionen, Gipsanlage und einige physikalische Therapien.

Die Leistungen dieses Kapitels stehen ebenfalls allen ärztlichen Fachgruppen offen.

Die Nummern dieses Teils beginnen mit den Ziffern 02.

## **Arztgruppenspezifische Leistungen**

Der Teil mit den arztgruppenspezifischen Leistungen ist der ausführlichste. Hier stehen getrennt für Hausärzte und alle Facharztgruppen die EBM-Nummern mit den eigentlichen Betreuungsleistungen und Fach(arzt)spezifischen Komplexen.

Für jede Facharztgruppe existiert ein eigenes Kapitel, die Leistungsziffern beginnen jeweils mit anderen Ziffern, etwa für Hausärzte mit 03, Kinderärzte mit 04, Augenärzte mit 06 und so weiter bis zu Urologen (26) und Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin (27).

In diesem Kapitel können die jeweiligen Fachärzte nur Leistungsziffern aus „ihrem“ Kapitel abrechnen.

## **Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen**

Die arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen stehen wieder allen Ärzten offen, jedoch sind für die Abrechnung Genehmigungen durch die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung erforderlich. Diese ist im Allgemeinen an bestimmte Qualifikationen gebunden. So kann die Leistung 30201 (Chirotherapeutischer Eingriff) nur abgerechnet werden, wenn der Arzt die entsprechende Weiterbildung besucht hat.

Auch ambulante bzw. belegärztliche operative Leistungen und Labor- und Röntgenleistungen werden in diesem Teil behandelt.

## **Kostenpauschalen**

Im Teil Kostenpauschalen werden verschiedene Sachkosten-Pauschalen aufgeführt wie Porti, Wegegelder bei Besuchen und bestimmte Verbrauchsmaterialien.