

Wie aus Punkten Euro werden

Ergänzungsvortrag: EBM, BEMA, GOÄ und GOZ im Rechenbeispiel

Kay Moritzen

© 2026 Kay Moritzen. Alle Rechte vorbehalten. Vervielfältigung und Weitergabe nur mit Genehmigung des Autors.

27. September 2026

Einstieg: Sabines Gespräch beim Hausarzt

Sabine spricht zehn Minuten mit ihrem Hausarzt über eine neue Diagnose. Was bekommt die Praxis dafür?

Vier Fragen

- 1 Wie rechnet die Praxis bei einer gesetzlich Versicherten ab – und wie bei einem Privatpatienten?
- 2 Wer legt den Wert eines Punktes fest?
- 3 Warum steigt der Punktwert in einem System jedes Jahr, im anderen nicht?
- 4 Wo kommt das Budget ins Spiel?

Vortrag 2, Station 3 und 4, hat das **Prinzip** gezeigt (Punktzahl $\times$ Punktwert). Dieser Vortrag rechnet es durch.

Die Grundformel – und zwei Rechenbeispiele

EBM (Kassenpatient)
Einheitlicher Bewertungsmaßstab

↓
GOP 03230: **128 Punkte**
× 12,7404 Cent = **16,31 €**

GOÄ (Privatpatient)
Gebührenordnung für Ärzte

↓
GOÄ Nr. 1: **80 Punkte**
× 5,82873 Cent = **4,66 €**

↓
× Steigerungsfaktor 1,0 / **2,3** / 3,5
4,66 € / 10,72 € / 16,32 €
(wann welcher Faktor: nächste Folie)

- **GOP** = Gebührenordnungsposition (eine Leistung im EBM). GOP 03230: problemorientiertes ärztliches Gespräch (mind. 10 Minuten, je vollendete 10 Minuten abrechenbar)
- **Kein 1:1-Vergleich:** GOÄ Nr. 1 ist eine „Beratung, auch mittels Fernsprecher“; die Leistungsinhalte beider Kataloge unterscheiden sich

Quelle: KBV (Orientierungswert 2026, EBM); fleming.de (GOP 03230 = 128 Punkte); monkeymed.de (04230 = 16,31 €); zwf-online.info (GOÄ Nr. 1: 4,66/10,72/16,32 €)

GOÄ: Wann darf der Steigerungsfaktor angesetzt werden?

ohne besondere Begründung		nur mit Begründung
1,0	2,3	3,5
Einfachsatz	Schwellenwert	Höchstsatz
4,66 €	10,72 €	16,32 €

- **Rahmen (§ 5 GOÄ):** ärztliche Leistungen 1,0–3,5; medizinisch-technische 1,0–2,5; Labor 1,0–1,3. Die Höhe wählt der Arzt **nach billigem Ermessen** anhand von **Schwierigkeit, Zeitaufwand und Umständen bei der Ausführung** (bei ärztlichen Leistungen auch der Schwierigkeit des Krankheitsfalls)
- **Schwellenwert 2,3** (technisch 1,8; Labor 1,15): bis hierhin **ohne besondere Begründung**; ärztliche Leistungen werden in der Praxis ganz überwiegend mit dem Schwellenwert abgerechnet
- **darüber bis zum Höchstsatz:** nur, wenn Besonderheiten der genannten Kriterien es rechtfertigen; die Rechnung muss eine **schriftliche, auf die einzelne Leistung bezogene, verständliche Begründung** enthalten (§ 12 Abs. 3 GOÄ), z. B.: Beratung war deutlich überdurchschnittlich schwierig oder zeitaufwändig
- **Nicht ausreichend:** die persönliche Qualifikation des Arztes allein; bei wahlärztlichen Leistungen, die nicht persönlich vom Wahlarzt oder Vertreter erbracht werden, ist Überschreiten des Schwellenwerts ausgeschlossen (§ 5 Abs. 5)

Quelle: Rheinisches Ärzteblatt 2/2023 (ÄK Nordrhein); Bundesärztekammer, GOÄ-Ratgeber zu § 5; IWW (§ 12 Abs. 3 GOÄ); DKI, GOÄ-Abrechnung Notfallambulanz (2022); Beihilfehinweise NRW/Bayern

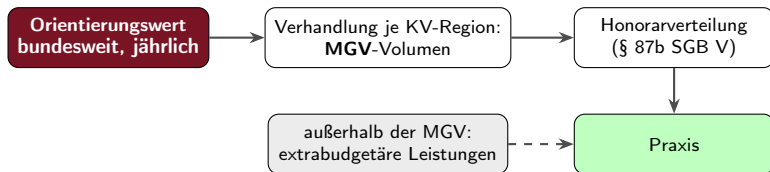
Wer legt den Punktwert fest?

	EBM (gesetzlich Versicherte)	GOÄ (Privatpatienten)
Wer legt fest	Bewertungsausschuss: je 3 Vertreter von KBV und GKV-Spitzenverband	Bundesregierung per Rechtsverordnung
Wert je Punkt	Orientierungswert 12,7404 Cent (2026)	5,82873 Cent
Anpassung Zuletzt	jährlich (§ 87 Abs. 2e SGB V) 2026: +2,8 % (von 12,3934 Cent)	seit 1996 unverändert Novelle („GOÄneu“) im Entwurf; Deutscher Ärztetag Mai 2025

KBV = Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Orientierungswert wird berücksichtigt unter anderem nach Praxiskostenentwicklung und Personalkosten. **Interessenhinweis:** Die Angaben zur Nicht-Anpassung der GOÄ stammen aus der Zahn- und Ärzteschaft (Berufsverband BDIZ EDI, Zahnärztliche Mitteilungen); der Sachverhalt selbst (Punktwert 5,82873 Cent seit 1996) wird dort und in der Fachpresse übereinstimmend genannt.

Quelle: kbv.de (Finanzierungsverhandlungen 2026; EBM); psyprax.de; zm-online.de („Elf Pfennige seit über 30 Jahren“); BDIZ EDI konkret 02/2025

Vom Orientierungswert zum Honorar der Praxis

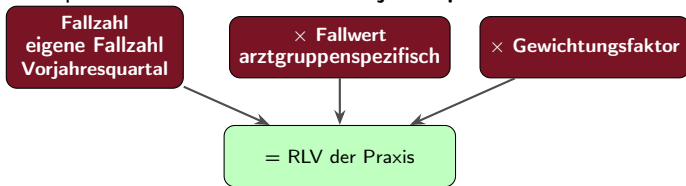


- **MGV** = morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: der **Topf** je KV-Region. Grundlage: neuer Orientierungswert plus Veränderungen auf der Bedarfsseite (regionale Raten für Morbidität und Demografie)
- **2026:** Orientierungswert +2,8 %; die morbiditätsbedingte Veränderungsrate sinkt bundesdurchschnittlich um 0,46 %
- Die KV verteilt den Topf per **Honorarverteilungsmaßstab** auf ihre Praxen (Regelleistungsvolumen **RLV**, Qualitätszusatzvolumen **QZV**); die Ausgestaltung unterscheidet sich je KV
- **Neu:** Der Bewertungsausschuss hat in seiner 828. Sitzung (März 2026) die hausärztliche **Versorgungspauschale** (GOP 03100) aufgenommen – eine Versichertenpauschale für zwei aufeinanderfolgende Quartale

Quelle: rebmann-research.de (KBV/GKV-SV 09/2025); kbv.de (Finanzierungsverhandlungen); KBV-Rechtsquellen (Beschluss 828. Sitzung); kvbb.de

Die RLV-Formel: wie der Praxis-Topf entsteht

Regelleistungsvolumen (RLV) = das individuelle Honorarbudget *einer einzelnen Praxis* innerhalb der MGV – festgelegt vom **Erweiterten Bewertungsausschuss** (§ 87b SGB V), quartalsweise auf Basis des **Vorjahresquartals** berechnet.



Die eingebaute Bremse gegen Mengenausweitung

Behandelt eine Praxis deutlich mehr Fälle als die Arztgruppe im Schnitt, wird der **Fallwert gemindert** – KVN-Beispiel: ab **150 %** der durchschnittlichen Fallzahl minus 25 %, ab **170 %** minus 50 %, ab **200 %** minus 75 %. Wer die eigene Fallzahl stark steigert, bekommt also nicht proportional mehr Honorar.

Beispiel (real, KVN 4/2022): Hausarzt-Fallwert 41,62 € je Fall – **regional unterschiedlich**, jede KV legt eigene Werte fest (Honorarverteilungsmaßstab, HVM).

Quelle: medizinio.de (Formel, Erweiterter Bewertungsausschuss); kvn.de (HVM-Mitteilungen, Mindestfallwerte 4. Quartal 2022); § 87b SGB V

Warum ein Budget? Ein konstruiertes Rechenbeispiel

Annahme (frei gewählt): MGV-Topf einer KV-Region: **100 Mio. €**. Die Praxen rechnen **800 Mio. Punkte** ab.

Wert der Punkte zum Orientierungswert	$800 \text{ Mio.} \times 0,127404 \text{ €} =$ 101,92 Mio. €
Topf	100,00 Mio. €
effektiver Punktwert = Topf ÷ Punkte	$100 \text{ Mio. €} \div 800 \text{ Mio.} =$ 12,50 Cent
Auszahlungsquote	$100 \div 101,92 =$ 98,1 %

Der Kern des Budgets

Wird **mehr** abgerechnet, als der Topf hergibt, **sinkt der tatsächlich ausgezahlte Punktwert** (bei zusätzlichen 10 % Menge etwa auf 11,4 Cent). Das ist die eingebaute Kostenbremse der GKV – das Gegenstück zum fehlenden Kostengefühl im Sachleistungssystem (Vortrag 2, Station 4).

Rechnung vereinfacht (ohne extrabudgetäre Leistungen); tatsächliche Auszahlungswerte hängen vom regionalen Honorarverteilungsmaßstab ab.

BEMA: Wie ist der zahnärztliche Katalog gegliedert?

Anders als der EBM ist der BEMA nicht nach Körperregion, sondern nach **Behandlungsphilosophie** gegliedert – die Leistungskomplexe folgen einer erklärten Reihenfolge:



- **Leitprinzip laut Organigramm-Quelle:** „ursachengerecht, zahnsubstanzschonend, präventionsorientiert“ – Prophylaxe kommt **vor** Reparatur, nicht danach
- Zusätzliche Leistungskomplexe für **Pflegebedürftige, Behinderte und Patienten mit sonstigen Einschränkungen** – eigene Vergütungsziffern, weil Standardbehandlung oft nicht 1:1 übertragbar ist
- Jeder Behandlungsschritt bekommt eine eigene Position: Punktzahl $\times$ Punktwert (wie EBM), aber **Zahnersatz** läuft separat über den Festzuschuss (nächste Folie), nicht über Punkte

Quelle: Organigramm-Rohdaten (FR-Grafik, BEMA-Detailkette); zm-online.de

Zähne: BEMA und GOZ

	BEMA (GKV)	GOZ (privat)
Name	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen	Gebührenordnung für Zahnärzte
Punktwert	regional vereinbart	5,62421 Cent
Seit	(jährlich verhandelt)	1988 unverändert
Rechenweg	Punktzahl × Punktwert	Punktzahl × Punktwert × Faktor

Zahnersatz – kein Punktsystem, sondern Festzuschuss: Die Kasse zahlt einen **befundbezogenen Festzuschuss** zur Regelversorgung.

- bisher **60 %** (mit Bonusheft **70 %** bzw. **75 %**); ab 2027 **minus 10 Prozentpunkte** (50/60/65 %) nach dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz (BStabG)
- **Beispiel (konstruiert):** Regelversorgung 1 000 € → Festzuschuss 600 € (2026), 500 € (ab 2027); mit Bonus 750 € bzw. 650 €
- **Datierungshinweis:** Im Organigramm der Frankfurter Rundschau steht „50 % + Bonus“ – der Stand **vor** der Anhebung auf 60 % am 1.10.2020

Quelle: zm-online.de (Punktwerte GOZ/GOÄ); BDIZ EDI konkret 01/2026; Recherche BStabG (10.07.2026); Organigramm-Rohdaten (FR-Grafik)

Die vier Gebührenordnungen im Überblick

	Wer legt fest	Punktwert	Anpassung
EBM	Bewertungsausschuss (KBV, GKV-SV)	12,7404 ct (2026)	jährlich verhandelt
BEMA	Bewertungsausschuss Zahnärzte (KZBV, GKV-SV)	regional vereinbart	im Rahmen der Gesamtverträge
GOÄ	Bundesregierung (Verordnung)	5,82873 ct	seit 1996 unverändert
GOZ	Bundesregierung (Verordnung)	5,62421 ct	seit 1988 unverändert

Einordnung: Die zwei GKV-Systeme werden **verhandelt** und laufend angepasst, die zwei privaten **per Verordnung** und faktisch eingefroren. Genau dieser Unterschied steckt hinter dem Vorschlag, die Honorare von GKV und PKV anzugleichen (etwa in der Stellungnahme von Prof. Mathias Kifmann vom 21.09.2026 als eine von zwei Optionen genannt).

Anhang: Abkürzungen und Quellen

BEMA	Bewertungsmaßstab zahn-ärztlicher Leistungen	KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
BStabG	Beitragssatzstabilisierungsgesetz	MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	QZV	Qualitätszusatzvolumen
GKV-SV	GKV-Spitzenverband	RLV	Regelleistungsvolumen
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	GOP	Gebührenordnungsposition
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte	KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung

Quellen (Auswahl): kbv.de (Orientierungswert 2026, EBM, Finanzierungsverhandlungen); psyprax.de; rebmann-research.de; iww.de; fleming.de; monkeymed.de; zm-online.de („Elf Pfennige seit über 30 Jahren“); zwf-online.info (BDIZ EDI konkret 2025/2026, GOÄ-Factsheet); KBV-Rechtsquellen (Bewertungsausschuss).