

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2016



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2016

INHALT

Vorwort.....	2
Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein.....	6
Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung	8
Vom Versichertenbeitrag zur Vergütung der Ärzte	9
Gesamtvergütung.....	11
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	15
Die Trennung der MGV.....	16
Rückstellungen nach Versorgungsbereichen.....	17



Vergütungen vor Trennung	18
Honorarverteilung nach Arztgruppen	19
Honorarveränderungen durch den EBM	23
Taler, Taler, du musst wandern – Fremdkassenzahlungsausgleich im Detail	24
Arztgruppen im Detail	28
Glossar	68
Impressum	71



DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Liebe Interessierte am Honorarbericht, liebe Leserinnen und Leser,

es hat bereits Tradition und ist etwas Selbstverständliches für die KV Schleswig-Holstein, das Honorargeschehen in – so hoffen wir – lebendiger und ausreichend bebildeter Form transparent zu machen. Und da wir wenig bis gar keine Kritik an unserem Bericht erhalten, sind wir wohl im Zielgebiet angekommen. Frühere Versuche, das Honorargeschehen immer mal wieder und tendenziell anlassbezogen per Nordlicht zu beleuchten, konnten es demgegenüber mit Blick auf Kontinuität und einer jahresübergreifenden Vergleichbarkeit des Honorarberichts nicht aufnehmen. Sie hören es heraus, wir halten am Honorarbericht gerne fest.

So sehr unser HVM alltagstauglich und pragmatisch daherkommt, ist doch klar, dass er immer einen Kompromiss darstellen muss. Womöglich verfolgen Sie die derzeitige Positionierung der KBV in Bezug auf die politischen Sondierungsgespräche in Berlin. Die Forderung der KBV ist „Abschied aus dem Budget“. Auch wenn dies nur langsam und dann Stück für Stück passieren würde, ist dies die einzig richtige Reaktion auf Ärztemangel und drohende Engpässe in der Versorgung.

Für die kommenden Jahre bestehen gute Chancen, an diesem HVM unverändert festhalten zu können. Die Restpunktwerte sind absehbar stabil und die Vorabmitteilungen der PZV geben eine gewisse Planbarkeit für Ihre Praxen. Anders war es im System der fallzahl- und fallwertabhängigen Volumina, die seit vier Jahren Geschichte sind. Womöglich kommt eine grundlegende Anpassung des HVM dann wieder auf die Tagesordnung, wenn es die Einführung eines neuen EBM erzwingt.

Und wann kommt der neue EBM? Bis dahin werden wir noch ein paar Honorarberichte verfassen.

Herzliche Grüße

Ihr

DR. RALPH ENNENBACH

DR. MICHAEL SCHROEDER,
FACHARZT FÜR INNERE MEDIZIN UND GASTROENTEROLOGIE
VORSITZENDER DES HVM-AUSSCHUSSES



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit dem vorliegenden Honorarbericht liegen nun Zahlen des sechsten Berichtsjahrgangs vor. Gleichzeitig ist dieser Bericht auch eine Staffelübergabe. Der Kollege Jens-Martin Träder hatte sich von Ihnen bereits mit dem Bericht 2015 verabschiedet. Ich darf mich Ihnen als Nachfolger im Vorsitz des HVM-Ausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein vorstellen und auf diesem Wege dem Kollegen Träder für die gute, sachliche und konstruktive Zusammenarbeit im Namen des Ausschusses danken.

Mit der neuen Legislaturperiode hat sich auch die Zusammensetzung des Ausschusses geändert. Dem Wunsch der Abgeordnetenversammlung folgend, besteht der Ausschuss nun aus insgesamt sieben Mitgliedern. Vier von uns sind Hausärzte, drei gehören dem fachärztlichen Bereich an. Die Fragestellungen, die der Ausschuss zu beantworten und der Abgeordnetenversammlung als Beschlüsse zu empfehlen hat, sind mit der Zeit nicht einfacher, sondern komplexer geworden. Unsere erfolgreiche Anstrengung, die Honorarverteilungsregeln um sechs Textseiten zu verschlanken, wird sicherlich nicht lange Bestand haben. Das liegt selten in der Systematik unseres Honorarverteilungsmaßstabs, sondern oftmals in den Vorgaben der Bundesebene begründet. Es ist deshalb von Vorteil, die Komplexität in mehreren Köpfen zu bewegen und so zu Lösungen zu kommen, die in sich stimmig, gerecht und nachvollziehbar sind. Unser langjähriges Prinzip „Die Sache steht im Vordergrund, nicht das Fach“ bleibt selbstverständlich auch in der jetzigen Legislaturperiode Verpflichtung.

Die Honorarentwicklung des Jahres 2016 ist im Wesentlichen bestimmt durch die für Schleswig-Holstein besonders positive Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und durch die Erhöhung des Orientierungswertes. Beides macht rund vier Prozent aus, die insbesondere den Leistungen in unseren Budgets zugutekommen. Es zeigt sich, dass diese Entwicklung auch in den allermeisten Arztgruppen ankommt. Sinkende durchschnittliche GKV-Umsätze gehen mit strukturellen Änderungen in einer Arztgruppe einher. Auch wenn das honorarpolitische Ziel einer 100-Prozent-Vergütung für 100 Prozent der Leistungen noch fern ist, bietet unser HVM ein gewisses Maß an Kalkulationssicherheit für unsere Praxen.

DR. MICHAEL SCHROEDER

Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein



© istock.com/KUO CHUN HUNG

Grundsätze

Die Honorarverteilung ist als honorarpolitisches Instrument von zentraler Bedeutung für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten sowie für die angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen durch eine leistungs- und bedarfsgerechte Aufteilung der zur Verfügung stehenden begrenzten Finanzmittel. In der Gestaltung ihres Honorarverteilungsmaßstabs folgt die KV Schleswig-Holstein dem übergeordneten Ziel der Sicherstellung der Versorgung mit den Grundsätzen:

- Leistungsorientierung
- Kalkulationssicherheit
- Vergütungsstabilität
- Verteilungsgerechtigkeit
- Transparenz
- Rechtssicherheit

Leistungsorientierung: Wesentliches Instrument der Honorarverteilung sind arztindividuelle quartalsbezogene Punktzahlvolumen (PZV). Die Volumina basieren auf den arztindividuellen Leistungen der Quartale 4/2012 bis 3/2013 und werden jährlich weiterentwickelt. Im Gegensatz zu der vom Bewertungsausschuss vorgeschriebenen Durchschnitts-Systematik der Regelleistungsvolumen (RLV) in den Jahren 2009 bis 2011 werden damit arzt- und praxisindividuelle Leistungsspektren und Versorgungsbesonderheiten direkt berücksichtigt.

Kalkulationssicherheit: Vor Quartalsbeginn teilt die KV Schleswig-Holstein jedem Arzt sein Punktzahlvolumen mit. Innerhalb des PZV ist die Leistungsvergütung zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-Gebührenordnung garantiert; Überschreitungen des Volumens werden abgestaffelt vergütet. Der abgestaffelte Preis beträgt dabei ein Viertel bis zu einem Drittel des Euro-Gebührenordnungspreises.

Vergütungsstabilität: Die Punktzahlvolumen werden in einem engen Rahmen weiterentwickelt. Absenkungen greifen erst nach zweimaligem aufeinanderfolgenden Unterschreiten eines PZV. Regelmäßige Erhöhungen erfolgen für Ärzte, die gegenüber ihrer Gruppe höhere prozentuale Überschreitungen des PZV aufweisen. Individuelle Härtefälle können auf Antrag des Arztes gesondert berücksichtigt werden.

Die moderate Weiterentwicklung der Punktzahlvolumen sorgt für eine Stabilität der Vergütung. Weil die Leistungen innerhalb der PZV zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, partizipiert somit jeder Arzt an der jährlichen Anpassung des Orientierungswerts.

Verteilungsgerechtigkeit: In einem System begrenzter Mittel führt das Mehr des Einen immer zu einem Weniger des Anderen. Die arztindividuellen Punktzahlvolumen sichern den einzelnen Arzt gegenüber Leistungs- und Fallzahldynamiken seiner Arztgruppe und gegenüber anderen Arztgruppen ab. Weil die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein keine arztgruppenbezogenen Honorarkontingente (Fachgruppentöpfe) anwendet, gehen Dynamiken lediglich zulasten der abgestaffelten Leistungen, nicht jedoch zulasten der PZV.

Transparenz: Die KV Schleswig-Holstein veröffentlicht seit 2011 die Ergebnisse der Honorarverteilung in ihrem jährlichen Honorarbericht.

Rechtssicherheit: Der Honorarverteilungsmaßstab der KV Schleswig-Holstein beachtet die gesetzlichen Vorgaben, die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die entsprechende höchstrichterliche Rechtsprechung.

Versorgungsziele in der Honorarverteilung

Das übergeordnete Ziel der Honorarverteilung ist, die vertragsärztliche Versorgung im Flächenland Schleswig-Holstein sicherzustellen. Dabei nutzt die KV Schleswig-Holstein ihre regionale Kompetenz, besondere Versorgungsstrukturen und ausgewählte Leistungsbereiche gezielt zu fördern.

Sicherstellung der vertragsärztlichen Notfallversorgung: Mit einer gesonderten Vergütungsregelung im Honorarverteilungsmaßstab wird die besondere Struktur der ambulanten vertragsärztlichen Notfallversorgung durch 32 allgemeine und 12 kinderärztliche Anlaufpraxen sowie 33 organisierte Besuchsdienste in Schleswig-Holstein außerhalb der Sprechstundenzeiten (Notfallversorgung/Bereitschaftsdienst) sichergestellt.

Sicherstellung in ländlichen und strukturschwachen Regionen: Ärzte erhalten einen Aufschlag von fünf Prozent auf ihre Punktzahlvolumen, wenn in ihren Planungsbereichen Unterversorgung oder drohende Unterversorgung festgestellt werden.

Unterstützung von Praxisnetzen: Ärzte in den zehn anerkannten Praxisnetzen erhalten einen zehnzehnten Aufschlag auf ihre abgestaffelten PZV-Vergütungen.

Sicherung der vertragsärztlichen Grundversorgung und Förderung ausgewählter Leistungsbereiche: Der Honorarverteilungsmaßstab weist Zuschläge für besondere Leistungen aus oder vergütet ausgewählte Leistungen zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Gebührenordnung. Zu diesen besonders geförderten Leistungen und Leistungsbereichen zählen:

- Haus- und Heimbefuche bei Patienten, die älter als 70 Jahre sind und/oder eine Pflegestufe II oder III besitzen
- die hausärztliche Betreuung und Versorgung von chronisch kranken Patienten
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung,
- die sozialpädiatrische Versorgung
- die hausärztlich palliative Versorgung
- Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- Leistungen von schmerztherapeutischen Zentren

Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten: In Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren sind die arztindividuellen Punktzahlvolumen verrechnungsfähig.

Weitere Versorgungsziele außerhalb der Honorarverteilung

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen können regeln, weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten. Dies gilt dann, wenn solche Leistungen besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist. Die Honorarberichte der KV Schleswig-Holstein geben jährlich Auskunft über die geförderten Leistungsbereiche und deren Förderungsbeträge.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein stärkt zudem in Verträgen die Hausarztzentrierte Versorgung (Paragraf 73b SGB V), besondere Versorgungsleistungen (Paragraf 140a SGB V) und mit strukturierten Behandlungsprogrammen (Paragraf 137f SGB V) – den sogenannten Disease Management Programmen (DMP) – die Versorgung chronisch kranker Versicherter.

Spannungsverhältnis zwischen regionaler Honorarverteilungskompetenz und gesetzlichen Vorgaben

Nach einer zuvor erfolgten starken Zentralisierung der Honorarverteilung auf der Bundesebene wurden ab Jahresbeginn 2012 mit dem Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wesentliche Kompetenzen der Honorarverteilung erneut den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen anvertraut.

Es erfolge, so hieß es in der Begründung des Gesetzentwurfes (Bundestags-Drucksache 17/6906), „eine Flexibilisierung und Regionalisierung“ der vertragsärztlichen Vergütung. „Zentrale Umsetzungsvorgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene für die Gestaltung der Vergütungen“ würden zurückgenommen, die KVen erhielten „die Kompetenz zur Honorarverteilung.“

Trotz dieser Stärkung der regionalen Gestaltungsmöglichkeiten bleibt ein Spannungsverhältnis. Auch nach der Rückverlagerung wesentlicher Kompetenzen auf die regionalen KVen ist die Tendenz des Gesetzgebers ungebrochen, zunehmend direkte gesetzliche Vorgaben zur Honorarverteilung zu machen, um auf diesem Weg bestimmte Versorgungsbereiche oder -angebote finanziell besonders zu fördern oder zu stärken. Dies schränkt die erweiterten regionalen Entscheidungsspielräume zumindest punktuell erneut ein, weil die Umsetzung der Bundesvorgaben – auch unabhängig von ihrer Bedeutung für die regionale Versorgung – verbindlich ist.

Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung



Die Paragraphen 82 bis 87b SGB V bilden die rechtliche Grundlage für die regionalen Honorarverhandlungen. Die Honorarverteilung wird in Paragraph 87b SGB V geregelt.

Der Bewertungsausschuss setzt den Orientierungswert fest und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung, welche die Grundlage für die Vertragsverhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung darstellen. Zu nennen sind hier vor allem die demografische und diagnosebezogene Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) jeweils für jeden KV-Bezirk sowie Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung (d. h. außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen).

Gemäß Paragraph 87b SGB V liegt die Kompetenz für die regionale Honorarverteilung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV hat jedoch gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V Vorgaben, insbesondere zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zu bestimmen, welche für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind. Die MGV untergliedert sich gemäß den KBV-Vorgaben in die Vergütungsvolumen Labor, ärztlicher Bereitschafts-

dienst sowie haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich. Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für das „Genetische Labor“ und die „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“ zu bilden.

Weiterhin müssen gemäß Paragraph 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V für Praxisnetze, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden.

Die Honorarvereinbarung für die Jahre 2014 bis 2016 nebst Anlagen, Ergänzungs- und Änderungsvereinbarungen ist auf der Homepage unter www.kvsh.de ▶ **Praxis** ▶ **Downloadcenter** veröffentlicht.

Den Honorarverteilungsmaßstab der KVSH finden Sie unter: www.kvsh.de ▶ **Praxis** ▶ **Rechtsquellen** ▶ **HVM**

Vom Versichertenbeitrag zur Vergütung der Ärzte

Seit Einführung des Gesundheitsfonds und den daran gekoppelten morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) im Jahr 2009 ist die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems auf eine völlig neue Grundlage gestellt.

Neben den Einnahmen aus Beiträgen, die von den Mitgliedern und den Arbeitgebern aufgebracht werden, fließen auch steuerfinanzierte Bundeszuschüsse in einen beim Bundesversicherungsamt (BVA) angesiedelten Gesundheitsfonds. Hiermit beteiligt sich der Staat an Ausgaben, die den Krankenkassen aus gesamtgesellschaftlichen Aufgaben entstehen (z. B. beitragsfreie Familienversicherung, Mutterschaftshilfen, konjunkturelle Einnahmeausfälle).

Über den Morbi-RSA erhalten die Krankenkassen sodann Finanzmittel aus dem Gesundheitsfonds entsprechend dem Krankheitsrisiko ihrer Versicherten.

Mittelzuweisung an die Krankenkassen

Ziel des Risikostrukturausgleiches ist es, Unterschiede in den Risikostrukturen der Krankenkassen auf der Finanzierungsebene auszugleichen. Bislang wurden diese Unterschiede statistisch anhand des Alters und Geschlechts der Versicherten berücksichtigt. Allerdings hat sich ergeben, dass man mittels dieser Kriterien nicht automatisch auf den jeweiligen Gesundheitszustand schließen kann. So müssen alte Menschen nicht zwangsläufig krank sein und junge Menschen nicht automatisch gesund.

Aus diesem Grund wird neben den Merkmalen Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsrente und weitere seit 2009 auch die anhand 80 ausgewählter Krankheiten gemessene Ausgabenlast berücksichtigt.

Wie der Morbi-RSA genau funktioniert, wird im Honorarbericht der KVSH für das Jahr 2011 detailliert beschrieben.

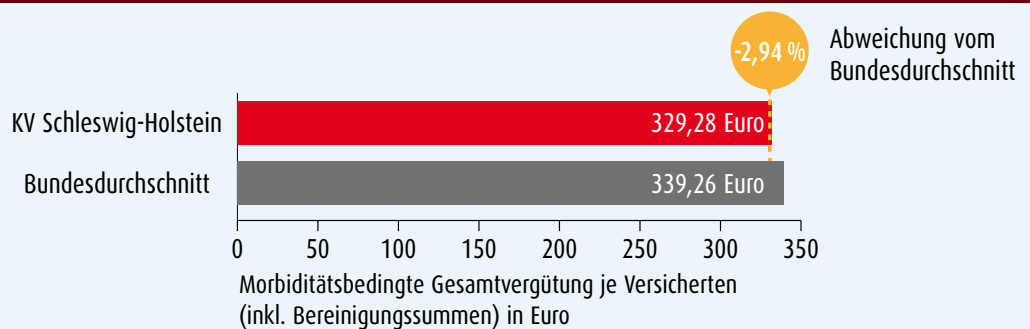
Ausblick

Wie gezeigt, bestimmen Diagnosequalität und -quantität in besonderem Maße die Höhe der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Doch nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Ärzteschaft hat ein besonderes Interesse an einer präzisen Abbildung des Gesundheitszustandes ihrer Patienten. Schließlich lässt sich nur mit realitätsnahen Zuweisungen auch eine realitätsnahe Versorgung gestalten.

Leider ist es bis dorthin noch ein weiter Weg. Wengleich der Gesundheitsfonds die Finanzmittel den Krankenkassen entsprechend der Versichertenmorbidität zuweist, orientieren sich die von den Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung gestellten Mittel derzeit nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf.

Trotz eines im Bundesvergleich überdurchschnittlich hohen Anteiles an Menschen über 65 Jahren in ihrem Versorgungsgebiet erhält die KV Schleswig-Holstein für den weit überwiegenden Teil der ambulanten ärztlichen Versorgung nur einen unterdurchschnittlichen Pauschalbetrag je Versicherten (Vergleiche Abb. 1).

Abb. 1 | Regionale Unterschiede im Jahr 2016



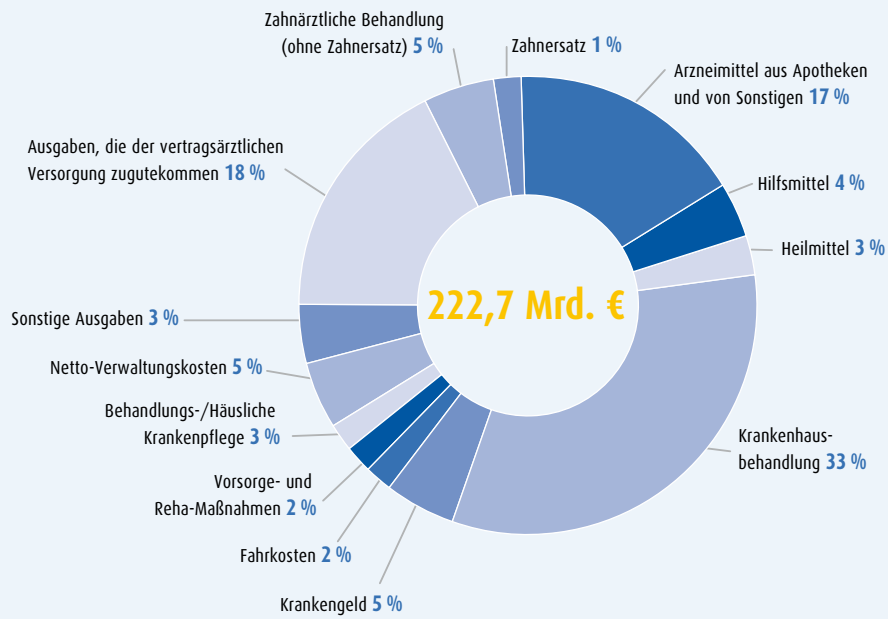
Quelle: Berechnung des Zi auf Basis Formblatt 3-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Versichertenmeldungen der Krankenkassen (ANZVER)

Dass sich die von den Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung gestellten Mittel derzeit nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, liegt daran, dass bei der Ermittlung des aktuellen Versorgungsbedarfs von einem bestimmten in der Vergangenheit dokumentierten Leistungsumfang ausgegangen wird, welcher den Grundsockel für alle künftigen Veränderungsdaten bildet. Haben aber die Ärzte zu diesem historischen Zeitpunkt aufgrund rigider Mengenbegrenzungen in ihrem KV-Bereich – wie in Schleswig-Holstein – nicht sämtliche Leistungen dokumentiert, ergibt sich hierdurch ein falsches Abbild der damaligen Versorgungssituation in der Region und damit zwangsläufig eine zu geringe Ausgangsbasis für alle künftige Anpassungen.

Die KV Schleswig-Holstein setzt sich daher dafür ein, dass diese Verwerfungen der Vergangenheit korrigiert und nicht etwa auf unbestimmte Zeit festgeschrieben werden. Nur mit einem realitätsnahen Abbild der Versorgungsrealität in Schleswig-Holstein wird es möglich sein, sich in regionalen Verhandlungen mit den Krankenkassen auf die hierfür benötigten Finanzmittel zu verständigen.

Abb. 2 | Ausgabenanteile 2016

Ausgabenanteile der Krankenkassen bundesweit



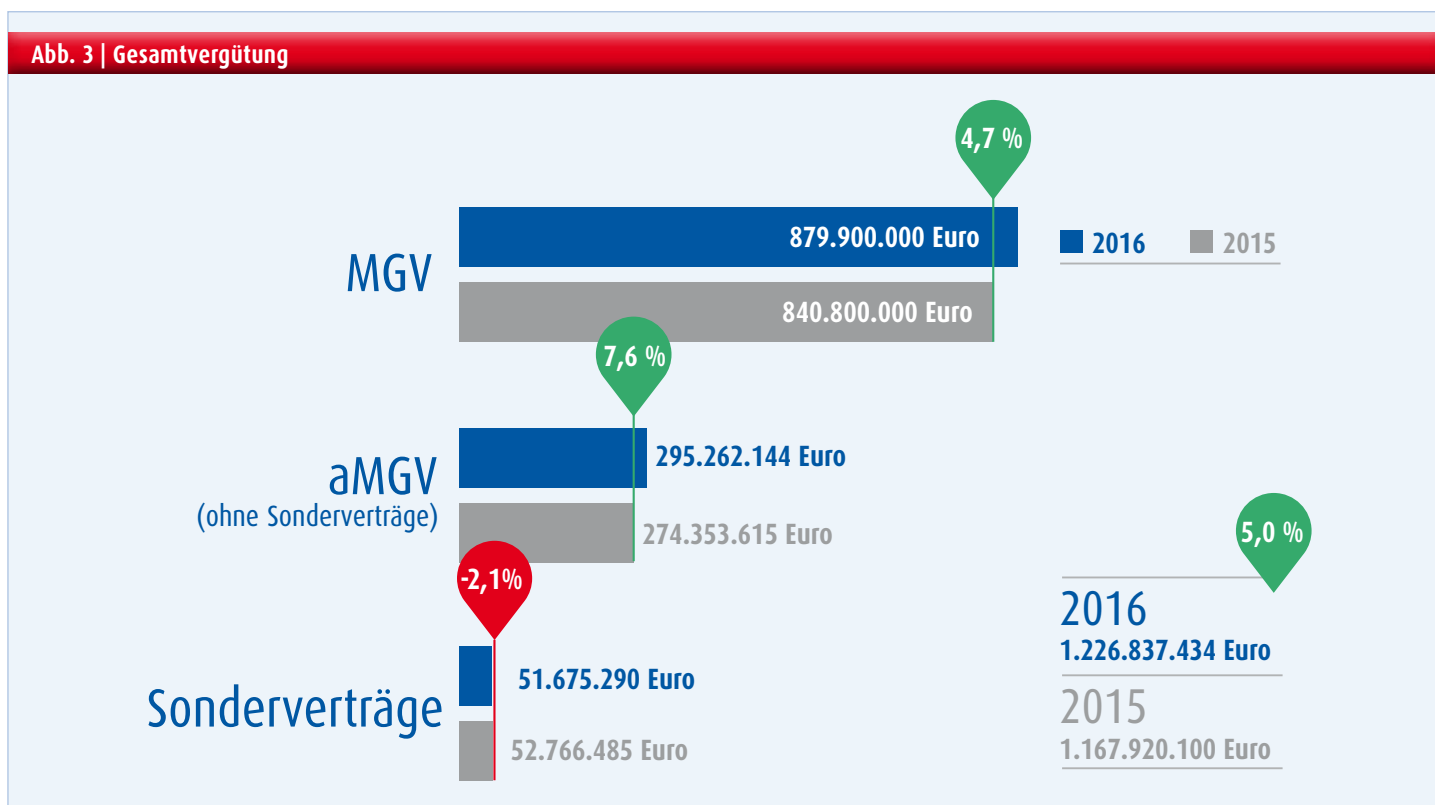
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit



© istock.com/101dalmatians

Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung der gesetzlichen Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen summiert sich in Schleswig-Holstein im Jahr 2016 auf rund 1,23 Milliarden Euro.



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die Kassenärztliche Vereinigung schließt entsprechend den Vorgaben des Bewertungsausschusses mit den Krankenkassen eine Honorarvereinbarung. Darin wird unter anderem festgelegt, wie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zu berechnen ist und welche Leistungsbereiche außerhalb der MGV zu vergüten sind.

Die Höhe der MGV ermittelt sich quartalsweise aus dem Behandlungsbedarf des Vorjahres der in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten und differiert somit in ihrer Höhe je Krankenkasse. Der Behandlungsbedarf wird an die Versichertenentwicklung angepasst. Außerdem wird er mit der Veränderungsrate (2,3888 Prozent) weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert (10,4361 Cent) für das Jahr 2016 fortgeschrieben.

Aufgrund der Aufhebung des Investitionskostenabschlages für Krankenhäuser wurde die MGV im Jahr 2016 um 1 Million Euro angehoben.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2016 wird die MGV folglich um 2,5 Millionen Euro für die Höherbewertung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie sowie um die Weiterentwicklung der Humangenetik verringert.

Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

	1. Quartal in Euro	2. Quartal in Euro	3. Quartal in Euro	4. Quartal in Euro
2015	209,7 Mio.	211,2 Mio.	205,4 Mio.	214,5 Mio.
2016	219,3 Mio.	221,0 Mio.	214,9 Mio.	224,7 Mio.
Differenz	9,6 Mio.	9,8 Mio.	9,5 Mio.	10,2 Mio.
Veränderung in % ggü. 2015	4,6	4,6	4,6	4,8

Extrabudgetäre Vergütung (aMGV)

Basierend auf Vereinbarungen und Verträgen, gesetzlichen oder weiteren Vorgaben stellen die Krankenkassen Geld für Leistungen bereit, welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Im Rahmen der Honorarvereinbarung zwischen der KVSH und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen werden auf Grundlage des Paragraphen 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V sowie aufgrund von Beschlüssen bzw. Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgewählte ärztliche und psychotherapeutische Leistungen extrabudgetär vergütet. In 2016 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Leistungen der diagnostischen Positronenemissionstomografie (PET) und der diagnostischen Positronenemissionstomografie mit Computertomografie (PET/CT)
- Soziotherapie
- Diverse humangenetische Leistungen
 - umfangreiche humangenetische Analysen nach den GOP 11449, 11514 EBM
 - allgemeine Tumorgenetik nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.2 EBM
- Companion Diagnostic nach den Leistungen des Abschnitts 19.4.4 EBM
- Schriftliches wissenschaftlich begründetes ärztliches Gutachten zum Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Mutationsuche nach den GOP 11304 und 19406 EBM
- Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus nach der GOP 32865 EBM
- Erweitertes Transplantations-Cross-Match nach der GOP 32911 EBM
- Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung nach den Leistungen des Abschnitts 30.13 EBM
- Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen nach Kapitel 37 EBM
- Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38200 und 38205 EBM
- Kostenpauschale nach der GOP 40306 EBM
- Leistungen im Zusammenhang mit der Erstellung/Aktualisierung eines Medikationsplans

Tab. 2 | Neu vereinbarte aMGV-Leistungen 2016

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
	in Euro	in Euro	in Euro
Medikationsplan	873.301	474.947	1.348.248
Allgemeine Tumorgenetik	-	847.201	847.201
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	545.309	84.605	629.914
Spezialisierte Geriatrie	97.242	17.983	115.225
Positronen-Emissions-Tomografie außerhalb MGV	-	96.633	96.633
Companion Diagnostic	-	28.499	28.499
Verordnung von Soziotherapie	19.165	1.188	20.353
Summe	1.535.017	1.551.056	3.086.073

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2016

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2015
	in Euro	in Euro	in Euro	
Präventionsleistungen	23.162.088	40.323.020	63.485.108	4,3
Ambulantes Operieren	2.504.159	49.410.975	51.915.134	8,6
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	700.323	46.183.829	46.884.152	4,1
Dialyse-Sachkosten	-	42.391.952	42.391.952	3,8
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	33.241	12.943.046	12.976.287	-1,3
Strahlentherapie	-	9.641.094	9.641.094	5,7
Impfleistungen	7.510.836	339.281	7.850.117	0,1
Nephrologische Leistungen	-	7.207.572	7.207.572	4,4

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2015
	in Euro	in Euro	in Euro	
Probatorische Sitzungen	229.100	6.191.422	6.420.522	0,0
Betreuungsleistungen	-	6.020.341	6.020.341	2,7
Polysomnografie	-	4.605.100	4.605.100	6,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	-	4.241.663	4.241.663	3,0
Substitutionsbehandlung	2.842.235	326.982	3.169.217	0,8
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	-	1.739.870	1.739.870	1,4
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen - NäPA	1.612.620	-	1.612.620	39,6
Leistungen der künstlichen Befruchtung	-	724.730	724.730	16,2
Belegärztliche Begleitleistungen	-	543.677	543.677	-7,9
Balneophototherapie	-	527.017	527.017	7,7
Hautkrebscreening	5.427	490.388	495.815	-2,6
Neuropsychologische Leistungen	-	357.487	357.487	26,5
Sozialpädiatrische Versorgung	264.424	-	264.424	-4,5
Summe	38.864.453	234.209.446	273.073.899	4,6

Die Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Jahr 2016 sowie die jeweilige Veränderung zu 2015.

Zuschläge

Tab. 4 | Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2016

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2015
	in Euro	in Euro	in Euro	
Chronikerziffer ohne DMP	3.396.305	-	3.396.305	2,2
Haus- und Heimbesuche bei Patienten ab 70 und/oder Pflegestufe II bzw. III	2.798.422	210.724	3.009.146	-6,6
Gastroskopie	5.689	929.616	935.305	-1,6
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	831.296	-	831.296	3,1
Kleine Chirurgie	237.690	129.550	367.240	-4,4
Schwindeldiagnostik	-	220.715	220.715	-2,0
Hyposensibilisierung	5.781	47.934	53.715	8,4
Transfusionen	1.995	43.901	45.896	13,8
Provokation	1.212	16.276	17.488	-1,4
Fallförderung bei Spermogramm	-	13.560	13.560	-2,1
Urodynamik	-	10.771	10.771	-17,1
Prostatastanze	-	7.525	7.525	-0,2
Summe	7.278.390	1.630.572	8.908.962	-1,6

Sonderverträge

Neben den in der Honorarvereinbarung ausdrücklich aufgeführten Leistungen bzw. Leistungsbereichen werden auch Leistungen, die in Sonderverträgen zwischen der KVSH und einer oder mehreren Krankenkassen vereinbart wurden, außerhalb der MGV vergütet.

Hierunter fallen zum Beispiel

- Modellvorhaben gemäß Paragraphen 63, 64 SGB V,
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß Paragraph 73b SGB V,

- Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß Paragraph 73c SGB V,
- Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) gemäß Paragraphen 137f bis g SGB V,
- Verträge zur integrierten Versorgung gemäß Paragraphen 140a bis d SGB V.

Folgende Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge.

Tab. 5 | Ausgewählte Sonderverträge 2016

Sonderverträge	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Gesamt in Euro	Veränderung in % ggü. 2015
Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V	451.178	-	451.178	0,1
QuaMaDi gemäß § 73c SGB V	1.004	7.766.223	7.767.227	-0,5
Homöopathie gemäß § 73c SGB V	229.252	3.235	232.487	-2,3
Tonsillotomie gemäß § 73c SGB V	-	101.263	101.263	-12,7
Hautkrebsscreening (ohne EBM)	5.427	490.388	495.815	-2,6
Summe	686.861	8.361.109	9.047.970	-0,8

Bei der Tonsillotomie ergibt sich eine Rückgang in Höhe von 12,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr, dies ist auf eine gesunkene Inanspruchnahme zurückzuführen.

Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2016

DMP	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Gesamt in Euro	Veränderung in % ggü. 2015
DMP Asthma	1.223.575	703.790	1.927.365	-0,7
DMP Brustkrebs	3.380	246.285	249.665	-5,3
DMP COPD	922.556	397.812	1.320.368	2,9
DMP Diabetes TYP I	1.657.784	160.625	1.818.409	7,8
DMP KHK	3.114.437	216.757	3.331.194	6,0
DMP-Diabetes TYP II	12.139.232	873.709	13.012.941	2,9
Summe	19.060.964	2.598.978	21.659.942	3,3

Die Tabelle zeigt die Umsätze in den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie die Veränderungen zu 2015.

Fremdkassen- zahlungsausgleich (FKZ)



Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung für ihre jeweiligen Versicherten an diejenige KV, in deren Bereich der Versicherte wohnt. Nimmt ein Versicherter ärztliche Leistungen in einem anderen KV-Bereich in Anspruch, ist die Wohnort-KV für diese Leistungen zahlungspflichtig. Für den behandelnden Arzt macht es keinen Unterschied, ob der Patient seinen Wohnort in Schleswig-Holstein oder in einem anderen Bundesland hat. Die KVSH meldet der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die sich aus der Behandlung der Patienten mit Wohnsitz außerhalb Schleswig-Holsteins ergebende Vergütung. Die KBV fasst die Forderungen und Verbindlichkeiten für alle Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen eines sogenannten Clearing-Verfahrens zusammen und errechnet die gegenseitigen Forderungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Hierfür hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Richtlinie zur Durchführung des bundeseinheitlichen Zahlungsausgleichsverfahrens erlassen.

Die folgende Tabelle zeigt die Forderungen und Verbindlichkeiten der KVSH im Jahr 2016 gegenüber anderen KVen im Vergleich zum Vorjahr. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 86,2 Millionen Euro. Dagegen muss die KVSH an andere KVen 172,9 Millionen Euro zahlen. Saldiert bedeutet dies, dass die KVSH 86,7 Millionen Euro (50,2 Millionen MGV-Leistungen und 36,5 Millionen aMGV-Leistungen) an andere KVen zahlen muss. Die 50,2 Millionen Euro muss die KVSH aus ihrer MGV finanzieren, dafür bildet sie im Vorwege der Honorarverteilung Rückstellungen.

Tab. 7 | Fremdkassenzahlungsausgleich 2016

Leistungsbereich	Forderungen in Euro	Verbindlichkeiten in Euro	Saldo in Euro	ggü. 2015	
				Forderungen in Prozent	Verbindlichkeiten in Prozent
Labor	30.224.051	30.384.789	-160.738	5,5	3,1
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	1.289.863	2.084.172	-794.309	10,5	11,4
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	12.338.869	18.238.964	-5.900.095	8,6	4,9
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	23.259.602	66.606.447	-43.346.845	0,6	3,0
Nicht MGV	19.086.903	55.609.686	-36.522.783	12,1	10,2
Gesamt	86.199.288	172.924.058	-86.724.770	6,0	5,5

Die Trennung der MGV

Die Aufteilung der MGV erfolgt nach den Vorgaben der KBV. Demnach sind Vergütungsvolumen für die Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst und für ambulante Krankenhausnotfälle, für laboratoriumsmedizinische Leistungen sowie für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu bilden.

Im fachärztlichen Vergütungsvolumen sind zusätzlich Volumen zur Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung und für Leistungen des genetischen Labors zu bilden.

Die Vergütungsvolumen basieren auf Grundbeträgen je Versicherten. Diese sind erstmalig aus den Vergütungen in den Quartalen 4/2012 bis 3/2013 zu ermitteln und werden mit der Zahl der gesetzlich Krankenversicherten sowie den in Schleswig-Holstein vereinbarten Veränderungen der Gesamtvergütung und des Orientierungswerts weiterentwickelt.

Tab. 8 | MGV-Vergütungsvolumen 2016

Geschätzte MGV										in % ggü. 2015
879.108.980 €										4,4
	Hausärztlicher Versorgungsbereich		Fachärztlicher Versorgungsbereich			Ärztlicher Bereitschaftsdienst		Labor		in % ggü. 2015
	in Euro	in % ggü. 2015	Fachärztliches Vergütungsvolumen in Euro	Pauschalen fachärztliche Grundversorgung in Euro	Genetisches Labor in Euro	in % ggü. 2015	in Euro	in % ggü. 2015	in Euro	
Vergütungsvolumen	382.922.075	4,7	368.188.326	17.014.311	6.674.444	4,3	28.268.051	5,8	76.041.773	1,8
Fremdkassenzahlungsausgleich	-5.900.096	-2,0	-38.946.063	-952.778	-3.440.362	4,3	-794.309	13,0	-160.738	-361,9
Verteilungsrelevante Vergütungsvolumen vor Rückstellungen	377.021.979	4,8	329.242.263	16.061.533	3.234.082	4,3	27.473.742	5,6	75.881.035	0,1

Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

Nach Trennung der MGv stehen die Vergütungsvolumen für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich fest. Bevor jedoch die Vergütung der Leistungen innerhalb der PZV zum Orientierungswert und bei PZV-Überschreitungen mit dem Restpunktwert erfolgt, sind Rückstellungen zu bilden und Vorwegabzüge auszuweisen.



Die Mittel für Praxisbesonderheiten, Sicherstellung etc. werden für Nachberechnungen und Honorarkorrekturen zurückgelegt. Die übrigen Positionen werden zur Vergütung von MGv-Leistungen vor der PZV-Vergütung im laufenden Quartal verwendet.

Gegenüber 2015 sind die Rückstellungen im hausärztlichen Versorgungsbereich um 2,4 Prozent, im fachärztlichen Versorgungsbereich um 3,1 Prozent gestiegen.

Tab. 9 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2016		Veränderung in % ggü. 2015	
	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Hausärzte in Prozent	Fachärzte in Prozent
Praxisbesonderheiten, Sicherstellung, Honorarverlustausgleiche, Zunahme der Versorgung, Ausgleich von Fehlschätzungen in Vorquartalen, Honorarkorrekturen	1.057.760	1.814.731	8,3	-33,9
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	777.252	10.406.967	-7,4	-0,5
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	5.900.096	38.946.063*	-2,0	4,0
Neue Leistungen des EBM	4.290.453	-	2,0	-
Pädaudiologische und phoniatische Leistungen	-	1.166.626	-	4,8
Schmerztherapie	308.421	930.103	-	-
Zahnärztliche Narkosen	-	151.180	-	-
Summe	12.333.982	53.415.670		

* ohne Vergütungsvolumen „Genetisches Labor“ und Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung

Vergütungen vor Trennung

Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Tab. 10 | Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2016

Leistungs- und Kostenbereich	2016		Veränderung in % ggü. 2015
	Vergütung in Euro		
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	72.404.810		4,2
Konsiliar- und Grundpauschale für Laborärzte (GOP 12210 und 12220) und Ermächtigte Laborärzte (GOP 01320)	2.724.930		5,0
Kostenpauschale 40100, Laborversandpauschale	1.295.034		2,6
Summe Schleswig-Holstein	76.424.774		4,2
FKZ	160.738		-80,7
Summe	76.585.512		3,2

Tab. 11 | Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM

Arztgruppe	2016		Veränderung in % ggü. 2015
	Vergütung in Euro	Anteil in %	
Labormediziner	52.928.636	73,2	5,4
Hausärzte	8.835.702	12,2	-0,5
Laborgemeinschaften	2.439.195	3,4	2,3
Gynäkologen	1.810.870	2,5	1,3
Urologen	1.331.742	1,8	-2,1
Kinderärzte	712.234	1,0	5,3
Hautärzte	605.886	0,8	-4,6
Pathologen	464.528	0,6	12,1
Rheumatologen	325.053	0,4	82,4
übrige Arztgruppen	2.950.963	4,1	-5,6
Summe	72.404.809	100,0	3,9

Insgesamt steigt der Umsatz, bezogen auf diese Leistungen, gegenüber 2015 um 4,2 Prozent. Der Anteil der Laborärzte steigt um 4,2 Prozentpunkte. Die Umsatzsteigerung bei Kinderärzten ist auf Arztwechsel innerhalb dieser Gruppe zurückzuführen.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfälle

Die Umsätze im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfalleleistungen sind gegenüber 2015 insgesamt um 6,3 Prozent gestiegen. Die Steigerung bezieht sich im Wesentlichen auf die Vergütung ambulanter Notfalleleistungen in Krankenhäusern. Bei einer Fallzahlzunahme um 2,8 Prozent steigt die Vergütung um 16,3 Prozent. Grund dafür sind Vorgaben des Gesetzgebers, dass ambulante Notfalleleistungen von Krankenhäusern nicht mehr einem Investitionskostenabschlag unterliegen und demnach zu 100 Prozent zu vergüten sind.

Tab. 12 | Vergütung im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst

Leistungen innerhalb MGv 2016		
	in Euro	Veränderung in % ggü. 2015
Anlaufpraxis	4.654.985	-3,2
Fahrdienst	9.345.414	0,5
Telefonarzt	237.620	-
Wegegelder	752.840	-4,7
Krankenhaus-Notfälle	9.421.404	16,3
Sonstige	130.228	1,5
FKZ-Saldo	794.309	13,0
Summe	25.336.799	6,3

Honorarverteilung nach Arztgruppen

In 2016 unterlagen alle Arztgruppen der Punktzahlvolumen-Systematik (PZV). Immer wieder gab es Veränderungen aufgrund von z. B. neuen Bundesvorgaben.

Weiterentwicklung der Punktzahlvolumen (PZV)

Da die PZV erstmalig für die Quartale 4/2013 bis 3/2014 bestimmt wurden, bei den Arztgruppen mit einer Kapazitätsgrenze erstmalig für die Quartale 2/2014 bis 1/2015, wurden für die Quartale des Jahres 2016 die PZV des entsprechenden Vorjahresquartals mit wenigen Ausnahmen, wie z. B. Wachstumsärzte, gemäß den HVM-Bestimmungen weiterentwickelt.

In den nachfolgenden Tabellen werden zum einen die für das jeweilige Quartal durchschnittlichen PZV gemäß der PZV-Mitteilung angegeben. Zum anderen die durchschnittliche Auslastung in Prozent. Zusätzlich haben wir zur Orientierung einen Mittelwert über das gesamte Jahr ausgewiesen.

Im Jahr 2016 wurden PZV-relevante Leistungen innerhalb der PZV mit dem Orientierungswert von 10,4361 Cent vergütet, darüber hinaus mit einem sich aus der Abrechnung für die Versorgungsbereiche ergebenden Restpunktwert. Um dem gesetzlichen Auftrag in Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V nachzukommen, haben Haus- und Fachärzte in den Quartalen des Jahres 2016 entsprechend der HVM-Bestimmungen in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe

von 10 Prozent erhalten. Nachfolgend sind für die jeweiligen Quartale des Jahres 2016 die Honorarteile aufgeführt, die auf diese Erhöhung des Restpunktwertes entfallen.

Tab. 13 | Praxisnetze: Honorarzuwachs durch Erhöhung des Restpunktwertes

	Honoraranteil Hausärzte	Honoraranteil Fachärzte	beide Versorgungsbereiche
	in Euro	in Euro	in Euro
1/2016	118.403	85.704	204.107
2/2016	62.207	137.800	200.007
3/2016	90.380	140.563	230.943
4/2016	95.886	114.352	210.238
Summe	366.876	478.419	845.295

Tab. 14 | Durchschnittliche Punktzahlvolumen (PZV) nach Arztgruppen

Arztgruppe	PZV in Punkten					Veränderung in % ggü. 2015
	1/2016	2/2016	3/2016	4/2016	Jahr 2016	
Anästhesisten	66.219	57.390	53.362	60.730	59.425	-31,2
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	21.413	21.440	21.721	18.611	20.796	-29
Augenärzte	225.792	228.599	215.450	219.825	222.416	-7,2
Chirurgen	233.036	258.957	253.576	235.812	245.345	-
Endokrinologen	323.068	321.393	296.540	308.407	312.352	8,9
Fachärzte für psychotherapeutische Medizin	28.623	28.432	28.607	26.679	28.085	-6,5
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	324.913	337.591	309.770	362.759	333.758	2,7
Gastroenterologen	343.346	362.219	314.339	336.165	339.017	16,4
Gynäkologen	205.409	213.192	202.481	214.803	208.971	1,0
Hausärzte	351.928	380.610	356.995	360.932	362.617	0,4
Hautärzte	252.778	271.289	250.009	265.246	259.830	-
HNO-Ärzte	381.011	384.601	346.711	392.449	376.193	2,6
Humangenetiker	185.905	233.969	60.633	18.828	124.833	-85,1
Kardiologen und Angiologen	575.731	564.954	498.819	562.536	550.510	4,1
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	25.639	24.251	23.435	23.731	24.264	1,9

Arztgruppe	PZV in Punkten					Veränderung in % ggü. 2015
	1/2016	2/2016	3/2016	4/2016	Jahr 2016	
Kinder- und Jugendlichenpsychiater mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	360.697	366.254	315.968	348.141	347.765	0,2
Kinder- und Jugendlichenpsychiater ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	360.697	366.254	315.968	348.141	347.765	45,9
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	353.934	383.038	354.075	358.683	362.432	2,8
Kinderkardiologen	655.866	608.909	546.335	572.196	595.826	3,1
Kinderpneumologen	545.562	593.022	540.067	548.136	556.697	2,0
Laboratoriumsmediziner	5.750	23	10.555	8.365	6.173	-42
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	8.184	9.037	7.693	9.550	8.616	-14
Nephrologen	35.100	37.445	39.942	36.499	37.246	-26
Nervenärzte	441.667	459.424	433.736	439.073	443.475	0,9
Neurochirurgen	172.370	178.320	164.402	194.587	177.420	-18,4
Neurologen	352.854	380.419	350.213	338.065	355.388	1,2
Nuklearmediziner	456.978	415.965	412.435	474.555	439.983	-12,5
Onkologen	417.040	428.561	432.474	454.715	433.198	2,2
Orthopäden	386.913	398.272	378.303	398.023	390.378	0,6
Pathologen	444.253	468.537	408.489	408.756	432.509	-8,9
Phoniater und Pädaudiologen	126.041	141.694	140.426	129.231	134.348	1,6
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	351.936	379.898	346.192	366.518	361.136	-2,8
Pneumologen	528.430	550.001	492.721	537.039	527.048	2,4
Psychiater	216.620	222.377	220.809	235.756	223.890	2,0
Psychologische Psychotherapeuten	22.389	21.719	21.261	20.828	21.549	1,3
Radiologen	730.486	691.804	700.666	761.083	721.010	2,6
Rheumatologen	353.449	368.754	342.185	357.380	355.442	2,7
Strahlentherapeuten	14.898	13.891	14.109	13.066	13.991	-10,1
Urologen	241.060	240.470	225.642	248.261	238.858	0,8

Tab. 15 | Durchschnittliche Auslastung der Punktzahlvolumen (PZV) nach Arztgruppen

Arztgruppen	PZV-Auslastung in Prozent	
	Jahr 2016	Veränderung in % ggü. 2015
Anästhesisten	105	4,4
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	94	20,7
Augenärzte	130	-0,2
Chirurgen	120	3,3
Endokrinologen	131	0,8
Fachärzte für psychotherapeutische Medizin	102	5,8

Arztgruppen	PZV-Auslastung in Prozent	
	Jahr 2016	Veränderung in % ggü. 2015
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	119	1,5
Gastroenterologen	124	-4,1
Gynäkologen	125	-0,5
Hausärzte	117	0,5
Hautärzte	121	1,9
HNO-Ärzte	130	-1,2
Humangenetiker	124	18,5
Kardiologen und Angiologen	125	-1,4
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	113	8,5
Kinder- und Jugendlichenpsychiater mit Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	115	-2,2
Kinder- und Jugendlichenpsychiater ohne Teilnahme an der Sozialpsychiatrievereinbarung	93	39,7
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	120	3,2
Kinderkardiologen	115	3,1
Kinderpneumologen	127	1,8
Laboratoriumsmediziner	91	13,3
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	146	1,4
Nephrologen	109	2,7
Nervenärzte	114	-0,7
Neurochirurgen	115	15,2
Neurologen	114	8,5
Nuklearmediziner	113	12,2
Onkologen	131	12,7
Orthopäden	119	1,9
Pathologen	111	17,1
Phoniater und Pädaudiologen	135	-2,4
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	115	14,1
Pneumologen	128	0,2
Psychiater	109	2,5
Psychologische Psychotherapeuten	113	7,4
Radiologen	119	1,6
Rheumatologen	120	-0,1
Strahlentherapeuten	108	15,9
Urologen	125	-2,8



Honorarveränderungen durch den EBM

Spezialisierte geriatrische Versorgung

Hausärzte und spezialisierte geriatrische Vertragsärzte versorgen seit dem 1. Juli 2016 gemeinsam Patienten, die einen besonders aufwendigen geriatrischen Versorgungsbedarf haben. Hausärzte bleiben weiterhin für das geriatrische Basisassessment und die Weiterbehandlung des Patienten nach der spezialisierten geriatrischen Diagnostik zuständig.

Mit Kapitel 30.13 EBM wurde die „Spezialisierte Geriatrische Versorgung“ aufgenommen. Die neuen Ziffern ermöglichen für das weiterführende geriatrische Assessment die Überweisung an eine ermächtigte Geriatrische Institutsambulanz (GIA) oder einen spezialisierten geriatrischen Vertragsarzt. Spezialisierte geriatrische Vertragsärzte müssen den Schwerpunkt oder die Zusatzbezeichnung „Geriatric“ führen. Für die Berechnung der Gebührenordnungspositionen 30981 und 30984 bis 30986 muss eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik nach Paragraph 135 Abs. 2 SGB V vorliegen.

In Kooperation mit Hausärzten können darüber hinaus im Ausnahmefall Überweisungen auch an die Fachärzte für Neurologie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und Psychiatrie, für Psychiatrie und Psychotherapie oder Vertragsärzte mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie erfolgen.

Die Vergütung der neuen Gebührenordnungspositionen erfolgt extrabudgetär. Im zweiten Halbjahr 2016 wurden rund 230.455 Euro vergütet.

Pflegeheimversorgung – Neue Kooperations- und Koordinationsleistungen

Der Gesetzgeber ermöglicht mit Paragraph 119b SGB V Kooperationen zwischen Ärzten und Pflegeheimen zur verbesserten Versorgung von Heimbewohnern. Der Bewertungsausschuss hat dafür mit Wirkung zum 1. Juli 2016 das Kapitel 37 „Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag“ in den EBM aufgenommen.

Diese Leistungen können nur von Vertragsärzten berechnet werden, die einen Kooperationsvertrag mit einem Pflegeheim gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, der die Anforderungen der Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte erfüllt. Einen Mustervertrag stellt die KVSH auf www.kvsh.de ▶ [Praxis](#) ▶ [Abrechnung](#) zur Verfügung.

Der erhöhte Aufwand von Haus- und Fachärzten, unter anderem für die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen und der pflegerischen Versorgung von Heimbewohnern, wird über die neu eingeführten Leistungen extrabudgetär honoriert.

Im zweiten Halbjahr 2016 beträgt die Vergütung rund 630.000 Euro. Mit 545.000 Euro entfällt der überwiegende Teil auf Hausärzte.

Humangenetik

Zum 1. Juli 2016 wurde das Kapitel 11 EBM der humangenetischen Gebührenordnungspositionen überarbeitet und an den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik angepasst. Im Zusammenhang mit dieser EBM-Änderung wurden auch entsprechende Anpassungen des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV - Ä) vorgenommen. Ab dem 1. Juli 2017 wird die methodische durch eine pathogenetische Beschreibung ersetzt. Der zugrundeliegende Mutationsmechanismus entscheidet damit über die Abrechnungsfähigkeit einer humangenetischen Leistung.

Die humangenetischen Laboruntersuchungen des Kapitels 11 EBM wurden differenziert nach

- In-vitro-Diagnostik konstitutioneller genetischer Veränderungen Kapitel 11.4 EBM
- In-vitro-Diagnostik tumorgenetischer Veränderungen Kapitel 19.4 EBM.

Zusätzlich hat der Bewertungsausschuss Änderungen zur Abgrenzung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) sowie Vorgaben zur Anpassung des Behandlungsbedarfs beschlossen. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV) bezahlt:

- umfangreiche humangenetische Analysen (GOP 11449 und 11514),
- allgemeine Tumorgenetik (Unterabschnitt 19.4.2),
- Companion Diagnostic (Unterabschnitt 19.4.4).

Die Effekte der EBM-Änderungen und der extrabudgetären Vergütung lassen sich aufgrund eines Halbjahres und der relativ kleinen Gruppe der Humangenetiker noch nicht quantifizieren.

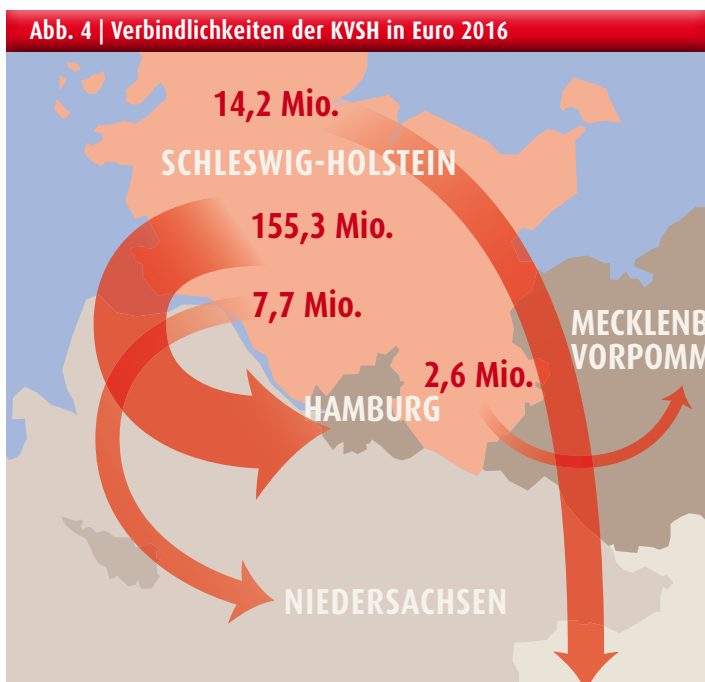
Taler, Taler, du musst wandern – Fremdkassenzahlungsausgleich im Detail

Im Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) zahlt die KV Schleswig-Holstein für vertragsärztliche Leistungen, die schleswig-holsteinische Versicherte in anderen KV-Regionen in Anspruch nehmen. Wir nennen diese Beträge Verbindlichkeiten. Die Bezahlung erfolgt nicht direkt an den jeweiligen Vertragsarzt, denn die dortige Kassenärztliche Vereinigung führt die arztbezogene Honorierung aus.

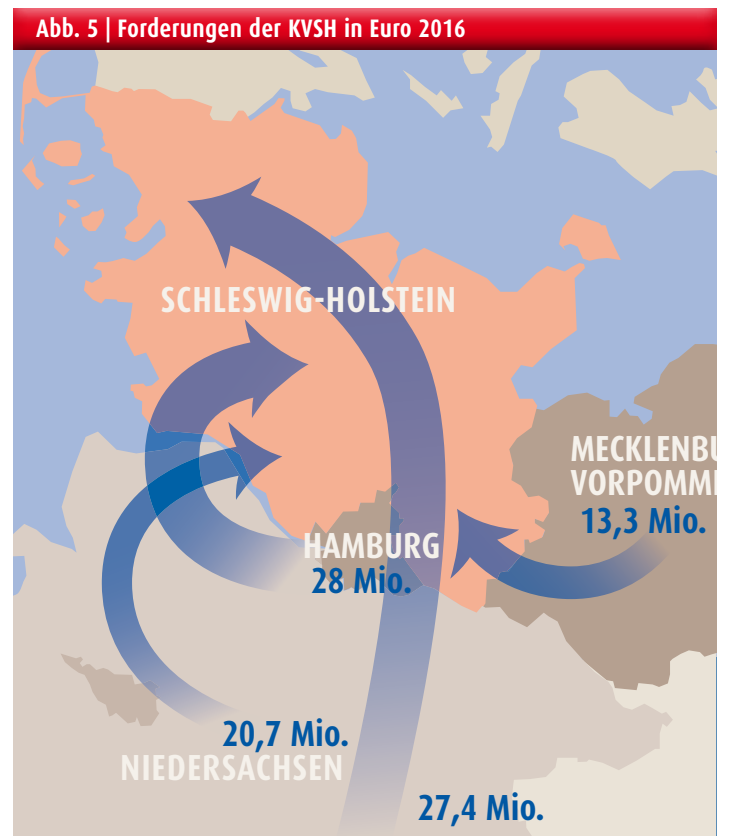
Die KV Schleswig-Holstein erhält von den übrigen KVen Rechnungen für die dort behandelten „wohntorfremden“ Patienten. Verrechnet werden diese Beträge mit den Vergütungen schleswig-holsteinischer Ärzte für Patienten mit Wohnorten außerhalb unseres Bundeslandes. Das sind unsere Forderungen gegenüber den anderen KVen. Insgesamt zahlen wir mehr an die übrigen KVen als wir erhalten. Begründet ist das mit der Metropolfunktion Hamburgs. Im Hamburger Umland wohnen viele Versicherte, die in Hamburg arbeiten und dort auch Ärzte aufsuchen. Das gilt auch in den dritten Quartalen (Juli bis September), obgleich Schleswig-Holstein ein Urlaubsland ist.

Die Euro-Beträge in den folgenden Abbildungen basieren auf Leistungsbedarf gemäß der Euro-Gebührenordnung. Sie enthalten keine Quotierungen und weichen deshalb von den Werten im Kapitel „Fremdkassenzahlungsausgleich“ (Seite 15) ab.

Abb. 4 zeigt, dass 155,3 Millionen Euro oder 86 Prozent der Verbindlichkeiten auf die KV Hamburg entfallen. Etwa 7,7 Millionen Euro (4 Prozent) entfallen auf die KV Niedersachsen und 2,6 Millionen Euro (1,4 Prozent) auf die KV Mecklenburg-Vorpommern. Die restlichen 14,2 Millionen Euro (9 Prozent) verteilen sich auf die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen.



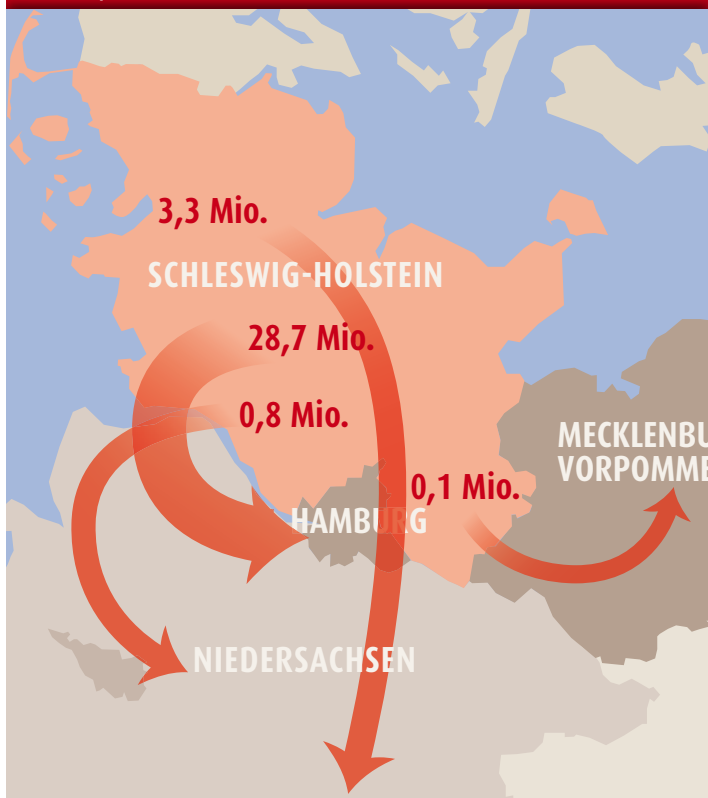
Die Forderungen der KV Schleswig-Holstein gegenüber den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen sind anders verteilt (Abb. 5). Mit 28 Millionen Euro entfallen auf die KV Hamburg rund 31 Prozent, gefolgt von der KV Niedersachsen mit 20,7 Millionen Euro (23,2 Prozent) und der KV Mecklenburg-Vorpommern mit 13,3 Millionen Euro (14,8 Prozent). Die restlichen 27,4 Millionen (31,0 Prozent) verteilen sich auf die übrigen KVen.



Labormedizinische Leistungen

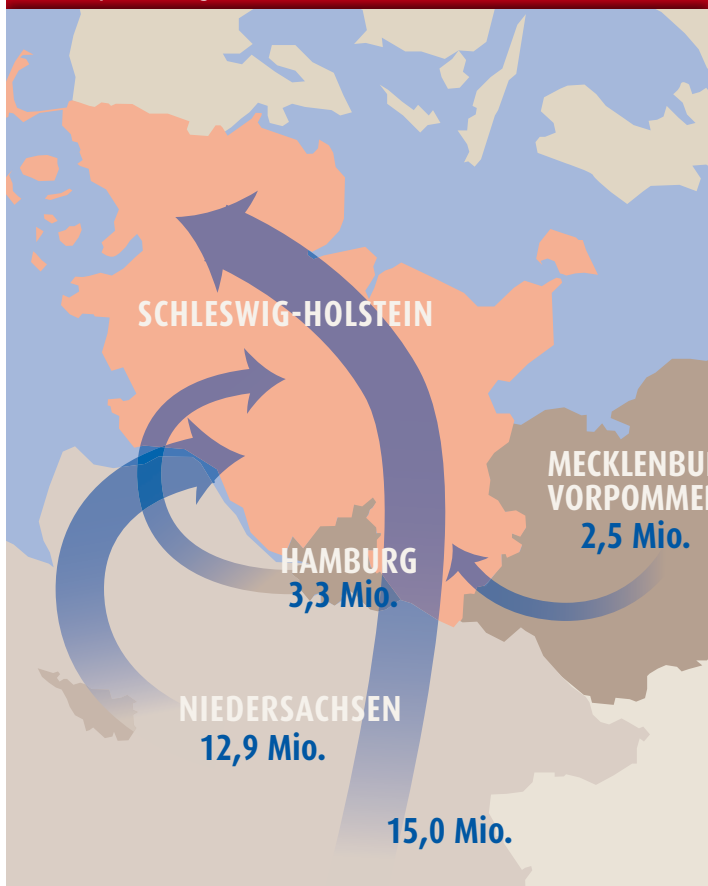
Etwa ein Fünftel aller Verbindlichkeiten entfallen auf Leistungen der Laboratoriumsmedizin. Diese umfassen auch den Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM. Auch hier steht die KV Hamburg mit 28,7 Millionen Euro bzw. 87,2 Prozent wieder an erster Stelle. An die KV Niedersachsen fließen 0,8 Millionen und an die KV Mecklenburg-Vorpommern lediglich 0,1 Millionen Euro (Abb. 6).

Abb. 6 | Verbindlichkeiten Labor in Euro 2016



Die Forderungen der KV Schleswig-Holstein im Bereich Laboratoriumsmedizin von insgesamt 33,7 Millionen Euro richten sich mit 55,5 Prozent an unsere Nachbar-KVen. Hier entfällt auf die KV Niedersachsen mit 12,9 Millionen Euro bzw. 38,2 Prozent der größte Anteil.

Abb. 7 | Forderungen Labor in Euro 2016



Insgesamt betrachtet werden in Schleswig-Holstein mehr Leistungen für „fremde“ Versicherte vergütet als in den übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen für schleswig-holsteinische Versicherte. Das gilt nicht für Hamburg, denn dem Abfluss von 28,7 Millionen Euro in die Metropole stehen lediglich 3,3 Millionen Euro Zufluss nach Schleswig-Holstein entgegen.

Fachärztliche Versorgung ohne Labor

Insgesamt fließen aus Schleswig-Holstein rund 117 Millionen Euro in die fachärztlichen Versorgungsbereiche der übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen, während lediglich 38,8 Millionen Euro zurückkommen. Auch hier ist die Metropolfunktion Hamburgs offensichtlich, denn mit 102,1 Millionen Euro bzw. 87 Prozent entfällt der größte Teil der Verbindlichkeiten Schleswig-Holsteins an den Stadtstaat. Aus Hamburg fließen nach Schleswig-Holstein 16,5 Millionen Euro. Das entspricht 42,5 Prozent aller Forderungen gegenüber anderen Kassenärztlichen Vereinigungen. Ohne Hamburg würde sich im fachärztlichen Bereich ein positiver Saldo in Höhe von 7,4 Millionen Euro für Schleswig-Holstein ergeben.

Abb. 8 | Verbindlichkeiten der KVSH fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Labor in Euro 2016

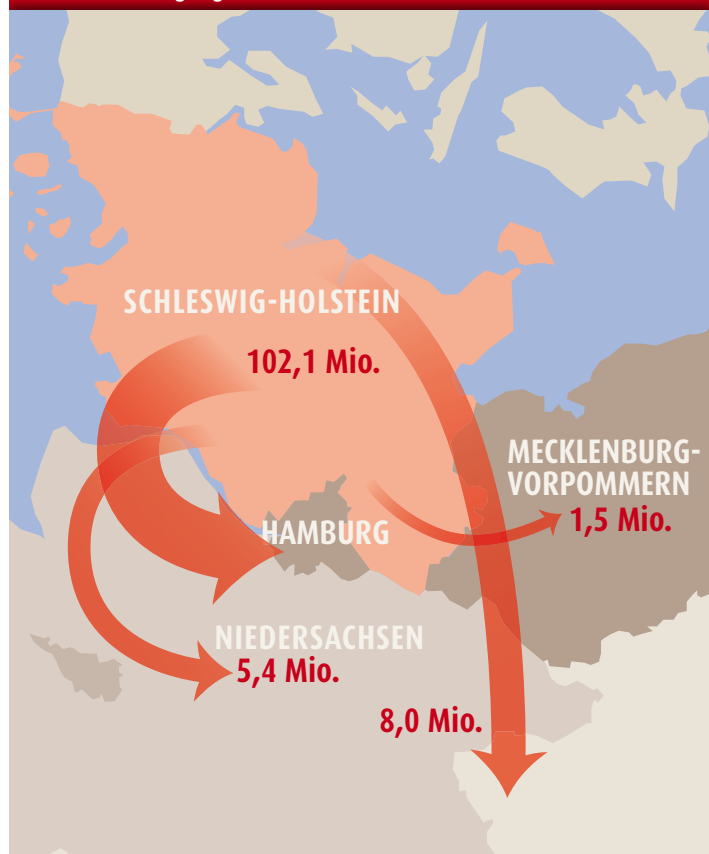


Abb. 9 | Forderungen der KVSH fachärztlicher Versorgungsbereich ohne Labor in Euro 2016

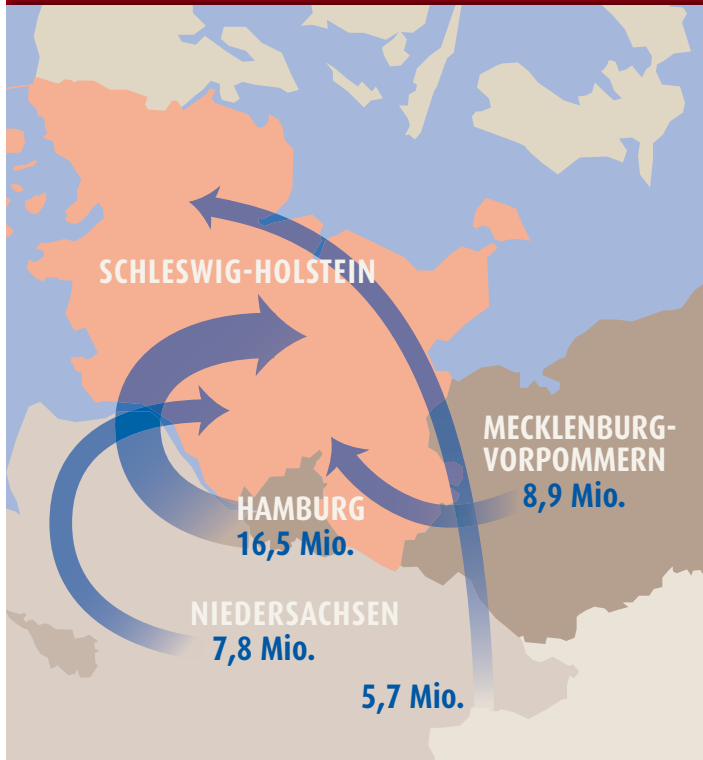
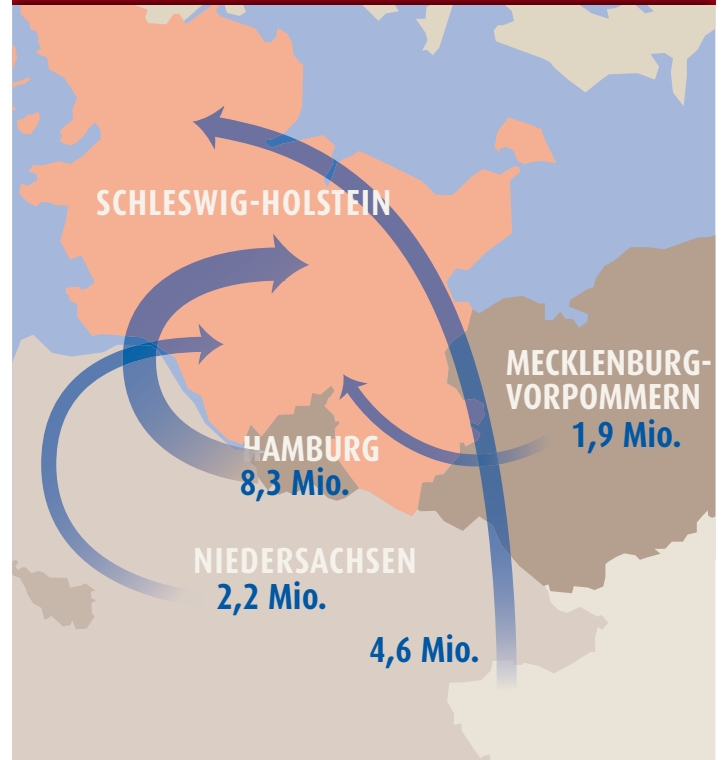


Abb. 11 | Forderungen der KVSH hausärztlicher Versorgungsbereich ohne Labor in Euro 2016



Hausärztliche Versorgung ohne Labor

Im hausärztlichen Bereich zeigt sich ein ähnliches Bild. Insgesamt gehen 24,5 Millionen Euro an andere Kassenärztliche Vereinigungen, während 16,9 Millionen Euro zurückkommen. Auch hier begründet die Metropolfunktion Hamburgs den negativen Saldo, denn dem Abfluss von 19 Millionen Euro nach Hamburg steht ein Zufluss von 8,3 Millionen Euro gegenüber. Ohne Hamburg ergäbe sich ein positiver Saldo von 3,3 Millionen Euro.

Abb. 10 | Verbindlichkeiten der KVSH hausärztlicher Versorgungsbereich ohne Labor in Euro 2016



Welche Arztgruppen werden von schleswig-holsteinischen Versicherten in Hamburg aufgesucht?

Insgesamt zählen wir in 2016 rund 1,9 Millionen Hamburger Behandlungsfälle für schleswig-holsteinische Versicherte. In diese Zählung sind nur Arztgruppen einbezogen, die einen direkten Arzt-Patientenkontakt erwarten lassen. Deshalb umfasst die Zahl keine Untersuchungen von Labormedizinern, Mikrobiologen, Pathologen und Transfusionsmedizinern. Mit 864.000 Behandlungsfällen entfallen rund 45,5 Prozent auf Hausärzte (Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, hausärztliche Internisten). Es folgen die Gruppen der Gynäkologen mit 161.000 und der Dermatologen mit 103.000 Behandlungsfällen.

Tab. 16 | Behandlungsfälle schleswig-holsteinischer Versicherter in Hamburg 2016



Arztgruppe	2016	2011	Veränderung in Prozent
Hausarzt	864.378	769.725	12,3
Gynäkologie	161.329	159.543	1,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	103.098	87.040	18,4
Innere Medizin (FA)	99.698	82.414	21,0
Orthopädie	96.691	85.943	12,5
Radiologie	93.364	74.814	24,8
Kinder- und Jugendmedizin	54.510	53.831	1,3
Augenheilkunde	88.294	81.002	9,0
HNO-Heilkunde	54.918	45.769	20,0
Urologie	42.603	43.066	-1,1
Chirurgie	37.812	28.275	33,7
Neurologie	25.093	12.324	103,6
Nervenheilkunde	18.228	23.330	-21,9
Anästhesiologie	16.594	17.137	-3,2
Psychologische Psychotherapie	15.245	12.065	26,4
Physikalische und Rehabilitative Medizin	13.833	6.224	122,2
Nephrologie	11.829	10.901	8,5
Psychiatrie und Psychotherapie	11.734	11.820	-0,7
Neurochirurgie	11.182	9.861	13,4
Nuklearmedizin	10.687	15.534	-31,2
Sonstige	47.121	52.105	-9,6
Summe	1.898.930	1.692.314	12,2

Welche Arztgruppen werden von Hamburger Versicherten in Schleswig-Holstein aufgesucht?

Auch hier ergibt sich ein ähnliches Bild. Der größte Anteil entfällt auf Hausärzte mit 111.962 Behandlungsfällen, gefolgt von Gynäkologen und Hautärzten. An vierter Position stehen Kinderärzte.

Tab. 17 | Behandlungsfälle Hamburger Versicherter in Schleswig-Holstein 2016



Arztgruppe	2016	2011	Veränderung in Prozent
Hausarzt	111.962	94.445	18,5
Gynäkologie	97.879	89.751	9,1
Haut- und Geschlechtskrankheiten	20.200	19.994	1,0
Kinder- und Jugendmedizin	20.021	15.604	28,3
Orthopädie	18.958	16.867	12,4
Augenheilkunde	16.187	13.991	15,7
prakt. Arzt	16.063	15.681	2,4
HNO-Heilkunde	12.461	10.477	18,9
Anästhesiologie	7.149	6.380	12,1
Pneumologie	6.555	5.634	16,3
Nervenheilkunde	5.819	6.657	-12,6
Kardiologie	5.579	4.600	21,3
Radiologie	5.519	3.628	52,1
Neurologie	4.999	3.501	42,8
Unfallchirurgie	4.873	3.740	30,3
Urologie	4.872	4.474	8,9
Psychologische Psychotherapie	3.278	2.335	40,4
Innere Medizin (FA)	3.256	4.255	-23,5
Psychiatrie und Psychotherapie	2.233	1.270	75,8
Hämatologie	2.182	2.021	8,0
Physikalische und Rehabilitative Medizin	2.116	2.335	-9,4
Kinderpsychiatrie & -psychotherapie	1.573	2.026	-22,4
Nephrologie	1.525	1.386	10,0
Chirurgie	1.485	2.812	-47,2
Rheumatologie	1.200	293	309,6
Gastroenterologie	1.089	736	48,0
Sonstige	7.745	4.717	64,2
Summe	370.715	323.929	14,4

TABELLENVERZEICHNIS

	SEITE		SEITE
ANÄSTHESISTEN	30	LABORATORIUMSMEDIZINER	49
ANDERE AUSSCHL. PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE	31	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN	50
AUGENÄRZTE	32	NEPHROLOGEN	51
CHIRURGEN	33	NERVENÄRZTE	52
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN	34	NEUROCHIRURGEN	53
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT	35	NEUROLOGEN	54
GASTROENTEROLOGEN	36	NUKLEARMEDIZINER	55
GYNÄKOLOGEN	37	ONKOLOGEN	56
HAUSÄRZTE	38	ORTHOPÄDEN	57
HAUTÄRZTE	39	PATHOLOGEN	58
HNO-ÄRZTE	40	PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN	59
HUMANGENETIKER	41	PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER	60
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN	42	PNEUMOLOGEN	61
KINDERKARDIOLOGEN	43	PSYCHIATER	62
KINDERPNEUMOLOGEN	44	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	63
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)	45	RADIOLOGEN	64
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	46	RHEUMATOLOGEN	65
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	47	STRAHLENTHERAPEUTEN	66
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN	48	UROLOGEN	67

Die Änderungen in der EBM-, HVM- und sonstigen Vergütungssystematik bedeutet für einige Arztgruppen Änderungen in ihren Umsatzanteilen:

- Bei psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Medizinerinnen ist der Umsatzanteil der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen im Vergleich zu 2015 gestiegen, weil deren Höherbewertungen im EBM in 2015 nur für drei Quartale galten, in 2016 jedoch in allen Quartalen wirken.
- Der Bewertungsausschuss hat zum zweiten Halbjahr 2016 umfangreiche EBM- und Vergütungsänderungen im Bereich der Humangenetik beschlossen. Deshalb sind die Jahresvergleiche für Arztgruppen mit humangenetischen Leistungen nicht aussagekräftig.

ANÄSTHESISTEN

Der Umsatzrückgang bei ambulanten Operationen (Leistungen Kapitel 31 EBM) ist ursächlich für den insgesamt zu verzeichnenden Umsatzrückgang.

Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	105	-	2,9
Anzahl der Ärzte:	121	-	4,3
Gesamthonorar in Euro:	4.013.136	16.052.542	-1,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	38.220	152.881	-3,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	33.167	132.666	-5,2
Gesamtfallzahl:	27.828	111.311	-2,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.803.877	48,6	-5,6
Budgetrelevante Leistungen	3.291.687	20,5	1,0
Belegärztliche Leistungen	3.252.829	20,3	0,2
Spezielle schmerztherapeutische Versorgung	645.485	4,0	15,8
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	546.875	3,4	2,3
Vergütung restliche Bereiche	430.963	2,7	49,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	80.826	0,5	5,7
Summe	16.052.542	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

Trotz Arztlanzuwachs bleibt der Tätigkeitsumfang dieser Arztgruppe gleich. Die Steigerung des Umsatzes ist im Wesentlichen auf die Höherbewertungen psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss zurückzuführen.

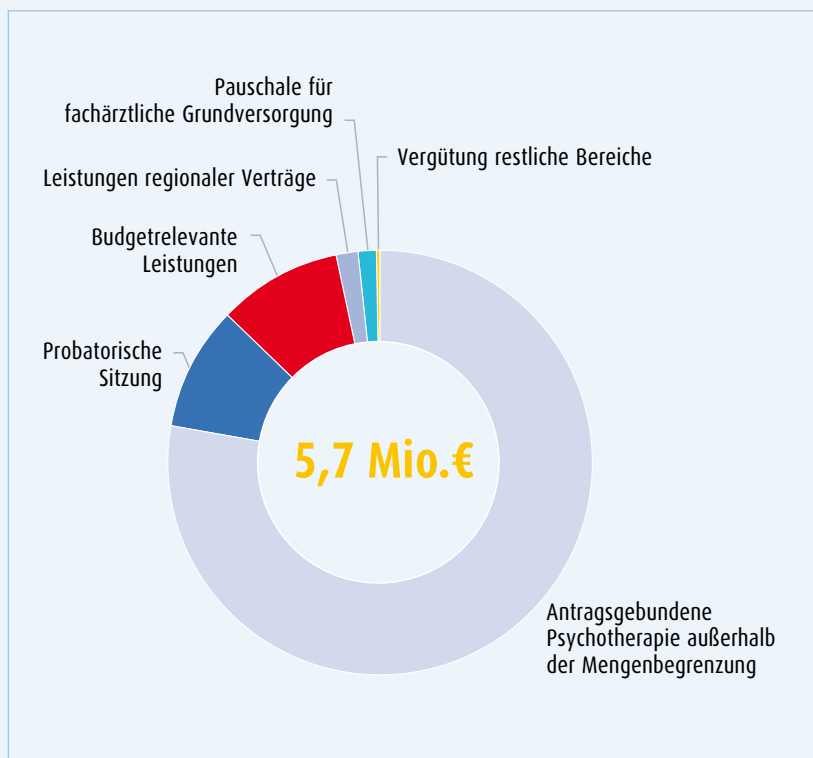
Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	63	-	-
Anzahl der Ärzte:	80	-	2,6
Gesamthonorar in Euro:	1.424.213	5.696.851	3,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	22.607	90.426	3,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	17.803	71.211	0,9
Gesamtfallzahl:	3.940	15.759	-0,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	4.434.599	77,8	4,1
Probatorische Sitzung	543.626	9,5	-5,1
Budgetrelevante Leistungen	539.871	9,5	3,5
Leistungen regionaler Verträge	90.823	1,6	53,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	78.609	1,4	-2,5
Vergütung restliche Bereiche	9.323	0,2	12,1
Summe	5.696.851	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



AUGENÄRZTE

Das Umsatzplus von 11 Prozent gegenüber dem Jahr 2015 entfällt im Wesentlichen auf Leistungen des ambulanten Operierens. Ursache ist die Abrechnung dieser Leistungen in 2016 über die KV, während in 2015 entsprechende Operationen noch direkt von Krankenkassen über Selektivverträge vergütet wurden.

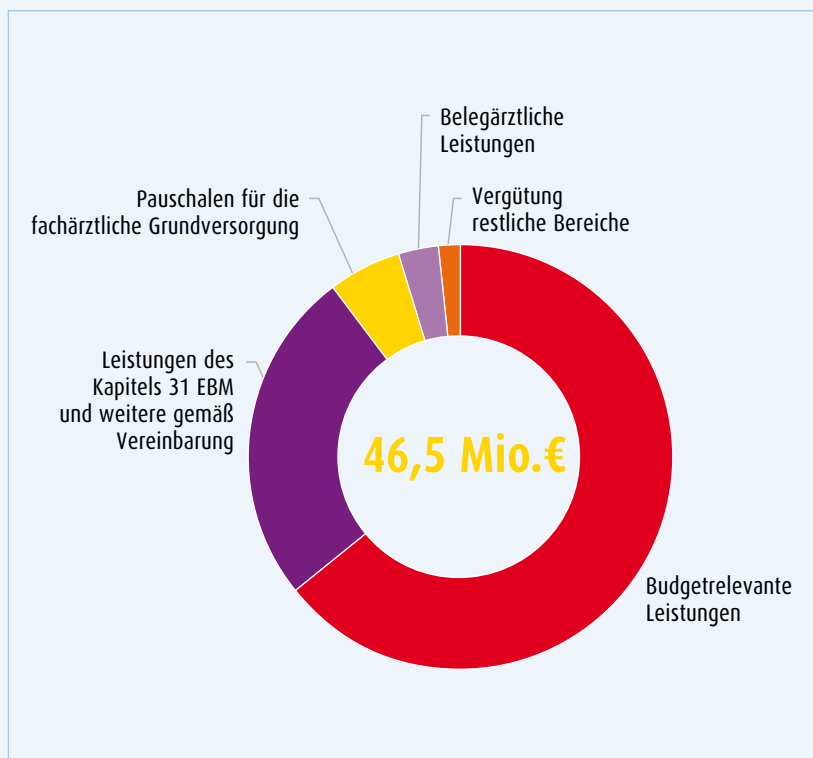
Kenngroßen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	183	-	0,5
Anzahl der Ärzte:	211	-	2,4
Gesamthonorar in Euro:	11.622.405	46.489.621	11,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	63.511	254.042	10,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	55.083	220.330	8,4
Gesamtfallzahl:	257.053	1.028.212	1,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	29.971.638	64,4	4,8
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	11.804.925	25,4	35,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.655.786	5,7	2,4
Belegärztliche Leistungen	1.329.024	2,9	-2,6
Vergütung restliche Bereiche	728.248	1,6	15,0
Summe	46.489.621	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



CHIRURGEN

Der Umsatzrückgang bei belegärztlichen Leistungen wird durch eine Umsatzerhöhung bei ambulanten Operationen (Leistungen Kapitel 31 EBM) kompensiert.

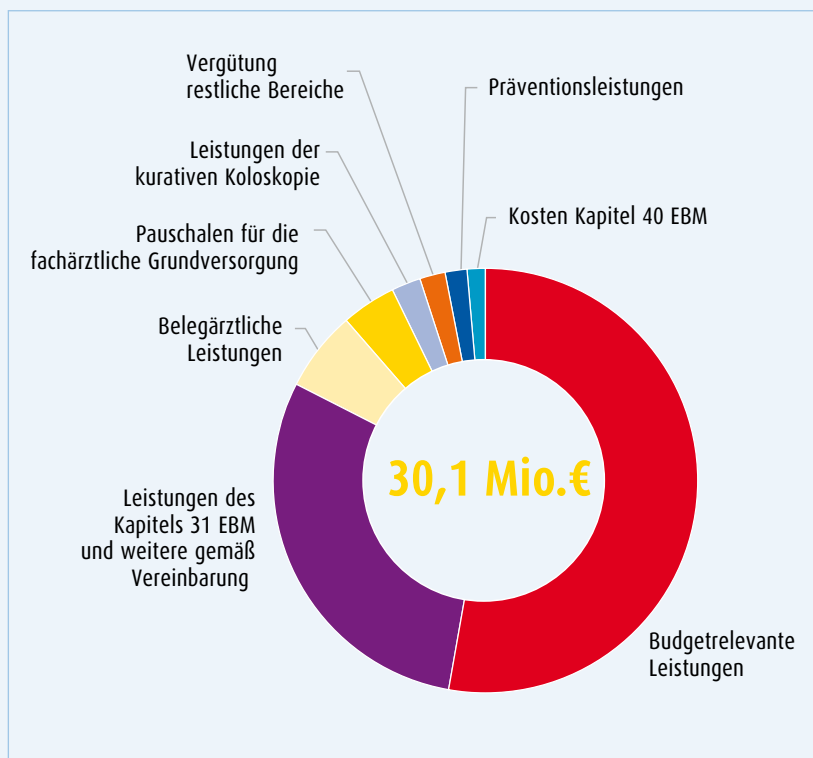
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	127	-	-
Anzahl der Ärzte:	150	-	-1,3
Gesamthonorar in Euro:	7.537.496	30.149.985	3,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	59.350	237.401	3,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	50.250	201.000	4,4
Gesamtfallzahl:	102.681	410.725	1,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	15.930.205	52,8	3,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.012.096	29,9	4,4
Belegärztliche Leistungen	1.806.083	6,0	-2,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.264.631	4,2	1,8
Leistungen der kurativen Koloskopie	649.593	2,2	-3,9
Vergütung restliche Bereiche	635.024	2,1	9,6
Präventionsleistungen	449.133	1,5	1,6
Kosten Kapitel 40 EBM	403.220	1,3	2,7
Summe	30.149.985	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

Der Rückgang der Arztzahl und des Tätigkeitsumfangs bei den Fachärzten für psychotherapeutische Medizin in Verbindung mit der Höherbewertung psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss führt zu steigenden Umsätzen je Arzt in der Gruppe.

Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	76	-	-5,0
Anzahl der Ärzte:	91	-	-3,2
Gesamthonorar in Euro:	1.796.407	7.185.626	-0,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	23.637	94.548	4,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	19.741	78.963	2,5
Gesamtfallzahl:	5.035	20.138	-1,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	5.281.766	73,5	-2,3
Budgetrelevante Leistungen	931.249	13,0	0,5
Probatorische Sitzung	662.164	9,2	-2,1
Leistungen regionaler Verträge	172.595	2,4	70,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	132.394	1,8	5,7
Vergütung restliche Bereiche	5.458	0,1	24,7
Summe	7.185.626	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

Der Rückgang der Arztzahl und des Tätigkeitsumfangs bei den Fachinternisten ohne Schwerpunkt führt zu erhöhten Durchschnittsumsätzen je Arzt und je Tätigkeitsumfang.

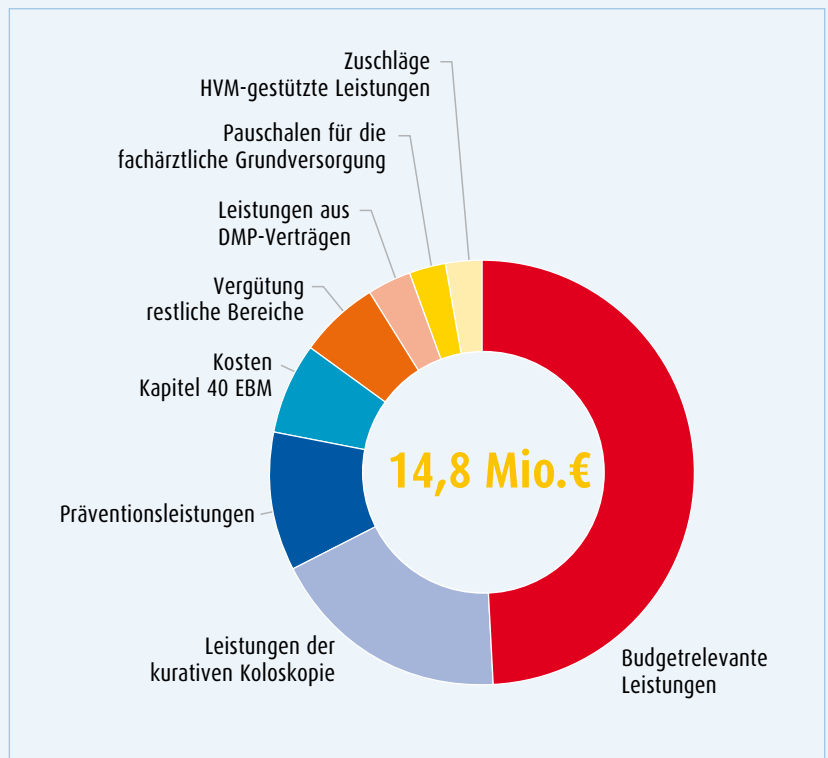
Kenngößen der Arztgruppe 2016

	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Quartale			
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	45	-	-4,3
Anzahl der Ärzte:	46	-	-8,0
Gesamthonorar in Euro:	3.701.179	14.804.717	-2,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	82.249	328.994	2,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	80.461	321.842	6,5
Gesamtfallzahl:	34.197	136.788	-8,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	7.294.682	49,2	-3,2
Leistungen der kurativen Koloskopie	2.741.253	18,5	2,4
Präventionsleistungen	1.564.530	10,6	-3,3
Kosten Kapitel 40 EBM	1.003.538	6,8	-10,7
Vergütung restliche Bereiche	902.362	6,1	4,6
Leistungen aus DMP-Verträgen	510.794	3,5	6,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	396.075	2,7	-2,0
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	391.483	2,6	-5,2
	14.804.717	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



GASTROENTEROLOGEN

Der Umsatzzuwachs gegenüber dem Vorjahr ist insbesondere bei den budgetrelevanten Leistungen und bei Präventionsleistungen zu verzeichnen. Die erhöhte Arztzahl lässt den durchschnittlichen Umsatz etwas geringer ansteigen.

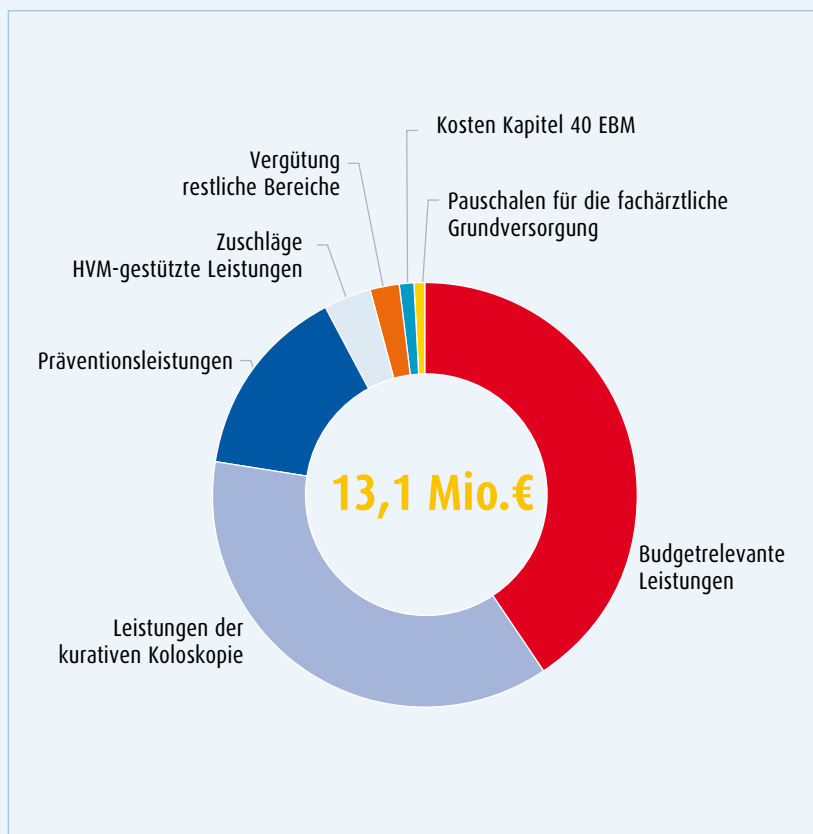
Kenngroßen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	33	-	3,1
Anzahl der Ärzte:	35	-	2,9
Gesamthonorar in Euro:	3.281.814	13.127.257	5,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	99.449	397.796	1,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	93.766	375.064	2,0
Gesamtfallzahl:	25.667	102.668	1,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.354.120	40,7	5,7
Leistungen der kurativen Koloskopie	4.833.630	36,8	2,4
Präventionsleistungen	1.940.207	14,8	9,7
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	494.407	3,8	1,0
Vergütung restliche Bereiche	286.334	2,2	-25,0
Kosten Kapitel 40 EBM	131.445	1,0	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	87.114	0,7	7,8
Summe	13.127.257	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



GYNÄKOLOGEN

Der Umsatz mit belegärztlichen Leistungen ist bei den Gynäkologen rückläufig und wird nicht durch vermehrte ambulante Operationen (Leistungen Kapitel 31 EBM) kompensiert. Dennoch erhöhen sich die durchschnittlichen Werte aufgrund von Zuwächsen in den übrigen Leistungsbereichen.

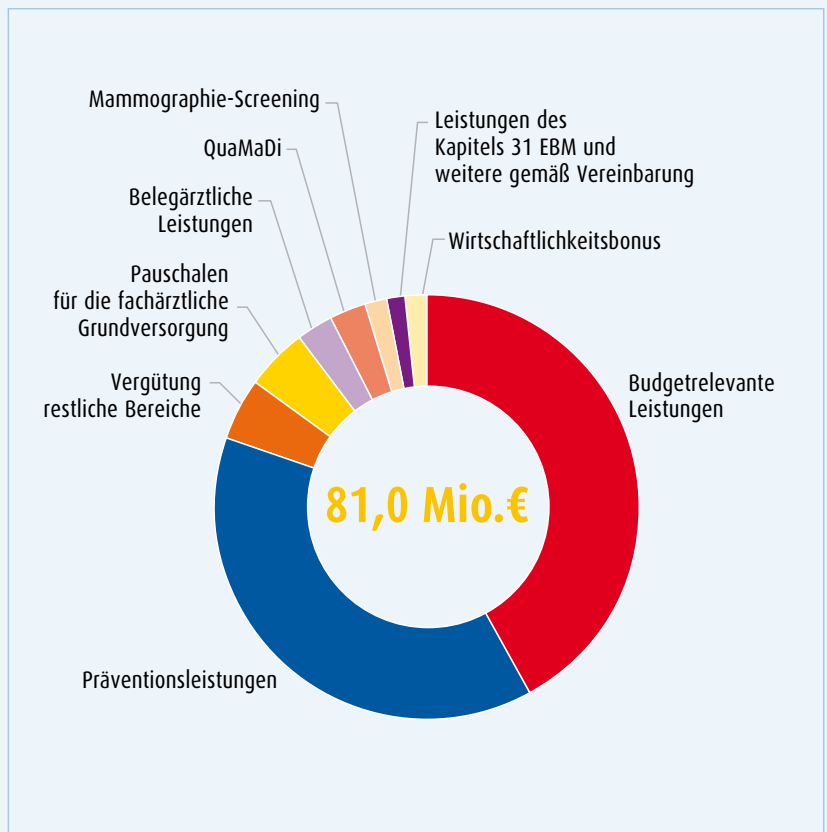
Kenngroßen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	331	-	-
Anzahl der Ärzte:	371	-	1,1
Gesamthonorar in Euro:	20.251.837	81.007.349	3,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	61.184	244.735	3,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	54.587	218.349	2,8
Gesamtfallzahl:	461.891	1.847.565	0,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	34.045.769	42,0	5,0
Präventionsleistungen	31.005.910	38,3	3,9
Vergütung restliche Bereiche	3.930.980	4,9	4,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.829.024	4,7	1,9
Belegärztliche Leistungen	2.239.662	2,8	-4,6
QuaMaDi	2.105.052	2,6	1,1
Mammographie-Screening	1.402.703	1,7	7,3
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.303.424	1,6	0,6
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.144.825	1,4	3,6
Summe	81.007.349	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



HAUSÄRZTE

Das Umsatzplus von 5,1 Prozent gegenüber dem Vorjahr ist insbesondere durch Steigerungen bei den budgetrelevanten Leistungen und den Leistungen der hausärztlichen Geriatrie begründet. Das Plus „Vergütung restliche Bereiche“ resultiert aus dem Wirtschaftlichkeitsbonus, der hier eingeordnet ist.

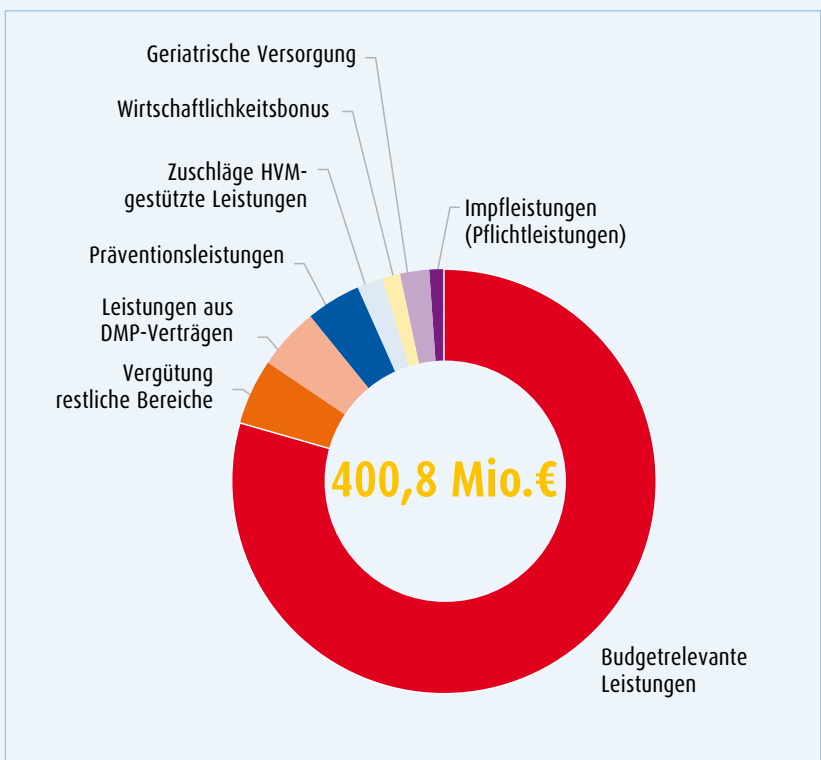
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	1.874	-	0,4
Anzahl der Ärzte:	1.966	-	1,1
Gesamthonorar in Euro:	100.189.717	400.758.867	5,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	53.463	213.852	4,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	50.961	203.845	3,9
Gesamtfallzahl:	1.628.580	6.514.319	1,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	318.221.095	79,5	4,6
Vergütung restliche Bereiche	19.785.983	5,0	19,4
Leistungen aus DMP-Verträgen	18.830.990	4,7	3,9
Präventionsleistungen	17.411.009	4,3	4,6
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	7.207.932	1,8	-1,8
Wirtschaftlichkeitsbonus	6.102.284	1,5	-0,2
Geriatrische Versorgung	8.995.103	2,2	10,4
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	4.204.470	1,0	0,3
Summe	400.758.866	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



HAUTÄRZTE

Das Umsatzplus der Hautärzte resultiert insbesondere aus Zuwächsen bei den budgetrelevanten Leistungen, Präventionsleistungen und der Balneophototherapie.

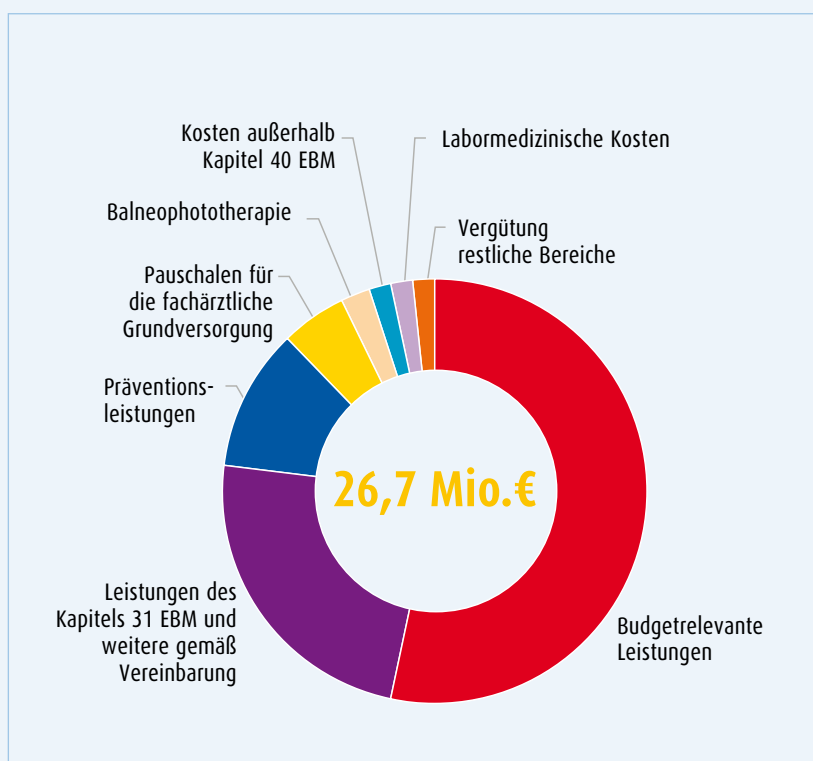
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	114	-	0,9
Anzahl der Ärzte:	120	-	2,6
Gesamthonorar in Euro:	6.663.399	26.653.596	3,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	58.451	233.803	2,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	55.528	222.113	0,8
Gesamtfallzahl:	181.627	726.508	1,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	14.263.380	53,5	4,7
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	6.324.607	23,7	0,3
Präventionsleistungen	2.816.497	10,6	5,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.381.813	5,2	3,5
Balneophototherapie	527.018	2,0	7,7
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	490.418	1,8	-2,1
Labormedizinische Kosten	453.657	1,7	-6,5
Vergütung restliche Bereiche	396.206	1,5	10,3
Summe	26.653.596	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



HNO-ÄRZTE

Wie auch bei anderen Arztgruppen, die belegärztlich operieren, geht in diesem Leistungsbereich der Umsatz zurück. Umsatzsteigerungen in den übrigen Leistungsbereichen erhöhen jedoch die durchschnittlichen Werte.

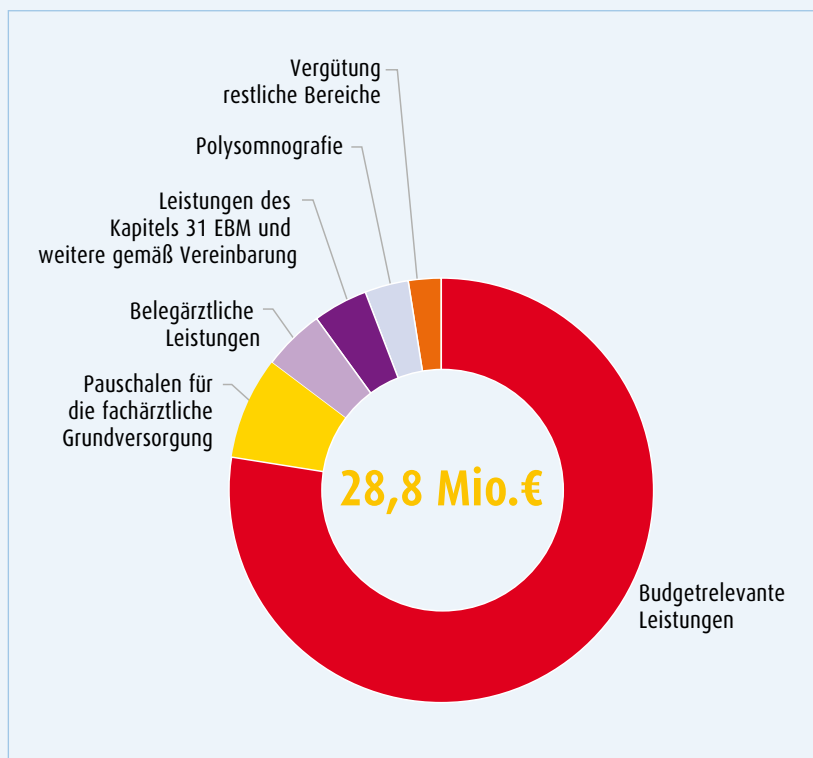
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	121	-	1,7
Anzahl der Ärzte:	130	-	0,8
Gesamthonorar in Euro:	7.211.663	28.846.652	6,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	59.601	238.402	4,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	55.474	221.897	5,3
Gesamtfallzahl:	165.389	661.554	1,5

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	22.433.986	77,7	6,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.212.819	7,7	3,5
Belegärztliche Leistungen	1.322.813	4,6	-6,6
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.254.789	4,3	-
Polysomnografie	971.743	3,4	39,5
Vergütung restliche Bereiche	650.502	2,3	0,8
Summe	28.846.652	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



HUMANGENETIKER

Umfangreiche EBM-Änderungen ab dem 3. Quartal 2016 und damit einhergehende Veränderungen in der Vergütungssystematik durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung lassen einen sinnvollen Jahresvergleich nicht zu.

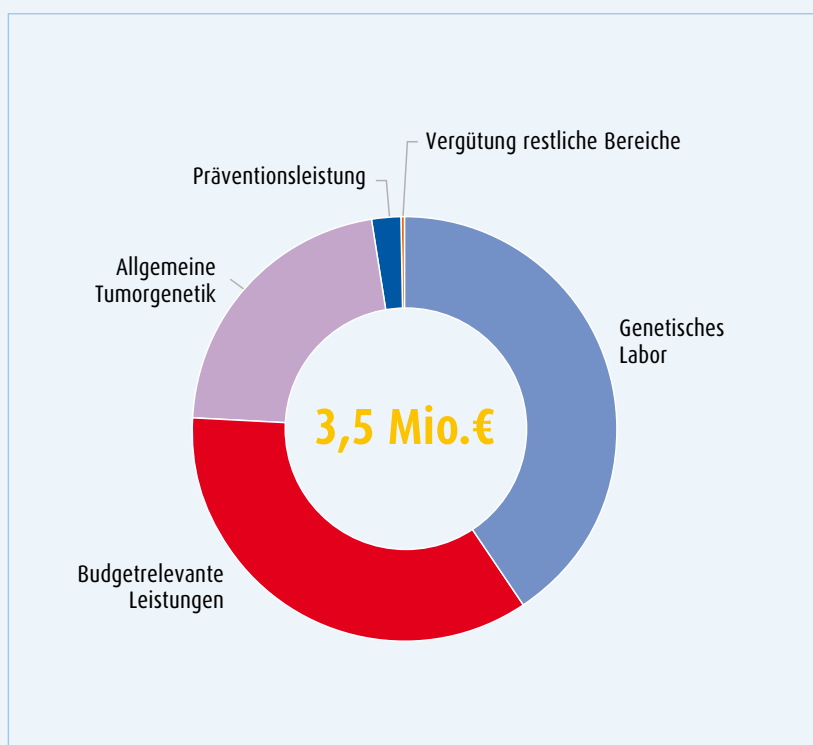
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	-
Anzahl der Ärzte:	7	-	-22,2
Gesamthonorar in Euro:	866.481	3.465.922	-3,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	173.296	693.184	-3,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	123.783	495.132	24,4
Gesamtfallzahl:	1.459	5.836	6,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Genetisches Labor	1.405.516	40,6	-
Budgetrelevante Leistungen	1.230.947	35,5	-
Allgemeine Tumorgenetik	749.626	21,6	-
Präventionsleistungen	71.931	2,1	18,2
Vergütung restliche Bereiche	7.902	0,2	3,7
Summe	3.465.922	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

Der Arztzahlzuwachs in der Gruppe führt zu einem überproportionalen Umsatzzuwachs bei den budgetrelevanten Leistungen und bei stationsersetzenden Eingriffen (Leistungen des Kapitels 31 EBM).

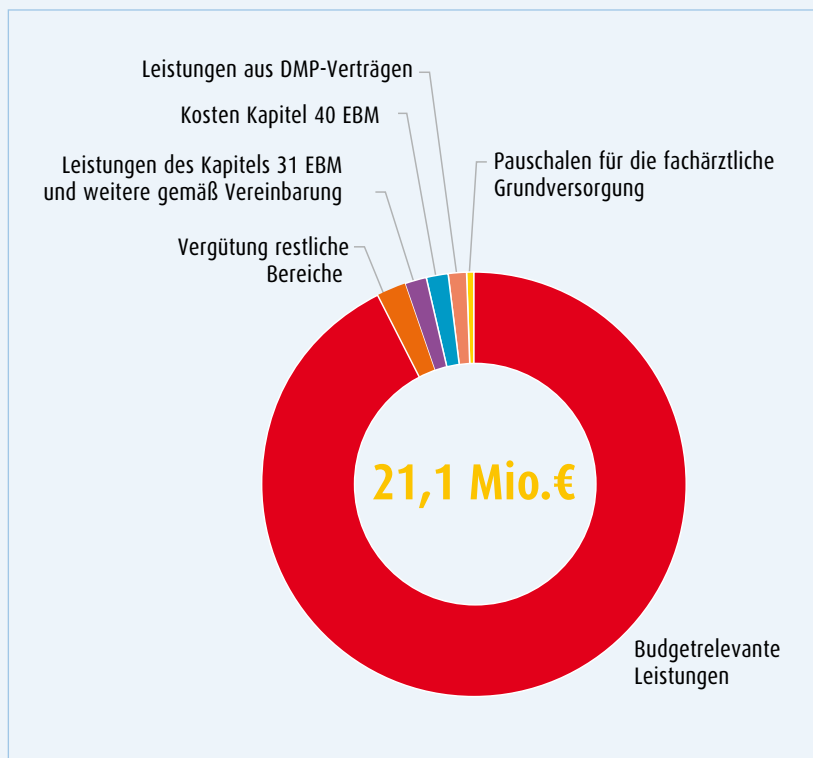
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	72	-	4,3
Anzahl der Ärzte:	78	-	4,0
Gesamthonorar in Euro:	5.267.179	21.068.716	8,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	73.155	292.621	3,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	67.528	270.112	3,8
Gesamtfallzahl:	62.498	249.990	3,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	19.523.837	92,7	7,8
Vergütung restliche Bereiche	442.740	2,1	13,2
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	365.758	1,7	20,7
Kosten Kapitel 40 EBM	346.015	1,6	0,5
Leistungen aus DMP-Verträgen	314.825	1,5	10,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	75.541	0,4	-1,3
Summe	21.068.716	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



KINDERKARDIOLOGEN

Die Gruppe verzeichnet im Vergleich zur Arztlzahlzunahme überproportionale Umsatzzuwächse bei den präventiven Leistungen und Impfleistungen. Auch Kinderkardiologen erhalten im EBM einen extrabudgetären Zuschlag zur sozialpädiatrischen Versorgung. Dies führt zu Umsatzerhöhungen in diesem Leistungsbereich.

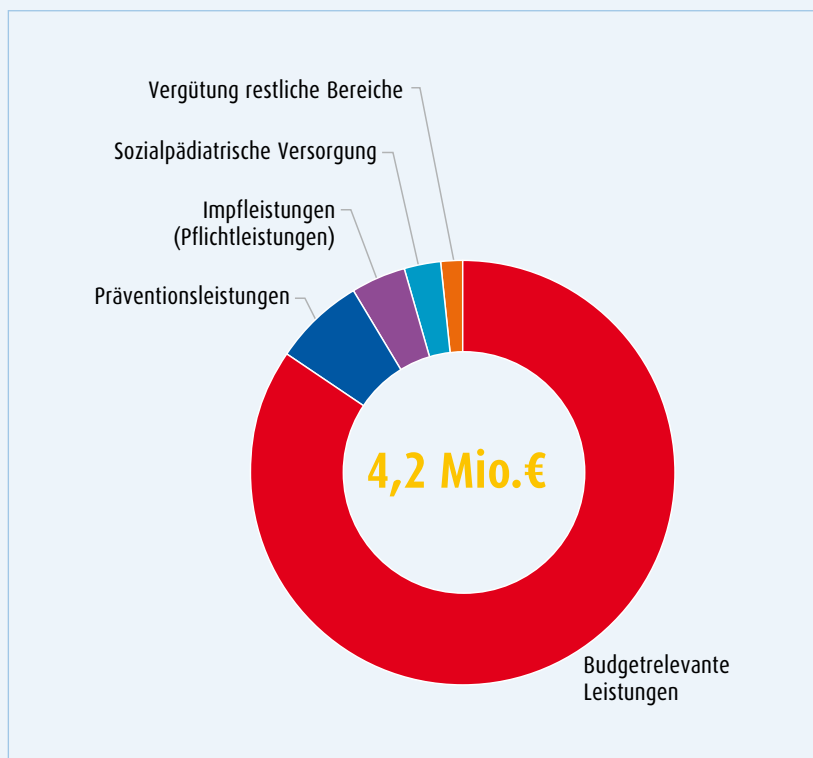
Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	14	-	7,7
Anzahl der Ärzte:	14	-	7,7
Gesamthonorar in Euro:	1.047.982	4.191.928	14,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	74.856	299.423	6,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	74.856	299.423	6,7
Gesamtfallzahl:	11.689	46.754	16,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	3.546.860	84,7	14,6
Präventionsleistungen	285.790	6,8	22,1
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	182.080	4,3	19,2
Sozialpädiatrische Versorgung	112.259	2,7	2,1
Vergütung restliche Bereiche	64.939	1,5	11,7
Summe	4.191.928	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



KINDERPNEUMOLOGEN

Das Umsatzplus ist hauptsächlich durch die Arztlzahlzunahme begründet. Überproportional steigt der Umsatz mit Präventionsleistungen.

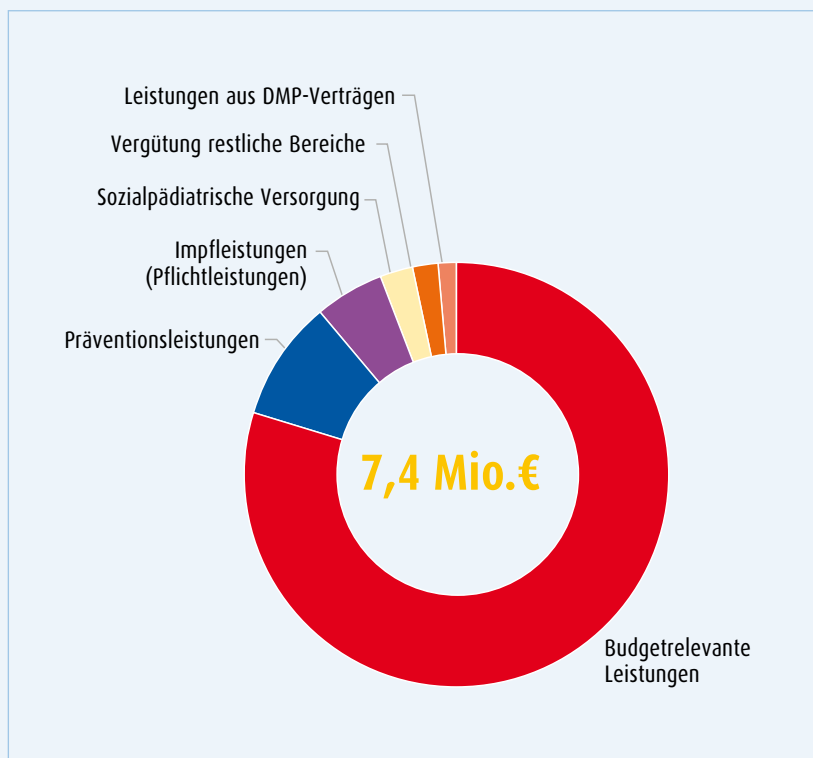
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	22	-	4,8
Anzahl der Ärzte:	23	-	4,5
Gesamthonorar in Euro:	1.849.628	7.398.510	5,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	84.074	336.296	0,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	80.419	321.674	1,0
Gesamtfallzahl:	25.115	100.461	2,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.911.394	79,9	6,4
Präventionsleistungen	683.779	9,2	8,5
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	382.282	5,2	-0,6
Sozialpädiatrische Versorgung	176.887	2,4	3,2
Vergütung restliche Bereiche	150.489	2,0	-1,6
Leistungen aus DMP-Verträgen	93.679	1,3	-15,8
Summe	7.398.510	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)

Trotz eines nahezu unveränderten Tätigkeitsumfangs verzeichnet die Gruppe ein Umsatzplus von 4,7 Prozent. Hier sind insbesondere die budgetrelevanten Leistungen sowie die Prävention zu nennen.

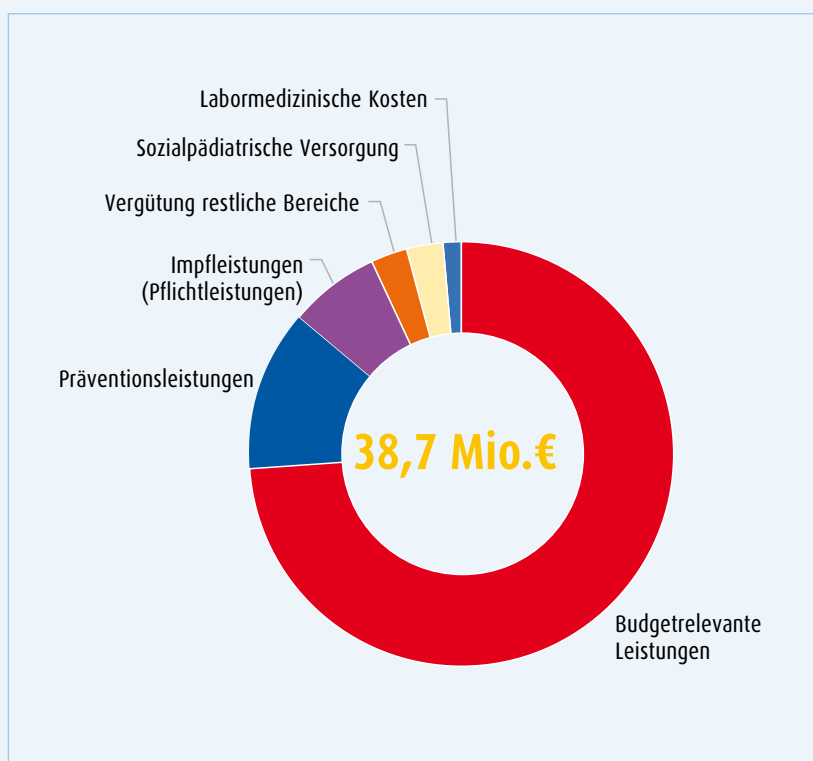
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	164	-	0,6
Anzahl der Ärzte:	183	-	2,2
Gesamthonorar in Euro:	9.684.369	38.737.477	4,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	59.051	236.204	4,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	52.920	211.680	2,4
Gesamtfallzahl:	159.015	636.059	2,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	28.627.196	73,9	5,5
Präventionsleistungen	4.781.521	12,3	4,5
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	2.659.795	6,9	-0,1
Vergütung restliche Bereiche	1.172.207	3,0	0,1
Sozialpädiatrische Versorgung	993.555	2,6	-1,4
Labormedizinische Kosten	503.203	1,3	11,1
Summe	38.737.477	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Der Rückgang der Arztzahl läßt den durchschnittlichen Umsatz der Gruppe ansteigen.

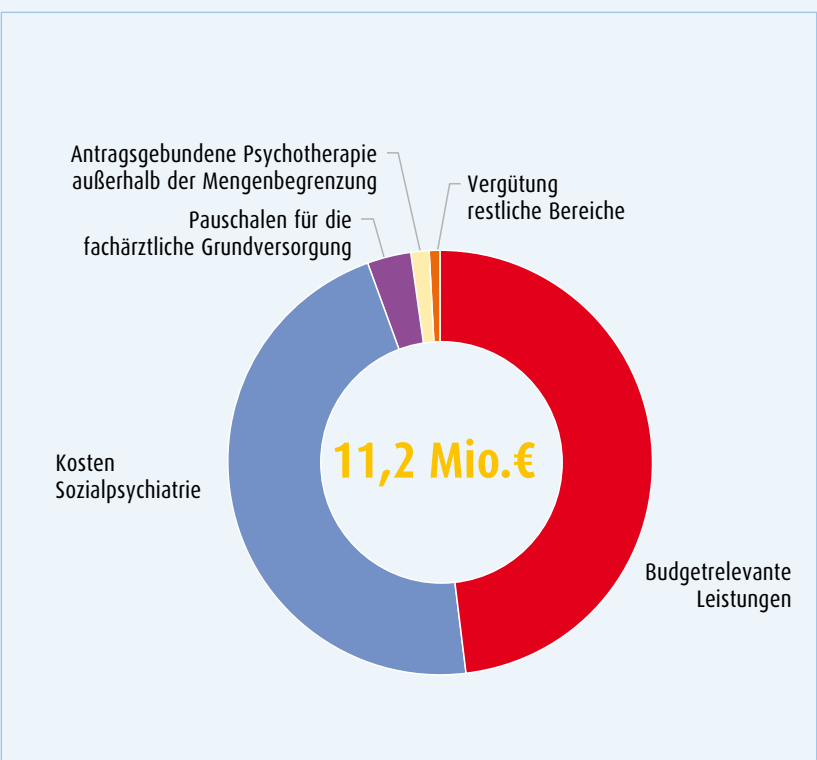
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	32	-	-3,0
Anzahl der Ärzte:	33	-	-2,9
Gesamthonorar in Euro:	2.810.104	11.240.415	-0,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	87.816	351.263	2,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	85.155	340.619	2,3
Gesamtfallzahl:	9.528	38.111	-2,5

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.412.685	48,2	3,1
Kosten Sozialpsychiatrie	5.219.054	46,4	-3,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	375.828	3,3	-0,6
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	158.824	1,4	-20,6
Vergütung restliche Bereiche	74.024	0,7	2,0
Summe	11.240.415	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



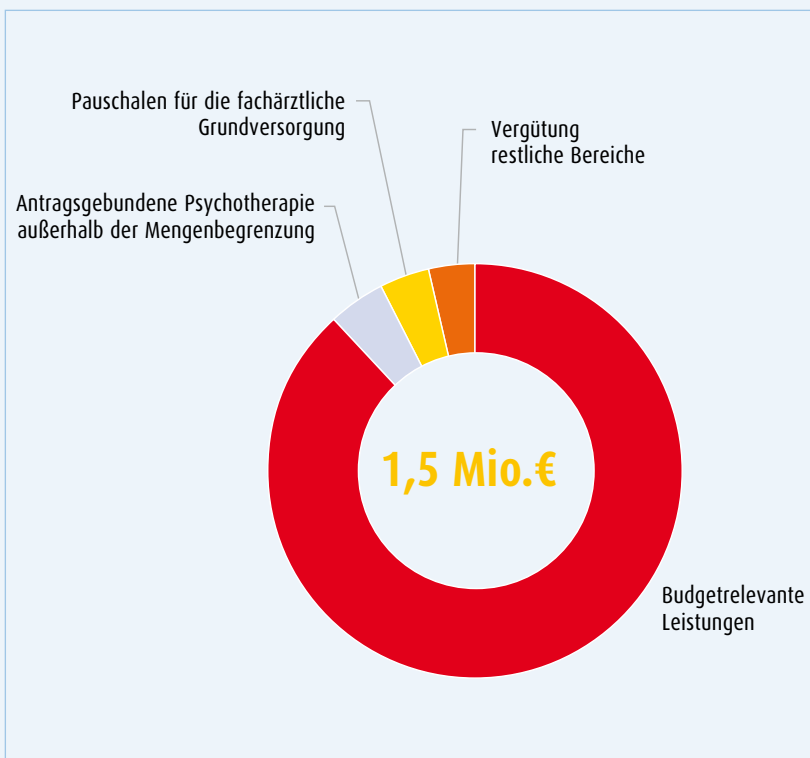
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Die Umsatzsteigerung in dieser kleinen Gruppe trotz gleicher Arztlzahl ist begründet in Änderungen der Leistungsstruktur einzelner Ärzte (Vergütung restliche Bereiche).

Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	17	-	-
Anzahl der Ärzte:	18	-	-
Gesamthonorar in Euro:	382.895	1.531.579	4,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	22.523	90.093	4,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	21.272	85.088	4,2
Gesamtfallzahl:	1.361	5.445	-1,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	1.353.498	88,3	2,4
Vergütung restliche Bereiche	65.835	4,3	539,1
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	57.665	3,8	-30,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	54.581	3,6	1,0
Summe	1.531.579	100,0	

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Die gestiegene Zahl der Therapeuten bedeutet eine entsprechend höhere Fallzahl und führt zu einem erhöhten durchschnittlichen Umsatz je Tätigkeitsumfang.

Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	105	-	7,1
Anzahl der Ärzte:	130	-	12,1
Gesamthonorar in Euro:	2.402.062	9.608.247	11,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	22.877	91.507	3,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	18.478	73.910	-1,0
Gesamtfallzahl:	4.661	18.644	8,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	7.268.273	75,7	10,1
Budgetrelevante Leistungen	1.109.171	11,5	12,1
Probatorische Sitzung	1.070.169	11,1	13,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	125.402	1,3	16,0
Vergütung restliche Bereiche	35.232	0,4	149,4
Summe	9.608.247	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



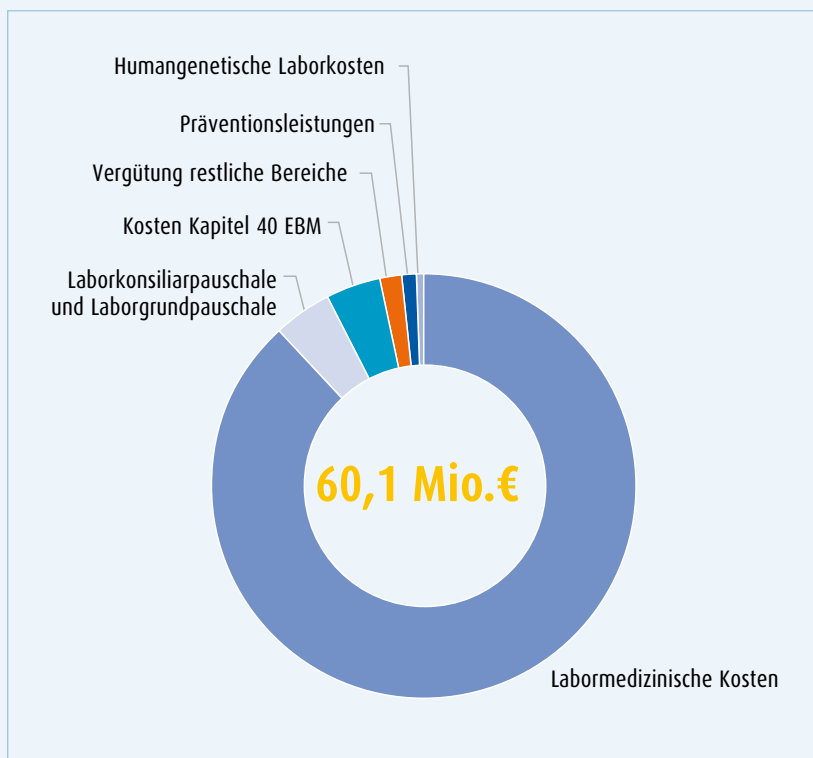
LABORATORIUMSMEDIZINER

Umfangreiche EBM-Änderungen im Bereich der Humangenetik ab dem 3. Quartal 2016 und damit einhergehende Veränderungen in der Vergütungssystematik durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung lassen sinnvolle Jahresvergleiche bei den Vergütungen von humangenetischen Laborkosten und „restliche Bereiche“ nicht zu.

Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	41	-	-2,4
Anzahl der Ärzte:	51	-	-1,9
Gesamthonorar in Euro:	15.016.806	60.067.225	5,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	366.264	1.465.054	7,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	294.447	1.177.789	7,3
Gesamtfallzahl:	611.512	2.446.046	3,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Labormedizinische Kosten	52.916.936	88,2	5,4
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale	2.712.319	4,5	5,2
Kosten Kapitel 40 EBM	2.512.818	4,2	2,0
Vergütung restliche Bereiche	930.220	1,5	-
Präventionsleistungen	683.141	1,1	5,5
Humangenetische Laborkosten	311.791	0,5	-
Summe	60.067.225	100,0	

MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

Der GKV-Umsatz der Gruppe wird zu über 90 Prozent mit ambulanten Operationen und belegärztlichen Behandlungen erreicht. Der MGV-Anteil am durchschnittlichen Umsatz der Gruppe beträgt lediglich acht Prozent. Korrekt muss bei den Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen vom vertragsärztlichen GKV-Umsatz gesprochen werden, denn die Ärzte rechnen GKV-Leistungen auch über die Kassenzahnärztliche Vereinigung ab.

Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	52	-	4,0
Anzahl der Ärzte:	53	-	6,0
Gesamthonorar in Euro:	1.193.351	4.773.404	16,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	22.949	91.796	11,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	22.516	90.064	9,4
Gesamtfallzahl:	6.074	24.296	5,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.350.593	91,2	17,1
Budgetrelevante Leistungen	258.317	5,4	11,3
Vergütung restliche Bereiche	91.365	1,9	107,0
Belegärztliche Leistungen	73.129	1,5	-1,0
Summe	4.773.404	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



NEPHROLOGEN

Die Kosten Kapitel 40 EBM sind im Wesentlichen Dialyse-Sachkosten und werden außerhalb der MGV vergütet. Dies gilt auch für die ärztlichen nephrologischen Leistungen, die bundesweit seit 2013 extrabudgetär gestellt sind. Über 95 Prozent des GKV-Umsatzes der Nephrologen entfällt auf Leistungen und Kosten, die mit festen Preisen vergütet werden.

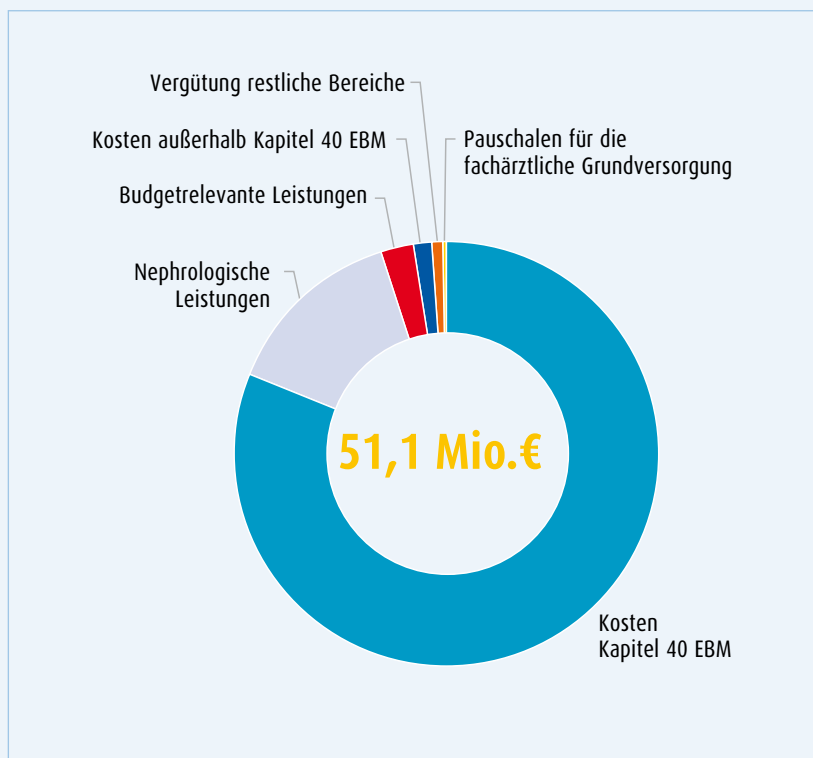
Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	52	-	-
Anzahl der Ärzte:	54	-	1,9
Gesamthonorar in Euro:	12.780.865	51.123.460	4,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	245.786	983.143	4,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	236.683	946.731	2,3
Gesamtfallzahl:	16.637	66.547	1,8

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Kosten Kapitel 40 EBM	41.514.702	81,2	4,2
Nephrologische Leistungen	7.114.788	13,9	4,6
Budgetrelevante Leistungen	1.322.306	2,6	2,9
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	637.786	1,2	3,8
Vergütung restliche Bereiche	489.322	1,0	7,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	44.556	0,1	0,5
Summe	51.123.460	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



NERVENÄRZTE

Der Arztzahlrückgang in der Gruppe führt zu höheren durchschnittlichen Umsätzen. Die Umsatzstruktur der Nervenärzte bleibt nahezu unverändert.

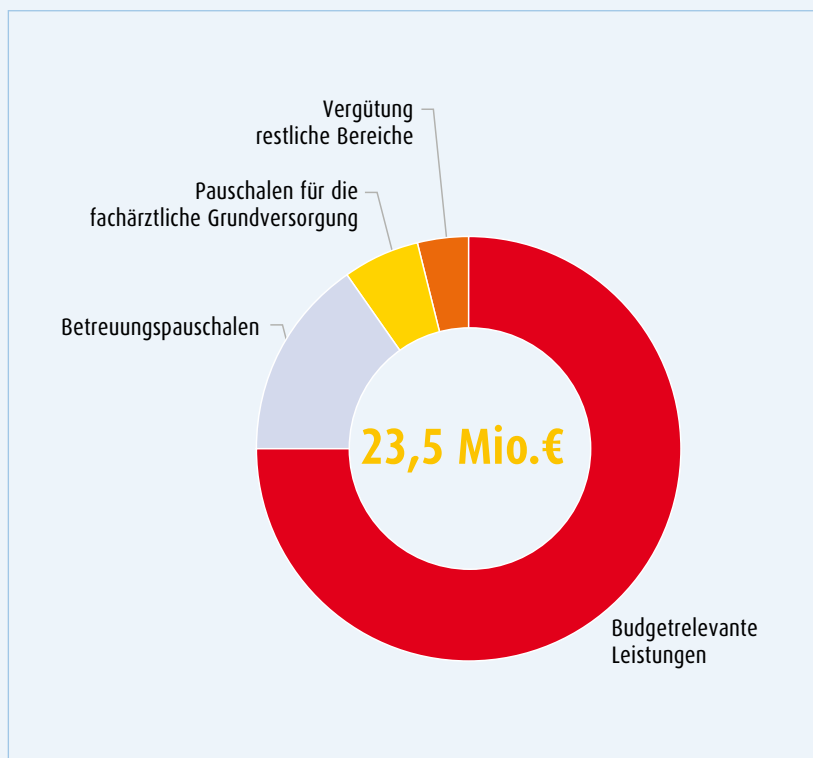
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	89	-	-4,3
Anzahl der Ärzte:	96	-	-4,0
Gesamthonorar in Euro:	5.875.832	23.503.326	-1,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	66.021	264.082	2,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	61.207	244.826	2,2
Gesamtfallzahl:	76.189	304.755	-5,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	17.664.585	75,2	-3,0
Betreuungspauschalen	3.538.324	15,1	-2,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.421.239	6,0	-3,6
Vergütung restliche Bereiche	879.178	3,7	32,9
Summe	23.503.326	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



NEUROCHIRURGEN

Die Gruppe der Neurochirurgen ist hinsichtlich ihrer Mitglieder sehr heterogen. Daher besitzen Durchschnittswerte nur eine geringe Aussagekraft. Die Arztzahlzunahme lässt die Durchschnittswerte leicht sinken.

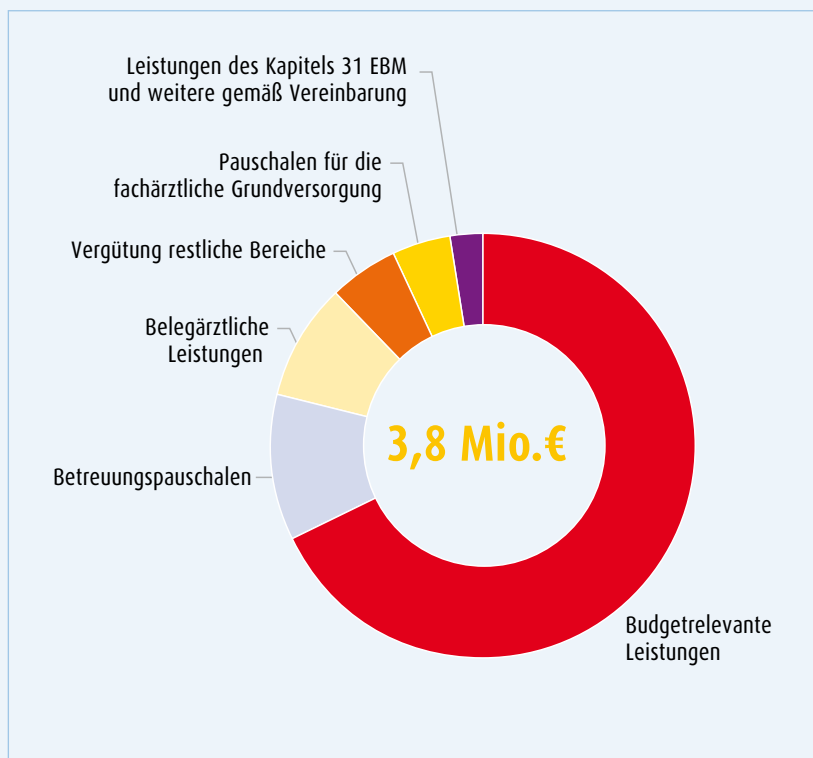
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	25	-	4,2
Anzahl der Ärzte:	30	-	3,4
Gesamthonorar in Euro:	937.844	3.751.377	2,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	37.514	150.055	-1,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	31.262	125.046	-0,7
Gesamtfallzahl:	10.530	42.118	1,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	2.552.453	68,0	4,9
Betreuungspauschalen	415.564	11,1	-5,2
Belegärztliche Leistungen	332.706	8,9	0,2
Vergütung restliche Bereiche	190.552	5,1	8,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	169.147	4,5	5,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	90.955	2,4	-18,2
Summe	3.751.377	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



NEUROLOGEN

Der starke Arztzahlzuwachs in der Gruppe der Neurologen ist in Verbindung mit dem zahlenmäßigen Rückgang der Nervenärzte zu sehen. Freiwerdende Arztsitze werden u. a. durch Neurologen nachbesetzt. Trotz starker Zunahme bleibt die Umsatzstruktur der Gruppe nahezu unverändert.

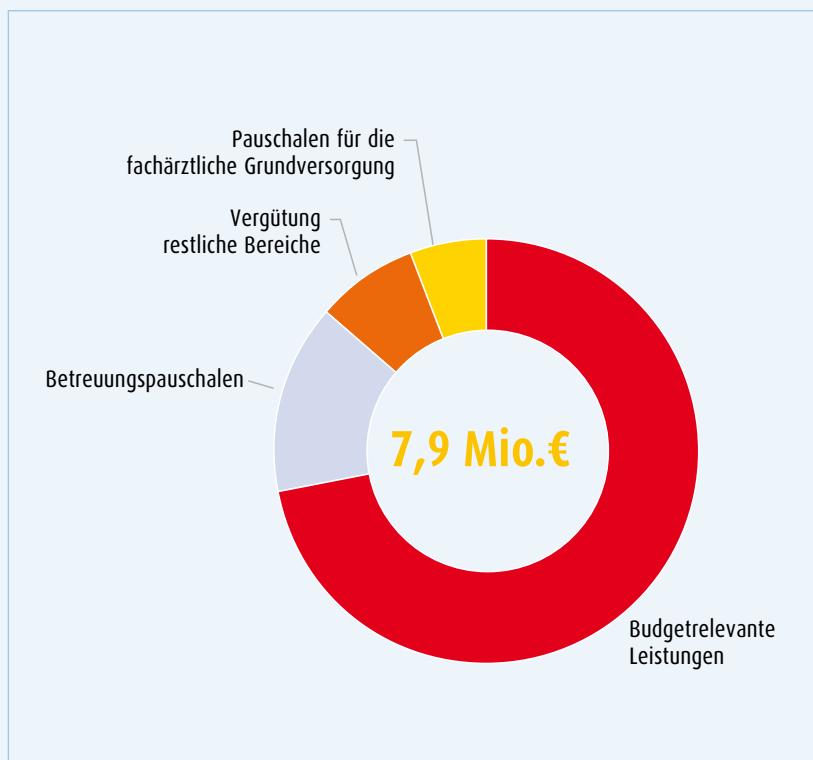
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Quartale			
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	31	-	24,0
Anzahl der Ärzte:	38	-	18,8
Gesamthonorar in Euro:	1.964.627	7.858.506	26,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	63.375	253.500	2,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	51.701	206.803	6,5
Gesamtfallzahl:	24.594	98.376	24,8

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.660.704	72,1	27,3
Betreuungspauschalen	1.127.171	14,3	26,5
Vergütung restliche Bereiche	626.808	8,0	17,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	443.823	5,6	29,4
Summe	7.858.506	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



NUKLEARMEDIZINER

Bei gleichbleibender Arztzahl verteilt sich der Umsatzzuwachs der Gruppe auf alle Leistungsbereiche.

Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale			
	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	24	-	-
Anzahl der Ärzte:	29	-	-
Gesamthonorar in Euro:	1.706.630	6.826.521	4,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	71.110	284.438	4,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	58.849	235.397	4,5
Gesamtfallzahl:	11.668	46.670	1,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.591.848	82,0	2,6
Kosten Kapitel 40 EBM	949.341	13,9	7,7
Vergütung restliche Bereiche	200.648	2,9	72,8
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	84.684	1,2	1,5
Summe	6.826.521	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



ONKOLOGEN

Über ein Drittel des Umsatzes der Gruppe entfällt auf die extrabudgetär vergüteten Leistungen der Onkologievereinbarung.

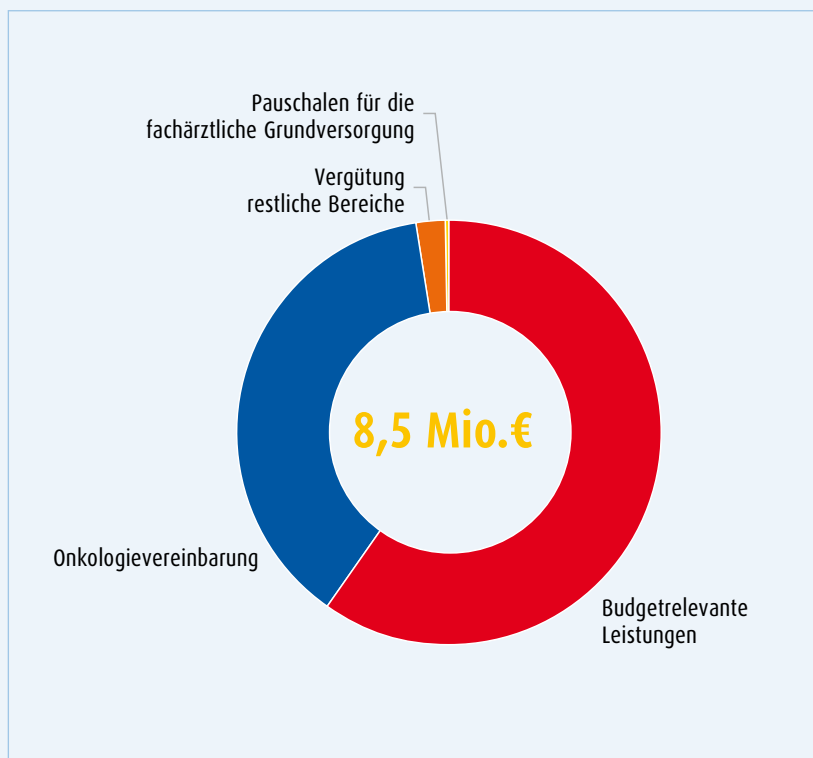
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	23	-	4,5
Anzahl der Ärzte:	28	-	3,7
Gesamthonorar in Euro:	2.113.027	8.452.109	7,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	91.871	367.483	2,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	75.465	301.861	3,6
Gesamtfallzahl:	11.251	45.003	3,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	5.061.815	59,9	6,8
Onkologievereinbarung	3.178.994	37,6	8,4
Vergütung restliche Bereiche	203.607	2,4	10,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	7.693	0,1	16,9
Summe	8.452.109	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



ORTHOPÄDEN

Die Gruppe der Orthopäden verzeichnet im Gegensatz zu anderen operativ tätigen Arztgruppen einen absoluten Zuwachs bei ambulanten und belegärztlichen Operationen. Die Umsatzanteile bleiben jedoch nahezu unverändert.

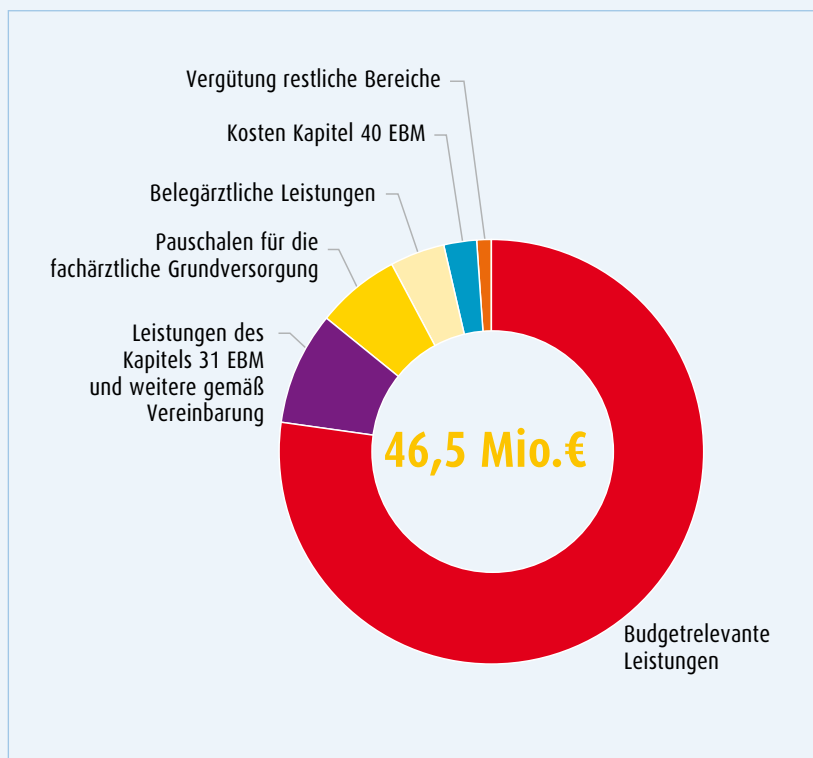
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	192	-	2,1
Anzahl der Ärzte:	216	-	3,3
Gesamthonorar in Euro:	11.621.398	46.485.590	5,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	60.528	242.112	2,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	53.803	215.211	1,6
Gesamtfallzahl:	214.676	858.703	2,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	35.972.234	77,3	5,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	3.986.082	8,6	3,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.964.805	6,4	4,3
Belegärztliche Leistungen	2.000.226	4,3	6,4
Kosten Kapitel 40 EBM	1.055.046	2,3	1,2
Vergütung restliche Bereiche	507.197	1,1	19,5
Summe	46.485.590	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PATHOLOGEN

Zwar steigt die Arztzahl der Gruppe, gleichzeitig gehen jedoch die Tätigkeitsumfänge zurück. Das führt zu einem höheren Durchschnittsumsatz je Tätigkeitsumfang.

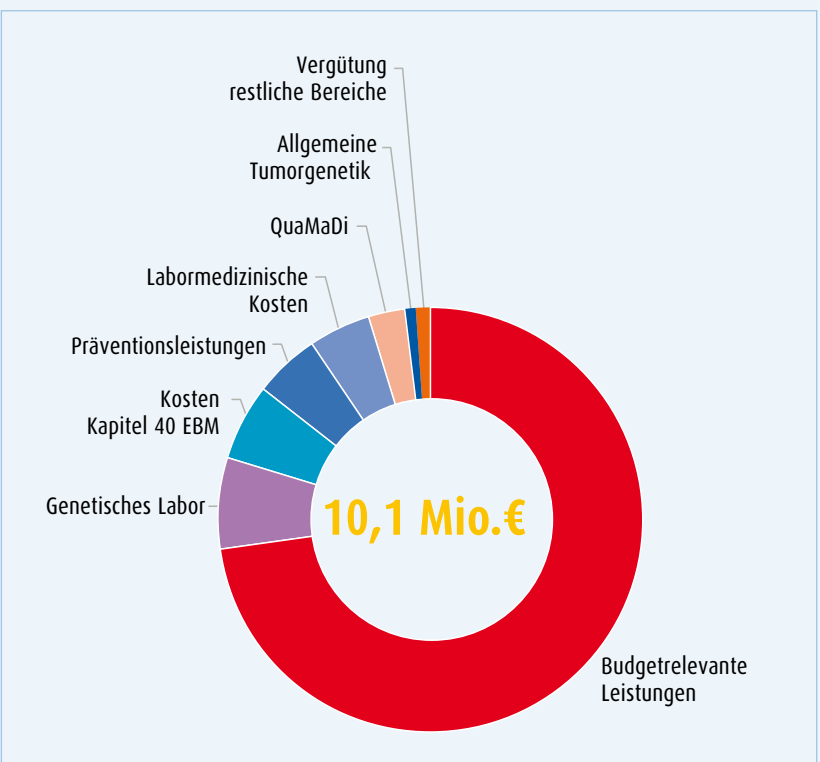
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	34	-	-2,9
Anzahl der Ärzte:	43	-	4,9
Gesamthonorar in Euro:	2.534.758	10.139.032	3,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	74.552	298.207	6,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	58.948	235.791	-1,2
Gesamtfallzahl:	55.934	223.737	-0,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	7.390.126	72,8	3,3
Genetisches Labor	725.229	7,1	-4,9
Kosten Kapitel 40 EBM	574.631	5,7	-0,6
Präventionsleistungen	526.071	5,2	-1,1
Labormedizinische Kosten	464.528	4,6	12,1
QuaMaDi	271.258	2,7	-4,3
Allgemeine Tumorgenetik	97.576	1,0	-
Vergütung restliche Bereiche	89.613	0,9	47,2
Summe	10.139.032	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN

Die speziellen Leistungen dieser kleinen Arztgruppe werden zu den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet, weil sie von den Krankenkassen im Rahmen der Honorarvereinbarung gesondert gefördert werden. Der Anteil dieser Leistungen beträgt über 67 Prozent an dem gesamten GKV-Umsatz.

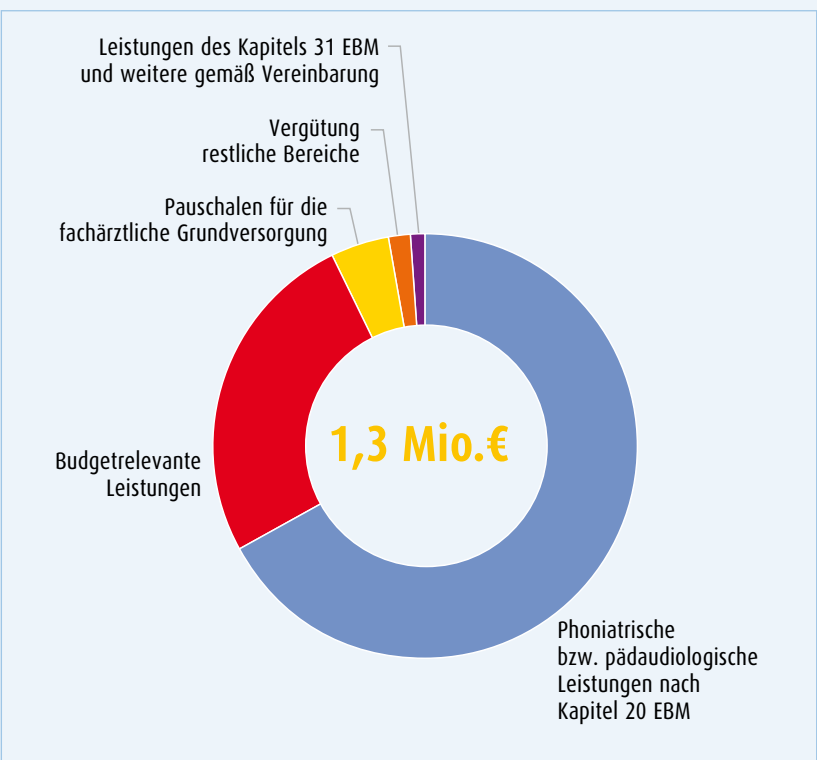
Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	-
Anzahl der Ärzte:	5	-	-
Gesamthonorar in Euro:	326.465	1.305.860	3,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	65.293	261.172	3,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	65.293	261.172	3,9
Gesamtfallzahl:	4.989	19.954	2,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Phoniatrische bzw. pädaudiologische Leistungen nach Kapitel 20 EBM	878.448	67,2	4,9
Budgetrelevante Leistungen	336.965	25,8	2,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	55.597	4,3	5,2
Vergütung restliche Bereiche	21.138	1,6	8,8
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	13.712	1,1	-22,8
Summe	1.305.860	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

Die Gruppe der physikalisch-rehabilitativen Mediziner ist hinsichtlich ihrer Mitglieder sehr heterogen. Daher besitzen Durchschnittswerte nur eine geringe Aussagekraft. Die Arztzahlzunahme lässt die Durchschnittswerte leicht sinken.

Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	16	-	6,7
Anzahl der Ärzte:	19	-	5,6
Gesamthonorar in Euro:	838.039	3.352.157	5,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	52.378	209.510	-1,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	44.107	176.429	-0,1
Gesamtfallzahl:	11.648	46.590	6,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	2.703.548	80,6	9,1
Vergütung restliche Bereiche	402.037	12,0	-12,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	246.572	7,4	1,6
Summe	3.352.157	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PNEUMOLOGEN

Der Arztzahlrückgang und das Umsatzplus führen zu höheren durchschnittlichen Umsätzen.

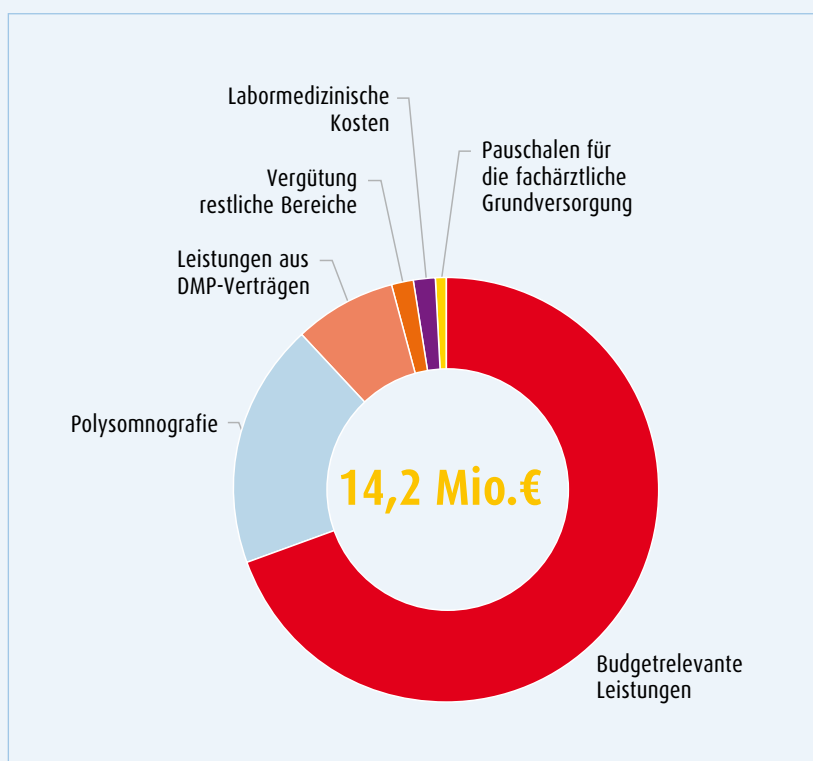
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	37	-	-2,6
Anzahl der Ärzte:	38	-	-2,6
Gesamthonorar in Euro:	3.542.145	14.168.578	2,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	95.734	382.935	5,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	93.214	372.857	5,3
Gesamtfallzahl:	46.349	185.394	-0,5

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	9.849.301	69,5	3,3
Polysomnografie	2.647.083	18,7	1,0
Leistungen aus DMP-Verträgen	1.085.682	7,7	-3,5
Vergütung restliche Bereiche	260.687	1,8	30,0
Labormedizinische Kosten	231.507	1,6	-3,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	94.318	0,7	-1,2
Summe	14.168.578	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PSYCHIATER

Der Arztzahlzuwachs ist in Verbindung mit dem zahlenmäßigen Rückgang der Nervenärzte zu sehen. Er führt zu einer Fallzahlzunahme und damit auch zu einem höherem Gesamtumsatz der Gruppe.

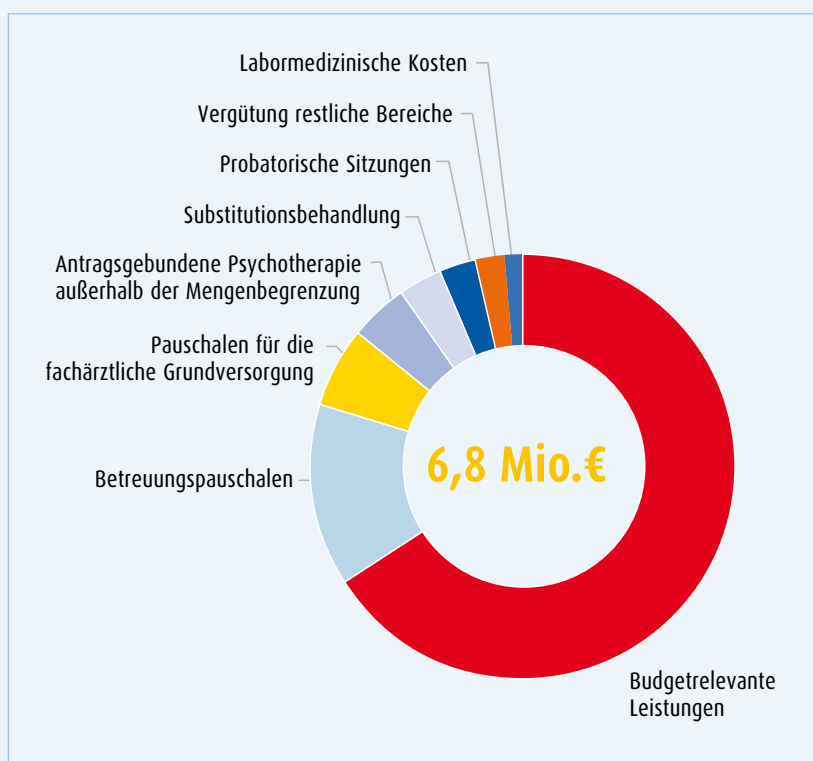
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	41	-	2,5
Anzahl der Ärzte:	52	-	4,0
Gesamthonorar in Euro:	1.703.265	6.813.060	3,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	41.543	166.172	0,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	32.755	131.020	-1,0
Gesamtfallzahl:	18.894	75.575	3,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	4.509.213	66,1	2,5
Betreuungspauschalen	939.192	13,8	3,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	419.028	6,2	5,4
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	302.052	4,4	-20,9
Substitutionsbehandlung	219.397	3,2	14,7
Vergütung restliche Bereiche	180.997	2,7	50,4
Probatorische Sitzung	157.099	2,3	10,4
Labormedizinische Kosten	86.082	1,3	11,8
Summe	6.813.060	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Die Fallzahlzunahme und die Höherbewertung psychotherapeutischer Leistungen begründen das Umsatzplus der Gruppe.

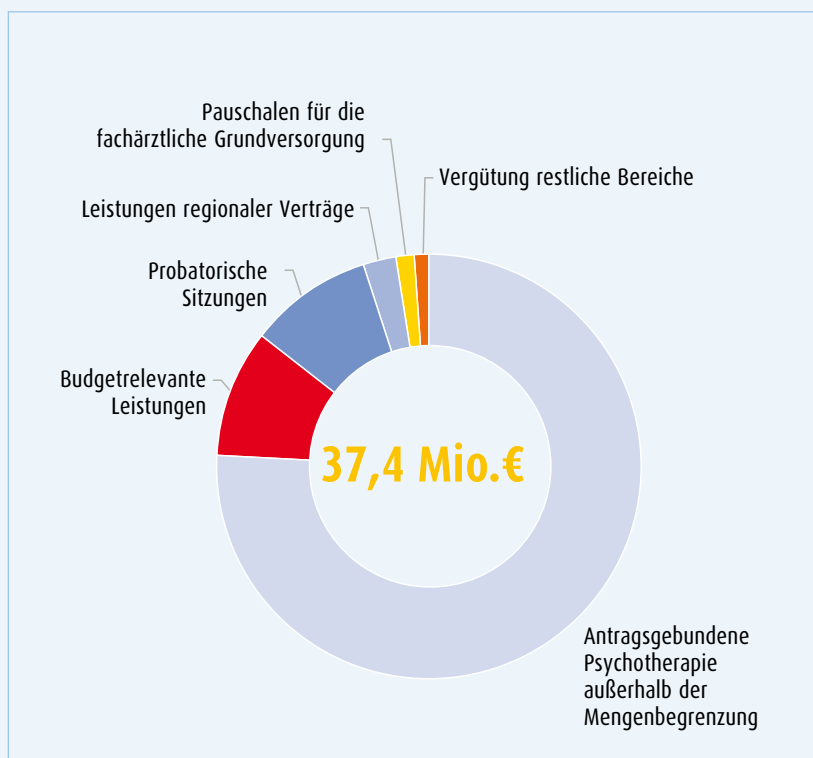
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	389	-	1,0
Anzahl der Ärzte:	478	-	3,2
Gesamthonorar in Euro:	9.361.280	37.445.118	5,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	24.065	96.260	4,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	19.584	78.337	2,5
Gesamtfallzahl:	23.417	93.667	3,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	28.483.084	76,1	4,7
Budgetrelevante Leistungen	3.597.257	9,6	6,7
Probatorische Sitzung	3.571.879	9,5	-0,2
Leistungen regionaler Verträge	888.823	2,4	102,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	548.595	1,5	4,0
Vergütung restliche Bereiche	355.480	0,9	21,8
Summe	37.445.118	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



RADIOLOGEN

Das Umsatzplus der Radiologen resultiert aus der Vergütung der budgetrelevanten Leistungen.

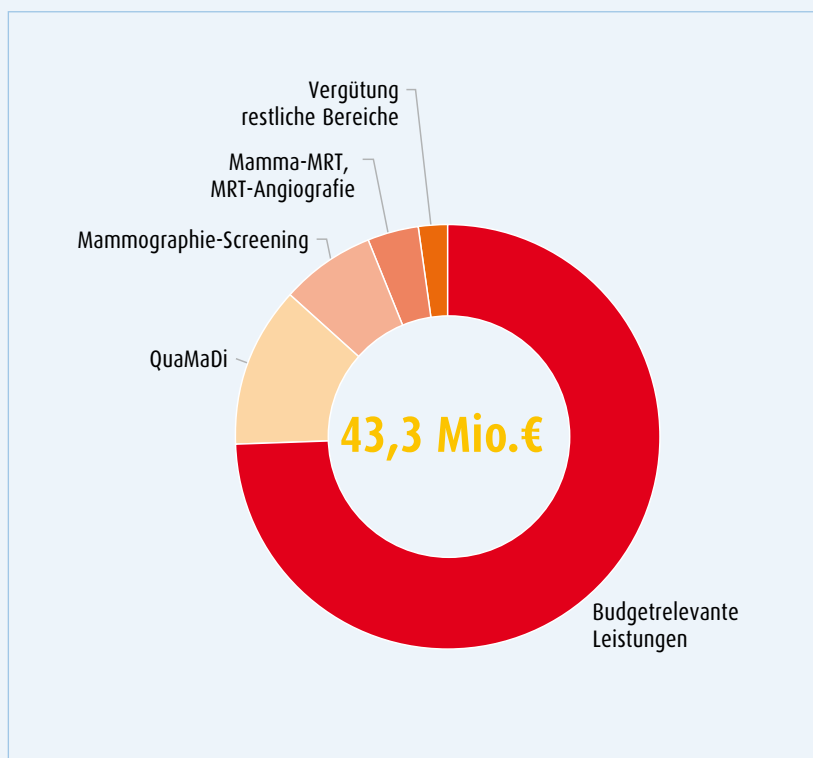
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	85	-	-
Anzahl der Ärzte:	95	-	1,1
Gesamthonorar in Euro:	10.829.385	43.317.541	4,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	127.405	509.618	4,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	113.994	455.974	3,7
Gesamtfallzahl:	143.200	572.801	-0,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	32.245.476	74,5	6,7
QuaMaDi	5.389.914	12,4	-1,0
Mammographie-Screening	3.097.969	7,2	-0,4
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	1.655.187	3,8	1,4
Vergütung restliche Bereiche	928.995	2,1	-1,3
Summe	43.317.541	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



RHEUMATOLOGEN

Der Arztzahlzuwachs wirkt sich besonders im Bereich der budgetrelevanten Leistungen und im Laborbereich aus.

Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	13	-	18,2
Anzahl der Ärzte:	13	-	8,3
Gesamthonorar in Euro:	699.190	2.796.760	33,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	53.784	215.135	13,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	53.784	215.135	23,3
Gesamtfallzahl:	9.692	38.768	12,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	2.342.414	83,8	22,0
Labormedizinische Kosten	276.418	9,9	361,2
Vergütung restliche Bereiche	78.918	2,8	45,4
Wirtschaftlichkeitsbonus	48.620	1,7	-6,7
Präventionsleistungen	44.542	1,6	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	5.848	0,2	-11,3
Summe	2.796.760	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



STRAHLENTHERAPEUTEN

Leistungen der Strahlentherapie werden außerhalb der MGV vergütet. Lediglich ein Prozent des Gesamtumsatzes der Gruppe entfällt auf budgetrelevante Leistungen.

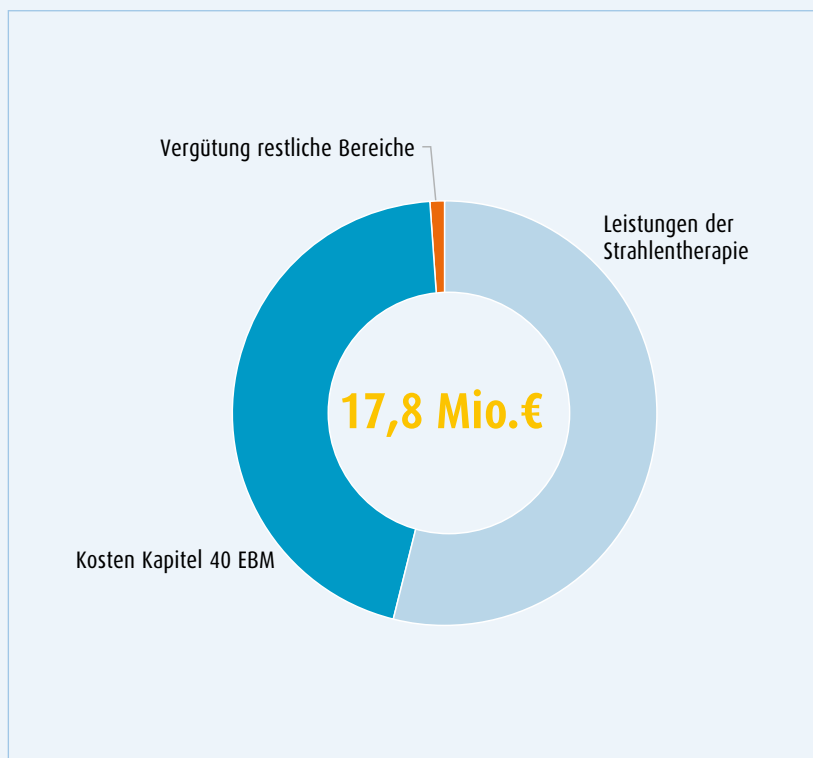
Kenngößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	21	-	-
Anzahl der Ärzte:	28	-	-
Gesamthonorar in Euro:	4.439.229	17.756.916	5,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	211.392	845.567	5,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	158.544	634.176	5,3
Gesamtfallzahl:	3.851	15.403	10,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Leistungen der Strahlentherapie	9.566.052	53,9	5,7
Kosten Kapitel 40 EBM	8.008.283	45,1	4,9
Vergütung restliche Bereiche	182.581	1,0	1.567,7
Summe	17.756.916	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



UROLOGEN

Der Zuwachs der Tätigkeitsumfänge führt zu einer entsprechenden Fallzahlzunahme und damit auch zu einem höherem Gesamtumsatz der Gruppe. Der Umsatzrückgang bei belegärztlichen Leistungen wird durch den Zuwachs bei ambulanten Operationen mehr als ausgeglichen.

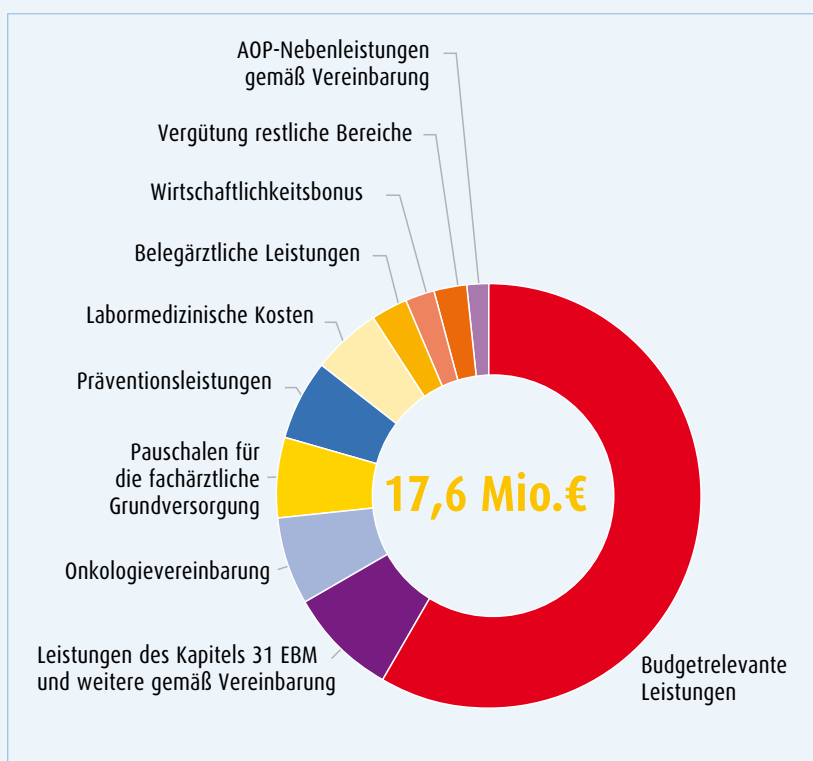
Kenngrößen der Arztgruppe 2016

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2015
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	91	-	1,1
Anzahl der Ärzte:	99	-	4,2
Gesamthonorar in Euro:	4.397.311	17.589.243	4,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	48.322	193.288	3,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	44.417	177.669	0,3
Gesamtfallzahl:	91.905	367.621	0,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2016

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2015
Budgetrelevante Leistungen	10.258.212	58,4	5,3
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.499.680	8,5	4,1
Onkologievereinbarung	1.158.496	6,6	-1,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.096.592	6,2	4,9
Präventionsleistungen	1.073.817	6,1	4,2
Labormedizinische Kosten	908.693	5,2	-3,4
Belegärztliche Leistungen	476.159	2,7	-1,4
Wirtschaftlichkeitsbonus	423.031	2,4	0,8
Vergütung restliche Bereiche	411.290	2,3	14,6
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	283.273	1,6	43,3
Summe	17.589.243	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2016



Glossar

Abrechnungsbestimmungen

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthält Vorgaben für die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen. Die Bestimmungen sind durch die Vertragsärzte und -psychotherapeuten einzuhalten. So sind beispielsweise bestimmte Gebührenordnungspositionen des EBM nicht nebeneinander abrechenbar. Für die Abrechnung der arztgruppenspezifischen Kapitel (oder auch einzelner Gebührenordnungspositionen) sind konkret benannte Qualifikationsvoraussetzungen zu erfüllen.

Angestellte Ärzte

Im Jahr 2007 wurde durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Anstellung von Ärzten erleichtert. Somit spielen angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung neben ermächtigten und zugelassenen Ärzten eine zunehmend wichtige Rolle. In offenen Planungsbereichen können Ärzte vom Praxisinhaber ohne Leistungsbeschränkung angestellt werden. In geschlossenen Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags organisiert. Er ist für Kassen- und Privatpatienten gedacht, die in dringenden medizinischen Fällen eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen und sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden.

Behandlungsbedarf

Gemäß Paragraph 87a SGB V orientiert sich die Berechnung des Behandlungsbedarfs an der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Ausgangsbasis für den Behandlungsbedarf sind gemäß der Vorgabe des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes, die je Krankenkasse ermittelten Leistungsmengen des Jahres 2008 dividiert durch die Anzahl der Versicherten. Jährlich vereinbarte Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die Weiterentwicklung der Leistungsmengen. Der Behandlungsbedarf dient dazu, den Umfang der notwendigen medizinischen Versorgung gemäß Paragraph 71 Abs. 1 SGB V zu definieren. Aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, der aktuellen Versichertenzahl der Krankenkasse sowie dem festgelegten regionalen Punktwert ergibt sich die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Behandlungsfall

Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse (Paragraph 21 Abs. 1 BMV-Ä).

Betriebsausgaben

Die Betriebsausgaben von Vertragsärzten umfassen Aufwendungen für angestelltes Personal, praxisexternes Personal, Material, Labor, Mieten für Räume, Aufwendungen für Energie, Versicherungen, Beiträge, Gebühren, Kraftfahrzeughaltung, Leasing, Miete von Geräten, Fortbildung, Fremdkapitalzinsen sowie sonstige betriebliche Aufwendungen.

Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Die gesetzliche Grundlage des Bewertungsausschusses ist verankert im SGB V. Dort ist in Paragraph 87 Abs. 1 festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch für die Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen bindend (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss).

Budgetierung

Seit der Einführung der Budgets und der Koppelung der Weiterentwicklung der Vergütung an die Grundlohnsumme bzw. seit 2009 an die morbiditätsorientierte Veränderungsrate ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV begrenzt, sodass nicht mehr alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Zumindest für einen Teil der Leistungen, die budgetierten, bedeutet dies, dass eine erhöhte Nachfrage nicht zu höheren Ausgaben für diese Leistungen führt, sondern die Vergütung für die Leistungen reduziert werden muss. Deshalb können die Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Leistungen nur ein im Vorfeld vereinbartes Finanzvolumen bezahlen, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Da die Leistungsanspruchnahmen der Versicherten/Patienten stärker gestiegen sind, als die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel, ist eine Mengensteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen.

Bundesmantelvertrag

Für die Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen hat der Gesetzgeber ein zweistufiges Vertragssystem vorgeschrieben. Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren zunächst die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag. Der Inhalt dieser Verträge ist zugleich Bestandteil der Gesamtverträge, die in einem zweiten Schritt auf Landesebene vereinbart werden: Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Gesamtverträge ab. Der Bundesmantelvertrag beinhaltet unter anderem den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Umfang der Leistungen in der ambulanten Medizin, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung sowie Einzelheiten über die Abrechnung ärztlicher Leistungen.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle Vertragsärzte. Er wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband im Bewertungsausschuss auf Bundesebene vereinbart. Er bestimmt den Inhalt der gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.

Ermächtigte Ärzte

Neben der Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Krankenhausärzten, Krankenhäusern oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Eine Ermächtigung kann durch den Zulassungsausschuss dann erteilt werden, wenn sie notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen (z. B. Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und ähnliches). Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers ermächtigt werden, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Dabei legt der Zulassungsausschuss genau fest, wie lange, wo und in welchem Umfang der Arzt tätig sein darf.

Erweiterter Bewertungsausschuss

Der Erweiterte Bewertungsausschuss wird als Schiedsgremium einberufen, wenn im Bewertungsausschuss eine übereinstimmende Beschlussfassung aller Mitglieder nicht oder teilweise nicht möglich ist. In solchen Fällen wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Die Beschlüsse werden mit einfacher Mehrheit gefasst.

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß Paragraf 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Alle Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, werden dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Hierzu gehören beispielsweise Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, Humangenetiker, Labormediziner, fachärztlich tätige Internisten, Neurologen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Pathologen, Psychiater, Radiologen, Strahlentherapeuten, Urologen sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Fallwert

Der Fallwert beschreibt in der Regel den durchschnittlichen Honorarumsatz oder den durchschnittlichen Leistungsbedarf eines Arztes je Behandlungsfall.

Fallzahl

Als Behandlungsfallzahl bezeichnet man die Anzahl der Fälle in einer Praxis in einem Quartal und als Arztfallzahl die Fälle eines Arztes in einem Quartal.

Freie Leistungen

Die freien Leistungen sind Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und unterliegen für den Arzt keiner Mengenbegrenzung. Sie sind Teil des Honorarumsatzes eines Arztes aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Zu den freien Leistungen zählen unter anderem Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, dringende Besuche und Kostenpauschalen. Freie Leistungen sind dadurch von extrabud-

getären Leistungen abzugrenzen, dass erstere aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlen sind. Extrabudgetäre Leistungen dagegen werden eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Die Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat (Wohnortprinzip). Im Fall einer KV-übergreifenden Inanspruchnahme eines Vertragsarztes durch einen Versicherten, der sich beispielsweise gerade urlaubsbedingt in einem anderen KV-Bezirk befindet, erhält die Kassenärztliche Vereinigung des Vertragsarztes also nicht direkt die von der Krankenkasse entrichtete Vergütung. Damit die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte einen Vertragsarzt in Anspruch genommen hat, die Zahlungen der Krankenkassen erhält, wurde der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) als Verteilungsinstrument der Zahlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt. Mit Hilfe des Fremdkassenzahlungsausgleiches erhält die Kassenärztliche Vereinigung eine Zahlung, für die eine andere Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung bekommen hat. Clearingstelle für die Zahlungsflüsse ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Gesamtvergütung

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (aMGV), zur Verfügung. Über die Höhe ersterer müssen sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 15. November des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten Preis- und Mengenentwicklungen. Aus der MGV wird ein Großteil der ambulanten Leistungen vergütet, die im Gesamtvertrag erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung mengenbegrenzender Maßnahmen. Nur bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen als vereinbart. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden z. B. besonders förderungswürdige Leistungen, wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert.

Gesamtverträge

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen schließen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung. Allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge ist der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband ausgehandelte Bundesmantelvertrag. Darüber hinaus werden in den Gesamtverträgen weitere Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung auf Landesebene geregelt.

GKV-Spitzenverband

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Hierzu gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (SVLFG). Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen und deren Landesverbände.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß Paragraph 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. An der hausärztlichen Versorgung nehmen teil: Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. Außerdem gehören dazu Ärzte, die nach Paragraph 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 72 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß Paragraph 72 SGB V obliegt ihr die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In dessen Rahmen sorgt sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß Paragraph 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt.

Morbidität

Morbidität ist eine statistische Größe, die die Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, ausdrückt. Im Fall der vertragsärztlichen Versorgung wird Bezug genommen auf die Versicherten im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung und gegebenenfalls auf bestimmte Leistungsbereiche. Die Morbidität hat seit 2009 einen Einfluss auf die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (Gesamtvergütung).

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Gemäß Paragraph 87a SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem auf Grundlage des Orientierungswertes regional vereinbarten Punktwert in Euro, dieser vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß Paragraph 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Orientierungswert (OW)

Der Orientierungswert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit den Krankenkassen. Steigt der Punktwert, steigen auch die Preise und in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegebenenfalls das leistungsbezogene Honorar für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Zum 1. Oktober 2013 wurden der Orientierungswert (vorher: 3,5363 Cent) und der kalkulatorische Punktwert (vorher: 5,11 Cent) auf 10 Cent angehoben. Gleichzeitig wurden jedoch die Punktzahlen je Leistung im EBM proportional abgesenkt, sodass die Erhöhung des Orientierungswertes kostenneutral erfolgte. Bisher erfolgte jedes Jahr eine Erhöhung. Für das Jahr 2016 gilt ein OW von 10,4361 Cent.

Punktzahlvolumina (PZV)

Seit dem 1. Oktober 2013 gilt für Haus- und Fachärzte in Schleswig-Holstein nicht mehr die Systematik der Regelleistungs- und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (RLV/QZV), sondern die der arztindividuellen Punktzahlvolumen (PZV). Bei den Psychotherapeuten wurde die Systematik der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen zum 1. April 2014 auf die der PZV umgestellt. Die Berechnung des individuellen PZV erfolgt je Arzt, die Vergütung erfolgt bis auf wenige Ausnahmen praxisbezogen. Leistungen der Praxis innerhalb der mitgeteilten PZV werden mit dem Orientierungswert vergütet, darüber hinausgehende Leistungen mit einem für den jeweiligen Versorgungsbereich einheitlichen Restpunktwert. Für die jeweils ersten vier Quartale liefert in den meisten Fällen das Vorjahresquartal die Ausgangswerte für das PZV. Ab dem fünften Quartal werden die einmal bestimmten Punktzahlvolumen individuell weiterentwickelt und können entweder angehoben oder aber auch abgesenkt werden.

Regionale Euro-Gebührenordnung

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen hat seit 2009 gemäß Paragraph 87a Abs. 2 SGB V nach der regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Auf Basis der Punktrelationen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Orientierungswertes bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassen jährlich die regionalen Punktwerte und ermitteln daraus eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen, mit denen die Leistungen innerhalb der PZV (Punktzahlvolumina), die freien Leistungen

sowie die meisten extrabudgetären Leistungen vergütet werden. In Schleswig-Holstein entspricht der regionale Punktwert dem jeweils gültigen Orientierungswert.

Tätigkeitsumfang

Ärzte mit anteiligen Zulassungen und Ärzte, die nicht ein gesamtes Kalenderjahr zugelassen sind, werden entsprechend ihrer zeitlichen Anteiligkeiten betrachtet. So ergeben zwei Ärzte mit jeweils einer halben Zulassung statistisch einen Arzt.

Überschuss

Der Überschuss eines Arztes wird definiert als Honorarumsatz abzüglich Betriebsausgaben. Dabei werden die Betriebsausgaben durch prozentuale Kostensätze abgebildet. Von diesem Überschuss werden Steuerzahlungen, Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung und zur berufsständischen Altersvorsorge abgezogen und man erhält das dem Arzt zur Verfügung stehende Nettoeinkommen.

Wohnortprinzip

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung für ihre Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat.

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger der Stiftung sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Als zentrale Forschungseinrichtung im System der Kassenärztlichen Vereinigungen führt das Zi anwendungsorientierte Forschungsvorhaben und Projekte durch.

Zulassung

Voraussetzung, um als Arzt oder Psychotherapeut gesetzlich versicherte Patienten behandeln zu können, ist die Zulassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut. Die Entscheidung über die Zulassung trifft der für den jeweiligen Zulassungsbezirk örtlich zuständige Zulassungsausschuss. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch Ermächtigung oder Anstellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

IMPRESSUM

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Verantwortlich (V. I. S. D. P.)

Dr. Ralph Ennenbach,
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH

Redaktion

Ekkehard Becker, Katrin Breede, Cordelia Dost, Simone Eberhard, Sarah Fischer, Manuela Kanopka, Christopher Lewering, Martin Maisch, Anja Oelkers, Caroline Polonji, Stephan Rühle, Sandra Schubert, Thomas Stefaniw, Andreas Urbschat, Silke Utz, Karsten Willms, Christian Wolgast

Gestaltung

Borka Totzauer

Fotos

istockphoto.com

Druck

Grafik und Druck, Kiel

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („Der Arzt“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („Die Ärztin“). Wenn aus Gründen der Lesbarkeit nur die Gruppe der Ärzte genannt wird, ist hiermit selbstverständlich auch die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.