



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2017





KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2017

INHALT

Vorwort.....	4
Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein.....	6
Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung	8
Vom Versichertenbeitrag zur Vergütung der Ärzte	9
Gesamtvergütung.....	10
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	14
Die Trennung der MGV.....	15
Rückstellungen nach Versorgungsbereichen.....	16

22



20



Vergütungen vor Trennung	17
Honorarverteilung nach Arztgruppen	18
Honorarveränderungen durch den EBM	20
Labor	22
Arztgruppen im Detail	29
Glossar	70
Impressum	75



DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Sehr geehrte Mitglieder und Honorarinteressierte,

natürlich gibt es Dinge im Alltag niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die noch wichtiger sind als die Honorarverteilung der KV. Wichtig ist das Thema aber allemal und komplex leider auch.

Es ist einige Jahre her, dass wir uns entschieden haben, dem Thema eine wiederkehrende vertiefte Behandlung zukommen zu lassen. Das Ergebnis ist der Honorarbericht und wir glauben, einem Bedarf angemessen entgegengekommen zu sein. Vorbei sind jedenfalls die Zeiten, in denen uns fast wöchentlich Beschwerden über unklare und ungerecht erscheinende systematische Elemente der Honorarverteilung vorlagen.

Für die Zukunft steht natürlich außer Frage, dass der Honorarbericht gesetzt ist. Er müsste angesichts der derzeitigen Vorstellungen der Politik zur Verbesserung der Sprechstundensituation (sogenanntes TSVG) und deren Vergütung wohl eher neu erfunden werden. Ins Spiel gebracht werden diverse extrabudgetäre Elemente, wie Zuschläge auf Leistungen in den ersten 5 (sic!) offenen Sprechstunden, eine Extrabudgetärstellung von fachärztlichen Neupatienten und einige weitere, zu dem sich heute mehr Fragen als Antworten stellen.

Warum die Politik nicht den einfachen Weg einer Entbudgetierung gehen will, wie es unter anderem unser Bundesland vorgeschlagen hat, wird für immer ein Rätsel bleiben. Das wäre dann der Zeitpunkt, an dem es unter anderem dieses Berichtes womöglich nicht mehr bedürfen würde. So wird es eher Anlass dafür, immer neue Kapitel zuzufügen.

Es könnte so einfach sein

Herzliche Grüße

Ihr

DR. RALPH ENNENBACH

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



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der HVM-Ausschuss stand im Jahr 2017 vor zwei großen Herausforderungen. Das waren zum einen die honorartechnischen Vorgaben der KBV zur Laborreform. Zwar standen deren Umsetzungen erst in 2018 an, es waren jedoch im Vorwege Zahlen zu analysieren sowie regionale Optionen zu diskutieren und zu simulieren. Das Sonderthema in diesem Bericht gibt zunächst den Stand vor der Laborreform wieder. Über das Ergebnis informieren wir in der nächsten Ausgabe.

Zum anderen galt es, einen gerechten Weg zu finden, die über viele Jahre aufgebauten HVM-Rücklagen auf ein notwendiges Volumen abzuschmelzen und nicht mehr benötigte Mittel der Honorarverteilung zuzuführen. Warum gibt es überhaupt Rücklagen? Sie sind erforderlich, um nachträglich durchgesetzte Honoraransprüche zu bedienen. Diese Honoraransprüche können aus gerichtlichen Urteilen gegen den Einheitlichen Bewertungsmaßstab, den jeweiligen Honorarverteilungsmaßstab oder gegen andere Rechtsnormen sein. Wenn die KV ihre Gesamtvergütung in jedem Quartal bis auf den letzten Cent verteilen würde, lebte sie von der Hand in den Mund. Nachträgliche Honoraransprüche wären adhoc von den aktuellen Honoraren abzuziehen. Oder die damaligen Honorare – sprich die damaligen Kolleginnen und Kollegen – müssten belastet werden, weil der Schaden ja auch aus der Vergangenheit rührt.

So können Sie sich vorstellen, was das für unsere Praxen bedeuten würde. Jeder von uns hätte ein eigenes Management zu betreiben für Honorarrisiken, die er nicht verschuldet hat, die er zeitlich und in ihrer Höhe nicht absehen kann. Deshalb sind die Rücklagen der KV das kollektive Risikomanagement, vom Finanz- und Honorarvorstand Dr. Ralph Ennenbach gern als „Puffer“ bezeichnet. Die Puffer sind streng getrennt nach Hausarzt, Facharzt und dem Vergütungsbereich Labor plus Notdienst vor Trennung. Die jeweilige Mittelzuführung erfolgt ebenfalls streng getrennt.

Wir haben uns für zwei HVM-Maßnahmen zum Abschmelzen der Rücklagen entschieden. Einerseits sind in 2017 die haus- und fachärztlichen PZV sockelwirksam erhöht worden, zum anderen garantiert der HVM einen Restpunktwert in Höhe von mindestens 3,5, ab dem 4. Quartal 2017 von 4,0 Cent. Die garantierte Höhe bietet Kolleginnen und Kollegen, die über ihre Budgets hinaus arbeiten und versorgen, eine erhöhte Kalkulationssicherheit. Diejenigen von uns, die ihre Tätigkeit an ihren Budgets orientieren, erhalten mit den PZV-Erhöhungen ggf. zusätzliche Leistungsanreize. Kalkulationssicherheit und Leistungsorientierung sind zwei Prinzipien unserer Honorarverteilung, die uns auch in den nächsten Jahren leiten werden.

Ihr

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. Da die KVSH 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 zehnpromtigen 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 ein Pflegegrad 3, 4 oder 5 besitzen
- die hausärztliche Betreuung und Versorgung von chronisch kranken Patienten
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung
- die sozialpädiatrische Versorgung
- die palliativ medizinische Versorgung
- Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- Leistungen von schmerztherapeutischen Zentren
- rheumatologische Versorgung

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 KVSH 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, Bereitschaftsdienst und Notfall 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.

Zusätzlich zu den Vorgaben der KBV wird auch direkt aus dem SGB V Einfluss auf die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen genommen:

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

Ebenso ist vorgegeben, dass die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten, eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe erfolgt, dass für diese Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen (Paragraph 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V).

Auch dürfen im Honorarverteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind (Paragraph 87b Absatz 2 Satz 5 SGB V).

Zusätzlich sind im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (Paragraph 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V).

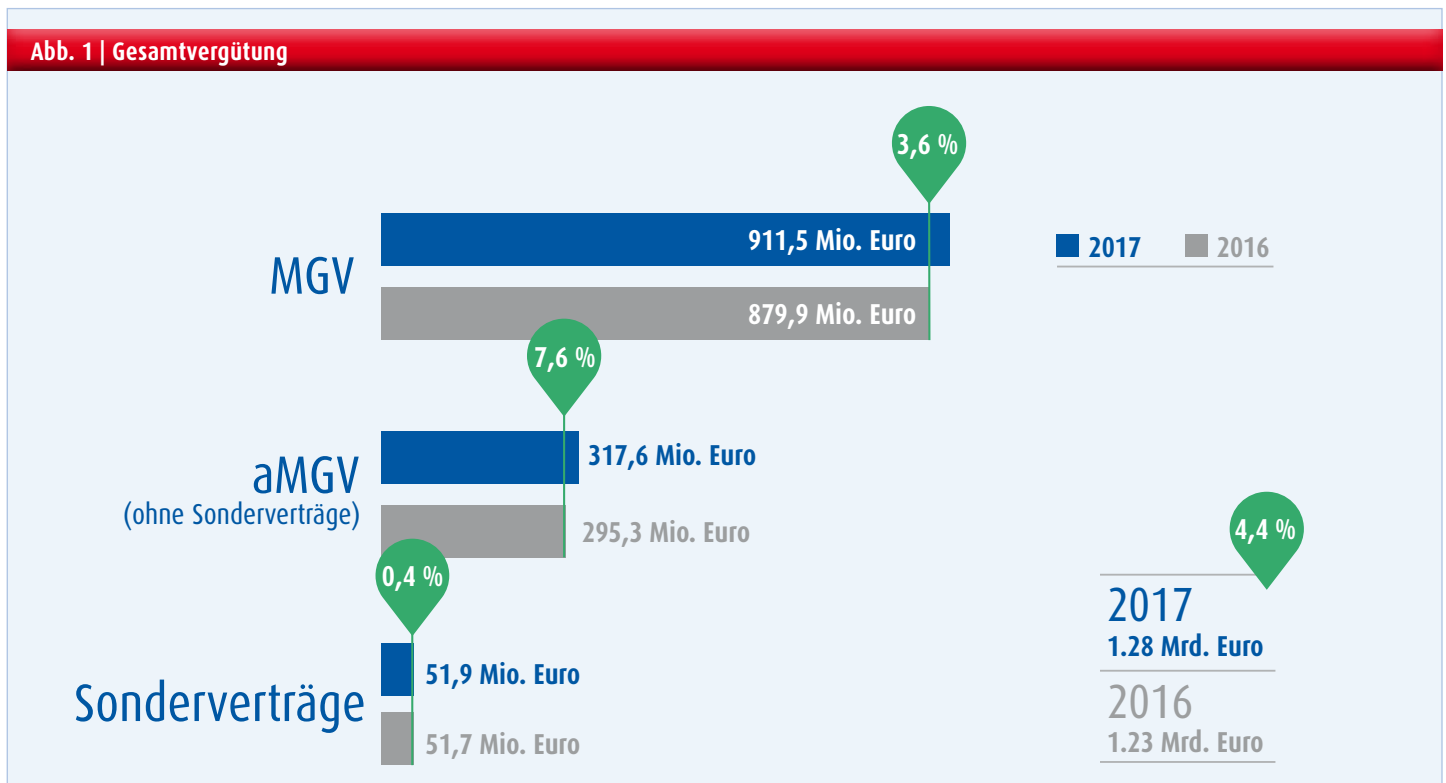
In Paragraph 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V ist vorgegeben, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind. Zudem kann in der Honorarvereinbarung darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.



© istock.com/CraishemsStudio

Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung der gesetzlichen Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen summiert sich in Schleswig-Holstein im Jahr 2017 auf rund 1,28 Milliarden Euro.



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Die KVSH 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 vergütet 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 (0,8340 Prozent, entspricht ca. 7,5 Millionen Euro) weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert (10,53 Cent, entspricht ca. 8,1 Millionen Euro) für das Jahr 2017 fortgeschrieben.

Für das Jahr 2017 wurde die vom Gesetzgeber geschaffene Möglichkeit genutzt, die MGV aufgrund einer Konvergenzregelung aus dem Paragraphen 87a Absatz 4a SGB V zusätzlich zu erhöhen. Diese beinhaltet die Angleichung der MGV 2017 an den Bundesdurchschnitt. Aufgrund dessen wurde in der Honorarvereinbarung 2017 eine Erhöhung der MGV im Jahr 2017 um 7,8 Millionen Euro für die folgenden

Bereiche mit den Krankenkassen vereinbart: Förderung der Grundversorgung (Anhebung PZV Haus- und Facharzt sowie Stärkung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung), Bereitschaftsdienst und Notfall, Schmerztherapie, Förderung der ambulanten geriatrischen Versorgung sowie Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2017 wird die MGV folglich um 2,7 Millionen Euro für die psychotherapeutischen Gespräche der Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 sowie um die Weiterentwicklung der Humangenetik verringert.

Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
2016	219,3 Mio.	221,0 Mio.	214,9 Mio.	224,7 Mio.
2017	227,7 Mio.	229,0 Mio.	222,8 Mio.	232,0 Mio.
Differenz	8,4 Mio.	8,0 Mio.	7,9 Mio.	7,3 Mio.
Veränderung in % ggü. 2016	3,8	3,6	3,7	3,3

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 2017 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Elektronischer Arztbrief
- Telekonsiliarische Befundbeurteilung nach den GOP 34800, 34810, 34820 und 34821 EBM
- Videosprechstunde nach der GOP 01450 EBM
- Leistungen im Zusammenhang mit der kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung mit Real-Time-Messgeräten nach den GOP 03355, 04590 und 13360 EBM
- Versorgungspauschale Kinderneurologie nach der GOP 04563 EBM
- Leistungen im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung nach den GOP 35151, 35152 EBM sowie des Strukturzuschlags nach GOP 35254 EBM (befristet bis 30. Juni 2017)
- Leistungen im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche nach den GOP 22220 und 23220 EBM
- Delegationsfähige Leistungen nach den GOP 38202 und 38207 EBM
- Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Kapitel 37 Abschnitt 3 EBM
- Palliativmedizinische Leistungen gemäß der Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM
- Epilation mittels Lasertechnik nach den GOP 02325, 02326, 02327, 02328 EBM
- Leistungen im Rahmen der Verordnung von Cannabis nach den GOP 01460, 01461 und 01626 EBM

Tab. 2 | Neu vereinbarte aMGV-Leistungen 2017

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
	in Euro	in Euro	in Euro
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	171.511	6.695.667	6.867.178
Psychotherapeutische Gespräche	-	1.510.983	1.510.983
Palliativmedizinische Versorgung	279.914	-	279.914
Palliativmedizinische Versorgung Kap. 37.3 EBM	15.488	229	15.717
Summe	466.913	8.206.879	8.673.792

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2017

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	in Euro	in Euro	
Präventionsleistungen	24.998.537	42.507.585	67.506.122	6,3
Ambulantes Operieren	2.419.376	49.501.441	51.920.817	-0,1
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	570.155	46.201.666	46.771.821	-0,2
Dialyse-Sachkosten nach Schiedsamt	-	43.275.789	43.275.789	2,1
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	-	13.211.203	13.211.203	1,8
Strahlentherapie	-	9.644.283	9.644.283	0,0
Impfleistungen	7.745.887	320.336	8.066.223	2,7
Nephrologische Leistungen	-	7.475.146	7.475.146	3,7
Betreuungsleistungen	-	5.800.704	5.800.704	-3,7
Medikationsplan	3.500.722	1.944.845	5.445.567	303,8
Polysomnografie	-	4.827.472	4.827.472	4,8
Probatorische Sitzungen	158.633	4.277.449	4.436.082	-30,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	-	4.326.823	4.326.823	2,0
Substitutionsbehandlung	2.748.768	368.695	3.117.463	-1,6

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	in Euro	in Euro	
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	2.551.339	470.335	3.021.674	373,9
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen – NäPa	2.819.335	–	2.819.335	74,7
Allgemeine Tumorgenetik	–	2.368.269	2.368.269	179,5
MRT Mammo- und Angiografie	–	1.808.922	1.808.922	4,0
Leistungen der künstlichen Befruchtung	–	726.136	726.136	-1,2
Balneophototherapie	–	528.844	528.844	0,3
Belegärztliche Begleitleistungen	–	522.440	522.440	-3,9
Hautkrebscreening	5.261	459.195	464.456	-6,3
Neuropsychologische Leistungen	–	401.800	401.800	12,4
Sozialpädiatrische Versorgung	318.397	–	318.397	20,4
Summe	47.836.410	240.969.378	288.805.788	4,6

Die Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Jahr 2017 sowie die jeweilige Veränderung zu 2016.

Zuschläge

Tab. 4 | Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2017

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	in Euro	in Euro	
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	3.530.316	–	3.530.316	3,9
Haus- und Heimbesuche ab 70 und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5	2.634.251	204.488	2.838.739	-5,7
NEU Hausärztliche geriatrische Versorgung	969.270	–	969.270	–
Gastroskopie	5.889	905.289	911.178	-2,6
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	850.073	–	850.073	2,2
NEU Rheumatologische Versorgung	97.035	363.840	460.875	–
Kleine Chirurgie	225.277	127.743	353.020	-3,9
Schwindeldiagnostik	–	219.157	219.157	-0,7
NEU Schmerztherapie	22.545	62.548	85.093	–
Hyposensibilisierung	6.010	47.999	54.009	0,5
Transfusionen	1.724	42.874	44.598	-2,8
Provokation	1.276	14.886	16.162	-7,6
Fallförderung bei Spermogramm	–	13.520	13.520	-0,3
Urodynamik	–	12.586	12.586	16,9
Prostatastanze	–	7.146	7.146	-5,0
Summe	8.343.666	2.022.076	10.365.742	16,3

Zusätzlich zu den bisherigen HVM-gestützten Leistungen wurden durch die Honorarverhandlungen 2017 mit Wirkung zum 1. Juli 2017 neue Leistungen aufgenommen. Im Einzelnen handelt es sich um die Leistungsbereiche hausärztliche Geriatrie (GOP 03362 EBM), Schmerztherapie (GOP 30704 EBM) und Rheuma (GOP aus dem Kapitel 13.3.8 EBM; GOP 18700 sowie GOP 04550 und 04551 EBM).

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 (HzV) 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 besonderen Versorgung gemäß Paragraph 140a SGB V.

Folgende Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge.

Tab. 5 | Ausgewählte Sonderverträge 2017

Sonderverträge	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	in Euro	in Euro	
Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V	19.117	-	19.117	-95,8
QuaMaDi gemäß § 73c SGB V	560	7.488.875	7.489.435	-3,6
Homöopathie gemäß § 73c SGB V	237.958	3.399	241.357	3,8
Tonsillotomie gemäß § 73c SGB V	-	129.734	129.734	28,1
Hautkrebscreening (ohne EBM)	5.261	459.195	464.456	-6,3
Summe	262.896	8.081.203	8.344.099	-7,8

Die drastische Reduzierung bei der HzV resultiert aus der zum 31. Dezember 2016 erfolgten Kündigung des Vertrags zur hausarztzentrierten pädiatrischen Versorgung mit der Barmer GEK und dem Berufsverband der Kinder und Jugendärzte.

Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2017

DMP	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	in Euro	in Euro	
DMP Asthma	1.237.709	662.248	1.899.957	-1,4
DMP Brustkrebs	3.230	258.310	261.540	4,8
DMP COPD	922.981	374.792	1.297.773	-1,7
DMP Diabetes TYP I	1.728.541	174.806	1.903.347	4,6
DMP KHK	3.166.507	205.125	3.371.632	1,2
DMP-Diabetes TYP II	11.902.462	837.250	12.739.712	-2,1
Summe	18.961.430	2.512.531	21.473.961	-0,9

Die Tabelle zeigt die Umsätze in den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie die Veränderungen zu 2016.

Fremdkassen- zahlungsausgleich (FKZ)



© istock.com/dottedhippo

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 2017 gegenüber anderen KVen im Vergleich zum Vorjahr. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 90,3 Millionen Euro. Dagegen muss die KVSH an andere KVen 177,9 Millionen Euro zahlen. Saldiert bedeutet dies, dass die KVSH 87,6 Millionen Euro (51,4 Millionen MGV-Leistungen und 36,2 Millionen aMGV-Leistungen) an andere KVen zahlen muss. Die 51,4 Millionen Euro muss die KVSH aus ihrer MGV finanzieren, dafür bildet sie im Vorwege der Honorarverteilung Rückstellungen.

Tab. 7 | Fremdkassenzahlungsausgleich 2017

Leistungsbereich	Forderungen in Euro	Verbindlichkeiten in Euro	Saldo in Euro	ggü. 2016	
				Forderungen in Prozent	Verbindlichkeiten in Prozent
Labor	30.406.185	30.667.596	-261.411	0,6	0,9
Bereitschaftsdienst und Notfall	1.307.916	2.276.629	-968.713	1,4	9,2
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	12.552.573	19.072.859	-6.520.287	1,7	4,6
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	23.815.083	67.504.946	-43.689.862	2,4	1,3
Nicht-MGV*	22.257.818	58.468.978	-36.211.160	16,6	5,1
Gesamt	90.339.575	177.991.008	-87.651.433	4,8	2,9

Bei Nicht-MGV Leistungen handelt es sich um die zahlungsrelevante Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht vertragskonforme Inanspruchnahme sowie Verrechnungen/durchlaufende Posten.

Die Trennung der MGV

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

GESCHÄTZTE MGV 2017
911.512.247 EURO

ggü. 2016

Im fachärztlichen Versorgungsbereich 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.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

VERGÜTUNGSVOLUMEN	9,3
30.908.160 Euro	
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH	22,0
-968.713 Euro	
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN	9,0
29.939.447 Euro	

Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN	2,8
78.153.742 Euro	
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH	62,6
-261.411 Euro	
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN	2,7
77.892.331 Euro	

Hausärztlicher Versorgungsbereich

VERGÜTUNGSVOLUMEN	3,7
397.164.325 Euro	
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH	10,5
-6.520.287 Euro	
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN	3,6
390.644.038 Euro	

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärztliches Vergütungsvolumen

VERGÜTUNGSVOLUMEN
380.069.834 Euro
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH
-40.331.978 Euro
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN
339.737.856 Euro

Pauschalen fachärztliche Grundversorgung

VERGÜTUNGSVOLUMEN
17.840.418 Euro
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH
-997.650 Euro
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN
16.842.768 Euro

Genetisches Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN	3,4
7.375.768 Euro	
FREMDKASSENZAHLUNGS AUSGLEICH	0,7
-2.324.257 Euro	
VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN	3,8
5.051.511 Euro	

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.



© istock.com/fotostorm

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.

In der Honorarvereinbarung 2017 sind zweckgebundene Mittel für die rheumatologische Versorgung und für schmerztherapeutische Fälle ausgewiesen. Diese Förderung erfolgt ebenfalls mit fallbezogenen Zuschlägen (siehe HVM-gestützte Leistungen). Aufgrund des Umfangs haben wir die Zuschläge für HVM-gestützte Leistungen in die Übersicht aufgenommen.

Tab. 8 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2017		Veränderung in % ggü. 2016	
	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Hausärzte in Prozent	Fachärzte in Prozent
Praxisbesonderheiten, Sicherstellung, Honorarverlustausgleiche, Zunahme der Versorgung, Ausgleich von Fehlschätzungen in Vorquartalen, Honorarkorrekturen	1.139.562	1.913.442	7,7	5,4
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	668.653	10.577.711	-14,0	1,6
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	6.520.287	40.331.978*	10,5	3,6
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	9.048.429	2.190.744	16,1	23,8
Pädaudiologische und phoniatische Leistungen	-	1.256.291	-	7,7
Schmerztherapie	474.540	1.300.663	53,9	39,8
Zahnärztliche Narkosen	-	209.085	-	38,3
Summe	17.851.471	57.779.914		

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

Vergütungen vor Trennung

Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Insgesamt steigt der Umsatz, bezogen auf diese Leistungen, gegenüber 2016 um 2,2 Prozent. Bei ausschließlicher Betrachtung der laboratoriumsmedizinischen Leistungen, also ohne Grund- und Konsiliarpauschalen der Laborärzte und ohne den Fremdkassenzahlungsausgleich, beträgt die Steigerung 1,5 Prozent.

Tab. 9 | Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2017

Leistungs- und Kostenbereich	Vergütung in Euro	Veränderung in % ggü. 2016
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	73.543.309	1,5
Konsiliar- und Grundpauschale für Laborärzte (GOP 12210 und 12220) und ermächtigte Laborärzte (GOP 01320)	2.775.583	1,8
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	9.578.247	6,6
Summe	85.897.139	2,1
FKZ	261.411	62,6
Summe	86.158.550	2,2

Tab. 10 | Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM

Arztgruppe	Vergütung in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2016
Labormediziner	53.716.417	73,1	1,4
Hausärzte	9.127.637	12,5	3,3
Laborgemeinschaften	2.385.356	3,2	-2,2
Gynäkologen	1.841.702	2,5	1,7
Urologen	1.336.467	1,8	0,4
Kinderärzte	757.804	1,0	6,4
Hautärzte	548.184	0,7	-9,5
Pathologen	506.293	0,7	9,0
Rheumatologen	345.708	0,5	6,4
übrige Arztgruppen	2.977.740	4,0	0,7
Summe	73.543.309	100,0	1,5

Ärztlicher Bereitschaftsdienst und Notfälle

Die Umsätze im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfall sind gegenüber 2016 insgesamt um 3,5 Prozent gestiegen. Die Steigerung im Bereich Telefonarzt ist hervorgerufen durch die Ausweitung und Vergütungserhöhung dieses Dienstes.

Tab. 11 | Vergütung im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall 2017

Leistungen innerhalb MGV 2017		Veränderung in % ggü. 2016
	in Euro	
Anlaufpraxis	4.788.182	2,9
Fahrdienst	9.501.252	1,7
Telefonarzt	286.898	20,7
Wegegelder	767.326	1,9
Krankenhaus	9.767.094	3,7
Sonstige	135.444	4,0
FKZ-Saldo	968.713	22,0
Summe	26.214.908	3,5

Honorarverteilung nach Arztgruppen

In 2017 unterlagen alle Arztgruppen der Punktzahlvolumen (PZV)-Systematik

Weiterentwicklung der Punktzahlvolumen (PZV)

Bereits für die Quartale des Jahres 2016 hatten die PZV Bestand. Hiervon gab es, wie z. B. Wachstumsärzte, wenige Ausnahmen. Daher wurden diese PZV für die Quartale des Jahres 2017 gemäß den HVM-Bestimmungen weiterentwickelt.

In der nachfolgenden Tabelle haben wir für das Jahr 2017 die durchschnittlichen PZV und die durchschnittliche Auslastung in Prozent ausgewiesen.

Vergütung

Im Jahr 2017 wurden PZV-relevante Leistungen innerhalb der PZV mit dem Orientierungswert von 10,5300 Cent vergütet, darüber hinaus mit einem sich aus der Abrechnung für die Versorgungsbereiche ergebenden Restpunktwert.

Um dem gesetzlichen Auftrag in Paragraph 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V nachzukommen, haben Haus- und Fachärzte in den Quartalen des Jahres 2017 entsprechend der HVM-Bestimmungen in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von zehn Prozent erhalten.

Nachfolgend sind für die jeweiligen Quartale des Jahres 2017 die Honorarteile aufgeführt, welche durch diese Erhöhung des Restpunktwertes generiert wurden.

Tab. 12 | Praxisnetze: Honorarzuwachs durch Erhöhung des Restpunktwertes

Quartal	in Euro
1/2017	283.673
2/2017	249.913
3/2017	246.632
4/2017	231.668
Summe	1.011.886

Tab. 13 | Durchschnittliche Punktzahlvolumen (PZV) nach Arztgruppen

Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
	Jahr 2017	Jahr 2016	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2017	Jahr 2016	In % ggü. Vorjahr
Anästhesisten	59.622	59.425	0,3	100	104	-4,0
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	17.589	20.796	-15,4	96	94	1,5
Augenärzte, ausschließlich konservativ tätig	251.537	248.492	1,2	124	130	-5,1
Augenärzte, operativ tätig	198.742	196.341	1,2	124	127	-2,0
Chirurgen	250.163	245.345	2,0	115	120	-4,2
Endokrinologen	329.544	312.352	5,5	115	131	-11,8
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	351.342	333.758	5,3	115	119	-3,7
Gastroenterologen	346.764	339.017	2,3	116	124	-6,2
Gynäkologen	213.279	208.971	2,1	119	125	-4,7
Hausärzte	375.371	362.617	3,5	113	117	-3,5
Hautärzte	264.097	259.830	1,6	115	121	-5,0
HNO-Ärzte	385.022	376.193	2,3	126	130	-3,2
Humangenetiker	51.476	124.833	-58,8	157	124	26,3
Kardiologen und Angiologen	563.832	550.510	2,4	122	125	-2,5

Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
	Jahr 2017	Jahr 2016	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2017	Jahr 2016	In % ggü. Vorjahr
Kinder - und Jugendlichenpsychotherapeuten	21.426	24.264	-11,7	114	113	0,7
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	355.858	347.765	2,3	112	115	-2,3
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	355.858	347.765	2,3	90	93	-3,5
Kinderärzte	369.280	362.432	1,9	118	120	-2,3
Kinderkardiologen	605.661	595.826	1,7	117	115	1,9
Kinderpneumologen	564.197	556.697	1,3	120	127	-5,1
Labormediziner	8.764	6.173	42,0	77	91	-15,8
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	8.830	8.616	2,5	140	146	-4,0
Nephrologen	39.093	37.246	5,0	105	109	-3,5
Nervenärzte	452.491	443.475	2,0	109	114	-4,5
Neurochirurgen	179.682	177.420	1,3	112	115	-2,8
Neurologen	372.210	355.388	4,7	107	114	-5,6
Nuklearmediziner	445.534	439.983	1,3	110	113	-2,6
Onkologen	450.430	433.198	4,0	127	131	-3,1
Orthopäden	397.445	390.378	1,8	114	119	-4,3
Pathologen	434.605	432.509	0,5	104	111	-6,3
Phoniater	136.477	134.348	1,6	114	135	-15,3
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	362.933	361.136	0,5	112	115	-2,7
Pneumologen	542.413	527.048	2,9	122	128	-5,0
Psychiater	228.987	223.890	2,3	109	109	0,2
Psychologische Psychotherapeuten	17.668	21.549	-18,0	107	113	-5,0
Psychotherapeutische Mediziner	23.072	28.085	-17,8	95	102	-6,5
Radiologen	751.232	721.010	4,2	119	119	-0,7
Rheumatologen	388.024	355.442	9,2	113	120	-6,3
Strahlentherapeuten	14.160	13.991	1,2	98	108	-9,2
Urologen	242.258	238.858	1,4	119	125	-5,5

Honorarveränderungen durch den EBM

Hausbesuche durch nichtärztliche Praxisassistenten in Facharztpraxen zum 1. Juli 2017

Dazu sind im Kapitel 38 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) „Delegationsfähige Leistungen“ die Gebührenordnungspositionen (GOP) 38202 und 38207 aufgenommen worden. Sie werden als Zuschläge zu den GOP 38100 und 38105 außerhalb der MGV gezahlt und können ausschließlich von Fachärzten gemäß Präambel 38.1 Nr. 2 EBM berechnet werden. Fachärzte, die Haus- und Pflegeheimbesuche an einen qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten delegieren, benötigen für die Abrechnung der qualifizierten Besuche nach Abschnitt 38.3 EBM eine vorherige schriftliche Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Tab. 14 | Bewertung der neuen EBM-Leistungen

GOP	Leistung	Punkte
38202	Zuschlag zur GOP 38100 für den Besuch und die Betreuung durch einen qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit des Patienten	90
38207	Zuschlag zur GOP 38105 für den Besuch und die Betreuung eines weiteren Patienten durch einen qualifizierten nicht-ärztlichen Praxisassistenten in der Häuslichkeit	83

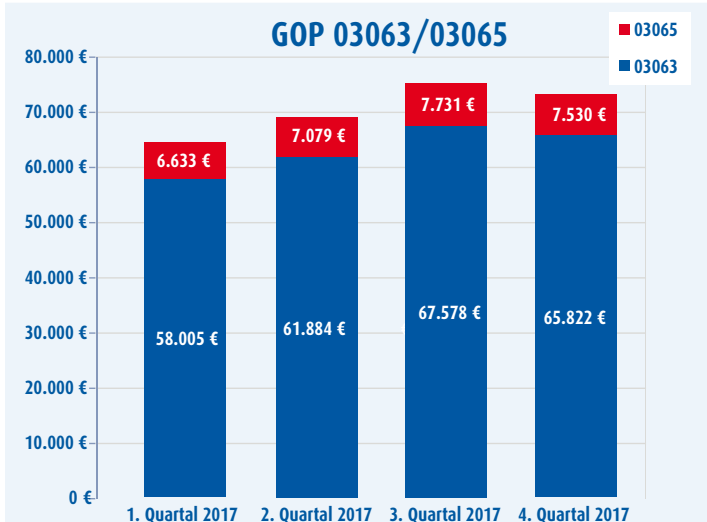
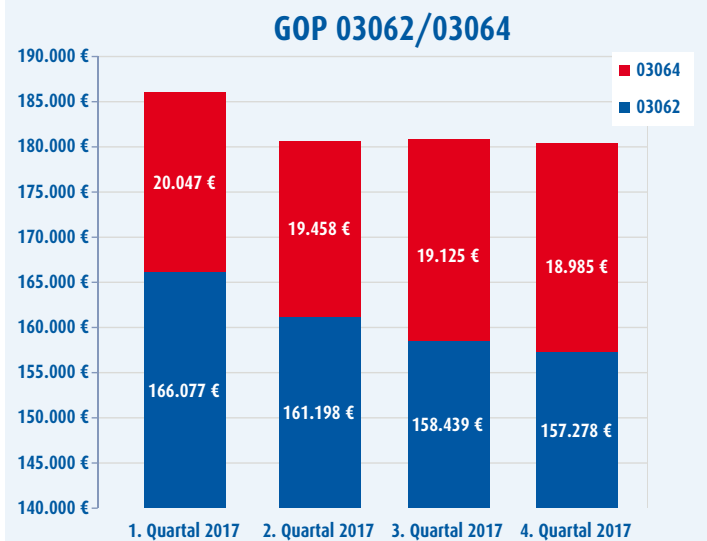
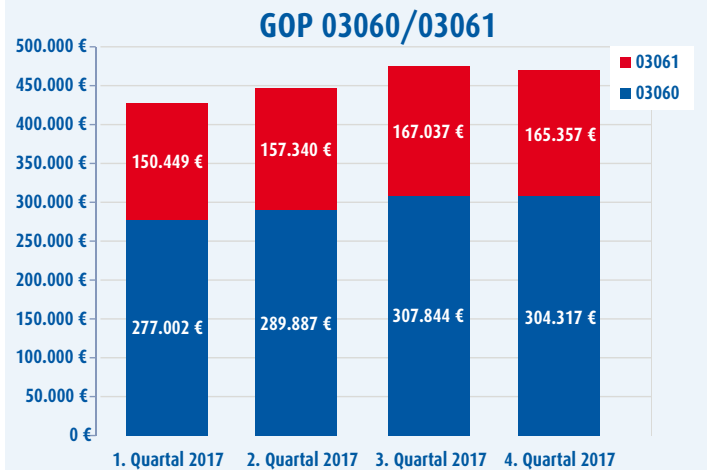
Nichtärztliche Praxisassistenten: Zuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich zum 1. Januar 2017

Zu dem bestehenden Strukturzuschlag GOP 03060 und den Besuchen nach den GOP 03062 und 03063 wurden folgende Zuschläge in den EBM aufgenommen. Die genannten Zuschlagsleistungen werden außerhalb der MGV honoriert:

- GOP 03061 als Zuschlag zur GOP 03060 = 12 Punkte
- GOP 03064 als Zuschlag zum Besuch nach GOP 03062 = 20 Punkte
- GOP 03065 als Zuschlag zum Mitbesuch nach GOP 03063 = 14 Punkte

Darüber hinaus wurde der Höchstwert je Praxis zum Strukturzuschlag nach der GOP 03060 von 12.851 Punkten auf 23.800 Punkte je Quartal angehoben. Die maximale Förderungshöhe im Abrechnungsquartal steigt somit von 1.320 auf 2.506 Euro.

Abb. 2 | Vergütungen in 2017





Reform der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung zum 1. April 2017

Die ambulante psychotherapeutische Versorgung ist neu strukturiert. Psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlungen, weniger Bewilligungsschritte und Rezidivprophylaxe sind Teile der Reform und wurden durch Anpassungen der Psychotherapie-Richtlinie und -Vereinbarung ohne zusätzliche Genehmigung umgesetzt. Verbunden damit sind die probatorischen Sitzungen in den verpflichtend durchzuführenden Anzahlen zur jeweiligen Richtlinientherapie neu bestimmt worden. Die PTV-Vordrucke sind überarbeitet bzw. um drei neue Formulare erweitert. Zudem umfassen die Aufgaben der Terminservicestelle (TSS) nun auch die Erreichbarkeit der Psychotherapeuten. Die psychotherapeutische Sprechstunde wurde in 2017 rund 124.000 mal mit einem Gesamtvolumen von etwa 5,5 Millionen Euro abgerechnet. Auf die Akutbehandlung entfallen rund 1,5 Millionen Euro. Die psychotherapeutischen Zuschläge sind in 2017 neu strukturiert worden. Ihr Gesamtvolumen beläuft sich auf rund zwei Millionen Euro.

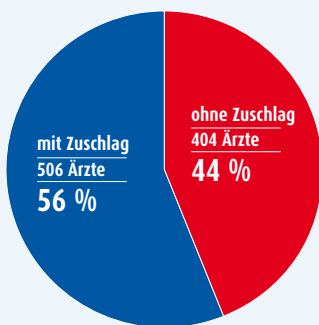


Palliativmedizin Abschnitt 37.3 EBM zum 1. Oktober 2017

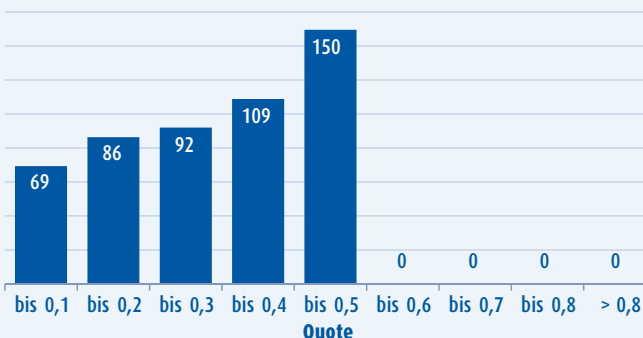
Die palliativmedizinische Versorgung im EBM oblag bisher ausschließlich dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Seit dem 1. Oktober 2017 gibt es einen neuen Abschnitt im Kapitel 37, der die Vergütung der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung regelt. Auf diese Leistungen haben seitdem auch Fachärzte gemäß Paragraf 6 Anlage 30 BMV-Ä (z. B. Anästhesisten), die an der persönlichen und direkten Patientenversorgung teilnehmen, Zugriff. Aufgrund der späten Einführung im Jahr 2017 berichten wir im nächsten Honorarbericht gesondert über diese Leistung.

Abb. 3 | Psychotherapeutische Zuschläge in 2017

Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit und ohne Zuschlag



Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten mit Zuschlag



Labor

Die KBV hat die Vorgaben zur Vergütung im Grundbetrag Labor im Jahr 2018 reformiert. Wir berichten deshalb an dieser Stelle über die im Jahr 2017 gültige Vergütungssystematik und vergleichen sie mit dem Jahr 2014, während der Honorarbericht 2018 die Veränderungen durch die Reform beschreiben wird.



Die Vergütungssystematik im Grundbetrag Labor

Der Grundbetrag Labor bildet mit dem Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ den Vergütungsbereich vor Trennung in die haus- und die fachärztliche Vergütung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat gemäß Paragraph 87c SGB V für die Vergütung der Laborleistungen, die dem Grundbetrag Labor zugeordnet sind, Vorgaben festgelegt.

In Tabelle 15 werden die einzelnen Leistungsbereiche und ihre von der KBV vorgegebenen Vergütungen im Grundbetrag Labor aufgeführt. Nicht zum Grundbetrag gehören humangenetische Laborleistungen, Laborleistungen im Notfall sowie die Laborleistungen, die außerhalb der MGV vergütet werden.

Tab. 15 | Leistungsbereiche im Grundbetrag Labor und ihre von der KBV vorgegebenen Vergütungen

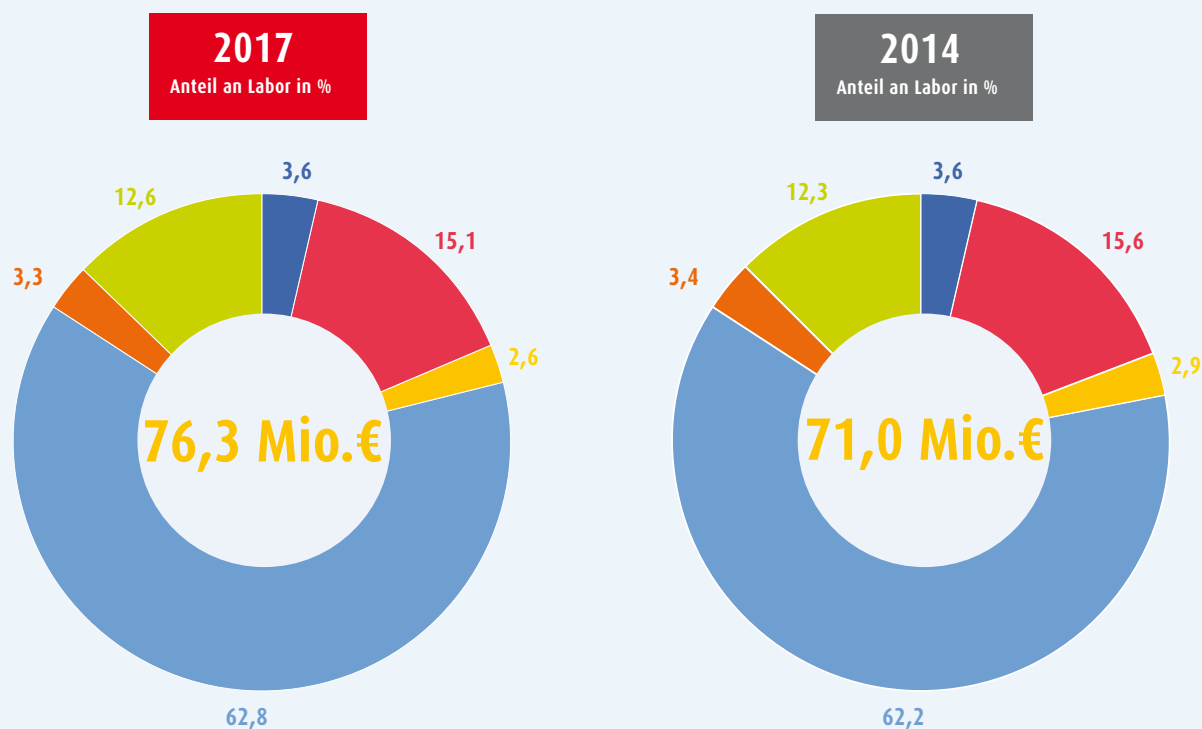
Bereich	EBM	Vergütung in Prozent der Euro-Gebührenordnung
Wirtschaftlichkeitsbonus	32001	100,0
Konsiliar- und Grundpauschalen der Laborärzte	12210 u. 12220	144,5
ausgewählte Laborleistungen	32025, 32026, 32027, 32035, 32036, 32037, 32038, 32039, 32097 und 32150	100,0
unbudgetierte Leistungen Kapitel 32		91,58
fallwertbudgetierte Leistungen Kapitel 32		91,58

Honorarentwicklung im Grundbetrag Labor

Die Vergütung im Grundbetrag Labor ist gegenüber 2014 insgesamt um 5,4 Millionen Euro oder 7,6 Prozent gestiegen. Unterdurchschnittlich entwickeln sich die allgemeinen Laboratoriumsleistungen Kapitel 32.2 EBM mit 4,4 Prozent, die fallwertbudgetierten Leistungen mit -3,8 Prozent und die ausgewählten Laborleistungen mit 2,9 Prozent. Überdurchschnittlich steigen die Konsiliar- und Grundpauschalen der Laborärzte mit 8,1 Prozent, die Vergütungen des Wirtschaftlichkeitsbonus mit 9,4 und des Speziallabors Kapitel 32.3 EBM mit 8,7 Prozent (Abb. 4).



Abb. 4 | Struktur der Vergütung Labor (nur MGV-Leistungen)



Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale

Kosten – Allgemeine laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.2

Kosten – Spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.3 budgetiert

Kosten – Spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.3 unbudgetiert

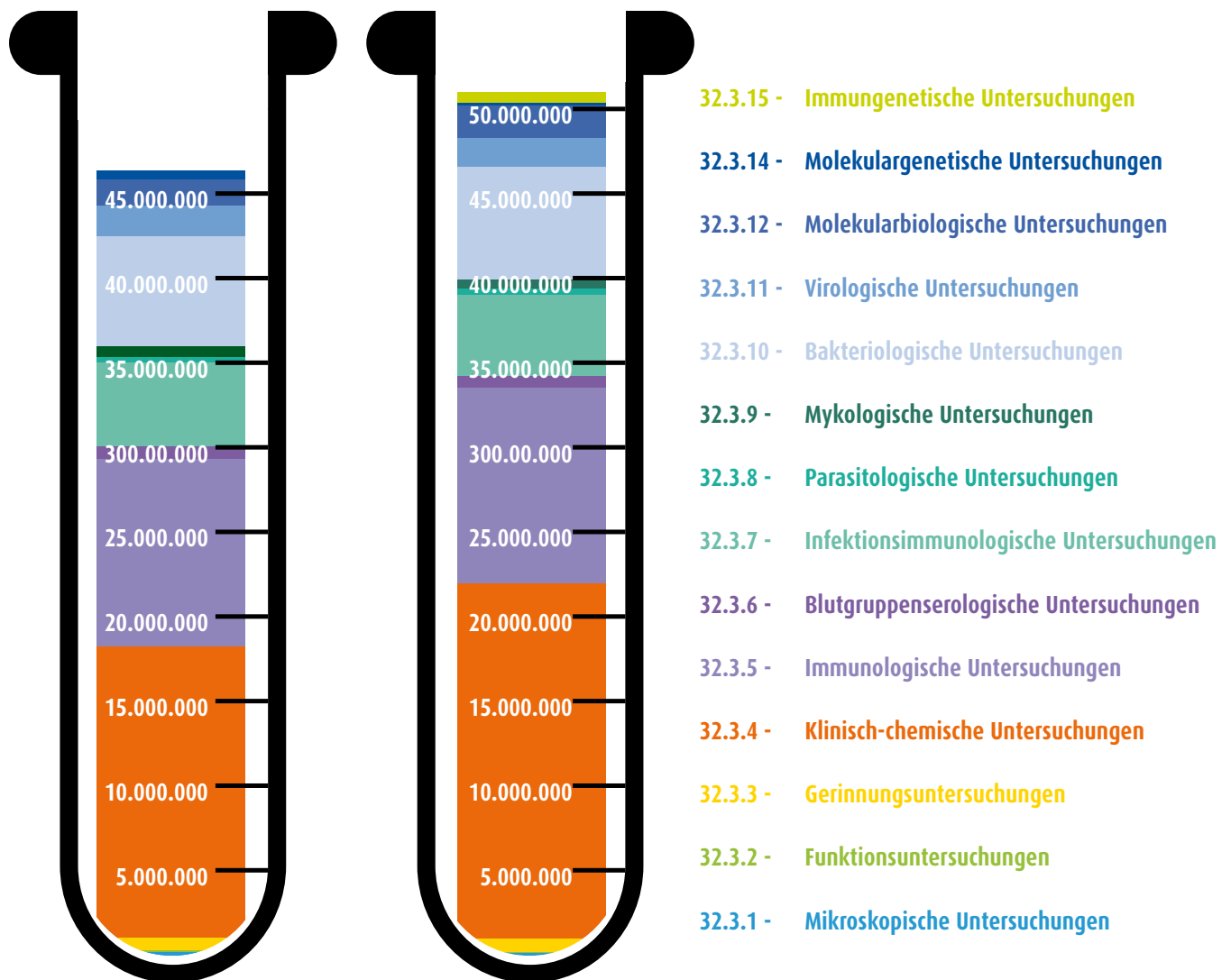
Kosten – Unquotierte basislaboratoriumsmedizinische Untersuchungen

Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001

	Vergütung in Euro			
	2014	2017	Veränderung in Euro ggü. 2014	Veränderung in % ggü. 2014
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale	2.568.127	2.775.583	207.456	8,1
Kosten – Allgemeine laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.2	11.062.632	11.553.400	490.768	4,4
Kosten – Spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.3 budgetiert	2.042.217	1.964.964	-77.253	-3,8
Kosten – Spezielle laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Abschnittes 32.3 unbudgetiert	44.110.168	47.964.961	3.854.793	8,7
Kosten – Unquotierte basislaboratoriumsmedizinische Untersuchungen	2.412.715	2.481.735	69.020	2,9
Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001	8.759.069	9.578.247	819.178	9,4
Summe	70.954.928	76.318.890	5.363.962	7,6

Im Bereich der speziellen Labordiagnostik (Kapitel 32.3 EBM) verzeichnen die klinisch-chemischen Untersuchungen (Abschnitt 32.3.4 EBM) den größten Zuwachs. Dieser Leistungsbereich macht im Jahr 2017 rund 41 Prozent der Vergütung im Speziallabor aus, während es in 2014 etwa 37 Prozent waren. Absolut ist die Vergütung hierbei um ca. 3,8 Millionen Euro gestiegen (Abb. 5).

Abb.5 | Vergütungsanteile und Entwicklungen Abschnitte 32.3.1 bis 32.3.15 EBM



Tab. 16 | Vergütungsanteile und Entwicklungen Abschnitte 32.3.1 bis 32.3.15 EBM

	Vergütung in Euro				Anteil an Speziallabor in %	
	2014	2017	Veränderung in Euro ggü. 2014	Veränderung in % ggü. 2014	2017	2014
32.3.1 - Mikroskopische Untersuchungen	167.574	117.339	-50.235	-30,0	0,2	0,4
32.3.2 - Funktionsuntersuchungen	54.957	44.735	-10.222	-18,6	0,1	0,1
32.3.3 - Gerinnungsuntersuchungen	767.179	778.288	11.109	1,4	1,5	1,7
32.3.4 - Klinisch-chemische Untersuchungen	17.239.185	21.024.349	3.785.164	22,0	41,2	37,2
32.3.5 - Immunologische Untersuchungen	11.072.483	11.546.606	474.123	4,3	22,6	23,9
32.3.6 - Blutgruppenserologische Untersuchungen	733.413	706.391	-27.022	-3,7	1,4	1,6
32.3.7 - Infektionsimmunologische Untersuchungen	4.990.940	4.786.470	-204.470	-4,1	9,4	10,8
32.3.8 - Parasitologische Untersuchungen	315.790	342.436	26.646	8,4	0,7	0,7
32.3.9 - Mykologische Untersuchungen	603.816	545.836	-57.980	-9,6	1,1	1,3
32.3.10 - Bakteriologische Untersuchungen	6.519.754	6.673.797	154.043	2,4	13,1	14,1
32.3.11 - Virologische Untersuchungen	1.798.652	1.711.544	-87.108	-4,8	3,4	3,9
32.3.12 - Molekularbiologische Untersuchungen	1.554.325	1.898.569	344.244	22,1	3,7	3,4
32.3.14 - Molekulargenetische Untersuchungen	544.207	206.143	-338.064	-62,1	0,4	1,2
32.3.15 - Immungenetische Untersuchungen	-	622.727	622.727	-	1,2	0
Summe	46.362.275	51.005.230	4.642.955	10,0	100,0	100,0



Wirtschaftlichkeitsbonus

Die GOP 32001 EBM ist ein Anreiz für Praxen, Laborleistungen wirtschaftlicher zu erbringen oder wirtschaftlicher zu veranlassen. Die Höhe des Bonus ist abhängig von einem im EBM vorgegebenen Budget und den veranlassten und selbst erbrachten Laborkosten. Übersteigen die Laborkosten der Arztpraxis das Budget, wird der übersteigende Betrag von dem Bonus abgezogen. Bleibt die Praxis mit ihren Laborkosten im Budget, erhält sie den vollen Bonus. Tabelle 17 zeigt die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus sowie Kosten der selbst erbrachten oder beauftragten Laborleistungen nach Arztgruppen.

Tab 17 | Vergütung Wirtschaftlichkeitsbonus selbsterbrachtes und beauftragtes Labor nach Arztgruppen 2017

Arztgruppe	Wirtschaftlichkeitsbonus	Selbst erbrachtes Labor inkl. Laborgemeinschaft	Beauftragtes Labor	Summe Laborleistung
	Euro	Euro	Euro	Euro
Hausärzte	6.552.762	7.661.210	24.507.736	32.168.946
Gynäkologen	1.174.770	671.584	3.768.778	4.440.362
Urologen	456.478	940.136	1.276.173	2.216.309
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	237.570	320.751	2.419.886	2.740.637
Kardiologen und Angiologen	137.259	158.764	154.354	313.118
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	128.996	118.856	514.436	633.292
Orthopäden	125.349	21.143	870.319	891.462
Chirurgen	109.745	16.535	287.110	303.645
HNO-Ärzte	78.203	24.557	589.166	613.723
Pneumologen	73.992	230.216	417.834	648.050
Hautärzte	65.773	466.307	1.233.551	1.699.858
Radiologen	63.988	-	731	731
Gastroenterologen	55.944	39.466	919.224	958.690
Nephrologen	54.949	420.864	4.040.735	4.461.599
Rheumatologen	47.340	339.248	690.698	1.029.946
Anästhesisten	46.717	5.957	18.849	24.806
Kinderpneumologen	31.067	29.010	425.514	454.524
Nervenärzte	25.479	49.402	482.467	531.869
Kinderkardiologen	22.354	14.825	107.175	122.000
Nuklearmediziner	18.210	104.496	203.902	308.398
Onkologen	14.548	251.979	2.763.428	3.015.407
Psychiater	12.947	103.537	361.865	465.402
Neurologen	10.497	14.910	427.651	442.561
Endokrinologen	7.963	334.512	387.783	722.295
übrige Arztgruppen	25.347	875.830	315.872	1.191.702
Summe	9.578.247	13.214.095	47.185.237	60.399.332

Tab 18 | Laborleistungen nach Fachgruppen 2017 (nur MGV-Leistungen)

Arztgruppe	allg. Labor Kap. 32.2	spez. Labor Kap. 32.3	Summe
	Euro	Euro	Euro
Laboratoriumsmediziner	7.249.217	47.143.514	54.392.731
Hausärzte	2.574.876	-	2.574.876
Laborgemeinschaften	2.385.356	-	2.385.356
Urologen	271.647	608.342	879.989
Transfusionsmediziner	-	683.341	683.341
Gynäkologen	550.182	116.749	666.931
Institute/Sonstige/ Institute und Krankenhäuser	398.558	252.372	650.930
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	144.592	375.641	520.233
Pathologen	607	505.686	506.293
Hautärzte	24.789	457.622	482.411
Endokrinologen	12.675	304.116	316.791
Rheumatologen	6.978	291.390	298.368
Nephrologen	257.292	8.271	265.563
Pneumologen	116.705	95.887	212.592
Kardiologen und Angiologen	127.149	-	127.149
Nuklearmediziner	8.690	94.367	103.057
Psychiater	102.186	-	102.186
Onkologen	80.047	16.448	96.495
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	41.805	-	41.805
Anästhesisten	3.563	27.293	30.856
Nervenärzte	26.105	-	26.105
HNO-Ärzte	364	24.157	24.521
Kinderpneumologen	18.519	-	18.519
Chirurgen	10.670	-	10.670
Kinderkardiologen	8.138	-	8.138
Gastroenterologen	7.544	-	7.544
Orthopäden	4.449	-	4.449
übrige Arztgruppen	563	-	563
Summe	14.433.266	51.005.196	65.438.462

Laborärztliche Konsiliar- und Grundpauschalen

Die Gebührenordnungspositionen 12210 und 12220 bilden im EBM die ärztlichen Leistungen des Laborarztes ab. Sie sind, wie die Leistungen der übrigen Ärzte, mit Punkten bewertet, während die Laboruntersuchungen als Kosten und somit im EBM als Euro-Beträge ausgewiesen sind.

Die GOP 12210 EBM ist nur bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt abrechnungsfähig, was bei Laborärzten die Ausnahme ist. Deshalb ist die 12220 EBM die häufigere Leistung. Im EBM erfährt diese Pauschale eine Abstufung nach 6.000 und nochmalig ab 12.000 Fällen. In 2017 ist die Zahl der abgerechneten Pauschalen gegenüber 2014 um 5,9 Prozent gestiegen, während die Vergütung um 7,5 Prozent auf rund 2,7 Millionen Euro steigt.

Vergütung Laborkostenpauschalen nach Arztgruppen

Auf Labormediziner entfallen mit 54,4 Millionen Euro rund 83 Prozent der Vergütung von Laborkostenpauschalen. Es folgen Hausärzte mit 2,6 Millionen Euro oder 4 Prozent und Laborgemeinschaften mit 2,4 Millionen Euro oder 3,7 Prozent.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Im Honorarbericht 2016 hatten wir den Fremdkassenzahlungsausgleich als Sonderthema. Hier befassen wir uns mit dem Zahlungsausgleich für die Leistungen, die dem Grundbetrag Labor unterliegen. Leistungen des genetischen Labors sowie extrabudgetäre Laborleistungen sind nicht berücksichtigt.

Rund 33,3 Millionen Euro überweist die KV Schleswig-Holstein für Laborleistungen an die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen. Damit werden die Laborleistungen für schleswig-holsteinische Versicherte in anderen KV-Bereichen vergütet. Im Gegenzug erhält die KVSH rund 32,6 Millionen Euro für Laborleistungen, die von schleswig-holsteinischen Ärzten für wohnortfremde Versicherte erbracht werden.

Mit rund 730.000 Euro ist der Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich leicht negativ. Das heißt, die KV Schleswig-Holstein zahlt für schleswig-holsteinische Versicherte mehr als sie für wohnortfremde Versicherte erhält.

Tab. 19 | Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) 2017

Bereich	für fremde Patienten in SH	für SH Patienten in anderen KVen	Saldo
	Euro	Euro	Euro
Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM	444.074	517.107	-73.033
GOP 12210 und 12220 EBM	799.454	738.397	61.057
allgemeine Laborleistungen	2.657.391	6.613.446	-3.956.055
speziellen Laborleistungen	28.706.795	25.470.386	3.236.409
Summe	32.607.714	33.339.336	-731.622

Ausblick

Die Laborreform 2018 ordnet das Vergütungsvolumen Labor neu. Vor Trennung verbleiben die Laborleistungen, die als Aufträge an Laborärzte und andere Fachärzte erteilt werden, und der Wirtschaftlichkeitsbonus. In der eigenen Praxis oder durch Laborgemeinschaften erbrachte Laborleistungen werden der hausärztlichen und der fachärztlichen Vergütung zugeordnet. Die Laborgrundpauschalen der Laborärzte sind dann ebenfalls Bestandteil der fachärztlichen Versorgung.

Mit der Laborreform werden die Vorgaben der KBV für diesen Bereich aufgehoben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die Honorierung dieses Bereichs in ihren Honorarverteilungsmaßstäben zu regeln. Wir berichten darüber im Honorarbericht 2018.



TABELLENVERZEICHNIS

SEITE

SEITE

MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL).....	30	KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	49
ANÄSTHESISTEN	31	KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN.....	50
ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE	32	LABORATORIUMSMEDIZINER.....	51
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG.....	33	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN.....	52
AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG	34	NEPHROLOGEN	53
CHIRURGEN.....	35	NERVENÄRZTE.....	54
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN.....	36	NEUROCHIRURGEN.....	55
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT.....	37	NEUROLOGEN	56
GASTROENTEROLOGEN	38	NUKLEARMEDIZINER	57
GYNÄKOLOGEN	39	ONKOLOGEN	58
HAUSÄRZTE.....	40	ORTHOPÄDEN.....	59
HAUTÄRZTE	41	PATHOLOGEN	60
HNO-ÄRZTE.....	42	PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN	61
HUMANGENETIKER	43	PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER.....	62
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN	44	PNEUMOLOGEN.....	63
KINDERKARDIOLOGEN	45	PSYCHIATER	64
KINDERPNEUMOLOGEN	46	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	65
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)	47	RADIOLOGEN	66
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	48	RHEUMATOLOGEN	67
		STRAHLENTHERAPEUTEN.....	68
		UROLOGEN.....	69

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 2016 gestiegen, weil deren Höherbewertungen im EBM in 2016 nur für drei Quartale galten, in 2017 jedoch in allen Quartalen wirken.
- Der Bewertungsausschuss hat zum zweiten Halbjahr 2017 umfangreiche EBM- und Vergütungsänderungen im Bereich der Humangenetik beschlossen. Deshalb sind die Jahresvergleiche für Arztgruppen mit humangenetischen Leistungen nicht aussagekräftig.
- Die hausärztliche Geriatrie – GOP 03362 EBM – ist zum 1. Juli 2017 in das PZV überführt worden. Diese HVM-Maßnahme erhöht den Umsatz im hausärztlichen Budgetbereich.
- Die GOP 03362 EBM (s. o.) hat zum 1. Juli 2017 einen Zuschlag erhalten. Das erhöht den Honoraranteil „HVM-gestützte Leistungen“ der Hausärzte.
- Zu den „HVM-gestützten Leistungen“ gehört ab dem 1. Juli 2017 auch die spezielle schmerztherapeutische Versorgung (GOP 30704 EBM) und die rheumatologische Versorgung. Das erhöht die Umsätze der entsprechend tätigen Ärzte.
- Ebenfalls bei psychologischen Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Medizinerinnen bewirken die neuen Leistungen „Sprechstunde“ und „Akutbehandlungen“ Änderungen der Honorarstrukturen der entsprechenden Gruppen.
- Die Erhöhung der PZV im hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich bewirken in den Arztgruppen höhere Umsätze im Budgetbereich.

MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL)

Diese Musterseite soll Ihnen helfen, sich auf den folgenden Seiten zurechtzufinden.

Tätigkeitsumfang

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

Kenngrößen der Arztgruppe

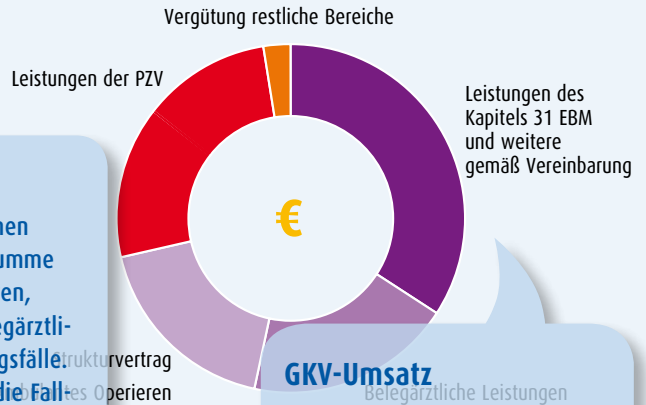
Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:			
Anzahl der Ärzte:			
Gesamthonorar in Euro:			
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:			
Ø Honorar je Arzt in Euro:			
Gesamtfallzahl:			

Hier zählen wir die Personen.

Fallzahl

Die hier ausgewiesenen Fallzahlen sind die Summe der ambulant-kurativen, präventiven und belegärztlichen GKV-Behandlungsfälle. Ausgenommen sind die Fallzahlen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes.

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen



GKV-Umsatz

Der GKV-Umsatz umfasst alle Leistungen und Sachkosten, die zulasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet und vergütet werden. Ausgenommen sind Honorare des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Es ist ein Betrag vor Abzug der Betriebsausgaben und vor Steuern. Honorare aus Direktverträgen mit Krankenkassen, privatärztlichen Behandlungen sowie aus Behandlungen zulasten sonstiger Kostenträger sind darin nicht enthalten.

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Vergütung	Anteil in Prozent
Summe		

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Das Kreisdiagramm in Zahlen

Budgetrelevante Leistungen

Leistungen, die innerhalb der PZV vergütet werden.

ANÄSTHESISTEN

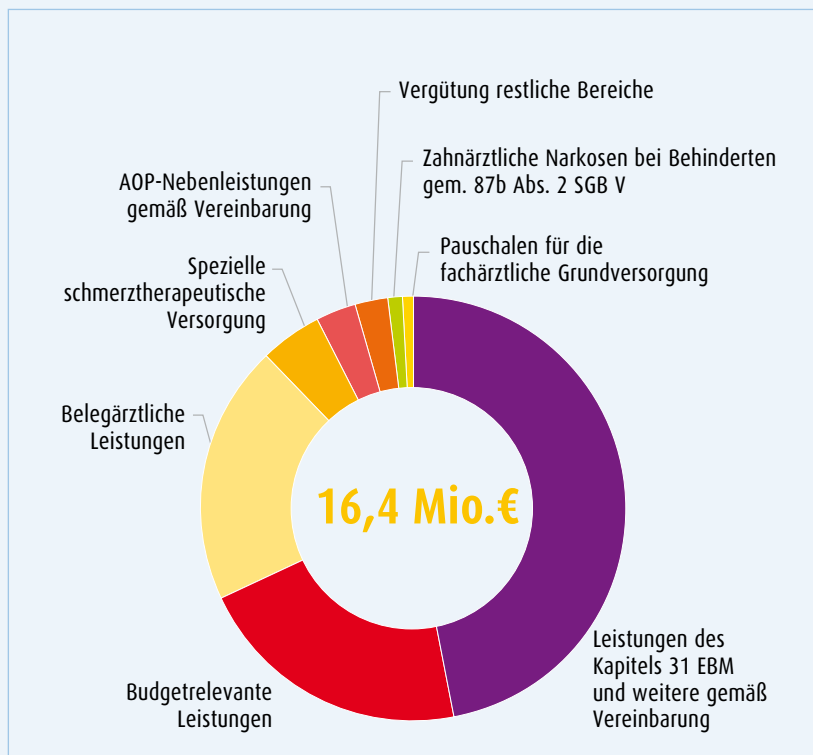
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	106	-	1,0
Anzahl der Ärzte:	123	-	1,7
Gesamthonorar in Euro:	4.094.184	16.376.735	1,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	38.625	154.498	0,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	33.286	133.144	-0,1
Gesamtfallzahl:	28.050	112.200	0,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.715.059	47,1	-1,3
Budgetrelevante Leistungen	3.436.655	21,0	2,8
Belegärztliche Leistungen	3.241.673	19,8	-0,4
Spezielle schmerztherapeutische Versorgung	758.084	4,6	17,4
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	541.941	3,3	-1,6
Vergütung restliche Bereiche	376.102	2,3	-14,7
Zahnärztliche Narkosen bei Behinderten gem. 87b Abs. 2 SGB V	207.916	1,3	
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	99.305	0,6	22,8
Summe	16.376.735	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

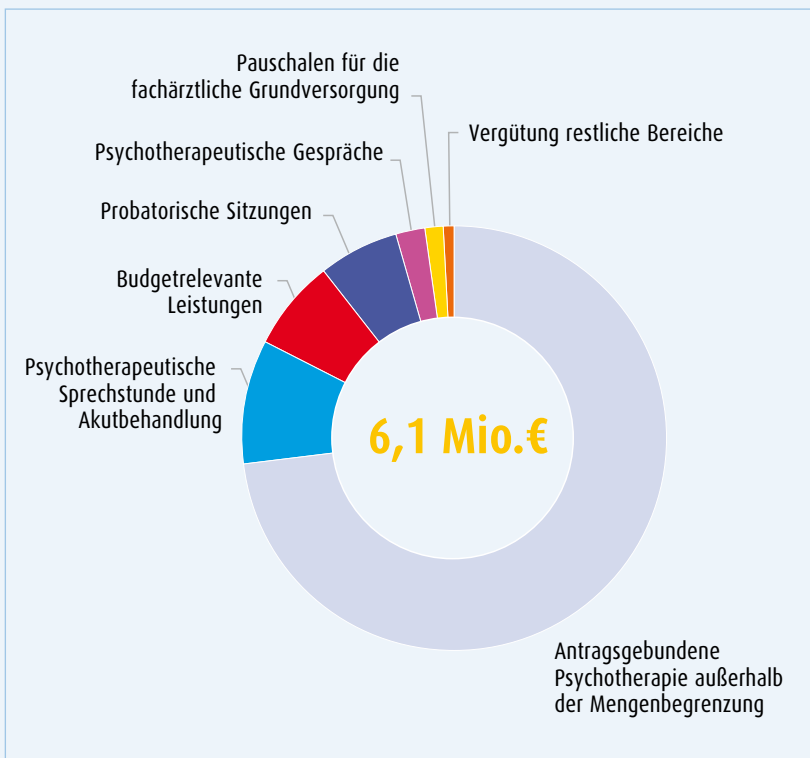
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	64	-	1,6
Anzahl der Ärzte:	83	-	2,5
Gesamthonorar in Euro:	1.522.550	6.090.201	6,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	23.790	95.159	5,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	18.344	73.376	4,2
Gesamtfallzahl:	4.201	16.802	6,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	4.454.363	73,1	0,5
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	577.044	9,5	-
Budgetrelevante Leistungen	421.719	6,9	-22,3
Probatorische Sitzungen	376.058	6,2	-31,3
Psychotherapeutische Gespräche	126.923	2,1	
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	94.117	1,5	18,7
Vergütung restliche Bereiche	39.977	0,7	328,8
Summe	6.090.201	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG

Kenngrossen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	156	-	4,0
Anzahl der Ärzte:	177	-	2,9
Gesamthonorar in Euro:	8.732.491	34.929.964	4,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	55.978	223.910	0,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	49.336	197.344	1,1
Gesamtfallzahl:	220.394	881.576	0,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	27.955.837	80,1	3,9
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	3.610.047	10,3	-3,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.349.202	6,7	1,3
Vergütung restliche Bereiche	1.014.878	2,9	298,3
Summe	34.929.964	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG

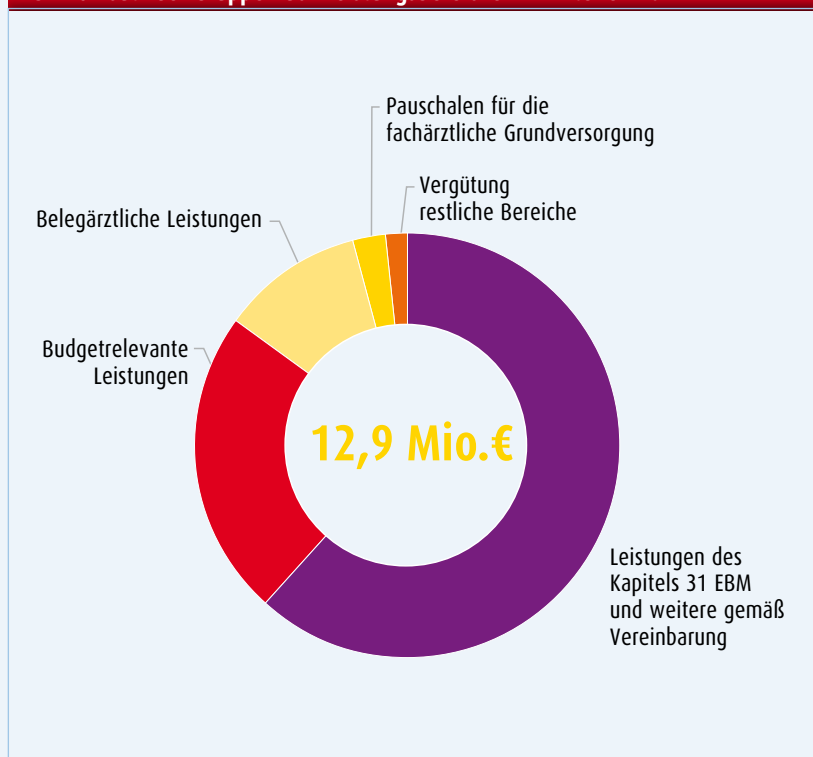
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	30	-	-6,3
Anzahl der Ärzte:	43	-	2,4
Gesamthonorar in Euro:	3.233.674	12.934.695	-0,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	107.789	431.157	6,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	75.202	300.807	-3,0
Gesamtfallzahl:	36.319	145.274	-4,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.975.590	61,7	-1,7
Budgetrelevante Leistungen	3.042.768	23,5	-2,7
Belegärztliche Leistungen	1.411.117	10,9	9,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	319.211	2,5	-5,3
Vergütung restliche Bereiche	186.009	1,4	21,1
Summe	12.934.695	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



CHIRURGEN

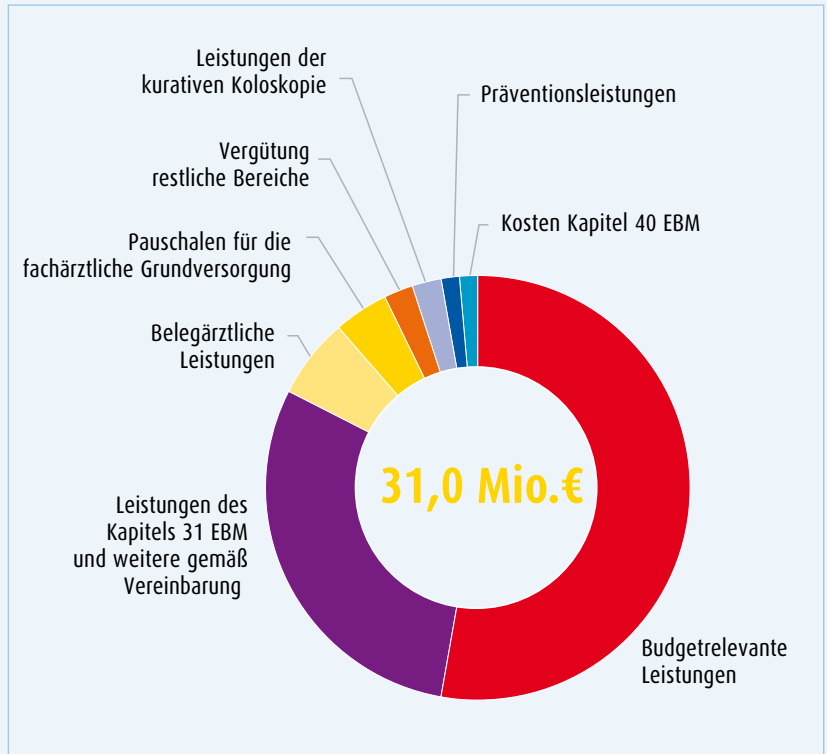
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	129	-	1,6
Anzahl der Ärzte:	155	-	3,3
Gesamthonorar in Euro:	7.762.174	31.048.695	2,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	60.172	240.688	1,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	50.079	200.314	-0,5
Gesamtfallzahl:	104.641	418.563	1,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	16.482.537	53,0	3,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.199.674	29,6	2,0
Belegärztliche Leistungen	1.924.878	6,2	6,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.267.558	4,1	0,2
Vergütung restliche Bereiche	707.053	2,3	11,3
Leistungen der kurativen Koloskopie	638.606	2,1	-1,7
Präventionsleistungen	455.049	1,5	1,3
Kosten Kapitel 40 EBM	373.340	1,2	-7,5
Summe	31.048.695	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

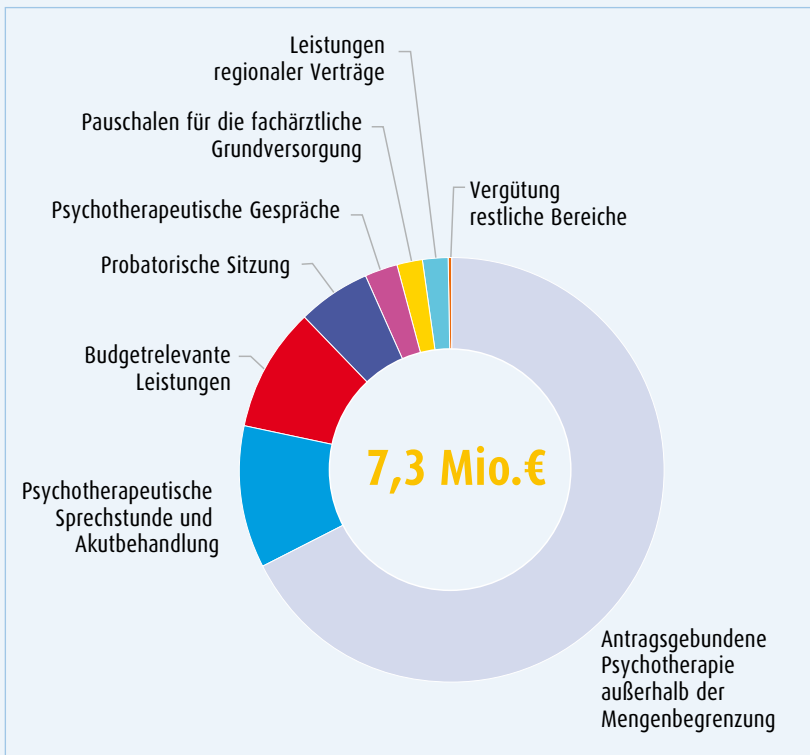
Kenngroßen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	71	-	-6,6
Anzahl der Ärzte:	88	-	-3,3
Gesamthonorar in Euro:	1.815.868	7.263.472	1,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	25.576	102.302	8,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	20.635	82.539	4,5
Gesamtfallzahl:	5.080	20.321	0,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	4.914.854	67,7	-6,9
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	780.159	10,7	-
Budgetrelevante Leistungen	684.608	9,4	-26,8
Probatorische Sitzungen	411.865	5,7	-37,7
Psychotherapeutische Gespräche	182.831	2,5	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	143.893	2,0	8,7
Leistungen regionaler Verträge	136.906	1,9	-20,7
Vergütung restliche Bereiche	8.356	0,1	53,1
Summe	7.263.472	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

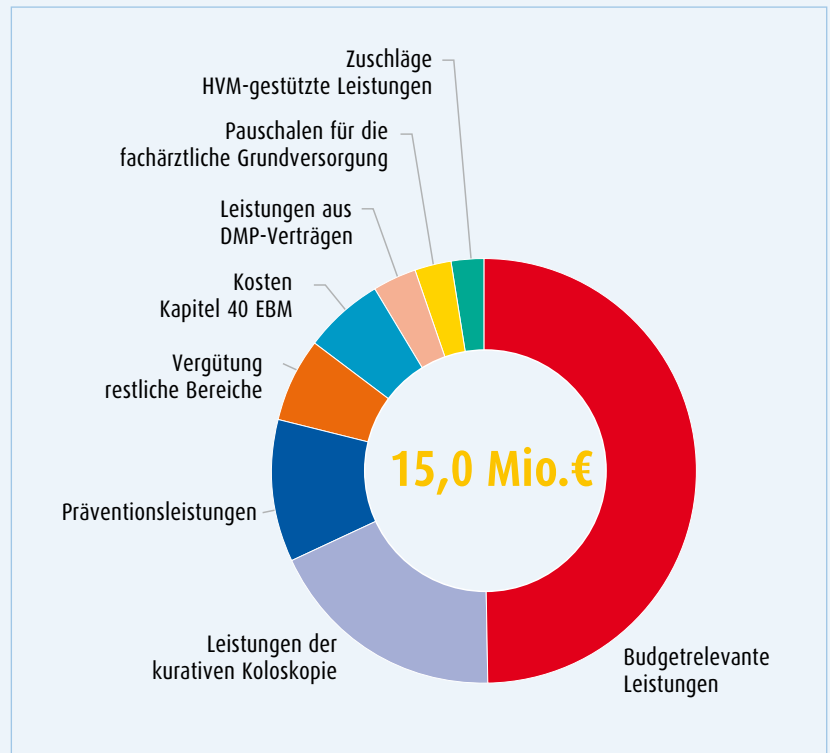
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	44	-	-2,2
Anzahl der Ärzte:	45	-	-2,2
Gesamthonorar in Euro:	3.761.700	15.046.800	1,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	85.493	341.973	3,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	83.593	334.373	3,9
Gesamtfallzahl:	33.579	134.317	-1,8

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	7.478.861	49,8	2,5
Leistungen der kurativen Koloskopie	2.760.630	18,3	0,7
Präventionsleistungen	1.622.882	10,8	3,7
Vergütung restliche Bereiche	989.816	6,6	9,7
Kosten Kapitel 40 EBM	904.580	6,0	-9,9
Leistungen aus DMP-Verträgen	512.778	3,4	0,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	397.589	2,6	0,4
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	379.664	2,5	-3,0
	15.046.800	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



GASTROENTEROLOGEN

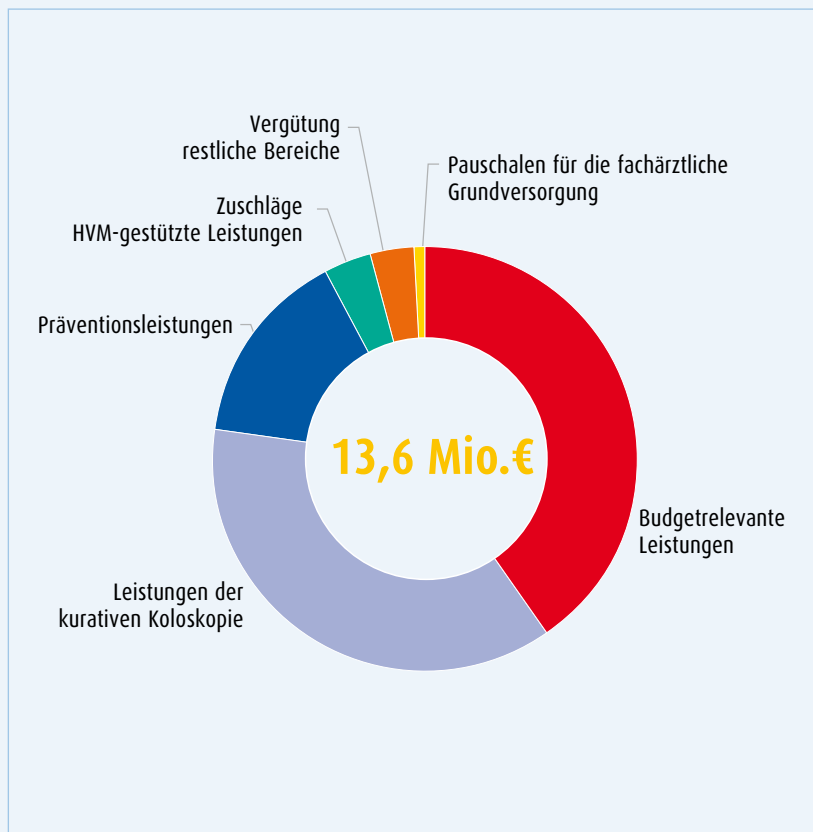
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	34	-	3,0
Anzahl der Ärzte:	37	-	5,7
Gesamthonorar in Euro:	3.408.062	13.632.246	3,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	100.237	400.948	0,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	92.110	368.439	-1,8
Gesamtfallzahl:	25.792	103.166	0,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	5.503.064	40,4	2,8
Leistungen der kurativen Koloskopie	5.034.402	36,9	4,1
Präventionsleistungen	2.059.321	15,1	6,1
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	487.479	3,6	-1,4
Vergütung restliche Bereiche	459.455	3,4	59,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	88.525	0,6	1,6
Summe	13.632.246	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



GYNÄKOLOGEN

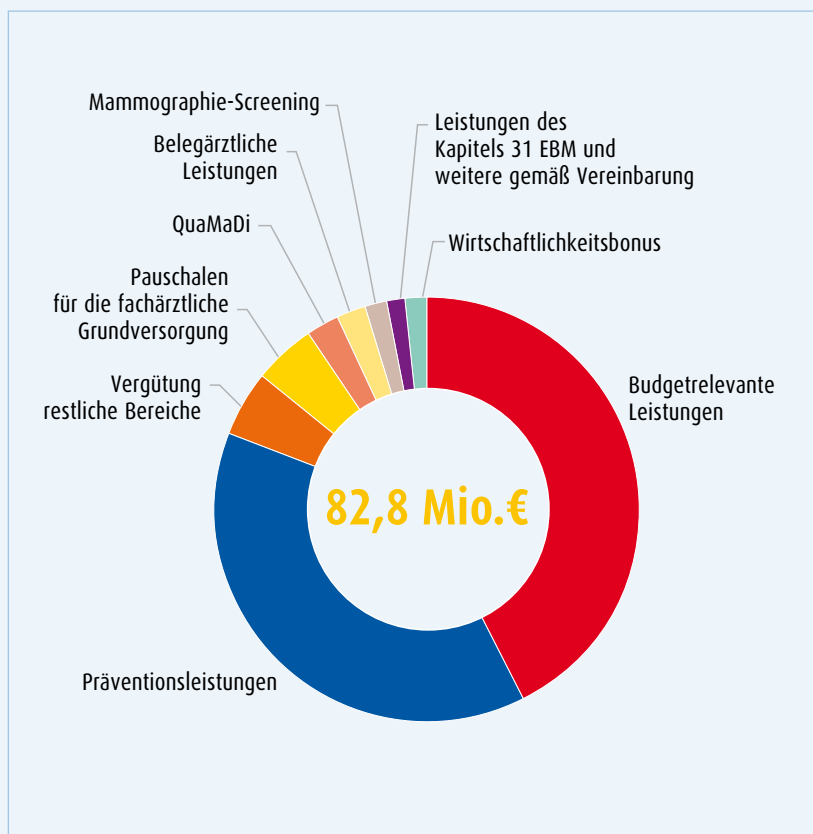
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	331	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	374	-	0,8
Gesamthonorar in Euro:	20.705.236	82.820.944	2,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	62.554	250.214	2,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	55.362	221.446	1,4
Gesamtfallzahl:	454.795	1.819.179	-1,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	35.204.357	42,6	3,4
Präventionsleistungen	31.910.898	38,5	2,9
Vergütung restliche Bereiche	4.077.128	4,9	3,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.843.666	4,6	0,4
QuaMaDi	2.045.551	2,5	-2,8
Belegärztliche Leistungen	1.905.430	2,3	-15,1
Mammographie-Screening	1.410.924	1,7	0,6
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.248.222	1,5	-4,3
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.174.768	1,4	2,6
Summe	82.820.944	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



HAUSÄRZTE

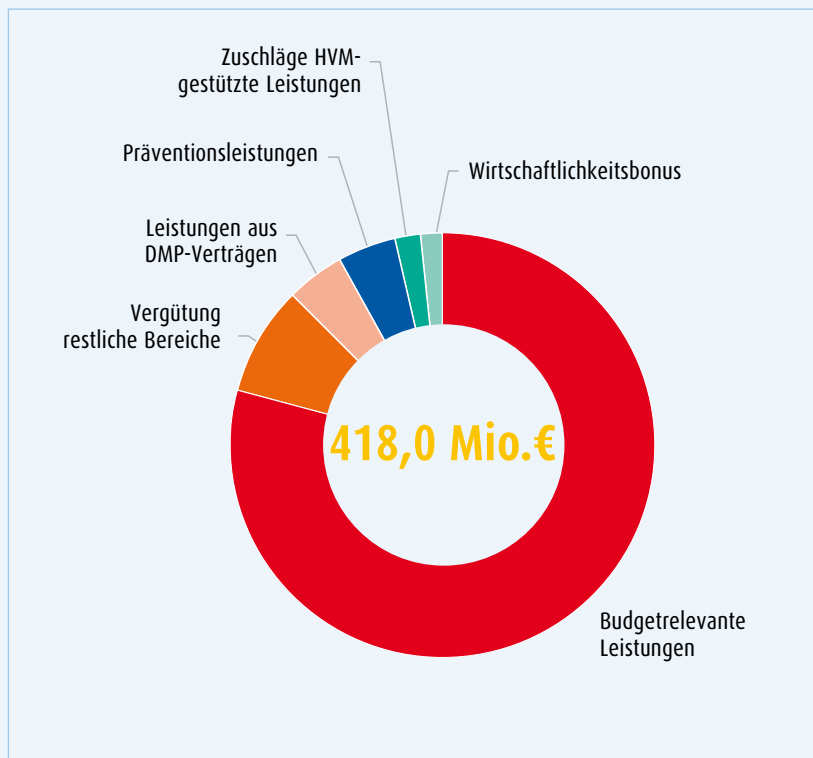
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	1.878	-	0,2
Anzahl der Ärzte:	1.982	-	0,8
Gesamthonorar in Euro:	104.492.759	417.971.034	4,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	55.641	222.562	4,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	52.721	210.883	3,4
Gesamtfallzahl:	1.631.857	6.527.428	0,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	332.420.268	79,4	4,4
Vergütung restliche Bereiche	34.588.590	8,3	74,7
Leistungen aus DMP-Verträgen	18.745.118	4,5	-0,5
Präventionsleistungen	17.405.494	4,2	0,0
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	8.260.020	2,0	14,5
Wirtschaftlichkeitsbonus	6.551.544	1,6	7,3
Summe	417.971.034	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



HAUTÄRZTE

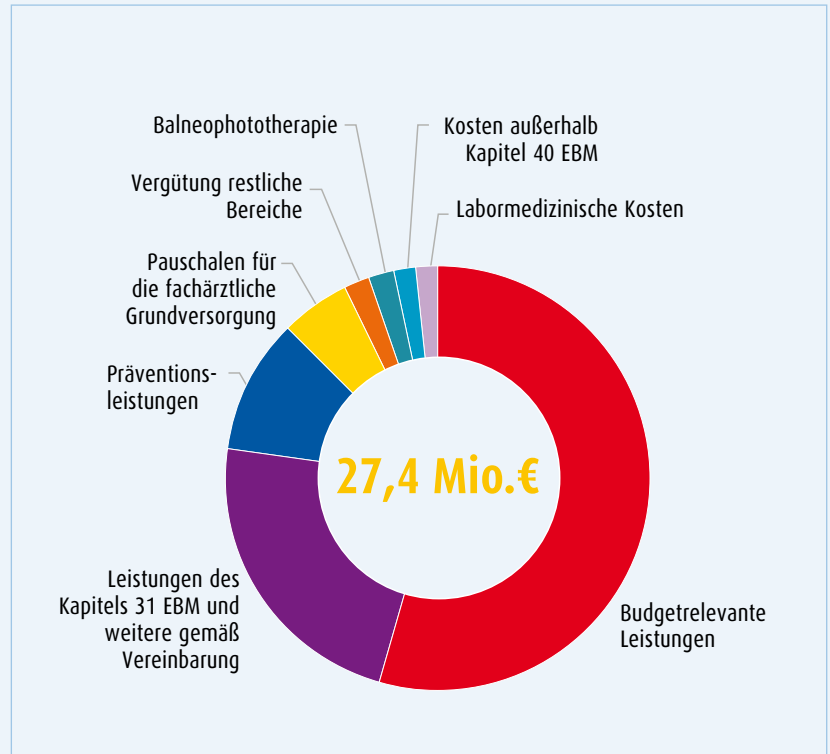
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	116	-	1,8
Anzahl der Ärzte:	122	-	1,7
Gesamthonorar in Euro:	6.839.222	27.356.886	2,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	58.959	235.835	0,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	56.059	224.237	0,9
Gesamtfallzahl:	182.602	730.407	0,5

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	14.889.995	54,5	4,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	6.242.295	22,8	-1,3
Präventionsleistungen	2.853.532	10,4	1,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.406.796	5,1	1,8
Vergütung restliche Bereiche	547.890	2,0	37,1
Balneophototherapie	528.845	1,9	0,3
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	459.228	1,7	-6,4
Labormedizinische Kosten	428.305	1,6	-5,6
Summe	27.356.886	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



HNO-ÄRZTE

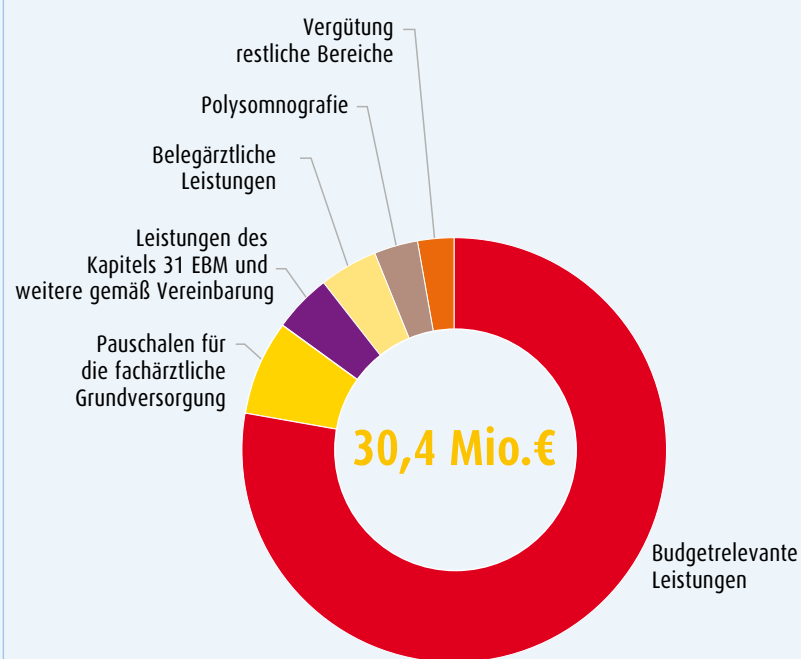
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	122	-	0,8
Anzahl der Ärzte:	133	-	2,3
Gesamthonorar in Euro:	7.590.095	30.360.378	5,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	62.214	248.856	4,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	57.069	228.274	2,8
Gesamtfallzahl:	167.476	669.903	1,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	23.629.296	77,8	5,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.253.833	7,4	1,8
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.359.937	4,5	7,8
Belegärztliche Leistungen	1.323.453	4,4	0,0
Polysomnografie	1.010.475	3,3	4,0
Vergütung restliche Bereiche	783.384	2,6	20,3
Summe	30.360.378	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



HUMANGENETIKER

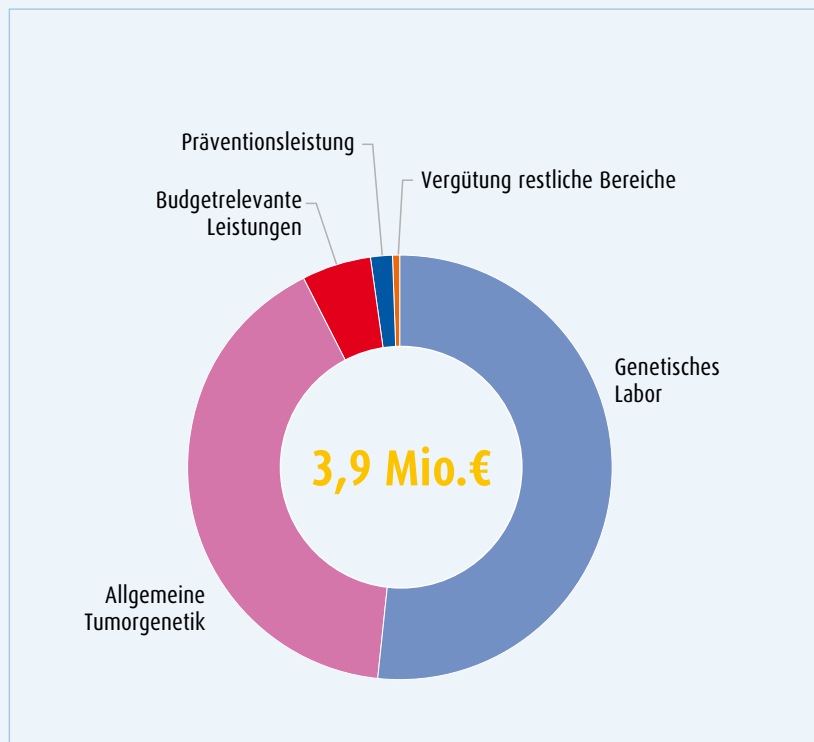
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	7	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	981.996	3.927.984	11,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	196.399	785.597	11,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	140.285	561.141	11,7
Gesamtfallzahl:	1.792	7.169	21,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Genetisches Labor	2.032.907	51,7	40,0
Allgemeine Tumorgenetik	1.605.651	40,9	114,2
Budgetrelevante Leistungen	203.449	5,2	-83,5
Präventionsleistungen	74.853	1,9	4,1
Vergütung restliche Bereiche	11.124	0,3	40,2
Summe	3.927.984	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

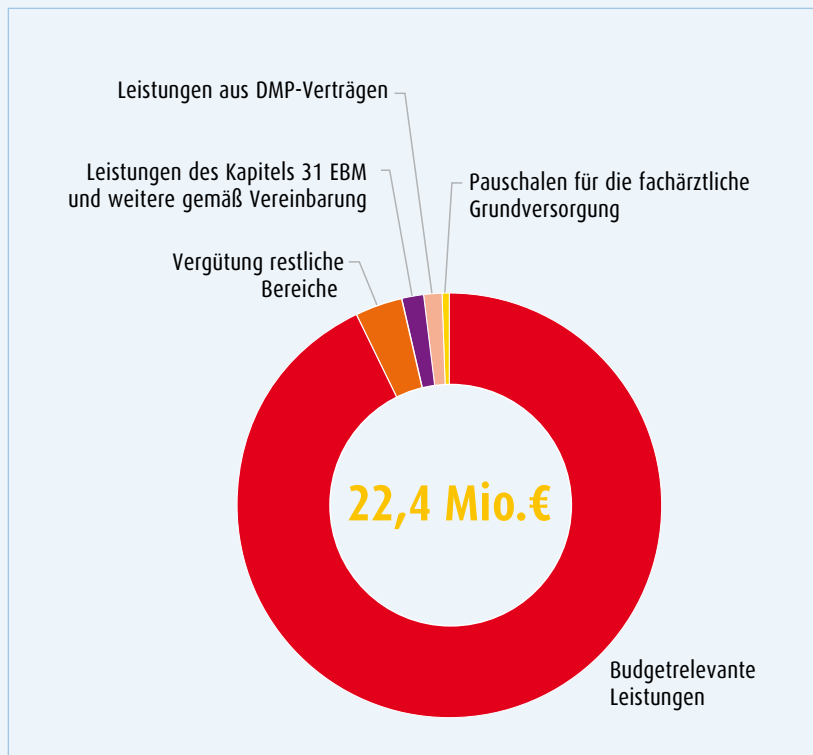
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	73	-	1,4
Anzahl der Ärzte:	80	-	2,6
Gesamthonorar in Euro:	5.596.867	22.387.467	6,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	76.670	306.678	4,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	69.961	279.843	3,6
Gesamtfallzahl:	64.186	256.744	2,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	20.806.448	93,0	6,6
Vergütung restliche Bereiche	815.669	3,6	84,0
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	384.292	1,7	5,1
Leistungen aus DMP-Verträgen	303.781	1,4	-3,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	77.277	0,3	2,3
Summe	22.387.467	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDERKARDIOLOGEN

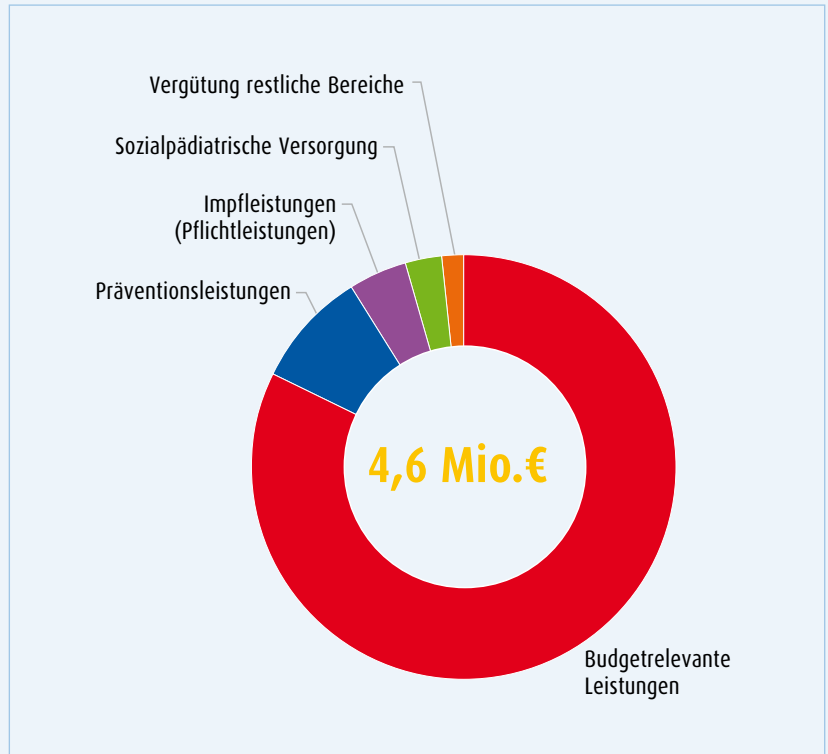
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	14	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	14	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	1.142.815	4.571.259	9,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	81.630	326.519	9,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	81.630	326.519	9,0
Gesamtfallzahl:	12.354	49.415	5,7

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	3.764.134	82,4	6,1
Präventionsleistungen	404.432	8,8	41,5
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	206.753	4,5	13,6
Sozialpädiatrische Versorgung	132.154	2,9	17,2
Vergütung restliche Bereiche	63.786	1,4	-1,8
Summe	4.571.259	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDERPNEUMOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	22	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	23	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	1.927.802	7.711.207	4,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	87.627	350.509	4,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	83.818	335.270	4,2
Gesamtfallzahl:	24.661	98.644	-1,8

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	6.044.976	78,5	2,3
Präventionsleistungen	866.115	11,2	26,7
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	399.016	5,2	4,4
Sozialpädiatrische Versorgung	179.622	2,3	1,5
Vergütung restliche Bereiche	127.057	1,6	-15,6
Leistungen aus DMP-Verträgen	94.421	1,2	0,8
Summe	7.711.207	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)

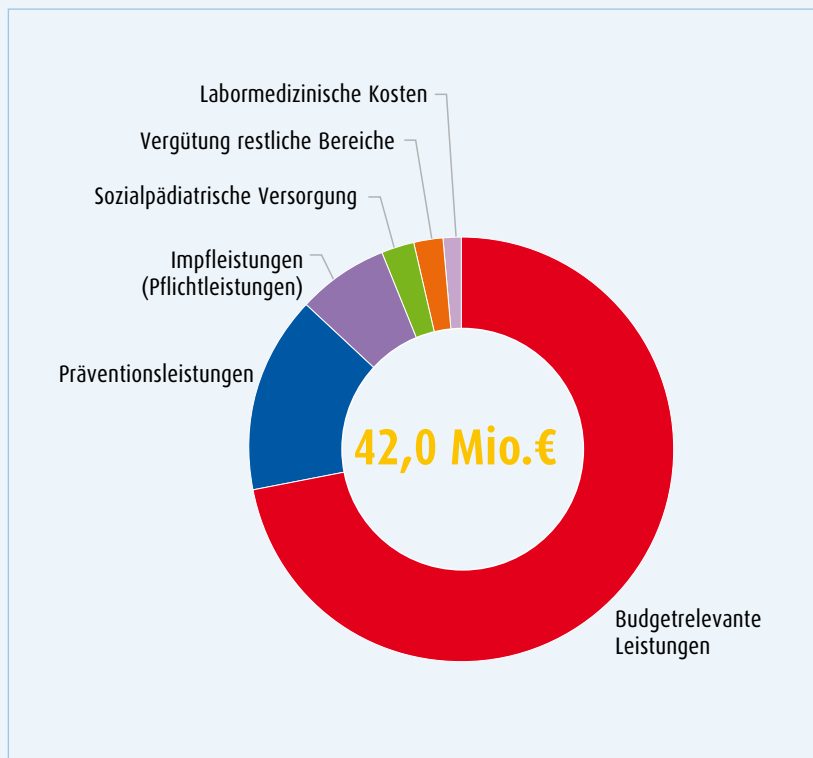
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	167	-	1,8
Anzahl der Ärzte:	187	-	2,2
Gesamthonorar in Euro:	10.509.137	42.036.546	8,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	62.929	251.716	6,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	56.199	224.794	6,1
Gesamtfallzahl:	163.855	655.418	3,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	30.252.787	72,0	5,6
Präventionsleistungen	6.322.506	15,0	32,2
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	2.888.066	6,9	8,6
Sozialpädiatrische Versorgung	1.100.896	2,6	10,8
Vergütung restliche Bereiche	954.035	2,3	-18,6
Labormedizinische Kosten	518.256	1,2	3,0
Summe	42.036.546	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

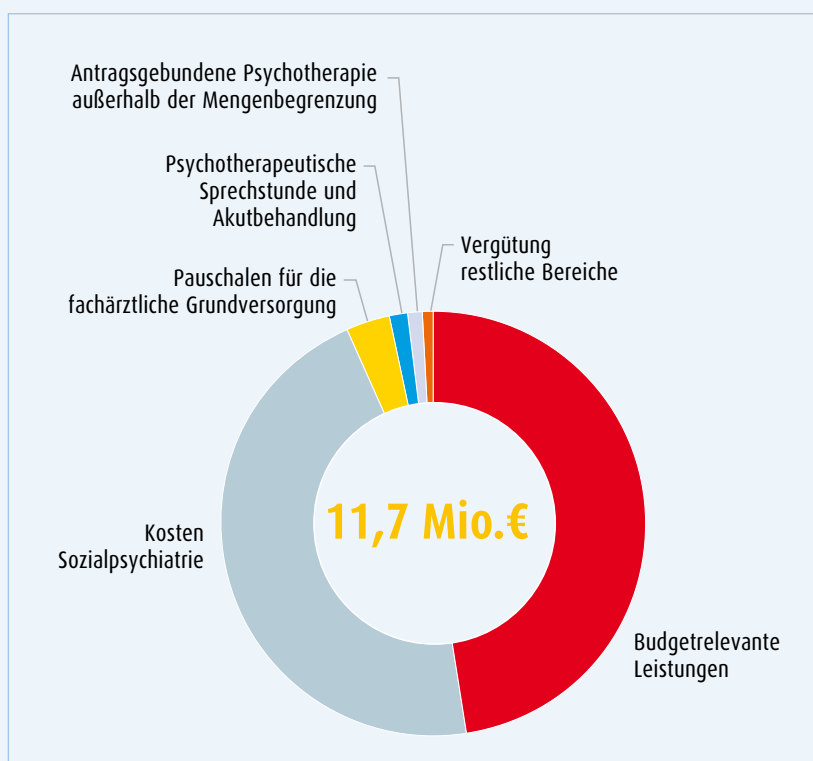
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	33	-	3,1
Anzahl der Ärzte:	33	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	2.935.515	11.742.058	4,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	88.955	355.820	1,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	88.955	355.820	4,5
Gesamtfallzahl:	9.759	39.036	2,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	5.588.236	47,7	3,2
Kosten Sozialpsychiatrie	5.394.874	45,9	3,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	391.651	3,3	4,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	165.972	1,4	-
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	129.728	1,1	-18,3
Vergütung restliche Bereiche	71.597	0,6	-3,5
Summe	11.742.058	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

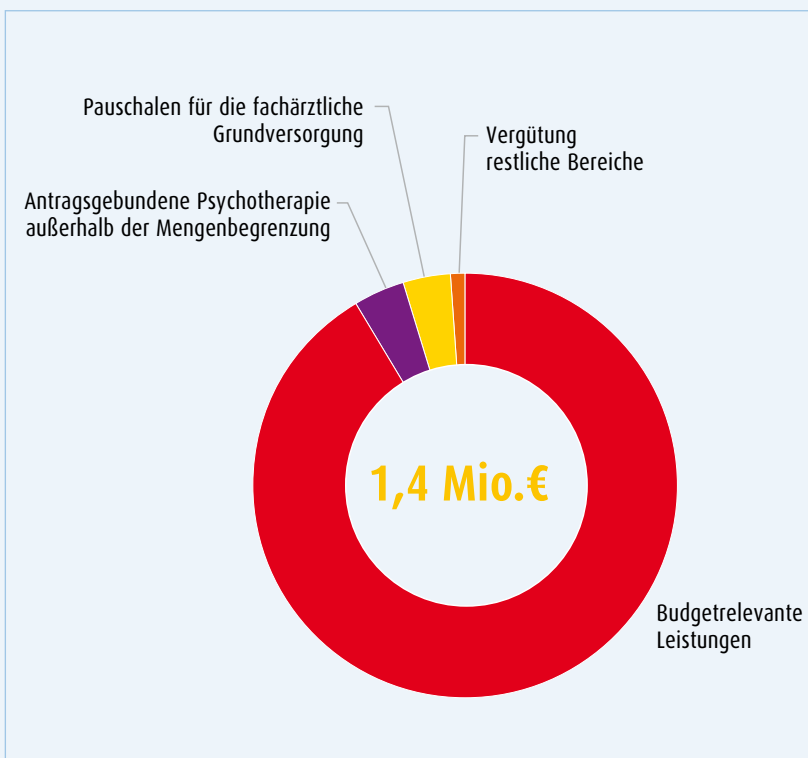
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	16	-	-5,9
Anzahl der Ärzte:	17	-	-5,6
Gesamthonorar in Euro:	348.827	1.395.306	-8,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	21.802	87.207	-3,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	20.519	82.077	-3,5
Gesamtfallzahl:	1.257	5.026	-7,8

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	1.275.158	91,4	-5,8
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	56.501	4,0	-2,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	51.347	3,7	-6,0
Vergütung restliche Bereiche	12.300	0,9	123,6
Summe	1.395.306	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

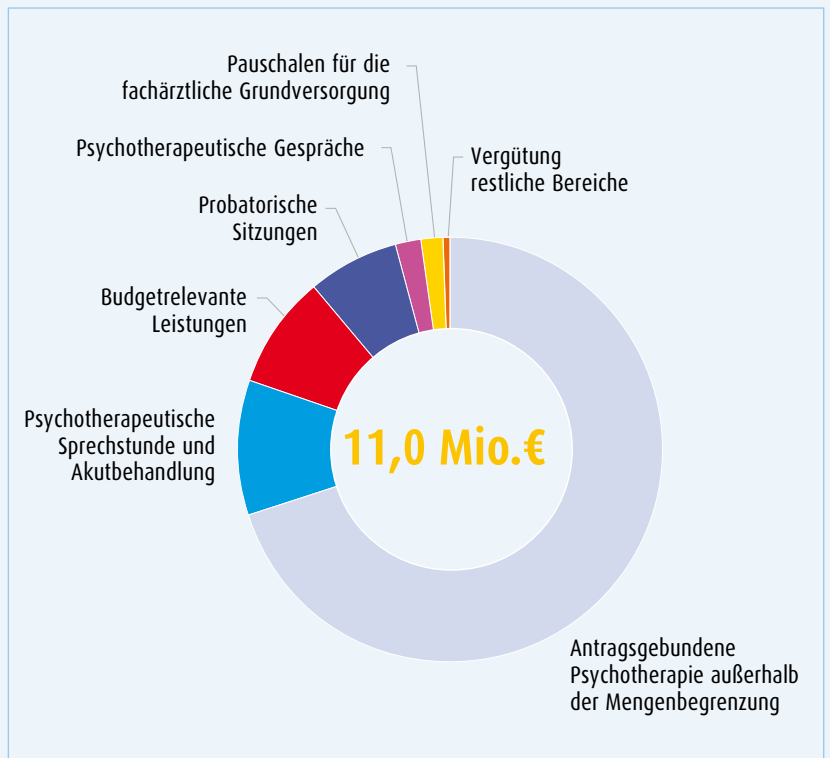
Kenngroßen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	109	-	3,8
Anzahl der Ärzte:	138	-	6,2
Gesamthonorar in Euro:	2.749.083	10.996.332	14,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	25.221	100.884	10,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	19.921	79.684	7,8
Gesamtfallzahl:	5.188	20.752	11,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	7.700.499	70,1	6,0
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.137.286	10,3	-
Budgetrelevante Leistungen	952.174	8,7	-14,3
Probatorische Sitzungen	748.506	6,8	-30,1
Psychotherapeutische Gespräche	234.199	2,1	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	174.647	1,6	39,2
Vergütung restliche Bereiche	49.021	0,4	39,1
Summe	10.996.332	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



LABORATORIUMSMEDIZINER

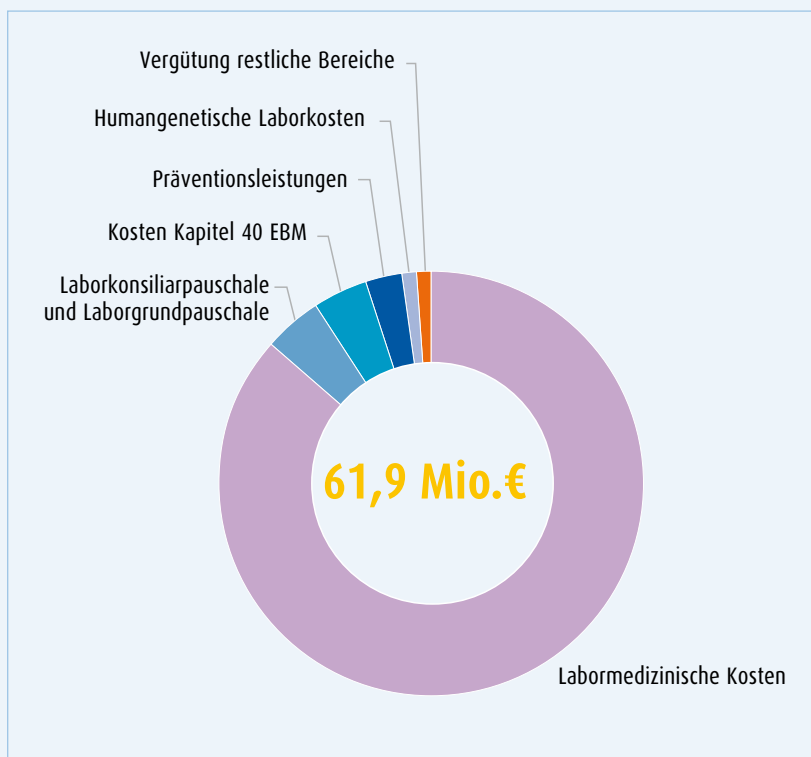
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	41	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	52	-	2,0
Gesamthonorar in Euro:	15.476.610	61.906.441	3,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	377.478	1.509.913	3,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	297.627	1.190.508	1,0
Gesamtfallzahl:	645.557	2.582.229	5,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Labormedizinische Kosten	53.637.912	86,6	1,3
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale	2.758.678	4,5	1,7
Kosten Kapitel 40 EBM	2.480.630	4,0	-1,3
Präventionsleistungen	1.682.606	2,7	146,2
Humangenetische Laborkosten	676.146	1,1	113,7
Vergütung restliche Bereiche	670.469	1,1	-28,2
Summe	61.906.441	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

Kenngroßen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	52	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	53	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	1.264.903	5.059.610	6,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	24.325	97.300	6,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	23.866	95.464	6,0
Gesamtfallzahl:	6.070	24.280	-0,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.647.120	91,9	6,8
Budgetrelevante Leistungen	270.540	5,3	4,7
Vergütung restliche Bereiche	72.091	1,4	-21,1
Belegärztliche Leistungen	69.859	1,4	-4,5
Summe	5.059.610	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



NEPHROLOGEN

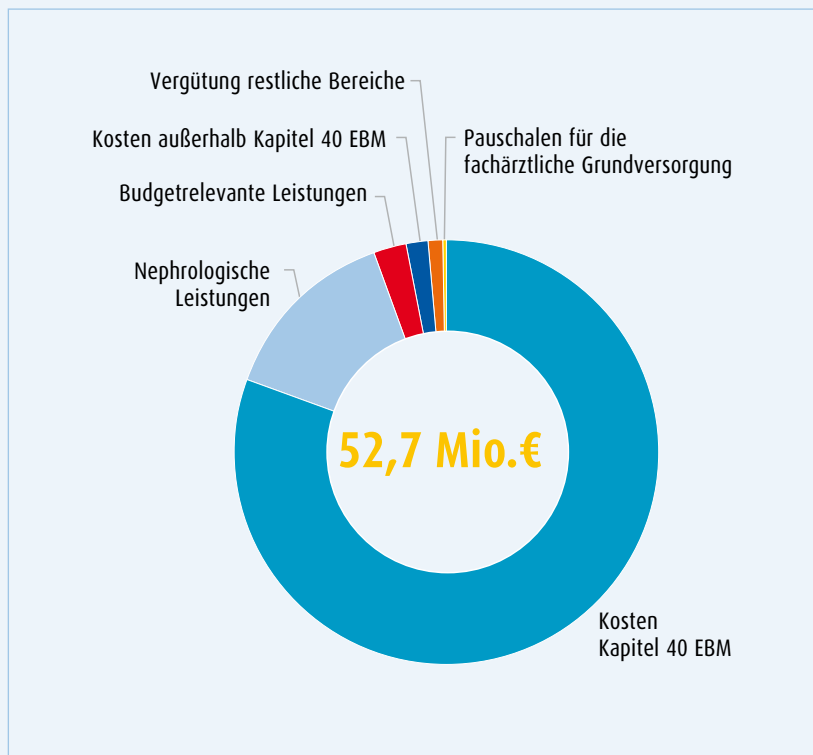
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	53	-	1,9
Anzahl der Ärzte:	57	-	5,6
Gesamthonorar in Euro:	13.186.820	52.747.279	3,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	248.808	995.232	1,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	231.348	925.391	-2,3
Gesamtfallzahl:	17.206	68.823	3,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Kosten Kapitel 40 EBM	42.498.984	80,6	2,4
Nephrologische Leistungen	7.404.362	14,0	4,1
Budgetrelevante Leistungen	1.356.034	2,6	2,6
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	863.779	1,6	35,4
Vergütung restliche Bereiche	581.370	1,1	18,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	42.750	0,1	-4,0
Summe	52.747.279	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



NERVENÄRZTE

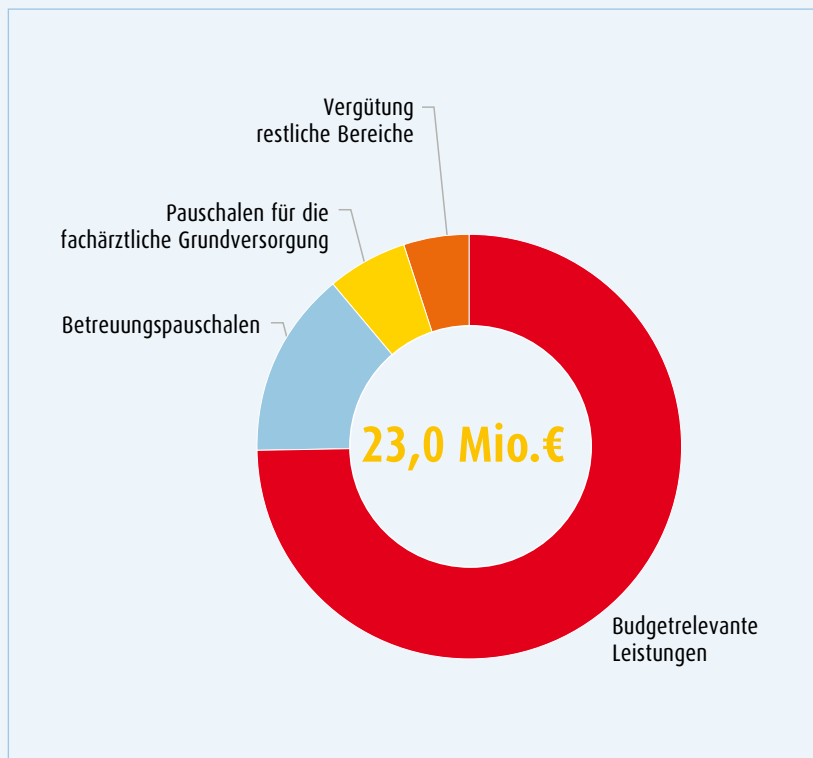
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	85	-	-4,5
Anzahl der Ärzte:	93	-	-3,1
Gesamthonorar in Euro:	5.747.673	22.990.690	-2,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	67.620	270.479	2,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	61.803	247.212	1,0
Gesamtfallzahl:	72.175	288.700	-5,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	17.205.865	74,9	-2,6
Betreuungspauschalen	3.271.773	14,2	-7,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.362.835	5,9	-4,1
Vergütung restliche Bereiche	1.150.217	5,0	30,8
Summe	22.990.690	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



NEUROCHIRURGEN

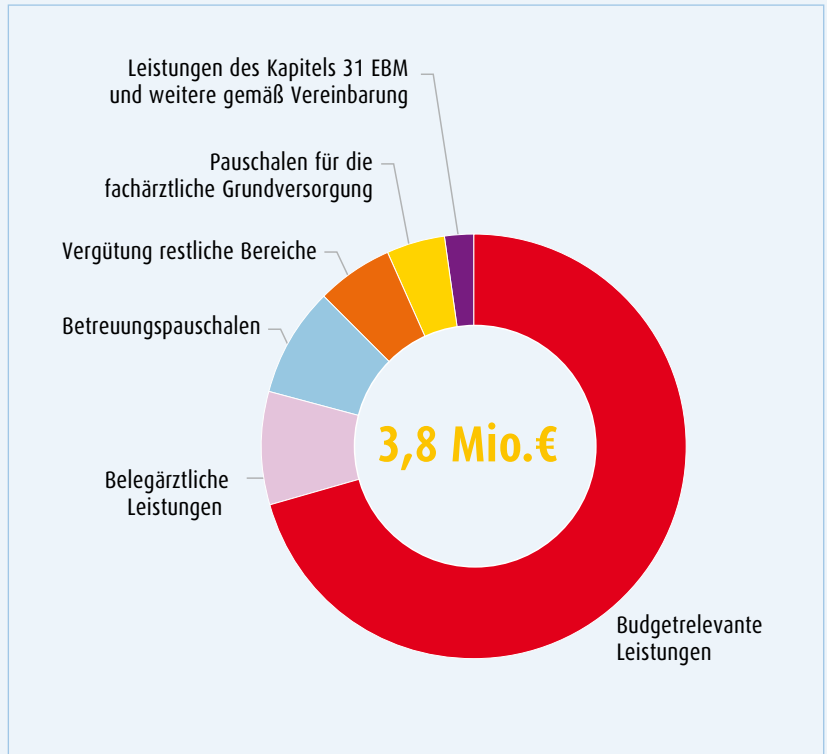
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	26	-	4,0
Anzahl der Ärzte:	32	-	6,7
Gesamthonorar in Euro:	940.061	3.760.245	0,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	36.156	144.625	-3,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	29.377	117.508	-6,1
Gesamtfallzahl:	10.699	42.797	1,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	2.658.442	70,6	4,1
Belegärztliche Leistungen	325.779	8,7	-2,1
Betreuungspauschalen	311.177	8,3	-25,1
Vergütung restliche Bereiche	216.248	5,8	13,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	170.011	4,5	0,5
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	78.588	2,1	-13,6
Summe	3.760.245	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



NEUROLOGEN

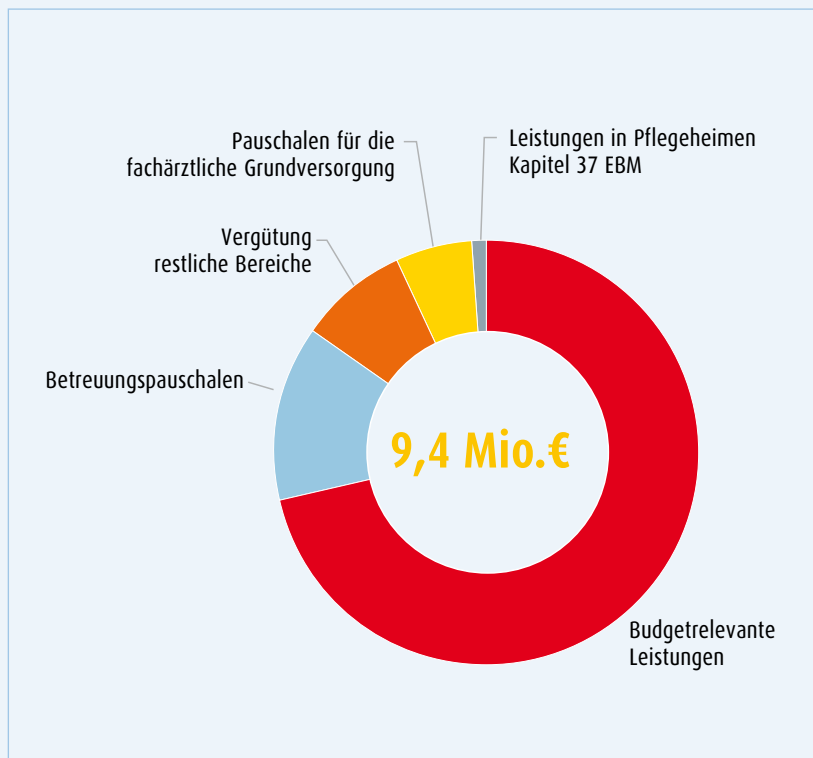
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	36	-	16,1
Anzahl der Ärzte:	43	-	13,2
Gesamthonorar in Euro:	2.359.387	9.437.546	20,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	65.539	262.154	3,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	54.870	219.478	6,1
Gesamtfallzahl:	28.748	114.991	16,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	6.740.289	71,4	19,0
Betreuungspauschalen	1.268.462	13,4	12,5
Vergütung restliche Bereiche	798.454	8,5	27,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	529.656	5,6	19,3
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	100.685	1,1	-
Summe	9.437.546	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



NUKLEARMEDIZINER

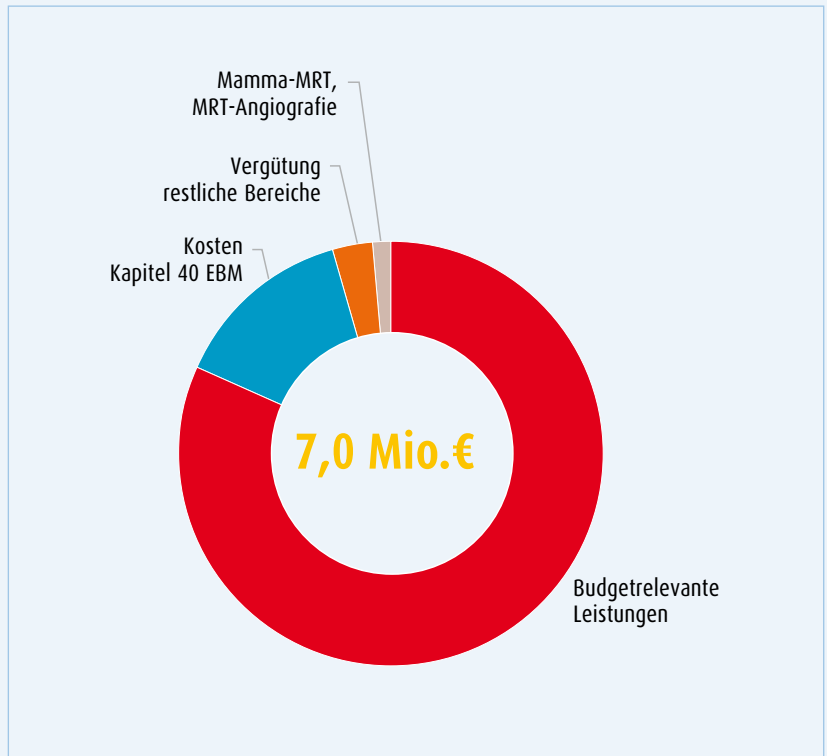
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	24	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	27	-	-6,9
Gesamthonorar in Euro:	1.751.033	7.004.133	2,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	72.960	291.839	2,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	64.853	259.412	10,2
Gesamtfallzahl:	11.743	46.973	0,6

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	5.732.477	81,9	2,5
Kosten Kapitel 40 EBM	963.028	13,7	1,4
Vergütung restliche Bereiche	226.510	3,2	12,9
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	82.118	1,2	-3,0
Summe	7.004.133	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



ONKOLOGEN

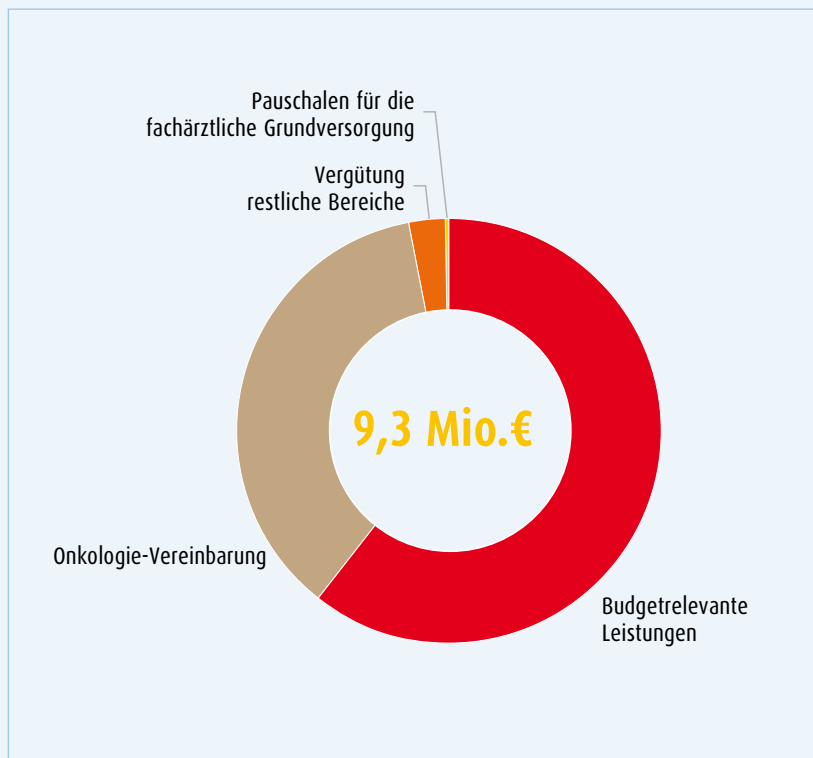
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	24	-	4,3
Anzahl der Ärzte:	30	-	7,1
Gesamthonorar in Euro:	2.321.009	9.284.034	9,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	96.709	386.835	5,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	77.367	309.468	2,5
Gesamtfallzahl:	12.041	48.162	7,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	5.633.726	60,7	11,3
Onkologie-Vereinbarung	3.368.136	36,3	5,9
Vergütung restliche Bereiche	273.577	2,9	34,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	8.595	0,1	11,7
Summe	9.284.034	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



ORTHOPÄDEN

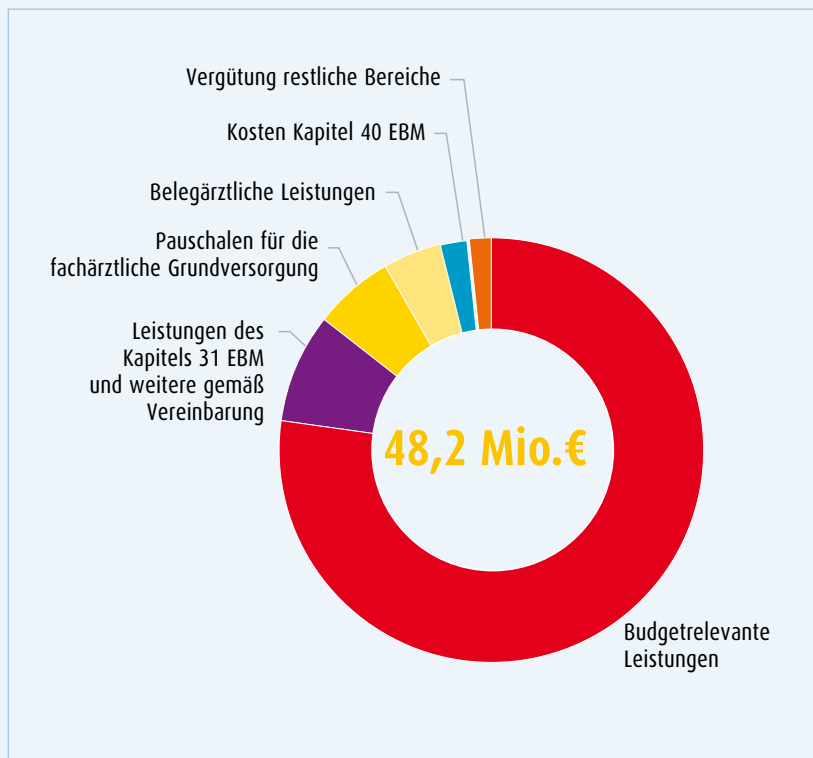
Kenngroßen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	195	-	1,6
Anzahl der Ärzte:	223	-	3,2
Gesamthonorar in Euro:	12.046.000	48.184.000	3,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	61.774	247.097	2,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	54.018	216.072	0,4
Gesamtfallzahl:	214.758	859.032	0,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	37.290.913	77,4	3,6
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.007.780	8,3	0,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.960.629	6,1	-0,2
Belegärztliche Leistungen	2.124.834	4,4	6,2
Kosten Kapitel 40 EBM	1.041.239	2,2	-1,3
Vergütung restliche Bereiche	758.605	1,6	49,6
Summe	48.184.000	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PATHOLOGEN

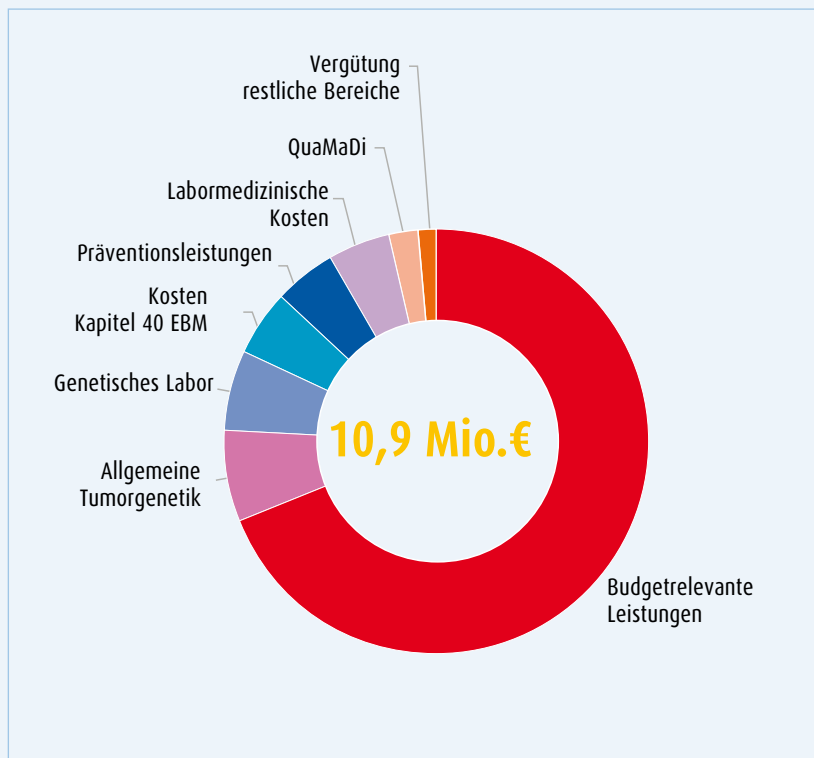
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	35	-	2,9
Anzahl der Ärzte:	43	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	2.737.203	10.948.812	7,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	78.206	312.823	4,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	63.656	254.624	7,5
Gesamtfallzahl:	54.641	218.564	-2,3

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	7.542.815	69,0	1,4
Allgemeine Tumorgenetik	762.511	7,0	681,5
Genetisches Labor	658.628	6,0	-9,2
Kosten Kapitel 40 EBM	562.209	5,1	-2,2
Präventionsleistungen	518.493	4,7	-1,4
Labormedizinische Kosten	506.293	4,6	9,0
QuaMaDi	267.633	2,4	-1,3
Vergütung restliche Bereiche	130.230	1,2	45,3
Summe	10.948.812	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN

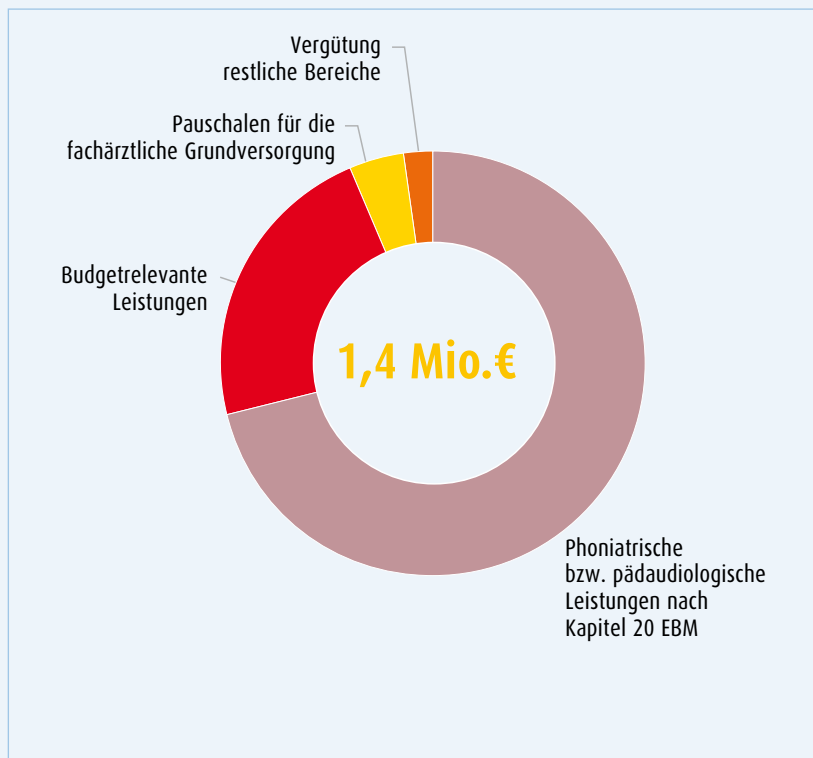
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	5	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	341.093	1.364.371	4,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	68.219	272.874	4,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	68.219	272.874	4,5
Gesamtfallzahl:	4.942	19.767	-0,9

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Phoniatische bzw. pädaudiologische Leistungen nach Kapitel 20 EBM	971.580	71,2	10,6
Budgetrelevante Leistungen	306.757	22,5	-9,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	55.705	4,1	0,2
Vergütung restliche Bereiche	30.329	2,2	43,5
Summe	1.364.371	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	17	-	6,3
Anzahl der Ärzte:	20	-	5,3
Gesamthonorar in Euro:	903.198	3.612.793	7,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	53.129	212.517	1,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	45.160	180.640	2,4
Gesamtfallzahl:	12.045	48.181	3,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	2.901.901	80,4	7,3
Vergütung restliche Bereiche	463.797	12,8	15,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	247.095	6,8	0,2
Summe	3.612.793	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PNEUMOLOGEN

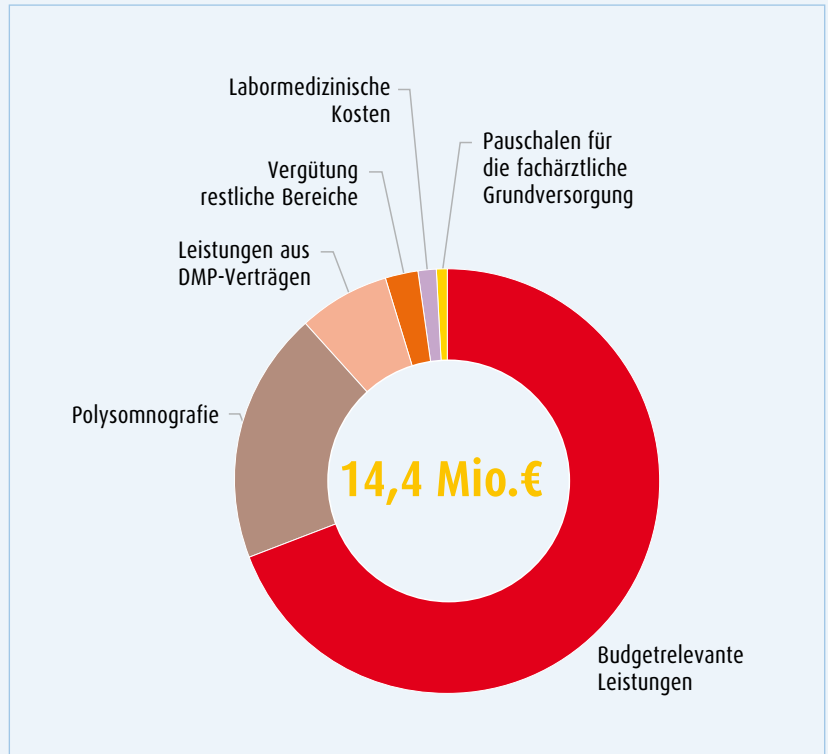
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	37	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	38	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	3.596.136	14.384.543	1,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	97.193	388.771	1,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	94.635	378.541	1,5
Gesamtfallzahl:	45.341	181.365	-2,2

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	9.961.049	69,2	1,1
Polysomnografie	2.761.533	19,2	4,3
Leistungen aus DMP-Verträgen	1.019.027	7,1	-6,1
Vergütung restliche Bereiche	333.150	2,3	27,8
Labormedizinische Kosten	211.186	1,5	-8,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	98.598	0,7	4,5
Summe	14.384.543	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PSYCHIATER

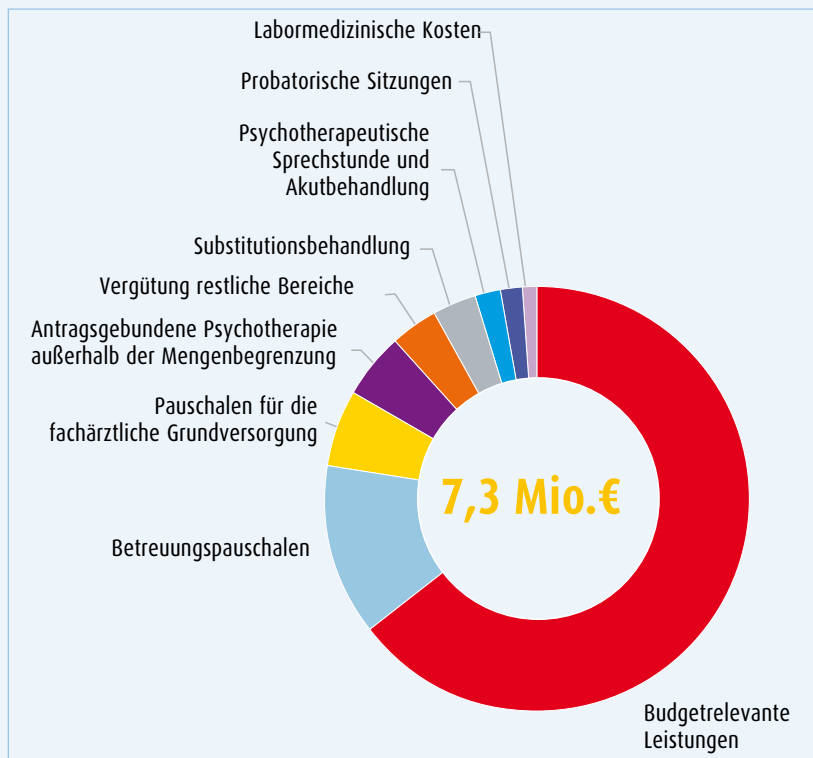
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	42	-	2,4
Anzahl der Ärzte:	53	-	1,9
Gesamthonorar in Euro:	1.830.961	7.323.843	7,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	43.594	174.377	4,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	34.547	138.186	5,4
Gesamtfallzahl:	19.465	77.859	3,0

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	4.724.934	64,6	4,7
Betreuungspauschalen	949.293	13,0	1,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	434.224	5,9	3,6
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	363.932	5,0	20,5
Vergütung restliche Bereiche	260.895	3,6	44,1
Substitutionsbehandlung	244.314	3,3	11,4
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	149.525	2,0	-
Probatorische Sitzungen	112.732	1,5	-28,2
Labormedizinische Kosten	83.994	1,1	-2,4
Summe	7.323.843	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

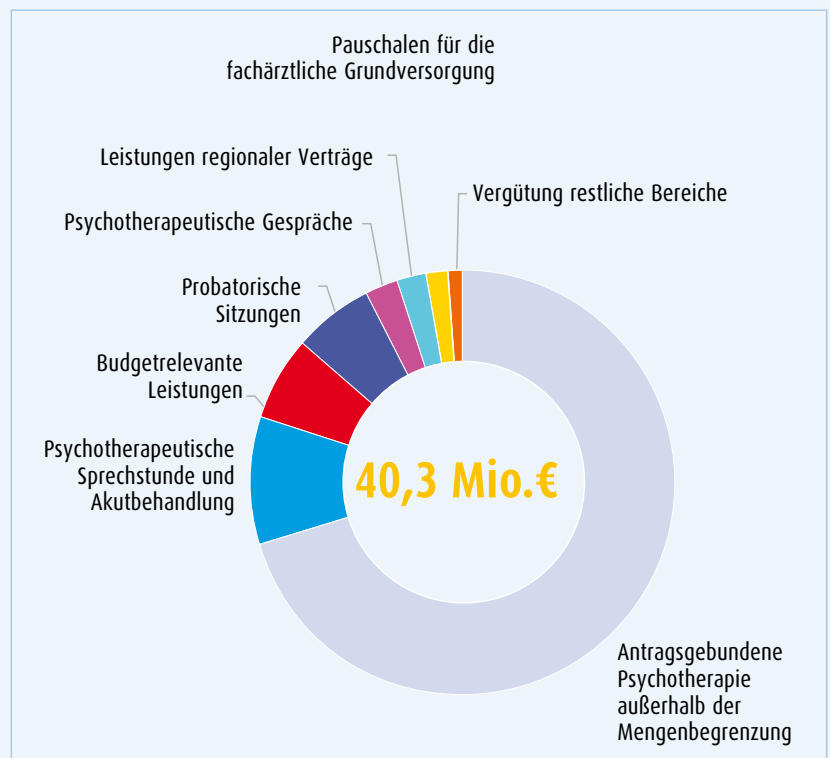
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	393	-	1,0
Anzahl der Ärzte:	500	-	4,6
Gesamthonorar in Euro:	10.075.327	40.301.309	7,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	25.637	102.548	6,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	20.151	80.603	3,0
Gesamtfallzahl:	25.078	100.313	7,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	28.393.513	70,5	-0,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	3.822.231	9,5	-
Budgetrelevante Leistungen	2.620.932	6,5	-27,1
Probatorische Sitzungen	2.517.714	6,2	-29,5
Psychotherapeutische Gespräche	967.032	2,4	-
Leistungen regionaler Verträge	925.419	2,3	4,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	664.264	1,6	20,9
Vergütung restliche Bereiche	390.204	1,0	9,8
Summe	40.301.309	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



RADIOLOGEN

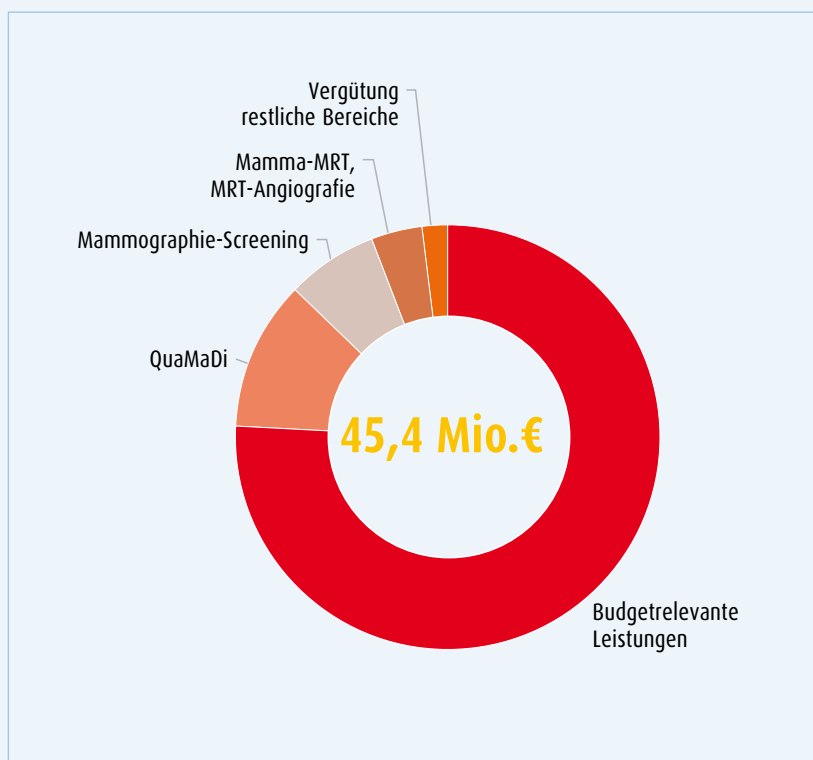
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	85	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	97	-	2,1
Gesamthonorar in Euro:	11.360.867	45.443.468	4,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	133.657	534.629	4,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	117.122	468.489	2,7
Gesamtfallzahl:	146.599	586.394	2,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	34.546.929	76,0	7,1
QuaMaDi	5.175.693	11,4	-4,0
Mammographie-Screening	3.143.787	6,9	1,5
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	1.726.723	3,8	4,3
Vergütung restliche Bereiche	850.336	1,9	-8,8
Summe	45.443.468	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



RHEUMATOLOGEN

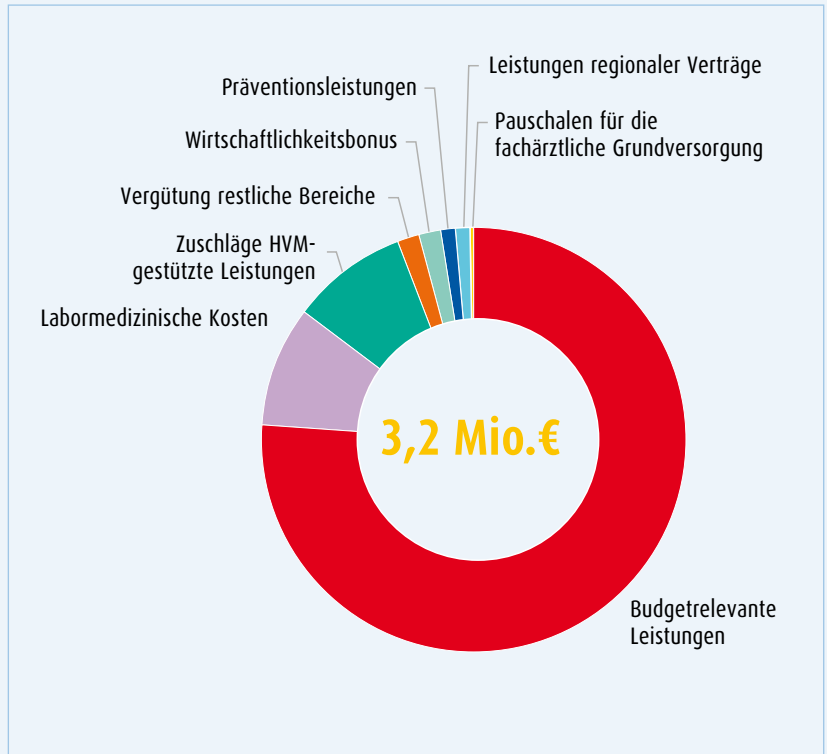
Kenngößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	13	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	13	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	803.494	3.213.977	14,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	61.807	247.229	14,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	61.807	247.229	14,1
Gesamtfallzahl:	9.707	38.827	0,1

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	2.451.002	76,2	3,7
Labormedizinische Kosten	298.368	9,3	7,9
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	285.008	8,9	-
Vergütung restliche Bereiche	55.434	1,7	-29,8
Wirtschaftlichkeitsbonus	47.340	1,5	-2,7
Präventionsleistungen	39.604	1,2	-11,1
Leistungen regionaler Verträge	32.185	1,0	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	5.036	0,2	-13,9
Summe	3.213.977	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



STRAHLENTHERAPEUTEN

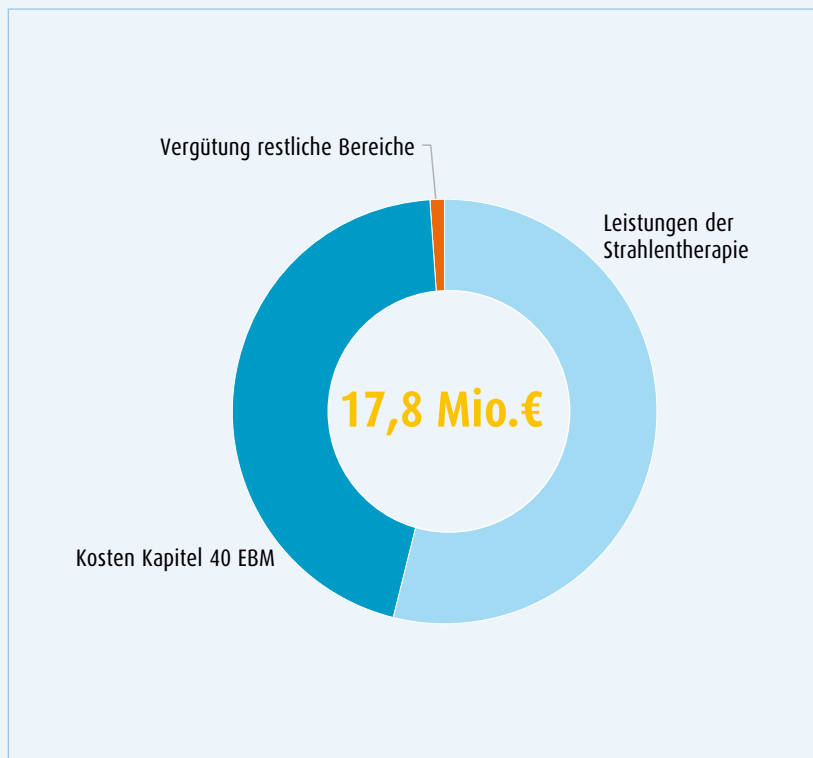
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	22	-	4,8
Anzahl der Ärzte:	29	-	3,6
Gesamthonorar in Euro:	4.456.297	17.825.189	0,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	202.559	810.236	-4,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	153.666	614.662	-3,1
Gesamtfallzahl:	3.948	15.792	2,5

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Leistungen der Strahlentherapie	9.618.022	53,9	0,5
Kosten Kapitel 40 EBM	8.031.887	45,1	0,3
Vergütung restliche Bereiche	175.280	1,0	-4,0
Summe	17.825.189	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



UROLOGEN

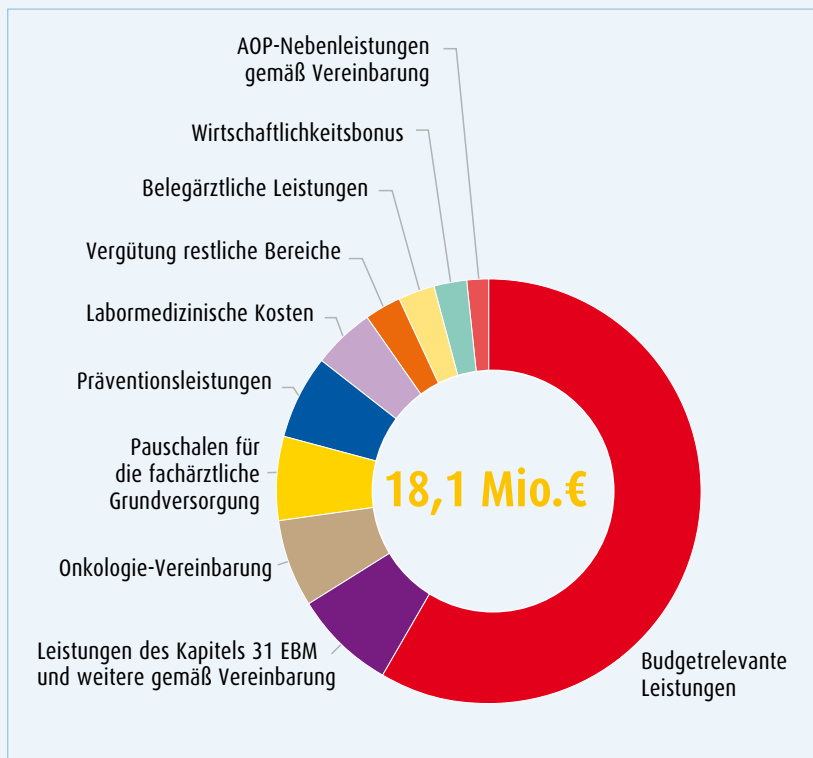
Kenngrößen der Arztgruppe 2017

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2016
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	92	-	1,1
Anzahl der Ärzte:	102	-	3,0
Gesamthonorar in Euro:	4.528.643	18.114.570	3,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	49.225	196.898	1,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	44.399	177.594	-0,1
Gesamtfallzahl:	92.254	369.014	0,4

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2017

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2016
Budgetrelevante Leistungen	10.617.165	58,5	3,5
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.407.714	7,8	-6,1
Onkologie-Vereinbarung	1.198.832	6,6	3,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.152.948	6,4	5,1
Präventionsleistungen	1.134.101	6,3	5,6
Labormedizinische Kosten	879.989	4,9	-3,2
Vergütung restliche Bereiche	512.440	2,8	24,4
Belegärztliche Leistungen	463.056	2,6	-2,7
Wirtschaftlichkeitsbonus	456.478	2,5	7,9
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	291.847	1,6	2,9
Summe	18.114.570	100,0	

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2017



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 extrabudgetären 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 31. Oktober 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 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. Für das Jahr 2017 gilt ein OW von 10,53 Cent.

Punktzahlvolumen (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 (Punktzahlvolumen), 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.

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

Julia Alberts, Ekkehard Becker, Katrin Breede, Cordelia Dost,
Katja Dölger, Vanessa Ehrlich, Christine von Hielmcrone,
Christopher Lewering, Luisa Lütgens, Martin Maisch, Katharina Marks,
Melissa Martens, Anja Oelkers, Caroline Polonji, Stephan Rühle,
Sandra Schubert, Ernst Sievers, Thomas Stefaniw, Andreas Urbschat,
Karsten Willms

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.



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

Weitere Informationen im Internet unter
www.kvsh.de