



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

# HONORARBERICHT

Honorarsituation 2018





KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

# HONORARBERICHT

Honorarsituation 2018

**INHALT**

Vorwort.....	4
Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein.....	6
Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung .....	8
Gesamtvergütung.....	9
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).....	13
Die Trennung der MGV.....	14
Rückstellungen nach Versorgungsbereichen.....	15



Vergütungen vor Trennung .....	16
Honorarverteilung nach Arztgruppen .....	17
Honorarveränderungen durch den EBM .....	19
Labor .....	21
Glossar .....	68
Impressum .....	71



DR. RALPH ENNENBACH,  
STELLVERTRETENDER  
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

## Sehr geehrte Mitglieder und Honorarinteressierte,

mit dem diesjährigen Bericht erfolgt ein Blick zurück auf ein honorarstrukturell eher stabiles Jahr. Neu anzugehen war „lediglich“ die Einkleidung der Laborreform. Offenbar ist es gelungen, die Erwartungen eines leichten Mengenrückgangs in Verbindung mit einer Stabilisierung der Punktwerte abzubilden. Dazu finden Sie Ausführungen in diesem Heft.

Der jetzige HVM mit den PZV geht in das sechste Jahr. Wir sind anhand der uns erreichenden Rückkopplungen sicher, dass diese Stabilität gewünscht und anerkannt wird. In den nun anstehenden Jahren wird indes ein Stresstest folgen.

So steht die EBM-Reform Anfang 2020 vor der Tür. Sie wird weniger im Zeichen von Neugliederungen in der Abbildung der Leistungen stehen als vielmehr in der Anpassung der Bewertungen. Das muss nach sozialgerichtlicher Logik im HVM sachgerecht nachvollzogen werden, wenn es sich dabei nicht nur um ein niederschwelliges Rauschen handeln wird. Das wiederum führt zu Anpassungen der PZV. Da noch keine endgültigen Resultate vorliegen, können wir diese Frage derzeit nur parken.

Eine weitere Herausforderung stellt sich infolge des TSVG, da es eine mehrquartale komplizierte Bereinigung nach sich zieht. Diese trifft die Fachgruppen sehr unterschiedlich, was man allein am Merkmal der Häufigkeit der „Neupatienten“ festmachen kann. Wir werden dem möglichen und vielfach befürchteten Szenario der passagären „Überbereinigung“ zwar mit der Einführung eines „Garantievolumens“ entgegentreten, doch entstehen viele weitere Folgefragen (Neupraxen, Umgang mit BAG-Trennungen, Härtefallverfahren infolge übernommener Patienten), deren Auswirkungen unklar aber womöglich tiefgreifend werden: Der HVM wird schwer im Wind liegen.

Aber auch hier gilt, erst dann zu reagieren, wenn man die Konsequenzen kennt. Und natürlich ändern wir so minimalinvasiv wie möglich, weil Stabilität ein wichtiger Wert ist.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

DR. RALPH ENNENBACH

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



## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der Honorarbericht erscheint wie gewohnt im November. Da liegt das Honorarjahr 2018 bereits weit zurück und im HVM-Ausschuss beschäftigen wir uns mit Gegenwart und Zukunft. Die ersten leichten Honorarauswirkungen des TSVG spüren Sie in der Abrechnung des 2. Quartals 2019; die nächsten Quartale werden sicherlich spannender. Zusätzlich wird in 2020 auch noch ein „EBM-Leicht“ in die Honorarverteilung zu integrieren sein. Die Arbeit im Ausschuss geht nicht aus.

Blicken wir zurück auf die Laborreform. In Schleswig-Holstein ist sie moderat verlaufen, wie die Zahlen in unserem Sonderthema belegen. Der Leistungsbedarf im Labor ist zurückgegangen. Das war die Hauptabsicht der Reform. Die Umsätze der Laborärzte bleiben nahezu konstant, weil die Leistungen nun höher als vor der Reform vergütet werden. Die ausgezahlten Wirtschaftlichkeitsboni bleiben in Summe auf etwa 97 Prozent vor der Reform. Auch diese Neujustierung war politisch gewollt. Alle Praxen haben sich auf die neue Situation eingestellt.

In der Rückschau betrachten wir die HVM-Maßnahmen zur Stabilisierung der Restpunktwerte. Zunächst war als unteres Limit ein Wert von 3,5 Cent gesetzt bei gleichzeitiger Erhöhung der PZV. Diese Grenze wurde jedoch nie unterschritten. Das veranlasste den HVM-Ausschuss, das Limit auf 4 Cent zu erhöhen. Lediglich einmal in 2018 regelte die Maßnahme einen geringeren Restpunktwert ab. Zukünftig ist der Restpunktwert bei 46 Prozent an die Entwicklung des Orientierungswertes gekoppelt.

In fast allen Arztgruppen sind höhere durchschnittliche Umsätze zu beobachten. Konstante Ergebnisse zeigen die Laborärzte und Humangenetiker, was direkte Auswirkungen der Reformen auf der Bundesebene sind. Die psychotherapeutisch tätigen Gruppen verzeichnen ein merkliches Plus dank der Anpassung ihrer EBM-Leistungen.

Wir setzen darauf, dass unsere Honorarsituation auch in den nächsten Jahren einen stabilen bis positiven Verlauf nimmt. Der HVM bietet die Möglichkeit, politische Unwägbarkeiten kurzfristig abzufedern.

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 Orientierungswertes.

**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 anerkannten Praxisnetzen erhalten einen zehnprozentigen 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 einen Pflegegrad 3, 4 oder 5 besitzen
- die hausärztliche Betreuung und Versorgung von chronisch kranken Patienten
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung
- die sozialpädiatrische Versorgung
- die palliativmedizinische 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:

Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten, eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, 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).

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



© istock.com/Krailla

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).

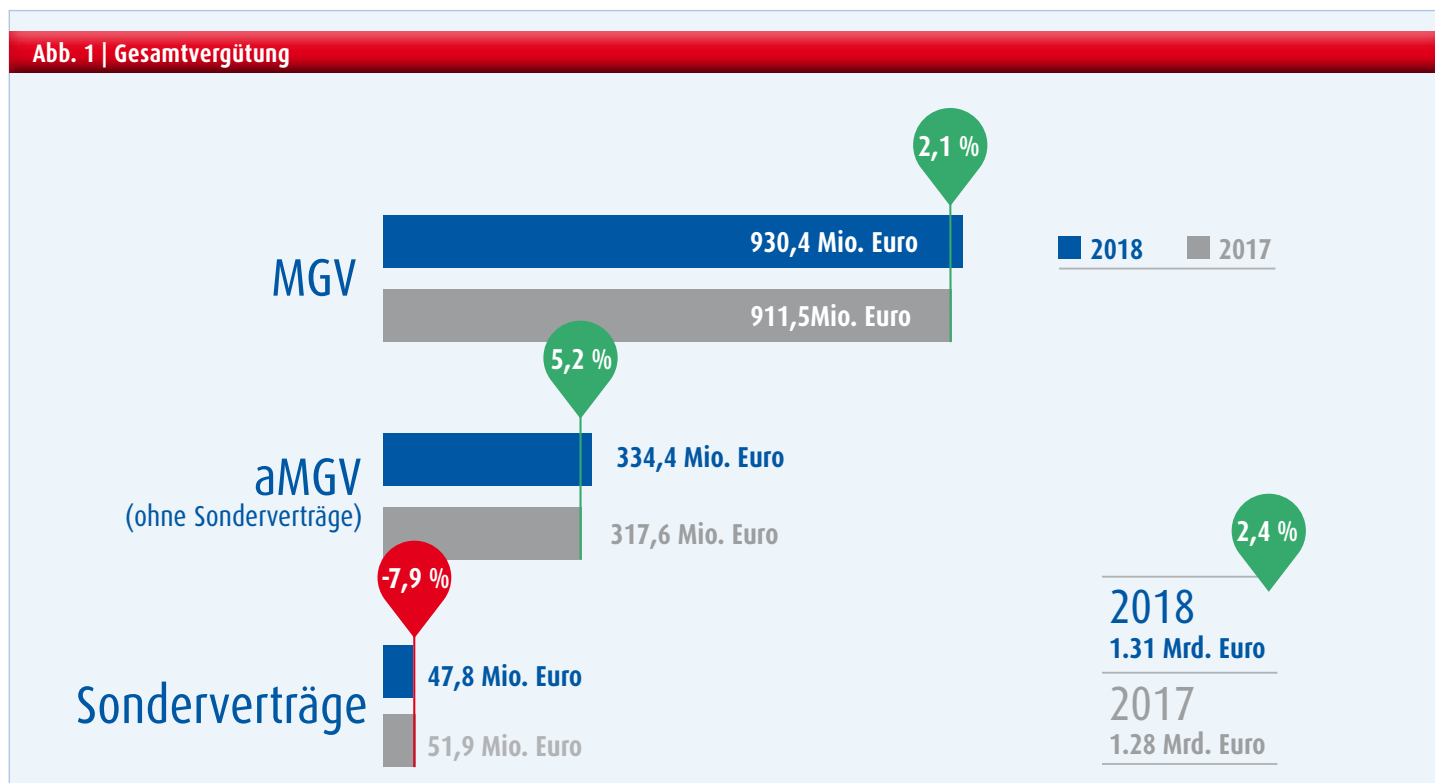
In Paragraph 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V ist vorgegeben, dass vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergütet 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.



# Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung der gesetzlichen Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen summiert sich in Schleswig-Holstein im Jahr 2018 auf rund 1,31 Milliarden Euro.



## Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

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

Die Höhe der MGV ermittelt sich quartalsweise aus dem Behandlungsbedarf des Vorjahres der in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten und differiert somit in ihrer Höhe je Krankenkasse. Der Behandlungsbedarf wird an die Versichertenentwicklung angepasst. Außerdem wird er mit der Veränderungsrate (0,3529 Prozent, entspricht ca. 3,3 Mio. Euro) weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert (10,6543 Cent, entspricht ca. 10,9 Mio. Euro) für das Jahr 2018 fortgeschrieben. Aufgrund der Umsetzung des Wohnortprinzips bei den Ersatzkassen erfolgt für das Jahr 2018 eine basiswirksame Erhöhung des Behandlungsbedarfs um 0,04 Prozent, was ca. 0,4 Mio. Euro entspricht. Eine weitere Erhöhung des Behandlungsbedarfs um 4 Mio. Euro wurde aufgrund der Eindeckung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten „NäPa“ vorgenommen. Die Aufnahme von Leistun-

gen zum Einsatz von Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie entspricht einer Erhöhung des Behandlungsbedarfs um ca. 0,1 Mio. Euro.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2018 wird die MGV folglich um 1,2 Millionen Euro für die palliativmedizinische Versorgung der EBM-Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5, die Gebührenordnungsposition 32530 (Bereinigung HLA-Antikörperdiagnostik) sowie um die Gebührenordnungsposition 01611 (Verordnung von Rehabilitation) verringert.

**Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Millionen Euro**

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
2017	227,7	229,0	222,8	232,0
2018	232,9	234,0	226,9	236,6
Differenz	5,2	5,0	4,1	4,6
Veränderung in % ggü. 2017	2,3	2,2	1,9	2,0

## 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 2018 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Leistungen im Rahmen der HLA-Antikörperdiagnostik nach den GOP 32915-32918, 32939-32943 sowie 32948-32949 EBM
- Leistungen im Rahmen des Notfalldatenmanagements nach den GOP 01640, 01641 und 01642 EBM
- Leistungen im Rahmen der transurethralen Botulinumtoxin-Therapie nach den GOP 08312, 08313, 26316, 26317, 40161 sowie GOP 08311, 26310 und 26311, die in derselben Sitzung mit den GOP 08312 oder 26316 EBM erbracht werden
- Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01611 EBM
- Leistungen zur Diagnostik zur schnellen und zur qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie nach den GOP 32459, 32774 und 32775 EBM
- Leistungen im Rahmen der hyperbaren Sauerstofftherapie nach den GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM
- Leistungen im Rahmen der Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve nach den GOP 34298 und 40301 EBM
- Leistungen im Rahmen der Einrichtungsbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung zur Vermeidung nosokomialer Infektionen gemäß GOP 01650

Tab. 2 | (Ausgewählte) neu vereinbarte aMGV-Leistungen für 2018

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
	in Euro	in Euro	in Euro
Palliativmedizinische Versorgung	1.094.647	-	1.094.647
Regionale Rheumvereinbarung	103.500	302.540	406.040
Palliativmedizinische Versorgung Kap. 37.3 EBM	162.925	717	163.642
Verordnung med. Reha	110.445	52.548	162.993
<b>Summe:</b>	<b>1.471.517</b>	<b>355.805</b>	<b>1.827.322</b>

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2018

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2017
	in Euro	in Euro	in Euro	
Präventionsleistungen	26.046.028	44.532.902	70.578.930	4,5
Ambulantes Operieren	2.400.900	50.684.821	53.085.721	2,2
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	639.280	48.451.978	49.091.258	4,6
Dialyse-Sachkosten nach Schiedsamt	-	44.744.635	44.744.635	3,4
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	-	12.750.483	12.750.483	-3,5
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	302.360	12.021.306	12.323.666	79,1
Strahlentherapie	-	10.293.430	10.293.430	6,6
Impfleistungen	8.690.745	345.389	9.036.134	12,0
Nephrologische Leistungen	-	7.852.386	7.852.386	4,9
Betreuungsleistungen	-	5.838.537	5.838.537	0,4
Medikationsplan	3.589.838	1.966.780	5.556.618	2,0
Polysomnografie	-	5.034.151	5.034.151	4,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	-	4.427.253	4.427.253	2,3

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2017
	in Euro	in Euro	in Euro	
Probatorische Sitzungen	113.595	3.769.394	3.882.989	-12,8
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	3.214.084	648.526	3.862.610	27,7
Substitutionsbehandlung	2.626.337	495.362	3.121.699	0,1
Allgemeine Tumorgenetik	-	2.900.362	2.900.362	22,3
Psychotherapeutische Gespräche	-	2.244.538	2.244.538	48,0
MRT Mammo- und Angiografie	-	1.666.939	1.666.939	-8,4
Leistungen der künstlichen Befruchtung	-	743.388	743.388	1,7
Hautkrebscreening	3.561	472.815	476.376	2,6
Belegärztliche Begleitleistungen	-	459.334	459.334	-12,1
Balneophototherapie	-	426.076	426.076	-19,4
Neuropsychologische Leistungen	-	371.955	371.955	-7,3
Sozialpädiatrische Versorgung	344.531	-	344.531	8,2
<b>Summe:</b>	<b>47.971.259</b>	<b>263.142.740</b>	<b>311.113.999</b>	<b>5,6</b>

Die Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich im Jahr 2018 sowie die jeweilige Veränderung zu 2017.

## Zuschläge

Tab. 4 | Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2018

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2017
	in Euro	in Euro	in Euro	
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	3.560.318	-	3.560.318	0,8
Haus- und Heimbesuche ab 70 und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5	2.440.582	195.748	2.636.330	-7,1
Geriatrische Versorgung	1.965.937	-	1.965.937	-
Gastroskopie	10.797	903.094	913.891	0,3
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	845.314	-	845.314	-0,6
Rheumatologische Versorgung	79.125	401.325	480.450	-
Kleine Chirurgie	206.947	129.031	335.978	-4,8
Schwindeldiagnostik	-	225.143	225.143	2,7
Schmerztherapie	51.300	124.770	176.070	-
Hyposensibilisierung	5.822	47.823	53.645	-0,7
Transfusionen	795	50.709	51.504	14,6
Provokation	1.818	15.357	17.175	6,3
Fallförderung bei Spermogramm	-	12.860	12.860	-4,9
Urodynamik	-	10.400	10.400	-17,4
Prostatastanze	-	6.763	6.763	-5,4
<b>Summe:</b>	<b>9.168.755</b>	<b>2.123.023</b>	<b>11.291.778</b>	<b>8,9</b>

Für die Leistungsbereiche „Geriatrische Versorgung“, „Rheumatologische Versorgung“ sowie „Schmerztherapie“ werden keine Veränderungen gegenüber 2017 ausgewiesen, da sie unterjährig in Kraft getreten sind.

Tab. 5 | Förderung der Praxisnetze 2018

Quartal	in Euro
1/2018	305.227
2/2018	235.078
3/2018	234.580
4/2018	233.054
<b>Summe</b>	<b>1.007.939</b>

Um dem gesetzlichen Auftrag in Paragraph 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V nachzukommen, haben Haus- und Fachärzte in den Quartalen des Jahres 2018 entsprechend der HVM-Bestimmungen in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von zehn Prozent erhalten.

## 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 unter anderem

- 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 (alte Fassung),
- Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) gemäß Paragraphen 137f bis g SGB V,
- Verträge zur besonderen Versorgung gemäß Paragraph 140a SGB V.

Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge 2018

Sonderverträge	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Gesamt in Euro	Veränderung in % ggü. 2017
QuaMaDi gemäß § 73c SGB V	626	7.606.190	7.606.816	1,5
Hautkrebsscreening (ohne EBM)	3.561	472.815	476.376	2,6
Homöopathie gemäß § 73c SGB V	232.214	682	232.896	-3,5
Tonsillotomie gemäß § 73c SGB V	-	100.472	100.472	-22,6
Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V	18.566	-	18.566	-15,2
<b>Summe:</b>	<b>254.967</b>	<b>8.180.159</b>	<b>8.435.126</b>	<b>1,0</b>

Die Tabelle zeigt die Umsätze ausgewählter Sonderverträge sowie die Veränderungen zu 2017.

Tab. 7 | Extrabudgetäre Vergütung, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2018

DMP	Hausärzte in Euro	Fachärzte in Euro	Gesamt in Euro	Veränderung in % ggü. 2017
Diabetes TYP II	11.917.899	834.853	12.752.752	0,1
KHK	3.137.528	205.774	3.343.302	-0,9
Diabetes TYP I	1.800.212	190.257	1.990.469	4,6
Asthma	1.193.382	639.311	1.832.693	-3,6
COPD	901.841	369.826	1.271.667	-2,0
Brustkrebs	3.690	275.313	279.003	6,6
<b>Summe:</b>	<b>18.954.552</b>	<b>2.515.334</b>	<b>21.469.886</b>	<b>-0,1</b>

Die Tabelle zeigt die Umsätze in den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie die Veränderungen zu 2017.

# Fremdkassen- zahlungsausgleich (FKZ)



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

Die folgende Tabelle zeigt die Forderungen und Verbindlichkeiten der KVSH im Jahr 2018 gegenüber anderen KVen. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 92,1 Millionen Euro. Dagegen stehen Verbindlichkeiten in Höhe von 182,6 Millionen, die die KVSH an andere KVen zu zahlen hat. Im Saldo bedeutet dies, dass die KVSH 90,5 Millionen Euro (46,8 Millionen MGV-Leistungen und 43,8 Millionen aMGV-Leistungen) an andere KVen zahlen muss. Die 46,8 Millionen Euro muss die KVSH aus ihrer MGV finanzieren, wofür sie im Vorwege der Honorarverteilung Rückstellungen bildet.

Tab. 8 | Fremdkassenzahlungsausgleich 2018

Leistungsbereich	Forderungen in Euro	Verbindlichkeiten in Euro	Saldo in Euro
Labor	27.471.099	23.468.759	4.002.340
Notdienst	1.394.179	2.426.681	-1.032.502
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	12.833.758	18.079.931	-5.246.172
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	25.675.171	67.361.258	-41.686.087
Rest-MGV (Sonstiges)*	-	2.807.997	-2.807.997
Nicht MGV**	24.681.011	68.449.463	-43.768.452
<b>Gesamt</b>	<b>92.055.218</b>	<b>182.594.089</b>	<b>-90.538.870</b>

\* Der Sonstige Versorgungsbereich umfasst die Leistungen, welche im Fremdkassenzahlungsausgleich von den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht eindeutig dem haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet wurden.

\*\* 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

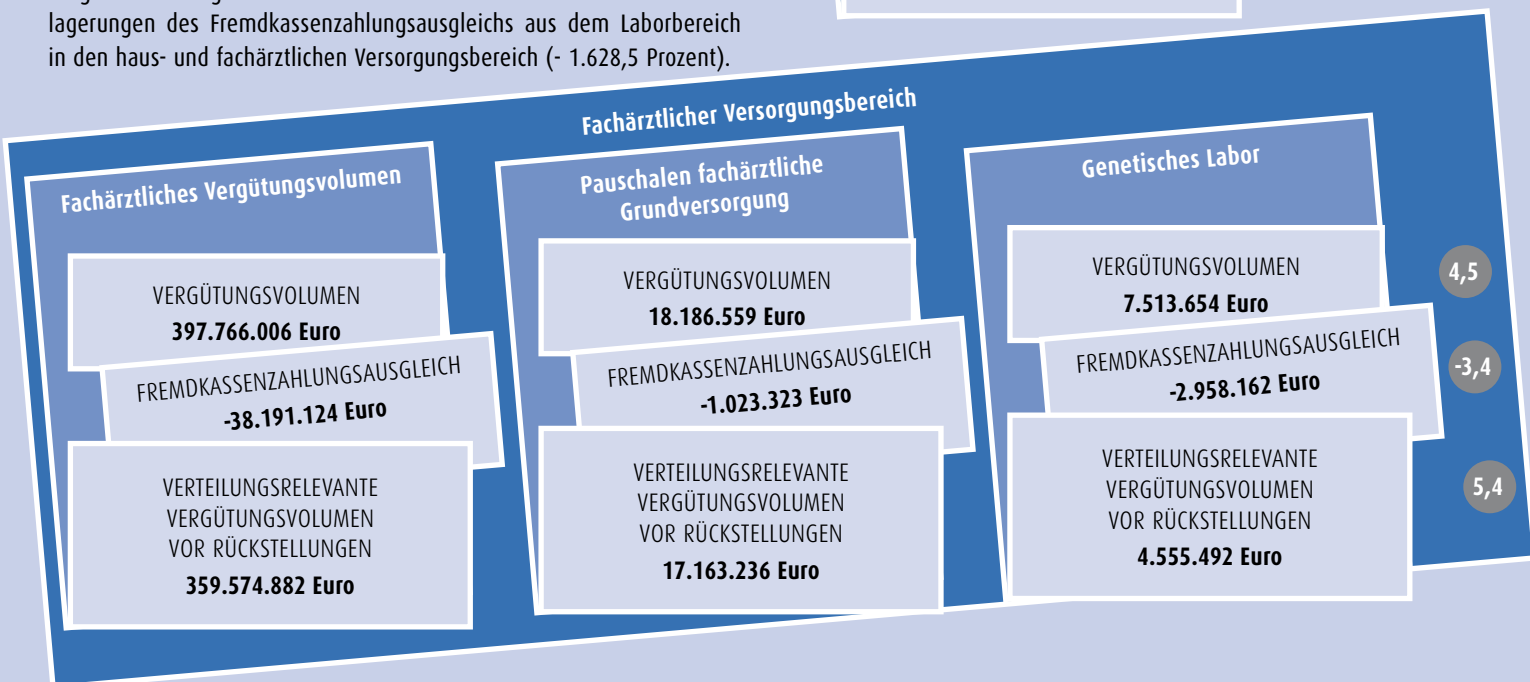
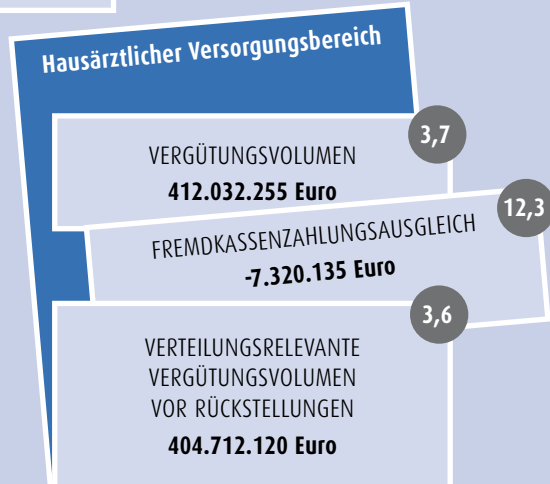
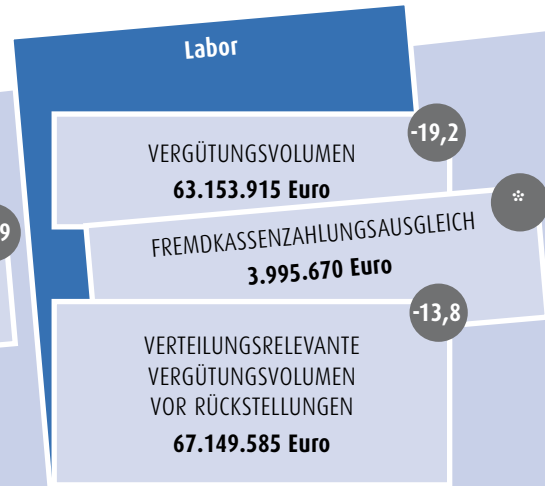
Die Aufteilung der MGV erfolgt nach den Vorgaben der KBV. Demnach sind Vergütungsvolumen für die Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall und für ambulante Krankenhausnotfälle, für laboratoriumsmedizinische Leistungen sowie für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu bilden.

GESCHÄTZTE MGV 2018  
**930.335.203 EURO** 2,1

% ggü. 2017

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. Sie werden mit der Zahl der gesetzlich Krankenversicherten sowie den in Schleswig-Holstein vereinbarten Veränderungen der Gesamtvergütung und des Orientierungswerts weiterentwickelt.

\* Veränderungen gegenüber dem Jahr 2017 sind in der Laborreform begründet. So ist ab 2/2018 das Vergütungsvolumen „Labor“ um die Leistungen der Laborgemeinschaften, des Eigenlabors sowie um die Grund- und Konsiliarpauschalen der Laborärzte reduziert. Die Vergütung dieser Leistungen sind dem hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen zugeordnet. Die Laborreform führt auch zu deutlichen Verlagerungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs aus dem Laborbereich in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich (- 1.628,5 Prozent).



# Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

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



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

Die Aufstellung der HVM-gestützten Leistungen finden Sie auf Seite 11 in diesem Bericht.

Tab. 9 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2018 in Euro		Veränderung in % ggü. 2017	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
Praxisbesonderheiten, Sicherstellung, Honorarverlustausgleiche, Zunahme der Versorgung, Ausgleich von Fehlschätzungen in Vorquartalen, Honorarkorrekturen	1.225.713	2.061.252	7,6	7,7
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	588.081	8.072.897	-0,1	-2,1
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	-7.320.135	-38.191.124*	12,3	-5,3
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	9.191.320	2.715.958	-6,9	6,5
Pädaudiologische und phoniatische Leistungen	-	1.436.827	-	4,3
Schmerztherapie	482.428	1.367.386	4,5	-1,5
Zahnärztliche Narkosen	-	204.333	-	-2,3
	<b>4.167.407</b>	<b>-22.332.471</b>		

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

# Vergütungen vor Trennung

## Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Ein Teil der Laborreform ist die Verschiebung von Leistungen in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich. Weil im 1. Quartal 2018 noch die „alte“ Laborsystematik gilt, sind die Jahresvergleiche

kaum aussagefähig. Leistungen, die über Laborgemeinschaften bezogen werden, sind nur noch im 1. Quartal 2018 Bestandteil der Vergütung vor Trennung, ebenso die laborärztlichen Grundpauschalen.

Tab. 10 | Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2018

Leistungs- und Kostenbereich	2018	Veränderung in % ggü. 2017
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	57.469.505	-10,2
Konsiliar- und Grundpauschale für Laborärzte (GOP 12210 und 12220) und Ermächtigte Laborärzte (GOP 01320)	718.747	-74,1
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	8.974.610	-0,3
<b>Summe</b>	<b>67.162.862</b>	<b>-11,3</b>

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

Arztgruppe	Vergütung in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2017
Labormediziner	53.990.397	81,3	0,5
Hausärzte	6.885.421	10,4	-21,0
Gynäkologen	966.383	1,5	-46,4
Laborgemeinschaften	628.530	1,0	-73,7
Urologen	625.482	0,9	-52,2
Kinderärzte	604.546	0,9	-18,2
Pathologen	429.791	0,6	-15,1
Hautärzte	361.596	0,5	-34,4
Pneumologen	162.623	0,2	-43,0
übrige	1.789.347	2,7	-39,6
<b>Gesamt</b>	<b>66.444.116</b>	<b>100,0</b>	<b>-8,9</b>



## Vergütung im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall 2018

Tab. 12 | Leistungen innerhalb MGV 2018

	in Euro	Veränderung in % ggü. 2017
Anlaufpraxis	4.855.654	1,4
Fahrdienst	9.775.467	2,9
Telefonarzt	287.370	0,2
Wegegelder	792.710	3,3
Krankenhaus	10.156.837	4,0
Sonstige	144.201	6,5
FKZ-Saldo	1.032.502	6,6
<b>Summe</b>	<b>27.044.741</b>	<b>3,2</b>

# Honorarverteilung nach Arztgruppen

Im Jahr 2018 werden Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV) mit dem Orientierungswert von 10,6543 Cent vergütet, darüber hinaus mit einem Restpunktwert von mindestens 4 Cent.

## Weiterentwicklung der PZV

Neben den üblichen Weiterentwicklungsregeln sind in 2018 die hausärztlichen und die fachärztlichen PZV um 0,5 Prozent angehoben worden. Die PZV der Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Mediziner sind gegenüber dem Vorjahr geringer, weil psychotherapeutische Gesprächsleistungen 2018 in allen Quartalen, in 2017 nur in drei Quartalen extrabudgetär zu vergüten waren. In der nachfolgenden Tabelle haben wir für das Jahr 2018 die durchschnittlichen PZV und die durchschnittliche Auslastung in Prozent ausgewiesen. Der Rückgang bei den Labormediziner ist ebenfalls begründet durch die extrabudgetäre Stellung einzelner Leistungen sowie durch die Verlagerung in den humangenetischen Bereich.



Tab. 13 | PZV-Durchschnitte und -Auslastungen über alle vier Quartalen 2018 nach Arztgruppen

Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV In % ggü. Vorjahr	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung In % ggü. Vorjahr
	Jahr 2018	Jahr 2017		Jahr 2018	Jahr 2017	
Anästhesisten	60.544	59.622	1,5	102	100	2,7
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	13.047	17.589	-25,8	88	95	-7,6
Augenärzte, ausschließlich konservativ tätig	255.346	251.537	1,5	121	124	-2,3
Augenärzte, operativ tätig	200.831	198.742	1,1	118	124	-5,1
Chirurgen	253.902	250.163	1,5	111	115	-3,9
Endokrinologen	336.618	329.544	2,1	106	119	-10,8
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	364.175	351.342	3,7	113	115	-1,9
Gastroenterologen	356.250	346.764	2,7	111	116	-4,4

Arztgruppe	PZV in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
	Jahr 2018	Jahr 2017	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2018	Jahr 2017	In % ggü. Vorjahr
Gynäkologen	218.634	213.279	2,5	116	119	-2,6
Hausärzte	388.692	375.371	3,5	111	113	-1,6
Hautärzte	268.648	264.097	1,7	112	115	-2,0
HNO-Ärzte	401.498	385.022	4,3	123	126	-2,0
Humangenetiker	52.414	51.476	1,8	142	157	-10,0
Kardiologen und Angiologen	580.644	563.832	3,0	121	122	-1,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	18.484	21.426	-13,7	118	114	4,1
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	365.904	355.858	2,8	110	112	-2,0
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	365.904	355.858	2,8	87	90	-3,4
Kinderärzte	379.881	369.280	2,9	116	118	-0,9
Kinderkardiologen	622.215	605.661	2,7	120	117	2,7
Kinderpneumologen	573.847	564.197	1,7	118	120	-1,5
Labormediziner	5.925	8.764	-32,4	86	75	14,0
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	9.101	8.830	3,1	143	140	2,4
Nephrologen	39.726	39.093	1,6	108	105	2,0
Nervenärzte	462.929	452.491	2,3	110	109	0,5
Neurochirurgen	182.313	179.682	1,5	107	112	-5,0
Neurologen	407.429	372.210	9,5	106	107	-1,2
Nuklearmediziner	454.133	445.534	1,9	105	110	-5,2
Onkologen	458.589	450.430	1,8	133	127	4,3
Orthopäden	404.048	397.445	1,7	111	114	-2,5
Pathologen	441.346	434.605	1,6	104	104	-0,2
Phoniater	143.287	136.477	5,0	113	114	-0,7
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	368.167	362.933	1,4	109	112	-2,7
Pneumologen	560.756	542.413	3,4	119	122	-2,0
Psychiater	234.980	228.987	2,6	109	109	0,0
Psychologische Psychotherapeuten	13.723	17.668	-22,3	113	107	5,4
Psychotherapeutische Mediziner	19.099	23.072	-17,2	102	95	6,9
Radiologen	770.909	751.232	2,6	118	118	-0,4
Rheumatologen	403.764	388.024	4,1	109	113	-3,1
Strahlentherapeuten	14.342	14.160	1,3	103	98	4,5
Urologen	247.240	242.258	2,1	117	119	-1,6



# Honorarveränderungen durch den EBM



© istock.com/KatarzynaBialasiewicz

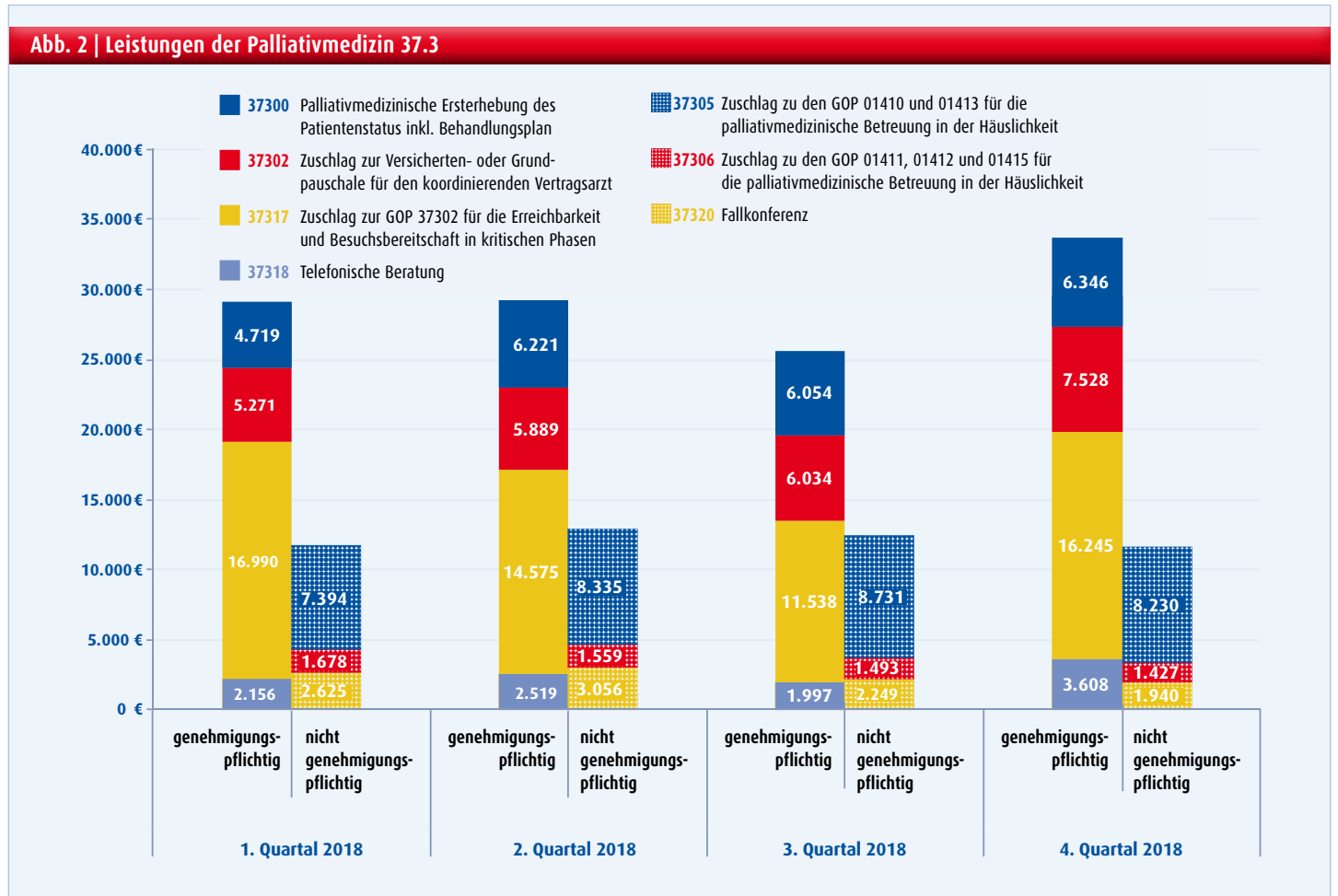
Zugriff auf diese Leistungen haben seitdem auch Fachärzte gemäß Paragraph 6 Anlage 30 BMV-Ä (z. B. Anästhesisten), die an der persönlichen und direkten Patientenversorgung teilnehmen.

Bei der GOP 37314 EBM handelt es sich um eine Pauschale im Fall einer konsiliarischen Erörterung und Beurteilung von komplexen medizinischen Fragestellungen durch einen konsiliarisch tätigen Arzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin im Rahmen der besonders qualifizierten und koordinierten palliativmedizinischen Versorgung eines Patienten gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä.

Durch die Neuaufnahme des Abschnitts 37.3 in den EBM erfolgt die Vergütung zunächst befristet für zwei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Vergütung der GOP 37314 lag pro Quartal im Jahr 2018 im Durchschnitt bei weniger als 50 Euro und ist deshalb im Vergütungsdiagramm nicht mit abgebildet.

## Palliativmedizin Abschnitt 37.3 EBM

Die palliativmedizinische Versorgung im EBM oblag bis zum Jahr 2017 ausschließlich dem hausärztlichen Versorgungsbereich. Seit dem 1. Oktober 2017 gibt es einen neuen Abschnitt 37.3 im Kapitel 37, der die besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung regelt.



## HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik

Die HLA-Antikörperdiagnostik im EBM wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2018 angepasst. Es wurden neue Leistungen (GOP 32915, 32916, 32917, 32918, 32939, 32940, 32941, 32942, 32943, 32948, 32949 EBM) zur weiteren Spezifizierung von Antikörpern gegen HLA-Antigene der Klassen I und II sowie Untersuchungen zum Nachweis und zur Spezifizierung von Antikörpern gegen HPA-Antigene als Anpassung an den Stand von Wissenschaft und Technik in den EBM aufgenommen. Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

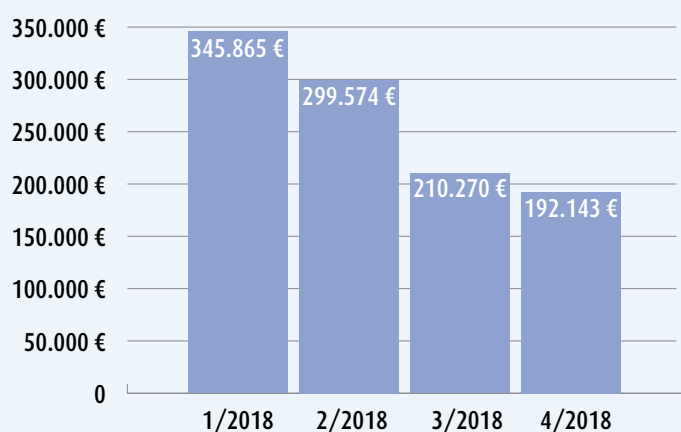
Tab. 14 | Vergütung HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik in Euro 2018

	1/2018	2/2018	3/2018	4/2018
HLA- und HPA-Antikörperdiagnostik	120.670	101.877	79.748	91.454

## Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen

Die Richtlinie „Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysmen“ (US-BAA-RL) sieht ein einmaliges Screening mittels sonografischer Untersuchung für Männer ab 65 Jahren vor. Der Bewertungsausschuss (BA) hat zum 1. Januar 2018 zwei neue GOP 01747 und 01748 in den EBM-Abschnitt 1.7.2 „Früherkennung von Krankheiten bei Erwachsenen“ aufgenommen. Die neuen Leistungen können von Hausärzten, Urologen, Internisten (mit und ohne Schwerpunkt), Chirurgen und Radiologen berechnet werden. Voraussetzung für die Abrechnung der GOP 01748 ist eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschallvereinbarung gemäß Paragraf 135 Abs. 2 SGB V. Die Vergütung der neuen Präventionsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Abb. 3 | GOP 01747/01748



## Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie

Zum 1. Januar 2018 wurden im Kapitel 8 (Gynäkologie) und Kapitel 26 (Urologie) des EBM neue Leistungen für die transurethrale Botulinumtoxin-Therapie bei bestimmten Indikationen, wie zum Beispiel bei erwachsenen Patienten mit Harninkontinenz mit neurogener Detrusorhyperaktivität bei neurogener Blase infolge einer stabilen subzervikalen Rückenmarksverletzung oder Multipler Sklerose, eingeführt. Die Berechnung der GOP 08312 und 26316 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung voraus. Für die neuen Gebührenordnungspositionen erfolgt die Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Tab. 15 | Vergütung der Leistungen in Euro 2018

	1/2018	2/2018	3/2018	4/2018
Transurethrale Botulinumtoxin-Therapie	-	75	1.732	2.499

## Diagnostik zur Antibiotika-Therapie

Um die weitere Entwicklung und Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen zu reduzieren, können Diagnostika zur zielgerichteten und qualitätsgesicherten Verordnung von Antibiotika eingesetzt werden. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat den EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2018 wie folgt angepasst:

- Zur Bestimmung des Entzündungsmarkers Procalcitonin bei Atemwegserkrankungen wurde die GOP 32459 neu in den EBM aufgenommen. Damit ist eine Unterscheidung zwischen einer bakteriellen und einer viralen Infektion möglich.
- Die neu in den EBM aufgenommenen GOP 32692 und 32759 erfassen schnellere Erregerdifferenzierung.
- Die Empfindlichkeitsprüfungen wurden entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik in den GOP 32772 und 32773 neu gefasst.
- Die neuen GOP 32774 und 32775 regeln phänotypische Bestätigungsteste bei Multiresistenz gramnegativer/grampositiver Bakterien.

Bei den neuen Leistungen handelt es sich um genehmigungspflichtige Laborleistungen. Die Vergütung der Leistungen nach den GOP 32459, 32774 und 32775 EBM erfolgt für drei Jahre außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die in der Vergütungstabelle angegebenen Werte setzen sich aus allen zuvor genannten Leistungen im Zusammenhang mit der Diagnostik zur Antibiotika-Therapie zusammen, wobei die Hälfte der Vergütung bereits durch die GOP 32772 EBM ausgelöst wird.

Tab. 16 | Vergütung der neuen Leistungen in Euro 2018

	3/2018	4/2018
Diagnostik zur Antibiotika-Therapie	341.741	351.277

# Labor

Die KBV hat im Jahr 2018 die Vorgaben zur Vergütung im Grundbetrag „Labor“ reformiert. Während wir im vorjährigen Honorarbericht die Vergütungsentwicklung 2017 gegenüber 2014 verglichen haben, berichten wir an dieser Stelle über die Auswirkungen der neuen Vergütungssystematik.



© istock.com/malerepaso

## Warum eine Reform?

Die Dynamik der Laboruntersuchungen und neue Untersuchungsverfahren führten zu einem deutlichen Anstieg der Kosten zulasten des hausärztlichen und des fachärztlichen Bereichs. Die im Grundbetrag „Labor“ bereitgestellten Mittel reichten für die von der KBV festgesetzten Laborvergütungen nicht aus, sodass aus den Versorgungsbereichen ausgeglichen werden musste. Mit der Laborreform zum 1. April 2018 sollte der Anstieg gebremst, eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen erzielt und eine neue Modalität des Defizitausgleichs festgesetzt werden.

## Die Reform

In Berlin wurde lange um die Reform gerungen. Zwischen den Extrempositionen „Laborleistungen der Laborärzte komplett aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen vergüten“ und „freies Floaten der Laborpreise“ wurde folgender Kompromiss gefunden:

- Das hausärztliche und fachärztliche Eigenlabor, über Laborgemeinschaften bezogenes Labor und die laborärztlichen Grund- und Konsiliarpauschalen GOP 12210 und GOP 12220 EBM sind aus dem jeweiligen Versorgungsbereich zu vergüten.
- Der Wirtschaftlichkeitsbonus ist neu justiert. Die Vergütung bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen.

- Ebenso bestimmen sie in ihren HVM die Vergütung der Laborleistungen. Dabei sind Rahmenvorgaben der KBV zu beachten.
- Im „Labortopf“ werden die Laborleistungen auf Muster 10 (Laborauftragsleistungen) und der Wirtschaftlichkeitsbonus GOP 32001 EBM vergütet.
- Reicht das Volumen für die Vergütung nicht aus, müssen aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Volumen Mittel nachgeführt werden. Im „Schadensfall“ gilt für den Ausgleich das Verhältnis, welches sich aus den hausärztlichen und den fachärztlichen Vergütungsanteilen im Labortopf ergibt.

## Die Umsetzung in Schleswig-Holstein

Laborärzte haben ein Budget erhalten. Wir nennen es Labor-Auftragsvolumen (LAV). Es ist nach den Vorgaben der KBV mit 89 Prozent des Leistungsbedarfs der Quartale 2/2017 bis 1/2018 einmalig bestimmt. Leistungen über das LAV hinaus werden mit 35 Prozent vergütet. Das LAV ist praxis-, nicht arztbezogen.

Die Grund- und Konsiliarpauschalen der Laborärzte GOP 12210 und 12220 EBM sind ab dem 2. Quartal 2018 aus dem fachärztlichen Volumen zu vergüten. Weil die Pauschalen bereits einer Mengensteuerung im EBM unterliegen, werden sie zukünftig zu 100 Prozent vergütet.

Die Laborleistungen, die ein Facharzt für seine Patienten selbst erbringt, sind aus dem fachärztlichen Volumen zu vergüten. Das gilt auch für Laborleistungen, die über Laborgemeinschaften bezogen werden. Ab dem 2. Quartal 2018 werden diese Leistungen zu 89 Prozent vergütet.

Die Labor-Fallwertbudgets von Dermatologen, Gynäkologen, Pneumologen, Urologen, Rheumatologen, Endokrinologen, Nuklearmedizinern und Hämatologen gelten auch weiterhin. Die Leistungen im Budget werden ebenfalls zu 89 Prozent vergütet.

Leistungen auf Muster 10 werden ebenfalls mit 89 Prozent quotiert. Das mag auf den ersten Blick ungerecht wirken, hat jedoch gute Gründe. Zum einen wird jede Leistung vergütet, zum anderen gehen diese Leistungen nicht mehr in die Labor-Fallwertbudgets ein.

Die Laborleistungen, die ein Hausarzt für seine Patienten selbst erbringt, sind aus dem hausärztlichen Volumen zu vergüten. Das gilt auch für Laborleistungen, die über Laborgemeinschaften bezogen werden. Ab dem 2. Quartal 2018 werden diese Leistungen zu 89 Prozent vergütet.

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wird für Hausärzte und berechnete Fachärzte weiterhin aus dem Labortopf zum Orientierungswert, also zu 100 Prozent, vergütet. Die Neujustierung im EBM führt je Arztgruppe zu höheren oder geringeren Vergütungsanteilen.

### Entwicklung des Grundbetrages Labor

Mit der neuen Definition, welche Leistungen noch aus dem Grundbetrag Labor zu vergüten sind, ändert sich die jeweilige Höhe. Tabelle 17 zeigt die Anpassung des Grundbetrags sowie die Auswirkungen auf den hausärztlichen und fachärztlichen Grundbetrag.

Das Beispiel des 3. Quartals 2018 zeigt, dass durch die Laborreform der hausärztliche Grundbetrag um rund 1,9 Millionen Euro, der fachärztliche Grundbetrag um etwa 2,3 Millionen Euro erhöht wird.



Tab. 17 | Entwicklung Grundbetrag Labor 3/2018 in Millionen Euro

Überführung	Hausarzt	Facharzt	Bereit- schaftsdienst und Notfall	Labor
Eigenlabor	716.035	1.646.744	-	-2.362.780
Laborgemein- schaften	1.189.683	185.090	-	-1.374.773
Laborgrund- pauschalen	-	452.278	-	-452.278
Labor- leistungen	-	-	55.734	-55.734
<b>Gesamt</b>	<b>1.905.719</b>	<b>2.284.113</b>	<b>55.734</b>	<b>-4.245.566</b>

Tab. 18 | Spezielle Untersuchungen Kap. 32.3 – 2017 zu 2018, jeweils ohne 1. Quartal 2018

	Vergütung in Euro			Anteil an Speziallabor in %	
	2017	2018	Veränderung in % ggü. 2017	2017	2018
32.3.1 – Mikroskopische Untersuchungen	86.838	83.848	-3,4	0,2	0,2
32.3.2 – Funktionsuntersuchungen	33.583	29.220	-13,0	0,1	0,1
32.3.3 – Gerinnungsuntersuchungen	572.589	559.390	-2,3	1,5	1,5
32.3.4 – Klinisch-chemische Untersuchungen	15.810.596	16.053.586	1,5	41,7	42,8
32.3.5 – Immunologische Untersuchungen	8.523.738	8.302.821	-2,6	22,5	22,1
32.3.6 – Blutgruppenserologische Untersuchungen	528.963	529.713	0,1	1,4	1,4
32.3.7 – Infektionsimmunologische Untersuchungen	3.575.459	3.260.714	-8,8	9,4	8,7
32.3.8 – Parasitologische Untersuchungen	245.793	240.551	-2,1	0,6	0,6
32.3.9 – Mykologische Untersuchungen	408.694	397.650	-2,7	1,1	1,1
32.3.10 – Bakteriologische Untersuchungen	4.929.847	4.886.748	-0,9	13,0	13,0
32.3.11 – Virologische Untersuchungen	1.251.990	1.336.722	6,8	3,3	3,6
32.3.12 – Molekularbiologische Untersuchungen	1.341.090	1.299.453	-3,1	3,5	3,5
32.3.14 – Molekulargenetische Untersuchungen	147.685	109.257	-26,0	0,4	0,3
32.3.15 – Immungenetische Untersuchungen	457.848	398.129	-13,0	1,2	1,1
<b>Summe</b>	<b>37.914.714</b>	<b>37.487.801</b>	<b>-1,1</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Spezielle Labordiagnostik

Wir vergleichen die Jahre 2018 und 2017 ohne das jeweilige 1. Quartal, weil die Reform erst zum 2. Quartal 2018 in Kraft trat.

Die Vergütung der speziellen Labordiagnostik (Kapitel 32.3 EBM) ist insgesamt gegenüber 2017 nur leicht rückläufig, wobei die infektionsimmunologischen Untersuchungen (Abschnitt 32.3.7 EBM) mit -8,8 Prozent einen stärkeren Rückgang aufweisen. Prozentual noch größere Abweichungen sind der kleineren Zahl der Untersuchungen in den jeweiligen Bereichen geschuldet (Tabelle 18).

## 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 GOP 12220 EBM die häufigere Leistung. Im EBM erfährt diese Pauschale eine Abstufung nach 6.000 und nochmalig ab 12.000 Fällen. In den Quartalen 2/2018 bis 4/2018 sinkt der Umsatz nahezu um ein Drittel gegenüber dem gleichen Zeitraum 2017. Grund ist die abgesenkte Vergütung der Leistungen aufgrund der Laborreform.

## Wirtschaftlichkeitsbonus

Der Wirtschaftlichkeitsbonus wurde neu justiert, um den Anreiz für eine wirtschaftliche Veranlassung von Laboruntersuchungen zu erhöhen. Seit dem 2. Quartal 2018 werden die durchschnittlichen Laborkosten eines Arztes je Behandlungsfall (individueller Laborfallwert) mit dem durchschnittlichen Laborfallwert seiner Arztgruppe verglichen. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) gibt hierzu zwei Vergleichswerte je Fachgruppe vor. Ist der individuelle Praxisfallwert kleiner als die untere Fallwertgrenze, wird der Wirtschaftlichkeitsbonus zu 100 Prozent vergütet. Liegt er über dem oberen Grenzfallwert, entfällt der Vergütungsanspruch. Zwischen den Fallwertgrenzen erfolgt eine abgestufte Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus. Zusätzlich gibt der EBM bei bestimmten Indikationen Laborziffern vor, die von den Laborkosten je Patient abgezogen werden.

Tabelle 19 zeigt die Vergütung des Wirtschaftlichkeitsbonus sowie Kosten der selbst erbrachten oder beauftragten Laborleistungen nach Arztgruppen.

Insgesamt geht der Wirtschaftlichkeitsbonus um rund 2,7 Prozent zurück. Während Hausärzte einen leichten Rückgang aufweisen, sind im fachärztlichen Bereich größere Veränderungen zwischen den einzelnen Gruppen zu beobachten. Das ist ein gewollter Effekt der Neujustierung.

Ebenfalls ein gewollter Effekt ist der Rückgang von Laborleistungen, wobei der prozentual größte Rückgang im Eigenlabor und bei den über Laborgemeinschaften bezogenen Laborleistungen liegt.



**Tab. 19 | Vergütung Wirtschaftlichkeitsbonus selbst erbrachtes und beauftragtes Labor nach Arztgruppen 2018 im Vergleich zu 2017, ohne 1. Quartal 2018**

	2018 Vergütung in Euro				Veränderung Wirtschaftlich- keitsbonus in % ggü. 2017	Veränderung selbst erbrach- tes Labor inkl. Laborgemein- schaft in % ggü. 2017	Veränderung beauftragtes Labor in % ggü. 2017	Veränderung Summe Labor- leistung in % ggü. 2017
	Wirtschaft- lichkeits- bonus	Selbst erbrachtes Labor inkl. Laborge- meinschaft	Labor- auftrag	Summe Labor- leistung				
Hausärzte	4.572.625	3.949.000	16.453.918	20.402.917	-1,0	-28,7	-8,1	-12,9
Gynäkologen	469.679	424.227	2.323.499	2.747.726	-44,3	-13,9	-17,4	-16,9
Urologen	277.550	587.422	939.238	1.526.659	-12,8	-14,4	-0,1	-6,1
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	226.281	194.306	1.568.680	1.762.986	34,0	-13,8	-8,2	-8,8
Hautärzte	220.515	312.042	924.448	1.236.490	393,4	-9,7	3,4	-0,2
HNO-Ärzte	126.840	14.509	424.803	439.313	154,6	-14,2	-2,3	-2,7
Kardiologen und Angiologen	84.600	97.497	104.925	202.422	-14,1	-15,8	-7,0	-11,4
Pneumologen	84.202	150.572	343.607	494.179	59,4	-10,5	9,5	2,5
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	76.092	51.084	355.123	406.207	-17,5	-40,6	-3,9	-10,8
Orthopäden	73.213	9.933	608.276	618.209	-15,6	-36,5	-4,8	-5,6
Nephrologen	64.439	264.180	3.070.510	3.334.690	91,4	-15,9	2,2	0,5
Nuklearmediziner	57.727	66.465	176.632	243.097	374,5	-12,8	14,6	5,5
Gastroenterologen	37.405	13.216	628.058	641.274	10,1	-53,0	-6,6	-8,5
Rheumatologen	37.153	213.748	486.366	700.114	16,7	-10,6	-3,3	-5,6
Chirurgen	32.677	7.600	170.187	177.788	-58,3	-37,6	-17,5	-18,6
Kinderpneumologen	31.963	10.948	261.539	272.487	40,3	-46,7	-11,8	-14,1
Kinderkardiologen	30.745	7.882	61.943	69.825	89,5	-21,6	-19,5	-19,7
Psychiater	8.000	79.279	255.703	334.982	-13,0	5,8	-5,9	-3,4
Onkologen	7.800	150.297	2.001.116	2.151.412	311,1	-19,6	-7,1	-8,1
Nervenärzte	7.604	24.060	353.761	377.821	-54,2	-33,7	-1,2	-4,2
Endokrinologen	7.444	340.961	323.093	664.054	23,9	37,2	11,3	23,2
übrige Arztgruppen	23.537	704.556	606.020	1.310.576	-81,6	29,8	38,9	68,7
<b>Summe</b>	<b>6.558.092</b>	<b>7.673.783</b>	<b>32.441.446</b>	<b>40.115.229</b>	<b>-2,7</b>	<b>-20,2</b>	<b>-6,4</b>	<b>-9,4</b>

Tab. 20 | Laborleistungen nach Fachgruppen 2018 (nur MGV-Leistungen) – Primär- und Ersatzkassen – nicht extrabudgetär

	2. bis 4. Quartal 2018 Vergütung in Euro			Veränderung in % ggü. 2017	Veränderung in % ggü. 2017	Veränderung in % ggü. 2017
	allg. Labor Kap. 32.2	spez. Labor Kap. 32.3	Summe	allg. Labor Kap. 32.2	spez. Labor Kap. 32.3	Summe
Laboratoriumsmediziner	5.160.416	34.752.502	39.912.918	-2,3	-0,9	-1,1
Hausärzte	1.713.525	-	1.713.525	-9,1	-	-9,1
Laborgemeinschaften	1.492.719	-	1.492.719	-13,6	-	-13,6
Urologen	181.250	385.323	566.572	-8,6	-13,5	-12,0
Teilermächtigte Fachärzte und Institute/Krankenhäuser	308.833	208.814	517.647	3,6	6,2	4,7
Transfusionsmediziner	154	430.891	431.045	1.970,2	-15,5	-15,5
Gynäkologen	350.205	84.804	435.009	-13,1	-1,7	-11,1
Pathologen	415	394.762	395.177	-4,4	5,4	5,4
Kinder- und Jugendmediziner (Kinderärzte)	86.823	254.132	340.955	-13,2	-7,8	-9,2
Endokrinologen	12.756	322.448	335.204	35,2	42,1	41,8
Hautärzte	17.214	276.449	293.662	-5,9	-18,5	-17,8
Rheumatologen	4.547	200.396	204.942	-16,2	-4,5	-4,8
Nephrologen	184.015	6.129	190.144	-5,6	-1,7	-5,5
Pneumologen	76.445	66.351	142.796	-12,4	-3,0	-8,3
Kardiologen und Angiologen	83.816	-	83.824	-10,5	-	-10,5
Psychiater	78.799	-	78.799	6,5	-	6,5
Nuklearmediziner	5.872	59.835	65.707	-4,8	-13,5	-12,8
Onkologen	62.412	4.631	67.043	0,4	-6,8	-0,1
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	32.098	-	32.111	3,4	-	3,4
Anästhesisten	2.287	23.691	25.978	-7,9	22,1	18,7
Nervenärzte	18.704	-	18.704	-3,4	-	-3,4
HNO-Ärzte	116	16.622	16.738	-46,1	-1,0	-1,6
Kinderpneumologen	10.141	-	10.141	-21,8	-	-21,8
Chirurgen	6.002	-	6.002	-24,4	-	-24,4
Kinderkardiologen	5.320	-	5.320	0,6	-	0,6
Gastroenterologen	4.243	-	4.243	-30,0	-	-30,0
Orthopäden	2.812	-	2.812	-13,1	-	-13,1
übrige Arztgruppen	1.073	-	1.073	179,7	-	179,7
<b>Summe</b>	<b>9.903.010</b>	<b>37.487.801</b>	<b>47.390.811</b>	<b>-6,0</b>	<b>-1,1</b>	<b>-2,2</b>

Der befürchtete Umsatzeinbruch in der Labormedizin ist ausgeblieben. Mit Minus 1,1 Prozent verzeichnet die Arztgruppe einen moderaten Rückgang. Weil die über Laborgemeinschaften bezogenen Leistungen nun mit 89 Prozent vergütet werden, ist hier ein stärkerer Umsatzrückgang zu beobachten.

Tab. 21 | Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Bereich	2018 in Euro			Veränderung in % ggü. 2017		
	für fremde Patienten in Schleswig-Holstein	für Schleswig-Holstein Patienten in anderen KVen	Saldo	für fremde Patienten in Schleswig-Holstein	für Schleswig-Holstein Patienten in anderen KVen	Saldo
GOP 32001 EBM	310.470	343.003	-32.533	-5,3	-11,2	-144,5
GOP 12210 + 12220 EBM	553.851	537.516	16.335	-8,0	-3,2	-165,2
allg. Labor Kap 32.2	1.775.992	4.505.290	-2.729.298	-9,0	-7,0	-105,6
spez. Labor Kap 32.3	20.482.282	17.749.653	2.732.629	-5,4	-5,6	-104,2
<b>Summe</b>	<b>23.122.595</b>	<b>23.135.462</b>	<b>-12.867</b>	<b>-5,7</b>	<b>-5,9</b>	<b>-173,6</b>

Ohne Leistungen des genetischen Labors und extrabudgetäre Laborleistungen

### Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Rund 23 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 auch etwa 23 Millionen Euro für Laborleistungen, die von schleswig-holsteinischen Ärzten für wohnortfremde Versicherte erbracht werden.

### Fazit

Die ersten drei Reform quartale zeigen die beabsichtigten Effekte: Die Anforderung von Laborleistungen sowie das Eigenlabor gehen zurück. Die Belohnung der wirtschaftlichen Erbringung und Beauftragung bleibt über alle Arztgruppen fast unverändert. Für die Laborärzte in Schleswig-Holstein führt der Leistungsrückgang nicht zu einem wirtschaftlichen Engpass. Die geringere Anzahl der Leistungen führt zu einem höheren Preis. Die Zukunft wird zeigen, ob die Dynamik im Laborbereich damit gebremst bleibt.



## TABELLENVERZEICHNIS

	SEITE		SEITE
MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL).....	28	KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN.....	48
ANÄSTHESISTEN .....	29	LABORATORIUMSMEDIZINER.....	49
ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE .....	30	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN.....	50
AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG .....	31	NEPHROLOGEN .....	51
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG.....	32	NERVENÄRZTE .....	52
CHIRURGEN.....	33	NEUROCHIRURGEN.....	53
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN.....	34	NEUROLOGEN .....	54
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT.....	35	NUKLEARMEDIZINER .....	55
GASTROENTEROLOGEN .....	36	ONKOLOGEN .....	56
GYNÄKOLOGEN .....	37	ORTHOPÄDEN.....	57
HAUSÄRZTE.....	38	PATHOLOGEN .....	58
HAUTÄRZTE .....	39	PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN .....	59
HNO-ÄRZTE.....	40	PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER.....	60
HUMANGENETIKER .....	41	PNEUMOLOGEN.....	61
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN .....	42	PSYCHIATER .....	62
KINDERKARDIOLOGEN .....	43	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN .....	63
KINDERPNEUMOLOGEN .....	44	RADIOLOGEN .....	64
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE) .....	45	RHEUMATOLOGEN .....	65
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG .....	46	STRAHLENTHERAPEUTEN.....	66
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG .....	47	UROLOGEN.....	67

## ÄNDERUNG IM UMSATZ

### Die Änderungen in der Vergütungssystematik von EBM, HVM und Sonstige bedeuten für einige Arztgruppen Änderungen in ihren Umsatzanteilen:

- Psychotherapeutische, psychiatrische, nervenärztliche und neurologische Versichertenpauschalen werden gemäß Honorarvereinbarung zum Orientierungswert vergütet. Das erhöht die Umsätze der entsprechenden Arztgruppen.
- Die Höherbewertung psychotherapeutischer Leistungen bewirkt bei den entsprechenden Arzt- und Therapeutengruppen höhere Umsätze.
- Die umfangreichen Änderungen im Zuge der Laborreform führen zu strukturellen Änderungen des Umsatzes der Laborärzte.
- Die Neujustierung des Wirtschaftlichkeitsbonus führt in den berechtigten Arztgruppen zu Umsatzsteigerungen oder -rückgängen in diesem Bereich.





# ANÄSTHESISTEN

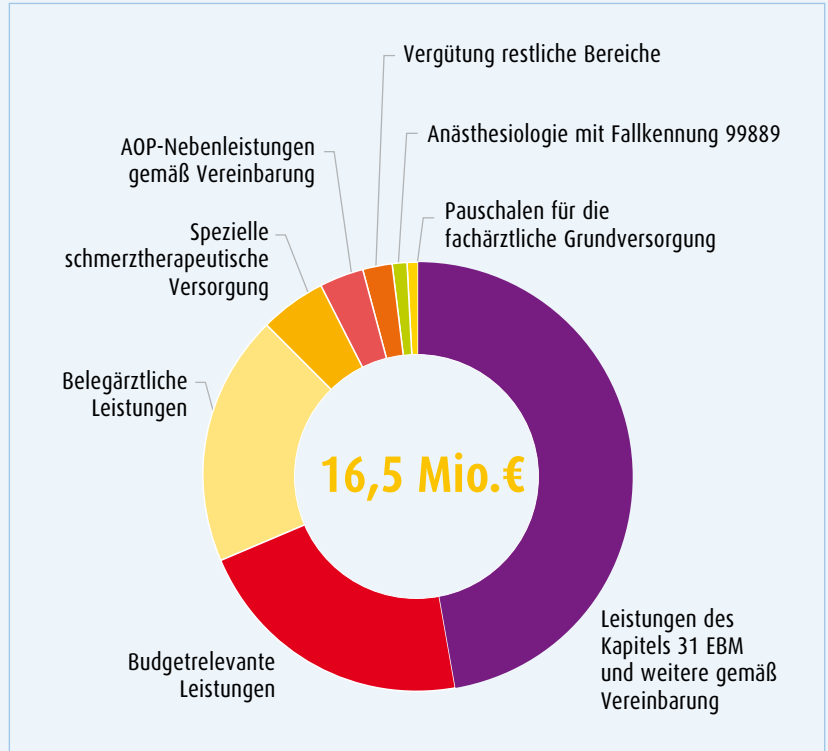
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	106		0,0
Anzahl der Ärzte:	130		5,7
Gesamthonorar in Euro:	4.131.169	16.524.675	0,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	38.973	155.893	0,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	31.778	127.113	-5,1
Gesamtfallzahl:	28.230	112.919	-0,4

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.815.024	47,3	0,9
Budgetrelevante Leistungen	3.537.267	21,4	1,7
Belegärztliche Leistungen	3.146.378	19,0	-2,9
Spezielle schmerztherapeutische Versorgung	809.441	4,9	5,0
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	554.231	3,4	2,0
Vergütung restliche Bereiche	356.904	2,2	-7,1
Anästhesiologie mit Fallkennung 99889	204.205	1,2	-1,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	101.225	0,6	1,9
<b>Summe</b>	<b>16.524.675</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

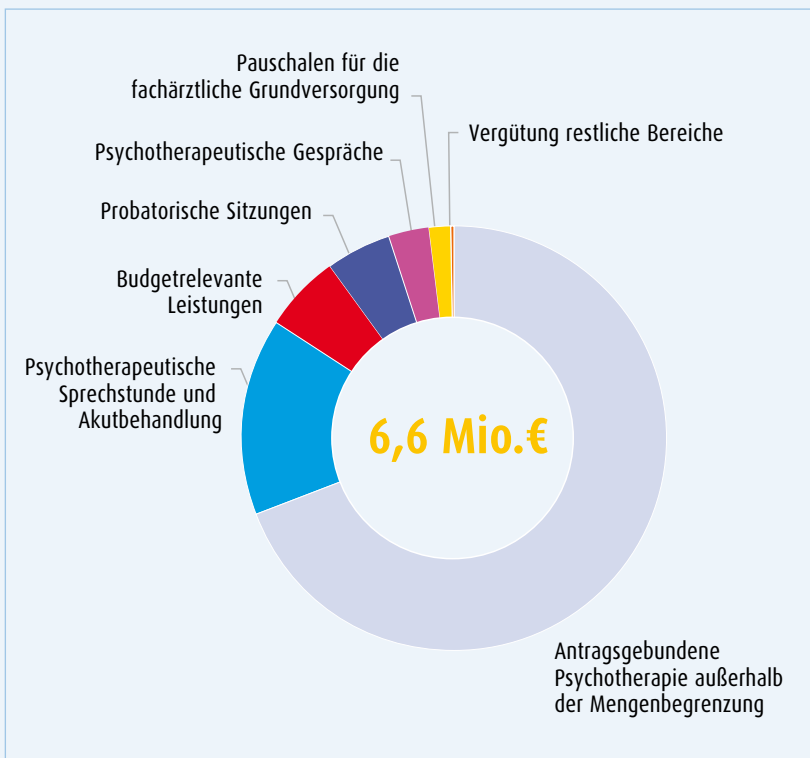
## Kenngrossen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	65	-	1,6
Anzahl der Ärzte:	86	-	2,4
Gesamthonorar in Euro:	1.650.440	6.601.758	7,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	25.392	101.566	6,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	19.191	76.765	5,2
Gesamtfallzahl:	4.375	17.501	4,0

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Antragsgebundene Psychotherapie ausserhalb der Mengengrenzung	4.563.097	69,2	1,9
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	997.508	15,1	71,0
Budgetrelevante Leistungen	385.622	5,8	-8,8
Probatorische Sitzung	326.367	4,9	-13,9
Psychotherapeutische Gespräche	207.341	3,1	61,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	109.995	1,7	15,8
Vergütung restliche Bereiche	11.828	0,2	-73,5
<b>Summe</b>	<b>6.601.758</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG

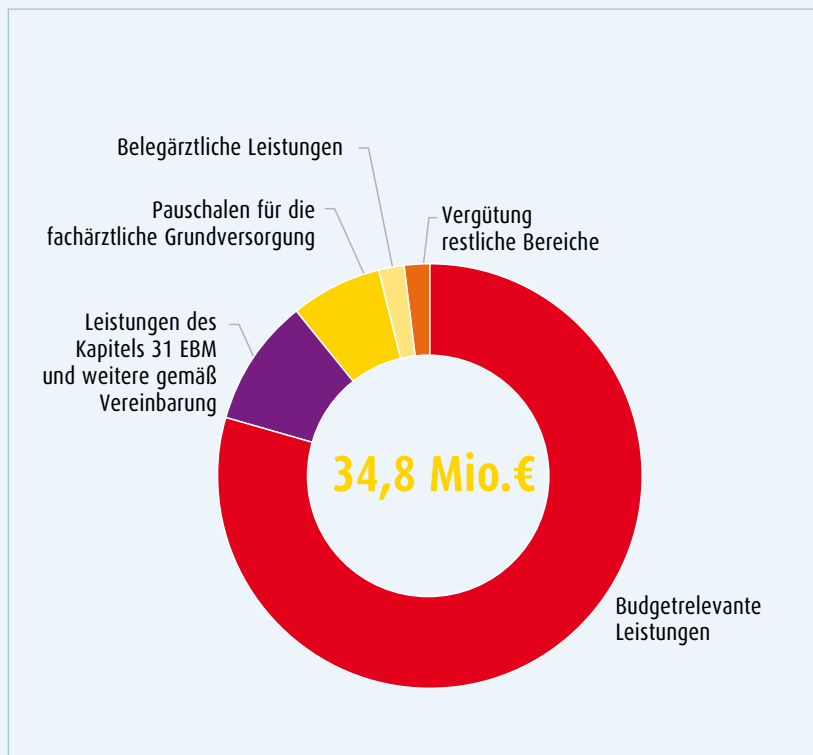
## Kenngrossen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	155	-	-1,3
Anzahl der Ärzte:	182	-	2,2
Gesamthonorar in Euro:	8.709.321	34.837.285	-0,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	56.189	224.757	0,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	47.854	191.414	-2,7
Gesamtfallzahl:	218.094	872.376	-1,2

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	27.788.525	79,7	-0,9
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	3.383.544	9,7	-6,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.353.293	6,8	0,0
Belegärztliche Leistungen	679.725	2,0	
Vergütung restliche Bereiche	632.198	1,8	-37,8
<b>Summe</b>	<b>34.837.285</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG

## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	31	-	3,3
Anzahl der Ärzte:	44	-	4,8
Gesamthonorar in Euro:	3.282.825	13.131.300	2,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	105.898	423.590	-1,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	74.610	298.439	-2,6
Gesamtfallzahl:	36.324	145.295	0,3

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	8.664.598	66,1	8,7
Budgetrelevante Leistungen	3.012.881	22,9	0,8
Belegärztliche Leistungen	949.513	7,2	-32,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	327.775	2,5	4,2
Vergütung restliche Bereiche	176.533	1,3	-4,5
<b>Summe</b>	<b>13.131.300</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# CHIRURGEN

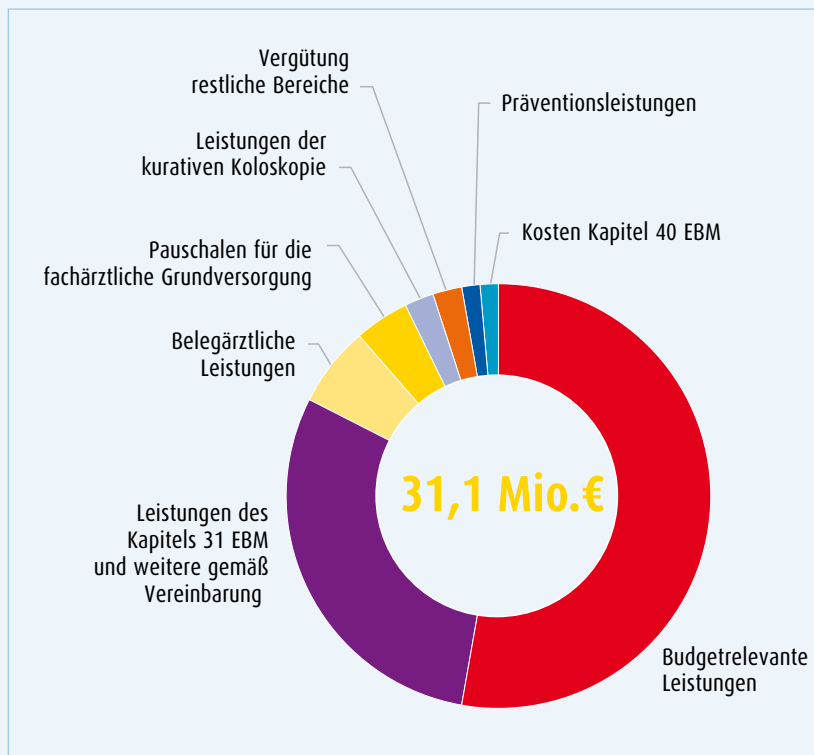
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	129	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	154	-	-0,6
Gesamthonorar in Euro:	7.762.735	31.050.939	-0,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	60.176	240.705	-0,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	50.407	201.629	0,6
Gesamtfallzahl:	98.742	394.969	-3,4

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	16.505.423	53,2	-0,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.190.240	29,6	-0,1
Belegärztliche Leistungen	1.863.760	6,0	-3,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.223.924	3,9	-3,4
Leistungen der kurativen Koloskopie	709.864	2,3	11,2
Vergütung restliche Bereiche	664.264	2,1	-5,3
Präventionsleistungen	532.203	1,7	17,0
Kosten Kapitel 40 EBM	361.261	1,2	-3,2
<b>Summe</b>	<b>31.050.939</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

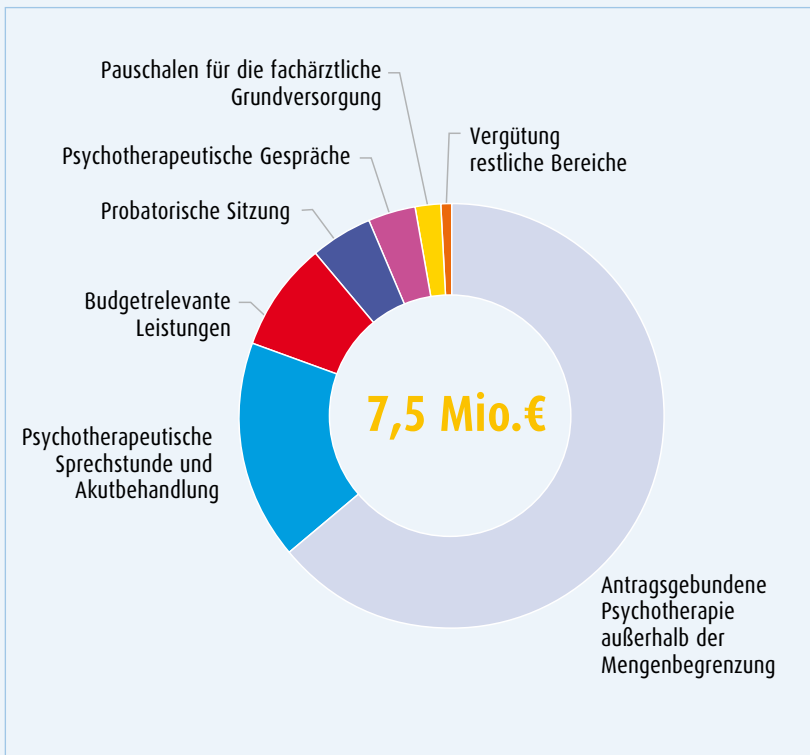
## Kenngroßen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	67	-	-5,6
Anzahl der Ärzte:	89	-	1,1
Gesamthonorar in Euro:	1.875.451	7.501.802	5,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	27.992	111.967	11,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	21.073	84.290	3,9
Gesamtfallzahl:	5.004	20.015	-1,2

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	4.837.050	64,4	-1,7
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.246.834	16,6	59,7
Budgetrelevante Leistungen	620.200	8,3	-9,5
Probatorische Sitzung	343.040	4,6	-16,9
Psychotherapeutische Gespräche	265.282	3,5	44,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	146.804	2,0	2,0
Vergütung restliche Bereiche	42.592	0,6	409,2
<b>Summe</b>	<b>7.501.802</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

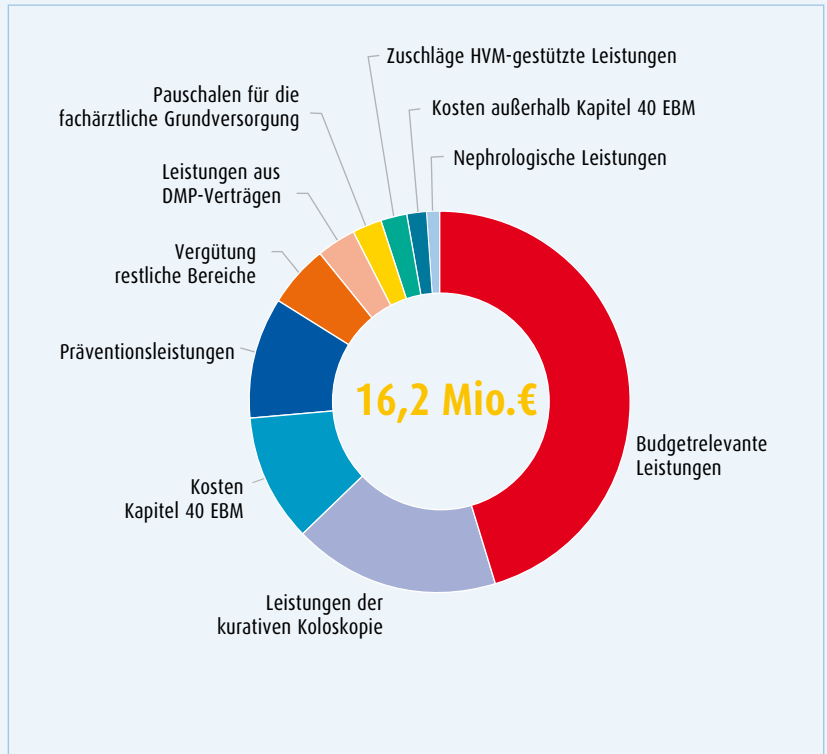
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	44	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	47	-	4,4
Gesamthonorar in Euro:	4.056.244	16.224.976	7,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	92.187	368.749	7,9
Ø Honorar je Arzt in Euro:	86.303	345.212	3,3
Gesamtfallzahl:	32.396	129.584	-3,4

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	7.341.401	45,3	-1,8
Leistungen der kurativen Koloskopie	2.852.549	17,6	3,3
Kosten Kapitel 40 EBM	1.758.013	10,8	94,3
Präventionsleistungen	1.675.927	10,3	3,3
Vergütung restliche Bereiche	857.829	5,3	-12,8
Leistungen aus DMP-Verträgen	554.726	3,4	8,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	405.838	2,5	2,1
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	357.355	2,2	-5,9
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	252.748	1,6	-
Nephrologische Leistungen	168.590	1,0	-
	16.224.976	100,0	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# GASTROENTEROLOGEN

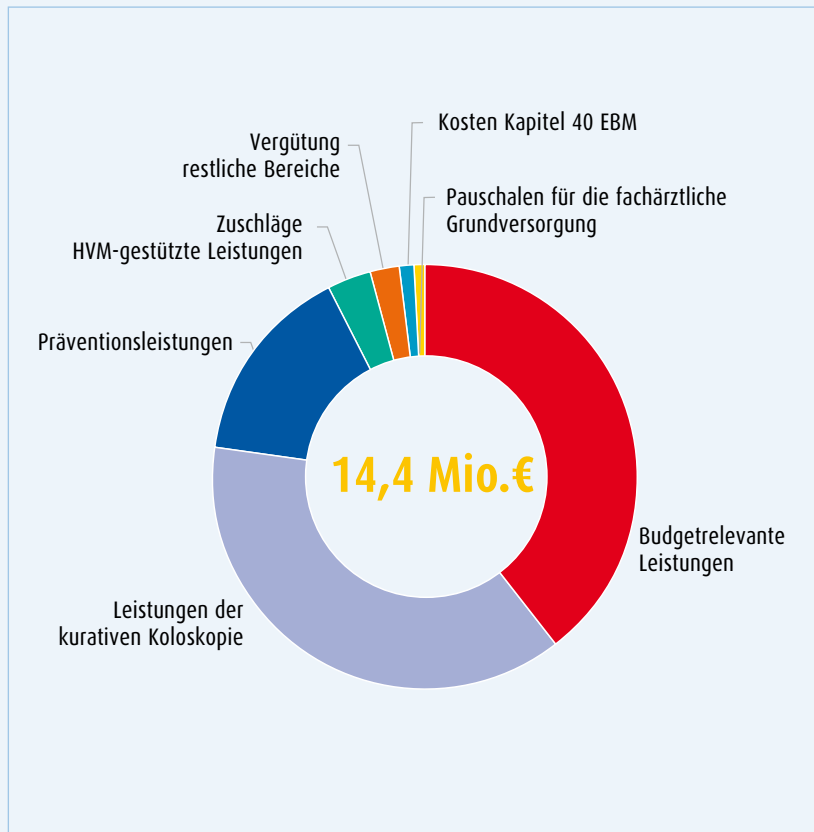
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	35	-	2,9
Anzahl der Ärzte:	38	-	2,7
Gesamthonorar in Euro:	3.605.556	14.422.223	5,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	103.016	412.064	2,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	94.883	379.532	3,1
Gesamtfallzahl:	26.375	105.499	3,2

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	5.704.912	39,5	3,7
Leistungen der kurativen Koloskopie	5.464.934	37,9	8,5
Präventionsleistungen	2.190.216	15,2	6,3
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	501.741	3,5	2,9
Vergütung restliche Bereiche	318.699	2,2	-29,4
Kosten Kapitel 40 EBM	144.523	1,0	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	97.198	0,7	9,8
<b>Summe</b>	<b>14.420.172</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# GYNÄKOLOGEN

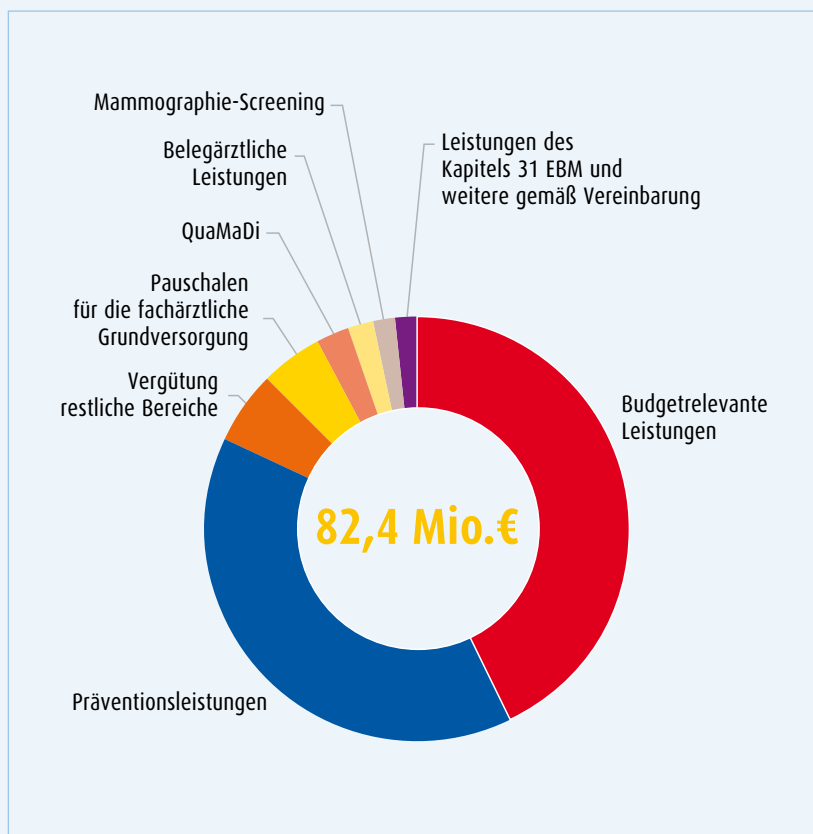
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	331	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	371	-	-0,5
Gesamthonorar in Euro:	20.611.392	82.445.568	1,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	62.270	249.080	1,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	55.556	222.225	1,6
Gesamtfallzahl:	451.405	1.805.620	-0,9

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	35.393.532	42,9	0,6
Präventionsleistungen	32.289.002	39,2	1,2
Vergütung restliche Bereiche	4.532.611	5,5	11,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.876.417	4,7	0,8
QuaMaDi	2.049.849	2,5	0,2
Belegärztliche Leistungen	1.626.958	2,0	-14,6
Mammographie-Screening	1.415.607	1,7	0,3
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.261.592	1,5	1,0
<b>Summe</b>	<b>82.445.568</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# HAUSÄRZTE

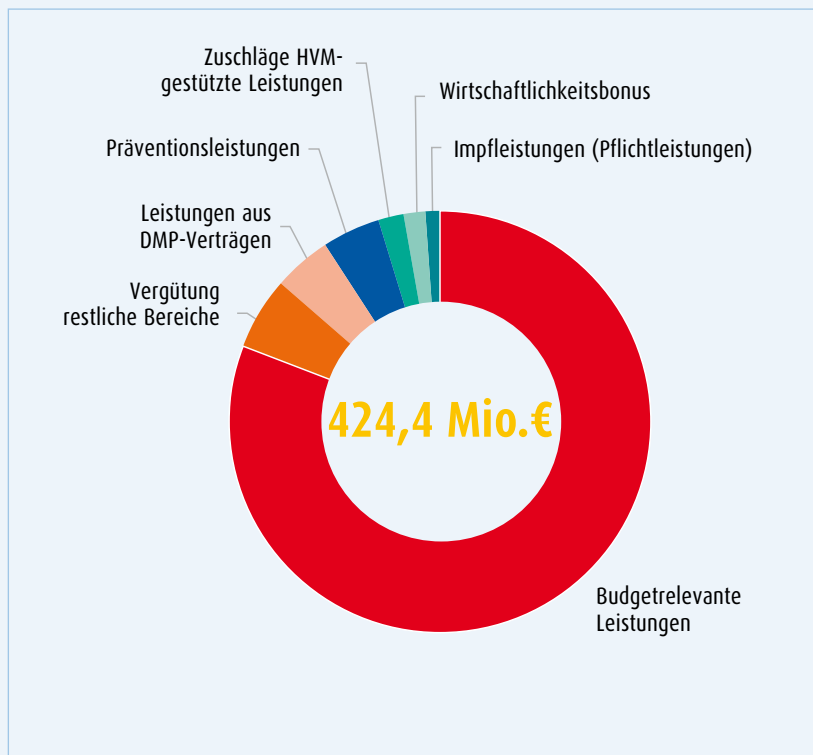
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	1.879	-	-0,1
Anzahl der Ärzte:	1.984	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	106.110.241	424.440.962	1,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	56.472	225.887	1,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	53.483	213.932	1,5
Gesamtfallzahl:	1.649.196	6.596.783	0,9

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	343.252.827	80,9	3,1
Vergütung restliche Bereiche	24.096.873	5,7	-30,5
Leistungen aus DMP-Verträgen	18.751.549	4,4	0,0
Präventionsleistungen	18.169.834	4,3	4,4
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	9.088.438	2,1	9,9
Wirtschaftlichkeitsbonus	6.228.220	1,5	1,4
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	4.853.221	1,1	-
<b>Summe</b>	<b>424.440.962</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# HAUTÄRZTE

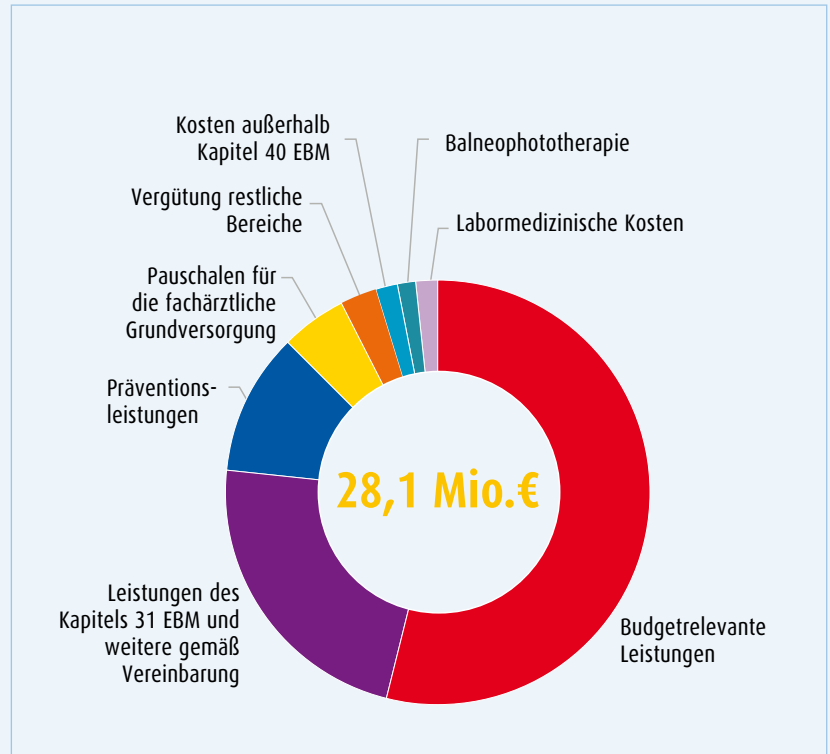
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	117	-	0,9
Anzahl der Ärzte:	125	-	2,5
Gesamthonorar in Euro:	7.013.318	28.053.270	2,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	59.943	239.772	1,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	56.107	224.426	0,1
Gesamtfallzahl:	182.649	730.594	0,8

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	15.191.457	54,1	2,0
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	6.327.858	22,6	1,4
Präventionsleistungen	3.044.041	10,9	6,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.435.090	5,1	2,0
Vergütung restliche Bereiche	756.351	2,7	39,4
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	472.853	1,7	3,0
Balneophototherapie	426.078	1,5	-19,4
Labormedizinische Kosten	399.542	1,4	-6,7
<b>Summe</b>	<b>28.053.270</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# HNO-ÄRZTE

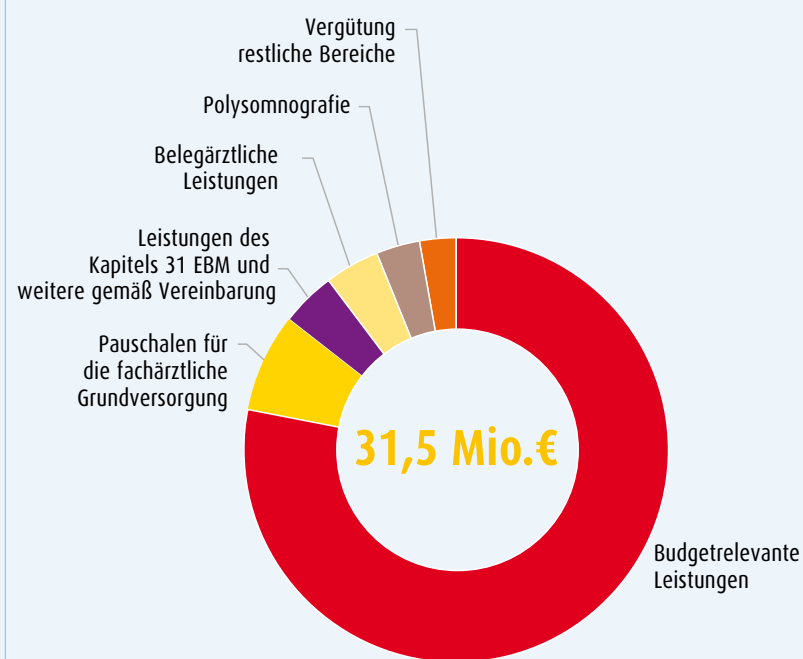
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	122	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	134	-	0,8
Gesamthonorar in Euro:	7.869.167	31.476.668	3,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	64.501	258.005	3,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	58.725	234.901	2,9
Gesamtfallzahl:	167.569	670.274	0,2

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	24.657.171	78,3	4,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.292.993	7,3	1,7
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.341.166	4,3	-1,4
Belegärztliche Leistungen	1.318.542	4,2	-0,4
Polysomnografie	1.034.560	3,3	2,4
Vergütung restliche Bereiche	832.236	2,6	7,6
<b>Summe</b>	<b>31.476.668</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# HUMANGENETIKER

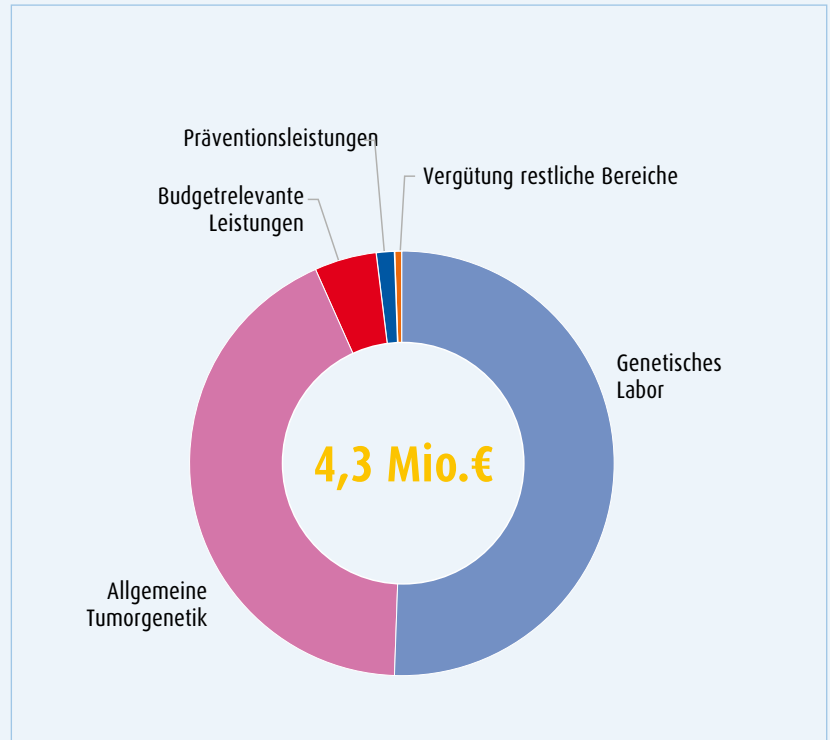
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	7	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	1.086.504	4.346.017	7,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	217.301	869.203	7,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	155.215	620.860	7,5
Gesamtfallzahl:	1.965	7.858	5,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Genetisches Labor	2.206.042	50,7	2,7
Allgemeine Tumorgenetik	1.855.130	42,7	15,5
Budgetrelevante Leistungen	203.625	4,7	1,1
Präventionsleistungen	69.398	1,6	-7,3
Vergütung restliche Bereiche	11.822	0,3	6,2
<b>Summe</b>	<b>4.346.017</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

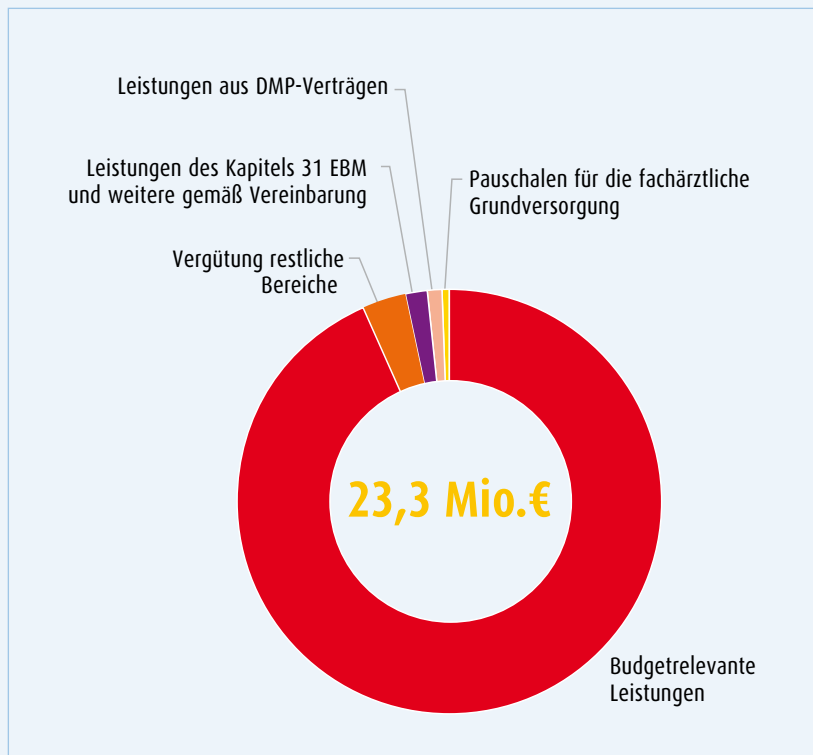
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	75	-	2,7
Anzahl der Ärzte:	82	-	2,5
Gesamthonorar in Euro:	5.825.152	23.300.607	4,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	77.669	310.675	1,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	71.039	284.154	1,6
Gesamtfallzahl:	65.088	260.350	1,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	21.748.054	93,4	4,5
Vergütung restliche Bereiche	820.261	3,5	0,9
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	350.502	1,5	-8,8
Leistungen aus DMP-Verträgen	301.668	1,3	-0,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	80.122	0,3	3,4
<b>Summe</b>	<b>23.300.607</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KINDERKARDIOLOGEN

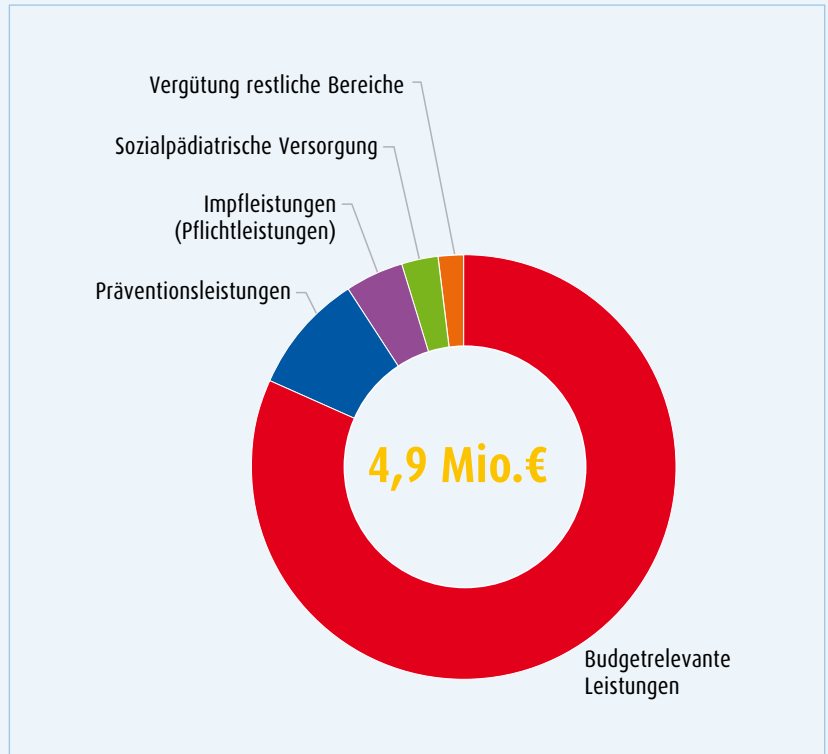
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	14	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	14	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	1.227.779	4.911.117	7,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	87.699	350.794	7,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	87.699	350.794	7,3
Gesamtfallzahl:	13.415	53.659	7,7

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	4.021.518	81,9	6,6
Präventionsleistungen	442.356	9,0	9,4
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	226.406	4,6	9,5
Sozialpädiatrische Versorgung	138.600	2,8	4,9
Vergütung restliche Bereiche	82.237	1,7	31,1
<b>Summe</b>	<b>4.911.117</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# KINDERPNEUMOLOGEN

## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	22	-	-
Anzahl der Ärzte:	22	-	-4,3
Gesamthonorar in Euro:	1.962.565	7.850.259	1,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	89.208	356.830	1,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	89.208	356.830	6,4
Gesamtfallzahl:	25.113	100.452	0,8

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	6.141.585	78,2	1,6
Präventionsleistungen	876.261	11,2	1,2
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	418.901	5,3	5,0
Sozialpädiatrische Versorgung	195.264	2,5	8,7
Vergütung restliche Bereiche	138.447	1,8	10,1
Leistungen aus DMP-Verträgen	79.801	1,0	-16,7
<b>Summe</b>	<b>7.850.259</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)

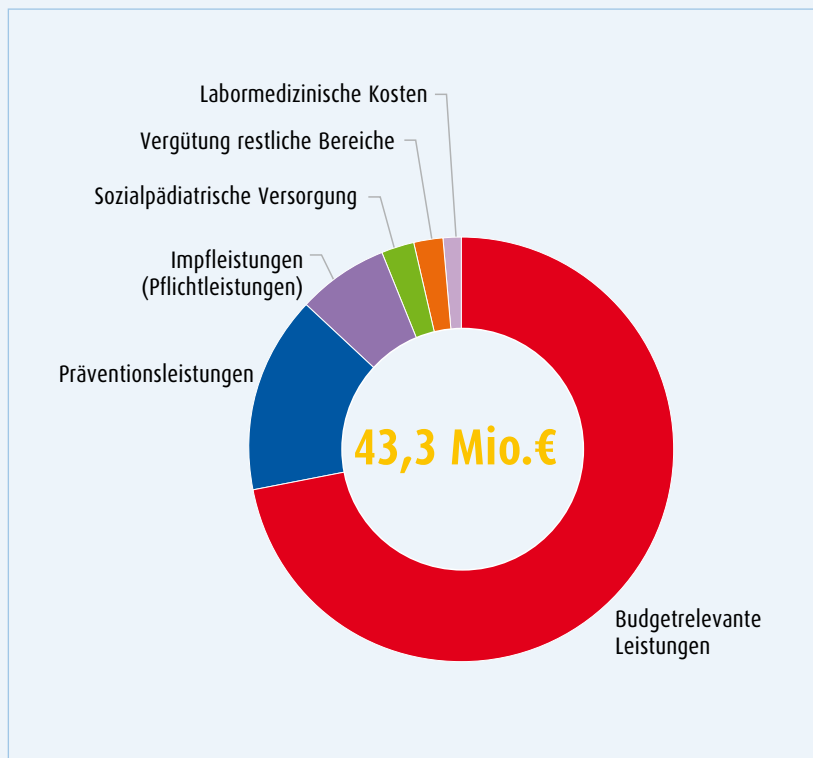
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	166	-	-0,6
Anzahl der Ärzte:	188	-	0,5
Gesamthonorar in Euro:	10.830.139	43.320.557	3,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	65.242	260.967	3,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	57.607	230.428	2,4
Gesamtfallzahl:	166.343	665.372	1,0

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	31.068.604	71,8	2,5
Präventionsleistungen	6.557.588	15,1	3,8
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	3.091.164	7,1	7,1
Sozialpädiatrische Versorgung	1.095.476	2,5	-0,5
Vergütung restliche Bereiche	1.021.558	2,4	9,1
Labormedizinische Kosten	486.167	1,1	-6,2
<b>Summe</b>	<b>43.320.557</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

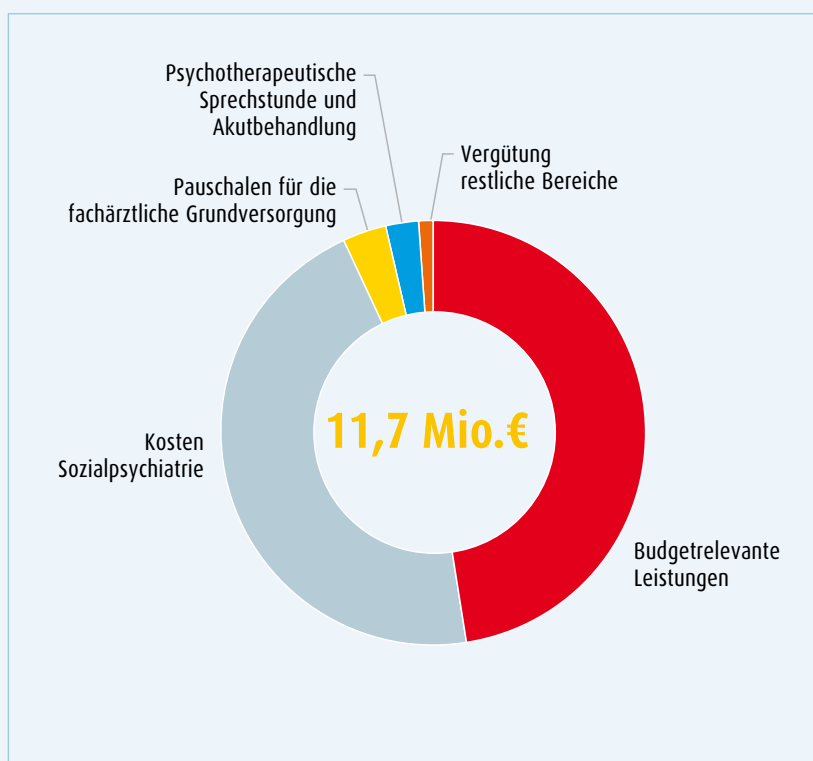
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	32	-	-3,0
Anzahl der Ärzte:	33	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	2.926.754	11.707.015	0,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	91.461	365.844	4,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	88.690	354.758	0,8
Gesamtfallzahl:	9.748	38.993	0,0

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	5.557.470	47,5	-0,6
Kosten Sozialpsychiatrie	5.343.036	45,6	-1,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	400.525	3,4	2,3
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	277.195	2,4	67,0
Vergütung restliche Bereiche	128.789	1,1	80,1
<b>Summe</b>	<b>11.707.015</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

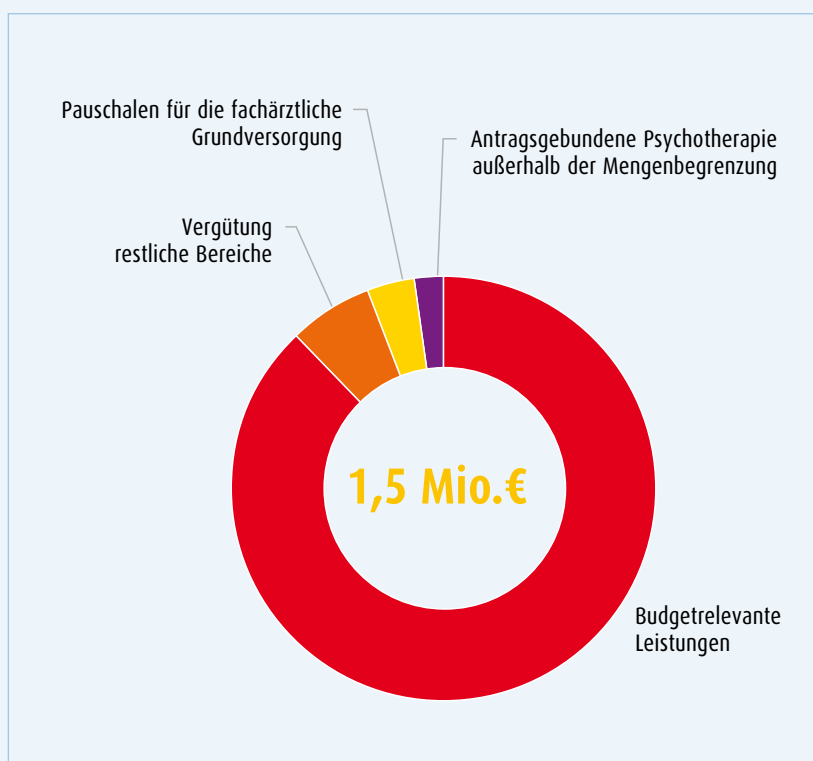
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	16	-	-
Anzahl der Ärzte:	17	-	-
Gesamthonorar in Euro:	382.488	1.529.953	9,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	23.906	95.622	9,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	22.499	89.997	9,6
Gesamtfallzahl:	1.297	5.187	3,3

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	1.342.317	87,7	5,3
Vergütung restliche Bereiche	99.680	6,5	710,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	54.753	3,6	6,6
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	33.203	2,2	-41,2
<b>Summe</b>	<b>1.529.953</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

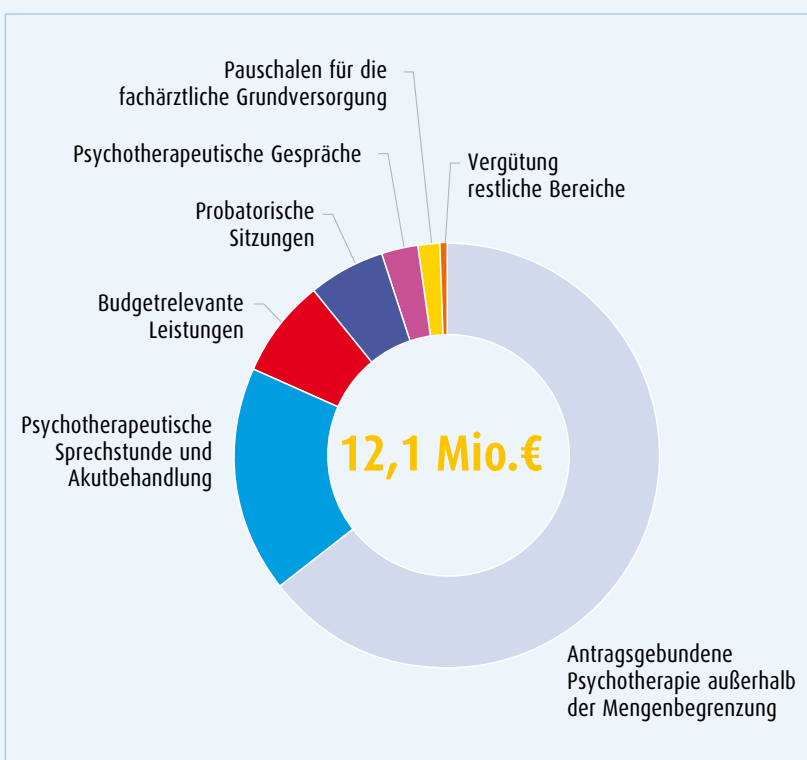
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	112	-	2,8
Anzahl der Ärzte:	146	-	5,8
Gesamthonorar in Euro:	3.036.787	12.147.147	10,2
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	27.114	108.457	7,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	20.800	83.200	4,2
Gesamtfallzahl:	5.642	22.567	7,9

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	7.879.626	64,8	2,1
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	2.107.926	17,3	84,9
Budgetrelevante Leistungen	898.454	7,4	-5,6
Probatorische Sitzungen	688.493	5,7	-8,1
Psychotherapeutische Gespräche	336.154	2,8	43,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	205.060	1,7	17,3
Vergütung restliche Bereiche	31.434	0,3	-35,9
<b>Summe</b>	<b>12.147.147</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# LABORATORIUMSMEDIZINER

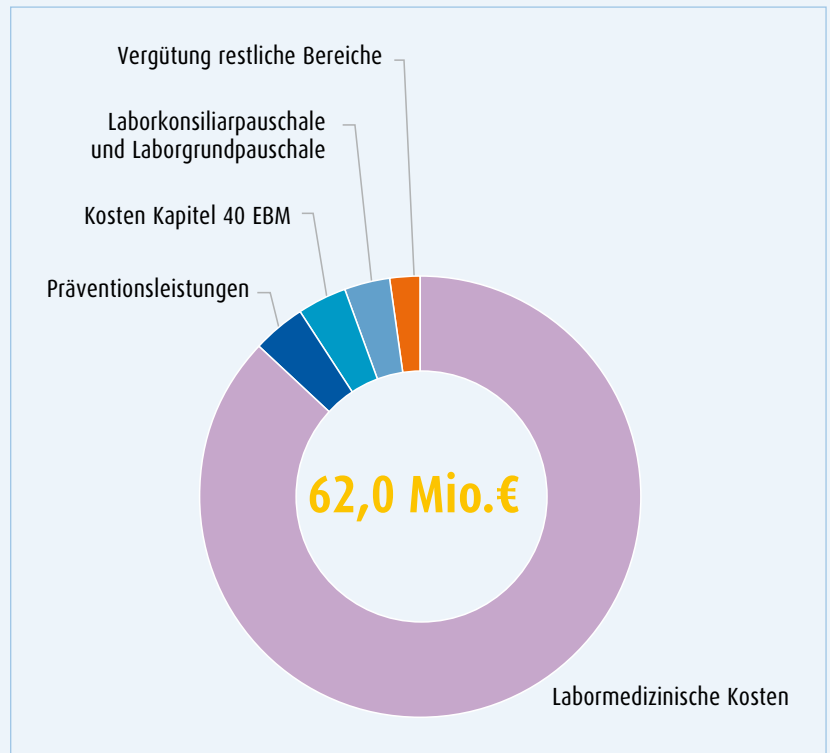
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	40	-	-2,4
Anzahl der Ärzte:	51	-	-1,9
Gesamthonorar in Euro:	15.506.872	62.027.489	1,3
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	387.672	1.550.687	3,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	304.056	1.216.225	3,2
Gesamtfallzahl:	653.390	2.613.560	1,2

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Labormedizinische Kosten	53.929.458	87,0	0,5
Präventionsleistungen	2.396.308	3,9	42,4
Kosten Kapitel 40 EBM	2.324.430	3,7	-6,3
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale	2.108.555	3,4	-23,6
Vergütung restliche Bereiche	1.268.738	2,0	87,7
<b>Summe</b>	<b>62.027.489</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

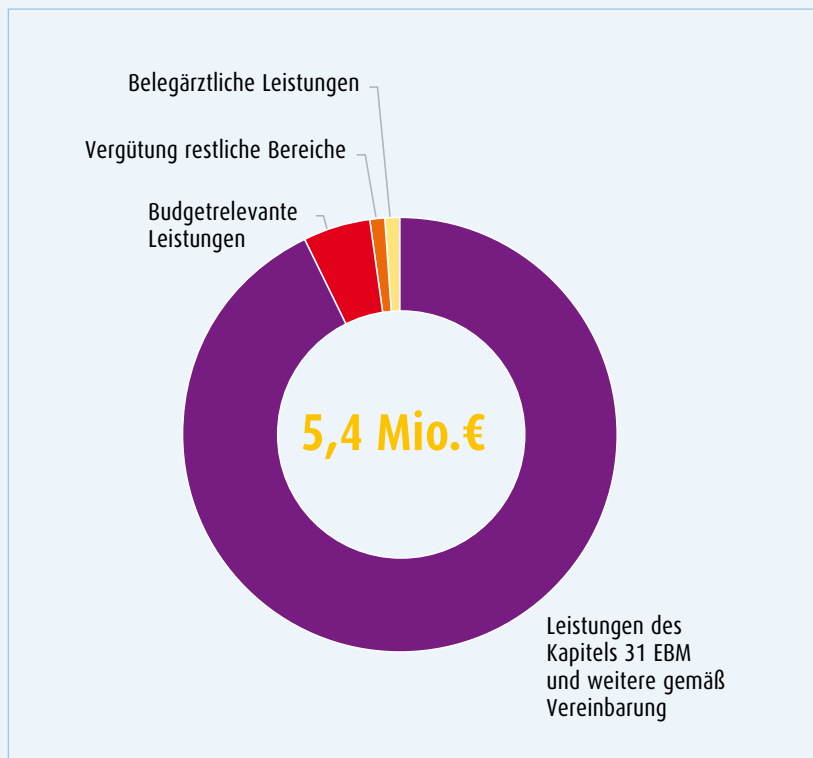
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	54	-	3,8
Anzahl der Ärzte:	55	-	3,8
Gesamthonorar in Euro:	1.360.178	5.440.711	7,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	25.189	100.754	3,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	24.731	98.922	3,6
Gesamtfallzahl:	6.452	25.809	5,8

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	5.044.215	92,8	8,5
Budgetrelevante Leistungen	283.818	5,2	4,9
Vergütung restliche Bereiche	56.895	1,0	-21,1
Belegärztliche Leistungen	55.783	1,0	-20,1
<b>Summe</b>	<b>5.440.711</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# NEPHROLOGEN

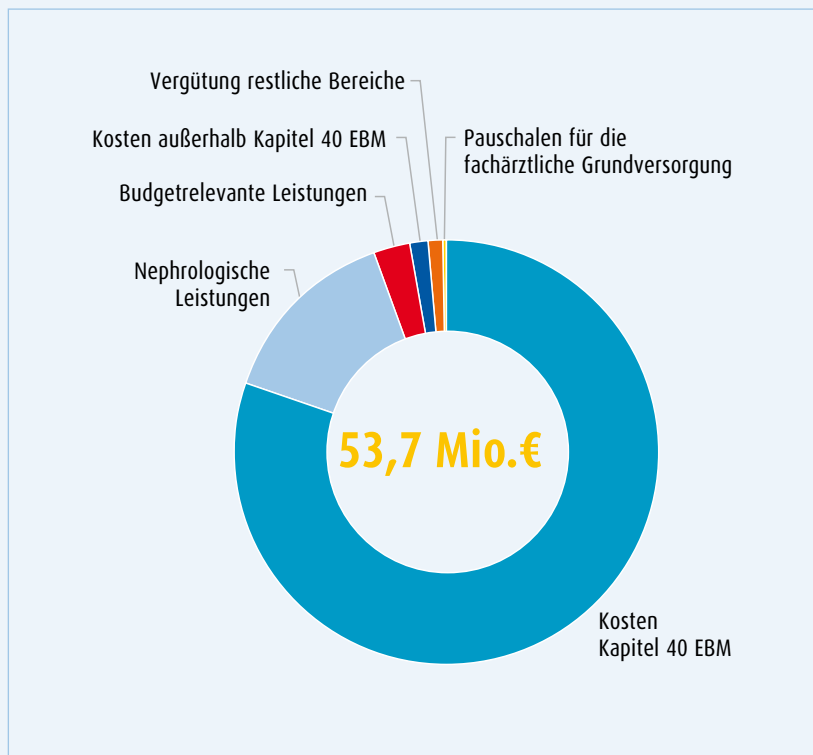
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	54	-	1,9
Anzahl der Ärzte:	62	-	8,8
Gesamthonorar in Euro:	13.417.185	53.668.740	1,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	248.467	993.866	-0,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	216.406	865.625	-6,5
Gesamtfallzahl:	17.579	70.314	2,7

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Kosten Kapitel 40 EBM	43.119.574	80,4	1,5
Nephrologische Leistungen	7.683.799	14,3	3,6
Budgetrelevante Leistungen	1.417.298	2,6	4,4
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	825.447	1,5	-4,9
Vergütung restliche Bereiche	574.069	1,1	0,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	48.553	0,1	13,3
<b>Summe</b>	<b>53.668.740</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# NERVENÄRZTE

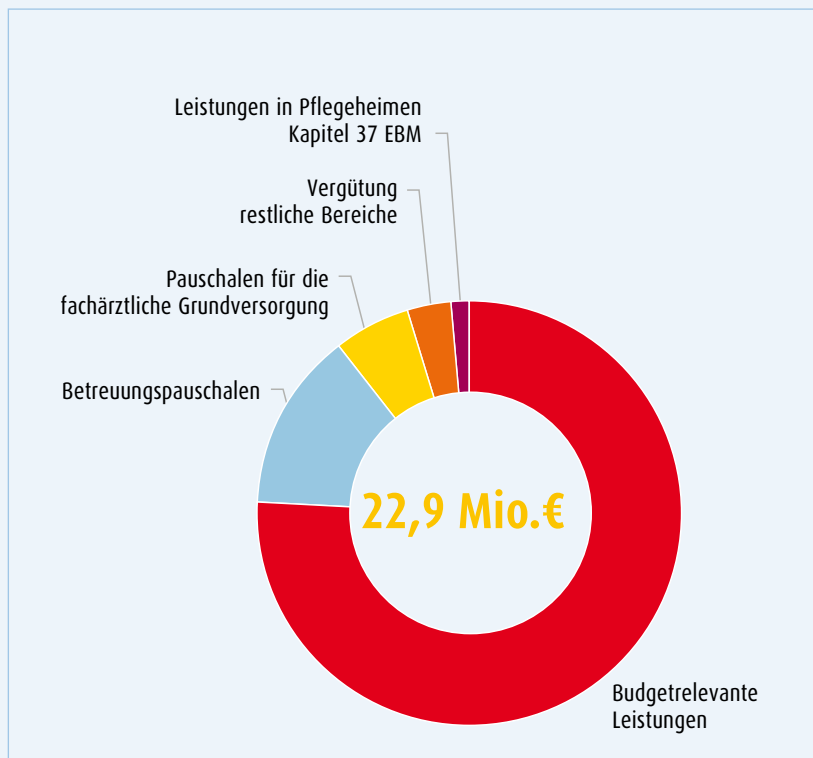
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	81	-	-4,7
Anzahl der Ärzte:	89	-	-4,3
Gesamthonorar in Euro:	5.724.420	22.897.681	-0,4
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	70.672	282.687	4,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	64.319	257.277	4,1
Gesamtfallzahl:	69.087	276.348	-3,7

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	17.365.292	75,9	0,9
Betreuungspauschalen	3.127.443	13,7	-4,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.338.835	5,8	-1,7
Vergütung restliche Bereiche	761.566	3,3	-33,6
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	304.545	1,3	-
<b>Summe</b>	<b>22.897.681</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# NEUROCHIRURGEN

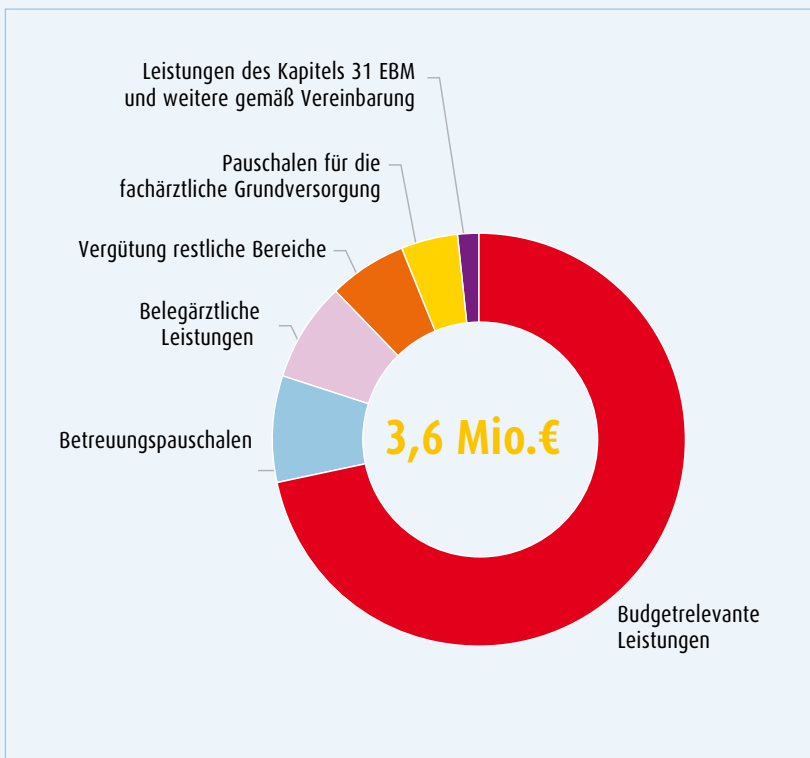
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	23	-	-8,0
Anzahl der Ärzte:	31	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	897.446	3.589.785	-5,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	39.020	156.078	3,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	28.950	115.800	-5,0
Gesamtfallzahl:	9.632	38.529	-8,5

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	2.581.081	71,8	-3,0
Belegärztliche Leistungen	297.667	8,3	-9,1
Betreuungspauschalen	281.931	7,9	-13,5
Vergütung restliche Bereiche	217.334	6,1	0,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	156.623	4,4	-7,8
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	55.149	1,5	-29,8
<b>Summe</b>	<b>3.589.785</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# NEUROLOGEN

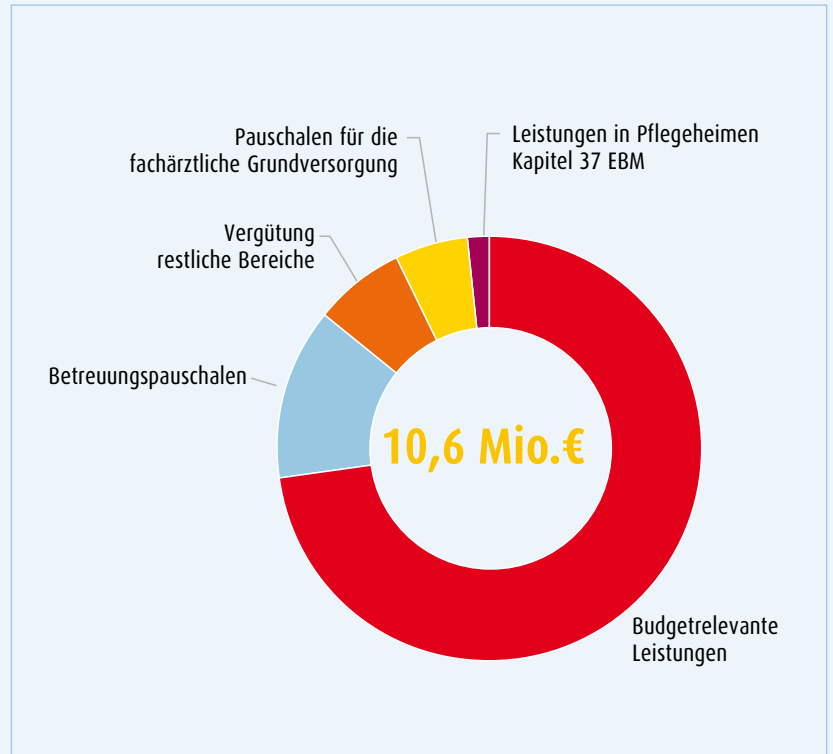
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	39	-	8,3
Anzahl der Ärzte:	49	-	14,0
Gesamthonorar in Euro:	2.645.994	10.583.976	11,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	67.846	271.384	3,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	54.000	216.000	-1,9
Gesamtfallzahl:	31.523	126.092	8,8

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	7.733.302	73,0	14,3
Betreuungspauschalen	1.367.403	12,9	7,7
Vergütung restliche Bereiche	747.678	7,1	-6,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	589.022	5,6	11,0
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	146.571	1,4	45,6
<b>Summe</b>	<b>10.583.976</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# NUKLEARMEDIZINER

## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	24	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	28	-	3,7
Gesamthonorar in Euro:	1.775.793	7.103.170	1,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	73.991	295.965	1,5
Ø Honorar je Arzt in Euro:	63.421	253.685	-2,2
Gesamtfallzahl:	10.784	43.135	-5,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	5.662.379	79,7	-1,2
Kosten Kapitel 40 EBM	1.019.932	14,4	5,9
Vergütung restliche Bereiche	328.409	4,6	44,9
Mamma-MRT, MRT-Angiografie	92.450	1,3	12,6
<b>Summe</b>	<b>7.103.170</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# ONKOLOGEN

## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	28	-	16,7
Anzahl der Ärzte:	34	-	13,3
Gesamthonorar in Euro:	2.587.551	10.350.204	11,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	92.413	369.650	-4,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	76.105	304.418	-2,0
Gesamtfallzahl:	13.252	53.008	9,7

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	6.315.578	61,0	11,6
Onkologie-Vereinbarung	3.743.991	36,2	10,6
Vergütung restliche Bereiche	280.215	2,7	6,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	10.420	0,1	20,7
<b>Summe</b>	<b>10.350.204</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# ORTHOPÄDEN

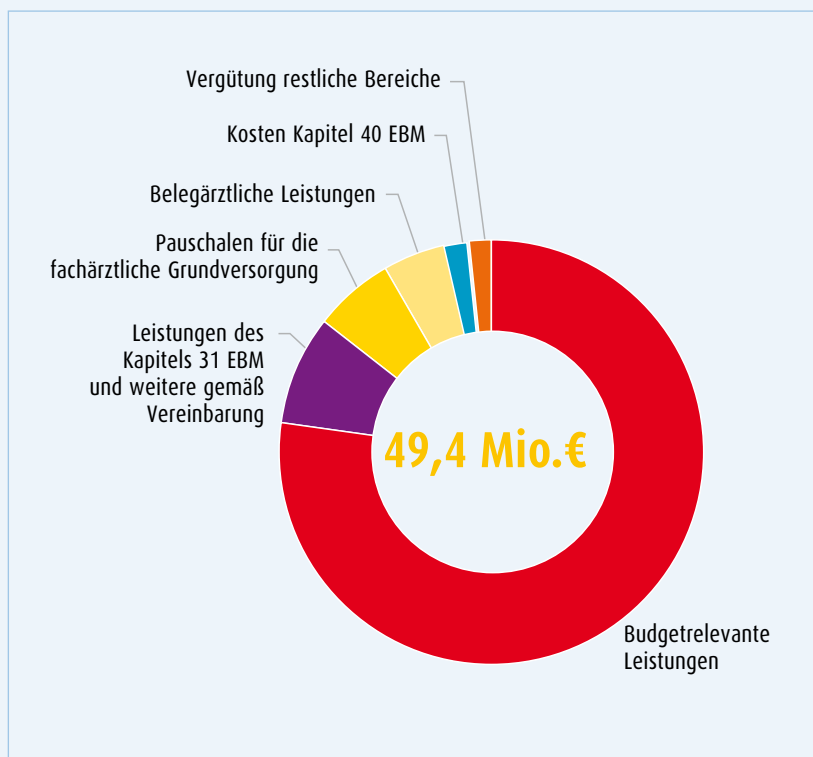
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	200	-	2,6
Anzahl der Ärzte:	228	-	2,2
Gesamthonorar in Euro:	12.341.900	49.367.601	2,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	61.710	246.838	-0,1
Ø Honorar je Arzt in Euro:	54.131	216.525	0,2
Gesamtfallzahl:	212.714	850.855	-0,4

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	38.195.120	77,4	2,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.151.812	8,4	3,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.003.805	6,1	1,5
Belegärztliche Leistungen	2.290.636	4,6	7,8
Kosten Kapitel 40 EBM	1.023.997	2,1	-1,7
Vergütung restliche Bereiche	702.231	1,4	-6,4
<b>Summe</b>	<b>49.367.601</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# PATHOLOGEN

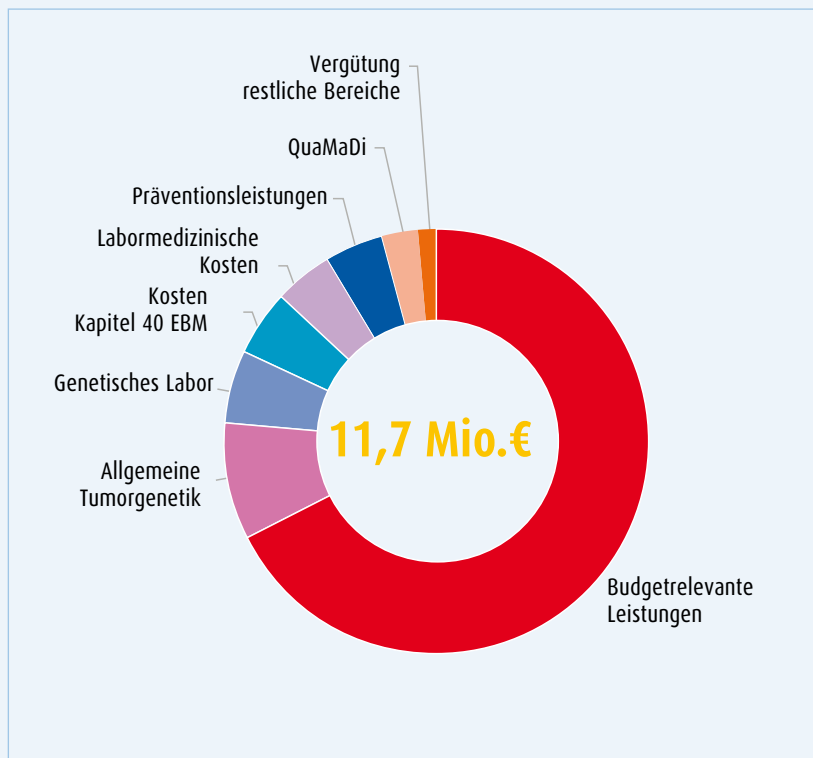
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	34	-	-2,9
Anzahl der Ärzte:	43	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	2.936.194	11.744.777	7,1
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	86.359	345.435	10,2
Ø Honorar je Arzt in Euro:	68.284	273.134	7,1
Gesamtfallzahl:	55.160	220.639	0,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	7.920.529	67,5	4,9
Allgemeine Tumorgenetik	1.045.234	8,9	36,6
Genetisches Labor	685.454	5,8	3,7
Kosten Kapitel 40 EBM	560.529	4,8	-0,4
Präventionsleistungen	542.417	4,6	7,1
Labormedizinische Kosten	510.122	4,3	-1,6
QuaMaDi	332.060	2,8	21,0
Vergütung restliche Bereiche	148.432	1,3	13,4
<b>Summe</b>	<b>11.744.777</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN

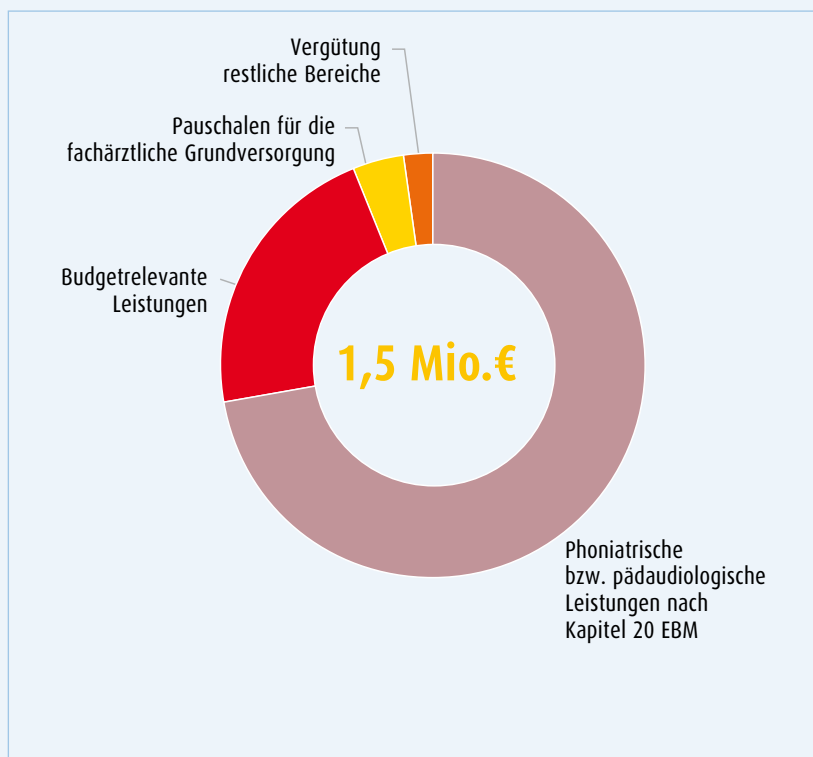
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	5	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	5	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	365.011	1.460.042	7,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	73.002	292.008	7,0
Ø Honorar je Arzt in Euro:	73.002	292.008	7,0
Gesamtfallzahl:	5.081	20.323	2,5

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Phoniatrische bzw. pädaudiologische Leistungen nach Kapitel 20 EBM	1.057.779	72,4	8,9
Budgetrelevante Leistungen	315.013	21,6	2,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	58.236	4,0	4,5
Vergütung restliche Bereiche	29.014	2,0	-4,3
<b>Summe</b>	<b>1.460.042</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

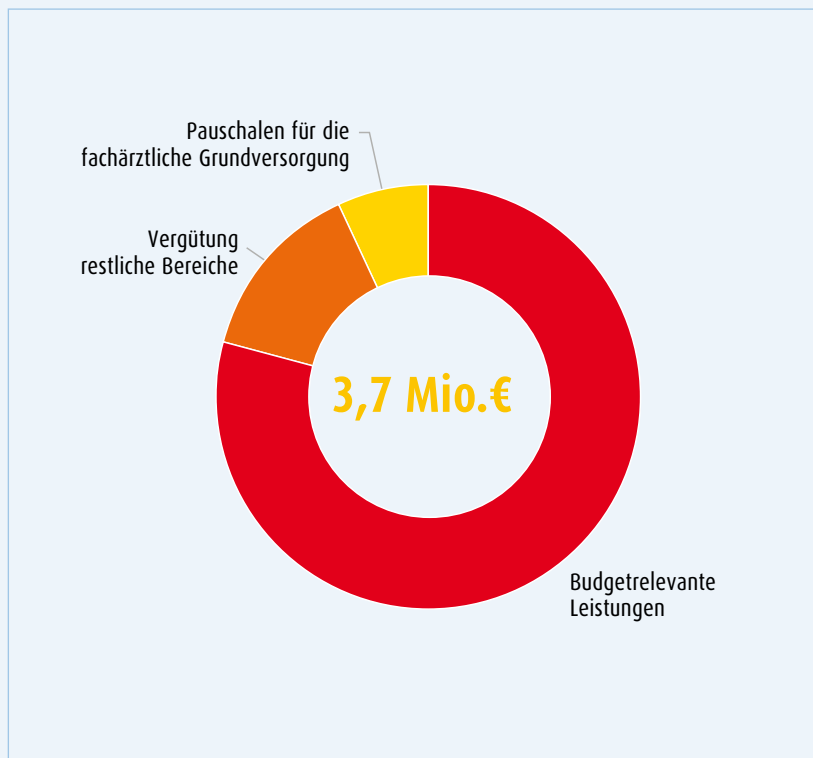
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	17	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	20	-	0,0
Gesamthonorar in Euro:	927.556	3.710.224	2,7
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	54.562	218.248	2,7
Ø Honorar je Arzt in Euro:	46.378	185.511	2,7
Gesamtfallzahl:	12.014	48.055	0,5

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	2.940.839	79,3	1,3
Vergütung restliche Bereiche	516.248	13,9	11,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	253.137	6,8	2,4
<b>Summe</b>	<b>3.710.224</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# PNEUMOLOGEN

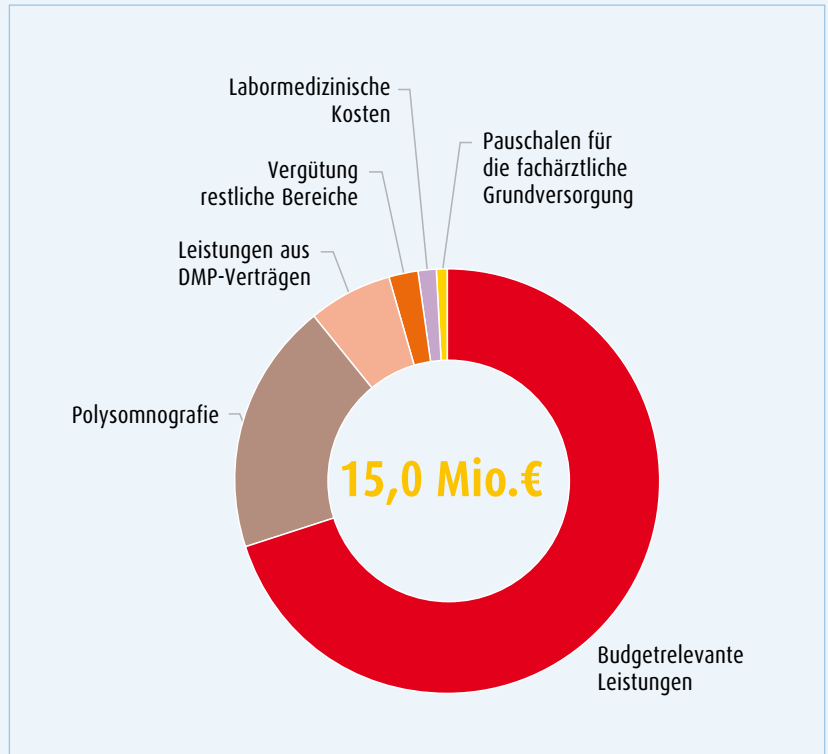
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	38	-	2,7
Anzahl der Ärzte:	39	-	2,6
Gesamthonorar in Euro:	3.739.961	14.959.842	4,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	98.420	393.680	1,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	95.897	383.586	1,3
Gesamtfallzahl:	46.588	186.350	2,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	10.483.726	70,1	5,3
Polysomnografie	2.853.416	19,1	3,3
Leistungen aus DMP-Verträgen	993.346	6,6	-2,5
Vergütung restliche Bereiche	314.888	2,1	-5,1
Labormedizinische Kosten	202.527	1,4	-4,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	111.939	0,7	13,5
<b>Summe</b>	<b>14.959.842</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# PSYCHIATER

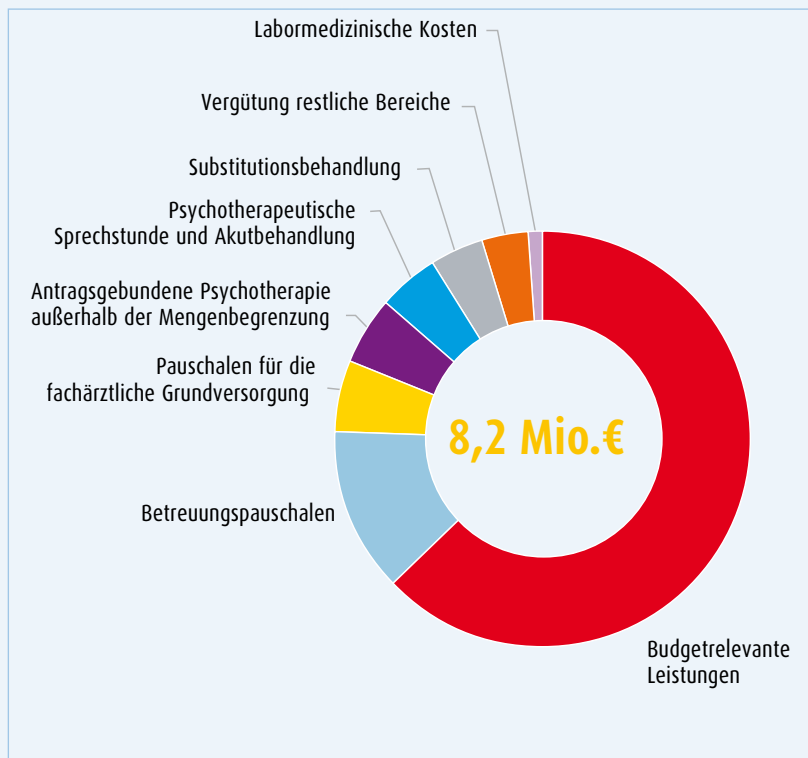
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	44	-	4,8
Anzahl der Ärzte:	56	-	5,7
Gesamthonorar in Euro:	2.053.096	8.212.385	14,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	46.661	186.645	8,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	36.663	146.650	7,9
Gesamtfallzahl:	20.654	82.616	6,7

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	5.145.189	62,7	9,0
Betreuungspauschalen	1.046.025	12,7	10,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	467.641	5,7	7,8
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	424.596	5,2	16,6
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	405.691	4,9	171,3
Substitutionsbehandlung	336.563	4,1	37,8
Vergütung restliche Bereiche	295.758	3,6	13,8
Labormedizinische Kosten	90.922	1,1	8,2
<b>Summe</b>	<b>8.212.385</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	395	-	0,3
Anzahl der Ärzte:	522	-	4,4
Gesamthonorar in Euro:	11.227.616	44.910.465	13,9
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	28.424	113.697	13,6
Ø Honorar je Arzt in Euro:	21.509	86.035	9,1
Gesamtfallzahl:	27.296	109.183	8,0

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengengrenzung	30.484.248	67,9	7,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	6.849.242	15,3	79,0
Budgetrelevante Leistungen	2.469.052	5,5	-5,8
Probatorische Sitzung	2.302.125	5,1	-8,8
Psychotherapeutische Gespräche	1.435.763	3,2	47,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	780.725	1,7	17,2
Vergütung restliche Bereiche	589.310	1,3	51,3
<b>Summe</b>	<b>44.910.465</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# RADIOLOGEN

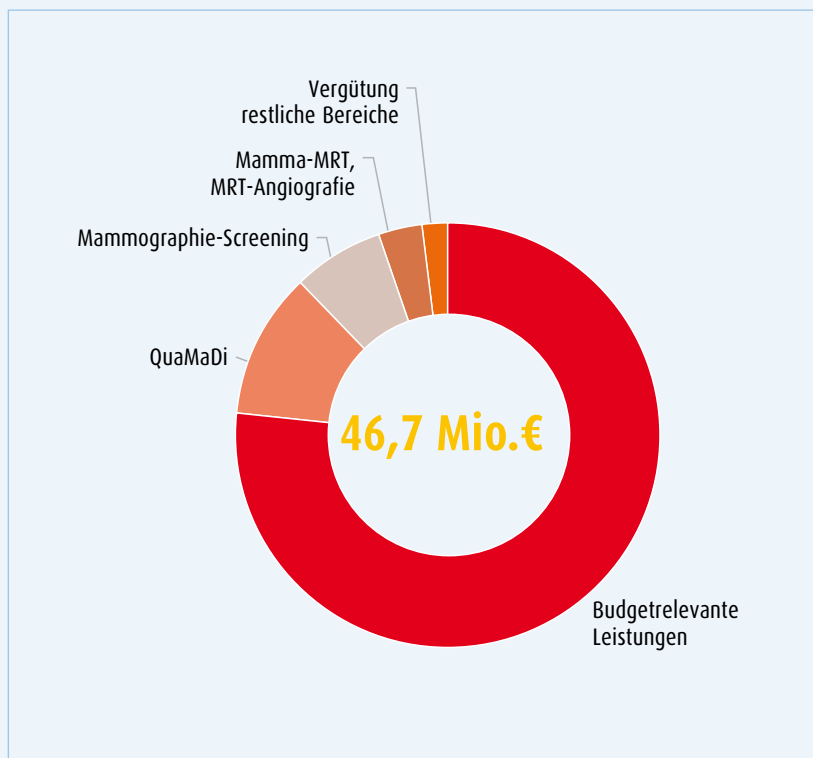
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	86	-	1,2
Anzahl der Ärzte:	101	-	4,1
Gesamthonorar in Euro:	11.670.762	46.683.046	2,5
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	135.707	542.826	1,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	115.552	462.208	-1,5
Gesamtfallzahl:	147.779	591.116	2,1

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	35.807.780	76,7	3,4
QuaMaDi	5.223.524	11,2	0,9
Mammographie-Screening	3.290.957	7,0	4,7
MRT Mammo- und Angiografie	1.574.491	3,4	-9,4
Vergütung restliche Bereiche	786.294	1,7	-7,4
<b>Summe</b>	<b>46.683.046</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018





# RHEUMATOLOGEN

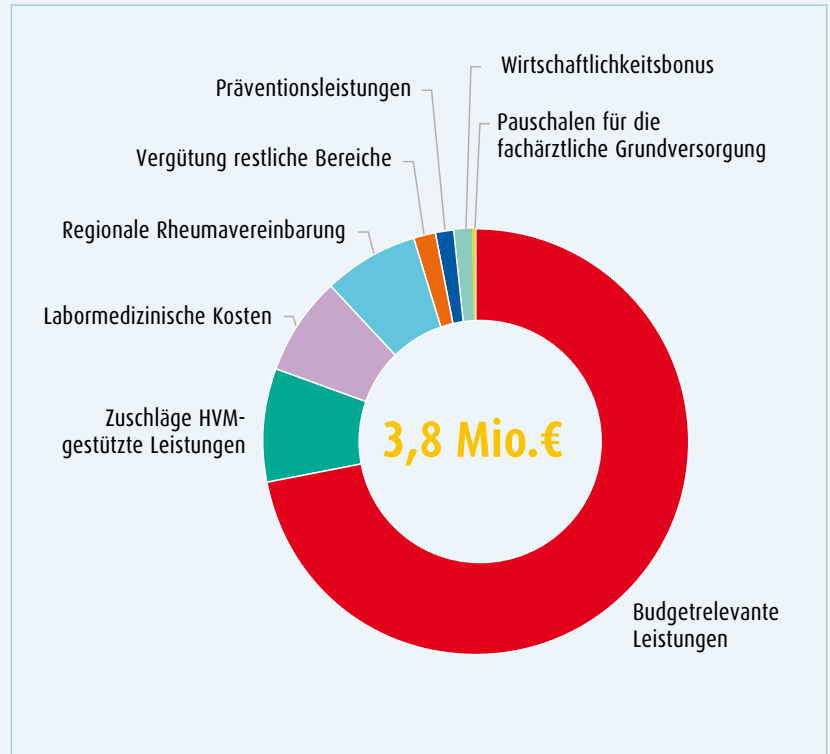
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	15	-	15,4
Anzahl der Ärzte:	15	-	15,4
Gesamthonorar in Euro:	937.652	3.750.608	18,0
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	62.510	250.041	2,3
Ø Honorar je Arzt in Euro:	62.510	250.041	2,3
Gesamtfallzahl:	10.709	42.834	9,5

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	2.708.499	72,1	10,5
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	321.569	8,6	12,8
Labormedizinische Kosten	277.805	7,4	-6,9
Regionale Rheumavereinbarung	270.640	7,2	-
Vergütung restliche Bereiche	61.984	1,7	11,8
Präventionsleistungen	54.694	1,5	38,1
Wirtschaftlichkeitsbonus	49.500	1,3	15,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	5.917	0,2	17,5
<b>Summe</b>	<b>3.750.608</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# STRAHLENTHERAPEUTEN

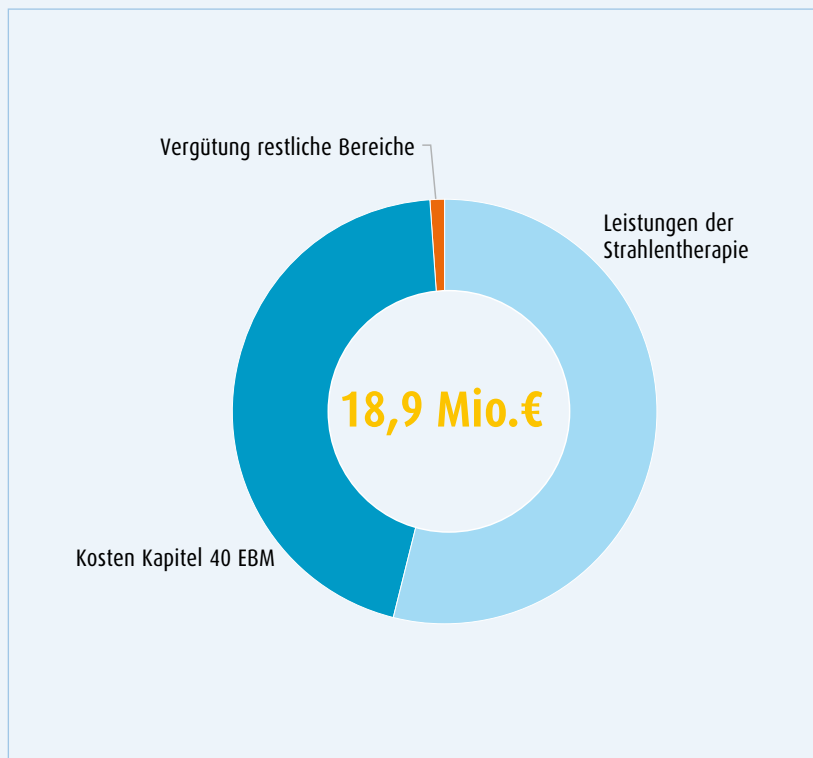
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	22	-	0,0
Anzahl der Ärzte:	30	-	3,4
Gesamthonorar in Euro:	4.724.237	18.896.949	5,8
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	214.738	858.952	5,8
Ø Honorar je Arzt in Euro:	157.475	629.898	2,3
Gesamtfallzahl:	4.075	16.299	6,3

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Leistungen der Strahlentherapie	10.285.193	54,4	6,8
Kosten Kapitel 40 EBM	8.428.231	44,6	4,7
Vergütung restliche Bereiche	183.525	1,0	4,7
<b>Summe</b>	<b>18.896.949</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# UROLOGEN

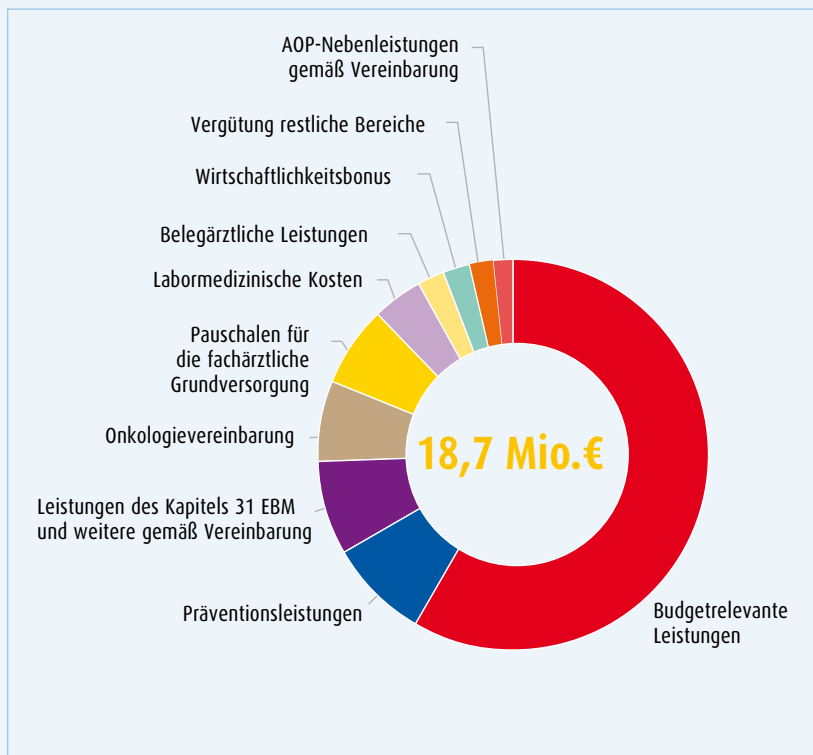
## Kenngrößen der Arztgruppe 2018

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2017
Tätigkeitsumfang der Ärzte:	94	-	2,2
Anzahl der Ärzte:	105	-	2,9
Gesamthonorar in Euro:	4.684.011	18.736.045	3,6
Ø Honorar je Tätigkeitsumfang in Euro:	49.830	199.320	1,4
Ø Honorar je Arzt in Euro:	44.610	178.439	0,6
Gesamtfallzahl:	94.234	376.935	1,6

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2018

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2017
Budgetrelevante Leistungen	10.966.908	58,6	3,3
Präventionsleistungen	1.517.557	8,1	33,8
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.456.658	7,8	3,5
Onkologievereinbarung	1.274.797	6,8	6,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.224.577	6,5	6,2
Labormedizinische Kosten	792.430	4,2	-10,0
Belegärztliche Leistungen	431.691	2,3	-6,8
Wirtschaftlichkeitsbonus	395.735	2,1	-7,8
Vergütung restliche Bereiche	375.095	2,0	-27,3
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	300.597	1,6	3,0
<b>Summe</b>	<b>18.736.045</b>	<b>100,0</b>	

## GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2018



# 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

Angestellte Ärzte spielen 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 Sicherstellungsauftrages 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 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 Leistungsansprüche 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 Paragraph 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 175.000 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 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.

## Labor-Auftrags-Volumen (LAV)

Mit der Laborreform ab 01.04.2018 soll den steigenden Kosten für laboratoriumsmedizinische Leistungen entgegengewirkt werden. Die bisher gültige bundeseinheitliche Mindestquote von 91,58 Prozent für laboratoriumsmedizinische Leistungen entfällt. An ihre Stelle treten neue Vergütungsregelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVSH. Unter anderem erhalten Laborärzte ein standortbezogenes Labor-Auftrags-Volumen (LAV). Es werden die anerkannten Vergütungen der GOP aus den Kapiteln 32.2 und 32.3 in den Abrechnungsquartalen 2/2017 bis 1/2018 herangezogen und gemäß KBV-Vorgaben

auf 89 Prozent quotiert, um daraus je Abrechnungsquartal für die Laborpraxis das LAV zu bilden und auszuweisen. Innerhalb dieses individuellen „Budgets“ werden laboratoriumsmedizinische Leistungen zu 100 Prozent, die darüber hinausgehende Forderung zu 35 Prozent vergütet. Ab 2/2019 werden die LAV unter Berücksichtigung der Veränderungsrate der MGV weiterentwickelt.

## 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 2018 gilt ein OW von 10,6543 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. 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 Paragraf 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 Punktzahlvolumen (PZV), 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.

### 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, Cordelia Dost,  
Carsten Götsche, Merle Greßmann, Christine von Hielmcrone,  
Birthe Lang, Christopher Lewering, Melissa Martens, Svenja Oellerking,  
Anja Oelkers, Caroline Polonji, Stephan Rühle, Sandra Schubert,  
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. Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“, „der Psychotherapeut“), ist hiermit selbstverständlich auch die weibliche Form gemeint („die Ärztin“, „die Psychotherapeutin“). Ebenso ist mit „der Arzt“, je nach Zusammenhang, auch die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis der Leserinnen und Leser.





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

Weitere Informationen im Internet unter  
[www.kvsh.de](http://www.kvsh.de)

