

MGV



HZV ASV



SONDERTHEMA BEREINIGUNG

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2024



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2024

INHALT

Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein	6
Rechtliche Grundlagen	8
Gesamtvergütung	9
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)	15
Aufteilung der MGV	16
Rückstellungen nach Versorgungsbereichen	17
Vergütungen von Labor und ärztlichem Bereitschaftsdienst	18



Hybrid-DRG-Leistungen 19

Was ist neu im EBM? 20

Sonderthema: Bereinigung – was ist das? 21

Vergütung PZV-relevanter Leistungen..... 25

Arztgruppen im Detail 27

Glossar 70

Impressum 74



KARSTEN BRANDSTETTER,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER

Sehr geehrte Interessierte am Honorarbericht!

Auch wenn die KV-Welt – wie das Titelbild andeutet – nicht immer ganz im Gleichgewicht ist, freue ich mich, Ihnen den nunmehr 14. Honorarbericht der KVSH präsentieren zu können. Mit diesem Bericht bringen wir jährlich ein Stück mehr Licht in den Honorardschmel – jedes Mal mit einem besonderen thematischen Schwerpunkt. Im vorliegenden Bericht liegt der Fokus auf der Neudarstellung der Arztgruppen-Übersichten sowie dem Sonderthema „Bereinigung“.

In der Gesundheitspolitik gibt es schon seit Jahren kein wirklich ruhiges Jahr mehr – so auch 2024. Viele Ideen wurden entwickelt, manche als Gesetzesinitiativen diskutiert, doch nur wenige tatsächlich umgesetzt. Das Ende der Regierungskoalition hat die Realisierung zahlreicher Vorhaben zusätzlich erschwert. Leider wird die Bedeutung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung von der Politik häufig unterschätzt – zumindest, wenn man die konkrete Ausgestaltung gesetzlicher Regelungen betrachtet. Grundlegende Reformen, die längst überfällig wären, sind auch im Jahr 2024 ausgeblieben.

Unser diesjähriges Sonderthema möchte einen verständlichen Überblick über die oftmals komplexen Berechnungsmechanismen der sogenannten „Bereinigung“ geben. Diese Komplexität führt nicht selten zu einer überschätzten Wahrnehmung der finanziellen Dimensionen. Der Gesetzgeber schafft nur selten Möglichkeiten, die komplizierten Mechanismen zu vereinfachen. Daher haben wir das Thema der Bereinigung zum Anlass genommen, es im Zusammenhang mit der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) näher zu beleuchten. Wie groß ist der Bereinigungsanteil meines Punktzahlvolumens (PZV)? Und welcher Anteil wird der MGV entnommen, um eine extrabudgetäre Vollvergütung zu ermöglichen? Antworten auf diese Fragen finden Sie ab [Seite 21](#).

Ebenfalls überarbeitet wurde die Darstellung der Arztgruppen-Übersichten. Die erbrachten Leistungen sind nun den drei neuen, mit Ampelfarben gekennzeichneten Vergütungsbereichen zugeordnet. Zusätzlich zur durchschnittlichen Vergütung einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Vollzeitstelle können Sie nun auch Forderung und Vergütungsquote als Jahreswerte ablesen. Ihre Arztgruppe finden Sie ab [Seite 27](#).

Die zum 4. Quartal 2025 in Kraft tretende Entbudgetierung der Hausärzte werden wir erst im übernächsten Honorarbericht ausführlich bewerten können. Unabhängig davon setzen wir uns weiterhin konsequent für eine vollständige und sachgerechte Vergütung aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen im ambulanten Bereich ein.

Im Honorarbericht 2025 werden wir die Laborreform aufgreifen und näher analysieren. Nun wünsche ich Ihnen zunächst eine anregende und informative Lektüre des Honorarberichts 2024.

Ihr

KARSTEN BRANDSTETTER

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



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

2024 war erneut ein Jahr, in dem gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundesebene spürbare Auswirkungen auf unsere regionale Honorarverteilung hatten – zugleich markierte es das gesundheitspolitische Schlusskapitel der Legislaturperiode von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach. Ein Jahr voller Widersprüche: Während zahlreiche neue Gesetze und Regelungen die Rahmenbedingungen unserer Arbeit veränderten, war die Teilentbudgetierung der Kinder- und Jugendärzte zugleich überfällig – und für viele Praxen ein wichtiges Signal.

Das Sonderthema dieses Berichts – die Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) – führt mitten in den Maschinenraum des HVM. Hier zeigt sich auf komplexe Weise, wie politische Vorgaben, die auf Bundesebene gesetzlich verankert werden, im Praxisalltag spürbar werden. Wenn Mittel aus der MGV herausgelöst und an anderer Stelle gebunden werden, verringern sich Spielräume, Kalkulationssicherheit – und oft auch die Möglichkeit, zusätzliche Versorgung anzubieten.

Bei all dem zeigt sich: Der HVM in Schleswig-Holstein bleibt stabil. Er federt Schwankungen ab, schützt Existenzen und bleibt verlässlicher Kompass in einem zunehmend unruhigen Umfeld. Diese Stabilität zu bewahren, ist und bleibt unsere Aufgabe – maßvoll, zweckmäßig, gerecht und nachvollziehbar.

Da der Honorarbericht 2024 heute ja auch schon wieder Geschichte ist, sei ein kurzer Blick nach vorn erlaubt: Die nun vollzogene Teilentbudgetierung der Hausärzte war ebenfalls längst überfällig – doch der nächste Schritt darf nicht länger warten. Auch die Fachärzte brauchen Planungssicherheit. Und wenn ein Primärarztssystem kommen sollte – vielleicht als Weiterentwicklung der heutigen Hausarzt-Facharzt-Vermittlungsstrukturen – kann das nur funktionieren, wenn die dort vermittelten fachärztlichen Leistungen grundsätzlich unbudgetiert erbracht werden können.

Nur mit realer Entbudgetierung wird Versorgung wieder planbar – und bleibt das ambulante System tragfähig.

Ihr

DR. MICHAEL SCHROEDER

Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein



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 PZV wurden zum 1. Juli 2023 neu berechnet und basieren auf den arztindividuellen Leistungen des 3. Quartals 2022 bis zum 2. Quartal 2023 und werden ab dem 1. Juli 2024 dann jährlich weiterentwickelt. Eine wesentliche Neuerung ist, dass die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen nicht mehr Bestandteil der PZV sind, sondern frei vergütet werden.

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.

Vergütungsstabilität: Die Punktzahlvolumen werden in einem engen Rahmen weiterentwickelt. Absenkungen greifen erst nach zweimaligem aufeinanderfolgenden Unterschreiten eines PZV. Regelhafte 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 allgemeine und kinderärztliche Anlaufpraxen sowie 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 wird.

Unterstützung von Praxisnetzen: Ärzte in anerkannten Praxisnetzen erhalten einen Aufschlag auf das PZV in Höhe von 1.000 Punkten. Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater erhalten einen Aufschlag auf den errechneten Punktwert in Höhe von 1.000 Punkten multipliziert mit dem Orientierungswert (OW). Bei anteiligen Arztstellen erfolgen die vorgenannten Regelungen entsprechend ihres Versorgungsumfanges.

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 Heimbesuche bei Patienten, die älter als 70 Jahre sind und/oder einen Pflegegrad 3, 4 oder 5 besitzen
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung
- Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung
- Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- Leistungen von schmerztherapeutischen Zentren
- Leistungen fachinternistischer Rheumatologen
- Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen

Berücksichtigung der kooperativen Behandlung von Patienten: In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) 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.

Zudem können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen im Honorarvertrag Zuschläge für sogenannte besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer nach bestimmten Kriterien des Bewertungsausschusses vereinbaren. In Schleswig-Holstein werden folgende Leistungen/Leistungsbereiche in 2024 gefördert:

- Rheumatologische Versorgung
- Belegärztliche Geburt
- MRT-Untersuchungen bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren ohne Sedierung bzw. ohne Narkose bei Nutzung des kindlichen Schlafes
- Therapeutisches Gespräch im Rahmen der substituionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (ab 3. Quartal 2023).

Die KVSH stärkt zudem in Verträgen die besondere Versorgung (Paragraf 140a SGB V) und mit strukturierten Behandlungsprogrammen (Paragraf 137f SGB V) – den sogenannten Disease-Management Programmen (DMP) – die Versorgung chronisch kranker Versicherten.

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 Grundlagen

Die Paragraphen 82 bis 87a 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 demografischen und diagnosebezogenen Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) für den jeweiligen KV-Bezirk sowie Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung (d. h. außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen).

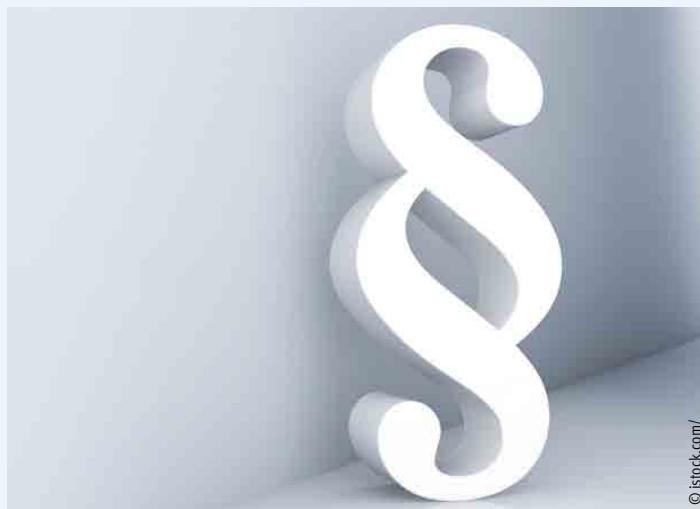
Gemäß Paragraph 87b SGB V liegt die Kompetenz für die regionale Honorarverteilung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV hat jedoch gemäß Paragraph 87b Absatz 4 SGB V Vorgaben, insbesondere zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung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

Die MGV untergliedert sich gemäß den KBV-Vorgaben in die Vergütungsvolumen für Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall, den hausärztlichen Grundbetrag, den Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“, den Grundbetrag „Förderung Kinder- und Jugendärzte“ (in Schleswig-Holstein nicht besetzt), den fachärztlichen Grundbetrag, den Leistungsbereich Human-genetik sowie die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung.

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); gleiches gilt für die Vergütung der Leistungen des Versorgungsbereichs der Kinder- und Jugendmedizin.

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

Ferner 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).



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).

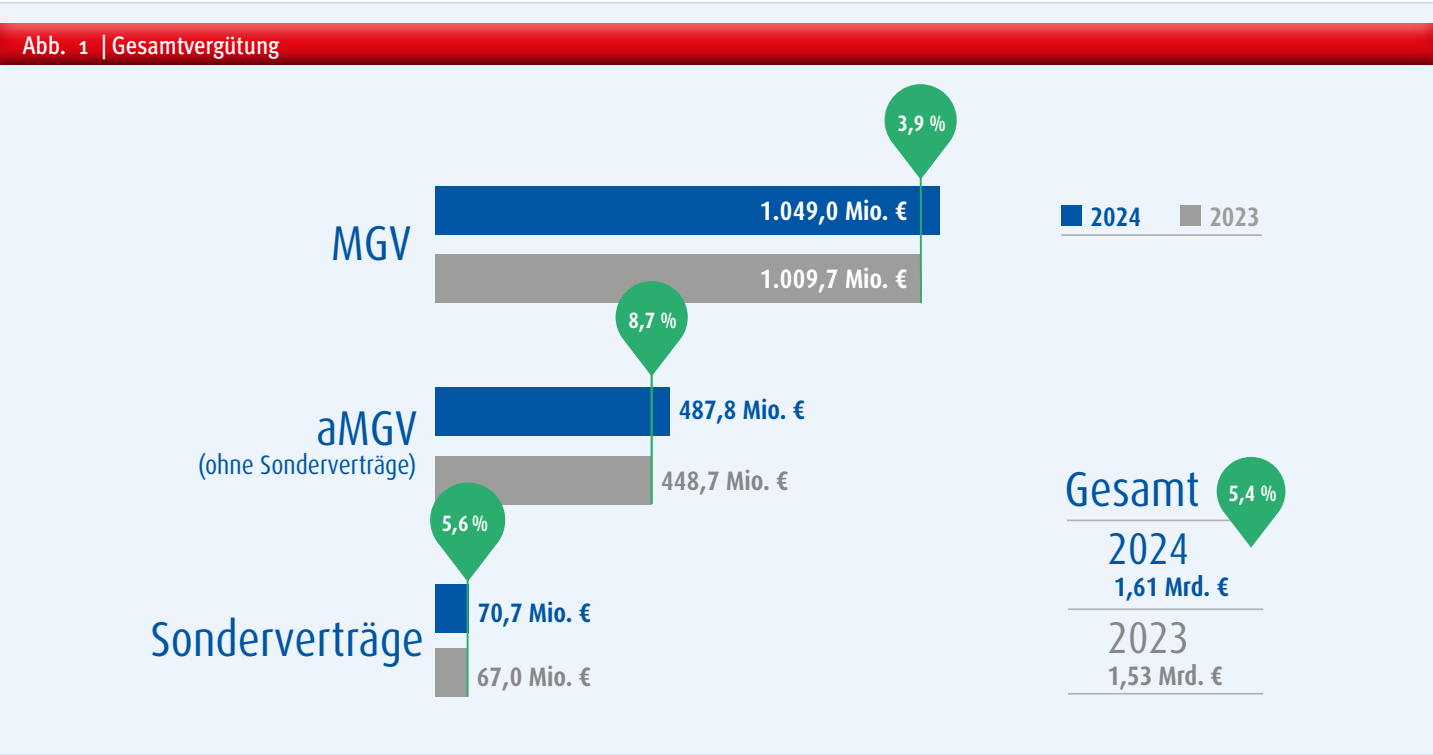
Gemäß Paragraph 87a Absatz 3 SGB V werden verschiedene Leistungen und extrabudgetäre Zuschläge von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten MGV mit den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet. Dies gilt beispielsweise für

- vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- Leistungen im Terminservicestelle (TSS)-Vermittlungsfall,
- Leistungen im TSS-Akutfall,
- Leistungen im Hausarzt-Vermittlungsfall,
- regelmäßige Beratung nach Paragraph 2 Absatz 1a SGB V Transplantationsgesetz,
- bestimmte Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiater.

In der Honorarvereinbarung kann darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen extrabudgetär vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Seit dem 2. Quartal 2023 erfolgt gemäß Paragraph 87a Absatz 3b SGB V die Vergütung der Leistungen von Kinder- und Jugendmediziner*innen vollständig zum Orientierungswert, aber nicht extrabudgetär. Die MGV wird hinsichtlich der Vergütung dieser Leistungen von den Krankenkassen nicht mit befreiender Wirkung gezahlt, sodass es gegebenenfalls zu einer sogenannten „Nachschusspflicht“ der Krankenkassen kommt.

Gesamtvergütung



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 für das Jahr 2024 mit der Veränderungsrate von 0,3758 Prozent, dies entspricht ca. 3,9 Millionen Euro, weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert 11,9339 Cent, dies entspricht ca. 39 Millionen Euro, fortgeschrieben. Zur Behebung des Kassenwechsler-effektes wird der Behandlungsbedarf im Jahr 2024 basiswirksam um 0,6 Millionen Euro erhöht. Damit sollen Versichertenwechsel von Krankenkassen mit einem hohen durchschnittlichen Behandlungsbedarf zu Krankenkassen mit einem geringen durchschnittlichen Behandlungsbedarf ausgeglichen werden. Der Behandlungsbedarf wird unter anderem um ca. 0,7 Millionen Euro erhöht, aufgrund der Überführung humangenetischer Leistungen und Leistungen der allgemeinen Tumorgenetik in die MGV, erhöht.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2024 wird die MGV verringert um 1,9 Millionen Euro für die Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und für die Leistungen der Koronarangiografie um 0,2 Millionen Euro. Darüber hinaus wird die MGV um 3,5 Millionen Euro für Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde bereinigt. Des Weiteren erfolgte eine Absenkung der MGV 2024 über 0,9 Millionen Euro für die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung.

Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
MGV 2023	252,9 Mio. Euro	252,9 Mio. Euro	246,1 Mio. Euro	257,1 Mio. Euro
MGV 2024	261,8 Mio. Euro	263,5 Mio. Euro	256,1 Mio. Euro	267,6 Mio. Euro
Differenz	8,9 Mio. Euro	10,6 Mio. Euro	10 Mio. Euro	10,5 Mio. Euro
prozentuale Veränderung	3,52 %	4,19 %	4,06 %	4,08 %

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 und 6 SGB V sowie aufgrund von Beschlüssen bzw. Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgewählte ärztliche und psychotherapeutische Leistungen extrabudgetär vergütet.

In 2024 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA somnio nach der GOP 30780 EBM,
- Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Vivira nach der GOP 30781 EBM,
- Externe elektrische Kardioversion einschließlich Sachkosten nach den GOP 04421 und GOP 13552 EBM sowie Leistungen nach den GOP 05310, 05341, 33022 und 33023 EBM im Zusammenhang mit Leistungen nach den GOP 04421 und GOP 13552 EBM,
- Herzkatheteruntersuchung mit Koronarangiografie nach der GOP 34291 EBM, Zuschlag zur Intervention (PTCA, Stent) nach der GOP 34292 EBM, Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiografie nach der GOP 01521 EBM sowie Zusatzpauschale für Beobachtung und Betreuung eines Kranken entsprechend den Inhalten der Vereinbarung zur invasiven Kardiologie nach der GOP 01522 EBM,
- Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach den GOP 01500, 01501, 01502 sowie 01503 EBM,
- Infusionstherapie mit Etranacogen dezaparvec nach der GOP 30326 EBM,
- Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvec nach der GOP 33105 EBM.
- Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung an das Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach der GOP 01681 EBM sowie Fallbesprechung mit dem Jugendamt im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz nach der GOP 01682 EBM. Die GOP 01681 und 01682 EBM sind nur dann abrechenbar, wenn es gem. Paragraph 73c SGB V Kooperationsvereinbarungen zum Kinder- und Jugendschutz gibt. Eine solche Kooperationsvereinbarung gibt es in Schleswig-Holstein nicht.
- Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA companion patella nach der GOP 01477 EBM.
- Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus vor der Gabe von Mavacamten nach der GOP 32869 EBM.
- Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand nach den GOP 01858, 01859 und 01907 EBM.
- Zuschlag zu einem Eingriff nach Abschnitt 31.2.2 oder 36.2.2 für die zugehörige Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 01965 EBM,

- Kostenpauschale für die Meldegebühr im Zusammenhang mit der Meldung einer implantatbezogenen Maßnahme nach der GOP 40162 EBM,
- Perkutane Biopsie nach der GOP 02344 EBM,
- Leistungen nach den GOP 33040, 33042, 33043, 33050, 33091, 33092, 34430, 34441 und 34442 EBM, die im Zusammenhang mit Leistungen nach der GOP 02344 EBM als Leistungen gemäß des Vertrages nach Paragraph 115b SGB V durchgeführt werden,
- Angiokardiografie nach der GOP 34290 EBM,
- Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Kranus Lutera nach der GOP 01478 EBM,
- Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach Paragraph 115f SGB V bei nicht durchgeführter Leistung und sofern diese nicht im Anhang 2 zum EBM enthalten ist, vom 1. Juli bis 31. Dezember 2024 nach der GOP 05311 EBM, vergütet.
- Prophylaxe gegen Respiratorische Synzytial Viren (RSV) gemäß Paragraph 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01941 EBM,
- Zuschlag zur GOP 01941 EBM für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe gemäß Paragraph 1 RSV-Prophylaxeverordnung nach der GOP 01942 EBM,
- Aufklärung und Beratung zur Prophylaxe gegen RSV gemäß Paragraph 1 RSV-Prophylaxeverordnung ohne nachfolgende intramuskuläre Injektion nach der GOP 01943 EBM.

Gemäß Paragraph 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V können die regionalen Gesamtvertragspartner Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders zu fördernde Leistungen (sogenannte förderungswürdige Leistungen/fwL) sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbaren. Der Bewertungsausschuss hat hierzu Kriterien festgelegt. Eine Förderung kann demnach dann vereinbart werden, wenn Veränderungen in Art oder Häufigkeit der Leistungserbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn stationäre Behandlungen vermieden werden können.

In Schleswig-Holstein erfolgen extrabudgetäre Zuschläge auf folgende Leistungen bzw. Leistungsbereiche:

- Förderung der rheumatologischen Versorgung „Regionale Rheumavereinbarung“ (ab 3/2018)
- Förderung belegärztlicher Geburten (ab 1/2020)
- Förderung von MRT-Untersuchungen (Kapitel 34.4 EBM) ohne Sedierung bzw. ohne Narkose bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren (ab 1/2021)
- Förderung des Therapeutischen Gesprächs im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger (ab 3/2023).

Tab. 2 | (Ausgewählte) neu vereinbarte aMGV-Leistungen für 2024

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
Externe elektrische Kardioversion	–	41.256 €	41.256 €
Summe:	–	41.256 €	41.256 €

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2024

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung ggü. 2023
Präventionsleistungen	29.177.122 €	56.870.607 €	86.047.729 €	2,2 %
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	355.973 €	74.457.026 €	74.812.999 €	9,3 %
Ambulantes Operieren	2.770.153 €	68.775.669 €	71.545.822 €	11,7 %
Dialyse-Sachkosten nach Schiedsamt	–	45.961.116 €	45.961.116 €	2,8 %
TSVG Offene Sprechstunde	–	30.295.938 €	30.295.938 €	17,8 %
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	307.769 €	20.422.538 €	20.730.307 €	-4,2 %
TSVG HA-Vermittlungsfall	2.989.957 €	17.414.240 €	20.404.197 €	4,8 %
Impfleistungen	13.351.024 €	641.015 €	13.992.039 €	-6,9 %
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	–	10.160.855 €	10.160.855 €	-16,3 %
Nephrologische Leistungen	–	9.143.256 €	9.143.256 €	3,8 %
Kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen aMGV	–	8.542.193 €	8.542.193 €	56,7 %
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	6.698.231 €	1.591.387 €	8.289.618 €	16,0 %
Medikationsplan	4.463.240 €	2.335.169 €	6.798.409 €	5,9 %
Polysomnografie	–	6.463.785 €	6.463.785 €	9,1 %
Probatorische Sitzungen	70.495 €	5.984.856 €	6.055.351 €	5,8 %
Betreuungsleistungen	–	5.661.505 €	5.661.505 €	6,0 %
Weitere bildgebende Verfahren	–	5.302.786 €	5.302.786 €	17,4 %
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	–	5.211.082 €	5.211.082 €	5,9 %
TSVG TSS-Terminfall	66.353 €	5.016.583 €	5.082.936 €	56,0 %
Substitutionsbehandlung	3.177.879 €	446.336 €	3.624.215 €	3,7 %
Schutzimpfung Coronavirus SARS-CoV-2	2.345.500 €	68.506 €	2.414.006 €	-26,2 %
MRT Mammo- und Angiografie	–	2.012.609 €	2.012.609 €	1,5 %
Beratungsleistungen aMGV	1.431.847 €	–	1.431.847 €	48,2 %
Leistungen der künstlichen Befruchtung	–	736.044 €	736.044 €	3,9 %
Sozialpädiatrische Versorgung	579.245 €	–	579.245 €	16,2 %
Neuropsychologische Leistungen	–	516.692 €	516.692 €	7,8 %
Nukleinsäurenachweis SARS-CoV-2	–	335.635 €	335.635 €	-44,9 %
Balneophototherapie	–	283.099 €	283.099 €	-19,5 %
Belegärztliche Begleitleistungen	–	235.330 €	235.330 €	-21,8 %
Summe:	67.784.788 €	384.885.857 €	452.670.645 €	6,4 %

Die Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung im Jahr 2024 sowie die jeweilige Veränderung zum Vorjahr. Leistungen im Rahmen der Offenen Sprechstunde bzw. im Rahmen der TSS-Terminvermittlung haben aufgrund des Wegfalls der Neupatientenregelung zum 1. Januar 2023 auch in 2024 weiter zugenommen. Die Kinder- und jugendpsychiatrischen Leistungen werden seit dem 2. Quartal 2023 extrabudgetär vergütet, sodass hier ein entsprechender Anstieg zu verzeichnen ist.

Die Steigerung der aMGV-Beratungsleistung, GOP 01480 EBM/Beratung über Organ- und Gewebespenden, zeigt, dass dieses Thema mehr Berücksichtigung findet.

Der Rückgang der PCR-Tests in Verbindung mit SARS-CoV-2 ist auf die „Post-Pandemie-Ära“ zurückzuführen. Der Rückgang der Balneophototherapie ist durch einen Rückgang in der Anzahl der Erbringer zu erklären.

Zuschläge

Tab. 3.1 Zuschläge zu förderungswürdigen Leistungen 2024				
	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung ggü. 2023
Regionale Rheumvereinbarung	388.211 €	715.084 €	1.103.295 €	4,0 %
Therapeutisches Gespräch/Substitution	150.714 €	11.880 €	162.594 €	103,0 %
Kinder-MRT	–	39.000 €	39.000 €	11,4 %
Belegärztliche Geburt	–	–	–	-100,0 %
Summe:	538.925 €	765.964 €	1.304.889 €	8,3 %
Die Tabelle zeigt die vergüteten extrabudgetären Zuschläge auf die geförderten Leistungen/Leistungsbereiche im Jahr 2024 sowie die jeweilige Veränderung zum Vorjahr. Die Steigerung bei den Zuschlägen zum therapeutischen Gespräch im Rahmen der Substitutionstherapie um mehr als 100 Prozent ist auf einen unterjährigen Beginn der Förderung zum 3. Quartal 2023 zurückzuführen. Der Wegfall der Zuschläge zur belegärztlichen Geburt ist mit der Schließung des Marienkrankenhauses Lübeck zum 30. September 2023 zu begründen.				

Tab. 4 Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2024				
	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung ggü. 2023
Geriatrische Versorgung	2.309.364 €	–	2.309.364 €	6,3 %
Haus- und Heimbesuche ab 70 Jahre und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5	1.790.305 €	167.091 €	1.957.396 €	-2,0 %
Schmerztherapie	41.355 €	202.135 €	243.490 €	7,5 %
Summe:	4.141.024 €	369.226 €	4.510.250 €	2,6 %
Die Tabelle zeigt die vergüteten Zuschläge für besondere MGV-Leistungen sowie die Veränderungen zu 2023.				

Tab. 5 Förderung der Praxisnetze 2024		
Quartal	Förderung	Die HVM-Förderung der Praxisnetze beträgt im Jahr 2024 knapp 360.000 Euro. Die Förderung der Praxisnetze wurde zum 1. Januar 2024 geändert. Bisher wurde ein Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von zehn Prozent gezahlt. Die neue Regelung sieht vor, dass Ärzte in anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf das PZV in Höhe von 1.000 Punkten erhalten. Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater erhalten einen Aufschlag auf den errechneten Punktwert in Höhe von 1.000 Punkten multipliziert mit dem OW, da sie kein PZV mehr haben. Bei anteiligen Arztstellen erfolgen die vorgenannten Regelungen entsprechend des Versorgungsumfangs.
1/2024	107.114 €	
2/2024	68.415 €	
3/2024	96.641 €	
4/2024	86.689 €	
Summe	358.859 €	

Sonderverträge

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

- Modellvorhaben gemäß Paragraphen 63 und 64 SGB V,
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß Paragraf 73b SGB V,
- Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß Paragraf 73c SGB V a. F.,
- Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) gemäß Paragraphen 137f bis g SGB V,
- Verträge zur besonderen Versorgung gemäß Paragraphen 140a SGB V.



Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge 2024

Sonderverträge	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung ggü. 2023
e-QuaMaDi	–	6.570.352 €	6.570.352 €	4,8 %
Früherkennungsuntersuchungen Kinder	488.005 €	2.947 €	490.952 €	23,2 %
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen	522.664 €	1.280 €	523.944 €	30,1 %
Hautkrebsscreening	359 €	450.907 €	451.266 €	1,4 %
Gestationsdiabetes	332.374 €	18.312 €	350.686 €	-1,4 %
Summe:	1.343.402 €	7.043.798 €	8.387.200 €	6,6 %

Die Tabelle zeigt die Umsätze ausgewählter Sonderverträge sowie die Veränderungen gegenüber 2023.

Die Zu- bzw. Abnahme der Umsätze im Vergleich zum Vorjahr lässt sich auf verschiedene Ursachen zurückführen:

Die Vergütungssteigerung im Bereich e-QuaMaDi resultiert zum einen aus der Anhebung des Orientierungswertes für EBM-äquivalente Leistungen gemäß Vertrag. Zum anderen ist ein Anstieg bei der Anzahl der Mammographien, Sonografien und bestimmter Abklärungsuntersuchungen zu verzeichnen.

Die Vergütung aus den zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen (U10, U11 und J2) stieg im Vergleich zu 2023 um 23,5 Prozent. Dieser Zuwachs beruht auf zwei Faktoren: Zum einen wurden die U-Untersuchungen stärker in Anspruch genommen, zum anderen wurden im Laufe des Jahres 2023 die Preise in den Verträgen mit der TK und der Knappschaft angehoben.

Auch im Bereich „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen“ zeigt sich erneut eine deutliche Steigerung bei Umsatz und Teilnehmezahlen. Die Verträge richten sich an Hausarztpraxen. Sowohl die teilnehmenden Krankenkassen als auch die KVSH weisen unter anderem im **Nordlicht** immer wieder auf die einfache Umsetzung vieler Module und die Kombinierbarkeit beispielsweise mit den entsprechenden DMP hin. Zudem wurde der immer noch recht junge Vertrag „Checkup+“ um ein weiteres Abrechnungsmodul erweitert und soll kontinuierlich weiterentwickelt werden.



© istock.com/NicoElWino

Tab. 7 | Extrabudgetäre Vergütung Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2024

DMP	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung ggü. 2023
DMP Asthma	1.172.999 €	899.332 €	2.072.331 €	6,4 %
DMP Brustkrebs	2.175 €	310.547 €	312.722 €	4,7 %
DMP COPD	837.707 €	377.986 €	1.215.693 €	7,5 %
DMP Diabetes TYP I	2.518.239 €	181.549 €	2.699.788 €	6,9 %
DMP-Diabetes TYP II	14.652.916 €	521.940 €	15.174.856 €	5,3 %
DMP KHK	3.478.104 €	196.675 €	3.674.779 €	6,3 %
DMP Osteoporose	100.345 €	106.729 €	207.074 €	–
Summe:	22.762.485 €	2.594.758 €	25.357.243 €	6,6 %

Die Tabelle zeigt die Umsätze in den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie die Veränderungen gegenüber 2023.

Zum 1. April 2024 erhielten die DMP-Asthma und COPD-Verträge eine Neufassung. Dabei wurden unter anderem die Vergütungen für die Betreuungs- und Mitbehandlungspauschalen erhöht. Mit der vierten Aktualisierung des DMP Brustkrebs zum 1. Oktober 2024 konnten ebenfalls Vergütungserhöhungen erreicht werden. Darüber hinaus wurden im Vergleich zu 2023 mehr Patientinnen und Patienten in die DMP eingeschrieben und behandelt.

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. Bei der Ermittlung dieser Vergütung müssen zusätzlich zur bereits bestehenden Quotierung der Laborleistungen von 89 Prozent auch die humangenetischen Leistungen mit einer Quote von 85 Prozent bewertet werden. 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 2024 gegenüber anderen KVen. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 127,6 Millionen Euro. Dagegen stehen Verbindlichkeiten in Höhe von 234,6 Millionen Euro, die die KVSH an andere KVen zu zahlen hat. Im Saldo bedeutet dies, dass die KVSH 107 Millionen Euro an andere KVen zahlen muss, das sind 52,1 Millionen Euro MGV-Leistungen und 54,9 Millionen Euro aMGV-Leistungen. Zur Finanzierung der MGV bildet die KVSH im Vorwege Rückstellungen für die Honorarverteilung.

Tab. 8 Fremdkassenzahlungsausgleich 2024			
Leistungsbereich	Forderungen	Verbindlichkeiten	Saldo
Labor	34.065.457 €	26.421.586 €	7.643.871 €
Notdienst	1.803.991 €	3.098.975 €	-1.294.984 €
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	16.836.112 €	24.060.397 €	-7.224.286 €
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	38.656.935 €	86.686.974 €	-48.030.040 €
Rest-MGV (Sonstiges)	548 €	4.045.333 €	-4.044.785 €
Nicht MGV	36.250.826 €	90.317.852 €	-54.067.026 €
Gesamt	127.613.869 €	234.631.117 €	-107.017.250 €

Aufteilung 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 2024

1.009.852.242 €

4 %

% ggü. 2023

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

VERGÜTUNGSVOLUMEN
37.030.835 €

4,6 %

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
-1.746.311 €

21,7 %

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
35.284.524 €

3,9 %

Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN
72.127.957 €

4,3 %

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
7.645.993 €

-13,7 %

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
79.773.950 €

2,3 %

Im hausärztlichen Versorgungsbereich wurde zusätzlich zum hausärztlichen Grundbetrag ab dem 1. April 2023 ein Grundbetrag „Kinder- und Jugendärzte“ gebildet. In dieser Übersicht ist der Grundbetrag der Kinder- und Jugendärzte im hausärztlichen Versorgungsbereich enthalten. Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind zusätzlich Volumen zur Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung und für Leistungen des genetischen Labors zu bilden.

In allen Vergütungsvolumen sind Steigerungen von ca. 3,5 bis 5 Prozent zu verzeichnen, dies geht im Wesentlichen auf den um 3,85 Prozent gestiegenen Orientierungswert zurück.

Bei den hier aufgeführten FKZ-Salden handelt es sich um die zur Honorarverteilung vorab geschätzten Salden. Diese unterscheiden sich daher von den tatsächlichen Salden [auf Seite 15](#).

Hausärztlicher Versorgungsbereich (ab 2024 inkl. Kinder- und Jugendärzte)

VERGÜTUNGSVOLUMEN
478.996.478 €

4,3 %

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
-10.216.107 €

5,1 %

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
468.780.371 €

4,2 %

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärztliches Vergütungsvolumen

VERGÜTUNGSVOLUMEN
427.824.472 €

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
-44.771.711 €

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
383.052.761 €

Pauschalen fachärztliche Grundversorgung

VERGÜTUNGSVOLUMEN
20.298.505 €

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
-963.923 €

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
19.334.582 €

Genetisches Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN
13.509.230 €

3,5 %

FREMDKASSENZAHLUNGS-AUSGLEICH
-2.898.165 €

-3,5 %

VERTEILUNGSRELEVANTE
VERGÜTUNGSVOLUMEN
VOR RÜCKSTELLUNGEN
10.611.065 €

4,4 %

Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

Nach Aufteilung 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.

Tab. 9 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2024		Veränderung ggü. 2023	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	-9.376.862 €	-44.771.711 €	3,3 %	-2,0 %
Leistungen an Brückentagen	271.811 €	21.583 €	-26,1 %	-9,4 %
Eigenlabor	2.103.180 €	3.092.481 €	-2,0 %	-19,1 %
Rückstellungen für Honorarkorrekturen	1.303.818 €	4.278.245 €	111,0 %	105,8 %
Internistische Rheumatologen	–	4.025.231 €	–	6,4 %
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	95.085 €	6.353.442 €	-31,1 %	-6,4 %
Laborgemeinschaften	1.774.458 €	306.659 €	-8,7 %	-2,4 %
NäPa 03060 bis 03065 EBM	4.316.511 €	–	15,8 %	–
Pädaudiologische und phoniatriische Leistungen	–	1.793.912 €	–	3,0 %
Palliativmedizinische Versorgung	1.058.503 €	–	14,9 %	–
Schmerztherapie	437.149 €	2.417.304 €	11,6 %	12,9 %
Stabilisierung Restpunktwert	–	-332.566 €	–	–
Übrige Leistungen KuJ-Ärzte	2.862.808 €	–	127,8 %	–
Übrige Leistungen KuJ-Psychiater	–	2.761.500 €	–	104,9 %
Versicherten-, Konsiliar- und Grundpauschalen; Zuschlag konserativ tätige Augenärzte GOP 06225	129.816.630 €	163.635.721 €	106,1 %	117,6 %
Zahnärztliche Narkosen	–	229.382 €	–	-1,5 %
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	4.141.754 €	395.993 €	2,3 %	6,2 %
Summe	138.804.845 €	144.207.175 €		

Die Rückstellungen für Honorarkorrekturen sind im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Rückstellungen erst zum 1. Juli 2023 eingeführt wurden und somit nur ein halbes Jahr als Vergleichszeitraum vorliegt.

Die gleiche Begründung gilt auch für den jeweiligen Anstieg der übrigen Leistungen der Kinder- und Jugendärzte und der Kinder- und Jugendpsychiater sowie bei den Versicherten-, Konsiliar- und Grundpauschalen.

Der in dieser Tabelle dargestellte Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich ist bei den Hausärzten ohne die kinderärztlichen Vergütungsbestandteile und bei den Fachärzten ohne die Vergütungsbestandteile für die PFG und die Humangenetik dargestellt.

Vergütungen von Labor und ärztlichem Bereitschaftsdienst

Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Tab. 10 Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2024		
Leistungs- und Kostenbereich	Vergütung	Veränderung ggü. 2023
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	65.534.725 €	2,2 %
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	9.285.765 €	0,7 %
Summe	74.820.490 €	2,0 %

In der Tabelle 10 wird die Vergütung der Laboruntersuchungen sowie des Wirtschaftlichkeitsbonus dargestellt. Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich insgesamt eine Veränderung in Höhe von ca. 2,0 Prozent.

In Tabelle 11 werden die Laborvergütungen nach Arztgruppen differenziert dargestellt. Ein deutlicher Anstieg je Arztgruppe ist bei den Pathologen aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen den Grundbeträgen Facharzt und Labor zu verzeichnen. Im Verhältnis zur gesamten Vergütung der Laborleistungen macht dies jedoch nur einen kleinen Anteil aus.

Tab. 11 Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 EBM nach Arztgruppen			
Arztgruppe	Vergütung	Anteil	Veränderung ggü. 2023
Laboratoriumsmediziner	63.129.816 €	84,6 %	1,2 %
Hausärzte	6.014.100 €	8,1 %	-1,1 %
Pathologen	1.312.118 €	1,8 %	87,0 %
Gynäkologen	759.430 €	1,0 %	-1,0 %
Urologen	682.719 €	0,9 %	9,0 %
Kinder- und Jugendmediziner (Pädiater)	606.623 €	0,8 %	9,7 %
Hautärzte	335.285 €	0,4 %	3,8 %
Endokrinologen	225.742 €	0,3 %	14,9 %
Pneumologen	196.956 €	0,3 %	14,2 %
Übrige	1.319.144 €	1,8 %	-2,8 %
Gesamt	74.581.933 €	100,0 %	2,0 %

Vergütung im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Notfall 2024

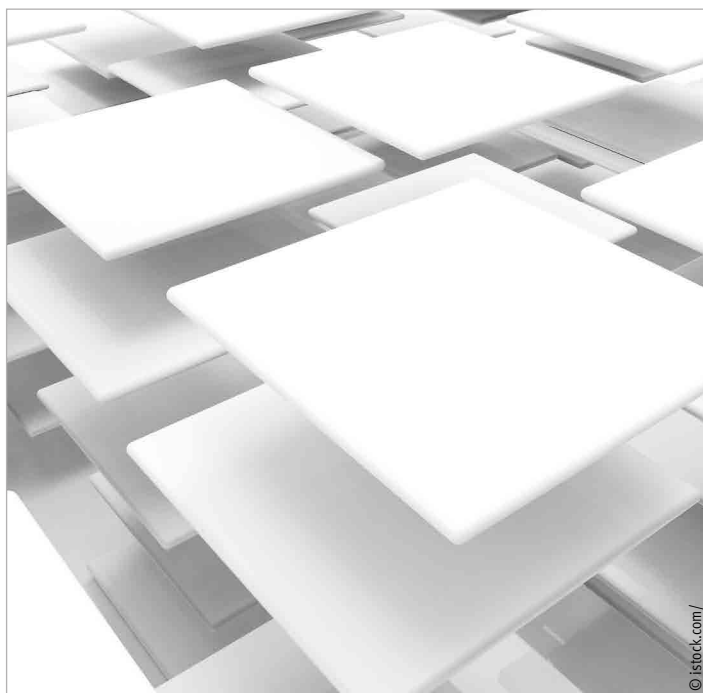
Die Vergütung erhöht sich in diesem Bereich um 3,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Tab. 12 Leistungen innerhalb der MGv 2024		
		Veränderung ggü. 2023
Anlaufpraxis	7.065.150 €	-4,5 %
Fahrdienst	13.267.795 €	-1,0 %
Telefonarzt	797.905 €	4,5 %
Wegegelder	667.315 €	-9,0 %
Krankenhaus	14.845.527 €	12,0 %
Sonstige	252.769 €	26,5 %
Summe	36.896.460 €	3,2 %



Hybrid-DRG-Leistungen

Mit dem Starter-Katalog des BMG und inhaltlich 244 definierten Leistungen aus fünf Leistungsbereichen startete die Hybrid-DRG-Abrechnung zum 1. Januar 2024.



Der Hintergrund zur Einführung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen nach Paragraph 115f SGB V zum 1. Januar 2024 ist die Umsetzung einer speziellen sektorengleichen Vergütung. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband haben hierfür die Abrechnungsmodalitäten in einer Vereinbarung über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens (Hybrid-DRG-AV) beschlossen. Für das Kalenderjahr 2024 gilt eine Übergangsregelung gemäß Paragraph 5 Hybrid-DRG-AV, die die Abrechnung der Hybrid-DRG-Pauschalen als Pseudo-Gebührenordnungspositionen (83001-83012) über die Quartalsabrechnung vorsieht.

Die Entgelte für einzelne Hybrid-DRG-Fallpauschalen lagen je nach operativem Eingriff zwischen 900 Euro und 2.000 Euro.

Abrechnungsvoraussetzung im Übergangszeitraum 2024

Grundsätzlich gilt, dass zur Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen eine Genehmigung gemäß Paragraph 135 Abs. 2 SGB V für ambulante Operationen oder eine belegärztliche Anerkennung vorliegen muss.

Zur Ermittlung der Hybrid-DRG ist die Nutzung eines zertifizierten Groupers verpflichtend. Mit dieser Software wird geprüft, ob eine bestimmte Leistung als Hybrid-DRG-Fallpauschale abgerechnet werden kann und wie diese vergütet wird. Das Ergebnis des Groupers ist maßgeblich für die Abrechnung von Hybrid-DRG-Fallpauschalen. Der Gesetzgeber hat mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) eine Wahlmöglichkeit zwischen EBM-Abrechnung und den Hybrid-DRG-Fallpauschalen ausdrücklich ausgeschlossen.

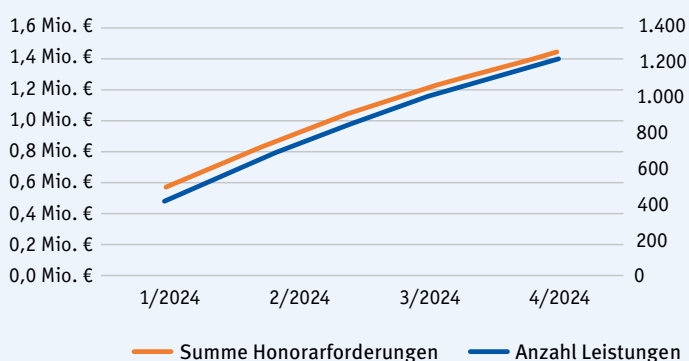
Ein Abrechnungsfall nach Hybrid-DRG liegt vor, wenn die Leistungen für denselben Versicherten und zulasten derselben Krankenkasse erbracht werden (Paragraph 2 Hybrid-DRG-AV). Die Hybrid-DRG-Fallpauschale ist für die gesamte Dauer der Leistungserbringung einmalig berechnungsfähig.

Für das Jahr 2024 umfasst die Leistungsvergütung der Fallpauschale inklusive der Sachkosten, die Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und -planung und endet mit dem Abschluss der postoperativen Nachbeobachtung, jeweils in der Einrichtung, in der die Operation durchgeführt wird.

GOP	Anzahl der Leistungen in 2024	Vergütung in 2024
83001-83012	3418	4.163.636 €

Im Vergleich zwischen 1. Quartal 2024 und 4. Quartal 2024 ist eine deutliche Steigerung in Bezug auf die Hybrid-DRG-Fallpauschalen Abrechnung (GOP 83001-83012) erkennbar. Dies verdeutlicht auch die steigende Honorarforderung. Die Übergangsphase gemäß Paragraph 5 Hybrid-DRG-AV endete dann mit dem Abschluss der 4. Quartalsabrechnung 2024.

Entwicklung Abrechnung Hybrid-DRG 2024



Ausblick

Zum 1. Januar 2025 änderte sich das Abrechnungsverfahren grundlegend: Die Abrechnung der Hybrid-DRG-Fallpauschalen erfolgt losgelöst von der Quartalsabrechnung über den elektronischen Datenaustausch nach Paragraph 295 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Hierzu stellt die KVSH im neuen Mitgliederportal ein benutzerfreundliches Abrechnungssystem zur Verfügung. Dieses ermöglicht einen kontinuierlichen Liquiditätsfluss sowie eine transparente und detaillierte Abrechnungsübersicht.

Laut dem Gesetzgeber wird der Hybrid-DRG-Katalog jährlich überprüft und um Leistungen erweitert.

Was ist neu im EBM?



Prophylaxe sowie die intramuskuläre Injektion durch Hausärzte und Kinder- und Jugendmediziner vergütet. Für zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Injektion der RSV-Prophylaxe gemäß Paragraf 1 RSV-Prophylaxeverordnung setzt die KVSH den Zuschlag nach der GOP 01942 EBM automatisch zu. Mit der GOP 01943 wird die Beratung und Aufklärung ohne nachfolgende Injektion vergütet.

GOP	Anzahl der Leistungen im 2. Halbjahr 2024	Vergütung im 2. Halbjahr 2024
01941, 01942, 01943	18.997	100.957 €

Externe elektrische Kardioversion

Vertragsärzte können die externe elektrische Kardioversion seit dem 1. Januar 2024 nach dem EBM abrechnen. Hierfür wurden die extrabudgetären GOP 04421 in den Abschnitt 4.4.1 EBM und 13552 in den Abschnitt 13.3.5 EBM aufgenommen.

	Anzahl der Leistungen in 2024	Vergütung in 2024
Externe elektrische Kardioversion	178	39.785 €

Hygienezuschläge für ambulante Operationen

Für den höheren Hygieneaufwand bei ambulanten Operationen werden seit dem 1. Januar 2024 extrabudgetäre Zuschläge gezahlt. Die Vergütungshöhe ist abhängig von dem Aufwand der Aufbereitung der OP-Instrumente, OP-Dauer sowie dem Ambulantisierungsgrad. Gezahlt werden die Hygienezuschläge auf alle Eingriffe, die im Abschnitt 31.2 des EBM aufgeführt sind, sowie für Sterilisation (GOP 01854, 01855) und Abruptio (01904 und 01905). Ausgenommen sind Kataraktoperationen (GOP 31350 und 31351) und GOP, denen kein Operations- und Prozedurschlüssel (OPS) im Anhang 2 des EBM zugeordnet ist.

	Anzahl der Zuschläge in 2024	Vergütung in 2024
Hygienezuschläge 31.2.19 EBM	169.076	2.245.477 €
Hygienezuschläge 1.7.6, 1.7.7 EBM	5	104 €
Gesamt	169.081	2.245.581 €

RSV-Prophylaxe

Seit dem 16. September 2024 haben Kinder bis zum vollendeten ersten Lebensjahr gemäß der RSV-Prophylaxeverordnung Anspruch auf eine einmalige Versorgung mit Arzneimitteln gegen das RSV-Virus. Die Umsetzung im EBM erfolgte mit der Aufnahme neuer extrabudgetärer GOP-Leistungen. Mit der GOP 01941 werden die Aufklärung und Beratung zur RSV-

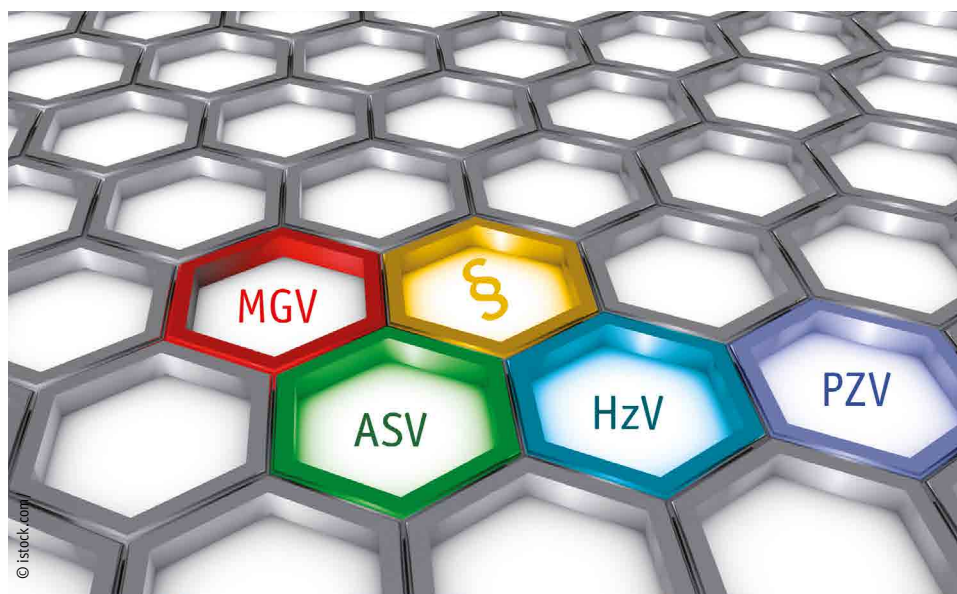
Nachbeobachtung und Überwachung außerhalb Kapitel 31 EBM

Im Rahmen der Erweiterung des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs werden vermehrt auch Leistungen aufgenommen für die im Anschluss eine Überwachung oder Nachbeobachtung erforderlich ist. In diesem Zusammenhang sind zum 1. Januar 2024 extrabudgetäre GOP 01500, 01501, 01502 und 01503 für die Nachbeobachtung oder Überwachung außerhalb Kapitel 31 in den EBM aufgenommen worden. Die entsprechenden GOP, für die eine oder mehrere dieser neuen Überwachungs- oder Nachbeobachtungsleistungen berechnungsfähig sind, werden in einem neuen Anhang 8 EBM abschließend aufgeführt.

GOP	Anzahl der Leistungen in 2024	Vergütung in 2024
01500, 01501, 01502, 01503	764	9.603 €

Bereinigung – was ist das?

In der PZV-Mitteilung oder in der Honorarabrechnung tauchen Formulierungen wie „Bereinigung aufgrund der HzV-Verträge in Schleswig-Holstein“ oder „ASV-Bereinigung“ auf und das bereitgestellte PZV wird in diesen Fällen um Punkte gekürzt. Aber warum eigentlich?



MGV-Leistung nicht länger aus der MGV heraus vergütet, da sie Bestandteil eines Sonder- oder Selektiv-Vertrages wird, so muss die MGV um den auf diese Leistungsmengen entfallenden Honoraranteil verringert werden. Diesen Berechnungsvorgang nennt man MGV-Bereinigung. Wie dieser Honoraranteil zu berechnen ist, hängt von der jeweiligen gesetzlichen Grundlage ab, wie zum Beispiel bundeseinheitlich errechnete Fallwerte oder die historische Forderung bewertet mit einer vereinbarten Quote. Dieses Geld steht dann zukünftig nur noch für die Leistungen des Selektivvertrages zur Verfügung. In Ihrer arztseitigen Vergütung merken Sie von diesem Berechnungsschritt zunächst einmal nichts, da lediglich die von den Krankenkassen bereitgestellte MGV angepasst wird.

Gesetzliche Grundlage

Das SGB V sieht die Bereinigung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) ausdrücklich vor; so z. B. in der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nach Paragraph 73b SGB V oder in Verträgen nach den Paragraphen 63 oder 140a SGB V, in der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach Paragraph 116b sowie in Honorarvereinbarungen nach Paragraph 87a SGB V.

Der Gesetzgeber beauftragt den Bewertungsausschuss in Paragraph 87a Absatz 5 SGB V, Vorgaben für ein Verfahren zur Bereinigung des Behandlungsbedarfs in den durch das SGB V vorgesehenen Fällen zu treffen. Wie die MGV dann zu bereinigen ist, ist durch Beschlüsse des (erweiterten) Bewertungsausschusses (BA) festgelegt und wird auf dieser Grundlage regional vereinbart. Es gibt aber auch Öffnungsklauseln für Abweichungen vom Beschluss.

Die KBV-Vorgaben für die Honorarverteilung geben wiederum vor, wie die Bereinigungsbeträge bei der Aufteilung der MGV arztseitig zu berücksichtigen sind. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben das Verfahren zur Bereinigung der Honoraranteile innerhalb des HVM zu regeln. Die KVSH hat die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen, die Bereinigung aufgrund der Honorarvereinbarung sowie die Bereinigung aufgrund von ASV in Teil C des jeweils gültigen HVM geregelt.

Bereinigung der MGV

Die KVSH erhält von den Krankenkassen die vertraglich vereinbarte MGV, die sich aus dem Behandlungsbedarf der in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten ergibt, um daraus die Leistungen, die der MGV zugehörig sind, dem Arzt entsprechend zu vergüten. Wird nun eine bisherige

„Ausdeckelung“

Die MGV wird auch dann bereinigt, wenn Leistungen, die bisher innerhalb der MGV vergütet wurden, aufgrund von Beschlüssen des BA oder aufgrund von regionalen Honorarverhandlungen nun extrabudgetär vergütet werden sollen. Der eigentliche Fachbegriff hierfür ist „Ausdeckelung“ von Leistungen. „Bereinigung“ wird hierbei allerdings oft als Synonym verwendet, da das Berechnungsverfahren fast identisch ist. Ein sehr bekanntes Beispiel für dieses Verfahren ist die extrabudgetäre Vergütung von TSVG-Fällen. Historische Vergütungsanteile müssen daher aus der MGV in den extrabudgetären Vergütungsbereich, auch aMGV (außerhalb der MGV) genannt, überführt werden. Zukünftig erfolgt dann eine vollständige Vergütung zum Orientierungswert (OW) durch die Krankenkassen.

Bereinigung der Punktzahlvolumen (PZV)

Ein für Sie wesentlich sichtbarer Bereinigungsverfahren ist die Anpassung der PZV. Anders als in Kassenärztlichen Vereinigungen mit Regelleistungsvolumen (RLV) ist die Bereinigung der PZV zwingend notwendig, da das Volumen individuell bestimmt ist und nicht auf selektivvertragsbedingte Fallzahl- oder Leistungsrückgänge reagiert. Da die MGV nach dem zuvor beschriebenen Verfahren verringert werden musste, müssen auch die individuellen PZV entsprechend angepasst werden.

Für die individuelle Bereinigung der PZV wird in der Regel der historische Leistungsmengenanteil, der zukünftig außerhalb des Budget-Volumens zu vergüten ist, ermittelt. Um diesen Anteil wird das PZV reduziert, da die Geldmittel innerhalb der MGV hierfür nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies sehen Sie in der Regel in Ihrer vor Quartalsbeginn bereitgestellten PZV-Mitteilung. Für Bereinigungen, die entweder neu oder deren Zahlen zur Berechnung erst zu einem späteren Zeitpunkt bekannt sind, erfolgt die

Budget-Korrektur erst zum Zeitpunkt der Abrechnung. Auch das können Sie der Anlage PZV in Ihrem Honorarbescheid entnehmen. Ihre nunmehr durch die Bereinigung reduzierte PZV-Leistungsmenge wird gegen das um diesen Anteil reduzierte PZV „gehalten“ und vergütet. Die Leistungen des Selektivvertrages erhalten Sie extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung zum OW im Rahmen des Vertrages.

Eine Besonderheit in der Bereinigung der PZV erfolgt in der ASV. Hier müssen ASV-teilnehmende Patienten fallwertbezogen aus der MGV bereinigt werden. Wenn nun die historische Leistungsmenge bei einem ASV-teilnehmenden Arzt nicht gefunden wird, muss eine arztgruppenspezifische Bereinigung über diese Differenz erfolgen, da die Geldmittel für diesen ASV-Patienten in der MGV nicht mehr zur Verfügung stehen. Dies muss auch bei nicht ASV-teilnehmenden Ärzten durchgeführt werden, da davon ausgegangen werden muss, dass dieser Patient im Rahmen seiner ASV-Indikation zukünftig nur noch im Rahmen von ASV behandelt wird und die Geldmittel in den ASV-Vertrag übergehen.

Eine weitere Besonderheit stellt die nicht durchgeführte Bereinigung der offenen Sprechstunde im Rahmen von TSVG dar. Aufgrund der Vorgaben, dass erhöhte Inanspruchnahmen zu einer nachträglichen Bereinigung der MGV führen müssen, wurde im HVM eine Sonderregelung definiert. Um zu verhindern, dass die PZV immer wieder erneut zu bereinigen wären, hat man ein Verfahren gewählt, was die PZV-Bereinigung komplett aussetzt und gleichzeitig eine extrabudgetäre Vollvergütung sicherstellt. Die aktuellen PZV-relevanten Leistungen im Rahmen der offenen Sprechstunde laufen zusammen mit allen anderen PZV-relevanten Leistungen gegen das bestehende, nicht um die offene Sprechstunde bereinigte PZV und werden nach deren Regelungen vergütet. Für die Leistungen der offenen Sprechstunde erfolgt anschließend eine zusätzliche Aufstockung bis zur Vollvergütung dieser Leistungen, um eine extrabudgetäre Vergütung nach den Vorgaben sicherzustellen. Somit führen individuelle Schwankungen der Leistungen der offenen Sprechstunde nicht zu einer andauernden Anpassung der PZV.

Durch die Entbudgetierung der Kinder- und Jugendmediziner und zukünftig auch der Hausärzte, ist eine PZV-Bereinigung für diese Arztgruppen nicht mehr notwendig. Für Leistungsbereiche, die keiner Budgetierung unterliegen, wie z. B. den humangenetischen, floatend vergüteten Leistungsbereich oder auch Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen, erfolgt keine individuelle PZV-Bereinigung. Die Bereinigungs-Vorgaben gelten analog auch für die Bereinigung der Labor-Auftrags-Volumen (LAV).

Nachbereinigung

Der Bereinigungszeitraum beträgt in der Regel vier Quartale. Lediglich bei Anpassung des Leistungsumfanges eines Sonder- oder Selektivvertrages, wie beispielsweise bei der HzV durch neu eingeschriebene Patienten, kann für einen längeren Zeitraum als vier Quartale bereinigt werden; arzt-individuell die PZV und global die MGV. Die ASV-Bereinigung dauert gemäß Beschluss allerdings mindestens drei Jahre.

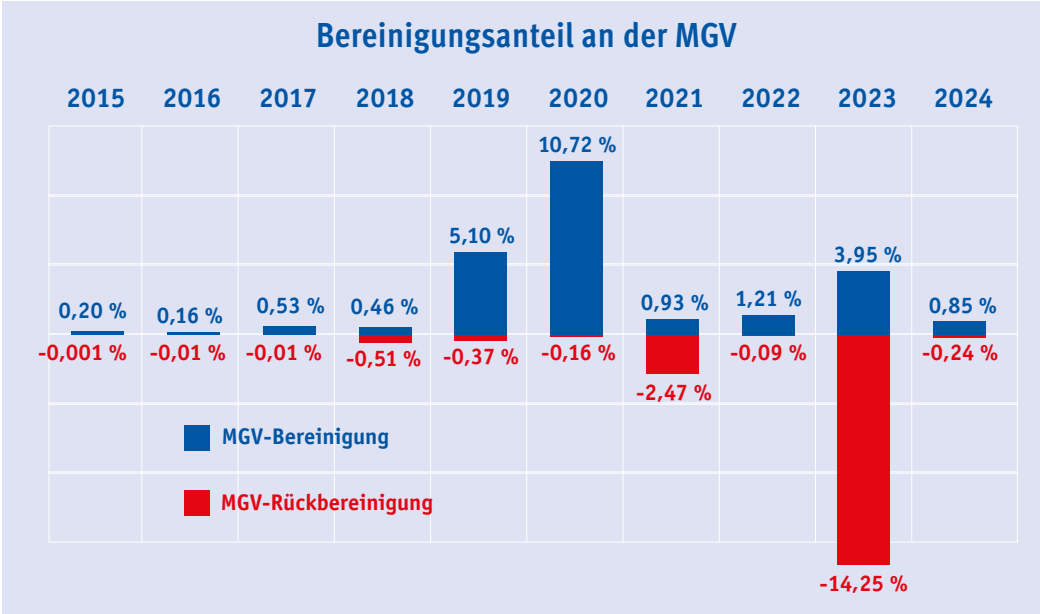
Rückbereinigung

Für den Fall, dass ein Sonder- oder Selektivvertrag endet, erfolgt in der Regel eine Rückbereinigung. Meist gibt es auch hier ein standardisiertes Rückbereinigungsverfahren, was die Entwicklung innerhalb des Vertragszeitraumes abbildet.

Das Verfahren, bei dem Leistungen entweder erstmalig oder wieder zurück in die MGV überführt werden, nennt man auch „Eindeckelung“. Auch hier werden dann entsprechend die Vorgaben zur Erhöhung der PZV angewandt, wenn zukünftig diese Leistungen Bestandteil der PZV-Leistungsmenge sind. Ein sehr bekanntes Beispiel hierfür ist die Aufhebung der Neupatientenregelung.

Bereinigung in Zahlen

Aufgrund der Komplexität der Bereinigungsverfahren und dem dadurch erhöhten Fokus auf diesen Sachverhalt erscheinen die Bereinigungssummen meist größer als sie im Gesamtkontext sind. In der folgenden Grafik sehen Sie, wie groß die Anteile der Bereinigungs- und Rückbereinigungsbeträge gemessen an der MGV zum jeweiligen Zeitpunkt waren. Auffällig in der Darstellung ist die Bereinigung der TSVG-Neupatienten in 2019/20 und deren Rückbereinigung im Jahr 2023 sowie die Überführung der Strahlentherapie in die MGV in 2021 und die Bereinigung in 2023:



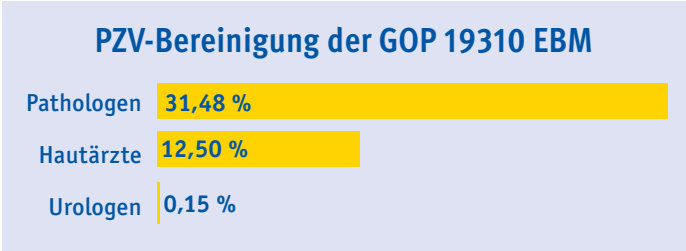
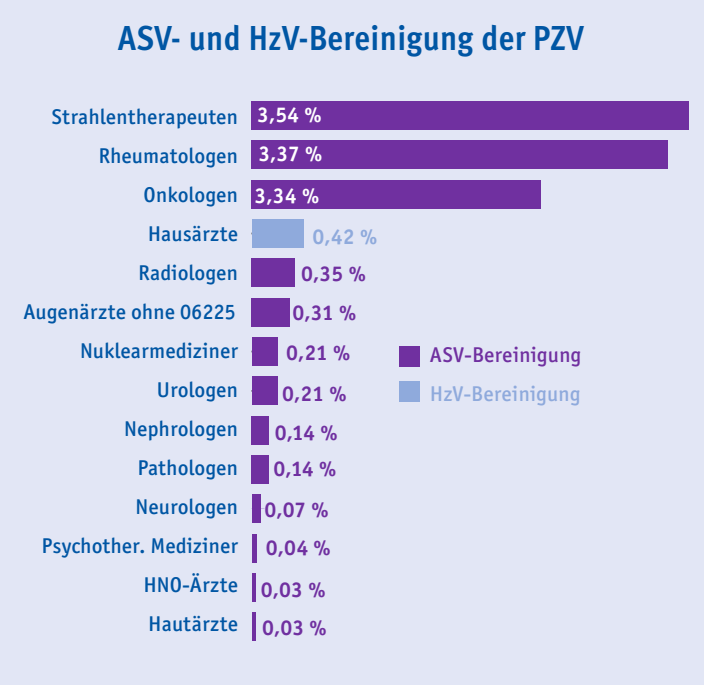
In der nun folgenden Grafik sind alle Bereinigungs- und Rückbereinigungs-Sachverhalte der letzten zehn Jahre dargestellt. Da auch kleinere Geldbeträge den gleichen Umsetzungsaufwand bedeuten wie größere Summen und diese für den Einzelnen durchaus eine relevante Größe annehmen können, finden Sie auch diese Sachverhalte einzeln dargestellt:

MGV-Bereinigungen		2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021				2022				2023				2024			
		1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.				
AOP	AOP-Kataloganpassung (GOP 26330, 34505)	0,014 Mio. €																																							
	AOP-Nebenleistungen	1,1 Mio. €																																							
Psychiatrie/ Psychotherapie	Soziotherapie						0,027 Mio. €																																		
	psychotherapeutische Gespräche										2,8 Mio. €																														
	kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen																														7,14 Mio. €										
Humangenetik	humangen. Leistungen (EBM-Reform)						1,2 Mio. €																																		
	Humangenetik																				0,5 Mio. €																				
Spezielle Hausarzt-Leistungen	palliativmedizinische Versorgung												1,1 Mio. €																												
	Verordnung medizinischer Rehabilitation													0,23 Mio. €																											
	HzV	Neueinschreiber: 0,48 Mio. €				Neueinschreiber: 0,70 Mio. €				Neueinschreiber: 1,4 Mio. €				Neueinschreiber: 2,1 Mio. €				Neueinschreiber: 1,6 Mio. €				Neueinschreiber: 1,3 Mio. €				Neueinschreiber: 1,3 Mio. €				Neueinschreiber: 0,88 Mio. €				Neueinschreiber: 1,00 Mio. €				Neueinschreiber: 2,85 Mio. €			
Labor	Antikörperdiagnostik (GOP 32530)												0,14 Mio. €																												
TSVG	TSVG HA-Vermittlungsfall																	1,4 Mio. €																							
	TSVG TSS-Terminfall																	0,7 Mio. €																							
	TSVG Neupatient																		108,8 Mio. €								Korrekturbereinigung: 15,3 Mio. €														
	TSVG offene Sprechstunde																		10,6 Mio. €												Nachbereinigung: 10,2 Mio. €				Nachbereinigung: 3,5 Mio. €						
	TSVG TSS-Akutfall																		0,078 Mio. €																						
Spezielle Facharzt-Leistungen	Strahlentherapie																													20,1 Mio. €											
	Koronarangiografie																																0,20 Mio. €								
	ASV					0,011 Mio. €				weitere Indikationen: 0,035 Mio. €				weitere Indikationen: 0,09 Mio. €				weitere Indikationen: 0,82 Mio. €				weitere Indikationen: 0,42 Mio. €				weitere Indikationen: 0,43 Mio. €				weitere Indikationen: 0,12 Mio. €				weitere Indikationen: 0,74 Mio. €				weitere Indikationen: 0,9 Mio. €			

MGV-Rückbereinigungen		2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021				2022				2023				2024			
		1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4. Q.				
Psychiatrie/ Psychotherapie	Soziotherapie													30800: 0,039 Mio. €														30810/11: 0,004 Mio. €													
	psychotherapeutische Gespräche													2,5 Mio. €																											
Humangenetik	Humangenetik																													0,96 Mio. €											
	allgemeine Tumorgenetik 19.4.2																													2,95 Mio. €											
Spezielle Hausarzt-Leistungen	Nichtärztl. Praxisassistenten												4,0 Mio. €																												
	palliativmedizinische Versorgung																1,0 Mio. €																								
	HzV	Rückkehrer: 0,008 Mio. €				Rückkehrer: 0,054 Mio. €				Rückkehrer: 0,093 Mio. €				Rückkehrer: 0,29 Mio. €				Rückkehrer: 0,29 Mio. €				Rückkehrer: 0,47 Mio. €				Rückkehrer: 0,51 Mio. €				Rückkehrer: 0,65 Mio. €				Rückkehrer: 0,56 Mio. €				Rückkehrer: 0,79 Mio. €			
Labor	Anti-Drug-Antikörper, Vorbeh. von Erythrozyten bei Daratumumab (GOP 32480, 32557)																											0,001 Mio. €													
	Antibiotikatherapie																												0,2 Mio. €												
	Präeklampsie																											0,03 Mio. €													
	Genotypisierung vor der Gabe von Siponimod																												0,003 Mio. €												
TSVG	TSVG Neupatient																													129,5 Mio. €											
Spezielle Facharzt-Leistungen	Strahlentherapie																								19,5 Mio. €																
	Zweitmeinungsverfahren																									0,003 Mio. €				0,004 Mio. €				0,01 Mio. €							

Nachfolgend wird der Anteil der PZV-Bereinigung aus dem Jahr 2024 je Arztgruppe mit einem Anteil von mindestens 0,1 Prozent gezeigt. Die zeitversetzte ASV-Bereinigung fand erst erneut zum Zeitpunkt der ersten Weiterentwicklung der neu berechneten PZV, also ab 3. Quartal 2024 Anwendung und wird hier auch nur für diesen Zeitraum dargestellt. Arztgruppen mit einem hohen Bereinigungsanteil werden danach stärker bereinigt als andere Arztgruppen. HzV-Bereinigungen werden mit der Hausarzt-Entbudgetierung ab dem 4. Quartal 2025 für Hausärzte vollständig aufgehoben:

Darüber hinaus gibt es Bereinigungen, die zwar keine MGV-Bereinigung auslösen, jedoch aber eine PZV-Anpassung. Ein aktuelles Beispiel ist die pathologische Grundleistung GOP 19310, die in 2024 aus den PZV bereinigt wurde. Sie wird seitdem ohne Mengenbegrenzung zum OW vergütet. Da sie jedoch nicht extrabudgetär, sondern auf Grundlage einer HVM-Änderung vollvergütet wird, bleibt sie weiterhin in der MGV und führt so nicht zu einer MGV-Bereinigung. In der folgenden Darstellung wird der PZV-Anteil dieser Leistung je relevanter Arztgruppe dargestellt:



Vergütung PZV-relevanter Leistungen

Im Jahr 2024 werden Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV) mit dem Orientierungswert von 11,9339 Cent vergütet, darüber hinaus mit einem Mindestpunktwert von mindestens 0,25 Cent, für den fachärztlichen Versorgungsbereich begrenzt auf maximal 0,5 Cent.



Neuer HVM ab 3/2023

Für 1 und 2/2024 sind die PZV im haus- sowie im fachärztlichen Bereich neu bestimmt. Die Grundlage bilden hierbei die PZV-relevanten Leistungen der Basisquartale 1 und 2/2023 nach den Regelungen des HVM ab 3/2023 zuzüglich der auf Neupatienten entfallenden PZV-relevanten Leistungen der Quartale 1 und 2/2023.

Die in der Anlage 3 des HVM aufgeführten Pauschalen sind nicht mehr Bestandteil des PZV, sondern ohne Mengenbegrenzung als freie Leistungen mit dem jeweils geltenden Orientierungswert voll vergütet. Die neuen PZV werden daher ohne diese Pauschalen gebildet.

Überwiegend reduziert sind daher die durchschnittlichen PZV der Arztgruppen sowie in unterschiedlicher Ausprägung auch die artzindividuellen PZV.

Weiterentwicklung der PZV für die Quartale 3 und 4/2024

Entsprechend der Regelungen des HVM ergeben sich die artzindividuellen PZV ab dem Quartal 3/2024 bei PZV-Überschreitungen im entsprechenden Vorjahresquartal aus dem bisherigen PZV zzgl. eines etwaigen Zugewinnvolumens, bei Unterschreitungen dagegen wird dieses ab 4/2024 gegebenenfalls reduziert.

Am Beispiel der Hausärzte im zweiten Halbjahr 2024 partizipieren je Quartal durchschnittlich 718 Ärzte an der Zugewinnregelung in Höhe von insgesamt durchschnittlich 5,2 Millionen Punkten.

Zudem gibt es für unterdurchschnittliche „Altpraxen“ eine gesonderte Zugewinnregelung. Nach dieser partizipieren bei den Hausärzten im zweiten Halbjahr im Durchschnitt je Quartal 354 Ärzte in Höhe von insgesamt durchschnittlich 4,2 Millionen Punkten.

Nachfolgend finden Sie die durchschnittlichen Auslastungsquoten der PZV dargestellt. Da die Quartale 3 und 4/2024 unter der neuen PZV-Systematik weiterentwickelt wurden, werden hier auch die Veränderungen gegenüber 3 und 4/2023 aufgeführt.

PZV-Auslastung 2024

Arztgruppe	1/2024	2/2024	Änderung ggü. dem Vorjahresquartal		Änderung ggü. dem Vorjahresquartal	
			3/2024		4/2024	
Anästhesisten	118,21 %	112,44 %	112,12 %	-14,67 %	104,46 %	-17,12 %
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	131,60 %	113,72 %	133,41 %	1,52 %	120,98 %	-3,82 %
Augenärzte mit 06225	119,42 %	107,69 %	112,16 %	-6,02 %	105,62 %	-3,18 %
Augenärzte ohne 06225	121,78 %	124,95 %	128,89 %	-0,44 %	124,72 %	2,75 %
Chirurgen	121,35 %	113,71 %	109,73 %	0,53 %	103,56 %	-7,96 %
Endokrinologen	112,34 %	117,44 %	110,47 %	-6,94 %	109,88 %	1,19 %
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	110,56 %	104,72 %	106,74 %	-6,60 %	101,55 %	-7,77 %
Gastroenterologen	110,40 %	106,16 %	103,45 %	-10,90 %	91,57 %	-9,97 %
Gynäkologen	126,92 %	119,53 %	121,22 %	7,05 %	112,56 %	-4,32 %
Hausärzte	107,81 %	99,81 %	112,22 %	-5,25 %	106,21 %	-6,80 %
Hautärzte	125,47 %	118,47 %	116,81 %	-5,27 %	109,71 %	-8,13 %
HNO-Ärzte	124,31 %	118,12 %	114,80 %	9,20 %	107,68 %	-4,49 %
Humangenetiker	130,39 %	129,90 %	159,37 %	-7,49 %	119,36 %	1,68 %
Kardiologen und Angiologen	121,15 %	111,43 %	104,31 %	-7,93 %	101,68 %	-6,08 %
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	129,57 %	117,33 %	127,31 %	1,77 %	117,78 %	0,77 %
Labormediziner	119,95 %	114,22 %	109,19 %	-14,28 %	104,91 %	-10,28 %
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	123,78 %	118,90 %	116,21 %	-7,68 %	124,98 %	3,69 %
Nephrologen	107,51 %	109,06 %	109,72 %	-10,20 %	83,59 %	-9,33 %
Nervenärzte	127,25 %	117,57 %	115,58 %	-1,00 %	110,08 %	-6,24 %
Nephrologen	107,51 %	109,06 %	109,72 %	-10,20 %	83,59 %	-9,33 %
Neurochirurgen	134,44 %	136,07 %	133,00 %	25,13 %	129,54 %	-1,13 %
Neurologen	127,66 %	118,42 %	113,88 %	1,34 %	108,15 %	-4,81 %
Nuklearmediziner	105,81 %	107,03 %	113,53 %	6,38 %	103,24 %	1,68 %
Onkologen	123,22 %	108,84 %	114,26 %	-6,54 %	109,18 %	-4,86 %
Orthopäden	126,41 %	118,93 %	113,12 %	6,91 %	104,85 %	-9,45 %
Pathologen	132,49 %	105,81 %	123,96 %	-9,02 %	109,84 %	-13,27 %
Phoniater	105,73 %	104,76 %	88,56 %	2,80 %	115,00 %	10,32 %
Pneumologen	118,81 %	110,50 %	107,22 %	-12,14 %	99,99 %	-6,83 %
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	105,26 %	105,36 %	101,71 %	-13,30 %	97,19 %	-11,48 %
Psychiater	121,74 %	110,74 %	110,05 %	-1,94 %	104,42 %	-8,65 %
Psychologische Psychotherapeuten	125,61 %	115,85 %	124,27 %	-0,79 %	117,53 %	0,33 %
Psychotherapeutische Mediziner	118,14 %	122,28 %	132,06 %	13,90 %	114,39 %	7,37 %
Radiologen	116,96 %	105,90 %	108,39 %	-8,72 %	100,39 %	-7,38 %
Rheumatologen	141,34 %	77,00 %	210,68 %	50,73 %	161,44 %	86,39 %
Strahlentherapeuten	124,31 %	126,41 %	145,38 %	21,61 %	137,90 %	5,86 %
Transfusionsmediziner	189,49 %	142,07 %	104,51 %	-0,01 %	114,41 %	-45,34 %
Urologen	122,81 %	117,49 %	110,25 %	3,92 %	105,77 %	-7,72 %

TABELLENVERZEICHNIS

SEITE

SEITE

MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL)	28	KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN	49
ANÄSTHESISTEN	29	LABORATORIUMSMEDIZINER	50
ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE	30	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN	51
AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG	31	NEPHROLOGEN	52
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG	32	NERVENÄRZTE	53
CHIRURGEN	33	NEUROCHIRURGEN	54
ENDOKRINOLOGEN	34	NEUROLOGEN	55
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN	35	NUKLEARMEDIZINER	56
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT	36	ONKOLOGEN	57
GASTROENTEROLOGEN	37	ORTHOPÄDEN	58
GYNÄKOLOGEN	38	PATHOLOGEN	59
HAUSÄRZTE	39	PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN	60
HAUTÄRZTE	40	PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER	61
HNO-ÄRZTE	41	PNEUMOLOGEN	62
HUMANGENETIKER	42	PSYCHIATER	63
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN	43	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	64
KINDERKARDIOLOGEN	44	RADIOLOGEN	65
KINDERPNEUMOLOGEN	45	RHEUMATOLOGEN	66
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (PÄDIATER)	46	STRAHLENTHERAPEUTEN	67
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	47	TRANSFUSIONSMEDIZINER	68
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	48	UROLOGEN	69

Es werden alle zugelassenen und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten, die innerhalb des Jahres niedergelassen waren und mindestens eine GKV-Leistung abgerechnet haben, gezählt. Anteilig tätige Ärzte oder Psychotherapeuten, entweder in Teilzeit oder nicht über das ganze Jahr tätig, werden bei der Ermittlung der Vollzeitstellen entsprechend anteilig berücksichtigt.

Die hier ausgewiesene Fallzahl ist die Summe der sachlich und rechnerisch anerkannten GKV-Behandlungsfälle. Ausgenommen sind die Fälle des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, der sonstigen Kostenträger und Fälle die außerhalb der Quartalsabrechnung erbracht werden.

Die Forderung ist die, durch die KV sachlich und rechnerisch anerkannte Leistungsmenge nach Anwendung aller dem EBM unterliegenden Regelungen, Punktzahlforderung mit dem jeweils gültigen Orientierungswert sowie die im EBM oder in regionalen Verträgen enthaltenen Kostenpauschalen in GKV-Behandlungsfällen. Ausgenommen sind Leistungen und Kosten des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes, der sonstigen Kostenträger und außerhalb der Quartalsabrechnung erbrachte Behandlungen.

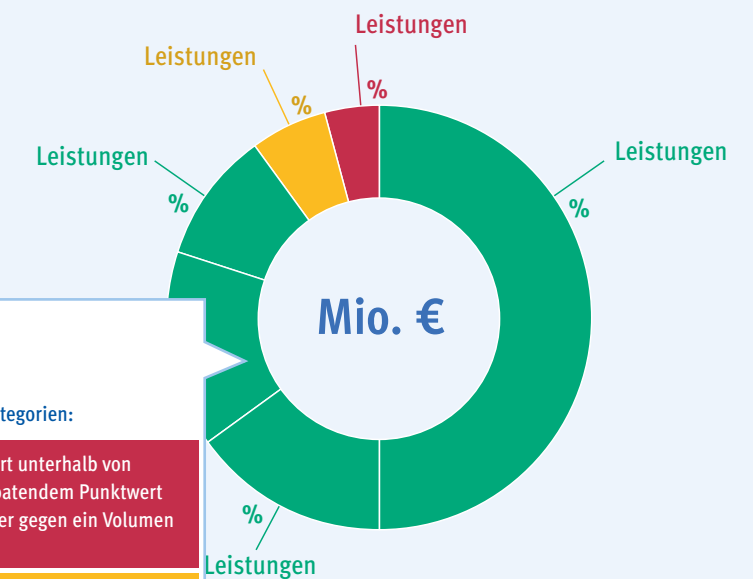
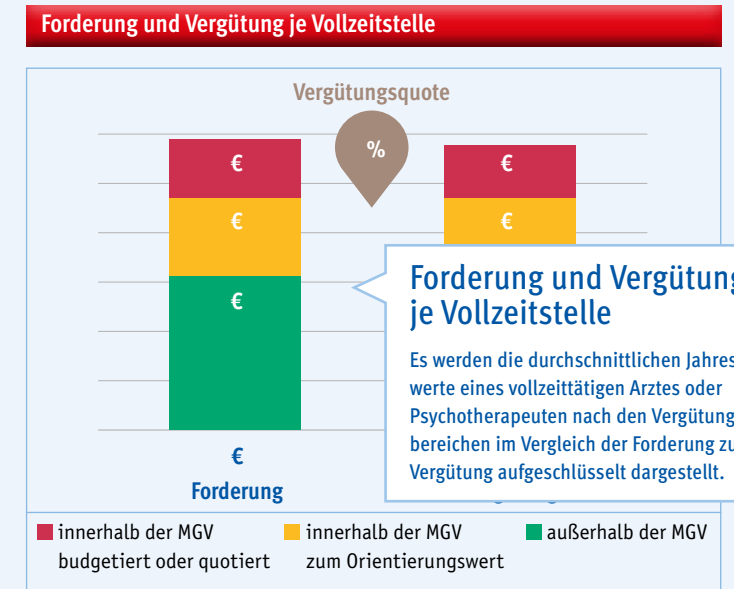
Die Vergütung ist die zur zuvor definierten Forderung geleistete Zahlung nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM).

Kürzungen aufgrund von Job-Sharing, TI sowie Umlagen zur Förderung von Weiterbildung, Sicherstellung des Bereitschaftsdienstes und der Verwaltung sind noch nicht abgezogen.

Wir haben den Tabellenteil des Honorärberichtes grundlegend überarbeitet. Sie erhalten nun auch Einblick in die von Ihnen eingereichten Forderungen im Vergleich zur Vergütung je Arztgruppe. So sind voll vergütete Leistungen von nicht voll vergüteten Leistungen farblich unterschiedlich dargestellt und ihre Anteile im Verhältnis zur Gesamtvergütung erkennbar.

Forderung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	
je Fall	
je Vollzeitstelle	

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt		
außerhalb der MGV		
innerhalb der MGV zum Orientierungswert		
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert		



Die Zuordnung der Leistungen erfolgt in drei Farbkategorien:

ROT: Leistungen die entweder mit festem Punktwert unterhalb von 100 Prozent OW (z. B. Eigenlabor) oder mit floatendem Punktwert (z. B. Leistungen des Genetischen Labors) oder gegen ein Volumen wie PZV oder LAV laufen

GELB: Leistungen und Kosten, die innerhalb der MGV zu 100 Prozent des OW vergütet werden (Vollvergütung).

GRÜN: Leistungen, die außerhalb der MGv zu 100 Prozent des OW vergütet werden (Vollvergütung).

Mit Wirkung zum 1. Juli 2023 wurden die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen aus den PVZ herausgelöst und werden fortan unbegrenzt zu 100 Prozent vergütet. Damit ergibt sich eine deutliche Verschiebung im Vergleich zu 2023 vom roten in den gelben Bereich.

TSVG	GRÜN: Leistungen, die außerhalb der MGV zu 100 Prozent des OW vergütet werden (Vollvergütung). Mit Wirkung zum 1. Juli 2023 wurden die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen aus den PZV herausgelöst und werden fortan unbegrenzt zu 100 Prozent vergütet. Damit ergibt sich eine deutliche Verschiebung im Vergleich zu 2023 vom roten in den gelben Bereich.	ung	Fallwert
gesamt		Anteil an der Gesamtvergütung	Veränderung zum Vorjahr
HaFa-Vermittlungsfall			
Offene Sprechstunde			
TSS-Akutfall			
TSS-Terminfall			

ANÄSTHESISTEN

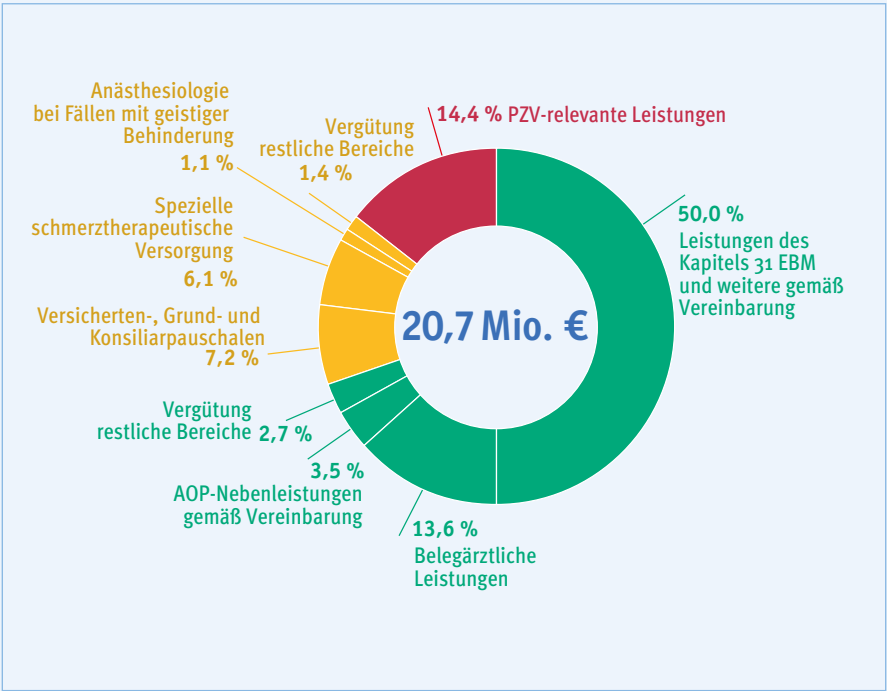
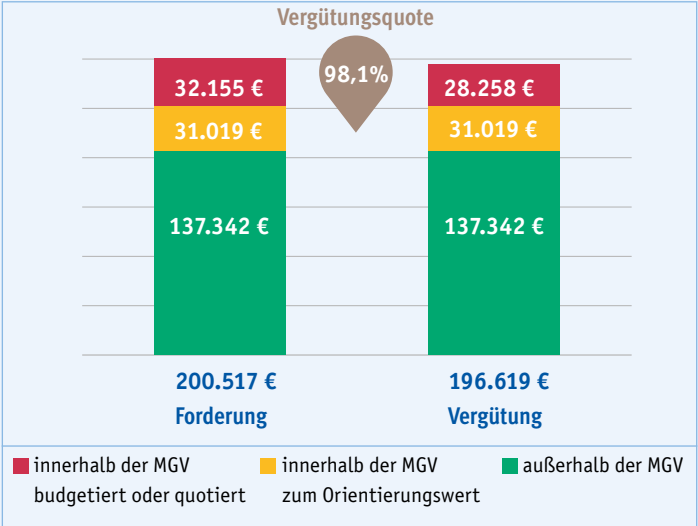
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	105	-0,1 %
Anzahl der Ärzte	153	+6,3 %
Fallzahl	103.185	+2,2 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	21.134.841 €	+5,1 %
je Fall	204,82 €	+2,8 %
je Vollzeitstelle	200.517 €	+5,2 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.724.077 €	+5,1 %
je Fall	200,84 €	+2,8 %
je Vollzeitstelle	196.619 €	+5,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.724.077 €	+5,1 %
außerhalb der MGV	14.476.092 €	+5,0 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	3.269.504 €	+38,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	2.978.480 €	-16,6 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	148	0,14 %	41.736 €	0,20 %	281,52 €	17,0 %
HaFa-Vermittlungsfall	88	0,08 %	25.011 €	0,12 %	285,32 €	33,3 %
TSS-Akutfall	3	0,00 %	972 €	0,00 %	323,87 €	-23,0 %
TSS-Terminfall	58	0,06 %	15.754 €	0,08 %	273,54 €	5,0 %

ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

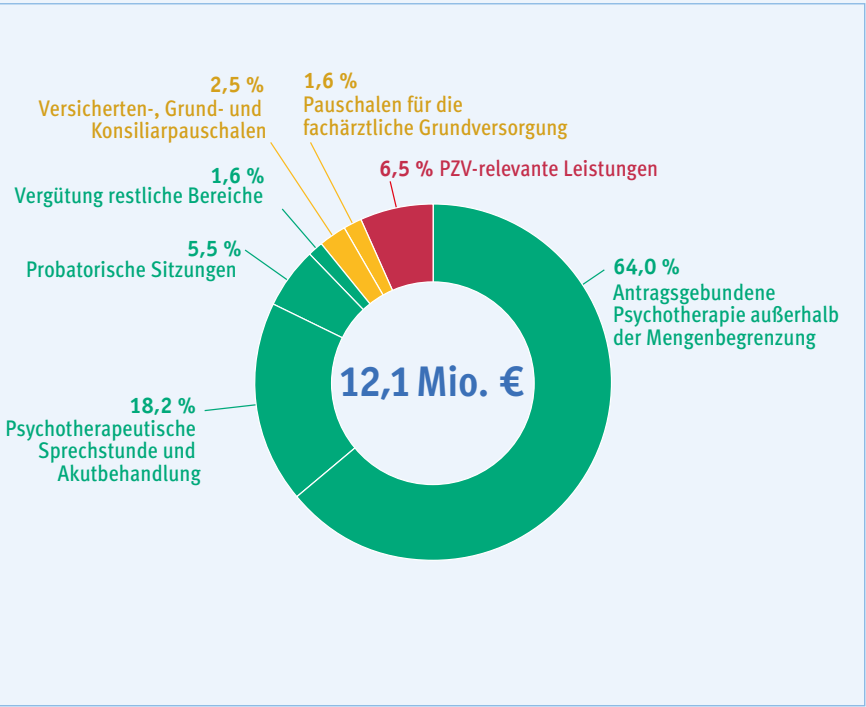
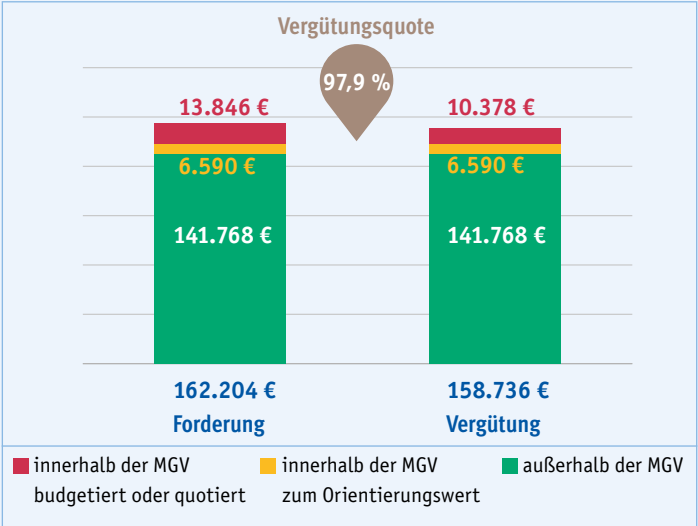
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	76	+4,4 %
Anzahl der Ärzte	123	+2,5 %
Fallzahl	29.086	+7,8 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	12.348.849 €	+11,5 %
je Fall	424,57 €	+3,4 %
je Vollzeitstelle	162.204 €	+6,8 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	12.084.801 €	+11,4 %
je Fall	415,49 €	+3,3 %
je Vollzeitstelle	158.736 €	+6,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	12.084.801 €	+11,4 %
außerhalb der MGV	10.793.032 €	+11,6 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	501.680 €	+15,5 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	790.090 €	+6,6 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.399	4,81 %	86.087 €	0,71 %	61,54 €	5,7 %
HaFa-Vermittlungsfall	51	0,17 %	3.938 €	0,03 %	77,68 €	30,0 %
TSS-Akutfall	25	0,09 %	1.070 €	0,01 %	42,78 €	0,6 %
TSS-Terminfall	1.323	4,55 %	81.079 €	0,67 %	61,27 €	4,7 %

AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG

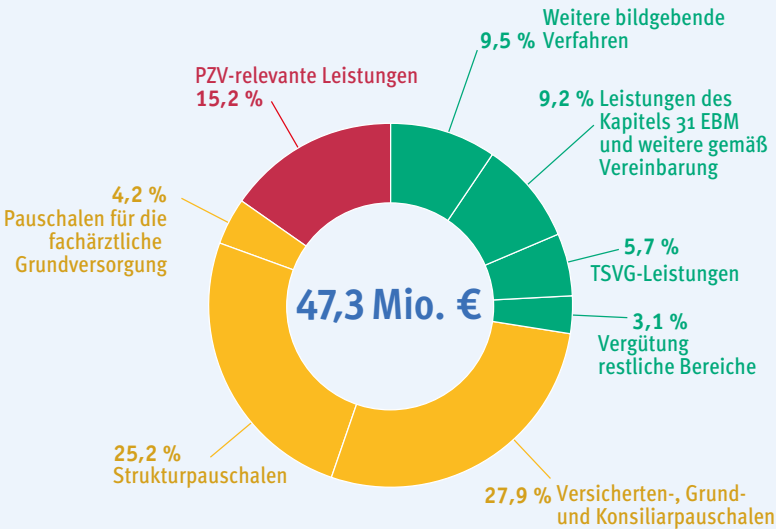
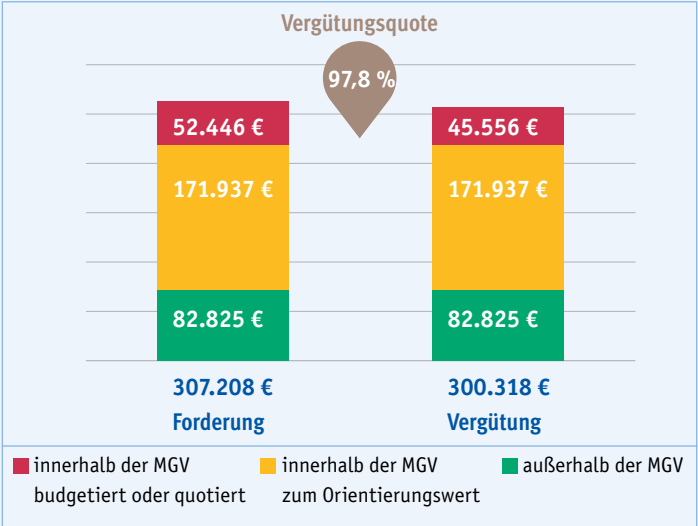
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	158	-1,3 %
Anzahl der Ärzte	223	+5,2 %
Fallzahl	910.101	+1,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	48.421.344 €	+5,3 %
je Fall	53,20 €	+4,0 %
je Vollzeitstelle	307.208 €	+6,7 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	47.335.377 €	+7,6 %
je Fall	52,01 €	+6,3 %
je Vollzeitstelle	300.318 €	+9,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	47.335.377 €	+7,6 %
außerhalb der MGV	13.054.716 €	+12,1 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	27.100.184 €	+52,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	7.180.477 €	-50,7 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	68.700	7,55 %	2.699.439 €	5,70 %	39,29 €	3,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	1.622	0,18 %	91.748 €	0,19 %	56,58 €	5,9 %
Offene Sprechstunde	66.535	7,31 %	2.573.504 €	5,44 %	38,68 €	3,3 %
TSS-Akutfall	302	0,03 %	20.655 €	0,04 %	68,44 €	6,2 %
TSS-Terminfall	241	0,03 %	13.531 €	0,03 %	56,17 €	1,5 %

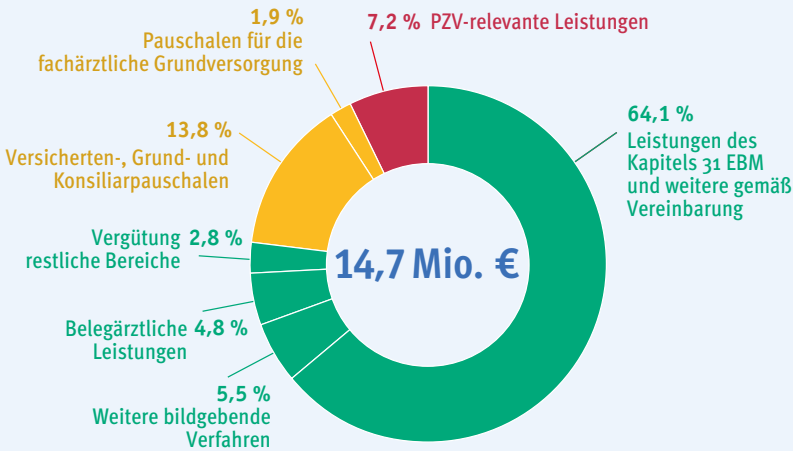
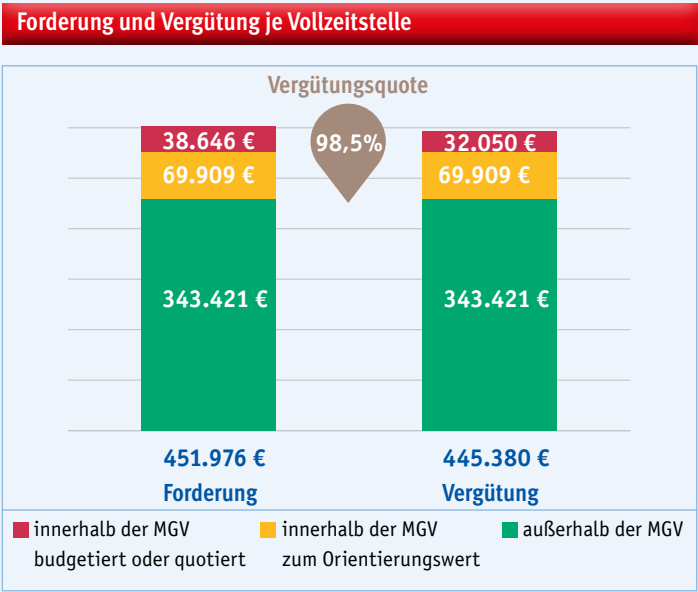
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	33	-1,5 %
Anzahl der Ärzte	49	-7,5 %
Fallzahl	142.578	+3,3 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	14.931.211 €	+8,9 %
je Fall	104,72 €	+5,5 %
je Vollzeitstelle	451.976 €	+10,5 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	14.713.295 €	+9,5 %
je Fall	103,19 €	+6,0 %
je Vollzeitstelle	445.380 €	+11,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.713.295 €	+9,5 %
außerhalb der MGV	11.345.061 €	+9,8 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	2.309.461 €	+42,6 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	1.058.773 €	-28,6 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	4.738	3,32 %	112.135 €	0,76 %	23,67 €	5,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	158	0,11 %	6.213 €	0,04 %	39,24 €	4,5 %
Offene Sprechstunde	4.520	3,17 %	103.172 €	0,70 %	22,82 €	4,4 %
TSS-Akutfall	34	0,02 %	1.754 €	0,01 %	51,29 €	-1,2 %
TSS-Terminfall	25	0,02 %	996 €	0,01 %	39,68 €	13,2 %

CHIRURGEN

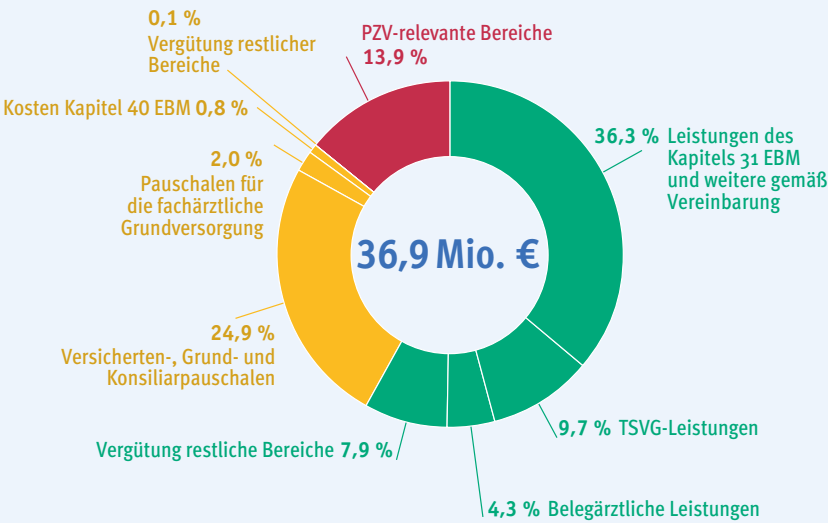
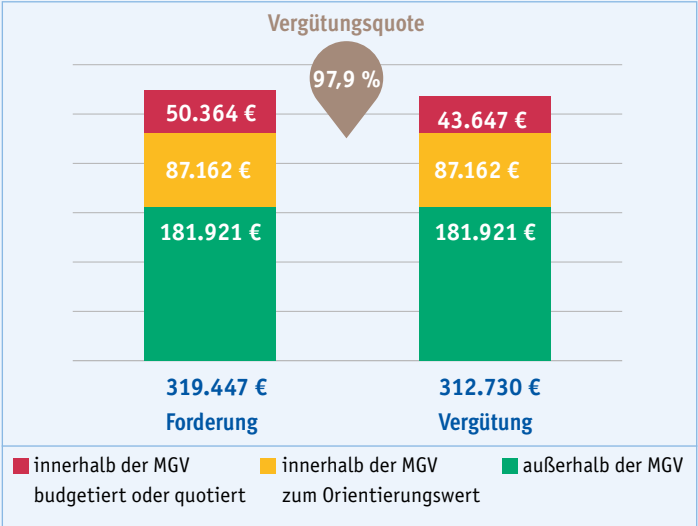
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	118	-2,3 %
Anzahl der Ärzte	162	+1,3 %
Fallzahl	358.598	-0,7 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	37.635.683 €	+4,5 %
je Fall	104,95 €	+5,2 %
je Vollzeitstelle	319.447 €	+7,0 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	36.844.330 €	+4,5 %
je Fall	102,75 €	+5,2 %
je Vollzeitstelle	312.730 €	+7,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	36.844.330 €	+4,5 %
außerhalb der MGV	21.433.059 €	+10,9 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	10.268.959 €	+9,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.142.311 €	-21,3 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	55.788	15,56 %	3.572.647 €	9,70 %	64,04 €	4,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	14.221	3,97 %	1.208.640 €	3,28 %	84,99 €	2,3 %
Offene Sprechstunde	40.890	11,40 %	2.301.346 €	6,25 %	56,28 €	4,3 %
TSS-Akutfall	260	0,07 %	28.507 €	0,08 %	109,66 €	23,4 %
TSS-Terminfall	417	0,12 %	34.153 €	0,09 %	81,82 €	5,2 %

ENDOKRINOLOGEN

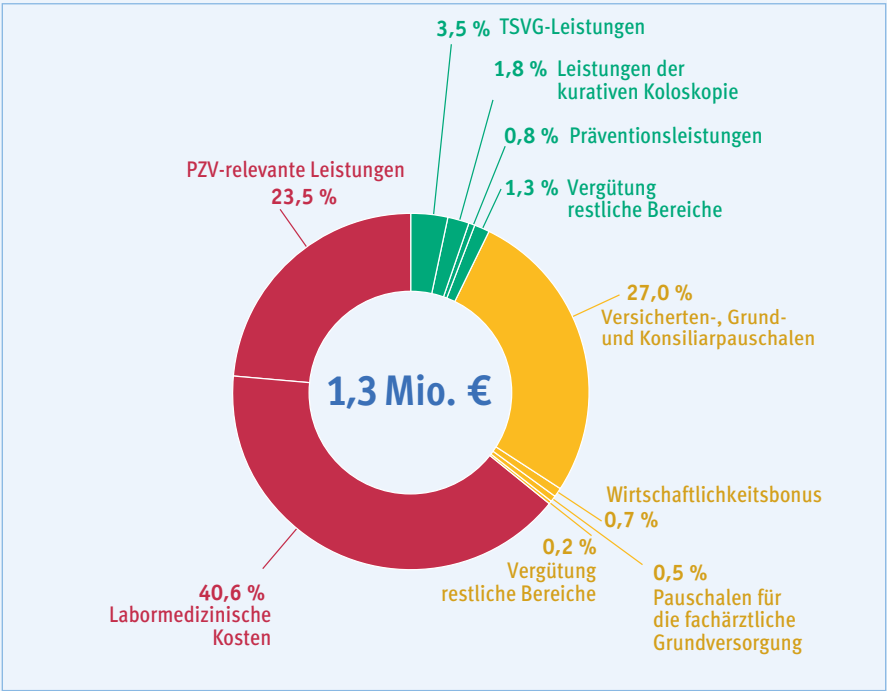
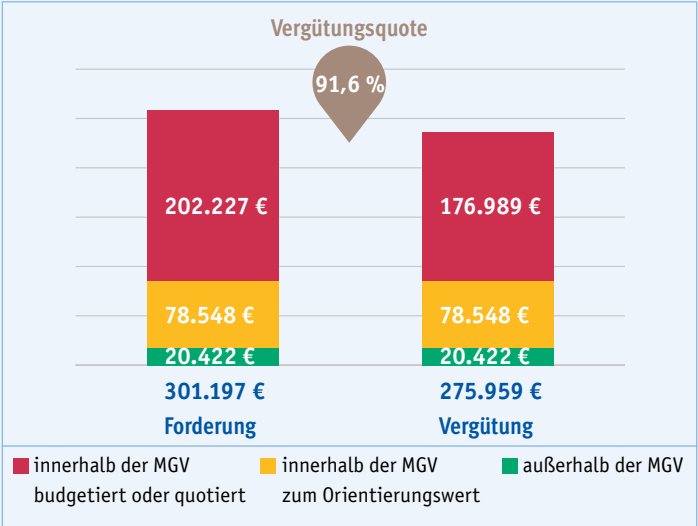
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	5	-7,9 %
Anzahl der Ärzte	9	+12,5 %
Fallzahl	18.397	+5,4 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	1.427.134 €	+3,5 %
je Fall	77,57 €	-1,8 %
je Vollzeitstelle	301.197 €	+12,4 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	1.307.550 €	+4,6 %
je Fall	71,07 €	-0,7 %
je Vollzeitstelle	275.959 €	+13,6 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.307.550 €	+4,6 %
außerhalb der MGV	96.764 €	+18,3 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	372.175 €	+47,4 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	838.610 €	-8,4 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	596	3,24 %	45.931 €	3,51 %	77,04 €	8,9 %
HaFa-Vermittlungsfall	217	1,18 %	16.108 €	1,23 %	74,10 €	3,1 %
TSS-Akutfall	1	0,01 %	201 €	0,02 %	216,90 €	120,2 %
TSS-Terminfall	378	2,05 %	29.622 €	2,27 %	78,38 €	12,3 %

FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

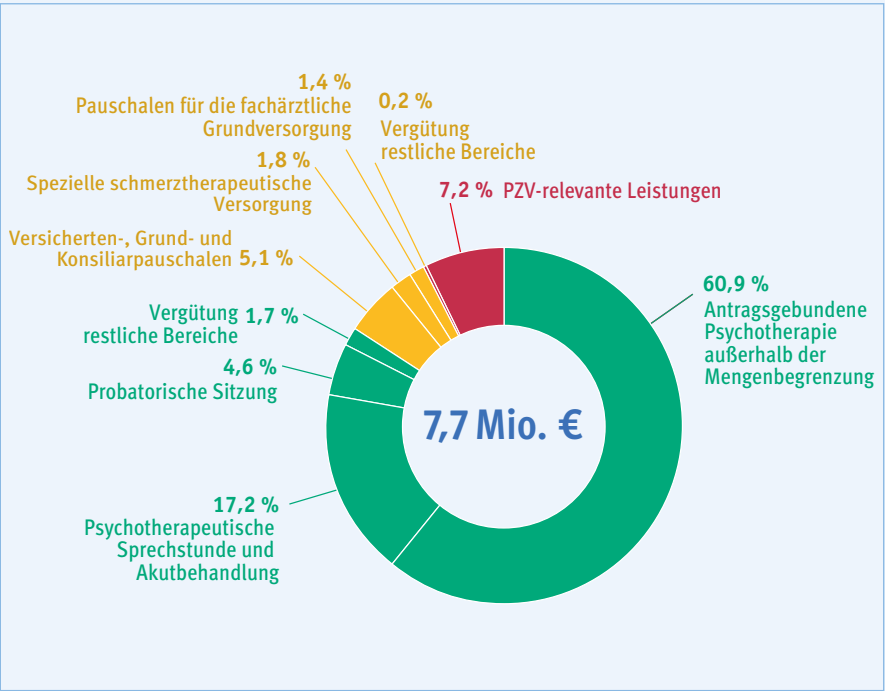
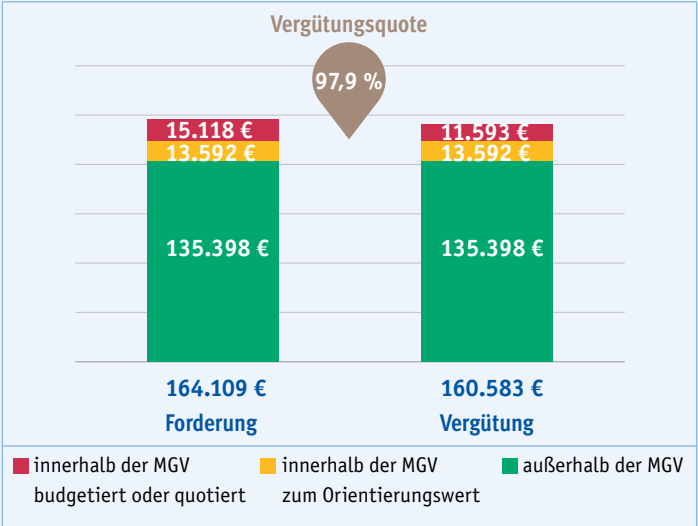
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	48	-13,5 %
Anzahl der Ärzte	78	-11,4 %
Fallzahl	18.198	-7,8 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.842.685 €	-7,1 %
je Fall	430,97 €	+0,8 %
je Vollzeitstelle	164.109 €	+7,4 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.674.185 €	-7,1 %
je Fall	421,71 €	+0,8 %
je Vollzeitstelle	160.583 €	+7,4 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	7.674.185 €	-7,1 %
außerhalb der MGV	6.470.608 €	-6,8 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	649.574 €	+18,7 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	554.003 €	-28,0 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	825	4,53 %	66.137 €	0,86 %	80,17 €	-2,9 %
HaFa-Vermittlungsfall	8	0,04 %	815 €	0,01 %	101,94 €	-21,4 %
TSS-Akutfall	20	0,11 %	2.693 €	0,04 %	134,63 €	-17,8 %
TSS-Terminfall	797	4,38 %	62.629 €	0,82 %	78,59 €	-1,4 %

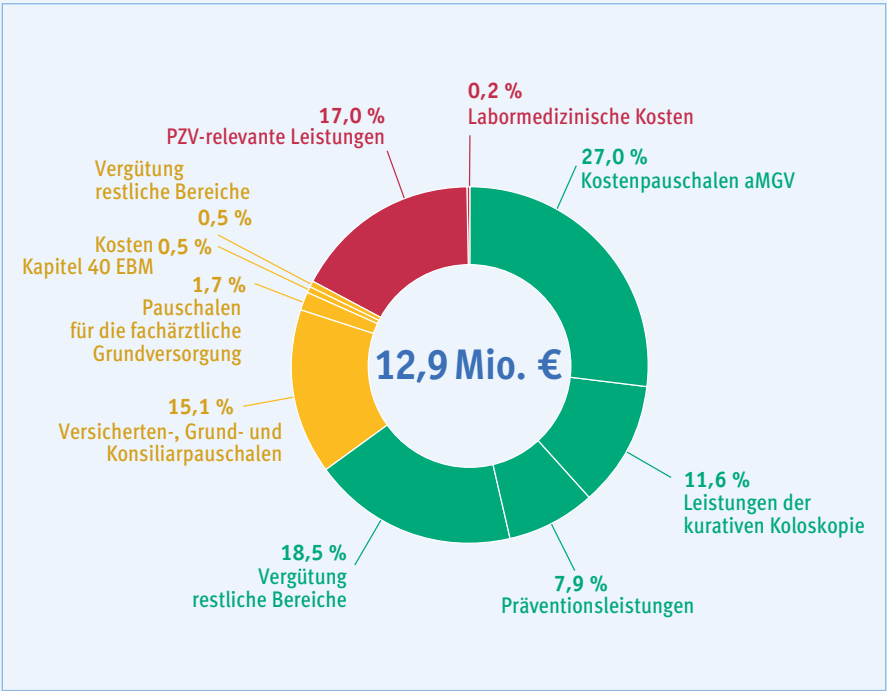
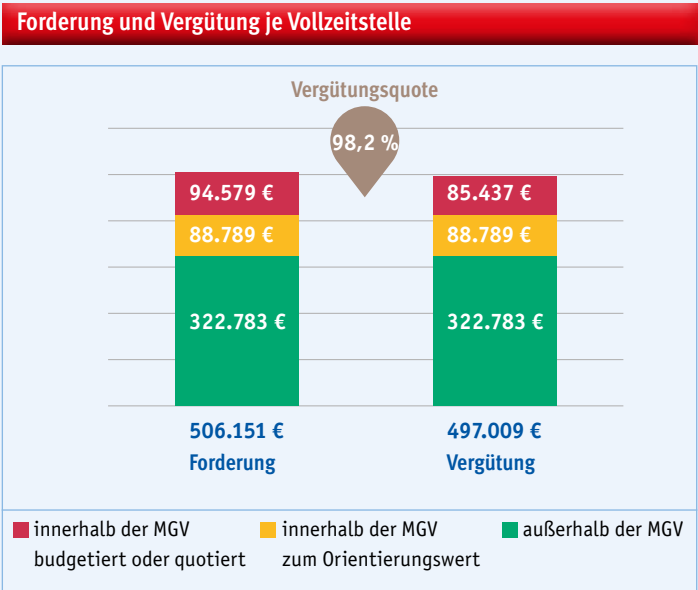
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	26	-7,9 %
Anzahl der Ärzte	34	-5,6 %
Fallzahl	72.435	-9,5 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	13.137.412 €	-1,5 %
je Fall	181,37 €	+8,8 %
je Vollzeitstelle	506.151 €	+6,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	12.900.123 €	-1,7 %
je Fall	178,09 €	+8,6 %
je Vollzeitstelle	497.009 €	+6,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	12.900.123 €	-1,7 %
außerhalb der MGV	8.377.995 €	+3,0 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	2.304.567 €	+0,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	2.217.562 €	-17,6 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	2.927	4,04 %	292.179 €	2,26 %	99,82 €	17,2 %
HaFa-Vermittlungsfall	2.798	3,86 %	278.704 €	2,16 %	99,60 €	17,3 %
TSS-Akutfall	25	0,03 %	2.573 €	0,02 %	103,97 €	18,7 %
TSS-Terminfall	104	0,14 %	10.902 €	0,08 %	104,67 €	17,3 %

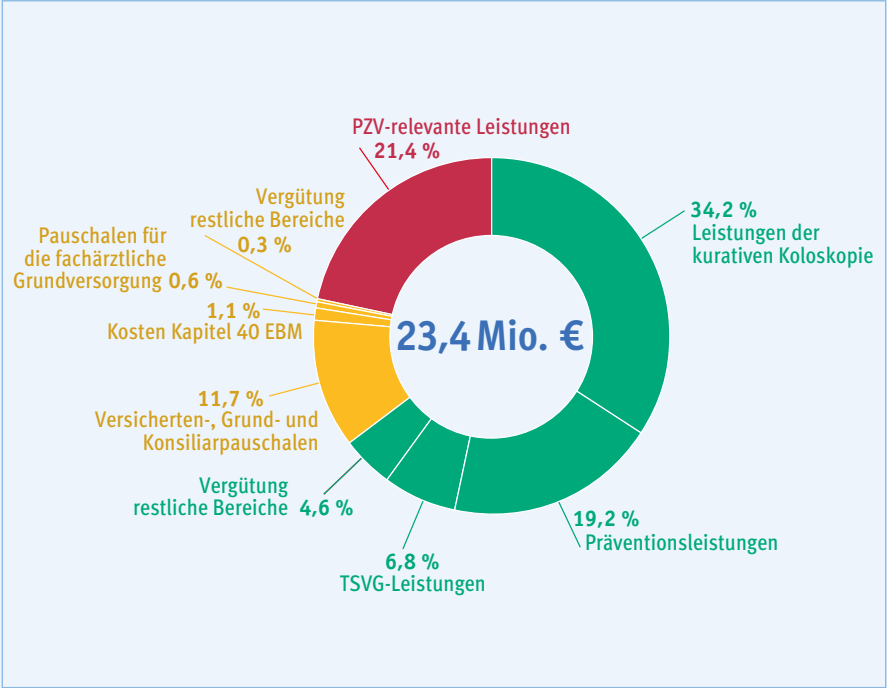
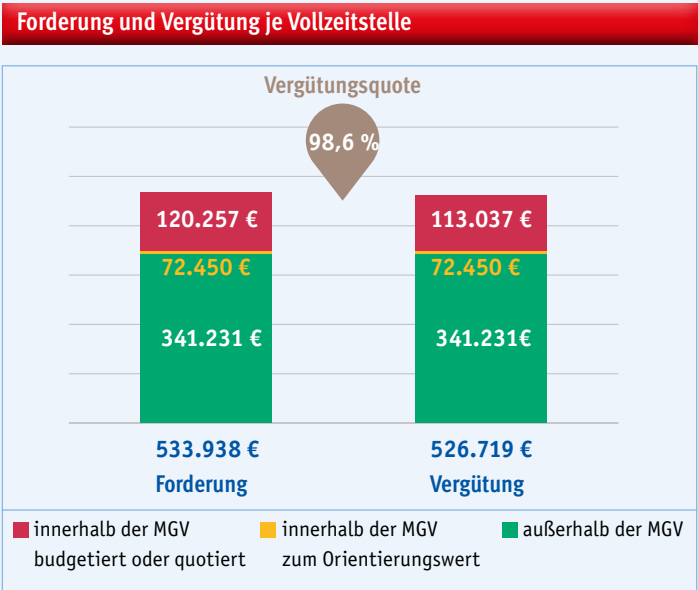
GASTROENTEROLOGEN

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	44	+4,5 %
Anzahl der Ärzte	56	+7,7 %
Fallzahl	151.259	+5,7 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	23.660.149 €	+10,7 %
je Fall	156,42 €	+4,7 %
je Vollzeitstelle	533.938 €	+5,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	23.340.221 €	+11,3 %
je Fall	154,31 €	+5,3 %
je Vollzeitstelle	526.719 €	+6,5 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	23.340.221 €	+11,3 %
außerhalb der MGV	15.120.819 €	+16,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	3.210.429 €	-16,8 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.008.974 €	+21,5 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.002	9,26 %	1.579.564 €	6,77 %	112,81 €	5,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	11.303	7,47 %	1.281.496 €	5,49 %	113,38 €	5,6 %
TSS-Akutfall	69	0,05 %	7.558 €	0,03 %	109,42 €	-5,8 %
TSS-Terminfall	2.630	1,74 %	290.509 €	1,24 %	110,45 €	5,0 %

GYNÄKOLOGEN

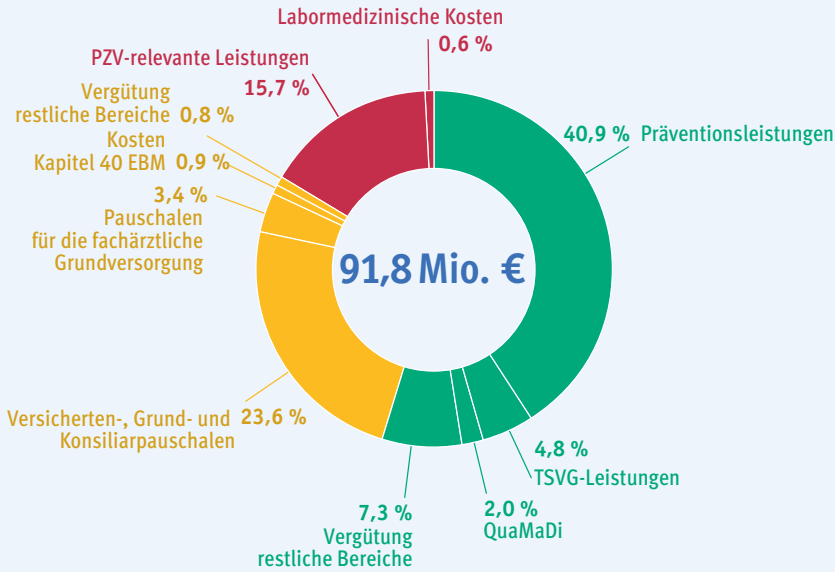
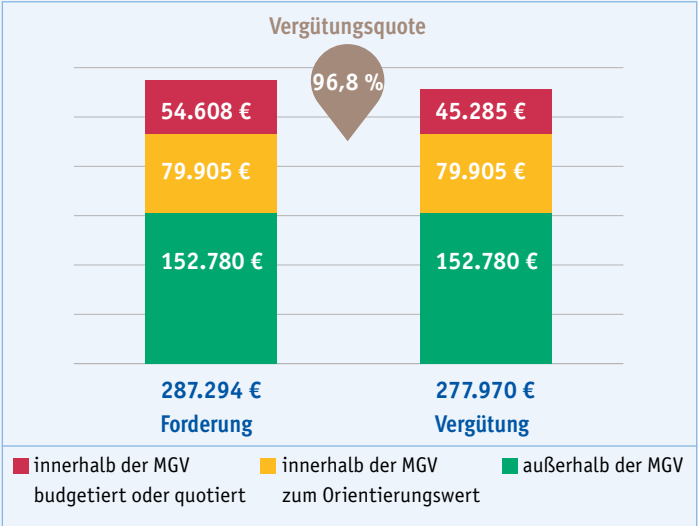
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	330	-0,4 %
Anzahl der Ärzte	405	-1,7 %
Fallzahl	1.631.679	-2,7 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	94.897.856 €	+0,7 %
je Fall	58,16 €	+3,5 %
je Vollzeitstelle	287.294 €	+1,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	91.818.262 €	+0,1 %
je Fall	56,27 €	+2,8 %
je Vollzeitstelle	277.970 €	+0,5 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	91.818.262 €	+0,1 %
außerhalb der MGV	50.465.758 €	-1,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	26.394.075 €	+51,3 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	14.958.430 €	-35,3 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	95.936	5,88 %	4.435.033 €	4,83 %	46,23 €	4,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	2.542	0,16 %	155.171 €	0,17 %	61,04 €	3,4 %
Offene Sprechstunde	92.455	5,67 %	4.221.115 €	4,60 %	45,66 €	4,6 %
TSS-Akutfall	364	0,02 %	26.419 €	0,03 %	72,63 €	15,6 %
TSS-Terminfall	575	0,04 %	32.327 €	0,04 %	56,24 €	6,1 %

HAUSÄRZTE

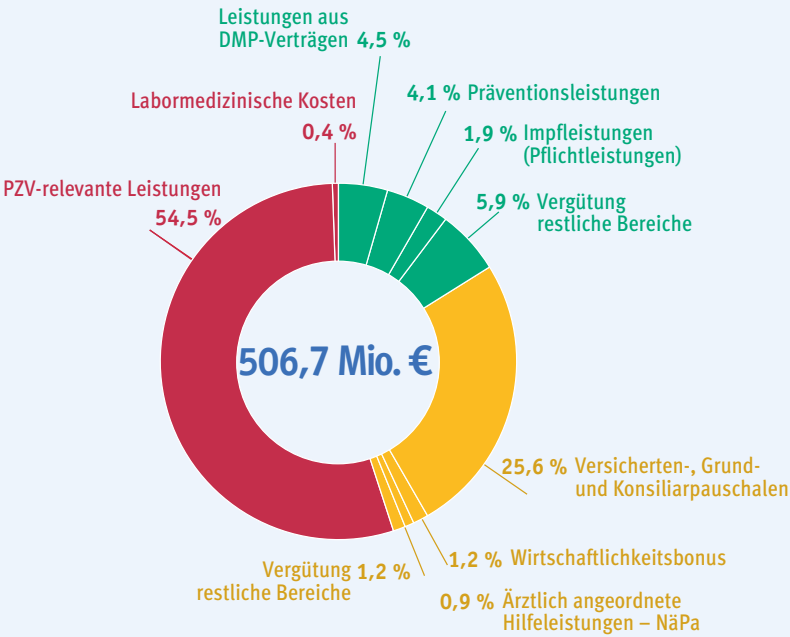
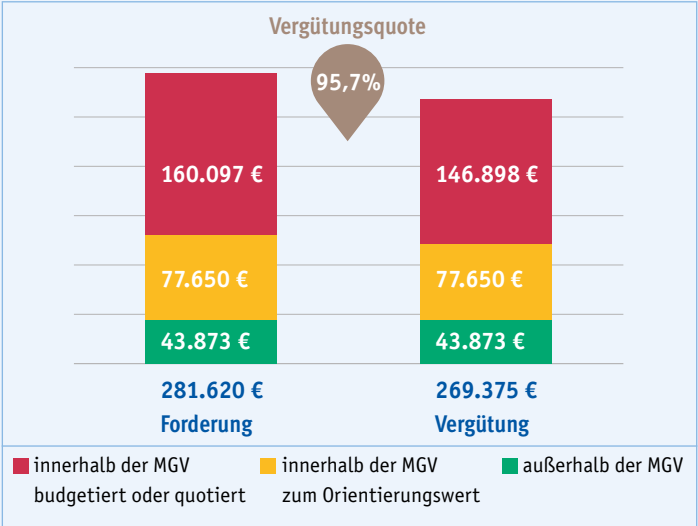
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	1.881	+0,5 %
Anzahl der Ärzte	2.138	+1,0 %
Fallzahl	6.837.438	+1,0 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	529.701.383 €	+5,6 %
je Fall	77,47 €	+4,6 %
je Vollzeitstelle	281.620 €	+5,1 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	506.669.995 €	+5,3 %
je Fall	74,10 €	+4,3 %
je Vollzeitstelle	269.375 €	+4,8 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	506.669.995 €	+5,3 %
außerhalb der MGV	82.521.933 €	+8,5 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	146.051.982 €	+57,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	278.096.080 €	-10,9 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	162.085	2,37 %	2.785.380 €	0,55 %	17,18 €	4,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	161.595	2,36 %	2.743.005 €	0,54 %	16,97 €	5,9 %
TSS-Akutfall	207	0,00 %	17.109 €	0,00 %	82,71 €	19,1 %
TSS-Terminfall	283	0,00 %	25.266 €	0,00 %	89,38 €	10,5 %

HAUTÄRZTE

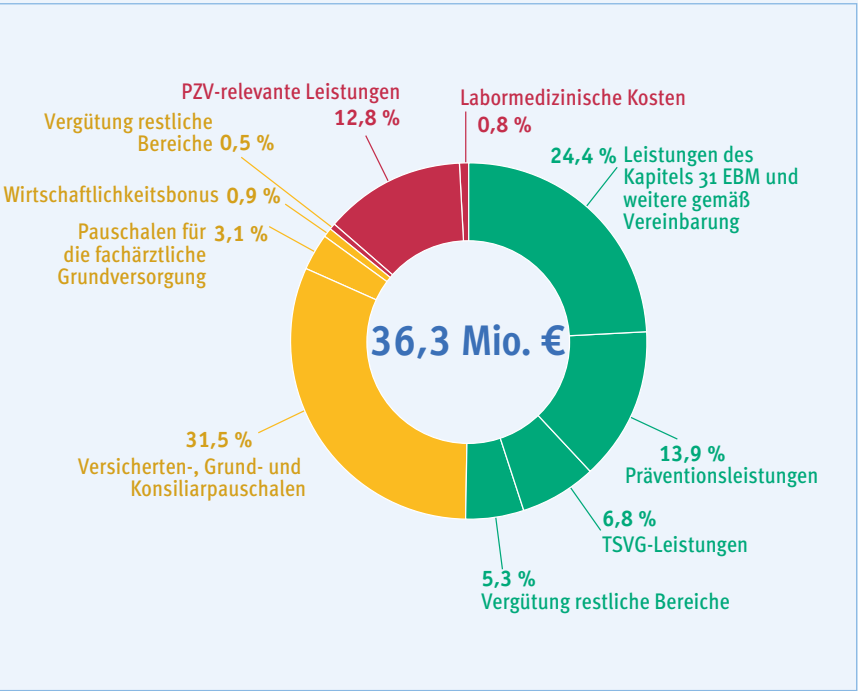
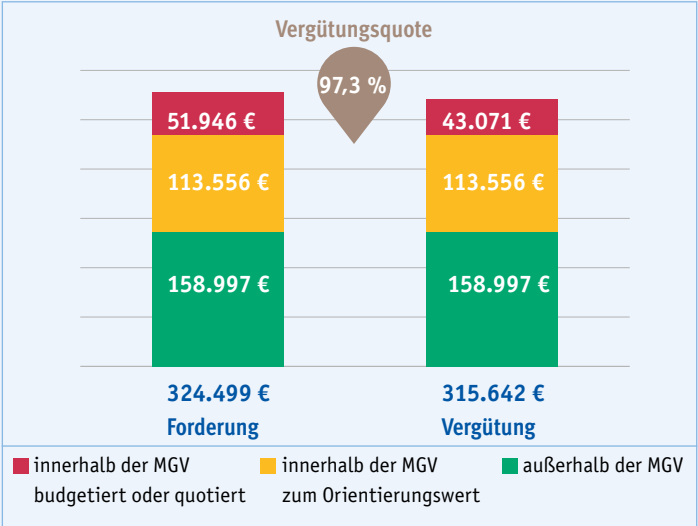
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	115	-3,3 %
Anzahl der Ärzte	150	0,0 %
Fallzahl	737.441	+1,0 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	37.320.333 €	+5,8 %
je Fall	50,61 €	+4,7 %
je Vollzeitstelle	324.499 €	+9,4 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	36.299.586 €	+6,4 %
je Fall	49,22 €	+5,4 %
je Vollzeitstelle	315.624 €	+10,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	36.299.586 €	+6,4 %
außerhalb der MGV	18.286.087 €	+8,3 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	13.059.946 €	+47,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	4.953.553 €	-40,8 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	77.860	10,56 %	2.479.191 €	6,83 %	31,84 €	8,1 %
HaFa-Vermittlungsfall	12.100	1,64 %	542.417 €	1,49 %	44,83 €	2,7 %
Offene Sprechstunde	63.095	8,56 %	1.823.290 €	5,02 %	28,90 €	4,9 %
TSS-Akutfall	471	0,06 %	20.893 €	0,06 %	44,36 €	-12,6 %
TSS-Terminfall	2.194	0,30 %	92.590 €	0,26 %	42,20 €	1,4 %

HNO-ÄRZTE

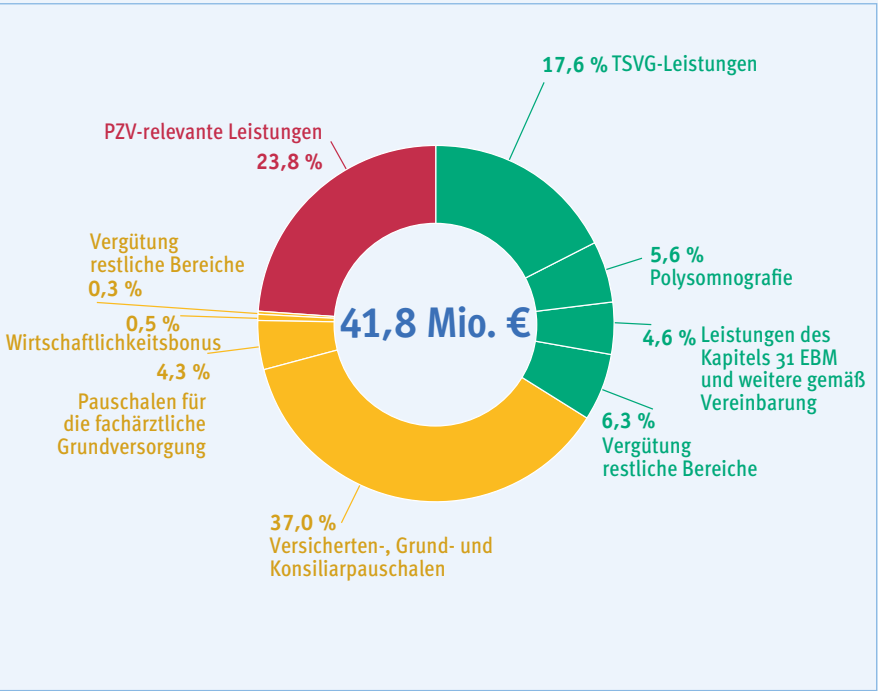
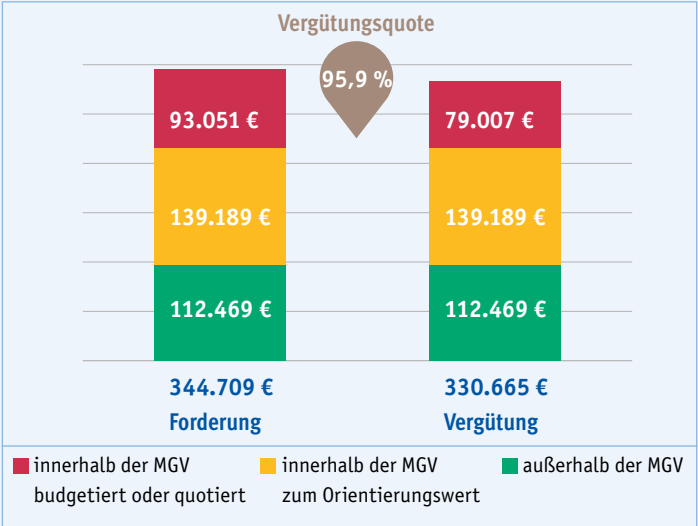
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	126	+1,7 %
Anzahl der Ärzte	146	-1,4 %
Fallzahl	716.713	+2,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	43.520.442 €	+6,7 %
je Fall	60,72 €	+4,4 %
je Vollzeitstelle	344.709 €	+4,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	41.747.327 €	+7,9 %
je Fall	58,25 €	+5,6 %
je Vollzeitstelle	330.665 €	+6,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	41.747.327 €	+7,9 %
außerhalb der MGV	14.199.470 €	+15,0 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	17.573.063 €	+26,7 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	9.974.794 €	-20,1 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	121.539	16,96 %	7.364.127 €	17,64 %	60,59 €	11,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	21.167	2,95 %	1.771.925 €	4,24 %	83,71 €	6,8 %
Offene Sprechstunde	99.033	13,82 %	5.470.779 €	13,10 %	55,24 €	10,8 %
TSS-Akutfall	626	0,09 %	60.588 €	0,15 %	96,81 €	6,0 %
TSS-Terminfall	714	0,10 %	60.836 €	0,15 %	85,20 €	11,2 %

HUMANGENETIKER

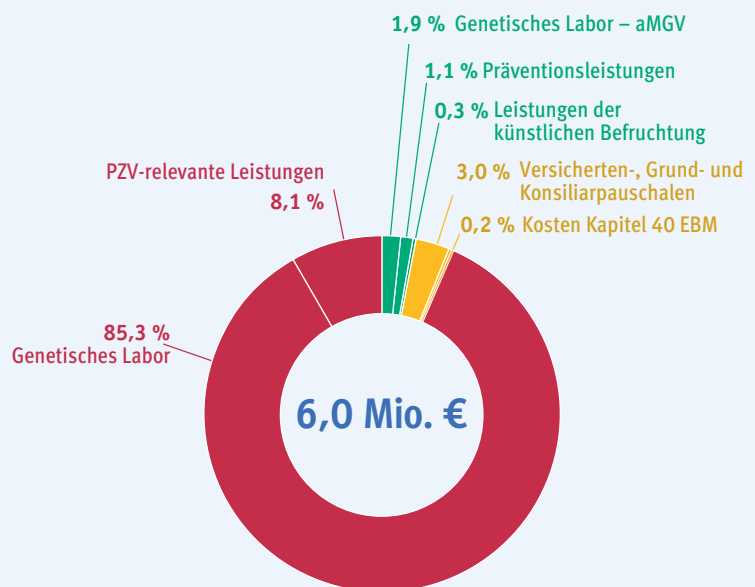
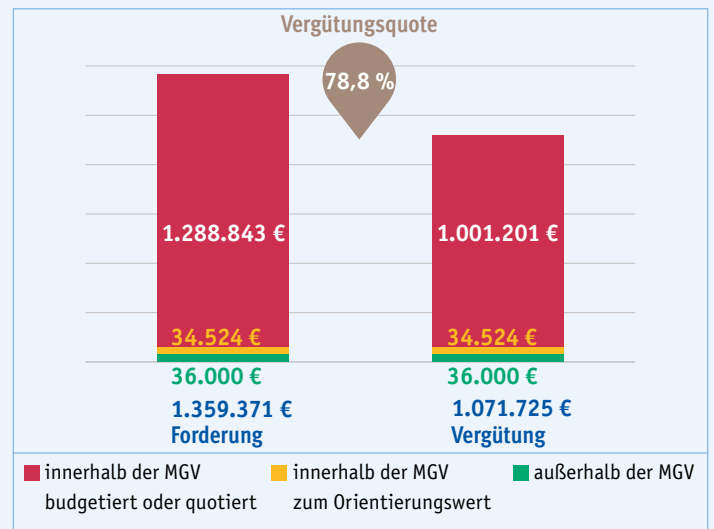
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	6	+1,4 %
Anzahl der Ärzte	7	-12,5 %
Fallzahl	11.333	+4,3 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	7.561.500 €	+1,6 %
je Fall	667,21 €	-2,6 %
je Vollzeitstelle	1.359.371 €	+0,2 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	5.961.472 €	+6,2 %
je Fall	526,03 €	+1,8 %
je Vollzeitstelle	1.071.725 €	+4,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	5.961.472 €	+6,2 %
außerhalb der MGV	200.248 €	-89,2 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	192.043 €	+101,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.569.181 €	+51,7 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

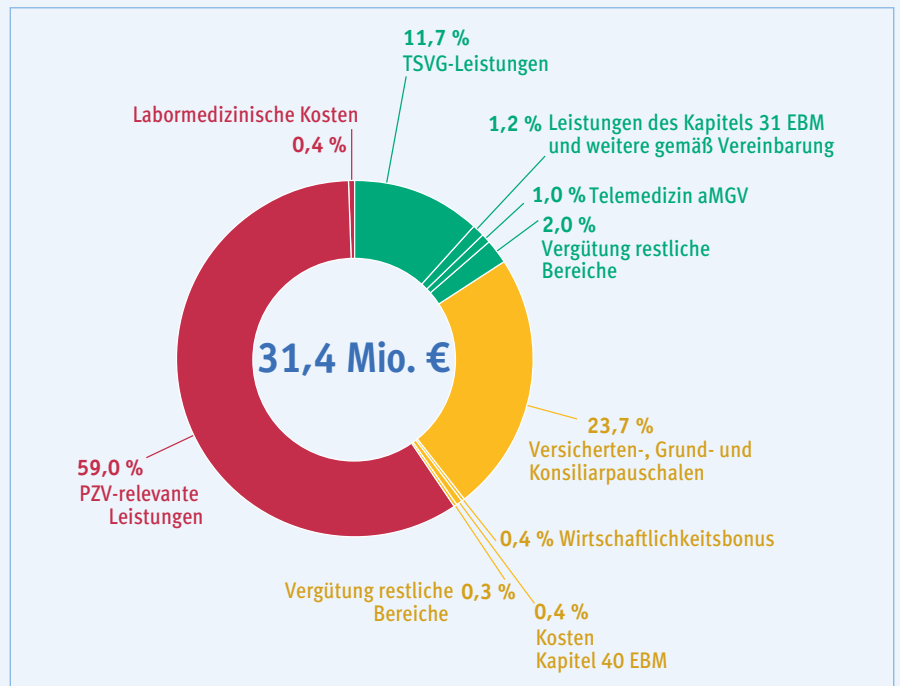
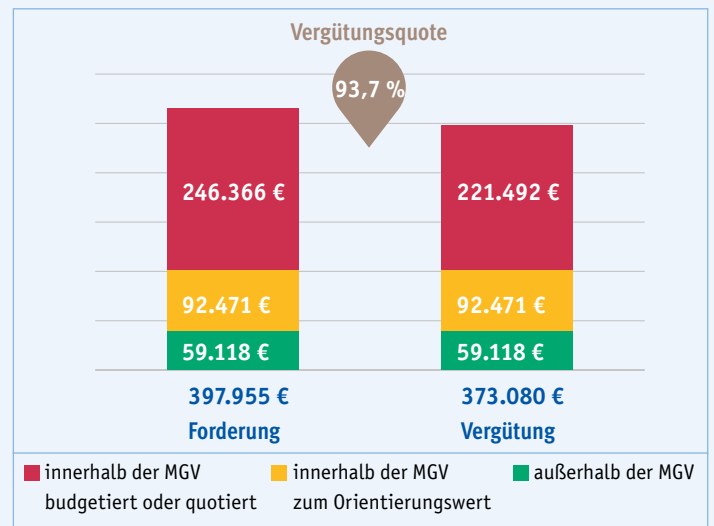
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	84	+3,1 %
Anzahl der Ärzte	104	+7,2 %
Fallzahl	302.301	+2,7 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	33.539.399 €	+7,4 %
je Fall	110,95 €	+4,6 %
je Vollzeitstelle	397.955 €	+4,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	31.442.962 €	+7,0 %
je Fall	104,01 €	+4,2 %
je Vollzeitstelle	373.080 €	+3,8 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	31.442.962 €	+7,0 %
außerhalb der MGV	4.982.433 €	+42,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	7.793.375 €	+1,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	18.667.154 €	+2,7 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	25.822	8,54 %	3.680.089 €	11,70 %	142,52 €	6,2 %
HaFa-Vermittlungsfall	22.050	7,29 %	3.127.180 €	9,95 %	141,83 €	6,1 %
TSS-Akutfall	237	0,08 %	39.084 €	0,12 %	164,98 €	4,1 %
TSS-Terminfall	3.535	1,17 %	513.825 €	1,63 %	145,33 €	7,2 %

KINDERKARDIOLOGEN

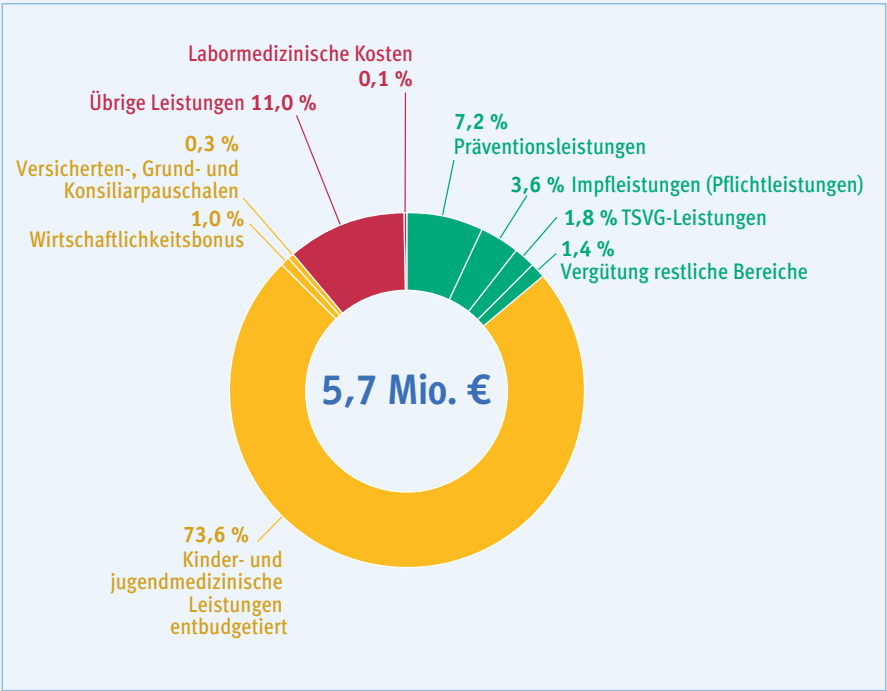
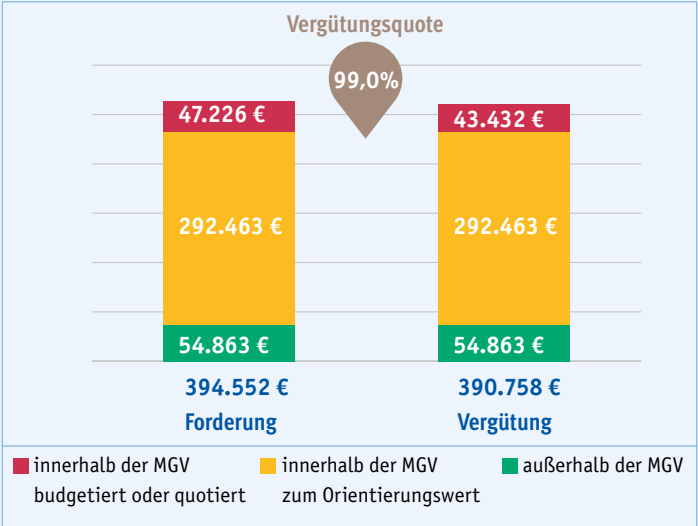
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	15	+3,1 %
Anzahl der Ärzte	17	-10,5 %
Fallzahl	55.015	+7,8 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	5.747.524 €	+6,4 %
je Fall	104,47 €	-1,3 %
je Vollzeitstelle	394.552 €	+3,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	5.692.251 €	+7,3 %
je Fall	103,47 €	-0,4 %
je Vollzeitstelle	390.758 €	+4,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	5.692.251 €	+7,3 %
außerhalb der MGV	799.204 €	-12,9 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	4.260.370 €	+30,1 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	632.678 €	-43,1 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	738	1,34 %	102.530 €	1,80 %	138,92 €	-16,1 %
HaFa-Vermittlungsfall	635	1,15 %	83.593 €	1,47 %	131,58 €	-19,8 %
TSS-Akutfall	17	0,03 %	2.323 €	0,04 %	137,40 €	-21,9 %
TSS-Terminfall	86	0,16 %	16.614 €	0,29 %	193,54 €	-2,0 %

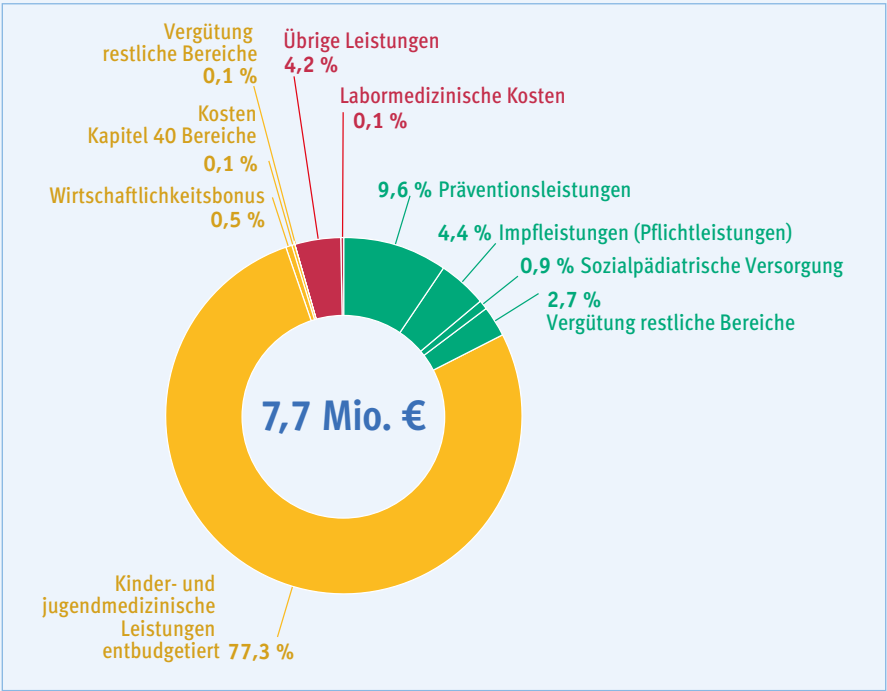
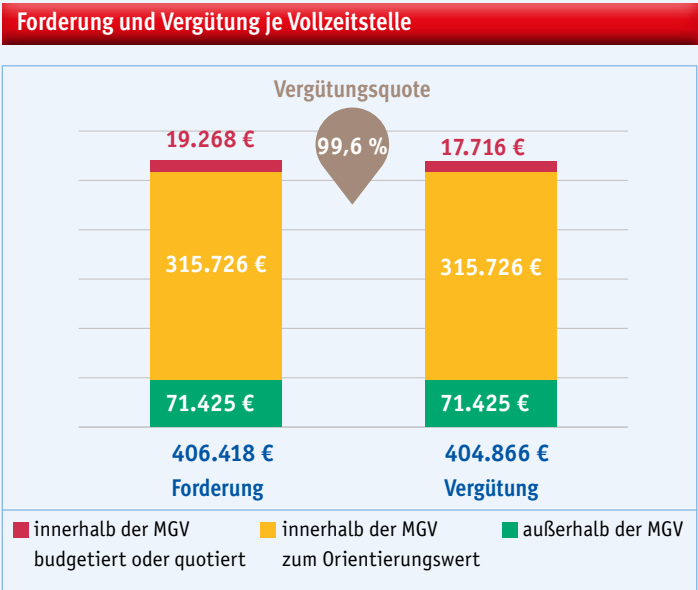
KINDERPNEUMOLOGEN

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	19	-5,3 %
Anzahl der Ärzte	23	-4,2 %
Fallzahl	92.885	-2,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.739.212 €	-1,6 %
je Fall	83,32 €	+0,7 %
je Vollzeitstelle	406.418 €	+3,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.709.670 €	+0,9 %
je Fall	83,00 €	+3,2 %
je Vollzeitstelle	404.866 €	+6,5 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	7.709.670 €	+0,9 %
außerhalb der MGV	1.360.107 €	-3,5 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	6.012.203 €	+29,6 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	337.360 €	-78,8 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	610	0,66 %	37.881 €	0,49 %	62,10 €	-7,1 %
HaFa-Vermittlungsfall	574	0,62 %	33.677 €	0,44 %	58,68 €	-10,7 %
TSS-Akutfall	9	0,01 %	838 €	0,01 %	93,17 €	-8,7 %
TSS-Terminfall	27	0,03 %	3.365 €	0,04 %	124,05 €	55,1 %

KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (PÄDIATER)

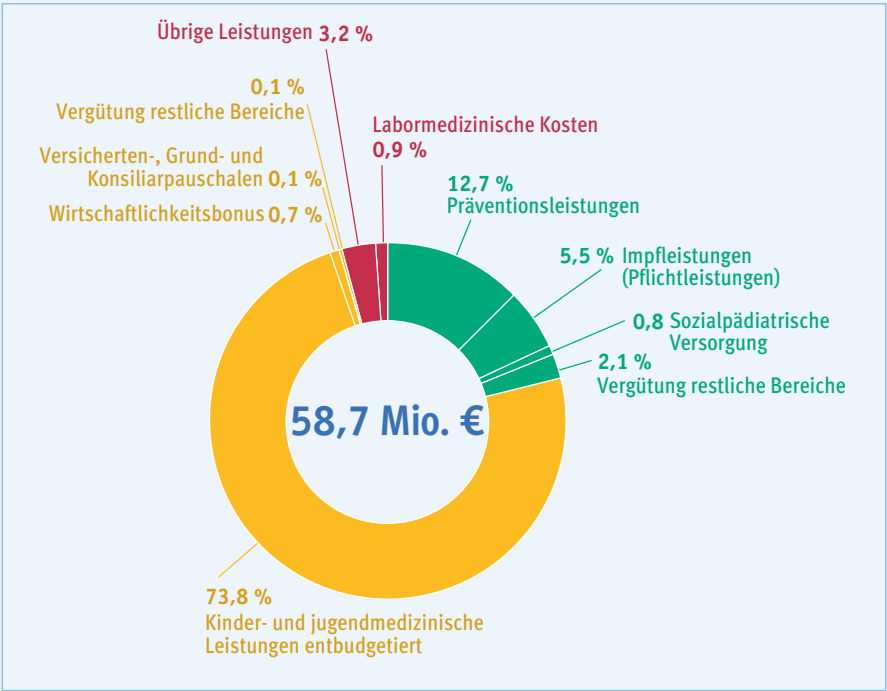
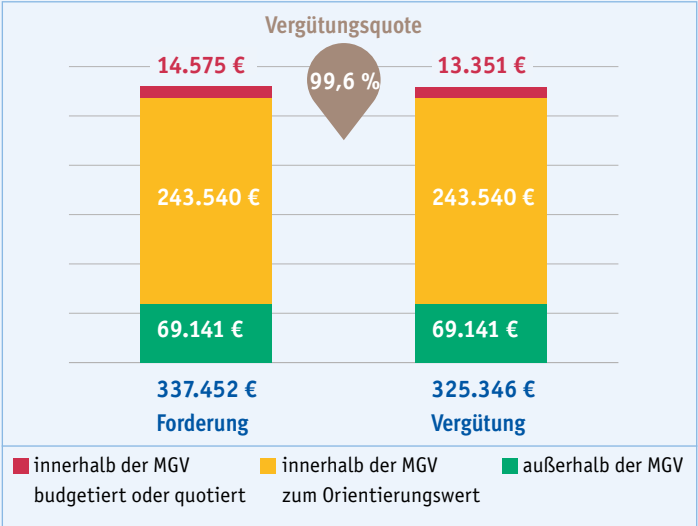
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	180	+1,8 %
Anzahl der Ärzte	236	+2,2 %
Fallzahl	772.247	+3,4 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	58.933.661 €	+5,3 %
je Fall	76,31 €	+1,9 %
je Vollzeitstelle	327.257 €	+3,5 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	58.713.312 €	+7,6 %
je Fall	76,03 €	+4,1 %
je Vollzeitstelle	326.033 €	+5,8 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	58.713.312 €	+7,6 %
außerhalb der MGV	12.451.258 €	+3,1 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	43.857.709 €	+37,5 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	2.404.345 €	-77,3 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	5.151	0,67 %	166.202 €	0,28 %	32,27 €	2,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	4.853	0,63 %	131.708 €	0,22 %	27,14 €	-4,5 %
TSS-Akutfall	129	0,02 %	13.378 €	0,02 %	103,63 €	23,4 %
TSS-Terminfall	169	0,02 %	21.116 €	0,04 %	124,70 €	5,1 %

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME

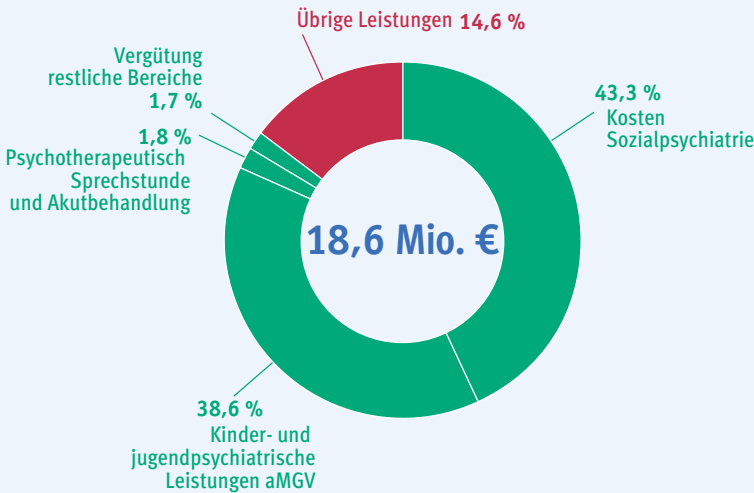
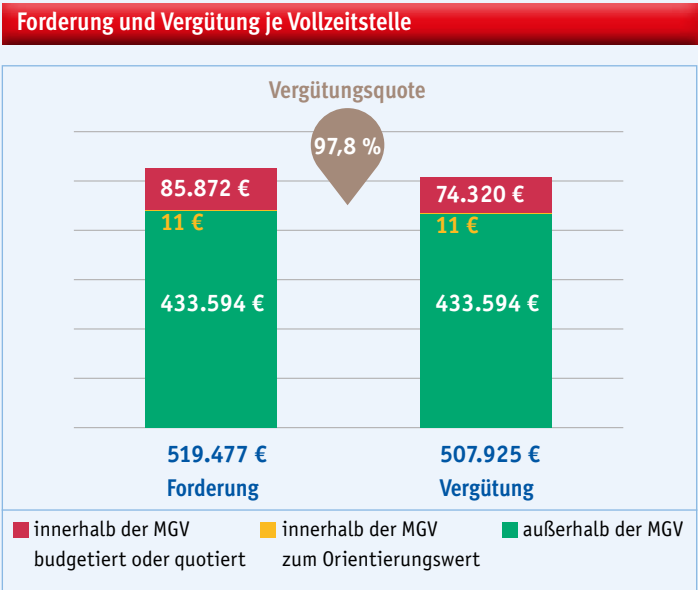
AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	37	-4,0 %
Anzahl der Ärzte	43	+4,9 %
Fallzahl	53.176	+6,4 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	18.981.642 €	+10,5 %
je Fall	356,96 €	+3,9 %
je Vollzeitstelle	519.477 €	+15,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	18.559.540 €	+10,6 %
je Fall	349,02 €	+3,9 %
je Vollzeitstelle	507.925 €	+15,2 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.559.540 €	+10,6 %
außerhalb der MGV	15.843.473 €	+24,9 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	407 €	-99,9 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	2.715.659 €	-18,6 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	2.075	3,90 %	193.385 €	1,04 %	93,21 €	-36,1 %
HaFa-Vermittlungsfall	267	0,50 %	27.611 €	0,15 %	103,32 €	-33,2 %
Offene Sprechstunde	1.737	3,27 %	160.321 €	0,86 %	92,29 €	-35,8 %
TSS-Akutfall	7	0,01 %	346 €	0,00 %	49,44 €	-65,6 %
TSS-Terminfall	63	0,12 %	5.107 €	0,03 %	80,52 €	-42,4 %

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME

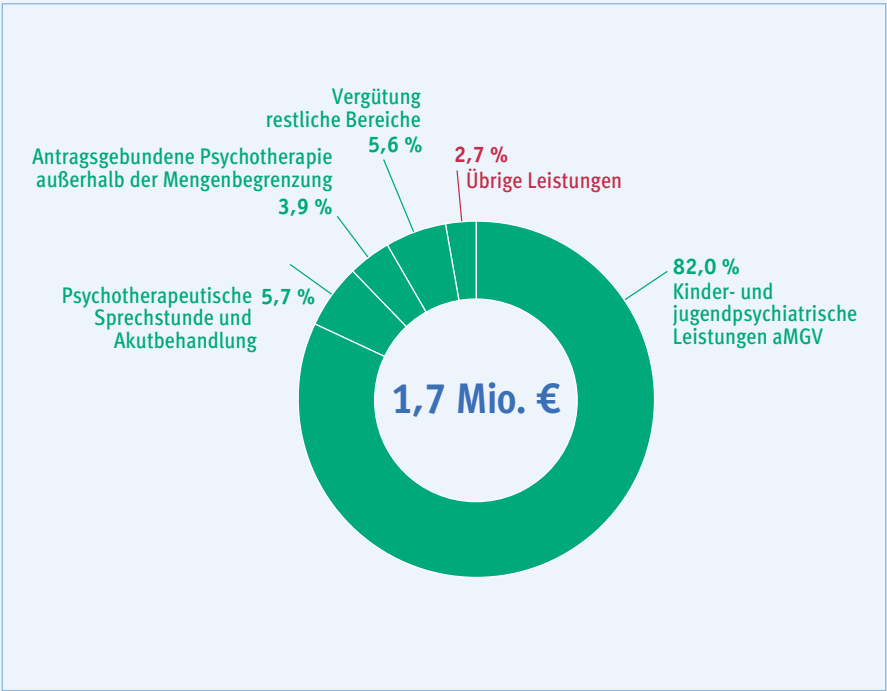
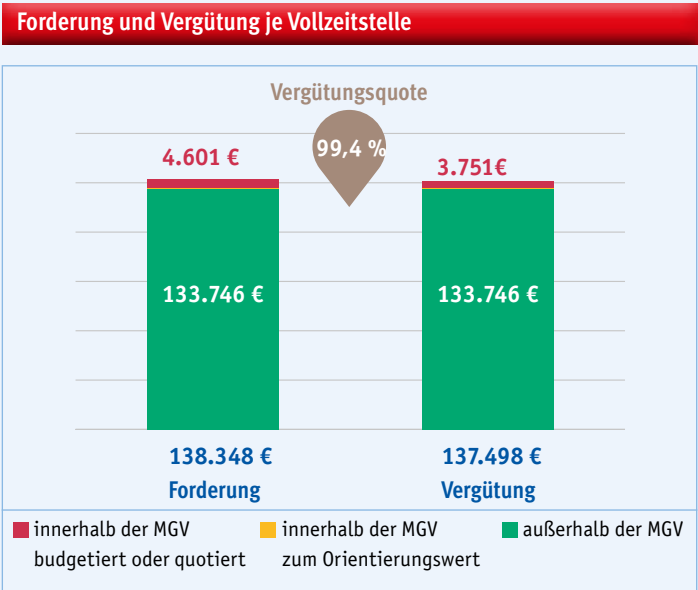
AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	12	+8,6 %
Anzahl der Ärzte	18	+12,5 %
Fallzahl	5.450	+14,9 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	1.690.630 €	+9,2 %
je Fall	310,21 €	-4,9 %
je Vollzeitstelle	138.348 €	+0,5 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	1.680.243 €	+9,4 %
je Fall	308,30 €	-4,7 %
je Vollzeitstelle	137.498 €	+0,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.680.243 €	+9,4 %
außerhalb der MGV	1.634.389 €	+40,7 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	14 €	-100,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	45.841 €	-85,0 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	88	1,61 %	10.279 €	0,61 %	116,80 €	-50,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	14	0,26 %	464 €	0,03 %	33,17 €	-85,7 %
Offene Sprechstunde	56	1,03 %	8.979 €	0,53 %	160,34 €	-37,9 %
TSS-Terminfall	18	0,33 %	835 €	0,05 %	46,40 €	-27,8 %

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

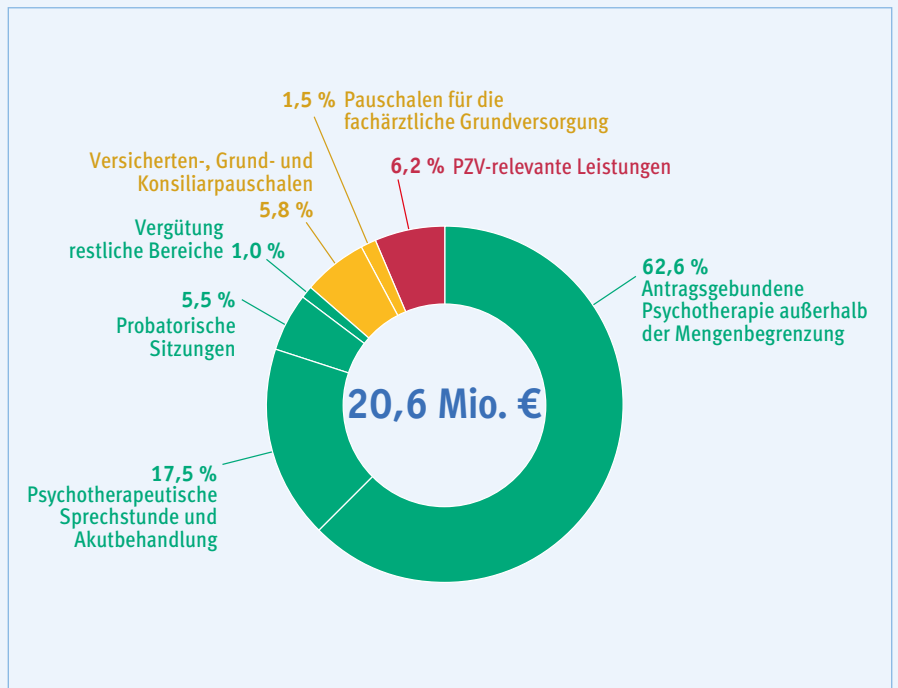
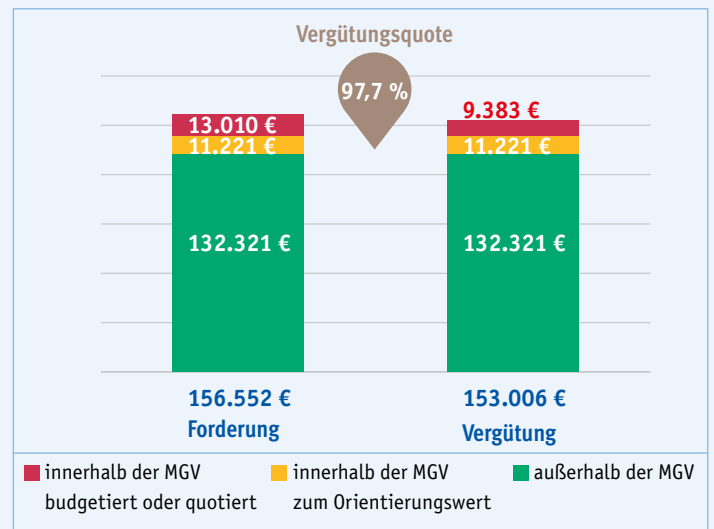
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	135	+2,7 %
Anzahl der Psychotherapeuten	218	+4,3 %
Fallzahl	32.802	+6,8 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	21.096.653 €	+8,4 %
je Fall	643,16 €	+1,5 %
je Vollzeitstelle	156.552 €	+5,5 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.618.770 €	+8,3 %
je Fall	628,59 €	+1,4 %
je Vollzeitstelle	153.006 €	+5,4 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.618.770 €	+8,3 %
außerhalb der MGV	17.831.252 €	+8,1 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	1.512.161 €	+33,3 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	1.275.358 €	-9,3 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	457	1,39 %	47.289 €	0,23 %	103,52 €	2,2 %
HaFa-Vermittlungsfall	16	0,05 %	1.862 €	0,01 %	118,42 €	-4,9 %
TSS-Akutfall	5	0,02 %	705 €	0,00 %	140,95 €	7,5 %
TSS-Terminfall	436	1,33 %	44.722 €	0,22 %	102,55 €	1,9 %

LABORATORIUMSMEDIZINER

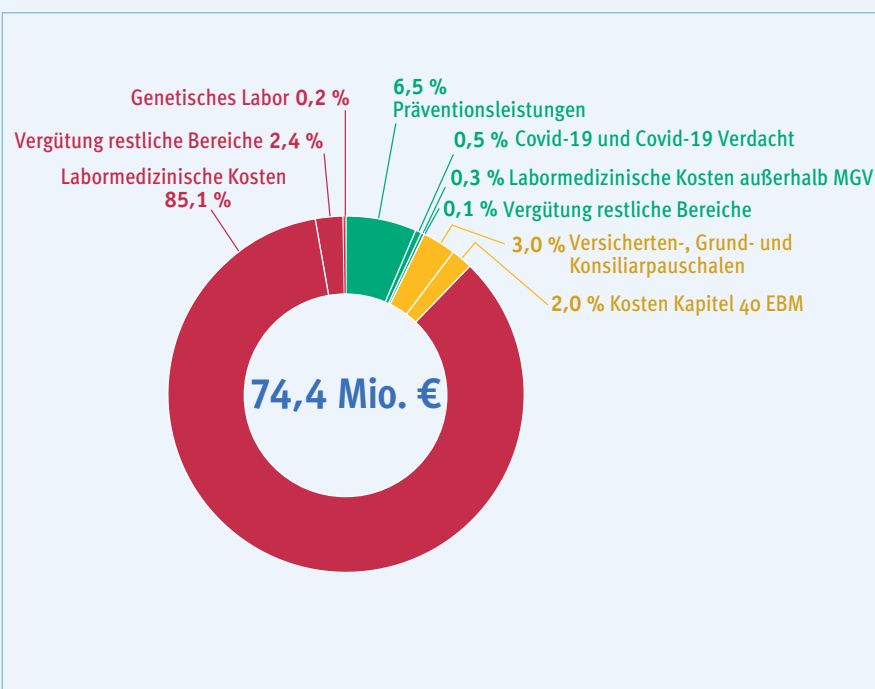
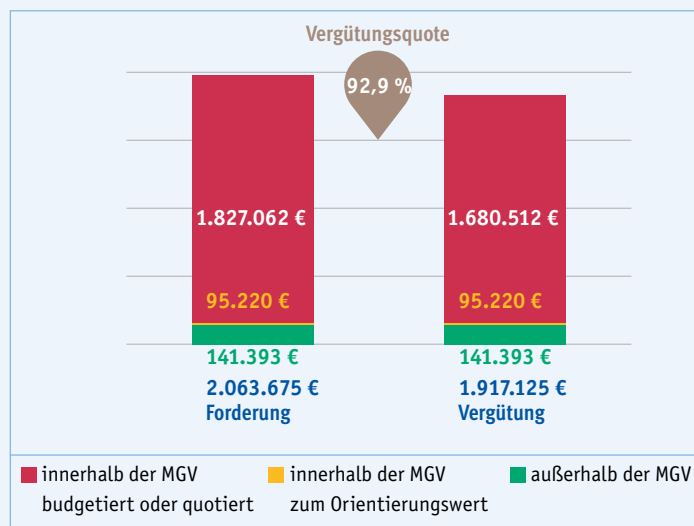
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	39	-5,2 %
Anzahl der Ärzte	58	+3,6 %
Fallzahl	2.755.770	-2,1 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	80.123.010 €	+1,4 %
je Fall	29,07 €	+3,5 %
je Vollzeitstelle	2.063.675 €	+7,0 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	74.433.138 €	+0,7 %
je Fall	27,01 €	+2,9 %
je Vollzeitstelle	1.917.125 €	+6,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	74.433.138 €	+0,7 %
außerhalb der MGV	5.489.635 €	-12,7 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	3.696.970 €	+0,6 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	65.246.533 €	+2,1 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

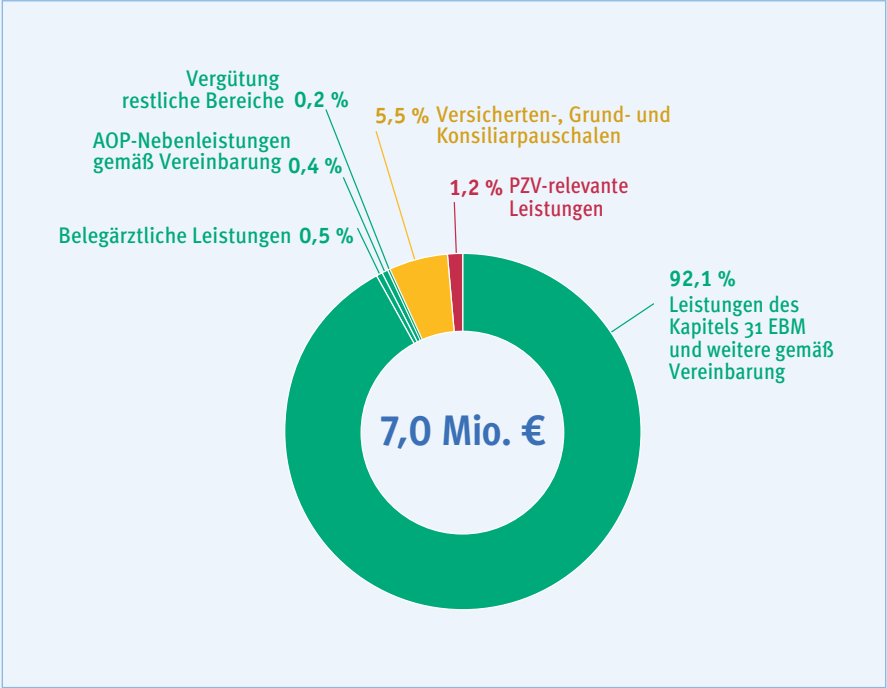
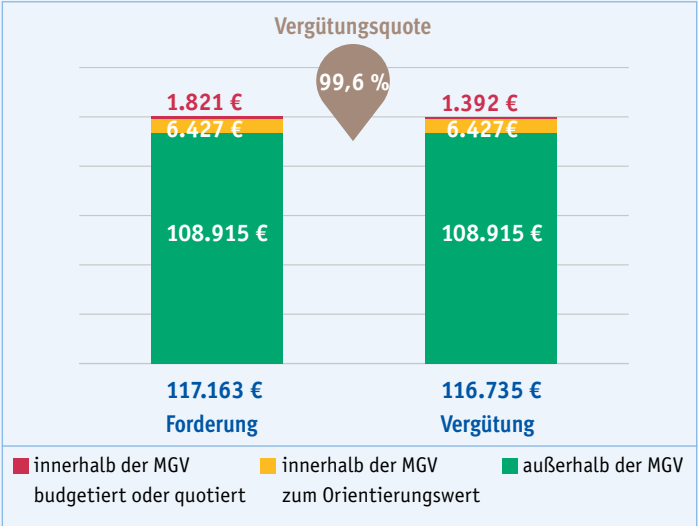
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	60	-0,5 %
Anzahl der Ärzte	64	-3,0 %
Fallzahl	26.365	-1,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.020.252 €	+8,2 %
je Fall	266,27 €	+9,5 %
je Vollzeitstelle	117.163 €	+8,8 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	6.994.569 €	+9,2 %
je Fall	265,30 €	+10,5 %
je Vollzeitstelle	116.735 €	+9,8 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	6.994.569 €	+9,2 %
außerhalb der MGV	6.526.045 €	+8,6 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	385.103 €	+111,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	83.421 €	-60,4 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	36	0,14 %	1.057 €	0,02 %	29,35 €	5,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	36	0,14 %	1.057 €	0,02 %	29,35 €	5,8 %

NEPHROLOGEN

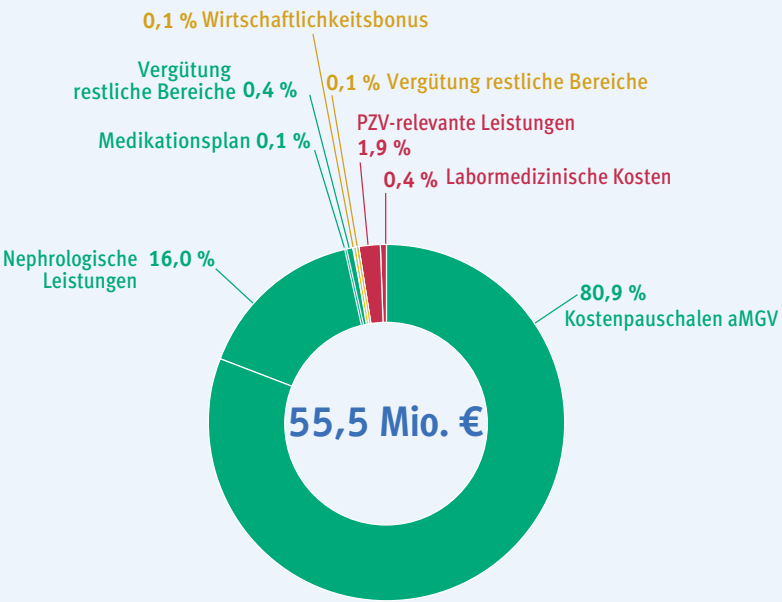
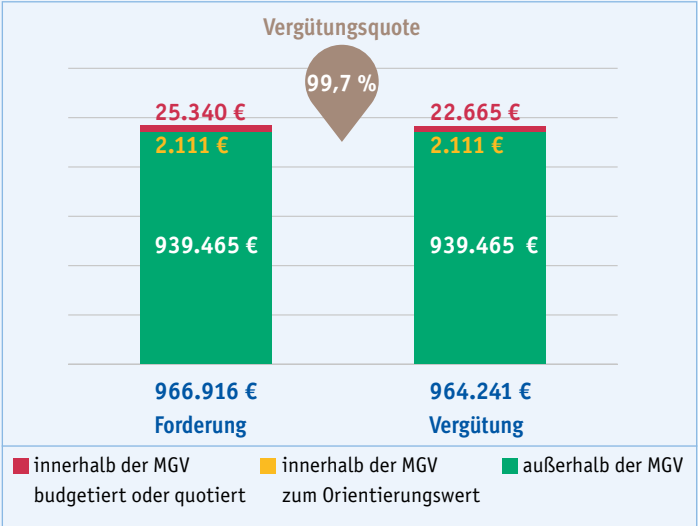
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	58	+1,4 %
Anzahl der Ärzte	77	+8,5 %
Fallzahl	72.860	-1,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	55.690.308 €	+3,6 %
je Fall	764,35 €	+4,9 %
je Vollzeitstelle	966.916 €	+2,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	55.536.206 €	+3,6 %
je Fall	762,24 €	+4,8 %
je Vollzeitstelle	964.241 €	+2,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	55.536.206 €	+3,6 %
außerhalb der MGV	54.109.216 €	+3,9 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	121.598 €	-64,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	1.305.392 €	+8,0 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.028	1,41 %	54.421 €	0,10 %	52,92 €	1,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	861	1,18 %	45.828 €	0,08 %	53,22 €	1,0 %
TSS-Akutfall	4	0,01 %	256 €	0,00 %	64,06 €	-0,8 %
TSS-Terminfall	163	0,22 %	8.337 €	0,02 %	51,09 €	5,2 %

NERVENÄRZTE

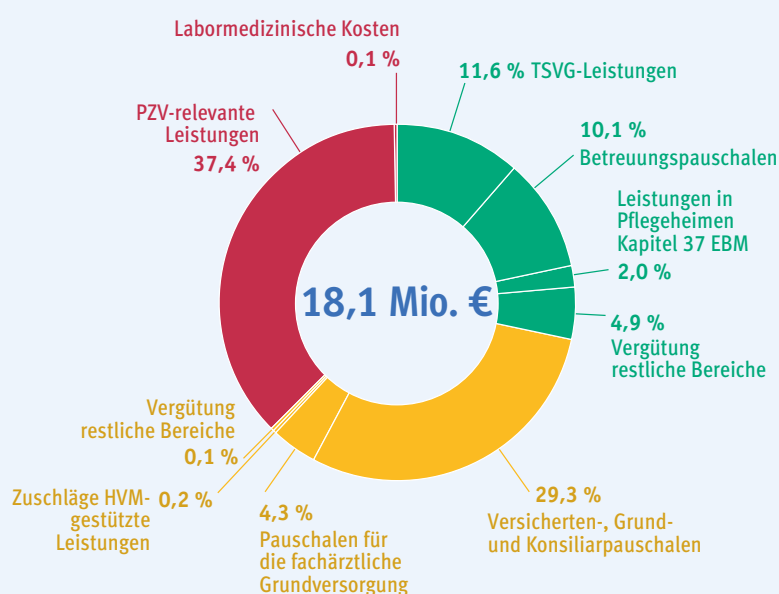
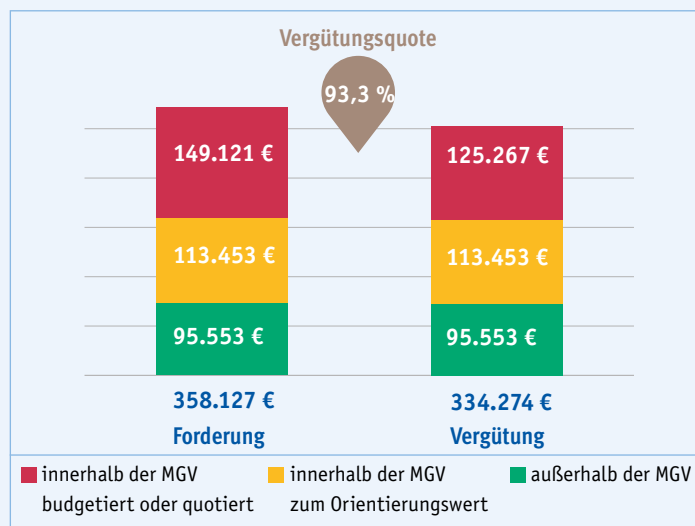
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	54	-1,1 %
Anzahl der Ärzte	64	0,0 %
Fallzahl	199.738	-1,4 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	19.415.704 €	+0,8 %
je Fall	97,21 €	+2,2 %
je Vollzeitstelle	358.127 €	+1,9 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.122.512 €	-0,8 %
je Fall	90,73 €	+0,7 %
je Vollzeitstelle	334.274 €	+0,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.122.512 €	-0,8 %
außerhalb der MGV	5.180.377 €	+9,1 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	6.150.814 €	+36,5 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	6.791.322 €	-24,7 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.746	10,39 %	2.094.266 €	11,56 %	100,95 €	0,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	3.127	1,57 %	385.650 €	2,13 %	123,33 €	2,5 %
Offene Sprechstunde	15.588	7,80 %	1.466.530 €	8,09 %	94,08 €	0,8 %
TSS-Akutfall	8	0,00 %	957 €	0,01 %	119,61 €	-22,1 %
TSS-Terminfall	2.023	1,01 %	241.129 €	1,33 %	119,21 €	2,9 %

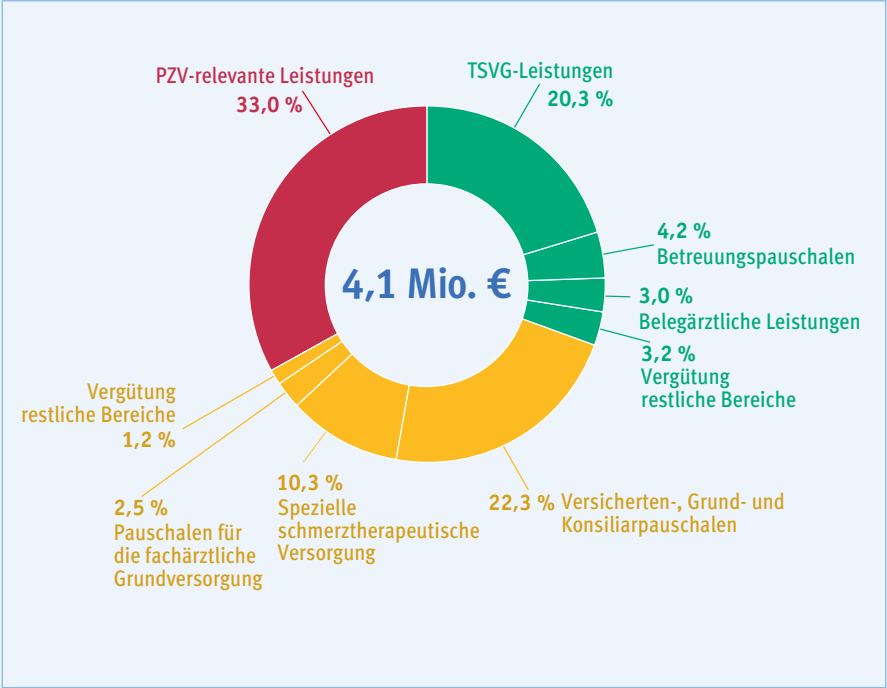
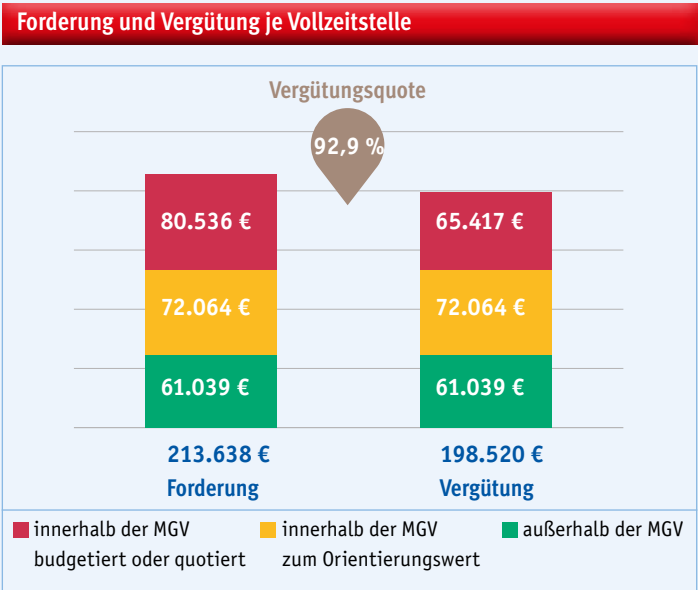
NEUROCHIRURGEN

Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	21	-5,5 %
Anzahl der Ärzte	33	-2,9 %
Fallzahl	36.363	-3,5 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	4.462.728 €	+0,0 %
je Fall	122,73 €	+3,6 %
je Vollzeitstelle	213.638 €	+5,8 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	4.146.914 €	-1,6 %
je Fall	114,04 €	+1,9 %
je Vollzeitstelle	198.520 €	+4,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	4.146.914 €	-1,6 %
außerhalb der MGV	1.275.048 €	+5,5 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	1.505.354 €	+7,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	1.366.513 €	-14,6 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	3.830	10,53 %	841.439 €	20,29 %	219,71 €	-2,3 %
HaFa-Vermittlungsfall	753	2,07 %	147.846 €	3,57 %	196,46 €	5,9 %
Offene Sprechstunde	2.930	8,06 %	671.539 €	16,19 %	229,22 €	-2,7 %
TSS-Akutfall	10	0,03 %	1.058 €	0,03 %	106,51 €	-4,9 %
TSS-Terminfall	138	0,38 %	20.997 €	0,51 %	152,70 €	5,6 %

NEUROLOGEN

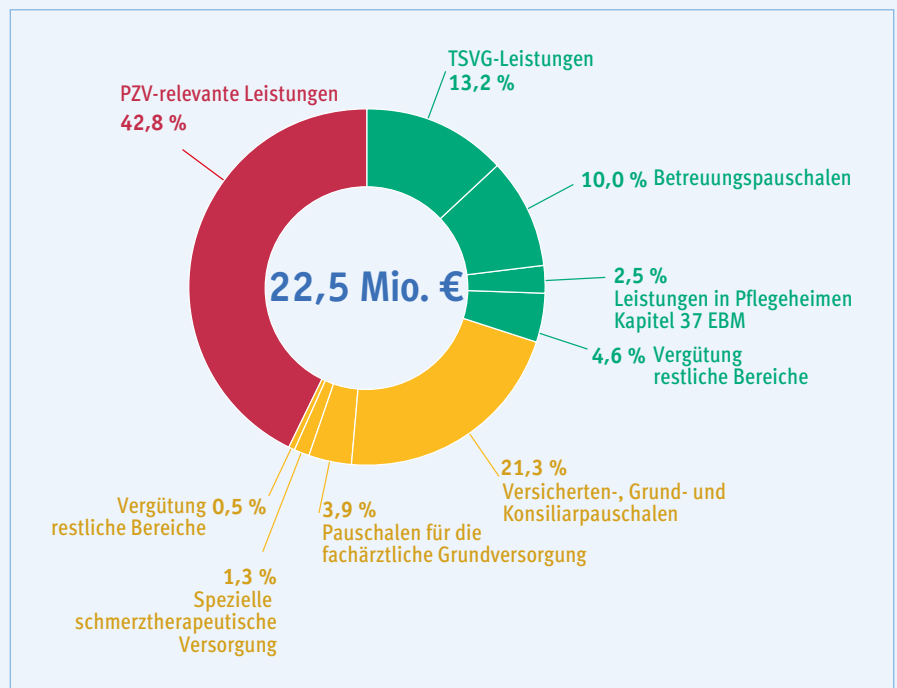
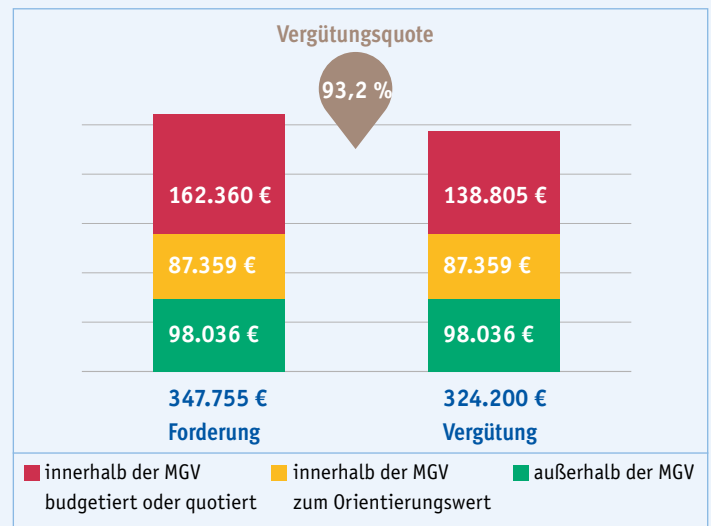
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	69	+3,3 %
Anzahl der Ärzte	89	+3,5 %
Fallzahl	241.857	+6,3 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	24.130.148 €	+10,4 %
je Fall	99,77 €	+3,8 %
je Vollzeitstelle	347.755 €	+6,9 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	22.495.703 €	+8,9 %
je Fall	93,01 €	+2,4 %
je Vollzeitstelle	324.200 €	+5,4 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	22.495.703 €	+8,9 %
außerhalb der MGV	6.802.551 €	+25,6 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	6.061.683 €	+21,1 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	9.631.469 €	-6,0 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	30.296	12,53 %	2.972.223 €	13,21 %	98,11 €	4,9 %
HaFa-Vermittlungsfall	6.876	2,84 %	807.833 €	3,59 %	117,48 €	4,1 %
Offene Sprechstunde	20.153	8,33 %	1.800.951 €	8,01 %	89,36 €	5,4 %
TSS-Akutfall	28	0,01 %	3.592 €	0,02 %	128,29 €	9,0 %
TSS-Terminfall	3.238	1,34 %	359.847 €	1,60 %	111,12 €	3,8 %

NUKLEARMEDIZINER

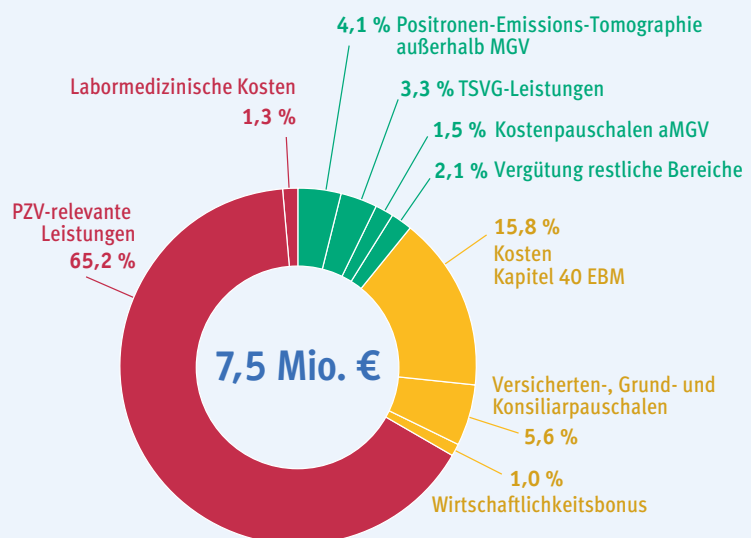
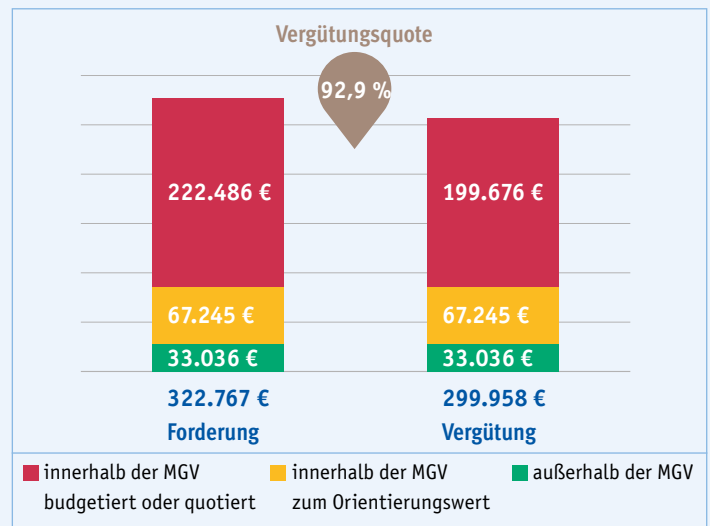
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	25	+4,0 %
Anzahl der Ärzte	33	+13,8 %
Fallzahl	38.570	-0,8 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	8.084.351 €	+9,4 %
je Fall	209,60 €	+10,3 %
je Vollzeitstelle	322.767 €	+5,3 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	7.513.038 €	+8,0 %
je Fall	194,79 €	+8,8 %
je Vollzeitstelle	299.958 €	+3,8 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	7.513.038 €	+8,0 %
außerhalb der MGV	827.452 €	+86,1 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	1.684.296 €	+16,9 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.001.290 €	-1,4 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.573	4,08 %	248.765 €	3,31 %	158,11 €	7,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	876	2,27 %	139.432 €	1,86 %	159,20 €	9,8 %
TSS-Akutfall	7	0,02 %	1.056 €	0,01 %	156,18 €	-1,5 %
TSS-Terminfall	691	1,79 %	108.277 €	1,44 %	156,75 €	5,8 %

ONKOLOGEN

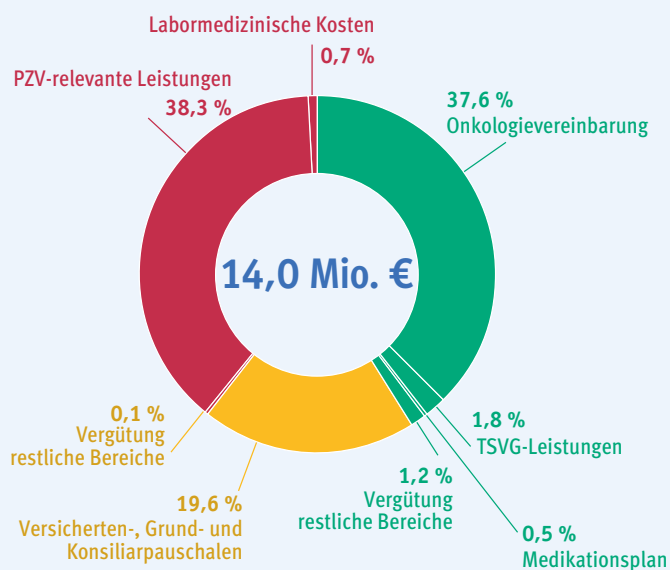
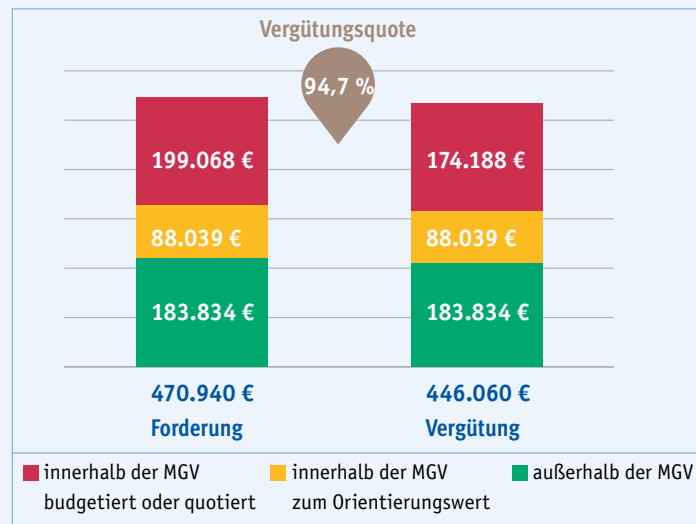
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	31	+2,2 %
Anzahl der Ärzte	42	0,0 %
Fallzahl	69.484	+2,3 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	14.802.020 €	+3,2 %
je Fall	213,03 €	+0,9 %
je Vollzeitstelle	470.940 €	+0,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	14.020.038 €	+4,8 %
je Fall	201,77 €	+2,5 %
je Vollzeitstelle	446.060 €	+2,5 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.020.038 €	+4,8 %
außerhalb der MGV	5.778.035 €	+3,2 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	2.767.134 €	+50,7 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.474.868 €	-7,8 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.474	2,12 %	256.384 €	1,83 %	173,95 €	15,3 %
HaFa-Vermittlungsfall	1.409	2,03 %	242.280 €	1,73 %	171,92 €	13,1 %
TSS-Akutfall	32	0,05 %	9.361 €	0,07 %	289,19 €	-14,5 %
TSS-Terminfall	32	0,05 %	4.742 €	0,03 %	146,82 €	39,9 %

ORTHOPÄDEN

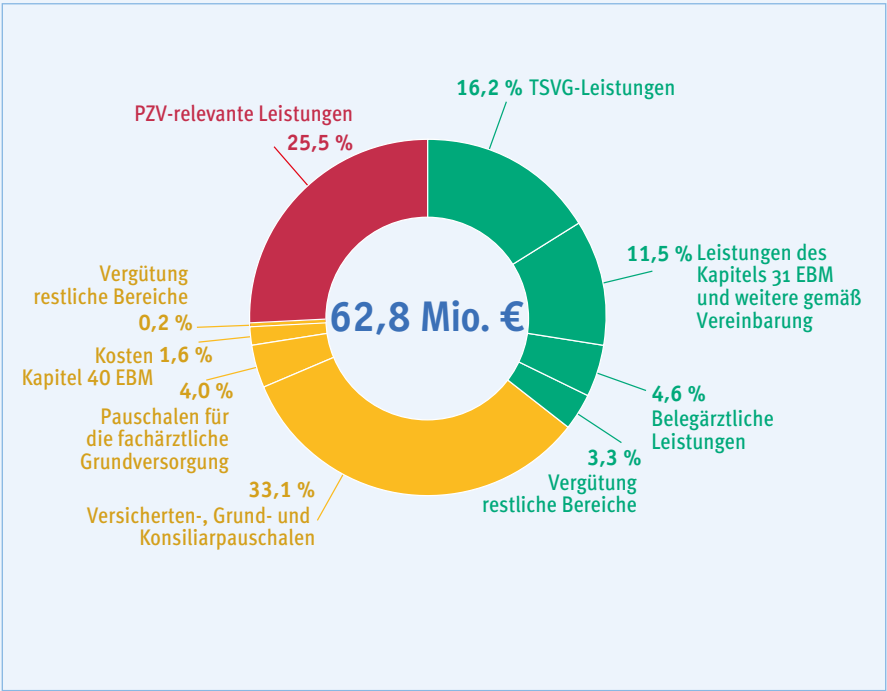
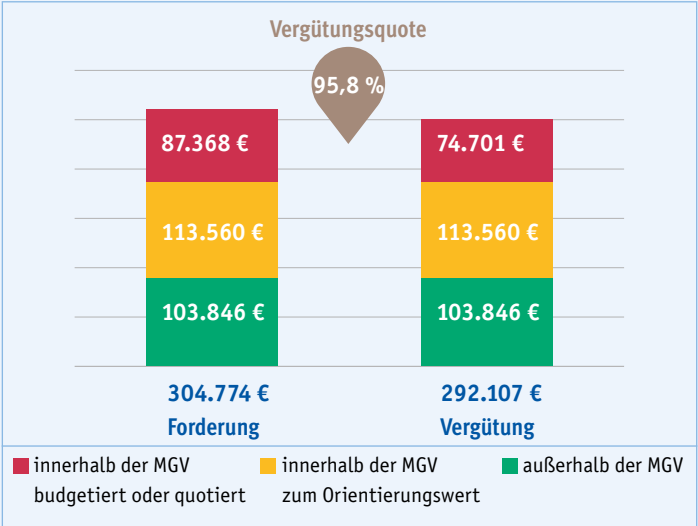
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	215	+0,1 %
Anzahl der Ärzte	290	+3,9 %
Fallzahl	932.270	+3,0 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	65.566.857 €	+7,5 %
je Fall	70,33 €	+4,3 %
je Vollzeitstelle	304.774 €	+7,3 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	62.841.699 €	+7,0 %
je Fall	67,41 €	+3,9 %
je Vollzeitstelle	292.107 €	+6,9 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	62.841.699 €	+7,0 %
außerhalb der MGV	22.340.618 €	+22,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	24.430.527 €	+24,4 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	16.070.554 €	-22,8 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	133.191	14,29 %	10.183.155 €	16,20 %	76,46 €	9,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	33.634	3,61 %	2.968.479 €	4,72 %	88,26 €	6,0 %
Offene Sprechstunde	97.338	10,44 %	7.010.442 €	11,16 %	72,02 €	8,6 %
TSS-Akutfall	839	0,09 %	94.386 €	0,15 %	112,56 €	20,8 %
TSS-Terminfall	1.380	0,15 %	109.849 €	0,17 %	79,59 €	4,7 %

PATHOLOGEN

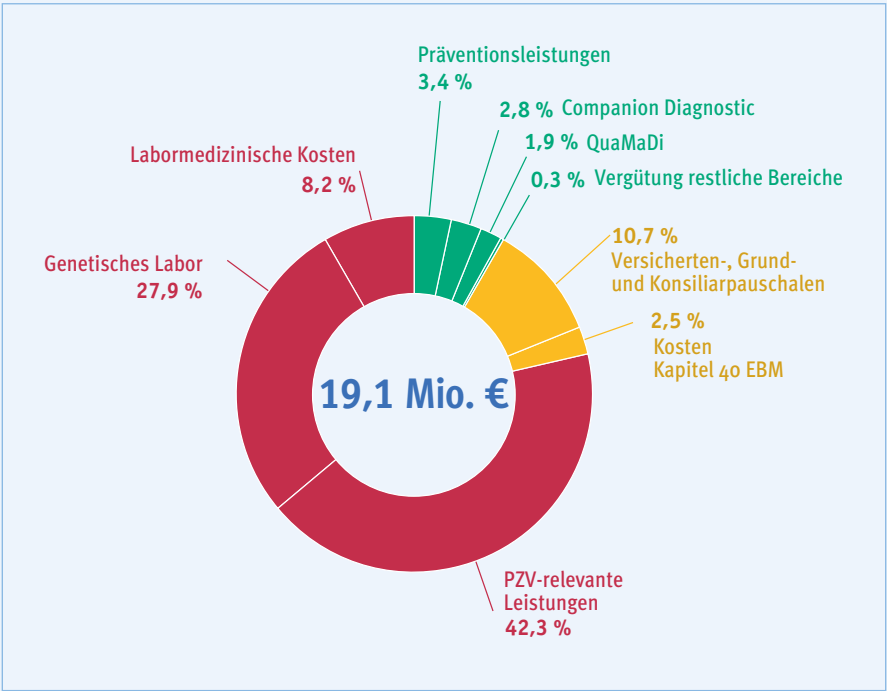
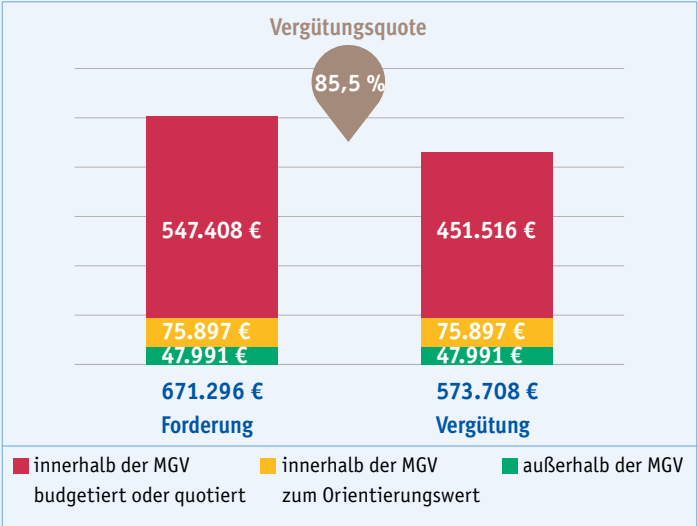
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	33	+4,2 %
Anzahl der Ärzte	44	-2,2 %
Fallzahl	196.037	-3,2 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	22.295.024 €	+11,0 %
je Fall	113,73 €	+14,6 %
je Vollzeitstelle	671.296 €	+6,5 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	19.053.918 €	+7,4 %
je Fall	97,20 €	+10,9 %
je Vollzeitstelle	573.708 €	+3,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	19.053.918 €	+7,4 %
außerhalb der MGV	1.593.869 €	-55,2 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	2.520.680 €	+407,4 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	14.939.369 €	+9,2 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN

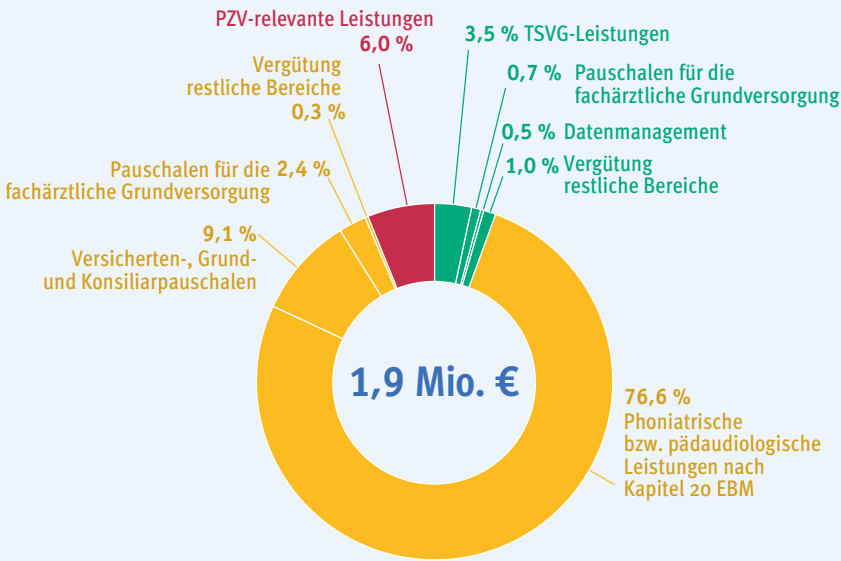
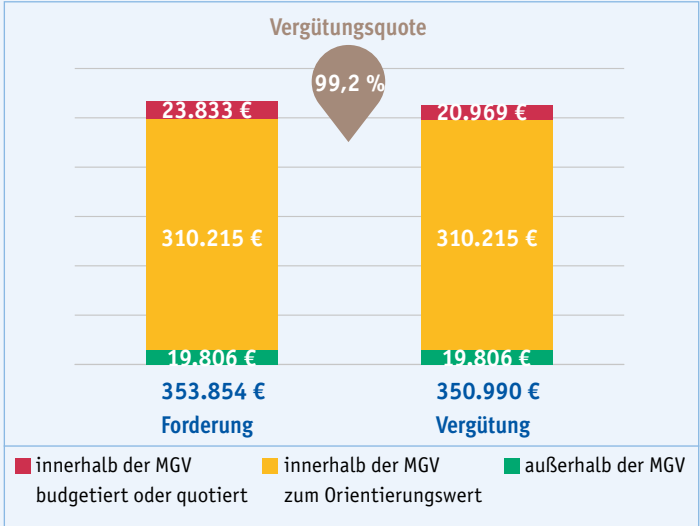
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	6	+1,0 %
Anzahl der Ärzte	7	+16,7 %
Fallzahl	21.890	-0,6 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.965.412 €	+5,6 %
je Fall	89,79 €	+6,2 %
je Vollzeitstelle	353.854 €	+4,6 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.949.505 €	+5,4 %
je Fall	89,06 €	+6,0 %
je Vollzeitstelle	350.990 €	+4,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.949.505 €	+5,4 %
außerhalb der MGV	110.008 €	+24,6 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	1.723.029 €	+7,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	116.469 €	-24,9 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.345	6,15 %	67.562 €	3,47 %	50,22 €	4,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	164	0,75 %	13.431 €	0,69 %	81,97 €	11,8 %
Offene Sprechstunde	1.152	5,26 %	51.750 €	2,65 %	44,91 €	0,0 %
TSS-Akutfall	13	0,06 %	1.119 €	0,06 %	88,79 €	16,1 %
TSS-Terminfall	17	0,08 %	1.263 €	0,06 %	76,23 €	82,0 %

PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

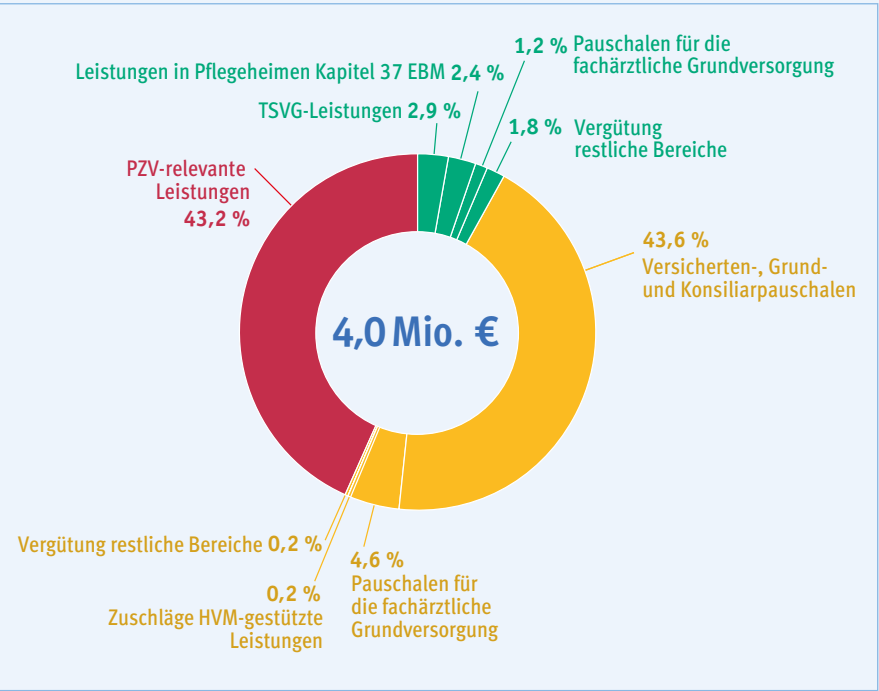
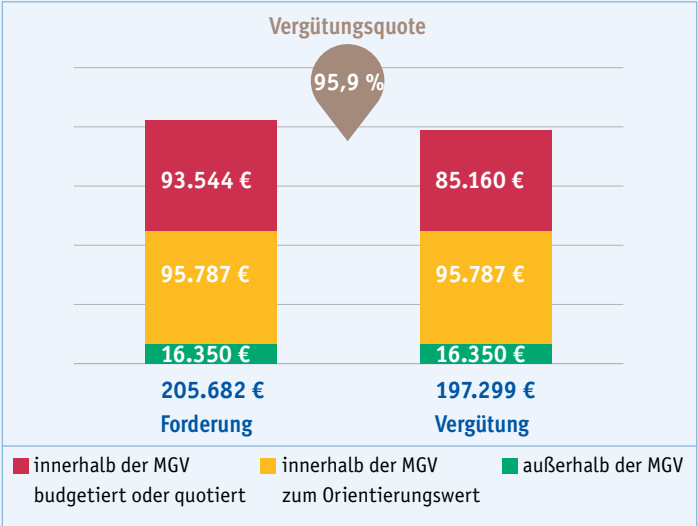
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	20	+10,6 %
Anzahl der Ärzte	22	+15,8 %
Fallzahl	50.449	+7,6 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	4.119.742 €	+7,8 %
je Fall	81,66 €	+0,2 %
je Vollzeitstelle	205.682 €	-2,5 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	3.951.842 €	+9,2 %
je Fall	78,33 €	+1,5 %
je Vollzeitstelle	197.299 €	-1,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	3.951.842 €	+9,2 %
außerhalb der MGV	327.494 €	+54,7 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	1.918.585 €	+15,0 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	1.705.764 €	-2,0 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.171	2,32 %	115.990 €	2,94 %	99,04 €	11,9 %
HaFa-Vermittlungsfall	1.137	2,25 %	113.836 €	2,88 %	100,10 €	10,3 %
TSS-Akutfall	14	0,03 %	1.425 €	0,04 %	103,37 €	12,6 %
TSS-Terminfall	20	0,04 %	729 €	0,02 %	36,13 €	83,8 %

PNEUMOLOGEN

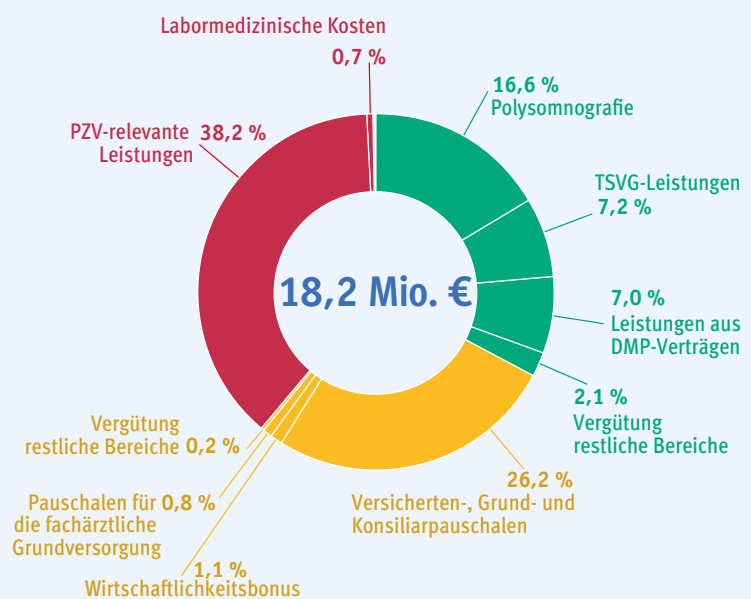
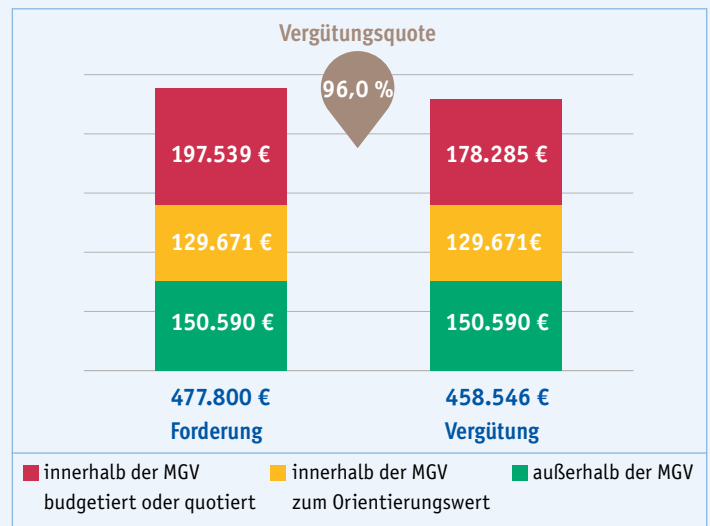
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	40	+1,2 %
Anzahl der Ärzte	45	-4,3 %
Fallzahl	209.349	+4,2 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.973.049 €	+7,0 %
je Fall	90,63 €	+2,7 %
je Vollzeitstelle	477.800 €	+5,7 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.208.508 €	+8,1 %
je Fall	86,98 €	+3,7 %
je Vollzeitstelle	458.546 €	+6,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	18.208.508 €	+8,1 %
außerhalb der MGV	5.979.799 €	+12,9 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	5.149.137 €	+28,6 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	7.079.572 €	-6,2 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	11.856	5,66 %	1.307.248 €	7,18 %	110,26 €	3,1 %
HaFa-Vermittlungsfall	9.044	4,32 %	998.694 €	5,48 %	110,42 €	4,3 %
TSS-Akutfall	45	0,02 %	6.803 €	0,04 %	151,18 €	6,2 %
TSS-Terminfall	2.767	1,32 %	301.751 €	1,66 %	109,06 €	0,4 %

PSYCHIATER

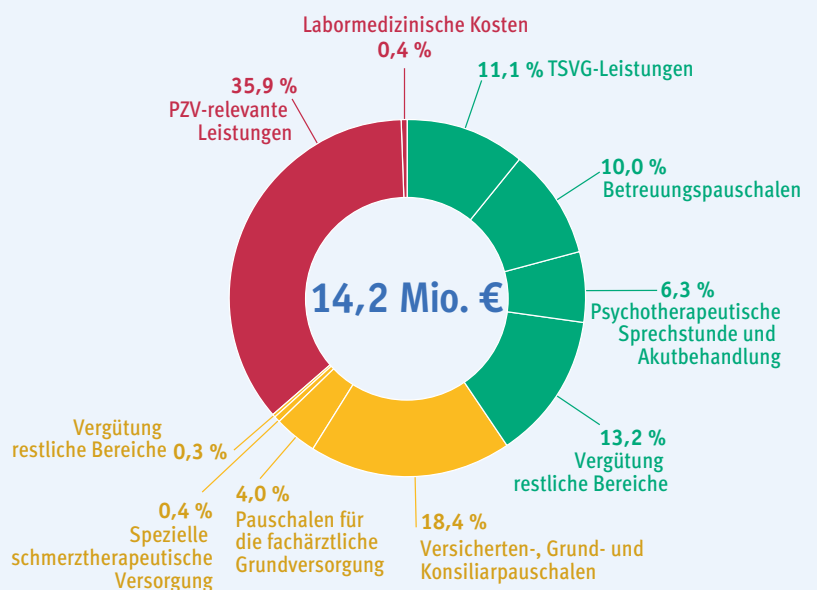
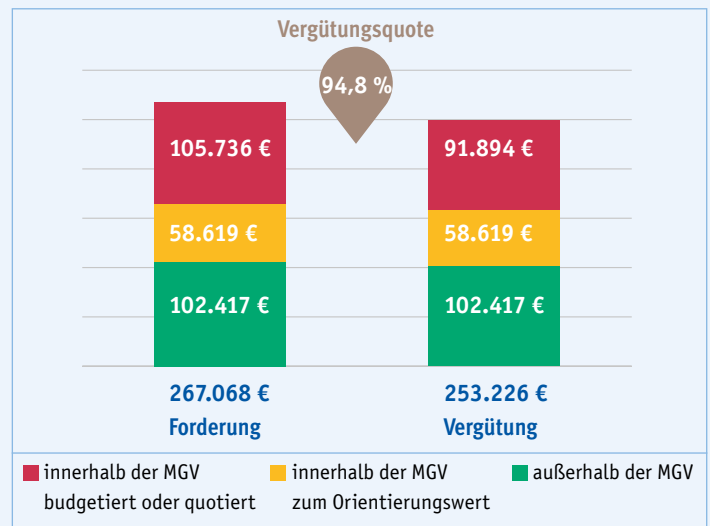
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	56	+5,8 %
Anzahl der Ärzte	79	+6,8 %
Fallzahl	132.735	+5,4 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.983.491 €	+9,0 %
je Fall	112,88 €	+3,4 %
je Vollzeitstelle	267.068 €	+3,0 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.206.906 €	+9,2 %
je Fall	107,03 €	+3,6 %
je Vollzeitstelle	253.226 €	+3,2 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	14.206.906 €	+9,2 %
außerhalb der MGV	5.762.612 €	+15,2 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	3.288.725 €	+46,7 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	5.155.569 €	-10,6 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	16.275	12,26 %	1.570.626 €	11,06 %	96,51 €	3,2 %
HaFa-Vermittlungsfall	1.908	1,44 %	206.103 €	1,45 %	108,02 €	6,4 %
Offene Sprechstunde	11.379	8,57 %	1.052.084 €	7,41 %	92,46 €	2,5 %
TSS-Akutfall	24	0,02 %	4.454 €	0,03 %	185,59 €	61,4 %
TSS-Terminfall	2.964	2,23 %	307.985 €	2,17 %	103,92 €	2,3 %

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

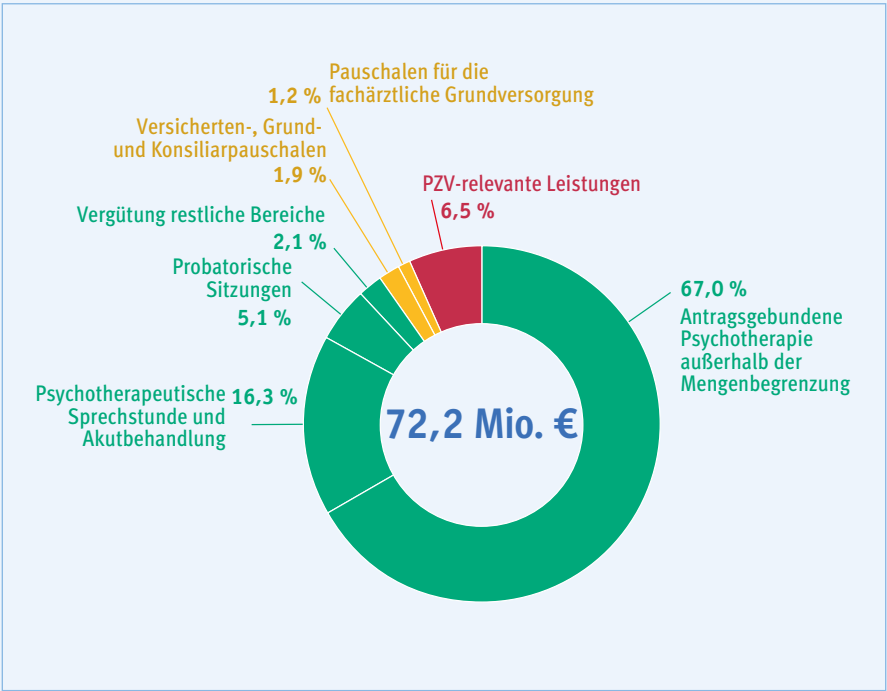
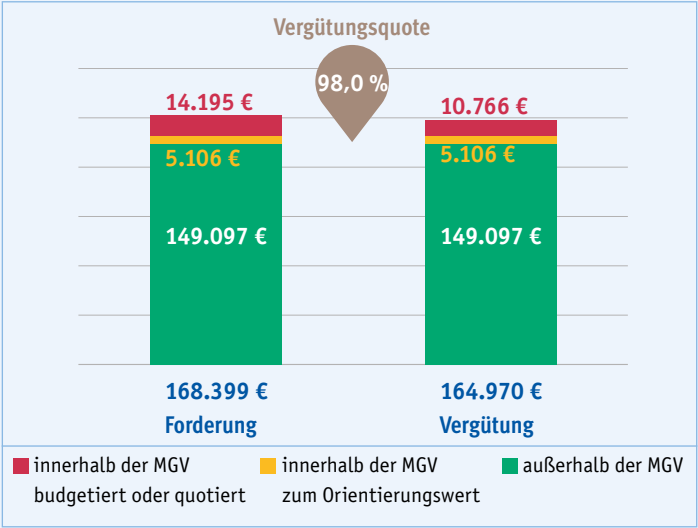
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	437	+3,0 %
Anzahl der Psychotherapeuten	705	+4,9 %
Fallzahl	148.958	+7,7 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	73.657.932 €	+11,5 %
je Fall	494,49 €	+3,5 %
je Vollzeitstelle	168.399 €	+8,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	72.158.079 €	+11,5 %
je Fall	484,42 €	+3,5 %
je Vollzeitstelle	164.970 €	+8,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	72.158.079 €	+11,5 %
außerhalb der MGV	65.215.332 €	+11,8 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	2.233.490 €	+10,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	4.709.256 €	+9,2 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	7.621	5,12 %	478.495 €	0,66 %	62,78 €	5,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	101	0,07 %	7.482 €	0,01 %	73,88 €	23,4 %
TSS-Akutfall	44	0,03 %	3.061 €	0,00 %	69,57 €	52,3 %
TSS-Terminfall	7.476	5,02 %	467.952 €	0,65 %	62,59 €	5,4 %

RADIOLOGEN

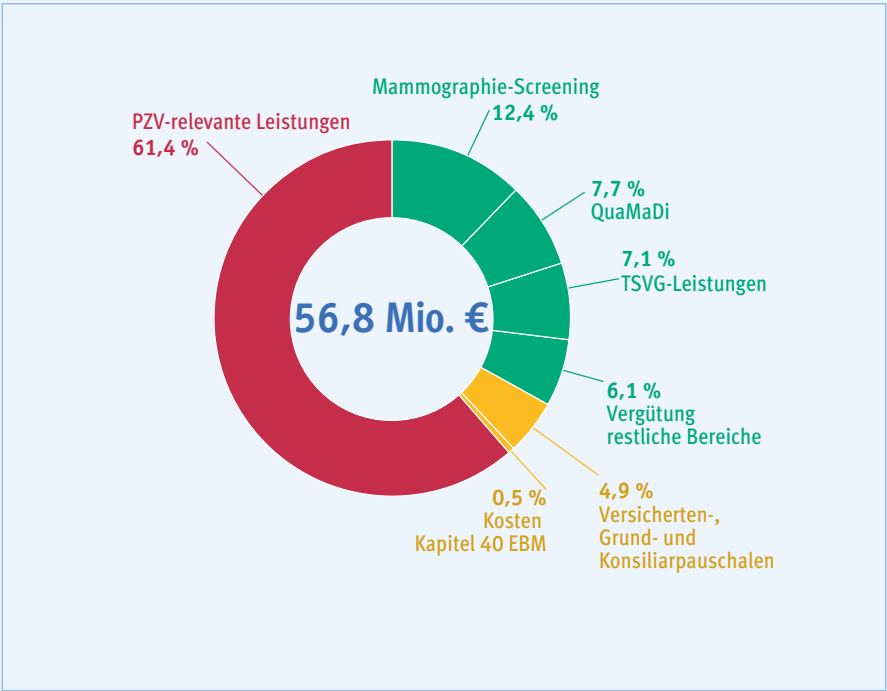
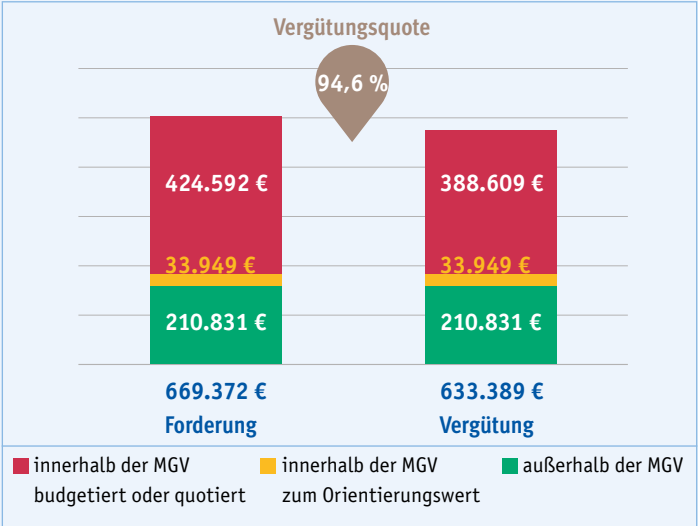
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	90	+2,2 %
Anzahl der Ärzte	140	+10,2 %
Fallzahl	669.164	+3,8 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	59.991.681 €	+9,0 %
je Fall	89,65 €	+5,0 %
je Vollzeitstelle	669.372 €	+6,7 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	56.766.765 €	+10,0 %
je Fall	84,83 €	+6,0 %
je Vollzeitstelle	633.389 €	+7,7 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	56.766.765 €	+10,0 %
außerhalb der MGV	18.895.515 €	+26,8 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	3.042.606 €	+105,5 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	34.828.645 €	-1,1 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	27.258	4,07 %	4.004.149 €	7,05 %	146,90 €	7,2 %
HaFa-Vermittlungsfall	16.360	2,44 %	2.303.082 €	4,06 %	140,78 €	12,0 %
TSS-Akutfall	56	0,01 %	8.892 €	0,02 %	159,03 €	10,4 %
TSS-Terminfall	10.842	1,62 %	1.692.175 €	2,98 %	156,08 €	3,2 %

RHEUMATOLOGEN

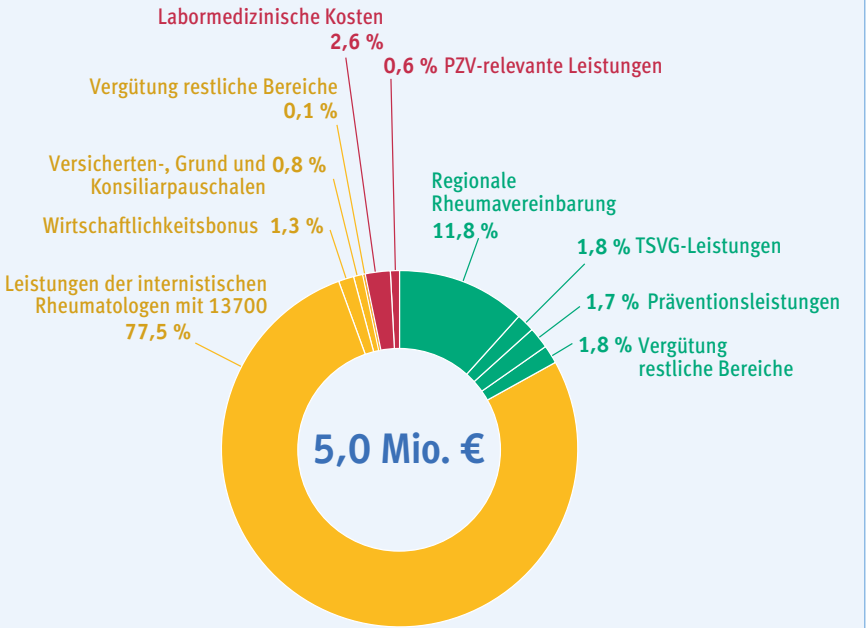
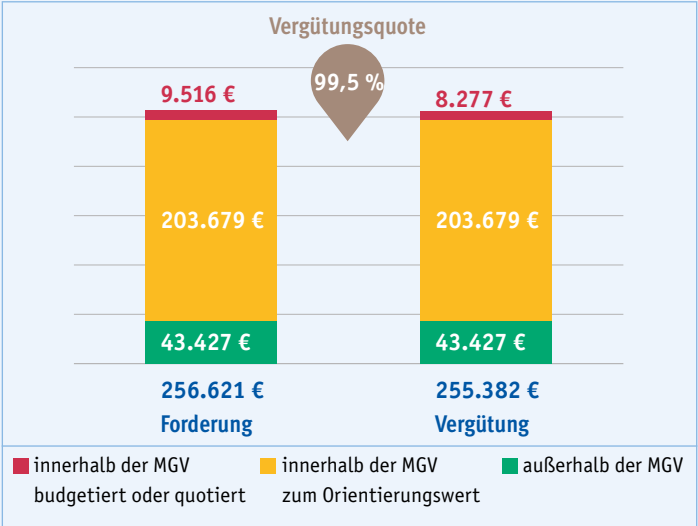
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	20	+4,2 %
Anzahl der Ärzte	23	+9,5 %
Fallzahl	52.862	+3,3 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	5.054.442 €	+5,5 %
je Fall	95,61 €	+2,1 %
je Vollzeitstelle	256.621 €	+1,2 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	5.030.037 €	+5,6 %
je Fall	95,15 €	+2,2 %
je Vollzeitstelle	255.382 €	+1,3 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	5.030.037 €	+5,6 %
außerhalb der MGV	855.335 €	+12,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	4.011.673 €	+6,4 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	163.029 €	-30,3 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	883	1,67 %	88.200 €	1,75 %	99,94 €	2,8 %
HaFa-Vermittlungsfall	397	0,75 %	40.450 €	0,80 %	102,00 €	3,0 %
TSS-Akutfall	7	0,01 %	890 €	0,02 %	127,11 €	1,5 %
TSS-Terminfall	479	0,91 %	46.860 €	0,93 %	97,84 €	2,9 %

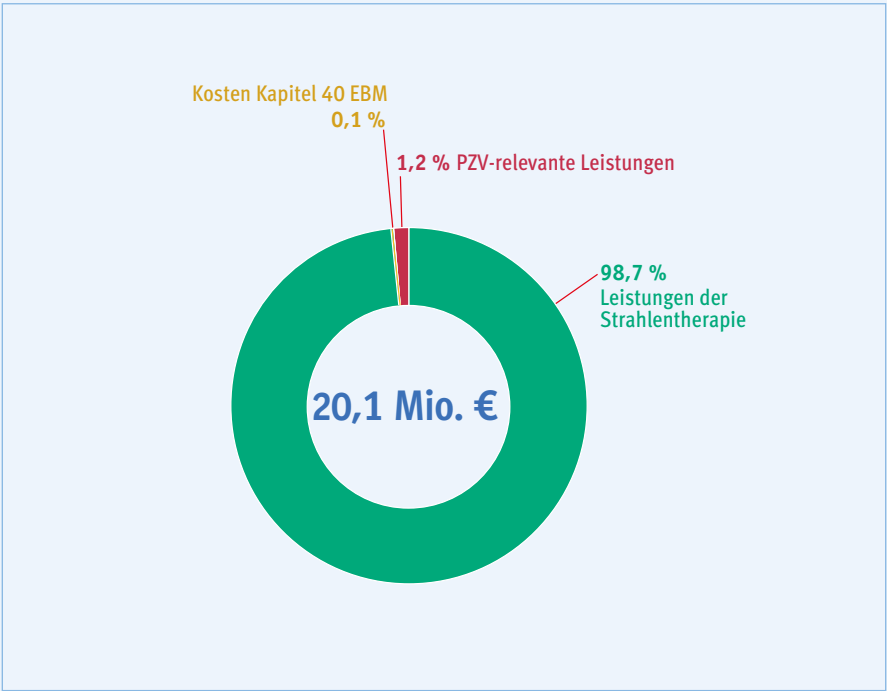
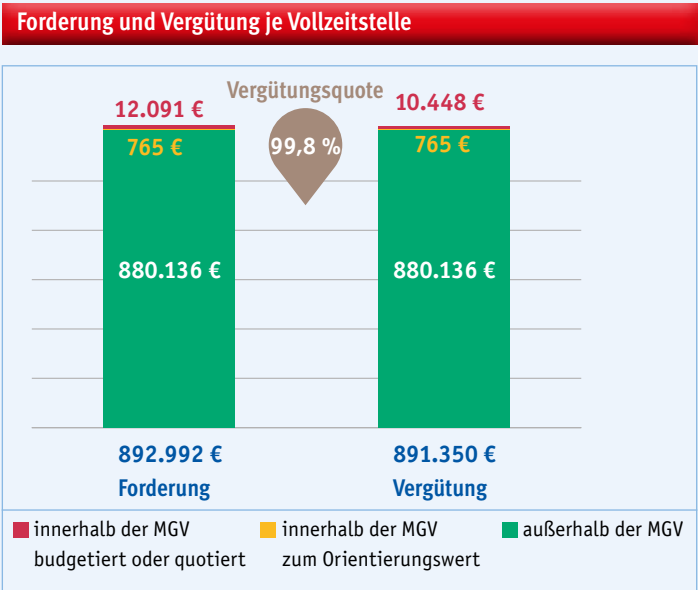
STRAHLENTHERAPEUTEN

Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	23	+2,8 %
Anzahl der Ärzte	34	-8,1 %
Fallzahl	14.724	+1,8 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	20.129.478 €	+2,9 %
je Fall	1.367,13 €	+1,1 %
je Vollzeitstelle	892.992 €	0,0 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	20.092.451 €	+2,8 %
je Fall	1.364,62 €	+1,1 %
je Vollzeitstelle	891.350 €	0,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	20.092.451 €	+2,8 %
außerhalb der MGV	19.839.680 €	+2,8 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	17.254 €	-39,8 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	235.517 €	+8,9 %



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	19	0,13 %	158 €	0,00 %	8,28 €	-3,4 %
HaFa-Vermittlungsfall	10	0,07 %	100 €	0,00 %	9,71 €	–
TSS-Terminfall	9	0,06 %	58 €	0,00 %	6,61 €	-22,9 %

TRANSFUSIONSMEDIZINER

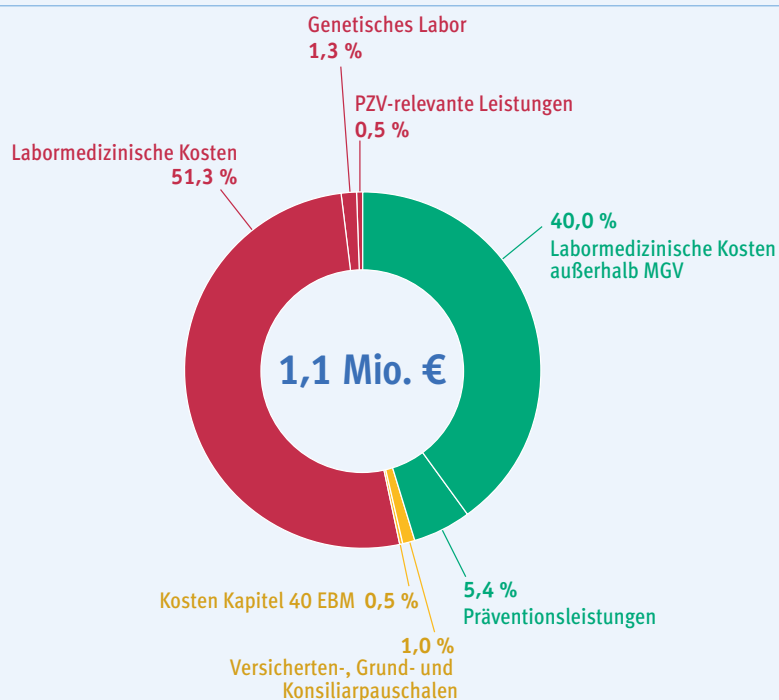
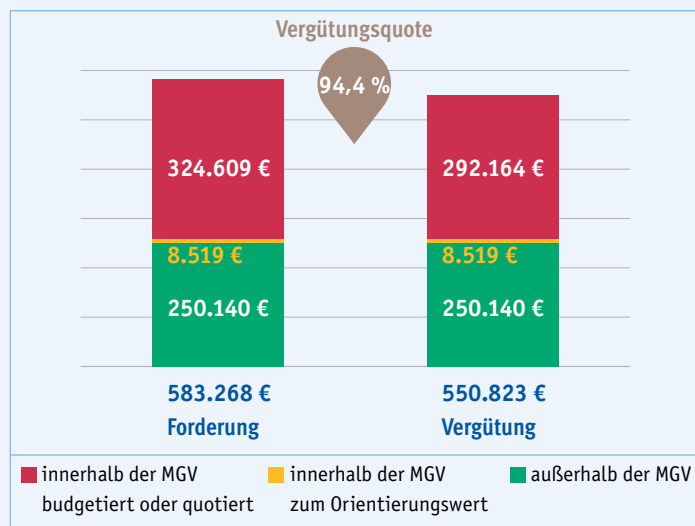
Arztzahlen und Fallzahlen		Veränderung zum Vorjahr
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	2	-17,0 %
Anzahl der Ärzte	8	+14,3 %
Fallzahl	6.262	-0,6 %

Forderung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.132.065 €	+1,3 %
je Fall	180,77 €	+1,9 %
je Vollzeitstelle	583.268 €	+22,0 %

Vergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.069.093 €	-0,4 %
je Fall	170,72 €	+0,2 %
je Vollzeitstelle	550.823 €	+20,0 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	1.069.093 €	-0,4 %
außerhalb der MGV	485.496 €	+20,7 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	16.535 €	+9,5 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	567.061 €	-13,6 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



UROLOGEN

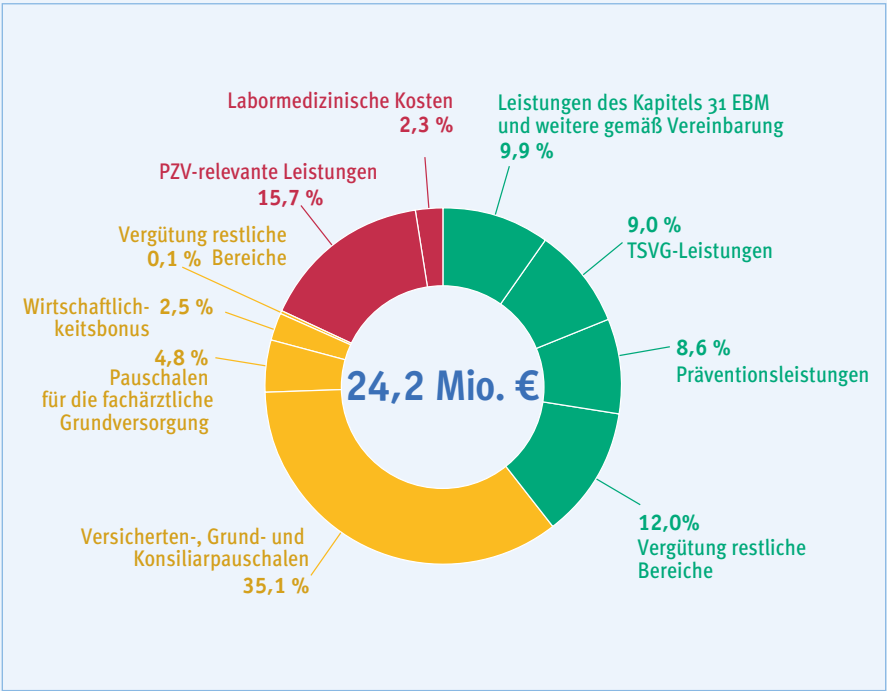
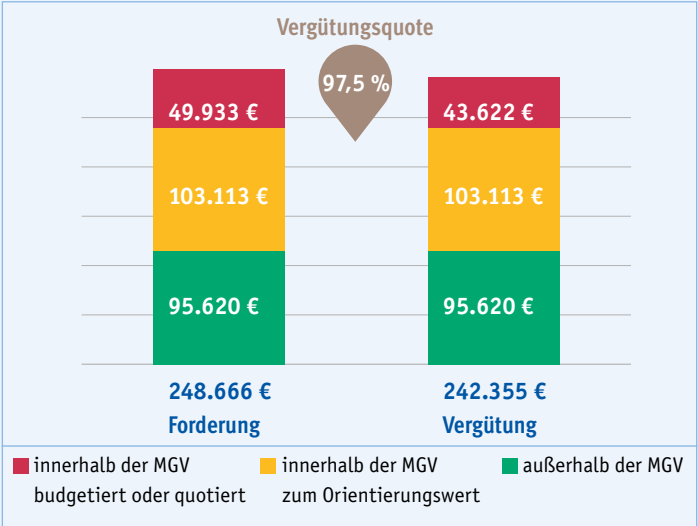
Arztzahlen und Fallzahlen	Veränderung zum Vorjahr	
Vollzeitstellen (Tätigkeitsumfang)	100	+0,5 %
Anzahl der Ärzte	117	+2,6 %
Fallzahl	414.735	+3,0 %

Forderung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	24.852.487 €	+7,4 %
je Fall	59,92 €	+4,2 %
je Vollzeitstelle	248.666 €	+6,9 %

Vergütung	Veränderung zum Vorjahr	
gesamt	24.221.751 €	+8,7 %
je Fall	58,40 €	+5,5 %
je Vollzeitstelle	242.355 €	+8,1 %

Vergütung nach Leistungsbereichen	Vergütung	Veränderung zum Vorjahr
gesamt	24.221.751 €	+8,7 %
außerhalb der MGV	9.556.543 €	+14,4 %
innerhalb der MGV zum Orientierungswert	10.305.465 €	+51,2 %
innerhalb der MGV budgetiert oder quotiert	4.359.743 €	-38,8 %

Forderung und Vergütung je Vollzeitstelle



TSVG	Fälle		Vergütung		Fallwert	
		Anteil an der Gesamtfallzahl		Anteil an der Gesamtvergütung		Veränderung zum Vorjahr
gesamt	45.361	10,94 %	2.170.656 €	8,96 %	47,85 €	9,6 %
HaFa-Vermittlungsfall	8.230	1,98 %	477.082 €	1,97 %	57,97 €	2,6 %
Offene Sprechstunde	35.826	8,64 %	1.615.797 €	6,67 %	45,10 €	9,5 %
TSS-Akutfall	190	0,05 %	13.908 €	0,06 %	73,21 €	7,0 %
TSS-Terminfall	1.114	0,27 %	63.869 €	0,26 %	57,33 €	3,5 %

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 vereinbarten Kassenärztlichen 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. Diese werden in den Arztgruppen-Übersichten daher dem gelben Leistungsbereich zugeordnet. Zu den freien Leistungen zählen unter anderem die palliativmedizinische Versorgung nach Abschnitt 3.2.5 EBM, Leistungen nichtärztlicher Praxisassistenten (NäPa) und Kostenpauschalen. Seit dem Quartal 3/2023 werden auch alle Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen frei vergütet. 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 und 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 über 189.000 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für rund 75 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)

Am 1. April 2018 ist die bundeseinheitliche Mindestquote von 91,58 Prozent für laboratoriumsmedizinische Leistungen entfallen und wird seither im HVM der KVSH geregelt. Unter anderem erhalten Laborärzte ein standortbezogenes Labor-Auftrags-Volumen (LAV). Es wurden 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 mit einer Restquote von 65 Prozent vergütet. Seit dem Quartal 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 2024 gilt ein OW von 11,9339 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 Paragraph 87a Abs. 2 SGB V nach der regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Auf Basis der Punktrelationen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Orientierungswertes bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassen jährlich die regionalen Punktwerte und ermitteln daraus eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen, mit denen die Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV), die freien Leistungen sowie die meisten extrabudgetären Leistungen vergütet werden. In Schleswig-Holstein entspricht der regionale Punktwert dem jeweils gültigen Orientierungswert.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ ist am 11. Mai 2019 in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz soll erreicht werden, dass gesetzlich Versicherte schneller und leichter einen Arzttermin erhalten. Dafür sind unter der bundesweit einheitlichen Notdienstnummer (116117) die Terminservicestellen (TSS) täglich 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche (24/7) erreichbar. Das Gesetz sieht neben einer Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auch eine Erhöhung der Mindestdurchlaufzeiten von Ärzten vor sowie eine Verpflichtung der Krankenkassen, für ihre Versicherten elektronische Patientenakten anzubieten. Des Weiteren soll die ärztliche Versorgung auf dem Land verbessert werden, indem die KVen und die Krankenkassen verpflichtend einen Strukturfonds einrichten.

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.)

Karsten Brandstetter

Redaktion

Julia Alberts, Cordelia Dost, Dana Engelhardt,
Christine von Hielmcrone, Frank Paasch, Caroline Polonji,
Stephan Rühle, Katrin Ullrich, Svenja Walther, Sandra Wendt und
Karsten Willms

Gestaltung

Borka Totzauer

Fotos

istockphoto.com

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit verwenden wir an einigen Stellen das generische Maskulinum, mit dessen Verwendung jegliche Form des Geschlechts im Sinne der Gleichbehandlung gemeint ist. Die verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe und ist wertfrei. Die Redaktion bittet um Verständnis.

Die Datenschutzhinweise der KVSH finden Sie unter www.kvsh.de



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

Weitere Informationen unter
www.kvsh.de