Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2019

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

HONORARBERICHT

Honorarsituation 2019

INHALT

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

Vergütungen vor Trennung 16
Honorarverteilung nach Arztgruppen 17
Neue EBM-Leistungen in 2019 19
Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) 21
Glossar 66
Impressum 70

DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Sehr geehrte Mitglieder und Honorarinteressierte,

wann wird es mal wieder richtig ...

nein, nicht Sommer – sondern planbar, was die Honorarverteilung angeht?

Stabile Rahmenbedingungen sehen jedenfalls anders aus. In den vergangenen Jahren gab es eine Aneinanderreihung von relevanten äußeren Impulsen, welche die Stabilität des HVM auf die Probe gestellt haben. Es begann mit extrem ansteigenden Versichertenzahlen (Asylbewerber), ging über in die Laborreform, kumulierte mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) und endete vorläufig in den Schutzschirmen. Und dabei habe ich die EBM-Reform fast unterschlagen, die wegen Letzterem quasi unter dem Radar verschwunden ist.

Es ist daher kein Zufall, dass wir uns dem TSVG und den Effekten auf das Honorar genauer widmen. Bis zu 50 Prozent des Honorars werden in den Fachgruppen aus dem Budget in die extrabudgetäre Vergütung verlagert. Es hängt an Neupatienten und der Ausgestaltung der offenen Sprechstunde, wie stark eine Praxis bzw. eine Fachgruppe betroffen ist.

Noch darf man grundsätzlich davon ausgehen, dass der Bereinigungszeitraum wie vorgesehen ausläuft, wenngleich das Thema in aktuellen Gesetzgebungsverfahren im Sinne von „Korrekturen“ eingebracht worden ist. Es zeichnet sich dabei ab, dass wir in Schleswig-Holstein mit der KV-seitigen Überprüfung und Zusetzung der Neupatientenkennzeichnung gut gefahren sind. Anders handhabende KVen sind mit Forderungen umfassender rückwirkender Korrekturen konfrontiert. Um individuelle Verwerfungen zu vermeiden, haben wir mit den Garantievolumen prophylaktisch vorgesorgt.

Die Grundfigur des HVM hat sich immer wieder bewährt und konnte allen Winden letztlich trotzen. Wenn wir aber mal wieder klare Sicht auf die Meere haben, ist mit Einführung der Punktzahlvolumen im Jahre 2014 ein so langer Zeitraum verstrichen, dass wir uns eine gut geplante Renovierung dieses Regelwerks, z. B. für 2022 durchaus vorstellen können.

Kommt wieder etwas herangesegelt, was zu starkem Wellengang im Hafen führt? Wann ist das Coronavirus seiner Auswirkung auf unser normales Leben und spezifisch der Honorarverteilung beraubt? Kann man überhaupt etwas Mittelfristiges in Angriff nehmen?

Bleiben wir optimistisch. Ich wünsche Ihnen Interesse bei der Lektüre unseres aktuellen Honorarberichts.

Herzliche Grüße

DR. RALPH ENNENBACH

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

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Jahr 2019 war sehr speziell. Die ungeliebten Vorgaben des TSVG tröpfelten zunächst in unsere Praxen. Die Ignoranz des Gesetzgebers gegenüber unserem Quartalsbezug ergab in 2/2019 ein Halb- und in 3/2019 ein Drittelquartal. Erst das vierte kann als eine komplette TSVG-Abrechnung angesehen werden, auch wenn der – zahlenmäßig irrelevante – TSS-Akutfall darin noch fehlt.

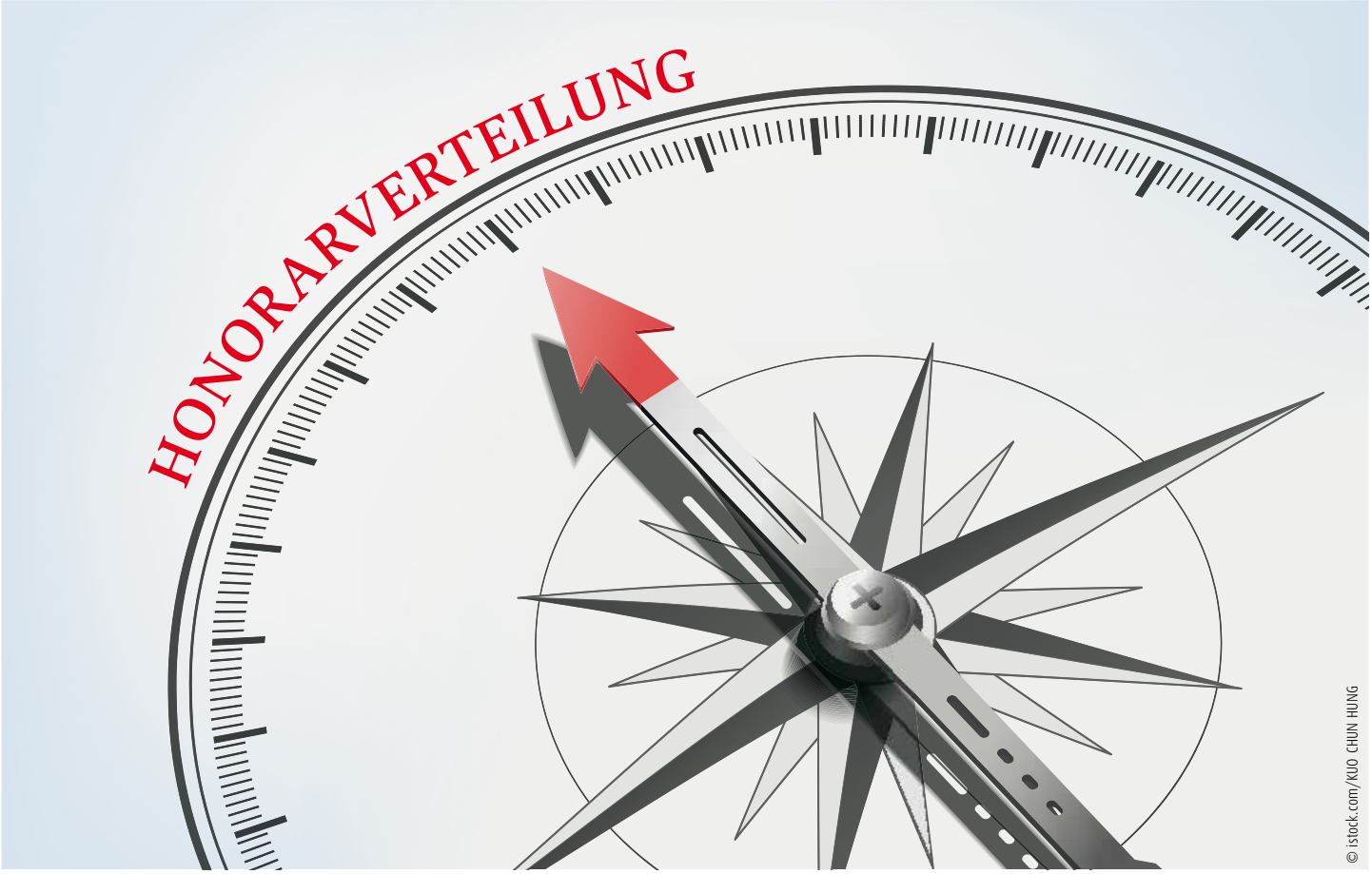
Weil die Partner der Bundesebene einige Volten im Zuge der MGV-Bereinigung geschlagen haben, mussten wir unseren HVM entsprechend anpassen. Nach anfänglichen Missverständnissen und einigen Vorbehalten in den Praxen, können wir heute zurückblickend sagen: Das TSVG hat in einigen Fachgruppen eine Ausweitung der extrabudgetären Leistungen und infolgedessen ein Umsatzplus von bis zu fünf Prozent erwirkt. Vorausschauend hat der HVM-Ausschuss mit dem Garantievolumen das Schreckgespenst verbannt, bei rückläufigen TSVG-Fällen nach der PZV-Bereinigung einen Verlust zu erleiden.

Wenn Sie diesen Bericht in den Händen halten, kreisen Ihre Fragen sicherlich bereits um die Auswirkungen der Corona-Pandemie und die Schutzschirmeffekte. Selbst der neue EBM (ab April 2020) ist dabei in den Hintergrund gerückt. Dr. Ennenbach hat in seinem Vorwort vorausgeblickt. Ergebnisse sind allerdings dem Honorarbericht 2020 vorbehalten.

Ihr

DR. MICHAEL SCHROEDER

Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein



© istock.com/KUO CHUN HUNG

Grundsätze

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

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

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

Kalkulationssicherheit: Vor Quartalsbeginn teilt die KV Schleswig-Holstein jedem Arzt sein Punktzahlvolumen mit. Innerhalb des PZV ist die Leistungsvergütung zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-Gebührenordnung garantiert; Überschreitungen des Volumens werden abgestaffelt vergütet. Der abgestaffelte Preis beträgt 46 Prozent des Euro-Gebührenordnungspreises.

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 32 allgemeine und 12 kinderärztliche Anlaufpraxen sowie 33 organisierte Besuchsdienste in Schleswig-Holstein außerhalb der Sprechstundenzeiten (Notfallversorgung/Bereitschaftsdienst) sichergestellt.

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

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

Sicherung der vertragsärztlichen Grundversorgung und Förderung ausgewählter Leistungsbereiche: Der Honorarverteilungsmaßstab weist Zuschläge für besondere Leistungen aus oder vergütet ausgewählte Leistungen zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-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
- hausärztliche Betreuung und Versorgung von chronisch kranken Patienten
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung
- sozialpädiatrische Versorgung
- palliativmedizinische Versorgung
- Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- Leistungen von schmerztherapeutischen Zentren
- rheumatologische Versorgung

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

Weitere Versorgungsziele außerhalb der Honorarverteilung

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

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

Spannungsverhältnis zwischen regionaler Honorarverteilungskompetenz und gesetzlichen Vorgaben

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

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

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

Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung

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

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

Gemäß Paragraf 87b SGB V liegt die Kompetenz für die regionale Honorarverteilung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die KBV hat jedoch gemäß Paragraf 87b Absatz 4 SGB V Vorgaben, insbesondere zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung zu bestimmen, welche für die Kassenärztlichen Vereinigungen verbindlich sind. Die MGV untergliedert sich gemäß den KBV-Vorgaben in die Vergütungsvolumen Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall sowie haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich. Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für das „Genetische Labor“ und die „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“ zu bilden.

Zusätzlich zu den Vorgaben der KBV wird auch direkt aus dem SGB V Einfluss auf die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen genommen: Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten, eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen (Paragraf 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V). Des Weiteren ist vorgegeben, dass für Praxisnetze, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden müssen (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V). Zusätzlich sind im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (Paragraf 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 (Paragraf 87b Absatz 2 Satz 5 SGB V).

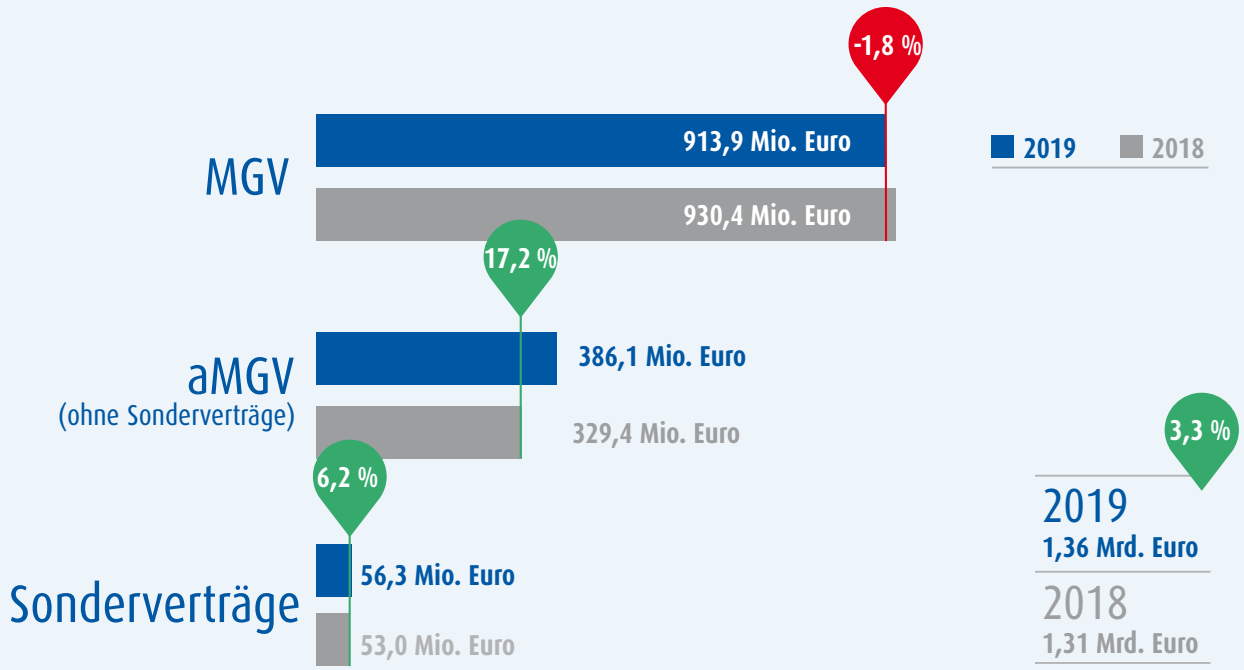
© istock.com/AndreyPopov

Mit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) zum 11. Mai 2019 haben sich zahlreiche Neuerungen ergeben. Im Vergütungsbereich gibt es nun extrabudgetäre Zuschläge sowie eine extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von TSS-Patienten (TSS-Vermittlungsfall und TSS-Akutfall) und für die Vermittlung eines Facharzttermins durch den Hausarzt (Hausarzt-Vermittlungsfall). Des Weiteren werden Leistungen bei Neupatienten und Leistungen, die innerhalb der offenen Sprechstunde erbracht werden, extrabudgetär vergütet. Entsprechend wurde der Paragraf 87a Absatz 3 SGB V ergänzt. Nach wie vor werden vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Zudem kann in der Honorarvereinbarung darüber hinaus geregelt werden, dass weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung der gesetzlichen Krankenkassen für vertragsärztliche Leistungen summiert sich in Schleswig-Holstein im Jahr 2019 auf rund 1,36 Milliarden Euro.

Abb. 1 | 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 mit der Veränderungsrate 2019 in Höhe von 0,4751 Prozent (entspricht ca. 4,3 Millionen Euro) weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert (10,8226 Cent, entspricht ca. 14,2 Millionen Euro) für das Jahr 2019 fortgeschrieben. Zur Behebung des Kassenwechslereffektes wurde der Behandlungsbedarf im Jahr 2019 basiswirksam um 0,9 Millionen Euro erhöht. Damit sollen Versichertenwechsel von Krankenkassen mit einem hohen durchschnittlichen Behandlungsbedarf zu Krankenkassen mit einem geringen durchschnittlichen Behandlungsbedarf ausgeglichen werden. Der Behandlungsbedarf wurde zudem um 2,8 Millionen Euro aufgrund der Rückführung des psychotherapeutischen Gesprächs nach den Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 sowie der palliativmedizinischen Leistungen in die MGV erhöht. Weiterhin wurde durch Höherbewertung (z. B. augenärztliche Grundpauschale, Verordnung häuslicher Krankenpflege und Psychotherapie) oder Aufnahme von neuen Leistungen der Behandlungsbedarf um 1,0 Millionen Euro erhöht. Neben den bereits genannten basiswirksamen MGV-Erhöhungen wurde die MGV im Jahr 2019 nichtbasiswirksam zur Förderung der fachärztlichen Grundpauschalen und des organisierten Notdienstes um 3,5 Millionen Euro angehoben.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2019 wird die MGV folglich um 41,2 Millionen Euro aufgrund der Umsetzung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) verringert. Darüber hinaus musste die MGV um 0,8 Millionen Euro für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) bereinigt werden.

Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in Millionen Euro

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
MGV 2018	232,9	234,0	226,9	236,6
MGV 2019	239,0	239,9	222,1	212,9
Differenz	6,1	5,9	-4,8	-23,7
Veränderung ggü. 2018	2,62 %	2,52 %	-2,12 %	-10,02 %

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 Paragrafen 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 2019 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens gemäß GOP 01645 sowie der Leistungen nach Nr. 4.3.9 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM,
- Leistungen im Rahmen der Versorgungsplanung nach Paragraf 132g Abs. 3 SGB V gemäß der GOP 37400,
- Leistungen im Rahmen der Extrakorporalen Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz gemäß der GOP 30440,
- Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern und Vorbehandlung mit Dithiothreitol nach den GOP 32480 und 32557,
- Hornhautvernetzung mit Riboflavin nach den GOP 06362 und 40681,
- Leistungen im Arztgruppenfall der folgenden TSVG-Konstellationen inkl. Zuschläge:
  - → TSS-Terminfall
  - → Hausarzt-Vermittlungsfall
  - → Neupatienten
  - → Offene Sprechstunde
  - → TSS-Akutfall
- Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod nach der GOP 01516 sowie bei der Gabe von Velmanase alfa nach der GOP 01514,
- HIV-Präexpositionsprophylaxe nach dem EBM-Abschnitt 1.7.8,
- Präeklampsie nach den GOP 32362 und 32363,
- Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA nach der GOP 32850,
- Weitere bildgebende Verfahren (Optische Kohärenztomografie nach den GOP 06336, 06337, 06338 und 06339).

Tab. 2 | Ausgewählte neu vereinbarte aMGV-Leistungen für 2019

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
	in Euro	in Euro	in Euro
TSVG Neupatienten	11.067.411	25.371.041	36.438.452
TSVG Offene Sprechstunde	–	4.324.950	4.324.950
TSVG HA-Vermittlungsfall	61.233	1.092.410	1.153.643
TSVG TSS-Terminfall	9.869	495.736	505.605
Weitere bildgebende Verfahren	–	209.803	209.803
Summe:	**11.138.513**	**31.493.940**	**42.632.453**

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2019

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2018
	in Euro	in Euro	in Euro	
Präventionsleistungen	25.632.531	45.620.282	71.252.813	1,0
Ambulantes Operieren	2.489.641	53.826.446	56.316.087	6,1
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	639.397	53.720.035	54.359.432	10,4
Dialyse-Sachkosten nach Schiedsamt	–	45.056.619	45.056.619	0,7
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	–	14.102.851	14.102.851	14,1
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	–	13.053.081	13.053.081	2,1
Strahlentherapie	–	10.174.176	10.174.176	-1,2
Impfleistungen	9.701.979	377.781	10.079.760	11,6
Nephrologische Leistungen	–	8.144.020	8.144.020	3,7
Betreuungsleistungen	–	5.820.392	5.820.392	-0,3
Medikationsplan	3.683.316	2.068.774	5.752.090	3,5

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2018
	in Euro	in Euro	in Euro	
Polysomnografie	–	5.124.081	5.124.081	1,8
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	3.987.644	866.831	4.854.475	25,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	–	4.591.218	4.591.218	3,7
Probatorische Sitzungen	103.699	3.836.470	3.940.169	1,4
Allgemeine Tumorgenetik	–	3.924.357	3.924.357	35,3
Substitutionsbehandlung	2.678.500	403.310	3.081.810	-1,3
MRT Mammo- und Angiografie	–	1.795.051	1.795.051	7,7
Regionale Rheumavereinbarung	238.971	652.255	891.226	116,7
Leistungen der künstlichen Befruchtung	–	780.425	780.425	5,2
Palliativmedizinische Versorgung	752.691	–	752.691	-31,2
Hautkrebsscreening	4.317	462.261	466.578	-2,1
Neuropsychologische Leistungen	–	407.447	407.447	9,5
Balneophototherapie	–	402.530	402.530	-5,5
Sozialpädiatrische Versorgung	397.048	–	397.048	15,3
Belegärztliche Begleitleistungen	–	385.078	385.078	-16,4
Summe:	**50.309.734**	**275.595.771**	**325.905.505**	**4,9**

Zuschläge

Tab. 4 | Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2019

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2018
	in Euro	in Euro	in Euro	
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	3.613.971	–	3.613.971	1,6
Haus- und Heimbesuche ab 70 Jahren und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5	2.215.754	183.613	2.399.367	-9,0
Geriatrische Versorgung	1.965.211	–	1.965.211	–
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	863.557	–	863.557	2,2
Gastroskopie	9.745	785.750	795.495	-12,8
Kleine Chirurgie	179.348	115.679	295.027	-12,2
Schwindeldiagnostik	–	193.918	193.918	-13,9
Schmerztherapie	51.408	124.596	176.004	-0,1
Hyposensibilisierung	6.021	46.832	52.853	-1,5
Transfusionen	–	49.384	49.384	-4,0
Provokation	2.796	14.536	17.332	0,9
Fallförderung bei Spermiogramm	–	10.098	10.098	-21,5
Urodynamik	–	9.874	9.874	-5,1
Prostatastanze	–	6.524	6.524	-3,5
Summe:	**8.907.811**	**1.540.804**	**10.448.615**	**-7,4**

Wird eine dieser Leistungen aufgrund einer TSVG-Konstellation extrabudgetär vergütet, erhält sie ab dem 4. Quartal 2019 keinen Zuschlag mehr. Dies begründet auch den Rückgang in der Vergütung im Vergleich zum Vorjahr.

Tab. 5 | Förderung der Praxisnetze 2019

Quartal	in Euro
1/2019	342.564
2/2019	218.087
3/2019	308.289
4/2019	194.885
Summe	**1.063.825**

Um dem gesetzlichen Auftrag gemäß Paragraf 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V nachzukommen, haben Haus- und Fachärzte in den Quartalen des Jahres 2019 entsprechend der HVM-Bestimmungen in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von zehn Prozent erhalten.

Sonderverträge

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

- Modellvorhaben gemäß Paragrafen 63, 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 Paragrafen 137f bis g SGB V,
- Verträge zur besonderen Versorgung gemäß Paragraf 140a SGB V.

Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge 2019

Sonderverträge	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2018
	in Euro	in Euro	in Euro	
QuaMaDi gemäß § 73c SGB V	784	7.704.542	7.705.326	1,3
Hautkrebsscreening (ohne EBM)	4.317	462.261	466.578	-2,1
Homöopathie gemäß § 73c SGB V	211.107	282	211.389	-9,2
Tonsillotomie gemäß § 73c SGB V	–	62.077	62.077	-38,2
Hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b SGB V	17.794	–	17.794	-10,2
Summe:	**234.002**	**8.229.162**	**8.463.164**	**0,3**

Der Umsatzrückgang bei den Tonsillotomie-Verträgen resultiert aus der Beendigung der Verträge mit der BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft, der IKK Nord und der BARMER zum 30. Juni 2019 sowie mit der Knappschaft zum 31. Dezember 2019.

Tab. 7 | Extrabudgetäre Vergütung, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2019

DMP	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2018
	in Euro	in Euro	in Euro	
Asthma	1.214.398	666.887	1.881.285	2,6
Brustkrebs	4.040	300.174	304.214	9,0
COPD	917.276	384.840	1.302.116	2,4
Diabetes Typ I	1.924.797	191.799	2.116.596	6,3
KHK	3.231.586	208.961	3.440.547	2,9
Diabetes Typ II	12.472.927	847.179	13.320.106	4,5
Summe:	**19.765.024**	**2.599.840**	**22.364.864**	**4,2**

Fremdkassen-zahlungsausgleich (FKZ)

© istock.com/dottedhippo

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

Die folgende Tabelle zeigt die Forderungen und Verbindlichkeiten der KVSH im Jahr 2019 gegenüber anderen KVen. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 94,0 Millionen Euro. Dagegen stehen Verbindlichkeiten in Höhe von 189,0 Millionen, die die KVSH an andere KVen zu zahlen hat. Im Saldo bedeutet dies, dass die KVSH 95,0 Millionen Euro (55,4 Millionen MGV-Leistungen und 39,6 Millionen aMGV-Leistungen) an andere KVen zahlen muss. Die 55,4 Millionen Euro muss die KVSH aus ihrer MGV finanzieren, wofür sie im Vorwege der Honorarverteilung Rückstellungen bildet.

Tab. 8 | Fremdkassenzahlungsausgleich 2019

Leistungsbereich	Forderungen	Verbindlichkeiten	Saldo
	in Euro	in Euro	in Euro
Labor	26.098.704	22.250.126	3.848.578
Notdienst	1.453.679	2.605.767	-1.152.088
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	12.321.598	18.340.624	-6.019.026
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	25.050.554	73.145.961	-48.095.407
Rest-MGV (Sonstiges)*	1.221	3.975.656	-3.974.435
Nicht-MGV**	29.055.400	68.693.001	-39.637.601
Summe	**93.981.156**	**189.011.135**	**-95.029.979**

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

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

Die Trennung der MGV

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

GESCHÄTZTE MGV 2019

918.016.217 EURO -1,3

% ggü. 2018

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

VERGÜTUNGSVOLUMEN **35.188.010 Euro** 11,1

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **-1.462.135 Euro** 66,1

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **33.725.875 Euro** 9,5

Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN **63.794.263 Euro** 1,0

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **3.855.361 Euro** -3,5

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **67.649.624 Euro** 0,7

Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind zusätzlich Volumen zur Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung und für Leistungen des genetischen Labors zu bilden. Die Vergütungsvolumen basieren auf Grundbeträgen je Versicherten. Sie werden mit der Zahl der gesetzlich Krankenversicherten sowie den in Schleswig-Holstein vereinbarten Veränderungen der Gesamtvergütung und des Orientierungswerts weiterentwickelt.

Veränderungen gegenüber dem Jahr 2018 sind in der Laborreform und den Vergütungsbestimmungen des TSVG begründet. So ist in 1/2019 das Vergütungsvolumen „Labor“ um die Leistungen der Laborgemeinschaften, des Eigenlabors sowie um die Grund- und Konsiliarpauschalen der Laborärzte reduziert. In 1/2018 zählten diese Bereiche noch zum Vergütungsvolumen Labor, während sie in 2019 nun vollständig dem hausärztlichen und fachärztlichen Vergütungsvolumen zugeordnet sind.

Die MGV-Bereinigungen um die extrabudgetären Vergütungen im Rahmen des TSVG haben insbesondere im fachärztlichen Versorgungsbereich Auswirkungen. Die Bereinigungen um Neupatienten und Leistungen der offenen Sprechstunde wirken erst ab dem 1. September 2019. Laborreform und TSVG-Vergütungen führen auch in 2019 zu deutlichen Verlagerungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs. Über die TSVG-Vergütung informiert das Sonderthema dieses Berichts ab Seite 21.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

VERGÜTUNGSVOLUMEN **413.374.801 Euro** 0,3

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **8.835.848 Euro** 20,7

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **404.538.953 Euro** 0,0

Fachärztlicher Versorgungsbereich

Fachärztliches Vergütungsvolumen

VERGÜTUNGSVOLUMEN **380.835.860 Euro**

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **-43.676.520 Euro**

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **337.159.340 Euro**

Pauschalen fachärztliche Grundversorgung

VERGÜTUNGSVOLUMEN **17.068.969 Euro**

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **-939.040 Euro**

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **16.129.929 Euro**

Genetisches Labor

VERGÜTUNGSVOLUMEN **7.754.313 Euro** -4,2

FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH **-4.271.703 Euro** 15,9

VERTEILUNGSRELEVANTE VERGÜTUNGSVOLUMEN VOR RÜCKSTELLUNGEN **3.482.610 Euro** -6,4

Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

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

Die Mittel für Praxisbesonderheiten, Sicherstellung etc. werden für Nachberechnungen und Honorarkorrekturen zurückgelegt. Die übrigen Positionen werden zur Vergütung von MGV-Leistungen vor der PZV-Vergütung im laufenden Quartal verwendet. Die Aufstellung der HVM-gestützten Leistungen finden Sie auf Seite 11 in diesem Bericht.

Die im Vergleich zu 2018 geringeren Beträge der einzelnen Rückstellungen sind in der extrabudgetären Vergütung im Rahmen des TSVG begründet. Über diese Vergütung informiert das Sonderthema dieses Berichts ab Seite 21.

Tab. 9 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2019 in Euro		Veränderung in % ggü. 2018	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
Praxisbesonderheiten, Sicherstellung, Honorarverlustausgleiche, Zunahme der Versorgung, Ausgleich von Fehlschätzungen in Vorquartalen, Honorarkorrekturen	621.269	1.018.865	-49,3	-50,6
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	587.384	7.922.288	-0,1	-1,9
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	-8.835.848	-43.676.520*	20,7	14,4
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	8.910.698	1.582.832	-3,1	-41,7
Pädaudiologische und phoniatrische Leistungen	–	1.311.610	–	-8,7
Schmerztherapie	488.652	1.359.638	1,3	-0,6
Zahnärztliche Narkosen	–	151.397	–	-25,9
	1.772.155	**-30.329.890**		

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

Vergütungen vor Trennung

Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

In 2019 werden nur noch Laborauftragsleistungen und der Wirtschaftlichkeitsbonus aus diesem Bereich vergütet. Im 1. Quartal 2018 galt noch die „alte" Vergütungssystematik (vgl. Honorarberichte 2017 und 2018). Das erklärt den Umsatzrückgang um 4 Prozent bei den Auftragsleistungen.

Tab. 10 | Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2019 in Euro

Leistungs- und Kostenbereich	2019	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	55.183.296	-4,0
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	9.002.642	0,7
Summe	**64.185.938**	**-3,4**

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

Arztgruppe	Vergütung in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
Labormediziner	54.053.944	84,2	0,1
Hausärzte	6.059.489	9,4	-11,5
Gynäkologen	779.093	1,2	-18,8
Kinderärzte	620.105	1,0	2,5
Urologen	449.810	0,7	-28,0
Pathologen	423.174	0,7	-1,5
Hautärzte	325.957	0,5	-10,5
HNO-Ärzte	177.574	0,3	13,3
Pneumologen	125.893	0,2	-22,6
übrige	1.170.899	1,8	-48,3
Gesamt	**64.185.938**	**100,0**	**-3,4**

Vergütung im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall 2019

Die Vergütung in diesem Bereich steigt gegenüber dem Jahr 2018 um 24 Prozent. Das ist in den Erhöhungen der Dienstpauschalen in den Anlaufpraxen und im Fahrdienst sowie in der Ausweitung des telefonärztlichen Dienstes begründet.

Tab. 12 | Leistungen innerhalb MGV 2019

	in Euro	Veränderung in % ggü. 2018
Anlaufpraxis	7.464.451	52,8
Fahrdienst	13.188.876	34,9
Telefonarzt	545.812	89,9
Wegegelder	708.493	-10,6
Krankenhaus	10.263.090	1,0
Sonstige	121.210	-15,9
Summe	**32.291.931**	**24,0**

Honorarverteilung nach Arztgruppen

Im Jahr 2019 werden Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV) mit dem Orientierungswert von 10,8226 Cent vergütet, darüber hinaus mit einem festen Restpunktwert von 4,9784 Cent.

© istock.com/VALUA VITALY

Weiterentwicklung der PZV

Die PZV der Psychotherapeuten und psychotherapeutischen Mediziner sind gegenüber dem Vorjahr höher, weil psychotherapeutische Gesprächsleistungen ab dem 2. Quartal 2019 wieder innerhalb der MGV und damit in der Honorarverteilung der KVSH innerhalb der PZV vergütet werden. In vielen Arztgruppen kann der TSVG-Bereinigungseffekt beobachtet werden. Demnach werden die PZV geringer, weil die Fälle extrabudgetär vergütet werden.

Die Grundlage der nachfolgenden Tabelle haben wir – der TSVG-Bereinigung folgend – umgestellt. Die Werte beziehen sich nun auf die durchschnittlichen (arithmetischen Mittel) PZV und die durchschnittliche Auslastung in Prozent zum Zeitpunkt der Abrechnung.

Tab. 13 | PZV-Durchschnitte und -Auslastungen über alle vier Quartale 2019 nach Arztgruppen

	Durchschnittliche PZV, gewichtet nach Teilnahmeumfang in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
Arztgruppe	Jahr 2019	Jahr 2018	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2019	Jahr 2018	In % ggü. Vorjahr
Anästhesisten	76.246	79.224	-3,8	105	102	3,1
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	19.621	16.945	15,8	114	88	29,3
Augenärzte, ausschließlich konservativ tätig	178.086	192.875	-7,7	121	121	-0,1
Augenärzte, operativ tätig	186.554	207.235	-10,0	112	118	-4,7
Chirurgen	226.576	257.033	-11,8	107	111	-3,1
Endokrinologen	277.552	352.924	-21,4	105	106	-0,6
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	274.593	296.758	-7,5	109	113	-3,3

	Durchschnittliche PZV, gewichtet nach Teilnahmeumfang in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
Arztgruppe	Jahr 2019	Jahr 2018	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2019	Jahr 2018	In % ggü. Vorjahr
Gastroenterologen	247.014	303.310	-18,6	115	111	3,2
Gynäkologen	210.066	219.277	-4,2	114	116	-1,6
Hausärzte	408.582	412.931	-1,1	109	111	-1,7
Hautärzte	265.385	288.342	-8,0	111	112	-0,9
HNO-Ärzte	384.299	431.937	-11,0	123	123	-0,3
Humangenetiker	76.319	77.776	-1,9	93	142	-34,0
Kardiologen und Angiologen	493.611	543.592	-9,2	122	121	0,9
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	23.035	18.011	27,9	126	118	7,0
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	384.452	392.829	-2,1	110	110	0,2
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	218.935	229.735	-4,7	83	87	-4,3
Kinderärzte	373.333	381.646	-2,2	116	116	-0,1
Kinderkardiologen	588.754	629.533	-6,5	115	120	-4,3
Kinderpneumologen	541.084	563.139	-3,9	118	118	-0,5
Labormediziner	9.561	9.710	-1,5	98	86	13,6
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	10.382	10.621	-2,3	142	143	-1,0
Nephrologen	52.078	56.440	-7,7	104	108	-3,0
Nervenärzte	441.488	461.367	-4,3	108	110	-1,5
Neurochirurgen	190.956	229.776	-16,9	110	106	4,0
Neurologen	353.796	387.658	-8,7	107	106	1,0
Nuklearmediziner	545.556	570.404	-4,4	105	105	0,4
Onkologen	407.419	403.575	1,0	128	131	-1,9
Orthopäden	362.188	400.830	-9,6	109	111	-1,9
Pathologen	560.262	545.079	2,8	105	104	0,9
Phoniater und Pädaudiologen	105.130	124.618	-15,6	111	113	-1,9
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	367.044	386.636	-5,1	110	109	0,8
Pneumologen	512.084	548.050	-6,6	122	119	2,0
Psychiater	225.645	223.756	0,8	108	108	-0,6
Psychologische Psychotherapeuten	18.946	13.942	35,9	125	112	11,2
Psychotherapeutische Mediziner	28.510	22.204	28,4	115	102	13,1
Radiologen	749.835	742.546	1,0	119	118	1,1
Rheumatologen	379.814	398.585	-4,7	104	109	-4,6
Strahlentherapeuten	15.842	17.761	-10,8	126	103	21,9
Urologen	231.503	248.985	-7,0	117	117	0,3

Neue EBM-Leistungen in 2019

© istock.com/marchmeena29

Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz

Zum 1. Januar 2019 wurde die fokussierte und radiale extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris als neue Leistung nach der GOP 30440 in den EBM aufgenommen. Die Finanzierung der Leistung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Extrakorporale Stoßwellentherapie beim Fersenschmerz bei Fasciitis plantaris	4.527	120.935

Zweitmeinungsverfahren

Ab 1. Januar 2019 haben gesetzlich Versicherte vor dem operativen Entfernen der Mandeln bzw. von Teilen der Mandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie vor dem operativen Entfernen der Gebärmutter (Hysterektomie) Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung. Der EBM wurde zum 1. Januar 2019 entsprechend angepasst. Der Arzt, der die Indikation für einen der definierten Eingriffe stellt, kann die GOP 01645 EBM einmal im Krankheitsfall abrechnen. Der Arzt, der die Zweitmeinung abgibt, kann seine jeweilige arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie Leistungen für notwendige ergänzende und medizinisch begründete Untersuchungen abrechnen. Alle Leistungen im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens werden extrabudgetär vergütet.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Zweitmeinungsverfahren	1.073	8.705

Mitbetreuung bei der Versorgungsplanung in der letzten Lebensphase

Ab 1. Januar 2019 kann für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten, der von einem besonders qualifizierten Berater in der letzten Lebensphase betreut wird, die extrabudgetär vergütete GOP 37400 EBM einmal im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Pauschale beinhaltet bei Bedarf die Teilnahme an vom Berater durchgeführten Beratungsgesprächen, Abstimmung einer Patientenverfügung sowie Zusammenarbeit und den Informationsaustausch mit dem Berater über die Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Zusatzpauschale für die Beteiligung an der Beratung eines Patienten in Zusammenarbeit mit dem Berater gemäß der Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V	1.283	13.881

Anpassung humangenetischer Beurteilungsleistungen

Ab 1. April 2019 wurden die humangenetischen Beurteilungsleistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Mutterschaftsvorsorge, der Empfängnisregelung und der künstlichen Befruchtung in der Struktur sowie der Bewertung den kurativen GOP angepasst. Folgende Leistungen wurden neu in den EBM aufgenommen und extrabudgetär vergütet: 01794, 01795, 01796, 01841, 01842, 08575 und 08576. Die humangenetische Beurteilung wird nach der Schwere der Erkrankung differenziert, wenn bei einer weiterführenden Untersuchung (sonografische Diagnostik, Untersuchung von Nabelschnurblut, Fruchtwasser und/oder Chorionzotten- oder Plazentagewebe) ein Hinweis auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus vorliegt. Liegt ein solcher Hinweis auf eine genetisch bedingte Erkrankung des Fötus vor, kann der höher bewertete Zuschlag 01796 zur Grundleistung GOP 01794 bis zu neunmal im Krankheitsfall berechnet werden. Liegt ein solcher Hinweis nicht vor, ist der geringer bewertete Zuschlag GOP 01795 bis zu dreimal im Krankheitsfall berechnungsfähig.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Anpassung humangenetischer Beurteilungsleistungen	650	47.934

Optische Kohärenztomografie

Die optische Kohärenztomografie (OCT) zur Diagnostik und Therapiesteuerung bei Netzhauterkrankungen wurde mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses am 20. Dezember 2018 in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen. Das nicht invasive

Verfahren bietet die Möglichkeit, Netzhautstrukturen hochauflösend abzubilden. Augenärzte können somit die OCT bei Patienten mit einer neovaskulären altersbedingten Makuladegeneration oder mit einem Makulaödem im Zusammenhang mit einer diabetischen Retinopathie ambulant anwenden. Mit Wirkung zum 1. Oktober 2019 sind die GOP 06336 und 06337 für die OCT als diagnostisches Verfahren sowie die GOP 06338 und 06339 zur Abbildung der OCT zur Therapiesteuerung in den EBM aufgenommen worden. Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt extrabudgetär.

	2019 (4. Quartal)	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Optische Kohärenztomografie	4.860	209.802

Zuschläge für die Terminvermittlung beim Facharzt

Die Terminvermittlung durch den Hausarzt wird im Rahmen des am 11. Mai 2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) finanziell gefördert. Hausärzte sowie Kinder- und Jugendärzte können seit 1. September 2019 die neuen extrabudgetären GOP 03008 bzw. 04008 abrechnen und erhalten rund zehn Euro für die Vereinbarung eines Termins beim Facharzt. Voraussetzung ist, dass der Termin innerhalb von vier Kalendertagen liegt, nachdem der Hausarzt eine medizinisch dringende Behandlungsnotwendigkeit festgestellt hat. Weitere Informationen hierzu können Sie dem Sonderkapitel ab Seite 21 entnehmen.

HIV-Präexpositionsprophylaxe

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde gemäß Paragraf 20j SGB V ein gesetzlicher Anspruch auf eine HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) für gesetzlich Versicherte mit einem substanziellen HIV-Infektionsrisiko, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, eingeführt. Die Leistungen im Rahmen der PrEP umfassen für die in der Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) festgelegten Anspruchsberechtigten die Beratung, erforderliche Untersuchungen und die Verordnung des Arzneimittels zur PrEP. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses (BA) vom 14. August 2019 wurden zum 1. September 2019 neue Leistungen in den EBM aufgenommen. Die neuen GOP 01920 bis 01922 bilden die ärztliche Beratung und Durchführung der PrEP ab; die GOP 01930 bis 01936 die im Rahmen einer PrEP erforderlichen Laborleistungen. Sie werden extrabudgetär vergütet. Aufgrund der Aufnahme neuer Leistungen zum Ende des Jahres 2019, erfolgt der Bericht über die Vergütung im Honorarbericht 2020.

Nachtrag zum Honorarbericht 2018

Im Folgenden werden Gebührenordnungspositionen vorgestellt, die bereits zum 1. Oktober 2018 neu in den EBM aufgenommen wurden. Aufgrund des vorherigen Redaktionsschlusses konnten diese Leistungen nicht im vergangenen Honorarbericht 2018 erwähnt werden.

Mammographie-Screening

Die Krebsfrüherkennungs-Richtlinie wurde in der Anlage VI Nummer 2.6 bei der Dokumentation des Mammographie-Screenings um das Grading und die Bestimmung des Rezeptorstatus erweitert. Hierfür wurde der EBM zum 1. Oktober 2018 um die GOP 19317 ergänzt. Bis dahin konnten die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung mit den kurativen GOP 19312, 19320, 19321 und 19322 EBM angesetzt werden. Die Vergütung der GOP 19317 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Grading mittels Morphometrie sowie immunhistochemische Bestimmung des Estrogen- und Progesteron-Rezeptorstatus eines Materials gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie Anlage VI Nummer 2.6	521	75.173

Hyperbare Sauerstofftherapie

Die hyperbare Sauerstofftherapie wurde in den neuen Abschnitt 30.2.2 EBM aufgenommen. Die ärztlichen Aufwände werden durch die neuen GOP 30210, 30212, 30214, 30216 und 30218 abgebildet. Für die Abrechnung der GOP 30216 und 30218 EBM ist eine vorherige Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Die Vergütung der GOP 30210, 30212, 30216 und 30218 EBM erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Vergütung der GOP 30214 EBM erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. In 2019 wurden diese Leistungen nicht abgerechnet.

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter

Die Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter wurde bundesweit vereinheitlicht. Hierfür wurde das Muster 64 „Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter“ zur Verfügung gestellt. Für das Ausstellen des Musters 64 wurde die GOP 01624 zum 1. Oktober 2018 neu in den EBM aufgenommen. Die Vergütung der GOP 01624 erfolgt innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

	2019	
	Anzahl der Leistungen	Vergütung in Euro
Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter	3.884	83.252

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Am 11. Mai 2019 ist das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in Kraft getreten mit dem Ziel, allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Wartezeiten auf Arzttermine sind verkürzt, die Sprechstundenzahl ist erhöht und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert.

TSVG

In allen TSVG-Konstellationen erfolgt die Vergütung erbrachter Leistungen extrabudgetär. Das heißt, die gesamte Behandlung des Patienten – durch eine Arztgruppe – wird in dem Quartal in voller Höhe vergütet und durch einige Zuschläge gefördert. Ausgenommen sind lediglich Laboruntersuchungen. In der TSVG-Fallkonstellation „Neupatient" erhalten in einer Praxis mit mehreren Arztgruppen (BAG und MVZ) maximal zwei Arztgruppen für denselben Patienten eine extrabudgetäre Vergütung.

2019

11.05.

TSS-VERMITTLUNGSFALL
Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle in die Praxis vermittelt werden.

HAUSARZT-VERMITTLUNGSFALL
Behandlung eines durch den Hausarzt aufgrund medizinischer Dringlichkeit vermittelten Patienten beim Facharzt

2019

01.09.

OFFENE SPRECHSTUNDE
Behandlung von Patienten durch grundversorgende und wohnortnahe Fachärzte ohne vorherige Terminvereinbarung

NEUPATIENT
Behandlung neuer Patienten, die weder im aktuellen noch in den acht vorangegangenen Quartalen in der jeweiligen Praxis waren.

2020

01.01.

TSS-AKUTFALL
Behandlung von Patienten, die über die Terminservicestelle in die Praxis vermittelt werden.

Honorarergebnisse

Die TSVG-Konstellationen haben in 2019 zeitversetzt Gültigkeit erlangt, dazu auch noch inmitten von Quartalen. Tabelle S. 1 zeigt die Umsätze je TSVG-Konstellation und Quartal in 2019.

Der zeitliche Versatz erschwert nicht nur die Umsetzung in der Abrechnung, er mindert auch die Aussagekraft von Honorarvergleichen. Nur mit dem 4. Quartal liegt für 2019 ein Abrechnungsquartal vor, in dem bis auf den TSS-Akutfall alle Konstellationen komplett vorhanden sind. Der Akutfall, so zeigen erste Zahlen aus 2020, besitzt zahlenmäßig kaum Relevanz. Deshalb können die Ergebnisse des 4. Quartals 2019, mit vier multipliziert, als Hochrechnung für ein Jahr angesehen werden.

Tab. S. 1 | TSVG-Konstellationen 2019

	2/2019	3/2019	4/2019	Summe
	in Euro	in Euro	in Euro	in Euro
Neupatient	–	9,7 Mio.	27,2 Mio.	36,9 Mio.
Offene Sprechstunde	–	1,1 Mio.	3,2 Mio.	4,3 Mio.
Hausarzt-Vermittlungsfall	291.000	504.000	359.000	1,2 Mio.
TSS-Terminfall	72.000	191.000	243.000	506.000
Summe	**363.000**	**11,5 Mio.**	**31,0 Mio.**	**42,9 Mio.**

Neupatient

Erwartungsgemäß besitzt die Konstellation „Neupatient" das größte Gewicht am TSVG-Umsatz. Bis auf wenige Arztgruppen (unter anderem Anästhesisten, Radiologen und Laborärzte) profitieren nahezu alle Praxen von dieser Regelung. Insgesamt beträgt das extrabudgetäre Honorar für Neupatienten im 4. Quartal rund 27 Millionen Euro. Aufgrund der MGV-Bereinigung und der damit einhergehenden PZV-Bereinigung liegt der effektive Honorarzuwachs bei insgesamt etwa 1,3 Millionen Euro oder rund plus 5 Prozent.

Der Anteil der Neupatienten ist in den meisten Facharztgruppen höher als bei den Hausärzten. Dies liegt daran, dass Hausärzte kontinuierlich Patienten mit chronischen Krankheiten versorgen.

Betrachten wir die finanzielle Verteilung, dann entfallen auf Hausärzte durch ihre große Zahl mit rund 340.000 Euro gut 25 Prozent der Mehrvergütung. Es folgen die Augenärzte mit 130.000 und HNO-Ärzte mit 120.000 Euro. Kinderärzte, die ebenfalls zum hausärztlichen Versorgungsbereich zählen, erhalten eine Mehrvergütung in Höhe von etwa 110.000 Euro.

Abb. S. 1 | Neupatienten – Mehrvergütung 4. Quartal 2019 in Euro

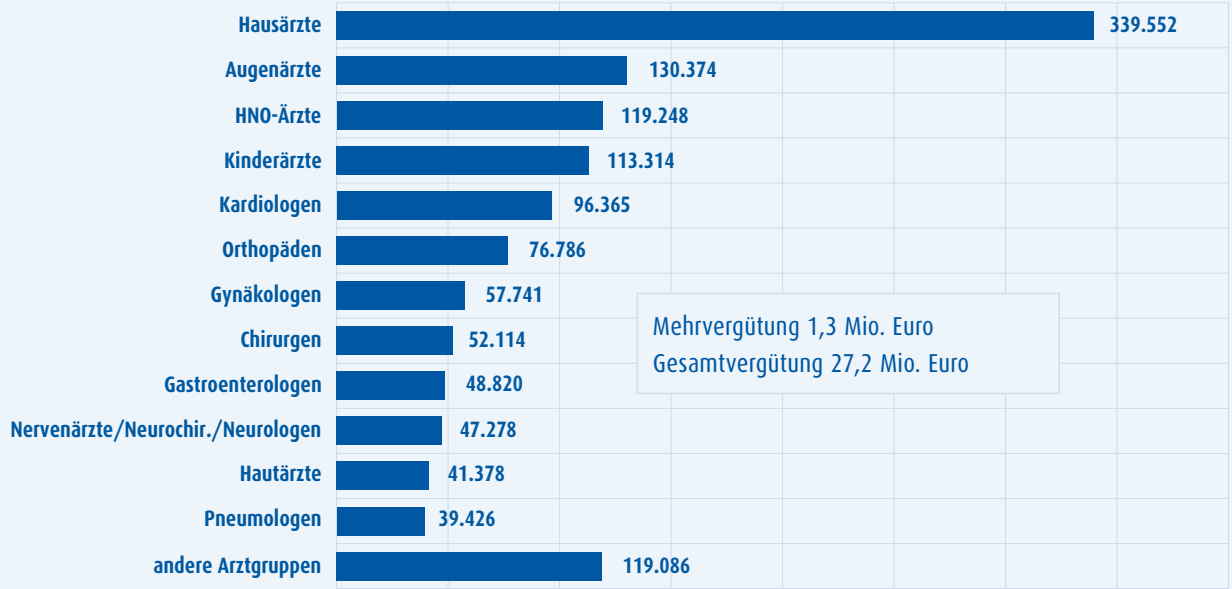


Abb. S. 2 | Anteil Neupatienten 4. Quartal 2019

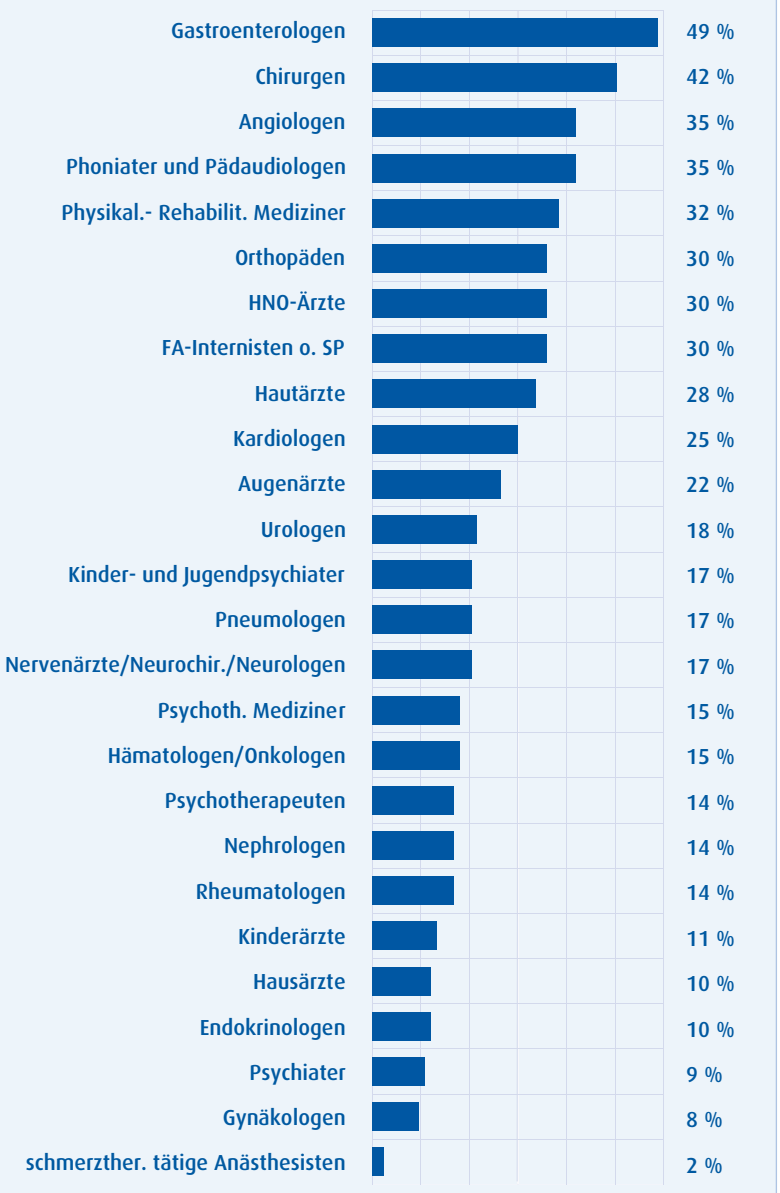


Abb. S. 3 | Offene Sprechstunde – Mehrvergütung 4. Quartal 2019 in Euro

Offene Sprechstunde

Die „Offene Sprechstunde" macht mit rund 3,2 Mio Euro den zweitgrößten TSVG-Umsatz aus. Das resultiert daraus, dass diese Konstellation

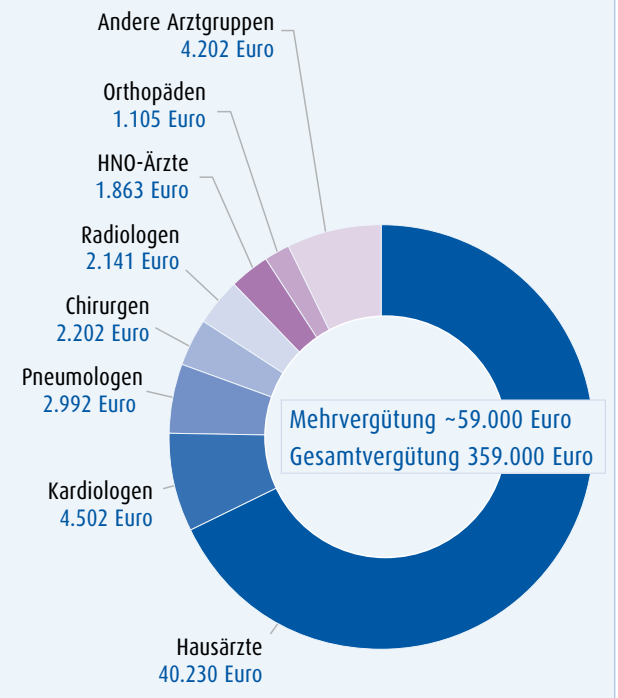
- nur für ausgewählte Facharztgruppen gilt,
- sie einer Begrenzung von maximal 17,5 Prozent der Fallzahl unterliegt und
- auch Neupatienten oder TSS-vermittelte Patienten umfassen kann.

Mit 35.000 Euro ist der Honorarzuwachs bei den HNO-Ärzten am höchsten, gefolgt von 28.000 Euro bei Gynäkologen und 19.000 Euro bei Augenärzten.

Hausarzt-Vermittlungsfall

Der Umsatz für die Konstellation „dringliche hausärztliche Überweisung" beträgt über alle Arztgruppen ca. 360.000 Euro. Der Honorarzuwachs beträgt rund 59.000 Euro, zwei Drittel entfallen auf den Zuschlag in Höhe von 10,07 Euro in der hausärztlichen Praxis.

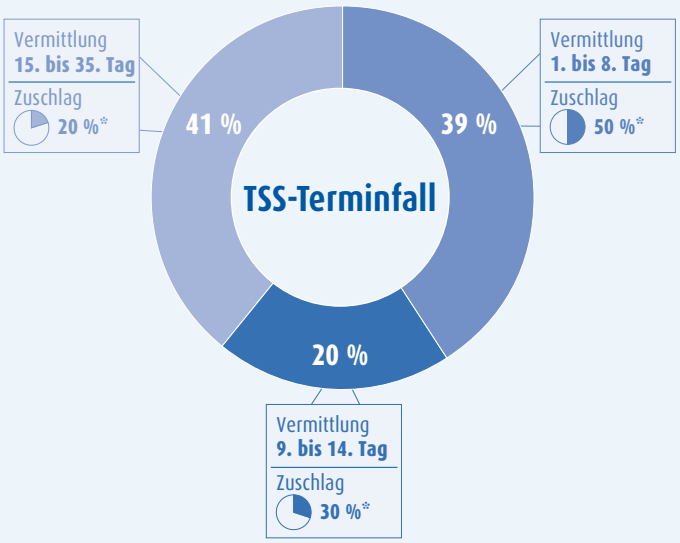
Abb. S. 4 | Hausarzt-Vermittlungsfall – Mehrvergütung 4. Quartal 2019



TSS-Terminfall

Mit ca. 240.000 Euro Umsatz schlägt die TSS-Vermittlung zu Buche. Inklusive der zeitlich gestaffelten Zuschläge resultiert aus dieser Konstellation ein Umsatzplus von etwa 25.000 Euro über alle vermittelten Arztgruppen. Insgesamt sind rund 2.200 Fälle über die Terminservicestelle der KVSH vermittelt worden.

Abb. S. 5 | Verteilung der TSS-Terminfälle – 4. Quartal 2019



* Der jeweiligen altersklassenspezifischen Versicherten- oder Grundpauschale bzw. Konsiliarpauschale

MGV- und PZV-Bereinigung

Die TSVG-Leistungen sind honorarsystematisch nicht neu, sondern Leistungen, die qua Gesetz von den Krankenkassen mit dem Orientierungswert zu vergüten sind. Dazu hat der Gesetzgeber sie extrabudgetär gestellt. Im Gegenzug sind sie aus der MGV der KV herauszurechnen. Das Verfahren wird als Bereinigung bezeichnet.

Weil die MGV durch die Bereinigung geringer wird, sind auch die PZV um Leistungen zu bereinigen, die durch das TSVG extrabudgetär zu vergüten sind.

Nicht bereinigt wird um

- TSVG-Zuschläge,
- Kostenpositionen und -pauschalen.
- Leistungen, die aufgrund anderer Vergütungsregelungen extrabudgetär gestellt sind.

Die Bereinigung erfolgt anteilig und arztbezogen. Wir ermitteln die TSVG-Punktzahl des Arztes, die nicht mehr in der PZV-Systematik, sondern nun extrabudgetär vergütet wird. Diese setzen wir in Relation zu der entsprechenden Gesamtpunktzahl des Arztes.

Beispiel

Hier machen die TSVG-Leistungen 100.000 von 400.000 Punkten aus. Deshalb korrigieren wir das PZV ebenfalls um ein Viertel, absolut um 75.000 Punkte. Ohne TSVG hätte die Praxis einen Umsatz von 37.400 Euro, mit der TSVG-Vergütung zum Orientierungswert beträgt er 38.850 Euro (28.050 + 10.800). Das ist ein Plus von 1.450 Euro.

Das „TSVG-Plus“ ist für die Praxis umso größer, je höher ihre PZV-Überschreitung ist. PZV-Überschreitungen werden im HVM mit einem abgestaffelten Punktwert – dem Restpunktwert – vergütet. In 2019 beträgt er für Haus- und Fachärzte rund 5,0 Cent. Wenn die Praxis ihr PZV nicht überschreitet, die abgerechnete Punktzahl also kleiner oder gleich dem PZV ist, ergibt sich kein TSVG-Gewinn. Denn alle Leistungen sind bereits mit dem Orientierungswert vergütet.

Auf Seite 17 f. des vorliegenden Honorarberichts weisen wir die durchschnittlichen PZV-Überschreitungen der Arztgruppen aus. Je höher die Überschreitung und je mehr TSVG-Konstellationen für eine Arztgruppe gelten, desto höher ist ihr Honorarzuwachs durch das TSVG.

Tab. S. 2 | Beispiel: PZV-Bereinigung

	vor TSVG-Bereinigung	davon TSVG-Leistungen	nach TSVG-Bereinigung
Leistungen in Punkten	400.000	100.000	300.000
PZV in Punkten	300.000		225.000
PZV-Vergütung in Euro mit Orientierungswert	32.400		24.300
Überschreitung in Punkten	100.000		75.000
Vergütung in Euro mit Restpunktwert	5.000		3.750
Vergütung in Euro	37.400	10.800	28.050

Ergebnis und Ausblick

Wenn wir die Ergebnisse des 4. Quartals 2019 zusammenfassen und auf ein Jahr hochrechnen, bedeutet das:

- Der Umsatz mit TSVG-Leistungen beträgt rund 124 Millionen Euro.
- Der Honorarzuwachs beträgt inklusive der TSVG-Zuschläge etwa 6 Millionen Euro.

Die TSVG-Fallzahl ist vom Verhalten der Versicherten abhängig. Wird die Offene Sprechstunde weiterhin so angenommen wie bisher? Bleiben die Anfragen über die Terminservicestelle der KVSH konstant? Wenn die Versicherten zukünftig als „normale“ Patienten die Praxis aufsuchen, würde das bereinigte PZV zu einer geringeren Vergütung führen. Aus diesem Grund hat die KVSH das sogenannte „Garantievolumen“ in den HVM aufgenommen. Es gleicht ab dem 4. Quartal 2020 TSVG-bedingte Honorarverluste aus.

Der TSVG-Zugewinn beträgt, hochgerechnet auf ein Jahr, rund 24 Millionen Euro. Er wird erkauft mit einem hohen bürokratischen und personellen Aufwand. Zudem müssen viele Praxen mit der offenen Sprechstunde einen erheblichen staatlichen Eingriff in ihre Organisation erdulden.

Das Ziel, den Zugang für die Versicherten zu erleichtern, wäre mit simpleren honorartechnischen Maßnahmen möglich gewesen. Der Vorschlag der KBV, die Versichertenpauschalen extrabudgetär zu stellen, fand leider kein politisches Gehör.

TABELLENVERZEICHNIS

	SEITE
ANÄSTHESISTEN	27
ANDERE AUSSCHL. PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE	28
AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG	29
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG	30
CHIRURGEN	31
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN	32
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT	33
GASTROENTEROLOGEN	34
GYNÄKOLOGEN	35
HAUSÄRZTE	36
HAUTÄRZTE	37
HNO-ÄRZTE	38
HUMANGENETIKER	39
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN	40
KINDERKARDIOLOGEN	41
KINDERPNEUMOLOGEN	42
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)	43
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	44
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	45
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN	46
LABORATORIUMSMEDIZINER	47
MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN	48
NEPHROLOGEN	49
NERVENÄRZTE	50
NEUROCHIRURGEN	51
NEUROLOGEN	52
NUKLEARMEDIZINER	53
ONKOLOGEN	54
ORTHOPÄDEN	55
PATHOLOGEN	56
PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN	57
PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER	58
PNEUMOLOGEN	59
PSYCHIATER	60
PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN	61
RADIOLOGEN	62
RHEUMATOLOGEN	63
STRAHLENTHERAPEUTEN	64
UROLOGEN	65

MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL)

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

Kenngrößen der Arztgruppe

Quartale	4		
	Ø pro Quar	Summe	Veränderung
Tätigkeitsumfang der Ärzte			
Anzahl der Ärzte			
Gesamtumsatz in Euro			
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro			
Ø Umsatz je Arzt in Euro			
Gesamtfallzahl			
Fallwert			

Tätigkeitsumfang

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

Fallzahl

Die hier ausgewiesenen Fallzahlen sind die Summe der ambulant-kurativen, präventiven und beleg-ärztlichen GKV-Behandlungsfälle. Ausgenommen sind die Fallzahlen des vertragsärztlichen Bereit-schaftsdienstes.

Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV			
MGV Budgetbereich			
MGV außerhalb Budgetbereich			
Gesamtumsatz			

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

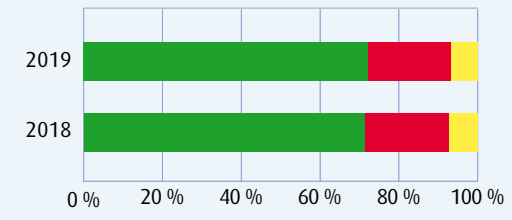
Das Kreisdiagramm in Zahlen

TSVG-Fälle und Umsatz 2019

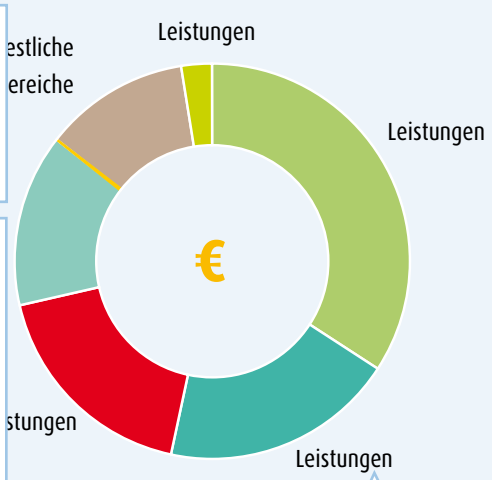
	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall			
Hausarzt-Vermittlungsfall			
Offene Sprechstunde			
Neupatient			
Gesamt			

Durchschnittlicher Fallwert

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen



GKV-Umsatz

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

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbe

Leistungsbereich	Verg

Budgetrelevante Leistungen

Leistungen, die innerhalb der PZV vergütet werden.

ANÄSTHESISTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	108		1,9
Anzahl der Ärzte	133		2,3
Gesamtumsatz in Euro	4.326.635	17.306.541	4,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	40.062	160.246	4,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	32.531	130.124	3,6
Gesamtfallzahl	28.752	115.006	1,8
Fallwert	150,48		4,1

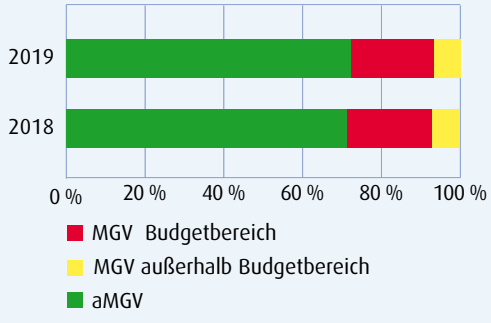
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	12.471.497	72,1	5,9
MGV Budgetbereich	3.646.970	21,1	3,0
MGV außerhalb Budgetbereich	1.188.074	6,9	-1,5
Gesamtumsatz	**17.306.541**	**100,0**	**4,7**

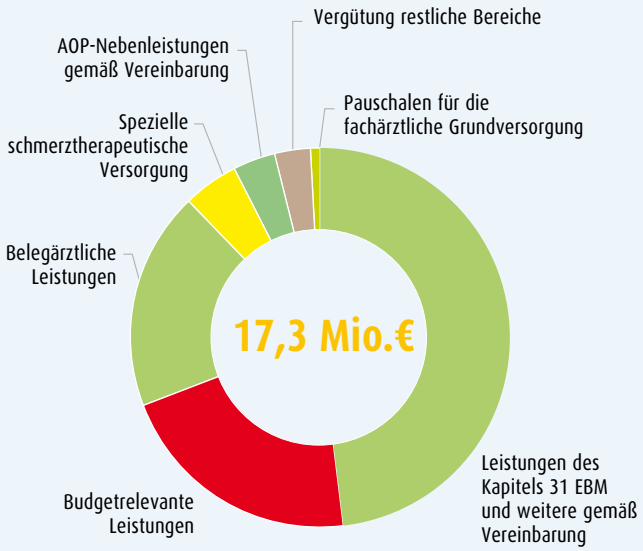
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	4.672	30	155,73
Hausarzt-Vermittlungsfall	213	2	106,50
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	55.770	382	145,99
Gesamt	**60.655**	**414**	**Ø 146,51**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	8.361.551	48,2	7,0
Budgetrelevante Leistungen	3.646.970	21,1	3,0
Belegärztliche Leistungen	3.199.414	18,5	1,7
Spezielle schmerztherapeutische Versorgung	843.123	4,9	4,0
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	615.386	3,6	11,0
Vergütung restliche Bereiche	523.709	3,0	47,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	116.388	0,7	15,0
Summe	**17.306.541**	**100,0**	

ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	65		-1,5
Anzahl der Ärzte	90		4,7
Gesamtumsatz in Euro	1.876.774	7.507.096	13,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	28.874	115.494	18,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	20.853	83.412	11,6
Gesamtfallzahl	4.742	18.966	7,9
Fallwert	395,78		8,2

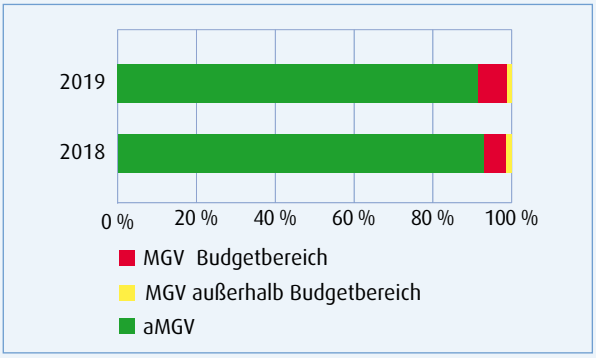
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	6.866.652	91,5	11,5
MGV Budgetbereich	548.868	7,3	42,0
MGV außerhalb Budgetbereich	91.575	1,2	-1,7
Gesamtumsatz	**7.507.096**	**100,0**	**13,1**

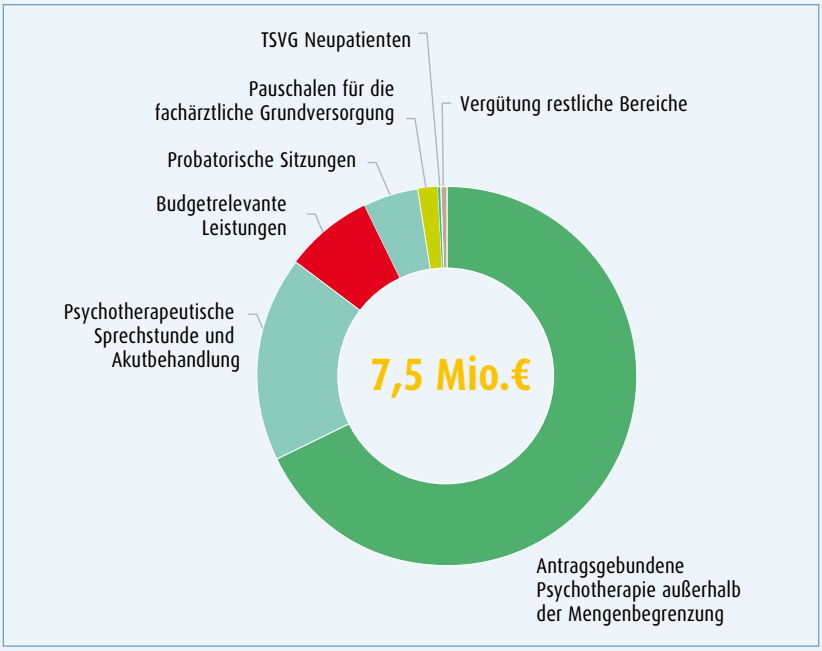
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	11.456	224	51,14
Hausarzt-Vermittlungsfall	352	5	70,40
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	40.452	888	45,55
Gesamt	**52.260**	**1.117**	**Ø 46,79**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	5.098.979	67,9	11,3
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.321.556	17,6	30,9
Budgetrelevante Leistungen	548.868	7,3	42,0
Probatorische Sitzung	364.376	4,9	10,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	111.944	1,5	1,1
TSVG Neupatienten	40.452	0,5	-
Vergütung restliche Bereiche	20.921	0,3	71,0
Summe	**7.507.096**	**100,0**	

AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	156		0,6
Anzahl der Ärzte	188		3,3
Gesamtumsatz in Euro	9.189.416	36.757.664	5,5
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	58.907	235.626	4,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	48.880	195.519	2,1
Gesamtfallzahl	222.879	891.516	2,2
Fallwert	41,23		3,2

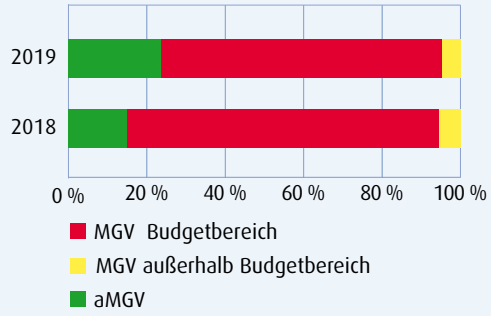
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	8.703.658	23,7	68,7
MGV Budgetbereich	26.282.606	71,5	-5,4
MGV außerhalb Budgetbereich	1.771.400	4,8	-6,3
Gesamtumsatz	**36.757.664**	**100,0**	**5,5**

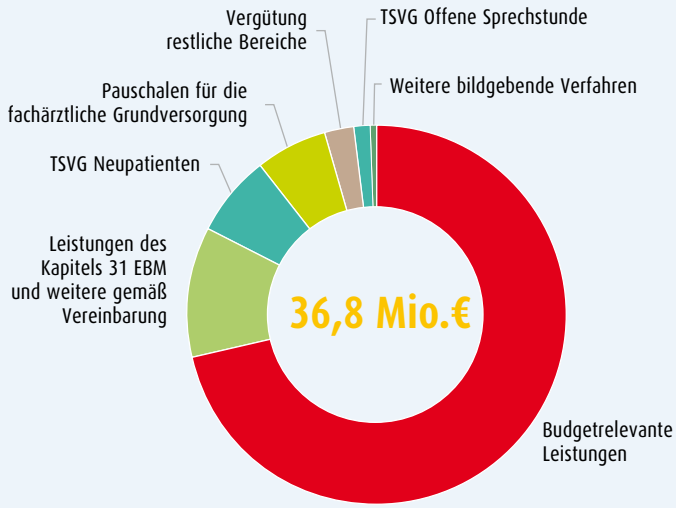
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	5.257	128	41,07
Hausarzt-Vermittlungsfall	13.176	349	37,75
Offene Sprechstunde	452.891	13.141	34,46
Neupatient	2.490.549	66.888	37,23
Gesamt	**2.961.873**	**80.506**	**Ø 36,79**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	26.282.606	71,5	-5,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.130.895	11,2	22,1
TSVG Neupatienten	2.490.549	6,8	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.262.784	6,2	-3,8
Vergütung restliche Bereiche	957.627	2,6	-27,0
TSVG Offene Sprechstunde	452.891	1,2	-
Weitere bildgebende Verfahren	180.312	0,5	-
Summe	**36.757.664**	**100,0**	

AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	31		0,0
Anzahl der Ärzte	44		0,0
Gesamtumsatz in Euro	3.512.420	14.049.679	7,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	113.304	453.215	7,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	79.828	319.311	7,0
Gesamtfallzahl	35.701	142.802	-1,7
Fallwert	98,38		8,8

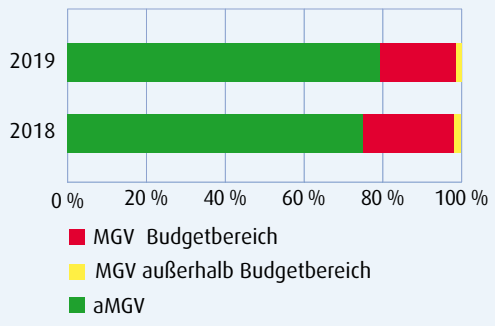
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	11.136.927	79,3	13,0
MGV Budgetbereich	2.678.652	19,1	-11,1
MGV außerhalb Budgetbereich	234.100	1,7	-12,5
Gesamtumsatz	**14.049.679**	**100,0**	**7,0**

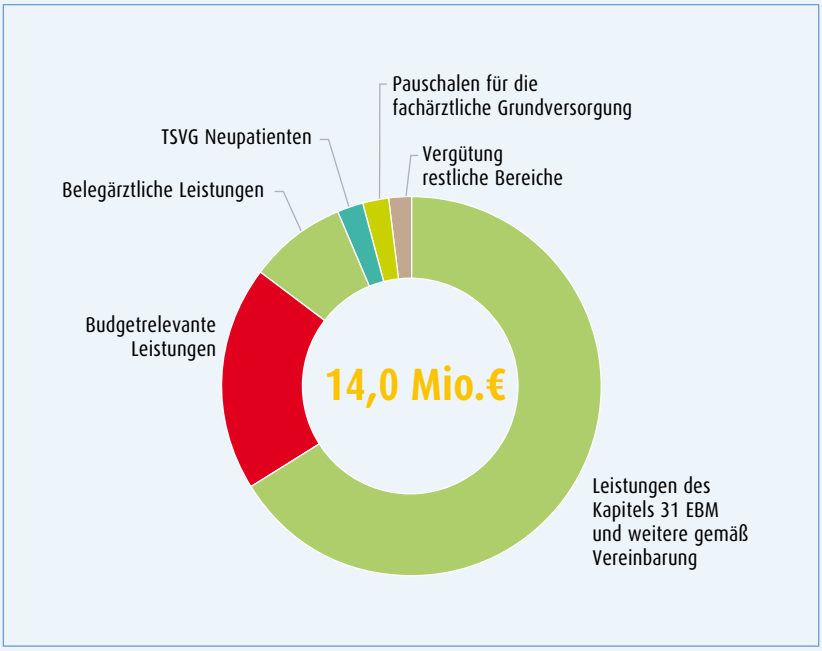
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	410	13	31,54
Hausarzt-Vermittlungsfall	950	38	25,00
Offene Sprechstunde	40.686	1.831	22,22
Neupatient	325.154	11.855	27,43
Gesamt	**367.200**	**13.737**	**Ø 26,73**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.307.021	66,2	7,4
Budgetrelevante Leistungen	2.678.652	19,1	-11,1
Belegärztliche Leistungen	1.197.621	8,5	26,1
TSVG Neupatienten	325.154	2,3	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	295.196	2,1	-10,0
Vergütung restliche Bereiche	246.035	1,8	39,3
Summe	**14.049.679**	**100,0**	

CHIRURGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	129		0,8
Anzahl der Ärzte	155		0,6
Gesamtumsatz in Euro	7.871.813	31.487.253	1,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	61.022	244.087	0,9
Ø Umsatz je Arzt in Euro	50.786	203.144	1,1
Gesamtfallzahl	98.609	394.437	0,1
Fallwert	79,83		1,6

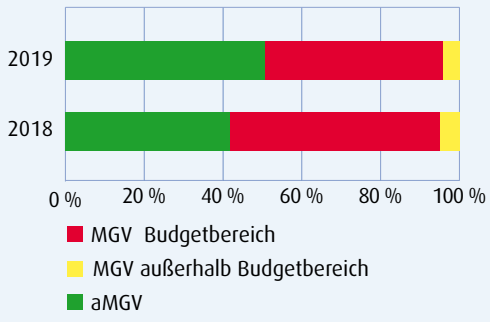
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	15.916.977	50,6	23,1
MGV Budgetbereich	14.240.132	45,2	-13,5
MGV außerhalb Budgetbereich	1.330.144	4,2	-14,5
Gesamtumsatz	**31.487.253**	**100,0**	**1,7**

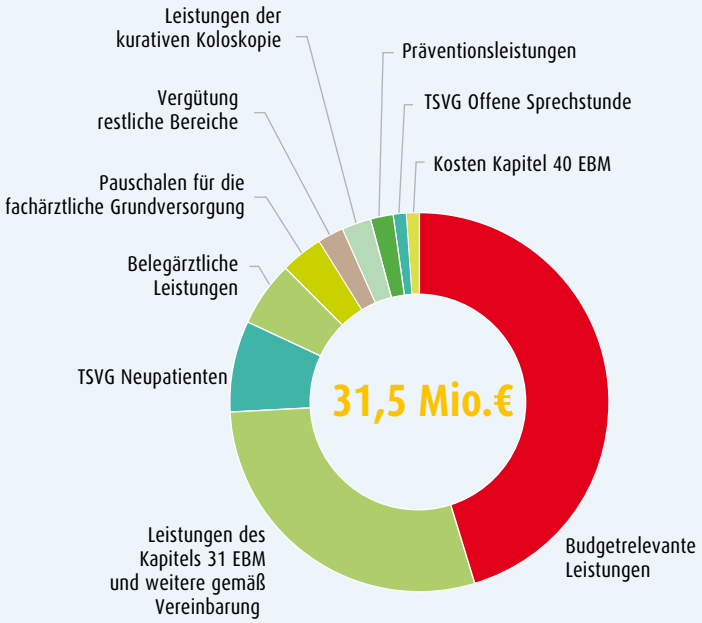
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	3.599	61	59,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	153.237	2.837	54,01
Offene Sprechstunde	338.699	7.257	46,67
Neupatient	2.395.587	52.914	45,27
Gesamt	**2.891.122**	**63.069**	**Ø 45,84**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	14.240.133	45,3	-13,5
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.174.106	29,1	-0,2
TSVG Neupatienten	2.395.587	7,6	-
Belegärztliche Leistungen	1.794.682	5,7	-3,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.089.883	3,5	-10,9
Vergütung restliche Bereiche	760.062	2,4	15,3
Leistungen der kurativen Koloskopie	737.632	2,3	7,6
Präventionsleistungen	635.758	2,0	24,9
TSVG Offene Sprechstunde	338.699	1,1	-
Kosten Kapitel 40 EBM	320.711	1,0	-11,0
Summe	**31.487.253**	**100,0**	

FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	63		-6,0
Anzahl der Ärzte	84		-5,6
Gesamtumsatz in Euro	1.952.429	7.809.717	3,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	30.991	123.964	14,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	23.243	92.973	14,1
Gesamtfallzahl	4.929	19.716	-1,5
Fallwert	396,11		9,3

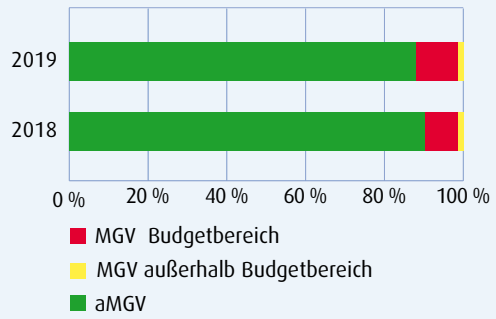
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	6.876.170	88,0	1,5
MGV Budgetbereich	826.919	10,6	33,3
MGV außerhalb Budgetbereich	106.628	1,4	-10,4
Gesamtumsatz	**7.809.717**	**100,0**	**3,9**

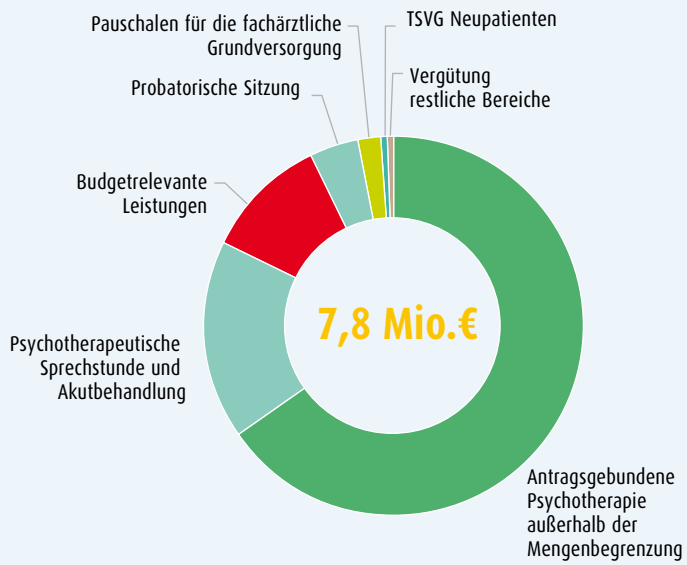
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	14.823	242	61,25
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.112	42	50,29
Offene Sprechstunde	–	–	–
Neupatient	54.332	918	59,19
Gesamt	**71.267**	**1.202**	**Ø 59,29**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	5.099.832	65,3	5,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.331.432	17,0	6,6
Budgetrelevante Leistungen	826.919	10,6	33,3
Probatorische Sitzung	332.672	4,3	-3,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	136.368	1,7	-7,1
TSVG Neupatienten	54.332	0,7	–
Vergütung restliche Bereiche	28.162	0,4	-33,9
Summe	**7.809.717**	**100,0**	

FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	42		-4,5
Anzahl der Ärzte	45		-4,3
Gesamtumsatz in Euro	3.959.580	15.838.321	-2,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	94.276	377.103	2,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	87.991	351.963	2,0
Gesamtfallzahl	31.081	124.322	-4,1
Fallwert	127,40		1,7

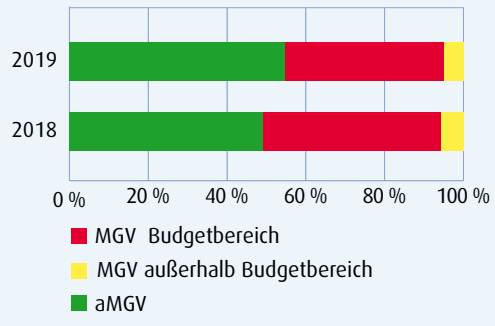
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	8.658.476	54,7	8,6
MGV Budgetbereich	6.383.521	40,3	-13,0
MGV außerhalb Budgetbereich	796.325	5,0	-12,8
Gesamtumsatz	**15.838.321**	**100,0**	**-2,4**

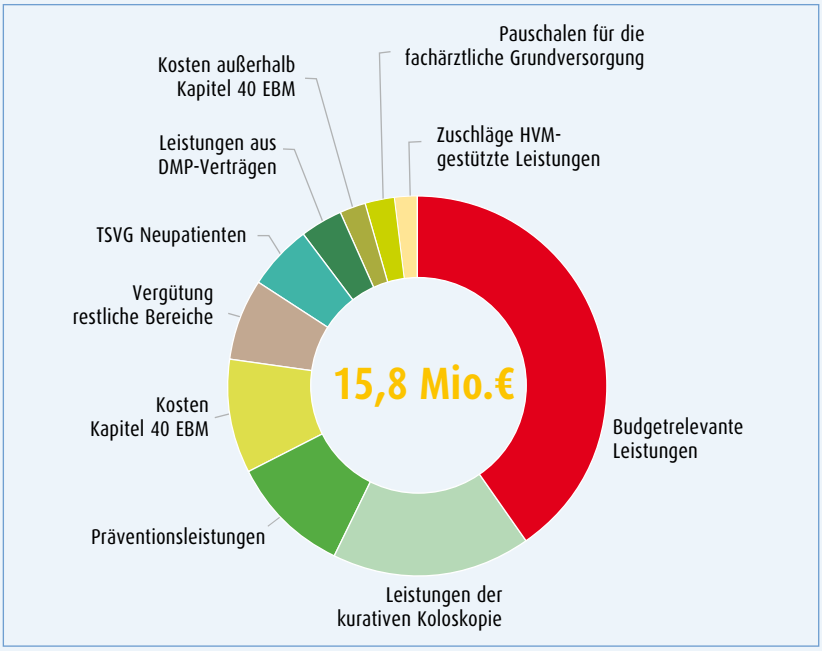
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	3.208	36	89,11
Hausarzt-Vermittlungsfall	27.560	348	79,20
Offene Sprechstunde	25	13	1,92
Neupatient	876.752	15.097	58,07
Gesamt	**907.545**	**15.494**	**Ø 58,57**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	6.383.520	40,3	-13,0
Leistungen der kurativen Koloskopie	2.702.954	17,1	-5,2
Präventionsleistungen	1.626.388	10,3	-3,0
Kosten Kapitel 40 EBM	1.539.074	9,7	-12,5
Vergütung restliche Bereiche	1.088.831	6,9	6,1
TSVG Neupatienten	876.752	5,5	–
Leistungen aus DMP-Verträgen	572.761	3,6	3,3
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	382.712	2,4	51,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	380.934	2,4	-6,1
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	284.395	1,8	-20,4
Summe	**15.838.321**	**100,0**	

GASTROENTEROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	36		2,9
Anzahl der Ärzte	41		7,9
Gesamtumsatz in Euro	4.046.387	16.185.547	12,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	112.400	449.599	10,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	98.692	394.769	5,1
Gesamtfallzahl	28.643	114.572	8,6
Fallwert	141,27		4,4

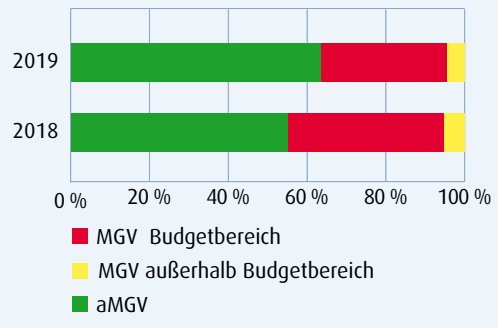
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	10.267.551	63,4	29,4
MGV Budgetbereich	5.199.145	32,1	-8,9
MGV außerhalb Budgetbereich	718.851	4,4	-8,1
Gesamtumsatz	**16.185.547**	**100,0**	**12,2**

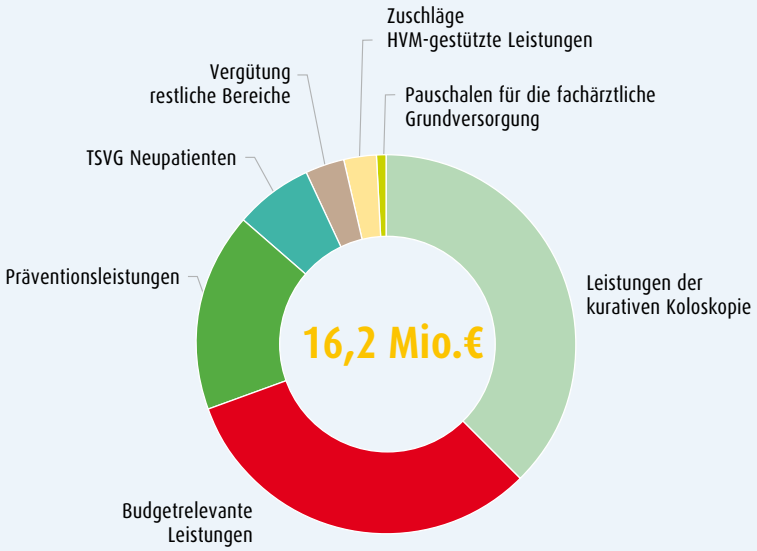
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	13.871	179	77,49
Hausarzt-Vermittlungsfall	31.508	434	72,60
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.082.760	19.509	55,50
Gesamt	**1.128.139**	**20.122**	**Ø 56,06**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen der kurativen Koloskopie	6.078.447	37,5	11,2
Budgetrelevante Leistungen	5.199.145	32,1	-8,9
Präventionsleistungen	2.744.081	17,0	25,3
TSVG Neupatienten	1.082.760	6,7	-
Vergütung restliche Bereiche	518.411	3,2	62,7
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	462.078	2,9	-7,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	100.625	0,6	3,5
Summe	**16.185.547**	**100,0**	

GYNÄKOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	330		-0,3
Anzahl der Ärzte	374		0,8
Gesamtumsatz in Euro	20.876.475	83.505.898	1,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	63.262	253.048	3,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	55.820	223.278	2,2
Gesamtfallzahl	452.973	1.811.890	0,3
Fallwert	46,09		2,7

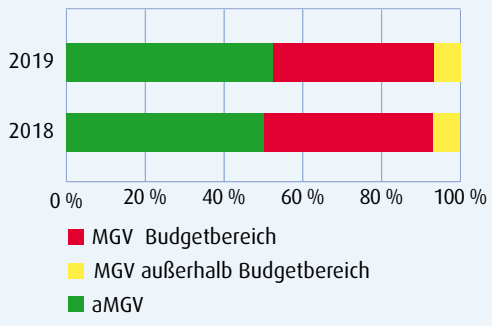
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	43.661.074	52,3	5,5
MGV Budgetbereich	34.247.387	41,0	-3,2
MGV außerhalb Budgetbereich	5.597.438	6,7	-1,8
Gesamtumsatz	**83.505.898**	**100,0**	**1,3**

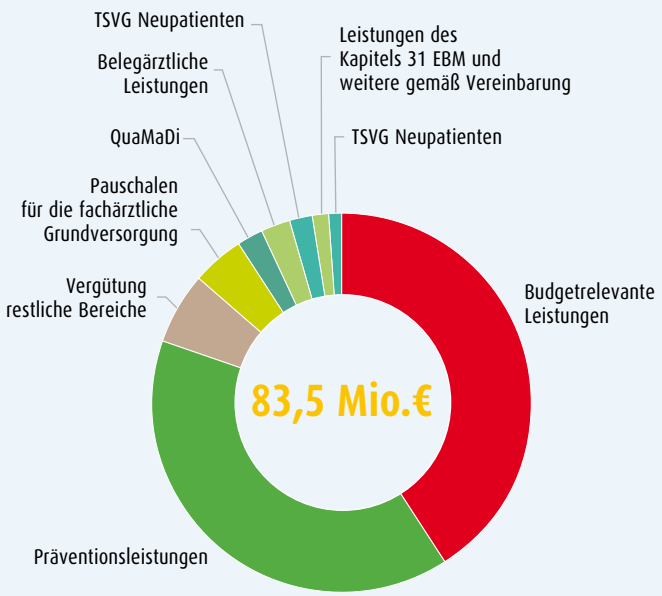
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	14.493	333	43,52
Hausarzt-Vermittlungsfall	34.103	836	40,79
Offene Sprechstunde	749.386	19.114	39,21
Neupatient	1.525.869	45.674	33,41
Gesamt	**2.323.851**	**65.957**	**Ø 35,23**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	34.247.387	41,1	-3,2
Präventionsleistungen	32.913.957	39,4	1,9
Vergütung restliche Bereiche	4.932.306	5,9	9,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.777.434	4,5	-2,6
QuaMaDi	2.026.211	2,4	-1,2
Belegärztliche Leistungen	1.963.038	2,4	18,5
TSVG Neupatienten	1.525.869	1,8	-
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.370.310	1,6	8,6
TSVG Offene Sprechstunde	749.386	0,9	-
Summe	**83.505.898**	**100,0**	

HAUSÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	1.883		0,3
Anzahl der Ärzte	1.997		0,7
Gesamtumsatz in Euro	108.785.590	435.142.360	2,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	57.773	231.090	2,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	54.475	217.898	1,8
Gesamtfallzahl	1.653.854	6.615.415	0,3
Fallwert	65,78		2,3

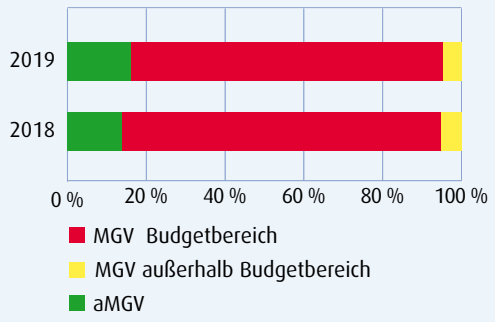
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	70.156.602	16,1	18,6
MGV Budgetbereich	343.553.007	79,0	0,1
MGV außerhalb Budgetbereich	21.432.751	4,9	-2,6
Gesamtumsatz	**435.142.360**	**100,0**	**2,6**

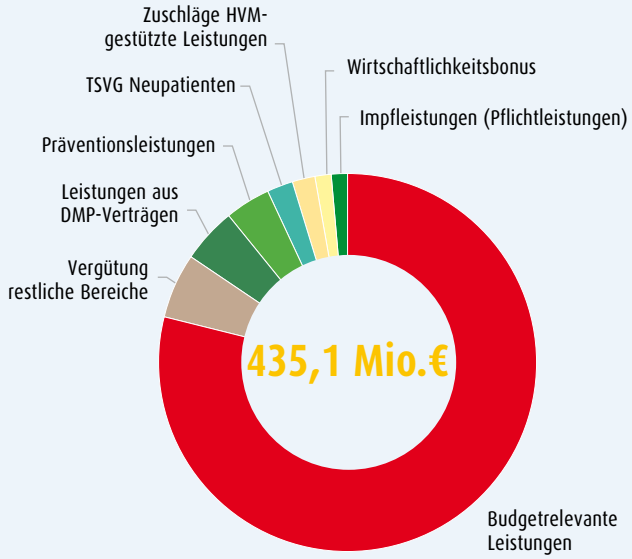
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	7.907	100	79,07
Hausarzt-Vermittlungsfall	58.062	5.554	10,45
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	9.164.104	212.305	43,16
Gesamt	**9.230.073**	**217.959**	**Ø 42,35**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	343.553.008	79,0	0,1
Vergütung restliche Bereiche	24.882.295	5,7	3,3
Leistungen aus DMP-Verträgen	19.569.514	4,5	4,4
Präventionsleistungen	17.644.721	4,1	-2,9
TSVG Neupatienten	9.164.104	2,1	-
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	8.839.350	2,0	-2,7
Wirtschaftlichkeitsbonus	6.060.101	1,4	-2,1
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	5.429.267	1,2	11,9
Summe	**435.142.360**	**100,0**	

HAUTÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	117		-
Anzahl der Ärzte	127		1,6
Gesamtumsatz in Euro	7.307.725	29.230.900	4,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	62.459	249.837	4,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	57.541	230.165	2,5
Gesamtfallzahl	184.540	738.161	1,0
Fallwert	39,60		3,1

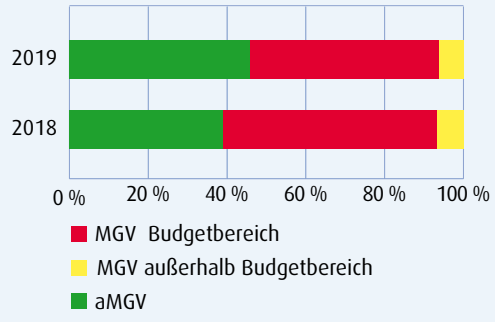
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	13.384.528	45,8	22,3
MGV Budgetbereich	13.993.242	47,9	-7,9
MGV außerhalb Budgetbereich	1.853.131	6,3	-3,7
Gesamtumsatz	**29.230.900**	**100,0**	**4,2**

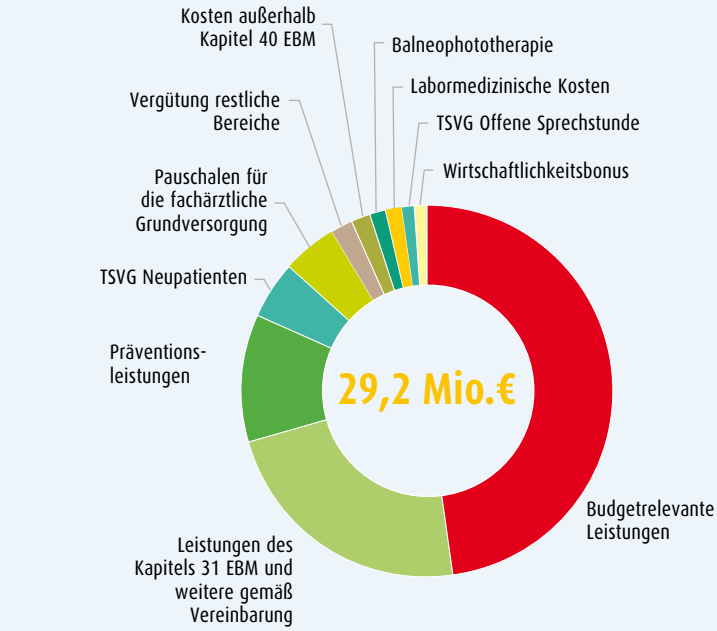
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	9.138	385	23,74
Hausarzt-Vermittlungsfall	24.644	1.079	22,84
Offene Sprechstunde	334.001	14.885	22,44
Neupatient	1.459.215	67.342	21,67
Gesamt	**1.826.998**	**83.691**	**Ø 21,83**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	13.993.242	47,8	-7,9
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	6.712.693	23,0	6,1
Präventionsleistungen	3.231.390	11,1	6,1
TSVG Neupatienten	1.459.215	5,0	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.327.711	4,5	-7,5
Vergütung restliche Bereiche	614.186	2,1	-19,1
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	462.298	1,6	-2,3
Balneophototherapie	402.532	1,4	-5,5
Labormedizinische Kosten	373.741	1,3	-7,8
TSVG Offene Sprechstunde	334.001	1,1	-
Wirtschaftlichkeitsbonus	319.891	1,1	-
Summe	**29.230.900**	**100,0**	

HNO-ÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	123		0,8
Anzahl der Ärzte	136		1,5
Gesamtumsatz in Euro	8.382.707	33.530.829	6,5
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	68.152	272.608	5,7
Ø Umsatz je Arzt in Euro	61.638	246.550	5,0
Gesamtfallzahl	172.700	690.800	3,1
Fallwert	48,54		3,4

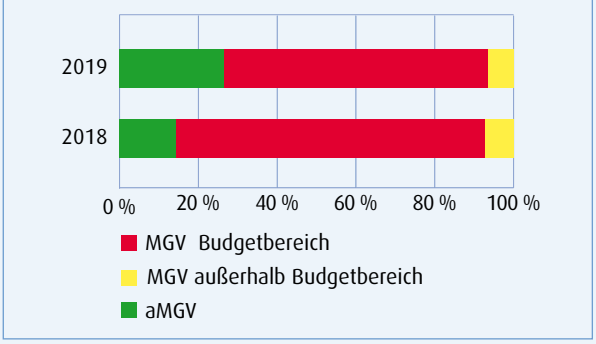
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	8.861.827	26,4	96,8
MGV Budgetbereich	22.536.909	67,2	-8,6
MGV außerhalb Budgetbereich	2.132.094	6,4	-8,1
Gesamtumsatz	**33.530.829**	**100,0**	**6,5**

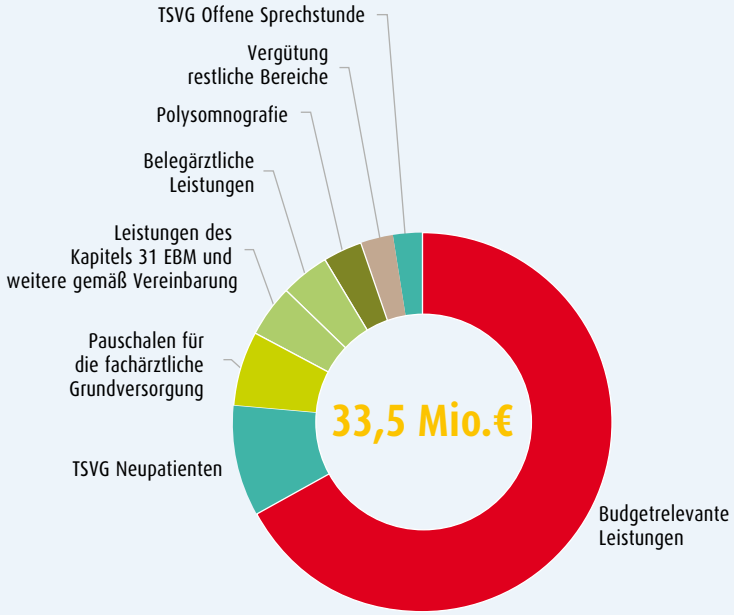
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.022	21	48,67
Hausarzt-Vermittlungsfall	109.059	2.274	47,96
Offene Sprechstunde	776.429	18.321	42,38
Neupatient	3.104.376	65.910	47,10
Gesamt	**3.990.886**	**86.526**	**Ø 46,12**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	22.536.908	67,2	-8,6
TSVG Neupatienten	3.104.376	9,3	–
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.143.453	6,4	-6,5
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.521.421	4,5	13,5
Belegärztliche Leistungen	1.399.995	4,2	6,1
Polysomnografie	1.097.841	3,3	–
Vergütung restliche Bereiche	950.406	2,8	-49,2
TSVG Offene Sprechstunde	776.429	2,3	–
Summe	**33.530.829**	**100,0**	

HUMANGENETIKER

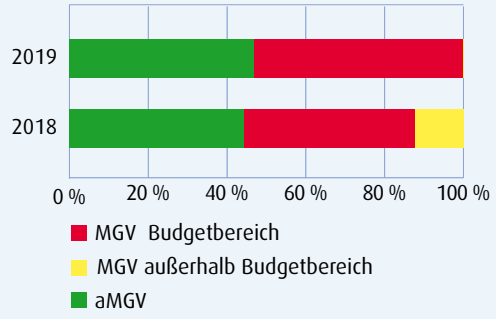
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	5		-
Anzahl der Ärzte	7		-
Gesamtumsatz in Euro	1.215.133	4.860.533	11,8
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	243.027	972.107	11,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	173.591	694.362	11,8
Gesamtfallzahl	2.081	8.323	5,9
Fallwert	583,92		5,6

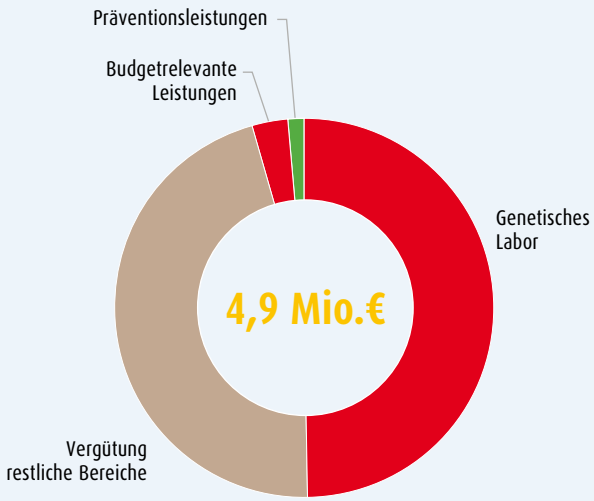
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	2.276.162	46,8	18,3
MGV Budgetbereich	2.570.582	52,9	36,3
MGV außerhalb Budgetbereich	13.789	0,3	-97,4
Gesamtumsatz	**4.860.533**	**100,0**	**11,8**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Genetisches Labor	2.425.201	49,9	9,9
Vergütung restliche Bereiche	2.230.510	45,9	19,5
Budgetrelevante Leistungen	145.381	3,0	-28,6
Präventionsleistungen	59.441	1,2	-14,3
Summe	**4.860.533**	**100,0**	

KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	75		-
Anzahl der Ärzte	82		-
Gesamtumsatz in Euro	6.118.645	24.474.578	5,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	81.582	326.328	5,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	74.618	298.470	5,2
Gesamtfallzahl	66.715	266.861	2,5
Fallwert	91,71		2,5

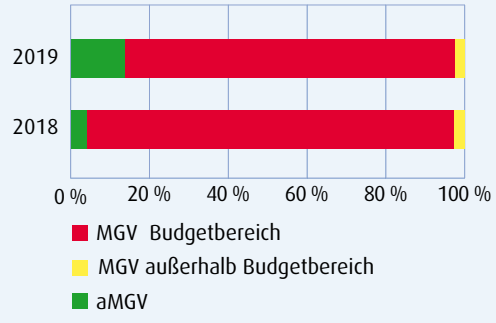
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	3.363.073	13,7	264,3
MGV Budgetbereich	20.523.089	83,9	-5,5
MGV außerhalb Budgetbereich	588.416	2,4	-6,5
Gesamtumsatz	**24.474.578**	**100,0**	**5,2**

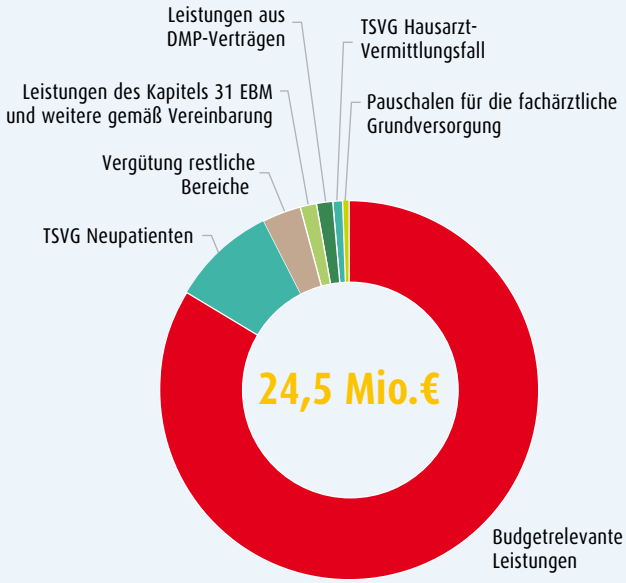
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	47.712	406	117,52
Hausarzt-Vermittlungsfall	247.590	2.370	104,47
Offene Sprechstunde	49	13	3,77
Neupatient	2.170.300	21.200	102,37
Gesamt	**2.465.651**	**23.989**	**Ø 102,78**

Gesamtumsatz



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	20.523.089	83,8	-5,5
TSVG Neupatienten	2.170.300	8,9	~
Vergütung restliche Bereiche	771.647	3,2	-5,9
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	363.165	1,5	3,6
Leistungen aus DMP-Verträgen	314.788	1,3	4,3
TSVG Hausarzt-Vermittlungsfall	247.590	1,0	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	83.999	0,3	5,0
Summe	**24.474.578**	**100,0**	

KINDERKARDIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	14		-
Anzahl der Ärzte	15		7,1
Gesamtumsatz in Euro	1.269.428	5.077.713	3,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	90.674	362.694	3,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	84.629	338.514	-3,5
Gesamtfallzahl	13.343	53.373	-0,5
Fallwert	95,14		3,9

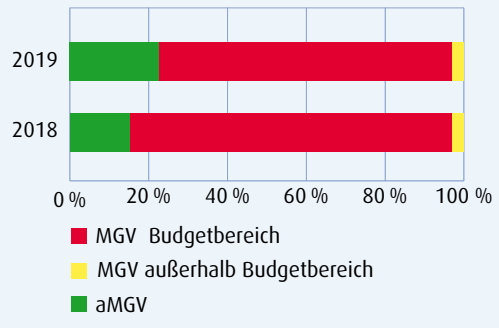
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	1.147.178	22,6	55,0
MGV Budgetbereich	3.771.096	74,3	-6,2
MGV außerhalb Budgetbereich	159.440	3,1	6,7
Gesamtumsatz	**5.077.713**	**100,0**	**3,4**

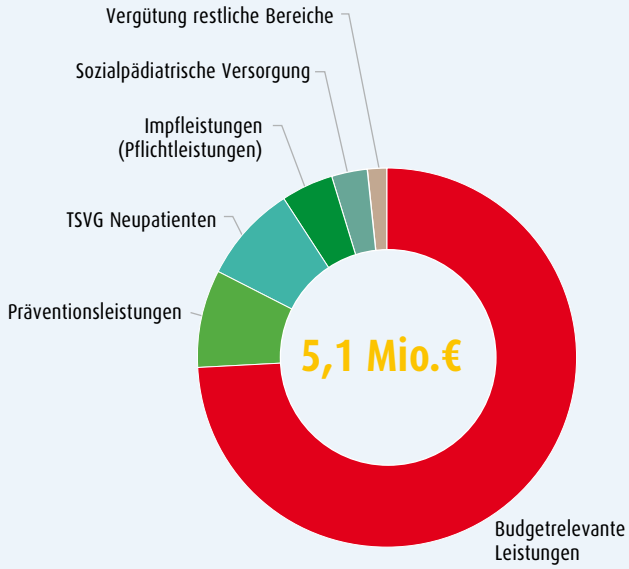
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	343	2	171,50
Hausarzt-Vermittlungsfall	360	3	120,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	418.357	3.476	120,36
Gesamt	**419.060**	**3.481**	**Ø 120,38**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	3.771.096	74,4	-6,2
Präventionsleistungen	422.663	8,3	-4,5
TSVG Neupatienten	418.357	8,2	
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	233.916	4,6	3,3
Sozialpädiatrische Versorgung	149.409	2,9	7,8
Vergütung restliche Bereiche	82.272	1,6	-
Summe	**5.077.713**	**100,0**	

KINDERPNEUMOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	21		-4,5
Anzahl der Ärzte	22		–
Gesamtumsatz in Euro	1.956.050	7.824.198	-0,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	93.145	372.581	5,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	88.911	355.645	0,7
Gesamtfallzahl	24.542	98.167	-2,3
Fallwert	79,70		3,0

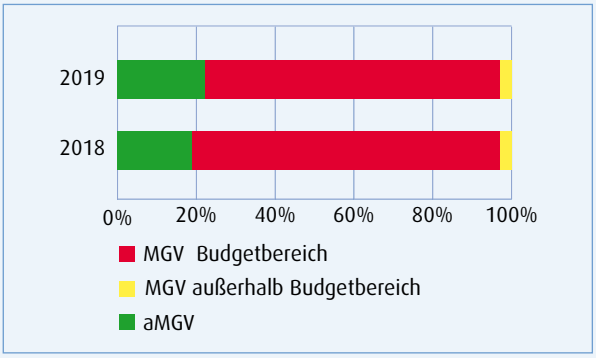
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	1.726.259	22,1	16,9
MGV Budgetbereich	5.854.014	74,8	-4,7
MGV außerhalb Budgetbereich	243.926	3,1	5,0
Gesamtumsatz	**7.824.198**	**100,0**	**-0,3**

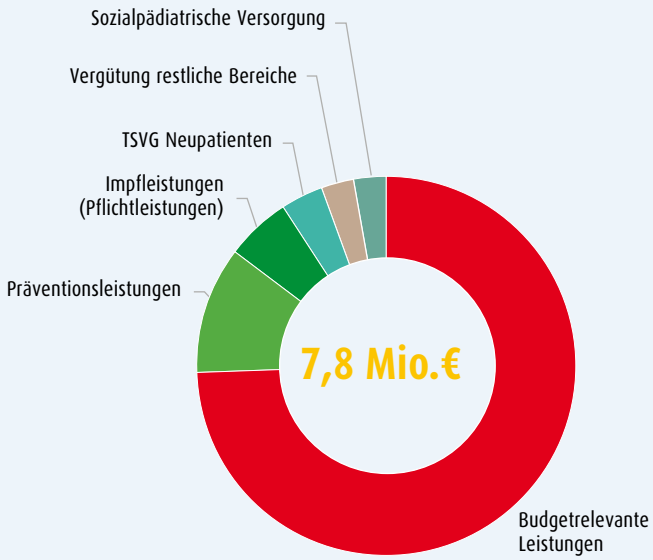
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	–	–	–
Hausarzt-Vermittlungsfall	603	10	60,30
Offene Sprechstunde	–	–	–
Neupatient	272.170	3.838	70,91
Gesamt	**272.773**	**3.848**	**Ø 70,89**

Gesamtumsatz



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	5.854.013	74,7	-4,7
Präventionsleistungen	842.454	10,8	-3,8
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	428.357	5,5	2,3
TSVG Neupatienten	272.170	3,5	
Vergütung restliche Bereiche	215.810	2,8	55,9
Sozialpädiatrische Versorgung	211.394	2,7	8,3
Summe	**7.824.198**	**100,0**	

KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	170		2,4
Anzahl der Ärzte	191		1,6
Gesamtumsatz in Euro	11.448.121	45.792.483	5,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	67.342	269.368	3,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	59.938	239.751	4,1
Gesamtfallzahl	172.051	688.204	3,4
Fallwert	66,54		2,2

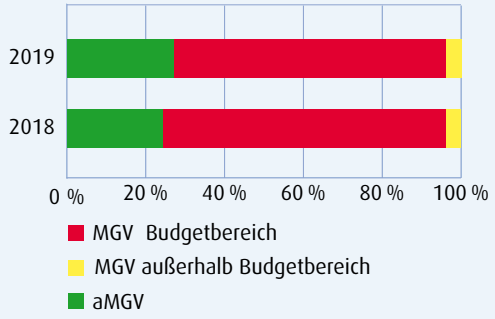
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	12.350.349	27,0	17,3
MGV Budgetbereich	31.678.421	69,2	2,0
MGV außerhalb Budgetbereich	1.763.713	3,9	2,1
Gesamtumsatz	**45.792.483**	**100,0**	**5,7**

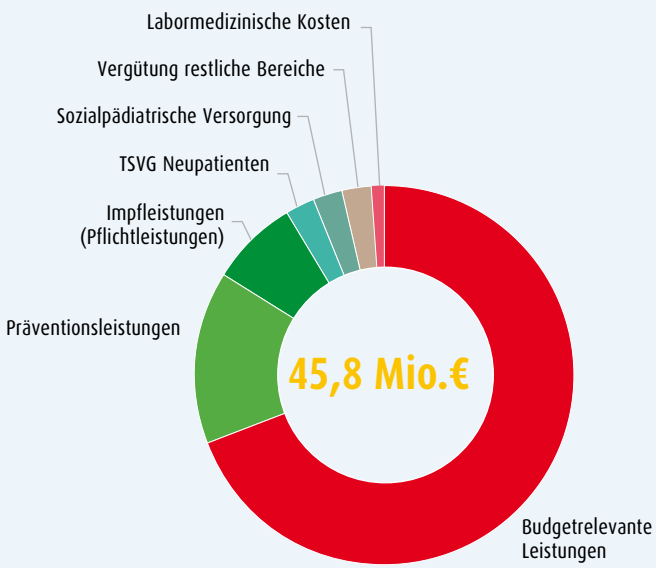
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.624	15	108,27
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.211	118	18,74
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.212.781	22.864	53,04
Gesamt	**1.216.616**	**22.997**	**Ø 52,90**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	31.678.421	69,2	2,0
Präventionsleistungen	6.722.706	14,7	2,5
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	3.426.514	7,5	10,8
TSVG Neupatienten	1.212.781	2,6	
Sozialpädiatrische Versorgung	1.155.758	2,5	5,5
Vergütung restliche Bereiche	1.134.333	2,5	11,0
Labormedizinische Kosten	461.970	1,0	-5,0
Summe	**45.792.483**	**100,0**	

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	32		-
Anzahl der Ärzte	33		-
Gesamtumsatz in Euro	3.277.027	13.108.107	12,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	102.407	409.628	12,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	99.304	397.215	12,0
Gesamtfallzahl	10.208	40.830	4,7
Fallwert	321,03		6,9

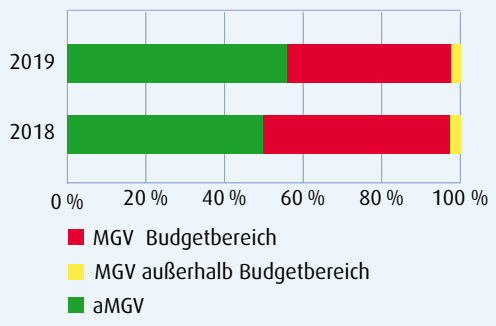
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	7.328.471	55,9	25,8
MGV Budgetbereich	5.461.905	41,7	-1,7
MGV außerhalb Budgetbereich	317.731	2,4	-1,7
Gesamtumsatz	**13.108.107**	**100,0**	**12,0**

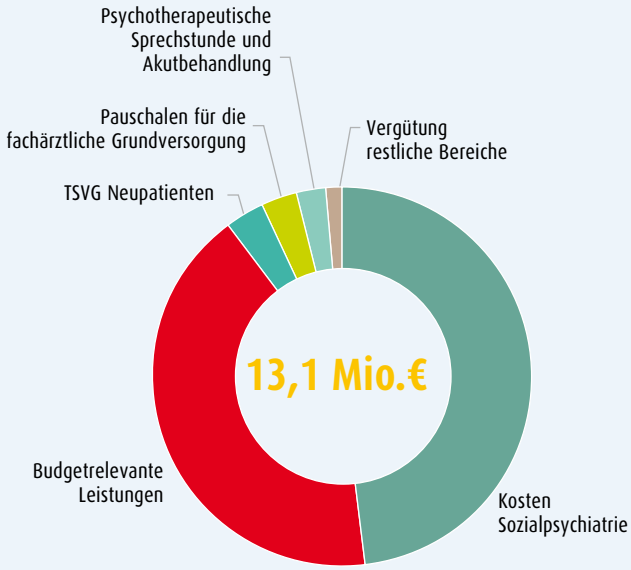
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	945	5	189,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.067	7	152,43
Offene Sprechstunde	56.456	377	149,75
Neupatient	434.338	2.238	194,07
Gesamt	**492.806**	**2.627**	**Ø 187,59**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Kosten Sozialpsychiatrie	6.329.365	48,2	18,5
Budgetrelevante Leistungen	5.461.905	41,7	-1,7
TSVG Neupatienten	434.338	3,3	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	403.033	3,1	0,6
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	312.697	2,4	12,8
Vergütung restliche Bereiche	166.769	1,3	29,3
Summe	**13.108.107**	**100,0**	

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	14		-12,5
Anzahl der Ärzte	16		-5,9
Gesamtumsatz in Euro	328.689	1.314.757	-14,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	23.478	93.911	-1,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	20.543	82.172	-8,7
Gesamtfallzahl	1.183	4.730	-8,8
Fallwert	277,84		-5,8

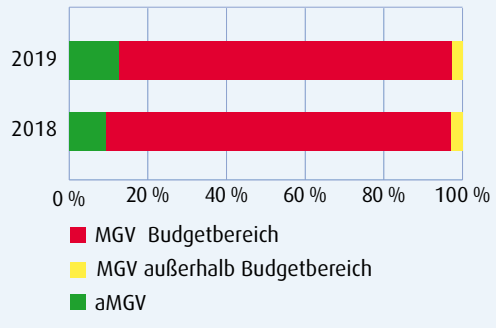
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	165.178	12,6	14,7
MGV Budgetbereich	1.112.358	84,6	-17,1
MGV außerhalb Budgetbereich	37.221	2,8	-14,6
Gesamtumsatz	**1.314.757**	**100,0**	**-14,1**

TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	-	-	-
Hausarzt-Vermittlungsfall	-	-	-
Offene Sprechstunde	8.305	42	197,74
Neupatient	69.881	307	227,63
Gesamt	**78.186**	**349**	**Ø 224,03**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	1.112.358	84,7	-17,1
TSVG Neupatienten	69.881	5,3	
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	47.825	3,6	-12,7
Vergütung restliche Bereiche	45.962	3,5	-53,9
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	30.426	2,3	-8,4
TSVG Offene Sprechstunde	8.305	0,6	-
Summe	**1.314.757**	**100,0**	

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	114		1,8
Anzahl der Ärzte	157		7,5
Gesamtumsatz in Euro	3.427.196	13.708.782	12,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	30.063	120.252	13,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	21.829	87.317	7,7
Gesamtfallzahl	5.960	23.840	5,6
Fallwert	575,03		9,6

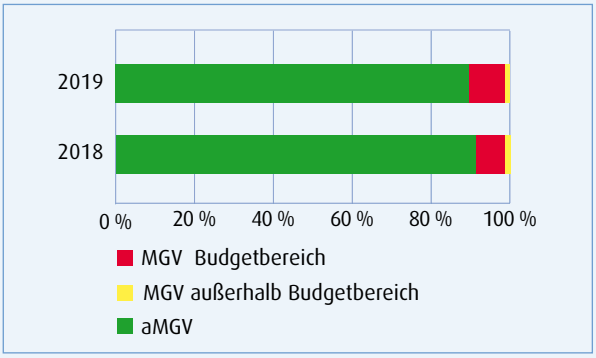
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	12.279.831	89,6	10,5
MGV Budgetbereich	1.245.996	9,1	38,7
MGV außerhalb Budgetbereich	182.955	1,3	9,9
Gesamtumsatz	**13.708.782**	**100,0**	**12,6**

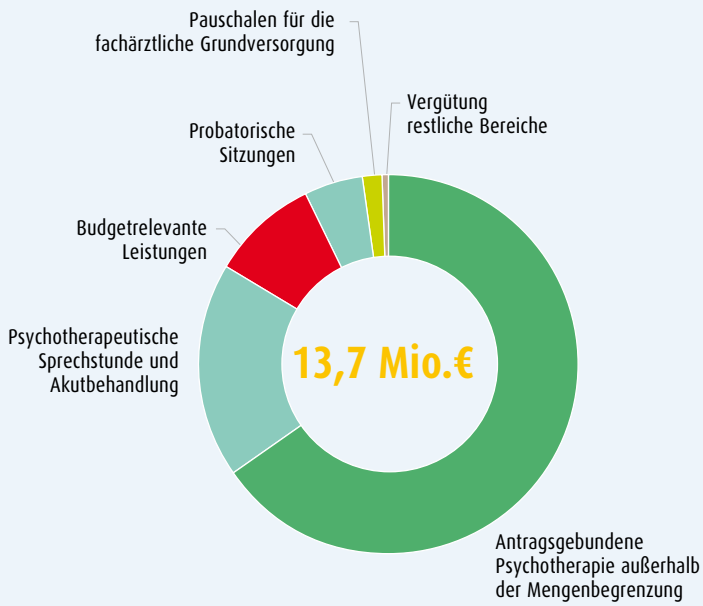
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	4.677	69	67,78
Hausarzt-Vermittlungsfall	130	1	130,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	10.406	203	51,26
Gesamt	**15.213**	**273**	**Ø 55,73**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	8.987.252	65,5	13,7
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	2.488.474	18,2	17,9
Budgetrelevante Leistungen	1.245.996	9,1	38,7
Probatorische Sitzung	717.422	5,2	4,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	226.553	1,7	10,5
Vergütung restliche Bereiche	43.085	0,3	37,1
Summe	**13.708.782**	**100,0**	

LABORATORIUMSMEDIZINER

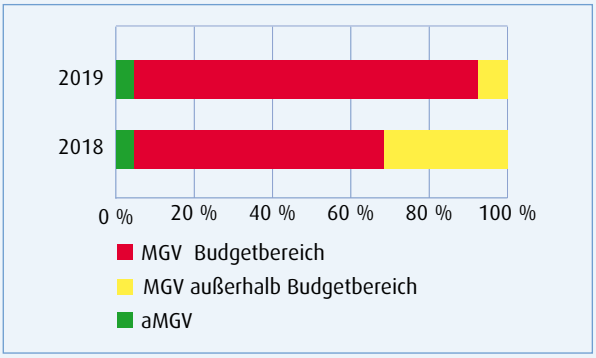
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	40		0,0
Anzahl der Ärzte	51		0,0
Gesamtumsatz in Euro	15.494.933	61.979.730	-0,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	387.373	1.549.493	-0,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	303.822	1.215.289	-0,1
Gesamtfallzahl	641.086	2.564.345	-1,9
Fallwert	24,17		-

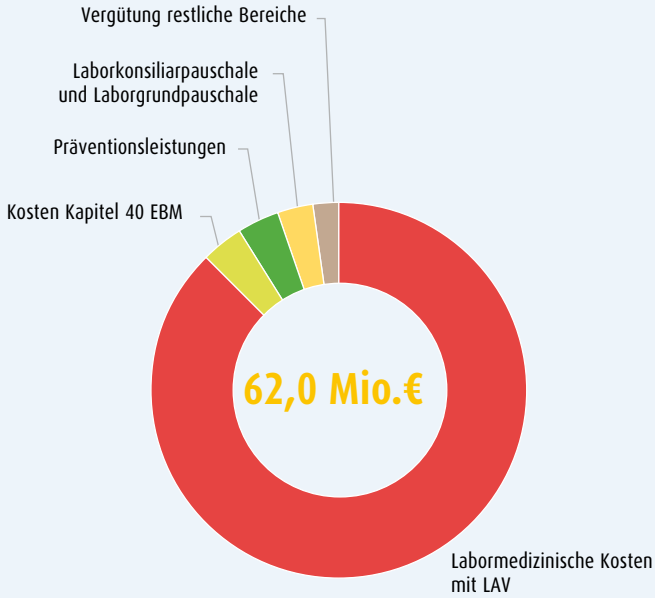
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	2.781.506	4,5	1,1
MGV Budgetbereich	54.453.228	87,9	36,9
MGV außerhalb Budgetbereich	4.744.996	7,7	-75,7
Gesamtumsatz	**61.979.730**	**100,0**	**-0,1**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Labormedizinische Kosten mit LAV	54.176.705	87,5	37,2
Kosten Kapitel 40 EBM	2.318.159	3,7	-0,3
Präventionsleistungen	2.249.430	3,6	-6,1
Laborkonsilarpauschale und Laborgrundpauschale	1.997.769	3,2	-5,3
Vergütung restliche Bereiche	1.237.667	2,0	-2,5
Summe	**61.979.730**	**100,0**	

MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

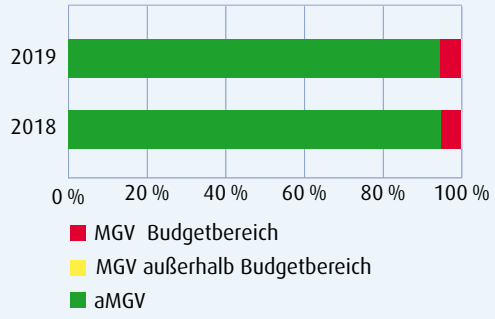
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	57		5,6
Anzahl der Ärzte	59		7,3
Gesamtumsatz in Euro	1.399.434	5.597.735	2,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	24.552	98.206	-1,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	23.719	94.877	-3,1
Gesamtfallzahl	6.545	26.179	1,4
Fallwert	213,82		2,5

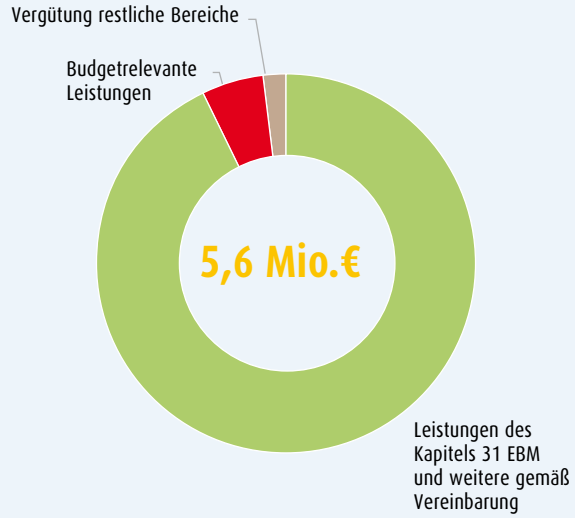
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	5.290.596	94,5	2,8
MGV Budgetbereich	297.266	5,3	4,7
MGV außerhalb Budgetbereich	9.873	0,2	-9,7
Gesamtumsatz	**5.597.735**	**100,0**	**2,9**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	5.206.309	93,0	3,2
Budgetrelevante Leistungen	297.266	5,3	4,7
Vergütung restliche Bereiche	94.160	1,7	65,5
Summe	**5.597.735**	**100,0**	

NEPHROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	54		-
Anzahl der Ärzte	62		-
Gesamtumsatz in Euro	13.627.358	54.509.433	1,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	252.359	1.009.434	1,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	219.796	879.184	1,6
Gesamtfallzahl	18.116	72.465	3,1
Fallwert	752,23		-1,4

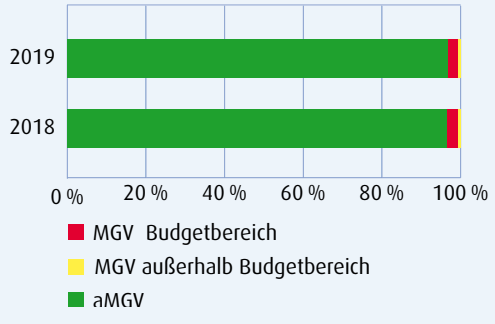
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	52.783.335	96,8	1,9
MGV Budgetbereich	1.305.833	2,4	-7,9
MGV außerhalb Budgetbereich	420.264	0,8	-1,8
Gesamtumsatz	**54.509.433**	**100,0**	**1,6**

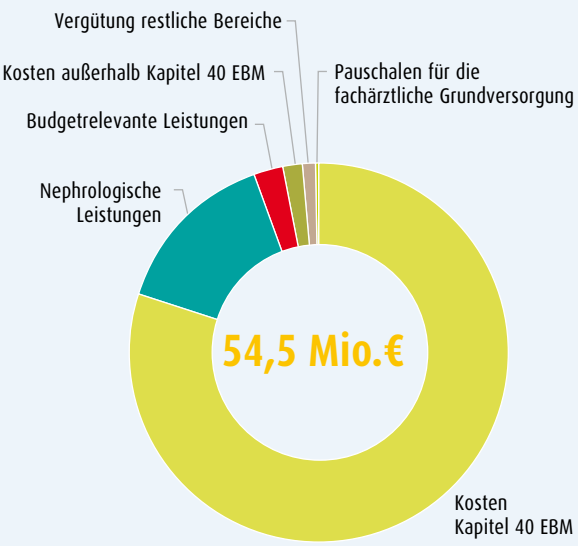
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	381	7	54,43
Hausarzt-Vermittlungsfall	3.023	100	30,23
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	139.560	3.729	37,43
Gesamt	**142.964**	**3.836**	**Ø 37,27**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Kosten Kapitel 40 EBM	43.634.457	80,0	1,2
Nephrologische Leistungen	7.944.174	14,6	3,4
Budgetrelevante Leistungen	1.305.833	2,4	-7,9
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	915.484	1,7	10,9
Vergütung restliche Bereiche	663.287	1,2	15,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	46.198	0,1	-4,8
Summe	**54.509.433**	**100,0**	

NERVENÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	76		-6,2
Anzahl der Ärzte	84		-5,6
Gesamtumsatz in Euro	5.480.213	21.920.852	-4,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	72.108	288.432	2,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	65.241	260.963	1,4
Gesamtfallzahl	65.123	260.490	-5,7
Fallwert	84,15		1,5

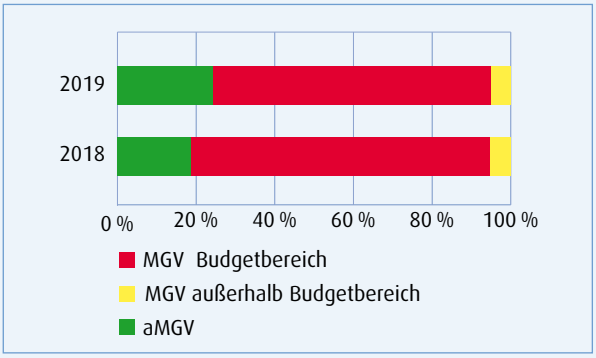
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	5.313.519	24,2	23,6
MGV Budgetbereich	15.500.840	70,7	-10,8
MGV außerhalb Budgetbereich	1.106.493	5,0	-10,3
Gesamtumsatz	**21.920.852**	**100,0**	**-4,3**

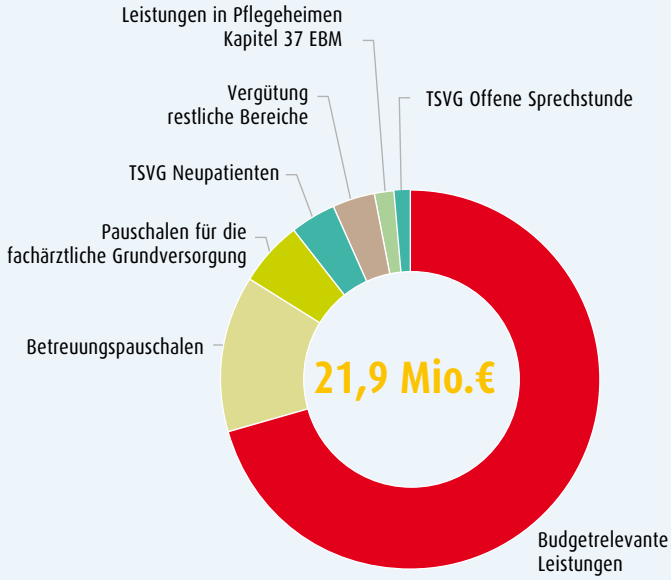
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	94.665	1.149	82,39
Hausarzt-Vermittlungsfall	28.017	342	81,92
Offene Sprechstunde	268.346	3.588	74,79
Neupatient	857.374	11.557	74,19
Gesamt	**1.248.402**	**16.636**	**Ø 75,04**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	15.500.841	70,7	-10,8
Betreuungspauschalen	2.884.854	13,2	-7,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.223.361	5,6	-8,6
TSVG Neupatienten	857.374	3,9	–
Vergütung restliche Bereiche	835.137	3,8	9,6
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	350.939	1,6	15,3
TSVG Offene Sprechstunde	268.346	1,2	–
Summe	**21.920.852**	**100,0**	

NEUROCHIRURGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	22		-4,3
Anzahl der Ärzte	29		-6,5
Gesamtumsatz in Euro	891.753	3.567.013	-0,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	40.534	162.137	3,9
Ø Umsatz je Arzt in Euro	30.750	123.000	6,2
Gesamtfallzahl	9.347	37.389	-3,0
Fallwert	95,41		2,4

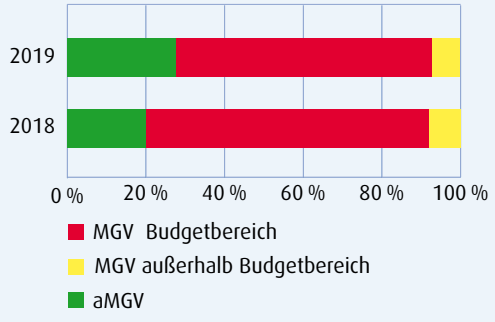
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	986.233	27,6	37,1
MGV Budgetbereich	2.319.737	65,0	-10,1
MGV außerhalb Budgetbereich	261.042	7,3	-9,6
Gesamtumsatz	**3.567.013**	**100,0**	**-0,6**

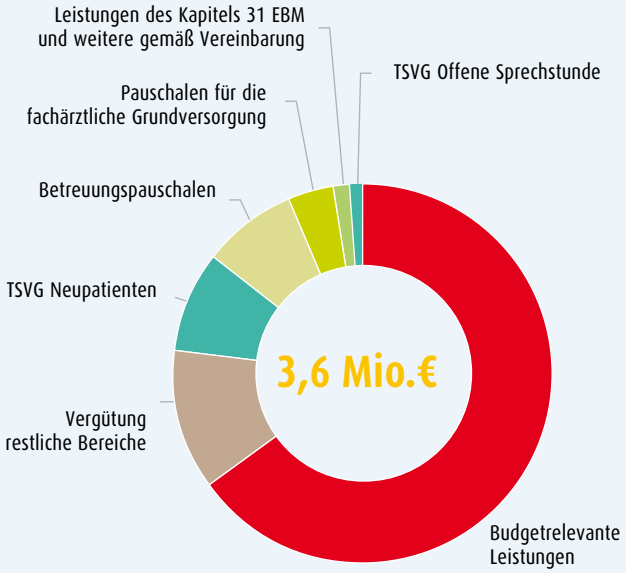
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.619	17	95,24
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.144	31	69,16
Offene Sprechstunde	38.793	415	93,48
Neupatient	306.320	4.836	63,34
Gesamt	**348.876**	**5.299**	**Ø 65,84**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	2.319.737	65,0	-10,1
Vergütung restliche Bereiche	435.980	12,2	-12,6
TSVG Neupatienten	306.320	8,6	–
Betreuungspauschalen	285.473	8,0	-4,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	134.021	3,8	-14,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	46.689	1,3	-15,3
TSVG Offene Sprechstunde	38.793	1,1	–
Summe	**3.567.013**	**100,0**	

NEUROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	43		10,3
Anzahl der Ärzte	56		14,3
Gesamtumsatz in Euro	3.033.913	12.135.653	14,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	70.556	282.224	4,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	54.177	216.708	0,3
Gesamtfallzahl	36.240	144.961	15,0
Fallwert	83,72		-0,3

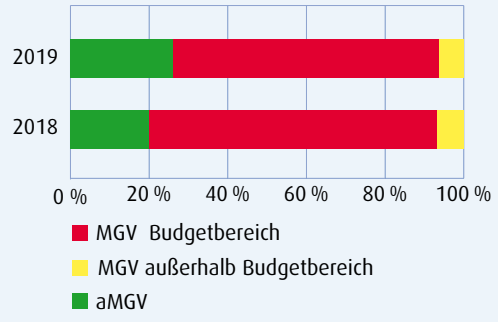
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	3.169.391	26,1	50,7
MGV Budgetbereich	8.198.706	67,6	6,0
MGV außerhalb Budgetbereich	767.555	6,3	2,4
Gesamtumsatz	**12.135.653**	**100,0**	**14,6**

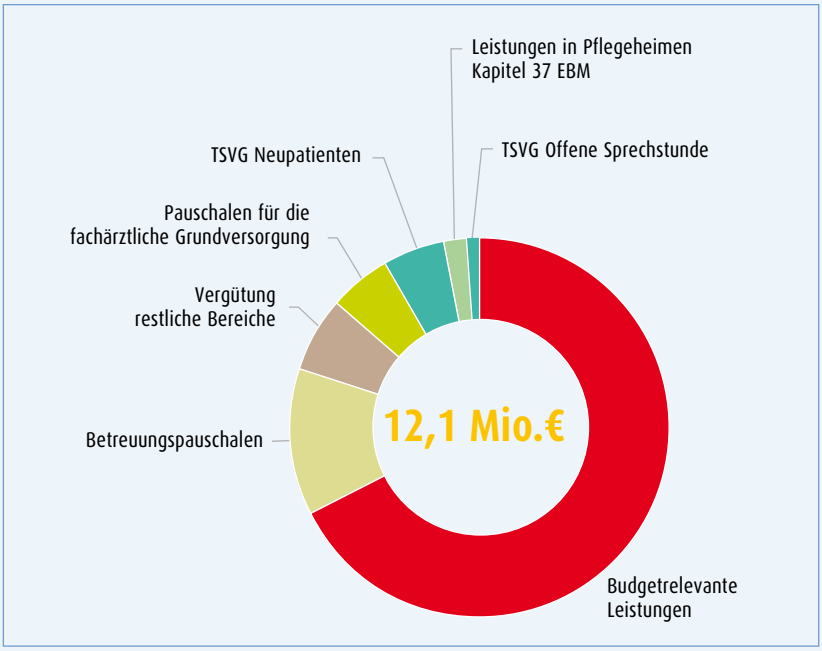
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	58.698	769	76,33
Hausarzt-Vermittlungsfall	15.213	194	78,42
Offene Sprechstunde	112.214	1.726	65,01
Neupatient	638.563	9.074	70,37
Gesamt	**824.688**	**11.763**	**Ø 70,11**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	8.198.706	67,6	6,0
Betreuungspauschalen	1.503.390	12,4	9,9
Vergütung restliche Bereiche	802.226	6,6	7,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	644.917	5,3	9,4
TSVG Neupatienten	638.563	5,3	-
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	235.637	1,9	60,8
TSVG Offene Sprechstunde	112.214	0,9	-
Summe	**12.135.653**	**100,0**	

NUKLEARMEDIZINER

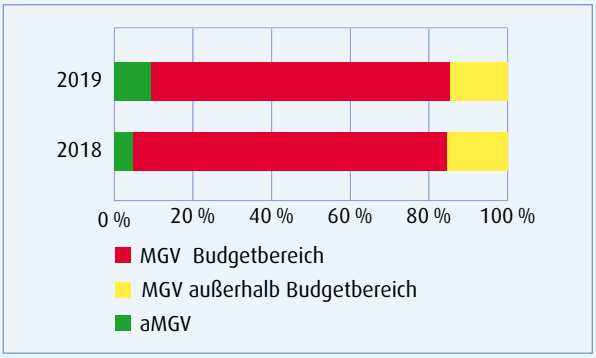
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	25		4,2
Anzahl der Ärzte	29		3,6
Gesamtumsatz in Euro	1.929.664	7.718.657	8,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	77.187	308.746	4,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	66.540	266.161	4,9
Gesamtfallzahl	11.619	46.475	7,8
Fallwert	166,08		0,8

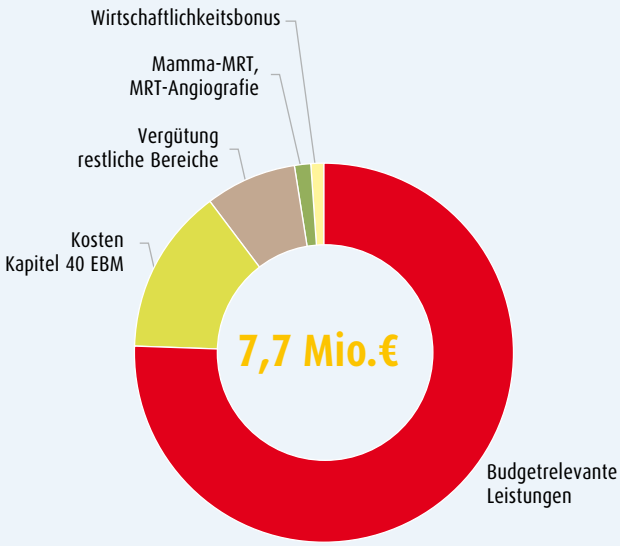
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	723.929	9,4	111,1
MGV Budgetbereich	5.853.614	75,8	3,5
MGV außerhalb Budgetbereich	1.141.114	14,8	3,6
Gesamtumsatz	**7.718.657**	**100,0**	**8,7**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	5.853.614	75,8	3,5
Kosten Kapitel 40 EBM	1.087.484	14,1	6,6
Vergütung restliche Bereiche	593.173	7,7	78,3
MRT Mammo- und Angiografie	99.385	1,3	7,5
Wirtschaftlichkeitsbonus	85.001	1,1	-
Summe	**7.718.657**	**100,0**	

ONKOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	28		-
Anzahl der Ärzte	34		-
Gesamtumsatz in Euro	2.920.024	11.680.095	12,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	104.287	417.146	12,7
Ø Umsatz je Arzt in Euro	85.883	343.532	12,7
Gesamtfallzahl	13.996	55.985	5,6
Fallwert	208,63		6,7

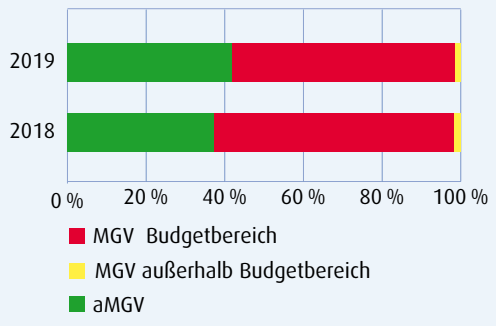
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	4.895.467	41,9	27,0
MGV Budgetbereich	6.603.487	56,5	4,3
MGV außerhalb Budgetbereich	181.142	1,6	1,2
Gesamtumsatz	**11.680.095**	**100,0**	**12,7**

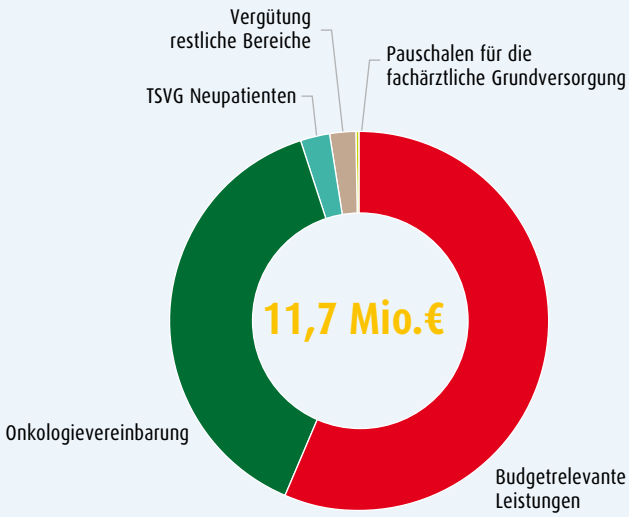
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	133	2	66,50
Hausarzt-Vermittlungsfall	5.443	46	118,33
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	295.474	2.929	100,88
Gesamt	**301.050**	**2.977**	**Ø 101,13**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	6.603.486	56,6	4,3
Onkologievereinbarung	4.486.661	38,4	19,8
TSVG Neupatienten	295.474	2,5	-
Vergütung restliche Bereiche	284.766	2,4	1,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	9.708	0,1	-6,8
Summe	**11.680.095**	**100,0**	

ORTHOPÄDEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	202		1,5
Anzahl der Ärzte	238		4,4
Gesamtumsatz in Euro	12.849.266	51.397.065	4,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	63.610	254.441	2,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	53.989	215.954	-0,3
Gesamtfallzahl	216.978	867.913	2,0
Fallwert	59,22		2,1

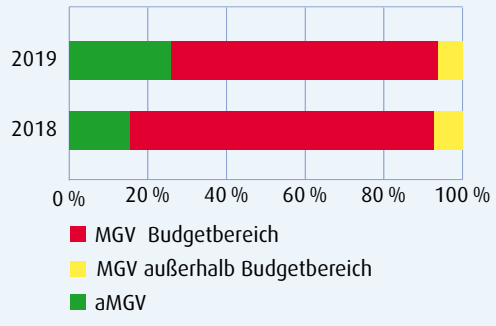
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	13.192.701	25,7	74,2
MGV Budgetbereich	34.933.976	68,0	-8,5
MGV außerhalb Budgetbereich	3.270.388	6,4	-9,1
Gesamtumsatz	**51.397.065**	**100,0**	**4,1**

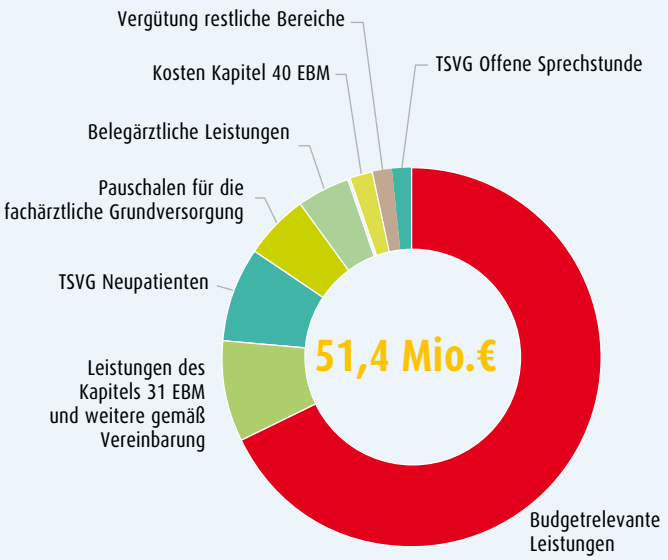
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	10.515	184	57,15
Hausarzt-Vermittlungsfall	138.377	2.374	58,29
Offene Sprechstunde	785.576	14.503	54,17
Neupatient	4.140.447	88.755	46,65
Gesamt	**5.074.915**	**105.816**	**Ø 47,96**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	34.933.976	67,9	-8,5
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.410.553	8,6	6,2
TSVG Neupatienten	4.140.447	8,1	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.822.796	5,5	-6,0
Belegärztliche Leistungen	2.391.428	4,7	4,4
Kosten Kapitel 40 EBM	980.600	1,9	-4,3
Vergütung restliche Bereiche	931.689	1,8	33,4
TSVG Offene Sprechstunde	785.576	1,5	-
Summe	**51.397.065**	**100,0**	

PATHOLOGEN

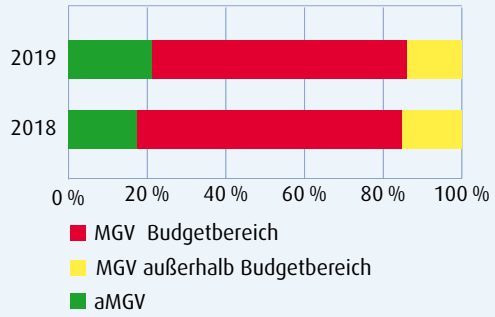
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	34		–
Anzahl der Ärzte	42		-2,3
Gesamtumsatz in Euro	3.183.568	12.734.272	8,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	93.634	374.537	8,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	75.799	303.197	11,0
Gesamtfallzahl	52.645	210.580	-4,6
Fallwert	60,47		13,6

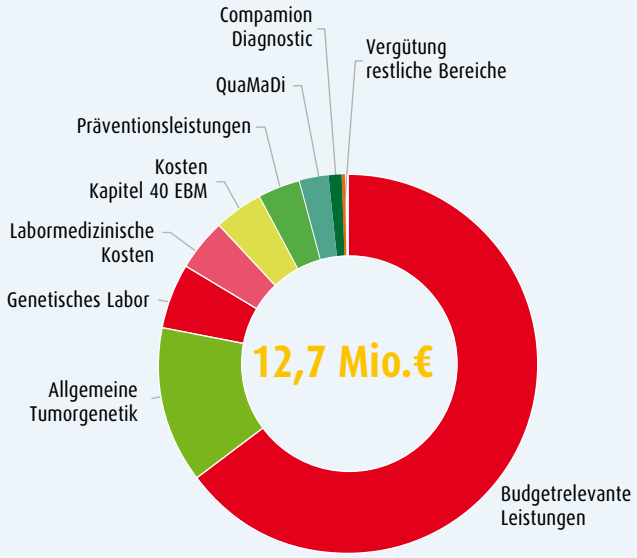
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	2.694.163	21,2	32,3
MGV Budgetbereich	8.258.021	64,8	4,3
MGV außerhalb Budgetbereich	1.782.088	14,0	-0,4
Gesamtumsatz	**12.734.272**	**100,0**	**8,4**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	8.258.022	64,9	4,3
Allgemeine Tumorgenetik	1.708.659	13,4	63,5
Genetisches Labor	686.066	5,4	0,1
Labormedizinische Kosten	561.783	4,4	3,6
Kosten Kapitel 40 EBM	534.229	4,2	-4,7
Präventionsleistungen	464.252	3,6	-9,0
QuaMaDi	338.327	2,7	1,9
Companion Diagnostic	127.735	1,0	–
Vergütung restliche Bereiche	55.199	0,4	-62,8
Summe	**12.734.272**	**100,0**	

PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	5		-
Anzahl der Ärzte	5		-
Gesamtumsatz in Euro	379.599	1.518.394	4,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	75.920	303.679	4,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	75.920	303.679	4,0
Gesamtfallzahl	5.223	20.890	2,8
Fallwert	72,68		1,2

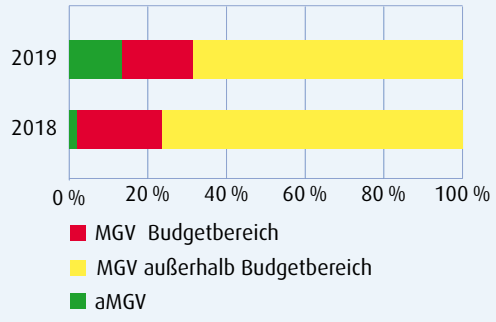
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	202.481	13,3	631,7
MGV Budgetbereich	276.583	18,2	-12,2
MGV außerhalb Budgetbereich	1.039.330	68,4	-7,0
Gesamtumsatz	**1.518.394**	**100,0**	**4,0**

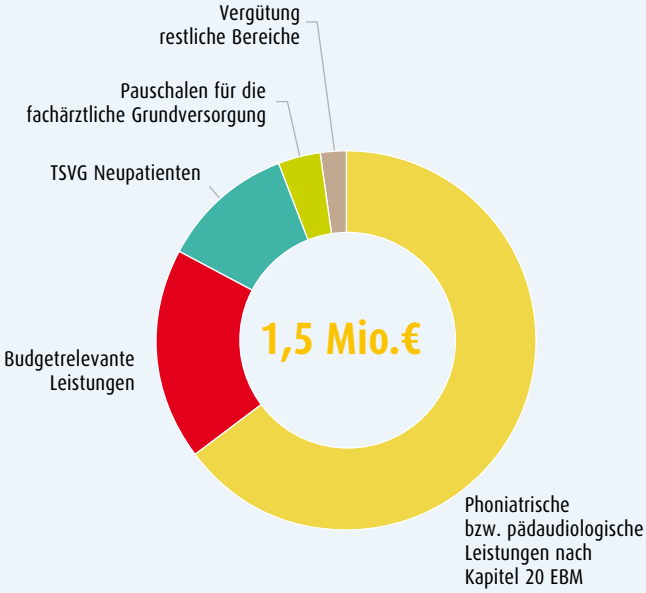
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	123	2	61,50
Hausarzt-Vermittlungsfall	118	1	118,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	170.677	2.164	78,87
Gesamt	**170.918**	**2.167**	**Ø 78,87**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Phoniatrische bzw. pädaudiologische Leistungen nach Kapitel 20	982.972	64,8	-7,1
Budgetrelevante Leistungen	276.583	18,2	-12,2
TSVG Neupatienten	170.677	11,2	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	55.296	3,6	-5,0
Vergütung restliche Bereiche	32.866	2,2	13,3
Summe	**1.518.394**	**100,0**	

PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	17		-
Anzahl der Ärzte	19		-5,0
Gesamtumsatz in Euro	978.368	3.913.470	5,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	57.551	230.204	5,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	51.493	205.972	10,9
Gesamtfallzahl	12.294	49.175	2,3
Fallwert	79,58		3,0

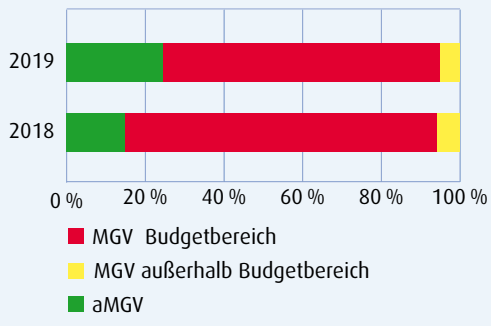
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	959.701	24,5	73,3
MGV Budgetbereich	2.753.928	70,4	-6,5
MGV außerhalb Budgetbereich	199.840	5,1	-7,4
Gesamtumsatz	**3.913.470**	**100,0**	**5,3**

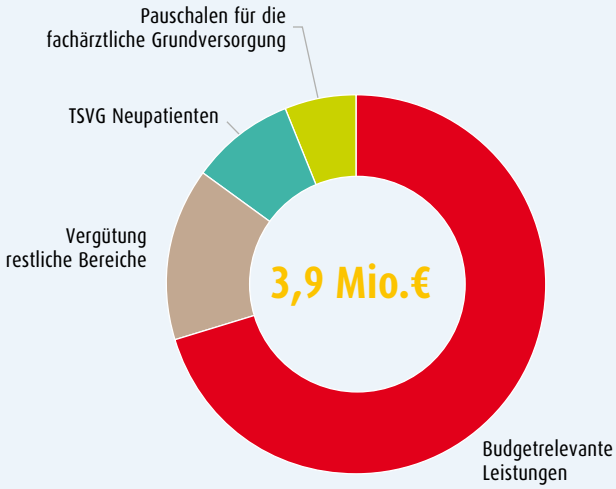
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	45	1	45,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.575	27	58,33
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	349.297	6.308	55,37
Gesamt	**350.917**	**6.336**	**Ø 55,38**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	2.753.928	70,4	-6,5
Vergütung restliche Bereiche	570.555	14,6	10,5
TSVG Neupatienten	349.297	8,9	-
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	239.690	6,1	-5,3
Summe	**3.913.470**	**100,0**	

PNEUMOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	38		-
Anzahl der Ärzte	39		-
Gesamtumsatz in Euro	3.920.499	15.681.997	4,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	103.171	412.684	4,9
Ø Umsatz je Arzt in Euro	100.526	402.102	4,9
Gesamtfallzahl	48.334	193.334	3,7
Fallwert	81,11		1,1

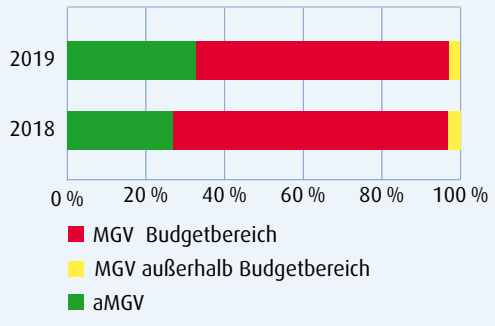
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	5.132.449	32,7	28,2
MGV Budgetbereich	10.072.455	64,2	-3,8
MGV außerhalb Budgetbereich	477.093	3,0	0,7
Gesamtumsatz	**15.681.997**	**100,0**	**4,9**

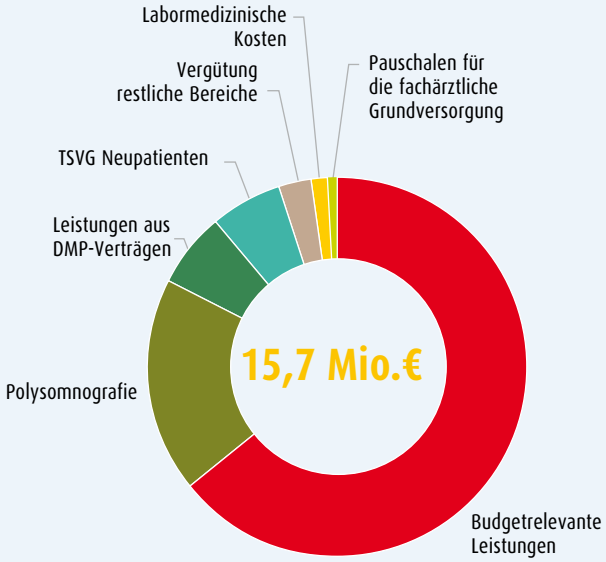
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	25.436	257	98,97
Hausarzt-Vermittlungsfall	108.637	1.306	83,18
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	931.535	10.823	86,07
Gesamt	**1.065.608**	**12.386**	**Ø 86,03**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	10.072.454	64,3	-3,8
Polysomnografie	2.858.523	18,2	0,1
Leistungen aus DMP-Verträgen	1.041.481	6,6	4,7
TSVG Neupatienten	931.535	5,9	-
Vergütung restliche Bereiche	474.778	3,0	50,7
Labormedizinische Kosten	180.994	1,2	-10,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	122.232	0,8	9,2
Summe	**15.681.997**	**100,0**	

PSYCHIATER

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	44		-
Anzahl der Ärzte	55		-1,8
Gesamtumsatz in Euro	2.212.674	8.850.696	7,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	50.288	201.152	8,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	40.231	160.922	10,8
Gesamtfallzahl	22.192	88.767	7,4
Fallwert	99,71		1,3

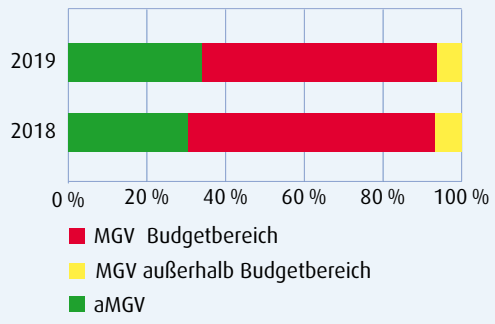
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	3.007.885	34,0	20,1
MGV Budgetbereich	5.279.918	59,7	2,4
MGV außerhalb Budgetbereich	562.893	6,4	-0,5
Gesamtumsatz	**8.850.696**	**100,0**	**7,6**

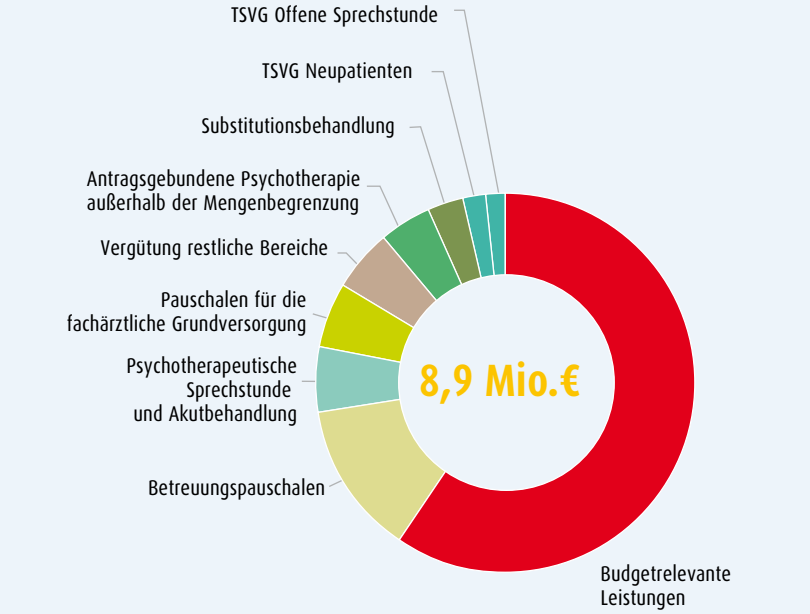
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	33.979	492	69,06
Hausarzt-Vermittlungsfall	4.601	64	71,89
Offene Sprechstunde	125.343	1.760	71,22
Neupatient	176.792	2.607	67,81
Gesamt	**340.715**	**4.923**	**Ø 69,21**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	5.279.917	59,7	2,4
Betreuungspauschalen	1.146.677	13,0	9,6
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	490.304	5,5	20,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	488.656	5,5	4,4
Vergütung restliche Bereiche	458.371	5,2	54,4
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	408.368	4,6	-3,9
Substitutionsbehandlung	276.268	3,1	-17,9
TSVG Neupatienten	176.792	2,0	-
TSVG Offene Sprechstunde	125.343	1,4	-
Summe	**8.850.696**	**100,0**	

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	394		-0,3
Anzahl der Ärzte	537		2,7
Gesamtumsatz in Euro	12.317.771	49.271.085	9,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	31.264	125.054	13,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	22.938	91.752	10,1
Gesamtfallzahl	28.858	115.430	5,7
Fallwert	426,84		6,9

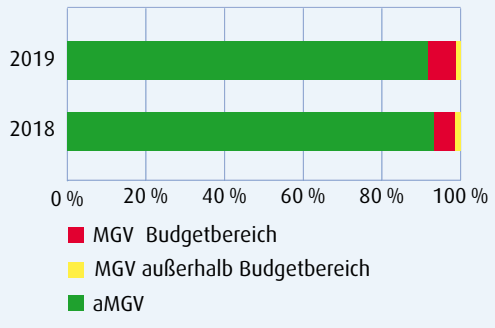
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	45.121.778	91,6	7,6
MGV Budgetbereich	3.580.534	7,3	44,9
MGV außerhalb Budgetbereich	568.773	1,2	-10,5
Gesamtumsatz	**49.271.085**	**100,0**	**9,4**

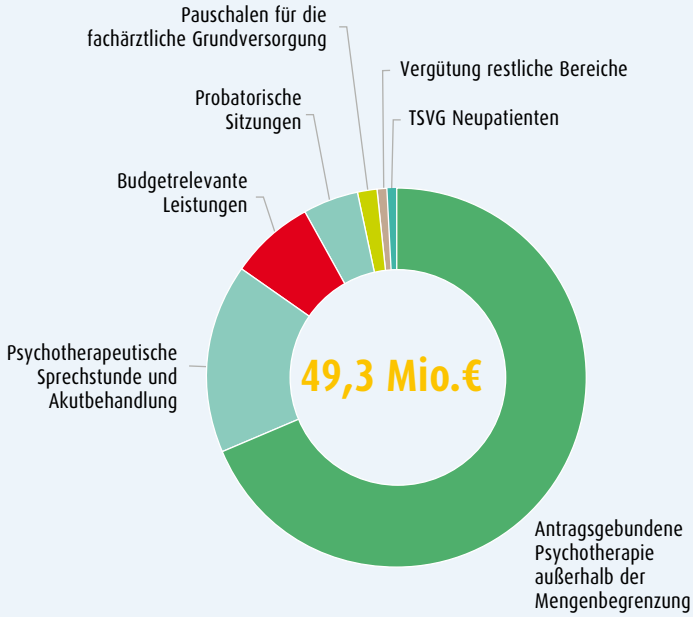
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	64.408	1.353	47,60
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.912	32	59,75
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	274.398	5.776	47,51
Gesamt	**340.718**	**7.161**	**Ø 47,58**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	33.902.313	68,7	10,8
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	7.983.727	16,2	16,3
Budgetrelevante Leistungen	3.580.534	7,3	44,9
Probatorische Sitzung	2.314.135	4,7	0,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	726.868	1,5	-6,9
Vergütung restliche Bereiche	489.110	1,0	-17,0
TSVG Neupatienten	274.398	0,6	-
Summe	**49.271.085**	**100,0**	

RADIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	87		1,2
Anzahl der Ärzte	108		6,9
Gesamtumsatz in Euro	12.520.037	50.080.146	7,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	143.909	575.634	6,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	115.926	463.705	0,4
Gesamtfallzahl	156.960	627.840	6,5
Fallwert	79,77		0,8

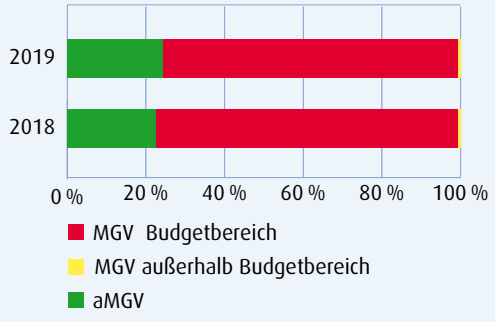
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	12.139.654	24,2	15,2
MGV Budgetbereich	37.627.711	75,1	5,1
MGV außerhalb Budgetbereich	312.782	0,6	-5,2
Gesamtumsatz	**50.080.146**	**100,0**	**7,3**

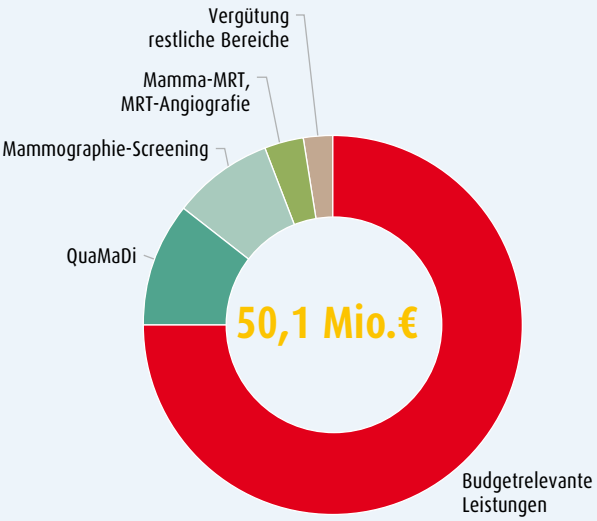
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	53.288	318	167,57
Hausarzt-Vermittlungsfall	88.883	674	131,87
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	-	-	-
Gesamt	**142.171**	**992**	**Ø 143,32**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	37.627.711	75,1	5,1
QuaMaDi	5.339.339	10,7	2,2
Mammographie-Screening	4.260.745	8,5	29,7
MRT Mammo- und Angiografie	1.695.667	3,4	7,7
Vergütung restliche Bereiche	1.156.684	2,3	47,2
Summe	**50.080.146**	**100,0**	

RHEUMATOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	16		6,7
Anzahl der Ärzte	17		13,3
Gesamtumsatz in Euro	976.023	3.904.093	3,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	61.002	244.006	8,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	57.413	229.653	1,8
Gesamtfallzahl	11.115	44.460	3,8
Fallwert	87,81		11,1

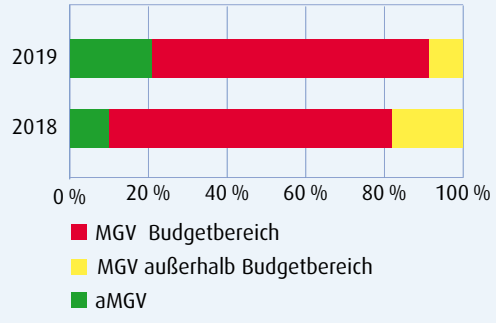
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	812.513	20,8	119,8
MGV Budgetbereich	2.749.282	70,4	1,5
MGV außerhalb Budgetbereich	342.298	8,8	-49,5
Gesamtumsatz	**3.904.093**	**100,0**	**3,9**

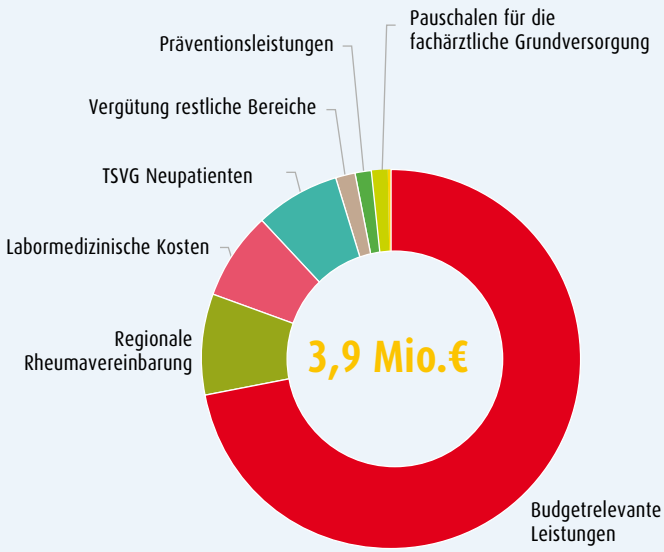
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	7.408	107	69,23
Hausarzt-Vermittlungsfall	618	9	68,67
Offene Sprechstunde	–	–	–
Neupatient	147.605	2.251	65,57
Gesamt	**155.631**	**2.367**	**Ø 65,75**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	2.749.281	70,4	1,5
Regionale Rheumavereinbarung	567.488	14,5	105,7
Labormedizinische Kosten	275.411	7,1	-0,9
TSVG Neupatienten	147.605	3,8	
Vergütung restliche Bereiche	112.608	2,9	81,7
Präventionsleistungen	46.017	1,2	-15,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	5.683	0,1	-3,9
Summe	**3.904.093**	**100,0**	

STRAHLENTHERAPEUTEN

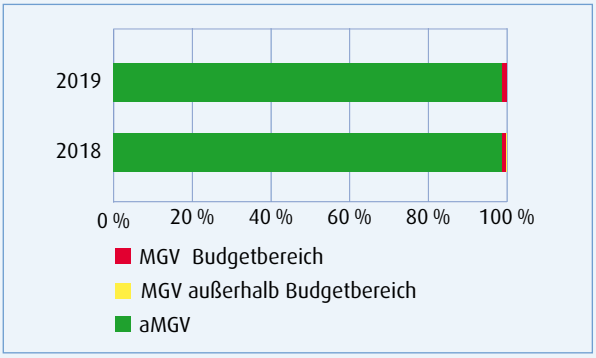
Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	24		9,1
Anzahl der Ärzte	32		6,7
Gesamtumsatz in Euro	4.709.267	18.837.069	-0,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	196.220	784.878	-8,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	147.165	588.658	-6,6
Gesamtfallzahl	3.806	15.224	-6,6
Fallwert	1.237,33		6,7

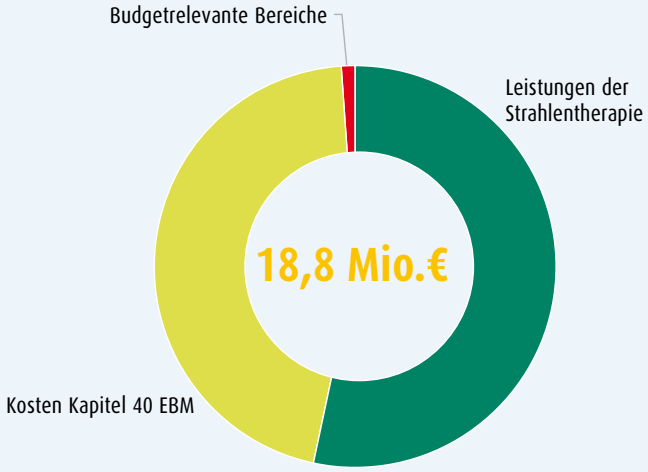
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	18.586.191	98,7	-0,5
MGV Budgetbereich	205.979	1,1	20,2
MGV außerhalb Budgetbereich	44.899	0,2	-15,9
Gesamtumsatz	**18.837.069**	**100,0**	**-0,3**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Leistungen der Strahlentherapie	10.076.574	53,5	-2,0
Kosten Kapitel 40 EBM	8.548.293	45,4	1,4
Budgetrelevante Leistungen	205.979	1,1	-
Vergütung restliche Bereiche	6.223	-	-96,6
Summe	**18.837.069**	**100,0**	

UROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2019

Quartale		4	
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2018
Tätigkeitsumfang der Ärzte	95		1,1
Anzahl der Ärzte	105		–
Gesamtumsatz in Euro	4.866.554	19.466.214	3,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	51.227	204.908	2,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	46.348	185.393	3,9
Gesamtfallzahl	96.841	387.365	2,8
Fallwert	50,25		1,1

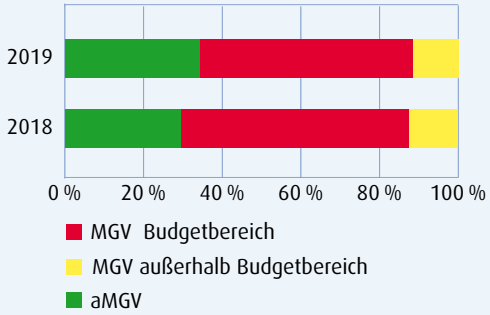
Vergütungsanteile 2019 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2018
aMGV	6.653.231	34,2	21,1
MGV Budgetbereich	10.540.990	54,2	-3,9
MGV außerhalb Budgetbereich	2.271.993	11,7	-0,4
Gesamtumsatz	**19.466.214**	**100,0**	**3,9**

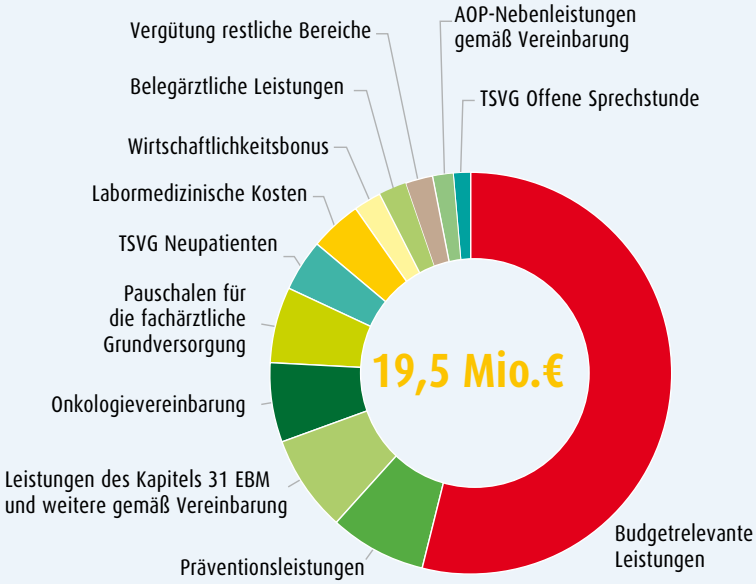
TSVG-Fälle und Umsatz 2019

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.572	39	40,31
Hausarzt-Vermittlungsfall	35.379	938	37,72
Offene Sprechstunde	237.744	6.412	37,08
Neupatient	811.835	23.277	34,88
Gesamt	**1.086.530**	**30.666**	**Ø 35,43**

Vergütungsanteile 2018 und 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2019



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2019

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2018
Budgetrelevante Leistungen	10.540.991	54,1	-3,9
Präventionsleistungen	1.511.424	7,8	-0,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.477.150	7,6	1,4
Onkologievereinbarung	1.252.429	6,4	-1,7
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.192.610	6,1	-2,6
TSVG Neupatienten	811.835	4,2	–
Labormedizinische Kosten	791.733	4,1	-0,8
Wirtschaftlichkeitsbonus	444.371	2,3	12,5
Belegärztliche Leistungen	443.031	2,3	2,6
Vergütung restliche Bereiche	433.053	2,2	15,4
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	329.843	1,7	9,7
TSVG Offene Sprechstunde	237.744	1,2	–
Summe	**19.466.214**	**100,0**	

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 Paragraf 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 vereinbaren Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die Weiterentwicklung der Leistungsmengen. Der Behandlungsbedarf dient dazu, den Umfang der notwendigen medizinischen Versorgung gemäß Paragraf 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 (Paragraf 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 Paragraf 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 Leistungsinanspruchnahmen der Versicherten/Patienten stärker gestiegen sind, als die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel, ist eine Mengensteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen.

Bundesmantelvertrag

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

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

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

Ermächtigte Ärzte

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

Erweiterter Bewertungsausschuss

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich

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

Fallwert

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

Fallzahl

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

Freie Leistungen

Die freien Leistungen sind Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und unterliegen für den Arzt keiner Mengenbegrenzung. Sie sind Teil des Honorarumsatzes eines Arztes aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Zu den freien Leistungen zählen unter anderem Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, dringende Besuche und Kostenpauschalen. Freie Leistungen sind dadurch von extrabudgetären Leistungen abzugrenzen, dass erstere aus der begrenzten morbiditätsbedingen 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. Mithilfe 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 Paragraf 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. An der hausärztlichen Versorgung nehmen teil: Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. Außerdem gehören dazu Ärzte, die nach Paragraf 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß Paragraf 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 Paragraf 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt.

Labor-Auftrags-Volumen (LAV)

Mit der Laborreform ab 01.04.2019 soll den steigenden Kosten für laboratoriumsmedizinische Leistungen entgegengewirkt werden. Die bisher gültige bundeseinheitliche Mindestquote von 91,58 Prozent für laboratoriumsmedizinische Leistungen entfällt. An ihre Stelle treten neue Vergütungsregelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVSH. Unter anderem erhalten Laborärzte ein standortbezogenes Labor-Auftrags-Volumen (LAV). Es werden die anerkannten Vergütungen der GOP aus den Kapiteln 32.2 und 32.3 in den Abrechnungsquartalen 2/2018 bis 1/2019 herangezogen und gemäß KBV-Vorgaben auf 89 Prozent quotiert, um daraus je Abrechnungsquartal für die Laborpraxis das LAV zu bilden und auszuweisen. Innerhalb dieses individuellen „Budgets“ werden laboratoriumsmedizinische Leistungen zu 100 Prozent, die darüber hinausgehende Forderung zu 35 Prozent vergütet. Ab 2/2019 werden die LAV unter Berücksichtigung der Veränderungsrate der MGV weiterentwickelt.

Morbidität

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

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Gemäß Paragraf 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 Paragraf 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 2019 gilt ein OW von 10,8226 Cent.

Punktzahlvolumen (PZV)

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

Regionale Euro-Gebührenordnung

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen hat seit 2009 gemäß Paragraf 87a Abs. 2 SGB V nach der regionalen Euro-Gebührenordnung zu erfolgen. Auf Basis der Punktrelationen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des Orientierungswertes bestimmen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassen jährlich die regionalen Punktwerte und ermitteln daraus eine regionale Gebührenordnung mit Euro-Preisen, mit denen die Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV), die freien Leistungen sowie die meisten extrabudgetären Leistungen vergütet werden. In Schleswig-Holstein entspricht der regionale Punktwert dem jeweils gültigen Orientierungswert.

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung" ist am 11.05.2019 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 Mindestsprechzeiten 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.)
Dr. Ralph Ennenbach,
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH

Redaktion
Julia Alberts, Ekkehard Becker, Katrin Breede, Cordelia Dost, Dana Engelhardt, Tyneke Evert, Christine von Hielmcrone, Svenja Oellerking, Anja Oelkers, Caroline Polonji, Stephan Rühle, Dr. Andreas Seyler, Andreas Urbschat, Karsten Willms

Gestaltung
Borka Totzauer

Fotos
istockphoto.com

Druck
Grafik und Druck, Kiel

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“, „der Psychotherapeut“), ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Ebenso ist mit „der Arzt“, je nach Zusammenhang, auch die Psychotherapeutin bzw. der Psychotherapeut gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.

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

Weitere Informationen im Internet unter
www.kvsh.de