HONORARBERICHT 2014

ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE IN RHEINLAND-PFALZ

KVRLP
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

IMPRESSUM

Herausgeber
Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Redaktion
verantwortlich (i. S. d. P.)
Dr. Sigrid Ultes-Kaiser, Vorsitzende des Vorstands
Dr. Peter Heinz, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstands
Dr. Klaus Sackenheim, Mitglied des Vorstands
Abteilung Honorarstruktur der KV RLP
Abteilung Kommunikation

Bildnachweis
©fotolia.com/Thomas Berg,
©istockphoto/webphotographeer, denisenko
©shutterstock.com/wavebreakmedia ldt

Auflage
1.000 Exemplare

Stand
November 2014

Umsetzung
Kommunikation der KV RLP

Imprimerie Centrale
15, Rue du Commerce
L-1351 Luxembourg,
Internet: www.ic.lu

Hinweise
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Die männliche Form schließt die weibliche mit ein. Außerdem wird der Begriff „Ärzte" stellvertretend für alle Niedergelassenen verwendet.

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten, Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einverständnis der KV RLP Voraussetzung.

KV RLP

INHALT

DER ERSTE HONORARBERICHT DER KV RLP 7

1. VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR ÄRZTEVERGÜTUNG 9

1.1 Funktionsweise des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs 10

2. GESAMTVERGÜTUNG 13

2.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) 14

2.2 Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) 16
2.2.1 Extrabudgetäre EBM-Leistungen 16
2.2.2 Extrabudgetäre Leistungen außerhalb des EBM (Sondervereinbarungen) 17
2.2.3 Besondere Versorgungsformen 18

3. DER FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH (FKZ) 21

4. RAHMENBEDINGUNGEN DER HONORARVERTEILUNG 23

4.1 Historie des HVM 23

4.2 EBM und Punktwert 24

5. EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2013 25

5.1 Änderungen im hausärztlichen Versorgungsbereich 25

5.2 Änderungen im fachärztlichen Versorgungsbereich 25

6. HONORARVERTEILUNG 27

6.1 Stufe 1: Trennung der MGV 28
6.1.1 Stufe 1 bis zum Quartal III/2013 28
6.1.2 Stufe 1 ab dem Quartal IV/2013 29

6.2 Stufe 2: Bildung von Honorarfonds 31
6.2.1 Vorwegabzüge vor Bildung von Honorarfonds 31
6.2.2 Bildung von Honorarfonds 35

6.3 Stufe 3: Vergütung innerhalb der fachgruppenspezifischen Honorarfonds 37
6.3.1 Vorwegleistungen innerhalb des Honorarfonds 37
6.3.2 Vergütung der Leistungen mit Mengenbegrenzung 38
6.3.3 Besonderheiten 40

7. VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN 41

8. ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE NACH FACHGRUPPEN 45

9. GLOSSAR 57

9.1 Abkürzungen 57

9.2 Definitionen 57

10. ARZTGRUPPEN IM ÜBERBLICK 63

10.1 Kennzahlen 63

10.2 Umsatzverteilung der Arztgruppe 63

10.3 Vergütungsbestandteile 63

ABBILDUNGEN

Abbildung 1.1 Der Weg von den Versichertenbeiträgen zum Ärzteeinkommen ... 8
Abbildung 1.2 Funktionsweise des Gesundheitsfonds ... 9
Abbildung 1.3 Funktionsweise des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs ... 10
Abbildung 1.4 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2013 ... 12
Abbildung 2.1 Struktur der Gesamtvergütung ... 13
Abbildung 2.2 Entwicklung der Gesamtvergütung von 2009 bis 2013 ... 14
Abbildung 2.3 Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ... 15
Abbildung 2.4 Vergütungsvolumen extrabudgetärer Leistungen des EBM in 2012 und 2013 ... 17
Abbildung 2.5 Vergütungsvolumen extrabudgetärer Leistungen aus Sondervereinbarungen in 2012 und 2013 ... 18
Abbildung 2.6 Vergütungsvolumen der Disease-Management-Programme in 2012 und 2013 ... 19
Abbildung 3.1 Funktionsweise des Fremdkassenzahlungsausgleichs ... 21
Abbildung 4.1 Einflussfaktoren des Honorarverteilungsmaßstabs ... 23
Abbildung 6.1 Stufen der Honorarverteilung ... 27
Abbildung 6.2 Stufe 1: Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ... 28
Abbildung 6.3a Vorwegabzüge vor Trennung der MGV ... 29
Abbildung 6.3b Grundbeträge vor Trennung der MGV ... 31
Abbildung 6.4 Stufe 2: Bildung hausärztlicher Honorarfonds ... 32
Abbildung 6.5 Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich ... 33
Abbildung 6.6 Stufe 2: Bildung fachärztlicher Honorarfonds ... 34
Abbildung 6.7 Vorwegabzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich ... 34
Abbildung 6.8 Honorarfonds der Hausärzte und Fachärzte nach Honorarklammer ... 36
Abbildung 6.9 Anteil der Vorwegleistungen und mengenbegrenzten Leistungen innerhalb der Honorarfonds ... 37
Abbildung 6.10 Struktur des Honorarfonds für Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und Kinderärzte ab dem Quartal IV/2013 ... 38
Abbildung 6.11 Berechnung der Punktwerte für mengenbegrenzte Leistungen innerhalb der Honorarfonds ... 39
Abbildung 7.1 Jahresüberschuss je Praxisinhaber in 2010 ... 41
Abbildung 7.2 Verfügbares Nettoeinkommen und Nettostundensatz in 2010 ... 42
Abbildung 7.3 Anteil der Betriebsausgaben und des verfügbaren Einkommens am Gesamtumsatz ... 43
Abbildung 8.1 Entwicklung des GKV-Umsatzes der Hausärzte ... 47
Abbildung 8.2 Entwicklung des GKV-Umsatzes der Fachärzte und Psychotherapeuten ... 47
Abbildung 8.3 Entwicklung des GKV-Umsatzes von 2008 bis 2013 ... 48
Abbildung 8.4 Entwicklung der Fallzahlen von 2008 bis 2013 ... 48
Abbildung 8.5 Entwicklung der Fallwerte von 2008 bis 2013 ... 49
Abbildung 8.6 Entwicklung der Arztzahlen von 2008 bis 2013 ... 49
Abbildung 8.7 Entwicklung des GKV-Umsatzes ... 50
Abbildung 8.8 Entwicklung der Fallzahlen ... 51
Abbildung 8.9 Entwicklung der Arztzahlen ... 52
Abbildung 8.10 Entwicklung des GKV-Umsatzes je Fall ... 53
Abbildung 8.11 Entwicklung der Fallzahlen je Arzt ... 54
Abbildung 8.12 Entwicklung des GKV-Umsatzes je Arzt ... 55

DER ERSTE HONORARBERICHT DER KV RLP

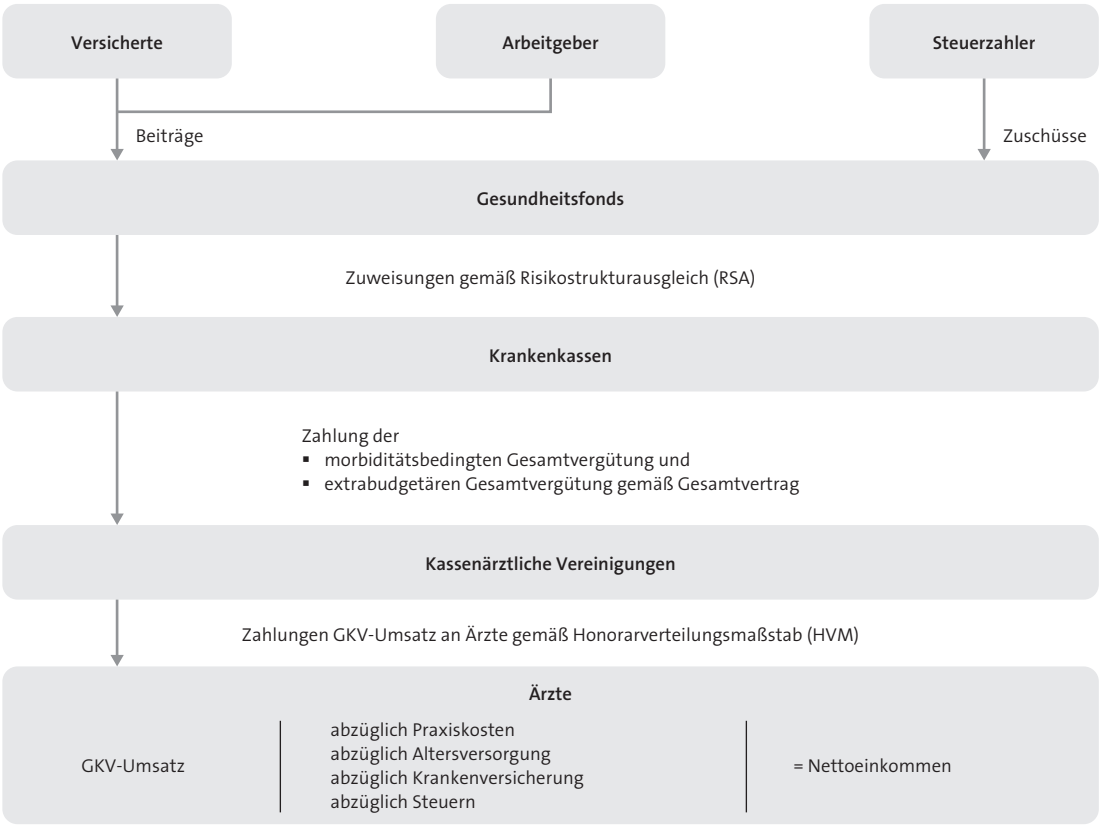
Der Weg von den Krankenkassenbeiträgen bis hin zur Honorarverteilung ist sehr komplex, häufigen Änderungen unterworfen und insbesondere für die breite Öffentlichkeit intransparent. Der erste Honorarbericht der KV RLP möchte etwas Licht in das Dunkel bringen und in verständlicher Form erläutern, wie viel Geld für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Rheinland-Pfalz zur Verfügung steht, wo dieses Geld ankommt und warum dies so ist. So möchte der Bericht zu einer stärkeren Transparenz gegenüber seinen Mitgliedern, den Vertragsärzten und einer Versachlichung der politischen Diskussion um Honorargerechtigkeit und einer angemessenen Honorierung beitragen.

Aufbau des Honorarberichts
Der Honorarbericht zeigt den Weg von den Versichertenbeiträgen über den Gesundheitsfonds – Kapitel 1 – und die Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich – Kapitel 2 und 3 – bis hin zur Honorarverteilung und deren Rahmenbedingungen – Kapitel 4 bis 6 – auf. In Kapitel 7 wird erläutert, warum der Umsatz eines Arztes nicht mit seinem Einkommen gleichzusetzen ist. Dem Kapitel 8 ist die Entwicklung der GKV-Umsätze nach Fachgruppen zu entnehmen.

Datengrundlage
Der Honorarbericht berücksichtigt ausschließlich die Umsätze mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da nur diese über die KV RLP abgerechnet werden und Bestandteil der Honorarverteilung sind. Die ebenfalls über die KV RLP bei sogenannten sonstigen Kostenträgern (SKT) wie beispielsweise der Bundespolizei oder über ein Sozialversicherungsabkommen abgerechneten Leistungen wurden nicht berücksichtigt, da diese mit Ausnahme des Raums Trier meist nur einen geringen Anteil am Umsatz aufweisen und für die Abrechnung vereinfachte Regelungen gelten. Zahlen zu Umsätzen mit Privatpatienten (PKV), aus individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), aus Gutachten, aus Berufsgenossenschaftsfällen sowie aus Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen liegen der KV RLP nicht vor und konnten daher im Honorarbericht nicht berücksichtigt werden.

Fachbegriffe
Für viele Fachbegriffe im ambulanten Versorgungsbereich werden oft mehr oder weniger griffige Abkürzungen verwendet. Was sich hinter den wichtigsten Begriffen und Abkürzungen in diesem Honorarbericht verbirgt, ist dem Glossar am Ende des Honorarberichts zu entnehmen.

ABBILDUNG 1.1 DER WEG VON DEN VERSICHERTENBEITRÄGEN ZUM ÄRZTEEINKOMMEN

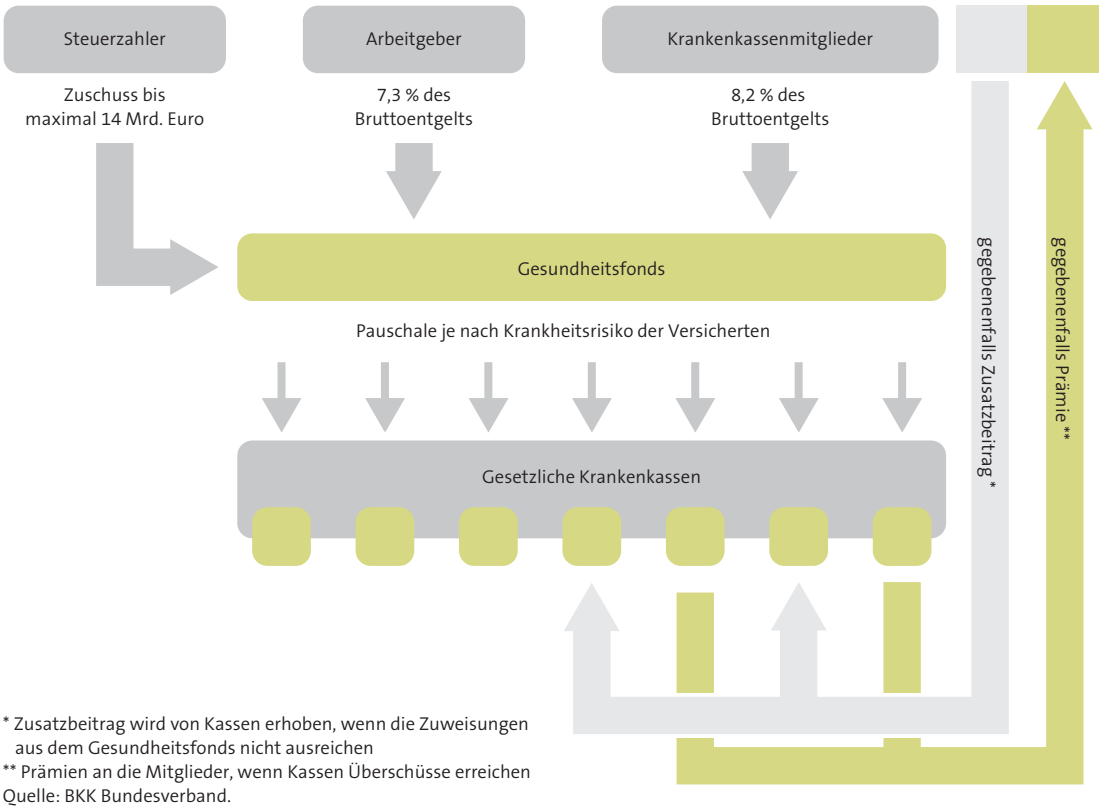


VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR ÄRZTEVERGÜTUNG

Die Versichertenbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den Krankenkassen eingezogen. Dabei galt im Jahre 2013 für jeden gesetzlich Versicherten ein einheitlicher Beitragssatz von 15,5 Prozent des Bruttoentgeltes, wovon 8,2 Prozent der Arbeitnehmer und 7,3 Prozent der Arbeitgeber trugen. Die Höhe des Beitragssatzes legt der Gesetzgeber fest. Die Krankenkassen leiten die Versicherungsbeiträge an den vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwalteten Gesundheitsfonds weiter.

Neben den Beitragszahlungen erhält der Gesundheitsfonds Bundeszuschüsse aus Steuergeldern für Solidarleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören beispielsweise die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen ohne eigenes Einkommen oder die Mutterschaftshilfe. Der Gesundheitsfonds fungiert als eine Art Geldsammelstelle, in der die vorgesehenen Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung aufbewahrt werden und aus der die Krankenkassen nach bestimmten Kriterien Gelder zur Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Mitglieder erhalten.

ABBILDUNG 1.2 FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS



* Zusatzbeitrag wird von Kassen erhoben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen
** Prämien an die Mitglieder, wenn Kassen Überschüsse erreichen
Quelle: BKK Bundesverband.

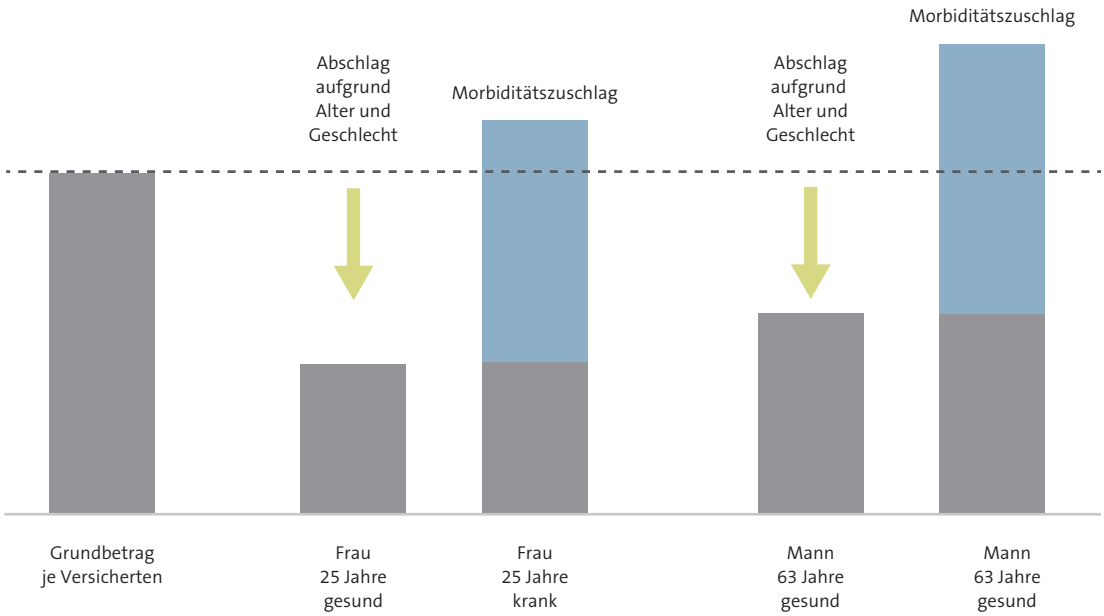
Jede Krankenkasse hat jedoch unterschiedlich kranke und gesunde Mitglieder, die infolgedessen auch unterschiedlich hohe Kosten verursachen. Um diese Unterschiede in den Risikostrukturen der Krankenkassen auszugleichen, erhalten sie unterschiedlich hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds. Diesen Ausgleichsmechanismus nennt man morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

1.1 FUNKTIONSWEISE DES MORBIDITÄTSORIENTIERTEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS

Ausgangsbasis für die Zahlungen an die Krankenkassen ist ein Grundbetrag pro Versichertenmitglied pro Jahr, der den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Dieser Grundbetrag wird dann durch Zu- und Abschläge angepasst. Ausschlaggebend für die Höhe der Zu- und Abschläge sind die Merkmale Alter und Geschlecht, der Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die anhand von 80 ausgewählten Krankheiten gemessene Morbidität, also der Krankheitszustand des Versicherten.

ABBILDUNG 1.3 FUNKTIONSWEISE DES MORBIDITÄTSORIENTIERTEN RISIKOSTRUKTURAUSGLEICHS



Über die Zu- oder Abschläge nach Alter und Geschlecht erfolgt eine Anpassung des Grundbetrags auf die Kosten, die ein Versicherter gleichen Alters und Geschlechts durchschnittlich verursacht, der an keiner der 80 Krankheiten leidet. Außer bei Neugeborenen und sehr alten Menschen lag dieser Betrag bislang unterhalb der Grundpauschale. Nach den Risikomerkmalen Alter und Geschlecht gibt es daher in der Regel immer einen Abschlag.

Für Versicherte, die an einer der 80 schwerwiegenden und kostenintensiven chronischen Krankheiten leiden, erhöht sich die durch Alter und Geschlecht angepasste Kostenpauschale um sogenannte Morbiditätszuschläge. Diese spiegeln die voraussichtlichen durchschnittlichen Kosten der jeweiligen Krankheit wider. Die Auswahl der 80 Krankheiten legt das BVA jährlich auf der Grundlage eines wissenschaftlichen Gutachtens und einer Anhörung des GKV-Spitzenverbands fest.

Über die Morbiditätszuschläge erhalten Krankenkassen mit einer hohen Anzahl überdurchschnittlich kranker Versicherter somit höhere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und erleiden infolgedessen nicht zwangsläufig einen Wettbewerbsnachteil gegenüber Krankenkassen mit vielen gesunden Versicherten. Die Zuschläge für die

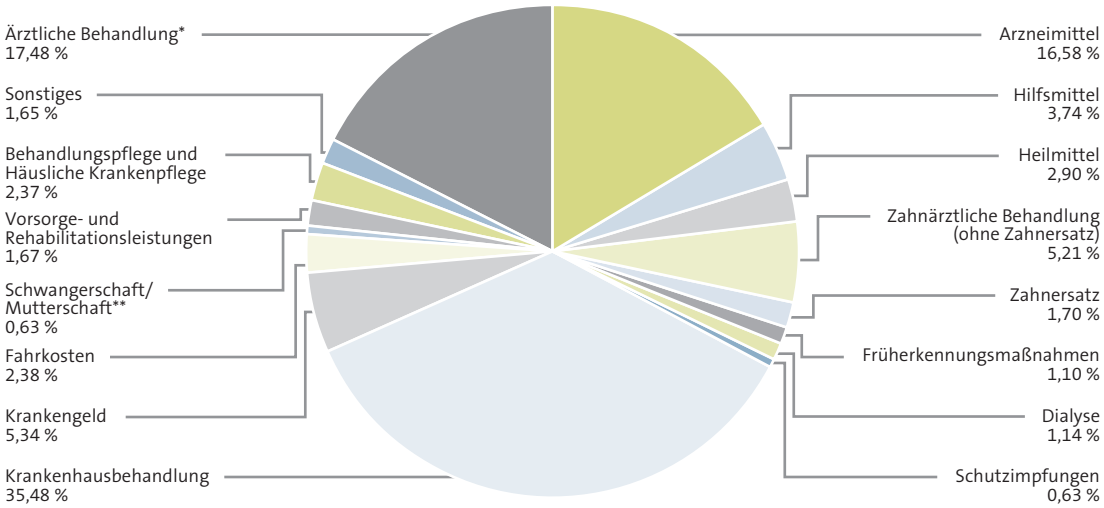
jeweilige Erkrankung sind Festbeträge und können daher von den Kosten abweichen, die der Krankenkasse tatsächlich entstehen.

Für den Fall, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung ihrer Ausgaben reichen, muss die Krankenkasse den Fehlbetrag ausgleichen. Hierzu kann sie von ihren Versicherten einen pauschalen Zusatzbeitrag erheben. Im gegenteiligen Fall können Krankenkassen, die Überschüsse erwirtschaften, auch Prämien an ihre Mitglieder ausschütten. Mit der Erhebung von Zusatzbeiträgen und der Ausschüttung von Prämien wird der Wettbewerb um Mitglieder unter den Krankenkassen gefördert. Dieser Wettbewerb wird aber nahezu ausschließlich über den Beitragssatz ausgetragen und nicht über das Leistungsangebot, da dieses für alle gesetzlichen Krankenkassen weitgehend identisch und im SGB V vorgegeben ist.

Die Ausgaben der Krankenkassen setzen sich im Wesentlichen aus den Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, aus den Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie den Ausgaben für die stationäre Versorgung zusammen. Die jeweiligen Bereiche sind aufgrund von gesetzlichen Vorgaben mit verschiedenen Finanzmitteln ausgestattet, die unterschiedlich stark begrenzt, also budgetiert sind. Dies wird sektorale Budgetierung genannt. Durch die strikte finanzielle Trennung von ambulantem und stationärem Leistungsbereich führt eine Leistungsverlagerung von dem stationären in den ambulanten Bereich zu keinen entsprechenden Finanztransfers.

Während die Einnahmen der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds von der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten abhängen, orientieren sich die Ausgaben der Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf, sondern größtenteils an dokumentierten Abrechnungszahlen der Vergangenheit. Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung betragen 17,5 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen. Mit diesem Anteil finanzieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütung der gesamten GKV-Leistungen der niedergelassenen Ärzte.

ABBILDUNG 1.4 AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN 2013



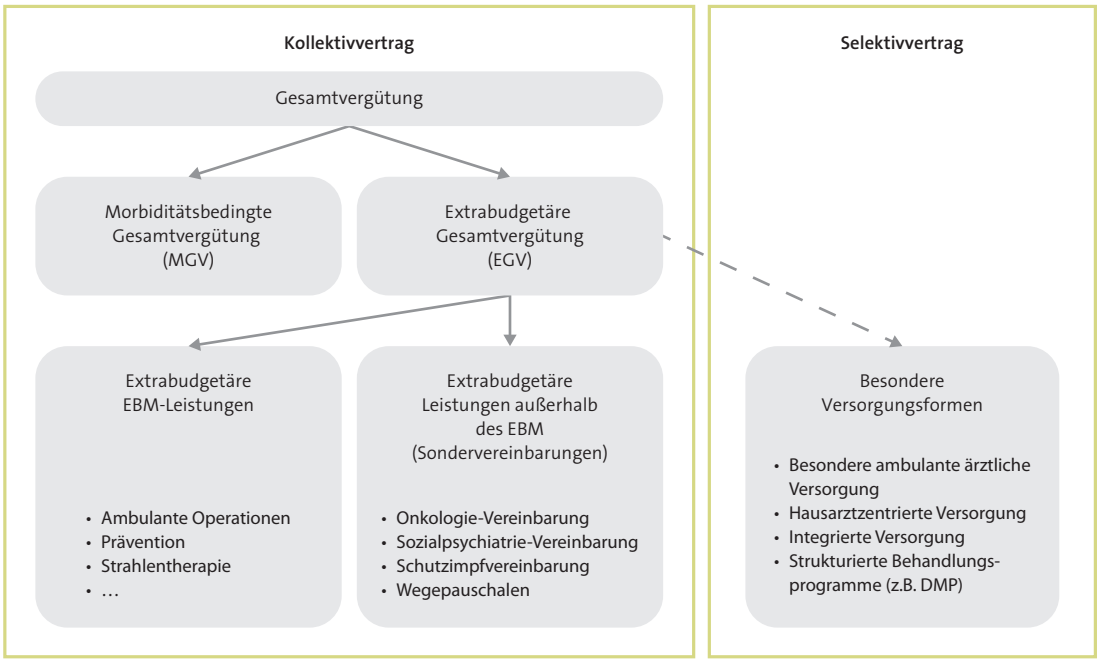
* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.
** Ohne stationäre Entbindung.
Summen können rundungsbedingt abweichen.
Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1.

GESAMTVERGÜTUNG

Die von den gesetzlichen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten zu entrichtenden Zahlungen an die Kassenärztliche Vereinigung werden Gesamtvergütung genannt. Sie bilden gemäß § 85 SGB V „das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen“. Nach welcher Systematik die Zahlungen der Krankenkassen erfolgen, ist insbesondere in § 87a SGB V sowie in ergänzenden Beschlüssen des Bewertungsausschusses geregelt.

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst alle in § 73 Absatz 2 SGB V genannten Leistungen und gilt für die Gesamtheit der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen. Die Details zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten in den einzelnen Bundesländern regeln die Krankenkassen beziehungsweise deren Landesverbände mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf regionaler Ebene in den sogenannten Gesamtverträgen. Auch die Vereinbarungen, in denen die Höhe der Gesamtvergütung vereinbart wird, sind Teil der Gesamtverträge. Da diese die Versorgung für alle Versicherten regeln, werden diese Verträge auch Kollektivverträge genannt. Die Gesamtvergütung gliedert sich in eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und eine extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV).

ABBILDUNG 2.1 STRUKTUR DER GESAMTVERGÜTUNG



Während die MGV fast drei Viertel der Gesamtvergütung beträgt, entfällt nur rund ein Viertel der Gesamtvergütung auf die EGV. Diese wiederum lässt sich in extrabudgetäre Leistungen, die weitgehend auf Bundesebene festgelegt werden, und extrabudgetäre über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinausgehende Leistungen aufteilen.

Darüber hinaus können zur Förderung besonderer Versorgungformen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Ärzten, Arztgruppen oder der KV freiwillige bilaterale Verträge vereinbart werden, sogenannte Selektivverträge. Die aus Selektivverträgen resultierende Vergütung kann als weitere Form extrabudgetärer Vergütung angesehen werden, die

jedoch nicht mehr Teil des Kollektivvertrages ist. Weitere Informationen dazu sind im Kapitel 2.2.3.

Ein Teil dieser Selektivverträge wird direkt zwischen Ärzten beziehungsweise Ärztenetzen und den Krankenkassen und damit nicht über die KV RLP abgerechnet. Diese sind somit nicht Bestandteil der Gesamtvergütung und damit nicht in den nachfolgenden Summen enthalten. Dies gilt insbesondere für Verträge zur integrierten Versorgung (IV-Verträge) und Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV-Verträge).

Im Jahr 2013 belief sich die Gesamtvergütung aller Krankenkassen an die KV RLP ohne Selektivverträge auf rund 1,58 Milliarden Euro.

ABBILDUNG 2.2 ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNG VON 2009 BIS 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
MGV	1.151.039.238 €	1.096.958.188 €	1.133.267.588 €	1.145.909.269 €	1.137.856.925 €
EGV	257.641.033 €	358.446.418 €	361.385.108 €	365.000.533 €	441.327.804 €
Gesamtvergütung	**1.408.680.272 €**	**1.455.404.606 €**	**1.494.652.695 €**	**1.510.909.802 €**	**1.579.184.729 €**
Veränderung zum Vorjahr		3,3 %	2,7 %	1,1 %	4,5 %
Anzahl der GKV-Versicherten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz	3.405.060	3.388.432	3.371.112	3.368.121	3.357.583
Gesamtvergütung je Versichertem	**413,70 €**	**429,52 €**	**443,37 €**	**448,59 €**	**470,33 €**
Veränderung Versichertenzahl zum Vorjahr		-0,5 %	-0,5 %	-0,1 %	-0,3 %

Die Dialyse-Sachkosten waren in 2009 in der MGV enthalten, ab 2010 in der EGV.
Die antragspflichtige Psychotherapie und Probatorik war bis 2012 in der MGV enthalten, ab 2013 in der EGV.
Die Leistungen des Abschnitts 13.3.6 waren bis zum Quartal II/2013 in der MGV und ab dem Quartal III/2013 in der EGV enthalten.

2.1 MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG (MGV)

Die KV RLP erhält – wie alle anderen KVen – von jeder Krankenkasse einen für das Kalenderjahr im Voraus vereinbarten Pauschalbetrag je Versichertem. Jede Krankenkasse zahlt diesen Pauschalbetrag an die KV, in welcher der Versicherte seinen Wohnort hat („Wohnortprinzip“). Für Versicherte, die einen Arzt in einen anderen KV-Bereich aufsuchen, ist ein Finanzausgleich zwischen den KVen erforderlich. Dieser Finanzausgleich wird als Fremdkassenzahlungsausgleich (kurz FKZ) bezeichnet und ist in Kapitel 3 näher beschrieben.

Der vereinbarte Pauschalbetrag ist von Krankenkasse zu Krankenkasse unterschiedlich. Bis zum Jahre 2008 richtete sich dieser Betrag je Krankenkasse nach deren historischen Ausgangswerten aus dem Jahre 1991. Er wurde jedes Jahr entsprechend der Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Krankenkassen (Grundlohnsumme) erhöht und hatte daher keinen direkten Bezug zum konkreten Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse.

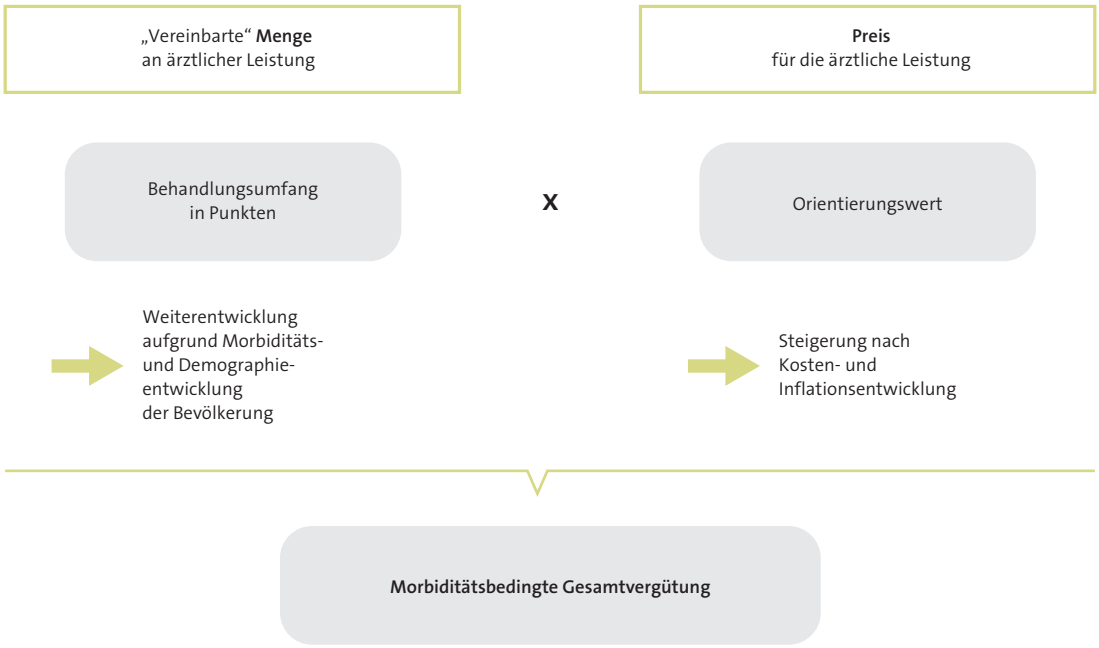
Dies ist seit dem Jahre 2009 anders. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurde die Gesamtvergütung auf die sogenannte

„morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ (MGV) umgestellt. Seither wird zur Berechnung der Gesamtvergütung der tatsächliche Behandlungsumfang der Versicherten auf Basis der Punktzahlen aus dem Jahre 2007 herangezogen. Allerdings wurde diese Punkt- und somit Leistungsmenge nicht in vollem Umfang, sondern nur zu rund 90 Prozent als Basis zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung berücksichtigt. Hintergrund ist, dass bereits im Jahr 2007 die damals von den Krankenkassen gezahlte Geldmenge nicht ausreichte, um alle ärztlichen Leistungen mit dem damals geltenden Punktwert in voller Höhe zu bezahlen, die Gesamtvergütung musste im Rahmen der KV-internen Honorarverteilung quotiert werden.

Im Jahr 2010 wurde sodann auf den Behandlungsbedarf des Jahres 2008 als Ausgangsbasis umgestellt. Dieser wird jährlich auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss festgestellten Veränderungsraten der Morbidität (ICD-Codierung) und demographischer Kriterien (Alter und Geschlecht) weiterentwickelt. Auf Landesebene kann nur noch die Gewichtung dieser beiden Veränderungsraten verhandelt werden. An dieser Stelle ist die elementare Bedeutung einer hohen Kodierqualität der niedergelassenen Ärzte hervorzuheben, da die Qualität der Diagnoseverschlüsselung direkten Einfluss auf die zukünftige Fortentwicklung der MGV und somit auf die Höhe zukünftiger Honorarsteigerungen hat.

Konkret ergibt sich die von den Krankenkassen gezahlte MGV aus dem weiterentwickelten Behandlungsumfang in Punkten (Mengenkomponente) und dem bundeseinheitlichen Punktwert als Orientierungswert in Euro (Preiskomponente). Sowohl der Orientierungswert als auch der weiterentwickelte Behandlungsumfang wird zwischen der KV RLP und den Landesverbänden der Krankenkassen immer für ein Jahr im Voraus auf Basis von Vorgaben auf Bundesebene vereinbart.

ABBILDUNG 2.3 BERECHNUNG DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG



So kann eine KV, vereinfacht gesagt, maximal die Geldmenge an ihre Ärzte verteilen, die aufgrund der Vorjahreswerte und der mit den Krankenkassen vereinbarten Veränderungsraten im Vorhinein mit den Krankenkassen verhandelt wurde.

Die Zahlung der Gesamtvergütung an die KVen erfolgt mit befreiender Wirkung, das heißt eine nachträgliche Anpassung der vorab festgelegten MGV an den tatsächlichen Behandlungsbedarf erfolgt selbst dann nicht, wenn sich der Behandlungsbedarf zum Beispiel durch eine Grippewelle erhöht. Im Jahr 2013 endeten die Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen in einem Vergleich vor dem Schiedsamt. Dieser brachte eine Annäherung an die vollständige Vergütung aller vertragsärztlichen Leistungen. Konkret wurden folgende Punkte vereinbart:

- Die MGV wurde in Summe um 6,1 Prozent erhöht:
  Hierzu wurde die MGV im Rahmen der Umsetzung der Beschlüsse beziehungsweise Empfehlungen des Bewertungsausschusses (BA) zunächst um die psychotherapeutischen Leistungen bereinigt und dann um 4,1 Prozent erhöht. Dieser Aufschlag enthält bereits die Erhöhung des Orientierungswerts um 0,9 Prozent auf 3,5363 Cent für die MGV.
  Zur Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung wurde die MGV zusätzlich um zwei Prozent erhöht.
- Folgende Leistungen wurden entsprechend den Empfehlungen des Bewertungsausschusses ausbudgetiert: Leistungen des Kapitels 35.2 (antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie) aller Arztgruppen sowie probatorische Sitzungen (GOP 35150 EBM) der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Dafür wurde die MGV um den Behandlungsbedarf des Jahres 2012 zu 100 Prozent bereinigt, obwohl die Kassen – da diese Leistungen innerhalb der MGV vergütet wurden – hiervon in der Vergangenheit im Schnitt nur circa 94 Prozent bezahlt haben. Dafür tragen sie aber für die Zukunft das volle Morbiditätsrisiko für diese psychotherapeutischen Leistungen.
- Die bisherigen extrabudgetären Leistungen bleiben in vollem Umfang erhalten. Für diese erhöht sich ebenfalls die Vergütung durch die Anhebung des Orientierungswerts um 0,9 Prozent.

Im Kapitel 6 ist dargestellt, nach welcher Regelung die so ermittelte MGV von rund 1,14 Milliarden Euro im Rahmen der Honorarverteilung an die Ärzte ausgeschüttet wird.

2.2 EXTRABUDGETÄRE GESAMTVERGÜTUNG (EGV)

Während die Krankenkassen für die MGV, unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang der Ärzte, nur eine begrenzte Geldmenge zahlen müssen, richtet sich die Zahlung der Krankenkassen für Leistungen außerhalb der MGV, die extrabudgetären Leistungen, nach dem tatsächlichen Leistungsumfang. Bei Leistungen der EGV ist den Ärzten somit ein fester Punktwert und damit eine feste Vergütung je Leistung garantiert.

2.2.1 Extrabudgetäre EBM-Leistungen

Der Katalog an extrabudgetären Leistungen sowie deren Punktwert ist vom Bewertungsausschuss als regionale Verhandlungsbasis weitgehend festgelegt. Zu den wichtigsten extrabudgetären EBM-Leistungen zählen in Rheinland-Pfalz:

- Ambulante Operationen sowie kurative Koloskopie
- Antragspflichtige Psychotherapie sowie probatorische Sitzungen von Arztgruppen gemäß § 87 Abs. 2 Satz 6 SGB V (ab dem Jahre 2013)
- Belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36 EBM
- Dialyse-Sachkosten
- Präventionsleistungen (Krebsfrüherkennung inklusive Hautkrebsscreening, Mutterschaftsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung sowie präventive Koloskopie)
- Strahlentherapie einschließlich Sachkosten
- Substitutionsbehandlung

Diese stimmen mit dem Katalog des Bewertungsausschusses überein. Weitere darüber hinausgehende extrabudgetäre Leistungen konnten in Rheinland-Pfalz in 2013 nicht vereinbart werden. Extrabudgetäre Leistungen werden in Rheinland-Pfalz mit dem bundesweit einheitlichen Orientierungswert oder mit fester Vergütung in Euro vergütet. Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz waren im Gegensatz zu anderen Bundesländern bislang nicht bereit, Zuschläge auf den Orientierungswert zur Förderung einzelner Leistungen zu zahlen.

ABBILDUNG 2.4 VERGÜTUNGSVOLUMEN EXTRABUDGETÄRER LEISTUNGEN DES EBM IN 2012 UND 2013

Leistungen	2012	2013	Änderung
Ambulantes Operieren und kurative Koloskopie	77.250.470 €	79.158.999 €	2,5 %
Antragspflichtige Psychotherapie und Probatorik (ab 1. Januar 2013)	0 €	66.413.041 €	
Belegärztliche Leistungen Kapitel 36 EBM	6.744.714 €	6.291.592 €	-6,7 %
Dialyse-Sachkosten	98.594.210 €	95.503.091 €	-3,1 %
Hautkrebsscreening	5.839.805 €	6.294.683 €	7,8 %
Künstliche Befruchtung	941.850 €	1.012.715 €	7,5 %
Mammographie-Screening	10.357.042 €	10.365.461 €	0,1 %
Nephrologie Abschnitt 13.3.6 (ab 1. Juli 2013)	0 €	5.181.267 €	
Prävention	68.580.133 €	71.423.052 €	4,1 %
Strahlentherapie ohne Sachkosten	25.549.093 €	28.079.174 €	9,9 %
Substitutionsbehandlung	2.641.291 €	2.745.808 €	4,0 %
Gesamt	**296.498.610 €**	**372.468.882 €**	**25,6 %**
Gesamt ohne Psychotherapie und Nephrologie	**296.498.610 €**	**300.874.575 €**	**1,5 %**

2.2.2 Extrabudgetäre Leistungen außerhalb des EBM (Sondervereinbarungen)

Weitere ebenfalls extrabudgetäre Leistungen von Ärzten sind in Sondervereinbarungen auf Bundes- und Landesebene definiert. Hierbei handelt es sich nicht um EBM-, sondern um darüber hinausgehende Leistungen. Zu den wichtigsten Sondervereinbarungen in Rheinland-Pfalz zählen

- die Onkologie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene (besondere Behandlung von Onkologiepatienten durch onkologisch qualifizierte Ärzte),
- die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene (besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch qualifizierte Ärzte),
- die Schutzimpfungsvereinbarungen auf Landesebene und
- die Wegepauschalen bei Hausbesuchen auf Landesebene.

ABBILDUNG 2.5 VERGÜTUNGSVOLUMEN EXTRABUDGETÄRER LEISTUNGEN AUS SONDERVEREINBARUNGEN IN 2012 UND 2013

Leistungen	2012	2013	Änderung in %
Onkologie: Dokumentation Nachsorge	1.465.998 €	1.518.557 €	3,6 %
Onkologie-Vereinbarung	7.397.665 €	7.404.577 €	0,1 %
Sachkosten Katarakt-OP und übrige ambulante Operationen	7.882.485 €	7.686.412 €	-2,5 %
Schutzimpfungen	9.769.267 €	10.415.544 €	6,6 %
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	2.668.291 €	2.743.926 €	2,8 %
Wegepauschalen	7.303.212 €	6.880.308 €	-5,8 %
Übrige extrabudgetäre Leistungen	11.537.049 €	11.035.981 €	-4,3 %
Summe	**48.023.967 €**	**47.685.305 €**	**-0,7 %**

2.2.3 Besondere Versorgungsformen

Um mehr Flexibilität in die Versorgung zu bringen, die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär zu überwinden und den Wettbewerb der Krankenkassen zu fördern, können sie Einzelverträge mit der KV, einzelnen Ärzten oder Ärztevereinigungen schließen. In diesen besonderen Versorgungsformen, auch Selektivverträge genannt, kann von der Versorgungssystematik im Kollektivvertrag abgewichen werden.

Die wesentlichen Selektivvertragsformen sind:

- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)
- Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)
- Strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137f, 137g SGB V)
- Integrierte Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)

Auch die KV RLP hat Selektivverträge auf Basis der oben genannten Rechtsgrundlagen geschlossen. Grundsätzlich darf sie jedoch nur dann Selektivverträge schließen, wenn sie hierfür von dem Gesetzgeber auch ermächtigt ist. Verträge nach § 73b SGB V kann die KV nur als nachrangiger Vertragspartner abschließen; bei Verträgen nach 140a ff. SGB V ist die KV nicht als Vertragspartner vorgesehen. Wenn Selektivverträge Leistungen aus dem Kollektivvertrag abbilden, muss die MGV, welche die KV von der betreffenden Krankenkasse erhält, um einen bestimmten Leistungs- beziehungsweise Geldanteil bereinigt werden.

Die Problematik rund um die Bereinigung der MGV bei Selektivverträgen, die EBM-Leistungen ersetzen, hat dazu geführt, dass bislang noch vorwiegend sogenannte Add-on-Verträge abgeschossen wurden. Mit Add-on-Verträgen werden zusätzliche Leistungen über die EBM-Leistungen hinaus und damit auch eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung vereinbart. Das entsprechende Budget braucht daher im Kollektivvertrag nicht abgezogen zu werden, es ist also keine Bereinigung der Gesamtvergütung erforderlich. Das erklärte Ziel der KV RLP ist, Leistungen, die sich im Bereich der Selektivverträge als sinnvoll erweisen, mittelfristig in die Kollektivversorgung einzubeziehen und damit allen Versicherten aller Krankenkassen zugänglich zu machen.

Bereits seit vielen Jahren haben sich – ebenfalls als Add-on-Verträge – strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach §§ 137f, 137g SGB V etabliert. Diese Verträge werden auch als Disease-Management-Programme (DMP) bezeichnet und haben das Ziel, Folgekrankheiten chronischer Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Diabetes mellitus durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung zu verhindern. In Rheinland-Pfalz

besteht die Besonderheit, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland die DMP-Verträge nicht mit der KV RLP, sondern mit einzelnen Vertragsärzten abgeschlossen hat. Da der KV RLP hierzu keine Abrechnungsdaten vorliegen, fehlt die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland bei den folgenden DMP-Daten.

ABBILDUNG 2.6 VERGÜTUNGSVOLUMEN DER DISEASE-MANAGEMENT-PROGRAMME IN 2012 UND 2013

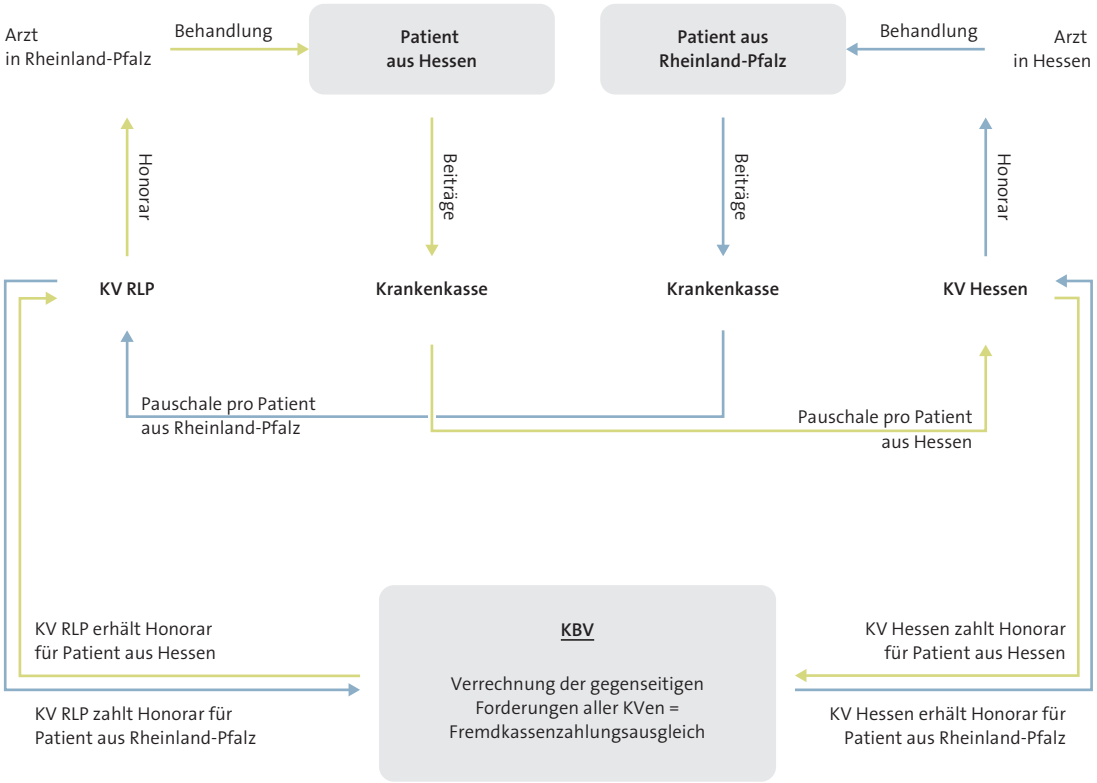
	2012	2013	Änderung in %
DMP Diabetes Typ I	2.594.397 €	2.557.742 €	-1,4 %
DMP Diabetes Typ II	12.828.012 €	13.389.394 €	4,4 %
DMP KHK	2.771.284 €	2.886.368 €	4,2 %
DMP Brustkrebs	212.705 €	197.290 €	-7,2 %
DMP Asthma und DMP COPD	2.071.559 €	2.142.822 €	3,4 %
Summe	**20.477.957 €**	**21.173.616 €**	**3,4 %**

DER FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICH (FKZ)

Ärzte mit Sitz in Rheinland-Pfalz rechnen die Behandlung unabhängig vom Wohnort ihrer Patienten mit der KV RLP ab und erhalten dafür ein Honorar. Die Krankenkassen zahlen der KV RLP jedoch nur die Gesamtvergütung für diejenigen Versicherten, die auch in Rheinland-Pfalz wohnen, das sogenannte Wohnsitzprinzip. Wenn ein Versicherter aus Hessen von einem Arzt in Rheinland-Pfalz behandelt wird, vergütet die KV RLP somit dem Arzt die erbrachte Leistung, hat aber von der Krankenkasse kein Geld für diesen Versicherten erhalten. Umgekehrt erhält die KV RLP von den Krankenkassen Geld für diejenigen Versicherten, die zwar in Rheinland-Pfalz wohnen, aber in Hessen zum Arzt gehen.

Im ersten Fall muss die KV RLP das Geld zur Vergütung des Arztes von der KV Hessen anfordern. Im zweiten Fall muss die KV RLP die von der Krankenkasse für den betroffenen Versicherten gezahlte Gesamtvergütung an die KV Hessen weitergeben, damit diese ihre Ärzte für die Behandlung rheinland-pfälzischer Versicherter bezahlen kann. Damit sich die KVen nicht gegenseitig Rechnungen schicken, organisiert die KBV den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) unter den KVen nach einheitlichen Kriterien, gemäß der sogenannten FKZ-Richtlinie. Hierbei werden nur GKV-Versicherte berücksichtigt. Grenzgänger aus Luxemburg oder Frankreich, die in Rheinland-Pfalz einen Arzt aufsuchen, werden gemäß dem ausländischen Sozialversicherungsabkommen (SVA) gesondert über die sonstigen Kostenträger und damit nicht über den FKZ abgerechnet.

ABBILDUNG 3.1 FUNKTIONSWEISE DES FREMDKASSENZAHLUNGSAUSGLEICHS



Im Ergebnis hat die KV RLP „Forderungen“ gegenüber allen übrigen KVen für die Behandlung deren Versicherten und „Verbindlichkeiten“ gegenüber allen übrigen KVen für die Behandlung von Rheinland-Pfälzern durch Ärzte aus anderen Bundesländern.

In der KV RLP übersteigen die Verbindlichkeiten regelmäßig die Forderungen. Das bedeutet, dass mehr Rheinland-Pfälzer von Ärzten in anderen KV-Bezirken, insbesondere in den angrenzenden Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein und Saarland, behandelt werden als umgekehrt Versicherte aus anderen Bundesländern Ärzte aus Rheinland-Pfalz aufsuchen. Dies hat folgenden Hintergrund: Rheinland-Pfalz ist ein Auspendlerland. Während im Jahre 2007 rund 276.000 Rheinland-Pfälzer über die Landesgrenze zur Arbeit insbesondere nach Baden-Württemberg und Hessen fuhren, fuhren laut Statistischem Landesamt Rheinland-Pfalz lediglich 126.000 Beschäftigte aus anderen Bundesländern nach Rheinland-Pfalz zur Arbeit. Ein Teil dieser Pendler nimmt insbesondere die fachärztliche Behandlung am Arbeitsplatz im anderen Bundesland in Anspruch. Auch bei Laborleistungen findet dieser „KV-Grenzverkehr“ häufig statt, da Labore mit Sitz in Rheinland-Pfalz ihre Zusendungen aus dem gesamten Bundesgebiet erhalten.

Die KV-grenzüberschreitende Behandlung ist gar nicht so selten. So entfallen rund zehn Prozent der Leistungen rheinland-pfälzischer Ärzte auf Versicherte, die ihren Wohnsitz in einem anderen Bundesland haben. Umgekehrt ist die Zahl von Versicherten aus anderen Bundesländern, die einen Arzt in Rheinland-Pfalz aufsuchen, niedriger.

Im Jahr 2013 zahlte die KV RLP im Saldo rund 37 Millionen Euro an andere KVen. Diese Zahlungen an andere KVen im Rahmen des FKZ stehen für die Honorarverteilung in Rheinland-Pfalz nicht zur Verfügung. Wie die Ergebnisse des FKZ in die Honorarverteilung einfließen, ist in Kapitel 6 näher beschrieben. Neben dem FKZ sind bei der Honorarverteilung aber insbesondere auch rechtliche und sonstige Rahmenbedingungen zu beachten. Welche das sind, ist in Kapitel 4 beschrieben.

RAHMENBEDINGUNGEN DER HONORARVERTEILUNG

Die KV RLP ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und kann als solche die Honorarverteilung an die Ärzte nicht beliebig nach eigenem Ermessen gestalten, sondern hat sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen als auch Vorgaben auf Bundesebene sowie die ständige Rechtsprechung, beispielsweise in Form von Urteilen des Bundessozialgerichts, zu beachten. Die rechtlichen Grundlagen für die Honorarverteilung sind in § 87b SGB V festgelegt. Dort ist geregelt, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Honorarverteilung an die Ärzte auf Grundlage eines Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) durchführt.

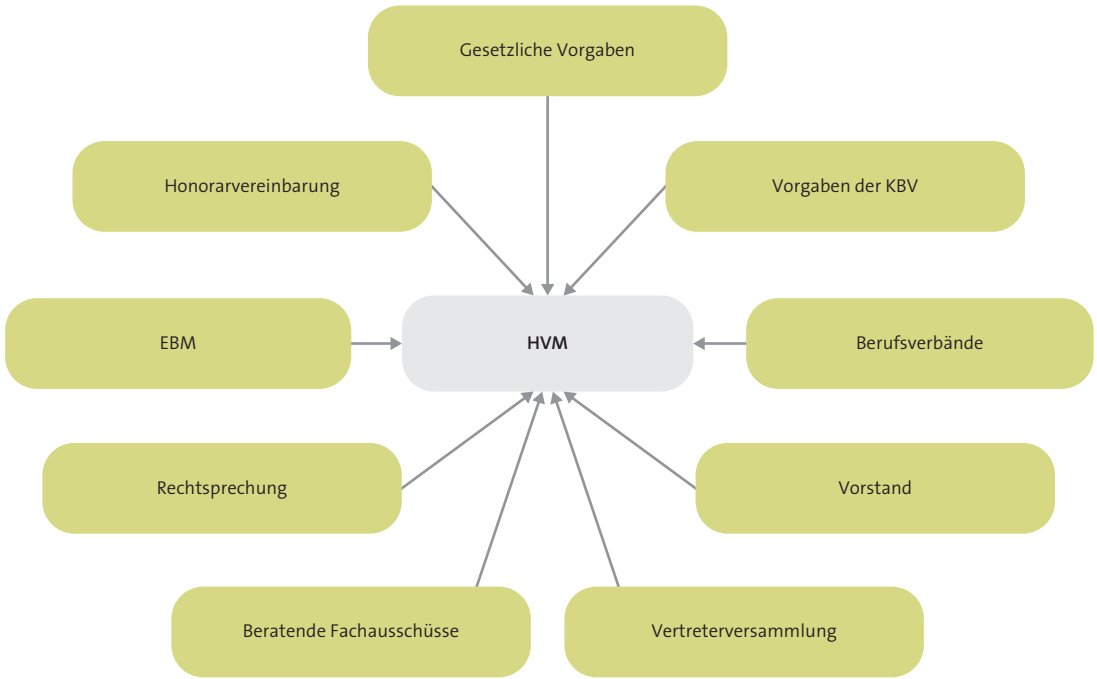
Zu den wichtigsten Rahmenbedingungen, die im HVM zu berücksichtigen sind, zählen:

- die Vermeidung einer übermäßigen Leistungsausdehnung,
- Kalkulationssicherheit hinsichtlich des zu erwartenden Honorars,
- die Förderung von kooperativen Versorgungsformen (Medizinische Versorgungszentren und Berufsausübungsgemeinschaften),
- die Trennung der Vergütung nach haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich,
- die Vorgaben der KBV zur Ermittlung des haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumens,
- die Vorgaben der KBV zur Quotierung von Laborkosten,
- die Honorarvereinbarung mit den Krankenkassen und
- der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM).

4.1 HISTORIE DES HVM

In den Jahren 2005 bis 2011 konnte die KV RLP den HVM nicht autonom gestalten, da dieser im Einvernehmen mit den Krankenkassen vereinbart werden musste. Die Krankenkassen hatten daher ein erhebliches Mitspracherecht bei der Honorarverteilung, obwohl diese die MGV mit „befreiender Wirkung“ zahlen. Durch das seit 1. Januar 2012 geltende GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) können die KVen den HVM und damit die Grundzüge der Honorarverteilung unter Berücksichtigung vieler Einflussfaktoren wieder selbst bestimmen.

ABBILDUNG 4.1 EINFLUSSFAKTOREN DES HONORARVERTEILUNGSMASSSTABS



Satzungsgemäß wird der HVM der KV RLP nicht von dem Vorstand, sondern von der Vertreterversammlung (VV) festgelegt. Die Krankenkassen haben im Rahmen der Benehmensherstellung nunmehr nur noch die Möglichkeit, eine Stellungnahme abzugeben. Mit dem GKV-VStG ist auch die Verpflichtung entfallen, die Honorarverteilung auf der Grundlage von Regelleistungsvolumen (RLV) vorzunehmen. Die regionalen Kompetenzen zur Gestaltung der Honorarverteilung haben sich dadurch deutlich erhöht.

Die KV RLP hat diesen Gestaltungsspielraum dazu genutzt, die RLV ab dem zweiten Quartal 2012 abzuschaffen. Stattdessen findet die Mengenbegrenzung auf Basis der angeforderten Punktzahl der Praxis im Vorjahresquartal statt, auch Individualbudget genannt.

Durch die individuelle Mengenbegrenzung werden die Besonderheiten und Schwerpunkte einer Praxis viel stärker berücksichtigt, als dies bei den Regelleistungsvolumen (RLV) der Fall war. Diese basierten einzig und allein auf den Behandlungsfallzahlen einer Praxis im Vorjahresquartal und führten durch den einheitlichen RLV-Fallwert zu einer Nivellierung und Pauschalierung innerhalb der Fachgruppen. So bestand durch den einheitlichen Fallwert ein hoher Anreiz, möglichst wenige „kostenintensive" Patienten und möglichst viele Patienten mit geringem Behandlungsaufwand zu behandeln. Mit der neuen HVM-Systematik kann nun das praxistypische Behandlungsspektrum abgebildet werden.

Durch die regionale Gestaltungsmöglichkeit unterscheidet sich der HVM von Bundesland zu Bundesland. So wendet die Mehrzahl der KVen im Gegensatz zur KV RLP weiterhin die RLV-Systematik zur Mengenbegrenzung an.

4.2 EBM UND PUNKTWERT

Der EBM stellt die wichtigste Rahmenbedingung für die Honorarverteilung dar. Im EBM ist die Bewertung jeder einzelnen Gebührenordnungsposition (GOP) in Punkten ebenso festgelegt wie die zugehörigen Abrechnungsbestimmungen. Durch den EBM wird auf Grundlage von betriebswirtschaftlichen Kalkulationen das Bewertungsverhältnis der einzelnen Leistungen zueinander festgelegt, das heißt, für jede Leistung wird eine Punktzahl angesetzt, aus der sich aufgrund des bundesweit vereinbarten Orientierungswertes ein Eurobetrag ergibt. Dieses Bewertungsverhältnis kann aber auf KV-Ebene durch abweichende Punktwerte für einzelne GOP im Honorarverteilungsmaßstab verändert werden. Durch einen höheren Punktwert kann so eine im EBM mit einer geringen Punktzahl niedriger bewertete Leistung besser vergütet werden als eine Leistung mit höherer Punktzahl und niedrigem Punktwert.

Der Veränderung der Vergütung durch unterschiedliche Punktwerte sind jedoch durch die Rechtsprechung enge Grenzen gesetzt. So dürfen Punktwerte für vergleichbare Leistungen nur innerhalb bestimmter Grenzen variieren und nicht willkürlich festgelegt werden (Willkürverbot). Der Vergütungsunterschied muss begründet und nachvollziehbar sein.

Änderungen im EBM – sei es eine Neubewertung von bereits bestehenden Leistungen (Bewertungsänderung) oder die Schaffung neuer Gebührenordnungspositionen (Strukturänderung) – führen zwangsläufig zu Auswirkungen auf die Honorarverteilung und zu einer notwendigen Anpassung des HVM. So fanden im vierten Quartal 2013 strukturelle Änderungen im EBM im haus- und im fachärztlichen Bereich statt. Im hausärztlichen Bereich wurden bislang in der Versichertenpauschale enthaltene Leistungen ausgegliedert und somit wieder eine gesonderte Abrechenbarkeit ermöglicht. Im fachärztlichen Bereich wurde eine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung geschaffen.

EBM-ÄNDERUNGEN ZUM 1. OKTOBER 2013

Zum 1. Oktober 2013 haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Versorgungsbereich Änderungen im EBM beschlossen. Ziel der Änderungen ist es, die haus- und fachärztliche Grundversorgung zu stärken, indem die wirtschaftliche Situation der Praxen, die die Grundversorgung überwiegend sicherstellen, verbessert wird. In den vergangenen Jahren kamen im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM oftmals geringere Honorarzuwächse bei den konservativ tätigen Grundversorgerpraxen an, wodurch es immer schwieriger wird, eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen. Dem soll mit der Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung entgegengewirkt werden.

5.1 ÄNDERUNGEN IM HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

Zum 1. Oktober 2013 wurde eine Pauschale von 14 Euro eingeführt. Diese soll die Vorhaltung der Strukturen zur hausärztlichen Grundversorgung und die damit verbundenen Kosten abbilden. Diese Vorhaltepauschale ist einmal im Behandlungsfall neben der Versichertenpauschale abrechenbar. Allerdings kann die Vorhaltepauschale nur in Behandlungsfällen berechnet werden, in denen ausschließlich „Leistungen der hausärztlichen Grundversorgung“ erbracht werden.

Mit der Einführung der Vorhaltepauschalen und der entsprechenden Absenkung der Versichertenpauschalen sollen die klassischen Hausarztpraxen gefördert werden. Hausarztpraxen mit zusätzlichen Leistungsangeboten, die nicht zur hausärztlichen Grundversorgung zählen wie Akupunktur, Schmerztherapie und Psychotherapie, müssen mit leichten Honorareinbußen rechnen, da sie eine geringere Versichertenpauschale erhalten, aber die Vorhaltepauschale nicht abrechnen können. Die Einbußen dürften aber bis auf wenige Einzelfälle gering ausfallen. Neben einer stärkeren Berücksichtigung der Vorhaltekosten sollen auch Gesprächsleistungen wieder stärker durch eine entsprechende Herausnahme aus der Versichertenpauschale gefördert werden. Dadurch besteht ein Anreiz für den Hausarzt, mehr Gesprächsleistungen zu erbringen, um die verringerten Versicherungspauschalen finanziell wieder auszugleichen. Allerdings ist die Abrechnungsfrequenz der Gesprächsleistungen auf 50 Prozent der Behandlungsfallzahl begrenzt.

Neue Gebührenordnungspositionen sind für Leistungen der geriatrischen Versorgung, der Palliativmedizin und der sozialpädiatrischen Versorgung in den EBM aufgenommen worden. Hierfür werden in Rheinland-Pfalz aufgrund von Bundesvorgaben zusätzliche Mittel in Höhe von 1,5 Millionen Euro je Quartal von den Krankenkassen bereitgestellt. Darüber hinaus konnten zusätzliche 2,4 Millionen Euro je Quartal oder umgerechnet zwei Prozent der MGV zur Finanzierung der hausärztlichen Grundversorgung mit den Krankenkassen in Rheinland-Pfalz vereinbart werden. Diese Beträge führen zu höheren Punktwerten für alle Hausärzte.

5.2 ÄNDERUNGEN IM FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wurde ab dem 1. Oktober 2013 eine neue Leistung – die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) – eingeführt. Diese ist einmal im Behandlungsfall als Zuschlag zur Grundpauschale abrechenbar, sofern nicht im selben Behandlungsfall eine spezialisierte Leistung abgerechnet wird. Zu diesen spezialisierten Leistungen zählen unter anderem Röntgen, ambulantes Operieren, Akupunktur, Schmerztherapie, Schlaflabor sowie Labor (Kapitel 32.3 EBM).

Finanziert wird der neue Zuschlag über einen separaten Honorartopf im fachärztlichen Versorgungsbereich. Dieser wird aus den Einsparungen aufgrund der EBM-Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus und den Dialyse-Sachkosten, der MGV-Veränderungsrate des fachärztlichen Versorgungsbereiches, aus zusätzlichen Mitteln in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro je Quartal aufgrund von Bundesvorgaben sowie aus zusätzlich mit den Verbänden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz regional vereinbarten Mitteln von 2,8 Millionen Euro, das sind zwei Prozent der fachärztlichen Gesamtvergütung, gespeist.

Es wurden rund fünf Prozent der fachärztlichen Vergütung für die neue Grundpauschale reserviert. Nach den Bundesvorgaben wären es „lediglich“ rund drei Prozent gewesen. Durch die zusätzlichen Finanzmittel in Höhe von zwei Prozent der fachärztlichen Gesamtvergütung wurden für die PFG deutlich höhere Eurobeträge ausbezahlt, als dies auf Bundesebene kalkuliert wurde.

HONORARVERTEILUNG

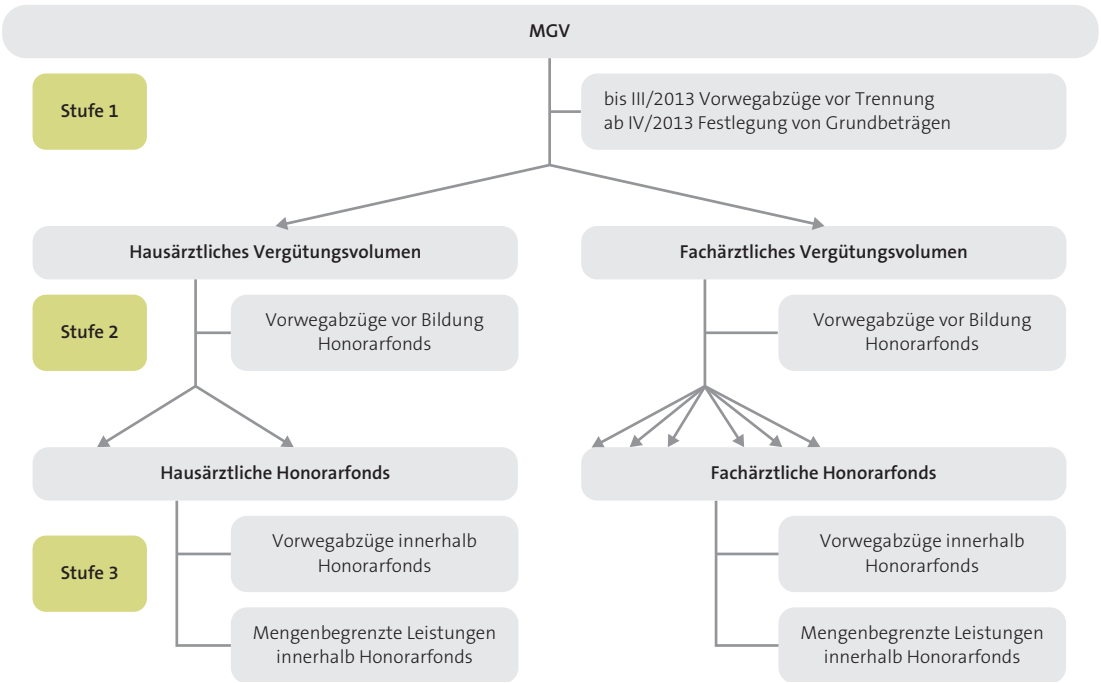
Die Honorarverteilung stellt sich im Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung relativ einfach dar. In diesem Bereich von den Ärzten erbrachte Leistungen werden von der KV RLP mit festem Punktwert, in der Regel mit dem Orientierungswert, bezahlt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Wesentlich komplexer ist die Honorarverteilung im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Wie oben bereits beschrieben, zahlen hier die Krankenkassen mit befreiender Wirkung unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang der Ärzte eine begrenzte Geldmenge an die KV RLP. Über die Berechnung von Punktwerten für die erbrachten Leistungen wird nach den Vorgaben des Honorarverteilungsmaßstabes diese begrenzte Geldmenge an die Ärzte verteilt. Die Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Rheinland-Pfalz lässt sich in drei Stufen unterteilen.

Stufe 1: Trennung der MGV
Bildung von Vorwegabzügen und anschließende Trennung der MGV in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich (Regelung bis zum Quartal III/2013) beziehungsweise Festlegung von Grundbeträgen (Neuregelung ab dem Quartal IV/2013)

Stufe 2: Bildung von Honorarfonds
Bildung von Vorwegabzügen innerhalb des haus- und innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereiches und anschließende Bildung von Honorarfonds für die einzelnen Fachgruppen

Stufe 3: Vergütung der Fachgruppen
Vergütung der Leistungen innerhalb der Honorarfonds nach Vorwegleistungen und mengenbegrenzten Leistungen

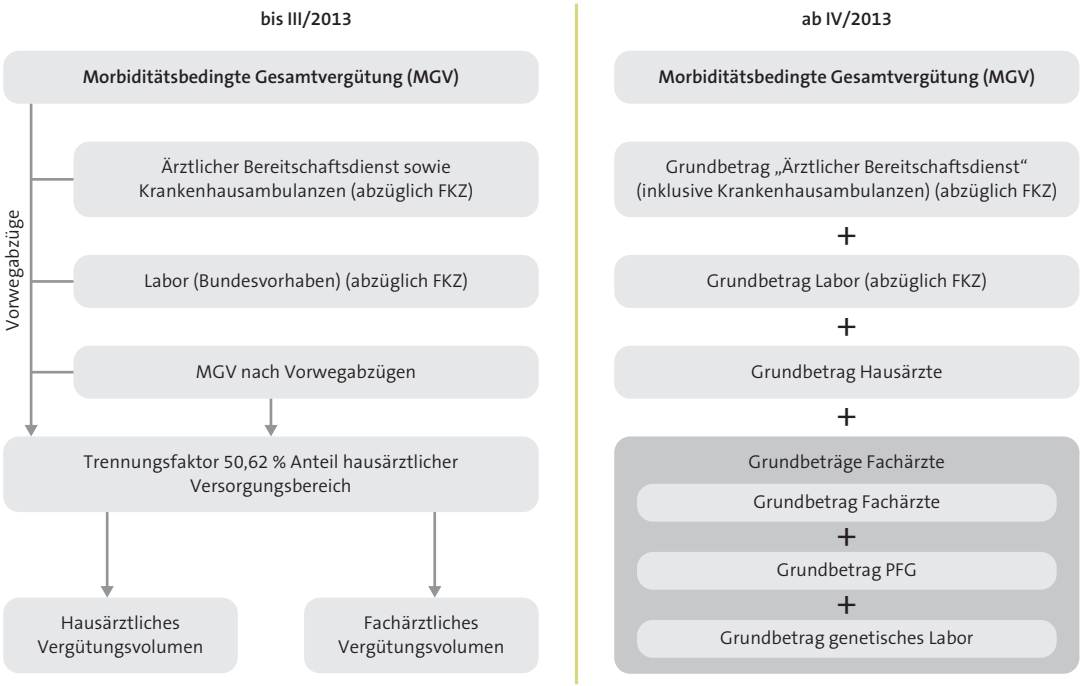
ABBILDUNG 6.1 STUFEN DER HONORARVERTEILUNG



6.1 STUFE 1: TRENNUNG DER MGV

Ab dem Quartal IV/2013 gab es Änderungen in der Verteilung der MGV. Im folgenden Kapitel 6.1.1 werden daher zunächst die Regelungen bis zum dritten Quartal 2013 erläutert. Die neuen Regelungen ab dem vierten Quartal 2013 finden sich in Kapitel 6.1.2.

ABBILDUNG 6.2 STUFE 1: TRENNUNG DER MORBIDITÄTSBEDINGTEN GESAMTVERGÜTUNG



6.1.1 Stufe 1 bis zum Quartal III/2013

6.1.1.1 Vorwegabzüge vor der Trennung der MGV

Vor der Trennung der MGV in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil wurden von der MGV zunächst Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie Laborleistungen abgezogen (Vorwegabzüge). Diese beiden Leistungsbereiche wurden von Haus- und Fachärzten etwa hälftig entsprechend dem Trennungsfaktor getragen. Dies bedeutet, dass Honorarsteigerungen bei den Vorwegleistungen vor Trennung von dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich gemeinsam finanziert wurden. Die Finanzierung des Bereitschaftsdienstes erfolgte gemeinsam durch Haus- und Fachärzte, da beide Versorgungsbereiche den gemeinsamen gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung (Sicherstellungsauftrag) haben.

Die gemeinsame Finanzierung von Laborleistungen durch Haus- und Fachärzte ist damit begründet, dass Laborleistungen zwar überwiegend durch Fachärzte erbracht werden, aber der Auftrag zur Erbringung der Laborleistung überwiegend vom Hausarzt kommt.

ABBILDUNG 6.3A VORWEGABZÜGE VOR TRENNUNG DER MGV

	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) *	288.064.809 €	294.692.285 €	284.560.541 €
Abzüglich Vorwegabzug Labor und Wirtschaftlichkeitsbonus	28.307.916 €	26.038.650 €	26.600.233 €
Abzüglich Vorwegabzug Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen	6.930.434 €	6.761.503 €	6.360.873 €
Bereinigte MGV vor Trennung	**252.826.459 €**	**261.892.132 €**	**251.599.435 €**
Hausarztanteil	50,62 %	50,62 %	50,62 %
Facharztanteil	49,38 %	49,38 %	49,38 %
Hausärztliches Vergütungsvolumen	**127.980.754 €**	**132.569.797 €**	**127.359.634 €**
Fachärztliches Vergütungsvolumen	**124.845.706 €**	**129.322.335 €**	**124.239.801 €**

* Nach Bereinigung um antragspflichtige Psychotherapie sowie Probatorik von Arztgruppen nach § 87 Abs. 2 SGB V

Der verbleibende Geldbetrag nach Vergütung der Vorwegleistungen wird mittels des Trennungsfaktors nun in ein haus- und ein fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt und abschließend einer Konvergenzregelung unterzogen. Diese Konvergenzregelung soll sicherstellen, dass kein Versorgungsbereich im Vergleich zum Vorjahresquartal (unter Berücksichtigung der Veränderung der MGV) zulasten des anderen Versorgungsbereichs um mehr als fünf Prozent zunimmt. Diese Konvergenzregelung kam im Jahre 2013 nicht zur Anwendung.

6.1.1.2 Trennung der MGV

Während die Gesamtvergütung von den Krankenkassen gesamthaft für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgt und nicht nach Haus- und Fachärzten getrennt wird, erfolgt die Honorarverteilung aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe (§ 87b Abs. 4 SGB V) seit dem Jahr 2000 grundsätzlich nach Haus- und Fachärzten getrennt. Auf Basis von § 87b Abs. 4 SGB V regeln die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung im Teil B die Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Verteilungsvolumen. Dieser Teil B wurde zum vierten Quartal 2013 neu gefasst, weshalb in diesem Kapitel zunächst die Regelung für die ersten drei Quartale 2013 erläutert wird.

6.1.1.3 Berechnung des Trennungsfaktors

In insgesamt 29 Rechenschritten wird die MGV in einen haus- und einen fachärztlichen Teil aufgeteilt. Die ersten 15 Schritte befassen sich mit der Berechnung eines Trennungsfaktors, der auf Basis des ersten Halbjahres 2009 berechnet wird. Dieser Trennungsfaktor gilt seit dem dritten Quartal 2010 und beträgt in Rheinland-Pfalz 50,62 Prozent der MGV zugunsten des hausärztlichen Vergütungsvolumens. Dieser Hausarztanteil ist von KV zu KV verschieden und richtet sich nach der Versorgungsstruktur im jeweiligen Bundesland. So haben Stadtstaaten einen höheren Facharztanteil als Flächenländer. Der Hausarztanteil liegt in Rheinland-Pfalz über dem Bundesdurchschnitt.

6.1.2 Stufe 1 ab dem Quartal IV/2013

Zum vierten Quartal 2013 wurde der Teil B der Vorgaben zur Honorarverteilung der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V geändert. Ziel dieser Neufassung ist die Bildung einzelner Grundbeträge. Damit entfallen in dieser Stufe der Honorarverteilung die Vorwegabzüge von der MGV und die anschließende Trennung in einen haus- und fachärztlichen Teil nach konkreten Trennungsfaktoren.

6.1.2.1 Erstmalige Bildung von Grundbeträgen
Seit dem Quartal IV/2013 bis zum Quartal III/2014 werden einzelne, voneinander unabhängige Grundbeträge bestimmt. Diese können zukünftig unabhängig voneinander weiterentwickelt werden (Abb. 6.2).

Neben den versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträgen für Haus- und Fachärzte gibt es einen Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und einen für Laborleistungen.

Während es für den hausärztlichen Bereich nur den Grundbetrag Hausärzte gibt, ist in den Teilen G und H der KBV-Vorgaben geregelt, dass neben einem Grundbetrag Fachärzte zusätzlich ein Grundbetrag für das genetische Labor und einer für die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung („PFG“) zu bilden sind.

Die Grundbeträge wurden vom 1. Oktober 2013 bis zum 30. September 2014 quartalsweise zunächst nach den bisherigen KBV-Vorgaben zur Bestimmung der Vorwegabzüge für Labor und ärztlichen Bereitschaftsdienst sowie den haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumina gebildet. Der Grundbetrag PFG ergibt sich aus Einsparungen durch die EBM-Änderungen beim Wirtschaftlichkeitsbonus und den Dialyse-Sachkosten, der MGV-Veränderungsrate des fachärztlichen Versorgungsbereiches, aus zusätzlichen Mitteln in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro je Quartal aufgrund von Bundesvorgaben sowie aus zusätzlich mit den Verbänden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz regional vereinbarten Mitteln von 2,8 Millionen Euro, die zwei Prozent der fachärztlichen Gesamtvergütung entsprechen.

Durch die Bildung eines Grundbetrags für die PFG findet in Rheinland-Pfalz seit dem vierten Quartal 2013 eine stärkere Förderung der fachärztlichen Grundversorgung statt als in anderen KVen. Dadurch steht im vierten Quartal 2013 im Vergleich zu den ersten drei Quartalen des Jahres ein entsprechend geringerer Betrag für die Honorarfonds im fachärztlichen Bereich zur Verfügung.

Während der fachärztliche Teil der in Rheinland-Pfalz extra vereinbarten Mittel von zwei Prozent zusätzlich in den Grundbetrag der PFG fließt und damit die fachärztliche Grundversorgung gefördert wird, wird mit dem hausärztlichen Teil über die Finanzierung der neu eingeführten Leistungen (zum Beispiel geriatrischen Versorgung, Palliativmedizin, sozialpädiatrischen Versorgung) die hausärztliche Grundversorgung unterstützt.

Durch den Honorarvertrag 2013 mit den Krankenkassen stehen in Rheinland-Pfalz also zusätzlich weitere zwei Prozent für die haus- und fachärztliche Grundversorgung zur Verfügung. Während der hausärztliche Teil für die Finanzierung der neu eingeführten Leistungen (zum Beispiel geriatrischen Versorgung, Palliativmedizin, sozialpädiatrischen Versorgung) verwendet wird, fließt der fachärztliche Teil zusätzlich in den Grundbetrag PFG und führt damit zu einer zusätzlichen Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Der Grundbetrag genetisches Labor erfolgt durch das tatsächlich ausbezahlte Honorar der humangenetischen GOPs im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung des FKZ.

Diese Grundbeträge werden durch die Anzahl der Versicherten im Vorjahresquartal dividiert, so je Versichertem bestimmt und getrennt voneinander fortentwickelt. Mit der Einführung der neuen MGV-Trennungsvorgaben wurde in der KBV eine Arbeitsgruppe Zertifizierung eingesetzt, die die Umsetzung dieser Vorgaben auf ihre Korrektheit hin überprüft. Nach Abschluss dieser Überprüfung wurde die Umsetzung der Vorgaben für das vierte Quartal 2013 durch die KV RLP am 30. Juni 2014 von der KBV ohne Beanstandungen zertifiziert. Darüber hinaus wird der Revisionsverband durch die KV RLP jedes Jahr beauftragt, die gesamte Honorarverteilung eines Quartals zu überprüfen.

ABBILDUNG 6.3B GRUNDBETRÄGE VOR TRENNUNG DER MGV

	Quartal IV/2013	
	Grundbetrag	**Tatsächliche Vergütung**
Grundbetrag Labor	22.081.700 €	24.501.980 €
Grundbetrag organisierter Notfalldienst (Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen)	6.755.927 €	6.952.074 €
Grundbetrag Hausärzte	131.078.241 €	129.767.341 €
Grundbetrag Fachärzte, ohne PFG und genetisches Labor	115.987.254 €	114.149.447 €
Grundbetrag PFG	6.025.464 €	6.025.464 €
Grundbetrag genetisches Labor	1.763.071 €	2.295.351 €
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) *	**283.691.656 €**	**283.691.656 €**

* Nach Bereinigung um antragspflichtige Psychotherapie sowie Probatorik von Arztgruppen nach §87 Abs. 2 SGB V

6.1.2.2 Tatsächliche Vergütung innerhalb der Grundbeträge

Liegt das tatsächliche Vergütungsvolumen für den Bereitschaftsdienst und für Laborleistungen über den hierfür gebildeten Grundbeträgen, so werden die Differenzbeträge anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag finanziert. Liegt das tatsächliche Vergütungsvolumen für das genetische Labor (Humangenetik) über dem hierfür gebildeten Grundbetrag, so wird die Differenz aus dem fachärztlichen Grundbetrag finanziert.

6.2 STUFE 2: BILDUNG VON HONORARFONDS

Ab der Stufe 2 folgt die Honorarverteilung ab dem Quartal IV/2013 wieder den gleichen Prinzipien wie bis zum Quartal III/2013. Nach Trennung in die beiden Versorgungsbereiche erfolgt die Honorarverteilung nach Haus- und Fachärzten völlig getrennt voneinander. Dies bedeutet, dass eine Zunahme des Leistungsumfanges im fachärztlichen Bereich nicht zulasten der Vergütung im hausärztlichen Bereich geht und umgekehrt. Die Verteilungssystematik ist zwar bei Haus- und Fachärzten spiegelbildlich, die errechneten Punktwerte für die mengenbegrenzten Leistungen durch die strikte Trennung aber unterschiedlich. Innerhalb des jeweiligen Versorgungsbereiches unterscheidet sich die Honorarverteilung nach dem Budget für die einzelnen Fachgruppen (Honorarfonds) und den ohne Budgetierung vergüteten Leistungen (Vorwegabzüge).

6.2.1 Vorwegabzüge vor Bildung von Honorarfonds

In den Vergütungsvolumina der Hausärzte und der Fachärzte gibt es zum einen wiederum Vorwegabzüge, die von allen Fachgruppen des jeweiligen Versorgungsbereiches finanziert werden. Dazu zählen auch die versorgungsbereichsspezifischen Nettozahlungen im FKZ an andere KVen. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass der überwiegende Teil des FKZ-Saldos durch fachärztliche Leistungen beeinflusst wird. Darüber hinaus kann der Vorstand der KV RLP beschließen, im jeweiligen Versorgungsbereich Rückstellungen zu bilden beziehungsweise diese aufzulösen.

6.2.1.1 Vorwegabzüge im hausärztlichen Bereich

In den Jahren 2009 bis 2011 konnten viele hausärztliche Praxen die ihnen zustehenden Regelleistungsvolumina (RLV) nicht ausschöpfen und erhielten daher geringere Honorare. Die nicht ausgeschöpften Honorare dieser Praxen wurden auf einem gesonderten Konto „geparkt“, das nur für die hausärztliche

Vergütung zur Verfügung steht. Aus diesen Mitteln wurden in den vier Quartalen des Jahres 2013 jeweils zusätzlich 4,5 Millionen Euro in die Honorarverteilung im hausärztlichen Bereich eingestellt.

ABBILDUNG 6.4 STUFE 2: BILDUNG HAUSÄRZTLICHER HONORARFONDS

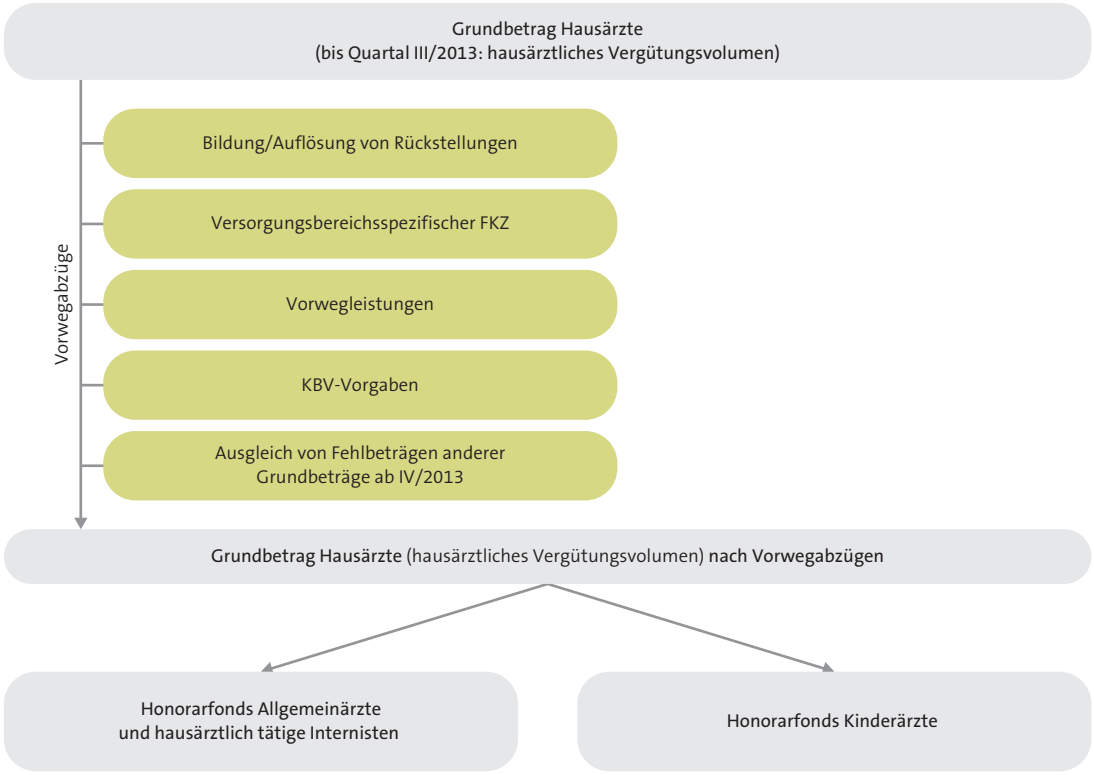


ABBILDUNG 6.5 VORWEGABZÜGE IM HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013	Quartal IV/2013
Grundbetrag Hausärzte (hausärztliches Vergütungsvolumen)	127.980.754 €	132.569.797 €	127.359.634 €	131.078.241 €
Vorwegabzug „Bildung/Auflösung von Rückstellungen“:				
Sonderzahlung aus Schwankungsreserve Hausärzte	4.500.000 €	4.500.000 €	4.500.000 €	4.500.000 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:				
FKZ Hausärzte im Vorjahresquartal	-778.275 €	-827.058 €	-897.222 €	-898.980 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:				
Kosten Kapitel 40 EBM in MGV	-274.751 €	-274.179 €	-273.864 €	-263.999 €
Vorwegabzug „KBV-Vorgaben“:				
15 % von 0,1635 % der MGV	74.008 €	75.493 €	68.491 €	bereits berücksichtigt
MGV-Bereinigung antragspflichtige PT	-419.920 €	-371.394 €	-376.113 €	bereits berücksichtigt
Anteil von 70 % an MGV-Bereinigung Morbi-RSA	-37.603 €	-37.545 €		
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge ab IV/2013“:				
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Labor				-1.225.146 €
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst				-85.754 €
Grundbetrag Hausärzte (hausärztliches Vergütungsvolumen) **vor Aufteilung in Honorarfonds**	**131.044.212 €**	**135.635.114 €**	**130.380.926 €**	**133.104.362 €**

6.2.1.2 Vorwegabzüge im fachärztlichen Bereich

Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird als Vorwegleistung an dieser Stelle ein Honorarfonds für die budgetierten Leistungen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gebildet. Dieser Honorarfonds ergibt sich nach dem Anteil dieser Leistungen am fachärztlichen Punktzahlvolumen des Vorjahres. Der Punktwert für diese psychotherapeutischen Leistungen berechnet sich durch Gegenüberstellung des Honorarfonds mit dem abgerechneten Punktzahlvolumen des jeweiligen Quartals.

ABBILDUNG 6.6 STUFE 2: BILDUNG FACHÄRZTLICHER HONORARFONDS

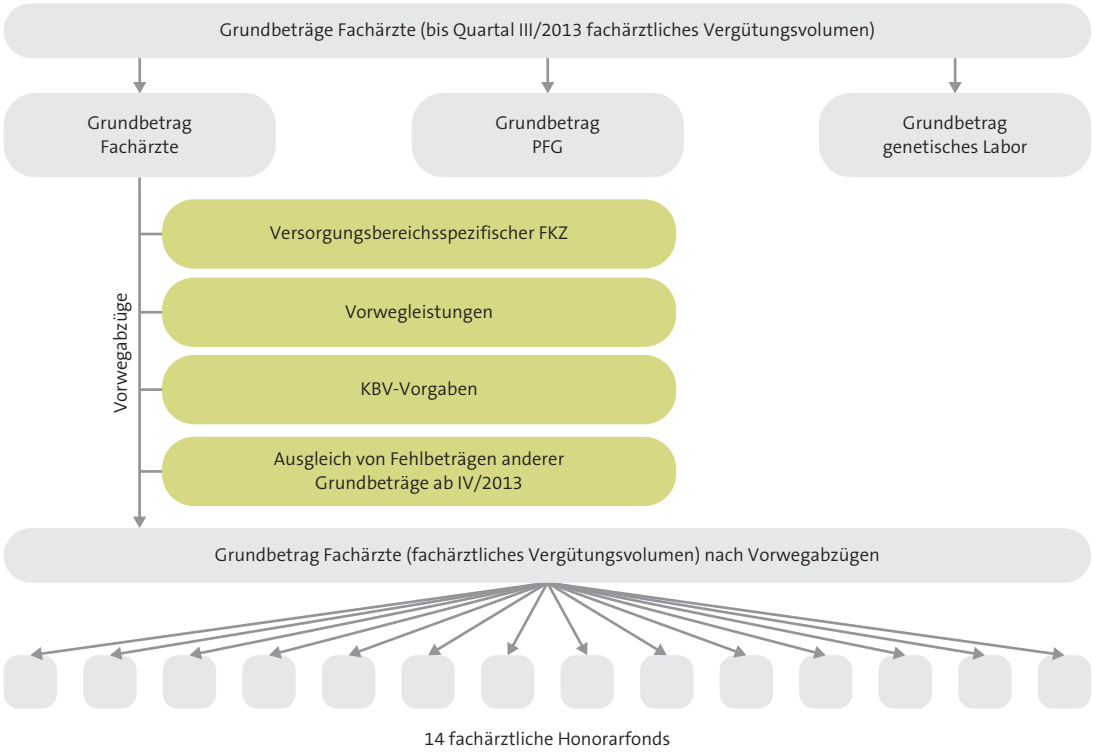


ABBILDUNG 6.7 VORWEGABZÜGE IM FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013	Quartal IV/2013
Grundbetrag Fachärzte (fachärztliches Vergütungsvolumen)	**124.845.706 €**	**129.322.335 €**	**124.239.801 €**	**115.987.254 €**
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:				
FKZ Fachärzte im Vorjahresquartal	-4.720.067 €	-5.034.359 €	-4.571.143 €	-5.351.408 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:				
Kosten Kapitel 40 EBM in MGV	-3.149.943 €	-3.120.071 €	-3.049.817 €	-3.034.909 €
Honorarfonds übrige Psychotherapie	-2.024.565 €	-2.103.542 €	-2.025.654 €	-1.960.758 €
Rückstellung 0,5 % für Härtefälle gemäß HVM	-626.325 €	-648.751 €	-624.341 €	-532.280 €

| WEITER AUF SEITE 35

| WEITER VON SEITE 34

	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013	Quartal IV/2013
Vorwegabzug „KBV-Vorgaben“:				
Anteil von 70 % an MGV-Bereinigung Morbi-RSA	-16.116 €	-16.091 €		
85 % von 0,1635 % der MGV	419.377 €	427.796 €	388.113 €	bereits berücksichtigt
Zusätzliche Finanzmittel für fachärztliche Versorgung			240.197 €	fließt jetzt in PFG
MGV-Bereinigung Probatorik	-2.112.838 €	-1.819.035 €	-1.888.998 €	bereits berücksichtigt
MGV-Bereinigung Nephrologie			-2.700.127 €	bereits berücksichtigt
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge ab IV/2013“:				
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Labor				-1,195,134 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst				-110,394 €
Grundbetrag Fachärzte (fachärztliches Vergütungsvolumen) **vor Aufteilung in Honorarfonds**	**112.615.229 €**	**117.008.282 €**	**110.008.031 €**	**103.802.371 €**

6.2.2 Bildung von Honorarfonds

Nach der Vergütung der Vorwegleistungen innerhalb des haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiches werden Honorarfonds für die jeweiligen Fachgruppen auf Basis der Leistungsbedarfsanteile im Vorjahr gebildet. Dies bedeutet: Je stärker der Leistungszuwachs einer Fachgruppe im Vergleich zu den übrigen Fachgruppen des Versorgungsbereiches ist, desto höher ist im kommenden Jahr ihr Anteil am Honorarvolumen nach Abzug der Vorwegleistungen.

Der verbleibende Geldbetrag eines jeden Versorgungsbereichs nach Vergütung der Vorwegleistungen wird nun unter der Berücksichtigung einer Honorarklammer auf die einzelnen Honorarfachgruppen verteilt. Die Honorarklammer sorgt dafür, dass sich das so ermittelte Honorar jeder Fachgruppe vor Verteilung von Honorarzuwächsen und aufgelösten Rückstellungen und unter Berücksichtigung von EBM-Änderungen um maximal fünf Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal verändert. Erst im Anschluss werden die Honorarzuwächse und Rückstellungen verteilt, sodass insgesamt auch Zuwächse von mehr als fünf Prozent möglich sind. Durch die Honorarklammer wird somit die Umverteilung zwischen den Fachgruppen eines Versorgungsbereiches aufgrund veränderter Honoraranteile auf maximal fünf Prozent begrenzt.

ABBILDUNG 6.8 HONORARFONDS DER HAUSÄRZTE UND FACHÄRZTE NACH HONORARKLAMMER

Fachgruppe	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013	Quartal IV/2013	2013 gesamt
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	119.060.616 €	123.231.694 €	118.457.986 €	120.927.747 €	481.678.042 €
Kinderärzte	11.983.596 €	12.403.420 €	11.922.941 €	12.176.615 €	48.486.572 €
Grundbetrag Hausärzte (hausärztliches Vergütungsvolumen)	**131.044.212 €**	**135.635.114 €**	**130.380.926 €**	**133.104.362 €**	**530.164.615 €**

Fachgruppe	Quartal I/2013	Quartal II/2013	Quartal III/2013	Quartal IV/2013	2013 gesamt
Anästhesisten	1.029.764 €	1.102.528 €	1.031.826 €	1.009.662 €	4.173.781 €
Augenärzte	9.538.016 €	10.078.410 €	9.557.111 €	9.351.824 €	38.525.362 €
Chirurgen	6.554.114 €	6.925.450 €	6.567.236 €	6.426.171 €	26.472.971 €
Gynäkologen	10.096.783 €	10.668.836 €	10.116.997 €	9.899.684 €	40.782.299 €
HNO-Ärzte	7.522.926 €	7.949.152 €	7.537.987 €	7.376.071 €	30.386.136 €
Hautärzte	4.280.419 €	4.522.935 €	4.288.989 €	4.196.861 €	17.289.204 €
Fachärztliche Internisten	19.213.275 €	20.301.840 €	17.297.651 €	16.926.097 €	73.738.863 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP	11.148.591 €	11.236.053 €	10.654.876 €	10.426.008 €	43.465.527 €
Orthopäden, Reha-Mediziner	11.092.901 €	11.701.696 €	11.096.433 €	10.858.081 €	44.749.111 €
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	17.282.876 €	18.262.070 €	17.317.476 €	16.945.496 €	69.807.918 €
Urologen	4.422.936 €	4.673.526 €	4.431.791 €	4.336.596 €	17.864.848 €
Auftragsärzte gesamt	5.782.908 €	5.002.689 €	6.382.601 €	2.432.340 €	19.600.538 €
Ermächtigte Vertragsärzte	3.753.536 €	3.723.761 €	2.829.080 €	2.738.791 €	13.045.168 €
Nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	896.183 €	946.958 €	897.978 €	878.689 €	3.619.808 €
Grundbetrag Fachärzte (fachärztliches Vergütungsvolumen)	**112.615.229 €**	**117.095.904 €**	**110.008.031 €**	**103.802.371 €**	**443.521.535 €**

Im 1. Quartal 2013 ergab sich bei den Auftragsärzten rechnerisch ein Punktwert oberhalb des Orientierungswertes. Da der HVM als Höchstpunktwert dieser Fachgruppe den Orientierungswert vorsieht, wurde der überschüssige Betrag in Höhe von 87.622 € dem Honorarfonds im Quartal I/2013 entnommen und im Quartal II/2013 wieder zugeführt.

6.3 STUFE 3: VERGÜTUNG INNERHALB DER FACHGRUPPENSPEZIFISCHEN HONORARFONDS

6.3.1 Vorwegleistungen innerhalb des Honorarfonds

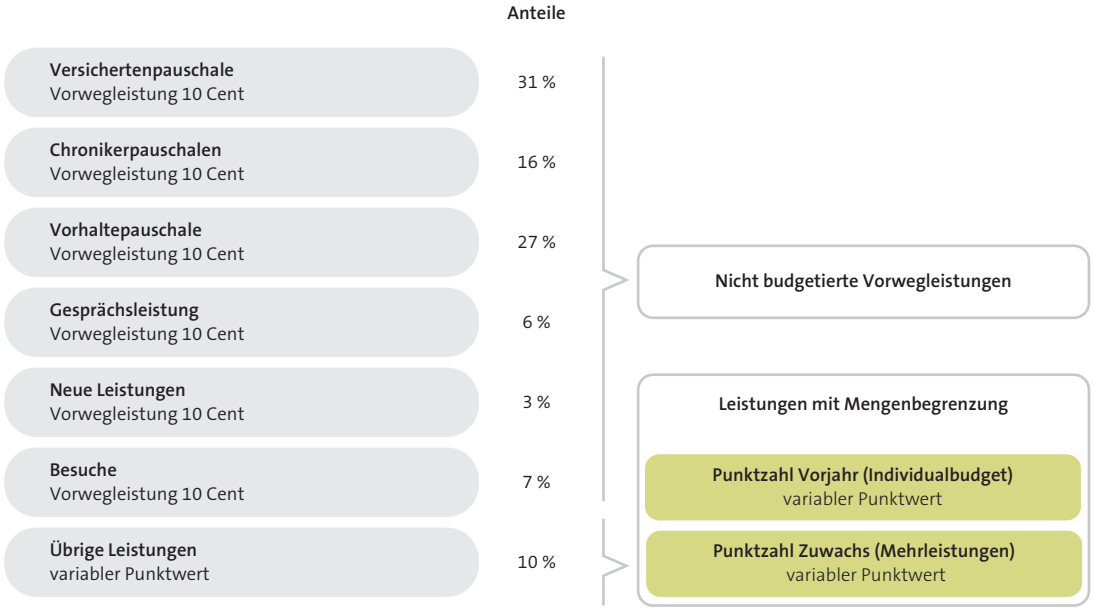
Aus den Honorarfonds der einzelnen Honorarfachgruppen werden nun Leistungen vorweg vergütet. Im HVM, der von der Vertreterversammlung bestimmt wird, ist in den Punkten 5 und 6 der Anlage 1 geregelt, welche Leistungen mit welchem Punktwert aus den Honorarfonds vorab vergütet werden und welche Leistungen einer Mengenbegrenzung unterliegen. Hierzu gibt es keine Vorgaben auf Bundesebene. Der Umfang der Vorwegleistungen kann von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich ausfallen. Bei den meisten Fachgruppen werden die Grundpauschalen vorab zu einem festen Punktwert vergütet. Dies bedeutet, dass die Vergütung für diese Vorwegleistungen innerhalb der Fachgruppe intern finanziert wird und damit nicht zulasten von anderen Fachgruppen geht.

Bei den Hausärzten werden ab dem vierten Quartal 2013 neben der Versichertenpauschale und Haus- und Heimbesuchen auch die neuen EBM-Leistungen wie Gesprächsziffer, Chronikerpauschalen, Vorhaltepauschale sowie geriatrische und palliativmedizinische Leistungen vorweg vergütet. Dadurch unterliegen im hausärztlichen Bereich im vierten Quartal 2013 nur noch rund zehn Prozent aller Leistungen einer Mengenbegrenzung.

ABBILDUNG 6.9 ANTEIL DER VORWEGLEISTUNGEN UND MENGENBEGRENZTEN LEISTUNGEN INNERHALB DER HONORARFONDS

	Anteil Vorwegleistungen	Anteil mengenbegrenzte Leistungen	Anteil Vorwegleistungen	Anteil mengenbegrenzte Leistungen
	I bis III/2013	I bis III/2013	IV/2013	IV/2013
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	74,2 %	25,8 %	91,6 %	8,4 %
Kinderärzte	80,0 %	20,0 %	85,9 %	14,1 %
Anästhesisten	29,0 %	71,0 %	28,9 %	71,1 %
Augenärzte	26,1 %	73,9 %	26,6 %	73,4 %
Chirurgen	59,9 %	40,1 %	59,0 %	41,0 %
Gynäkologen	55,4 %	44,6 %	56,3 %	43,7 %
HNO-Ärzte	66,3 %	33,7 %	65,2 %	34,8 %
Hautärzte	1,1 %	98,9 %	66,9 %	33,1 %
Fachärztliche Internisten	1,6 %	98,4 %	1,3 %	98,7 %
„Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP“	1,6 %	98,4 %	1,6 %	98,4 %
Orthopäden, Reha-Mediziner	45,6 %	54,4 %	46,0 %	54,0 %
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	0,0 %	100,0 %	0,0 %	100,0 %
Urologen	61,2 %	38,8 %	61,3 %	38,7 %
Ermächtigte Vertragsärzte	1,5 %	98,5 %	2,7 %	97,3 %
Schmerzzentren	0,2 %	99,8 %	0,3 %	99,7 %

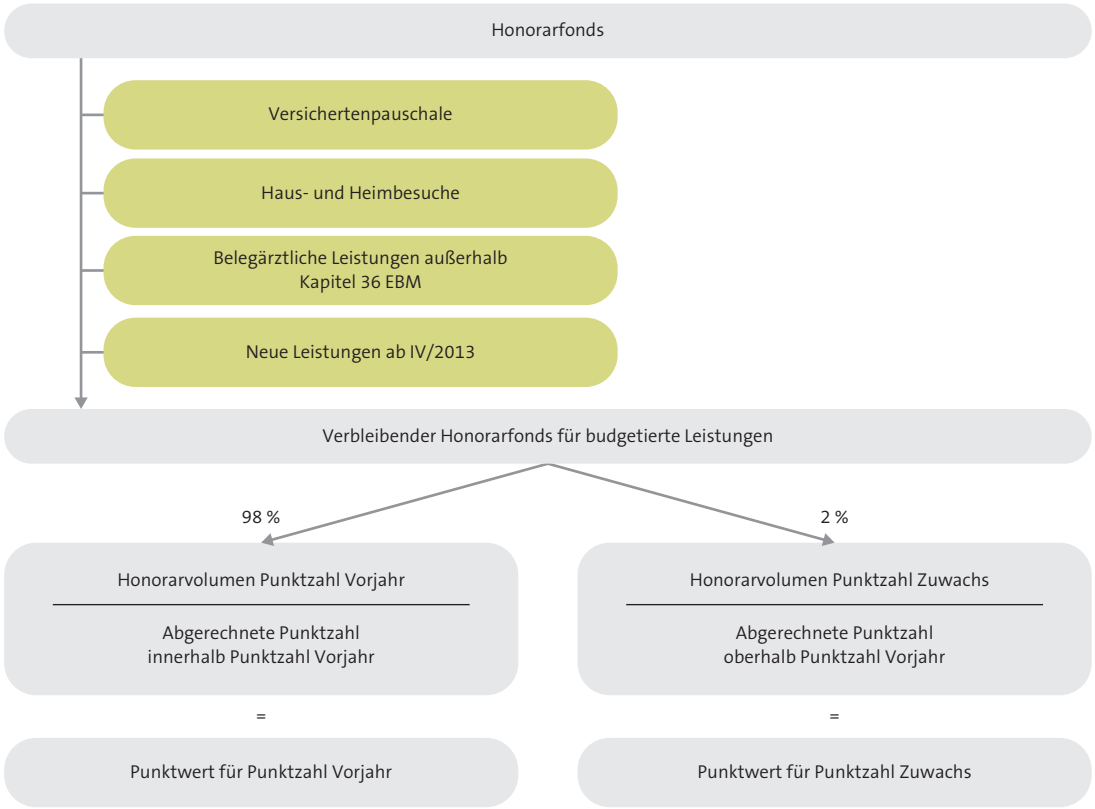
ABBILDUNG 6.10 STRUKTUR DES HONORARFONDS FÜR ALLGEMEINÄRZTE, HAUSÄRZTLICH TÄTIGE INTERNISTEN UND KINDERÄRZTE AB DEM QUARTAL IV/2013



6.3.2 Vergütung der Leistungen mit Mengenbegrenzung

Zunächst werden alle Vorwegleistungen aus den Honorarfonds vergütet. Der verbleibende Geldbetrag wird zur Berechnung der Punktwerte für die budgetierten Leistungen im Verhältnis 98 Prozent zu zwei Prozent aufgeteilt. Den 98 Prozent werden die abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt, die alle Ärzte der entsprechenden Fachgruppe innerhalb ihres Budgets (PZ Vorjahr) angefordert haben. Aus der Division ergibt sich ein Punktwert für die abgerechneten Leistungen innerhalb einer Fachgruppe. Analog wird mit den zwei Prozent und den Leistungen, die alle Ärzte der Fachgruppe oberhalb ihres Budgets (PZ Zuwachs) angefordert haben, ein Punktwert für diese Leistungen berechnet.

ABBILDUNG 6.11 BERECHNUNG DER PUNKTWERTE FÜR MENGENBEGRENZTE LEISTUNGEN INNERHALB DER HONORARFONDS



Eine Ausnahme bilden die Fachgruppen der Auftragsärzte und der Ermächtigten, für die keine individuelle Budgetierung durchgeführt und somit auch nur ein Punktwert für alle Leistungen errechnet wird.

Bei den Punktwerten ist neben der im HVM festgesetzten Mindesthöhe stets eine Reihenfolge einzuhalten: Der Punktwert für die Leistungen über das Budget hinaus darf den Punktwert der Leistungen innerhalb des Budgets nicht überschreiten. Ansonsten wird ein Mischpunktwert für die beiden Bereiche gebildet. Außerdem darf der Punktwert für die Vorwegleistungen nicht niedriger sein als der Punktwert für die Leistungen mit Mengenbegrenzung. Auch hier wird gegebenenfalls ein Mischpunktwert gebildet.

Im Ergebnis erhält man für das jeweilige Quartal für jede Fachgruppe einen Punktwert für die Leistungen bis zur Budgetgrenze (PW PZ Vorjahr) und einen niedrigeren Punktwert für die Leistungen oberhalb der Budgetgrenze (PW PZ Zuwachs). Gemäß HVM der KV RLP ergibt sich das Budget einer Praxis für die der Mengenbegrenzung unterliegenden Leistungen (Gesamtpunktzahl abzüglich extrabudgetärer Leistungen und Vorwegleistungen) aus dem anerkannten Punktzahlvolumen der Praxis im Vorjahresquartal. Dieses Budget wird auch PZ Vorjahr genannt und ist in Punkten festgelegt.

Die im aktuellen Quartal erbrachten Leistungen oberhalb der Budgetgrenze bei Leistungssteigerung der Praxis werden im entsprechenden Quartal des Folgejahres bei der Höhe des Budgets (PZ Vorjahr) berücksichtigt.

6.3.3 Besonderheiten

Für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) gilt: Dieses Budget wird immer bezogen auf die Praxis ermittelt, nicht auf den einzelnen Arzt. Somit können innerhalb der BAG die Leistungen untereinander verrechnet werden, das heißt Mehrarbeit von Arzt A kann durch einen geringeren Leistungsumfang von Arzt B ausgeglichen werden. In BAG mit mehreren Fachgruppen (fachübergreifende BAG) werden die Leistungen der einzelnen Ärzte innerhalb der BAG mit den Punktwerten der jeweiligen Fachgruppe unterschiedlich vergütet.

Für neu niedergelassene Ärzte gilt: Ist ein Arzt noch keine vier Jahre niedergelassen, so gilt er gemäß HVM als „Neugründer". Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum die Mengenbegrenzung ausgesetzt wird, solange er den Durchschnitt seiner Arztgruppe noch nicht erreicht hat. Diese Neugründerregelung gilt aber nur für Einzelpraxen uneingeschränkt.

In einigen Fällen ist der Vergleich einer Praxis mit der Punktzahl im Vorjahresquartal problematisch. Im HVM ist in der Anlage 2 unter Punkt 3 geregelt, unter welchen Voraussetzungen eine Anhebung des Budgets oder gar ein vollständiges Aussetzen der Mengenbegrenzung auf Antrag durch die Praxis möglich ist. Hierzu zählen unter anderem eine längere Erkrankung mit entsprechend geringerem Leistungsumfang im Vorjahresquartal, die Übernahme von Patienten eines Kollegen, der die Tätigkeit beendet hat, neue Qualifikationen oder der Umzug der Praxis.

VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN

In der Öffentlichkeit kursieren unterschiedlichste Zahlen bezüglich des Einkommens niedergelassener Ärzte. Häufig werden Irritationen dadurch hervorgerufen, dass die Ergebnisse komplexer Erhebungen wie des Zi-Praxis-Panels, des KBV-Honorarberichts oder der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamts verkürzt oder zu undifferenziert dargestellt werden. Dabei werden mitunter Praxiswerte nicht auf den Arzt heruntergebrochen oder es wird Umsatz mit Einkommen gleichgesetzt.

Zunächst erwirtschaftet eine Arztpraxis einen Umsatz, dessen überwiegender Anteil von rund 75 Prozent in der Regel durch gesetzlich Versicherte erzielt wird. Weitere Umsatzbestandteile bilden privatärztliche sowie sonstige selbstständige ärztliche Tätigkeiten. Unter Letzteres fallen auch die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Umsätze variieren insbesondere durch den Nicht-GKV-Anteil und durch das Leistungsspektrum, das die Praxis anbietet. Auch innerhalb einer Arztgruppe können somit deutliche Unterschiede entstehen. Ein ambulant operativ tätiger Augenarzt mit einem hohen Anteil an privatversicherten Patienten und einer Tätigkeit im Krankenhaus verfügt über deutlich höhere Umsätze als ein konservativ tätiger Augenarzt, der fast ausschließlich gesetzlich versicherte Patienten behandelt. Ein direkter Rückschluss auf das Nettoeinkommen eines Arztes kann jedoch nicht gezogen werden, da von diesem Umsatz erst einmal die Betriebsausgaben zu bestreiten sind. Diese sind bei operativ tätigen Praxen deutlich höher als bei rein konservativ tätigen Praxen.

Zieht man vom Umsatz die Betriebsausgaben ab, erhält man den Einnahmeüberschuss beziehungsweise den vorläufigen Gewinn der Praxis. Dieser betrug im Jahre 2010 gemäß Zi rund 138.000 EUR je Praxisinhaber. Dieser Wert kann aber je nach Praxis erheblich schwanken.

ABBILDUNG 7.1 JAHRESÜBERSCHUSS JE PRAXISINHABER IN 2010

		Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel 2012
Einnahmen	**GKV-Umsatz**	**198.700 €**
	Privatliquidation	53.800 €
	Sonstige	13.200 €
	Gesamtumsatz	**265.700 €**
Ausgaben	Materialkosten und Labor	6.500 €
	Personalkosten	60.400 €
	Raumkosten	16.400 €
	Beiträge/Versicherungen	6.600 €
	Abschreibungen	9.100 €
	Zinsen	3.700 €
	Leasing und Miete von Geräten	2.300 €
	Wartung und Instandhaltung	3.100 €
	Sonstiges	19.600 €
	Gesamtaufwendungen	**127.700 €**
	JAHRESÜBERSCHUSS	**138.000 €**

Quelle: ZI-Praxis-Panel 2012.

Von diesem Betrag entrichtet der Arzt noch die Tilgung seines Praxisdarlehens, Beiträge für die Altersvorsorge sowie Kranken- und Pflegeversicherung und bezahlt Einkommensteuer. Der dann verbleibende Betrag, durchschnittlich ein Viertel seines Umsatzes, stellt sein netto verfügbares Einkommen dar. Im Schnitt beträgt das Nettoeinkommen eines Arztes laut Zi-Praxis-Panel 2012 rund 5.700 EUR je Monat. Dieser Durchschnittswert kann jedoch je nach Fachrichtung sowie Anteil an Privatpatienten und Kostenstruktur stark variieren. Berücksichtigt man noch die im Vergleich zu einem Arbeitnehmer höhere Arbeitszeit eines Arztes von durchschnittlich rund 50 Wochenstunden, so kommt man auf einen durchschnittlichen Nettostundensatz von 30 Euro.

ABBILDUNG 7.2 VERFÜGBARES NETTOEINKOMMEN UND NETTOSTUNDENSATZ IN 2010

	Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel 2012
Jahresüberschuss (laut Abbildung 7.1)	**138.003 €**
abzüglich ärztliche Altersvorsorge*	18.283 €
abzüglich Kranken- und Pflegeversicherung**	7.425 €
abzüglich Einkommensteuer***	43.584 €
Verfügbares Nettoeinkommen im Jahr	**68.708 €**
monatlich verfügbares Nettoeinkommen	5.726 €
Nettostundensatz**	**30 €**

* Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 18.283 Euro/Jahr, Ärzteversorgung Aktuell 2010 Niedersachsen, Seite 9

** Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter (kinderlos).

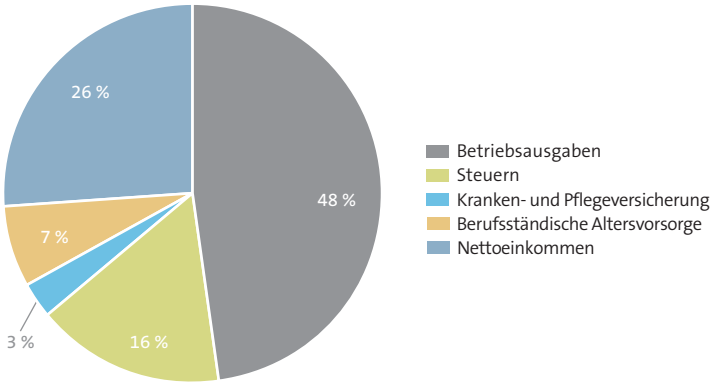
*** Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 70% der Versorgungswerkbeiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.

**** Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 49 Stunden

Quelle: Zi-Berechnung basierend auf Zi-Praxis-Panel 2012.

Die Frage nach dem konkreten Nettoeinkommen von Ärzten in Rheinland-Pfalz kann dieser Honorarbericht nicht beantworten, da der KV RLP keine umfänglichen Zahlen zur Kostenstruktur vorliegen. Vielmehr wird an dieser Stelle ein Nachweis über die Höhe der Honorarumsätze aus GKV-Tätigkeit und über deren Zustandekommen gegeben. Anhand der Zahlen auf Bundesebene ist jedoch davon auszugehen, dass einem Arzt in Rheinland-Pfalz von 100 Euro Umsatz durchschnittlich 25 Euro Nettoeinkommen verbleiben und die übrigen 75 Euro für Betriebsausgaben, Steuern und Altersvorsorge sowie Krankenversicherung aufgewendet werden müssen. Daher ist es umso wichtiger, zwischen Umsätzen und Einkommen von Ärzten zu unterscheiden.

ABBILDUNG 7.3 ANTEIL DER BETRIEBSAUSGABEN UND DES VERFÜGBAREN EINKOMMENS AM GESAMTUMSATZ



Quelle: Zi-Praxis-Panel 2012 auf Basis der Daten 2010 und eigene Berechnungen.

ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE NACH FACHGRUPPEN

Die folgenden Tabellen und Grafiken geben einen Überblick über die Entwicklung der GKV-Umsätze in Rheinland-Pfalz sowie der Entwicklung der Patientenzahlen und Arztzahlen vom Jahre 2008 bis zum Jahre 2013. Diese Zahlen sind in die Fachgruppen gemäß Honorarverteilungsmaßstab (HVM) untergliedert. Zur Interpretation der Zahlen sind die nachfolgenden Informationen nützlich.

Warum wurde das Jahr 2008 als Ausgangsbasis für die Darstellung der Honorarentwicklung gewählt?
Im Jahre 2008 wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Grundlage für die Honorarverteilung grundsätzlich geändert. Die Gebührenordnung als wesentliche Grundlage der Honorarverteilung ist somit über den gesamten Zeitraum 2008 bis 2013 weitgehend konstant geblieben und damit vergleichbar. Dies bedeutet, dass unterschiedliche Honorarentwicklungen von Fachgruppen nicht auf Änderungen im EBM zurückzuführen sind (Ausnahme siehe unten).

Welche Sondereffekte sind bei dem Vergleich mit dem Jahr 2008 zu berücksichtigen?
Bei wenigen Fachgruppen sind allerdings die Ausgangsdaten des Jahres 2008 nur bedingt aussagekräftig. Dies gilt insbesondere für die Hautärzte, da das Hautkrebsscreening erst ab dem zweiten Halbjahr 2008 eine GKV-Leistung ist. Bis zum ersten Halbjahr 2008 war dies nur als IGeL (individuelle Gesundheitsleistung) direkt mit dem Patienten abrechenbar und somit statistisch nicht erfasst. Dies gilt auch für ambulante Operationen von Augenärzten und anderen Fachgruppen, die im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung (IV-Verträge) bis einschließlich 2008 direkt zwischen Arzt und Krankenkassen ohne Beteiligung der KV abgerechnet wurden.

Bei dem Vergleich der Jahre 2008 und 2013 muss auch berücksichtigt werden, dass im Jahre 2009 bundesweit die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung deutlich erhöht wurde, da in den Jahren 1993 bis 2008 die Vergütungszuwächse im ambulanten Bereich durch die Anbindung an die beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen (Grundlohnsumme) deutlich hinter der Entwicklung der Morbidität und des damit verbundenen Behandlungsbedarfes zurückblieb. Dadurch entstand ein erheblicher Nachholbedarf, der durch die Honorarzuwächse im Jahre 2009 jedoch nur zum Teil und von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich ausgeglichen wurde.

Auswirkungen von Sonderzahlen im hausärztlichen Bereich
Im hausärztlichen Bereich sind in den GKV-Umsätzen der Jahre 2012 und 2013 auch Sonderzahlungen in Höhe von drei Prozent aufgrund der Auflösung von Rücklagen enthalten. Es handelt sich hierbei um Einmalzahlungen, das heißt um Gelder, die im Jahre 2014 nicht mehr für die Honorarverteilung zur Verfügung stehen.

Interpretation der Zahlen der fachärztlichen Internisten
Die GKV-Umsätze der fachärztlichen Internisten beinhalten auch die Dialyse-Sachkosten der Nephrologen. Diese machen annähernd 60 Prozent des Umsatzes im fachärztlich internistischen Bereich aus. Daher sind die durchschnittlichen Arztumsätze sowie auch die durchschnittlichen Fallwerte der fachärztlichen Internisten verfälscht, d. h. überhöht dargestellt.

Darstellung nach Fachgruppen versus Darstellung nach Arztgruppen
Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die Entwicklung der Umsätze nach den Honorarfachgruppen unterteilt. Insbesondere bei fachärztlichen Internisten, bei Nervenärzten und Psychiatern sowie bei Radiologen können die Umsätze und Fallwerte deutlich je nach Tätigkeitsschwerpunkt differieren. Aus diesem Grund wurden in Abschnitt 9 die Honorarzahlen des Jahres 2013 innerhalb der obigen Fachgruppen weiter nach Arztgruppen gegliedert.

Interpretation der Arztzahlen
Bei der Entwicklung der Arztzahlen von 2008 bis 2013 nach Fachgruppen (Abb. 8.6) ist zu beachten, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gezählt wurden ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfanges, mit dem sie zugelassen sind. Da in den letzten Jahren

zahlreiche Arztsitze in zwei halbe Sitze umgewandelt wurden, kommt es zu einer rechnerischen Zunahme an Arztzahlen, ohne dass eine entsprechende Zunahme des Versorgungsumfanges zugrunde liegt. Durch die Zählung der reinen „Kopfzahl“ ohne Berücksichtigung des Versorgungsumfanges kann es für das Jahr 2013 zu Abweichungen gegenüber Abschnitt 9 bezüglich des Umsatzes je Arzt kommen.

Wodurch sind die unterschiedlichen Honorarentwicklungen der Fachgruppen bedingt?

Es gibt eine Vielzahl von Ursachen, die die Honorarentwicklung der Fachgruppen beeinflussen. Hierzu zählen das Verhältnis von budgetären und extrabudgetären Leistungen, die Leistungsentwicklung bei den extrabudgetären Leistungen, eine geänderte Vergütung von extrabudgetären Leistungen und natürlich auch Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) sowie Änderungen der Gebührenordnung (EBM).

Je nach Fachgruppe können hier unterschiedliche Ursachen für die Honorarentwicklung verantwortlich sein. Eine Einzelanalyse je Fachgruppe würde den Rahmen des Honorarberichts sprengen. Die Mitarbeiter der Honorarabteilung können jedoch auf Wunsch eine individuelle Ursachenanalyse für die einzelnen Fachgruppen erstellen.

ABBILDUNG 8.1 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES DER HAUSÄRZTE

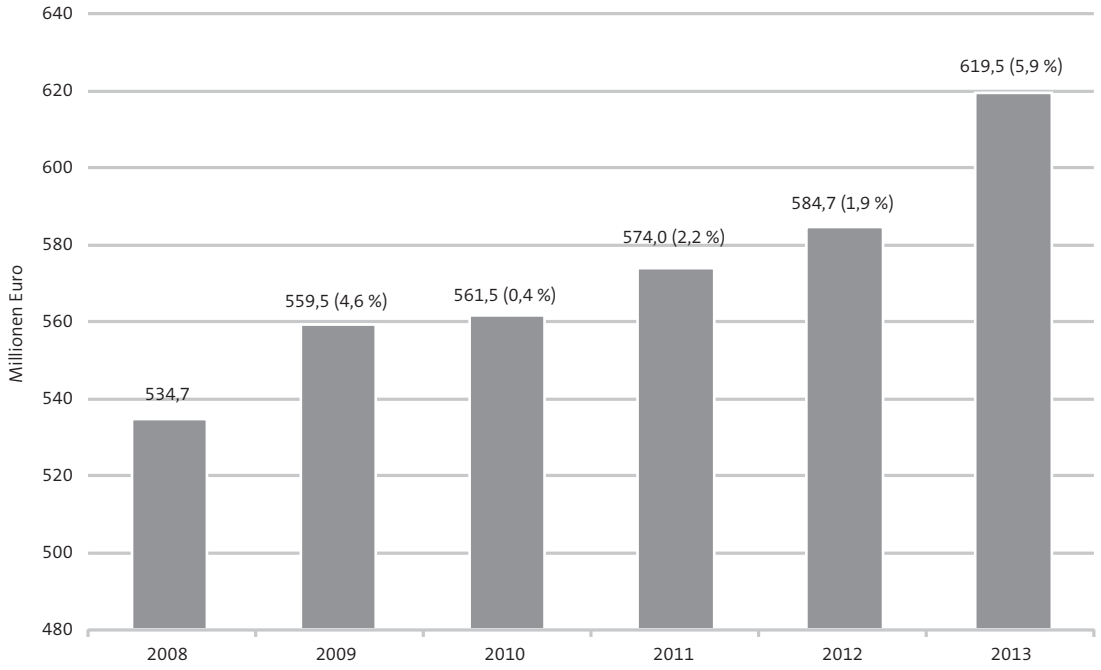


ABBILDUNG 8.2 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES DER FACHÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

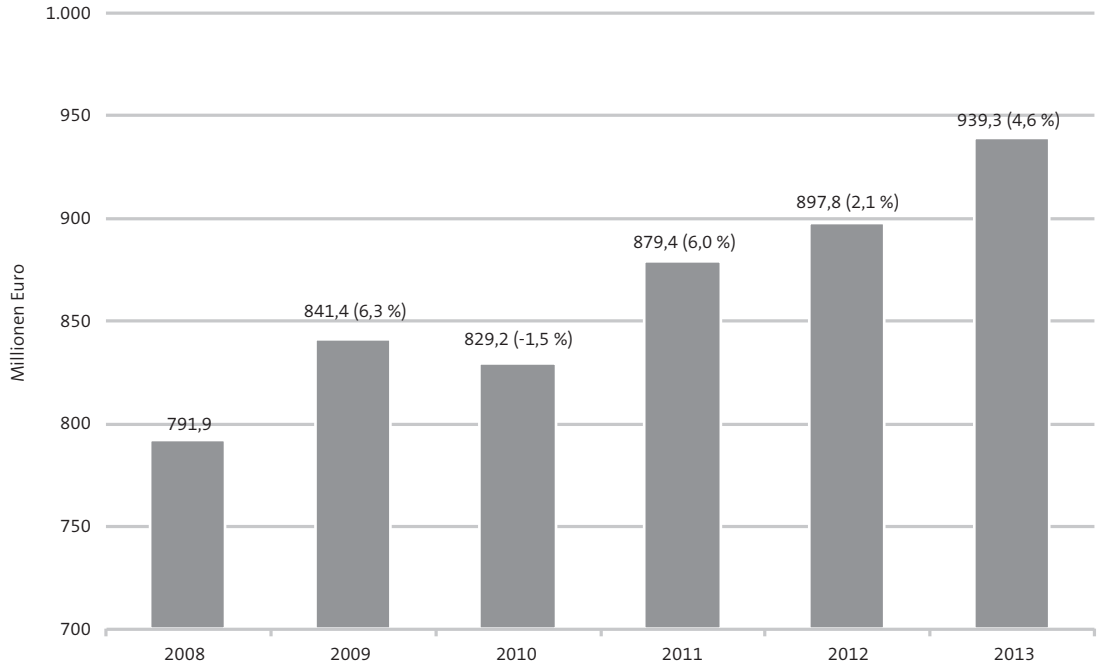


ABBILDUNG 8.3 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES VON 2008 BIS 2013

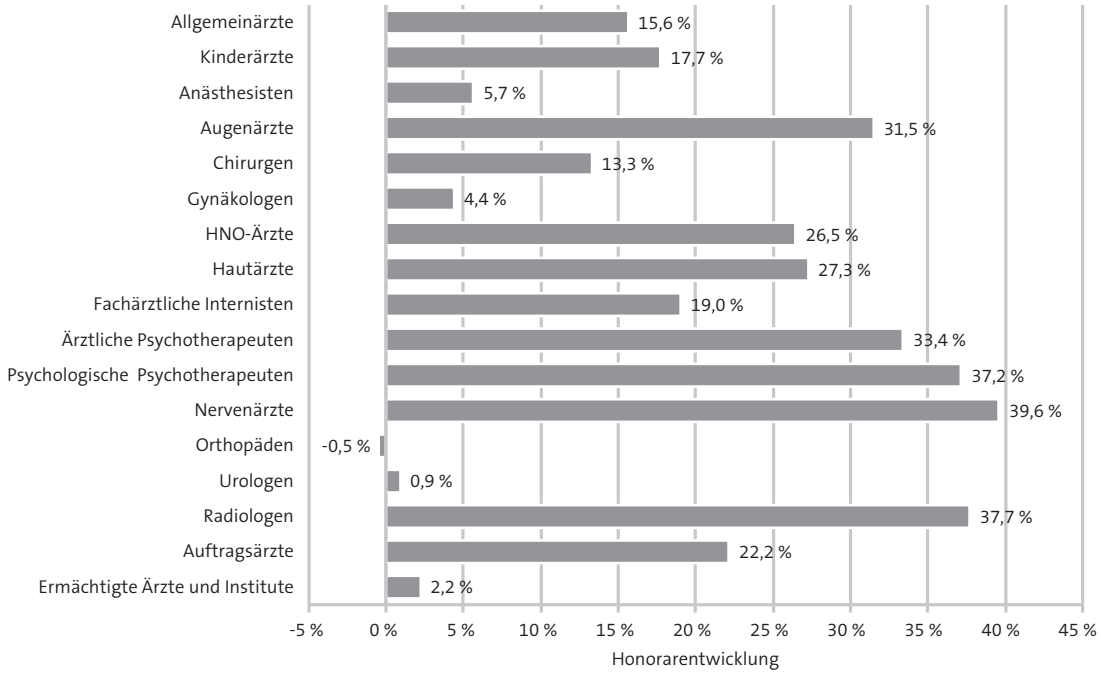


ABBILDUNG 8.4 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN VON 2008 BIS 2013

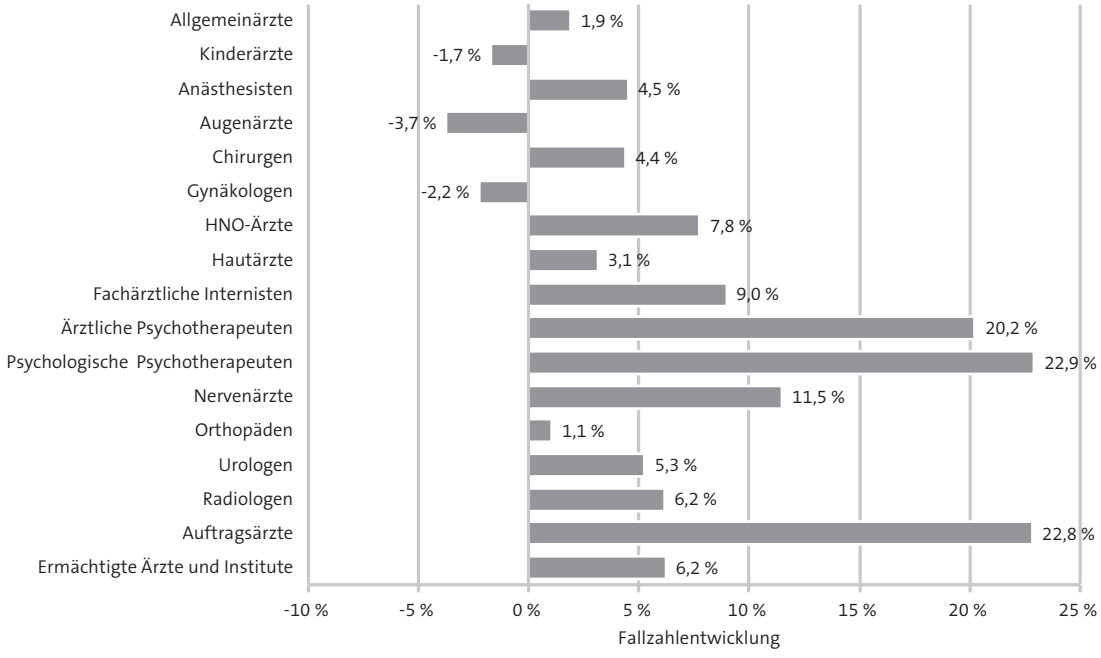


ABBILDUNG 8.5 ENTWICKLUNG DER FALLWERTE VON 2008 BIS 2013

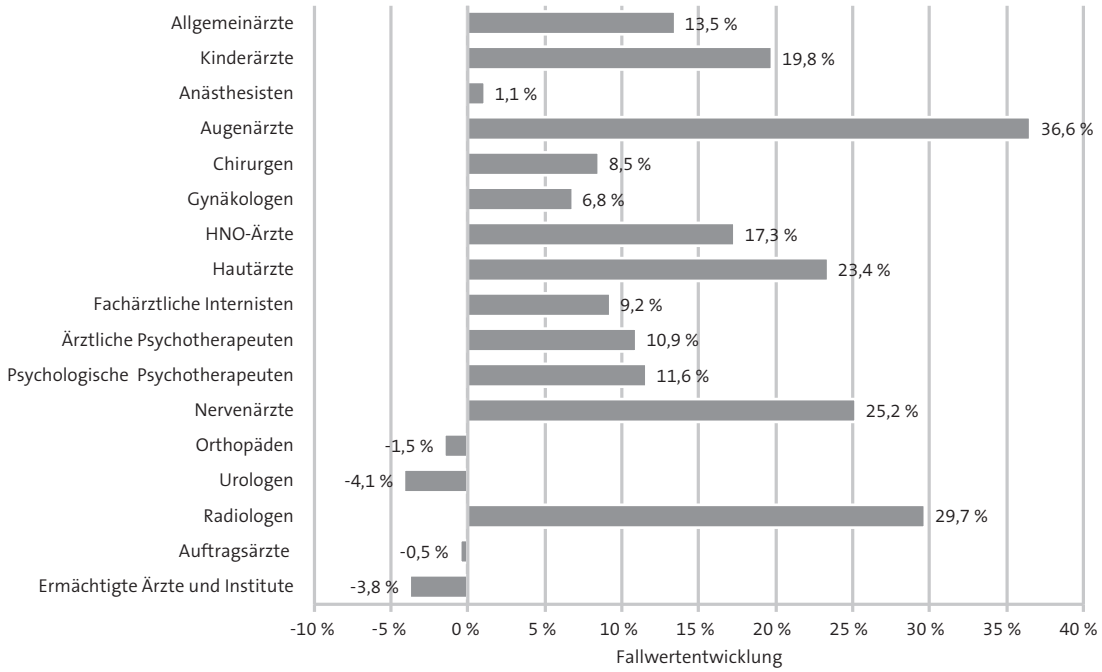


ABBILDUNG 8.6 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLEN VON 2008 BIS 2013

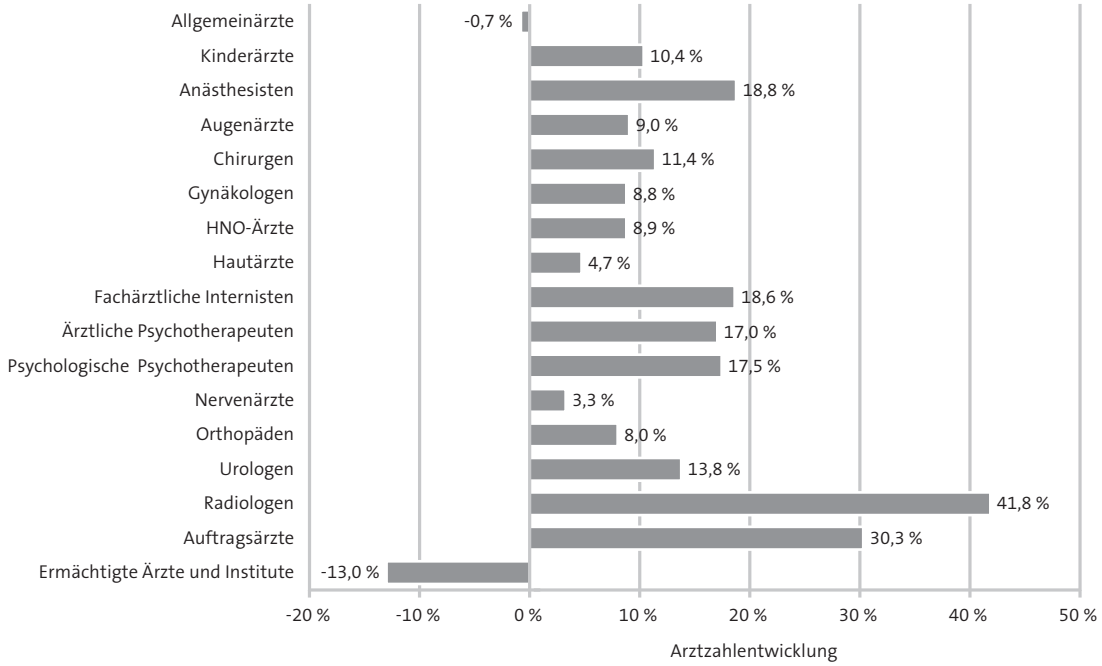


ABBILDUNG 8.7 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES

	GKV-Umsatz					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	481.845.772 €	503.889.996 €	505.584.793 €	516.744.432 €	525.969.781 €	557.228.143 €
Kinderärzte	52.888.364 €	55.591.157 €	55.928.364 €	57.230.162 €	58.744.742 €	62.274.621 €
Anästhesisten und Schmerzzentren	17.514.465 €	17.770.639 €	17.577.129 €	17.572.003 €	18.173.881 €	18.504.613 €
Augenärzte	52.692.791 €	59.450.883 €	58.912.748 €	64.024.640 €	64.650.377 €	69.285.967 €
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	38.539.153 €	40.342.033 €	38.758.337 €	41.053.845 €	41.686.028 €	43.659.634 €
Gynäkologen	77.634.974 €	76.863.230 €	73.453.357 €	75.301.115 €	76.488.848 €	81.059.784 €
HNO-Ärzte	26.827.778 €	26.866.393 €	26.027.654 €	28.554.180 €	32.152.080 €	33.925.286 €
Hautärzte	22.812.103 €	24.245.259 €	24.105.969 €	27.056.081 €	27.234.089 €	29.030.286 €
Fachärztliche Internisten	142.692.814 €	150.752.579 €	153.643.541 €	162.628.704 €	165.935.336 €	169.873.846 €
Ärztliche Psychotherapeuten	9.406.758 €	11.980.786 €	12.111.674 €	12.708.659 €	12.717.504 €	12.548.812 €
Psychologische Psychotherapeuten	38.099.507 €	45.711.539 €	46.613.643 €	48.330.271 €	49.318.499 €	52.261.850 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	35.768.506 €	40.536.465 €	42.204.776 €	47.490.276 €	47.147.284 €	49.931.282 €
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	53.781.184 €	54.852.155 €	48.920.436 €	52.058.586 €	51.822.799 €	53.531.755 €
Urologen	25.399.911 €	25.756.636 €	23.616.627 €	25.428.917 €	24.762.219 €	25.634.517 €
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	70.771.676 €	77.760.471 €	79.644.240 €	86.427.652 €	89.751.327 €	97.450.296 €
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	75.826.362 €	76.405.193 €	76.140.008 €	85.095.097 €	89.198.713 €	92.632.234 €
Ermächtigte Ärzte und Institute	97.591.754 €	103.755.142 €	98.424.554 €	96.277.565 €	96.621.340 €	99.760.778 €
Mammographie	6.572.980 €	8.394.876 €	9.049.983 €	9.363.489 €	10.128.356 €	10.173.153 €
Gesamt	**1.326.666.852 €**	**1.400.925.432 €**	**1.390.717.833 €**	**1.453.345.674 €**	**1.482.503.204 €**	**1.558.766.857 €**

	GKV-Umsatz					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	534.734.135 €	559.481.153 €	561.513.157 €	573.974.594 €	584.714.523 €	619.502.764 €
Fachärztlicher Versorgungsbereich	791.932.716 €	841.444.279 €	829.204.676 €	879.371.080 €	897.788.681 €	939.264.093 €
Summe	**1.326.666.852 €**	**1.400.925.432 €**	**1.390.717.833 €**	**1.453.345.674 €**	**1.482.503.204 €**	**1.558.766.857 €**

ABBILDUNG 8.8 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN

	Fallzahl					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	9.043.873	9.174.635	8.966.424	9.025.903	8.957.266	9.218.315
Kinderärzte	1.046.213	1.085.428	1.011.661	1.010.236	1.005.149	1.028.498
Anästhesisten und Schmerzzentren	111.287	112.784	118.169	115.575	114.563	116.298
Augenärzte	1.444.300	1.441.674	1.388.146	1.399.945	1.385.780	1.390.584
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	632.234	627.903	626.852	650.048	649.946	660.009
Gynäkologen	1.680.185	1.648.564	1.619.164	1.612.001	1.589.865	1.642.866
HNO-Ärzte	757.376	776.649	771.269	785.337	787.215	816.226
Hautärzte	882.891	856.748	830.660	860.137	863.272	910.543
Fachärztliche Internisten	1.042.081	1.085.173	1.090.390	1.107.649	1.126.723	1.135.586
Ärztliche Psychotherapeuten	32.059	36.173	36.751	38.248	38.392	38.548
Psychologische Psychotherapeuten	124.072	130.807	135.339	140.160	144.699	152.502
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	616.928	636.754	646.375	664.117	675.639	687.808
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	1.002.358	1.011.122	1.006.936	1.005.525	991.016	1.013.013
Urologen	489.079	501.412	502.249	501.867	503.947	514.865
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	747.710	762.182	761.467	780.642	794.424	793.704
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	2.913.098	3.402.710	3.355.765	3.514.228	3.568.694	3.577.863
Ermächtigte Ärzte und Institute	1.147.054	1.210.366	1.137.072	1.062.184	1.076.782	1.218.361
Mammographie	205.770	290.529	316.219	325.713	354.007	354.251
Gesamt	**23.918.568**	**24.791.613**	**24.320.908**	**24.599.515**	**24.627.379**	**25.269.840**

	Fallzahl					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	10.090.086	10.260.063	9.978.085	10.036.139	9.962.415	10.246.813
Fachärztlicher Versorgungsbereich	13.828.482	14.531.550	14.342.823	14.563.376	14.664.964	15.023.027
Summe	**23.918.568**	**24.791.613**	**24.320.908**	**24.599.515**	**24.627.379**	**25.269.840**

ABBILDUNG 8.9 ENTWICKLUNG DER ARZTZAHLEN

	Arztzahl					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	2.719	2.704	2.722	2.721	2.712	2.699
Kinderärzte	282	297	295	298	305	311
Anästhesisten und Schmerzzentren	128	133	137	136	145	152
Augenärzte	246	251	256	263	263	268
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	238	242	250	259	266	265
Gynäkologen	450	460	472	479	481	489
HNO-Ärzte	164	170	172	174	178	178
Hautärzte	164	168	168	167	170	171
Fachärztliche Internisten	382	400	411	426	441	453
Ärztliche Psychotherapeuten	144	160	163	169	171	169
Psychologische Psychotherapeuten	589	604	633	653	668	692
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	249	247	250	255	258	257
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	260	274	279	276	280	281
Urologen	130	136	137	140	146	148
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	165	188	207	213	221	234
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	106	107	115	128	135	138
Ermächtigte Ärzte und Institute	835	868	842	802	772	726
Mammographie	64	75	78	80	76	77
Gesamt	**7.312**	**7.484**	**7.585**	**7.637**	**7.687**	**7.707**

	Arztzahl					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	3.000	3.001	3.017	3.019	3.017	3.010
Fachärztlicher Versorgungsbereich	4.312	4.483	4.568	4.618	4.670	4.697
Summe	**7.312**	**7.484**	**7.585**	**7.637**	**7.687**	**7.707**

ABBILDUNG 8.10 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES JE FALL

	GKV-Umsatz je Fall					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	53,28 €	54,92 €	56,39 €	57,25 €	58,72 €	60,45 €
Kinderärzte	50,55 €	51,22 €	55,28 €	56,65 €	58,44 €	60,55 €
Anästhesisten	157,38 €	157,56 €	148,75 €	152,04 €	158,64 €	159,11 €
Augenärzte	36,48 €	41,24 €	42,44 €	45,73 €	46,65 €	49,83 €
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	60,96 €	64,25 €	61,83 €	63,16 €	64,14 €	66,15 €
Gynäkologen	46,21 €	46,62 €	45,36 €	46,71 €	48,11 €	49,34 €
HNO-Ärzte	35,42 €	34,59 €	33,75 €	36,36 €	40,84 €	41,56 €
Hautärzte	25,84 €	28,30 €	29,02 €	31,46 €	31,55 €	31,88 €
Fachärztliche Internisten	136,93 €	138,92 €	140,91 €	146,82 €	147,27 €	149,59 €
Ärztliche Psychotherapeuten	293,42 €	331,21 €	329,56 €	332,27 €	331,25 €	325,54 €
Psychologische Psychotherapeuten	307,08 €	349,46 €	344,42 €	344,82 €	340,84 €	342,70 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	57,98 €	63,66 €	65,29 €	71,51 €	69,78 €	72,59 €
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	53,65 €	54,25 €	48,58 €	51,77 €	52,29 €	52,84 €
Urologen	51,93 €	51,37 €	47,02 €	50,67 €	49,14 €	49,79 €
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	94,65 €	102,02 €	104,59 €	110,71 €	112,98 €	122,78 €
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	26,03 €	22,45 €	22,69 €	24,21 €	24,99 €	25,89 €
Ermächtigte Ärzte und Institute	85,08 €	85,72 €	86,56 €	90,64 €	89,73 €	81,88 €
Mammographie	31,94 €	28,90 €	28,62 €	28,75 €	28,61 €	28,72 €
Gesamt	**55,47 €**	**56,51 €**	**57,18 €**	**59,08 €**	**60,20 €**	**61,68 €**

	GKV-Umsatz je Fall					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	53,00 €	54,53 €	56,27 €	57,19 €	58,69 €	60,46 €
Fachärztlicher Versorgungsbereich	57,27 €	57,90 €	57,81 €	60,38 €	61,22 €	62,52 €
Summe	**55,47 €**	**56,51 €**	**57,18 €**	**59,08 €**	**60,20 €**	**61,68 €**

ABBILDUNG 8.11 ENTWICKLUNG DER FALLZAHLEN JE ARZT

	Fallzahl je Arzt					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	3.326	3.393	3.294	3.317	3.303	3.416
Kinderärzte	3.717	3.658	3.432	3.393	3.296	3.310
Anästhesisten	871	848	864	850	789	766
Augenärzte	5.871	5.738	5.428	5.333	5.274	5.184
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	2.659	2.592	2.507	2.512	2.443	2.493
Gynäkologen	3.738	3.586	3.430	3.364	3.305	3.360
HNO-Ärzte	4.625	4.562	4.497	4.526	4.429	4.579
Hautärzte	5.400	5.115	4.944	5.143	5.078	5.317
Fachärztliche Internisten	2.728	2.716	2.655	2.603	2.556	2.507
Ärztliche Psychotherapeuten	223	226	225	226	225	229
Psychologische Psychotherapeuten	211	216	214	215	217	221
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	2.480	2.575	2.586	2.604	2.619	2.676
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	3.852	3.687	3.612	3.640	3.543	3.605
Urologen	3.755	3.687	3.659	3.591	3.446	3.473
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	4.532	4.049	3.687	3.669	3.599	3.392
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	27.547	31.727	29.181	27.455	26.386	25.974
Ermächtigte Ärzte und Institute	1.373	1.395	1.350	1.324	1.395	1.678
Mammographie	3.215	3.900	4.054	4.071	4.643	4.616
Gesamt	**3.271**	**3.313**	**3.206**	**3.221**	**3.204**	**3.279**

	Fallzahl je Arzt					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	3.363	3.419	3.307	3.324	3.303	3.405
Fachärztlicher Versorgungsbereich	3.207	3.242	3.140	3.153	3.140	3.198
Summe	**3.271**	**3.313**	**3.206**	**3.221**	**3.204**	**3.279**

ABBILDUNG 8.12 ENTWICKLUNG DES GKV-UMSATZES JE ARZT

	GKV-Umsatz je Arzt					
Fachgruppen	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten	177.231 €	186.333 €	185.723 €	189.892 €	193.977 €	206.476 €
Kinderärzte	187.881 €	187.333 €	189.748 €	192.209 €	192.606 €	200.401 €
Anästhesisten	137.100 €	133.614 €	128.535 €	129.206 €	125.121 €	121.941 €
Augenärzte	214.198 €	236.620 €	230.353 €	243.903 €	246.053 €	258.289 €
Chirurgen, Neurochirurgen, MKG-Chirurgen	162.099 €	166.531 €	155.033 €	158.662 €	156.714 €	164.909 €
Gynäkologen	172.714 €	167.185 €	155.622 €	157.123 €	159.020 €	165.766 €
HNO-Ärzte	163.834 €	157.806 €	151.765 €	164.577 €	180.884 €	190.324 €
Hautärzte	139.524 €	144.748 €	143.488 €	161.770 €	160.201 €	169.520 €
Fachärztliche Internisten	373.541 €	377.353 €	374.056 €	382.206 €	376.484 €	374.997 €
Ärztliche Psychotherapeuten	65.325 €	74.880 €	74.191 €	75.199 €	74.480 €	74.474 €
Psychologische Psychotherapeuten	64.740 €	75.650 €	73.668 €	74.069 €	73.830 €	75.578 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater, KJP (FG 38)	143.793 €	163.949 €	168.819 €	186.236 €	182.741 €	194.285 €
Orthopäden, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin	206.652 €	200.008 €	175.499 €	188.447 €	185.247 €	190.504 €
Urologen	195.009 €	189.387 €	172.070 €	181.960 €	169.314 €	172.914 €
Radiologen, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten	428.919 €	413.070 €	385.686 €	406.240 €	406.575 €	416.454 €
Auftragsärzte (Laborärzte, Pathologen, Einsendepraxen)	717.034 €	712.403 €	662.087 €	664.805 €	659.510 €	672.466 €
Ermächtigte Ärzte und Institute	116.841 €	119.602 €	116.894 €	120.009 €	125.198 €	137.364 €
Mammographie	102.703 €	112.683 €	116.025 €	117.044 €	132.831 €	132.549 €
Gesamt	**181.431 €**	**187.196 €**	**183.345 €**	**190.297 €**	**192.865 €**	**202.260 €**

	GKV-Umsatz je Arzt					
Versorgungsbereich	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**
Hausärztlicher Versorgungsbereich	178.230 €	186.432 €	186.116 €	190.121 €	193.839 €	205.849 €
Fachärztlicher Versorgungsbereich	183.658 €	187.707 €	181.515 €	190.412 €	192.236 €	199.960 €
Summe	**181.431 €**	**187.196 €**	**183.345 €**	**190.297 €**	**192.865 €**	**202.260 €**

GLOSSAR

9.1 ABKÜRZUNGEN

BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BD	Bereitschaftsdienst
BDZ	Bereitschaftsdienstzentrale
BSG	Bundessozialgericht
BVA	Bundesversicherungsamt
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
FKZ	Fremdkassenzahlungsausgleich
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GOP	Gebührenordnungsposition
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
IGeL	individuelle Gesundheitsleistungen
INBA	Institut des Bewertungsausschusses
IV	integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJP	Kinder- und Jugendpsychiater
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
LANR	lebenslange Arztnummer
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
NUK	Nuklearmediziner
PFG	Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung
PT	Psychotherapie beziehungsweise Psychotherapeut
PZ Vorjahr	Punktzahl Vorjahr
PZ Zuwachs	Punktzahl Zuwachs
RLV	Regelleistungsvolumen
SGB	Sozialgesetzbuch
SKT	sonstige Kostenträger
VV	Vertreterversammlung
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZiPP	Zi-Praxis-Panel

9.2 DEFINITIONEN

Behandlungsfall
Die gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft, Medizinisches Versorgungszentrum) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall. Nimmt ein Patient in einer Gemeinschaftspraxis mehrere Ärzte in Anspruch oder ist er mehrfach im Quartal in derselben Praxis in Behandlung, so wird er nur als ein Behandlungsfall gezählt. Die Zahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist somit deutlich höher als die Zahl der Behandlungsfälle.

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
Bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) schließen sich zwei oder mehr Vertragsärzte oder -psychotherapeuten zu einer Praxis zusammen und bilden eine wirtschaftliche und organisatorische Einheit. Die BAG wird von der KV als wirtschaftliche Einheit betrachtet und erhält eine gemeinsame Honorarabrechnungsnummer (HNR) und damit gemeinsame Honorarzahlungen und einen gemeinsamen Honorarbescheid. Die BAG kann auch in mehreren Orten betrieben werden (ortsübergreifende BAG), aus mehreren Fachgebieten bestehen (fachübergreifende BAG) oder aus Haus- und Fachärzten bestehen (versorgungsübergreifende BAG).

Im Gegensatz zur BAG bilden Ärzte bei einer Praxisgemeinschaft zwar eine organisatorische, aber keine wirtschaftliche Einheit, d. h. die Ärzte erhalten getrennte Honorarzahlungen.

Bereitschaftsdienstzentrale (BDZ)
Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird in Rheinland-Pfalz von der KV RLP im Rahmen des Sicherstellungsauftrags in Form von Bereitschaftsdienstzentralen (BDZ) betrieben. Er ist für Patienten gedacht, die in dringenden medizinischen Fällen außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen und sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden.

Die BDZ generieren ihren Umsatz allein aus der Abrechnung von Leistungen gemäß EBM. Das Defizit zwischen den Ausgaben zum Betreiben der BDZ und den Einnahmen gemäß EBM muss von allen Ärzten in Rheinland-Pfalz über eine einheitliche Umlage pro Monat und Arzt finanziert werden.

Betriebsausgaben
Die Betriebsausgaben von Vertragsärzten umfassen Aufwendungen für angestelltes Personal, praxisexternes Personal, Material, Labor, die Mieten für Räume, Aufwendungen für Energie, Versicherungen, Beiträge, Gebühren, Kraftfahrzeughaltung, Leasing, Miete von Geräten, Fortbildung, Fremdkapitalzinsen sowie sonstige betriebliche Aufwendungen. Der Umsatz eines Arztes abzüglich der Betriebsausgaben ergibt sein Bruttoeinkommen.

Von diesem Bruttoeinkommen gehen noch die Steuerzahlungen, die Aufwendungen für die Altersvorsorge sowie die Zahlungen für die private Kranken- und Pflegeversicherung ab. Der noch verbleibende Betrag ergibt das verfügbare Einkommen.

(Erweiterter) 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 in Paragraph 87 des SGB V. Dort ist festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen und Empfehlungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen und die gesetzlichen Krankenkassen bindend.

Der erweiterte Bewertungsausschuss wird als Schiedsgremium einberufen, wenn im Bewertungsausschuss eine übereinstimmende Beschlussfassung der KBV und des GKV-Spitzenverbandes nicht möglich ist. In solchen Fällen wird der Bewertungsausschuss um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Die Beschlüsse werden mit Mehrheit gefasst.

Budget
Seit dem Jahre 1993 ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV für die ambulante vertragsärztliche Versorgung begrenzt, sodass nicht alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Für den Großteil der Leistungen besteht ein im Vorfeld festgelegtes Finanzbudget. Für die budgetierten Leistungen bedeutet das, dass eine erhöhte Nachfrage nicht zu höheren Ausgaben der Krankenkassen für diese Leistungen führt, sondern die Vergütung für die Leistungen reduziert werden muss. Deshalb können die Kassenärztlichen Vereinigungen den Vertragsärzten für diese Leistungen nur ein im Vorfeld vereinbartes und begrenztes 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. Dies kann zum Beispiel durch Regelleistungsvolumen (RLV) oder Individualbudgets geschehen. Eine weitere Möglichkeit, die Leistungsinanspruchnahme der Versicherten mit den begrenzten Finanzmitteln in Einklang zu bringen, besteht in einer Quotierung des Punktwertes.

Bundesversicherungsamt (BVA)
Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist die Rechtsaufsicht über die bundesunmittelbaren Träger der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung sowie der sozialen Pflegeversicherung. Darüber hinaus ist es für die Durchführung des Risikostrukturausgleiches (RSA) zwischen den Krankenkassen und für die Verwaltung des Gesundheitsfonds zuständig.

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. Dies bedeutet, dass im EBM die Bewertung einer Leistung in Punkten und nicht wie in einer „echten" Gebührenordnung in Euro dargestellt ist.

Die Bewertung einer Leistung im EBM beruht auf betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und setzt sich aus den anteiligen Praxiskosten für diese Leistungen und dem anteiligen kalkulatorischen Arztlohn für diese Leistung zusammen.

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. Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers dann 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.

Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)
Die extrabudgetäre Gesamtvergütung stellt im Gegensatz zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) denjenigen Teil der Zahlung der Krankenkassen an die KV dar, der keiner Budgetierung unterliegt. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen die Leistungen der EGV in vollem Umfang ohne Begrenzung der Menge oder des Punktwertes vergüten.

Fachärztlicher Versorgungsbereich
Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß § 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 und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Fallwert
Der Fallwert beschreibt den durchschnittlichen Honorarumsatz eines Arztes je Behandlungsfall. Die Zahl der Behandlungsfälle entspricht in einer Praxis der Zahl der im jeweiligen Quartal behandelten Patienten unabhängig davon, wie oft diese in der Praxis waren und wie viele Ärzte der Praxis an der Behandlung des Patienten beteiligt waren.

Freie Leistung/Vorwegleistung
Als freie Leistung oder Vorwegleistung werden Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bezeichnet, die aber für den Arzt keiner Mengenbegrenzung unterliegen und in der Regel mit einem festen Punktwert vergütet werden. Zahlt die KV RLP mehr Geld für Vorwegleistungen aus, steht entsprechend weniger Geld für die übrigen Leistungen innerhalb der MGV zur Verfügung.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)
Als Fremdkassenzahlungsausgleich wird das Zahlungsverfahren zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bezeichnet. Dieses Verfahren ist immer dann notwendig, wenn der Wohnort eines Versicherten und der Vertragsarztsitz des behandelnden Arztes in unterschiedlichen KV-Bereichen liegen. In diesem Fall geht die Zahlung der Krankenkasse für diesen Versicherten an eine andere KV als diejenige KV, die das Honorar an den Arzt zahlt. Der dadurch notwendige Finanzausgleich wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als Clearingstelle vorgenommen.

Gesamtvergütung
Als Gesamtvergütung wird die Zahlung einer Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung für die im Bereich der KV wohnenden Versicherten der jeweiligen Krankenkassen bezeichnet.

Die Gesamtvergütung gliedert sich in einen budgetierten Teil – die morbiditätsbedingte – und einen unbudgetierten Teil – die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV).

Die Gesamtvergütung wird von der jeweiligen Krankenkasse vierteljährlich auf Anforderung durch die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt. Das Berechnungsschema zur Ermittlung der Gesamtvergütung sowie der Katalog der extrabudgetären Leistungen werden vor Beginn des Kalenderjahres auf Grundlage von Vorgaben des (erweiterten) Bewertungsausschusses zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Landesverbänden der Krankenkassen in Form einer Honorarvereinbarung festgelegt. Bei Nichteinigung entscheidet das Landesschiedsamt.

Gesetzliche Krankenkassen (GKV)
Zu den gesetzlichen Krankenkassen gehören die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland.

Die gesetzliche Krankenversicherung ist eine verpflichtende Versicherung für alle Arbeitnehmer, deren Jahresarbeitsentgelt unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Die GKV-Mitgliedschaft kann unter bestimmten Voraussetzungen auch freiwillig erworben werden. Der gesetzliche Leistungskatalog ist im Sozialgesetzbuch festgelegt. In der GKV gilt das sogenannte Sachleistungsprinzip. In Abgrenzung zu den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist die private Krankenversicherung zu sehen (PKV).

Bundesweit sind rund 90 Prozent der Bevölkerung oder umgerechnet rund 70 Millionen Menschen in der GKV versichert. In Rheinland-Pfalz sind von rund 4,0 Millionen Menschen etwa 3,35 Millionen in der GKV versichert.

Gebührenordnungsposition (GOP)
Als Gebührenordnungsposition wird eine einzelne Leistung im EBM bezeichnet. Diese derzeit fünfstellige GOP wird von dem Arzt im Rahmen seiner Abrechnung angegeben. Neben den im EBM aufgeführte GOPs gibt es auch Gebührenordnungspositionen für Leistungen aus regional vereinbarten Sonderverträgen.

Hausärztlicher Versorgungsbereich
Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß § 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.

ICD-Code
Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10, Version 2012.

In Deutschland sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen verpflichtet, Diagnosen nach ICD-10 German Modification (GM) zu verschlüsseln. Die Codierung von Leistungen nach ICD-10 im ambulanten Bereich ist für die Krankenkassen bezüglich des Risikostrukturausgleichs (RSA) und für die Kassenärztliche Vereinigung bezüglich der Messung der Morbidität und der damit verbundenen Veränderung der Gesamtvergütung bedeutsam.

Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)
Unter individuellen Gesundheitsleistungen versteht man Leistungen der Vorsorge- und Service-Medizin, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht bezahlt werden, da sie nicht zum Leistungskatalog der GKV gehören. Diese Diagnose- und Behandlungsmethoden werden den Kassenpatienten von Ärzten zusätzlich angeboten und müssen bei Inanspruchnahme aus der eigenen Tasche bezahlt werden.

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 153.900 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 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
Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In deren Rahmen sorgen 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 § 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. Jeder Arzt, der eine vertragsärztliche Zulassung hat, ist Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) seiner Region.

Morbidität
Morbidität ist eine statistische Größe, die die Krankheitshäufigkeit, bezogen auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe, ausdrückt (Krankheitslast). Im Falle 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) sowie deren Steigerungsraten. Die Veränderung der Morbidität wird anhand der ärztlichen Diagnosen und deren Verschlüsselung (ICD-Code) mittels eines statistischen Programmes (Grouper) je KV ermittelt.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
Gemäß § 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 als Punktzahlvolumen 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.

Orientierungswert
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. Der Orientierungswert beträgt für das Jahr 2009 3,5001 Cent und in den Jahren 2010, 2011 und 2012 3,5048 Cent. Im Jahre 2013 betrug der Orientierungswert 3,5363 Cent. Der Orientierungswert wird von den Krankenkassen an die KV nur für die extrabudgetären Leistungen in voller Höhe gezahlt. Für die Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt nur eine quotierte Auszahlung aufgrund der rechnerisch notwendigen Anpassung des tatsächlichen an den vereinbarten Behandlungsbedarf.

Sonstige Kostenträger
Sonstige Kostenträger bezeichnet Kostenträger, die außerhalb der gesetzlichen Krankenkassen medizinische Leistungen bezahlen. Dazu gehören:
- Sozialhilfe,
- Zivildienst,
- Polizei,

- Bundespolizei,
- Bundeswehr,
- EU/Zwischenstaatliches Abkommen,
- Bundesentschädigungsgesetz,
- Unfallversicherungsträger.

Die Abrechnung der sonstigen Kostenträger erfolgt analog zu den GKV-Versicherten über die KV nach den Bestimmungen des EBM. Allerdings gelten für diese Versicherten nicht die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes wie die Mengenbegrenzungsregelung oder die Quotierung von Punktwerten.

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

Versorgungsumfang
Ärzte mit anteiligen Zulassungen und Ärzte, die nicht ein gesamtes Kalenderjahr zugelassen sind, werden entsprechend ihren zeitlichen Anteilen betrachtet. So ergeben zwei Ärzte mit jeweils einer halben Zulassung statistisch einen Arzt. Bei angestellten Ärzten wird die Arbeitszeit gemäß Arbeitsvertrag im Verhältnis zum vollen Versorgungsumfang auf Grundlage von 40 Stunden pro Woche gesetzt.

Vertreterversammlung (VV)
Die VV ist das oberste Organ einer Kassenärztlichen Vereinigung und repräsentiert die Gemeinschaft der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. An der Spitze stehen der alle sechs Jahre aus den Reihen der Mitglieder gewählte VV-Vorsitzende und ein Stellvertreter. Sie bereiten regelmäßig die Sitzungen der Vertreterversammlung vor und bilden das Bindeglied zwischen Vorstand und VV.

Die Vertreterversammlung trifft alle Entscheidungen, die von grundsätzlicher Bedeutung sind. Sie beschließt den Haushalt, die Satzung, den Honorarverteilungsmaßstab und anderes autonomes Recht (zum Beispiel Abrechnungsordnung), sie wählt und überwacht den hauptamtlichen Vorstand.

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

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

ARZTGRUPPEN IM ÜBERBLICK

Dieses Kapitel enthält für jede Arztgruppe eine Übersicht der wichtigsten Kennzahlen, der Umsatzverteilung und der Vergütungsbestandteile. Für Arztgruppen mit einer geringen Anzahl an Ärzten gibt es aus Datenschutzgründen keine Übersicht oder es wird auf einzelne Elemente wie die Umsatzverteilung verzichtet. Dies betrifft zum Beispiel die Arztgruppe Humangenetik und die Arztgruppe Invasive Angiologie. Im Folgenden werden die wichtigsten Begriffe der Übersicht erläutert.

10.1 KENNZAHLEN

Vollzeitäquivalent
Für aussagekräftige und vergleichbare Kennzahlen werden neben den realen Zahlen auch die auf Vollzeit – also einen vollen Vertragsarztsitz – umgerechneten Kennzahlen angegeben. Sie sind mit * als Vollzeitäquivalent gekennzeichnet.

Fallzahl
Die Fallzahlen umfassen alle Behandlungsfälle mit Ausnahme von reinen Kostenfällen, in denen ausschließlich Laborleistungen, Kosten- oder Wegepauschalen abgerechnet wurden.

10.2 UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE

In der Grafik zur Umsatzverteilung der Arztgruppe sind nur Ärzte berücksichtigt, die in allen Quartalen des Jahres 2013 tätig waren. Für eine bessere Vergleichbarkeit wurde der GKV-Umsatz entsprechend dem Tätigkeitsumfang auf das Vollzeitäquivalent hochgerechnet. Es erfolgt immer die Zuordnung zur nächsthöheren Umsatzklasse. Beispiel: Ein Arzt mit einem GKV-Umsatz von 168.000 Euro findet sich demnach in der Umsatzklasse bis zu 175.000 Euro wieder.

10.3 VERGÜTUNGSBESTANDTEILE

Vergütungsgruppen
Die Vergütungsgruppen sind in den drei Vergütungsbereichen „budgetierte Leistungen“, „Vorwegleistungen“ und „extrabudgetäre Leistungen“ farbig markiert und der Größe nach sortiert. In der Tabelle werden die zehn umsatzstärksten Vergütungsgruppen aufgeführt. Alle weiteren Vergütungsgruppen werden unabhängig von ihrem Vergütungsbereich unter „übrige Leistungen“ summiert. Verfügt eine Arztgruppe über weniger als zehn Vergütungsgruppen, sind nur diese dargestellt.

Die Anteile der Vergütungsgruppen am GKV-Umsatz und am Fallwert beziehen sich auf das gesamte Jahr 2013. Leistungen, die beispielsweise erst zum 1. Oktober 2013 neu eingeführt oder einer neuen Vergütungsgruppe zugeordnet wurden, sind damit in dieser Jahresbetrachtung unterrepräsentiert und werden sich erst im Folgejahr vollständig auswirken.

Vergütungsbereiche
Das Kreisdiagramm zeigt die Anteile der drei Vergütungsbereiche „budgetierte Leistungen“, „Vorwegleistungen“ und „extrabudgetäre Leistungen“. Budgetierte Leistungen umfassen alle Leistungen, die gemäß HVM einer Mengenbegrenzung unterliegen, sowie die Leistungen aus den Honorarfonds der Auftragsärzte und der Psychotherapeuten. Unter Vorwegleistungen sind – mit Ausnahme der budgetierten Laborleistungen bei Selbstzuweisern – all diejenigen Leistungen zu verstehen, die ohne Mengenbegrenzung vergütet werden, aber dennoch Bestandteil der MGV sind. Extrabudgetäre Leistungen werden von den Krankenkassen mit einem festen Punktwert ohne Mengenbegrenzung vergütet.

FACHÄRZTE FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND HAUSÄRZTLICH TÄTIGE INTERNISTEN

Knapp zehn Prozent des GKV-Umsatzes entfallen auf extrabudgetäre Leistungen. Im Jahresdurchschnitt ergab sich ein Anteil an budgetierten Leistungen von 20 Prozent. Ab dem vierten Quartal 2013 beträgt dieser Anteil aufgrund der EBM-Änderungen und der Berücksichtigung im HVM der KV RLP nur noch rund zehn Prozent.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

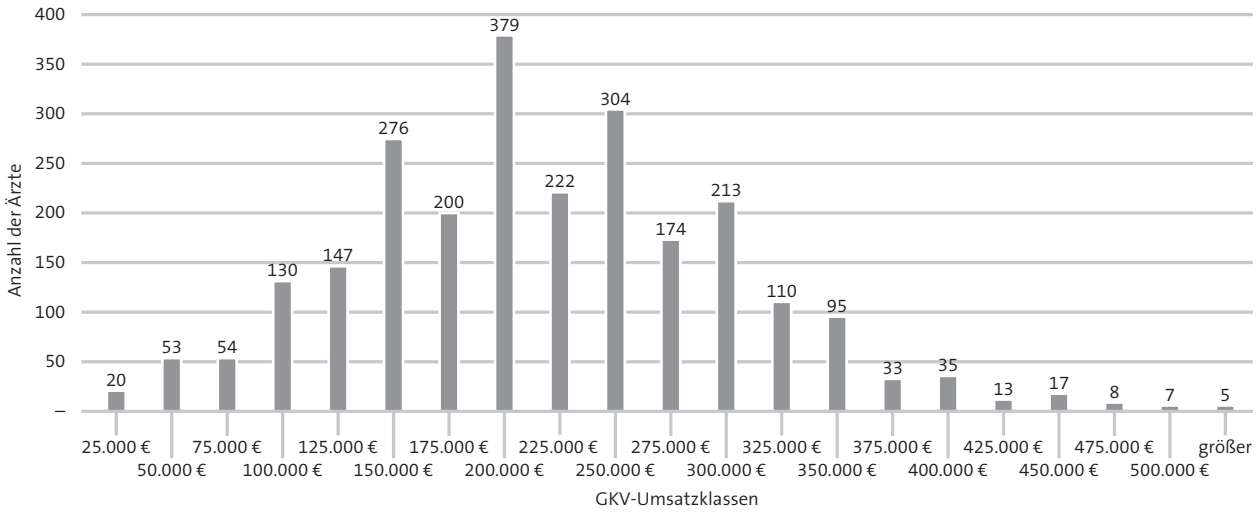
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	2.582	
Anzahl Ärzte*	2.498	
GKV-Umsatz	521.302.944 €	130.325.736 €
Fallzahl	8.765.461	2.191.365

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	201.899 €	50.475 €
GKV-Umsatz je Arzt*	208.683 €	52.171 €
Fallzahl je Arzt	3.395	849
Fallzahl je Arzt*	3.509	877

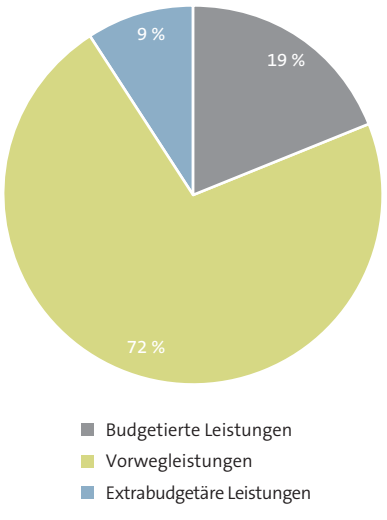
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	38.933 €	11,10 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	107.352 €	30,59 €
Vorhaltepauschale	12.424 €	3,54 €
Haus- und Heimbesuche	12.010 €	3,42 €
Chronikerzuschlag	7.557 €	2,15 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	3.958 €	1,13 €
Gesprächsleistung	2.802 €	0,80 €
Prävention	6.227 €	1,77 €
DMP-Dokumentationen	3.789 €	1,08 €
Schutzimpfungen	2.251 €	0,64 €
Übrige Leistungen	11.378 €	3,24 €
Gesamt	**208.683 €**	**59,47 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR KINDERHEILKUNDE

Knapp 20 Prozent des GKV-Umsatzes entfallen auf extrabudgetäre Leistungen. Im Jahresdurchschnitt ergab sich ein Anteil an budgetierten Leistungen von 20 Prozent. Ab dem vierten Quartal 2013 beträgt dieser Anteil aufgrund der EBM-Änderungen und der Berücksichtigung im HVM der KV RLP nur noch rund 14 Prozent.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

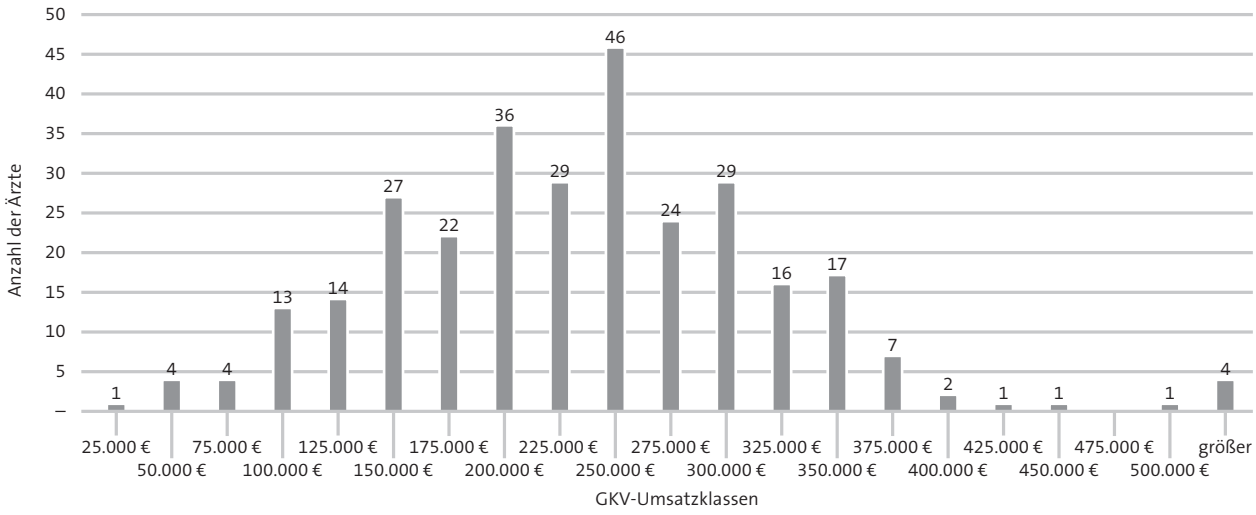
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	311	
Anzahl Ärzte*	278	
GKV-Umsatz	62.274.621 €	15.568.655 €
Fallzahl	1.028.498	257.125

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	200.401 €	50.100 €
GKV-Umsatz je Arzt*	224.110 €	56.028 €
Fallzahl je Arzt	3.310	827
Fallzahl je Arzt*	3.701	925

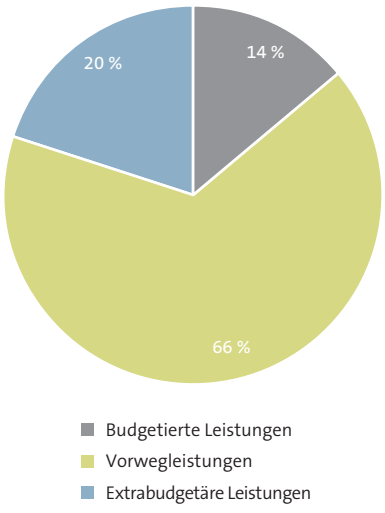
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	32.195 €	8,70 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	123.101 €	33,26 €
Vorhaltepauschale	12.811 €	3,46 €
Chronikerzuschlag	3.020 €	0,82 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	2.429 €	0,66 €
Gesprächsleistung	1.935 €	0,52 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.623 €	0,44 €
Prävention	22.922 €	6,19 €
Schutzimpfungen	14.634 €	3,95 €
Vorsorgeuntersuchung U7a	3.109 €	0,84 €
Übrige Leistungen	6.332 €	1,71 €
Gesamt	**224.110 €**	**60,55 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung des ambulanten Operierens entfallen rund 70 Prozent des GKV-Umsatzes auf diesen Vergütungsbereich. Der Anteil von neun Prozent an Vorwegleistungen ist in erster Linie auf die präanästhesiologische Untersuchung zurückzuführen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

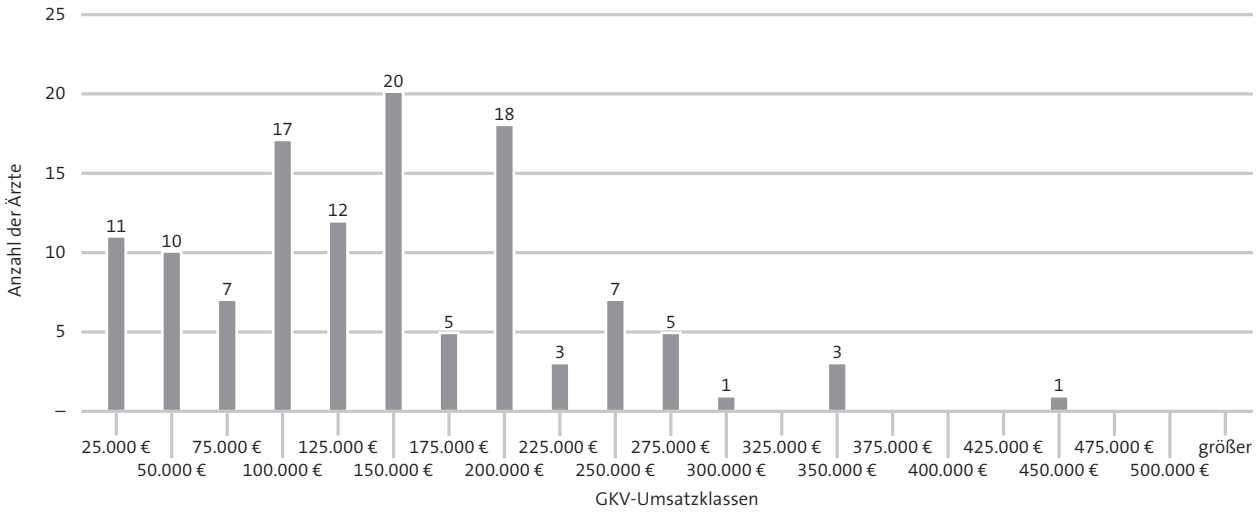
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	131	
Anzahl Ärzte*	112	
GKV-Umsatz	14.671.871 €	3.667.968 €
Fallzahl	87.368	21.842

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	112.213 €	28.053 €
GKV-Umsatz je Arzt*	130.707 €	32.677 €
Fallzahl je Arzt	668	167
Fallzahl je Arzt*	778	195

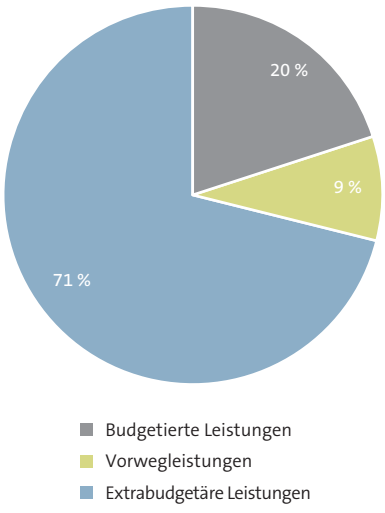
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	26.389 €	33,90 €
Präanästhesiologische Untersuchung	9.060 €	11,64 €
Belegärztliche Leistungen	1.552 €	1,99 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	407 €	0,52 €
Haus- und Heimbesuche	175 €	0,23 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	141 €	0,18 €
Ambulantes Operieren	88.199 €	113,32 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	3.414 €	4,39 €
Wegepauschalen	795 €	1,02 €
Künstliche Befruchtung	369 €	0,47 €
Übrige Leistungen	205 €	0,26 €
Gesamt	**130.707 €**	**167,93 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR AUGENHEILKUNDE

Die Fallwerte und GKV-Umsätze innerhalb der Arztgruppe differieren aufgrund des unterschiedlichen Umfangs an ambulanten Operationen erheblich. Im Durchschnitt fallen 43 Prozent des GKV-Umsatzes in den extrabudgetierten Bereich. Vorwegleistungen machen aufgrund der Strukturpauschale 16 Prozent aus.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

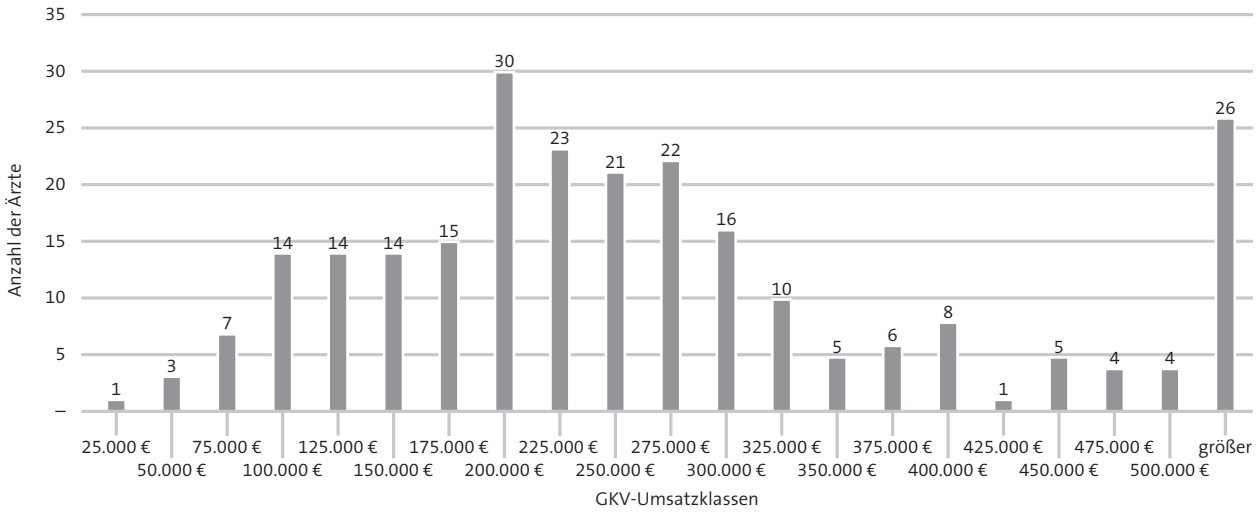
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	268	
Anzahl Ärzte*	254	
GKV-Umsatz	69.285.967 €	17.321.492 €
Fallzahl	1.390.584	347.646

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	258.289 €	64.572 €
GKV-Umsatz je Arzt*	272.981 €	68.245 €
Fallzahl je Arzt	5.184	1.296
Fallzahl je Arzt*	5.479	1.370

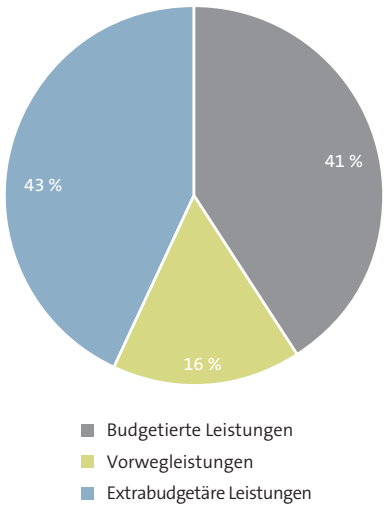
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	111.951 €	20,43 €
Strukturpauschale Augenärzte	39.241 €	7,16 €
PFG	3.163 €	0,58 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	736 €	0,13 €
Belegärztliche Leistungen	471 €	0,09 €
Kosten und Wegegelder	361 €	0,07 €
Haus- und Heimbesuche	133 €	0,02 €
Ambulantes Operieren	84.250 €	15,38 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	30.750 €	5,61 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	1.890 €	0,34 €
Übrige Leistungen	34 €	0,01 €
Gesamt	**272.981 €**	**49,83 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR CHIRURGIE UND FACHÄRZTE FÜR NEUROCHIRURGIE

Der GKV-Umsatz besteht zu einem Viertel aus budgetierten Leistungen. Das ambulante Operieren macht als extrabudgetäre Leistung etwa ein Drittel des GKV-Umsatzes aus. Die Grundpauschale wird im Honorarfonds als Vorwegleistung vergütet.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

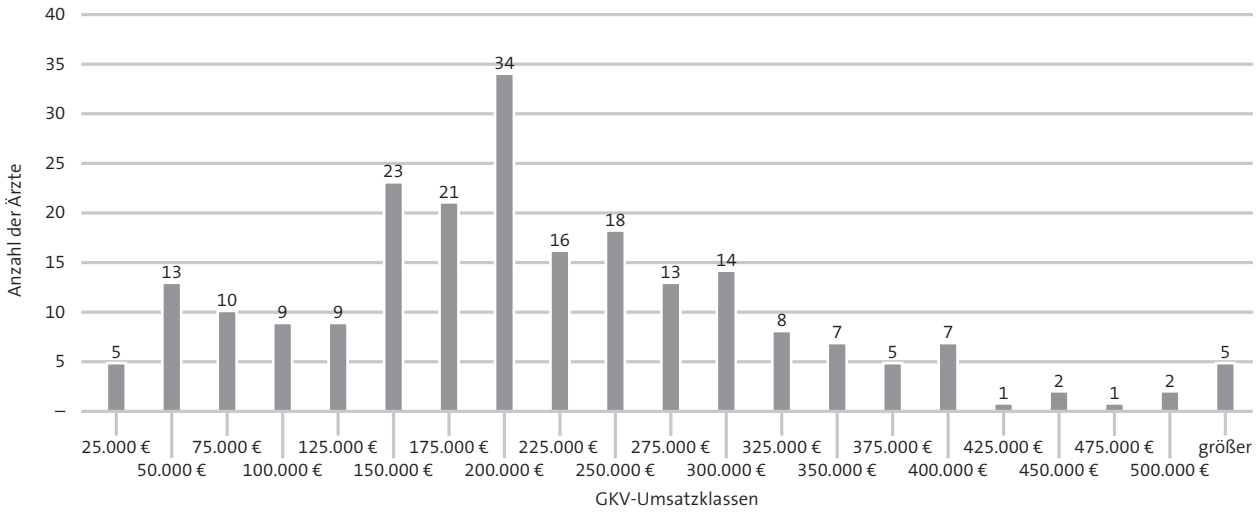
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	237	
Anzahl Ärzte*	207	
GKV-Umsatz	42.222.902 €	10.555.725 €
Fallzahl	650.629	162.657

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	178.532 €	44.633 €
GKV-Umsatz je Arzt*	204.222 €	51.056 €
Fallzahl je Arzt	2.751	688
Fallzahl je Arzt*	3.147	787

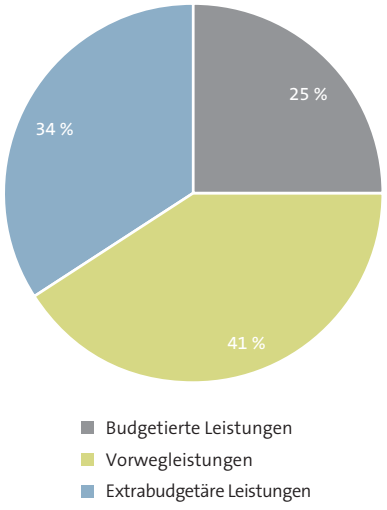
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	51.284 €	16,30 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	72.640 €	23,08 €
Kosten und Wegegelder	3.425 €	1,09 €
Belegärztliche Leistungen	2.696 €	0,86 €
PFG	2.454 €	0,78 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	814 €	0,26 €
Ambulantes Operieren	63.401 €	20,15 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	4.571 €	1,45 €
Präventive Koloskopie	775 €	0,25 €
Substitutionsbehandlung	649 €	0,21 €
Übrige Leistungen	1.514 €	0,48 €
Gesamt	**204.222 €**	**64,90 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR FRAUENHEILKUNDE UND GEBURTSHILFE

Da die Prävention und insbesondere die Mutterschaftsvorsorge extrabudgetäre Leistungen darstellen, macht der Vergütungsbereich der extrabudgetären Leistungen etwa 45 Prozent des gesamten GKV-Umsatzes aus. Die Grundpauschale wird im Honorarfonds als Vorwegleistung vergütet.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

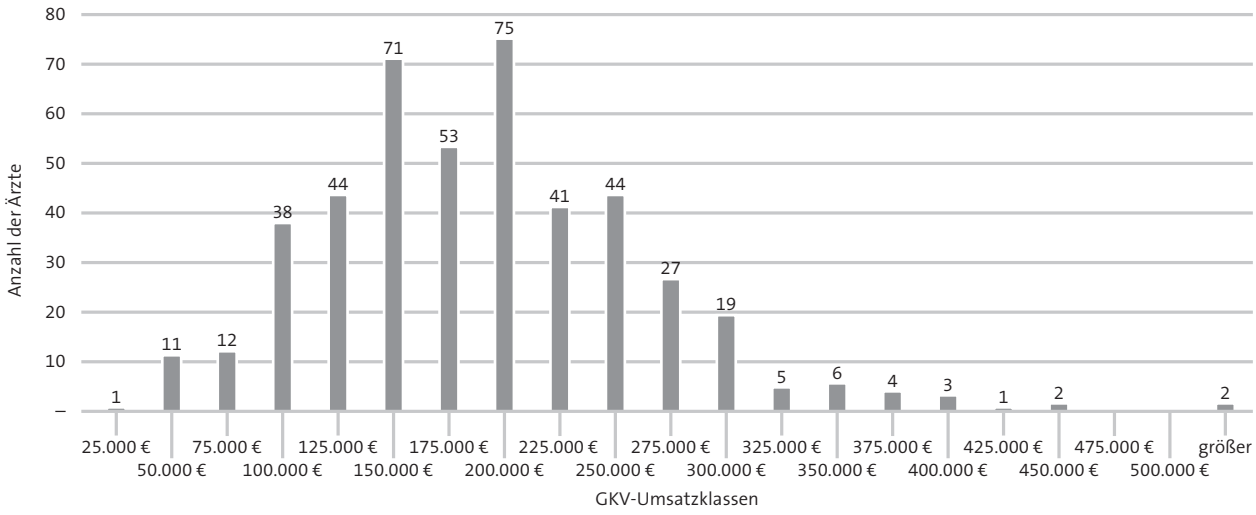
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	479	
Anzahl Ärzte*	442	
GKV-Umsatz	79.573.279 €	19.893.320 €
Fallzahl	1.628.693	407.173

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	166.124 €	41.531 €
GKV-Umsatz je Arzt*	179.954 €	44.988 €
Fallzahl je Arzt	3.400	850
Fallzahl je Arzt*	3.683	921

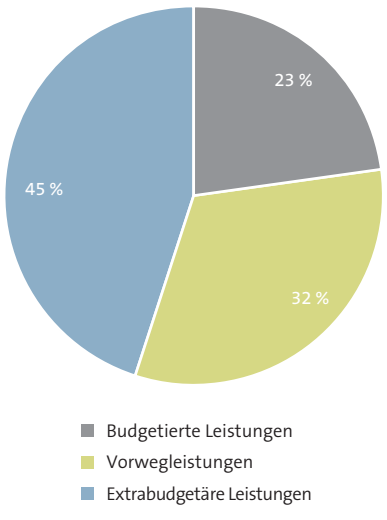
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	40.475 €	10,99 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	48.529 €	13,18 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	3.247 €	0,88 €
PFG	2.309 €	0,63 €
Belegärztliche Leistungen	2.160 €	0,59 €
Mutterschaftsvorsorge	42.115 €	11,43 €
Prävention	27.577 €	7,49 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	3.588 €	0,97 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	3.296 €	0,89 €
Ambulantes Operieren	2.672 €	0,73 €
Übrige Leistungen	3.985 €	1,08 €
Gesamt	**179.954 €**	**48,86 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN

Leistungen der künstlichen Befruchtung werden extrabudgetär vergütet und machen knapp die Hälfte des gesamten GKV-Umsatzes aus. Die Grundpauschale wird im Honorarfonds als Vorwegleistung vergütet.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	10	
Anzahl Ärzte*	9	
GKV-Umsatz	1.486.505 €	371.626 €
Fallzahl	14.173	3.543

* Vollzeitäquivalent

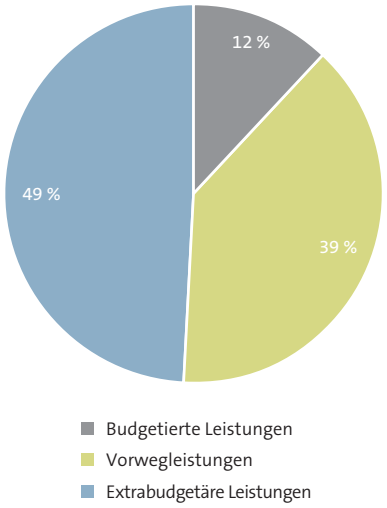
KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	148.651 €	37.163 €
GKV-Umsatz je Arzt*	165.167 €	41.292 €
Fallzahl je Arzt	1.417	354
Fallzahl je Arzt*	1.575	394

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	19.809 €	12,58 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	39.760 €	25,25 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	21.383 €	13,58 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	1.157 €	0,74 €
Labor Kapitel 32.2	1.032 €	0,66 €
PFG	533 €	0,34 €
Künstliche Befruchtung	76.086 €	48,32 €
Laborleistungen – Künstliche Befruchtung	2.760 €	1,75 €
Ambulantes Operieren	783 €	0,50 €
VZA Antikörper	750 €	0,48 €
Übrige Leistungen	1.114 €	0,71 €
Gesamt	**165.167 €**	**104,88 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

Der hohe Anteil der Vorwegleistungen am GKV-Umsatz von mehr als 60 Prozent ist auf die Grundpauschale und die Zusatzpauschalen der HNO-Ärzte zurückzuführen. Rund 30 Prozent fallen in den budgetierten Bereich.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

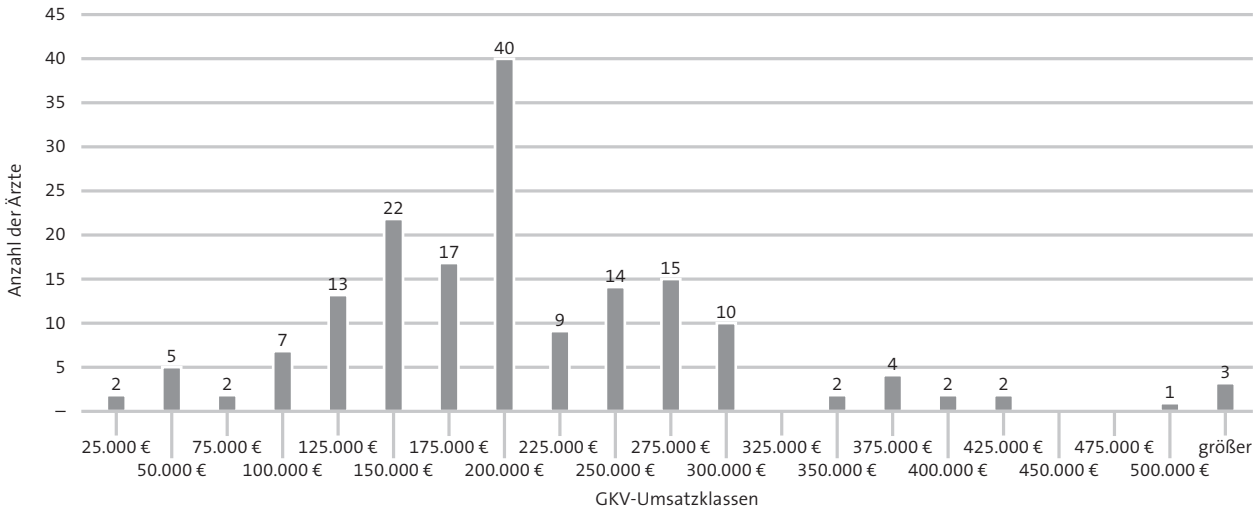
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	178	
Anzahl Ärzte*	173	
GKV-Umsatz	33.925.286 €	8.481.321 €
Fallzahl	816.226	204.057

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	190.324 €	47.581 €
GKV-Umsatz je Arzt*	196.313 €	49.078 €
Fallzahl je Arzt	4.579	1.145
Fallzahl je Arzt*	4.723	1.181

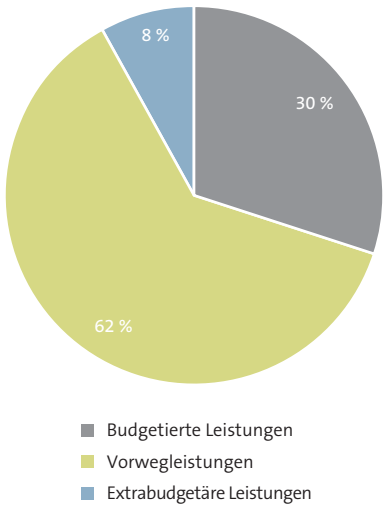
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	59.681 €	12,64 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	91.415 €	19,35 €
Zusatzpauschalen HNO-Ärzte, Phoniater	17.597 €	3,73 €
Belegärztliche Leistungen	6.556 €	1,39 €
PFG	3.612 €	0,76 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	543 €	0,11 €
Haus- und Heimbesuche	522 €	0,11 €
Ambulantes Operieren	8.396 €	1,78 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	6.370 €	1,35 €
Wegepauschalen	468 €	0,10 €
Übrige Leistungen	1.152 €	0,24 €
Gesamt	**196.313 €**	**41,56 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR HAUT- UND GESCHLECHTSKRANKHEITEN

Etwa die Hälfte des GKV-Umsatzes entfällt auf den budgetierten Bereich. Leistungen des ambulanten Operierens und das Hautkrebsscreening bilden als extrabudgetäre Leistung im Durchschnitt rund ein Drittel des GKV-Umsatzes.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

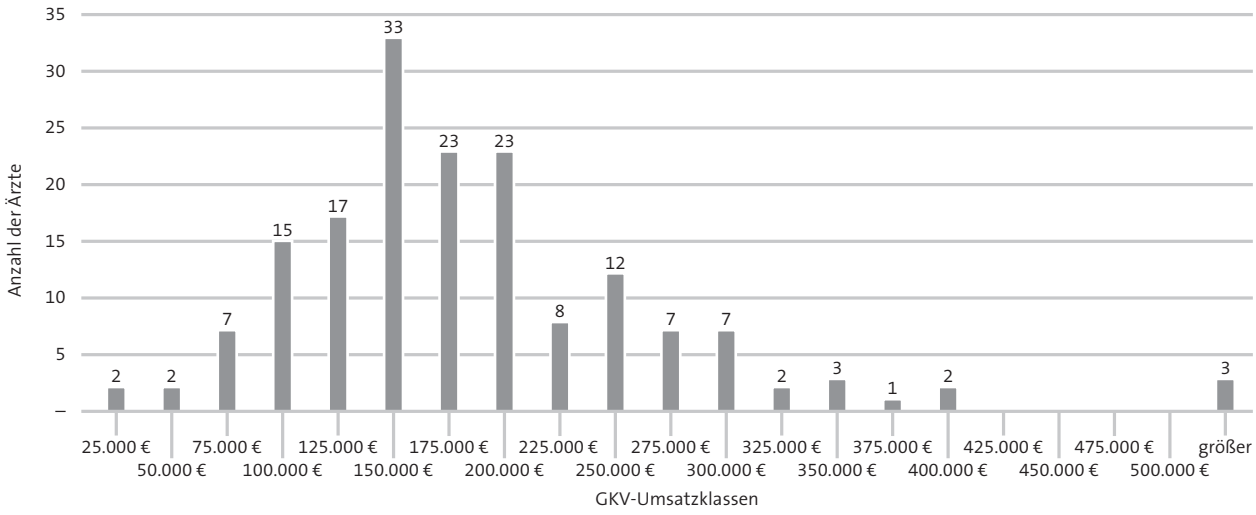
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	171	
Anzahl Ärzte*	163	
GKV-Umsatz	29.030.286 €	7.257.572 €
Fallzahl	910.543	227.636

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	169.520 €	42.380 €
GKV-Umsatz je Arzt*	178.032 €	44.508 €
Fallzahl je Arzt	5.317	1.329
Fallzahl je Arzt*	5.584	1.396

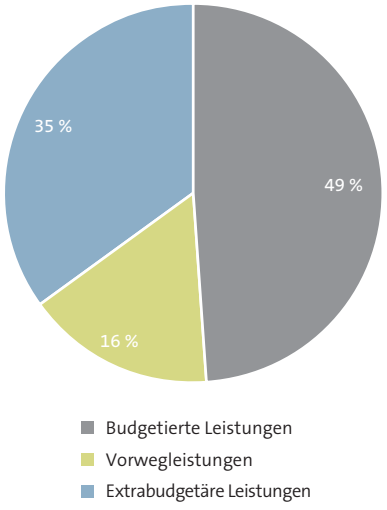
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	87.891 €	15,74 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	16.933 €	3,03 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	6.722 €	1,20 €
PFG	2.158 €	0,39 €
Haus- und Heimbesuche	1.169 €	0,21 €
Ambulantes Operieren	32.729 €	5,86 €
Hautkrebsscreening	17.445 €	3,12 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	5.586 €	1,00 €
Balneophototherapie	4.351 €	0,78 €
Präventive Koloskopie	973 €	0,17 €
Übrige Leistungen	2.075 €	0,37 €
Gesamt	**178.032 €**	**31,88 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR HUMANGENETIK

In den ersten drei Quartalen des Jahres wurden fast alle Leistungen aus dem Honorarfonds der Auftragsärzte mit einem variablen Punktwert vergütet. Diese Leistungen wurden ab dem vierten Quartal 2013 in den Grundbetrag „genetisches Labor“ überführt und werden nun als Vorwegleistung mit einem festen Punktwert vergütet.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	10	
Anzahl Ärzte*	9	
GKV-Umsatz	10.574.695 €	2.643.674 €
Fallzahl	9.700	2.425

* Vollzeitäquivalent

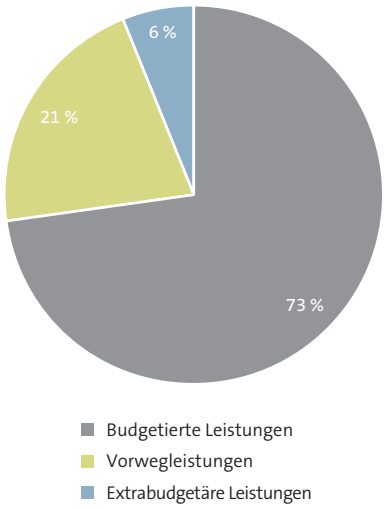
KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	1.031.678 €	257.919 €
GKV-Umsatz je Arzt*	1.226.052 €	306.513 €
Fallzahl je Arzt	946	237
Fallzahl je Arzt*	1.125	281

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	895.821 €	796,54 €
Genetisches Labor	257.191 €	228,69 €
Kosten und Wegegelder	2.283 €	2,03 €
Versandkostenpauschale Labor	99 €	0,09 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	76 €	0,07 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	6 €	0,01 €
Mutterschaftsvorsorge	70.576 €	62,75 €
Gesamt	**1.226.052 €**	**1.090,17 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN OHNE SCHWERPUNKT

Die Arztgruppe erzielt knapp zwei Drittel ihres GKV-Umsatzes im Bereich der budgetierten Leistungen. Der Anteil von rund 30 Prozent an extrabudgetären Leistungen ist in erster Linie auf die kurative und präventive Koloskopie zurückzuführen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

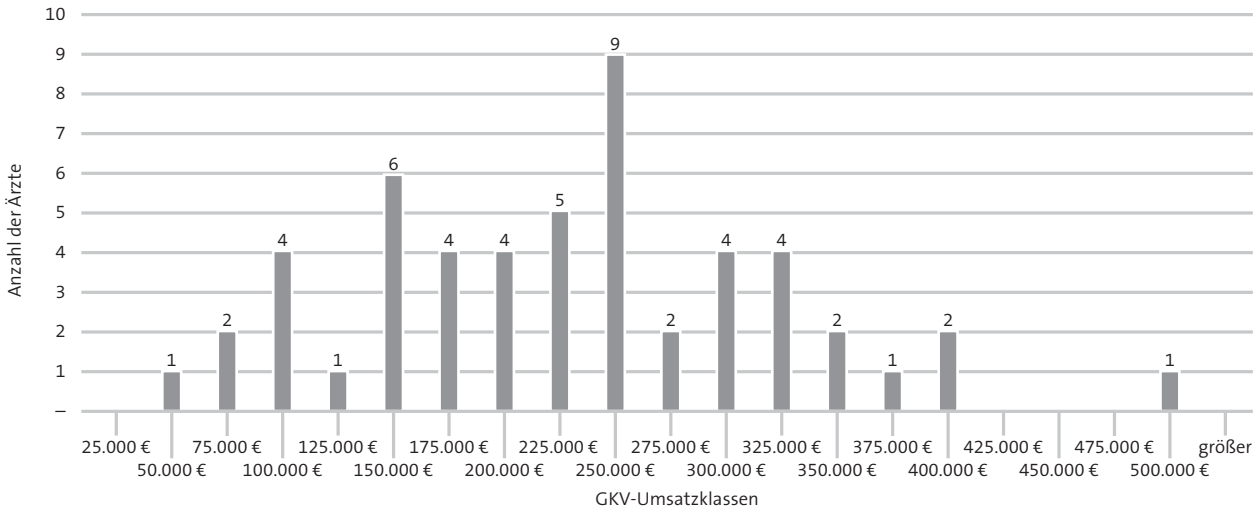
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	55	
Anzahl Ärzte*	53	
GKV-Umsatz	11.476.142 €	2.869.035 €
Fallzahl	157.044	39.261

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	207.713 €	51.928 €
GKV-Umsatz je Arzt*	216.021 €	54.005 €
Fallzahl je Arzt	2.842	711
Fallzahl je Arzt*	2.956	739

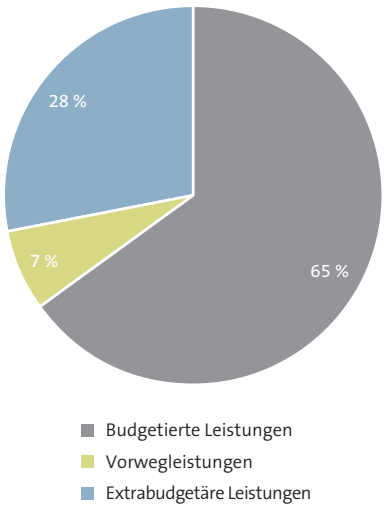
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	139.380 €	47,15 €
Belegärztliche Leistungen	5.159 €	1,75 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	2.799 €	0,95 €
Haus- und Heimbesuche	1.821 €	0,62 €
PFG	1.686 €	0,57 €
Ambulantes Operieren	37.435 €	12,66 €
Präventive Koloskopie	12.533 €	4,24 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	3.057 €	1,03 €
Prävention	2.696 €	0,91 €
DMP-Dokumentationen	1.800 €	0,61 €
Übrige Leistungen	7.655 €	2,59 €
Gesamt	**216.021 €**	**73,08 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR ANGIOLOGIE

Nahezu der gesamte GKV-Umsatz entfällt auf den budgetierten Bereich. Der extrabudgetäre Bereich und Vorwegleistungen machen insgesamt nur sieben Prozent aus.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	11	
Anzahl Ärzte*	11	
GKV-Umsatz	2.847.741 €	711.935 €
Fallzahl	38.457	9.614

* Vollzeitäquivalent

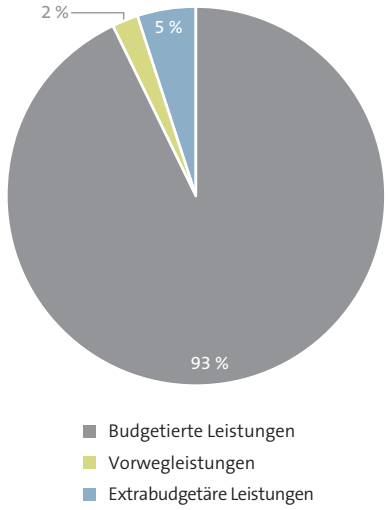
KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	253.133 €	63.283 €
GKV-Umsatz je Arzt*	264.906 €	66.227 €
Fallzahl je Arzt	3.418	855
Fallzahl je Arzt*	3.577	894

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	246.641 €	68,94 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	3.202 €	0,90 €
Kosten und Wegegelder	1.588 €	0,44 €
Labor Kapitel 32.2	324 €	0,09 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	6.075 €	1,70 €
Ambulantes Operieren	3.195 €	0,89 €
Präventive Koloskopie	1.106 €	0,31 €
Prävention	973 €	0,27 €
DMP-Dokumentationen	657 €	0,18 €
Schutzimpfungen	270 €	0,08 €
Übrige Leistungen	876 €	0,24 €
Gesamt	**264.906 €**	**74,05 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR ENDOKRINOLOGIE

Knapp die Hälfte des GKV-Umsatzes besteht aus Laborkosten aus dem Bereich der Vorwegleistungen. Ein weiteres Drittel wird durch budgetierte Leistungen bestimmt. Der Anteil von 20 Prozent an extrabudgetären Leistungen ist in erster Linie auf die DMP-Verträge zurückzuführen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	10	
Anzahl Ärzte*	10	
GKV-Umsatz	4.137.271 €	1.034.318 €
Fallzahl	34.975	8.744

KENNZAHLEN JE ARZT

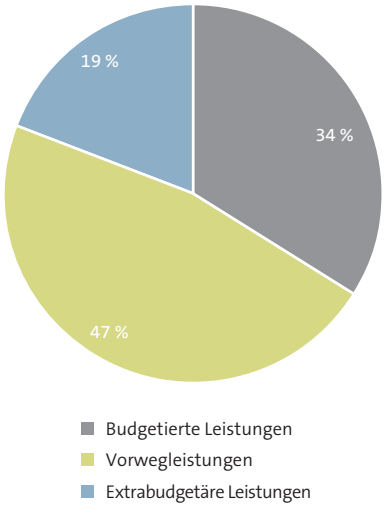
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	413.727 €	103.432 €
GKV-Umsatz je Arzt*	413.727 €	103.432 €
Fallzahl je Arzt	3.498	874
Fallzahl je Arzt*	3.498	874

* Vollzeitäquivalent

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	140.191 €	40,08 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	181.312 €	51,84 €
Labor Kapitel 32.2	6.968 €	1,99 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	2.693 €	0,77 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	1.795 €	0,51 €
Kosten und Wegegelder	1.347 €	0,39 €
Haus- und Heimbesuche	540 €	0,15 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	64.646 €	18,48 €
DMP-Dokumentationen	12.070 €	3,45 €
Prävention	1.622 €	0,46 €
Übrige Leistungen	543 €	0,16 €
Gesamt	**413.727 €**	**118,29 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT NEPHROLOGIE

Die Dialysesachkosten werden extrabudgetär vergütet. Entsprechendes gilt für die Grund- und Zusatzpauschalen ab dem dritten Quartal 2013. Gemeinsam bestimmen sie über 90 Prozent des GKV-Umsatzes. Der Rest besteht nahezu ausschließlich aus budgetierten Leistungen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

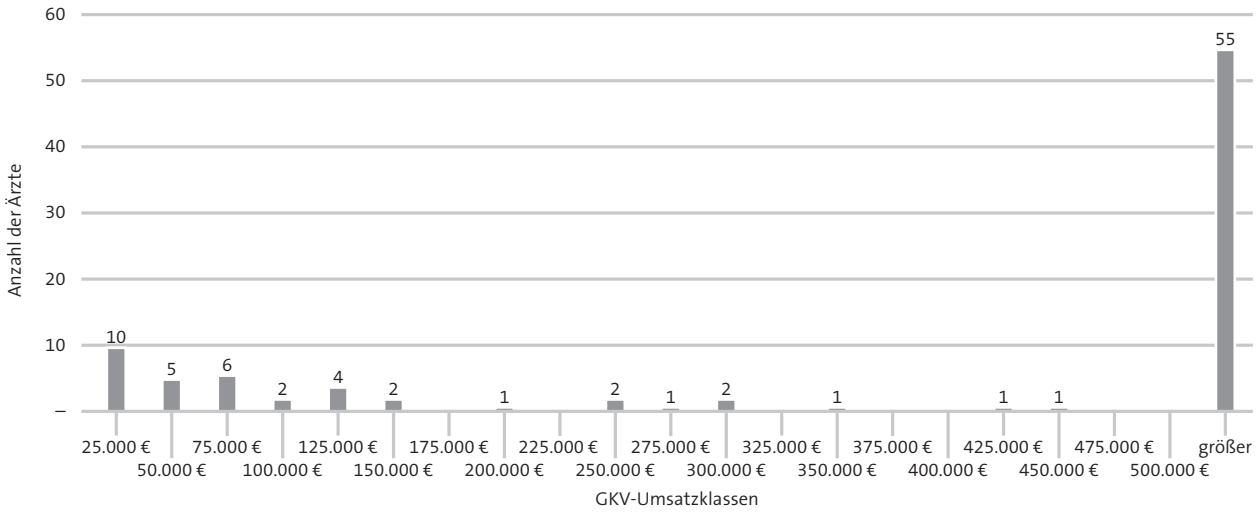
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	99	
Anzahl Ärzte*	92	
GKV-Umsatz	69.604.853 €	17.401.213 €
Fallzahl	95.949	23.987

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	706.648 €	176.662 €
GKV-Umsatz je Arzt*	754.013 €	188.503 €
Fallzahl je Arzt	974	244
Fallzahl je Arzt*	1.039	260

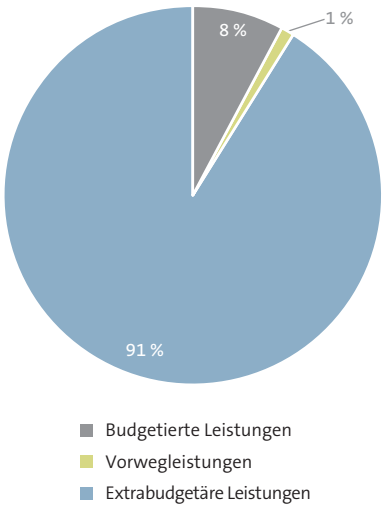
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	57.353 €	55,18 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	2.756 €	2,65 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	1.327 €	1,28 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.258 €	1,21 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	372.624 €	358,50 €
Dialysepauschalen	265.763 €	255,69 €
Nephrologie EBM Kapitel 4.5.4 und 13.3.6	44.896 €	43,19 €
Ambulantes Operieren	3.835 €	3,69 €
DMP-Dokumentationen	1.004 €	0,97 €
Präventive Koloskopie	925 €	0,89 €
Übrige Leistungen	2.271 €	2,19 €
Gesamt	**754.013 €**	**725,44 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT GASTROENTEROLOGIE

Der extrabudgetäre Vergütungsbereich beinhaltet die präventive und die kurative Koloskopie und macht knapp 60 Prozent des GKV-Umsatzes aus. Der übrige Anteil wird fast ausschließlich im budgetierten Bereich erzielt.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

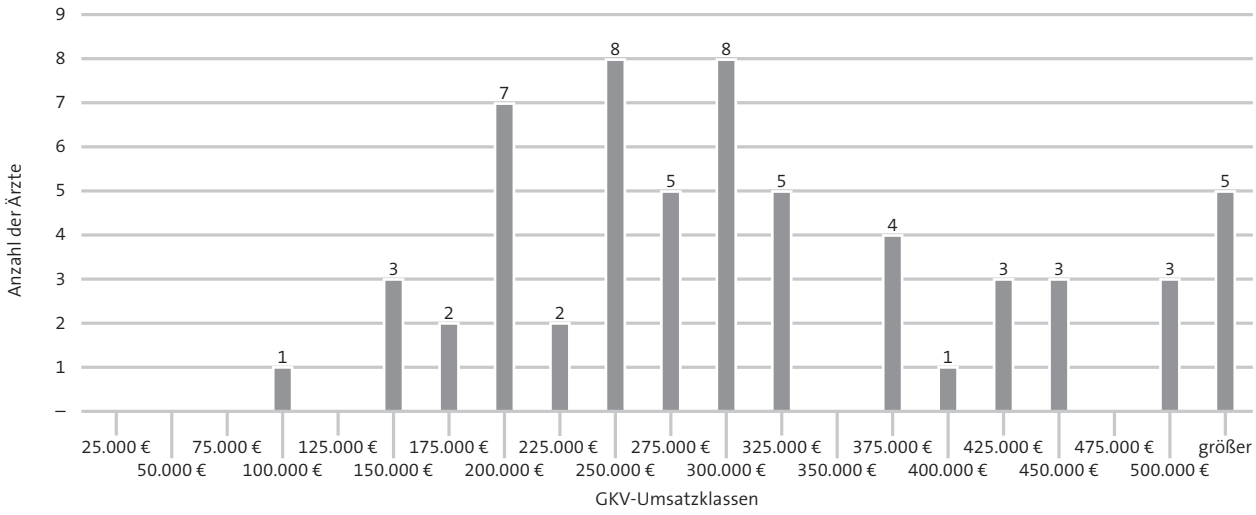
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	66	
Anzahl Ärzte*	62	
GKV-Umsatz	21.285.291 €	5.321.323 €
Fallzahl	171.623	42.906

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	322.504 €	80.626 €
GKV-Umsatz je Arzt*	341.247 €	85.312 €
Fallzahl je Arzt	2.600	650
Fallzahl je Arzt*	2.751	688

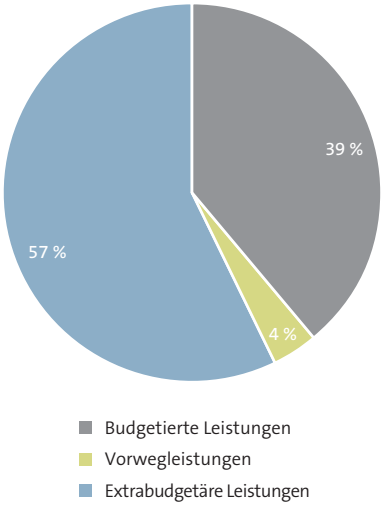
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	132.418 €	48,13 €
Belegärztliche Leistungen	4.169 €	1,52 €
Kosten und Wegegelder	4.026 €	1,46 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	2.435 €	0,89 €
Ambulantes Operieren	114.739 €	41,70 €
Präventive Koloskopie	35.860 €	13,03 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	23.983 €	8,72 €
Dialysepauschalen	16.903 €	6,14 €
Nephrologie EBM Kapitel 4.5.4 und 13.3.6	1.883 €	0,68 €
Prävention	902 €	0,33 €
Übrige Leistungen	3.928 €	1,43 €
Gesamt	**341.247 €**	**124,02 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT HÄMATOLOGIE UND INTERNISTISCHE ONKOLOGIE

Fast 60 Prozent des GKV-Umsatzes entfallen auf den budgetierten Bereich. Der Anteil des extrabudgetären Vergütungsbereichs von 40 Prozent ist in erster Linie auf die „Onkologie Vereinbarung“ über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten zurückzuführen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

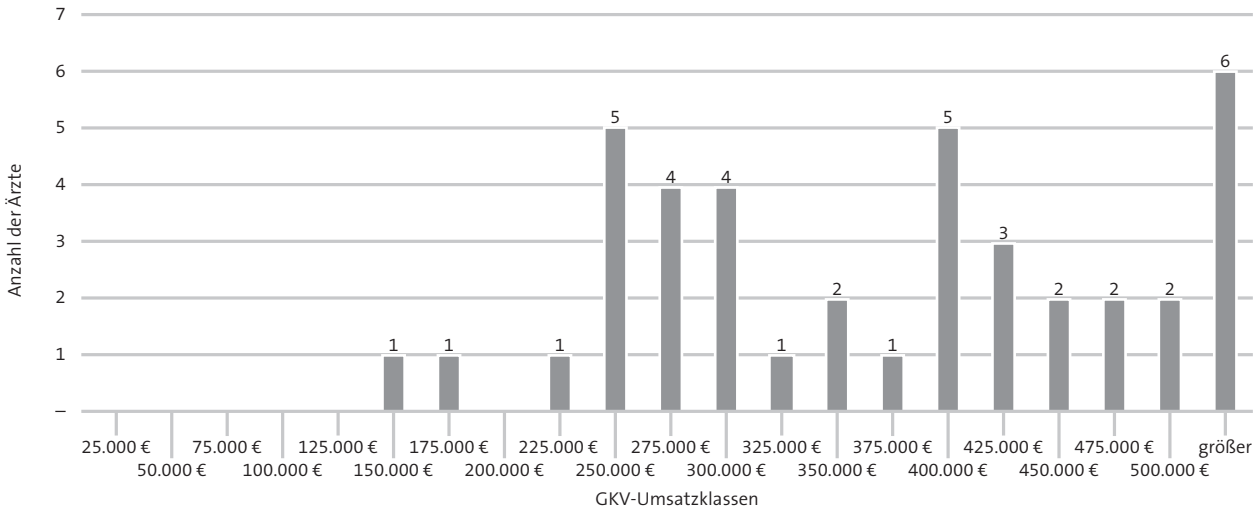
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	41	
Anzahl Ärzte*	38	
GKV-Umsatz	13.834.283 €	3.458.571 €
Fallzahl	74.047	18.512

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	339.492 €	84.873 €
GKV-Umsatz je Arzt*	368.914 €	92.229 €
Fallzahl je Arzt	1.817	454
Fallzahl je Arzt*	1.975	494

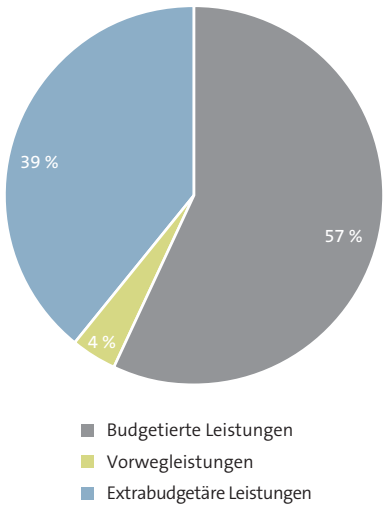
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	209.052 €	105,87 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	5.241 €	2,65 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	4.069 €	2,06 €
Labor Kapitel 32.2	3.420 €	1,73 €
Kosten und Wegegelder	1.886 €	0,96 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	131.760 €	66,73 €
Ambulantes Operieren	6.198 €	3,14 €
Substitutionsbehandlung	5.051 €	2,56 €
Präventive Koloskopie	1.089 €	0,55 €
Versorgung HIV-Patienten	808 €	0,41 €
Übrige Leistungen	342 €	0,17 €
Gesamt	**368.914 €**	**186,83 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE

Kardiologen ohne invasive Tätigkeit generieren rund 90 Prozent ihres GKV-Umsatzes im budgetierten Vergütungsbereich. Vorwegleistungen und extrabudgetäre Leistung machen knapp ein Zehntel des GKV-Umsatzes aus.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

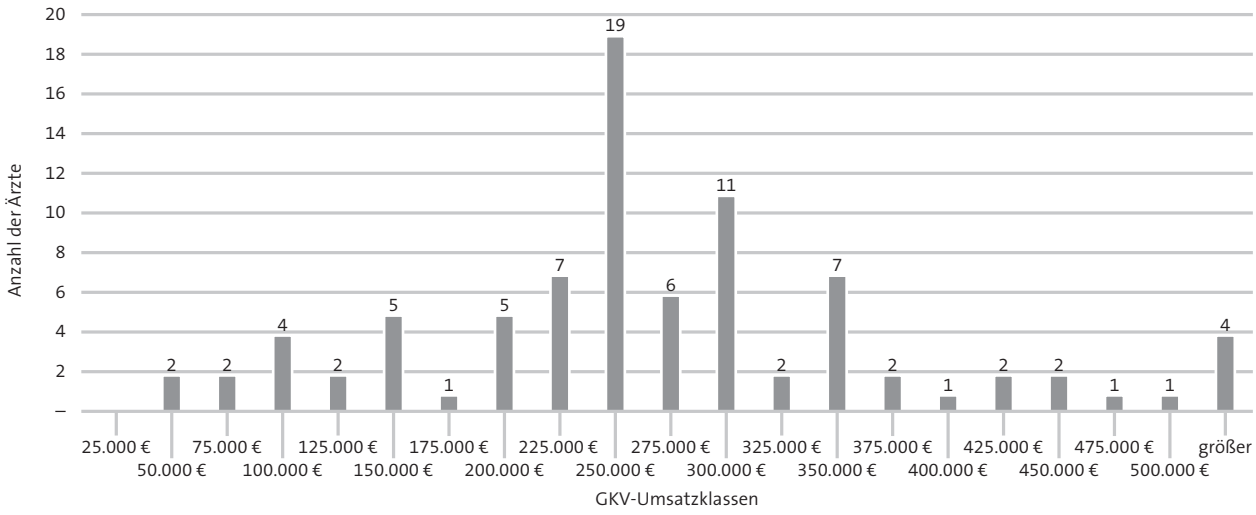
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	91	
Anzahl Ärzte*	84	
GKV-Umsatz	21.743.432 €	5.435.858 €
Fallzahl	278.820	69.705

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	238.939 €	59.735 €
GKV-Umsatz je Arzt*	259.236 €	64.809 €
Fallzahl je Arzt	3.064	766
Fallzahl je Arzt*	3.324	831

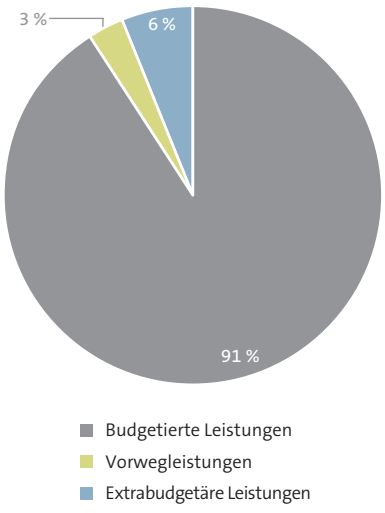
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	235.906 €	70,97 €
Kosten und Wegegelder	2.274 €	0,68 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	1.955 €	0,59 €
Belegärztliche Leistungen	1.812 €	0,55 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.446 €	0,43 €
Ambulantes Operieren	4.897 €	1,47 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	4.230 €	1,27 €
Präventive Koloskopie	2.752 €	0,83 €
DMP-Dokumentationen	1.597 €	0,48 €
Prävention	586 €	0,18 €
Übrige Leistungen	1.779 €	0,54 €
Gesamt	**259.236 €**	**77,98 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT KARDIOLOGIE MIT INVASIVER TÄTIGKEIT

Kardiologen mit invasiver Tätigkeit generieren knapp drei Viertel ihres Umsatzes im budgetierten Vergütungsbereich. Ein weiteres Viertel entfällt auf die Sachkosten bei invasiven Eingriffen, die innerhalb der mGV vergütet werden.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

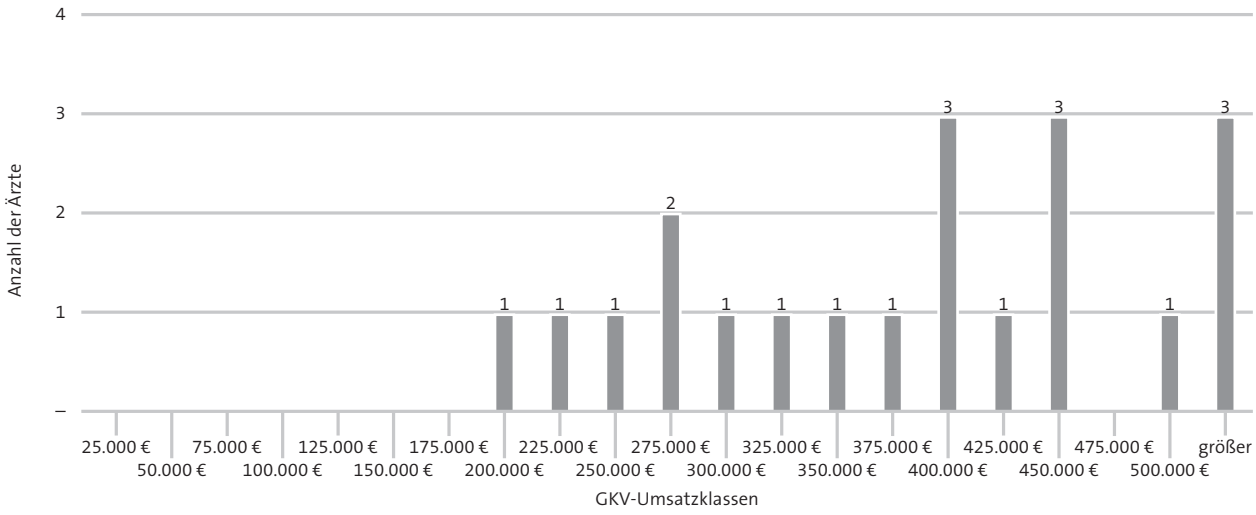
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	23	
Anzahl Ärzte*	22	
GKV-Umsatz	8.736.305 €	2.184.076 €
Fallzahl	62.876	15.719

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	379.839 €	94.960 €
GKV-Umsatz je Arzt*	399.374 €	99.843 €
Fallzahl je Arzt	2.734	683
Fallzahl je Arzt*	2.874	719

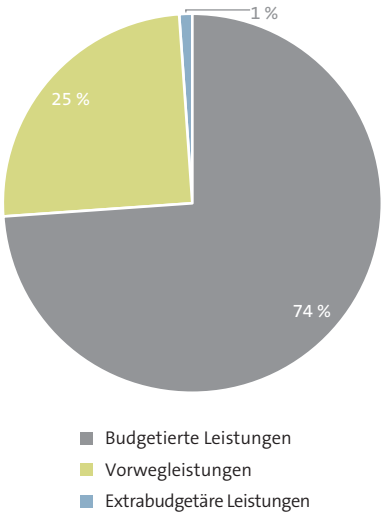
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	295.087 €	102,66 €
Kosten und Wegegelder	84.399 €	29,36 €
Belegärztliche Leistungen	12.694 €	4,42 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	2.457 €	0,85 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	750 €	0,26 €
Labor Kapitel 32.2	128 €	0,04 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	2.739 €	0,95 €
Ambulantes Operieren	676 €	0,24 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	346 €	0,12 €
Wegepauschalen	33 €	0,01 €
Übrige Leistungen	67 €	0,02 €
Gesamt	**399.374 €**	**138,94 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT PNEUMOLOGIE

Über 90 Prozent des GKV-Umsatzes bestehen aus budgetierten Leistungen. Zudem tragen Laborleistungen als Vorwegleistungen mit sechs Prozent zum Gesamtergebnis bei.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

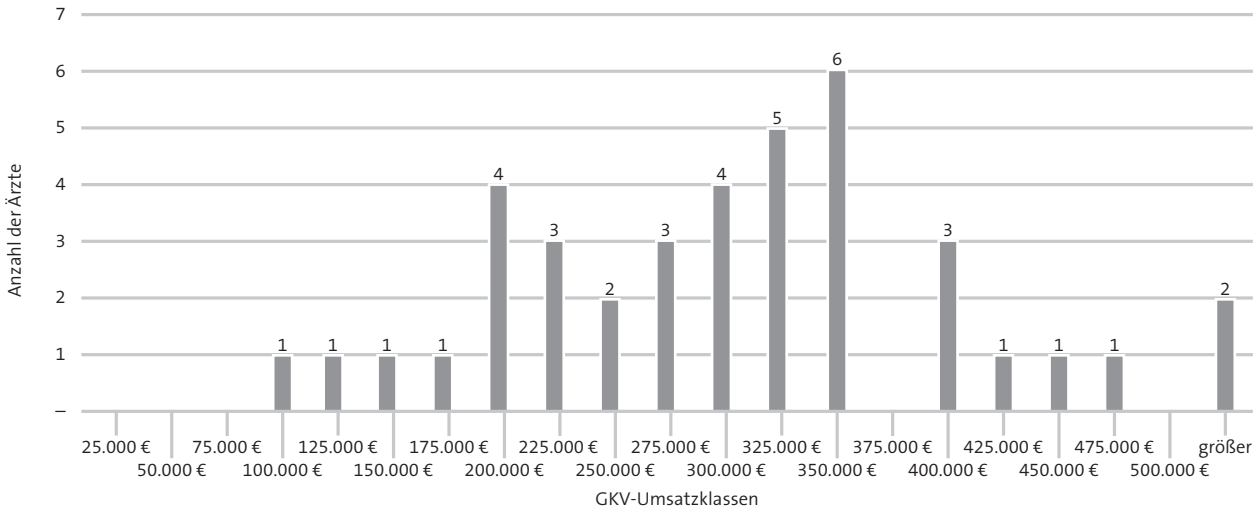
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	41	
Anzahl Ärzte*	39	
GKV-Umsatz	11.187.628 €	2.796.907 €
Fallzahl	158.255	39.564

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	272.869 €	68.217 €
GKV-Umsatz je Arzt*	284.130 €	71.033 €
Fallzahl je Arzt	3.860	965
Fallzahl je Arzt*	4.019	1.005

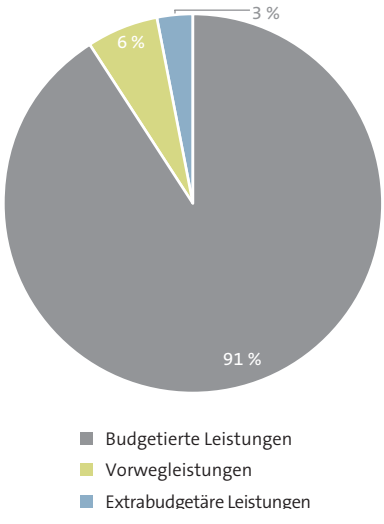
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	257.179 €	63,99 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	9.326 €	2,32 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	5.927 €	1,47 €
Kosten und Wegegelder	1.544 €	0,38 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	1.298 €	0,32 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	136 €	0,03 €
Labor Kapitel 32.2	115 €	0,03 €
DMP-Dokumentationen	5.645 €	1,40 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	2.635 €	0,66 €
Schutzimpfungen	233 €	0,06 €
Übrige Leistungen	91 €	0,02 €
Gesamt	**284.130 €**	**70,69 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR INNERE MEDIZIN MIT SCHWERPUNKT RHEUMATOLOGIE

Zwei Drittel des GKV-Umsatzes entfallen auf den budgetierten Vergütungsbereich. Darüber hinaus sind 30 Prozent des GKV-Umsatzes auf Laborkosten zurückzuführen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	15	
Anzahl Ärzte*	15	
GKV-Umsatz	4.691.791 €	1.172.948 €
Fallzahl	60.719	15.180

KENNZAHLEN JE ARZT

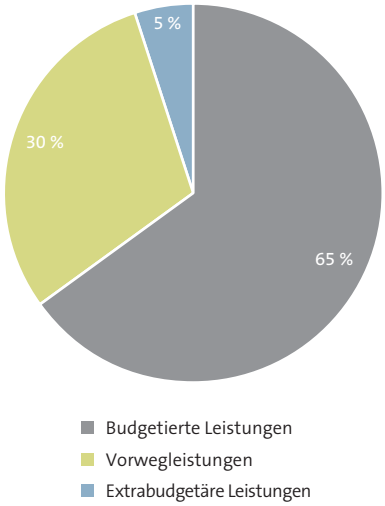
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	307.658 €	76.915 €
GKV-Umsatz je Arzt*	312.786 €	78.197 €
Fallzahl je Arzt	3.982	995
Fallzahl je Arzt*	4.048	1.012

* Vollzeitäquivalent

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	204.029 €	50,40 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	84.219 €	20,81 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	3.762 €	0,93 €
Kosten und Wegegelder	2.107 €	0,52 €
Labor Kapitel 32.2	1.073 €	0,27 €
Ambulantes Operieren	6.000 €	1,48 €
Präventive Koloskopie	4.335 €	1,07 €
Prävention	3.749 €	0,93 €
ADAPTHERA	1.507 €	0,37 €
Schutzimpfungen	448 €	0,11 €
Übrige Leistungen	1.558 €	0,38 €
Gesamt	**312.786 €**	**77,27 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR KINDER UND JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Der GKV-Umsatz besteht zu rund 60 Prozent aus budgetierten Leistungen. Die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sowie die antragspflichtige Psychotherapie bilden als extrabudgetäre Leistungen etwa ein weiteres Drittel.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

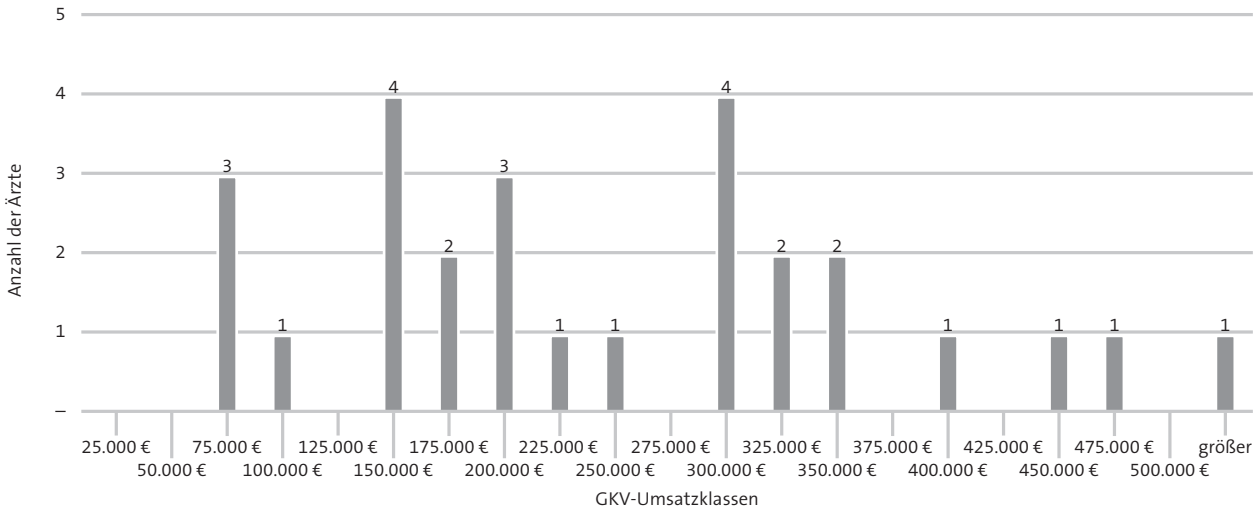
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	27	
Anzahl Ärzte*	27	
GKV-Umsatz	6.580.245 €	1.645.061 €
Fallzahl	32.080	8.020

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	241.477 €	60.369 €
GKV-Umsatz je Arzt*	242.590 €	60.647 €
Fallzahl je Arzt	1.177	294
Fallzahl je Arzt*	1.183	296

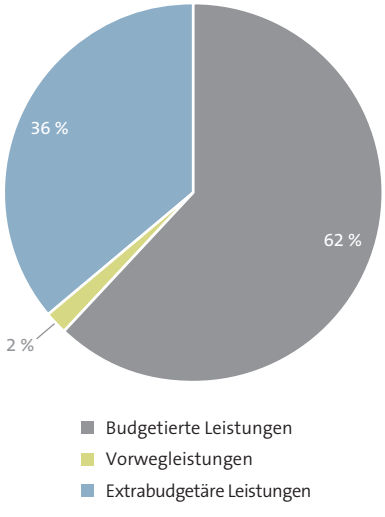
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	149.820 €	126,68 €
PFG	3.022 €	2,56 €
Labor Kapitel 32.2	1.198 €	1,01 €
Haus- und Heimbesuche	351 €	0,30 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	194 €	0,16 €
Kosten und Wegegelder	72 €	0,06 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	77.144 €	65,23 €
Substitutionsbehandlung	5.258 €	4,45 €
Antragspflichtige Psychotherapie	4.859 €	4,11 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	595 €	0,50 €
Übrige Leistungen	77 €	0,06 €
Gesamt	**242.590 €**	**205,12 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR MUND-KIEFER-GESICHTSCHIRURGIE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung des ambulanten Operierens fallen 90 Prozent des GKV-Umsatzes in diesen Bereich. Die Grundpauschale wird in dieser Arztgruppe vorweg vergütet.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

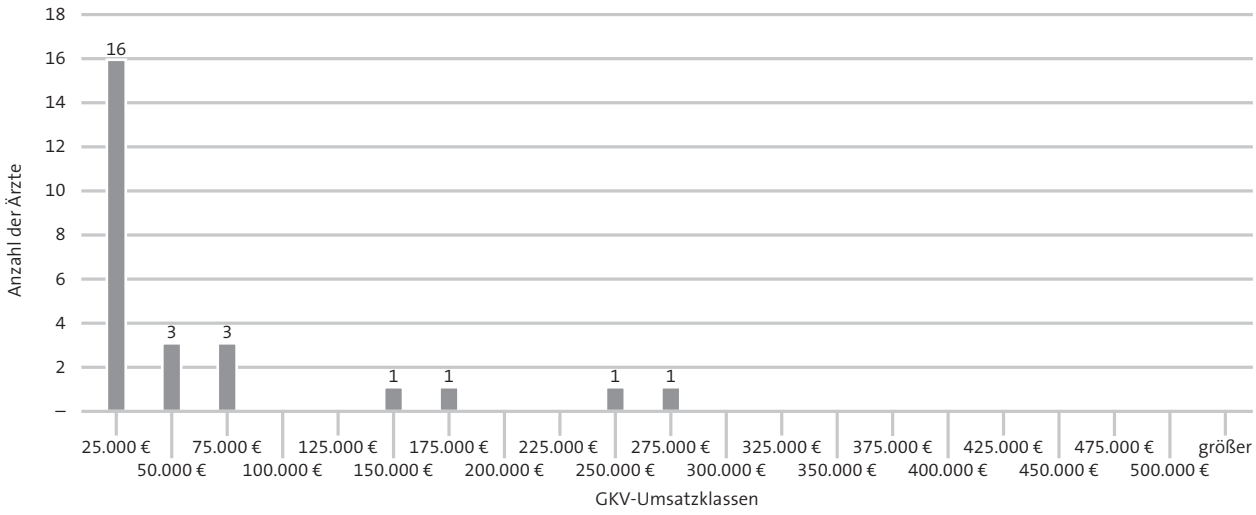
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	28	
Anzahl Ärzte*	27	
GKV-Umsatz	1.436.732 €	359.183 €
Fallzahl	9.380	2.345

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	50.858 €	12.714 €
GKV-Umsatz je Arzt*	52.483 €	13.121 €
Fallzahl je Arzt	332	83
Fallzahl je Arzt*	343	86

* Vollzeitäquivalent

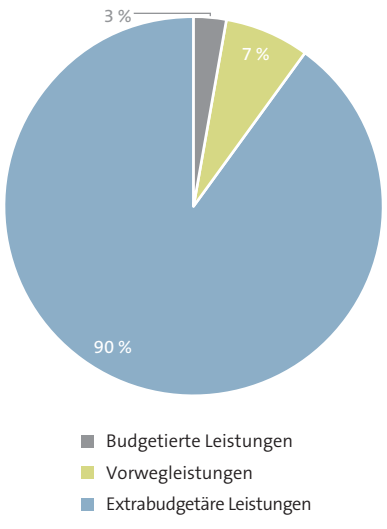
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	1.462 €	4,27 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	3.329 €	9,72 €
Belegärztliche Leistungen	470 €	1,37 €
Kosten und Wegegelder	140 €	0,41 €
Haus- und Heimbesuche	2 €	0,01 €
Ambulantes Operieren	45.206 €	131,93 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	1.488 €	4,34 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	270 €	0,79 €
Wegepauschalen	116 €	0,34 €
Gesamt	**52.483 €**	**153,17 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR NERVENHEILKUNDE

Rund 95 Prozent des GKV-Umsatzes fallen in den budgetierten Bereich. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung und Besuche tragen nur in geringem Maße zum GKV-Umsatz bei.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

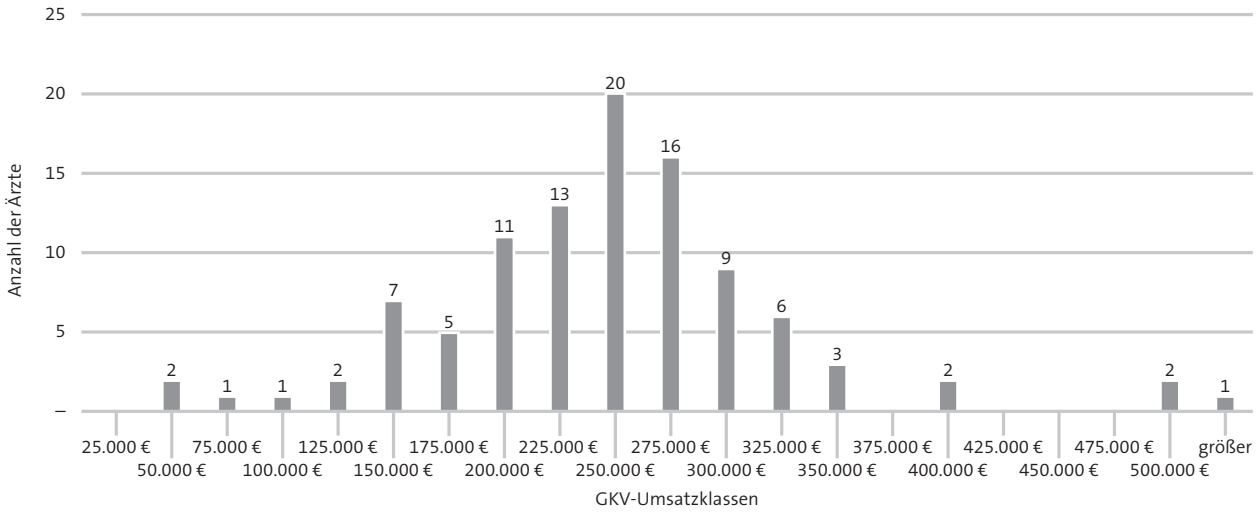
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	108	
Anzahl Ärzte*	107	
GKV-Umsatz	25.163.639 €	6.290.910 €
Fallzahl	409.866	102.467

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	232.459 €	58.115 €
GKV-Umsatz je Arzt*	235.312 €	58.828 €
Fallzahl je Arzt	3.786	947
Fallzahl je Arzt*	3.833	958

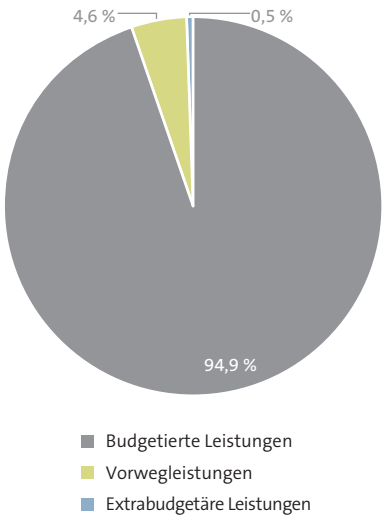
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	223.193 €	58,23 €
PFG	4.676 €	1,22 €
Haus- und Heimbesuche	4.327 €	1,13 €
Kosten und Wegegelder	1.181 €	0,31 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	455 €	0,12 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	216 €	0,06 €
Antragspflichtige Psychotherapie	677 €	0,18 €
Wegepauschalen	305 €	0,08 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	143 €	0,04 €
Substitutionsbehandlung	79 €	0,02 €
Übrige Leistungen	59 €	0,02 €
Gesamt	**235.312 €**	**61,39 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR NEUROLOGIE

Rund 95 Prozent des GKV-Umsatzes fallen in den budgetierten Bereich. Die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung und Besuche tragen nur in geringem Maße zum GKV-Umsatz bei.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

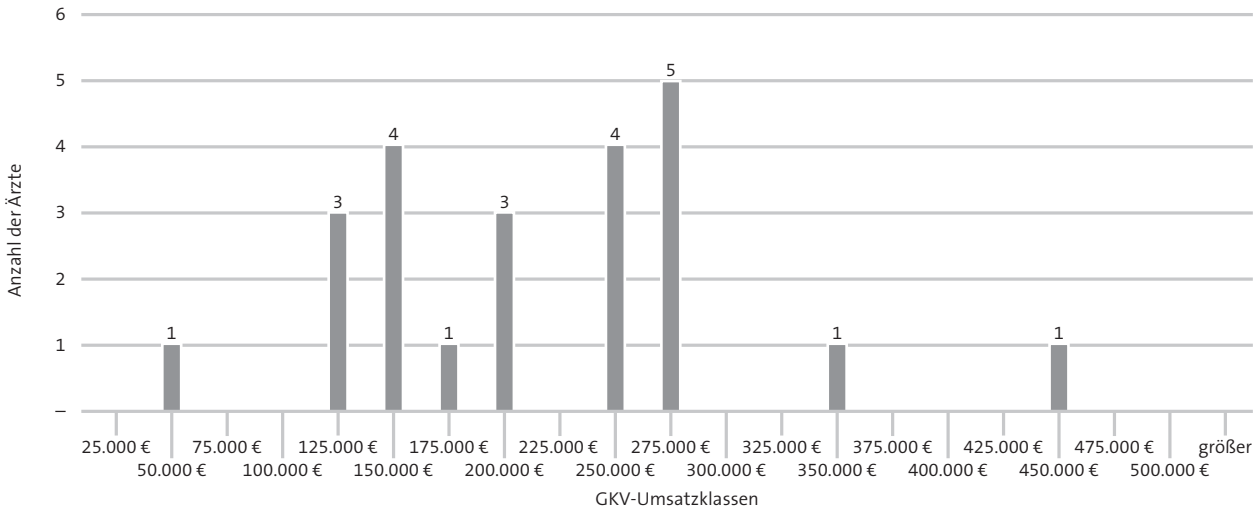
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	28	
Anzahl Ärzte*	26	
GKV-Umsatz	4.945.238 €	1.236.309 €
Fallzahl	86.013	21.503

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	179.827 €	44.957 €
GKV-Umsatz je Arzt*	190.660 €	47.665 €
Fallzahl je Arzt	3.128	782
Fallzahl je Arzt*	3.316	829

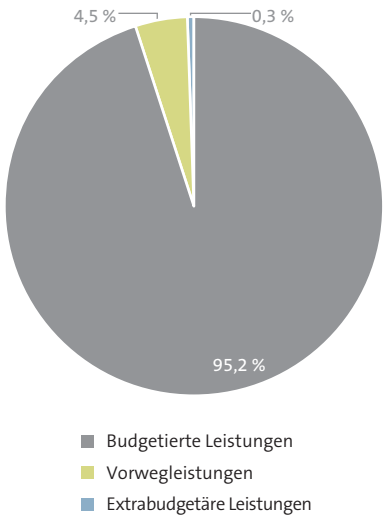
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	181.565 €	54,75 €
PFG	4.338 €	1,31 €
Haus- und Heimbesuche	2.328 €	0,70 €
Kosten und Wegegelder	1.317 €	0,40 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	447 €	0,13 €
Labor Kapitel 32.2	95 €	0,03 €
Belegärztliche Leistungen	11 €	0,00 €
Substitutionsbehandlung	358 €	0,11 €
Wegepauschalen	175 €	0,05 €
Antragspflichtige Psychotherapie	13 €	0,00 €
Übrige Leistungen	13 €	0,00 €
Gesamt	**190.660 €**	**57,49 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR NUKLEARMEDIZIN

Nahezu alle Leistungen werden aus der mGV gezahlt. Vom GKV-Umsatz entfallen knapp 70 Prozent auf den budgetierten Bereich. Der verbleibende Anteil sind Kostenpauschalen für Radionuklide und Laborleistungen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

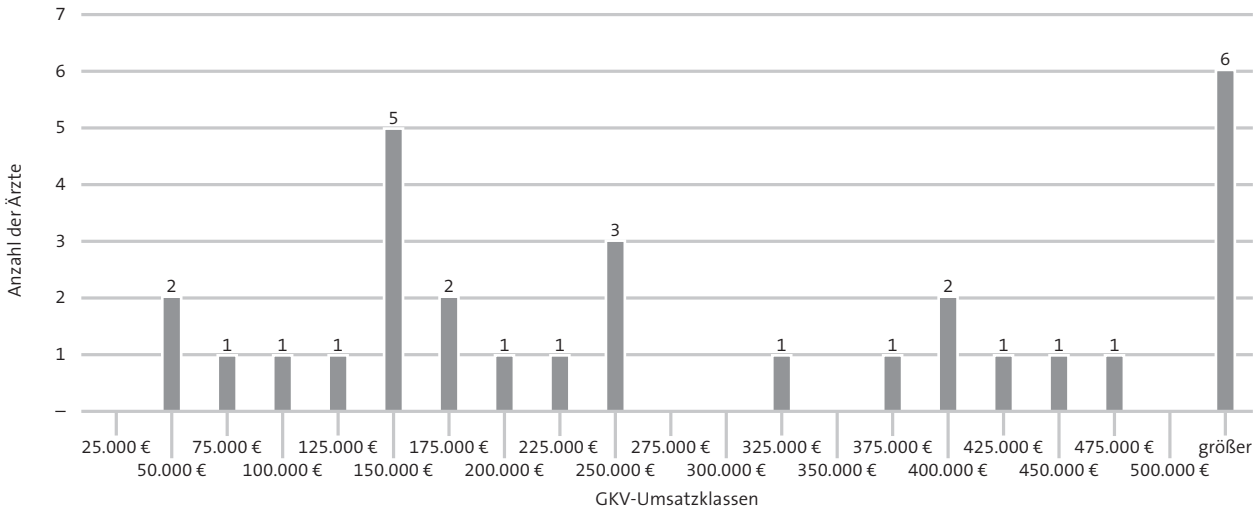
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	34	
Anzahl Ärzte*	29	
GKV-Umsatz	8.339.889 €	2.084.972 €
Fallzahl	74.867	18.717

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	248.952 €	62.238 €
GKV-Umsatz je Arzt*	288.204 €	72.051 €
Fallzahl je Arzt	2.235	559
Fallzahl je Arzt*	2.587	647

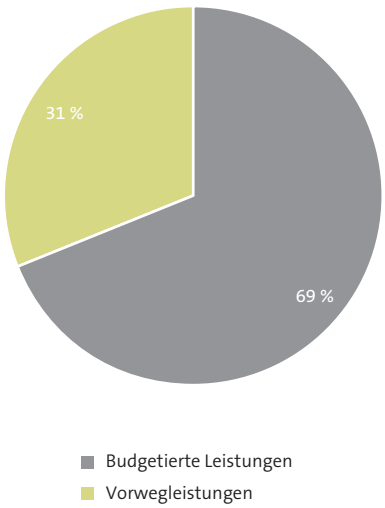
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	198.603 €	76,76 €
Kosten und Wegegelder	60.864 €	23,52 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	23.427 €	9,06 €
Labor Kapitel 32.2	3.423 €	1,32 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	632 €	0,24 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	492 €	0,19 €
Belegärztliche Leistungen	119 €	0,05 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	25 €	0,01 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	455 €	0,18 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	163 €	0,06 €
Übrige Leistungen	1 €	0,00 €
Gesamt	**288.204 €**	**111,40 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR ORTHOPÄDIE

Die GKV-Umsätze differieren aufgrund des unterschiedlichen Umfangs der ambulanten Operationen, der Akupunktur und der schmerztherapeutischen Leistungen erheblich. Durch die Grundpauschale beträgt der Anteil der Vorwegleistungen 43 Prozent. 45 Prozent entfallen auf den budgetierten und zwölf Prozent auf den extrabudgetären Bereich.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

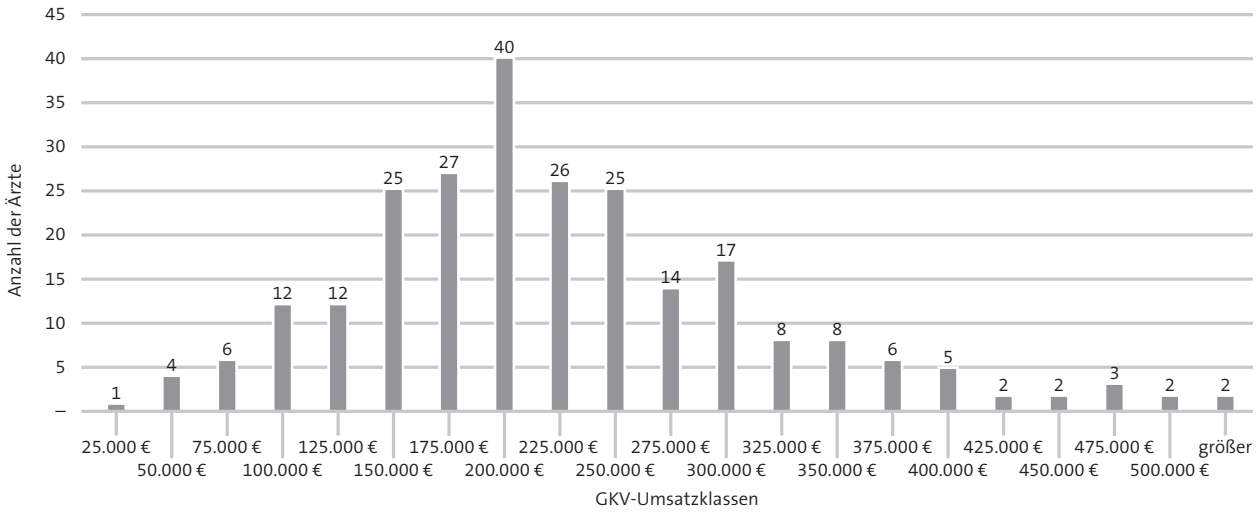
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	262	
Anzahl Ärzte*	237	
GKV-Umsatz	50.773.702 €	12.693.425 €
Fallzahl	962.987	240.747

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	194.163 €	48.541 €
GKV-Umsatz je Arzt*	213.953 €	53.488 €
Fallzahl je Arzt	3.683	921
Fallzahl je Arzt*	4.058	1.014

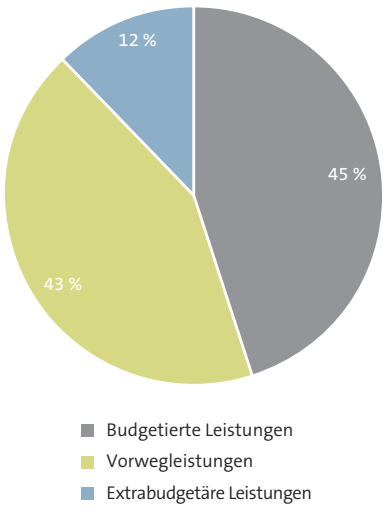
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	96.217 €	23,71 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	76.970 €	18,97 €
Kosten und Wegegelder	6.826 €	1,68 €
PFG	3.526 €	0,87 €
Belegärztliche Leistungen	2.869 €	0,71 €
Grundpauschale im Rahmen der Schmerztherapie	1.079 €	0,27 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	649 €	0,16 €
Ambulantes Operieren	19.837 €	4,89 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	3.975 €	0,98 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1.542 €	0,38 €
Übrige Leistungen	463 €	0,11 €
Gesamt	**213.953 €**	**52,73 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR PATHOLOGIE

Rund 80 Prozent des GKV-Umsatzes werden aus dem Honorarfonds der Auftragsärzte gezahlt. Der verbleibende Anteil entfällt zu annähernd gleichen Teilen auf zytologische Untersuchungen im Rahmen der Krebsvorsorge und Kostenerstattungen für Versandmaterial.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

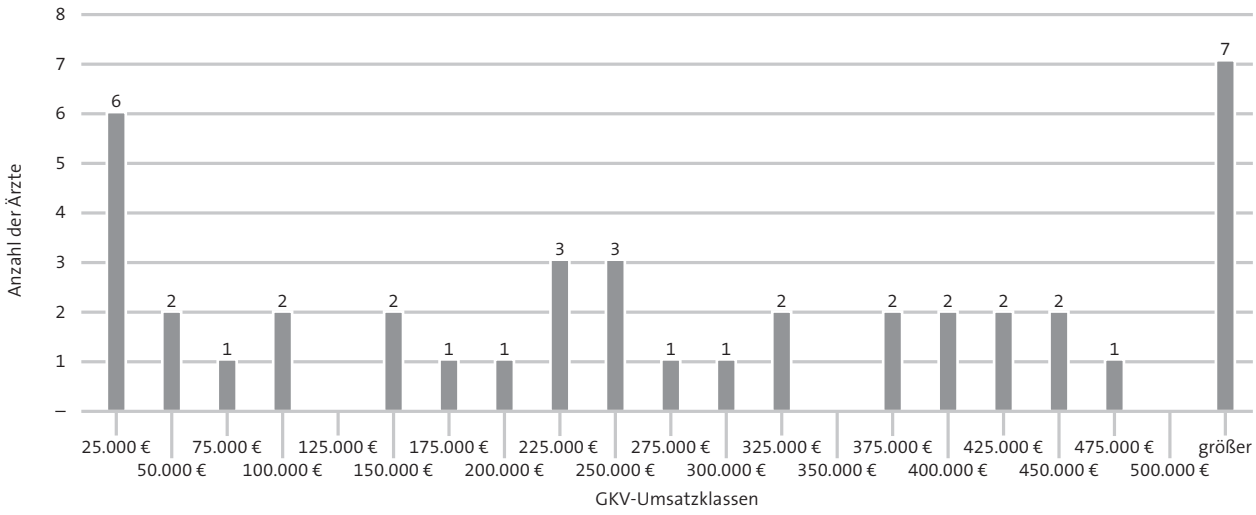
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	46	
Anzahl Ärzte*	38	
GKV-Umsatz	10.575.422 €	2.643.856 €
Fallzahl	361.716	90.429

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	231.157 €	57.789 €
GKV-Umsatz je Arzt*	280.144 €	70.036 €
Fallzahl je Arzt	7.906	1.977
Fallzahl je Arzt*	9.582	2.395

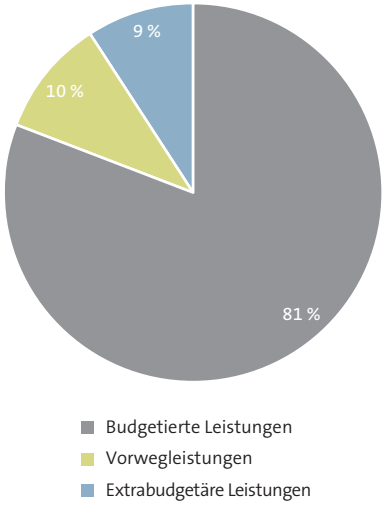
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	225.201 €	23,50 €
Kosten und Wegegelder	24.969 €	2,61 €
Genetisches Labor	3.385 €	0,35 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	440 €	0,05 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	73 €	0,01 €
Versandkostenpauschale Labor	18 €	0,00 €
Labor Kapitel 32.2	0 €	0,00 €
Prävention	24.160 €	2,52 €
Präventive Koloskopie	1.890 €	0,20 €
Mutterschaftsvorsorge	8 €	0,00 €
Übrige Leistungen	0 €	0,00 €
Gesamt	**280.144 €**	**29,24 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Über 90 Prozent des GKV-Umsatzes entfallen auf budgetierte Leistungen. Der Rest setzt sich aus der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung und der antragspflichtigen Psychotherapie zusammen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

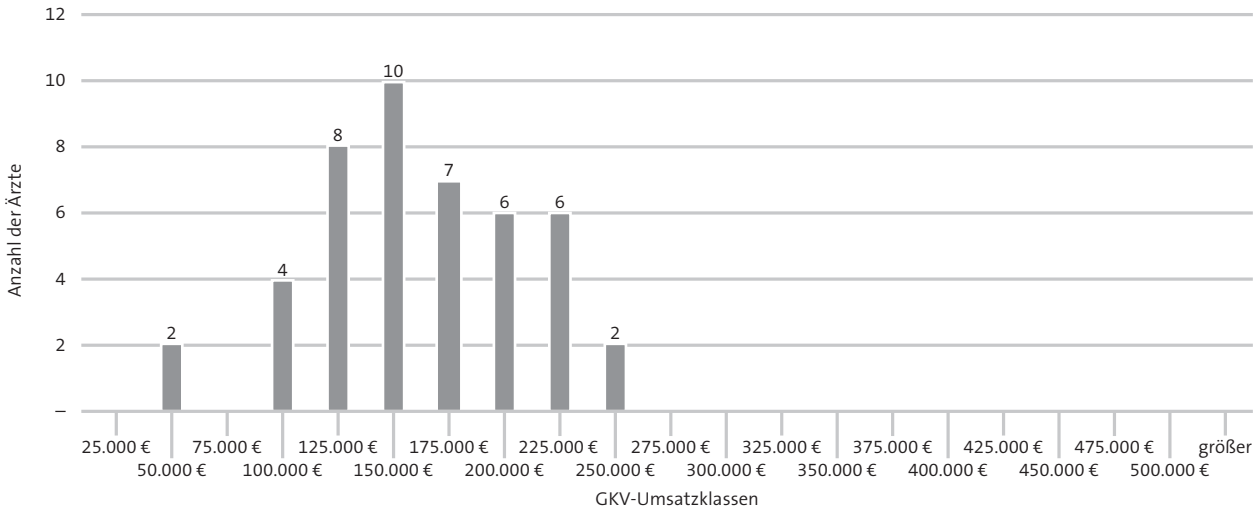
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	50	
Anzahl Ärzte*	48	
GKV-Umsatz	7.034.727 €	1.758.682 €
Fallzahl	94.974	23.744

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	139.995 €	34.999 €
GKV-Umsatz je Arzt*	145.797 €	36.449 €
Fallzahl je Arzt	1.890	473
Fallzahl je Arzt*	1.968	492

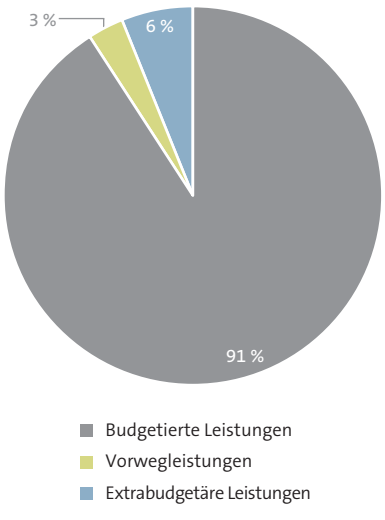
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	132.330 €	67,23 €
PFG	2.558 €	1,30 €
Haus- und Heimbesuche	1.690 €	0,86 €
Kosten und Wegegelder	358 €	0,18 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	345 €	0,18 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	294 €	0,15 €
Antragspflichtige Psychotherapie	6.252 €	3,18 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	1.787 €	0,91 €
Wegepauschalen	164 €	0,08 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	18 €	0,01 €
Übrige Leistungen	0 €	0,00 €
Gesamt	**145.797 €**	**74,07 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR ZYTOLOGIE UND HISTOLOGIE

Mehr als die Hälfte des GKV-Umsatzes entfällt auf Untersuchungen im präventiven Bereich. Ein weiteres Viertel sind Kostenerstattungen, die innerhalb der mGV vorweg vergütet werden. 17 Prozent des GKV-Umsatzes sind budgetiert.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	16	
Anzahl Ärzte*	15	
GKV-Umsatz	3.849.725 €	962.431 €
Fallzahl	379.697	94.924

* Vollzeitäquivalent

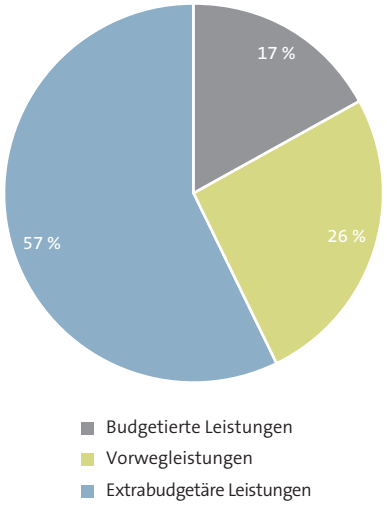
KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	248.369 €	62.092 €
GKV-Umsatz je Arzt*	256.648 €	64.162 €
Fallzahl je Arzt	24.497	6.124
Fallzahl je Arzt*	25.313	6.328

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	44.339 €	1,75 €
Kosten und Wegegelder	65.526 €	2,59 €
Versandkostenpauschale Labor	47 €	0,00 €
Prävention	146.736 €	5,80 €
Gesamt	**256.648 €**	**10,14 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie und der Probatorik für Ärzte nach § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V entfallen 86 Prozent auf diesen Vergütungsbereich. Der Rest wird nahezu ausschließlich aus dem Honorarfonds der Psychotherapeuten gezahlt.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

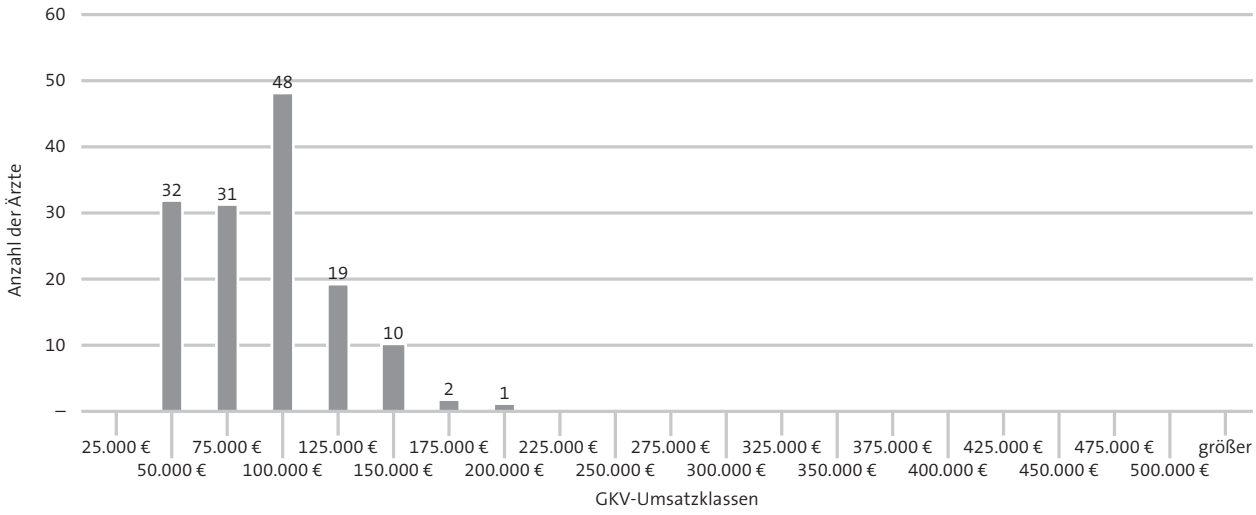
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	150	
Anzahl Ärzte*	138	
GKV-Umsatz	11.258.952 €	2.814.738 €
Fallzahl	35.120	8.780

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	74.935 €	18.734 €
GKV-Umsatz je Arzt*	81.661 €	20.415 €
Fallzahl je Arzt	234	58
Fallzahl je Arzt*	255	64

* Vollzeitäquivalent

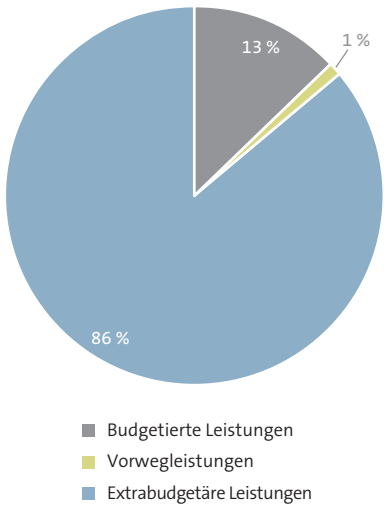
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	11.097 €	43,57 €
PFG	461 €	1,81 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	83 €	0,33 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	46 €	0,18 €
Kosten und Wegegelder	33 €	0,13 €
Haus- und Heimbesuche	9 €	0,03 €
Antragspflichtige Psychotherapie	62.400 €	244,97 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	7.465 €	29,31 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	57 €	0,22 €
Wegepauschalen	8 €	0,03 €
Übrige Leistungen	0 €	0,00 €
Gesamt	**81.661 €**	**320,59 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie und der Probatorik für Ärzte nach § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V entfallen 87 Prozent des Honorars auf diesen Vergütungsbereich. Der Rest wird nahezu ausschließlich aus dem Honorarfonds der Psychotherapeuten gezahlt.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

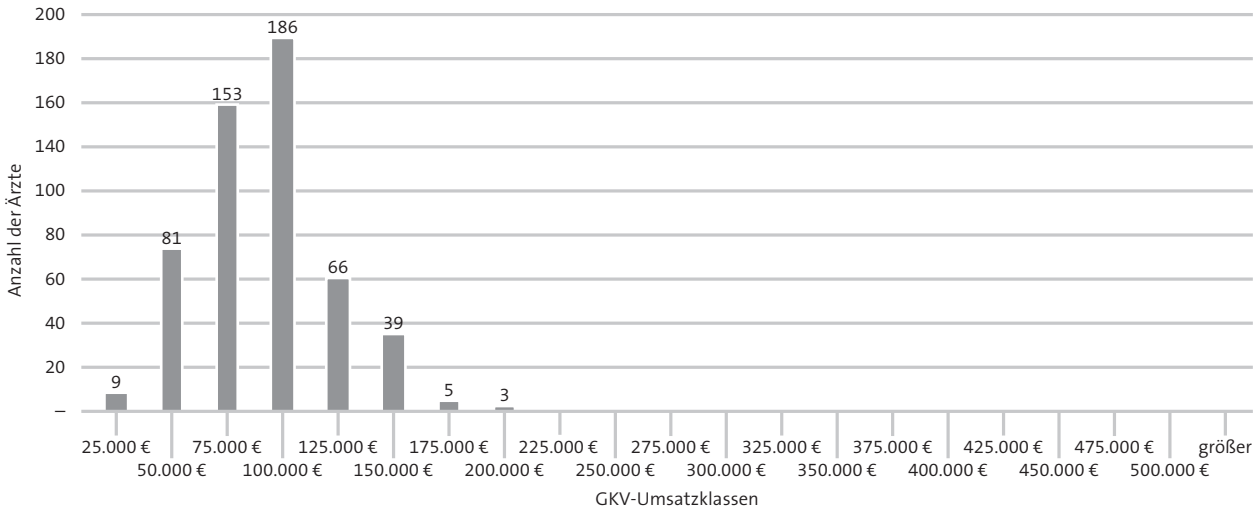
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	563	
Anzahl Ärzte*	523	
GKV-Umsatz	41.862.116 €	10.465.529 €
Fallzahl	129.717	32.429

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	74.322 €	18.581 €
GKV-Umsatz je Arzt*	80.023 €	20.006 €
Fallzahl je Arzt	230	58
Fallzahl je Arzt*	248	62

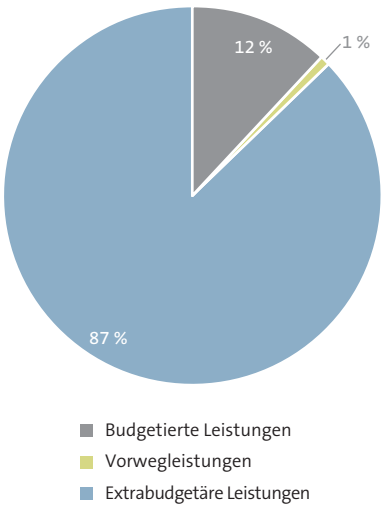
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	9.844 €	39,70 €
PFG	424 €	1,71 €
Kosten und Wegegelder	37 €	0,15 €
Haus- und Heimbesuche	31 €	0,13 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	6 €	0,03 €
Antragspflichtige Psychotherapie	60.840 €	245,36 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	8.734 €	35,22 €
Neuropsychologische Therapie	89 €	0,36 €
Wegepauschalen	10 €	0,04 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	6 €	0,03 €
Übrige Leistungen	2 €	0,01 €
Gesamt	**80.023 €**	**322,72 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie und der Probatorik für Ärzte nach § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V entfallen 87 Prozent des Honorars auf diesen Vergütungsbereich. Der Rest wird nahezu ausschließlich aus dem Honorarfonds der Psychotherapeuten gezahlt.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

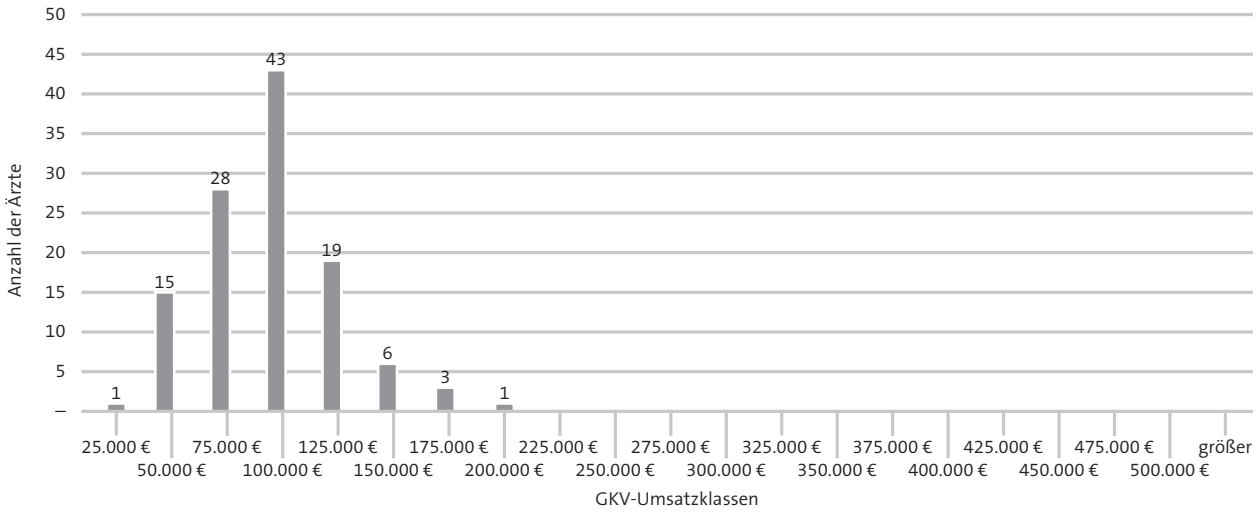
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	128	
Anzahl Ärzte*	123	
GKV-Umsatz	10.399.735 €	2.599.934 €
Fallzahl	22.785	5.696

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	81.090 €	20.272 €
GKV-Umsatz je Arzt*	84.251 €	21.063 €
Fallzahl je Arzt	178	44
Fallzahl je Arzt*	185	46

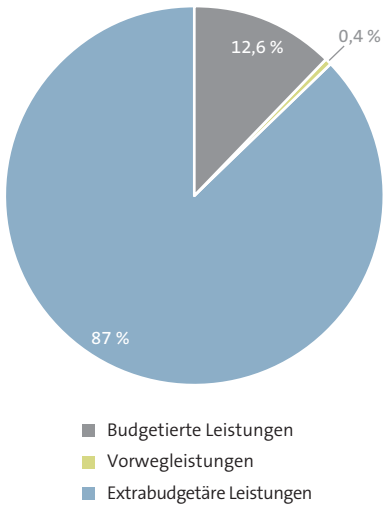
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	10.609 €	57,47 €
PFG	294 €	1,59 €
Kosten und Wegegelder	30 €	0,16 €
Haus- und Heimbesuche	22 €	0,12 €
Antragspflichtige Psychotherapie	64.277 €	348,22 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	9.013 €	48,83 €
Wegepauschalen	7 €	0,04 €
Gesamt	**84.251 €**	**456,43 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE OHNE CT UND MRT

Nahezu alle Leistungen der radiologisch tätigen Arztgruppen fallen in den budgetierten Bereich. Daher wird hier fast der gesamte GKV-Umsatz erzielt. Leistungen der Strahlentherapie, Kostenpauschalen für Radionuklide und Versandkosten sorgen für unterschiedliche Anteile der Vergütungsbereiche zwischen den radiologisch tätigen Arztgruppen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	7	
Anzahl Ärzte*	7	
GKV-Umsatz	1.076.978 €	269.245 €
Fallzahl	21.905	5.476

KENNZAHLEN JE ARZT

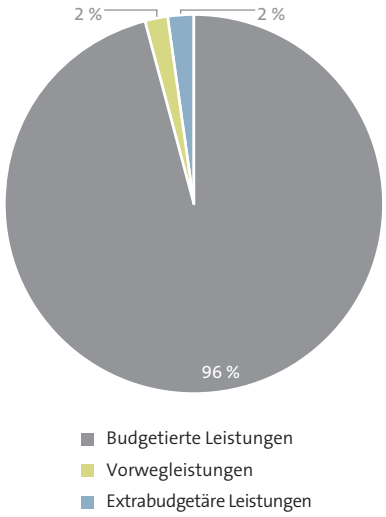
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	153.854 €	38.464 €
GKV-Umsatz je Arzt*	161.043 €	40.261 €
Fallzahl je Arzt	3.129	782
Fallzahl je Arzt*	3.276	819

* Vollzeitäquivalent

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	154.581 €	47,19 €
Kosten und Wegegelder	3.489 €	1,07 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	298 €	0,09 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	2.512 €	0,77 €
Vakuumbiopsie der Mamma (Radiologie)	163 €	0,05 €
Gesamt	**161.043 €**	**49,17 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE MIT CT UND OHNE MRT

Nahezu alle Leistungen der radiologisch tätigen Arztgruppen fallen in den budgetierten Bereich. Daher wird hier fast der gesamte GKV-Umsatz erzielt. Leistungen der Strahlentherapie, Kostenpauschalen für Radionuklide und Versandkosten sorgen für unterschiedliche Anteile der Vergütungsbereiche zwischen den radiologisch tätigen Arztgruppen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	18	
Anzahl Ärzte*	17	
GKV-Umsatz	4.973.379 €	1.243.345 €
Fallzahl	67.621	16.905

* Vollzeitäquivalent

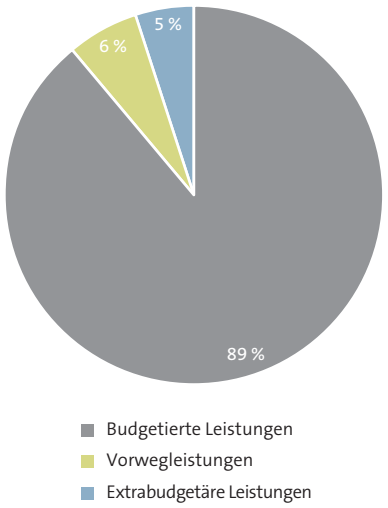
KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	280.190 €	70.048 €
GKV-Umsatz je Arzt*	287.271 €	71.818 €
Fallzahl je Arzt	3.810	952
Fallzahl je Arzt*	3.906	976

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	256.155 €	65,58 €
Kosten und Wegegelder	12.604 €	3,23 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	2.096 €	0,54 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	572 €	0,15 €
Labor Kapitel 32.2	488 €	0,12 €
Belegärztliche Leistungen	16 €	0,00 €
Strahlentherapie	11.378 €	2,91 €
Kosten Strahlentherapie	3.962 €	1,01 €
Gesamt	**287.271 €**	**73,55 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE ÜBERWIEGEND MRT

Nahezu alle Leistungen der radiologisch tätigen Arztgruppen fallen in den budgetierten Bereich. Daher wird hier fast der gesamte GKV-Umsatz erzielt. Leistungen der Strahlentherapie, Kostenpauschalen für Radionuklide und Versandkosten sorgen für unterschiedliche Anteile der Vergütungsbereiche zwischen den radiologisch tätigen Arztgruppen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

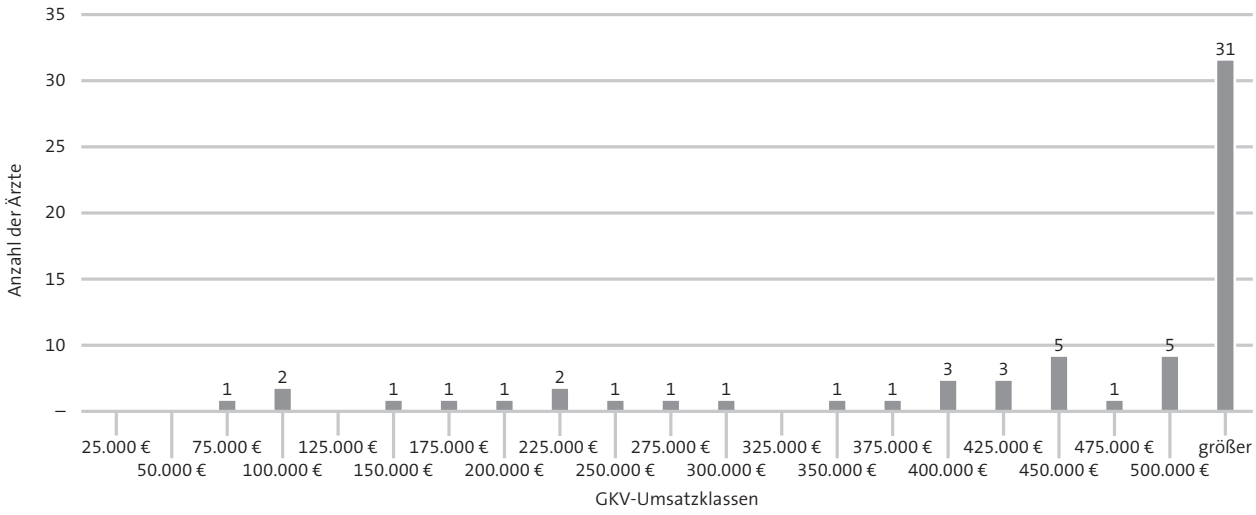
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	68	
Anzahl Ärzte*	66	
GKV-Umsatz	34.850.410 €	8.712.603 €
Fallzahl	311.757	77.939

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	514.397 €	128.599 €
GKV-Umsatz je Arzt*	532.067 €	133.017 €
Fallzahl je Arzt	4.602	1.150
Fallzahl je Arzt*	4.760	1.190

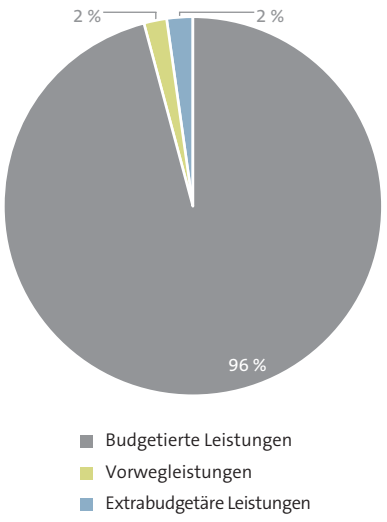
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	510.242 €	107,20 €
Kosten und Wegegelder	8.801 €	1,85 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	784 €	0,16 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	541 €	0,11 €
Labor Kapitel 32.2	169 €	0,04 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	36 €	0,01 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	32 €	0,01 €
Strahlentherapie	9.630 €	2,02 €
Kosten Strahlentherapie	1.576 €	0,33 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	220 €	0,05 €
Übrige Leistungen	37 €	0,01 €
Gesamt	**532.067 €**	**111,79 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR DIAGNOSTISCHE RADIOLOGIE MIT CT UND MRT

Nahezu alle Leistungen der radiologisch tätigen Arztgruppen fallen in den budgetierten Bereich. Daher wird hier fast der gesamte GKV-Umsatz erzielt. Leistungen der Strahlentherapie, Kostenpauschalen für Radionuklide und Versandkosten sorgen für unterschiedliche Anteile der Vergütungsbereiche zwischen den radiologisch tätigen Arztgruppen.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

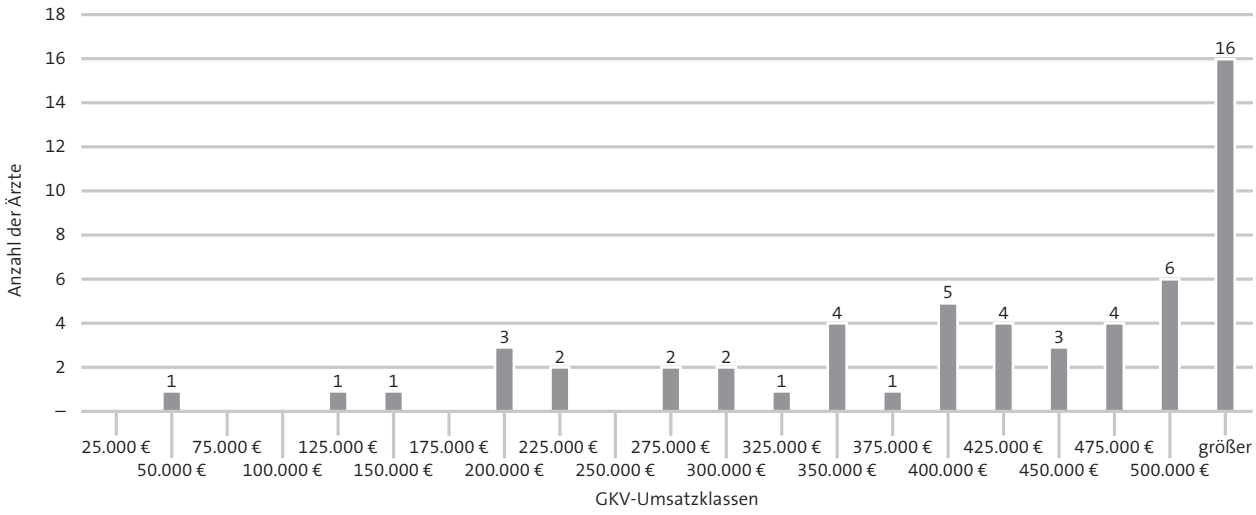
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	67	
Anzahl Ärzte*	62	
GKV-Umsatz	25.895.177 €	6.473.794 €
Fallzahl	293.400	73.350

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	385.058 €	96.265 €
GKV-Umsatz je Arzt*	417.664 €	104.416 €
Fallzahl je Arzt	4.363	1.091
Fallzahl je Arzt*	4.732	1.183

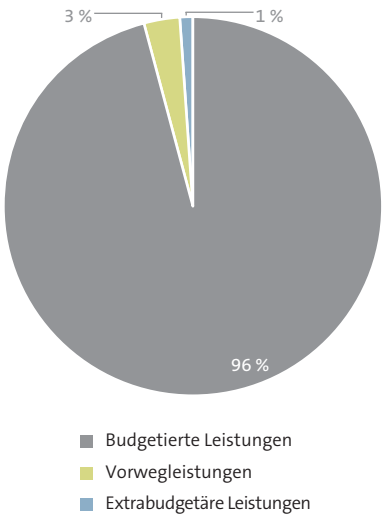
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	401.655 €	84,88 €
Kosten und Wegegelder	6.760 €	1,43 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	2.743 €	0,58 €
Labor Kapitel 32.2	506 €	0,11 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	380 €	0,08 €
Belegärztliche Leistungen	69 €	0,01 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	59 €	0,01 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	20 €	0,00 €
Strahlentherapie	4.774 €	1,01 €
Kosten Strahlentherapie	696 €	0,15 €
Übrige Leistungen	2 €	0,00 €
Gesamt	**417.664 €**	**88,26 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR UROLOGIE

Die GKV-Umsätze differieren aufgrund des unterschiedlichen Umfangs an ambulanten Operationen und belegärztlicher Tätigkeit erheblich. Im Durchschnitt besteht die Hälfte des GKV-Umsatzes aus Vorwegleistungen, wobei hier in erster Linie die Grundpauschale zu nennen ist.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

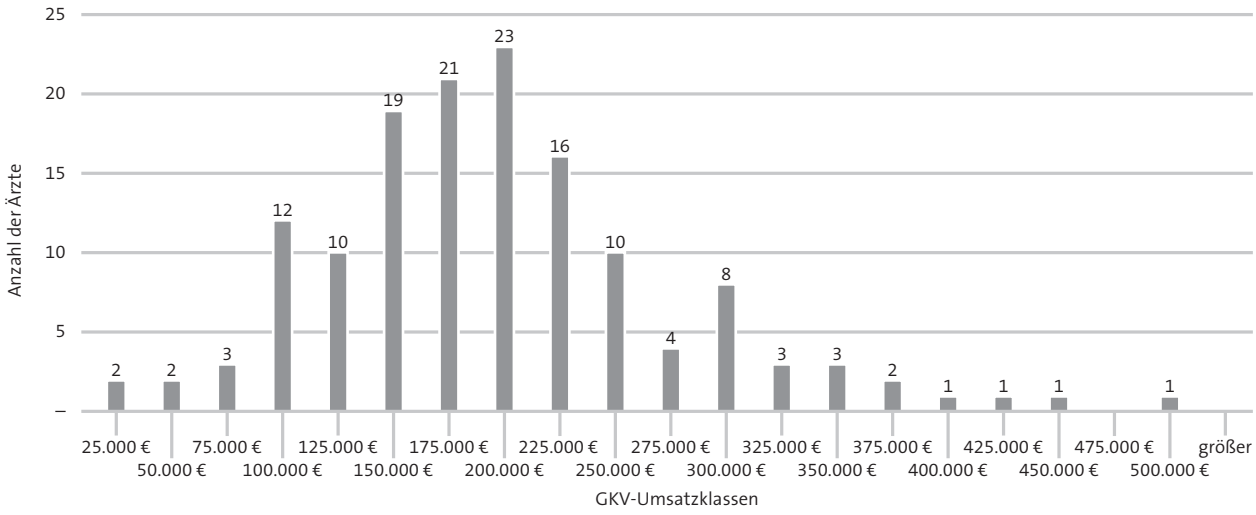
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	148	
Anzahl Ärzte*	139	
GKV-Umsatz	25.634.517 €	6.408.629 €
Fallzahl	514.865	128.716

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	172.914 €	43.229 €
GKV-Umsatz je Arzt*	184.173 €	46.043 €
Fallzahl je Arzt	3.473	868
Fallzahl je Arzt*	3.699	925

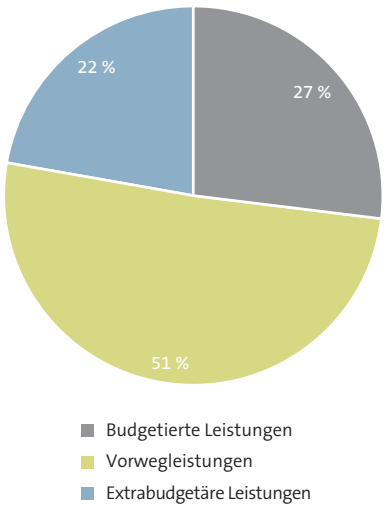
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	49.751 €	13,45 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	64.727 €	17,50 €
Belegärztliche Leistungen	8.614 €	2,33 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	7.057 €	1,91 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	4.083 €	1,10 €
PFG	2.904 €	0,78 €
Prävention	10.780 €	2,91 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	9.138 €	2,47 €
Ambulantes Operieren	8.398 €	2,27 €
Extrabudgetäre belegärztliche Leistungen	7.557 €	2,04 €
Übrige Leistungen	11.164 €	3,02 €
Gesamt	**184.173 €**	**49,79 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR PHYSIKALISCHE UND REHABILITATIVE MEDIZIN

Der GKV-Umsatz besteht nahezu ausschließlich aus budgetierten Leistungen und der Versichertenpauschale, die in dieser Arztgruppe vorweg vergütet wird.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

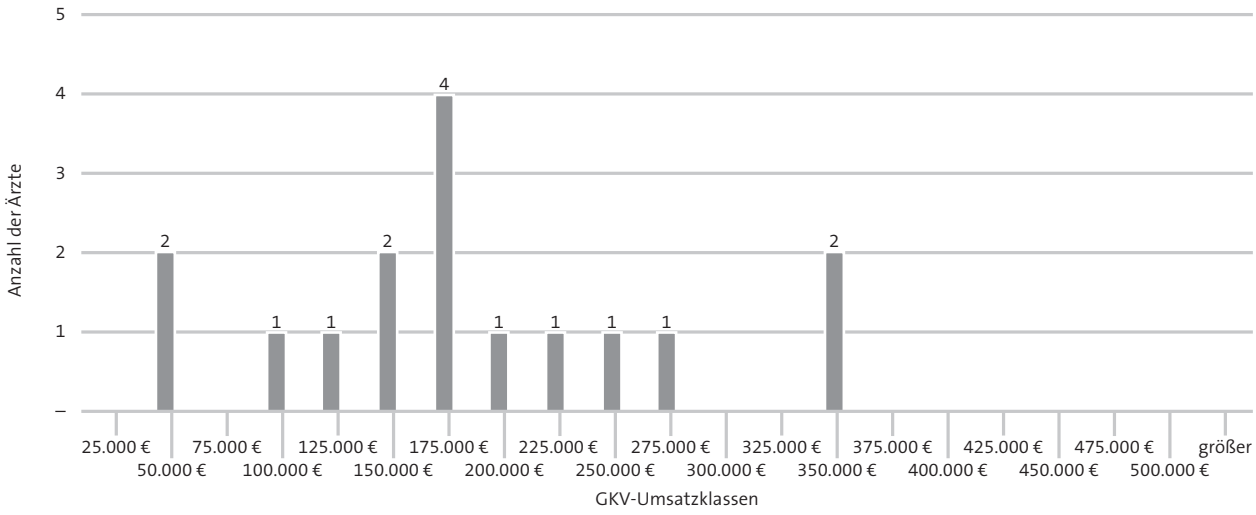
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	20	
Anzahl Ärzte*	19	
GKV-Umsatz	2.758.053 €	689.513 €
Fallzahl	50.026	12.507

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	141.439 €	35.360 €
GKV-Umsatz je Arzt*	149.084 €	37.271 €
Fallzahl je Arzt	2.565	641
Fallzahl je Arzt*	2.704	676

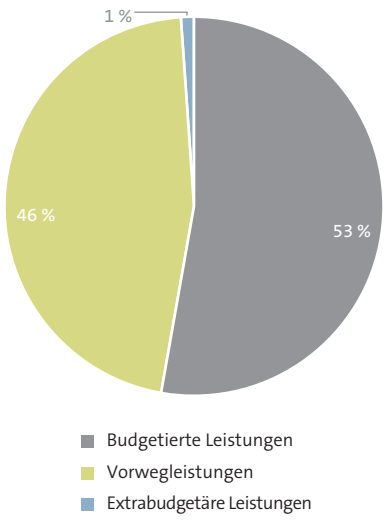
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	78.237 €	28,93 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	62.357 €	23,06 €
Grundpauschale im Rahmen der Schmerztherapie	3.004 €	1,11 €
PFG	1.975 €	0,73 €
Kosten und Wegegelder	629 €	0,23 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	589 €	0,22 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	251 €	0,09 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	51 €	0,02 €
Haus- und Heimbesuche	34 €	0,01 €
Ambulantes Operieren	1.907 €	0,71 €
Übrige Leistungen	49 €	0,02 €
Gesamt	**149.084 €**	**55,13 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR LABORATORIUMSMEDIZIN

Da Laborleistungen als Vorwegleistung innerhalb der mGV vergütet werden, generiert die Arztgruppe ihren GKV-Umsatz beinahe ausschließlich aus Vorwegleistungen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

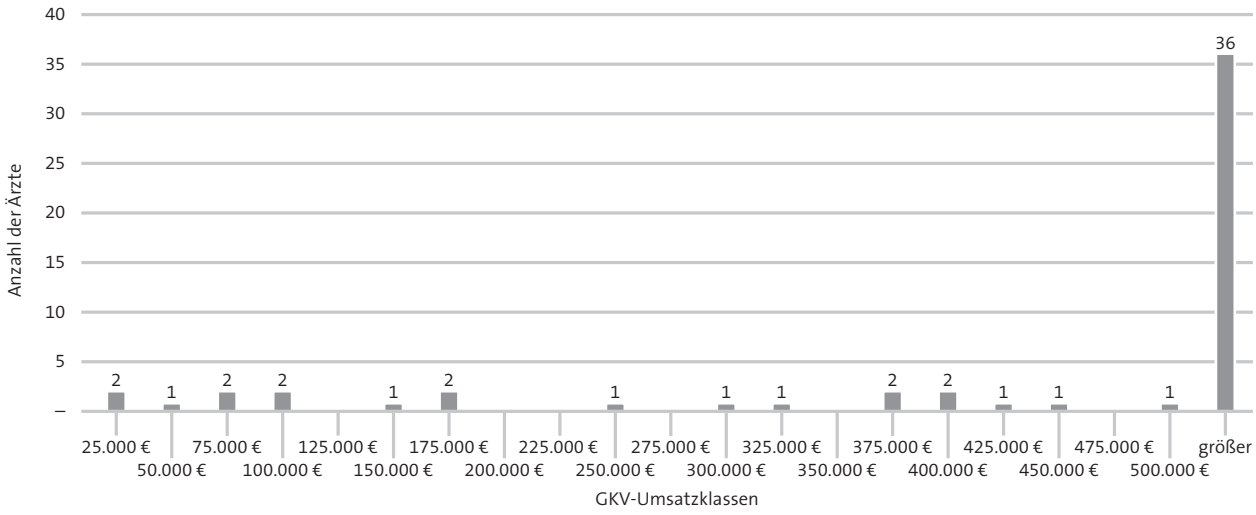
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	63	
Anzahl Ärzte*	53	
GKV-Umsatz	67.622.122 €	16.905.530 €
Fallzahl	2.826.750	706.688

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	1.073.367 €	268.342 €
GKV-Umsatz je Arzt*	1.271.391 €	317.848 €
Fallzahl je Arzt	44.869	11.217
Fallzahl je Arzt*	53.147	13.287

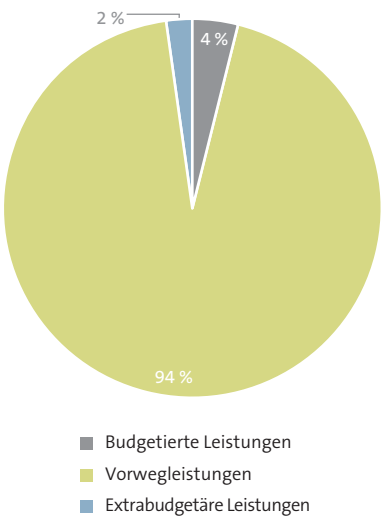
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	49.391 €	0,93 €
Labor Kapitel 32.3 – Selbstzuweiser	694.168 €	13,06 €
Labor Kapitel 32.3 – Auftragsleistungen	228.704 €	4,30 €
Labor Kapitel 32.2	103.591 €	1,95 €
Grundpauschale Labor	59.984 €	1,13 €
Versandkostenpauschale Labor	52.260 €	0,98 €
Kosten und Wegegelder	23.972 €	0,45 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	18.406 €	0,35 €
Genetisches Labor	12.980 €	0,24 €
Mutterschaftsvorsorge	23.570 €	0,44 €
Übrige Leistungen	4.365 €	0,08 €
Gesamt	**1.271.391 €**	**23,92 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



AUSSCHLIESSLICH SCHMERZTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

Da die Leistungen des Abschnitts 30.7.1 EBM in den budgetierten Vergütungsbereich fallen, erzielen die Schmerztherapeuten in diesem Bereich rund 95 Prozent ihres GKV-Umsatzes.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

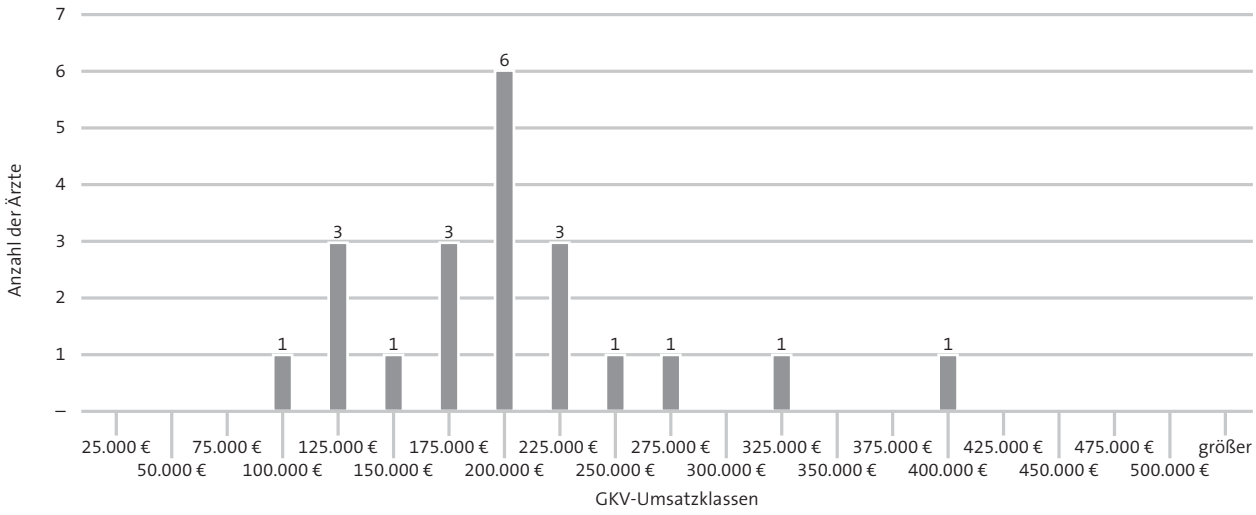
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	21	
Anzahl Ärzte*	20	
GKV-Umsatz	3.832.742 €	958.185 €
Fallzahl	28.930	7.233

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	182.512 €	45.628 €
GKV-Umsatz je Arzt*	191.637 €	47.909 €
Fallzahl je Arzt	1.378	344
Fallzahl je Arzt*	1.447	362

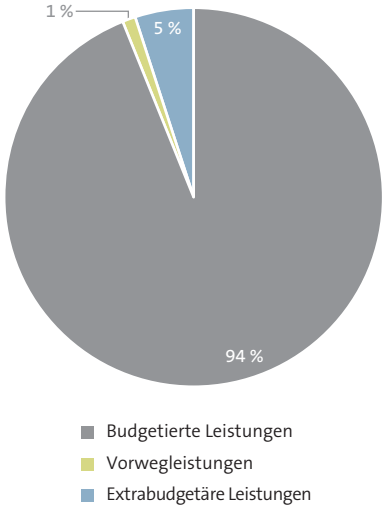
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	180.627 €	124,87 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	585 €	0,40 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	391 €	0,27 €
Haus- und Heimbesuche	390 €	0,27 €
Kosten und Wegegelder	181 €	0,13 €
Ambulantes Operieren	6.115 €	4,23 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	1.369 €	0,95 €
Antragspflichtige Psychotherapie	1.044 €	0,72 €
Substitutionsbehandlung	384 €	0,27 €
Wegepauschalen	315 €	0,22 €
Übrige Leistungen	236 €	0,16 €
Gesamt	**191.637 €**	**132,48 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



HAUSÄRZTE MIT DIABETOLOGISCHEM SCHWERPUNKT

Aufgrund der Vorwegvergütung der Versichertenpauschalen, der Haus- und Heimbesuche, der neuen EBM-Leistungen ab dem vierten Quartal 2013 sowie der extrabudgetären Vergütung der DMP-Leistungen sind 83 Prozent des GKV-Umsatzes nicht budgetiert. Lediglich 17 Prozent entfallen auf den budgetierten Bereich.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

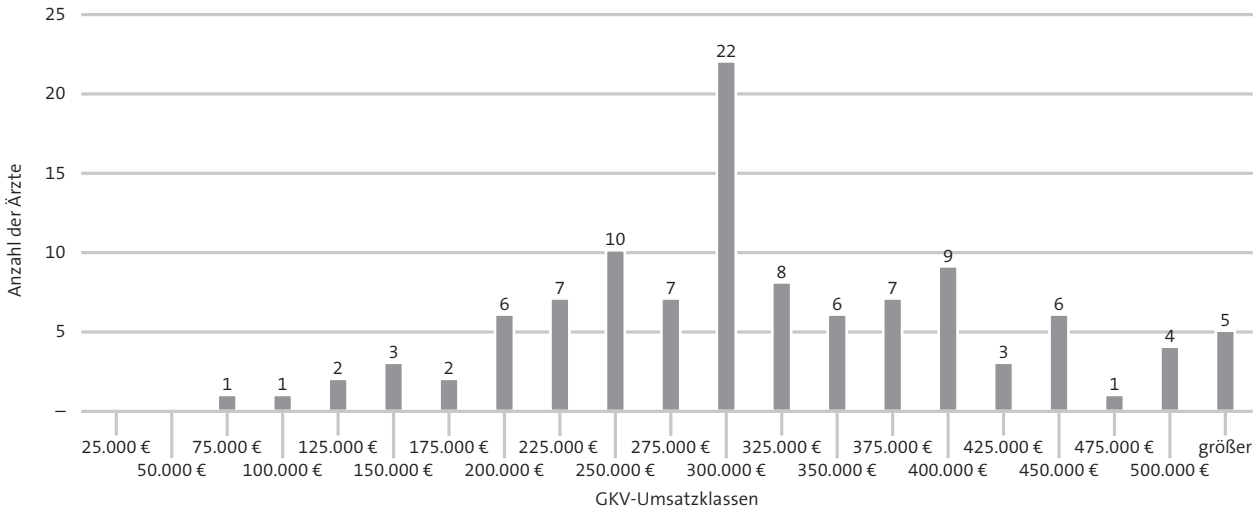
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	117	
Anzahl Ärzte*	115	
GKV-Umsatz	35.925.199 €	8.981.300 €
Fallzahl	452.854	113.214

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	307.710 €	76.928 €
GKV-Umsatz je Arzt*	312.054 €	78.013 €
Fallzahl je Arzt	3.879	970
Fallzahl je Arzt*	3.934	983

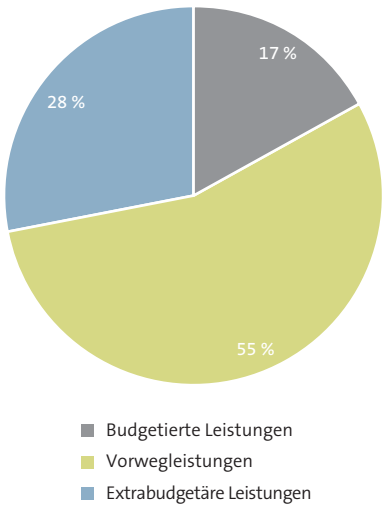
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	52.873 €	13,44 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	124.258 €	31,59 €
Vorhaltepauschale	13.412 €	3,41 €
Chronikerzuschlag	10.641 €	2,71 €
Haus- und Heimbesuche	8.294 €	2,11 €
Gesprächsleistung	3.521 €	0,90 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	3.160 €	0,80 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	50.837 €	12,92 €
DMP-Dokumentationen	21.097 €	5,36 €
Prävention	5.832 €	1,48 €
Übrige Leistungen	18.128 €	4,61 €
Gesamt	**312.054 €**	**79,33 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR NERVENHEILKUNDE MIT PSYCHIATRISCHEM SCHWERPUNKT

Knapp 90 Prozent des GKV-Umsatzes fallen in den budgetierten Bereich. Die antragspflichtige Psychotherapie spielt bei dieser Arztgruppe eine untergeordnete Rolle.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	9	
Anzahl Ärzte*	9	
GKV-Umsatz	2.017.730 €	504.433 €
Fallzahl	34.004	8.501

KENNZAHLEN JE ARZT

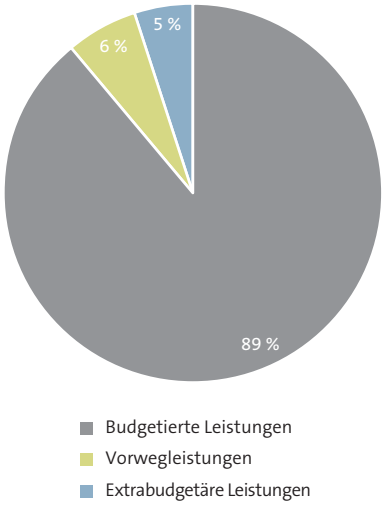
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	230.598 €	57.649 €
GKV-Umsatz je Arzt*	233.940 €	58.485 €
Fallzahl je Arzt	3.886	972
Fallzahl je Arzt*	3.942	986

* Vollzeitäquivalent

VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	209.226 €	53,07 €
Haus- und Heimbesuche	7.905 €	2,01 €
PFG	3.924 €	1,00 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	536 €	0,14 €
Kosten und Wegegelder	536 €	0,14 €
Antragspflichtige Psychotherapie	9.663 €	2,45 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	1.447 €	0,37 €
Wegepauschalen	529 €	0,13 €
Substitutionsbehandlung	110 €	0,03 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	47 €	0,01 €
Übrige Leistungen	18 €	0,00 €
Gesamt	**233.940 €**	**59,34 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE MIT MINDESTENS 30 PROZENT ANTEIL PSYCHOTHERAPIE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie und der Probatorik für Ärzte nach § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V entfallen 52 Prozent des Honorars auf diesen Vergütungsbereich. Der Rest besteht nahezu ausschließlich aus budgetierten Leistungen.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

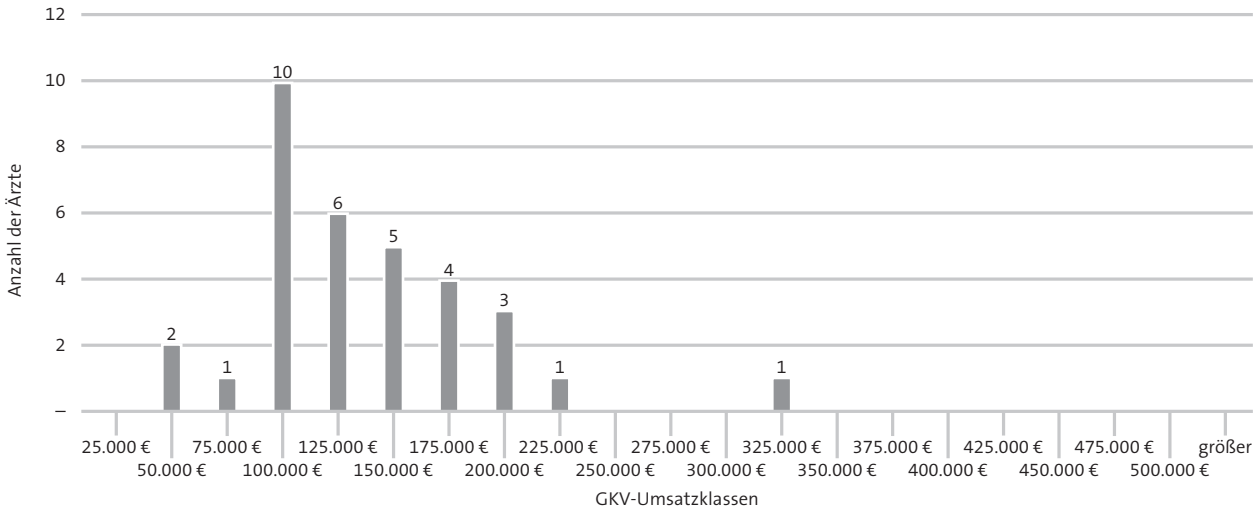
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	35	
Anzahl Ärzte*	34	
GKV-Umsatz	4.189.704 €	1.047.426 €
Fallzahl	30.871	7.718

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	119.706 €	29.926 €
GKV-Umsatz je Arzt*	123.227 €	30.807 €
Fallzahl je Arzt	882	221
Fallzahl je Arzt*	908	227

* Vollzeitäquivalent

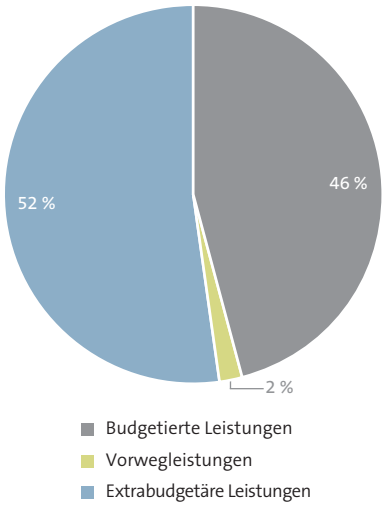
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	57.170 €	62,96 €
PFG	942 €	1,04 €
Haus- und Heimbesuche	336 €	0,37 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	274 €	0,30 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	165 €	0,18 €
Kosten und Wegegelder	132 €	0,15 €
Antragspflichtige Psychotherapie	55.058 €	60,64 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	9.110 €	10,03 €
Wegepauschalen	38 €	0,04 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	2 €	0,00 €
Gesamt	**123.227 €**	**135,72 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



ÜBRIGE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE VERTRAGSÄRZTE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der antragspflichtigen Psychotherapie und der Probatorik für Ärzte nach § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V entfallen 91 Prozent des Honorars auf diesen Vergütungsbereich. Der Rest wird nahezu ausschließlich aus dem Honorarfonds der Psychotherapeuten gezahlt.

KENNZAHLEN DER ARZTGRUPPE

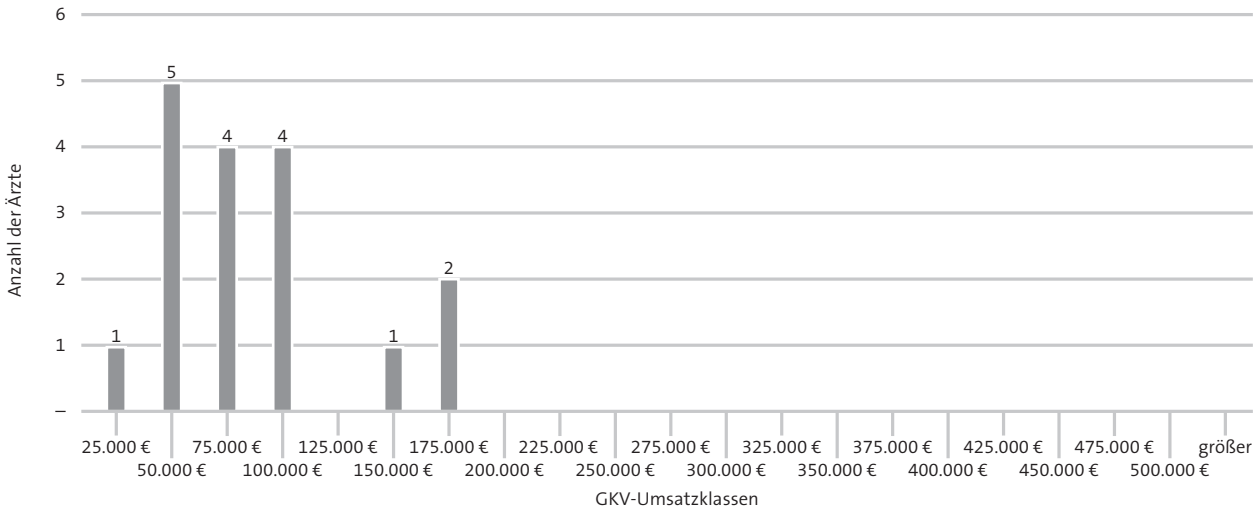
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	18	
Anzahl Ärzte*	17	
GKV-Umsatz	1.289.861 €	322.465 €
Fallzahl	3.428	857

* Vollzeitäquivalent

KENNZAHLEN JE ARZT

	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	70.677 €	17.669 €
GKV-Umsatz je Arzt*	73.970 €	18.493 €
Fallzahl je Arzt	188	47
Fallzahl je Arzt*	197	49

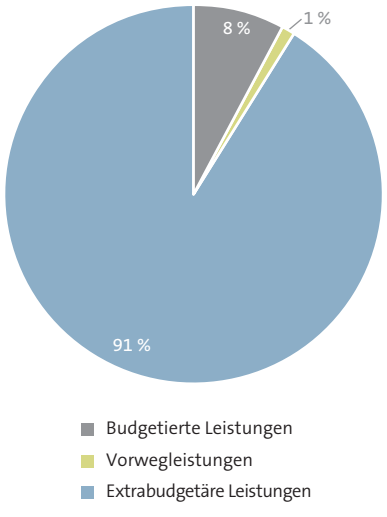
UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	6.078 €	30,92 €
Grund- bzw. Versichertenpauschale	130 €	0,66 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	126 €	0,64 €
Organisierter Bereitschaftsdienst	117 €	0,59 €
PFG	65 €	0,33 €
Kosten und Wegegelder	26 €	0,13 €
Vorhaltepauschale	11 €	0,05 €
Antragspflichtige Psychotherapie	59.498 €	302,65 €
Probatorische Sitzung – Ärzte laut § 87 b Abs.2 Satz 3 SGB V	7.899 €	40,18 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	5 €	0,03 €
Übrige Leistungen	16 €	0,08 €
Gesamt	**73.970 €**	**376,27 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE



FACHÄRZTE FÜR STRAHLENTHERAPIE

Aufgrund der extrabudgetären Vergütung der Leistungen und Kosten der Strahlentherapie wird in diesem Vergütungsbereich nahezu der gesamte GKV-Umsatz erzielt.

KENNZAHLEN JE ARZTGRUPPE

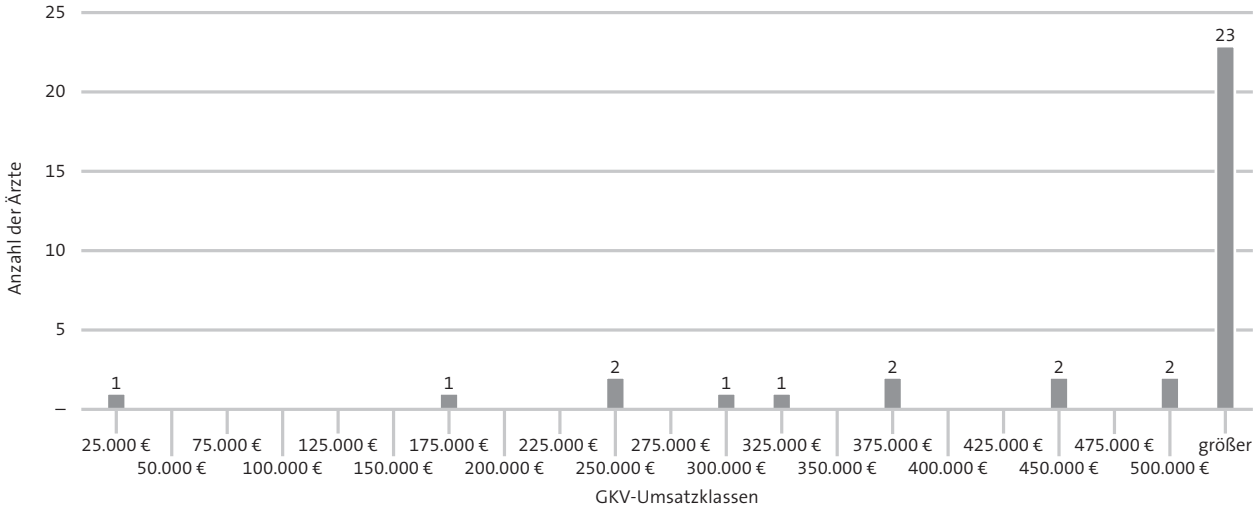
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
Anzahl Ärzte	41	
Anzahl Ärzte*	34	
GKV-Umsatz	22.314.463 €	5.578.616 €
Fallzahl	24.154	6.039

KENNZAHLEN JE ARZT

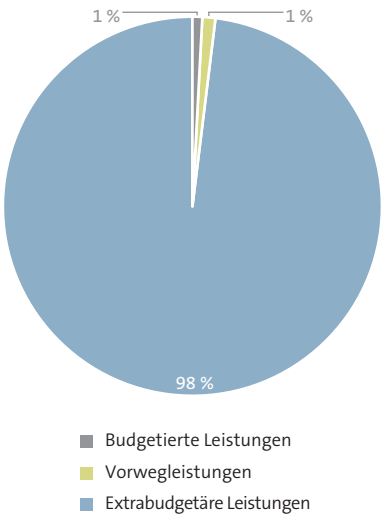
	Jahreswerte	Ø pro Quartal
GKV-Umsatz je Arzt	547.594 €	136.899 €
GKV-Umsatz je Arzt*	666.103 €	166.526 €
Fallzahl je Arzt	593	148
Fallzahl je Arzt*	721	180

* Vollzeitäquivalent

UMSATZVERTEILUNG DER ARZTGRUPPE



VERGÜTUNGSBESTANDTEILE JE ARZT UND JE FALL

Vergütungsgruppe	GKV-Umsatz je Arzt (Vollzeitäquivalent)	GKV-Umsatz pro Fall
Budgetierte Leistungen	6.464 €	8,97 €
Kosten und Wegegelder	3.215 €	4,46 €
Wirtschaftlichkeitsbonus	416 €	0,58 €
Labor Kapitel 32.2	29 €	0,04 €
Labor Kapitel 32.2 – unquotiert	0 €	0,00 €
Strahlentherapie	415.305 €	576,00 €
Kosten Strahlentherapie	240.281 €	333,25 €
Extrabudgetäre Kosten und Wegegelder	391 €	0,54 €
Durchlaufende Posten	3 €	0,00 €
Gesamt	**666.103 €**	**923,84 €**

VERGÜTUNGSBEREICHE DER ARZTGRUPPE