



HONORARBERICHT FÜR DAS ZWEITE QUARTAL

2014

ZAHLEN UND FAKTEN

Honorarbericht 2014

Zweites Quartal

Hinweis:

Aus Gründen der Einfachheit wird im Folgenden in der Regel die männliche Form verwendet; es sind aber stets beide Geschlechter und ggf. die psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

Die Urheberrechte an allen Inhalten dieser Publikation liegen bei der KBV. Der Nachdruck von Textteilen, Tabellen und Diagrammen ist nur nach schriftlicher Genehmigung der KBV zulässig. Bei Interesse wenden Sie sich bitte per E-Mail an versand@kbv.de

INHALTSVERZEICHNIS

V	orwo	rt	1
1.	Ent	wicklung des Honorarumsatzes und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit	2
	1.1	Honorarumsatz	2
		1.1.1 Honorarumsatz alle Ärzte/Psychotherapeuten	
		1.1.2 Honorarumsatz hausärztlicher Versorgungsbereich	4
		1.1.3 Honorarumsatz fachärztlicher Versorgungsbereich	10
	1.2	Überschuss	
	1.3	Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss	60
2.	Ent	wicklung der Gesamtvergütungen	62
3.	Ber	einigung der Gesamtvergütungen	66
	3.1	Erläuterung	66
	3.2	Entwicklung	
4.	Zus	ammenfassung	68
5.	Son	derthema: Ärztliche Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Trägern mit dem	
	Meth	nicillin-resistenten Staphylococcus Aureus (MRSA)	70
	5.1	MRSA-Hintergrund	70
	5.2	Rechtsgrundlage: § 87 Abs. 2a Satz 3 – 6 SGB V	
	5.3	Leistungen zur speziellen Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie	
		im Rahmen von MRSA	73
	5.4	Kennzahlen zur ambulanten MRSA-Versorgung	73
D	ateng	rundlagen	79
	_	r	
Α	bkürz	zungsverzeichnis	87
H	iterati	ur/Quellen	88

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Alle Ärzte/Psychotherapeuten	3
Tabelle 2: Hausärztlicher Versorgungsbereich	4
Tabelle 3: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	6
Tabelle 4: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin	8
Tabelle 5: Fachärztlicher Versorgungsbereich	10
Tabelle 6: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie	12
Tabelle 7: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde	14
Tabelle 8: Abrechnungsgruppe Innere Medizin	16
Tabelle 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	18
Tabelle 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie	20
Tabelle 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie	22
Tabelle 12: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Gastroenterologie	24
Tabelle 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	26
Tabelle 14: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Kardiologie	28
Tabelle 15: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Nephrologie	30
Tabelle 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie	32
Tabelle 17: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie	34
Tabelle 18: Abrechnungsgruppe Gynäkologie	36
Tabelle 19: Abrechnungsgruppe Orthopädie	38
Tabelle 20: Abrechnungsgruppe Chirurgie	40
Tabelle 21: Abrechnungsgruppe Hautarzt	42
Tabelle 22: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	44
Tabelle 23: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde	46
Tabelle 24: Abrechnungsgruppe Neurologie	48
Tabelle 25: Abrechnungsgruppe Psychiatrie	50
Tabelle 26: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)	52
Tabelle 27: Abrechnungsgruppe Radiologie	54
Tabelle 28: Abrechnungsgruppe Urologie	56

Tabelle 29:	Oberschuss je Arzt aus vertragsarztiicher Tatigkeit in Euro	59
Tabelle 30:	Summe der Gesamtvergütungen in Mio. Euro und Gesamtvergütungen je Versicherten in Euro	62
Tabelle 31:	Summe der morbiditätsbedingten (MGV) und extrabudgetären (EGV) Gesamtvergütungen in Mio. Euro	63
Tabelle 32:	Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) je Versicherten in Euro	65
Tabelle 33:	Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung	67
Tabelle 34:	MRSA-Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 87.8 (01.04.2012 bis 31.03.2014) und 30.12 (ab 01.04.2014) des EBM	73
Tabelle 35:	Leistungshäufigkeit MRSA-Gebührenordnungspositionen 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014	74
Tabelle 36:	Entwicklung der Anzahl der MRSA-(Risiko-)Patienten 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014	75
Tabelle 37:	Anzahl Ärzte mit MRSA-Abrechnungsgenehmigung (Stichtag: 31.03.2014)	77
Tabelle 38:	Anzahl abrechnende Ärzte (MRSA-Gebührenordnungspositionen) 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014	78

DIAGRAMMVERZEICHNIS

Diagramm 1: Hausarztlicher Versorgungsbereich	5
Diagramm 2: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	7
Diagramm 3: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin	9
Diagramm 4: Fachärztlicher Versorgungsbereich	11
Diagramm 5: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie	13
Diagramm 6: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde	15
Diagramm 7: Abrechnungsgruppe Innere Medizin	17
Diagramm 8: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	19
Diagramm 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie	21
Diagramm 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie	23
Diagramm 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Gastroenterologie	25
Diagramm 12: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	27
Diagramm 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Kardiologie	29
Diagramm 14: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Nephrologie	31
Diagramm 15: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie	33
Diagramm 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie	35
Diagramm 17: Abrechnungsgruppe Gynäkologie	37
Diagramm 18: Abrechnungsgruppe Orthopädie	39
Diagramm 19: Abrechnungsgruppe Chirurgie	
Diagramm 20: Abrechnungsgruppe Hautarzt	43
Diagramm 21: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	
Diagramm 22: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde	47
Diagramm 23: Abrechnungsgruppe Neurologie	
Diagramm 24: Abrechnungsgruppe Psychiatrie	
Diagramm 25: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)	53
Diagramm 26: Abrechnungsgruppe Radiologie	55
Diagramm 27: Abrechnungsgruppe Urologie	57
Diagramm 28: Honorarumsatz je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit	60
Diagramm 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit	61
Diagramm 30: MGV- und EGV-Anteile der Gesamtvergütungen 2. Quartal 2014	64

VORWORT

Deutschland verfügt über ein einzigartiges Gesundheitssystem, um das wir weltweit beneidet werden. Es zeichnet sich aus durch Werte wie die Freiberuflichkeit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie den freien Zugang der Patienten zu den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ihrer Wahl.

Um diese Werte zu erhalten, müssen wir die ambulante Versorgung langfristig stärken. Das betrifft vor allem die Nachwuchsförderung. Es ist wichtig, die angehenden Mediziner, die später die rund 70 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland betreuen, beim Weg in die Niederlassung zu begleiten und zu unterstützen. Nur so können wir eine wohnortnahe medizinische Versorgung auch zukünftig aufrechterhalten. Das bedeutet auch, insbesondere vor dem Hintergrund einer stark steigenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen, mehr Finanzmittel für den ambulanten Bereich bereitzustellen.

Eine nicht unerhebliche Rolle bei der Entscheidung für eine Niederlassung spielt das Honorar. Auch im zweiten Quartal des Jahres 2014, das der vorliegende Bericht vorstellt, stieg der Honorarumsatz aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Es konnte ein Anstieg von einem Prozent je Arzt und 3,3 Prozent je Behandlungsfall im Vergleich zum Vorjahresquartal verzeichnet werden. Trotz häufig schwieriger Verhandlungen mit den Krankenkassen zeigt sich, dass es sich auch finanziell nach wie vor lohnen kann, in eigener Praxis tätig zu sein. Trotzdem darf natürlich nicht vergessen werden, an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass es sich um statistische Durchschnittswerte handelt.

Sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich ist ein Anstieg des Honorarumsatzes erkennbar. Gleiches gilt für die Gesamtvergütung aller Kassenärztlichen Vereinigungen. Hier zeichnete sich im Berichtszeitraum ein Plus von 2,7 Prozent im Vergleich zum Vorjahr ab. Dies entspricht etwa 227,9 Millionen Euro.

In unserem Sonderthema widmen wir uns dieses Mal Bakterien, die eine große Herausforderung in der medizinischen Versorgung darstellen: Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA). Sie sind verantwortlich für eine Vielzahl von Todesfällen, denn die Therapiemöglichkeiten sind sehr eingeschränkt. Zudem verursachen sie hohe Kosten sowohl für unser Gesundheitssystem als auch für die gesamte Wirtschaft. Die niedergelassenen Ärzte kümmern sich um die Nachbehandlung von im Krankenhaus erworbenen Infektionen mit MRSA. In unserem Bericht können Sie mehr über die ärztliche Diagnostik und ambulante Eradikationstherapie von Trägern mit MRSA erfahren.

Wie gewohnt stellen wir Ihnen im Folgenden detailliert die Honorarentwicklung des Gesamtbudgets sowie der einzelnen Arztgruppen vor. Auch die jeweiligen Veränderungen beim Honorarumsatz je Behandlungsfall und je Arzt beziehungsweise Psychotherapeut werden dargestellt. Den Bericht zum zweiten Quartal 2014 finden sie wie alle bisher erschienenen Bände des Honorarberichts auf unserer Internetseite www.kbv.de.

Eine aufschlussreiche Lektüre wünschen Ihnen

Dr. Andreas Gassen Dipl.-Med. Regina Feldmann

1. ENTWICKLUNG DES HONORARUMSATZES UND DES ÜBERSCHUSSES AUS VERTRAGSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

1.1 Honorarumsatz

Der hier berichtete Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit enthält

- die an alle Ärzte und Psychotherapeuten ausgezahlten Honorare für die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. In diesen Summen sind auch die Einnahmen aus den Zuzahlungen der Patienten (zum Beispiel Zuzahlungen für physiotherapeutische Leistungen) berücksichtigt.
- keine Honoraranteile aus der selektivvertraglichen und integrierten Versorgung. Eine Vergleichbarkeit zwischen den Jahren beziehungsweise Quartalen, insbesondere für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Bayerns und Baden-Württemberg, ist daher nur begrenzt gegeben.

Die Darstellung des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt und des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall erfolgt für ausgewählte Abrechnungsgruppen. Auf der Internetpräsenz der KBV www.kbv.de finden sich für diese und weitere Abrechnungsgruppen ergänzende Kennzahlen.

Dieser Honorarbericht bildet nur Praxen mit zugelassenen Ärzten ab. Ermächtigte Ärzte und Institutionen sind nicht enthalten, da dies aufgrund der arztgruppenspezifischen und heterogenen Ermächtigungen zu einer verzerrten Darstellung der einzelnen Abrechnungsgruppen führen würde. In der Darstellung der Praxen mit zugelassenen Ärzten sind auch alle in diesen Praxen tätigen angestellten Ärzte berücksichtigt.

Die Abrechnungsgruppen-Zuordnung erfolgt nach einem einheitlichen Verfahren, das sich an den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) orientiert. Dies ist notwendig, da die regionalen Regelungen zur Zuordnung von Ärzten zu Arztgruppen im Rahmen der Abrechnung teilweise deutlich voneinander abweichen. Die durch dieses Verfahren erzielte bundeseinheitliche Darstellung weicht unter Umständen von den Berichterstattungen der einzelnen KVen ab.

Hinweis: Für Abrechnungsgruppen mit weniger als fünf Ärzten werden im Nachfolgenden keine Honorarumsätze ausgewiesen. In den Tabellen sind diese mit einem *) gekennzeichnet.

1.1.1 Honorarumsatz alle Ärzte/Psychotherapeuten

Im Bundesdurchschnitt ist sowohl für den Honorarumsatz je Arzt als auch für den Honorarumsatz je Behandlungsfall aller Ärzte und Psychotherapeuten ein Zuwachs im Vergleich zum Vorjahresquartal zu berichten. Der Honorarumsatz je Arzt ist um 1,0 Prozent (+524 Euro auf 51.873 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,3 Prozent (+2,00 Euro auf 62,58 Euro) gestiegen.

Von den KVen genannte mögliche Gründe für Honorarveränderungen:

- Größere Schwankungen des Honorarumsatzes je Arzt und je Behandlungsfall können insbesondere in kleinen Abrechnungsgruppen durch veränderte Praxiszusammensetzungen und/oder Neuzulassungen/Ausscheiden von Ärzten und die damit verbundene Veränderung der Struktur der Abrechnungsgruppe verursacht werden.
- Bei Änderungen an der Zuordnung einer oder mehrerer Leistungen zum budgetären oder extrabudgetären Teil der Gesamtvergütung (vgl. Kapitel 2 des Honorarberichtes) kann es zu einem Zuwachs des Honorarumsatzes beim Übergang von Leistungen zum extrabudgetären Teil beziehungsweise zu einem Rückgang des

Nur Praxen mit zugelassenen Ärzten abgebildet

Abrechnungsgruppen-Zuordnung nach einheitlichem Verfahren Honorarumsatzes beim Übergang von Leistungen zum budgetären Teil kommen. Ein Anstieg der abgerechneten Leistungsmenge in den extrabudgetären Vergütungsanteilen führt in der Regel zu einer Honorarumsatzsteigerung der betroffenen Arztgruppe. Hierzu gehören beispielsweise Leistungen des ambulanten Operierens sowie Präventionsleistungen.

 Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab der KVen, um beispielsweise gezielte Förderungen oder Stützungsmaßnahmen vorzunehmen, haben Umverteilungswirkungen auf den Honorarumsatz für einzelne Arztgruppen. Der Abschluss von Selektivverträgen (vgl. Kapitel 3 des Honorarberichtes) führt zu einer Bereinigung der Honorarumsatzanteile aus dem Kollektivvertrag und damit zu einem Absinken des berichteten Honorarumsatzes der betroffenen Abrechnungsgruppen.

Tabelle 1: Alle Ärzte/Psychotherapeuten Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro								
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	lerung	je Beha	rumsatz ndlungs- Euro	Veränd	lerung
vereninguing	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	48.368	51.022	2.654	5,5%	56,72	59,98	3,26	5,7%
Hamburg	48.230	50.344	2.114	4,4%	60,56	63,68	3,12	5,2%
Bremen	55.891	57.349	1.458	2,6%	63,01	64,49	1,48	2,3%
Niedersachsen	57.349	57.524	175	0,3%	61,04	63,38	2,34	3,8%
Westfalen-Lippe	55.390	56.190	800	1,4%	58,36	60,90	2,54	4,4%
Nordrhein	47.710	48.205	495	1,0%	58,94	60,86	1,92	3,3%
Hessen	48.283	47.856	-427	-0,9%	60,62	61,98	1,36	2,2%
Rheinland-Pfalz	54.286	53.627	-659	-1,2%	62,81	63,73	0,92	1,5%
Baden-Württemberg	48.166	47.586	-580	-1,2%	63,32	65,27	1,95	3,1%
Bayerns	48.429	48.547	118	0,2%	65,98	66,34	0,36	0,5%
Berlin	41.089	42.008	919	2,2%	60,40	62,26	1,86	3,1%
Saarland	52.002	52.932	930	1,8%	65,25	67,21	1,96	3,0%
Mecklenburg-Vorp.	62.111	62.253	142	0,2%	58,24	60,72	2,48	4,3%
Brandenburg	54.952	55.967	1.015	1,8%	54,58	56,92	2,34	4,3%
Sachsen-Anhalt	58.585	58.795	210	0,4%	57,86	59,47	1,61	2,8%
Thüringen	60.183	61.245	1.062	1,8%	54,69	59,10	4,41	8,1%
Sachsen	57.352	60.816	3.464	6,0%	56,15	59,85	3,70	6,6%
Bund	51.349	51.873	524	1,0%	60,58	62,58	2,00	3,3%

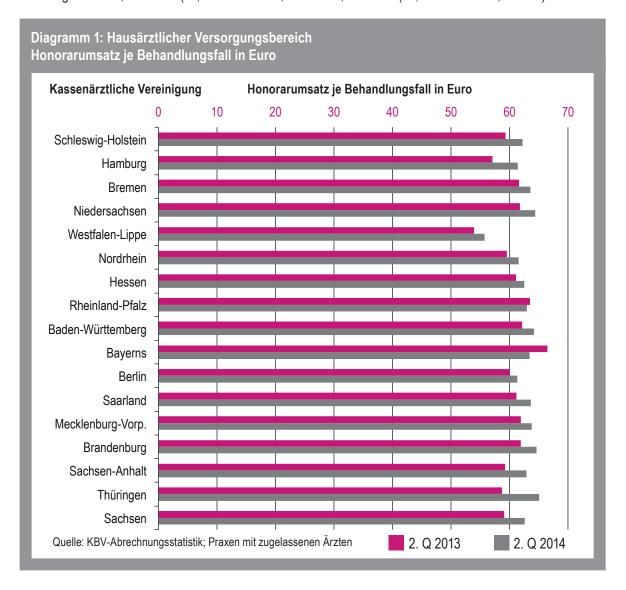
1.1.2 Honorarumsatz hausärztlicher Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,7 Prozent (+861 Euro auf 51.731 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,4 Prozent (+1,48 Euro auf 62,33 Euro) gestiegen. Überdurchschnittliche Honorarumsatzsteigerungen in Schleswig-Holstein, Hamburg und Sachsen führten zu den stärksten prozentualen

Tabelle 2: Hausärztlicher Versorgungsbereich Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro								
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	47.059	49.694	2.635	5,6%	59,31	62,19	2,88	4,9%
Hamburg	43.882	47.598	3.716	8,5%	57,03	61,39	4,36	7,6%
Bremen	49.621	51.242	1.621	3,3%	61,58	63,58	2,00	3,2%
Niedersachsen	56.826	58.537	1.711	3,0%	61,80	64,34	2,54	4,1%
Westfalen-Lippe	51.896	53.188	1.292	2,5%	53,96	55,73	1,77	3,3%
Nordrhein	50.382	51.598	1.216	2,4%	59,52	61,55	2,03	3,4%
Hessen	54.128	54.277	149	0,3%	61,09	62,54	1,45	2,4%
Rheinland-Pfalz	53.001	52.206	-795	-1,5%	63,49	62,96	-0,53	-0,8%
Baden-Württemberg	41.576	41.150	-426	-1,0%	62,16	64,17	2,01	3,2%
Bayerns	47.939	47.506	-433	-0,9%	66,45	63,43	-3,02	-4,5%
Berlin	44.987	46.011	1.024	2,3%	60,08	61,34	1,26	2,1%
Saarland	52.245	53.964	1.719	3,3%	61,19	63,63	2,44	4,0%
Mecklenburg-Vorp.	59.786	60.339	553	0,9%	61,94	63,77	1,83	3,0%
Brandenburg	58.395	60.075	1.680	2,9%	61,88	64,59	2,71	4,4%
Sachsen-Anhalt	62.158	64.959	2.801	4,5%	59,24	62,86	3,62	6,1%
Thüringen	63.190	64.356	1.166	1,8%	58,69	65,07	6,38	10,9%
Sachsen	56.797	60.398	3.601	6,3%	59,09	62,57	3,48	5,9%
Bund	50.870	51.731	861	1,7%	60,85	62,33	1,48	2,4%

Zuwächsen der Kennzahlen. So stieg in Hamburg der Honorarumsatz je Arzt um 8,5 Prozent (+3.716 Euro auf 47.598 Euro) und der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 7,6 Prozent (+4,36 Euro auf 61,39

Euro). In Thüringen führte ein Rückgang der Behandlungsfallzahlen um 9,6 Prozent zu einem Anstieg des Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 10,9 Prozent (+6,38 Euro auf 65,07 Euro).



1.1.2.1 Honorarumsatz Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten

Der Honorarumsatz je Arzt der Allgemeinmediziner und hausärztlichen Internisten ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,6 Prozent (+781 Euro auf 50.371 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,3 Prozent (+1,36 Euro auf 61,02 Euro) gestiegen. Am deutlichsten fällt der Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt in Hamburg und Sachsen aus. In Sachsen führten die Ausweitung der geriatrischen

56.346

49.590

59.992

50.371

3.646

781

6,5%

1,6%

Versorgung und die ungeschmälerte Vergütung der Vorhaltepauschalen zu diesem für die Hausärzte positiven Ergebnis.

In Hamburg ist der bereits im vorherigen Honorarbericht beschriebene, durch den verspäteten Abschluss der Vergütungsvereinbarung 2013 ausgelöste Effekt sichtbar. Dadurch konnte die Honorarberechnung

Tabelle 3: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro Honorarumsatz Veränderung Honorarumsatz Veränderung je Arzt in Euro je Behandlungs-Kassenärztliche fall in Euro Vereinigung 2. Q 2. Q 2. Q 2. Q in% in % absolut absolut 2013 2014 2013 2014 2.342 5,2% 2,84 5,0% Schleswig-Holstein 45.329 47.671 57,31 60,15 38.097 42.105 4.008 10,5% 49,30 53,95 9,4% **Hamburg** 4,65 48.926 50.506 1.580 3,2% 63,86 2,04 3,3% Bremen 61,82 56.219 57.633 1.414 2,5% 60,77 62,73 3,2% Niedersachsen 1,96 Westfalen-Lippe 50.171 51.394 1.223 2.4% 52,89 54,75 1.86 3,5% Nordrhein 49.495 50.492 997 2,0% 59,32 61,29 3,3% 1,97 Hessen 53.152 53.500 348 0.7% 60,01 61,62 1,61 2,7% Rheinland-Pfalz 52.739 52.221 -518 -1,0% 62,86 62,53 -0,33 -0,5% Baden-Württemberg 39.207 38.687 -520 -1,3% 61,16 62,95 1.79 2,9% **Bayerns** 46.676 45.979 -697 -1,5% 65,37 61,59 -3,78 -5,8% Berlin 42.165 43.648 1.483 3,5% 55,88 57,52 1,64 2,9% Saarland 49.857 52.192 2.335 4,7% 59,55 62,38 2,83 4,8% Mecklenburg-Vorp. 58.665 59.576 911 1,6% 59,61 61,75 2,14 3,6% Brandenburg 57.375 58.961 1.586 2,8% 60,07 62,78 2,71 4,5% Sachsen-Anhalt 62.333 64.759 2.426 3,9% 59,16 62,05 2,89 4,9% 64.145 64,88 Thüringen 63.078 1.067 1,7% 58,08 6,80 11,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

62,42

61,02

3,86

1.36

6,6%

2.3%

58,56

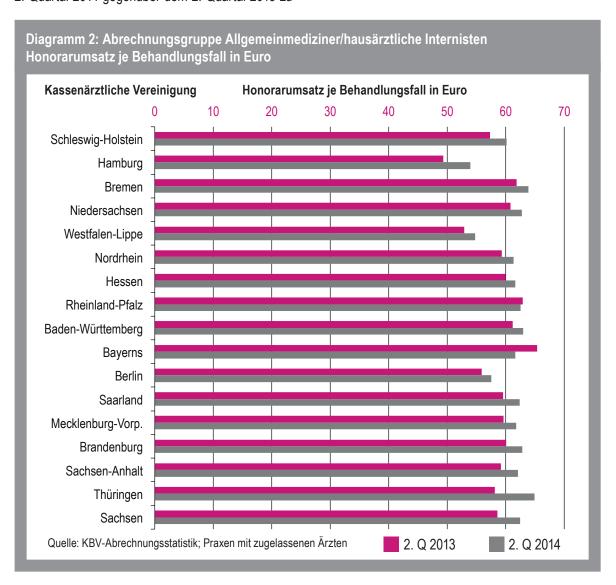
59.66

Sachsen

Bund

des 2. Quartals 2013 noch nicht den Abschluss der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen umsetzen. Die hier ausgewiesenen Darstellungen enthalten nicht die im 2. Quartal 2013 in Hamburg vereinbarten Vergütungen, da diese erst im 2. Halbjahr 2013 nachgezahlt werden. Damit wird die für den KV-Bezirk Hamburg dargestellte Veränderung im 2. Quartal 2014 gegenüber dem 2. Quartal 2013 zu

hoch ausgewiesen. Eine quartalsbezogene Rechnungsabgrenzung ist im Nachhinein nicht möglich.



1.1.2.2 Honorarumsatz Kinder- und Jugendmedizin

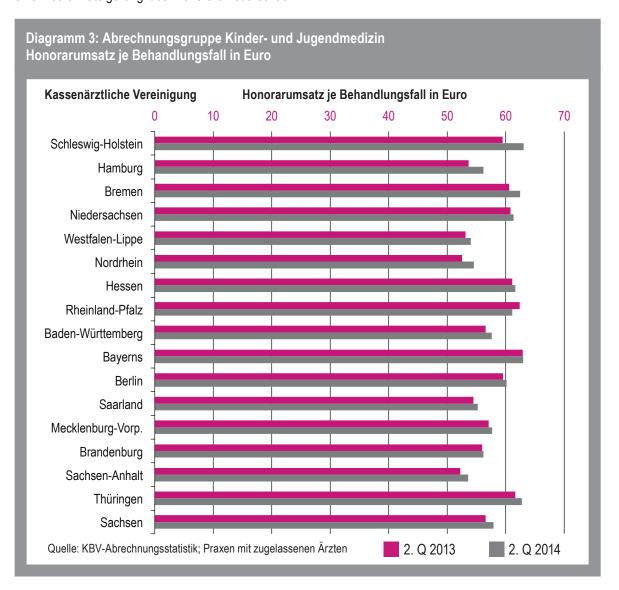
Im Bundesdurchschnitt ist der Honorarumsatz je Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,1 Prozent (+582 Euro auf 54.922 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,6 Prozent (+0,94 Euro auf 58,61

Euro) gestiegen. Die positive Entwicklung in Schleswig-Holstein wird auf die sich in dieser Region besonders auswirkende Neustrukturierung der Versichertenpauschalen des EBM zurückgeführt. In Hamburg ist der bereits bei den Allgemeinmedizi-

Tabelle 4: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro								
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	51.153	54.973	3.820	7,5%	59,42	63,07	3,65	6,1%
Hamburg	53.395	57.507	4.112	7,7%	53,60	56,15	2,55	4,8%
Bremen	53.975	56.091	2.116	3,9%	60,56	62,42	1,86	3,1%
Niedersachsen	57.648	57.034	-614	-1,1%	60,82	61,30	0,48	0,8%
Westfalen-Lippe	58.883	60.610	1.727	2,9%	53,13	54,03	0,90	1,7%
Nordrhein	53.087	54.969	1.882	3,5%	52,55	54,55	2,00	3,8%
Hessen	57.769	56.938	-831	-1,4%	61,12	61,60	0,48	0,8%
Rheinland-Pfalz	53.042	50.589	-2.453	-4,6%	62,35	61,07	-1,28	-2,1%
Baden-Württemberg	52.438	51.001	-1.437	-2,7%	56,54	57,60	1,06	1,9%
Bayerns	51.925	52.670	745	1,4%	62,90	62,99	0,09	0,1%
Berlin	50.503	50.760	257	0,5%	59,53	60,15	0,62	1,0%
Saarland	52.475	53.061	586	1,1%	54,46	55,19	0,73	1,3%
Mecklenburg-Vorp.	50.230	50.848	618	1,2%	57,04	57,69	0,65	1,1%
Brandenburg	52.937	54.229	1.292	2,4%	55,98	56,14	0,16	0,3%
Sachsen-Anhalt	53.368	53.375	7	0,0%	52,25	53,59	1,34	2,6%
Thüringen	62.831	63.873	1.042	1,7%	61,58	62,74	1,16	1,9%
Sachsen	56.237	59.630	3.393	6,0%	56,54	57,90	1,36	2,4%
Bund	54.340	54.922	582	1,1%	57,67	58,61	0,94	1,6%

nern beschriebene Effekt zu erkennen. Der verspätete Vertragsabschluss des Jahres 2013 führt beim Vergleich der Jahre 2013 und 2014 zu den hohen Veränderungsraten. Diese Änderungen sind nicht in einer realen Steigerung des Honorarumsatzes be-

gründet, sondern nur in einer Verschiebung der Honorarzahlungen zwischen den Quartalen.

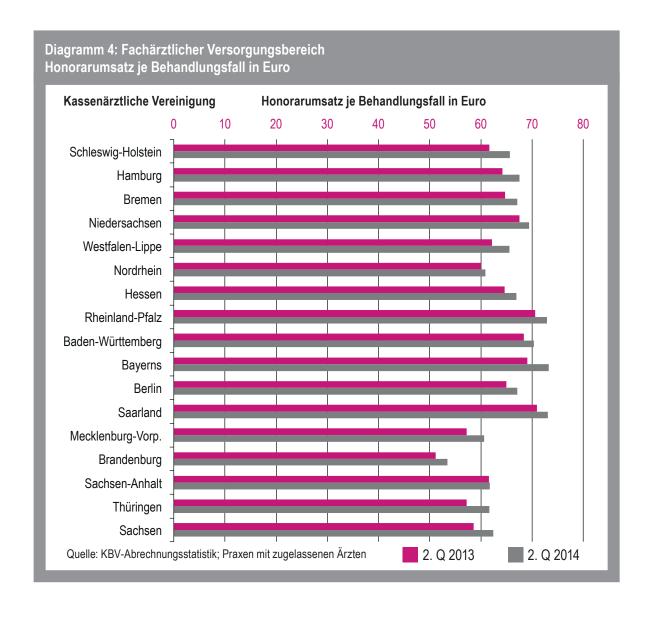


1.1.3 Honorarumsatz fachärztlicher Versorgungsbereich

Der Honorarumsatz je Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich ist im Vergleich zum Vorjahresquartal geringfügig um 0,3 Prozent gestiegen (+145 Euro auf 50.108 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,0 Prozent gestiegen (+2,56 Euro auf 66,79 Euro). Vor allem in Schles-

wig-Holstein und in Sachsen sind dafür überdurchschnittliche Steigerungen des ausgezahlten Honorars verantwortlich. Dabei bewirkt in Schleswig-Holstein auch die extrabudgetäre Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung eine besondere Anhebung.

Tabelle 5: Fachärztlic Honorarumsatz je Arz				ndlungsfa	ll in Euro			
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	lerung	Honorar je Behar fall in	ndlungs-	Veränd	lerung
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	46.937	49.336	2.399	5,1%	61,60	65,61	4,01	6,5%
Hamburg	44.083	45.544	1.461	3,3%	64,23	67,54	3,31	5,2%
Bremen	56.078	56.925	847	1,5%	64,72	67,10	2,38	3,7%
Niedersachsen	55.174	54.174	-1.000	-1,8%	67,53	69,42	1,89	2,8%
Westfalen-Lippe	55.216	55.778	562	1,0%	62,16	65,56	3,40	5,5%
Nordrhein	44.383	44.283	-100	-0,2%	60,05	60,88	0,83	1,4%
Hessen	43.872	42.897	-975	-2,2%	64,66	66,91	2,25	3,5%
Rheinland-Pfalz	52.823	52.209	-614	-1,2%	70,63	72,91	2,28	3,2%
Baden-Württemberg	51.133	49.914	-1.219	-2,4%	68,35	70,33	1,98	2,9%
Bayerns	47.791	48.238	447	0,9%	69,10	73,23	4,13	6,0%
Berlin	38.693	39.314	621	1,6%	64,99	67,10	2,11	3,2%
Saarland	50.887	51.332	445	0,9%	70,95	73,10	2,15	3,0%
Mecklenburg-Vorp.	60.689	60.904	215	0,4%	57,18	60,58	3,40	5,9%
Brandenburg	54.375	55.021	646	1,2%	51,16	53,46	2,30	4,5%
Sachsen-Anhalt	59.176	57.335	-1.841	-3,1%	61,56	61,71	0,15	0,2%
Thüringen	58.403	59.233	830	1,4%	57,24	61,62	4,38	7,7%
Sachsen	56.540	59.912	3.372	6,0%	58,60	62,43	3,83	6,5%
Bund	49.963	50.108	145	0,3%	64,23	66,79	2,56	4,0%

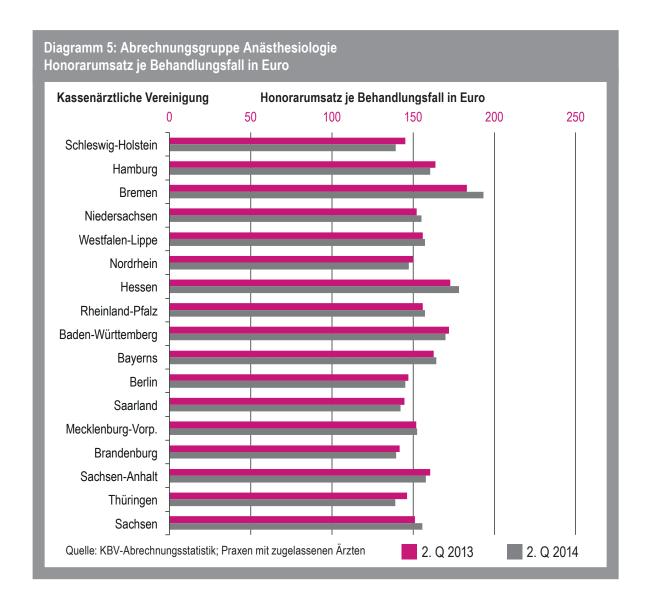


1.1.3.1 Honorarumsatz Anästhesiologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Anästhesiologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,4 Prozent (-559 Euro auf 38.652 Euro) gesunken, der Honorarumsatz je Behandlungsfall blieb annähernd konstant (+0,1 Prozent, Anstieg von 158,01 auf

158,13 Euro). Auffallend ist der vergleichsweise starke Rückgang in Berlin, der in einer beträchtlichen Rückforderung von Honorarumsätzen für Leistungen des ambulanten Operierens, die mehrere zurückliegende Quartale betraf, begründet ist.

Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	lerung	Honorar je Behar fall in	ndlungs-	Veränd	lerung
vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	33.931	32.735	-1.196	-3,5%	145,23	139,31	-5,92	-4,1%
Hamburg	37.724	35.100	-2.624	-7,0%	163,63	160,52	-3,11	-1,99
Bremen	52.420	50.511	-1.909	-3,6%	183,17	193,14	9,97	5,49
Niedersachsen	43.386	42.679	-707	-1,6%	152,06	155,17	3,11	2,09
Westfalen-Lippe	40.712	41.541	829	2,0%	155,96	157,23	1,27	0,89
Nordrhein	35.626	34.561	-1.065	-3,0%	149,89	147,25	-2,64	-1,89
Hessen	41.194	39.703	-1.491	-3,6%	172,74	178,12	5,38	3,1
Rheinland-Pfalz	32.974	33.165	191	0,6%	155,82	157,33	1,51	1,0
Baden-Württemberg	40.833	37.743	-3.090	-7,6%	171,94	169,90	-2,04	-1,2
Bayerns	34.580	33.951	-629	-1,8%	162,54	164,33	1,79	1,1
Berlin	34.214	32.038	-2.176	-6,4%	147,09	145,30	-1,79	-1,2
Saarland	39.032	37.250	-1.782	-4,6%	144,70	142,29	-2,41	-1,7
Mecklenburg-Vorp.	61.798	61.969	171	0,3%	151,90	152,34	0,44	0,3
Brandenburg	42.848	40.200	-2.648	-6,2%	141,66	139,61	-2,05	-1,4
Sachsen-Anhalt	42.844	42.206	-638	-1,5%	160,41	157,78	-2,63	-1,6
Thüringen	39.966	41.017	1.051	2,6%	146,14	139,12	-7,02	-4,8
Sachsen	42.046	42.968	922	2,2%	151,02	155,60	4,58	3,0
Bund	39.211	38.652	-559	-1,4%	158,01	158,13	0,12	0,1

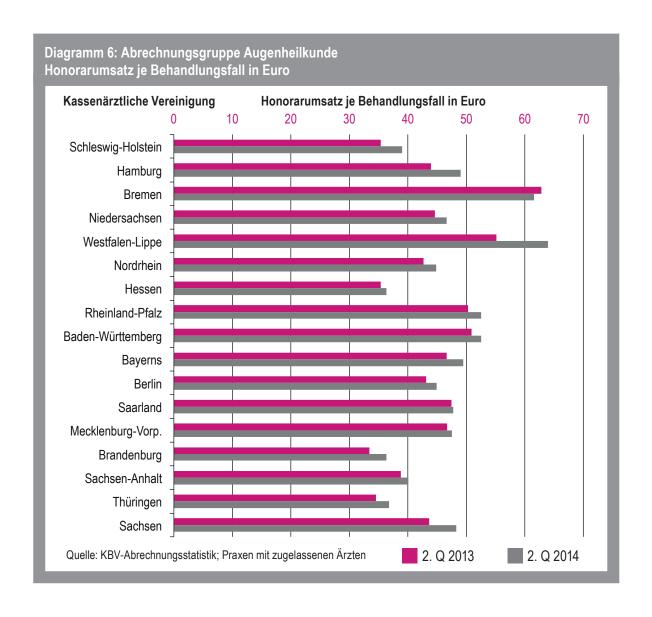


1.1.3.2 Honorarumsatz Augenheilkunde

Der Honorarumsatz je Facharzt für Augenheilkunde ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,0 Prozent (+1.863 Euro auf 63.548 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 6,6 Prozent (+2,99 Euro auf 48,21 Euro) gestiegen. Dabei ist in den KV-Bezirken Schleswig-Holstein, Hamburg und Sachsen der Honorarumsatz absolut um mehr als 10 Prozent gewachsen. Diese Entwicklung spiegelt sich in einem entsprechenden Zuwachs des Honorarumsat-

zes je Arzt wider. Dies ist unter anderem in der Einführung eines Zuschlages für die augenärztliche Grundversorgung begründet. Daneben ist in Westfalen-Lippe das rechnerische Ergebnis neben einem Rückgang der Fallzahlen auf eine Steigerung des Umfangs der sogenannten IVI-Leistungen (intravitreale Injektion), die im Rahmen von Sondervereinbarungen der Gesamtvertragspartner erbracht werden, zurückzuführen.

Tabelle 7: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	lerung	Honorai je Behar fall in	ndlungs-	Veränderung		
vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	
Schleswig-Holstein	42.676	49.547	6.871	16,1%	35,37	39,01	3,64	10,3%	
Hamburg	53.874	60.917	7.043	13,1%	43,93	49,04	5,11	11,6%	
Bremen	83.973	80.361	-3.612	-4,3%	62,78	61,57	-1,21	-1,9%	
Niedersachsen	64.981	64.586	-395	-0,6%	44,61	46,63	2,02	4,5%	
Westfalen-Lippe	82.468	90.201	7.733	9,4%	55,14	63,92	8,78	15,9%	
Nordrhein	52.665	53.007	342	0,6%	42,69	44,83	2,14	5,0%	
Hessen	48.887	47.138	-1.749	-3,6%	35,35	36,34	0,99	2,8%	
Rheinland-Pfalz	68.897	67.249	-1.648	-2,4%	50,25	52,55	2,30	4,6%	
Baden-Württemberg	64.499	64.311	-188	-0,3%	50,85	52,49	1,64	3,2%	
Bayerns	57.847	59.057	1.210	2,1%	46,59	49,44	2,85	6,1%	
Berlin	49.028	51.057	2.029	4,1%	43,11	44,88	1,77	4,1%	
Saarland	62.290	58.955	-3.335	-5,4%	47,46	47,76	0,30	0,6%	
Mecklenburg-Vorp.	65.422	65.598	176	0,3%	46,68	47,49	0,81	1,7%	
Brandenburg	47.282	47.832	550	1,2%	33,40	36,35	2,95	8,8%	
Sachsen-Anhalt	55.569	56.907	1.338	2,4%	38,80	40,04	1,24	3,2%	
Thüringen	57.780	59.509	1.729	3,0%	34,55	36,76	2,21	6,4%	
Sachsen	71.498	79.468	7.970	11,1%	43,61	48,28	4,67	10,7%	
Bund	61.685	63.548	1.863	3,0%	45,22	48,21	2,99	6,6%	



1.1.3.3 Honorarumsatz Innere Medizin

Aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung der Fachärzte für Innere Medizin zu ihren Schwerpunkten (vgl. Kapitel 1.1.3.4 bis 1.1.3.12) sind Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppen kaum möglich. Zudem ist zu beachten, dass die einzelnen medizinischen Schwerpunktgruppen in einigen KVen wenige Ärzte umfassen (oft weniger als zehn), sodass eine veränderte Zusammensetzung der Ärzte einer Praxis oder die Neuzulassung eines Arztes starke Auswirkun-

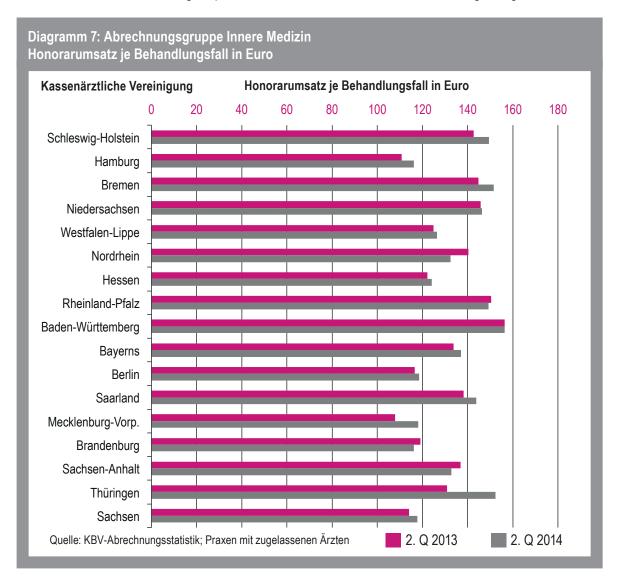
gen auf den durchschnittlichen Honorarumsatz je Arzt haben kann. Zusätzlich führen auch Veränderungen des Abrechnungsverhaltens der Ärzte zu Verschiebungen zwischen den Schwerpunktgruppen. Daher ist vor allem in den zahlenmäßig sehr kleinen Schwerpunktgruppen (insbesondere Angiologie, Endokrinologie und Rheumatologie) und/oder in den kleinen KVen bei der Interpretation der Ergebnisse stets zusätzlich die Arztzahl zu berücksichtigen.

Tabelle 8: Abrechnungsgruppe innere Medizin									
Honorarumsatz je Arz	t und Honorarumsa	tz je Behandlungsfa	III in Euro						

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	lerung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränd	lerung
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	99.187	102.933	3.746	3,8%	142,58	149,52	6,94	4,9%
Hamburg	90.119	94.369	4.250	4,7%	110,80	116,14	5,34	4,8%
Bremen	105.880	111.319	5.439	5,1%	144,83	151,64	6,81	4,7%
Niedersachsen	120.031	117.348	-2.683	-2,2%	145,80	146,29	0,49	0,3%
Westfalen-Lippe	106.018	102.444	-3.574	-3,4%	124,83	126,45	1,62	1,3%
Nordrhein	101.370	94.601	-6.769	-6,7%	140,27	132,47	-7,80	-5,6%
Hessen	89.783	86.979	-2.804	-3,1%	122,10	124,20	2,10	1,7%
Rheinland-Pfalz	97.121	92.938	-4.183	-4,3%	150,48	149,25	-1,23	-0,8%
Baden-Württemberg	107.951	104.948	-3.003	-2,8%	156,44	156,34	-0,10	-0,1%
Bayerns	92.584	94.852	2.268	2,4%	133,68	137,13	3,45	2,6%
Berlin	92.160	92.425	265	0,3%	116,56	118,58	2,02	1,7%
Saarland	108.944	112.335	3.391	3,1%	138,14	143,89	5,75	4,2%
Mecklenburg-Vorp.	104.977	111.772	6.795	6,5%	107,87	118,13	10,26	9,5%
Brandenburg	106.966	104.097	-2.869	-2,7%	119,07	116,25	-2,82	-2,4%
Sachsen-Anhalt	127.383	123.331	-4.052	-3,2%	136,90	132,82	-4,08	-3,0%
Thüringen	135.243	136.973	1.730	1,3%	130,94	152,40	21,46	16,4%
Sachsen	116.600	119.235	2.635	2,3%	114,10	117,75	3,65	3,2%
Bund	105.287	103.723	-1.564	-1,5%	134,44	135,89	1,45	1,1%

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,5 Prozent gesunken (-1.564 Euro auf 103.723 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,1 Prozent gestiegen (+1,45 Euro auf 135,89 Euro). Auffallend sind die überdurchschnittlichen Änderungen mit unterschiedlichen Vorzeichen in Nordrhein und Mecklenburg-Vorpommern. Die

Entwicklung in Nordrhein wird mit der Neufassung der Abrechnungsregeln für einige internistische Fachgruppen bei der Abrechnung von Laborleistungen begründet. Untersuchungen des sogenannten Speziallabors werden verstärkt von Laboratoriumsmedizinern statt von anderen Fachärzten erbracht. Die Ergebnisse in Mecklenburg-Vorpommern sind durch saisonale Schwankungen begründet.



1.1.3.4 Honorarumsatz Innere Medizin, Facharzt ohne Schwerpunkt

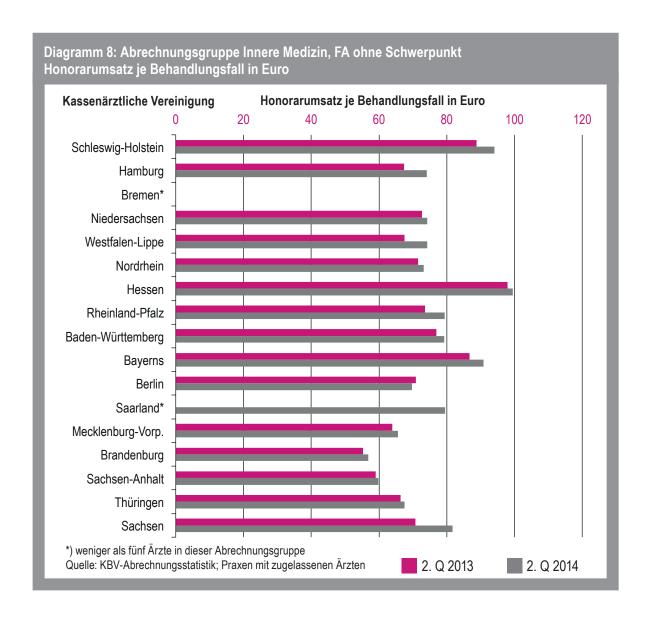
Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,9 Prozent gestiegen (+2.578 Euro auf 67.972 Euro). Der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist im selben Zeitraum ebenfalls gestiegen. Der Anstieg beträgt 4,6 Prozent (+3,47 Euro auf 78,87 Euro).

Die hohen Steigerungen in Sachsen sind mit den Verzögerungen bei der Vereinbarung der Vergütung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im Vorjahr zu begründen. Dies führte zur Fortschreibung der Vorvorjahresvergütungen. Damit ist die Basis des Vorjahres gegenüber dem aktuellen Quartal zu niedrig.

labelle 9: Abrechnung	gsgruppe Innere Me	dizin, FA onne Schv	verpunkt
Honorarumsatz je Arz	t und Honorarumsa	tz je Behandlungsfa	II in Euro

Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung		
vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	
Schleswig-Holstein	60.034	66.649	6.615	11,0%	88,75	94,05	5,30	6,0%	
Hamburg	59.077	66.560	7.483	12,7%	67,39	74,04	6,65	9,9%	
Bremen	*)	*)			*)	*)			
Niedersachsen	74.946	76.146	1.200	1,6%	72,72	74,26	1,54	2,1%	
Westfalen-Lippe	82.523	82.966	443	0,5%	67,58	74,18	6,60	9,8%	
Nordrhein	45.554	48.624	3.070	6,7%	71,49	73,25	1,76	2,5%	
Hessen	70.717	72.097	1.380	2,0%	97,96	99,51	1,55	1,6%	
Rheinland-Pfalz	56.894	57.342	448	0,8%	73,64	79,39	5,75	7,8%	
Baden-Württemberg	59.455	64.097	4.642	7,8%	76,97	79,25	2,28	3,0%	
Bayerns	64.645	68.577	3.932	6,1%	86,78	90,84	4,06	4,7%	
Berlin	40.538	38.984	-1.554	-3,8%	70,83	69,69	-1,14	-1,6%	
Saarland	*)	57.563			*)	79,49			
Mecklenburg-Vorp.	64.239	65.780	1.541	2,4%	63,90	65,57	1,67	2,6%	
Brandenburg	56.128	52.874	-3.254	-5,8%	55,30	56,86	1,56	2,8%	
Sachsen-Anhalt	66.301	66.406	105	0,2%	59,03	59,86	0,83	1,4%	
Thüringen	78.916	70.300	-8.616	-10,9%	66,35	67,55	1,20	1,8%	
Sachsen	81.863	92.416	10.553	12,9%	70,76	81,69	10,93	15,4%	
Bund	65.394	67.972	2.578	3,9%	75,40	78,87	3,47	4,6%	

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

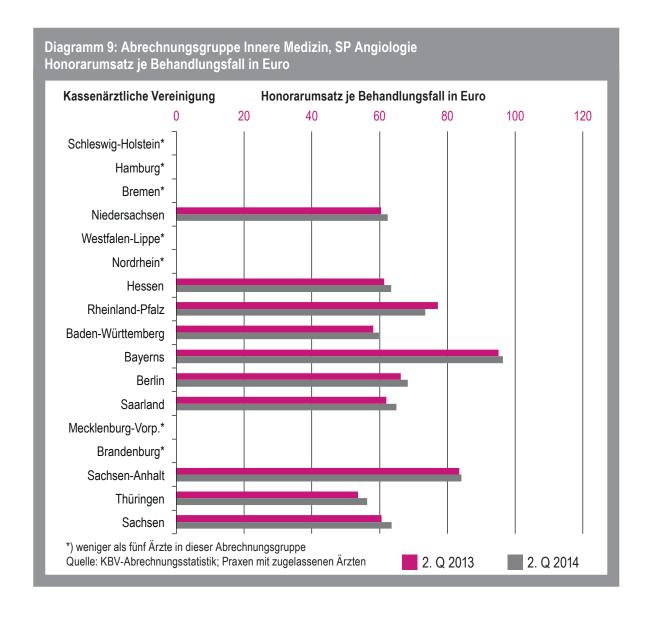


1.1.3.5 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,8 Prozent (+1.116 Euro auf 64.876 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,9 Prozent (+1,84 Euro auf 66,34 Euro) gestiegen.

Tabelle 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro								
Kassenärztliche	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
Vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	60.152	59.166	-986	-1,6%	60,45	62,43	1,98	3,3%
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	*)	*)			*)	*)		
Hessen	50.393	54.531	4.138	8,2%	61,31	63,42	2,11	3,4%
Rheinland-Pfalz	71.824	70.985	-839	-1,2%	77,19	73,52	-3,67	-4,8%
Baden-Württemberg	63.101	60.999	-2.102	-3,3%	58,09	59,77	1,68	2,9%
Bayerns	60.207	62.164	1.957	3,3%	95,14	96,36	1,22	1,3%
Berlin	51.399	53.473	2.074	4,0%	66,29	68,28	1,99	3,0%
Saarland	70.672	72.239	1.567	2,2%	62,02	64,99	2,97	4,8%
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	*)	*)			*)	*)		
Sachsen-Anhalt	102.514	102.174	-340	-0,3%	83,57	84,15	0,58	0,7%
Thüringen	52.793	57.255	4.462	8,5%	53,62	56,32	2,70	5,0%
Sachsen	63.887	68.863	4.976	7,8%	60,62	63,59	2,97	4,9%
Bund	63.760	64.876	1.116	1,8%	64,50	66,34	1,84	2,9%

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

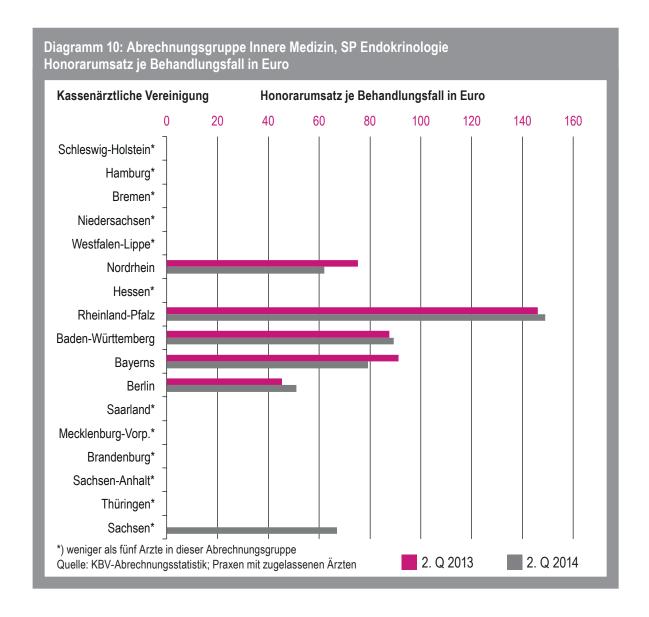


1.1.3.6 Honorarumsatz Innere Medizin Schwerpunkt Endokrinologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 8,2 Prozent (-7.800 Euro auf 87.601 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 6,3 Prozent zurückgegangen (-4,87 Euro auf 73,05 Euro).

Kassenärztliche	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
Vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	*)	*)			*)	*)		
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	79.105	67.233	-11.872	-15,0%	75,20	62,01	-13,19	-17,5%
Hessen	*)	*)			*)	*)		
Rheinland-Pfalz	125.228	134.056	8.828	7,0%	146,04	148,95	2,91	2,0%
Baden-Württemberg	100.321	101.360	1.039	1,0%	87,56	89,41	1,85	2,1%
Bayerns	86.292	74.748	-11.544	-13,4%	91,22	79,18	-12,04	-13,2%
Berlin	72.972	74.105	1.133	1,6%	45,31	51,10	5,79	12,8%
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	*)	*)			*)	*)		
Sachsen-Anhalt	*)	*)			*)	*)		
Thüringen	*)	*)			*)	*)		
Sachsen	*)	107.347			*)	66,97		
Bund	95.401	87.601	-7.800	-8,2%	77,92	73,05	-4,87	-6,3%

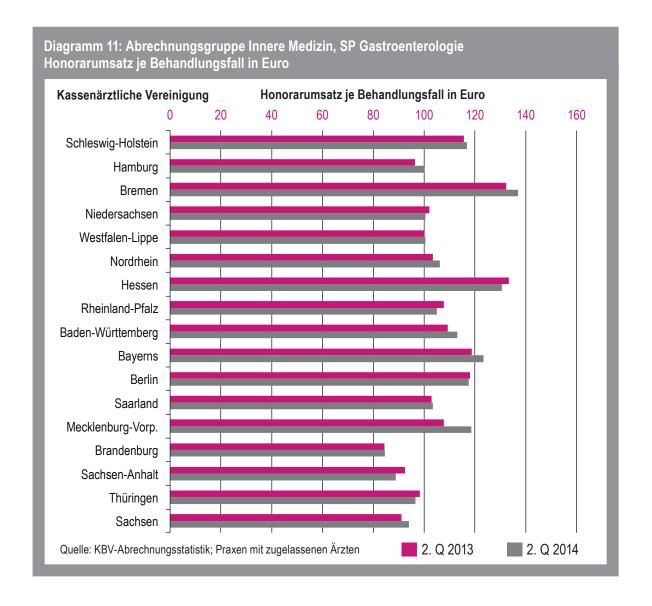
*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten



1.1.3.7 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal fast unverändert geblieben. Er sank um 0,2 Prozent (-153 Euro auf 86.953 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall stieg um 1,5 Prozent (+1,57 Euro auf 107,71 Euro).

Kassenärztliche		Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
Vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	
Schleswig-Holstein	92.141	95.542	3.401	3,7%	115,61	116,79	1,18	1,0%	
Hamburg	70.043	69.924	-119	-0,2%	96,45	100,08	3,63	3,89	
Bremen	104.934	111.552	6.618	6,3%	132,26	136,91	4,65	3,59	
Niedersachsen	91.998	85.154	-6.844	-7,4%	102,12	100,48	-1,64	-1,69	
Westfalen-Lippe	95.151	91.602	-3.549	-3,7%	100,23	100,49	0,26	0,3	
Nordrhein	79.598	79.262	-336	-0,4%	103,38	106,15	2,77	2,79	
Hessen	80.930	95.372	14.442	17,8%	133,31	130,58	-2,73	-2,0	
Rheinland-Pfalz	90.168	84.971	-5.197	-5,8%	107,75	104,92	-2,83	-2,6	
Baden-Württemberg	77.681	80.207	2.526	3,3%	109,36	113,03	3,67	3,4	
Bayerns	86.563	86.776	213	0,2%	118,73	123,29	4,56	3,89	
Berlin	103.492	104.551	1.059	1,0%	118,10	117,61	-0,49	-0,4	
Saarland	67.780	68.486	706	1,0%	103,00	103,49	0,49	0,5	
Mecklenburg-Vorp.	99.609	109.801	10.192	10,2%	107,75	118,64	10,89	10,1	
Brandenburg	87.640	84.903	-2.737	-3,1%	84,37	84,52	0,15	0,2	
Sachsen-Anhalt	90.447	85.266	-5.181	-5,7%	92,42	88,92	-3,50	-3,8	
Thüringen	86.948	85.912	-1.036	-1,2%	98,35	96,58	-1,77	-1,8	
Sachsen	92.406	98.470	6.064	6,6%	91,15	94,02	2,87	3,1	
Bund	87.106	86.953	-153	-0,2%	106,14	107,71	1,57	1,5	



1.1.3.8 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,5 Prozent (-6.597

100.727

94.130

-6.597

-6,5%

Euro auf 94.130 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,5 Prozent (-2,66 Euro auf 175,07 Euro) gesunken.

Tabelle 13: Abrechnui Honorarumsatz je Arz						ogie		
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
Tolomyung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	94.288	97.477	3.189	3,4%	178,55	186,64	8,09	4,5%
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	111.389	106.588	-4.801	-4,3%	195,75	193,95	-1,80	-0,9%
Westfalen-Lippe	77.709	74.109	-3.600	-4,6%	152,15	155,30	3,15	2,1%
Nordrhein	118.247	91.367	-26.880	-22,7%	179,18	154,99	-24,19	-13,5%
Hessen	87.362	79.807	-7.555	-8,6%	172,23	170,47	-1,76	-1,0%
Rheinland-Pfalz	77.612	72.884	-4.728	-6,1%	177,50	165,97	-11,53	-6,5%
Baden-Württemberg	95.499	87.258	-8.241	-8,6%	185,31	180,45	-4,86	-2,6%
Bayerns	152.798	154.787	1.989	1,3%	266,40	258,98	-7,42	-2,8%
Berlin	62.151	64.296	2.145	3,5%	156,92	161,36	4,44	2,8%
Saarland	80.424	83.958	3.534	4,4%	163,63	164,83	1,20	0,7%
Mecklenburg-Vorp.	68.674	72.189	3.515	5,1%	135,94	128,06	-7,88	-5,8%
Brandenburg	66.307	54.890	-11.417	-17,2%	145,77	138,37	-7,40	-5,1%
Sachsen-Anhalt	124.450	116.126	-8.324	-6,7%	135,47	138,44	2,97	2,2%
Thüringen	78.064	69.084	-8.980	-11,5%	118,96	124,84	5,88	4,9%
Sachsen	83.405	86.472	3.067	3,7%	104,08	109,52	5,44	5,2%

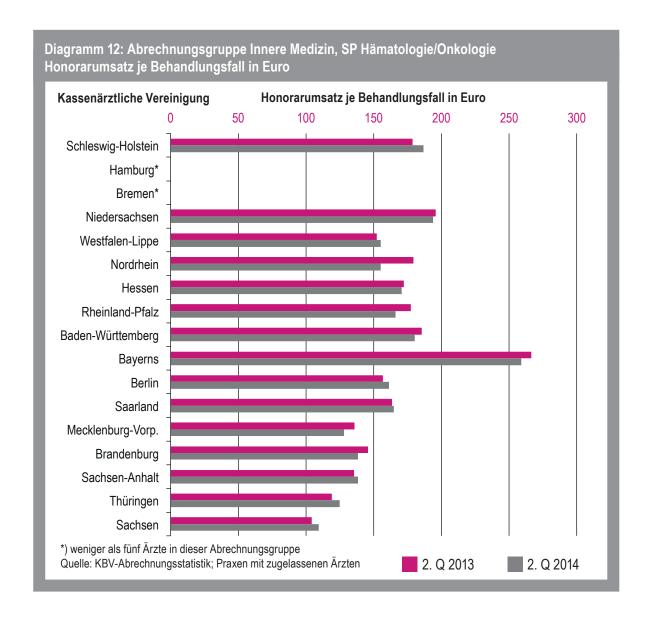
*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

175,07

-2,66

177,73

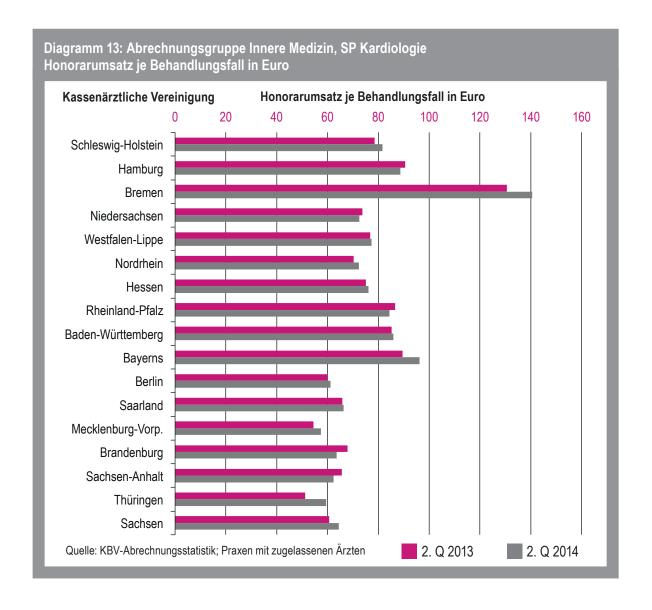
Bund



1.1.3.9 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,9 Prozent zurückgegangen (-592 Euro auf 67.071 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,3 Prozent gestiegen (+1,73 Euro auf 76,37 Euro).

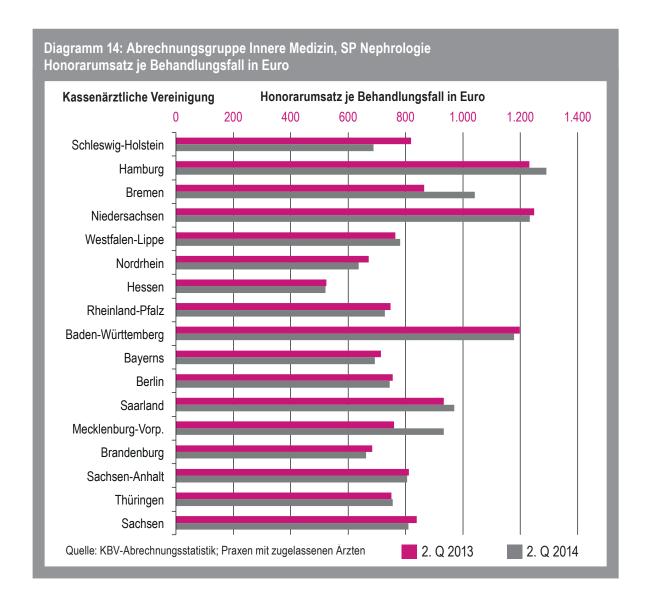
	Honora		Veränd	derung		rumsatz	Veränd	lerung
Kassenärztliche Vereinigung	je Arzt in Euro				je Behandlungs- fall in Euro			
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	62.498	67.540	5.042	8,1%	78,45	81,62	3,17	4,0%
Hamburg	72.561	71.262	-1.299	-1,8%	90,60	88,59	-2,01	-2,2%
Bremen	102.545	101.429	-1.116	-1,1%	130,51	140,54	10,03	7,7%
Niedersachsen	76.743	71.344	-5.399	-7,0%	73,69	72,59	-1,10	-1,5%
Westfalen-Lippe	73.263	72.482	-781	-1,1%	76,80	77,34	0,54	0,79
Nordrhein	52.177	52.658	481	0,9%	70,21	72,30	2,09	3,0%
Hessen	64.338	59.939	-4.399	-6,8%	75,11	76,12	1,01	1,39
Rheinland-Pfalz	65.247	60.406	-4.841	-7,4%	86,68	84,44	-2,24	-2,69
Baden-Württemberg	67.142	64.721	-2.421	-3,6%	85,21	85,95	0,74	0,99
Bayerns	66.215	70.957	4.742	7,2%	89,56	96,31	6,75	7,5%
Berlin	46.034	48.164	2.130	4,6%	60,00	61,10	1,10	1,89
Saarland	71.454	69.697	-1.757	-2,5%	65,75	66,27	0,52	0,89
Mecklenburg-Vorp.	76.610	80.143	3.533	4,6%	54,43	57,45	3,02	5,5%
Brandenburg	75.522	67.633	-7.889	-10,4%	67,90	63,52	-4,38	-6,5%
Sachsen-Anhalt	81.665	76.298	-5.367	-6,6%	65,57	62,43	-3,14	-4,89
Thüringen	84.971	84.692	-279	-0,3%	51,29	59,49	8,20	16,09
Sachsen	76.319	81.612	5.293	6,9%	60,60	64,46	3,86	6,49
Bund	67.663	67.071	-592	-0,9%	74,64	76,37	1,73	2,30



1.1.3.10 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,9 Prozent gesunken (-6.621 Euro auf 219.858 Euro). selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,6 Prozent zurückgegangen (-13,41 Euro auf 814,14 Euro).

Tabelle 15: Abrechnu Honorarumsatz je Arz					_			
Kassenärztliche	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
Vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	209.635	187.731	-21.904	-10,4%	819,53	688,83	-130,70	-15,9%
Hamburg	256.657	271.867	15.210	5,9%	1.230,97	1.291,53	60,56	4,9%
Bremen	215.700	255.087	39.387	18,3%	864,41	1.041,52	177,11	20,5%
Niedersachsen	270.785	274.566	3.781	1,4%	1.248,43	1.232,88	-15,55	-1,2%
Westfalen-Lippe	194.046	191.821	-2.225	-1,1%	764,91	781,61	16,70	2,2%
Nordrhein	211.359	196.678	-14.681	-6,9%	672,26	637,01	-35,25	-5,2%
Hessen	145.934	143.747	-2.187	-1,5%	524,84	521,50	-3,34	-0,6%
Rheinland-Pfalz	172.570	166.855	-5.715	-3,3%	747,57	728,03	-19,54	-2,6%
Baden-Württemberg	258.800	239.960	-18.840	-7,3%	1.198,52	1.178,88	-19,64	-1,6%
Bayerns	203.441	191.387	-12.054	-5,9%	713,83	693,08	-20,75	-2,9%
Berlin	209.485	200.938	-8.547	-4,1%	755,95	745,24	-10,71	-1,4%
Saarland	219.723	223.551	3.828	1,7%	932,85	970,34	37,49	4,0%
Mecklenburg-Vorp.	350.824	336.746	-14.078	-4,0%	760,04	933,85	173,81	22,9%
Brandenburg	221.252	235.472	14.220	6,4%	683,86	662,00	-21,86	-3,2%
Sachsen-Anhalt	263.438	262.063	-1.375	-0,5%	812,45	805,13	-7,32	-0,9%
Thüringen	248.377	253.098	4.721	1,9%	751,33	754,76	3,43	0,5%
Sachsen	269.764	258.301	-11.463	-4,2%	838,97	809,96	-29,01	-3,5%
Bund	226.479	219.858	-6.621	-2,9%	827,55	814,14	-13,41	-1,6%

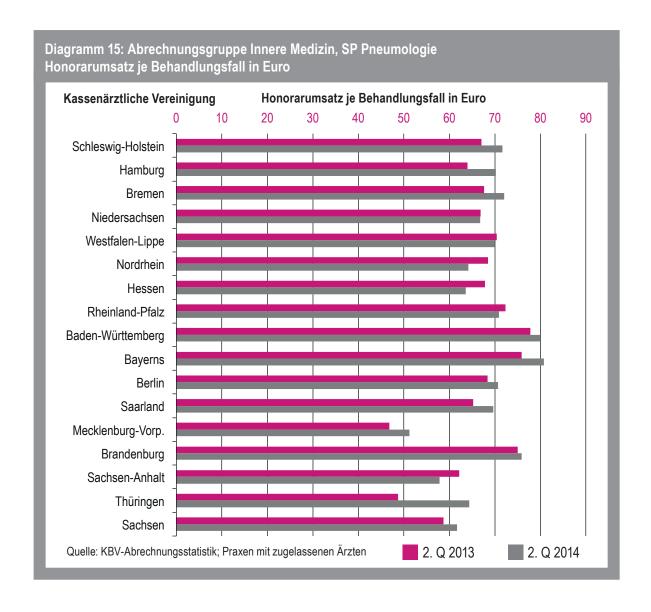


1.1.3.11 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,6 Prozent zurückgegangen (-539 Euro auf 86.222 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,0 Prozent gestiegen (+1,40 Euro auf 69,85 Euro). Für die größte Abweichung ist in der KV Thüringen beim

Honorarumsatz je Fall die stark gesunkene Anzahl der Behandlungsfälle bei relativ gleich bleibender Anzahl der abrechnenden Ärzte verantwortlich. Die Änderungen bei den Fallzahlen sind vor allem in geänderten Abrechnungsbestimmungen bei der Abrechnung von DMP-Leistungen begründet.

	Tabelle 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro										
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung				
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %			
Schleswig-Holstein	75.521	79.673	4.152	5,5%	67,07	71,69	4,62	6,9%			
Hamburg	68.533	75.548	7.015	10,2%	63,96	70,17	6,21	9,7%			
Bremen	78.844	81.851	3.007	3,8%	67,64	72,04	4,40	6,5%			
Niedersachsen	92.763	87.871	-4.892	-5,3%	66,82	66,79	-0,03	0,0%			
Westfalen-Lippe	100.447	94.896	-5.551	-5,5%	70,41	69,92	-0,49	-0,7%			
Nordrhein	86.689	81.157	-5.532	-6,4%	68,50	64,21	-4,29	-6,3%			
Hessen	78.707	75.506	-3.201	-4,1%	67,85	63,61	-4,24	-6,2%			
Rheinland-Pfalz	73.666	69.364	-4.302	-5,8%	72,32	70,92	-1,40	-1,9%			
Baden-Württemberg	87.195	88.147	952	1,1%	77,77	79,94	2,17	2,8%			
Bayerns	82.649	86.844	4.195	5,1%	75,86	80,77	4,91	6,5%			
Berlin	90.136	88.724	-1.412	-1,6%	68,41	70,67	2,26	3,3%			
Saarland	80.392	84.406	4.014	5,0%	65,21	69,66	4,45	6,8%			
Mecklenburg-Vorp.	63.842	70.558	6.716	10,5%	46,77	51,20	4,43	9,5%			
Brandenburg	97.393	101.331	3.938	4,0%	74,98	75,85	0,87	1,2%			
Sachsen-Anhalt	89.143	82.303	-6.840	-7,7%	62,20	57,84	-4,36	-7,0%			
Thüringen	112.362	107.368	-4.994	-4,4%	48,71	64,37	15,66	32,1%			
Sachsen	85.156	89.583	4.427	5,2%	58,74	61,65	2,91	5,0%			
Bund	86.761	86.222	-539	-0,6%	68,45	69,85	1,40	2,0%			



1.1.3.12 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie

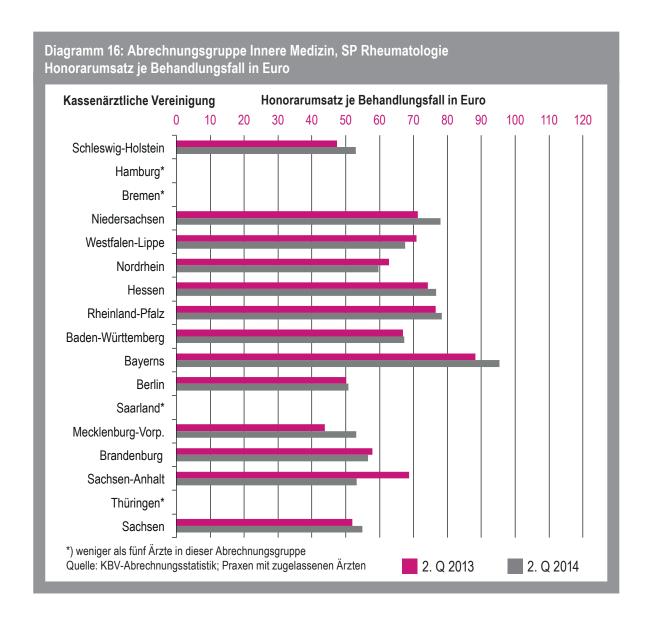
Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,4 Prozent (+920 Euro auf 66.445 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,1 Prozent (+0,73 Euro auf 69,39 Euro) gestiegen.

Bei der Darstellung ist zu beachten, dass die Größe der Abrechnungsgruppe in den KVen oft sehr klein ist. Für sich genommen kleine Änderungen führen, wie an anderer Stelle schon dargelegt, im Einzelfall und vor allem bei kleinen Kollektiven im Vergleich zu anderen Abrechnungsgruppen oder KVen zu markanten Abweichungen. Rückschlüsse auf grundlegende wirtschaftliche und strukturelle Probleme können in solchen Fällen nicht gezogen werden.

Tabelle 17: Abrechnur	igsgruppe Innere M	edizin, SP Rheumat	blogie
Honorarumsatz je Arz	t und Honorarumsa	tz je Behandlungsfa	II in Euro
	Honororumootz	Voröndorung	Honoror

Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Benandlungsfall in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung			rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung		
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	
Schleswig-Holstein	45.161	44.379	-782	-1,7%	47,44	53,02	5,58	11,8%	
Hamburg	*)	*)			*)	*)			
Bremen	*)	*)			*)	*)			
Niedersachsen	73.830	82.848	9.018	12,2%	71,24	78,03	6,79	9,5%	
Westfalen-Lippe	79.810	73.349	-6.461	-8,1%	70,82	67,56	-3,26	-4,6%	
Nordrhein	57.577	60.345	2.768	4,8%	62,72	59,62	-3,10	-4,9%	
Hessen	66.488	63.398	-3.090	-4,6%	74,23	76,64	2,41	3,2%	
Rheinland-Pfalz	85.593	78.238	-7.355	-8,6%	76,53	78,41	1,88	2,5%	
Baden-Württemberg	63.422	63.758	336	0,5%	66,90	67,23	0,33	0,5%	
Bayerns	63.919	77.481	13.562	21,2%	88,29	95,40	7,11	8,1%	
Berlin	45.650	44.657	-993	-2,2%	50,10	50,75	0,65	1,3%	
Saarland	*)	*)			*)	*)			
Mecklenburg-Vorp.	37.270	44.389	7.119	19,1%	43,86	53,16	9,30	21,2%	
Brandenburg	62.067	51.257	-10.810	-17,4%	57,81	56,58	-1,23	-2,1%	
Sachsen-Anhalt	65.929	53.115	-12.814	-19,4%	68,66	53,19	-15,47	-22,5%	
Thüringen	*)	*)			*)	*)			
Sachsen	53.567	57.816	4.249	7,9%	52,00	54,84	2,84	5,5%	
Bund	65.525	66.445	920	1,4%	68,66	69,39	0,73	1,1%	

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

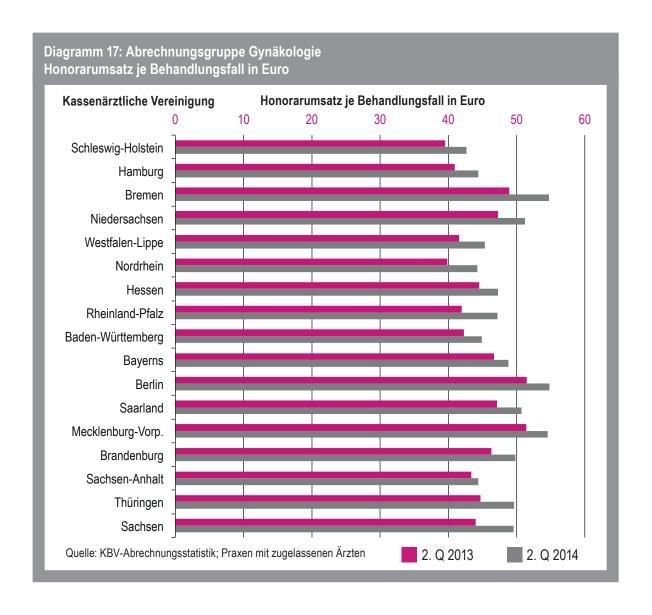


1.1.3.13 Honorarumsatz Gynäkologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Gynäkologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 4,3 Prozent gestiegen (+2.038 Euro auf 49.558 Euro). Der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist im selben Zeitraum um 7,9 Prozent gestiegen (+3,48 Euro auf 47,42 Euro). Besondere Steigerungen beim Honorarum-

satz je Arzt sind in Schleswig-Holstein, Thüringen und Sachsen zu verzeichnen, die auf die Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung zurückzuführen sind. In Sachsen kam darüber hinaus die Ausweitung der Mutterschaftsvorsorge zum Tragen.

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	Veränderung		umsatz idlungs- Euro	Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	49.101	53.335	4.234	8,6%	39,49	42,66	3,17	8,0%
Hamburg	49.218	52.054	2.836	5,8%	40,91	44,35	3,44	8,4%
Bremen	52.775	55.624	2.849	5,4%	48,95	54,73	5,78	11,89
Niedersachsen	52.546	53.524	978	1,9%	47,26	51,22	3,96	8,49
Westfalen-Lippe	49.371	51.363	1.992	4,0%	41,54	45,34	3,80	9,19
Nordrhein	41.931	44.228	2.297	5,5%	39,87	44,22	4,35	10,99
Hessen	46.742	47.283	541	1,2%	44,52	47,24	2,72	6,19
Rheinland-Pfalz	45.169	46.839	1.670	3,7%	41,95	47,21	5,26	12,5
Baden-Württemberg	47.173	48.759	1.586	3,4%	42,30	44,91	2,61	6,2
Bayerns	44.823	46.711	1.888	4,2%	46,67	48,81	2,14	4,6
Berlin	47.352	49.561	2.209	4,7%	51,47	54,80	3,33	6,5
Saarland	45.353	47.987	2.634	5,8%	47,10	50,71	3,61	7,79
Mecklenburg-Vorp.	54.367	55.570	1.203	2,2%	51,44	54,54	3,10	6,09
Brandenburg	49.687	51.173	1.486	3,0%	46,33	49,82	3,49	7,59
Sachsen-Anhalt	47.112	46.475	-637	-1,4%	43,33	44,40	1,07	2,59
Thüringen	48.279	52.540	4.261	8,8%	44,70	49,60	4,90	11,0
Sachsen	53.949	59.695	5.746	10,7%	44,00	49,55	5,55	12,69
Bund	47.520	49.558	2.038	4,3%	43,94	47,42	3,48	7,99

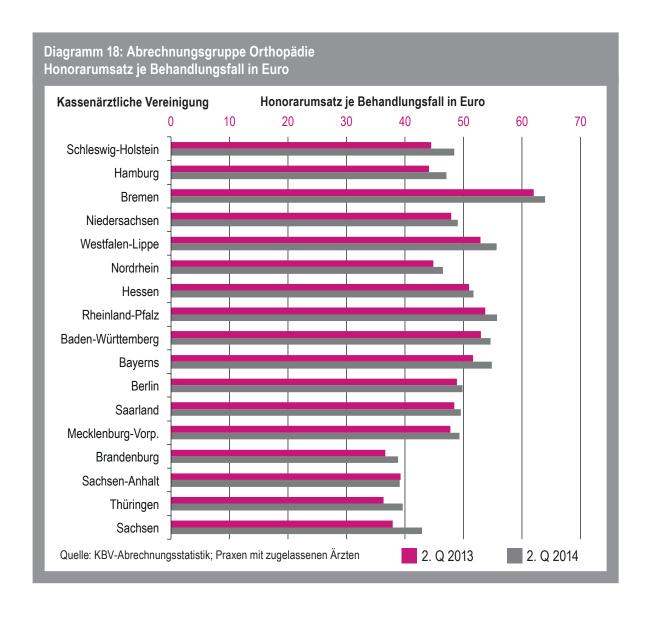


1.1.3.14 Honorarumsatz Orthopädie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Orthopädie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,4 Prozent (+786 Euro auf 55.666 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,4 Prozent gestiegen (+2,11 Euro auf 50,29 Euro). Auch bei dieser fachärztlichen Abrechnungsgruppe sind die überdurchschnittlichen

Steigerungen in Schleswig-Holstein und Sachsen auffällig. Änderungen in der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein beziehungsweise die Einführung der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung sind dafür verantwortlich.

Tabelle 19: Abrechnu Honorarumsatz je Arz				ndlungsfa	II in Euro			
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung	
vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	47.784	53.820	6.036	12,6%	44,49	48,40	3,91	8,8%
Hamburg	47.075	49.906	2.831	6,0%	44,07	47,08	3,01	6,8%
Bremen	77.986	76.446	-1.540	-2,0%	61,96	63,94	1,98	3,2%
Niedersachsen	56.568	55.771	-797	-1,4%	47,86	49,03	1,17	2,4%
Westfalen-Lippe	66.842	68.918	2.076	3,1%	52,86	55,67	2,81	5,3%
Nordrhein	49.193	48.823	-370	-0,8%	44,82	46,48	1,66	3,7%
Hessen	55.511	53.737	-1.774	-3,2%	50,96	51,71	0,75	1,5%
Rheinland-Pfalz	52.144	53.231	1.087	2,1%	53,71	55,69	1,98	3,7%
Baden-Württemberg	60.352	57.098	-3.254	-5,4%	52,93	54,59	1,66	3,1%
Bayerns	51.311	54.398	3.087	6,0%	51,60	54,80	3,20	6,2%
Berlin	51.398	52.019	621	1,2%	48,82	49,81	0,99	2,0%
Saarland	47.074	48.312	1.238	2,6%	48,40	49,49	1,09	2,3%
Mecklenburg-Vorp.	58.818	60.414	1.596	2,7%	47,74	49,28	1,54	3,2%
Brandenburg	51.766	55.381	3.615	7,0%	36,60	38,78	2,18	6,0%
Sachsen-Anhalt	51.804	50.278	-1.526	-2,9%	39,20	39,07	-0,13	-0,3%
Thüringen	48.046	49.405	1.359	2,8%	36,34	39,63	3,29	9,1%
Sachsen	51.054	57.731	6.677	13,1%	37,89	42,89	5,00	13,2%
Bund	54.880	55.666	786	1,4%	48,18	50,29	2,11	4,4%

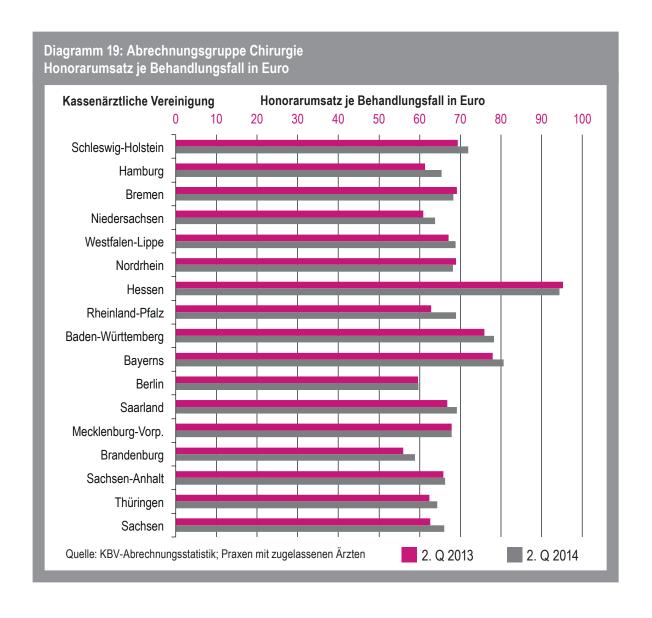


1.1.3.15 Honorarumsatz Chirurgie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Chirurgie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,2 Prozent (+1.251 Euro auf 58.747 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall im selben Zeitraum um 2,5 Prozent gestiegen (+1,73 Euro auf 71,36 Euro).

Bei einem Vergleich mit den Veröffentlichungen der KVen ist zu beachten, dass die Abrechnungsgruppe der Chirurgen oft zusammen mit den Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und den Fachärzten für Neurochirurgie aufgeführt wird.

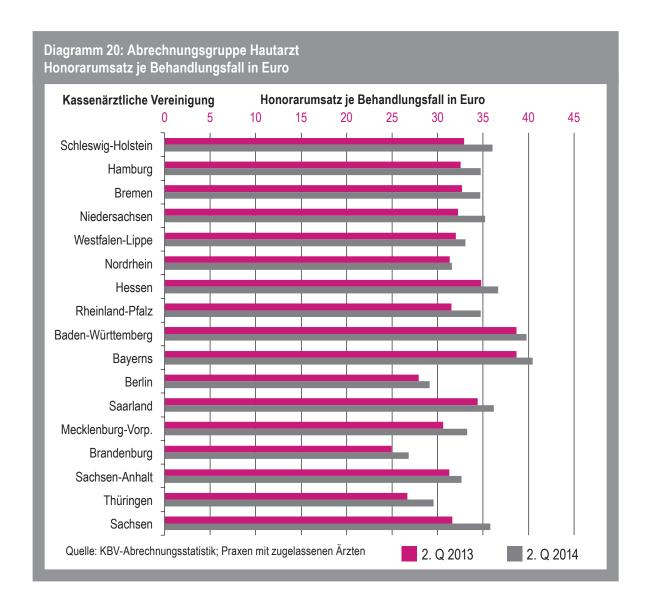
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorar je Behan fall in	dlungs-	Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	53.105	55.559	2.454	4,6%	69,35	71,90	2,55	3,7%
Hamburg	54.816	56.739	1.923	3,5%	61,29	65,45	4,16	6,8%
Bremen	58.243	60.136	1.893	3,3%	69,17	68,31	-0,86	-1,2%
Niedersachsen	62.680	64.437	1.757	2,8%	60,87	63,82	2,95	4,89
Westfalen-Lippe	64.890	66.300	1.410	2,2%	67,16	68,88	1,72	2,69
Nordrhein	55.068	54.758	-310	-0,6%	68,94	68,16	-0,78	-1,19
Hessen	69.264	68.277	-987	-1,4%	95,23	94,38	-0,85	-0,9%
Rheinland-Pfalz	52.647	57.890	5.243	10,0%	62,80	68,90	6,10	9,79
Baden-Württemberg	63.027	63.082	55	0,1%	75,93	78,31	2,38	3,19
Bayerns	50.683	52.425	1.742	3,4%	77,92	80,63	2,71	3,5%
Berlin	42.362	42.432	70	0,2%	59,60	59,74	0,14	0,29
Saarland	54.324	59.027	4.703	8,7%	66,85	69,11	2,26	3,49
Mecklenburg-Vorp.	60.860	61.890	1.030	1,7%	67,85	67,85	0,00	0,09
Brandenburg	50.965	55.122	4.157	8,2%	55,90	58,82	2,92	5,29
Sachsen-Anhalt	57.499	58.142	643	1,1%	65,86	66,29	0,43	0,79
Thüringen	53.740	56.150	2.410	4,5%	62,42	64,30	1,88	3,09
Sachsen	52.306	56.634	4.328	8,3%	62,64	66,03	3,39	5,49
Bund	57.496	58.747	1.251	2,2%	69,63	71,36	1,73	2,59



1.1.3.16 Honorarumsatz Hautarzt

Der Honorarumsatz je Facharzt für Dermatologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,5 Prozent gestiegen (+1.774 Euro auf 52.503 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,5 Prozent gestiegen (+1,82 Euro auf 35,21 Euro).

Tabelle 21: Abrechnui Honorarumsatz je Arz			tz je Beha	ndlungsfa	II in Euro			
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	49.098	52.050	2.952	6,0%	32,91	36,03	3,12	9,5%
Hamburg	56.250	58.831	2.581	4,6%	32,52	34,76	2,24	6,9%
Bremen	54.061	58.756	4.695	8,7%	32,69	34,67	1,98	6,1%
Niedersachsen	52.884	54.786	1.902	3,6%	32,24	35,24	3,00	9,3%
Westfalen-Lippe	56.812	56.696	-116	-0,2%	32,00	33,07	1,07	3,3%
Nordrhein	46.971	46.809	-162	-0,3%	31,33	31,55	0,22	0,7%
Hessen	55.717	55.222	-495	-0,9%	34,78	36,64	1,86	5,3%
Rheinland-Pfalz	43.643	48.239	4.596	10,5%	31,50	34,73	3,23	10,3%
Baden-Württemberg	55.718	56.803	1.085	1,9%	38,68	39,78	1,10	2,8%
Bayerns	48.414	50.359	1.945	4,0%	38,68	40,44	1,76	4,6%
Berlin	37.438	37.539	101	0,3%	27,93	29,12	1,19	4,3%
Saarland	50.596	55.441	4.845	9,6%	34,42	36,16	1,74	5,1%
Mecklenburg-Vorp.	53.516	56.709	3.193	6,0%	30,60	33,25	2,65	8,7%
Brandenburg	45.555	48.702	3.147	6,9%	24,96	26,83	1,87	7,5%
Sachsen-Anhalt	52.069	53.307	1.238	2,4%	31,29	32,65	1,36	4,3%
Thüringen	42.448	46.004	3.556	8,4%	26,66	29,56	2,90	10,9%
Sachsen	54.262	64.015	9.753	18,0%	31,60	35,81	4,21	13,3%
Bund	50.729	52.503	1.774	3,5%	33,39	35,21	1,82	5,5%



1.1.3.17 Honorarumsatz

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

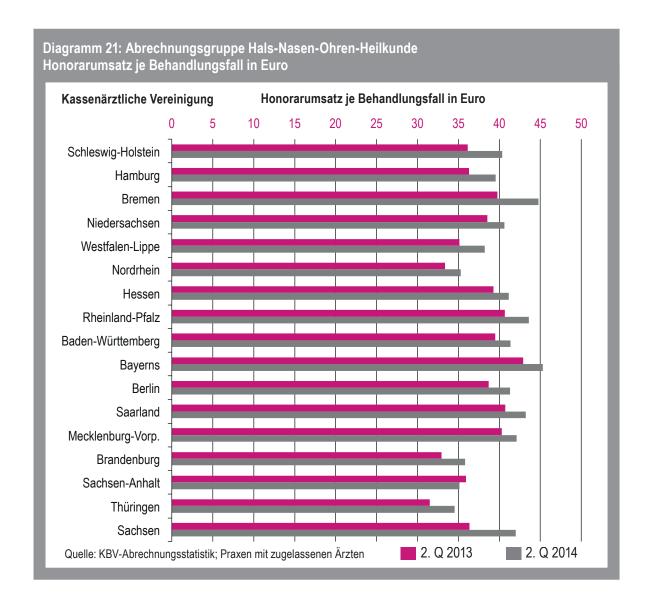
Der Honorarumsatz je Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,2 Prozent gestiegen (+2.441 Euro auf 49.271 Euro). Der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist im selben Zeitraum um 6,7 Prozent gestiegen (+2,52 Euro auf 40,24 Euro). Die Ärzte konnten in den KVen Schleswig-Holstein, Sachsen und Bremen überdurchschnittliche Zuwächse erzielen. Die Steige-

rung der Honorarumsätze ist hierbei vor allem auf die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung zurückzuführen.

Zu beachten ist, dass Fachärzte mit einer Doppelzulassung für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Phoniatrie in der Abrechnungsstatistik der KBV in der Abrechnungsgruppe Phoniatrie geführt werden.

Tabelle 22: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro

Honorarumsatz je Arzt unu Honorarumsatz je Benandlungstan in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung		Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung		
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	
Schleswig-Holstein	47.693	53.301	5.608	11,8%	36,12	40,33	4,21	11,7%	
Hamburg	42.572	46.691	4.119	9,7%	36,27	39,52	3,25	9,0%	
Bremen	43.743	50.224	6.481	14,8%	39,74	44,76	5,02	12,6%	
Niedersachsen	53.621	55.213	1.592	3,0%	38,55	40,59	2,04	5,3%	
Westfalen-Lippe	49.617	53.141	3.524	7,1%	35,10	38,20	3,10	8,8%	
Nordrhein	39.295	40.867	1.572	4,0%	33,38	35,27	1,89	5,7%	
Hessen	47.042	48.453	1.411	3,0%	39,28	41,13	1,85	4,7%	
Rheinland-Pfalz	49.311	52.014	2.703	5,5%	40,67	43,59	2,92	7,2%	
Baden-Württemberg	48.030	50.019	1.989	4,1%	39,48	41,35	1,87	4,7%	
Bayerns	47.897	49.237	1.340	2,8%	42,92	45,28	2,36	5,5%	
Berlin	39.765	42.422	2.657	6,7%	38,70	41,31	2,61	6,7%	
Saarland	47.282	49.214	1.932	4,1%	40,73	43,20	2,47	6,1%	
Mecklenburg-Vorp.	50.542	50.467	-75	-0,1%	40,26	42,09	1,83	4,5%	
Brandenburg	45.598	49.108	3.510	7,7%	32,95	35,79	2,84	8,6%	
Sachsen-Anhalt	47.784	48.572	788	1,6%	35,89	35,13	-0,76	-2,1%	
Thüringen	42.958	44.696	1.738	4,0%	31,48	34,54	3,06	9,7%	
Sachsen	47.672	55.845	8.173	17,1%	36,32	41,99	5,67	15,6%	
Bund	46.830	49.271	2.441	5,2%	37,72	40,24	2,52	6,7%	

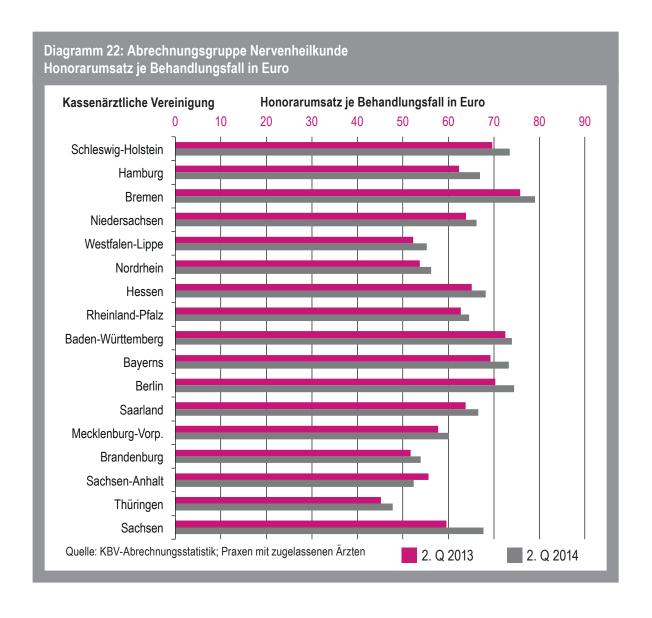


1.1.3.18 Honorarumsatz Nervenheilkunde

Der Honorarumsatz je Facharzt für Nervenheilkunde ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,8 Prozent gestiegen (+2.086 Euro auf 56.777 Euro). Im selben Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,7 Prozent gestiegen (+2,95 Euro auf 65,10 Euro).

Aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung der Fachärzte für Nervenheilkunde sind Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppe nur eingeschränkt möglich.

Tabelle 23: Abrechnui Honorarumsatz je Arz				ndlungsfa	ll in Euro			
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung	
vereningung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	58.093	65.869	7.776	13,4%	69,66	73,43	3,77	5,4%
Hamburg	42.004	49.092	7.088	16,9%	62,38	66,94	4,56	7,3%
Bremen	46.313	48.854	2.541	5,5%	75,79	79,03	3,24	4,3%
Niedersachsen	54.623	55.795	1.172	2,1%	63,86	66,19	2,33	3,6%
Westfalen-Lippe	58.767	62.092	3.325	5,7%	52,27	55,29	3,02	5,8%
Nordrhein	49.287	52.101	2.814	5,7%	53,74	56,17	2,43	4,5%
Hessen	55.091	54.175	-916	-1,7%	65,13	68,21	3,08	4,7%
Rheinland-Pfalz	55.004	55.083	79	0,1%	62,72	64,58	1,86	3,0%
Baden-Württemberg	60.488	59.141	-1.347	-2,2%	72,48	73,94	1,46	2,0%
Bayerns	58.217	60.442	2.225	3,8%	69,29	73,26	3,97	5,7%
Berlin	43.078	45.668	2.590	6,0%	70,27	74,45	4,18	5,9%
Saarland	65.264	68.765	3.501	5,4%	63,80	66,57	2,77	4,3%
Mecklenburg-Vorp.	62.952	65.076	2.124	3,4%	57,75	60,15	2,40	4,2%
Brandenburg	58.490	60.906	2.416	4,1%	51,70	53,95	2,25	4,4%
Sachsen-Anhalt	51.815	48.893	-2.922	-5,6%	55,61	52,36	-3,25	-5,8%
Thüringen	49.177	51.402	2.225	4,5%	45,13	47,79	2,66	5,9%
Sachsen	56.528	61.553	5.025	8,9%	59,54	67,67	8,13	13,7%
Bund	54.691	56.777	2.086	3,8%	62,15	65,10	2,95	4,7%



1.1.3.19 Honorarumsatz Neurologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Neurologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,1 Prozent (+2.132 Euro auf 44.140 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,7 Prozent (+3,27 Euro auf 60,73 Euro) gestiegen.

Da die Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Neurologie in einigen KVen sehr klein ist, führen veränderte Praxiszusammensetzungen, Neuzulassungen und Praxisschließungen zu stark schwankenden durchschnittlichen Honorarumsätzen je Arzt.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit Veröffentlichungen der KVen ist zu beachten, dass über Fachärzte für Neurologie oft zusammen mit Fachärzten für Neurochirurgie berichtet wird und eine Abgrenzung zwischen den Gruppen regional unterschiedlich ausfällt.

Tabelle 24: Abrechnui Honorarumsatz je Arz				ndlungsfa	ll in Euro			
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränd	lerung
vereninguing	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	52.107	58.452	6.345	12,2%	78,30	81,66	3,36	4,3%
Hamburg	38.434	43.545	5.111	13,3%	65,19	68,29	3,10	4,8%
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	51.560	52.425	865	1,7%	72,21	73,88	1,67	2,3%
Westfalen-Lippe	33.401	35.050	1.649	4,9%	50,53	53,93	3,40	6,7%
Nordrhein	33.780	34.729	949	2,8%	44,13	45,96	1,83	4,1%
Hessen	29.915	29.112	-803	-2,7%	41,30	42,81	1,51	3,7%
Rheinland-Pfalz	39.217	40.194	977	2,5%	55,14	57,77	2,63	4,8%
Baden-Württemberg	38.969	41.473	2.504	6,4%	68,44	69,31	0,87	1,3%
Bayerns	42.679	47.718	5.039	11,8%	61,57	68,07	6,50	10,6%
Berlin	47.278	47.092	-186	-0,4%	62,52	63,99	1,47	2,4%
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	59.643	58.957	-686	-1,2%	73,94	72,16	-1,78	-2,4%
Brandenburg	58.751	57.991	-760	-1,3%	58,04	60,90	2,86	4,9%
Sachsen-Anhalt	47.999	46.336	-1.663	-3,5%	52,46	49,05	-3,41	-6,5%
Thüringen	34.392	34.830	438	1,3%	39,05	46,54	7,49	19,2%
Sachsen	47.098	52.619	5.521	11,7%	42,03	50,89	8,86	21,1%

2.132

5,1%

57,46

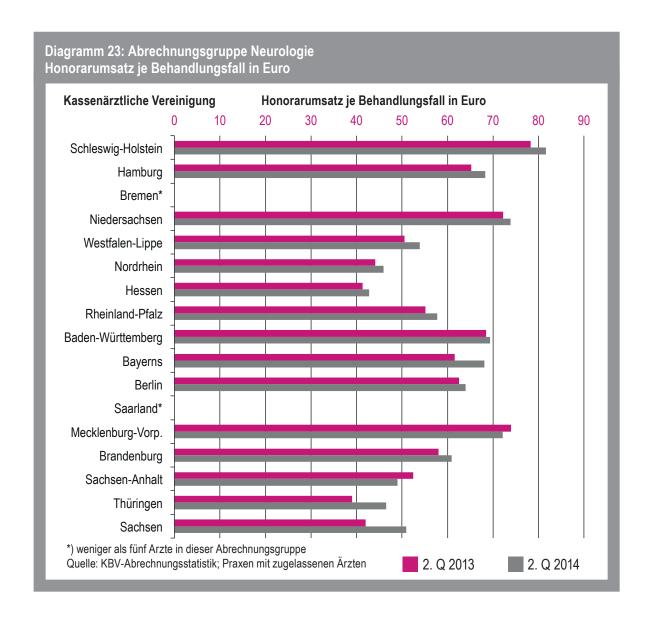
60,73 *) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe. Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

3,27

Bund

42.008

44.140

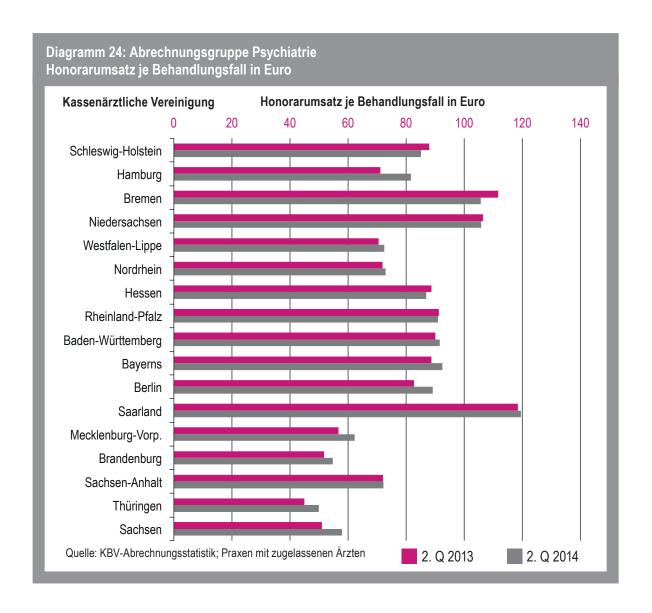


1.1.3.20 Honorarumsatz Psychiatrie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Psychiatrie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 4,2 Prozent (+1.497 Euro auf 37.127 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,9 Prozent (+2,30 Euro auf 81,60 Euro) gestiegen.

Bei dieser Abrechnungsgruppe sind die Auswirkungen der Aufnahme eines Zuschlages für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung zu sehen. Das absolute Honorarumsatzvolumen ist in den meisten KVen gestiegen.

Kassenärztliche	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung	
Vereinigung	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	32.452	38.473	6.021	18,6%	87,89	85,17	-2,72	-3,1%
Hamburg	35.230	34.339	-891	-2,5%	71,19	81,71	10,52	14,8%
Bremen	28.450	28.905	455	1,6%	111,76	105,72	-6,04	-5,4%
Niedersachsen	33.400	36.165	2.765	8,3%	106,49	105,91	-0,58	-0,5%
Westfalen-Lippe	41.173	43.067	1.894	4,6%	70,46	72,45	1,99	2,8%
Nordrhein	33.935	35.797	1.862	5,5%	71,94	72,86	0,92	1,3%
Hessen	31.361	31.853	492	1,6%	88,78	86,85	-1,93	-2,2%
Rheinland-Pfalz	33.116	33.982	866	2,6%	91,23	90,90	-0,33	-0,4%
Baden-Württemberg	38.743	38.345	-398	-1,0%	90,13	91,61	1,48	1,6%
Bayerns	36.428	37.262	834	2,3%	88,77	92,53	3,76	4,2%
Berlin	29.582	31.693	2.111	7,1%	82,70	89,18	6,48	7,8%
Saarland	36.587	36.657	70	0,2%	118,53	119,60	1,07	0,9%
Mecklenburg-Vorp.	53.756	50.270	-3.486	-6,5%	56,64	62,22	5,58	9,9%
Brandenburg	41.656	47.112	5.456	13,1%	51,73	54,66	2,93	5,7%
Sachsen-Anhalt	36.045	35.806	-239	-0,7%	72,03	72,22	0,19	0,3%
Thüringen	33.973	37.407	3.434	10,1%	45,03	49,88	4,85	10,8%
Sachsen	41.562	48.066	6.504	15,6%	50,99	57,86	6,87	13,5%
Bund	35.630	37.127	1.497	4,2%	79,30	81,60	2,30	2,9%



1.1.3.21 Honorarumsatz Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)

Der Honorarumsatz je Psychotherapeut (ärztlich/psychologisch) ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,0 Prozent (-378 Euro auf 18.310 Euro), der

18.688

18.310

Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,0 Prozent (-4,02 Euro auf 390,35 Euro) gesunken.

Tabelle 26: Abrechnur Honorarumsatz je Arz						gisch)		
Kassenärztliche Vereinigung	Honorar je Arzt i		Veränd	Veränderung		rumsatz ndlungs- Euro	Veränderung	
Vereninguing	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	18.389	18.510	121	0,7%	379,76	384,16	4,40	1,2%
Hamburg	18.733	18.972	239	1,3%	452,31	476,46	24,15	5,3%
Bremen	18.943	17.526	-1.417	-7,5%	488,46	453,89	-34,57	-7,1%
Niedersachsen	18.965	18.400	-565	-3,0%	390,73	379,10	-11,63	-3,0%
Westfalen-Lippe	18.906	18.509	-397	-2,1%	343,11	343,70	0,59	0,2%
Nordrhein	18.980	18.674	-306	-1,6%	392,19	386,53	-5,66	-1,4%
Hessen	18.087	17.843	-244	-1,3%	422,83	416,21	-6,62	-1,6%
Rheinland-Pfalz	19.552	18.664	-888	-4,5%	346,74	342,94	-3,80	-1,1%
Baden-Württemberg	16.720	16.184	-536	-3,2%	391,97	391,01	-0,96	-0,2%
Bayerns	18.527	18.151	-376	-2,0%	400,12	398,94	-1,18	-0,3%
Berlin	17.967	17.607	-360	-2,0%	496,07	483,05	-13,02	-2,6%
Saarland	19.959	19.180	-779	-3,9%	391,37	378,00	-13,37	-3,4%
Mecklenburg-Vorp.	21.224	19.114	-2.110	-9,9%	315,49	309,78	-5,71	-1,8%
Brandenburg	21.163	21.124	-39	-0,2%	365,96	365,99	0,03	0,0%
Sachsen-Anhalt	20.305	19.767	-538	-2,6%	336,44	345,10	8,66	2,6%
Thüringen	24.255	22.953	-1.302	-5,4%	362,68	360,23	-2,45	-0,7%
Sachsen	21.275	21.051	-224	-1,1%	349,07	345,32	-3,75	-1,1%

-378

-2,0%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

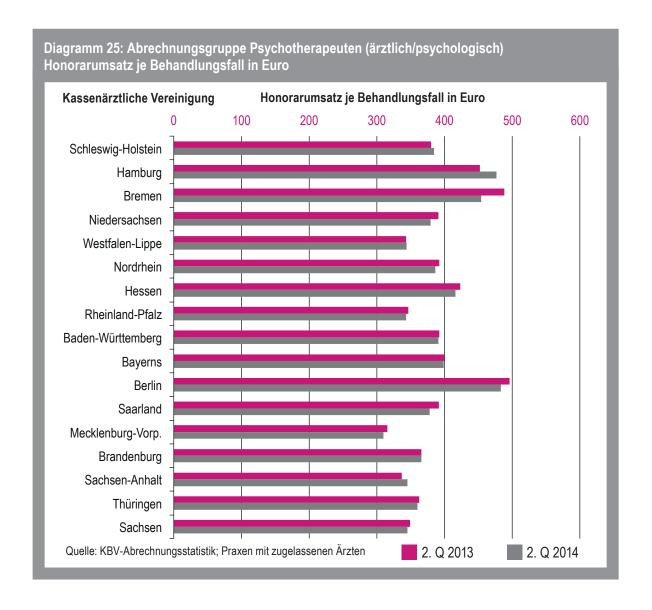
390,35

-4,02

-1,0%

394,37

Bund

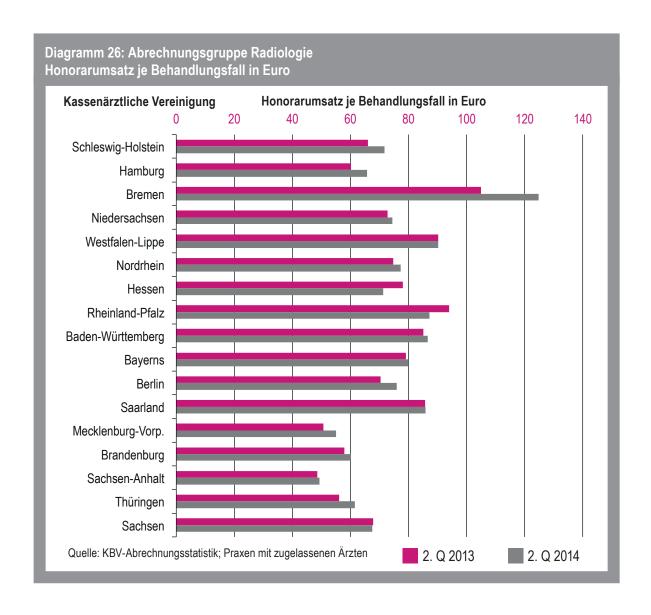


1.1.3.22 Honorarumsatz Radiologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Radiologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,5 Prozent (-492 Euro auf 91.521 Euro) zurückgegangen. Der Honorarumsatz je Behandlungsfall ist dagegen um 1,4 Prozent (+1,01 Euro auf 73,60 Euro) angestiegen. Die auffallende Steigerung des Honorarumsatzes je Fall in der KV Bremen ist in einer Verminderung der Behandlungsfallzahl um fast ein Fünftel begründet.

Vergleicht man die vorliegenden Zahlen mit den Veröffentlichungen der KVen, ist zu beachten, dass über die Abrechnungsgruppe der Radiologen zum Teil zusammen mit den Fachärzten für Nuklearmedizin und den Fachärzten für Strahlentherapie berichtet wird.

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	88.636	99.374	10.738	12,1%	66,07	71,76	5,69	8,6%
Hamburg	102.282	98.717	-3.565	-3,5%	60,18	65,73	5,55	9,29
Bremen	92.019	86.552	-5.467	-5,9%	104,98	124,74	19,76	18,89
Niedersachsen	100.182	108.428	8.246	8,2%	72,70	74,46	1,76	2,49
Westfalen-Lippe	118.441	108.713	-9.728	-8,2%	90,15	90,18	0,03	0,0
Nordrhein	70.674	69.080	-1.594	-2,3%	74,66	77,21	2,55	3,49
Hessen	95.311	86.808	-8.503	-8,9%	78,08	71,27	-6,81	-8,70
Rheinland-Pfalz	107.691	100.889	-6.802	-6,3%	93,93	87,26	-6,67	-7,19
Baden-Württemberg	95.214	93.817	-1.397	-1,5%	85,14	86,54	1,40	1,69
Bayerns	92.700	92.120	-580	-0,6%	79,16	79,85	0,69	0,99
Berlin	67.205	71.855	4.650	6,9%	70,41	75,86	5,45	7,7
Saarland	91.288	87.014	-4.274	-4,7%	85,67	85,86	0,19	0,2
Mecklenburg-Vorp.	93.985	110.681	16.696	17,8%	50,68	54,98	4,30	8,5
Brandenburg	80.996	84.137	3.141	3,9%	57,82	60,12	2,30	4,0
Sachsen-Anhalt	92.955	93.128	173	0,2%	48,50	49,27	0,77	1,69
Thüringen	91.663	91.230	-433	-0,5%	56,03	61,52	5,49	9,8
Sachsen	103.146	99.797	-3.349	-3,2%	67,76	67,55	-0,21	-0,3
Bund	92.013	91.521	-492	-0,5%	72,59	73,60	1,01	1,4

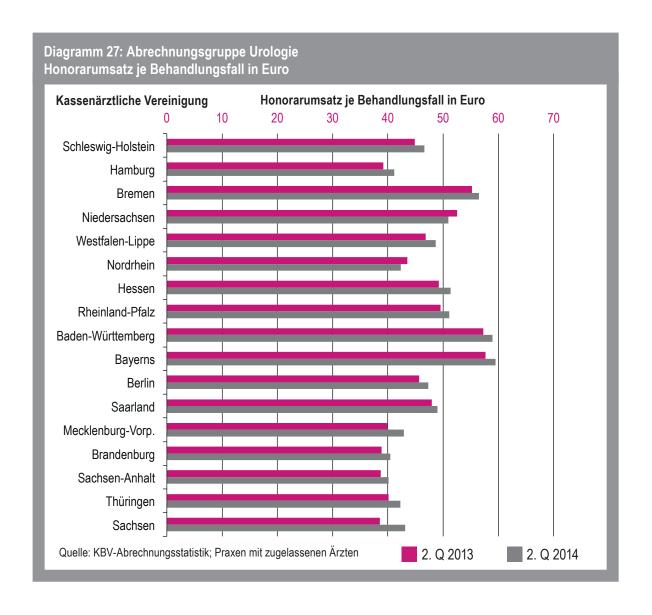


1.1.3.23 Honorarumsatz Urologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Urologie ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,1 Prozent gestiegen (+534 Euro auf 50.158 Euro). Im selben Zeit-

raum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,8 Prozent angestiegen (+1,35 Euro auf 49,14 Euro).

Tabelle 28: Abrechnungsgruppe Urologie Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung		
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	
Schleswig-Holstein	41.749	44.531	2.782	6,7%	44,83	46,62	1,79	4,0%	
Hamburg	38.148	41.099	2.951	7,7%	39,21	41,17	1,96	5,0%	
Bremen	59.416	57.711	-1.705	-2,9%	55,18	56,48	1,30	2,4%	
Niedersachsen	56.194	53.812	-2.382	-4,2%	52,53	50,96	-1,57	-3,0%	
Westfalen-Lippe	55.297	56.830	1.533	2,8%	46,85	48,68	1,83	3,9%	
Nordrhein	42.149	40.192	-1.957	-4,6%	43,53	42,33	-1,20	-2,8%	
Hessen	48.305	48.782	477	1,0%	49,24	51,35	2,11	4,3%	
Rheinland-Pfalz	44.740	45.009	269	0,6%	49,49	51,09	1,60	3,2%	
Baden-Württemberg	51.324	49.995	-1.329	-2,6%	57,24	58,92	1,68	2,9%	
Bayerns	49.080	49.527	447	0,9%	57,64	59,45	1,81	3,1%	
Berlin	42.731	42.648	-83	-0,2%	45,63	47,30	1,67	3,7%	
Saarland	42.642	44.034	1.392	3,3%	47,96	48,95	0,99	2,1%	
Mecklenburg-Vorp.	61.836	65.772	3.936	6,4%	39,93	42,92	2,99	7,5%	
Brandenburg	60.236	62.247	2.011	3,3%	38,85	40,48	1,63	4,2%	
Sachsen-Anhalt	49.313	53.566	4.253	8,6%	38,72	40,15	1,43	3,7%	
Thüringen	52.488	55.360	2.872	5,5%	40,13	42,23	2,10	5,2%	
Sachsen	55.155	61.142	5.987	10,9%	38,58	43,10	4,52	11,7%	
Bund	49.624	50.158	534	1,1%	47,79	49,14	1,35	2,8%	



1.2 Überschuss

Eine Möglichkeit zur Berechnung des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist folgende Formel:



Grundlage für die zu berücksichtigenden Kostensätze ist das ZI-Praxis-Panel (ZiPP)^[1]. Diese Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) untersucht im Auftrag der KVen die Kosten- und Versorgungsstrukturen in den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten. Die dritte Erhebungswelle fand 2012 statt und umfasste die Berichtsjahre 2008, 2009 und 2010.

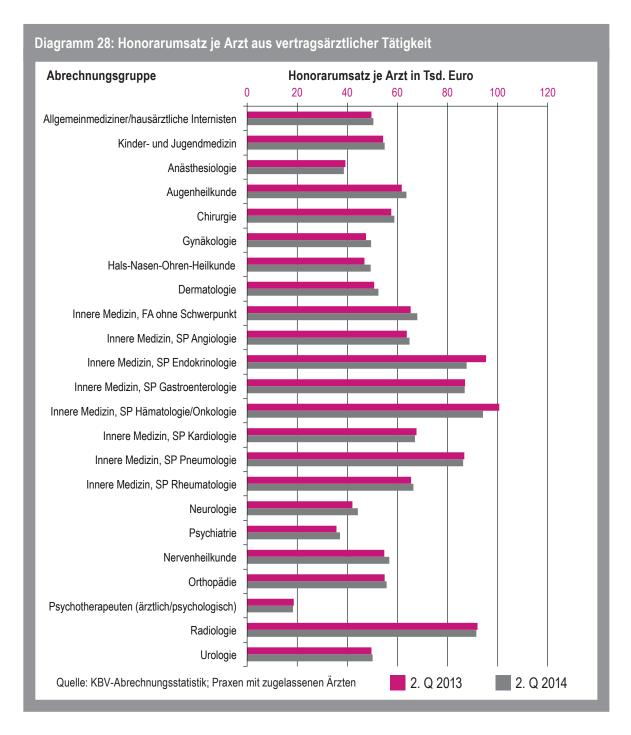
Für die Berechnungen der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das 2. Quartal 2013 und das 2. Quartal 2014 wurden die Kostensätze des Jahres 2010 verwendet. Zu methodischen Fragestellungen wird auf das ZI-Praxis-Panel verwiesen.

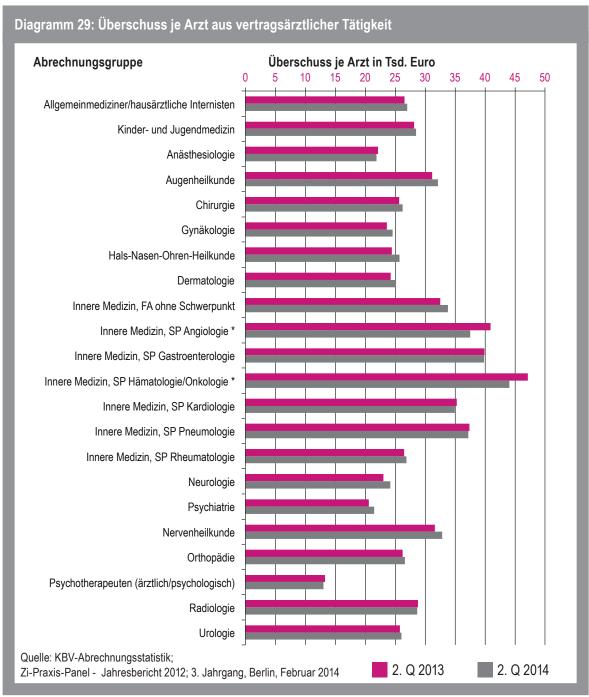
Tabelle 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Euro								
Abrechnungsgruppe	Übers je Arzt	chuss in Euro	Veränderung					
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%				
Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	26.576	26.995	419	1,6%				
Kinder- und Jugendmedizin	28.161	28.463	302	1,1%				
Anästhesiologie*	22.170	21.854	-316	-1,4%				
Augenheilkunde	31.206	32.149	942	3,0%				
Chirurgie	25.681	26.240	559	2,2%				
Gynäkologie	23.586	24.597	1.012	4,3%				
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	24.464	25.739	1.275	5,2%				
Dermatologie	24.276	25.125	849	3,5%				
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	32.496	33.777	1.281	3,9%				
Innere Medizin, SP Angiologie*	40.897	37.553	-3.344	-8,2%				
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	39.913	39.842	-70	-0,2%				
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie*	47.133	44.046	-3.087	-6,5%				
Innere Medizin, SP Kardiologie	35.268	34.959	-309	-0,9%				
Innere Medizin, SP Pneumologie	37.408	37.176	-232	-0,6%				
Innere Medizin, SP Rheumatologie	26.510	26.882	372	1,4%				
Neurologie	23.010	24.178	1.168	5,1%				
Psychiatrie	20.622	21.488	866	4,2%				
Nervenheilkunde	31.654	32.861	1.207	3,8%				
Orthopädie	26.252	26.628	376	1,4%				
Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)	13.293	13.025	-269	-2,0%				
Radiologie	28.810	28.656	-154	-0,5%				
Urologie	25.792	26.070	278	1,1%				
Alle Ärzte/Psychotherapeuten	26.669	26.941	272	1,0%				

^{*} eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund eines relativen Standardfehlers von mehr als 15% Für die Abrechnungsgruppen Innere Medizin, SP Endokrinologie und Innere Medizin, SP Nephrologie liegen aus dem Zi-Praxis-Panel keine Kostensätze vor.

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Zi-Praxis-Panel - Jahresbericht 2012; 3. Jahrgang, Berlin, Februar 2014

1.3 Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss





^{*} eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund eines relativen Standardfehlers von mehr als 15% Für die Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie liegt aus dem Zi-Praxis-Panel keine Kostensatz vor.

2. ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

Die Summe der Gesamtvergütungen ist im Berichtszeitraum um 2,7 Prozent bzw. 227,9 Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahresquartal gestiegen und beträgt damit 8.629,5 Mio. Euro im zweiten Quartal 2014.

In den KVen Hamburg, Bremen, Berlin, Hessen und Baden-Württemberg ist der Anteil der extrabudgetären Gesamtvergütung am höchsten und in den KVen Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Rheinland-Pfalz und Brandenburg am geringsten.

Der Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegt regional zwischen 61,7 und 73,9 Prozent.

Tabelle 30: Summe der Gesamtvergütungen in Mio. Euro und Gesamtvergütungen je Versicherten in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung	Summe der Ge- samtvergütungen in Mio. Euro		Veränderung		Gesamtvergütun- gen je Versicher- ten in Euro		Veränderung		
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in %	
Schleswig-Holstein	282,0	294,0	12,0	4,3%	117,39	121,67	4,28	3,6%	
Hamburg	188,2	193,5	5,3	2,8%	122,69	124,68	1,98	1,6%	
Bremen	77,0	79,1	2,1	2,7%	134,62	137,01	2,39	1,8%	
Niedersachsen	866,2	890,7	24,5	2,8%	126,60	129,68	3,08	2,4%	
Westfalen-Lippe	829,5	850,1	20,6	2,5%	114,09	116,67	2,58	2,3%	
Nordrhein	968,3	986,5	18,1	1,9%	120,61	122,29	1,68	1,4%	
Hessen	625,9	639,1	13,2	2,1%	121,81	123,18	1,37	1,1%	
Rheinland-Pfalz	401,2	411,3	10,1	2,5%	119,48	122,07	2,59	2,2%	
Baden-Württemberg	992,3	1.004,2	11,9	1,2%	111,09	111,61	0,52	0,5%	
Bayerns	1.279,5	1.321,6	42,1	3,3%	121,38	124,03	2,65	2,2%	
Berlin	374,5	387,7	13,2	3,5%	129,00	131,23	2,23	1,7%	
Saarland	109,3	110,2	1,0	0,9%	126,95	128,26	1,31	1,0%	
Mecklenburg-Vorp.	190,6	199,0	8,4	4,4%	131,14	136,75	5,61	4,3%	
Brandenburg	262,9	271,8	8,9	3,4%	119,39	123,11	3,73	3,1%	
Sachsen-Anhalt	248,1	260,4	12,3	5,0%	118,00	124,41	6,41	5,4%	
Thüringen	242,2	250,1	8,0	3,3%	122,00	126,41	4,41	3,6%	
Sachsen	464,0	480,3	16,3	3,5%	124,61	128,70	4,09	3,3%	
Bund	8.401,6	8.629,5	227,9	2,7%	120,28	122,83	2,55	2,1%	

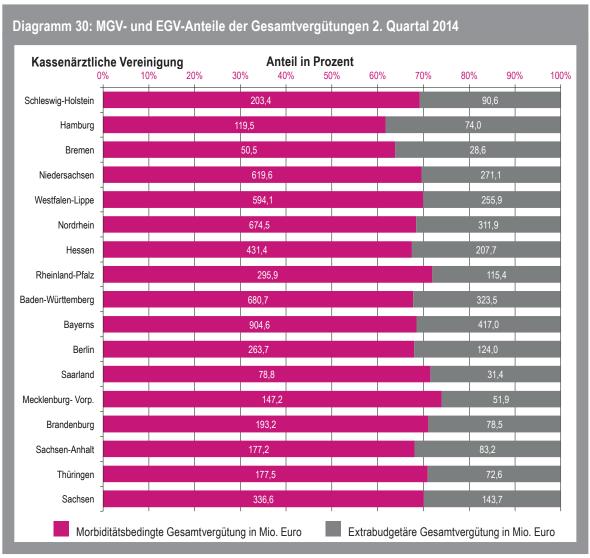
Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik; Versichertenzählung der Krankenkassen

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung sinkt in der KV Hamburg im Vergleich der zweiten Quartale der Jahre 2013 und 2014, da im 2. Quartal 2013 die Überführung der Leistungen der Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen (für einzelne Arzt-

gruppen) in die extrabudgetäre Gesamtvergütung noch nicht umgesetzt war. Damit sank im Vergleich der Quartale die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und im Gegenzug stieg die extrabudgetäre Gesamtvergütung um diese Vergütungsanteile.

Tabelle 31: Summe der morbiditätsbedingten (MGV) und extrabudgetären (EGV) Gesamtvergütungen in Mio. Euro								
Kassenärztliche Vereinigung	Morbiditäts- bedingte Gesamt- vergütung in Mio. Euro		Veränderung		Extrabudgetäre Gesamtvergütung in Mio. Euro		Veränderung	
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%
Schleswig-Holstein	194,7	203,4	8,8	4,5%	87,3	90,6	3,3	3,7%
Hamburg	138,1	119,5	-18,6	-13,5%	50,1	74,0	23,9	47,7%
Bremen	48,9	50,5	1,5	3,1%	28,1	28,6	0,5	1,9%
Niedersachsen	603,9	619,6	15,7	2,6%	262,2	271,1	8,8	3,4%
Westfalen-Lippe	584,2	594,1	9,9	1,7%	245,2	255,9	10,7	4,4%
Nordrhein	658,7	674,5	15,9	2,4%	309,6	311,9	2,3	0,7%
Hessen	422,1	431,4	9,3	2,2%	203,8	207,7	4,0	2,0%
Rheinland-Pfalz	290,5	295,9	5,4	1,9%	110,6	115,4	4,7	4,3%
Baden-Württemberg	681,9	680,7	-1,2	-0,2%	310,5	323,5	13,0	4,2%
Bayerns	878,7	904,6	25,9	2,9%	400,8	417,0	16,2	4,0%
Berlin	253,3	263,7	10,4	4,1%	121,2	124,0	2,8	2,3%
Saarland	78,7	78,8	0,1	0,2%	30,6	31,4	0,8	2,7%
Mecklenburg-Vorp.	142,0	147,2	5,2	3,6%	48,6	51,9	3,2	6,6%
Brandenburg	190,1	193,2	3,2	1,7%	72,8	78,5	5,7	7,8%
Sachsen-Anhalt	173,9	177,2	3,3	1,9%	74,2	83,2	9,0	12,2%
Thüringen	173,8	177,5	3,7	2,1%	68,4	72,6	4,2	6,2%
Sachsen	329,2	336,6	7,4	2,2%	134,7	143,7	8,9	6,6%
Bund	5.842,7	5.948,5	105,8	1,8%	2.558,9	2.681,0	122,1	4,8%

Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik



Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik

Tabelle 32: Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) je Versicherten in Euro									
Kassenärztliche Vereinigung		e Gesamtvergütung rten in Euro	Veränderung						
	2. Q 2013	2. Q 2014	absolut	in%					
Schleswig-Holstein	81,05	84,19	3,14	3,9%					
Hamburg	90,02	76,98	-13,04	-14,5%					
Bremen	85,50	87,42	1,92	2,2%					
Niedersachsen	88,27	90,22	1,94	2,2%					
Westfalen-Lippe	80,36	81,54	1,19	1,5%					
Nordrhein	82,05	83,62	1,58	1,9%					
Hessen	82,15	83,14	0,99	1,2%					
Rheinland-Pfalz	86,52	87,83	1,31	1,5%					
Baden-Württemberg	76,33	75,66	-0,67	-0,9%					
Bayerns	83,36	84,90	1,54	1,8%					
Berlin	87,24	89,25	2,01	2,3%					
Saarland	91,41	91,71	0,30	0,3%					
Mecklenburg-Vorp.	97,68	101,12	3,44	3,5%					
Brandenburg	86,32	87,54	1,22	1,4%					
Sachsen-Anhalt	82,70	84,65	1,95	2,4%					
Thüringen	87,55	89,70	2,16	2,5%					
Sachsen	88,43	90,20	1,78	2,0%					
Bund	83,65	84,67	1,02	1,2%					

Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik; Versichertenzählung der Krankenkassen

3. BEREINIGUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

3.1 Erläuterung

Die KVen erhalten eine mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung. Sie deckt die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im jeweiligen KV-Bezirk und die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen ab. Hierzu zählen auch die mit der vertragsärztlichen Leistung verbundenen Kosten, vertragsärztliche Leistungen durch ermächtigte Ärzte und Einrichtungen, belegärztliche Leistungen sowie Leistungen im Notfall.

Die Gesamtvergütung besteht aus einem budgetierten Teil (MGV) und einem extrabudgetären Teil (außerhalb der MGV).

Krankenkassen können derzeit drei Arten von Selektivverträgen schließen, die meist ohne KV-Beteiligung direkt zwischen Krankenkassen und Ärzten zustande kommen:

- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V)
- Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V)
- Verträge zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V)

Umfassen die abgeschlossenen Selektivverträge Leistungen innerhalb der MGV, werden diese nicht mehr über die MGV bezahlt, um eine doppelte Finanzierung zu vermeiden. Bei der Bemessung der MGV muss sie um die entsprechenden Leistungsmengen bereinigt werden (vgl. §§ 73b Abs. 7 Satz 2, 73c Abs. 6 Satz 2, 140d Abs. 1 SGB V) und sinkt damit ab. Die extrabudgetären Leistungen werden nicht bereinigt. Zur konkreten Ausgestaltung des Bereinigungsverfahrens schließen die Gesamtvertragspartner auf der Grundlage des SGB V regionale Vereinbarungen. Auf Bundesebene legt der (Erweiterte) Bewertungsausschuss einen grundsätzlichen Rahmen für die Umsetzung fest.

3.2 Entwicklung

Durch die gesetzliche Vorgabe in § 87a Abs. 4 SGB V ist der bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals ab dem ersten Quartal 2013 Basis für die Bestimmung des aktuellen Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse. Das machte eine Umstellung des bisherigen Verfahrens notwendig. Das vorherige setzte auf dem unbereinigten Behandlungsbedarf auf, anschließend erfolgte der Abzug der Bereinigungssumme für alle an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten. Durch

die Neuerung, den Aufsatz auf die bereits bereinigten Behandlungsbedarfe, werden jetzt nur noch für Neueinschreiber in und Rückkehrer aus Selektivverträgen, integrierter Versorgung und Modellversuchen Differenzbereinigungen vorgenommen. In Tabelle 33 wird die nun basiswirksame Bereinigung fortgeschrieben und der jeweils aktuelle Bereinigungsbetrag des Quartals zur bereits erfolgten Bereinigung für das Vorjahresquartal hinzugerechnet.

Tabelle 33: Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014 in Mio. Euro

Kassenärztliche	Quartal											
Vereinigung	II. 2012	III. 2012	IV. 2012	I. 2013	II. 2013	III. 2013	IV. 2013	I. 2014	II. 2014			
Schleswig-Holstein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1			
Hamburg	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,7			
Bremen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3			
Niedersachsen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1			
Westfalen-Lippe	3,1	3,3	3,4	4,7	6,0	6,8	7,5	8,5	9,6			
Nordrhein	1,5	1,6	1,7	2,1	2,4	2,7	3,1	3,7	4,3			
Hessen	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,9	1,4	2,0	2,6			
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1			
Baden-Württemberg	64,1	66,1	67,0	69,2	69,3	70,4	73,4	81,0	84,2			
Bayerns	24,8	52,3	61,0	66,4	70,6	65,9	66,4	69,2	73,0			
Berlin	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3			
Saarland							0,0					
Mecklenburg-Vorp.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Brandenburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Sachsen-Anhalt	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6			
Thüringen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Sachsen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2			
Bund	94,6	124,6	134,7	144,0	150,2	148,2	153,6	166,6	176,0			

Quelle: Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

4. ZUSAMMENFASSUNG

Im Vergleich zum Vorjahresquartal lässt sich im Bundesdurchschnitt ein Zuwachs für den Honorarumsatz je Arzt um 1,0 Prozent und für den Honorarumsatz je Behandlungsfall aller Ärzte und Psychotherapeuten um 3,3 Prozent verzeichnen.

Bei den **Hausärzten** hat sich der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,7 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,4 Prozent erhöht.

Der Honorarumsatz bei den Allgemeinmedizinern und hausärztlichen Internisten ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,6 Prozent je Arzt, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,3 Prozent gestiegen.

Der Honorarumsatz je **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal im Bundesdurchschnitt um 1,1 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,6 Prozent gestiegen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,3 Prozent erhöht. Je Behandlungsfall ist der Honorarumsatz im selben Zeitraum um 4,0 Prozent gestiegen.

In der **Anästhesiologie** ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,4 Prozent gesunken, während der Honorarumsatz je Behandlungsfall relativ konstant geblieben ist (Anstieg um 0,1 Prozent).

Bei den Augenärzten hat sich der Honorarumsatz je Arzt um 3,0 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,6 Prozent erhöht. Besonders markant sind die Unterschiede bei dem Honorarumsatz je Arzt und je

Behandlungsfall in der Abrechnungsgruppe der Augenärzte zwischen den KVen. Als Begründung hierfür sind die in fast allen Regionen geschlossenen besonderen Verträge zur Vergütung augenärztlicher Operationsleistungen zu nennen. Die Vertragsschließungen erfolgen mit oder ohne Beteiligung der KV. Bei Letzterem liegen der KBV keine Daten zum Honorarumsatz vor.

Bei den Fachärzten für Innere Medizin ist zu beachten, dass aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung zu ihren Schwerpunkten Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppen kaum möglich sind. Weiterhin umfassen die einzelnen medizinischen Schwerpunktgruppen in einigen KVen nur (sehr) wenige Ärzte. Der Honorarumsatz bei dieser Facharztgruppe ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,5 Prozent zurückgegangen, während der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,1 Prozent gestiegen ist. Auffällig sind die zum Teil stark gegenläufigen Entwicklungen in einzelnen KV-Bereichen, wie zum Beispiel bei den Fachärzten für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Nephrologie und Pneumologie.

Bei den **Fachärzten für Gynäkologie** ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 4,3 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 7,9 Prozent erhöht.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je **Facharzt für Orthopädie** um 1,4 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,4 Prozent gestiegen. Bei den Fachärzten für Chirurgie hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,2 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,5 Prozent erhöht.

Der Honorarumsatz je **Dermatologe** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,5 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,5 Prozent gestiegen.

Bei den Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde ist der Honorarumsatz je Facharzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,2 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 6,7 Prozent angewachsen.

Bei den Fachärzten für Nervenheilkunde ist zu beachten, dass aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung ein Vergleich mit den Veröffentlichungen der KVen nur eingeschränkt möglich ist. Der Honorarumsatz je Arzt ist in dieser Abrechnungsgruppe um 3,8 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,7 Prozent gestiegen.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je **Facharzt für Neurologie** um 5,1 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall im selben Zeitraum um 5,7 Prozent angestiegen. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Fachärzte für Neurologie in einigen KVen sehr niedrig ist.

Der Honorarumsatz je **Facharzt für Radiologie** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,5 Prozent gesunken, während der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,4 Prozent gestiegen ist.

Bei den Fachärzten für Urologie hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,1 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,8 Prozent erhöht.

Die Gesamtvergütung aller KVen ist gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 2,7 Prozent beziehungsweise um 227,9 Mio. Euro gestiegen. Dies ist insbesondere auf hohe Steigerungen in den extrabudgetären Gesamtvergütungen zurückzuführen. Der Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegt regional zwischen 61,7 und 73,9 Prozent. In allen KVen lässt sich ein Sinken dieses Anteils im Vergleich zum Vorjahresquartal beobachten. Im Gegenzug steigt die extrabudgetäre Gesamtvergütung entsprechend um diese Vergütungsanteile und erhöht sich durchschnittlich von 30,5 auf 31,1 Prozent.

5. SONDERTHEMA: ÄRZTLICHE DIAGNOSTIK UND AMBULANTE ERADIKATIONSTHERAPIE VON TRÄGERN MIT DEM METHICILLIN-RESISTENTEN STAPHYLOCOCCUS AUREUS (MRSA)

5.1 MRSA - Hintergrund

Der Anteil von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) an allen dokumentierten Staphylococcus aureus-Isolaten (S. aureus) betrug im Jahr 2011 in Deutschland 16,1 Prozent^[1]. Deutschland liegt im europäischen Vergleich im Mittelfeld zwischen Spitzenreitern mit mehr als 50 Prozent in den südeuropäischen Ländern sowie den skandinavischen Ländern und den Niederlanden mit Raten um 1 Prozent ^[2].

Die Therapiemöglichkeiten bei Patienten, die mit einem solchen Erreger infiziert sind, sind enorm eingeschränkt. Bei Infektionen mit MRSA konnten signifikant höhere Mortalitäten nachgewiesen werden ^{[3] und [4]}. In einer Studie aus Deutschland konnte gezeigt werden, dass die Kolonisation mit MRSA und die Infektion durch MRSA sowohl hohe Kosten für das Gesundheitssystem, als auch die gesamte Wirtschaft zur Folge hat ^[3].

Um den obig beschriebenen Auswirkungen von MRSA entgegenzuwirken, muss, wie auf der Homepage des Eursafety Health-Net/MRSA-Net aufgeführt, "ein MRSA-Patient beginnend im Krankenhaus, jedoch auch nach Entlassung, gegebenenfalls in der Arztpraxis oder dem Pflegeheim, bis hin zum nächsten Krankenhausaufenthalt betreut werden ("MRSA-Kreislauf"). Die Behandlung von sanierungshemmenden Faktoren (zum Beispiel chronische Wunden) nach der Entlassung muss konsequent fortgeführt werden. Dabei muss der

MRSA-Status jederzeit weiter berücksichtigt werden, damit bei einem erneuten Krankenhausaufenthalt nicht die Gefährdung einer Übertragung entstehen kann".

Begriff

Den Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA des Robert Koch-Institutes (RKI) sind folgende Sachverhalte zur Definition des Begriffes MRSA zu entnehmen^[5]: S. aureus ist ein fakultativ-pathogenes Bakterium, das natürlicherweise die Oberflächen des Menschen besiedeln kann. Prädilektionsstelle ist der Nasenvorhof des Menschen, von dem aus insbesondere der Rachen sowie andere Hautund Schleimhautareale besiedelt werden können. Unter anderem durch Verletzung der Hautbarriere können durch S. aureus eine Vielzahl von Infektionen hervorgerufen werden. Diese reichen von lokalen Infektionen wie Wundinfektionen oder fremdkörperassoziierten Infektionen, über organische Infektionen wie der Pneumonie bis hin zu lebensgefährlichen systemischen Infektionen wie der Sepsis. Gemäß dem RKI können diese Infektionen je nach Erregerstamm, Infektionslokalisation und Wirtsabwehr leicht bis schwer und gegebenenfalls tödlich verlaufen. Viele S. aureus-Isolate sind resistent gegen β-Lactamase-empfindliche Penicilline, aber gut mit β-Lactamase-festen Penicillinen (zum Beispiel Methicillin) zu therapieren (Methicillin-sensible S. aureus (MSSA)).

^[1] European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2011. Annual Report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net). Stockholm: ECDC; 2012

^[2] hkk Gesundheitsreport, Multiresistente Erreger im Krankenhaus, Eine Analyse mit hkk-Routinedaten von Dr. Bernard Braun (BIAG)

^[3] Claus F, Sachse A, Ried W, Volkswirtschaftliche Kosten von MRSA in Deutschland, Gesundheitswesen 2014; 76(12): 800-806

^[4] Cosgrove SE, Sakoulas G, Perencevich EN et al. Comparison of mortality associated with methicillin-resistant and methicillin-susceptible Staphylococcus aureus bacteremia: a meta-analysis. Clin Infect Dis 2003; 36: 53-59

^[5] Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen aus dem Bundesgesundheitsblatt 2014, 57:696-732

Von besonderer klinischer Relevanz ist das Auftreten von Resistenzen gegenüber β-Lactamase-festen Penicillinen. S. aureus-Isolate, die eine solche Resistenz ausbilden, bezeichnet man als Methicillinresistente S. aureus (MRSA). Da MRSA gegenüber allen β-Lactam-Antibiotika (Ausnahme: MRSA-wirksame Cephalosporine) als resistent einzustufen sind und häufig Resistenzen gegenüber weiteren Antibiotikasubstanzklassen aufweisen, sind die Therapieoptionen deutlich eingeschränkt.

Ausbreitung

Die weltweit verbreiteten MRSA besitzen eine große Bedeutung als Verursacher von nosokomialen Infektionen. Gemäß dem RKI ist das Auftreten von MRSA in Krankenhäusern unter anderem charakterisiert durch die Aufnahme besiedelter beziehungsweise infizierter Patienten sowie die potenzielle Übertragung durch die Hände des medizinischen Personals und die Möglichkeit einer monatelangen Persistenz bei nasaler Besiedlung. Infolge des Selektionsvorteils der MRSA bei Anwendung von Antibiotika zum Beispiel Chinolone), Fehlern oder Inkonsequenz im Hygieneregime, der Zunahme von MRSA-Infektionen bei prädisponierten Patienten, mangelnder Information der Nachfolgeeinrichtungen bei Verlegungen von MRSA-kolonisierten oder -infizierten Patienten innerhalb der eigenen Klinik oder in andere Einrichtungen einschließlich inkonsequenter Nachbetreuung kann es zu einer zunehmenden Verbreitung von MRSA kommen. Bei Alten- und Pflegeheimbewohnern zeigten sich in sechs vom RKI zitierten, unabhängig voneinander durchgeführten Studien in der Bundesrepublik in den Jahren 1999 - 2001 zwischen 0 und 3 Prozent Besiedlungsraten bezogen auf die Bewohnerzahl. Die dabei aufgetretenen MRSA gehörten zu den in den Krankenhäusern der jeweiligen Region auftretenden epidemischen MRSA[6].

In den vergangenen sieben Jahren konnte weltweit MRSA, der sogenannte community MRSA (cMRSA), auch unabhängig von Krankenhausaufenthalten als Infektionserreger und Besiedler, häufig in Zusammenhang mit nekrotisierenden Haut-Weichteilinfektionen, nachgewiesen werden^[6].

Infektionsweg

Wie bei S. aureus allgemein, können gemäß RKI auch MRSA-Stämme, die zu einer Infektion führen, vom betroffenen Patienten selbst stammen, sowie von anderen Menschen oder Tieren beziehungsweise über die unbelebte Umgebung (zum Beispiel gemeinsam benutzte Badetücher) übertragen werden. In den meisten Fällen erfolge die Übertragung durch die Hände, zum Beispiel des Pflege- und ärztlichen Personals. Bei nasaler Besiedlung könne sich der Erreger ausgehend vom Nasenvorhof, dem eigentlichen Reservoir für S. aureus, auf andere Bereiche der Haut (unter anderem Hände, Axilla, Perinealregion) und Schleimhäute (beispielsweise Rachen) ausbreiten^[6]. Prädisponierend für S.-aureus-Infektionen wirken nach Angaben des RKI vor allem Diabetes mellitus, Dialysepflichtigkeit, Vorhandensein von Fremdkörpern (Plastikmaterialien wie Venenkatheter, Urethralkatheter, Tracheostoma, Metalllegierungen wie Gelenkersatz), Verletzungen der Haut als äußere Barriere, Immunsuppression oder bestimmte Infektionen, beispielsweise mit Influenza-A-Viren^[6].

MRSA-Diagnostik und Behandlung

"Die Identifizierung eines MRSA-Trägerstatus beruht wesentlich auf der Kenntnis von Risikopopulationen und hat nicht nur Bedeutung für die Vermeidung der Weiterverbreitung des fakultativ pathogenen Erregers, sondern auch für die Gestaltung einer kalkulierten Therapie beziehungsweise eines sachge-

rechten perioperativen Vorgehens bei dem Betroffenen." (aus "Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von MRSA-Stämmen in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen", RKI)

Diagnostik und gegebenenfalls ambulante Eradikationstherapie werden empfohlen für:

- Risikopatienten,
- MRSA-besiedelte Patienten.
- MRSA-infizierte Patienten sowie
- Kontakt-/Bezugspersonen (soweit erforderlich).

In Anlehnung an die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zur Diagnostik von MRSA-Risikopatienten sind im vertragsärztlichen Leistungskatalog die folgenden Risikofaktoren festgelegt worden: Ein MRSA-Risikopatient muss in den vergangenen sechs Monaten stationär behandelt worden sein (mindestens vier zusammenhängende Tage Verweildauer) und zusätzlich die folgenden Risikokriterien erfüllen:

 Patient mit positivem MRSA-Nachweis in der Anamnese

und/oder

- Patient mit zwei oder mehr der nachfolgenden Risikofaktoren:
 - chronische Pflegebedürftigkeit (mindestens Pflegestufe 1),
 - Antibiotikatherapie in den zurückliegenden sechs Monaten,
 - liegende Katheter (zum Beispiel Harnblasenkatheter, PEG-Sonde),
 - Dialysepflichtigkeit,
 - Hautulcus, Gangrän, chronische Wunden, tiefe Weichteilinfektionen.

Für Patienten, die diese Eingangskriterien erfüllen, wird zunächst ein MRSA-Status erhoben. Eine MRSA-Infektion oder -Kolonisation kann sich bereits aus dem Entlassungsbericht des Krankenhauses ergeben. Es kann aber auch notwendig sein, dass der Vertragsarzt selbst durch Abstrichentnahme einen MRSA-Nachweis durchführt (mögliche Prädiktionsstellen: Nasenvorhöfe, Rachen und Wunden). Ergibt sich bei der Statuserhebung eine MRSA-Trägerschaft, muss über die Notwendigkeit einer Eradikationstherapie entschieden werden. Sofern keine sanierungshemmenden Faktoren (zum Beispiel infizierte Wunde, Dialysepflicht, antibiotische Therapie) vorhanden sind, kann anschließend mit einer Sanierungsbehandlung des Patienten begonnen werden.

5.2 Rechtsgrundlage: § 87 Abs. 2a Satz 3 – 6 SGB V

Im Rahmen der Deutschen-Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) wurden verschiedene Maßnahmen zur Verminderung der Ausbreitung von Antibiotika-Resistenzen und zur Reduzierung von behandlungsassoziierten Infektionen in Deutschland eingeleitet und hierbei auch der ambulante Versorgungsbereich einbezogen. Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit wurde die Vergütung der Diagnostik und die Behandlung von Patienten mit (multi-)resistenten Infektionserregern in der vertragsärztlichen Versorgung sowie die bestehenden und möglichen Anwendungsprobleme durch das Institut des Bewertungsausschusses überprüft und Defizite im Bereich der Erstattung identifiziert. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes auch eine Ergänzung des § 87 Abs. 2a Satz 3 - 6 SGB V vorgenommen und dem Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V ein gesetzlicher Auftrag zur befristeten Einführung einer Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von mit MRSA besiedelten und infizierten Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatienten erteilt.

Als Ergebnis des gesetzlichen Auftrags trat zum 1. April 2012 die "Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V" in Kraft (kurz: MRSA-Vergütungsvereinbarung).

5.3 Leistungen zur speziellen Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA

Die MRSA-Vergütungsvereinbarung wurde durch den Bewertungsausschuss in seiner 266. Sitzung am 14. Dezember 2011 mit Wirkung zum 1. April 2012 beschlossen. Für einen Zeitraum von 24 Monaten (befristet bis zum 31. März 2014) wurden neue Leistungen für die Diagnostik und die ambulante Eradikationstherapie eingeführt und in neun Gebührenordnungspositionen (GOPen) zusätzlich zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab in einer gesonderten

Vergütungsvereinbarung (Abschnitt 87.8) festgelegt. Die Finanzierung der neuen Leistungen erfolgte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung. In einem Anhang zur Vergütungsvereinbarung wurden zusätzlich die notwendigen fachlichen Voraussetzungen und die weiteren Anforderungen für die qualifizierte medizinische Versorgung von Patienten mit MRSA im ambulanten Bereich definiert.

Mit dem Beschluss in seiner 323. Sitzung am 25. März 2014 übernahm der Bewertungsausschuss die Leistungen der Vergütungsvereinbarung mit Wirkung zum 1. April 2014 in die Regelversorgung und überführte sie in einen neuen Abschnitt 30.12 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes.

5.4 Kennzahlen zur ambulanten MRSA-Versorgung

Mit der gesonderten Berechnungsmöglichkeit von MRSA-Leistungen war gleichzeitig die Ermittlung

		-Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 87.8 (01.04.2012 bis 31.03.2014) 4.2014) des EBM
86770	30940	Erhebung des MRSA-Status eines Risikopatienten gemäß Nr. 3 der Präambel 87.8/30.12 bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung
86772	30942	Behandlung und Betreuung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8/30.12, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 86776
86774	30944	Aufklärung und Beratung eines Risikopatienten gemäß der Nr. 3 der Präambel 87.8/30.12, der Träger von MRSA ist oder einer positiv nachgewiesenen MRSA-Kontaktperson gemäß der GOP 86776/30946 im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung der GOP 86772/30942
86776	30946	Abklärungs-Diagnostik einer Kontaktperson nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers
86778	30948	Teilnahme an einer MRSA-Fall- und/oder regionalen Netzwerkkonferenz gemäß Anhang § 3 Nr. 3 der Vergütungsvereinbarung / Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA nach § 135 Abs. 2 SGB V
86780	30950	Bestätigung einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich
86781	30952	Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich
86782	30954	gezielter MRSA-Nachweis auf chromogenem Selektivnährboden
86784	30956	Nachweis der Koagulase und/oder des Clumpingfaktors zur Erregeridentifikation nur bei positivem Nachweis gemäß GOP 86782/30954

valider Daten über die ambulante Versorgung von Patienten mit MRSA-Besiedlungen intendiert. Die KBV wurde daher mit einer quartalsbezogenen Berichterstattung gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit beauftragt. Die Auswertung und Übermittlung erfolgt bis zum Ende des zweiten, auf das Bezugsquartal folgenden Quartals. Die Berichte umfassen die in § 4 "Dokumentation und Berichterstattung" des Anhangs zur MRSA-Vergütungsvereinbarung definierten Angaben. Die Teilauswertungen werden auf der Grundlage der der KBV vorliegenden patientenbezogenen Abrechnungsdaten des entsprechenden Evaluationszeitraums anhand konkreter Kombinationen von Gebührenordnungspositionen ermittelt. Eine Auswahl der Berichtsinhalte wird im Folgenden dargestellt.

5.4.1 Leistungsentwicklung im Zeitverlauf

Die Leistungshäufigkeit der einzelnen Gebührenordnungspositionen hat sich vom 2. Quartal 2012 bis zum 2. Quartal 2014 unterschiedlich entwickelt (Tabelle 35). Die prozentuale Veränderung beträgt zwischen minus 12,7 Prozent (Gebührenordnungsposition 86778/30948) bis plus 43,0 Prozent (Gebührenordnungsposition 86781/30952).

Pro Quartal wurden 5.448 bis 6.058 Eradikationstherapien (Gebührenordnungspositionen 86772/30942) durchgeführt, die Leistungshäufigkeit in einem Quartal wird wesentlich durch die Anzahl der Risikopatienten, bei denen der MRSA-Status bis sechs Monanach Entlassung aus einer stationären Behandlung erhoben wird, beeinflusst. Da die Gebührenordnungspositionen 86780/30950 "Bestätigung..." und 86781/30952 "Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich" neben Abstrichentnahme im Zusammenhang mit der Statuserhebung auch für die erste (frühestens drei Tage bis zu vier Wochen nach abgeschlossener Eradikationstherapie) bis dritte (frühestens elf Monate und spätestens dreizehn Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie) Verlaufskontrolle in einem Quartal/Behandlungsfall berechnungsfähig nimmt die jeweilige Leistungshäufigkeit mit zuneh-

Tabelle 35: Leistungshäufigkeit MRSA-Gebührenordnungspositionen 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014											
	2. Q 2012	3. Q 2012	4. Q 2012	1. Q 2013	2. Q 2013	3. Q 2013	4. Q 2013	1. Q 2014	2. Q 2014	Verände- rung 2. Q 2014 ggü. 2. Q. 2012	
86770 / 30940	11.468	11.375	11.378	11.706	11.890	12.551	12.304	13.216	12.690	10,7%	
86772 / 30942	5.815	6.058	5.521	5.448	5.624	5.865	5.558	5.963	5.601	-3,7%	
86774 / 30944	4.740	4.886	4.456	4.507	4.697	4.879	4.672	5.021	4.953	4,5%	
86776 / 30946	974	1.222	1.112	1.232	1.276	1.211	1.142	1.354	1.311	34,6%	
86778 / 30948	675	665	898	833	849	790	810	776	589	-12,7%	
86780 / 30950	3.201	3.689	3.486	3.729	3.789	3.996	3.762	3.967	3.792	18,5%	
86781 / 30952	7.510	9.135	9.163	9.879	10.054	10.667	10.638	11.347	10.741	43,0%	
86782 / 30954	27.463	35.099	35.168	36.521	39.819	40.480	37.797	42.567	38.156	38,9%	
86784 / 30956	6.847	7.973	7.664	6.167	6.381	7.315	7.062	7.367	7.021	2,5%	

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

mender Anzahl abgeschlossener Eradikationstherapien im Zeitverlauf zu. In der Folge ist seit Inkrafttreten der MRSA-Vergütungsvereinbarung auch die Anzahl der pro Quartal durchgeführten MRSA-Laboruntersuchungen, insbesondere die Gebührenordnungsposition 86782/30954, um 38,9 Prozent gestiegen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Gebührenordnungsposition 86782/30954 bei Untersuchung von Abstrichen unterschiedlicher, nicht direkt benachbarter Körperregionen (zum Beispiel Nasenvorhof, Rachen und Leiste) mehrfach pro Abstrichanlass berechnet werden kann.

Die Anzahl der Teilnahmen an einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz (Gebührenordnungsposition 86778/30948) ist seit dem 4. Quartal 2013 leicht rückläufig. Während im 4. Quartal 2012 16,5 Prozent der Patienten mit einer Eradikationstherapie in einer MRSA-Fallkonferenz und/oder regionalen Netzwerkkonferenz vorgestellt wurden, waren es im 2. Quartal 2014 nur noch 10,5 Prozent.

5.4.2 MRSA-Risikopatienten und Patienten mit einer Eradikationstherapie

Bei der ambulanten MRSA-Versorgung kann zwischen drei Patientengruppen differenziert werden:

• Risikopatienten:

Die Kriterien für MRSA-Risikopatienten sind in der Nr. 3 der Präambel 87.8/30.12 genau definiert (siehe auch Abschnitt 5.1 in diesem Bericht). Bei Risikopatienten kann bis sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Behandlung die Erhebung des MRSA-Status berechnet werden (Gebührenordnungsposition 86770/30940).

Patienten mit Eradikationstherapie:

Sofern bei Patienten mit einer MRSA-Besiedlung ("MRSA-positiv") keine sanierungshemmenden Faktoren vorliegen, kann eine Eradikationstherapie durchgeführt werden. Diese kann auch bei positiv nachgewiesenen Kontaktpersonen erfolgen.

Kontaktpersonen:

Als Kontaktperson gemäß der ersten Anmerkung zur Gebührenordnungsposition 86776/30946 gilt eine Person, die in den vergangenen sechs Monaten mindestens über vier Tage den Schlafraum und/oder die Einrichtung(en) zur Körperpflege mit dem MRSA-Träger, bei dem die Eradikationstherapie oder die weitere Sanierungsbehandlung erfolglos verlief, gemeinsam genutzt hat.

Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl der MRSA-(Risiko-)Patienten vom 2. Quartal 2012 bis 2. Quartal 2014											
Anzahl Patienten	2. Q 2012	3. Q 2012	4. Q 2012	1. Q 2013	2. Q 2013	3. Q 2013	4. Q 2013	1. Q 2014	2. Q 2014	Veränderung 2. Q 2014 ggü. 2. Q. 2012	
Risikopatienten	11.368	11.203	11.244	11.573	11.757	12.375	12.189	13.056	12.551	10,4%	
Patienten mit Eradikationstherapie	5.735	5.944	5.426	5.374	5.534	5.763	5.483	5.876	5.510	-3,9 %	
untersuchte Kontaktpersonen	974	1.222	1.112	1.232	1.275	1.209	1.142	1.344	1.309	34,4%	

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Die Anzahl der Risikopatienten ist in den ersten fünf Quartalen der MRSA-Vergütungsvereinbarung nur leicht, dann jedoch stärker angestiegen (Tabelle 36). Mit 13.056 Risikopatienten im 1. Quartal 2014 wurde der bislang höchste Wert erreicht. Die Zunahme der behandelten Risikopatienten um ca. 10,4 Prozent steht im Zusammenhang mit dem stetigen Anstieg von Ärzten mit einer MRSA-Zertifizierung als Abrechnungsvoraussetzung.

Eradikationstherapien wurden im Zeitraum vom 2. Quartal 2012 bis zum 2. Quartal 2014 bei 5.374 bis 5.944 Patienten pro Quartal durchgeführt. Die Anzahl der Patienten mit Eradikationstherapie in einem Quartal wird beeinflusst durch die Anzahl Patienten mit Statuserhebung im selben Quartal und Vorquartal, aber auch von der Anzahl der Patienten, bei denen aufgrund einer frustranen Sanierung und nach Prüfung des medizinischen Erfordernisses eine zweite Eradikationstherapie vorgenommen wird. Da sich der Erfolg einer MRSA-Behandlung erst nach der dritten Verlaufskontrolle, die in der Regel elf bis dreizehn Monate nach abgeschlossener Eradikationstherapie durchzuführen ist, endgültig feststellen lässt, ist eine Betrachtung der sanierten MRSA-Patienten über mindestens fünf Quartale erforderlich. Die Aussagekraft quartalsübergreifender Auswertungen ist jedoch eingeschränkt, da eine sachgerechte Analyse der abgerechneten Gebührenordnungspositionen in ihrem zeitlichen Verlauf einen höheren, als der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegenwärtig vorliegenden, Detailierungsgrad der KV-Abrechnungsdaten (beispielsweise Ausweis der Behandlungstage zur Differenzierung der Behandlungs-/Abstrichanlässe) erfordert. Das Fehlen des genauen Behandlungstages schränkt insbesondere die inhaltliche Interpretation der Gebührenordnungspositionen 86780/30950 "Bestätigung ..." und 86781/30952 "Ausschluss einer MRSA-Besiedelung durch Abstrich" ein, da im obligaten Leistungsinhalt dieser Gebührenordnungspositionen verschiedene Abstrichzeitpunkte (Abstrich im Zusammenhang mit der Statuserhebung sowie Abstrich zur ersten, zweiten und dritten Verlaufskontrolle) konsolidiert sind.

Die Wiederbesiedlung durch MRSA-kolonisierte Haushaltskontakte und/oder kontaminierte Umgebung kann für den Misserfolg einer Eradikation ursächlich sein. Eine Abklärungsdiagnostik nach erfolgloser Sanierung eines MRSA-Trägers (Gebührenordnungsposition 86776/30946) ist im 2. Quartal 2014 bei 1.309 Kontaktpersonen erfolgt. Das entspricht einer Zunahme von 34,4 Prozent gegenüber dem 2. Quartal 2012.

5.4.3 Abrechnende Ärzte

Für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der MRSA-Vergütungsvereinbarung beziehungsweise des Abschnitts 30.12 EBM ist die fachliche Befähigung gemäß dem Anhang zur Vergütungsvereinbarung bzw. dem Anhang zum Abschnitt 30.12 gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Da bundesweit nur 180 Vertragsärzte (Stand: 31.12.2013) die Zusatzweiterbildung "Infektiologie" besitzen, benötigt der überwiegende Teil der Vertragsärzte eine "MRSA-Zertifizierung" durch die Teilnahme an einem von der KV anerkannten Fortbildungsseminar "Ambulante MRSA-Versorgung" oder an einem Online-Training mit anschließendem Fragebogentest.

Eine anlässlich einer Sonderauswertung für den BMG-Bericht 1. Quartal 2014 durchgeführte Umfrage bei den KVen hat ergeben, dass 16.273 Ärzte zum Stichtag 31.03.2014 über eine Genehmigung zur Abrechnung der MRSA-Gebührenordnungspositionen verfügten, davon rund 4.000 durch die Teilnahme an der MRSA-Online-Fortbildung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Im 1. Quartal 2014 haben bundesweit 34,6 Prozent der Ärzte, die zum Stichtag 31.03.2014 über eine MRSA-Genehmigung verfügten, Gebührenordnungspositionen der MRSA-Vergütungsvereinbarung bzw. des Abschnitts 30.12 EBM abgerechnet. Je nach Kassenärztlicher Vereinigung liegt der Anteil bei 14,3 Prozent (Berlin) bis 52,7 Prozent (Hessen).

Tabelle 37: Anzahl Ärzte mit MRSA-Abrechnung	gsgenehmigung (Stichtag:	31.03.2014)
Kassenärztliche Vereinigung	absolut	Anteil an Gesamt
Gesamt	16.273	100,0%
Schleswig-Holstein	770	4,7%
Hamburg	411	2,5%
Bremen	365	2,2%
Niedersachsen	2.538	15,6%
Westfalen-Lippe	3.155	19,4%
Nordrhein	2.096	12,9%
Hessen	509	3,1%
Rheinland-Pfalz	774	4,8%
Baden-Württemberg	864	5,3%
Bayerns	1.037	6,4%
Berlin	873	5,4%
Saarland	276	1,7%
Mecklenburg-Vorpommern	706	4,3%
Brandenburg	267	1,6%
Sachsen-Anhalt	617	3,8%
Thüringen	406	2,5%
Sachsen	609	3,7%

Seit Inkrafttreten der MRSA-Vergütungsvereinbarung im 2. Quartal 2012 ist die Anzahl der Ärzte, die Gebührenordnungspositionen der MRSA-Vergütungsvereinbarung beziehungsweise. des Abschnitts 30.12 EBM abrechnen, kontinuierlich angestiegen (Tabelle 38). Im 1. Quartal 2014 waren es 5.627 abrechnende Vertragsärzte. Das entspricht einem Zuwachs von 948 beziehungsweise circa 20,2 Prozent im Vergleich zum ersten Quartal nach Inkrafttreten. Diese Entwicklung ist neben der Zunahme der behandelten Risikopatienten um circa 14,8 Prozent auf

13.056 im selben Zeitraum auf den stetigen Anstieg von Ärzten mit einer MRSA-Zertifizierung als Abrechnungsvoraussetzung zurückzuführen (Tabelle 36 und 37). Der Rückgang der abrechnenden Ärzte vom 1. Quartal 2014 zum 2. Quartal 2014 auf 5.148 kann durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst sein. Zum einen wurden 505 Risikopatienten weniger als im Vorquartal behandelt. Da die Vergütungsvereinbarung zunächst auf zwei Jahre befristet war, mussten auch die Abrechnungsgenehmigungen zunächst angepasst und prolongiert werden.

Tabelle 38: Anza 2. Quartal 2012 b				IRSA-G	ebühren	ordnun	gspositi	onen)		
	2. Q 2012	3. Q 2012	4. Q 2012	1. Q 2013	2. Q 2013	3. Q 2013	4. Q 2013	1. Q 2014	2. Q 2014	Veränderung 2. Q 2014 ggü. 2. Q. 2012
Gesamt	4.679	5.290	5.083	5.079	5.228	5.534	5.394	5.627	5.148	10,0%
Allgemeinmediziner	2.512	2.815	2.649	2.662	2.725	2.895	2.800	2.901	2.698	7,4%
hausärztliche Internisten	970	1.084	1.041	1.019	1.086	1.155	1.136	1.196	1.084	11,8%
Innere Medizin, SP Nephrologie	265	299	324	365	355	391	388	399	383	44,5%
Labormedizin	250	288	304	278	310	318	313	325	331	32,4%
Urologie	150	166	175	177	167	166	161	156	124	-17,3%
Chirurgie	140	162	152	140	159	156	153	148	132	-5,7%
Hautarzt	100	120	121	116	103	119	109	110	92	-8,0%
HNO	94	116	102	105	110	113	116	128	93	-1,1%
Kinder- und Jugendmedizin	49	50	43	46	47	36	46	50	56	14,3%
Innere Medizin, ohne SP	33	41	29	32	32	30	30	37	29	-12,1%
Innere Medizin, SP Hämatologie / Onkologie	10	16	12	12	13	12	10	11	12	20,0%
Gynäkologie	11	17	15	13	12	11	16	16	9	-18,2%
Sonstige Fachgruppen	102	118	116	115	112	134	118	153	131	28,4%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Die Behandlung von MRSA-Patienten erfolgt primär durch Ärzte des hausärztlichen Versorgungsbereichs, die nach der Entlassung des Patienten aus der stationären Behandlung die MRSA-Sanierungsbehandlung fortsetzen beziehungsweise die regelmäßigen Verlaufskontrollen entsprechend dem Sanierungsschema durchführen. Unter Berücksichti-

gung der vorgenannten Risikofaktoren für eine MRSA-Besiedlung (zum Beispiel Harnblasenkatheter, Dialysepflichtigkeit, chronische Wunden) führen auch Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie, Fachärzte für Urologie und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten maßgeblich MRSA-Eradikationstherapien durch.

DATENGRUNDLAGEN

Der Bericht der KBV nach Paragraf 87c des Fünften Sozialgesetzbuches beruht auf folgenden Datengrundlagen, die jeweils zu einem festen Zeitpunkt erhoben werden:

- Abrechnungsdaten der KVen,
- Kostenerhebung Zi (Zi-Praxis-Panel),
- Daten aus der Abrechnung der KVen gegenüber den Krankenkassen (kassenseitige Rechnungslegung, Formblatt-3-Daten),
- Meldung Versichertenzahlen (ANZVER-Daten),
- Bereinigungsdaten.

Grundlage für den Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung und den Honorarumsatz je Arzt ist die Abrechnungsstatistik der KBV. Sie enthält die pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die Abrechnungsdaten umfassen sowohl Angaben zu den Stammdaten der Praxen und Ärzte (zum Beispiel Honorarumsatz, Praxistyp, Zulassungsumfang, Zulassungsstatus) als auch Angaben zu den abgerechneten Gebührenordnungspositionen je Praxis.

Datengrundlage für die Gesamtvergütungen sind die tatsächlichen, aufgrund der kassenseitigen Rechnungslegung (Formblatt 3) von den Krankenkassen abgeforderten Vergütungen.

Als Grundlage für die Ermittlung des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit einer Praxis dient das ZiPP, welches das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Auftrag der KVen zu Kosten- und Versorgungsstrukturen in Praxen der niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erstellt hat.

Die Zahl der Versicherten im Bezirk einer KV ist den ANZVER-Daten zu entnehmen. Diese Daten werden der KBV vom GKV-Spitzenverband für jede Krankenkasse gemeldet – gegliedert nach den Bezirken der KVen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben.

Die Höhe der Bereinigungssummen steht der KBV über die Formblatt-3-Daten zur Verfügung.

GLOSSAR

Abrechnungsbestimmungen:

Der ↑Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthält Vorgaben für die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen. Die Bestimmungen sind durch die Vertragsärzte und -psychotherapeuten einzuhalten. So sind beispielweise bestimmte Gebührenordnungspositionen des EBM nicht nebeneinander abrechenbar. Für die Abrechnung der arztgruppenspezifischen Kapitel (oder auch einzelner Gebührenordnungspositionen) sind konkret benannte Qualifikationsvoraussetzungen zu erfüllen. In der Abrechnungsstatistik der ↑Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden diese Qualifikationsvoraussetzungen für die Bestimmung des Fachgebietes und/oder Schwerpunktes genutzt, um die Ärzte zu ↑Abrechnungsgruppen anhand des tatsächlichen Abrechnungsverhaltens zuzuordnen.

Abrechnungsgruppen:

Die Abrechnungsgruppen-Zuordnung im Rahmen der Abrechnungsstatistik der †Kassenärztlichen Bundesvereinigung erfolgt nach einem einheitlichen Verfahren, das sich an den †Abrechnungsbestimmungen des †Einheitlichen Bewertungsmaßstabs orientiert. Dies ist notwendig, um bundeseinheitliche und vergleichbare Aussagen treffen zu können, denn die regionalen Regelungen zur Zuordnung von Ärzten zu Arztgruppen unterscheiden sich teilweise deutlich voneinander.

Angestellte Ärzte:

Im Jahr 2007 wurde durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Anstellung von Ärzten erleichtert. Somit spielen angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung neben ↑ermächtigten und ↑zugelassenen Ärzten eine zunehmend wichtige Rolle. In offenen Planungsbereichen können Ärzte vom Praxisinhaber ohne Leistungsbeschränkung angestellt werden. In geschlossenen Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt auf seine ↑Zulassung verzichten, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen.

Behandlungsbedarf:

Gemäß § 87a SGB V orientiert sich die Berechnung des Behandlungsbedarfs an der Zahl und †Morbiditätsstruktur der Versicherten. Ausgangsbasis für den Behandlungsbedarf sind gemäß der Vorgabe des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die je Krankenkasse ermittelten Leistungsmengen des Jahres 2008 dividiert durch die Anzahl der Versicherten. Jährlich vereinbaren †Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die Weiterentwicklung der Leistungsmengen. Der Behandlungsbedarf dient dazu, den Umfang der notwendigen medizinischen Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 SGB V zu definieren. Aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, der aktuellen †Versichertenzahl der Krankenkasse sowie dem festgelegten †regionalen Punktwert ergibt sich die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung.

Behandlungsfall:

Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä).

Bereinigung:

Die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung wird für die ↑gesamtvertraglich zu erbringenden Leistungen bestimmt. Fallen ↑gesamtvertragliche Leistungen weg, da diese zum Beispiel durch kassenspezifische ↑Selektivverträge geregelt werden, kommt es zur Bereinigung der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung. Das heißt, die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung wird entsprechend gekürzt.

Bereinigungssumme:

In dieser Höhe wird die morbiditätsbedingte †Gesamtvergütung um die †selektivvertraglichen Leistungen gekürzt.

Bewertungsausschuss:

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der ↑Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung und vom ↑GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Die gesetzliche Grundlage des Bewertungsausschusses ist verankert im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort ist in § 87 Abs. 1 festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den ↑Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch für die Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen bindend.

Budgetierung:

Seit der Einführung der Budgets und der Koppelung der Weiterentwicklung der Vergütung an die Grundlohnsumme bzw. seit 2009 an die morbiditätsorientierte Veränderungsrate ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV begrenzt, sodass nicht mehr alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Zumindest für den Teil der budgetierten Leistungen bedeutet das, dass eine erhöhte Nachfrage nicht zu höheren Ausgaben für diese Leistungen führt, sondern die Vergütung für die Leistungen reduziert werden muss. Deshalb können die †Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Leistungen nur ein im Vorfeld vereinbartes Finanzvolumen bezahlen, die morbiditätsbedingte †Gesamtvergütung. Da die Leistungsinanspruchnahmen der Versicherten/Patienten stärker gestiegen sind als die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel, ist eine Budgetierung durch die †Kassenärztliche Vereinigungen vorzunehmen. Dies kann zum Beispiel durch ↑Regelleistungsvolumen oder Individualbudgets geschehen.

Bundesmantelvertrag:

Für die Ausgestaltung der Rechtsbeziehungen zwischen †Kassenärztlichen Vereinigungen und gesetzlichen Krankenkassen hat der Gesetzgeber ein zweistufiges Vertragssystem vorgeschrieben. Den allgemeinen Inhalt der †Gesamtverträge vereinbaren zunächst die †Kassenärztliche Bundesvereinigung und der †GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag. Der Inhalt dieses Vertrags ist zugleich Bestandteil der †Gesamtverträge, die in

einem zweiten Schritt auf Landesebene vereinbart werden: Die Kassenärztlichen Vereinigungen schließen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen †Gesamtverträge ab. Der Bundesmantelvertrag beinhaltet unter anderem den †Einheitlichen Bewertungsmaßstab, die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, den Umfang der Leistungen in der ambulanten Medizin, Vereinbarungen zur Qualitätssicherung sowie Einzelheiten über die Abrechnung ärztlicher Leistungen.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

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

Ermächtigte Ärzte:

Neben der ↑Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Ärzten 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 (beispielsweise Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation und ähnliche). 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.

Erweiterter Bewertungsausschuss:

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

Euro-Gebührenordnung:

†Regionale Euro-Gebührenordnung

Extrabudgetäre Gesamtvergütung:

↑Gesamtvergütung

Extrabudgetäre Leistungen:

↑Gesamtvergütung

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 sowie ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Fallwert:

Der Fallwert beschreibt in der Regel den durchschnittlichen †Honorarumsatz oder den durchschnittlichen Leistungsbedarf eines Arztes je †Behandlungsfall. Zusätzlich gibt es den sogenannten RLV-Fallwert, der im Rahmen der Bestimmung der †Regelleistungsvolumen angewendet wird und nur Leistungen beinhaltet, die innerhalb des †Regelleistungsvolumens erbracht werden.

Fallzahl:

Als Behandlungsfallzahl bezeichnet man die Anzahl der Fälle in einer Praxis in einem Quartal und als Arztfallzahl die Fälle eines Arztes in einem Quartal. Im Gegensatz dazu ist die RLV-Fallzahl die Anzahl der Behandlungsfälle eines Arztes, in denen dem †Regelleistungsvolumen unterliegende Leistungen abgerechnet wurden, wobei gemäß †RLV-Beschluss die Fallzahlen des Vorjahresquartals zugrunde gelegt wurden. Ausgenommen sind bei der RLV-Fallzahl grundsätzlich unter anderem Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen durchgeführt werden.

Formblatt 3:

↑Kassenseitige Rechnungslegung

Fremdkassenzahlungsausgleich:

Die Krankenkassen zahlen die †Gesamtvergütung an die †Kassenärztliche Vereinigung (KV), in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat (†Wohnortprinzip). Im Fall einer KV-übergreifenden Inanspruchnahme eines Vertragsarztes durch einen Versicherten, der sich beispielweise gerade urlaubsbedingt in einem anderen KV-Bezirk befindet, erhält die †Kassenärztliche Vereinigung des Vertragsarztes also nicht direkt die von der Krankenkasse entrichtete Vergütung. Damit die ↑Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte einen Vertragsarzt in Anspruch genommen hat, die Zahlungen der Krankenkassen erhält, wurde der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) als Verteilungsinstrument der Zahlungen zwischen den †Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt. Mit Hilfe des Fremdkassenzahlungsausgleich erhält die †Kassenärztliche Vereinigung eine Zahlung, für die eine andere †Kassenärztliche Vereinigung die †Gesamtvergütung bekommen hat. Clearingstelle für die Zahlungsflüsse ist die ↑Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Gesamtvergütung:

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV), zur Verfügung. Über die Höhe ersterer müssen sich Krankenkassen und †Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 15. November des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten Preisund Mengenentwicklungen. Aus der MGV wird ein Großteil der ambulanten Leistungen vergütet, die im ↑Gesamtvertrag erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung mengenbegrenzender Maßnahmen. Nur bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen als vereinbart. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetäre Gesamtvergütung, EGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden zum Beispiel besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert.

Gesamtvertrag:

Die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen schließen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Verträge über die vertragsärztliche Versorgung. Allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge ist der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem ↑GKV-Spitzenverband ausgehandelte ↑Bundesmantelvertrag. Darüber hinaus werden in den Gesamtverträgen weitere Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung auf Landesebene geregelt.

Gesamtvertragspartner:

†Bundesmantelvertrag

GKV-Spitzenverband:

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Hierzu gehören die allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen und deren Landesverbände.^[3]

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, Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. Außerdem gehören dazu Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit:

Der Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit eines Arztes/Psychotherapeuten ist die Zahlung der †Kassenärztlichen Vereinigung an den Arzt/Psychotherapeuten für erbrachte Leistungen an gesetzlich Krankenversicherten. Er besteht zum einen aus der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung, die entsprechend der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Finanzmittel begrenzt ist, zum anderen aus Honorar für sogenannte freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten 1Gesamtvergütung und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung. Sie werden zu Preisen der †Euro-Gebührenordnung (gegebenenfalls quotiert) vergütet. Zum Honorarumsatz zählen auch die Sachkosten, die für die vertragsärztlich Versicherten aufgewendet wurden (beispielsweise Labor, Porto, Radionuklide). Verbandmittel, Sprechstundenbedarf, Heil- und Hilfsmittel zählen nicht zu den Sachkosten.

Institut des Bewertungsausschusses:

Das Institut des Bewertungsausschusses wurde im Jahr 2006 von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gegründet. Das Institut unterstützt den Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei seinen Aufgaben, vor allem bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütungssystematik. Zum 1. Juli 2009 hat das Institut auch die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses übernommen^[4].

Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 165.000 niedergelassenen und ↑ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 ↑Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 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 dessen 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.

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst:

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den ↑Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrags organisiert. Er ist für Kassen- und Privatpatienten gedacht, die in dringenden medizinischen Fällen eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen und sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden. Neben speziellen Bereitschaftsdienstpraxen, die Patienten aufsuchen können, bieten viele KVen auch einen Hausbesuchsdienst an.

Kassenseitige Rechnungslegung:

Die kassenseitige Rechnungslegung bildet den Rahmen, innerhalb dessen die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen von den Krankenkassen quartalsweise die Vergütung für die von den Versicherten der Krankenkassen in Anspruch genommenen Leistungen fordern. Für die Übermittlung dieser Angaben haben sich die ↑Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf eine formalisierte Darstellung und Datenübermittlung (Formblatt 3) verständigt.

Konservativ tätiger Arzt beziehungsweise Praxis:

Ein Arzt wird als operativ und konservativ tätig eingestuft, sobald er im Quartal mehr als vier Leistungen aus den Kapiteln 31.2 und/oder 36.2 des EBM erbracht hat. Eine Praxis wird als operativ und konservativ tätig eingestuft, sobald mindestens ein Arzt der Praxis operativ und konservativ tätig ist. Zu beachten ist, dass hierbei keine regional vereinbarten sowie keine in besonderen Verträgen vereinbarten operativen Leistungen (beispielsweise Augenheilkunde) berücksichtigt werden können.

Kooperative Versorgungsformen:

Als kooperative Versorgungsformen bezeichnet man fach- beziehungsweise versorgungsbereichsübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren, in denen durch Ärzte und Psychotherapeuten verschiedener Fachrichtungen die Patientenversorgung gemeinsam erfolgt. In diesem Bericht werden fachungleiche Berufsausübungsgemeinschaften nicht berücksichtigt.

Kostensatz:

Der Kostensatz gibt den Anteil der Betriebsausgaben einer Praxis am ↑Honorarumsatz an.

Morbidität:

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

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

↑Gesamtvergütung

Operativ und konservativ tätiger Arzt bzw. Praxis:

†konservativ tätiger Arzt beziehungsweise Praxis

Orientierungspunktwert:

Der Orientierungspunktwert 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 Orientierungspunktwert beträgt 3,5001 Cent für das Jahr 2009, in den Jahren 2010, 2011 und 2012 beträgt er 3,5048 Cent und 3,5363 Cent für die Quartale 1 bis 3 des Jahres 2013. Im 4. Quartal 2013 wurde der Orientierungspunktwert auf 10 Cent angehoben, ab dem 1. Quartal 2014 beträgt er 10,13 Cent. Grundlage für den auffallenden Anstieg zum 4. Quartal 2013 ist der Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anhebung des Orientierungswertes und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert in seiner 304. Sitzung. Diese Punktwertanhebung hatte keine Auswirkungen auf die Honorarumsätze der Vertragsärzte und -therapeuten, da zeitgleich die Bewertungen des EBM abgesenkt wurden.

Partner des Bundesmantelvertrages:

↑Bundesmantelvertrag

Praxen mit zugelassenen Ärzten:

Dieser Honorarbericht bildet nur Praxen mit †zugelassenen Ärzten ab. †Ermächtigte Ärzte und Institutionen sind nicht enthalten, da dies aufgrund der arztgruppenspezifischen und heterogenen Ermächtigungen zu einer verzerrten Darstellung der einzelnen †Abrechnungsgruppen führen würde. In der Darstellung der Praxen mit zugelassenen Ärzten sind alle in diesen Praxen tätigen angestellten Ärzte berücksichtigt. Hierzu zählen auch Medizinische Versorgungszentren, die nur †angestellte Ärzte beschäftigen.

Regelleistungsvolumen (RLV):

Sie bestimmen, wie viele Leistungen zu Preisen der ↑Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Darüber hinaus abgerechnete Leistungen werden nur zu abgesenkten Preisen honoriert^[4]. Der Gesetzgeber hat die RLV 2009 zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit eingeführt, da über die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung nur eine begrenzte Geldmenge zur Verfügung steht.

Regionale Euro-Gebührenordnung:

Seit der Honorarreform 2009 legt der †Bewertungsausschuss jeweils bis zum 31. August eines Jahres für das Folgejahr den bundesweiten †Orientierungspunktwert fest. Auf Basis der Punktrelationen des †Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und des †Orientierungspunktwertes bestimmen die †Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen die †regionalen Punktwerte und somit die regionale Euro-Gebührenordnung.

Regionale Punktwerte:

Im ↑Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden die ärztlichen Leistungen mit Punktwerten zueinander ins Verhältnis gesetzt. Hierbei legen die Punktzahlen die Relationen der Leistungen untereinander fest. Zur Festlegung der Vergütungshöhe werden diese Punkte mit dem Punktwert multipliziert. Der ↑Orientierungspunktwert bildet die Grundlage für die regionalen Punktwerte in den einzelnen KV-Regionen. Zusammen mit dem EBM ergeben die regionalen Punktwerte die ↑regionalen Euro-Gebührenordnungen.

RLV-Beschluss:

Beschluss des ↑Erweiterten Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen ↑Regelleistungsvolumen (kurz RLV-Beschluss) in der 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008 für den Zeitraum 1. Januar bis 31. Dezember 2009. Die Systematik wurde bis zum 30. Juni 2010 fortgeführt und zum 1. Juli 2010 durch Beschluss des ↑Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen ↑Regelleistungsvolumen in der 218. Sitzung am 26. März 2010 ersetzt. Die darin vorgegebene Systematik wurde mit Anpassungen bis 31. Dezember 2011 beibehalten.

Selektivvertrag:

Im Gegensatz zum †Kollektivvertrag wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer einzelnen Krankenkasse und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern geschlossen, zum Beispiel mit Arztnetzen, Medizinischen Versorgungszentren oder Anbietern der Integrierten Versorgung. In der Regel sind die †Kassenärztlichen Vereinigungen nicht am Vertrag beteiligt. Die Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen besteht im Wesentlichen in der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), in der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V), bei strukturierten Behandlungsprogrammen für chronische Erkrankungen (Disease-Management-Programme) (§ 137f SGB V) und in der Integrierten Versorgung (§§ 140ff SGB V).

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.

Versichertenzahlen:

Die Versichertenzahlen (ANZVER) werden der ↑Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom ↑GKV-Spitzenverband für jede Krankenkasse, gegliedert nach den Bezirken der ↑Kassenärztlichen Vereinigungen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, quartalsweise gemeldet.

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.

Zi-Praxis-Panel:

Das Zi-Praxis-Panel (ZiPP) ist eine Kostenerhebung und beschreibt die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem Panel des Jahres 2010 veröffentlichte das ↑Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) Daten für die Jahre 2006, 2007 und 2008. Die zweite Erhebungswelle fand 2011 statt und umfasste die Berichtsjahre 2007, 2008 und 2009. Die dritte Erhebungswelle im Jahr 2012 umfasste die Berichtsjahre 2008, 2009 und 2010.

Zugelassene Ärzte:

Voraussetzung, um als Arzt oder Psychotherapeut gesetzlich versicherte Patienten behandeln zu können, ist die Zulassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut. Die Entscheidung über die Zulassung trifft der für den jeweiligen Zulassungsbezirk örtlich zuständige Zulassungsausschuss. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit durch †Ermächtigung oder †Anstellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. In diesem Bericht wird nur über Praxen mit zugelassenen Ärzten berichtet. Hierzu zählen auch Medizinische Versorgungszentren, die nur †angestellte Ärzte beschäftigen.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANZVER: Meldungen der Versichertenzahlen durch

den GKV-Spitzenverband

BMV-Ä: Bundesmantelvertrag-Ärzte

DMP: Disease-Management-Programm

EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

EGV: Extrabudgetäre Gesamtvergütung

FA: Facharzt

FKZ: Fremdkassenzahlungsausgleich

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung

KV: Kassenärztliche Vereinigung

MGV: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

MRSA: Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus

SGB V: Fünftes Sozialgesetzbuch

SP: Schwerpunkt

Zi: Zentralinstitut für die kassenärztliche

Versorgung in Deutschland

ZiPP: Zi-Praxis-Panel

LITERATUR/QUELLEN

- [1] Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2012; 3. Jahrgang, Berlin, Februar 2014. https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2012.pdf
- [2] Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008
- [3] GKV Spitzenverband www.gkv-spitzenverband.de
- [4] Institut des Bewertungsausschusses http://institut-ba.de/