

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

UMSATZ- UND HONORARBERICHT

Honorarsituation 2022



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SCHLESWIG-HOLSTEIN

UMSATZ- UND HONORARBERICHT

Honorarsituation 2022

INHALT

Versorgungsziele	6
Rechtliche Grundlage der Honorarverteilung	8
Gesamtvergütung	9
Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).....	14
Die Trennung der MGV.....	15
Rückstellungen nach Versorgungsbereichen.....	16
Vergütungen vor Trennung	17



Honorarverteilung nach Arztgruppen	18
Was ist neu im EBM?	21
Der Wald und die Bäume – Sonderthema Pauschalen	22
Arztgruppen im Detail	25
Glossar	68
Impressum	71



DR. RALPH ENNENBACH,
STELLVERTRETENDER
VORSTANDSVORSITZENDER DER KVSH

Sehr geehrte Interessierte am Honorarbericht!

Der Kreis schließt sich.

Möglicherweise fragen Sie sich, warum wir eine Umbenennung unseres Honorarberichts vorgenommen haben, obwohl der Inhalt doch der Gleiche ist?

Der Grund liegt in der für uns selbstverständlichen Eigenart, dass Honorare nicht Ihr Einkommen, sondern vielmehr Ihre Umsätze darstellen. Wir hatten das in unserem ersten Honorarbericht 2011 mit dem Sonderthema „Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen“ thematisiert. Und diese Betonung scheint mit Blick auf die Äußerungen im politischen Berlin rund um die OW-Honorarverhandlungen doch nötig zu sein. Es ist offenbar Methode, Honorare, Umsätze, Praxisreinerträge und Betriebsergebnisse je Kopf nicht sauber trennen zu wollen. Daher von uns aus ein Beitrag zu Differenzierung mittels der Überschrift.

Dies wird mein letztes Vorwort zu einem Honorar-/Umsatzbericht sein und diese Reihe hat einiges an Veränderungen mitgemacht. Ich erinnere an die Auswirkungen von Honorar- und EBM-Reformen bis hin zu den Volten des TSVG mit Hin- und Rückbereinigungen, Neugeburten und Wiederauflösungen von das Honorarsystem tiefgreifend verändernden Mechanismen. Wir haben unsererseits in der lokalen HVM-Politik immer versucht so wenig Veränderung wie irgend möglich weiterzugeben. Instabilität zahlt nicht auf das Konto der Planbarkeit ein.

Es wird in den nächsten Jahren mit den äußeren Einflüssen nicht besser werden – oder vielleicht doch. Immerhin gibt es eine faktische und weitgehende Entbudgetierung der Kinderärzte, der die Hausärzte nach den letzten Worten unseres Ministers folgen sollen. Wenn dem so wäre, würde sich das Thema HVM auf die Fachärzte reduzieren und da man träumen darf, nach einigen Jahren vielleicht auch auf alle Fachärzte?

Ich wünsche es Ihnen allen!

Ihr

DR. RALPH ENNENBACH

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



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir blicken mit diesem Umsatz- und Honorarbericht auf ein weiteres bewegtes Jahr 2022 zurück. Da war die Boosterkampagne im ersten Quartal, die Welle der Atemwegserkrankungen im vierten, begleitet von Arzneimittellengpässen und den damit verbundenen Nachfragen unserer Patienten.

Obgleich nur in einigen KV-Bereichen die TSVG-Bereinigung unter den Erwartungen der Krankenkassen gelegen hatte, wurde auch unsere MGV per Gesetz nach unten korrigiert. Unnötig getoppt wurde das vom Gesundheitsminister höchstpersönlich auch noch durch die Streichung der Neupatientenregelung zum Jahresbeginn 2023 und der laufenden MGV-Bereinigung um die offene Sprechstunde.

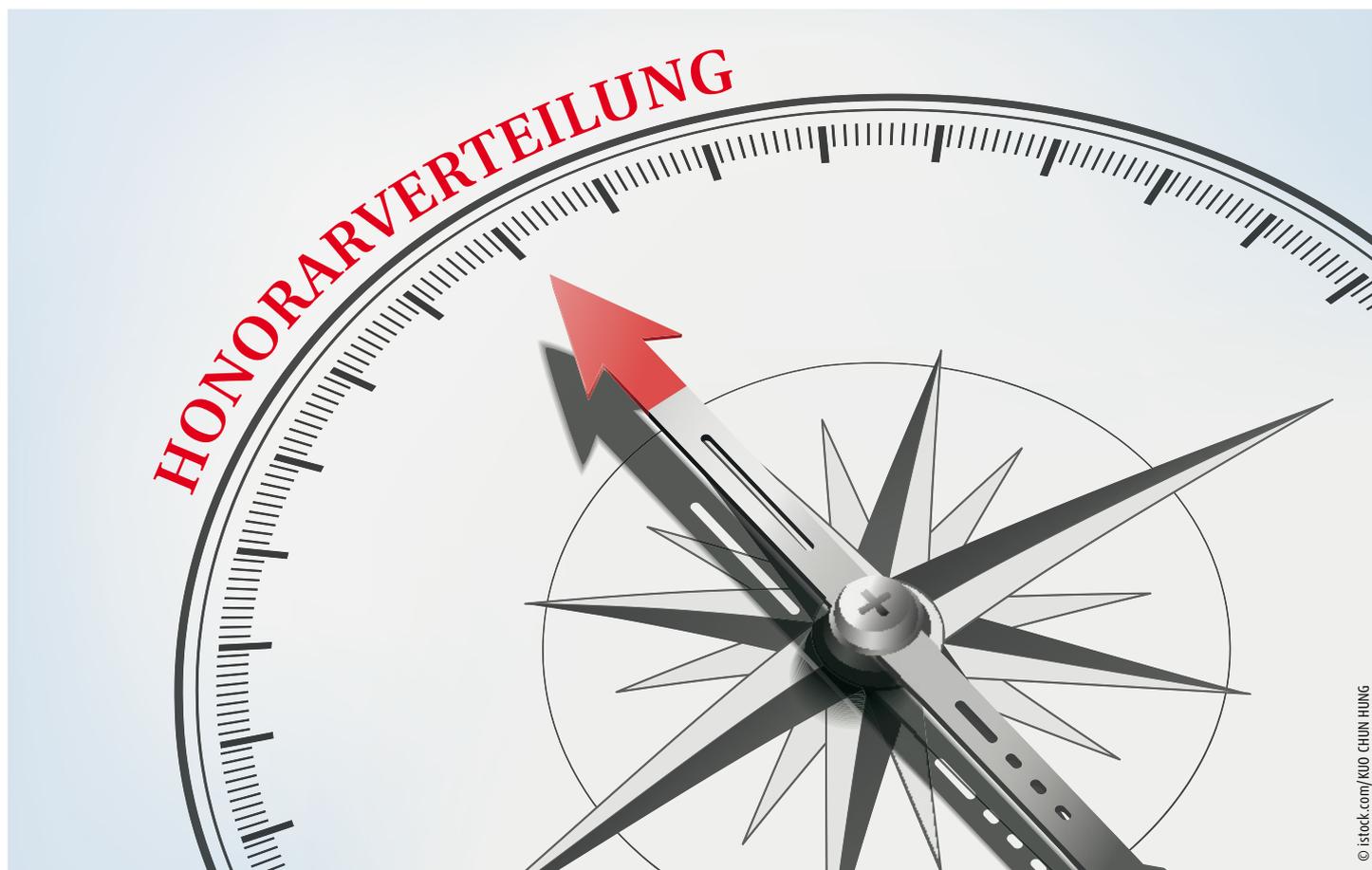
Der HVM konnte diese Entwicklung nicht ignorieren. So mussten wir die PZV aufgrund der MGV-Korrekturen moderat absenken und uns bereits im 4. Quartal 2022 vom festen Restpunktwert trennen. Gleichzeitig hatten wir zum Ende der vergangenen Legislatur die Diskussion um eine HVM-Reform begonnen, deren Ergebnis nunmehr bekannt ist. Es ist gewissermaßen ein Hybrid-HVM, der mit Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen außerhalb des PZV, Anreize insbesondere für junge Praxen, setzen soll. Das verbleibende PZV soll weiterhin Stabilität bieten, so die Zielsetzung.

Während die Kinderärzte und -ärztinnen sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und -therapeutinnen inzwischen tatsächlich entbudgetiert wurden, ist für die Fachärzte mit der Rücknahme der Neupatientenregelung der Traum einer teilweisen Entbudgetierung vorerst ausgeträumt. Hausärzte können noch hoffen, dass die Politik zumindest ihr Versprechen zur Entbudgetierung einhält.

Was bestenfalls wie Ironie klingt, ist tatsächlich ein völliges Verkennen der aktuellen Situation in unserem Gesundheitswesen, vor allem im ambulanten Bereich: Politisch wird das Versprechen einer allumfassenden hochwertigen medizinischen Versorgung für alle Versicherten aufrechtgehalten – ungeachtet des Fachkräftemangels, der steigenden Preise und Löhne ohne adäquate Refinanzierung. Die Diskussion in unseren Gremien und in der Abgeordnetenversammlung, wie sich der HVM und wir uns als Ärzteschaft dieser Herausforderung stellen können und wollen, hat gerade erst begonnen.

DR. MICHAEL SCHROEDER

Grundsätze und Versorgungsziele der Honorarverteilung in Schleswig-Holstein



Grundsätze

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

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

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

Kalkulationssicherheit: Vor Quartalsbeginn teilt die KV Schleswig-Holstein jedem Arzt sein Punktzahlvolumen mit. Innerhalb des PZV ist die Leistungsvergütung zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-Gebührenordnung garantiert; Überschreitungen des Volumens werden abgestaffelt vergütet. Der abgestaffelte Preis beträgt 46 Prozent, im 4. Quartal 2022 mindestens 20 Prozent des Euro-Gebührenordnungspreises.

Vergütungsstabilität: Die Punktzahlvolumen werden in einem engen Rahmen weiterentwickelt. Absenkungen greifen erst nach zweimaligem aufeinanderfolgenden Unterschreiten eines PZV. Regelmäßige Erhöhungen erfolgen für Ärzte, die gegenüber ihrer Gruppe höhere prozentuale Überschreitungen des PZV aufweisen. Individuelle Härtefälle können auf Antrag des Arztes gesondert berücksichtigt werden.

Die moderate Weiterentwicklung der Punktzahlvolumen sorgt für eine Stabilität der Vergütung. Weil die Leistungen innerhalb der PZV zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Euro-Gebührenordnung vergütet werden, partizipiert somit jeder Arzt an der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes.

Verteilungsgerechtigkeit: In einem System begrenzter Mittel führt das Mehr des Einen immer zu einem Weniger des Anderen. Die arztindividuellen Punktzahlvolumen sichern den einzelnen Arzt gegenüber Leistungs- und Fallzahldynamiken seiner Arztgruppe und gegenüber anderen Arztgruppen ab. Da die KVSH keine arztgruppenbezogenen Honorarkontingente (Fachgruppentöpfe) anwendet, gehen Dynamiken lediglich zulasten der abgestaffelten Leistungen, nicht jedoch zulasten der PZV.

Transparenz: Die KV Schleswig-Holstein veröffentlicht seit 2011 die Ergebnisse der Honorarverteilung in ihrem jährlichen Honorarbericht.

Rechtssicherheit: Der Honorarverteilungsmaßstab der KV Schleswig-Holstein beachtet die gesetzlichen Vorgaben, die Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen und die entsprechende höchstrichterliche Rechtsprechung.

Versorgungsziele in der Honorarverteilung

Das übergeordnete Ziel der Honorarverteilung ist, die vertragsärztliche Versorgung im Flächenland Schleswig-Holstein sicherzustellen. Dabei nutzt die KV Schleswig-Holstein ihre regionale Kompetenz, besondere Versorgungsstrukturen und ausgewählte Leistungsbereiche gezielt zu fördern.

Sicherstellung der vertragsärztlichen Notfallversorgung: Mit einer gesonderten Vergütungsregelung im Honorarverteilungsmaßstab wird die besondere Struktur der ambulanten vertragsärztlichen Notfallversorgung durch allgemeine und kinderärztliche Anlaufpraxen sowie organisierte Besuchsdienste in Schleswig-Holstein außerhalb der Sprechstundenzeiten (Notfallversorgung/Bereitschaftsdienst) sichergestellt.

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

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

Sicherung der vertragsärztlichen Grundversorgung und Förderung ausgewählter Leistungsbereiche: Der Honorarverteilungsmaßstab weist Zuschläge für besondere Leistungen aus oder vergütet ausgewählte Leistungen zu den Preisen der schleswig-holsteinischen Gebührenordnung. Zu diesen besonders geförderten Leistungen und Leistungsbereichen zählen:

- Haus- und Heimbefuche bei Patienten, die älter als 70 Jahre sind und/oder einen Pflegegrad 3, 4 oder 5 besitzen
- Leistungen der hausärztlich geriatrischen Versorgung
- sozialpädiatrische Versorgung
- palliativmedizinische Versorgung
- Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung
- Leistungen von schmerztherapeutischen Zentren
- Leistungen fachinternistischer Rheumatologen

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

Weitere Versorgungsziele außerhalb der Honorarverteilung

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

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

Spannungsverhältnis zwischen regionaler Honorarverteilungskompetenz und gesetzlichen Vorgaben

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

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

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

Rechtliche Grundlagen

Die Paragraphen 82 bis 87a SGB V bilden die rechtliche Grundlage für die regionalen Honorarverhandlungen. Die Honorarverteilung wird in Paragraph 87b SGB V geregelt.

Der Bewertungsausschuss setzt den Orientierungswert fest und gibt Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung, welche die Grundlage für die Vertragsverhandlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung darstellen.

Zu nennen sind hier vor allem die demografische und diagnosebezogene Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) jeweils für jeden KV-Bezirk sowie Empfehlungen zur extrabudgetären Vergütung (d. h. außerhalb der MGV ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen).

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

Die MGV untergliedert sich gemäß den KBV-Vorgaben in die Vergütungsvolumen Labor, Bereitschaftsdienst und Notfall sowie haus- und fachärztlicher Versorgungsbereich. Aus dem fachärztlichen Vergütungsvolumen sind die versorgungsbereichsspezifischen Grundbeträge für das „Genetische Labor“ und die „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“ zu bilden.

Zusätzlich zu den Vorgaben der KBV wird auch direkt aus dem SGB V Einfluss auf die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen genommen: Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten, eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Honorarverteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen (Paragraph 87b Absatz 1 Satz 3 SGB V). Des Weiteren ist vorgegeben, dass für Praxisnetze, die von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind, gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden (Paragraph 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V) müssen. Zusätzlich sind im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (Paragraph 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V). Auch dürfen im Honorarverteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für anästhesiologische Leistungen angewandt werden, die im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie notwendig sind (Paragraph 87b Absatz 2 Satz 5 SGB V).



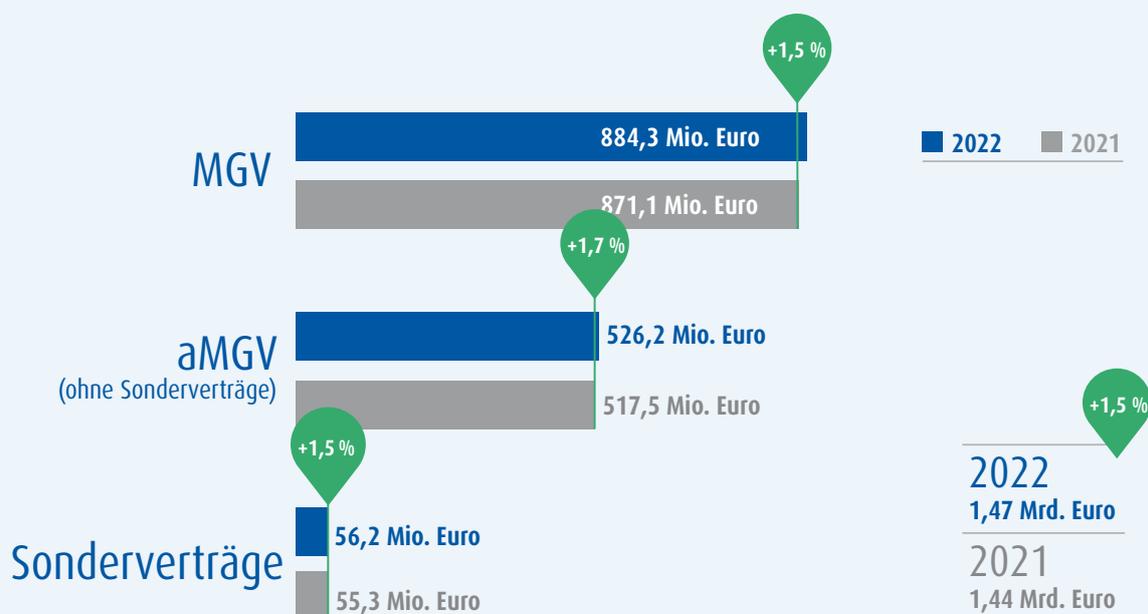
Ferner werden gemäß Paragraph 87a Absatz 3 SGB V verschiedene Leistungen und extrabudgetäre Zuschläge von den Krankenkassen außerhalb der vereinbarten MGV mit den Preisen der regionalen Gebührenordnung vergütet. Dies gilt beispielsweise für vertragsärztliche Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Seit dem 1. März 2022 wird auch die regelmäßige Beratung nach Paragraph 2 Absatz 1a Transplantationsgesetz extrabudgetär vergütet. Zudem werden die Behandlung von Terminsservicestellen-Patienten (TSS-Vermittlungsfall und TSS-Akutfall) und die Vermittlung eines Facharzttermins durch den Hausarzt (Hausarzt-Vermittlungsfall) extrabudgetär vergütet. Des Weiteren gilt dies für Leistungen bei Neupatienten sowie Leistungen, die innerhalb der offenen Sprechstunde erbracht werden. Die extrabudgetäre Vergütung von Leistungen bei Neupatienten endet allerdings zum 31. Dezember 2022. Mit dem Tierarzneimittelgesetz wurde mit Wirkung zum 1. Juli 2021 in Paragraph 87a Absatz 3 ein Korrekturverfahren zur TSVG-Bereinigung aufgenommen. Dieses Korrekturverfahren gilt für Leistungsmengen bei Neupatienten sowie bei Leistungen, die innerhalb der offenen Sprechstunde erbracht wurden.

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

Aufgrund der außergewöhnlichen Belastung der ambulanten Versorgung durch akute Atemwegserkrankungen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und der damit verbundenen zusätzlichen Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten hat der Bewertungsausschuss einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs für das 4. Quartal 2022 und das 1. Quartal 2023 festgestellt. Bundesweit ist die MGV aufgrund dieses Ereignisses nicht basiswirksam um 49 Millionen Euro erhöht worden. Dieser Betrag steht für den eingeführten befristeten Zuschlag nach der Gebührenordnungsposition 01110 für das 4. Quartal 2022 und das 1. Quartal 2023 zur Verfügung.

Gesamtvergütung

Abb. 1 | Gesamtvergütung



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

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

Die Höhe der MGV ermittelt sich quartalsweise aus dem Behandlungsbedarf des Vorjahres der in Schleswig-Holstein wohnenden Versicherten und differiert somit in ihrer Höhe je Krankenkasse. Der Behandlungsbedarf wird an die Versichertenentwicklung angepasst. Außerdem wird er mit der Veränderungsrate (0,4939 Prozent, entspricht ca. 4,3 Millionen Euro) weiterentwickelt und mit dem Orientierungswert (11,2662 Cent, entspricht ca. 11,1 Millionen Euro) für das Jahr 2022 fortgeschrieben. Zur Behebung des Kassenwechslereffektes wird der Behandlungsbedarf im Jahr 2022 basiswirksam um 0,2 Millionen Euro erhöht. Damit sollen Versichertenwechsel von Krankenkassen mit einem hohen durchschnittlichen Behandlungsbedarf zu Krankenkassen mit einem geringen durchschnittlichen Behandlungsbedarf ausgeglichen werden. Der Behandlungsbedarf wird unter anderem um ca. 0,6 Millionen Euro aufgrund der Anpassung der molekulargenetischen Mutationssuche sowie um 3,5 Millionen Euro für die Aufnahme von Hygienezuschlägen erhöht.

Leistungsbereiche, die im Vorjahr innerhalb der MGV und im aktuellen Jahr außerhalb der MGV vergütet werden, müssen aus dem Behandlungsbedarf herausgerechnet werden. Im Jahr 2022 wird die MGV folglich um 0,2 Millionen Euro für Leistungen im Zusammenhang mit der Versendung des elektronischen Arztbriefes verringert. Außerdem wird die MGV im Jahr 2022 um 9,1 Millionen Euro aufgrund der Korrektur der Umsetzung des Terminservicestellengesetzes geschmälert. Darüber hinaus muss die MGV um 0,1 Millionen Euro für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung bereinigt werden.

Tab. 1 | Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Quartal

	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in Mio. Euro	in Mio. Euro
MGV 2021	217,5	224,4	209,1	220,1
MGV 2022	220,0	222,7	215,1	226,3
Differenz	2,5	-1,7	6,0	6,2
%-Veränderung	1,15	-0,76	2,87	2,82

Extrabudgetäre Vergütung (aMGV)

Basierend auf Vereinbarungen und Verträgen, gesetzlichen oder weiteren Vorgaben stellen die Krankenkassen Geld für Leistungen bereit, welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Preisen und ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Im Rahmen der Honorarvereinbarung zwischen der KVSH und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen werden auf Grundlage des Paragraphen 87a Absatz 3 Satz 5 und 6 SGB V sowie aufgrund von Beschlüssen bzw. Empfehlungen des (Erweiterten) Bewertungsausschusses ausgewählte ärztliche und psychotherapeutische Leistungen extrabudgetär vergütet. In 2022 sind die extrabudgetären Leistungen um die folgenden Leistungsbereiche ergänzt worden:

- Telemonitoring Herzinsuffizienz nach den GOP 03325, 03326, 04325, 04326, 13578, 13579, 13583 bis 13587 und 40910,
- Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken nach den GOP 01540 bis 01545 EBM ab 2. Quartal 2022,
- Beratung zur Organ- und Gewebespende nach GOP 01480 ab dem 1. März 2022,
- Vergütung der Verlaufskontrolle und Auswertung einer vorläufigen DiGA nach der GOP 86700 sowie die Erstverordnung einer vorläufigen DiGA durch Kinderärzte nach der GOP 86701 ab dem 1. Mai 2022,
- Orale Hyposensibilisierungsbehandlung bei Erdnussallergie nach den GOP 30133 und 30134 ab dem 3. Quartal 2022,
- Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der DiGA Vivira nach der GOP 01472 ab dem 3. Quartal 2022,
- Leistungen im Rahmen der Verordnung von Rehabilitation nach der GOP 01613 ab dem 3. Quartal 2022,
- Nukleinsäurebasierter Nachweis des Affenpockenerregers nach der GOP 88740 ab dem 1. Juni 2022 bis zum 31. Dezember 2022,
- Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Komplexversorgung nach Abschnitt 37.5 EBM sowie die Leistungen nach den GOP 22220 und 23220, die häufiger als 15-mal

und bis zum gemäß EBM geltenden Höchstwert im Behandlungsfall im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 abgerechnet werden, ab dem 4. Quartal 2022,

- Leistungen im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege gem. AKI-RL nach den GOP 37700, 37701, 37704 bis 37706 und 37714 ab dem 1. Dezember 2022,
- Leistungen nach den GOP 09315 und 13662 im Zusammenhang mit der Durchführung einer Erhebung gem. § 5 der AKI-RL über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ab dem 1. Dezember 2022.

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

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

- Förderung der rheumatologischen Versorgung „Regionale Rheumaver einbarung“ (ab 3. Quartal 2018)
- Förderung belegärztlicher Geburten (ab 1. Quartal 2020)
- Förderung von MRT-Untersuchungen (Kapitel 34.4 EBM) ohne Sedierung bzw. ohne Narkose bei Kindern zwischen 0 und 6 Jahren (ab 1. Quartal 2021)

Tab. 2 | Ausgewählte neu vereinbarte aMGV-Leistung für 2022

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt
	in Euro	in Euro	in Euro
Beratungsleistungen aMGV	528.535	-	528.535

Es handelt sich hierbei um die extrabudgetäre Vergütung der Beratung zur Organ- und Gewebespende.

Tab. 3 | Ausgewählte aMGV-Leistungen 2022

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
TSVG Neupatienten	40.310.337	89.317.437	129.627.774	0,9
Präventionsleistungen	25.599.941	49.656.919	75.256.860	0,2
Psychotherapie nach Kapitel 35.2 EBM	483.673	62.036.613	62.520.286	1,3
Ambulantes Operieren	2.393.213	53.868.876	56.262.089	-2,4
Dialyse-Sachkosten nach Schiedsamt	-	44.250.617	44.250.617	-5,5

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
Nukleinsäurenachweis SARS-CoV-2	-	21.648.197	21.648.197	11,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	324.712	16.703.727	17.028.439	10,2
TSVG Offene Sprechstunde	-	15.011.570	15.011.570	29,4
Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	-	13.112.101	13.112.101	1,0
Impfleistungen	10.262.965	534.018	10.796.983	-1,9
Nephrologische Leistungen	-	8.669.255	8.669.255	1,3
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	5.115.013	1.129.753	6.244.766	4,4
Allgemeine Tumorgenetik	-	6.215.235	6.215.235	3,2
Medikationsplan	4.074.161	2.122.633	6.196.794	4,6
Polysomnografie	-	5.582.667	5.582.667	2,4
Probatorische Sitzungen	94.340	5.160.121	5.254.461	4,7
Betreuungsleistungen	-	4.892.525	4.892.525	-9,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	-	4.721.158	4.721.158	2,6
Substitutionsbehandlung	3.059.681	453.637	3.513.318	-7,3
Weitere bildgebende Verfahren	-	3.459.537	3.459.537	31,2
MRT Mammo- und Angiografie	-	1.858.042	1.858.042	-1,1
TSVG TSS-Terminfall	11.821	1.769.396	1.781.217	44,0
Corona-Warn-App und V. a. Corona-Infektion	1.601.015	45.833	1.646.848	-27,0
Regionale Rheumvereinbarung	303.069	629.054	932.123	-0,1
TSVG HA-Vermittlungsfall	97.519	702.458	799.977	-8,9
Leistungen der künstlichen Befruchtung	-	703.993	703.993	-3,6
Genetisches Labor - aMGV	-	606.727	606.727	-8,2
Hautkrebsscreening	800	452.726	453.526	-5,2
Neuropsychologische Leistungen	-	429.939	429.939	-2,5
Sozialpädiatrische Versorgung	396.692	-	396.692	-1,4
Balneophototherapie	-	334.863	334.863	-11,4
Belegärztliche Begleitleistungen	-	327.974	327.974	-8,1
Summe:	94.128.952	416.407.601	510.536.553	1,3

Die Tabelle zeigt die extrabudgetäre Vergütung im Jahr 2022 sowie die jeweilige Veränderung zum Vorjahr.

Zuschläge

Tab. 3.1 | Zuschläge zu förderungswürdigen Leistungen 2022

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
Regionale Rheumvereinbarung	303.069	629.054	932.123	-0,1
Belegärztliche Geburt	-	65.393	65.393	-18,6
Kinder-MRT	-	63.600	63.600	26,7
Summe:	303.069	758.047	1.061.116	-0,2

Die Tabelle zeigt die vergüteten extrabudgetären Zuschläge auf die geförderten Leistungen/Leistungsbereiche im Jahr 2022 sowie die jeweilige Veränderung zum Vorjahr.

Tab. 4 Zuschläge für besondere MGV-Leistungen 2022

	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
Chronikerziffer ohne DMP/Onkologievereinbarung	2.725.334	-	2.725.334	-26,8
Geriatrische Versorgung	1.969.753	-	1.969.753	1,9
Haus- und Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5	1.648.783	135.589	1.784.372	-4,3
Chronikerziffer mit DMP/Onkologievereinbarung	621.906	-	621.906	-25,6
Schmerztherapie	25.083	166.201	191.284	12,6
Gastroskopie	2.654	146.171	148.825	-22,2
Kleine Chirurgie	91.192	30.108	121.300	-27,4
Schwindeldiagnostik	-	69.853	69.853	-26,4
Hyposensibilisierung	4.146	37.442	41.588	-28,1
Transfusionen	-	31.094	31.094	-29,5
Provokation	689	7.196	7.885	-35,7
Urodynamik	-	4.932	4.932	-29,9
Prostatastanze	-	3.702	3.702	-27,9
Fallförderung bei Spermogramm	-	2.330	2.330	-32,7
Summe:	7.089.540	634.618	7.724.158	-18,1

Ab dem vierten Quartal 2022 erfolgen die Zuschläge nur noch auf die HVM-gestützten Leistungen Haus- und Heimbefuche ab 70 und/oder Pflegegrad 3, 4 oder 5, Schmerztherapie in schmerztherapeutischen Einrichtungen sowie hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex.

Tab. 5 | Praxisnetze: Honorarzuwachs durch Erhöhung des Restpunktwertes

Quartale	in Euro
1. Quartal 2022	279.518
2. Quartal 2022	123.340
3. Quartal 2022	247.314
4. Quartal 2022	65.137
Summe	715.309

Um dem gesetzlichen Auftrag in Paragraph 87b Absatz 2 Satz 3 SGB V nachzukommen, haben Haus- und Fachärzte in den Quartalen des Jahres 2022 entsprechend der HVM-Bestimmungen in von der KVSH anerkannten Praxisnetzen einen Aufschlag auf den Restpunktwert in Höhe von zehn Prozent erhalten.

Sonderverträge

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

- Modellvorhaben gemäß Paragraphen 63, 64 SGB V,
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß Paragraph 73b SGB V,

- Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß Paragraph 73c SGB V a. F.,
- Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten (DMP) gemäß Paragraph 137f bis g SGB V,
- Verträge zur besonderen Versorgung gemäß Paragraph 140a SGB V.

Tab. 6 | Extrabudgetäre Vergütung ausgewählter Sonderverträge 2022

Sonderverträge	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
eQuaMaDi	-	6.378.307	6.378.307	-1,0
Hautkrebsscreening	800	452.726	453.526	-5,2
Gestationsdiabetes	331.707	15.826	347.533	-5,9
Früherkennungsuntersuchungen Kinder	340.356	-	340.356	-15,3
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen	286.136	1.682	287.818	10,4
Diabetisches Fußsyndrom	234.923	48.400	283.323	8,1
Summe:	1.193.922	6.896.941	8.090.863	-1,5

Die Tabelle zeigt die Umsätze ausgewählter Sonderverträge sowie die Veränderungen zu 2021.

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

- Für die verminderte Inanspruchnahme des Hautkrebsscreenings von Versicherten unter 35 Jahren lässt sich keine Erklärung finden. Möglicherweise steht dieser Rückgang im Zusammenhang mit der insgesamt verschlechterten Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen durch Erwachsene, wie verschiedene veröffentlichte Krankenkassenreporte zeigen.
- Der Umsatzrückgang bei der Gestationsdiabetes geht auf eine um 5,32 Prozent sinkende Geburtenrate im Vergleich zu 2021 in Schleswig-Holstein zurück.
- Auf den ersten Blick sieht es so aus, als wenn die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern und Jugendlichen stark um über 15 Prozent zurückgegangen sind. Eine Analyse weiterer Zahlen zeigt aber, dass es eine Verschiebung gegeben hat und insgesamt sogar mehr Untersuchungen als in 2021 erfolgt sind. Kinder und Jugendliche, die nicht zur Früherkennung bei ihrem Arzt waren, erhalten vom Land Schleswig-Holstein eine Erinnerung bzw. ein Einladungsschreiben zur Inanspruchnahme auch außerhalb der Alters-Toleranzfristen. In diesen Fällen werden die Kosten vom Land Schleswig-Holstein übernommen und hier kam es zu einer Verdoppelung der Zahlen von 2021 zu 2022. Die Gründe dafür sind vermutlich noch Auswirkungen der Coronapandemie, die eine Vermeidung von Arztbesuchen bewirkte.
- Die Verträge im Bereich „Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen“ weisen seit Ende der Coronapandemie stetig wachsende Teilnehmerzahlen auf, was einerseits auf gezielte Marketing-Maßnahmen seitens der Krankenkassen aber auch auf eine steigende Nachfrage innerhalb der Ärzteschaft zurückzuführen ist. Im zweiten Halbjahr 2022 wurde der Bereich zudem um einen neuen Vertrag (CheckUp+) ergänzt, sodass für 2023 mit einem weiteren Anstieg zu rechnen ist.
- Im Vertrag Diabetisches Fußsyndrom zeigt sich durch die Neuteilnahme niedergelassener Ärzte sowie auch aufgrund zunehmender Beteiligung von Klinikärzten eine deutliche Leistungs- und Umsatzsteigerung.

Tab. 7 | Extrabudgetäre Vergütung, Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) 2022

DMP	Hausärzte	Fachärzte	Gesamt	Veränderung in % ggü. 2021
	in Euro	in Euro	in Euro	
DMP Asthma	993.171	754.772	1.747.943	4,4
DMP Brustkrebs	3.355	294.744	298.099	-2,2
DMP COPD	740.035	321.376	1.061.411	-2,0
DMP Diabetes TYP I	2.128.950	162.409	2.291.359	3,6
DMP KHK	3.078.825	168.708	3.247.533	-0,7
DMP Diabetes TYP II	12.659.204	491.356	13.150.560	1,4
Summe:	19.603.540	2.193.365	21.796.905	1,3

Die Tabelle zeigt die Umsätze in den Strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie die Veränderungen zu 2021.

Fremdkassen- zahlungsausgleich (FKZ)



© istock.com/dotie dhippo

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

Die folgende Tabelle zeigt die Forderungen und Verbindlichkeiten der KVSH im Jahr 2022 gegenüber anderen KVen. Demnach hat die KVSH Forderungen gegenüber anderen KVen in Höhe von 122,3 Millionen Euro. Dagegen stehen Verbindlichkeiten in Höhe von 210,7 Millionen, die die KVSH an andere KVen zu zahlen hat. Im Saldo bedeutet dies, dass die KVSH 88,4 Millionen Euro (57,1 Millionen MGV-Leistungen und 31,4 Millionen aMGV-Leistungen) an andere KVen zahlen muss. Die 57,1 Millionen Euro muss die KVSH aus ihrer MGV finanzieren, dafür bildet sie im Vorwege der Honorarverteilung Rückstellungen.

Tab. 8 | Fremdkassenzahlungsausgleich 2022

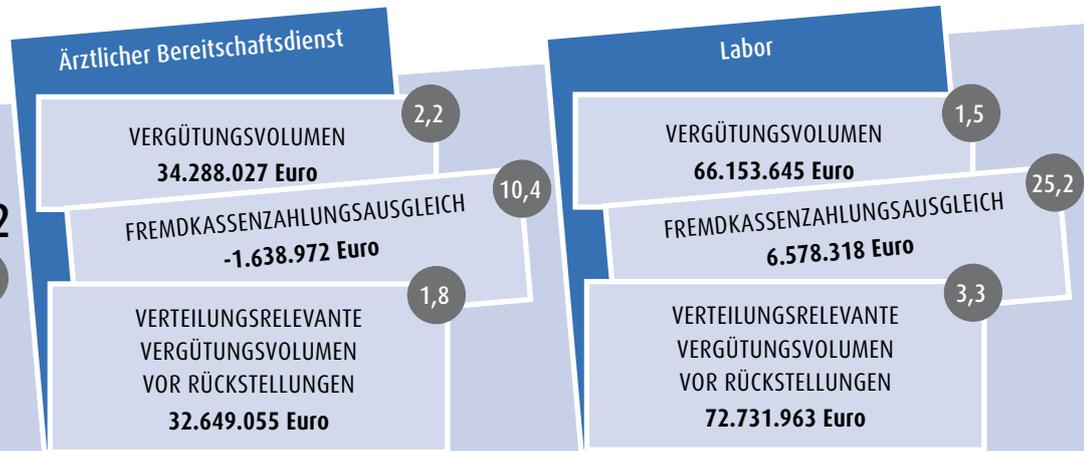
Leistungsbereich	Forderungen	Verbindlichkeiten	Saldo
	in Euro	in Euro	in Euro
Labor	28.373.005	21.798.636	6.574.369
Notdienst	1.362.173	2.616.119	-1.253.946
Rest-MGV im hausärztlichen Versorgungsbereich	10.738.905	18.401.635	-7.662.730
Rest-MGV im fachärztlichen Versorgungsbereich (inkl. Humangenetik und PFG)	25.710.719	76.651.894	-50.941.175
Rest-MGV (Sonstiges)	801	3.779.217	-3.778.415
Nicht MGV	56.079.297	87.431.473	-31.352.176
Gesamt	122.264.900	210.678.974	-88.414.073

Die Trennung der MGV

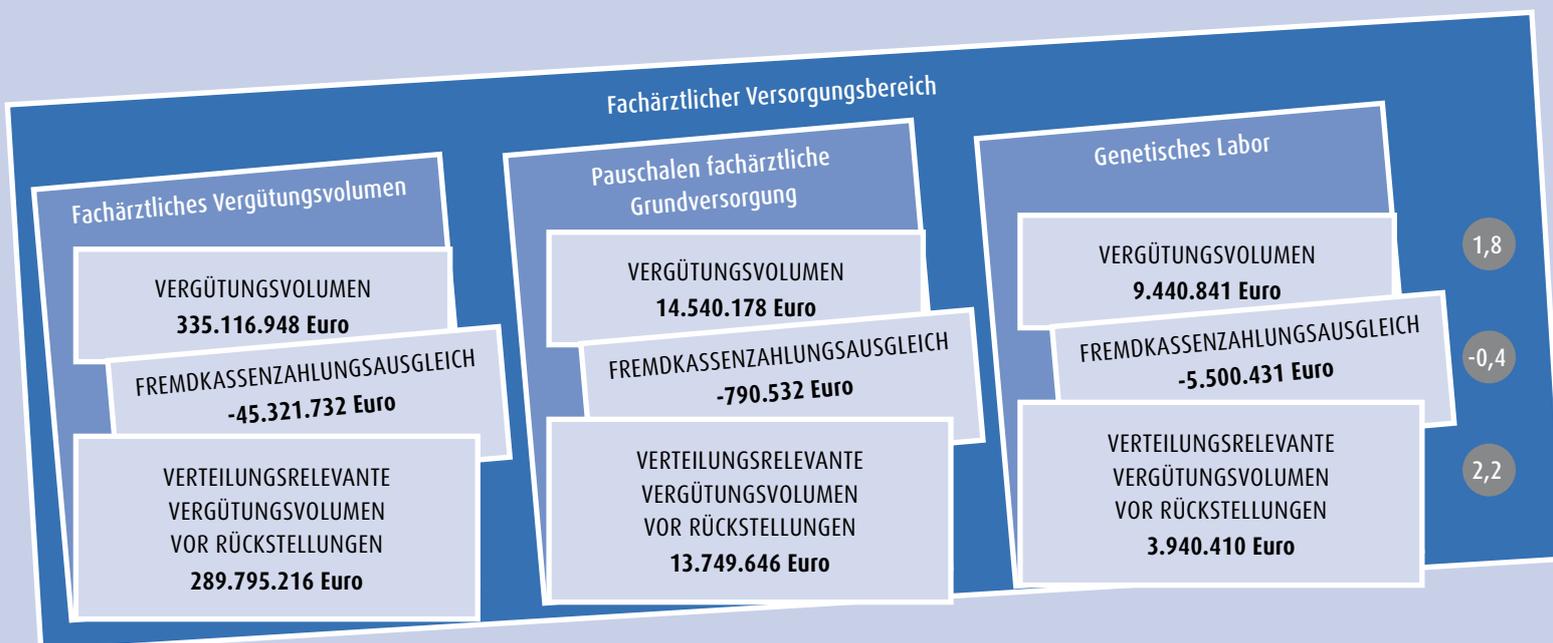
Die Aufteilung der MGV erfolgt nach den Vorgaben der KBV. Demnach sind Vergütungsvolumen für die Leistungen im Bereitschaftsdienst und Notfall und für ambulante Krankenhausnotfälle, für laboratoriumsmedizinische Leistungen sowie für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich zu bilden.

GESCHÄTZTE MGV 2022
872.631.373 EURO

ggü. 2021



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



Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

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

Die Mittel für Praxisbesonderheiten, Sicherstellung etc. werden für Nachberechnungen und Honorarkorrekturen zurückgelegt. Die übrigen Positionen werden zur Vergütung von MGV-Leistungen vor der PZV-Vergütung im laufenden Quartal verwendet. Die Aufstellung der HVM-gestützten Leistungen finden Sie auf Seite 12 in diesem Bericht.

Tab. 9 | Rückstellungen nach Versorgungsbereichen

	2022 in Euro		Veränderung in % ggü. 2021	
	Hausärzte	Fachärzte	Hausärzte	Fachärzte
Neupatienten bei für Neupatienten gesperrte Praxen gem. HVM	1.543.556	3.228.235	26,4	11,3
Kostenpauschalen gemäß Kapitel 40 EBM	208.856	6.438.962	-25,4	-3,2
Saldo im Fremdkassenzahlungsausgleich	-10.388.549	-45.321.732	1,1	-2,7
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	7.088.049	654.379	-15,4	-12,8
Pädaudiologische und phoniatische Leistungen	-	1.009.567	-	4,6
Schmerztherapie	250.497	1.824.073	8,5	13,7
Zahnärztliche Narkosen	-	212.103	-	3,6
Summe	-1.297.590	-31.954.414		

Vergütungen vor Trennung

Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin

Tab. 10 | Vergütung der Leistungen und Kosten der Laboratoriumsmedizin im Jahr 2022

Leistungs- und Kostenbereich	Vergütung in Euro	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen und laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32	59.746.201	2,4
Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001)	10.107.533	8,7
Summe	69.853.734	3,2

Die Umsatzsteigerung von 3,2 Prozent ist sowohl den Maßnahmen der Pandemiebekämpfung geschuldet als auch einem Nachholbedarf an den üblichen Laboruntersuchungen. Die durch Impfkampagnen erhöhte Patientenzahl in den Praxen hat eine erhöhte Zahl von Aufträgen an laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen, die innerhalb der MGv vergütet werden, zur Folge. Der PCR-Test ist eine extrabudgetäre Leistung.

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

Arztgruppe	Vergütung in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
Labormediziner	58.259.126	83,4	2,4
Hausärzte	7.030.058	10,1	10,1
Kinderärzte	868.755	1,3	13,6
Gynäkologen	769.649	1,1	0,2
Pathologen	581.860	0,8	-11,8
Urologen	493.918	0,7	5,4
Hautärzte	298.913	0,4	4,4
HNO-Ärzte	191.942	0,3	11,4
Pneumologen	144.813	0,2	9,7
Übrige	1.214.700	1,7	7,1
Gesamt	69.853.734	100,0	3,2

Vergütung im organisierten Bereitschaftsdienst und Notfall 2022

Tab. 12 | Leistungen innerhalb MGv 2022

	in Euro	Veränderung in % ggü. 2021
Anlaufpraxis	7.077.577	-8,2
Fahrdienst	12.961.342	-2,7
Telefonarzt	712.977	6,3
Wegegelder	696.412	4,8
Krankenhaus	12.496.676	19,7
Sonstige	128.624	48,5
Summe	34.073.608	3,6

Die Vergütung erhöht sich in diesem Bereich um 3,6 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Grund ist die Abmilderung der pandemischen Lage und in Konsequenz die Verringerung der erweiterten Dienste des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie die Tatsache, dass Krankenhäuser ambulante Notfälle wieder im vorpandemischen Umfang durchführen.

Honorarverteilung nach Arztgruppen

Im Jahr 2022 werden Leistungen innerhalb der Punktzahlvolumen (PZV) mit dem Orientierungswert von 11,2662 Cent vergütet, darüber hinaus für die Quartale 1/2022 – 3/2022 mit einem festen Restpunkt-wert in Höhe von 46 Prozent vom Orientierungswert, in 4/2022 je Versorgungsbereich mit einem Mindestpunkt-wert von 20 Prozent vom Orientierungswert. Dieser liegt im hausärztlichen Bereich bei 2,2532 Cent, im fachärztlichen dagegen bei 11,2662 Cent.



Garantievolumen

Mit dem Garantievolumen sollten Schwankungen der TSVG-Vergütung gegenüber der sockelwirksamen PZV-Bereinigung ausgeglichen werden. Da die Fallzahlen der TSVG-Neupatienten sowie die der „offenen Sprechstunde“ zwischenzeitlich gestiegen sind, wird eine Fortführung des Garantievolumens ab dem 4. Quartal 2022 nicht mehr für erforderlich gehalten.

Insgesamt wurde in den ersten drei Quartalen des Jahres 2022 das zur Verfügung gestellte Garantievolumen im hausärztlichen Versorgungsbereich in Höhe von ca. 10 Millionen Punkten, im fachärztlichen Versorgungsbereich in Höhe von ca. 15 Millionen Punkten, genutzt.

K25-Volumen

Die Leistungen des Kapitels 25 EBM wurden im 1. Quartal 2021 in die MGV überführt, ab dem 1. Quartal 2023 sollen diese Leistungen wieder außerhalb der MGV vergütet werden. In Schleswig-Holstein wurden diese Leistungen

ab dem 1. Quartal 2021 wiederum außerhalb der PZV-Systematik als freie Leistungen ohne Mengenbegrenzung zum jeweils gültigen Orientierungswert vergütet.

Aufgrund der politischen Diskussion auf Bundesebene sowie der steigenden Leistungsmengenentwicklung im Bereich der Leistungen des Kapitels 25 EBM wird für diesen Bereich ab 2. Quartal 2022 ein praxisbezogenes K25-Volumen eingeführt. Innerhalb dieses Volumens werden die Leistungen mit dem Orientierungswert und darüber hinaus unter Berücksichtigung des Fremdkassenzahlungsausgleichs mit mindestens 0,1 Cent vergütet.

Im 1. Quartal 2022 wurde mit den Leistungen des Kapitels 25 EBM ein Honorar in Höhe von ca. 5,2 Millionen Euro erzielt. Mit Einführung des K25-Volumens reduzierte sich das erwirtschaftete Honorar in den Quartalen 2 bis 4/2022 auf durchschnittlich ca. 3,8 Millionen Euro.

Weiterentwicklung der PZV

Entsprechend der Regelungen des HVM ergeben sich die arztindividuellen PZV bei PZV-Überschreitungen aus dem bisherigen PZV zzgl. eines etwaigen Zugewinnvolumens, bei Unterschreitungen dagegen wird dieses gegebenenfalls reduziert.

Am Beispiel der Hausärzte haben in 2022 je Quartal durchschnittlich 666 Ärzte (32 Prozent) an der Zugewinnregelung in Höhe von durchschnittlich 7,1 Millionen Punkten partizipiert. Bei den Gynäkologen haben durchschnittlich je Quartal 132 Ärzte (30 Prozent) mit durchschnittlich 676.300 Punkten teilgenommen.

Von einer Reduktion bei Unterschreitung der PZV wurde aufgrund der Pandemie abgesehen.

Zudem gibt es für „unterdurchschnittliche Altpraxen“ eine gesonderte Zugewinnregelung. Nach dieser haben bei den Hausärzten im Durchschnitt je Quartal 242 Ärzte (11,6 Prozent) in Höhe von durchschnittlich 3 Millionen Punkten partizipiert, bei den Gynäkologen waren es durchschnittlich 27 Ärzte (6 Prozent) mit durchschnittlich 85.240 Punkten.

Tab. 13 | PZV-Durchschnitte und -Auslastungen über alle vier Quartale 2022 nach Arztgruppen

Arztgruppe	Durchschnittliche PZV, gewichtet nach Teilnahmeumfang in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
	Jahr 2022	Jahr 2021	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2022	Jahr 2021	In % ggü. Vorjahr
Anästhesisten	83.560	86.968	-3,9	97	93	4,2
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	19.352	19.941	-3,0	126	126	-0,1
Augenärzte mit 06225	207.318	207.822	-0,2	99	98	0,2
Augenärzte ohne 06225	151.849	159.873	-5,0	100	107	-7,1
Chirurgen	140.059	142.595	-1,8	91	96	-5,4
Endokrinologen	207.510	218.008	-4,8	113	95	19,0
Fachinternisten ohne Schwerpunkt	218.047	211.828	2,9	88	95	-7,8
Gastroenterologen	154.749	156.056	-0,8	99	102	-3,5
Gynäkologen	195.632	196.297	-0,3	96	100	-3,6
Hausärzte	411.521	403.626	2,0	104	103	0,7
Hautärzte	218.653	212.913	2,7	97	100	-3,5
HNO-Ärzte	282.173	280.809	0,5	104	103	0,2
Humangenetiker	63.809	65.922	-3,2	88	94	-6,3
Kardiologen und Angiologen	428.631	417.684	2,6	108	111	-3,2
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	22.594	22.746	-0,7	117	120	-3,0
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	347.763	356.170	-2,4	100	102	-1,6
Kinder- und Jugendpsychiater ohne Sozialpsychiatrie	217.108	213.085	1,9	98	96	1,9
Kinderärzte	377.330	369.078	2,2	107	103	4,2
Kinderkardiologen	484.012	480.750	0,7	98	97	0,6
Kinderpneumologen	552.800	528.532	4,6	103	102	1,6
Labormediziner	17.251	18.143	-4,9	477	369	29,0
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen	11.413	11.208	1,8	121	117	3,9
Nephrologen	47.141	47.872	-1,5	84	90	-6,7
Nervenärzte	446.175	432.678	3,1	99	101	-2,4

Arztgruppe	Durchschnittliche PZV, gewichtet nach Teilnahme- umfang in Punkten		Veränderung PZV	PZV-Auslastung in Prozent		Veränderung Auslastung
	Jahr 2022	Jahr 2021	In % ggü. Vorjahr	Jahr 2022	Jahr 2021	In % ggü. Vorjahr
Neurochirurgen	161.126	165.454	-2,6	93	99	-5,9
Neurologen	347.226	337.436	2,9	98	100	-1,8
Nuklearmediziner	530.657	563.526	-5,8	100	106	-5,8
Onkologen	368.202	374.154	-1,6	114	115	0,0
Orthopäden	270.506	278.498	-2,9	90	96	-6,3
Pathologen	590.394	606.539	-2,7	111	114	-3,0
Phoniaten	81.139	80.969	0,2	90	93	-3,2
Physikalisch-Rehabilitative Mediziner	261.132	268.444	-2,7	85	95	-11,2
Pneumologen	348.531	350.613	-0,6	107	109	-1,0
Psychiater	255.279	239.656	6,5	95	100	-5,0
Psychologische Psychotherapeuten	19.102	18.831	1,4	121	125	-2,9
Psychotherapeutische Mediziner	32.501	33.496	-3,0	103	107	-4,1
Radiologen	743.060	745.527	-0,3	105	106	-0,9
Rheumatologen	204.579	355.982	-42,5	97	104	-6,2
Strahlentherapeuten	16.722	16.615	0,6	102	106	-3,1
Urologen	202.662	201.097	0,8	102	107	-4,2

Was ist neu im EBM?



© istock.com/marchmeena29

Hygienezuschläge

Seit dem 1. Januar 2022 erhalten alle Haus- und Fachärzte bei direktem Patientenkontakt einen Hygienezuschlag aufgrund des allgemein gestiegenen Hygieneaufwandes in Praxen. Die Zuschlagshöhe ist für alle Fachgruppen einheitlich, da sich die allgemeinen Hygienekosten je Behandlungsfall nur unwesentlich unterscheiden. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wurde hierfür in Schleswig-Holstein um ca. 863.000 Euro pro Quartal basiswirksam erhöht.

	Anzahl der Zuschläge in 2022	Vergütung in Euro in 2022
Hausärzte	7.631.784	1.665.149
Fachärzte	7.345.450	1.648.647
Gesamt	14.977.234	3.313.796

Beratung zur Organ- und Gewebespende

Haus- und Kinderärzte können ihre Patienten seit dem 1. März 2022 bei Bedarf alle zwei Jahre über die Organ- und Gewebespende beraten. Laut dem Transplantationsgesetz sollen ab März 2022 Patienten regelmäßig darauf hingewiesen werden, dass sie mit Vollendung des 16. Lebensjahres eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abgeben, ändern und widerrufen und mit Vollendung des 14. Lebensjahres einer Organ- und Gewebespende widersprechen können. Der damit verbundene Beratungsaufwand wird über die extrabudgetäre GOP 01480 abgebildet. Berechnungsfähig ist sie nur von Ärzten, die Leistungen der Kapitel 3 und/oder 4 EBM abrechnen dürfen.

	Anzahl der Leistungen in 2022	Vergütung in Euro in 2022
Beratung über Organ- und Gewebespenden gemäß § 2 Abs. 1a TPG	72.217	528.521

Pränataldiagnostik zur Bestimmung des Trisomie-Risikos

Seit dem 1. Juli 2022 kann in begründeten Einzelfällen der vorgeburtliche Bluttest auf die Trisomien 13, 18 und 21 zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden. Die Beratung vor der Testung sowie bei Vorliegen eines positiven Ergebnisses wird über die extrabudgetären GOP 01789 bzw. 01790 abgebildet und darf von Fachärzten für Gynäkologie mit Qualifikation „fachgebundene genetische Beratung“, Fachärzten für Humangenetik oder auf dem Fachgebiet entsprechend qualifizierten Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik abgerechnet werden. Die Laboruntersuchung fetaler DNA aus mütterlichem Blut nach der GOP 01870 kann von Fachärzten für Humangenetik oder Fachärzten für Laboratoriumsmedizin durchgeführt und abgerechnet werden.

GOP	Anzahl der Leistungen im 2. Halbjahr 2022	Vergütung in Euro im 2. Halbjahr 2022
01789	21.446	202.783
01790	102	1.906
01870	44	8.140
Gesamt	21.592	212.829

Telemonitoring Herzinsuffizienz

Die Versorgung von Patienten mit einer fortgeschrittenen Herzinsuffizienz kann seit dem 1. Januar 2022 durch Telemonitoring und eine lückenlose Betreuung verbessert werden. Dabei arbeiten primär behandelnde Ärzte (PBA) mit Kardiologen in der Funktion eines telemedizinischen Zentrums (TMZ) eng zusammen. Für die PBA wurde eine Leistung zur Indikationsstellung und Aufklärung der Patienten (GOP 03325, 04325, 15578) sowie eine Zusatzpauschale für die Betreuung der Patienten (GOP 03326, 04326, 13579) aufgenommen. Die TMZ rechnen das Telemonitoring über die neuen GOP 13583 bis 13587 ab. Die Erstattung sämtlicher Kosten im Zusammenhang mit der Geräteversorgung der Patienten durch das TMZ erfolgt über die neue Kostenpauschale 40910. Die Vergütung der neuen Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

GOP	Anzahl der Leistungen in 2022	Vergütung in Euro in 2022
Leistungen des PBA	176	2.352
Leistungen des TMZ	535	55.689
Kostenpauschale 40910	21	1.428
Gesamt	729	59.469

Der Wald und die Bäume – Sonderthema Pauschalen

Im Laufe der Zeit hat eine Vielzahl von Pauschalen Eingang in den EBM gefunden. Erstens dienen sie der Vereinfachung der Abrechnung durch Zusammenfassung verschiedener Einzelleistungen. Zweitens berücksichtigen sie den höheren Aufwand für besondere Patientengruppen. Und drittens grenzen sie Arztgruppen oder Teile innerhalb einer Arztgruppe honorarpolitisch und vergütungstechnisch voneinander ab. Hier beschreiben wir einige Bäume im EBM-Wald und zeigen ihre wirtschaftliche Bedeutung für die Arztgruppen.

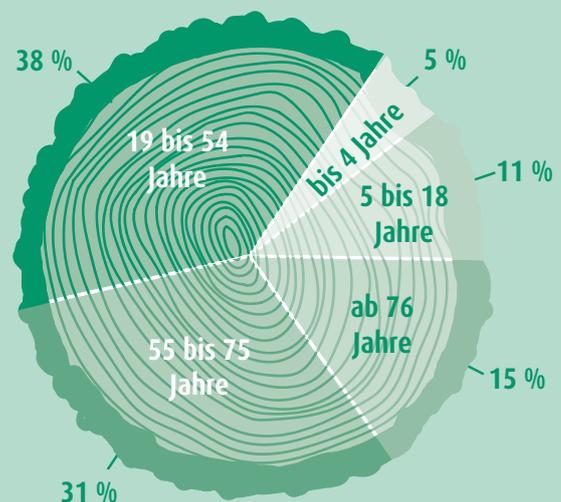


Versichertenpauschalen

Die Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich werden in jedem kurativen Behandlungsfall mit einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt angesetzt. Ausgenommen sind daher reine Präventionsfälle und Behandlungsfälle, in denen kein persönlicher Kontakt stattfindet. Die Versichertenpauschalen machen rund 26 Prozent des hausärztlichen Umsatzes aus. Sie sind nach fünf Altersgruppen der Patienten differenziert und berücksichtigen so den unterschiedlichen Behandlungsaufwand.

Fachgleiche Ärzte einer Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ) dürfen nur eine Versichertenpauschale im Behandlungsfall ansetzen. Um den Nachteil gegenüber Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften auszugleichen, erhalten Hausärzte bei gemeinsamer Behandlung im Fall einen 22,5 Prozent-Aufschlag auf die jeweilige Versichertenpauschale.

Anzahl der Versichertenpauschalen nach Alter

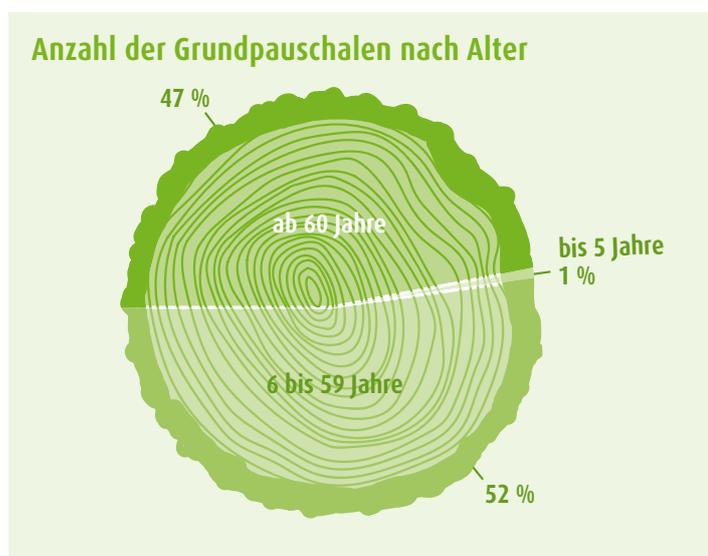


Grundpauschalen

Im fachärztlichen Versorgungsbereich finden sich für die meisten Arztgruppen Grundpauschalen. Sie sind ähnlich den Versichertenpauschalen angelegt, unterscheiden jedoch höchstens drei Altersgruppen der Patienten.

Grundpauschalen gibt es zudem in besonderen, meist arztgruppenübergreifenden Leistungsbereichen. So zum Beispiel in der Schmerztherapie. Bei einer schmerztherapeutischen Behandlung setzt die Praxis, egal ob sie dem hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich angehört, die GOP 30700 an. Sie ist nicht nach Alter des Patienten gestaffelt.

Fachgleiche Ärzte einer Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft oder MVZ) erhalten einen 10-Prozent-Aufschlag, um den Nachteil gegenüber Einzelpraxen und Praxisgemeinschaften auszugleichen.



Konsiliarpauschalen

Diese Pauschalenart gilt für die Arztgruppen, die nahezu ausschließlich auftragsbezogen tätig sind. Im Wesentlichen sind es Labormediziner und Radiologen. Die Konsiliarpauschale wird von der Praxis in den Auftragsfällen angesetzt. Weil die – in der Regel technischen Leistungen und damit verbundenen Kosten – den größten Teil des Umsatzes dieser Gruppen ausmachen, sollen Konsiliarpauschalen den direkten ärztlichen Aufwand repräsentieren. Somit steuern sie einen vergleichsweise geringen Anteil zur Vergütung der Gruppen bei.

Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung (PFG)

Die Pauschalen der fachärztlichen Grundversorgung fanden 2013 Eingang in den EBM. Vorausgegangen waren honorarpolitische Forderungen, die fachärztliche Grundversorgung gegenüber den speziellen und aufwendigen Behandlungen zu fördern und zu stützen. Damit diese Förderung auch verlässlich bleibt, ist in den Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung für die PFG ein gesondertes Honorarvolumen innerhalb des fachärztlichen Bereichs vorgeschrieben, aus dem sie zu vergüten ist.

Die Ansetzung der PFG wird in 4.3.18 der Allgemeinen Bestimmungen EBM eindeutig definiert. In Behandlungsfällen, in denen Leistungen erbracht werden, die gemäß der Kennzeichnung des Anhangs 3 des EBM nicht der fachärztlichen Grundversorgung zugerechnet werden, z. B. Ambulantes/belegärztliches Operieren, bildgebende Verfahren, antragsgebundene Psychotherapie, kann der PFG-Zuschlag nicht berechnet bzw. von der KV zugesetzt werden. War die erstmalige Einführung der PFG allein aus der

Umschichtung fachärztlicher Vergütungsanteile finanziert, konnte die KBV in Honorarverhandlungen auch eine Beteiligung der Kassen erwirken. Daher gibt es seit 2015 auch extrabudgetäre Zuschläge zu den PFG.

Strukturpauschalen

Mit diesen GOP werden versorgungsspezifische Akzente im EBM gesetzt. Strukturpauschalen können in bestimmten Fallkonstellationen oder bei einer speziellen Ausrichtung der Praxis angesetzt werden.

Ein gutes Beispiel ist die GOP 06225 im augenärztlichen EBM-Kapitel. Sie wurde eingeführt, um die konservative Augenheilkunde gegenüber der zunehmenden operativen Tätigkeit zu attraktivieren. Dazu wurden per Beschluss des Bewertungsausschusses die Bewertungen der augenärztlichen Grundpauschalen abgesenkt und mit der „freiwerdenden“ Punktzahl die GOP 06225 kalkuliert. Augenärzte, die ambulante oder belegärztliche Operationen durchführen, sind von der Ansetzung der 06225 im gesamten Quartal ausgeschlossen. Sie ist damit ein arztbezogenes K.-o.-Kriterium.

Im Kapitel 30.7 des EBM (Schmerztherapie) findet sich neben der Grundpauschale GOP 30700 auch die GOP 30704. Sie darf nur von Praxen angesetzt werden, die nach Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten tätig sind. Damit verbunden ist unter anderem ein Mindestanteil von 75 Prozent an speziell schmerztherapeutischen Fällen.

Die Zusatzpauschale 03040 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß Paragraf 73 Abs. 1 SGB V (Vorhaltepauschale) für Hausärzte und 04040 für Kinderärzte wirken dagegen fallbezogen. In ihnen leben die K.-o.-Kriterium für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung weiter. Werden Leistungen, wie z. B. antragsgebundene Psychotherapie, Akupunktur oder Schmerztherapie im Behandlungsfall abgerechnet, wird im Regelwerk der KV die Vorhaltepauschale abgesetzt. Bei Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Vertragsarzt wird die Vorhaltepauschale um 13 Punkte angehoben, bei unter 400 Behandlungsfällen um 13 Punkte abgesenkt.

Zuschläge

Zu den Versicherten- und Grundpauschalen gibt es darüber hinaus Zuschläge. Einige sind, wie z. B. der Hygienezuschlag, jeder Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale zuzusetzen. Andere Zuschläge sollen einen erhöhten Aufwand, der in der eigentlichen Pauschale nicht abgebildet ist, berücksichtigen. Im hausärztlichen Bereich ist es im Wesentlichen der Zuschlag für die Behandlung eines chronisch kranken Patienten. Für den Ansatz der „Chronikerpauschale“ gelten die gleichen besonderen Bedingungen wie bereits bei der Vorhaltepauschale beschrieben. Im fachinteristischen Bereich sind die jeweiligen Schwerpunkte neben ihren spezifischen Einzelleistungen ebenfalls über Zuschläge definiert.

Sonstige

Im Unterholz des EBM-Walds finden wir eine Vielzahl kleinerer Zuschläge und Pauschalen, die für einige Arztgruppen von Bedeutung sind. Unter anderem sind es die Zuschläge für die Beschäftigung von nichtärztlichen Praxisassistentinnen (NäPa), bei Kinderärzten, Zuschläge für Sozialpädiatrie und Zuschläge für HVM-gestützte Leistungen, TSS-Zuschläge und die wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3. EBM. Wir fassen diese als „Sonstige“ zusammen.

Ergebnis und Ausblick für die Honorarverteilung

Für alle Arztgruppen haben wir den Vergütungsanteil der Pauschalen und Zuschläge am gesamten Leistungsbedarf ermittelt. Es gehen sowohl MGVL-Leistungen als auch extrabudgetäre Leistungen in die Betrachtung ein. Die Grafik zeigt deutliche Unterschiede im Pauschalierungsgrad der Arztgruppen. Die geringsten Pauschalierungen weisen die Gruppen auf, die hauptsächlich im Auftrag anderer Ärzte diagnostizieren oder befunden. Das sind Radiologen, Laborärzte und Pathologen.

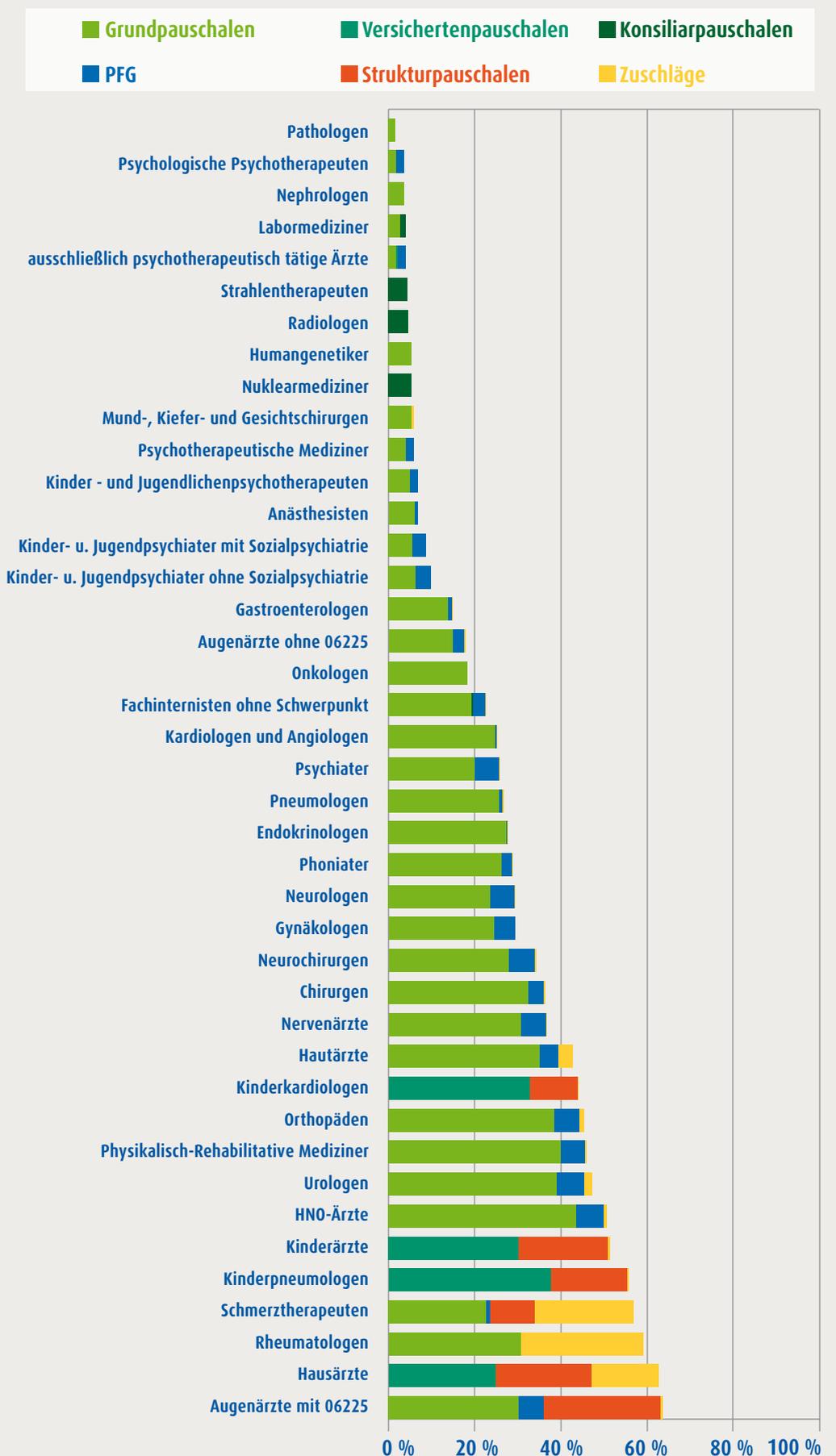
Den höchsten Pauschalierungsgrad besitzen die ausschließlich konservativ tätigen Augenärzte mit rund 64 Prozent, gefolgt von Hausärzten und Rheumatologen. Im mittleren Bereich befinden sich grundversorgende Facharztgruppen mit einem höheren ärztlichen Leistungsanteil. Überwiegend technische Fächer weisen die geringeren Pauschalierungsgrade auf. Die fachinternistischen Schwerpunkte liegen im mittleren Bereich.

Die Honorarverteilung der KVSH hatte sich 2013 von dem Fallbezug der Regelleistungsvolumen (RLV) gelöst und das Modell eines individuellen Punktzahlvolumens (PZV) gewählt. Zwar berücksichtigte das RLV-Modell den Fallzahlzuwachs einer Praxis, konnte jedoch den Gruppenfallwert nie stabil halten.

Das PZV-Modell bietet den Praxen ein Höchstmaß an Kalkulierbarkeit. Die Entwicklungsmöglichkeiten junger Praxen sind in einem solchen Modell jedoch begrenzt, weil für sie der Gruppendurchschnitt häufig der limitierende Faktor ist. Im Umkehrschluss fundamentieren PZV die Besitzstandswahrung der etablierten Praxen.

Mit dem Herauslösen von Versicherten- und Grundpauschalen aus den PZV verfolgt die KVSH seit dem 1. Juli 2023 den Ansatz, mehr Dynamik zu berücksichtigen, ohne die Einzelleistungen einem Preisverfall auszusetzen.

Anteil Pauschalen an der Gesamtvergütung



TABELLENVERZEICHNIS

	SEITE		SEITE
MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL)	26	KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN.....	46
ANÄSTHESISTEN.....	27	LABORATORIUMSMEDIZINER	47
ANDERE AUSSCHL. PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE..	28	MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN	48
AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG	29	NEPHROLOGEN	49
AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG.....	30	NERVENÄRZTE.....	50
CHIRURGEN.....	31	NEUROCHIRURGEN.....	51
FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN	32	NEUROLOGEN.....	52
FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT.....	33	NUKLEARMEDIZINER	53
GASTROENTEROLOGEN	34	ONKOLOGEN	54
GYNÄKOLOGEN	35	ORTHOPÄDEN	55
HAUSÄRZTE.....	36	PATHOLOGEN	56
HAUTÄRZTE	37	PHONIATER UND PÄDAUDIOLOGEN	57
HNO-ÄRZTE	38	PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER.....	58
HUMANGENETIKER.....	39	PNEUMOLOGEN.....	59
KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN.....	40	PSYCHIATER	60
KINDERKARDIOLOGEN.....	41	PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN.....	61
KINDERPNEUMOLOGEN	42	RADIOLOGEN	62
KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE).....	43	RHEUMATOLOGEN	63
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	44	STRAHLENTHERAPEUTEN	64
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG	45	UROLOGEN.....	65

MUSTERARZTGRUPPE (BEISPIEL)

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

Kenngrößen der Arztgruppe

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

Tätigkeitsumfang

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

Fallzahl

Die hier ausgewiesenen Fallzahlen sind die Summe der ambulanten, präventiven und belegärztlichen GKV-Behandlungsfälle. Ausgenommen sind die Fallzahlen des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes.

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen

GKV-Umsatz

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

Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV			
MGV Budgetbereich			
MGV außerhalb Budgetbereich			
Gesamtumsatz			

GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen

Das Kreisdiagramm in Zahlen

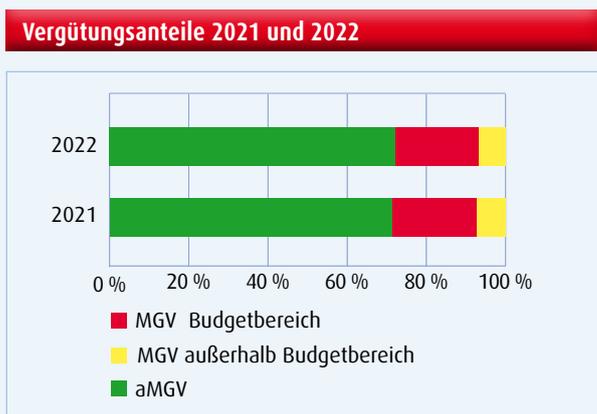
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

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

Budgetrelevante Leistungen

Leistungen, die innerhalb der PZV vergütet werden.

Durchschnittlicher Fallwert



ANÄSTHESISTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	106		0,0
Anzahl der Ärzte	134		4,7
Gesamtumsatz in Euro	4.674.243	18.696.972	-1,8
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	44.097	176.387	-1,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	34.883	139.530	-6,2
Gesamtfallzahl	26.328	105.313	-1,2
Fallwert in Euro	177,54		

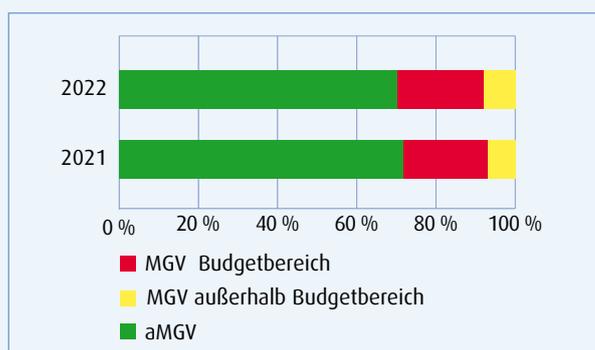
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	13.122.094	70,2	-3,8
MGV Budgetbereich	4.087.345	21,8	0,1
MGV außerhalb Budgetbereich	1.487.533	8,0	14,0
Gesamtumsatz	18.696.972	100,0	-1,8

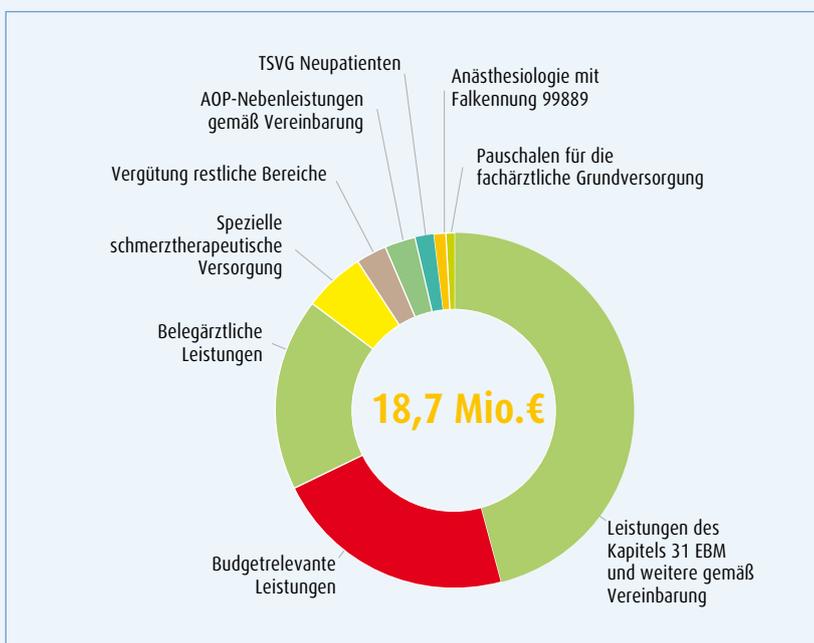
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	6.467	25	258,68
TSS-Akutfall	-	-	-
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.151	5	230,20
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	310.833	1.517	204,90
Gesamt	318.451	1.547	205,85

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	8.569.040	45,9	-5,2
Budgetrelevante Leistungen	4.087.345	21,9	0,1
Belegärztliche Leistungen	3.317.585	17,7	-0,5
Spezielle schmerztherapeutische Versorgung	1.031.746	5,5	16,7
Vergütung restliche Bereiche	530.158	2,8	-1,4
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	512.446	2,7	-4,9
TSVG Neupatienten	310.833	1,7	3,7
Anästhesiologie mit Falkenkennung 99889	211.862	1,1	3,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	125.957	0,7	25,5
Summe	18.696.972	100,0	

ANDERE AUSSCHLIESSLICH PSYCHOTHERAPEUTISCH TÄTIGE ÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	Ø pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2019
Tätigkeitsumfang der Ärzte	72		2,9
Anzahl der Ärzte	108		3,8
Gesamtumsatz in Euro	2.386.319	9.545.277	4,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	33.143	132.573	1,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	22.096	88.382	0,3
Gesamtfallzahl	5.837	23.347	5,7
Fallwert in Euro	408,83		

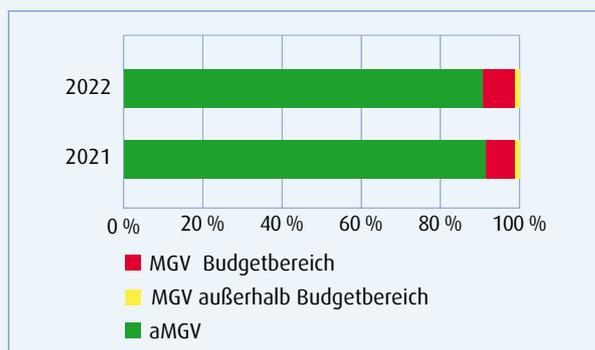
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	8.651.254	90,6	3,5
MGV Budgetbereich	772.542	8,1	11,3
MGV außerhalb Budgetbereich	121.481	1,3	15,0
Gesamtumsatz	9.545.277	100,0	4,2

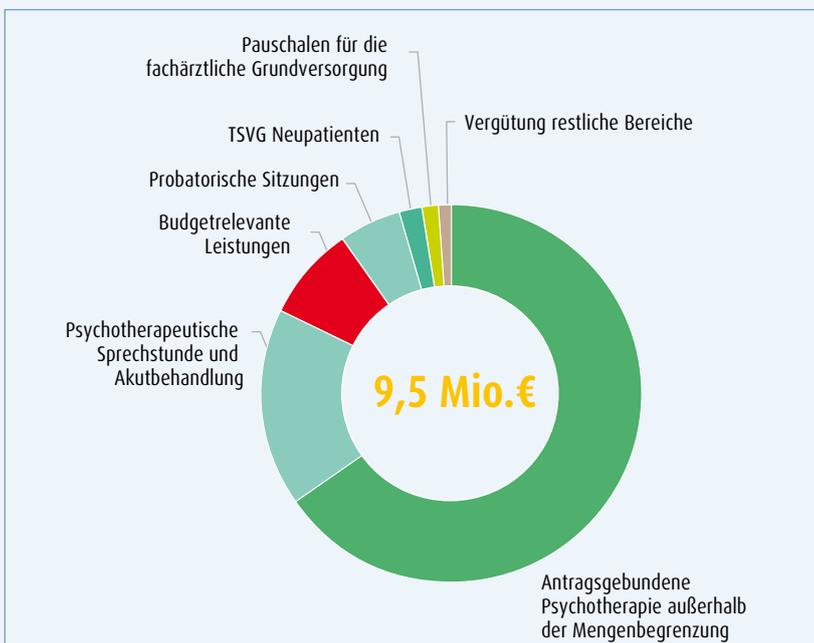
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	49.974	952	52,49
TSS-Akutfall	1.047	16	65,44
Hausarzt-Vermittlungsfall	917	10	91,70
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	176.046	3.012	58,45
Gesamt	227.984	3.990	57,14

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	6.242.537	65,5	1,4
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.605.402	16,8	13,7
Budgetrelevante Leistungen	772.542	8,1	11,3
Probatorische Sitzung	517.039	5,4	6,3
TSVG Neupatienten	176.046	1,8	-1,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	123.943	1,3	13,5
Vergütung restliche Bereiche	107.768	1,1	-12,8
Summe	9.545.277	100,0	

AUGENÄRZTE, AUSSCHLIESSLICH KONSERVATIV TÄTIG

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	156		1,3
Anzahl der Ärzte	190		2,2
Gesamtumsatz in Euro	10.200.260	40.801.040	6,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	65.386	261.545	4,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	53.686	214.742	3,9
Gesamtfallzahl	209.744	838.976	1,6
Fallwert in Euro	48,63		

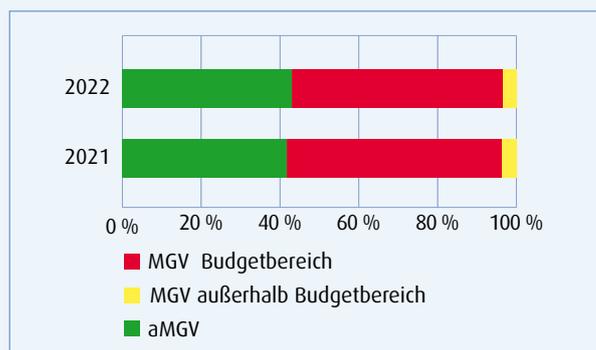
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	17.519.916	42,9	9,6
MGV Budgetbereich	21.857.411	53,6	3,8
MGV außerhalb Budgetbereich	1.423.713	3,5	3,0
Gesamtumsatz	40.801.040	100,0	6,1

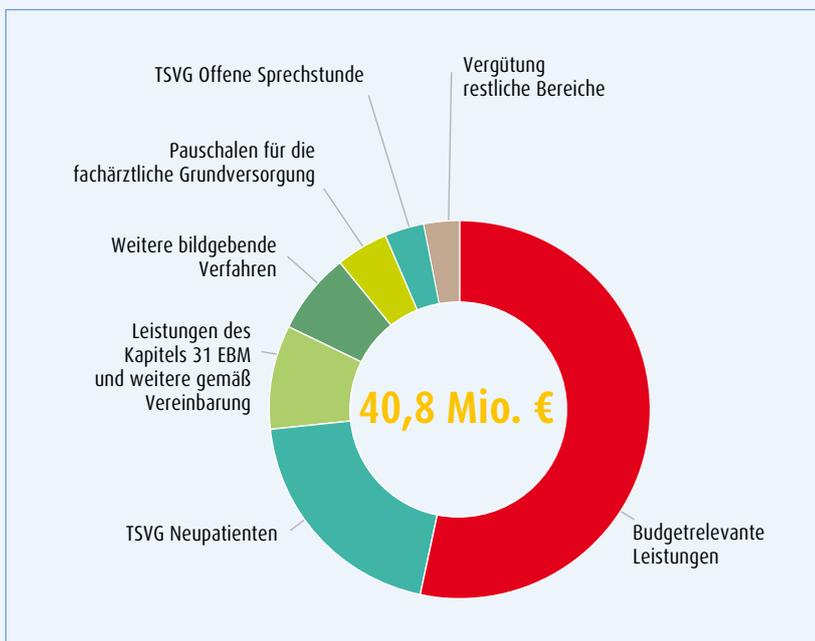
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	5.570	125	44,56
TSS-Akutfall	8.910	203	43,89
Hausarzt-Vermittlungsfall	3.243	81	40,04
Offene Sprechstunde	1.353.107	36.569	37,00
Neupatient	8.083.155	199.607	40,50
Gesamt	9.453.985	236.585	39,96

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	21.857.411	53,6	3,8
TSVG Neupatienten	8.083.155	19,8	3,6
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	3.672.444	9,0	6,1
Weitere bildgebende Verfahren	2.814.592	6,9	29,5
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.839.006	4,5	2,4
TSVG Offene Sprechstunde	1.353.107	3,3	3,1
Vergütung restliche Bereiche	1.181.325	2,9	42,9
Summe	40.801.040	100,0	

AUGENÄRZTE, OPERATIV TÄTIG

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	35		2,9
Anzahl der Ärzte	49		4,3
Gesamtumsatz in Euro	3.363.279	13.453.115	-7,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	96.094	384.375	-10,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	68.638	274.553	-11,4
Gesamtfallzahl	36.865	147.459	-4,9
Fallwert in Euro	91,23		

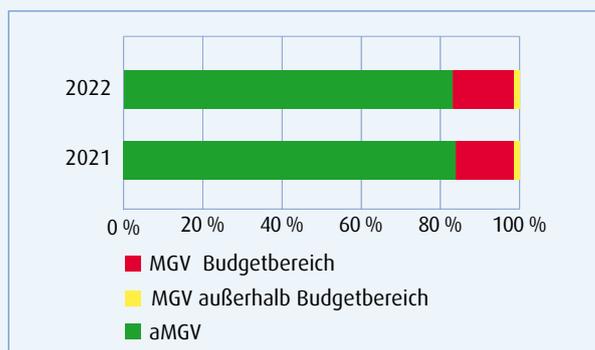
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	11.160.514	82,9	-8,7
MGV Budgetbereich	2.105.770	15,7	-2,0
MGV außerhalb Budgetbereich	186.831	1,4	-4,8
Gesamtumsatz	13.453.115	100,0	-7,7

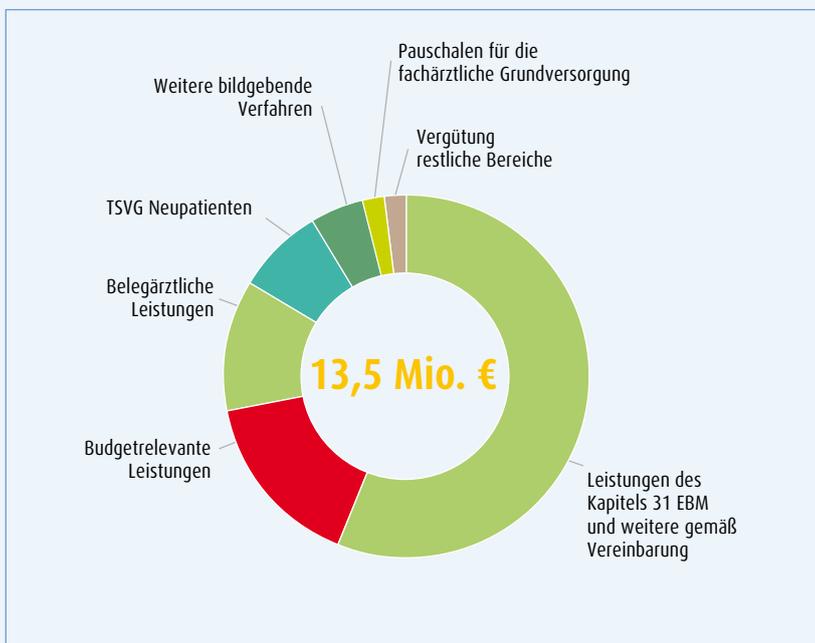
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	281	8	35,13
TSS-Akutfall	308	11	28,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	139	6	23,17
Offene Sprechstunde	85.751	4.009	21,39
Neupatient	1.044.053	39.751	26,26
Gesamt	1.130.532	43.785	25,82

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.592.124	56,3	-13,7
Budgetrelevante Leistungen	2.105.770	15,7	-2,0
Belegärztliche Leistungen	1.575.441	11,7	0,1
TSVG Neupatienten	1.044.053	7,8	-0,6
Weitere bildgebende Verfahren	644.946	4,8	39,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	263.349	2,0	-3,0
Vergütung restliche Bereiche	227.432	1,7	-14,4
Summe	13.453.115	100,0	

CHIRURGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	125		-2,3
Anzahl der Ärzte	156		-0,6
Gesamtumsatz in Euro	8.104.039	32.416.156	-2,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	64.832	259.329	-0,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	51.949	207.796	-2,0
Gesamtfallzahl	90.798	363.192	-3,7
Fallwert in Euro	89,25		

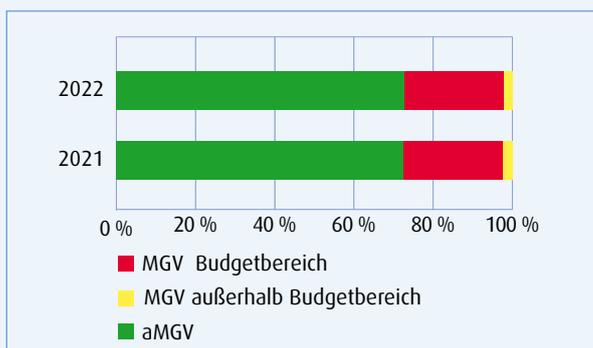
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	23.555.842	72,7	-2,3
MGV Budgetbereich	8.143.327	25,1	-2,5
MGV außerhalb Budgetbereich	716.986	2,2	-14,4
Gesamtumsatz	32.416.156	100,0	-2,6

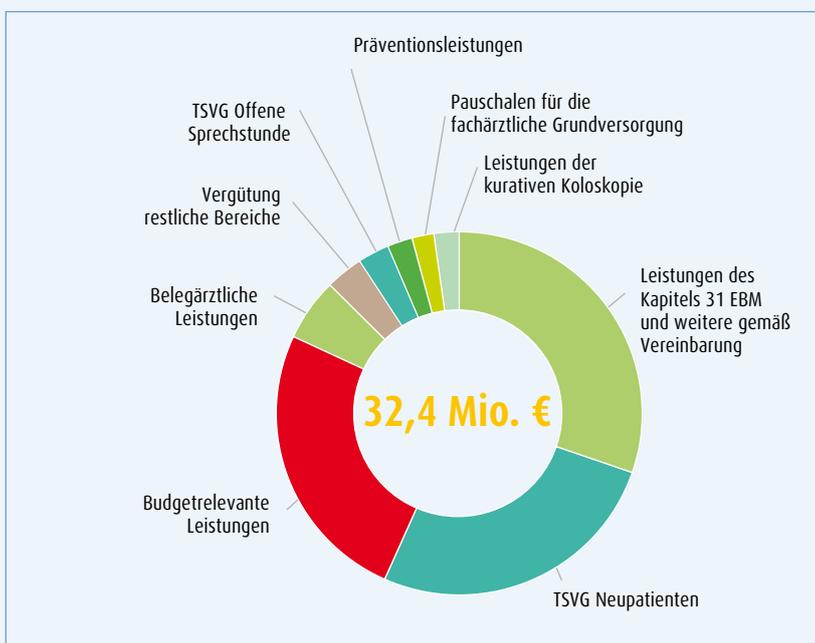
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	9.089	138	65,86
TSS-Akutfall	6.057	107	56,61
Hausarzt-Vermittlungsfall	62.352	1.106	56,38
Offene Sprechstunde	941.652	18.785	50,13
Neupatient	8.634.660	171.858	50,24
Gesamt	9.653.810	191.994	50,28

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	9.813.320	30,3	-2,0
TSVG Neupatienten	8.634.660	26,6	-4,2
Budgetrelevante Leistungen	8.143.327	25,1	-2,5
Belegärztliche Leistungen	1.837.000	5,7	-5,5
Vergütung restliche Bereiche	1.037.338	3,2	-8,4
TSVG Offene Sprechstunde	941.652	2,9	11,9
Präventionsleistungen	708.222	2,2	6,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	652.865	2,0	-4,7
Leistungen der kurativen Koloskopie	647.772	2,0	1,0
Summe	32.416.156	100,0	

FACHÄRZTE FÜR PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	63		-3,1
Anzahl der Ärzte	86		-1,1
Gesamtumsatz in Euro	2.154.497	8.617.987	-1,5
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	34.198	136.793	1,7
Ø Umsatz je Arzt in Euro	25.052	100.209	-0,3
Gesamtfallzahl	5.127	20.509	-0,9
Fallwert in Euro	420,23		

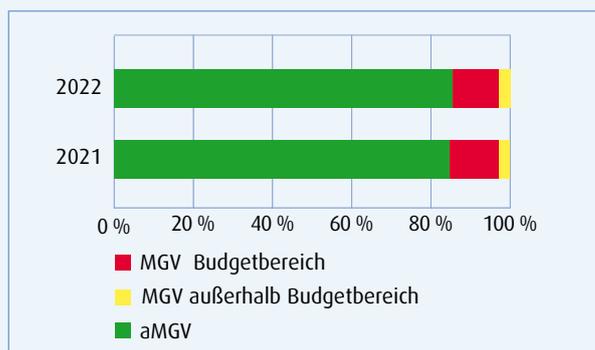
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	7.360.606	85,4	-0,7
MGV Budgetbereich	1.010.509	11,7	-5,8
MGV außerhalb Budgetbereich	246.872	2,9	-6,0
Gesamtumsatz	8.617.987	100,0	-1,5

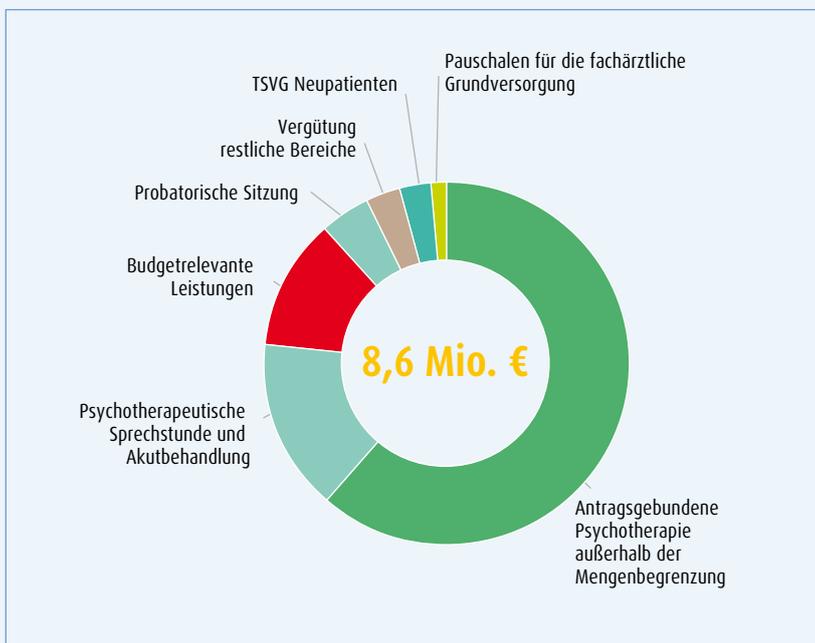
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	53.977	711	75,92
TSS-Akutfall	1.302	14	93,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.528	23	66,43
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	231.932	2.807	82,63
Gesamt	288.739	3.555	81,22

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	5.294.068	61,4	-1,8
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	1.318.691	15,3	3,0
Budgetrelevante Leistungen	1.010.509	11,7	-5,8
Probatorische Sitzung	393.053	4,6	-6,9
Vergütung restliche Bereiche	263.513	3,1	-5,8
TSVG Neupatienten	231.932	2,7	22,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	106.221	1,2	-4,7
Summe	8.617.987	100,0	

FACHINTERNISTEN OHNE SCHWERPUNKT

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	31		-6,1
Anzahl der Ärzte	34		-5,6
Gesamtumsatz in Euro	3.020.596	12.082.382	-6,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	97.439	389.754	-0,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	88.841	355.364	-0,7
Gesamtfallzahl	21.297	85.186	-8,1
Fallwert in Euro	141,83		

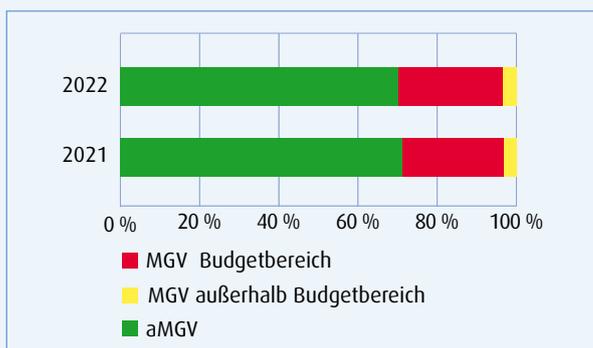
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	8.475.363	70,2	-7,6
MGV Budgetbereich	3.169.508	26,2	-3,4
MGV außerhalb Budgetbereich	437.511	3,6	1,6
Gesamtumsatz	12.082.382	100,0	-6,2

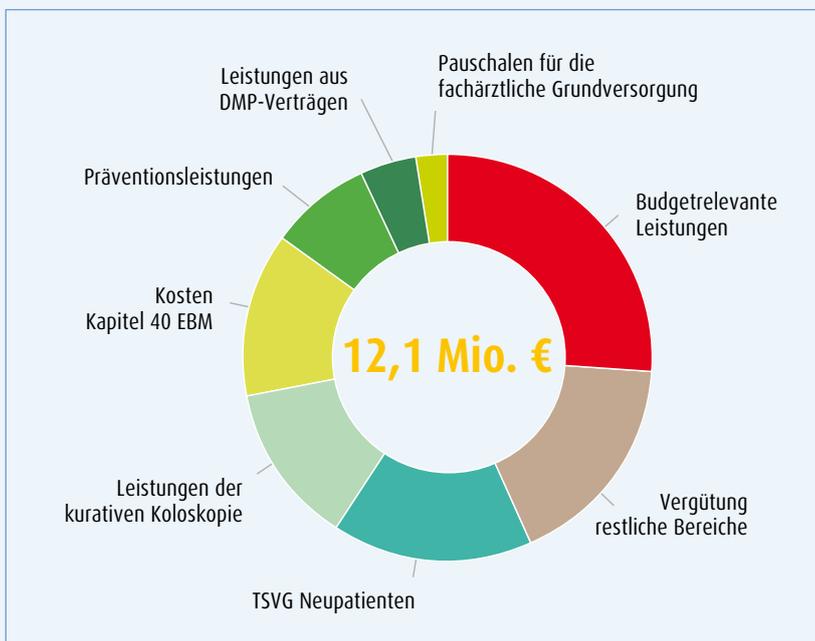
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	3.198	43	74,37
TSS-Akutfall	809	11	73,55
Hausarzt-Vermittlungsfall	22.536	238	94,69
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.935.076	31.650	61,14
Gesamt	1.961.619	31.942	61,41

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	3.169.508	26,2	-3,4
Vergütung restliche Bereiche	2.074.911	17,2	13,3
TSVG Neupatienten	1.935.076	16,0	-21,8
Leistungen der kurativen Koloskopie	1.552.091	12,8	-15,1
Kosten Kapitel 40 EBM	1.541.081	12,8	0,1
Präventionsleistungen	988.531	8,2	-10,7
Leistungen aus DMP-Verträgen	546.576	4,5	1,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	274.608	2,3	0,0
Summe	12.082.382	100,0	

GASTROENTEROLOGEN

Kenngroßen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	43		4,9
Anzahl der Ärzte	49		6,5
Gesamtumsatz in Euro	4.748.613	18.994.452	3,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	110.433	441.731	-1,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	96.911	387.642	-2,5
Gesamtfallzahl	32.853	131.412	3,2
Fallwert in Euro	144,54		

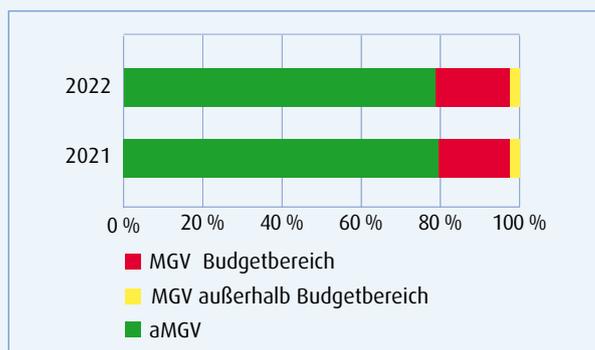
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	14.935.034	78,6	2,7
MGV Budgetbereich	3.596.644	19,0	9,7
MGV außerhalb Budgetbereich	462.773	2,4	-1,8
Gesamtumsatz	18.994.452	100,0	3,9

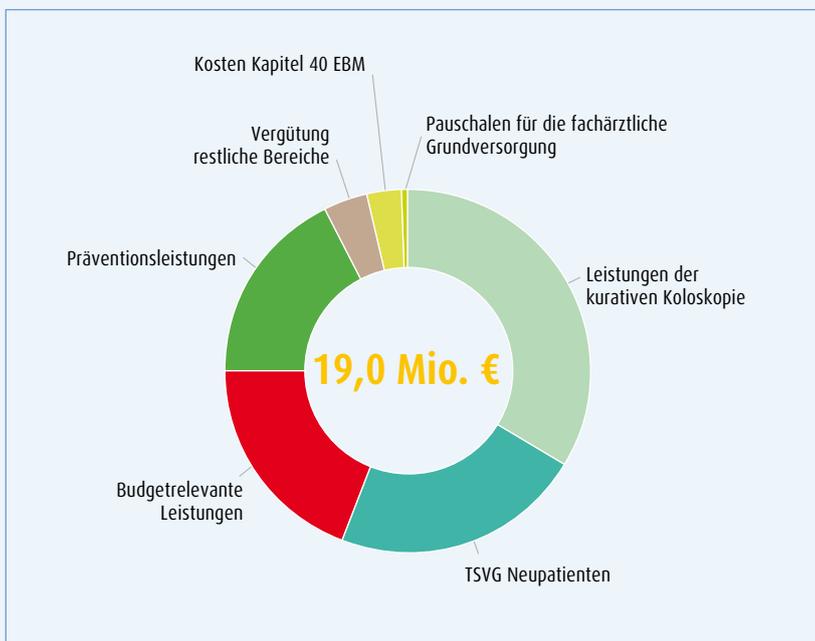
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	53.217	603	88,25
TSS-Akutfall	3.695	41	90,12
Hausarzt-Vermittlungsfall	15.939	211	75,54
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	4.260.865	67.155	63,45
Gesamt	4.333.716	68.010	63,72

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen der kurativen Koloskopie	6.413.167	33,7	4,2
TSVG Neupatienten	4.260.865	22,4	-2,9
Budgetrelevante Leistungen	3.596.644	18,9	9,7
Präventionsleistungen	3.333.764	17,6	6,6
Vergütung restliche Bereiche	713.078	3,8	2,7
Kosten Kapitel 40 EBM	582.947	3,1	4,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	93.987	0,5	12,1
Summe	18.994.452	100,0	

GYNÄKOLOGEN

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	332		0,6
Anzahl der Ärzte	385		1,6
Gesamtumsatz in Euro	21.449.682	85.798.727	-1,3
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	64.608	258.430	-1,9
Ø Umsatz je Arzt in Euro	55.714	222.854	-2,8
Gesamtfallzahl	386.235	1.544.938	-3,8
Fallwert in Euro	55,54		

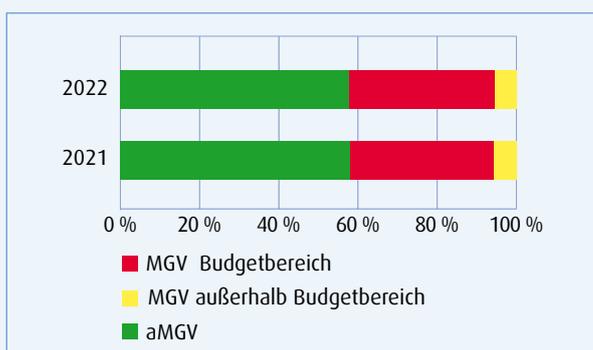
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	49.526.738	57,7	-1,6
MGV Budgetbereich	31.504.100	36,7	-0,5
MGV außerhalb Budgetbereich	4.767.889	5,6	-3,0
Gesamtumsatz	85.798.727	100,0	-1,3

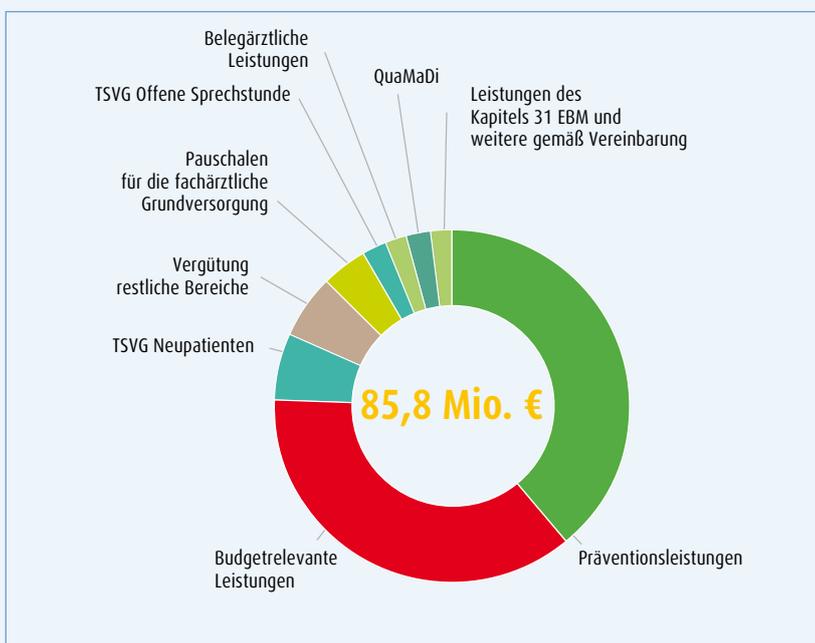
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	22.727	498	45,64
TSS-Akutfall	18.993	390	48,70
Hausarzt-Vermittlungsfall	11.837	266	44,50
Offene Sprechstunde	1.988.933	46.435	42,83
Neupatient	5.277.030	143.854	36,68
Gesamt	7.319.520	191.443	38,23

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Präventionsleistungen	33.500.940	39,0	-3,6
Budgetrelevante Leistungen	31.504.100	36,7	-0,5
TSVG Neupatienten	5.277.030	6,2	2,0
Vergütung restliche Bereiche	4.993.972	5,8	-0,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	3.400.637	4,0	-1,1
TSVG Offene Sprechstunde	1.988.933	2,3	26,7
Belegärztliche Leistungen	1.773.608	2,1	-11,3
QuaMaDi	1.716.950	2,0	-0,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.642.557	1,9	4,1
Summe	85.798.727	100,0	

HAUSÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	1.866		-0,4
Anzahl der Ärzte	2.003		0,2
Gesamtumsatz in Euro	117.440.776	469.763.102	1,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	62.937	251.749	1,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	58.633	234.530	0,9
Gesamtfallzahl	1.742.575	6.970.299	4,9
Fallwert in Euro	67,39		

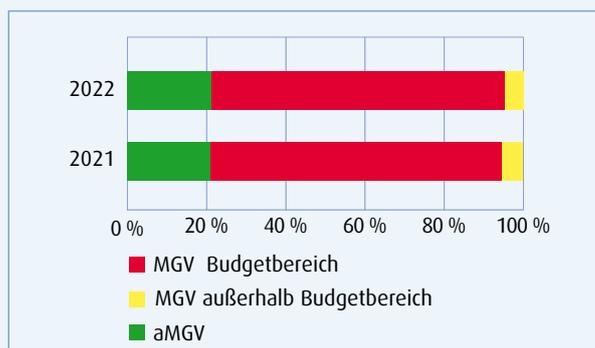
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	100.066.955	21,3	2,9
MGV Budgetbereich	347.877.154	74,1	1,7
MGV außerhalb Budgetbereich	21.818.993	4,6	-13,5
Gesamtumsatz	469.763.102	100,0	1,1

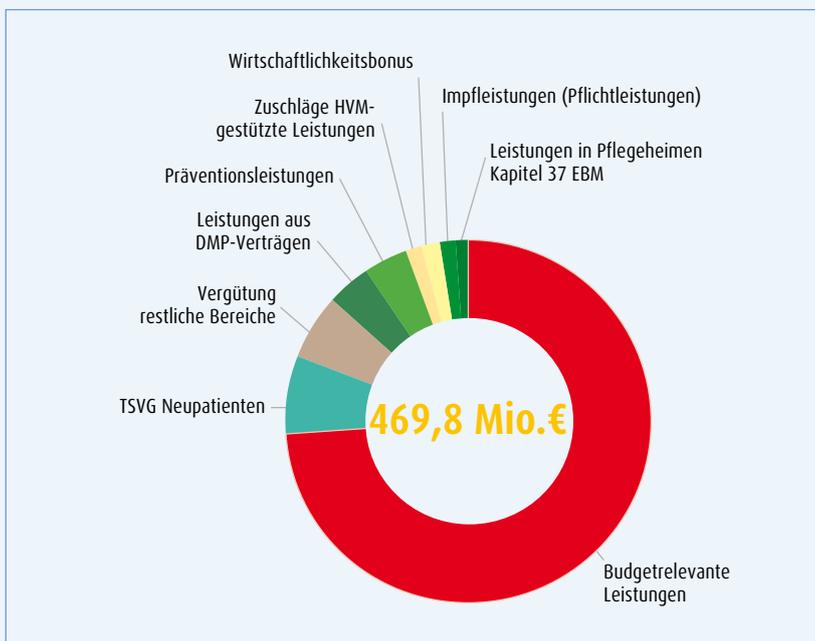
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	6.670	109	61,19
TSS-Akutfall	17.802	334	53,30
Hausarzt-Vermittlungsfall	92.037	8.526	10,79
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	33.138.324	709.687	46,69
Gesamt	33.254.833	718.656	46,27

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	347.877.153	74,0	1,7
TSVG Neupatienten	33.138.324	7,1	3,9
Vergütung restliche Bereiche	26.302.789	5,6	-6,5
Leistungen aus DMP-Verträgen	19.478.550	4,1	2,1
Präventionsleistungen	17.174.636	3,7	0,5
Zuschläge HVM-gestützte Leistungen	7.051.425	1,5	-15,3
Wirtschaftlichkeitsbonus	7.030.135	1,5	10,1
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	6.595.075	1,4	-0,5
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	5.115.015	1,1	3,1
Summe	469.763.102	100,0	

HAUTÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	119		0,0
Anzahl der Ärzte	140		2,2
Gesamtumsatz in Euro	7.969.236	31.876.943	1,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	66.968	267.873	1,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	56.923	227.692	-0,7
Gesamtfallzahl	174.035	696.138	-2,1
Fallwert in Euro	45,79		

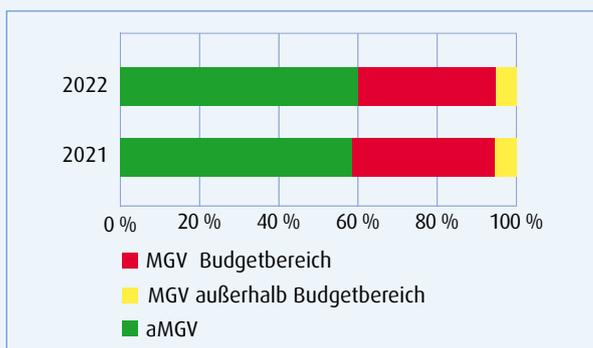
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	19.104.252	59,9	3,7
MGV Budgetbereich	11.140.627	35,0	-1,4
MGV außerhalb Budgetbereich	1.632.064	5,1	-3,8
Gesamtumsatz	31.876.943	100,0	1,4

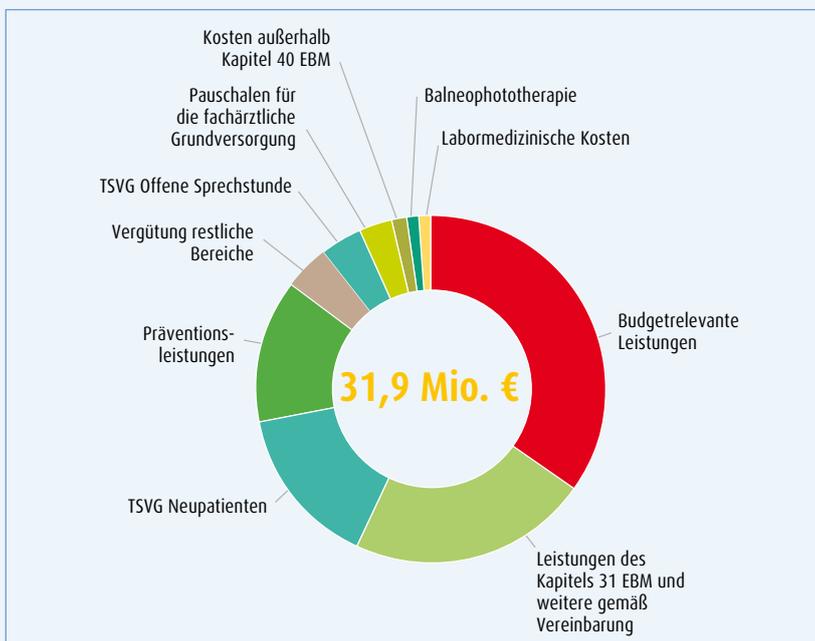
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	14.377	454	31,67
TSS-Akutfall	6.362	214	29,73
Hausarzt-Vermittlungsfall	12.594	425	29,63
Offene Sprechstunde	1.242.363	46.496	26,72
Neupatient	4.753.926	190.002	25,02
Gesamt	6.029.622	237.591	25,38

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	11.140.627	34,9	-1,4
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	7.092.819	22,3	4,2
TSVG Neupatienten	4.753.926	14,9	-1,6
Präventionsleistungen	4.244.213	13,3	6,0
Vergütung restliche Bereiche	1.294.655	4,1	6,1
TSVG Offene Sprechstunde	1.242.363	3,9	21,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	997.780	3,1	-2,2
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	452.728	1,4	-5,0
Balneophototherapie	334.865	1,1	-11,4
Labormedizinische Kosten	322.967	1,0	-12,4
Summe	31.876.943	100,0	

HNO-ÄRZTE

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	125		0,8
Anzahl der Ärzte	139		2,2
Gesamtumsatz in Euro	9.283.934	37.135.734	6,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	74.272	297.086	5,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	66.791	267.164	3,8
Gesamtfallzahl	169.005	676.020	5,1
Fallwert in Euro	54,93		

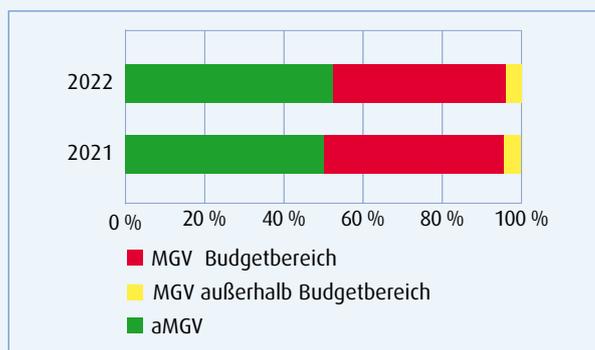
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	19.473.352	52,4	10,7
MGV Budgetbereich	16.144.196	43,5	2,0
MGV außerhalb Budgetbereich	1.518.186	4,1	-4,6
Gesamtumsatz	37.135.734	100,0	6,1

TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	6.304	90	70,04
TSS-Akutfall	15.957	289	55,21
Hausarzt-Vermittlungsfall	84.008	1.668	50,36
Offene Sprechstunde	3.091.941	65.107	47,49
Neupatient	11.037.767	210.644	52,40
Gesamt	14.235.977	277.798	51,25

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	16.144.196	43,6	2,0
TSVG Neupatienten	11.037.767	29,7	3,2
TSVG Offene Sprechstunde	3.091.941	8,3	52,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.605.920	4,3	3,8
Polysomnografie	1.598.694	4,3	11,2
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.426.426	3,8	17,3
Belegärztliche Leistungen	1.145.407	3,1	-1,9
Vergütung restliche Bereiche	1.085.383	2,9	0,1
Summe	37.135.734	100,0	

HUMANGENETIKER

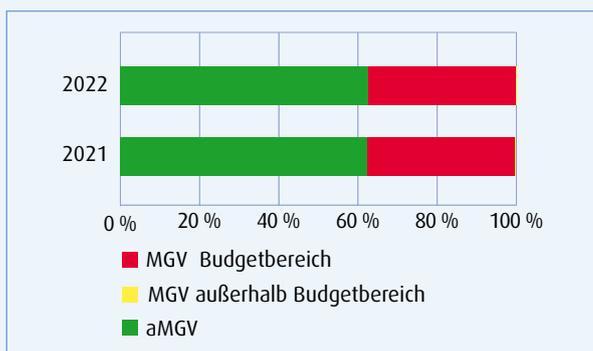
Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	6		20,0
Anzahl der Ärzte	8		0,0
Gesamtumsatz in Euro	1.383.073	5.532.293	-6,8
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	230.512	922.049	-22,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	172.884	691.537	-6,8
Gesamtfallzahl	2.477	9.909	0,1
Fallwert in Euro	558,37		

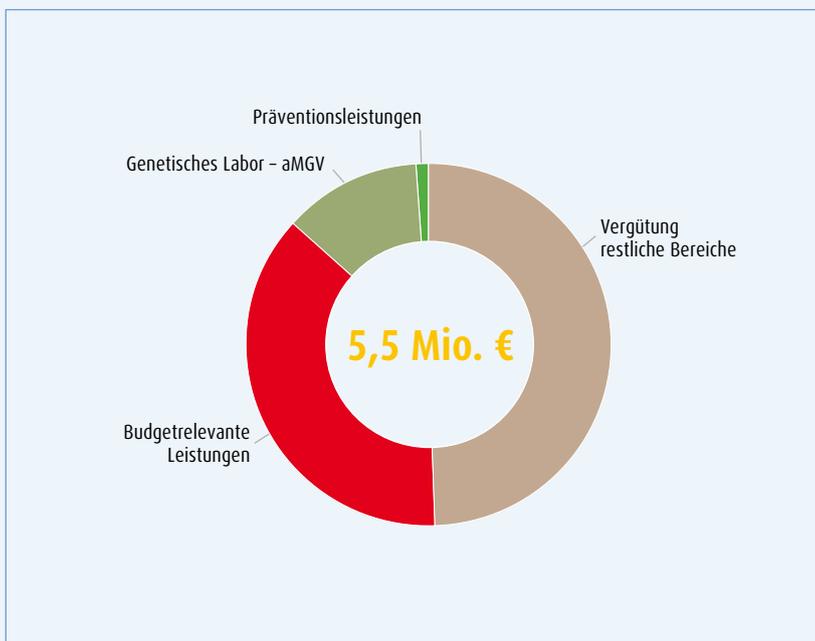
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	3.461.073	62,6	-6,3
MGV Budgetbereich	2.058.648	37,2	-7,6
MGV außerhalb Budgetbereich	12.573	0,2	-13,6
Gesamtumsatz	5.532.293	100,0	-6,8

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Vergütung restliche Bereiche	2.736.648	49,5	-5,8
Budgetrelevante Leistungen	2.058.648	37,2	-7,6
Genetisches Labor - aMGV	676.599	12,2	-7,5
Präventionsleistungen	60.398	1,1	-16,2
Summe	5.532.293	100,0	

KARDIOLOGEN UND ANGIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	80		1,3
Anzahl der Ärzte	95		4,4
Gesamtumsatz in Euro	6.964.555	27.858.221	2,8
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	87.057	348.228	1,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	73.311	293.244	-1,6
Gesamtfallzahl	70.685	282.741	1,5
Fallwert in Euro	98,53		

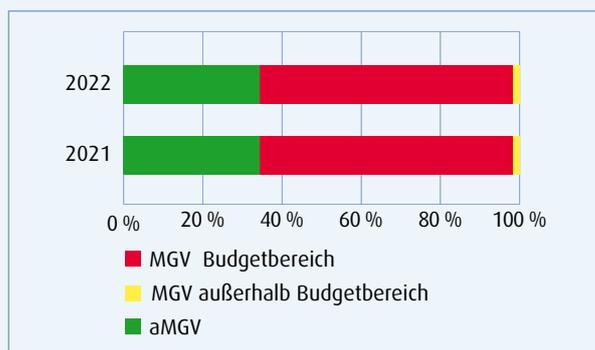
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	9.582.347	34,4	3,2
MGV Budgetbereich	17.777.281	63,8	2,8
MGV außerhalb Budgetbereich	498.593	1,8	-5,1
Gesamtumsatz	27.858.221	100,0	2,8

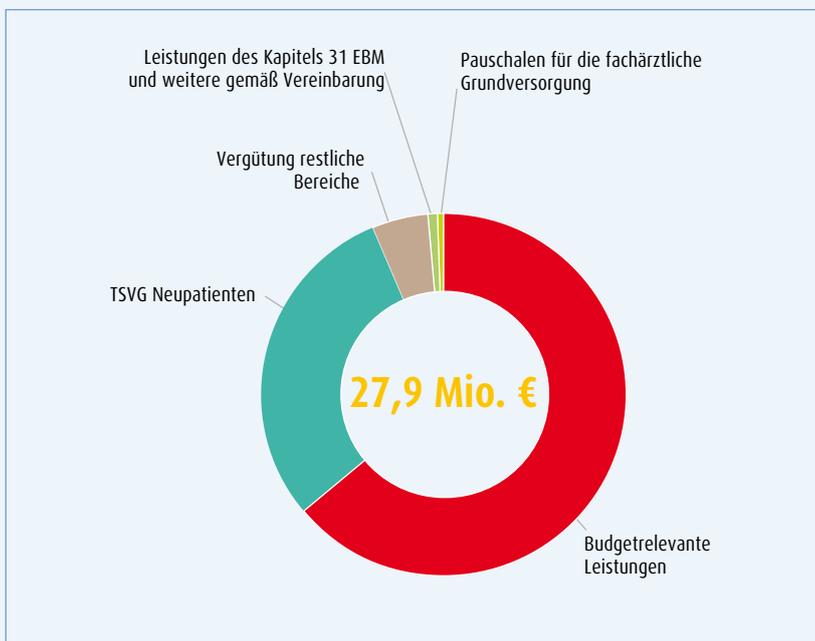
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	221.524	1.825	121,38
TSS-Akutfall	6.275	56	112,05
Hausarzt-Vermittlungsfall	213.903	1.996	107,17
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	8.342.898	80.685	103,40
Gesamt	8.784.600	84.562	103,88

Gesamtumsatz



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	17.777.281	63,9	2,8
TSVG Neupatienten	8.342.898	29,9	1,8
Vergütung restliche Bereiche	1.359.035	4,9	12,2
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	285.768	1,0	-9,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	93.239	0,3	3,3
Summe	27.858.221	100,0	

KINDERKARDIOLOGEN

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	15		7,1
Anzahl der Ärzte	16		6,7
Gesamtumsatz in Euro	1.396.438	5.585.752	5,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	93.096	372.383	-1,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	87.278	349.110	-1,4
Gesamtfallzahl	13.766	55.063	7,4
Fallwert in Euro	101,44		

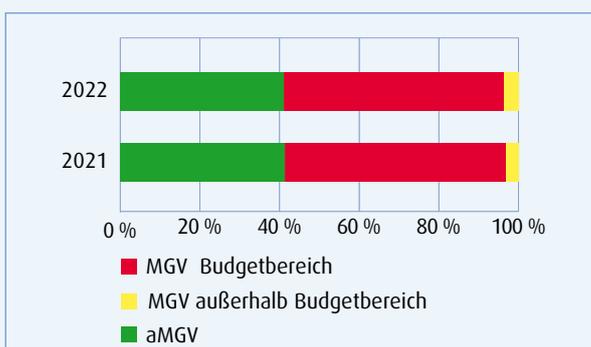
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	2.296.444	41,1	5,2
MGV Budgetbereich	3.075.491	55,1	3,9
MGV außerhalb Budgetbereich	213.816	3,8	26,2
Gesamtumsatz	5.585.752	100,0	5,2

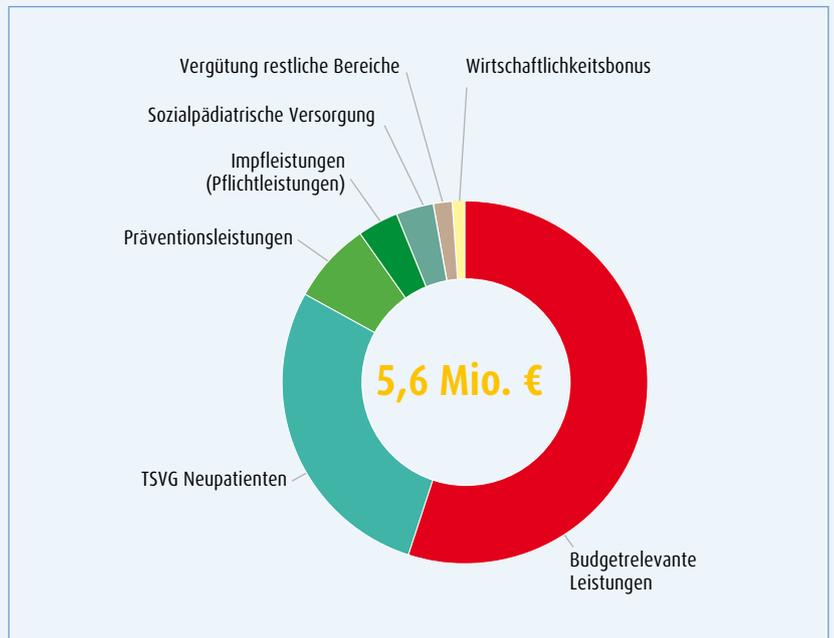
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	945	6	157,50
TSS-Akutfall	694	7	99,14
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.975	27	110,19
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.575.890	12.826	122,87
Gesamt	1.580.504	12.866	122,84

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	3.075.493	55,0	3,9
TSVG Neupatienten	1.575.890	28,2	6,2
Präventionsleistungen	409.632	7,3	-0,6
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	199.468	3,6	-1,1
Sozialpädiatrische Versorgung	178.439	3,2	26,3
Vergütung restliche Bereiche	87.405	1,6	55,1
Wirtschaftlichkeitsbonus	59.425	1,1	16,1
Summe	5.585.752	100,0	

KINDERPNEUMOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	20		-9,1
Anzahl der Ärzte	22		-4,3
Gesamtumsatz in Euro	1.944.381	7.777.523	-3,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	97.219	388.876	5,7
Ø Umsatz je Arzt in Euro	88.381	353.524	0,4
Gesamtfallzahl	23.878	95.511	-0,1
Fallwert in Euro	81,43		

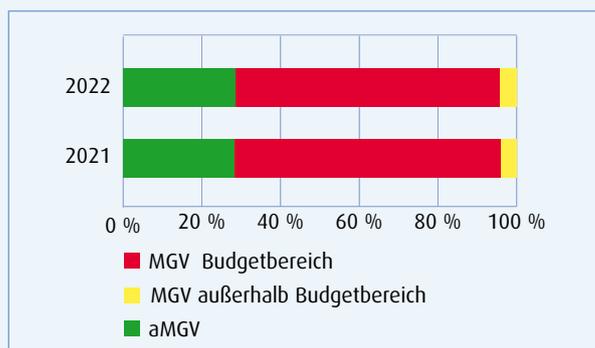
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	2.218.145	28,5	-2,8
MGV Budgetbereich	5.218.113	67,1	-4,8
MGV außerhalb Budgetbereich	341.266	4,4	2,7
Gesamtumsatz	7.777.523	100,0	-3,9

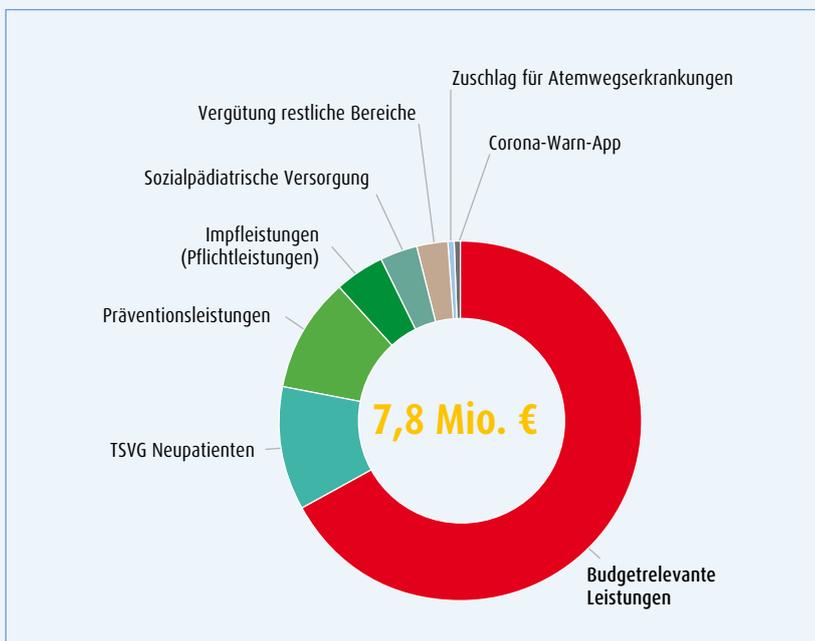
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	78	1	78,00
TSS-Akutfall	939	16	58,69
Hausarzt-Vermittlungsfall	262	25	10,48
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	854.396	12.145	70,35
Gesamt	855.675	12.187	70,21

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	5.218.112	67,2	-4,8
TSVG Neupatienten	854.396	11,0	8,0
Präventionsleistungen	802.384	10,3	-9,0
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	349.882	4,5	-13,8
Sozialpädiatrische Versorgung	258.587	3,3	-5,9
Vergütung restliche Bereiche	209.301	2,7	-3,9
Zuschlag für Atemwegserkrankungen	58.187	0,7	-
Corona-Warn-App	26.674	0,3	10,6
Summe	7.777.523	100,0	

KINDER- UND JUGENDMEDIZINER (KINDERÄRZTE)

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	176		0,6
Anzahl der Ärzte	210		2,4
Gesamtumsatz in Euro	12.981.188	51.924.750	6,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	73.757	295.027	5,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	61.815	247.261	3,6
Gesamtfallzahl	188.882	755.528	10,4
Fallwert in Euro	68,73		

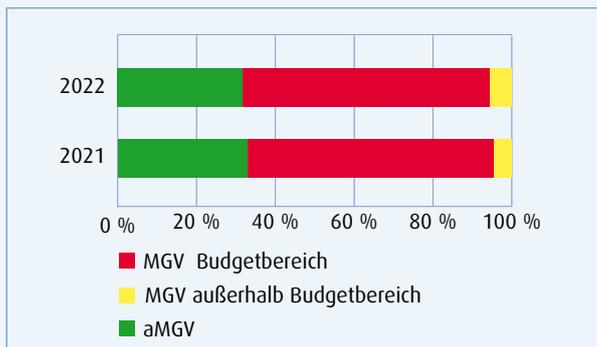
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	16.451.233	31,7	2,6
MGV Budgetbereich	32.489.647	62,6	6,1
MGV außerhalb Budgetbereich	2.983.870	5,7	31,1
Gesamtumsatz	51.924.750	100,0	6,1

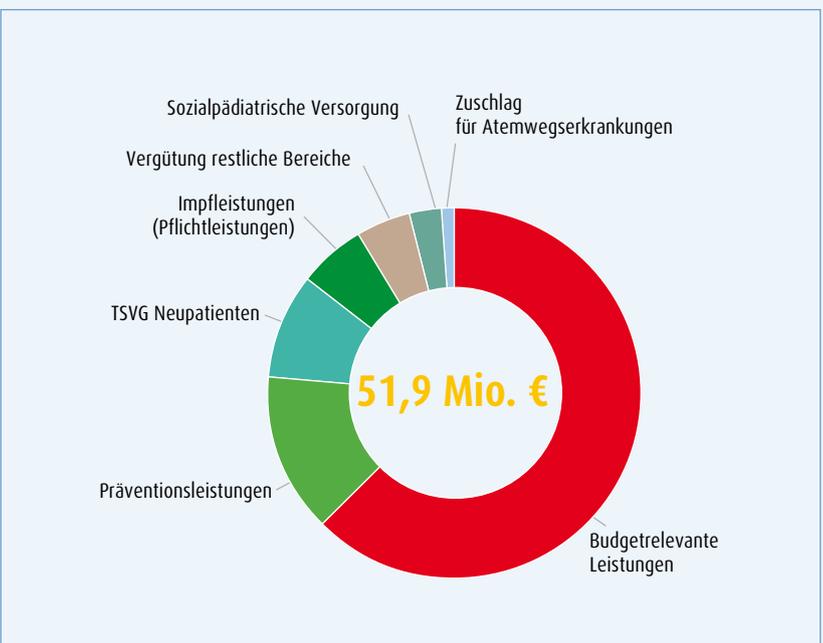
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	4.136	40	103,40
TSS-Akutfall	4.665	81	57,59
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.274	216	10,53
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	4.742.826	81.758	58,01
Gesamt	4.753.901	82.095	57,91

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	32.489.646	62,6	6,1
Präventionsleistungen	7.213.760	13,9	1,4
TSVG Neupatienten	4.742.826	9,1	9,3
Impfleistungen (Pflichtleistungen)	3.118.618	6,0	-3,5
Vergütung restliche Bereiche	2.388.060	4,6	8,2
Sozialpädiatrische Versorgung	1.453.149	2,8	2,2
Zuschlag für Atemwegserkrankungen	518.691	1,0	-
Summe	51.924.750	100,0	

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER MIT TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	37		15,6
Anzahl der Ärzte	38		15,2
Gesamtumsatz in Euro	3.794.631	15.178.523	12,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	102.558	410.230	-3,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	99.859	399.435	-2,6
Gesamtfallzahl	11.376	45.503	13,6
Fallwert in Euro	333,56		

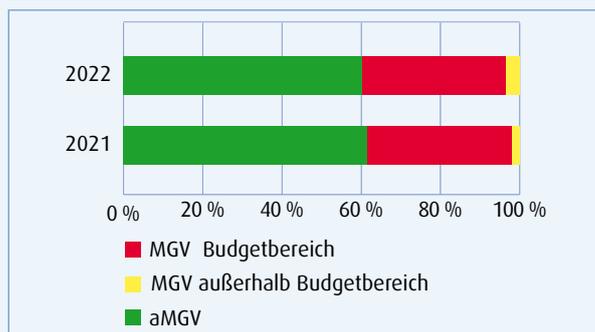
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	9.148.768	60,3	9,9
MGV Budgetbereich	5.494.882	36,2	11,2
MGV außerhalb Budgetbereich	534.872	3,5	97,6
Gesamtumsatz	15.178.523	100,0	12,2

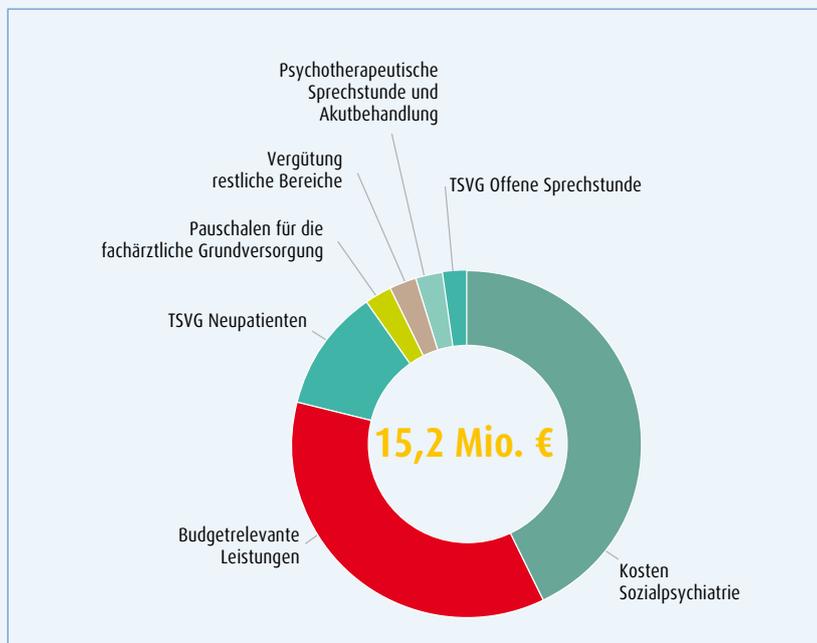
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	6.816	43	158,51
TSS-Akutfall	348	2	174,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.168	6	194,67
Offene Sprechstunde	328.449	1.669	196,79
Neupatient	1.710.347	7.345	232,86
Gesamt	2.047.128	9.065	225,83

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Kosten Sozialpsychiatrie	6.506.895	42,8	10,4
Budgetrelevante Leistungen	5.494.882	36,2	11,2
TSVG Neupatienten	1.710.347	11,3	-1,3
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	392.208	2,6	14,0
Vergütung restliche Bereiche	374.435	2,5	175,3
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	371.307	2,4	15,7
TSVG Offene Sprechstunde	328.449	2,2	96,4
Summe	15.178.523	100,0	

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER OHNE TEILNAHME AN DER SOZIALPSYCHIATRIEVEREINBARUNG

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	12		-20,0
Anzahl der Ärzte	15		-16,7
Gesamtumsatz in Euro	361.623	1.446.493	-17,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	30.135	120.541	3,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	24.108	96.433	-0,9
Gesamtfallzahl	1.143	4.573	-20,3
Fallwert in Euro	316,38		

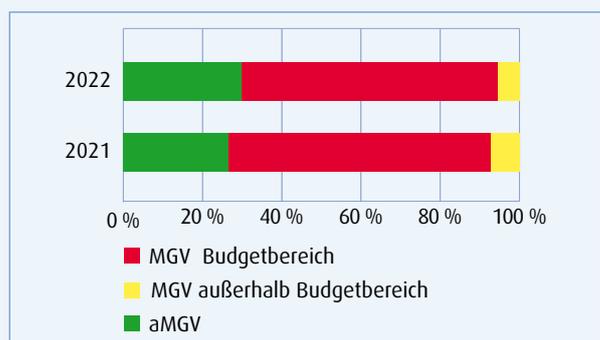
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	432.877	29,9	-6,6
MGV Budgetbereich	933.228	64,5	-19,5
MGV außerhalb Budgetbereich	80.389	5,6	-37,9
Gesamtumsatz	1.446.493	100,0	-17,4

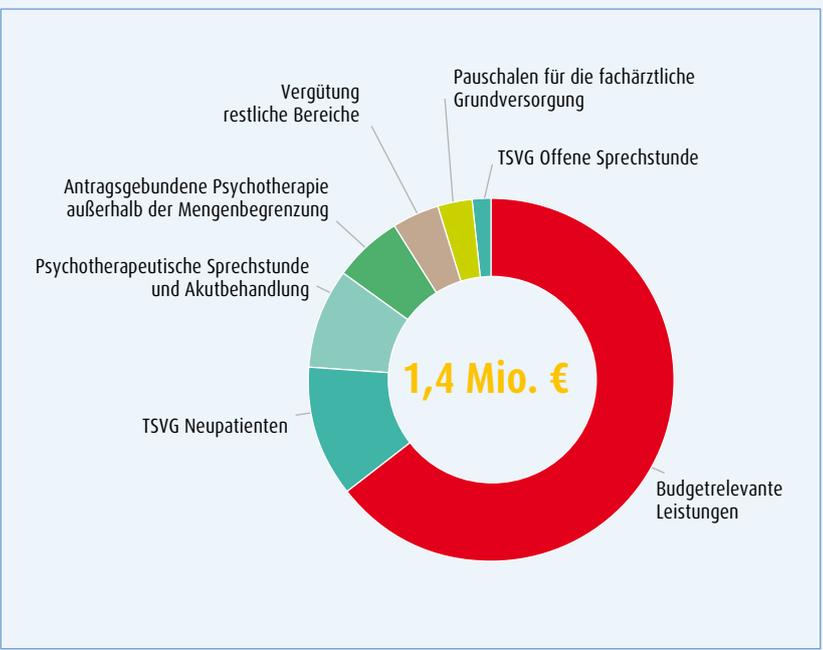
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	593	2	296,50
TSS-Akutfall	570	3	190,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	-	-	-
Offene Sprechstunde	19.667	92	213,77
Neupatient	168.786	531	317,86
Gesamt	189.616	628	301,94

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	933.228	64,5	-19,5
TSVG Neupatienten	168.786	11,7	-27,8
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	128.105	8,9	108,8
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	88.958	6,1	23,7
Vergütung restliche Bereiche	62.328	4,3	-44,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	45.421	3,1	-16,7
TSVG Offene Sprechstunde	19.667	1,4	113,2
Summe	1.446.493	100,0	

KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTEN

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	131		3,1
Anzahl der Ärzte	188		5,6
Gesamtumsatz in Euro	4.298.703	17.194.813	3,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	32.815	131.258	0,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	22.866	91.462	-1,8
Gesamtfallzahl	7.075	28.299	5,3
Fallwert in Euro	607,59		

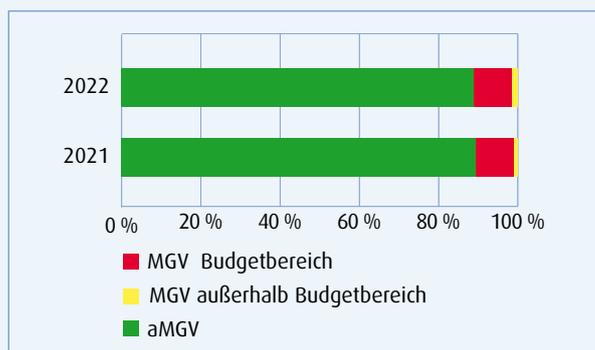
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	15.279.964	88,9	3,1
MGV Budgetbereich	1.659.291	9,6	5,8
MGV außerhalb Budgetbereich	255.559	1,5	32,9
Gesamtumsatz	17.194.813	100,0	3,7

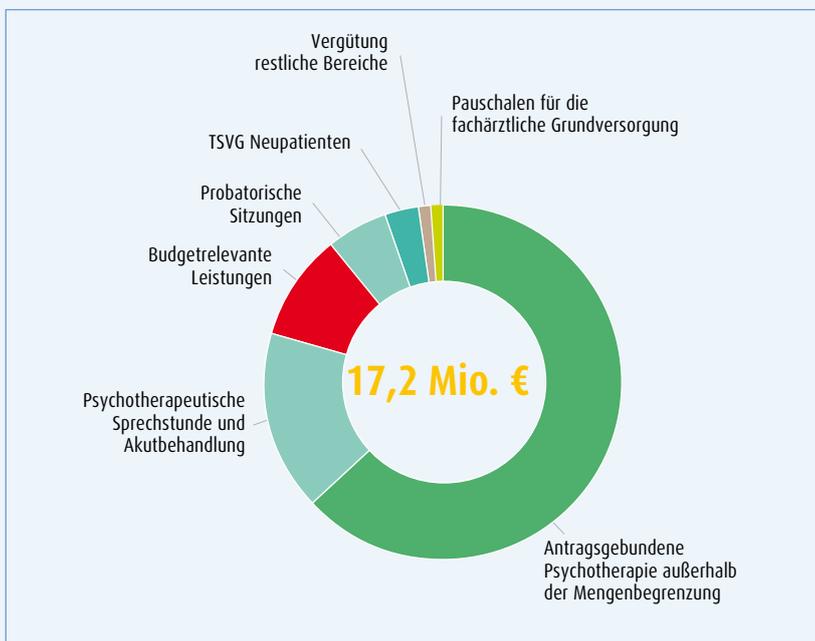
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	29.046	308	94,31
TSS-Akutfall	346	5	69,20
Hausarzt-Vermittlungsfall	129	1	129,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	560.785	5.936	94,47
Gesamt	590.306	6.250	94,45

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	10.587.721	61,6	1,2
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	2.997.862	17,4	8,4
Budgetrelevante Leistungen	1.659.291	9,6	5,8
Probatorische Sitzung	979.744	5,7	5,1
TSVG Neupatienten	560.785	3,3	12,1
Vergütung restliche Bereiche	205.636	1,2	19,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	203.774	1,2	13,0
Summe	17.194.813	100,0	

LABORATORIUMSMEDIZINER

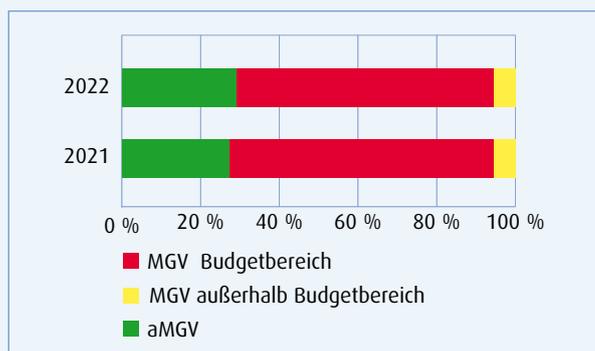
Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	41		2,5
Anzahl der Ärzte	53		6,0
Gesamtumsatz in Euro	22.846.505	91.386.021	5,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	557.232	2.228.927	3,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	431.066	1.724.265	-0,1
Gesamtfallzahl	802.883	3.211.530	5,1
Fallwert in Euro	28,46		

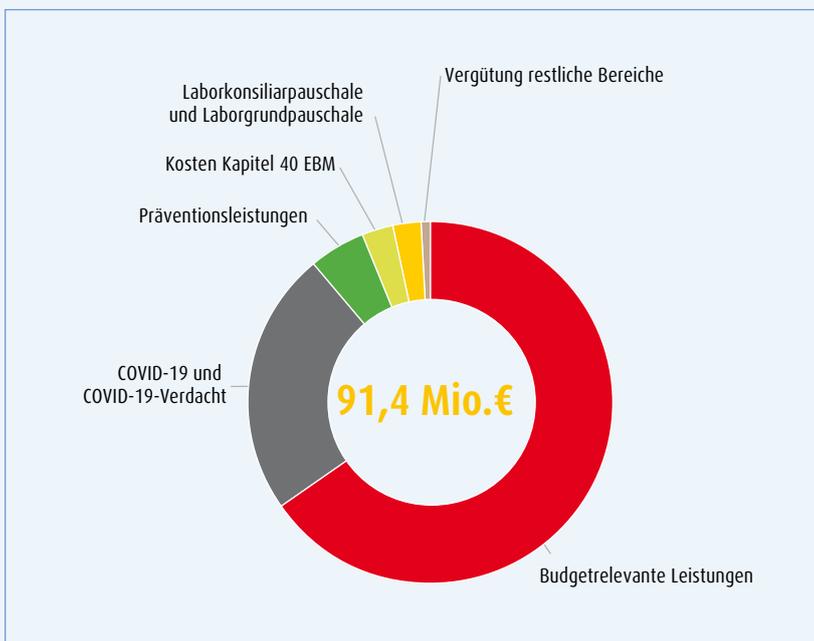
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	26.570.370	29,1	12,9
MGV Budgetbereich	59.707.108	65,3	2,9
MGV außerhalb Budgetbereich	5.108.543	5,6	6,8
Gesamtumsatz	91.386.021	100,0	5,9

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	59.707.108	65,3	2,9
Covid-19 und Covid-19 Verdacht	21.648.868	23,7	11,2
Präventionsleistungen	4.593.027	5,0	26,1
Kosten Kapitel 40 EBM	2.519.577	2,8	12,9
Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale	2.209.754	2,4	4,5
Vergütung restliche Bereiche	707.687	0,8	-18,2
Summe	91.386.021	100,0	

MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGEN

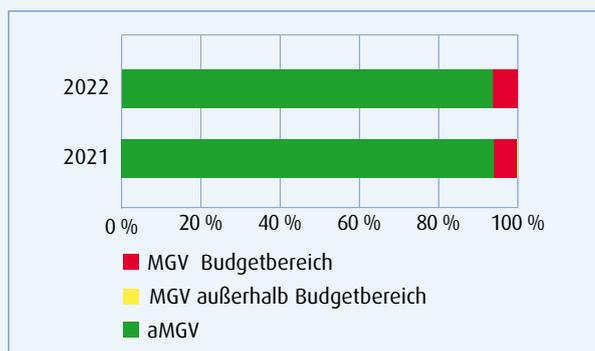
Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	60		0,0
Anzahl der Ärzte	61		0,0
Gesamtumsatz in Euro	1.474.554	5.898.214	-3,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	24.576	98.304	-3,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	24.173	96.692	-3,0
Gesamtfallzahl	6.520	26.078	-4,4
Fallwert in Euro	226,16		

Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	5.518.718	93,5	-3,5
MGV Budgetbereich	376.486	6,4	5,9
MGV außerhalb Budgetbereich	3.011	0,1	-63,3
Gesamtumsatz	5.898.214	100,0	-3,0

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	5.434.377	92,1	-3,6
Budgetrelevante Leistungen	376.486	6,4	5,9
Vergütung restliche Bereiche	87.351	1,5	-2,8
Summe	5.898.214	100,0	

NEPHROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	56		1,8
Anzahl der Ärzte	66		4,8
Gesamtumsatz in Euro	13.549.655	54.198.620	-4,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	241.958	967.833	-6,3
Ø Umsatz je Arzt in Euro	205.298	821.191	-8,9
Gesamtfallzahl	18.054	72.217	-1,3
Fallwert in Euro	750,51		

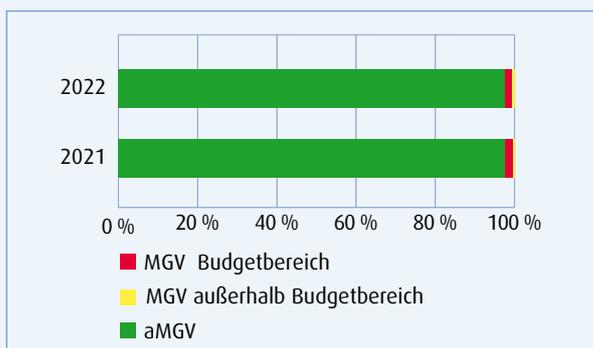
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	52.876.344	97,6	-4,6
MGV Budgetbereich	942.736	1,7	-5,6
MGV außerhalb Budgetbereich	379.541	0,7	-0,6
Gesamtumsatz	54.198.620	100,0	-4,6

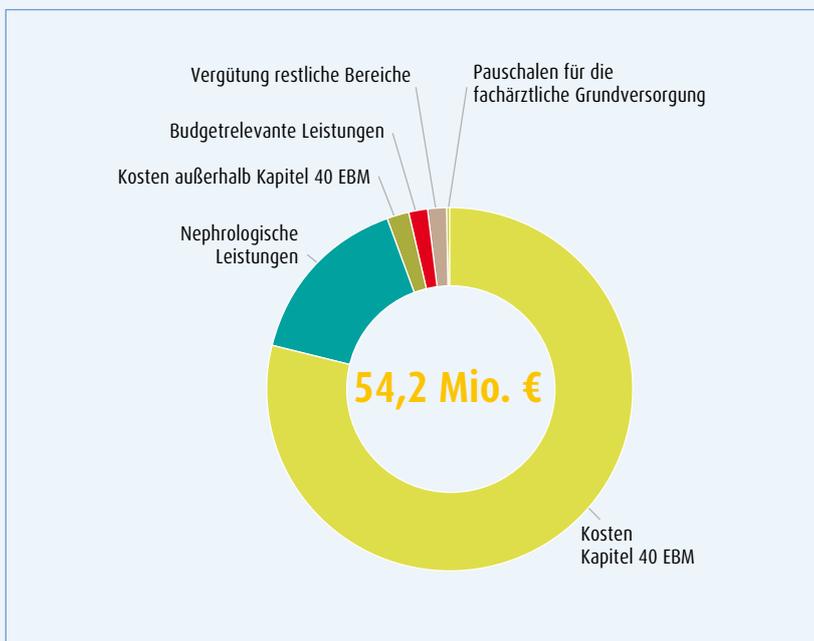
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.672	50	33,44
TSS-Akutfall	34	1	34,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.809	56	32,30
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	357.799	12.211	29,30
Gesamt	361.314	12.318	29,33

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Kosten Kapitel 40 EBM	42.835.790	79,1	-5,7
Nephrologische Leistungen	8.468.364	15,6	1,4
Kosten außerhalb Kapitel 40 EBM	1.021.387	1,9	-0,1
Budgetrelevante Leistungen	942.736	1,7	-5,6
Vergütung restliche Bereiche	881.792	1,6	-6,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	48.551	0,1	7,2
Summe	54.198.620	100,0	

NERVENÄRZTE

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	56		-13,8
Anzahl der Ärzte	64		-9,9
Gesamtumsatz in Euro	4.542.543	18.170.173	-11,9
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	81.117	324.467	2,2
Ø Umsatz je Arzt in Euro	70.977	283.909	-2,3
Gesamtfallzahl	50.450	201.799	-11,3
Fallwert in Euro	90,04		

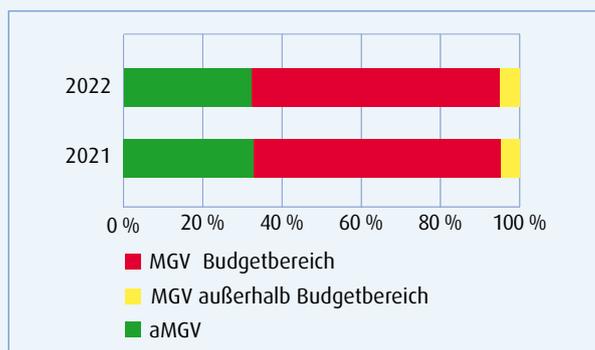
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	5.852.873	32,2	-13,7
MGV Budgetbereich	11.411.814	62,8	-11,0
MGV außerhalb Budgetbereich	905.487	5,0	-11,9
Gesamtumsatz	18.170.173	100,0	-11,9

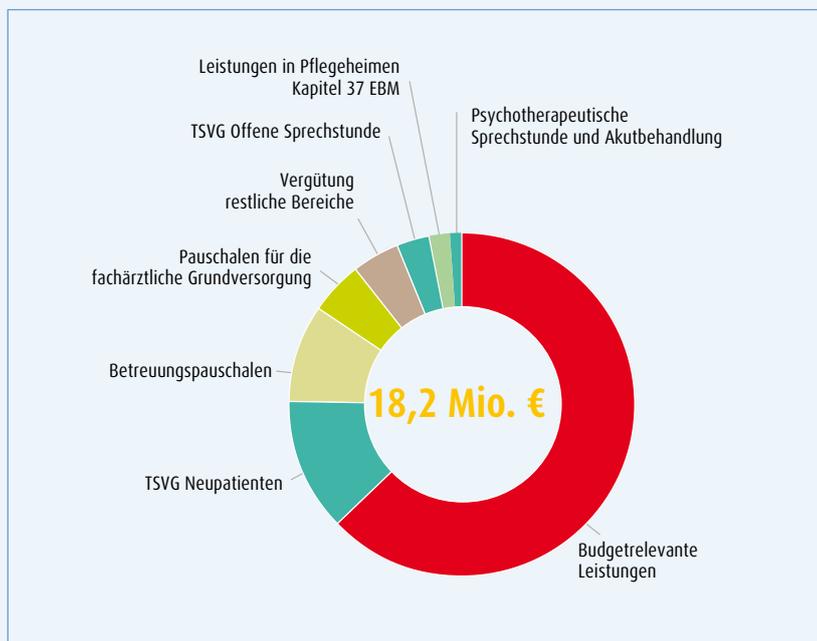
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	143.978	1.473	97,74
TSS-Akutfall	2.457	24	102,38
Hausarzt-Vermittlungsfall	9.754	93	104,88
Offene Sprechstunde	550.910	6.174	89,23
Neupatient	2.252.871	26.265	85,77
Gesamt	2.959.970	34.029	86,98

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	11.411.813	62,9	-11,0
TSVG Neupatienten	2.252.871	12,4	-17,1
Betreuungspauschalen	1.706.534	9,4	-26,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	896.013	4,9	-9,1
Vergütung restliche Bereiche	803.936	4,4	-5,5
TSVG Offene Sprechstunde	550.910	3,0	23,0
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	349.332	1,9	-7,7
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	198.764	1,1	74,1
Summe	18.170.173	100,0	

NEUROCHIRURGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	24		9,1
Anzahl der Ärzte	31		3,3
Gesamtumsatz in Euro	1.043.671	4.174.683	2,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	43.486	173.945	-6,5
Ø Umsatz je Arzt in Euro	33.667	134.667	-1,3
Gesamtfallzahl	9.555	38.218	3,0
Fallwert in Euro	109,23		

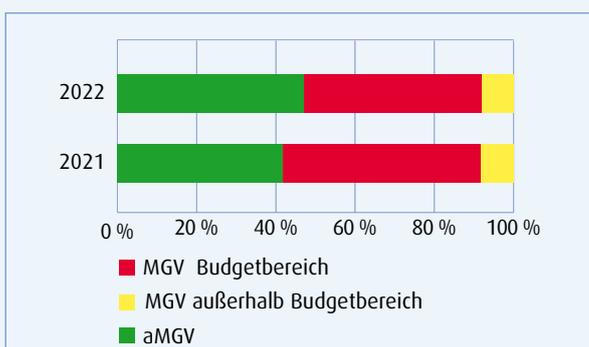
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	1.960.704	47,0	15,3
MGV Budgetbereich	1.874.634	44,9	-8,8
MGV außerhalb Budgetbereich	339.346	8,1	1,4
Gesamtumsatz	4.174.683	100,0	2,0

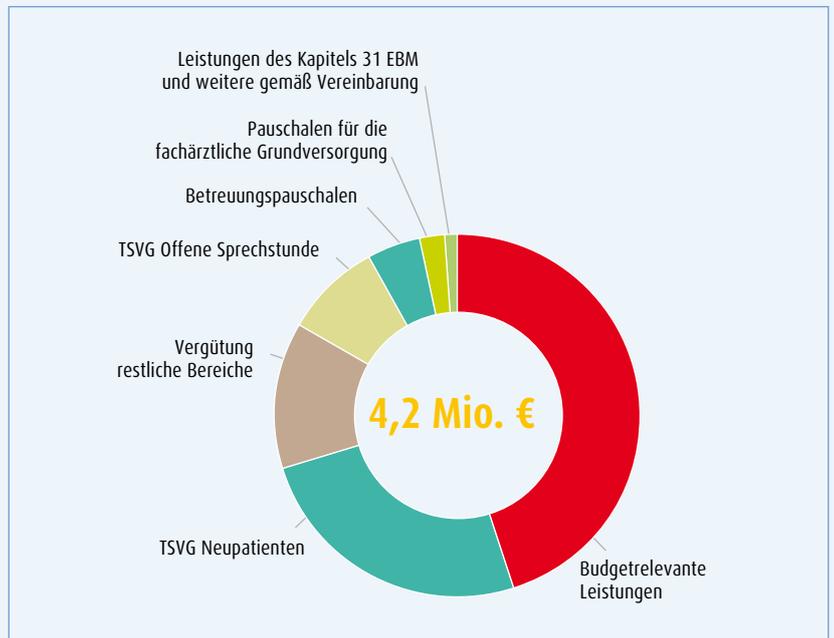
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	3.674	31	118,52
TSS-Akutfall	-	-	-
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.221	15	81,40
Offene Sprechstunde	359.918	1.236	291,20
Neupatient	1.058.978	14.144	74,87
Gesamt	1.423.791	15.426	92,30

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	1.874.634	45,0	-8,8
TSVG Neupatienten	1.058.978	25,4	5,1
Vergütung restliche Bereiche	547.770	13,1	6,0
TSVG Offene Sprechstunde	359.918	8,6	282,6
Betreuungspauschalen	197.082	4,7	-23,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	93.219	2,2	3,7
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	43.082	1,0	-20,6
Summe	4.174.683	100,0	

NEUROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

	4		Veränderung in % ggü. 2021
	pro Quartal	Summe pro Jahr	
Quartale			
Tätigkeitsumfang der Ärzte	65		10,2
Anzahl der Ärzte	78		9,9
Gesamtumsatz in Euro	4.805.356	19.221.423	11,2
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	73.929	295.714	1,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	61.607	246.429	1,2
Gesamtfallzahl	52.575	210.299	11,0
Fallwert in Euro	91,40		

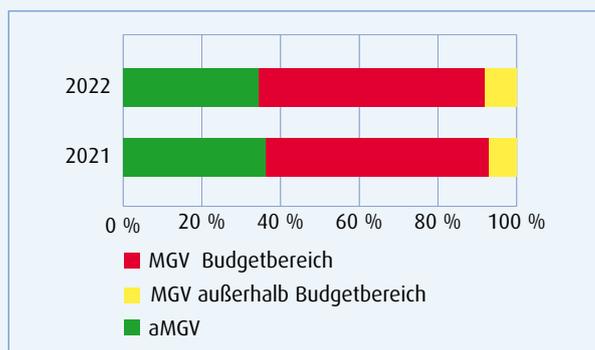
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	6.602.476	34,4	5,6
MGV Budgetbereich	11.014.556	57,3	12,6
MGV außerhalb Budgetbereich	1.604.391	8,3	28,3
Gesamtumsatz	19.221.423	100,0	11,2

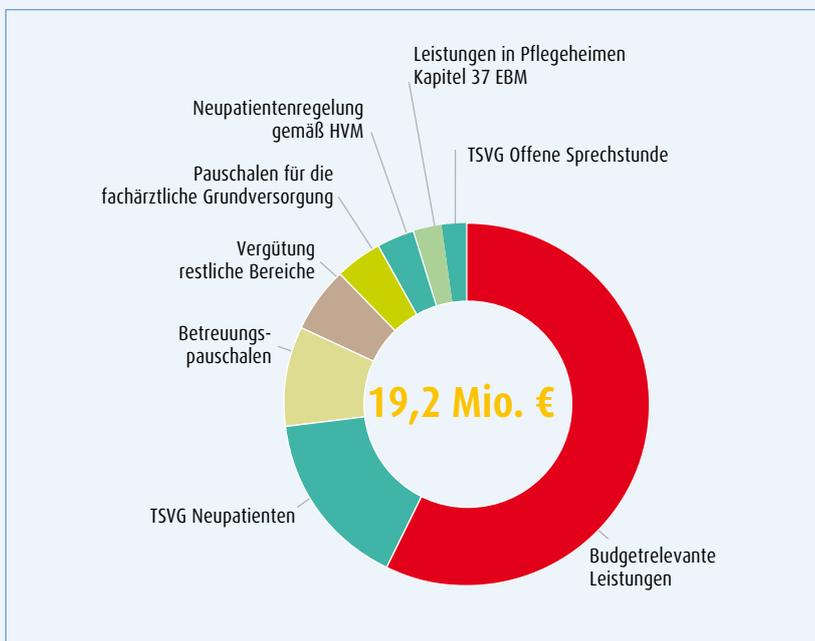
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	176.022	1.892	93,03
TSS-Akutfall	2.901	32	90,66
Hausarzt-Vermittlungsfall	16.536	199	83,10
Offene Sprechstunde	422.293	5.482	77,03
Neupatient	3.018.630	36.528	82,64
Gesamt	3.636.382	44.133	82,40

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	11.014.556	57,4	12,6
TSVG Neupatienten	3.018.630	15,7	0,0
Betreuungspauschalen	1.732.895	9,0	4,3
Vergütung restliche Bereiche	1.100.171	5,7	5,1
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	854.922	4,4	15,1
Neupatientenregelung gemäß HVM	638.444	3,3	69,3
Leistungen in Pflegeheimen Kapitel 37 EBM	439.512	2,3	21,6
TSVG Offene Sprechstunde	422.293	2,2	45,8
Summe	19.221.423	100,0	

NUKLEARMEDIZINER

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	24		4,3
Anzahl der Ärzte	27		8,0
Gesamtumsatz in Euro	1.693.496	6.773.984	-1,7
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	70.562	282.249	-5,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	62.722	250.888	-9,0
Gesamtfallzahl	9.896	39.582	-1,0
Fallwert in Euro	171,13		

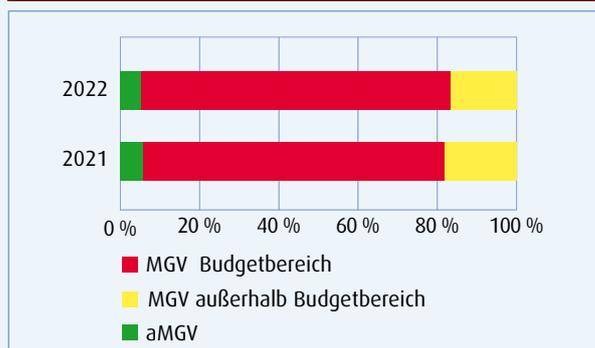
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	356.068	5,3	-8,0
MGV Budgetbereich	5.280.964	77,9	0,4
MGV außerhalb Budgetbereich	1.136.951	16,8	-8,6
Gesamtumsatz	6.773.984	100,0	-1,7

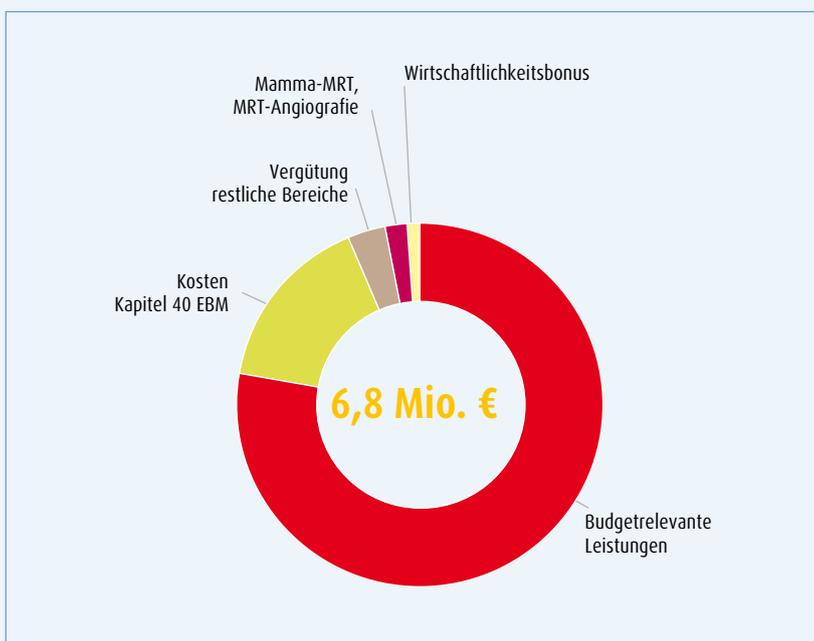
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	21.028	145	145,02
TSS-Akutfall	392	3	130,67
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.680	7	240,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	-	-	-
Gesamt	23.100	155	149,03

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	5.280.964	78,0	0,4
Kosten Kapitel 40 EBM	1.069.555	15,8	-9,5
Vergütung restliche Bereiche	233.105	3,4	-16,3
MRT Mamma- und Angiografie	116.620	1,7	14,0
Wirtschaftlichkeitsbonus	73.740	1,1	20,1
Summe	6.773.984	100,0	

ONKOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	33		0,0
Anzahl der Ärzte	43		4,9
Gesamtumsatz in Euro	3.417.876	13.671.505	4,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	103.572	414.288	4,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	79.486	317.942	-0,8
Gesamtfallzahl	16.905	67.619	4,8
Fallwert in Euro	202,18		

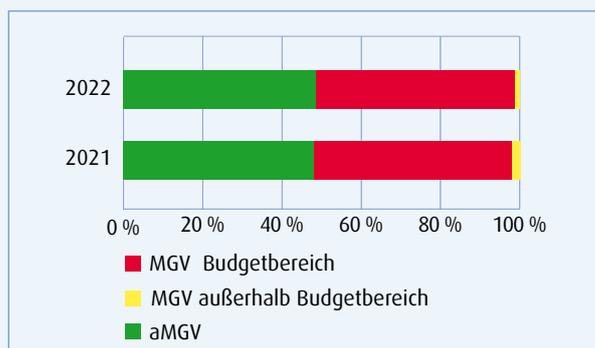
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	6.641.883	48,6	5,2
MGV Budgetbereich	6.867.764	50,2	4,9
MGV außerhalb Budgetbereich	161.858	1,2	-40,6
Gesamtumsatz	13.671.505	100,0	4,1

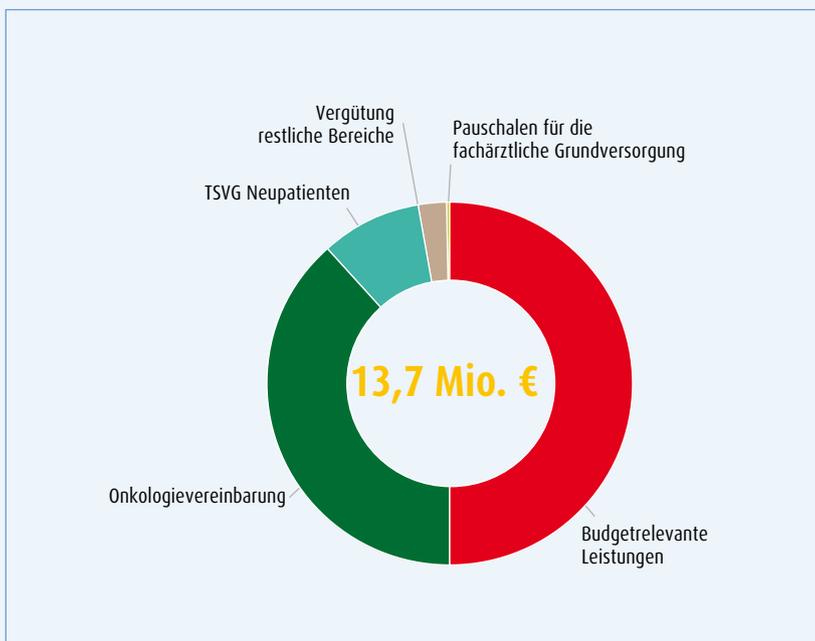
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	942	7	134,57
TSS-Akutfall	-	-	-
Hausarzt-Vermittlungsfall	4.421	42	105,26
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.234.820	11.011	112,14
Gesamt	1.240.183	11.060	112,13

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	6.867.764	50,2	4,9
Onkologievereinbarung	5.221.926	38,2	4,0
TSVG Neupatienten	1.234.820	9,0	7,7
Vergütung restliche Bereiche	338.146	2,5	5,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	8.849	0,1	-7,3
Summe	13.671.505	100,0	

ORTHOPÄDEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	212		2,9
Anzahl der Ärzte	261		5,2
Gesamtumsatz in Euro	13.752.123	55.008.493	1,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	64.869	259.474	-1,8
Ø Umsatz je Arzt in Euro	52.690	210.761	-4,0
Gesamtfallzahl	217.356	869.424	1,3
Fallwert in Euro	63,27		

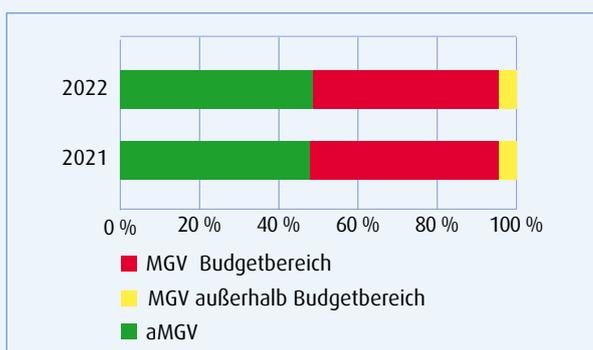
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	26.681.763	48,5	2,8
MGV Budgetbereich	25.839.307	47,0	-0,5
MGV außerhalb Budgetbereich	2.487.424	4,5	-0,6
Gesamtumsatz	55.008.493	100,0	1,1

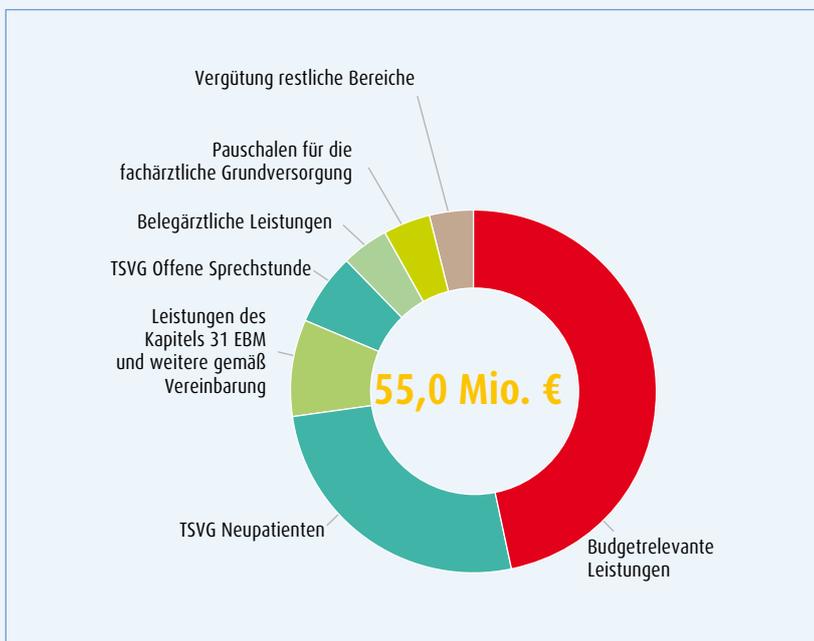
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	20.571	318	64,69
TSS-Akutfall	55.109	650	84,78
Hausarzt-Vermittlungsfall	100.770	1.490	67,63
Offene Sprechstunde	3.419.439	54.322	62,95
Neupatient	14.319.174	278.873	51,35
Gesamt	17.915.063	335.653	53,37

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	25.839.306	46,9	-0,5
TSVG Neupatienten	14.319.174	26,0	-1,2
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	4.760.619	8,7	0,8
TSVG Offene Sprechstunde	3.419.439	6,2	22,3
Belegärztliche Leistungen	2.395.400	4,4	7,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	2.237.482	4,1	2,2
Vergütung restliche Bereiche	2.037.073	3,7	0,7
Summe	55.008.493	100,0	

PATHOLOGEN

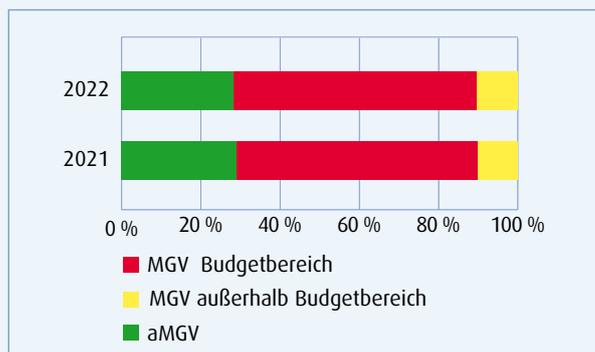
Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	33		3,1
Anzahl der Ärzte	43		2,4
Gesamtumsatz in Euro	4.118.590	16.474.360	4,8
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	124.806	499.223	1,7
Ø Umsatz je Arzt in Euro	95.781	383.125	2,4
Gesamtfallzahl	43.712	174.849	-4,1
Fallwert in Euro	94,22		

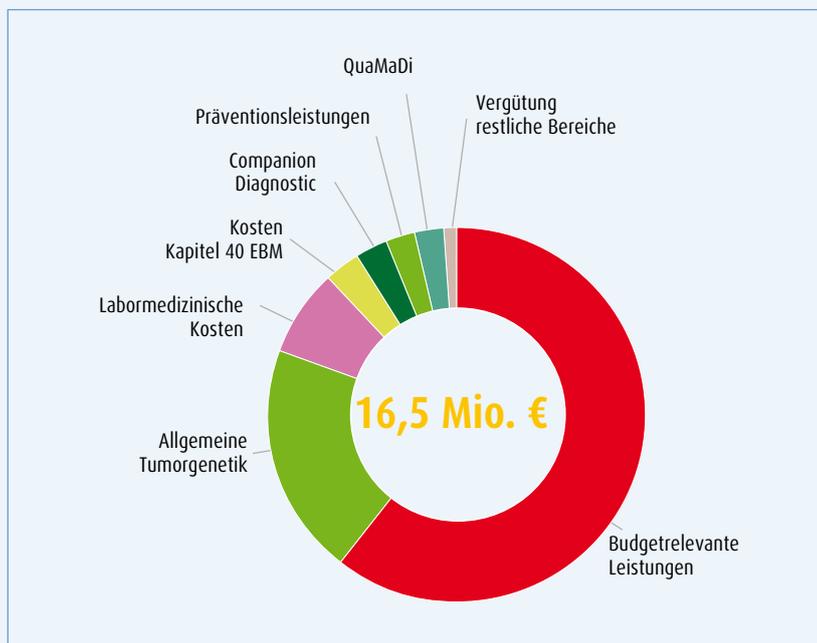
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	4.659.910	28,3	2,2
MGV Budgetbereich	10.096.989	61,3	5,8
MGV außerhalb Budgetbereich	1.717.461	10,4	6,8
Gesamtumsatz	16.474.360	100,0	4,8

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	10.096.990	61,2	5,8
Allgemeine Tumorgenetik	3.520.314	21,4	11,1
Labormedizinische Kosten	1.282.610	7,8	10,8
Kosten Kapitel 40 EBM	434.519	2,6	-3,6
Companion Diagnostic	388.756	2,4	0,2
Präventionsleistungen	354.378	2,2	-25,4
QuaMaDi	332.197	2,0	-6,1
Vergütung restliche Bereiche	64.596	0,4	-63,1
Summe	16.474.360	100,0	

PHONIATER UND PÄDAUDILOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	5		0,0
Anzahl der Ärzte	5		0,0
Gesamtumsatz in Euro	416.363	1.665.450	3,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	83.273	333.090	3,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	83.273	333.090	3,0
Gesamtfallzahl	4.846	19.384	1,2
Fallwert in Euro	85,92		

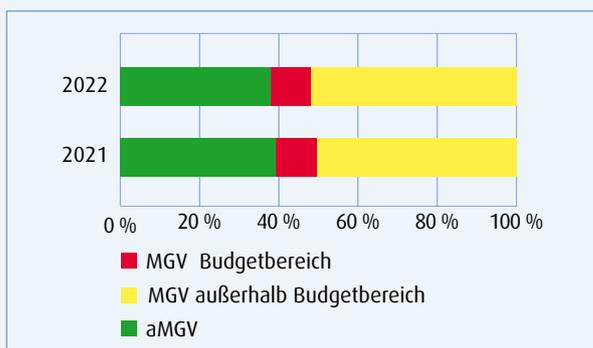
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	629.086	37,8	-0,4
MGV Budgetbereich	172.222	10,3	0,2
MGV außerhalb Budgetbereich	864.142	51,9	6,2
Gesamtumsatz	1.665.450	100,0	3,0

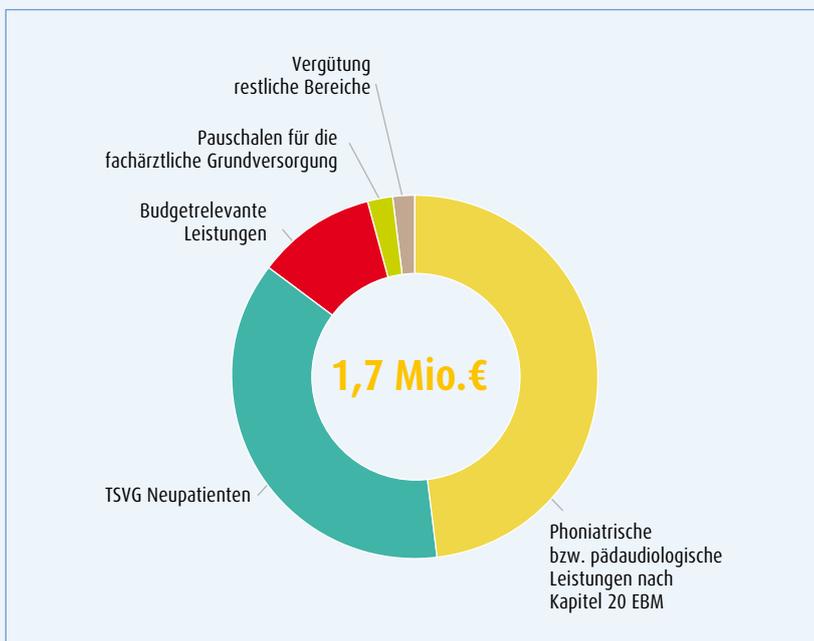
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	127	2	63,50
TSS-Akutfall	192	4	48,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	26	1	26,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	595.826	6.888	86,50
Gesamt	596.171	6.895	86,46

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Phoniatrie bzw. pädaudiologische Leistungen nach Kapitel 20	831.630	50,0	6,8
TSVG Neupatienten	595.826	35,8	-1,2
Budgetrelevante Leistungen	172.222	10,3	0,2
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	37.228	2,2	0,7
Vergütung restliche Bereiche	28.544	1,7	12,1
Summe	1.665.450	100,0	

PHYSIKALISCH-REHABILITATIVE MEDIZINER

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	18		0,0
Anzahl der Ärzte	19		-5,0
Gesamtumsatz in Euro	890.457	3.561.828	-2,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	49.470	197.879	-2,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	46.866	187.465	2,5
Gesamtfallzahl	11.156	44.622	-4,5
Fallwert in Euro	79,82		

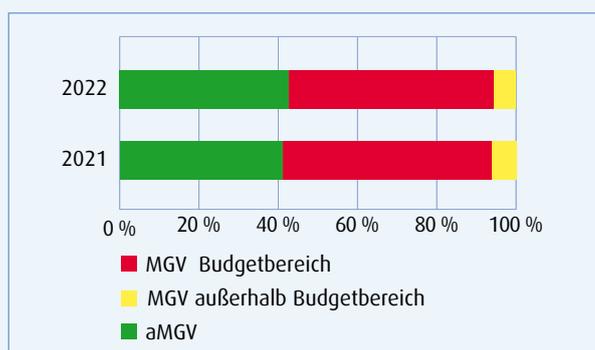
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	1.520.112	42,7	1,4
MGV Budgetbereich	1.833.678	51,5	-5,2
MGV außerhalb Budgetbereich	208.038	5,8	-6,6
Gesamtumsatz	3.561.828	100,0	-2,6

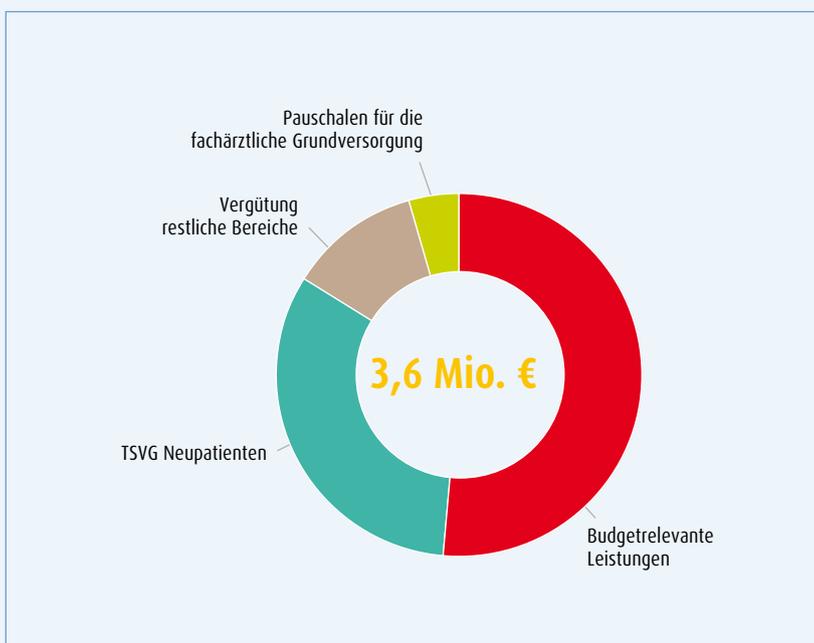
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	147	2	73,50
TSS-Akutfall	148	2	74,00
Hausarzt-Vermittlungsfall	607	9	67,44
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.160.118	19.247	60,28
Gesamt	1.161.020	19.260	60,28

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	1.833.678	51,4	-5,2
TSVG Neupatienten	1.160.118	32,6	8,0
Vergütung restliche Bereiche	412.072	11,6	1,4
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	155.960	4,4	-16,2
Summe	3.561.828	100,0	

PNEUMOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	39		0,0
Anzahl der Ärzte	42		0,0
Gesamtumsatz in Euro	4.051.758	16.207.033	-1,1
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	103.891	415.565	-1,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	96.471	385.882	-1,1
Gesamtfallzahl	48.836	195.344	-2,0
Fallwert in Euro	82,97		

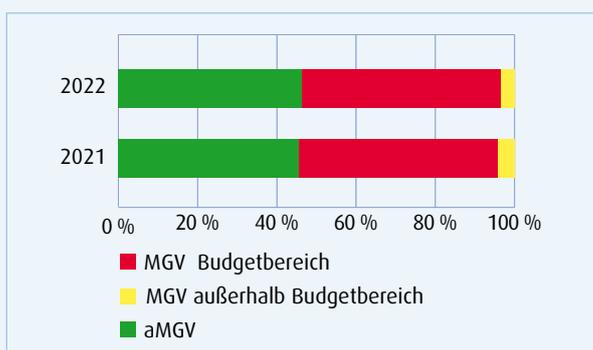
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	7.478.649	46,2	0,2
MGV Budgetbereich	8.154.491	50,3	-0,6
MGV außerhalb Budgetbereich	573.894	3,5	-20,3
Gesamtumsatz	16.207.033	100,0	-1,1

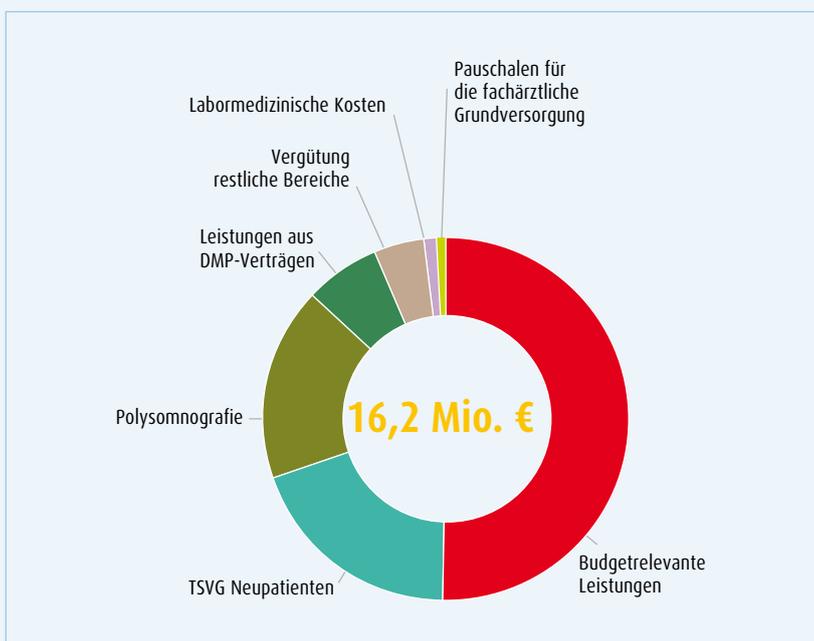
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	144.826	1.519	95,34
TSS-Akutfall	7.144	71	100,62
Hausarzt-Vermittlungsfall	45.910	500	91,82
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	3.161.785	36.161	87,44
Gesamt	3.359.665	38.251	87,83

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	8.154.490	50,4	-0,6
TSVG Neupatienten	3.161.785	19,5	1,7
Polysomnografie	2.791.475	17,2	-8,1
Leistungen aus DMP-Verträgen	1.068.882	6,6	11,3
Vergütung restliche Bereiche	735.248	4,5	-7,1
Labormedizinische Kosten	176.422	1,1	6,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	118.731	0,7	0,9
Summe	16.207.033	100,0	

PSYCHIATER

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	54		12,5
Anzahl der Ärzte	69		13,1
Gesamtumsatz in Euro	3.118.609	12.474.437	12,0
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	57.752	231.008	-0,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	45.197	180.789	-1,0
Gesamtfallzahl	29.388	117.552	16,2
Fallwert in Euro	106,12		

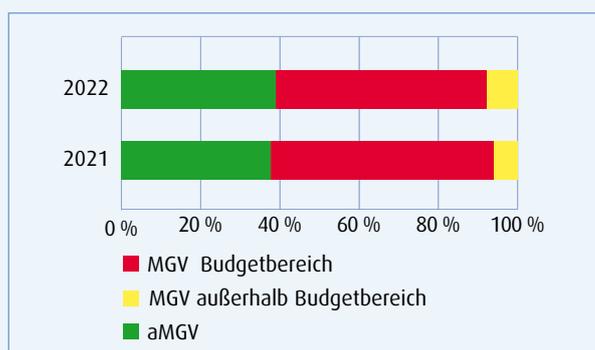
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	4.850.324	38,9	15,7
MGV Budgetbereich	6.632.263	53,2	6,3
MGV außerhalb Budgetbereich	991.850	7,9	41,2
Gesamtumsatz	12.474.437	100,0	12,0

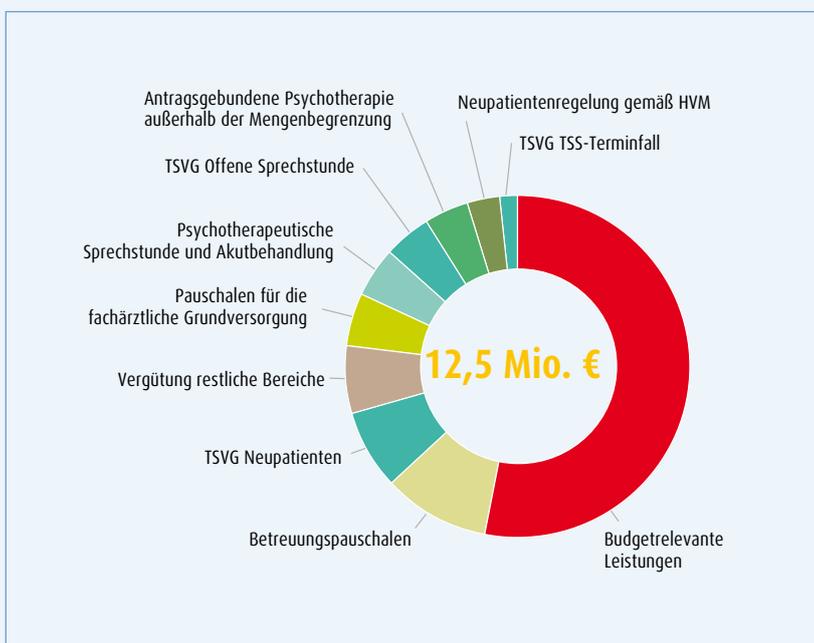
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	192.025	2.110	91,01
TSS-Akutfall	5.087	64	79,48
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.681	28	95,75
Offene Sprechstunde	555.193	6.459	85,96
Neupatient	941.460	11.502	81,85
Gesamt	1.696.446	20.163	84,14

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	6.632.263	53,2	6,3
Betreuungspauschalen	1.256.102	10,1	8,4
TSVG Neupatienten	941.460	7,5	14,9
Vergütung restliche Bereiche	799.787	6,4	2,6
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	601.444	4,8	15,4
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	589.148	4,7	5,5
TSVG Offene Sprechstunde	555.193	4,5	94,1
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	535.626	4,3	13,6
Neupatientenregelung gemäß HVM	371.389	3,0	146,8
TSVG TSS-Terminfall	192.025	1,5	28,9
Summe	12.474.437	100,0	

PSYCHOLOGISCHE PSYCHOTHERAPEUTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	418		0,5
Anzahl der Ärzte	609		3,0
Gesamtumsatz in Euro	14.796.720	59.186.880	3,5
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	35.399	141.595	3,0
Ø Umsatz je Arzt in Euro	24.297	97.187	0,5
Gesamtfallzahl	32.431	129.725	4,1
Fallwert in Euro	456,25		

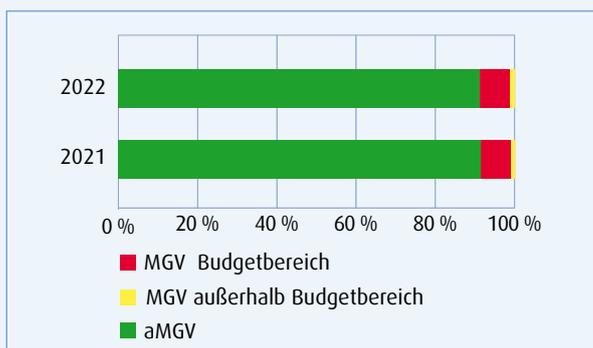
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	53.930.155	91,1	3,2
MGV Budgetbereich	4.609.496	7,8	6,2
MGV außerhalb Budgetbereich	647.229	1,1	12,6
Gesamtumsatz	59.186.880	100,0	3,5

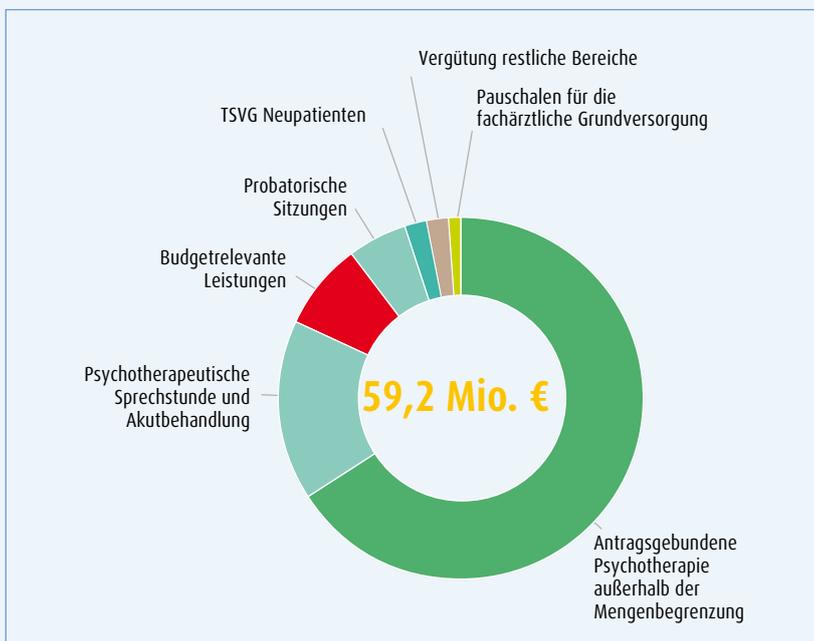
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	266.533	4.932	54,04
TSS-Akutfall	3.788	70	54,11
Hausarzt-Vermittlungsfall	2.215	33	67,12
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	1.184.619	18.204	65,07
Gesamt	1.457.155	23.239	62,70

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Antragsgebundene Psychotherapie außerhalb der Mengenbegrenzung	39.117.811	66,0	1,5
Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung	9.475.303	16,0	10,8
Budgetrelevante Leistungen	4.609.496	7,8	6,2
Probatorische Sitzung	3.124.345	5,3	6,4
TSVG Neupatienten	1.184.619	2,0	10,8
Vergütung restliche Bereiche	1.043.005	1,8	-7,9
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	632.301	1,1	6,7
Summe	59.186.880	100,0	

RADIOLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	88		0,0
Anzahl der Ärzte	116		4,5
Gesamtumsatz in Euro	12.605.271	50.421.083	0,4
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	143.242	572.967	0,4
Ø Umsatz je Arzt in Euro	108.666	434.665	-3,9
Gesamtfallzahl	157.472	629.886	-0,1
Fallwert in Euro	80,05		

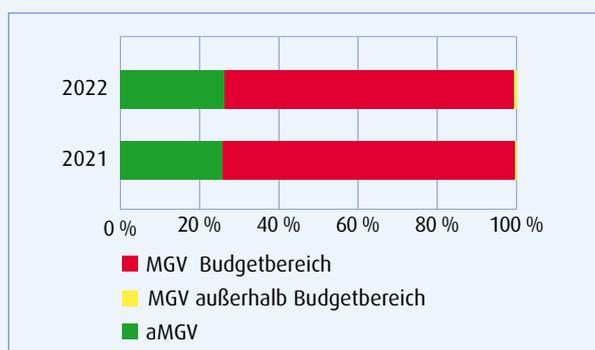
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	13.221.400	26,2	2,5
MGV Budgetbereich	36.905.797	73,2	-0,2
MGV außerhalb Budgetbereich	293.885	0,6	-5,5
Gesamtumsatz	50.421.083	100,0	0,4

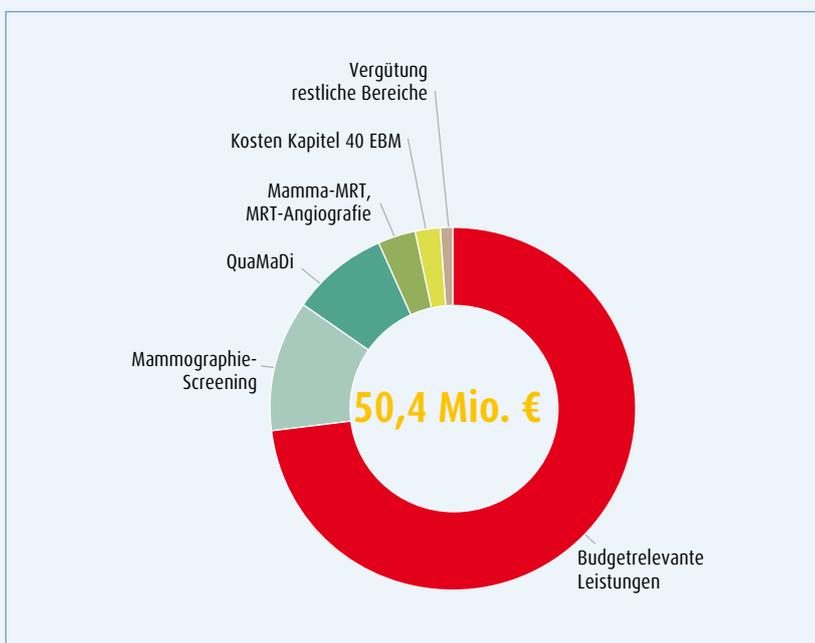
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	271.581	1.769	153,52
TSS-Akutfall	9.820	69	142,32
Hausarzt-Vermittlungsfall	62.903	584	107,71
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	-	-	-
Gesamt	344.304	2.422	142,16

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	36.905.798	73,2	-0,2
Mammographie-Screening	5.851.112	11,6	2,9
QuaMaDi	4.329.165	8,6	-0,9
MRT Mammo- und Angiografie	1.741.502	3,5	-1,9
Kosten Kapitel 40 EBM	1.028.130	2,0	-1,8
Vergütung restliche Bereiche	565.376	1,1	71,0
Summe	50.421.083	100,0	

RHEUMATOLOGEN

Kenngößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	18		-5,3
Anzahl der Ärzte	21		0,0
Gesamtumsatz in Euro	1.127.826	4.511.305	-0,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	62.657	250.628	4,9
Ø Umsatz je Arzt in Euro	53.706	214.824	-0,6
Gesamtfallzahl	12.449	49.797	-1,9
Fallwert in Euro	90,60		

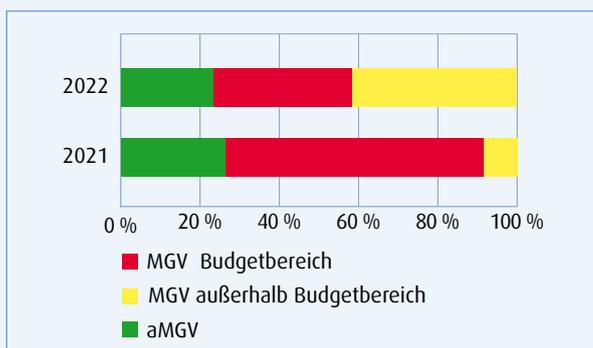
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	1.047.736	23,2	-11,8
MGV Budgetbereich	1.583.274	35,1	-46,7
MGV außerhalb Budgetbereich	1.880.294	41,7	390,8
Gesamtumsatz	4.511.305	100,0	-0,6

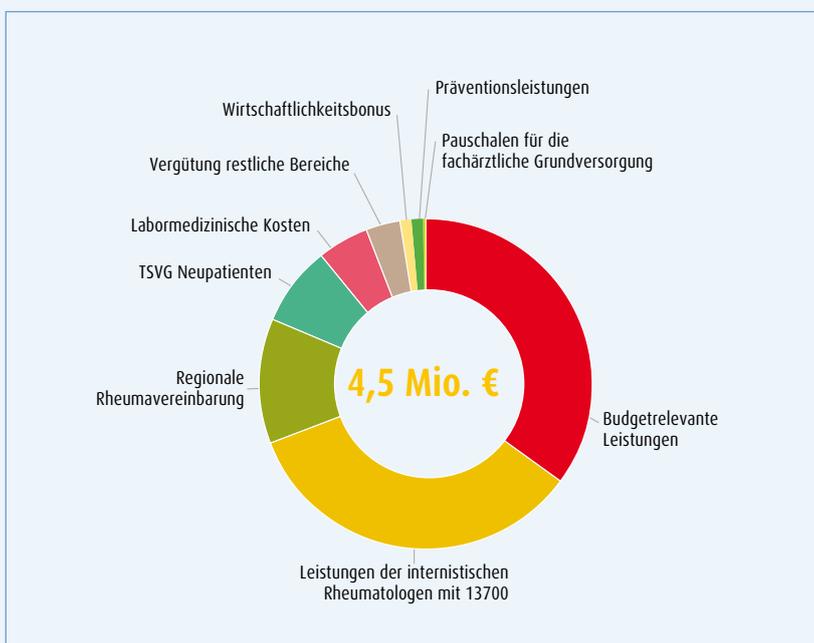
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	21.438	259	82,77
TSS-Akutfall	359	5	71,80
Hausarzt-Vermittlungsfall	1.264	16	79,00
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	359.894	4.918	73,18
Gesamt	382.955	5.198	73,67

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	1.583.275	35,1	-46,7
Leistungen der internistischen Rheumatologen mit 13700	1.548.525	34,3	-
Regionale Rheumaver einbarung	541.529	12,0	-3,0
TSVG Neupatienten	359.894	8,0	-23,5
Labormedizinische Kosten	214.950	4,8	-12,5
Vergütung restliche Bereiche	147.135	3,3	-21,5
Wirtschaftlichkeitsbonus	56.162	1,2	22,2
Präventionsleistungen	55.544	1,2	-4,0
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	4.291	0,1	-16,3
Summe	4.511.305	100,0	

STRAHLENTHERAPEUTEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	21		-4,5
Anzahl der Ärzte	29		0,0
Gesamtumsatz in Euro	4.167.773	16.671.091	-28,5
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	198.465	793.861	-25,1
Ø Umsatz je Arzt in Euro	143.716	574.865	-28,5
Gesamtfallzahl	3.160	12.638	-16,4
Fallwert in Euro	1.318,92		

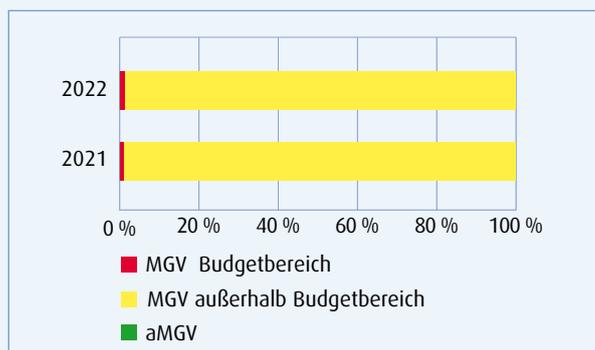
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	3.661	0,0	-49,6
MGV Budgetbereich	206.237	1,2	-4,6
MGV außerhalb Budgetbereich	16.461.193	98,8	-28,7
Gesamtumsatz	16.671.091	100,0	-28,5

TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	1.830	2	915,00
TSS-Akutfall	-	-	-
Hausarzt-Vermittlungsfall	-	-	-
Offene Sprechstunde	-	-	-
Neupatient	-	-	-
Gesamt	1.830	2	915,00

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Leistungen der Strahlentherapie	16.430.741	98,6	-28,8
Budgetrelevante Leistungen	206.237	1,2	-4,6
Vergütung restliche Bereiche	34.113	0,2	-10,2
Summe	16.671.091	100,0	

UROLOGEN

Kenngrößen der Arztgruppe 2022

Quartale	4		
	pro Quartal	Summe pro Jahr	Veränderung in % ggü. 2021
Tätigkeitsumfang der Ärzte	97		1,0
Anzahl der Ärzte	105		4,0
Gesamtumsatz in Euro	5.342.808	21.371.233	2,6
Ø Umsatz je Tätigkeitsumfang in Euro	55.081	220.322	1,6
Ø Umsatz je Arzt in Euro	50.884	203.536	-1,3
Gesamtfallzahl	97.222	388.887	0,9
Fallwert in Euro	54,95		

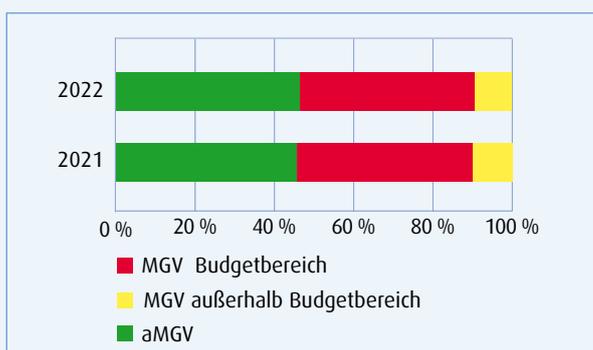
Vergütungsanteile 2022 in Euro

	Umsatz in Euro	Anteil in %	Veränderung in % ggü. 2021
aMGV	9.915.430	46,4	4,8
MGV Budgetbereich	9.414.238	44,0	1,5
MGV außerhalb Budgetbereich	2.041.565	9,6	-1,9
Gesamtumsatz	21.371.233	100,0	2,6

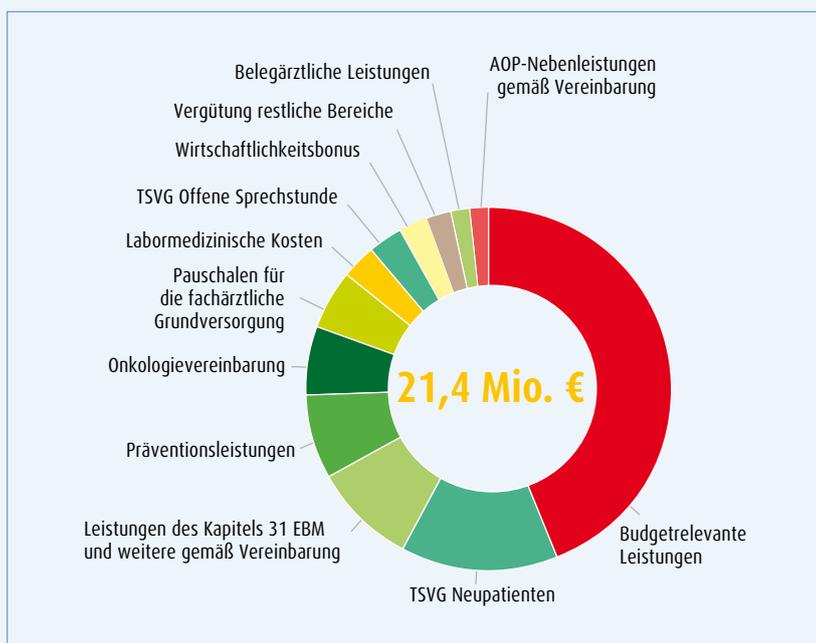
TSVG-Fälle und Umsatz 2022

	Umsatz in Euro	Fallzahl	Fallwert in Euro
TSS-Terminfall	8.082	172	46,99
TSS-Akutfall	6.832	176	38,82
Hausarzt-Vermittlungsfall	18.854	489	38,56
Offene Sprechstunde	651.995	15.953	40,87
Neupatient	2.975.031	79.030	37,64
Gesamt	3.660.794	95.820	38,20

Vergütungsanteile 2021 und 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen in Anteilen 2022



GKV-Umsatz der Gruppe nach Leistungsbereichen 2022

Leistungsbereich	Vergütung in Euro	Anteil in Prozent	Veränderung in % ggü. 2021
Budgetrelevante Leistungen	9.414.237	44,1	1,5
TSVG Neupatienten	2.975.031	13,9	3,1
Leistungen des Kapitels 31 EBM und weitere gemäß Vereinbarung	1.929.967	9,0	-3,9
Präventionsleistungen	1.655.342	7,7	6,8
Onkologievereinbarung	1.310.305	6,1	21,8
Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung	1.085.640	5,1	4,1
Labormedizinische Kosten	681.683	3,2	-7,9
TSVG Offene Sprechstunde	651.995	3,1	19,8
Wirtschaftlichkeitsbonus	493.918	2,3	6,3
Vergütung restliche Bereiche	481.744	2,3	-
Belegärztliche Leistungen	365.883	1,7	-11,1
AOP-Nebenleistungen gemäß Vereinbarung	325.488	1,5	-5,3
Summe	21.371.233	100,0	

Glossar

Abrechnungsbestimmungen

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthält Vorgaben für die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen. Die Bestimmungen sind durch die Vertragsärzte und -psychotherapeuten einzuhalten. So sind beispielsweise bestimmte Gebührenordnungspositionen des EBM nicht nebeneinander abrechenbar. Für die Abrechnung der arztgruppenspezifischen Kapitel (oder auch einzelner Gebührenordnungspositionen) sind konkret benannte Qualifikationsvoraussetzungen zu erfüllen.

Angestellte Ärzte

Angestellte Ärzte spielen in der vertragsärztlichen Versorgung neben ermächtigten und zugelassenen Ärzten eine zunehmend wichtige Rolle. In offenen Planungsbereichen können Ärzte vom Praxisinhaber ohne Leistungsbeschränkung angestellt werden. In geschlossenen Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen.

Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Der ärztliche Bereitschaftsdienst wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den niedergelassenen Ärzten im Rahmen des Sicherstellungsauftrages organisiert. Er ist für Kassen- und Privatpatienten gedacht, die in dringenden medizinischen Fällen eine ambulante ärztliche Behandlung benötigen und sich nicht in einer lebensbedrohlichen Situation befinden.

Behandlungsbedarf

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

Behandlungsfall

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

Betriebsausgaben

Die Betriebsausgaben von Vertragsärzten umfassen Aufwendungen für angestelltes Personal, praxisexternes Personal, Material, Labor, Mieten für Räume, Aufwendungen für Energie, Versicherungen, Beiträge, Gebühren, Kraftfahrzeughaltung, Leasing, Miete von Geräten, Fortbildung, Fremdkapitalzinsen sowie sonstige betriebliche Aufwendungen.

Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Die gesetzliche Grundlage des Bewertungsausschusses ist verankert im SGB V. Dort ist in Paragraph 87 Abs. 1 festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch für die Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen bindend (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss).

Budgetierung

Seit der Einführung der Budgets und der Koppelung der Weiterentwicklung der Vergütung an die morbiditätsorientierte Veränderungsrate ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV begrenzt, sodass nicht mehr alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Zumindest für einen Teil der Leistungen, die budgetierten, bedeutet dies, dass eine erhöhte Nachfrage nicht zu höheren Ausgaben für diese Leistungen führt, sondern die Vergütung für die Leistungen reduziert werden muss. Deshalb können die Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Leistungen nur ein im Vorfeld vereinbartes Finanzvolumen bezahlen, die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Da die Leistungsansprüche der Versicherten/Patienten stärker gestiegen sind, als die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel, ist eine Mengensteuerung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vorzunehmen.

Bundesmantelvertrag

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

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

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

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

Ermächtigte Ärzte

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

Erweiterter Bewertungsausschuss

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

Fachärztlicher Versorgungsbereich

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

Fallwert

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

Fallzahl

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

Freie Leistungen

Die freien Leistungen sind Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und unterliegen für den Arzt keiner Mengenbegrenzung. Sie sind Teil des Honorarumsatzes eines Arztes aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Zu den freien Leistungen zählen unter anderem Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, dringende Besuche und Kostenpauschalen. Freie Leistungen sind dadurch von extrabudgetären Leistungen abzugrenzen, dass erstere aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung von der Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlen sind. Extrabudgetäre Leistungen dagegen werden eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt.

Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

Die Krankenkassen zahlen die Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat (Wohnortprinzip). Im Fall einer KV-übergreifenden Inanspruchnahme eines Vertragsarztes durch einen Versicherten, der sich beispielsweise gerade urlaubsbedingt in einem anderen KV-Bezirk befindet, erhält die Kassenärztliche Vereinigung des Vertragsarztes also nicht direkt die von der Krankenkasse entrichtete Vergütung. Damit die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte einen Vertragsarzt in Anspruch genommen hat, die Zahlungen der Krankenkassen erhält, wurde der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ)

als Verteilungsinstrument der Zahlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführt. Mit Hilfe des Fremdkassenzahlungsausgleiches erhält die Kassenärztliche Vereinigung eine Zahlung, für die eine andere Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung bekommen hat. Clearingstelle für die Zahlungsflüsse ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Gesamtvergütung

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (aMGV), zur Verfügung. Über die Höhe ersterer müssen sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 31. Oktober des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten Preis- und Mengenentwicklungen. Aus der MGV wird ein Großteil der ambulanten Leistungen vergütet, die im Gesamtvertrag erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung mengenbegrenzender Maßnahmen. Nur bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen als vereinbart. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden z. B. besonders förderungswürdige Leistungen, wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert.

Gesamtverträge

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

GKV-Spitzenverband

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

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich gemäß Paragraph 73 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. An der hausärztlichen Versorgung nehmen teil: Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. Außerdem gehören dazu Ärzte, die nach Paragraph 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind, und Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung vertritt die politischen Interessen der rund 185.000 niedergelassenen und ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für rund 73 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß Paragraph 72 SGB V obliegt ihr die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In dessen Rahmen sorgt sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß Paragraph 75 SGB V nehmen die KVen unter anderem die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die Gesamtvergütung, welche sie als Honorar an die Ärzte verteilt.

Labor-Auftrags-Volumen (LAV)

Mit der Laborreform ab 01.04.2018 soll den steigenden Kosten für laboratoriumsmedizinische Leistungen entgegengewirkt werden. Die bisher gültige bundeseinheitliche Mindestquote von 91,58 Prozent für laboratoriumsmedizinische Leistungen entfällt. An ihre Stelle treten neue Vergütungsregelungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVSH. Unter anderem erhalten Laborärzte ein standortbezogenes Labor-Auftrags-Volumen (LAV). Es werden die anerkannten Vergütungen der GOP aus den Kapiteln 32.2 und 32.3 in den Abrechnungsquartalen 2/2017 bis 1/2018 herangezogen und gemäß KBV-Vorgaben auf 89 Prozent quotiert, um daraus je Abrechnungsquartal für die Laborpraxis das LAV zu bilden und auszuweisen. Innerhalb dieses individuellen „Budgets“ werden laboratoriumsmedizinische Leistungen zu 100 Prozent, die darüber hinausgehende Forderung zu 35 Prozent vergütet. Ab 2/2019 werden die LAV unter Berücksichtigung der Veränderungsrate der MGV weiterentwickelt.

Morbidität

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

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)

Gemäß Paragraph 87a SGB V entrichten die Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die Kassenärztliche Vereinigung die sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. Hierzu vereinbaren sie auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf und bewerten diesen mit dem auf Grundlage des Orientierungswertes regional vereinbarten Punktwert in Euro, dieser vereinbarte Behandlungsbedarf gilt als notwendige medizinische Versorgung gemäß Paragraph 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Orientierungswert (OW)

Der Orientierungswert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit den Krankenkassen. Steigt der Punktwert, steigen auch die Preise und in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegebenenfalls das leistungsbezogene Honorar für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Für das Jahr 2022 gilt ein OW von 11,2662 Cent.

Punktzahlvolumen (PZV)

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

Regionale Euro-Gebührenordnung

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

Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)

Das „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ ist am 11.05.2019 in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz soll erreicht werden, dass gesetzlich Versicherte schneller und leichter einen Arzttermin erhalten. Dafür sind unter der bundesweit einheitliche Notdienstnummer (116117) die Terminservicestellen (TSS) täglich 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche (24/7) erreichbar. Das Gesetz sieht neben einer Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung auch eine Erhöhung der Mindestsprechzeiten von Ärzten vor sowie eine Verpflichtung der Krankenkassen, für ihre Versicherten elektronische Patientenakten anzubieten. Des Weiteren soll die ärztliche Versorgung auf dem Land verbessert werden, indem die KVen und die Krankenkassen verpflichtend einen Strukturfonds einrichten.

Tätigkeitsumfang

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

Wohnortprinzip

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

Zulassung

Voraussetzung, um als Arzt oder Psychotherapeut gesetzlich versicherte Patienten behandeln zu können, ist die Zulassung als Vertragsarzt/-psychotherapeut. Die Entscheidung über die Zulassung trifft der für den jeweiligen Zulassungsbezirk örtlich zuständige Zulassungsausschuss. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, durch Ermächtigung oder Anstellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.



IMPRESSUM

Herausgeber

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

Verantwortlich (V. I. S. D. P.)

Dr. Ralph Ennenbach,
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVSH

Redaktion

Julia Alberts, Ekkehard Becker, Katrin Breede, Cordelia Dost,
Dana Engelhardt Tyneke Evert, Christine von Hielmcrone,
Lisa-Marie Lüthje, Anja Oelkers, Caroline Polonji, Stephan Rühle,
Andreas Urbschat, Svenja Walther, Karsten Willms

Gestaltung

Borka Totzauer

Fotos

istockphoto.com

Druck

KVSH

Die Publikation, alle Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlichem Einverständnis des Herausgebers. Im Interesse der Lesbarkeit haben wir auf geschlechtsbezogene Formulierungen verzichtet. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird, ist hiermit selbstverständlich jegliche Form des Geschlechts gemeint. Die Redaktion bittet um Verständnis.



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

Weitere Informationen unter
www.kvsh.de