



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung



HONORARBERICHT  
FÜR DAS ERSTE QUARTAL

2014

ZAHLEN UND FAKTEN

Hinweis:

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

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

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>Vorwort</b> .....	1
<b>1. Entwicklung des Honorarumsatzes und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit</b> .....	2
<b>1.1 Honorarumsatz</b> .....	2
1.1.1 Honorarumsatz alle Ärzte/Psychotherapeuten .....	2
1.1.2 Honorarumsatz hausärztlicher Versorgungsbereich .....	4
1.1.3 Honorarumsatz fachärztlicher Versorgungsbereich .....	10
<b>1.2 Überschuss</b> .....	58
<b>1.3 Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss</b> .....	60
<b>2. Entwicklung der Gesamtvergütungen</b> .....	62
<b>3. Bereinigung der Gesamtvergütungen</b> .....	66
<b>3.1 Erläuterung</b> .....	66
<b>3.2 Entwicklung</b> .....	67
<b>4. Zusammenfassung</b> .....	68
<b>5. Sonderthema:</b>	
<b>Einführung neuer Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung</b> .....	70
<b>5.1 Rechtsgrundlage</b> .....	70
<b>5.2 Neue Leistungen</b> .....	70
<b>5.3 Inanspruchnahme der neuen Leistungen in den Jahren 2009 bis 2013</b> .....	72
<b>Datengrundlagen</b> .....	78
<b>Glossar</b> .....	79
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	86
<b>Literatur/Quellen</b> .....	87

**TABELLENVERZEICHNIS**

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

Tabelle 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Euro.....	59
Tabelle 30: Summe der Gesamtvergütungen in Mio. Euro und Gesamtvergütungen je Versicherten in Euro .....	62
Tabelle 31: Summe der morbiditätsbedingten (MGV) und extrabudgetären (EGV) Gesamtvergütungen in Mio. Euro.....	63
Tabelle 32: Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) je Versicherten in Euro .....	65
Tabelle 33: Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung.....	67
Tabelle 34: Neue Leistungen - Leistungssegmente .....	72
Tabelle 35: Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Euro-GO in Euro, Jahre 2009 bis 2013 .....	73
Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl der Patienten, Jahre 2009 bis 2013 .....	73
Tabelle 37: Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Euro-GO in Euro je Patient, Jahre 2009 bis 2013.....	74
Tabelle 38: Entwicklung der Anzahl der abrechnenden Ärzte, Jahre 2009 bis 2013.....	75
Tabelle 39: Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Euro-GO in Euro je Arzt, Jahre 2009 bis 2013.....	75
Tabelle 40: Neue Leistungen – durchschnittlicher Leistungsbedarf gemäß Euro-GO in Euro je Jahr .....	76

**DIAGRAMMVERZEICHNIS**

Diagramm 1: Hausärztlicher Versorgungsbereich .....	5
Diagramm 2: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten .....	7
Diagramm 3: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin .....	9
Diagramm 4: Fachärztlicher Versorgungsbereich.....	11
Diagramm 5: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie .....	13
Diagramm 6: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde .....	15
Diagramm 7: Abrechnungsgruppe Innere Medizin .....	17
Diagramm 8: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt.....	19
Diagramm 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie .....	21
Diagramm 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie.....	23
Diagramm 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Gastroenterologie .....	25
Diagramm 12: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie .....	27
Diagramm 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Kardiologie.....	29
Diagramm 14: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Nephrologie .....	31
Diagramm 15: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie.....	33
Diagramm 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie .....	35
Diagramm 17: Abrechnungsgruppe Gynäkologie .....	37
Diagramm 18: Abrechnungsgruppe Orthopädie .....	39
Diagramm 19: Abrechnungsgruppe Chirurgie .....	41
Diagramm 20: Abrechnungsgruppe Hautarzt.....	43
Diagramm 21: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde .....	45
Diagramm 22: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde.....	47
Diagramm 23: Abrechnungsgruppe Neurologie .....	49
Diagramm 24: Abrechnungsgruppe Psychiatrie .....	51
Diagramm 25: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch).....	53
Diagramm 26: Abrechnungsgruppe Radiologie.....	55
Diagramm 27: Abrechnungsgruppe Urologie .....	57
Diagramm 28: Honorarumsatz je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit .....	60
Diagramm 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit.....	61
Diagramm 30: MGV- und EGV-Anteile der Gesamtvergütungen 4. Quartal 2013.....	64

## VORWORT

Die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich sicherzustellen – und das auf dem gewohnten Niveau – wird immer schwieriger. Die Nachfrage der Patienten steigt kontinuierlich an. Zunehmend werden immer mehr Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Versorgungssektor verlagert. Zudem ist es jedes Mal ein Kraftakt, die Krankenkassen dazu zu bewegen, die von Vertragsärzten und -psychotherapeuten erbrachten Leistungen angemessen zu honorieren. Schon heute bekommen die rund 165.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten durchschnittlich rund zehn Prozent der Leistungen, die sie erbringen, nicht von den Krankenkassen vergütet. Das gefährdet neben der Existenz von Arztpraxen auch die Versorgung der Patienten. Dieses Problem muss endlich behoben werden.

Der vorliegende Honorarbericht beleuchtet das 1. Quartal im Jahr 2014. Er zeigt im Vergleich zum Vorjahresquartal im Bundesdurchschnitt einen Zuwachs für den Honorarumsatz je Arzt und je Behandlungsfall. Konkret handelt es sich um jeweils 3,9 Prozent. Das ist ein Erfolg, reicht aber nicht aus. Um den Nachwuchs an niedergelassenen Ärzten zu sichern, müssen wir ein deutliches Zeichen setzen: Der Arztberuf bringt viel Verantwortung mit sich, doch er ist nach wie vor attraktiv – und soll angemessen honoriert werden. Nur so können wir die hochwertige medizinische Versorgung in unserem Land zukünftig aufrechterhalten. Auch die Einführung neuer Leistungen in die vertragsärztliche Versorgung, der wir

uns dieses Mal mit einem Sonderthema widmen, ist diesbezüglich ein Schritt in die richtige Richtung.

Neben dem Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt und je Fall, sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich, ist für den Berichtszeitraum ebenso der Anstieg der Gesamtvergütung aller Kassenärztlichen Vereinigungen als positiv zu bewerten. Im Vergleich zum Vorjahreszeitraum erhöhte sie sich um 4,7 Prozent – das sind insgesamt 387,7 Millionen Euro. Der Grund hierfür liegt vor allem in den Steigerungen der extrabudgetären Gesamtvergütungen. Ihr Anteil an der Gesamtvergütung erhöhte sich durchschnittlich von 30,8 auf 32,7 Prozent.

Wie gewohnt stellen wir Ihnen im Folgenden die Honorarentwicklung der Arztgruppen sowie des Gesamtbudgets detailliert vor. Auch die jeweiligen Veränderungen beim Honorarumsatz je Behandlungsfall und je Arzt beziehungsweise Psychotherapeut werden dargestellt.

Den Bericht zum 1. Quartal 2014 finden Sie wie alle bisher erschienenen Bände des Honorarberichts auf unserer Internetseite [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

Eine aufschlussreiche Lektüre wünschen Ihnen

Dr. Andreas Gassen

Dipl.-Med. Regina Feldmann

## 1. ENTWICKLUNG DES HONORARUMSATZES UND DES ÜBERSCHUSSES AUS VERTRAGSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

### 1.1 Honorarumsatz

Der hier berichtete Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit enthält

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

Die Darstellung des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt und des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall erfolgt für ausgewählte Abrechnungsgruppen. Auf der Internetpräsenz der KBV [www.kbv.de](http://www.kbv.de) finden sich für diese und weitere Abrechnungsgruppen ergänzende Kennzahlen.

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

Die Abrechnungsgruppen-Zuordnung erfolgt nach einem einheitlichen Verfahren, das sich an den Abrechnungsbestimmungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) orientiert. Dies ist notwendig, da die regionalen Regelungen zur Zuordnung von Ärzten zu Arztgruppen im Rahmen

der Abrechnung teilweise deutlich voneinander abweichen. Die durch dieses Verfahren erzielte bundeseinheitliche Darstellung weicht unter Umständen von den Berichterstattungen der einzelnen KVen ab.

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

#### 1.1.1 Honorarumsatz alle Ärzte/Psychotherapeuten

Im Bundesdurchschnitt ist sowohl für den Honorarumsatz je Arzt als auch für den Honorarumsatz je Behandlungsfall aller Ärzte und Psychotherapeuten ein Zuwachs im Vergleich zum Vorjahresquartal zu berichten. Der Honorarumsatz je Arzt ist um 3,9 Prozent (+2.018 Euro auf 54.081 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,9 Prozent (+2,33 Euro auf 62,07 Euro) gestiegen.

Von den KVen genannte mögliche Gründe für Honorarveränderungen können sein:

- Ein Rückgang des Honorarumsatzes je Behandlungsfall kann auf eine Behandlungsfallzahlsteigerung der Abrechnungsgruppe bei gleichbleibendem Honorarumsatzvolumen zurückzuführen sein. Gleicht die durchschnittliche Behandlungsfallzahl je Arzt diesen Effekt nicht ausreichend aus, so kann es in der Folge auch zu sinkenden Honorarumsätzen je Arzt kommen.
- Größere Schwankungen des Honorarumsatzes je Arzt und je Behandlungsfall können insbesondere in kleinen Abrechnungsgruppen durch veränderte Praxiszusammensetzungen und/oder Neuzulassungen/Ausscheiden von Ärzten und die damit verbundene Veränderung der Struktur der Abrechnungsgruppe verursacht werden.

Nur Praxen mit zugelassenen Ärzten abgebildet

Abrechnungsgruppen-Zuordnung nach einheitlichem Verfahren

- Bei Änderungen an der Zuordnung einer oder mehrerer Leistungen zum budgetären oder extrabudgetären Teil der Gesamtvergütung (vgl. Kapitel 2 des Honorarberichtes) kann es zu einem Zuwachs des Honorarumsatzes beim Übergang von Leistungen zum extrabudgetären Teil beziehungsweise zu einem Rückgang des Honorarumsatzes beim Übergang von Leistungen zum budgetären Teil kommen. Ein Anstieg der abgerechneten Leistungsmenge in den extrabudgetären Vergütungsanteilen führt in der Regel zu einer Honorarumsatzsteigerung der betroffenen Arztgruppe. Hierzu gehören beispielsweise Leistungen des ambulanten Operierens sowie Präventionsleistungen.
- Änderungen am Honorarverteilungsmaßstab der KVen, um beispielsweise gezielte Förderungen oder Stützungsmaßnahmen vorzunehmen, haben Umverteilungswirkungen auf den Honorarumsatz für einzelne Arztgruppen.
- Der Abschluss von Selektivverträgen (vgl. Kapitel 3 des Honorarberichtes) führt zu einer Bereinigung der Honorarumsatzanteile aus dem Kollektivvertrag und damit zu einem Absinken des berichteten Honorarumsatzes der betroffenen Abrechnungsgruppen.

**Tabelle 1: Alle Ärzte/Psychotherapeuten  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	50.008	52.097	2.089	4,2%	56,03	58,39	2,36	4,2%
Hamburg	48.218	50.564	2.346	4,9%	59,19	61,34	2,15	3,6%
Bremen	55.002	59.422	4.420	8,0%	61,17	62,89	1,72	2,8%
Niedersachsen	57.288	59.599	2.311	4,0%	59,69	62,20	2,51	4,2%
Westfalen-Lippe	56.724	60.175	3.451	6,1%	57,89	61,55	3,66	6,3%
Nordrhein	48.138	51.600	3.462	7,2%	57,69	62,17	4,48	7,8%
Hessen	48.202	48.412	210	0,4%	59,12	59,36	0,24	0,4%
Rheinland-Pfalz	53.281	54.280	999	1,9%	60,08	60,97	0,89	1,5%
Baden-Württemberg	49.149	50.792	1.643	3,3%	62,35	65,25	2,90	4,7%
Bayerns	50.315	51.225	910	1,8%	66,28	66,25	-0,03	0,0%
Berlin	41.146	43.275	2.129	5,2%	58,61	60,97	2,36	4,0%
Saarland	51.780	53.223	1.443	2,8%	63,14	64,84	1,70	2,7%
Mecklenburg-Vorp.	63.767	65.399	1.632	2,6%	59,29	61,48	2,19	3,7%
Brandenburg	55.452	57.984	2.532	4,6%	53,70	56,93	3,23	6,0%
Sachsen-Anhalt	58.162	59.129	967	1,7%	56,08	58,25	2,17	3,9%
Thüringen	59.941	61.850	1.909	3,2%	53,29	58,22	4,93	9,3%
Sachsen	59.571	62.136	2.565	4,3%	57,38	59,45	2,07	3,6%
Bund	52.063	54.081	2.018	3,9%	59,74	62,07	2,33	3,9%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

### 1.1.2 Honorarumsatz hausärztlicher Versorgungsbereich

Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,2 Prozent (+1.135 Euro auf 53.453 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 7,2 Prozent (+4,16 Euro auf 62,26 Euro) ge-

stiegen. Überdurchschnittliche Honorarumsatzsteigerungen bei gleichzeitigem Rückgang der Behandlungsfälle führten in Hamburg und Thüringen zu den stärksten prozentualen Zuwächsen der Kennzahlen. So stiegen in Hamburg der Honorar-

**Tabelle 2: Hausärztlicher Versorgungsbereich  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

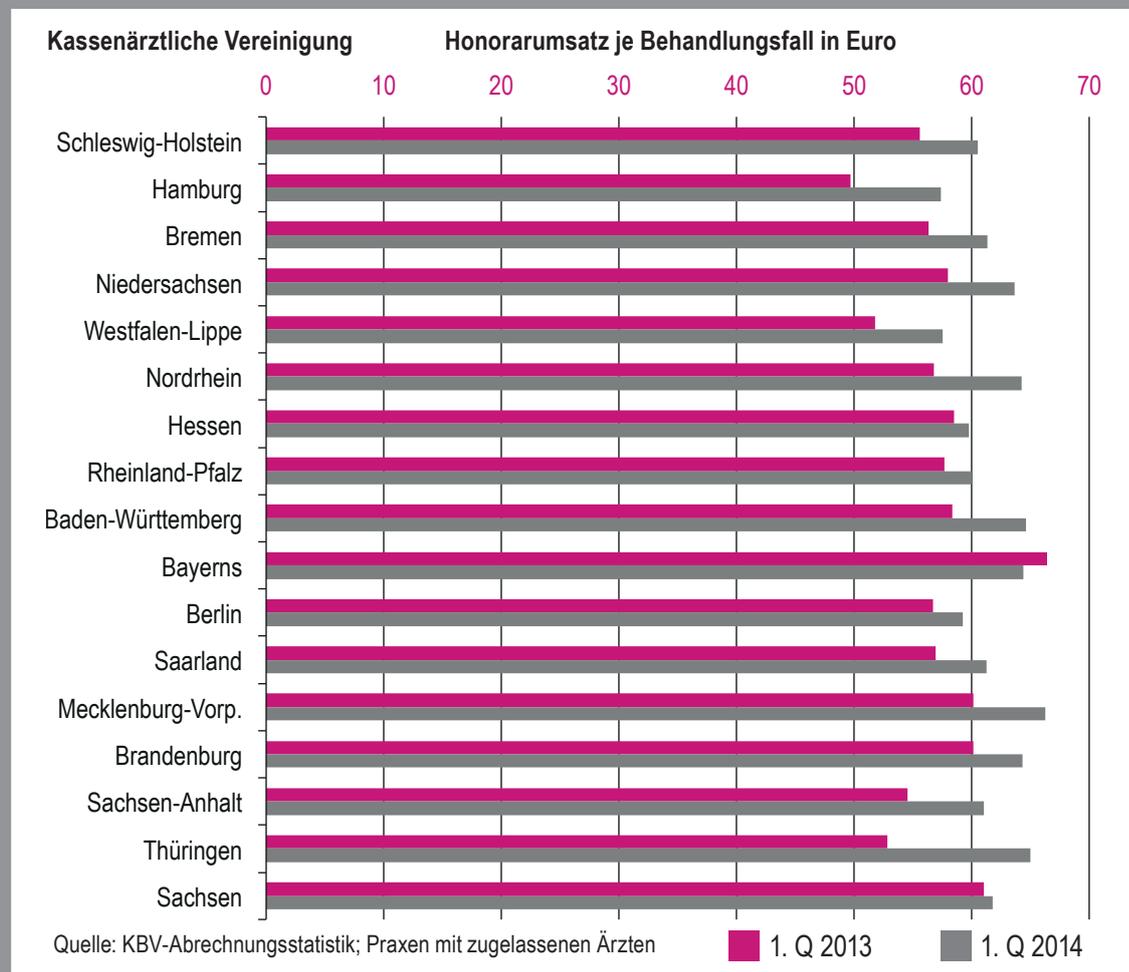
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	47.924	49.901	1.977	4,1%	55,60	60,53	4,93	8,9%
Hamburg	41.538	46.238	4.700	11,3%	49,71	57,36	7,65	15,4%
Bremen	49.475	52.706	3.231	6,5%	56,30	61,31	5,01	8,9%
Niedersachsen	57.653	59.702	2.049	3,6%	57,97	63,64	5,67	9,8%
Westfalen-Lippe	54.167	56.595	2.428	4,5%	51,76	57,54	5,78	11,2%
Nordrhein	52.555	55.915	3.360	6,4%	56,77	64,26	7,49	13,2%
Hessen	55.610	53.809	-1.801	-3,2%	58,48	59,73	1,25	2,1%
Rheinland-Pfalz	51.909	51.756	-153	-0,3%	57,70	59,94	2,24	3,9%
Baden-Württemberg	42.066	43.602	1.536	3,7%	58,32	64,59	6,27	10,8%
Bayerns	50.843	49.673	-1.170	-2,3%	66,38	64,40	-1,98	-3,0%
Berlin	46.005	46.587	582	1,3%	56,71	59,21	2,50	4,4%
Saarland	52.677	53.953	1.276	2,4%	56,93	61,26	4,33	7,6%
Mecklenburg-Vorp.	61.875	63.952	2.077	3,4%	60,14	66,22	6,08	10,1%
Brandenburg	60.994	61.913	919	1,5%	60,11	64,27	4,16	6,9%
Sachsen-Anhalt	60.595	63.911	3.316	5,5%	54,53	61,00	6,47	11,9%
Thüringen	60.186	65.307	5.121	8,5%	52,83	64,97	12,14	23,0%
Sachsen	62.328	60.758	-1.570	-2,5%	61,00	61,76	0,76	1,2%
Bund	52.318	53.453	1.135	2,2%	58,10	62,26	4,16	7,2%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

umsatz je Arzt um 11,3 Prozent (+4.700 Euro auf 46.238 Euro) und der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 15,4 Prozent (+7,65 Euro auf 57,36 Euro). In Thüringen stiegen der Honorarumsatz je Arzt um 8,5 Prozent (+5.121 Euro auf 65.307 Euro)

und der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 23,0 Prozent (+12,14 Euro auf 64,97 Euro).

Diagramm 1: Hausärztlicher Versorgungsbereich  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.2.1 Honorarumsatz Allgemeinmediziner/ hausärztliche Internisten

Der Honorarumsatz der Allgemeinmediziner und hausärztlichen Internisten je Arzt ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,9 Prozent (+983 Euro auf 52.117 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 6,9 Prozent (+3,94 Euro auf 61,24 Euro) gestiegen. Am deutlichsten fällt der Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt (+8,0 Prozent auf 64.809 Euro) und je Behandlungsfall (+23,0 Prozent auf 64,67 Euro) in Thüringen aus. Eine Entwicklung in die andere Richtung ist statistisch in

Hessen und Sachsen zu verzeichnen, wo ein Rückgang des Honorarumsatzes je Arzt um 3,6 Prozent beziehungsweise 2,4 Prozent zu sehen ist. Dieser wird in Hessen durch den Effekt hervorgerufen, dass im Vorjahresquartal 1/2013 zusätzliche Zahlungen an die Hausärzte geflossen sind, um den Wegfall der Praxisgebühr zu kompensieren. In Sachsen führte die zusätzliche Ausschüttung in den Vorjahren nicht verbrauchter Honorarkontingente im 1. Quartal 2013 zu einem ähnlichen Effekt. In den KV-

**Tabelle 3: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

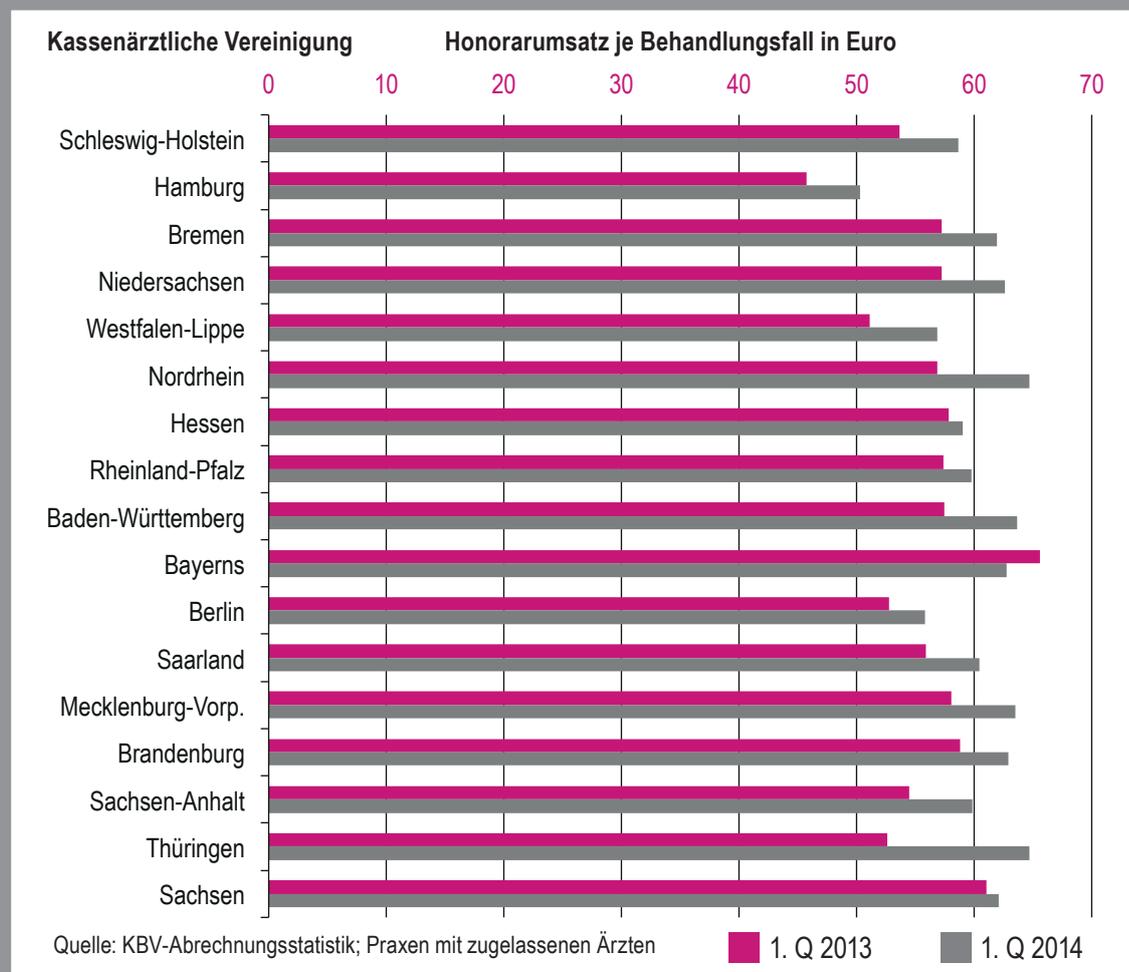
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	45.831	47.790	1.959	4,3%	53,64	58,66	5,02	9,4%
Hamburg	38.293	40.855	2.562	6,7%	45,75	50,31	4,56	10,0%
Bremen	48.996	51.988	2.992	6,1%	57,18	61,88	4,70	8,2%
Niedersachsen	57.133	58.949	1.816	3,2%	57,22	62,57	5,35	9,3%
Westfalen-Lippe	52.466	54.814	2.348	4,5%	51,13	56,86	5,73	11,2%
Nordrhein	51.636	55.130	3.494	6,8%	56,85	64,66	7,81	13,7%
Hessen	55.018	53.040	-1.978	-3,6%	57,80	59,02	1,22	2,1%
Rheinland-Pfalz	51.805	51.766	-39	-0,1%	57,34	59,76	2,42	4,2%
Baden-Württemberg	39.647	41.025	1.378	3,5%	57,47	63,65	6,18	10,8%
Bayerns	49.580	48.099	-1.481	-3,0%	65,57	62,74	-2,83	-4,3%
Berlin	43.170	44.142	972	2,3%	52,73	55,79	3,06	5,8%
Saarland	50.841	52.433	1.592	3,1%	55,90	60,46	4,56	8,2%
Mecklenburg-Vorp.	60.525	62.371	1.846	3,0%	58,06	63,51	5,45	9,4%
Brandenburg	59.801	60.900	1.099	1,8%	58,79	62,85	4,06	6,9%
Sachsen-Anhalt	60.685	63.166	2.481	4,1%	54,49	59,86	5,37	9,9%
Thüringen	60.000	64.809	4.809	8,0%	52,57	64,67	12,10	23,0%
Sachsen	62.399	60.906	-1.493	-2,4%	61,05	62,10	1,05	1,7%
Bund	51.134	52.117	983	1,9%	57,30	61,24	3,94	6,9%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Bezirken Schleswig-Holstein, Hamburg, Nordrhein und Thüringen sind zudem Zuwächse des Honorarumsatzvolumens von mehr als fünf Prozent zu verzeichnen. In Hamburg ist für diese statistische Auffälligkeit der verspätete Abschluss der Vergütungsvereinbarungen im Jahr 2013 verantwortlich. Im Jahr 2014 konnten die Vereinbarungen fristge-

mäß geschlossen werden. Dadurch konnte die Honorarberechnung des 1. Quartals 2013 noch nicht den Abschluss der Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen umsetzen. Dafür erfolgten in den Folgequartalen Nachzahlungen. Das führt beim vorliegenden Vergleich der ersten Quartale zu dieser Schiefelage.

Diagramm 2: Abrechnungsgruppe Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.2.2 Honorarumsatz Kinder- und Jugendmedizin

Im ersten Quartal 2014 ist der Honorarumsatz je Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin im Vergleich zum Vorjahresquartal durchschnittlich um 2,5 Prozent (+1.417 Euro auf 56.991 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 8,0 Prozent (+4,25

Euro auf 57,27 Euro) gestiegen. Die größten prozentualen Steigerungen des Honorarumsatzes je Behandlungsfall weisen die KV Thüringen (+22,2 Prozent auf 64,72 Euro), die KV Bremen (+12,8 Prozent auf 58,87 Euro), die KV Nordrhein (+12,3 Prozent auf

**Tabelle 4: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

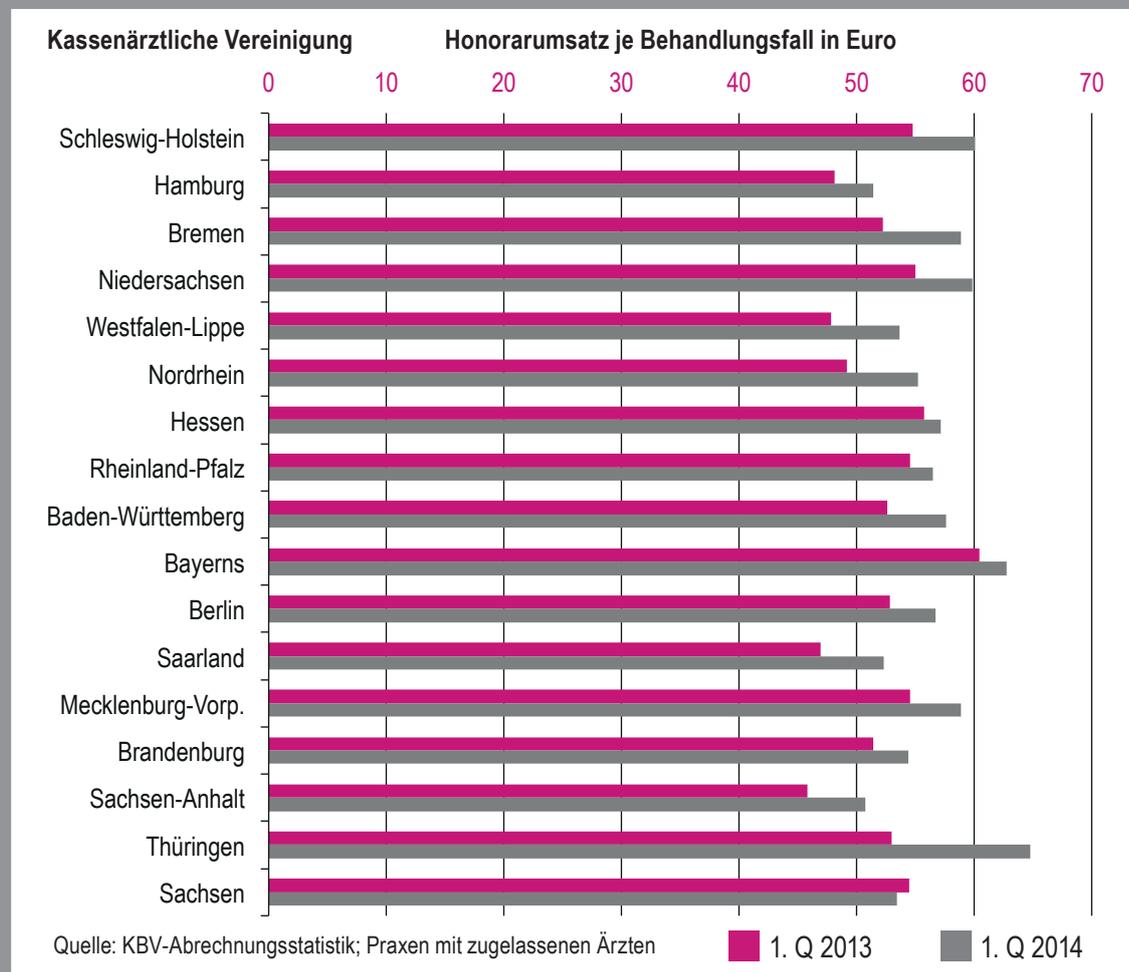
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	52.014	55.532	3.518	6,8%	54,79	60,03	5,24	9,6%
Hamburg	53.310	54.313	1.003	1,9%	48,11	51,39	3,28	6,8%
Bremen	52.600	57.334	4.734	9,0%	52,18	58,87	6,69	12,8%
Niedersachsen	58.096	59.915	1.819	3,1%	54,95	59,83	4,88	8,9%
Westfalen-Lippe	61.049	63.576	2.527	4,1%	47,82	53,67	5,85	12,2%
Nordrhein	56.740	59.183	2.443	4,3%	49,14	55,20	6,06	12,3%
Hessen	57.129	56.084	-1.045	-1,8%	55,75	57,11	1,36	2,4%
Rheinland-Pfalz	50.928	50.371	-557	-1,1%	54,56	56,47	1,91	3,5%
Baden-Württemberg	53.259	55.010	1.751	3,3%	52,59	57,57	4,98	9,5%
Bayerns	54.168	54.888	720	1,3%	60,43	62,75	2,32	3,8%
Berlin	49.999	52.008	2.009	4,0%	52,85	56,67	3,82	7,2%
Saarland	51.697	52.523	826	1,6%	46,93	52,28	5,35	11,4%
Mecklenburg-Vorp.	54.683	55.122	439	0,8%	54,56	58,85	4,29	7,9%
Brandenburg	56.595	55.926	-669	-1,2%	51,43	54,36	2,93	5,7%
Sachsen-Anhalt	51.934	53.642	1.708	3,3%	45,83	50,76	4,93	10,8%
Thüringen	60.504	68.777	8.273	13,7%	52,97	64,72	11,75	22,2%
Sachsen	58.887	56.922	-1.965	-3,3%	54,43	53,41	-1,02	-1,9%
Bund	55.574	56.991	1.417	2,5%	53,02	57,27	4,25	8,0%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

55,20 Euro) und die KV Westfalen-Lippe (+12,2 Prozent auf 53,67 Euro) auf. Das überproportionale Wachstum der Kennzahlen in Thüringen lässt sich

durch ein starkes Wachstum des Honorarumsatzes bei gleichzeitig leicht sinkenden Arzt- und Behandlungszahlen erklären.

Diagramm 3: Abrechnungsgruppe Kinder- und Jugendmedizin  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



**1.1.3 Honorarumsatz fachärztlicher****Versorgungsbereich**

Der Honorarumsatz je Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,0 Prozent (+2.501 Euro auf 52.590 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,7 Prozent (+1,11 Euro auf 66,20 Euro) gestiegen. Den höch-

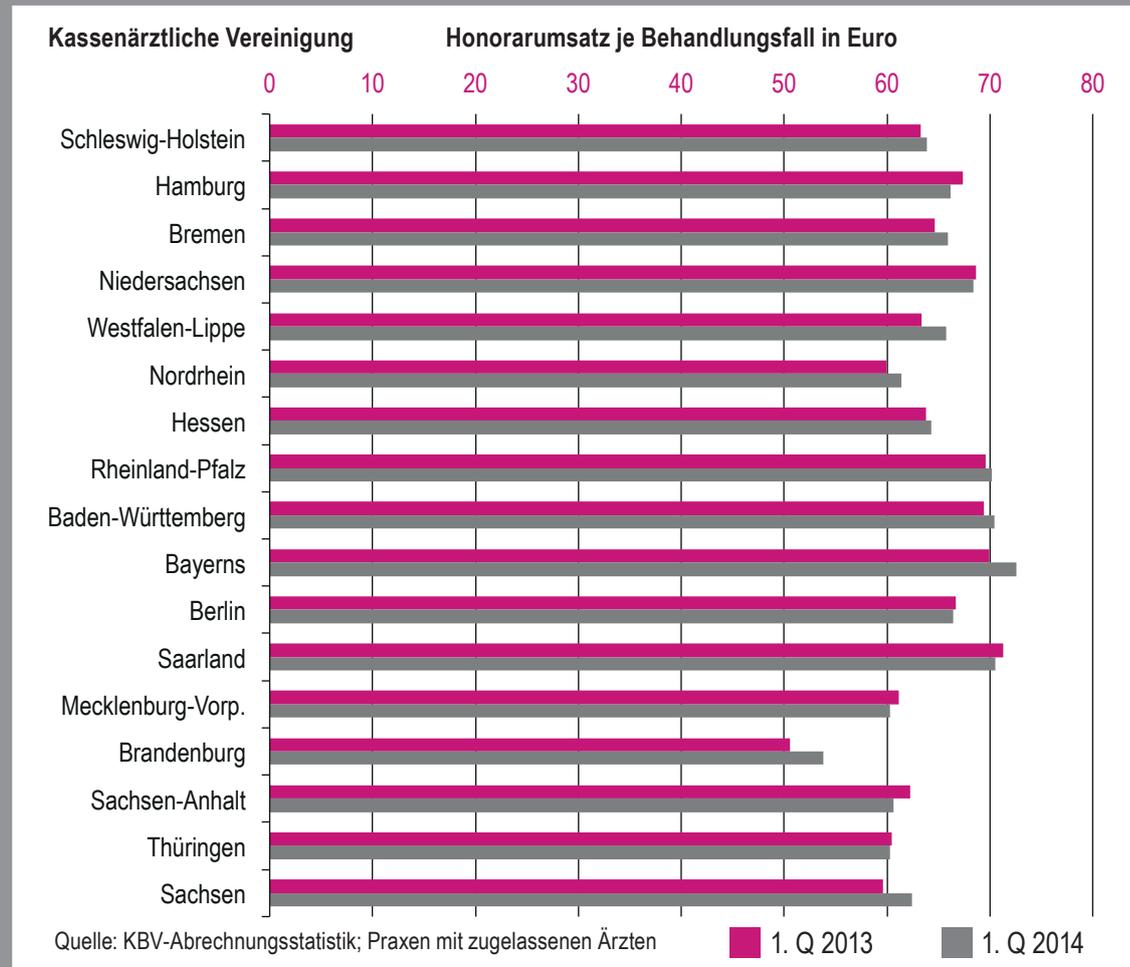
ten Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt weist die KV Sachsen mit +9,3 Prozent auf, während in der KV Brandenburg mit +6,4 Prozent das höchste Wachstum des Honorarumsatzes je Behandlungsfall zu verzeichnen ist.

**Tabelle 5: Fachärztlicher Versorgungsbereich  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	48.397	50.581	2.184	4,5%	63,23	63,85	0,62	1,0%
Hamburg	45.404	46.711	1.307	2,9%	67,35	66,13	-1,22	-1,8%
Bremen	55.109	59.466	4.357	7,9%	64,63	65,91	1,28	2,0%
Niedersachsen	54.422	56.832	2.410	4,4%	68,63	68,40	-0,23	-0,3%
Westfalen-Lippe	55.829	60.085	4.256	7,6%	63,35	65,75	2,40	3,8%
Nordrhein	43.560	47.122	3.562	8,2%	59,97	61,41	1,44	2,4%
Hessen	42.819	43.914	1.095	2,6%	63,81	64,28	0,47	0,7%
Rheinland-Pfalz	51.872	53.663	1.791	3,5%	69,57	70,19	0,62	0,9%
Baden-Württemberg	52.495	53.517	1.022	1,9%	69,43	70,39	0,96	1,4%
Bayerns	48.945	51.121	2.176	4,4%	69,94	72,56	2,62	3,7%
Berlin	37.763	40.813	3.050	8,1%	66,64	66,38	-0,26	-0,4%
Saarland	50.175	51.610	1.435	2,9%	71,24	70,55	-0,69	-1,0%
Mecklenburg-Vorp.	61.894	63.721	1.827	3,0%	61,11	60,24	-0,87	-1,4%
Brandenburg	53.390	57.381	3.991	7,5%	50,55	53,81	3,26	6,4%
Sachsen-Anhalt	58.211	58.472	261	0,4%	62,25	60,64	-1,61	-2,6%
Thüringen	60.588	59.558	-1.030	-1,7%	60,44	60,26	-0,18	-0,3%
Sachsen	56.458	61.720	5.262	9,3%	59,63	62,43	2,80	4,7%
Bund	50.089	52.590	2.501	5,0%	65,09	66,20	1,11	1,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 4: Fachärztlicher Versorgungsbereich  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.1 Honorarumsatz Anästhesiologie

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je Facharzt für Anästhesiologie im ersten Quartal 2014 um 6,1 Prozent (+2.493 Euro auf 43.047 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,3 Prozent (+2,08 Euro auf 160,47 Euro) gestie-

gen. Der Abschluss eines neuen Vertrags zum ambulanten Operieren mit den Krankenkassen führte in Bremen zu einem besonders starken Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt (+7.722 Euro auf 57.447 Euro) und des Honorarumsatzes je Behandlungsfall

**Tabelle 6: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

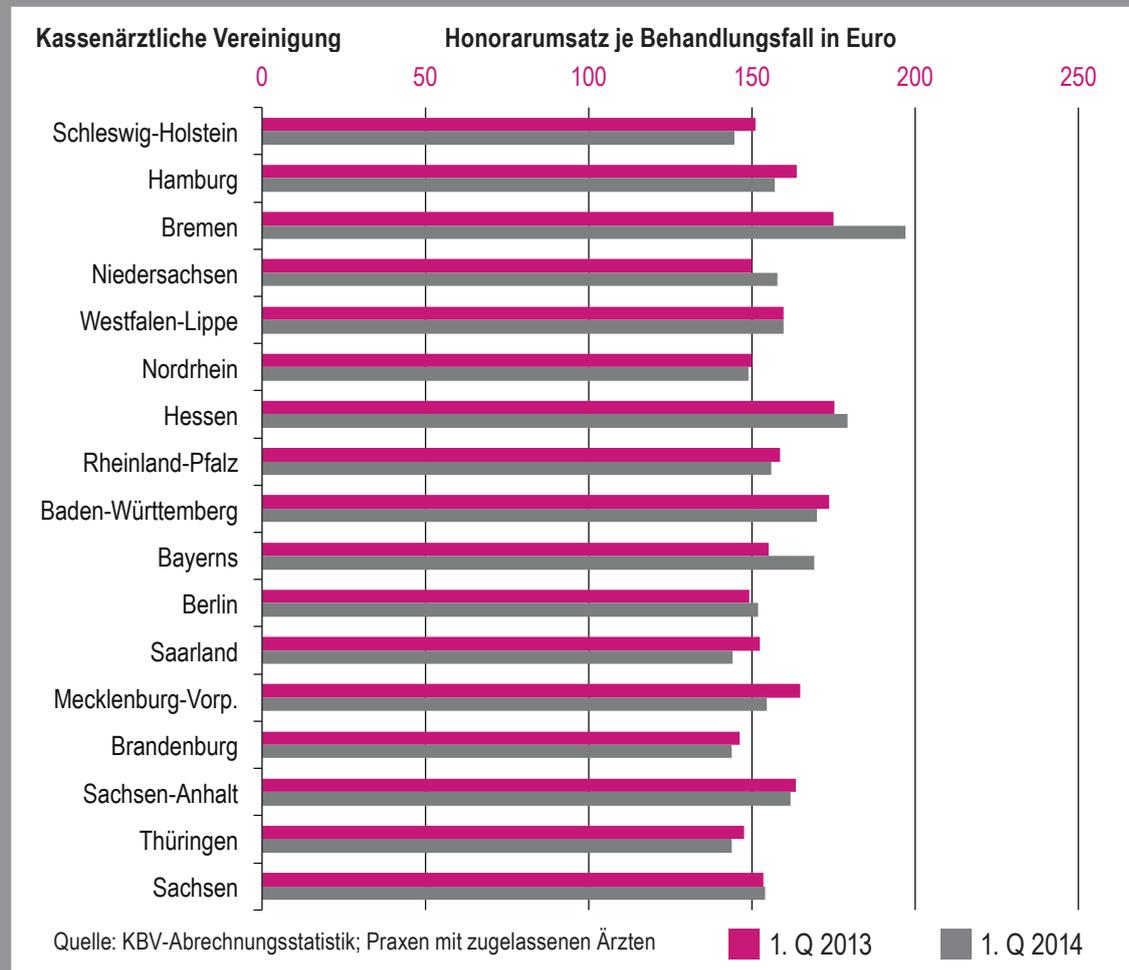
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	38.786	38.186	-600	-1,5%	150,98	144,51	-6,47	-4,3%
Hamburg	37.555	37.830	275	0,7%	163,66	156,92	-6,74	-4,1%
Bremen	49.725	57.447	7.722	15,5%	175,01	197,01	22,00	12,6%
Niedersachsen	43.632	48.293	4.661	10,7%	149,99	157,92	7,93	5,3%
Westfalen-Lippe	42.252	46.845	4.593	10,9%	159,77	159,63	-0,14	-0,1%
Nordrhein	36.205	37.951	1.746	4,8%	149,99	148,85	-1,14	-0,8%
Hessen	42.936	43.600	664	1,5%	175,32	179,28	3,96	2,3%
Rheinland-Pfalz	33.810	35.368	1.558	4,6%	158,60	155,91	-2,69	-1,7%
Baden-Württemberg	43.199	41.594	-1.605	-3,7%	173,59	169,79	-3,80	-2,2%
Bayerns	35.463	39.174	3.711	10,5%	155,09	169,14	14,05	9,1%
Berlin	34.667	35.628	961	2,8%	149,18	151,75	2,57	1,7%
Saarland	38.773	41.961	3.188	8,2%	152,51	144,06	-8,45	-5,5%
Mecklenburg-Vorp.	67.266	64.505	-2.761	-4,1%	164,79	154,49	-10,30	-6,3%
Brandenburg	46.823	49.123	2.300	4,9%	146,34	143,86	-2,48	-1,7%
Sachsen-Anhalt	45.522	46.875	1.353	3,0%	163,37	161,85	-1,52	-0,9%
Thüringen	42.440	46.339	3.899	9,2%	147,52	143,74	-3,78	-2,6%
Sachsen	44.043	45.227	1.184	2,7%	153,63	154,01	0,38	0,2%
Bund	40.554	43.047	2.493	6,1%	158,39	160,47	2,08	1,3%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

(+22,00 Euro auf 197,01 Euro). Ein Honorarumsatzplus von über 10 Prozent je Arzt ist in dieser Abrechnungsgruppe neben der KV Bremen auch für die

KVen Westfalen-Lippe, Niedersachsen und Bayerns zu verzeichnen.

Diagramm 5: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.2 Honorarumsatz Augenheilkunde

Im ersten Quartal 2014 ist der Honorarumsatz je Facharzt für Augenheilkunde (+5.511 Euro auf 66.423 Euro), sowie der Honorarumsatz je Behandlungsfall (+2,32 Euro auf 47,42 Euro) im Vergleich zum Vorjahresquartal um 9,0 Prozent bzw. um 5,1 Prozent gestiegen. Dabei ist in den KVen Westfalen-Lippe, Sachsen, Nordrhein und Berlin der Zuwachs

des Honorarumsatzes je Arzt mit mehr als 10 Prozent am höchsten. Dies ist unter anderem in der Einführung eines Zuschlages für die augenärztliche Grundversorgung begründet. Daneben wurden in Westfalen-Lippe die Leistungsmengenkontingente für Katarakt-Operationen angehoben, wodurch sich eine Honorarsteigerung ergab. Zum anderen erfolg-

**Tabelle 7: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

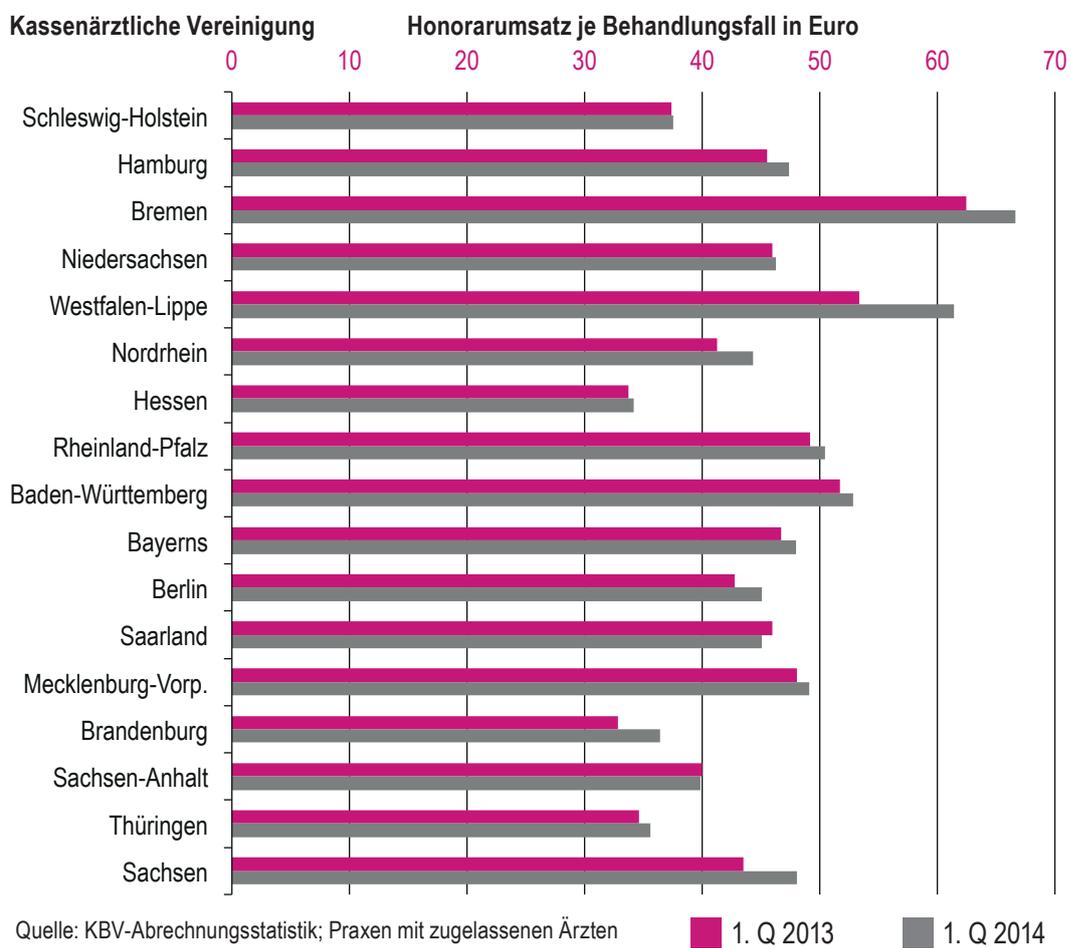
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	49.264	51.021	1.757	3,6%	37,38	37,52	0,14	0,4%
Hamburg	55.452	59.734	4.282	7,7%	45,54	47,35	1,81	4,0%
Bremen	87.354	90.823	3.469	4,0%	62,41	66,61	4,20	6,7%
Niedersachsen	64.090	68.513	4.423	6,9%	45,95	46,25	0,30	0,7%
Westfalen-Lippe	78.882	93.636	14.754	18,7%	53,31	61,40	8,09	15,2%
Nordrhein	50.211	55.446	5.235	10,4%	41,26	44,28	3,02	7,3%
Hessen	45.696	47.813	2.117	4,6%	33,73	34,17	0,44	1,3%
Rheinland-Pfalz	65.657	68.592	2.935	4,5%	49,17	50,44	1,27	2,6%
Baden-Württemberg	66.886	69.875	2.989	4,5%	51,70	52,82	1,12	2,2%
Bayerns	59.243	61.835	2.592	4,4%	46,70	47,99	1,29	2,8%
Berlin	48.697	53.721	5.024	10,3%	42,78	45,05	2,27	5,3%
Saarland	58.236	59.705	1.469	2,5%	45,93	45,08	-0,85	-1,9%
Mecklenburg-Vorp.	64.551	69.996	5.445	8,4%	48,07	49,09	1,02	2,1%
Brandenburg	45.452	49.729	4.277	9,4%	32,82	36,41	3,59	10,9%
Sachsen-Anhalt	56.357	57.394	1.037	1,8%	39,95	39,86	-0,09	-0,2%
Thüringen	55.123	60.329	5.206	9,4%	34,61	35,58	0,97	2,8%
Sachsen	68.989	80.211	11.222	16,3%	43,48	48,04	4,56	10,5%
Bund	60.912	66.423	5.511	9,0%	45,10	47,42	2,32	5,1%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

te auch in Westfalen-Lippe der Vertragsabschluss mit den Krankenkassen für das Jahr 2013 erst spät, sodass die Honorierung des ersten Quartals diesen Abschluss noch nicht abbilden konnte. Dafür erfolgten in die Folgequartalen Nachvergütungen, sodass sowohl die Vergleiche der ersten Quartale wie auch

der Folgequartale nur bedingt möglich sind. In Nordrhein wurden mit Beginn des Jahres 2013 im Honorarverteilungsmaßstab Maßnahmen zur Förderung der Grundversorger vorgesehen, die in einzelnen Gruppen, wie hier bei den Augenärzten, zu Honoraranhebungen führten.

Diagramm 6: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.3 Honorarumsatz Innere Medizin

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

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

**Tabelle 8: Abrechnungsgruppe Innere Medizin  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

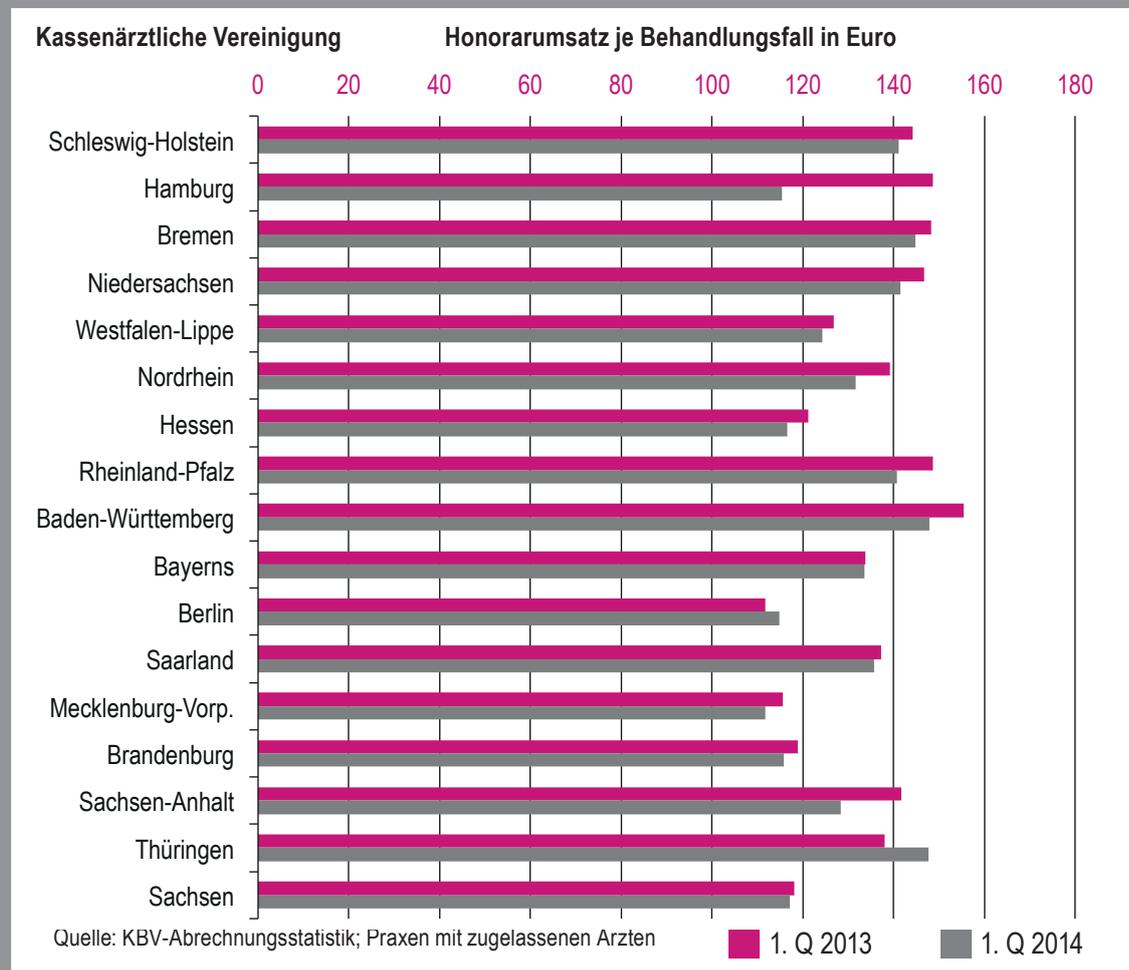
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	98.359	102.540	4.181	4,3%	144,23	141,14	-3,09	-2,1%
Hamburg	113.862	96.265	-17.597	-15,5%	148,60	115,45	-33,15	-22,3%
Bremen	103.943	112.516	8.573	8,2%	148,18	144,79	-3,39	-2,3%
Niedersachsen	117.719	118.492	773	0,7%	146,71	141,54	-5,17	-3,5%
Westfalen-Lippe	108.189	108.847	658	0,6%	126,90	124,25	-2,65	-2,1%
Nordrhein	99.250	99.606	356	0,4%	139,10	131,61	-7,49	-5,4%
Hessen	87.816	87.638	-178	-0,2%	121,24	116,56	-4,68	-3,9%
Rheinland-Pfalz	94.441	94.169	-272	-0,3%	148,56	140,73	-7,83	-5,3%
Baden-Württemberg	109.038	106.445	-2.593	-2,4%	155,37	147,92	-7,45	-4,8%
Bayerns	94.713	97.670	2.957	3,1%	133,72	133,64	-0,08	-0,1%
Berlin	87.755	93.002	5.247	6,0%	111,73	114,88	3,15	2,8%
Saarland	108.020	111.479	3.459	3,2%	137,25	135,79	-1,46	-1,1%
Mecklenburg-Vorp.	104.427	106.790	2.363	2,3%	115,64	111,74	-3,90	-3,4%
Brandenburg	105.628	107.086	1.458	1,4%	118,84	115,78	-3,06	-2,6%
Sachsen-Anhalt	125.958	121.243	-4.715	-3,7%	141,73	128,33	-13,40	-9,5%
Thüringen	142.487	136.437	-6.050	-4,2%	137,96	147,61	9,65	7,0%
Sachsen	117.719	119.507	1.788	1,5%	118,16	117,21	-0,95	-0,8%
Bund	105.589	105.769	180	0,2%	136,00	131,65	-4,35	-3,2%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,2 Prozent (+180 Euro auf 105.769 Euro) gestiegen, der Ho-

norarumsatz je Behandlungsfall um 3,2 Prozent (-4,35 Euro auf 131,65 Euro) zurückgegangen.

Diagramm 7: Abrechnungsgruppe Innere Medizin  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.4 Honorarumsatz Innere Medizin, Facharzt ohne Schwerpunkt

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,9 Pro-

zent (+4.550 Euro auf 70.422 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,2 Prozent (+3,20 Euro auf 78,64 Euro) gestiegen.

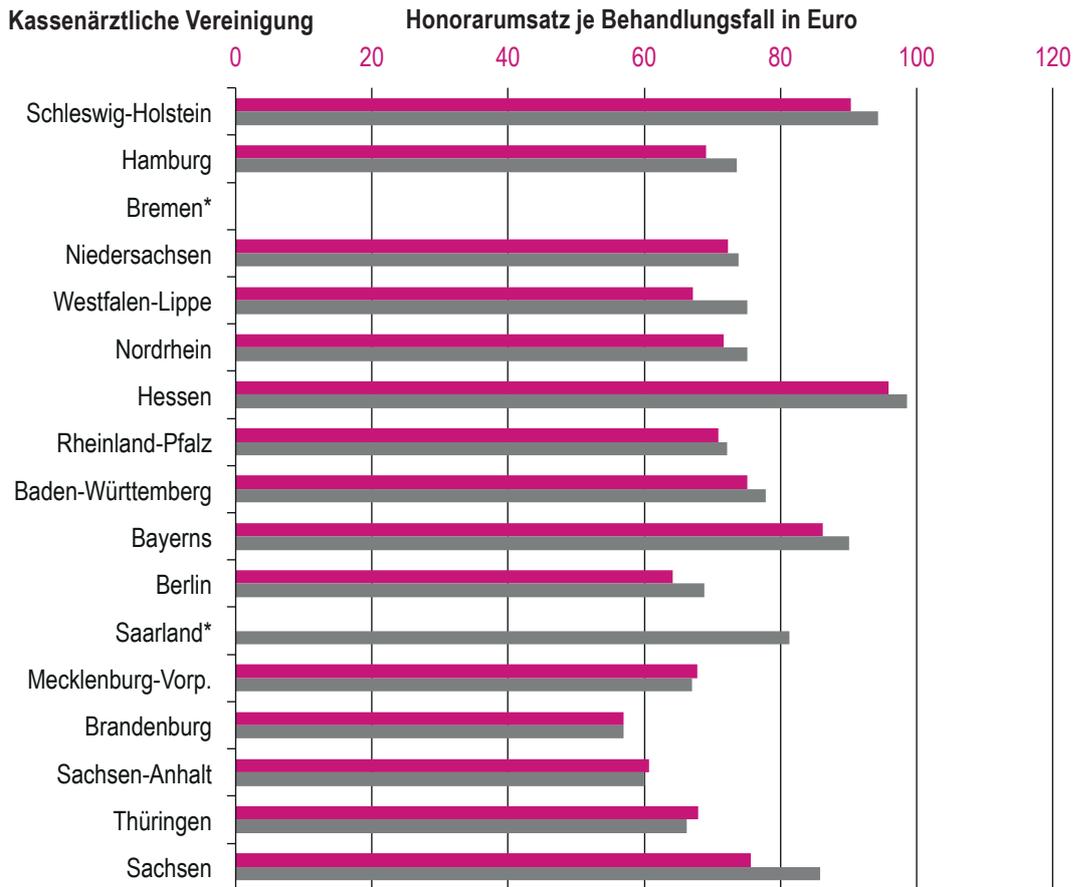
**Tabelle 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	64.349	67.526	3.177	4,9%	90,40	94,32	3,92	4,3%
Hamburg	64.529	68.150	3.621	5,6%	69,09	73,54	4,45	6,4%
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	73.321	76.232	2.911	4,0%	72,33	73,83	1,50	2,1%
Westfalen-Lippe	84.403	89.937	5.534	6,6%	67,13	75,09	7,96	11,9%
Nordrhein	45.337	50.222	4.885	10,8%	71,59	75,11	3,52	4,9%
Hessen	68.740	75.219	6.479	9,4%	95,92	98,59	2,67	2,8%
Rheinland-Pfalz	52.034	54.507	2.473	4,8%	70,88	72,18	1,30	1,8%
Baden-Württemberg	62.168	67.117	4.949	8,0%	75,17	77,80	2,63	3,5%
Bayerns	65.345	71.951	6.606	10,1%	86,18	90,07	3,89	4,5%
Berlin	40.305	39.840	-465	-1,2%	64,21	68,82	4,61	7,2%
Saarland	*)	59.610			*)	81,32		
Mecklenburg-Vorp.	63.273	67.142	3.869	6,1%	67,84	67,03	-0,81	-1,2%
Brandenburg	56.540	54.453	-2.087	-3,7%	57,02	56,95	-0,07	-0,1%
Sachsen-Anhalt	66.187	67.161	974	1,5%	60,76	60,11	-0,65	-1,1%
Thüringen	78.341	75.606	-2.735	-3,5%	67,91	66,25	-1,66	-2,4%
Sachsen	85.980	94.329	8.349	9,7%	75,66	85,78	10,12	13,4%
Bund	65.872	70.422	4.550	6,9%	75,44	78,64	3,20	4,2%

\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 8: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Q 2013

■ 1. Q 2014

### 1.1.3.5 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Angiologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,1 Prozent (+1.326 Euro auf 64.525 Euro) gestiegen. Im

gleichen Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,9 Prozent (-0,58 Euro auf 64,64 Euro) zurückgegangen.

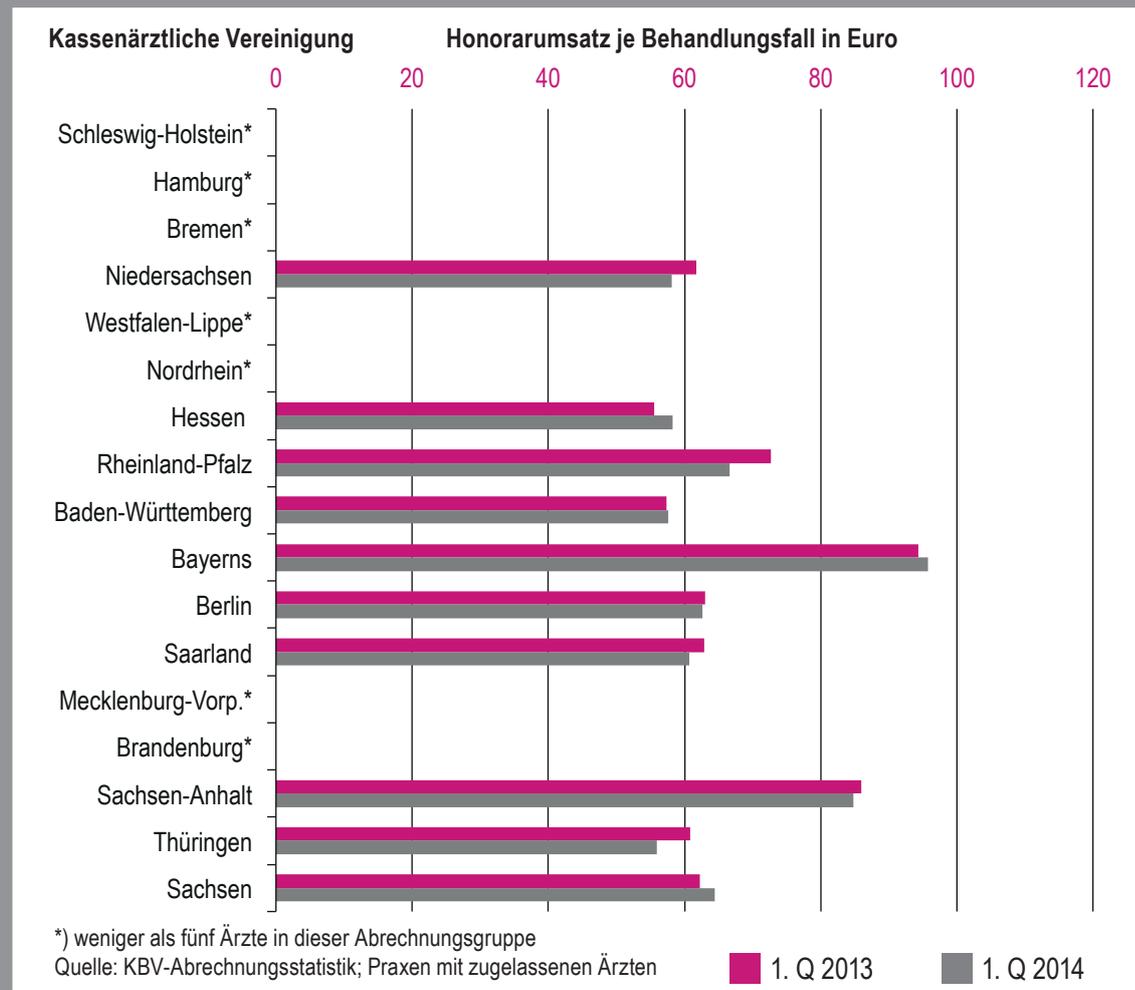
**Tabelle 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	59.258	55.785	-3.473	-5,9%	61,79	58,18	-3,61	-5,8%
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	*)	*)			*)	*)		
Hessen	45.882	51.888	6.006	13,1%	55,50	58,21	2,71	4,9%
Rheinland-Pfalz	66.604	67.890	1.286	1,9%	72,73	66,69	-6,04	-8,3%
Baden-Württemberg	60.418	60.881	463	0,8%	57,35	57,55	0,20	0,3%
Bayerns	58.097	60.663	2.566	4,4%	94,30	95,81	1,51	1,6%
Berlin	51.587	52.049	462	0,9%	63,06	62,68	-0,38	-0,6%
Saarland	69.120	71.644	2.524	3,7%	62,91	60,71	-2,20	-3,5%
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	*)	*)			*)	*)		
Sachsen-Anhalt	99.670	102.492	2.822	2,8%	86,02	84,85	-1,17	-1,4%
Thüringen	66.657	58.681	-7.976	-12,0%	60,88	55,88	-5,00	-8,2%
Sachsen	63.153	70.127	6.974	11,0%	62,24	64,50	2,26	3,6%
Bund	63.199	64.525	1.326	2,1%	65,22	64,64	-0,58	-0,9%

\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



## 1.1.3.6 Honorarumsatz Innere Medizin

## Schwerpunkt Endokrinologie

Im Bundesdurchschnitt ist der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,0 Prozent (+2.701 Euro auf

92.678 Euro) gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,5 Prozent (-4,26 Euro auf 73,45 Euro) zurückgegangen.

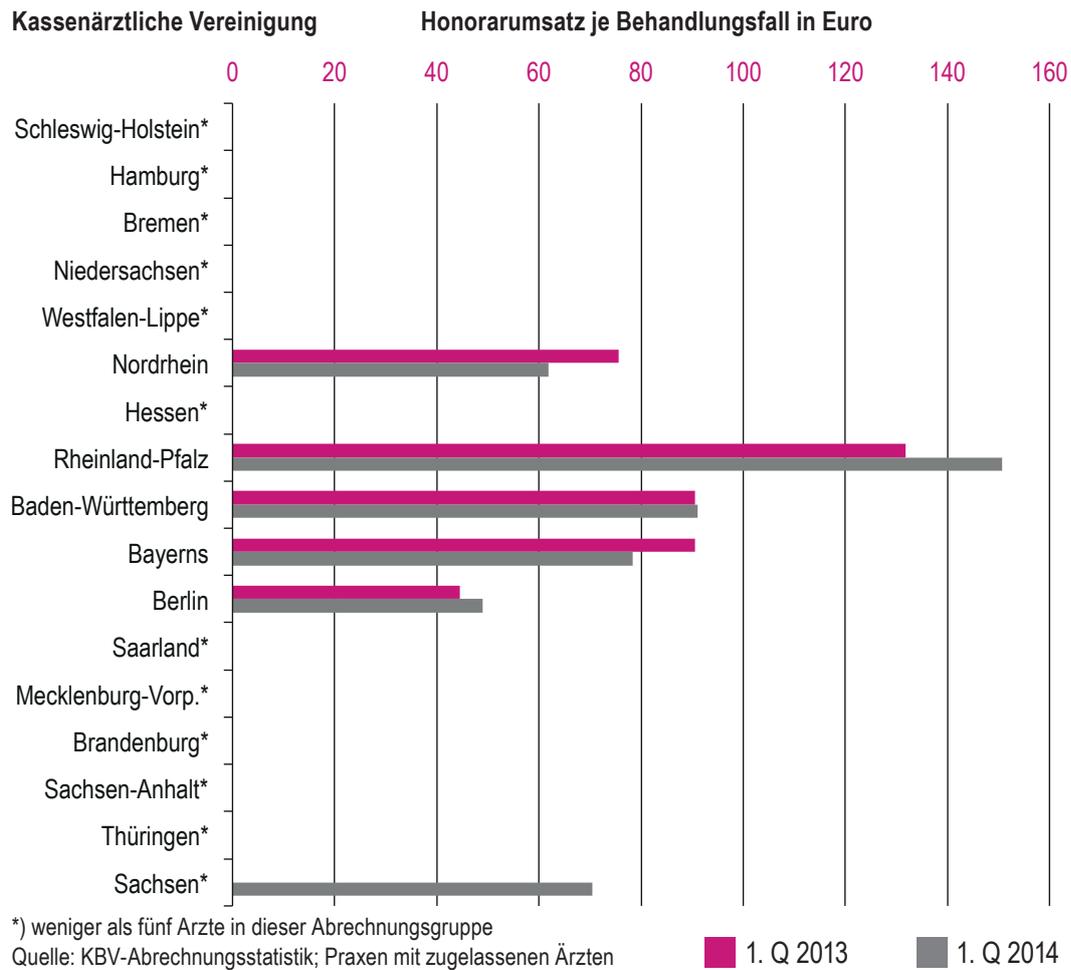
**Tabelle 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	*)	*)			*)	*)		
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	74.741	70.622	-4.119	-5,5%	75,61	61,83	-13,78	-18,2%
Hessen	*)	*)			*)	*)		
Rheinland-Pfalz	106.746	140.352	33.606	31,5%	131,73	150,70	18,97	14,4%
Baden-Württemberg	97.410	101.488	4.078	4,2%	90,57	91,07	0,50	0,6%
Bayerns	84.698	69.338	-15.360	-18,1%	90,59	78,28	-12,31	-13,6%
Berlin	72.376	84.089	11.713	16,2%	44,43	49,06	4,63	10,4%
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	*)	*)			*)	*)		
Sachsen-Anhalt	*)	*)			*)	*)		
Thüringen	*)	*)			*)	*)		
Sachsen	*)	115.902			*)	70,52		
<b>Bund</b>	<b>89.977</b>	<b>92.678</b>	<b>2.701</b>	<b>3,0%</b>	<b>77,71</b>	<b>73,45</b>	<b>-4,26</b>	<b>-5,5%</b>

\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.7 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie

Im ersten Quartal 2014 ist der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie im Vergleich zum Vorjahresquartal um

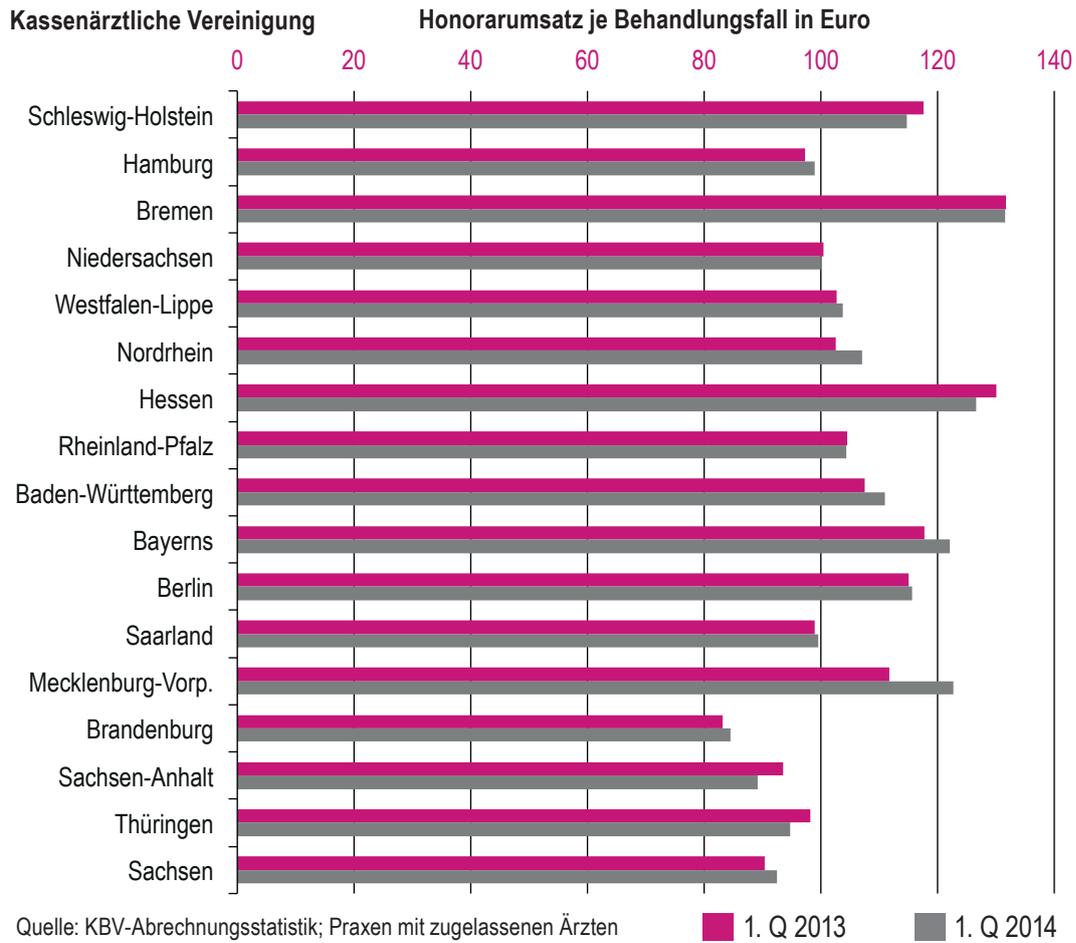
5,7 Prozent (+4.872 Euro auf 90.794 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,7 Prozent (+1,80 Euro auf 107,14 Euro) gestiegen.

**Tabelle 12: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Gastroenterologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	102.034	97.567	-4.467	-4,4%	117,56	114,69	-2,87	-2,4%
Hamburg	72.227	71.719	-508	-0,7%	97,32	98,86	1,54	1,6%
Bremen	99.745	112.462	12.717	12,7%	131,64	131,60	-0,04	0,0%
Niedersachsen	86.180	91.101	4.921	5,7%	100,37	100,00	-0,37	-0,4%
Westfalen-Lippe	93.205	98.935	5.730	6,1%	102,75	103,68	0,93	0,9%
Nordrhein	78.936	84.701	5.765	7,3%	102,47	106,98	4,51	4,4%
Hessen	89.791	86.032	-3.759	-4,2%	130,03	126,57	-3,46	-2,7%
Rheinland-Pfalz	85.372	83.379	-1.993	-2,3%	104,45	104,29	-0,16	-0,2%
Baden-Württemberg	76.400	85.184	8.784	11,5%	107,51	111,00	3,49	3,2%
Bayerns	87.986	91.238	3.252	3,7%	117,79	122,07	4,28	3,6%
Berlin	99.916	108.432	8.516	8,5%	115,08	115,64	0,56	0,5%
Saarland	67.476	68.551	1.075	1,6%	98,90	99,54	0,64	0,6%
Mecklenburg-Vorp.	95.118	114.257	19.139	20,1%	111,66	122,70	11,04	9,9%
Brandenburg	91.024	86.210	-4.814	-5,3%	83,18	84,50	1,32	1,6%
Sachsen-Anhalt	90.228	86.781	-3.447	-3,8%	93,50	89,13	-4,37	-4,7%
Thüringen	86.994	89.799	2.805	3,2%	98,18	94,79	-3,39	-3,5%
Sachsen	89.630	99.197	9.567	10,7%	90,42	92,52	2,10	2,3%
Bund	85.922	90.794	4.872	5,7%	105,34	107,14	1,80	1,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Gastroenterologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.8 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal

um 2,6 Prozent (- 2.648 Euro auf 99.281 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,5 Prozent (-6,38 Euro auf 176,21 Euro) gesunken.

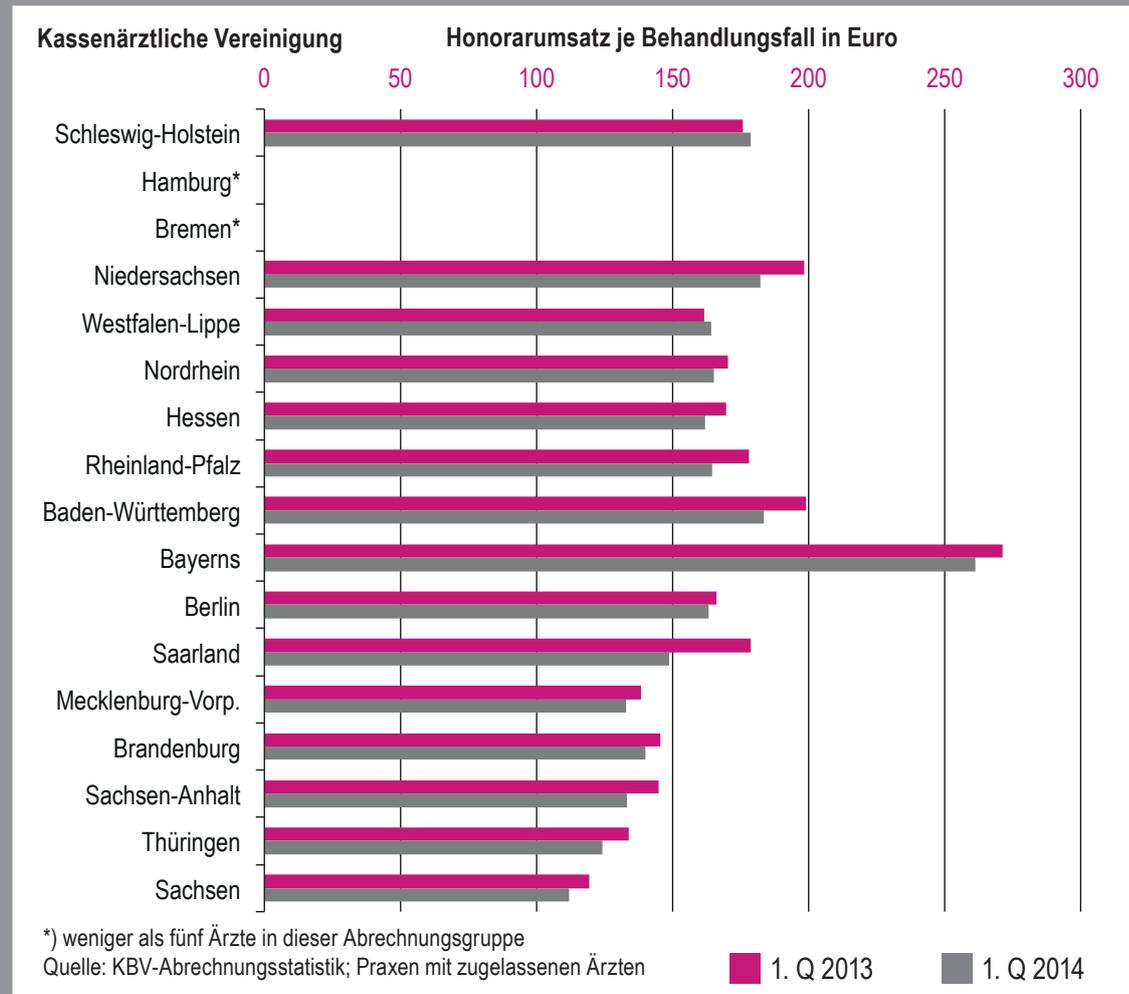
**Tabelle 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	91.286	92.999	1.713	1,9%	175,92	178,74	2,82	1,6%
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	110.536	106.071	-4.465	-4,0%	198,37	182,14	-16,23	-8,2%
Westfalen-Lippe	83.056	81.022	-2.034	-2,4%	161,69	164,24	2,55	1,6%
Nordrhein	108.572	113.767	5.195	4,8%	170,32	165,18	-5,14	-3,0%
Hessen	83.923	78.918	-5.005	-6,0%	169,76	161,80	-7,96	-4,7%
Rheinland-Pfalz	76.437	68.425	-8.012	-10,5%	177,97	164,62	-13,35	-7,5%
Baden-Württemberg	102.414	93.430	-8.984	-8,8%	198,83	183,62	-15,21	-7,6%
Bayerns	157.930	164.465	6.535	4,1%	271,32	261,06	-10,26	-3,8%
Berlin	60.961	65.025	4.064	6,7%	166,26	163,31	-2,95	-1,8%
Saarland	84.079	75.719	-8.360	-9,9%	178,61	148,72	-29,89	-16,7%
Mecklenburg-Vorp.	58.025	69.826	11.801	20,3%	138,48	132,82	-5,66	-4,1%
Brandenburg	62.941	67.169	4.228	6,7%	145,36	139,93	-5,43	-3,7%
Sachsen-Anhalt	127.246	113.515	-13.731	-10,8%	144,69	133,36	-11,33	-7,8%
Thüringen	88.751	66.283	-22.468	-25,3%	133,98	124,29	-9,69	-7,2%
Sachsen	94.482	87.022	-7.460	-7,9%	119,46	111,99	-7,47	-6,3%
Bund	101.929	99.281	-2.648	-2,6%	182,59	176,21	-6,38	-3,5%

\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 12: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.9 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Kardiologie

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie im ersten Quartal 2014 um 1,1 Prozent (+766 Euro auf 69.237 Euro) gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,9 Prozent

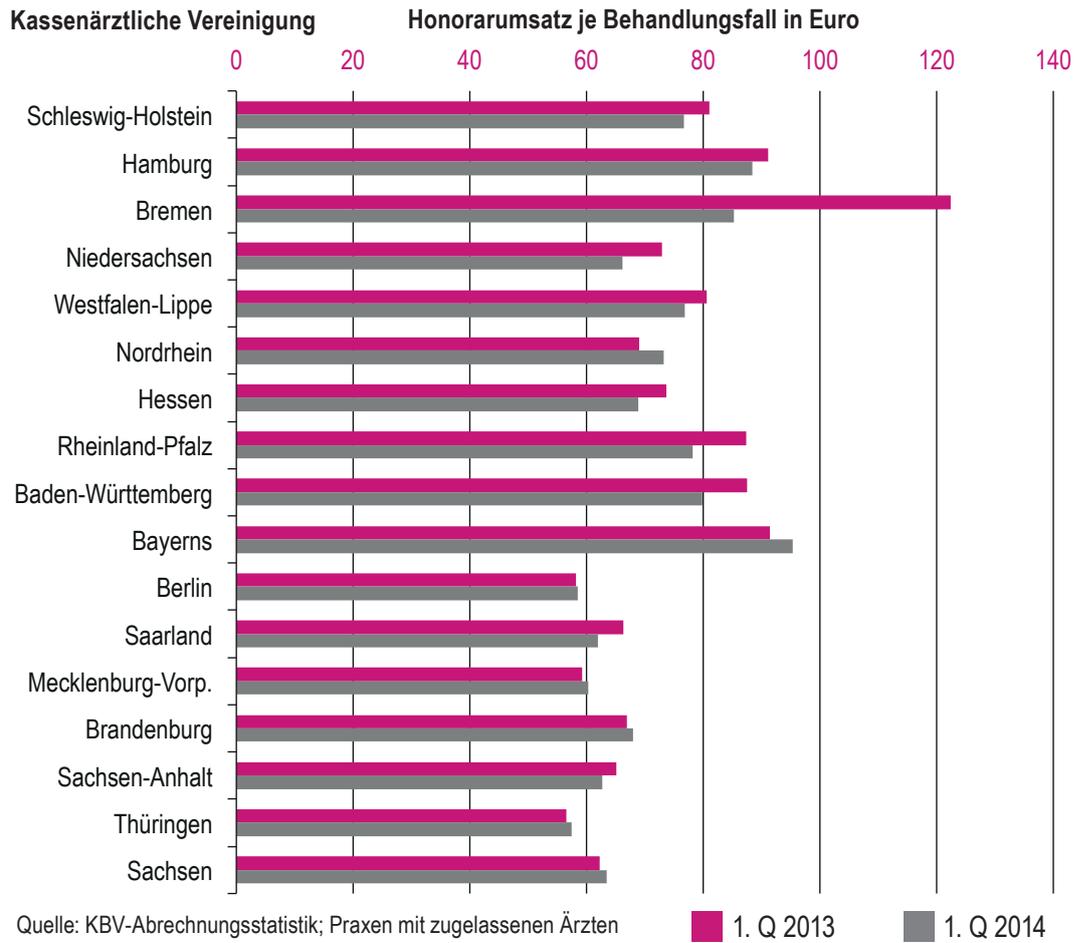
(-2,23 Euro auf 73,73 Euro) gesunken. In Bremen verlagerte eine Großpraxis ihren Tätigkeitsschwerpunkt, was statistisch zu einem starken Rückgang des Honorarumsatzes je Arzt führte.

**Tabelle 14: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Kardiologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	65.059	69.342	4.283	6,6%	81,09	76,63	-4,46	-5,5%
Hamburg	72.144	76.366	4.222	5,9%	91,17	88,40	-2,77	-3,0%
Bremen	93.791	62.737	-31.054	-33,1%	122,42	85,23	-37,19	-30,4%
Niedersachsen	68.514	69.605	1.091	1,6%	72,86	66,10	-6,76	-9,3%
Westfalen-Lippe	76.978	79.967	2.989	3,9%	80,64	76,90	-3,74	-4,6%
Nordrhein	52.217	58.157	5.940	11,4%	69,06	73,24	4,18	6,1%
Hessen	62.454	60.577	-1.877	-3,0%	73,70	68,88	-4,82	-6,5%
Rheinland-Pfalz	66.935	61.031	-5.904	-8,8%	87,34	78,21	-9,13	-10,5%
Baden-Württemberg	71.631	65.342	-6.289	-8,8%	87,48	79,90	-7,58	-8,7%
Bayerns	69.928	74.934	5.006	7,2%	91,34	95,30	3,96	4,3%
Berlin	44.250	47.039	2.789	6,3%	58,15	58,50	0,35	0,6%
Saarland	70.833	68.439	-2.394	-3,4%	66,31	62,01	-4,30	-6,5%
Mecklenburg-Vorp.	82.266	86.070	3.804	4,6%	59,19	60,36	1,17	2,0%
Brandenburg	73.087	74.175	1.088	1,5%	66,97	67,92	0,95	1,4%
Sachsen-Anhalt	74.704	79.230	4.526	6,1%	65,06	62,77	-2,29	-3,5%
Thüringen	93.909	83.970	-9.939	-10,6%	56,47	57,45	0,98	1,7%
Sachsen	75.904	80.414	4.510	5,9%	62,29	63,42	1,13	1,8%
Bund	68.471	69.237	766	1,1%	75,96	73,73	-2,23	-2,9%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Kardiologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.10 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Nephrologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,5 Pro-

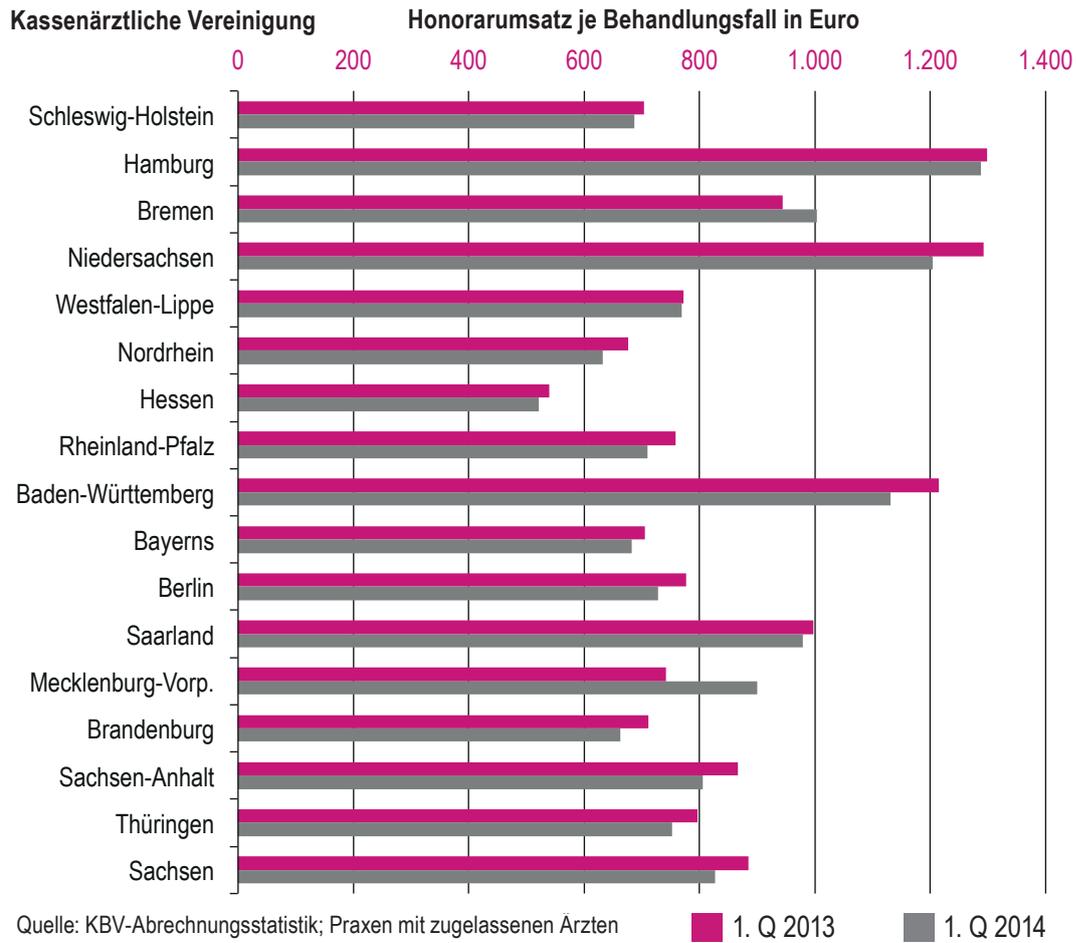
zent (-3.354 Euro auf 221.533 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,3 Prozent (-36,29 Euro auf 805,36 Euro) zurückgegangen.

**Tabelle 15: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Nephrologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	185.402	192.202	6.800	3,7%	703,54	686,31	-17,23	-2,4%
Hamburg	261.586	268.119	6.533	2,5%	1.299,00	1.287,48	-11,52	-0,9%
Bremen	218.235	253.799	35.564	16,3%	944,47	1.003,49	59,02	6,2%
Niedersachsen	272.354	270.723	-1.631	-0,6%	1.291,87	1.204,07	-87,80	-6,8%
Westfalen-Lippe	196.878	192.121	-4.757	-2,4%	771,77	769,27	-2,50	-0,3%
Nordrhein	211.504	203.785	-7.719	-3,6%	675,90	631,98	-43,92	-6,5%
Hessen	145.299	146.912	1.613	1,1%	538,85	521,66	-17,19	-3,2%
Rheinland-Pfalz	169.325	172.814	3.489	2,1%	758,28	709,51	-48,77	-6,4%
Baden-Württemberg	254.978	243.751	-11.227	-4,4%	1.214,18	1.131,24	-82,94	-6,8%
Bayerns	203.976	191.194	-12.782	-6,3%	705,05	682,77	-22,28	-3,2%
Berlin	202.756	204.146	1.390	0,7%	777,06	728,11	-48,95	-6,3%
Saarland	227.431	236.563	9.132	4,0%	997,87	978,54	-19,33	-1,9%
Mecklenburg-Vorp.	275.360	324.923	49.563	18,0%	742,30	899,48	157,18	21,2%
Brandenburg	225.401	230.604	5.203	2,3%	711,90	662,08	-49,82	-7,0%
Sachsen-Anhalt	256.452	256.535	83	0,0%	866,01	806,39	-59,62	-6,9%
Thüringen	256.207	251.529	-4.678	-1,8%	797,19	752,03	-45,16	-5,7%
Sachsen	278.359	265.489	-12.870	-4,6%	885,18	826,20	-58,98	-6,7%
Bund	224.887	221.533	-3.354	-1,5%	841,65	805,36	-36,29	-4,3%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 14: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Nephrologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.11 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Pneumologie

Im Bundesdurchschnitt ist der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,0 Prozent (+1.725 Euro auf

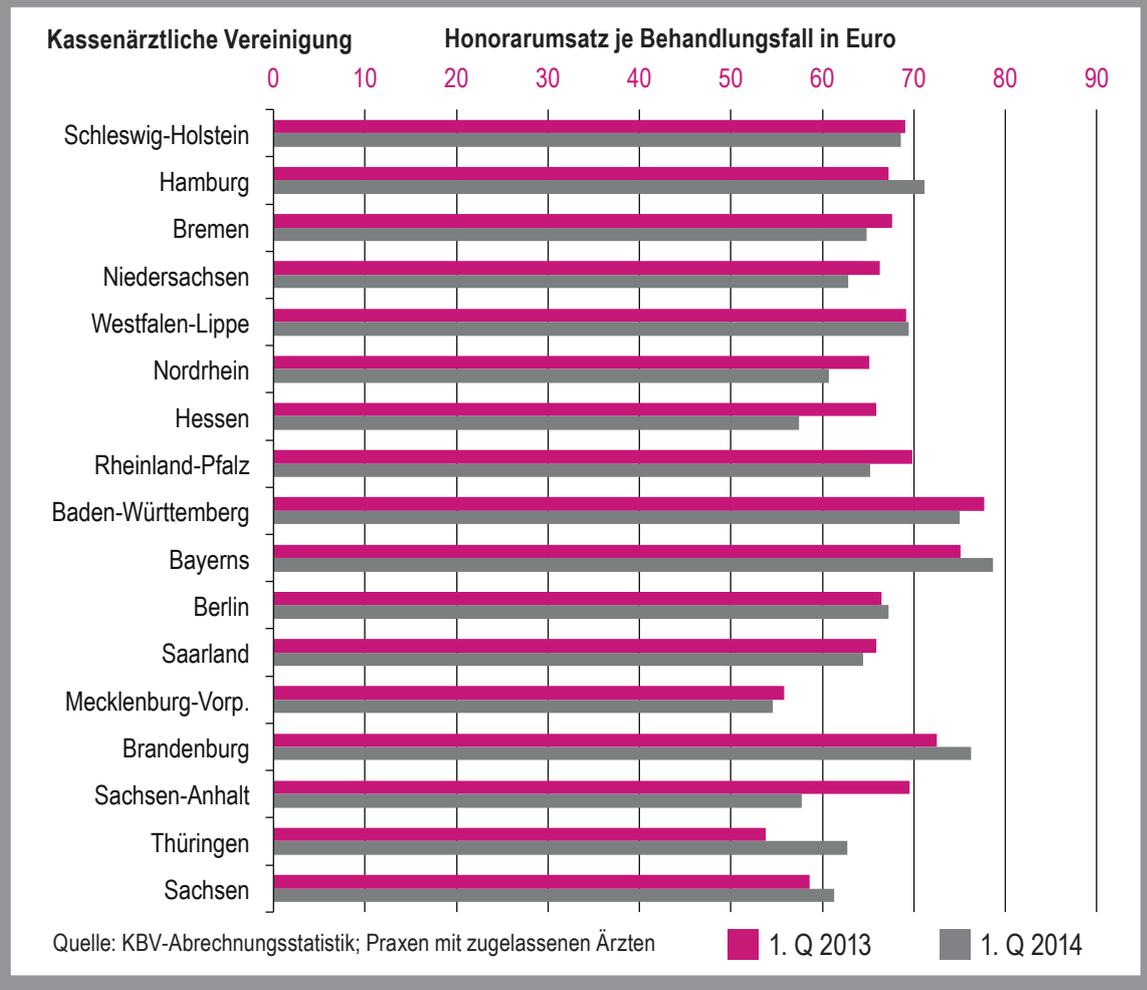
86.391 Euro) gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,3 Prozent (-0,88 Euro auf 67,34 Euro) gesunken.

**Tabelle 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	75.091	78.732	3.641	4,8%	69,06	68,55	-0,51	-0,7%
Hamburg	67.608	75.990	8.382	12,4%	67,24	71,14	3,90	5,8%
Bremen	77.257	79.051	1.794	2,3%	67,65	64,82	-2,83	-4,2%
Niedersachsen	88.373	85.707	-2.666	-3,0%	66,32	62,81	-3,51	-5,3%
Westfalen-Lippe	97.748	101.749	4.001	4,1%	69,11	69,46	0,35	0,5%
Nordrhein	80.203	78.983	-1.220	-1,5%	65,10	60,72	-4,38	-6,7%
Hessen	76.759	70.996	-5.763	-7,5%	65,94	57,45	-8,49	-12,9%
Rheinland-Pfalz	69.872	69.319	-553	-0,8%	69,83	65,19	-4,64	-6,6%
Baden-Württemberg	86.723	89.256	2.533	2,9%	77,66	75,01	-2,65	-3,4%
Bayerns	83.414	88.124	4.710	5,6%	75,08	78,69	3,61	4,8%
Berlin	84.744	89.706	4.962	5,9%	66,50	67,23	0,73	1,1%
Saarland	79.556	81.985	2.429	3,1%	65,93	64,46	-1,47	-2,2%
Mecklenburg-Vorp.	71.819	71.793	-26	0,0%	55,82	54,55	-1,27	-2,3%
Brandenburg	90.587	105.013	14.426	15,9%	72,48	76,22	3,74	5,2%
Sachsen-Anhalt	93.440	82.079	-11.361	-12,2%	69,52	57,78	-11,74	-16,9%
Thüringen	119.162	105.825	-13.337	-11,2%	53,85	62,71	8,86	16,5%
Sachsen	81.671	86.747	5.076	6,2%	58,58	61,25	2,67	4,6%
Bund	84.666	86.391	1.725	2,0%	68,22	67,34	-0,88	-1,3%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 15: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Pneumologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.12 Honorarumsatz Innere Medizin, Schwerpunkt Rheumatologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 3,0 Prozent (+2.007 Euro auf 68.378 Euro) gestiegen. Im gleichen Zeitraum ist der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,8 Prozent (-1,97

Euro auf 68,21 Euro) zurückgegangen. Besonders auffällig ist der Rückgang des Honorarumsatzes je Arzt beziehungsweise Behandlungsfall in Sachsen-Anhalt. Dieser ist dem Wechsel von zwei Ärzten mit einem überdurchschnittlichen Honorarumsatz und einer entsprechenden Leistungsstruktur in ein Medi-

**Tabelle 17: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	47.498	41.885	-5.613	-11,8%	52,36	49,44	-2,92	-5,6%
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	73.511	85.473	11.962	16,3%	72,58	75,85	3,27	4,5%
Westfalen-Lippe	85.871	80.533	-5.338	-6,2%	76,08	71,06	-5,02	-6,6%
Nordrhein	55.614	62.916	7.302	13,1%	60,49	60,32	-0,17	-0,3%
Hessen	61.327	64.368	3.041	5,0%	74,67	73,07	-1,60	-2,1%
Rheinland-Pfalz	81.051	85.764	4.713	5,8%	77,82	74,24	-3,58	-4,6%
Baden-Württemberg	65.185	66.162	977	1,5%	68,37	65,36	-3,01	-4,4%
Bayerns	67.901	80.348	12.447	18,3%	91,13	92,74	1,61	1,8%
Berlin	45.358	43.116	-2.242	-4,9%	49,21	47,86	-1,35	-2,7%
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	41.063	43.828	2.765	6,7%	52,77	51,51	-1,26	-2,4%
Brandenburg	57.966	52.367	-5.599	-9,7%	56,22	56,59	0,37	0,7%
Sachsen-Anhalt	69.644	53.331	-16.313	-23,4%	67,11	52,30	-14,81	-22,1%
Thüringen	*)	*)			*)	*)		
Sachsen	56.555	58.031	1.476	2,6%	54,03	53,57	-0,46	-0,9%
Bund	66.371	68.378	2.007	3,0%	70,18	68,21	-1,97	-2,8%

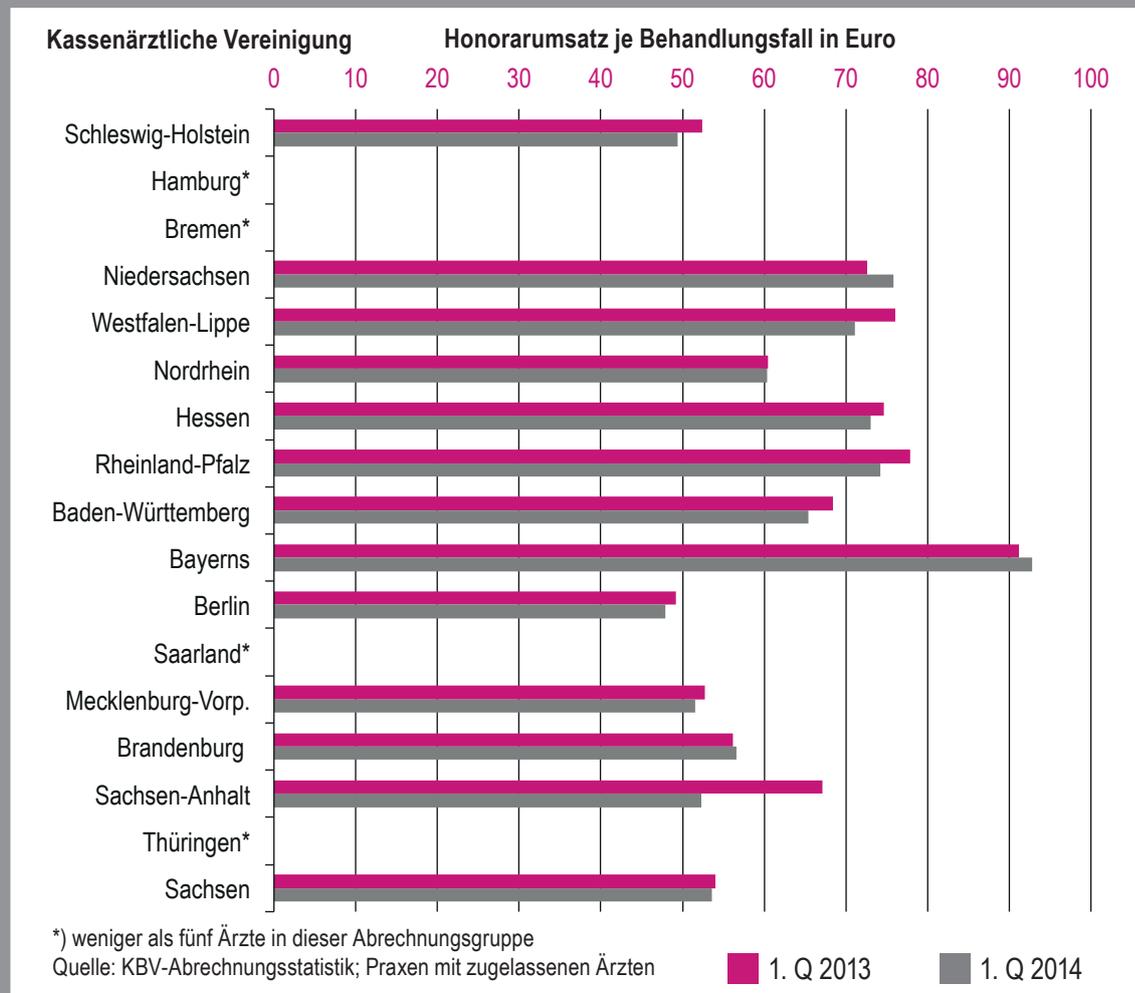
\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

zinesisches Versorgungszentrum geschuldet. Solche für sich genommen kleine Änderungen führen, wie an anderer Stelle schon dargelegt, im Einzelfall und vor allem bei kleinen Kollektiven im Vergleich zu anderen Abrechnungsgruppen oder Kassenärztlichen Vereinigungen zu markanten Abweichungen. Rück-

schlüsse auf grundlegende wirtschaftliche und strukturelle Probleme können in solchen Fällen nicht gezogen werden.

Diagramm 16: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



**1.1.3.13 Honorarumsatz Gynäkologie**

Der Honorarumsatz je Facharzt für Gynäkologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 8,7 Prozent (+4.101 Euro auf 51.338 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,0 Prozent (+2,21 Euro auf 46,81 Euro) gestiegen. Alle KVen verzeichnen einen Zuwachs des gesamten

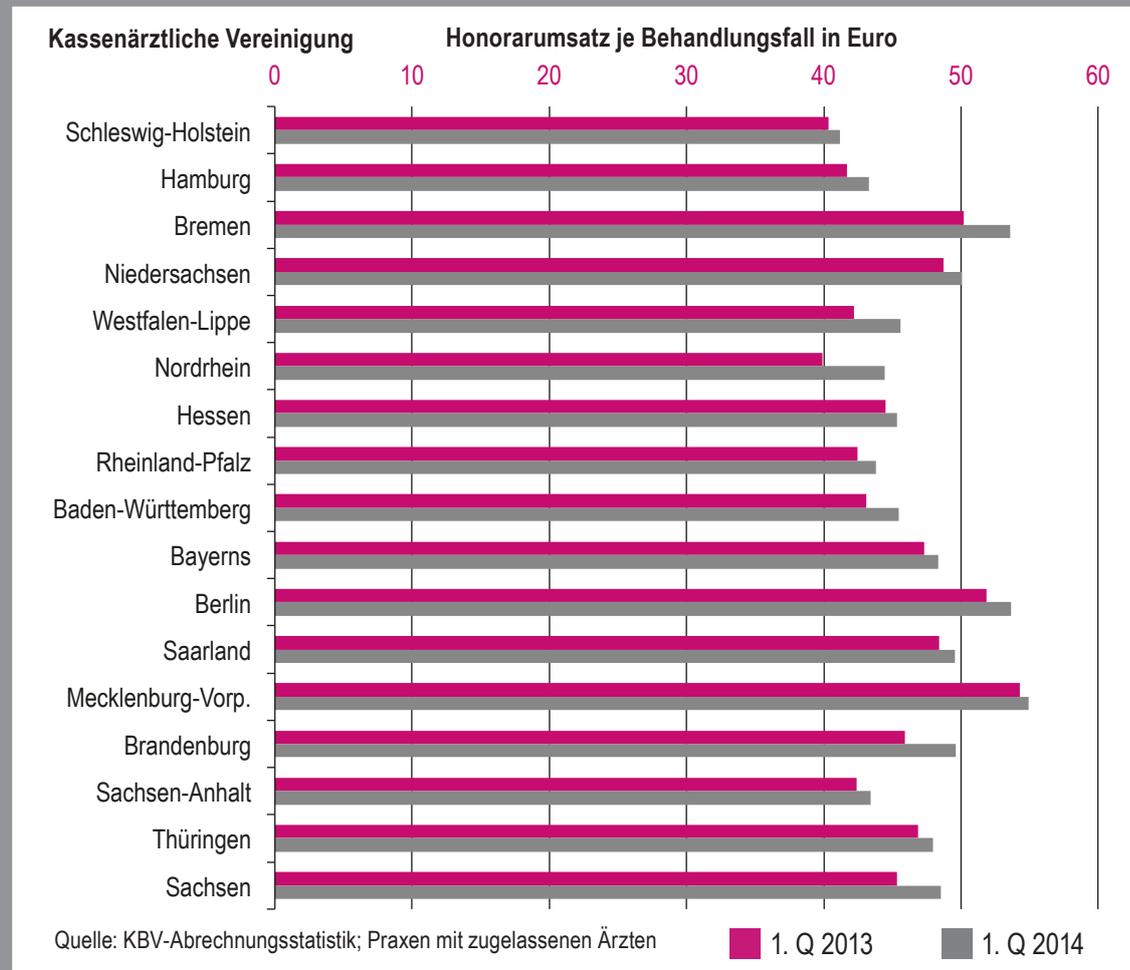
Honorarumsatzvolumens, was unter anderem in der Aufnahme eines Zuschlages für die gynäkologische Grundversorgung begründet ist. Der größte Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt ist mit über 13 Prozent für die KV Nordrhein zu berichten.

**Tabelle 18: Abrechnungsgruppe Gynäkologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	49.857	54.373	4.516	9,1%	40,36	41,21	0,85	2,1%
Hamburg	48.995	53.210	4.215	8,6%	41,67	43,31	1,64	3,9%
Bremen	52.083	56.921	4.838	9,3%	50,21	53,62	3,41	6,8%
Niedersachsen	51.355	55.956	4.601	9,0%	48,74	50,09	1,35	2,8%
Westfalen-Lippe	49.902	54.933	5.031	10,1%	42,20	45,58	3,38	8,0%
Nordrhein	40.918	46.423	5.505	13,5%	39,89	44,46	4,57	11,5%
Hessen	45.158	47.583	2.425	5,4%	44,49	45,31	0,82	1,8%
Rheinland-Pfalz	44.611	47.621	3.010	6,7%	42,49	43,82	1,33	3,1%
Baden-Württemberg	47.464	51.021	3.557	7,5%	43,10	45,46	2,36	5,5%
Bayerns	45.704	49.038	3.334	7,3%	47,29	48,36	1,07	2,3%
Berlin	47.389	50.674	3.285	6,9%	51,89	53,66	1,77	3,4%
Saarland	45.193	48.569	3.376	7,5%	48,43	49,54	1,11	2,3%
Mecklenburg-Vorp.	54.310	57.220	2.910	5,4%	54,27	54,92	0,65	1,2%
Brandenburg	47.233	52.642	5.409	11,5%	45,91	49,61	3,70	8,1%
Sachsen-Anhalt	44.674	46.414	1.740	3,9%	42,42	43,39	0,97	2,3%
Thüringen	48.259	50.941	2.682	5,6%	46,88	47,98	1,10	2,3%
Sachsen	53.427	59.856	6.429	12,0%	45,34	48,53	3,19	7,0%
Bund	47.237	51.338	4.101	8,7%	44,60	46,81	2,21	5,0%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 17: Abrechnungsgruppe Gynäkologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.14 Honorarumsatz Orthopädie

Im Bundesdurchschnitt ist der Honorarumsatz je Facharzt für Orthopädie im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,0 Prozent (+2.725 Euro auf 57.770 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,1 Prozent (+0,05 Euro auf 50,20 Euro) gestiegen. Ein deutlicher Zuwachs des

Honorarumsatzes je Arzt ist für die KVen Brandenburg, Sachsen, Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein zu berichten. Dies kann in der Einführung eines Zuschlages für die orthopädische Grundversorgung begründet sein. Entgegen dem Bundestrend sinkt der Honorarumsatz je Arzt in Thüringen um 7,3 Pro-

**Tabelle 19: Abrechnungsgruppe Orthopädie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

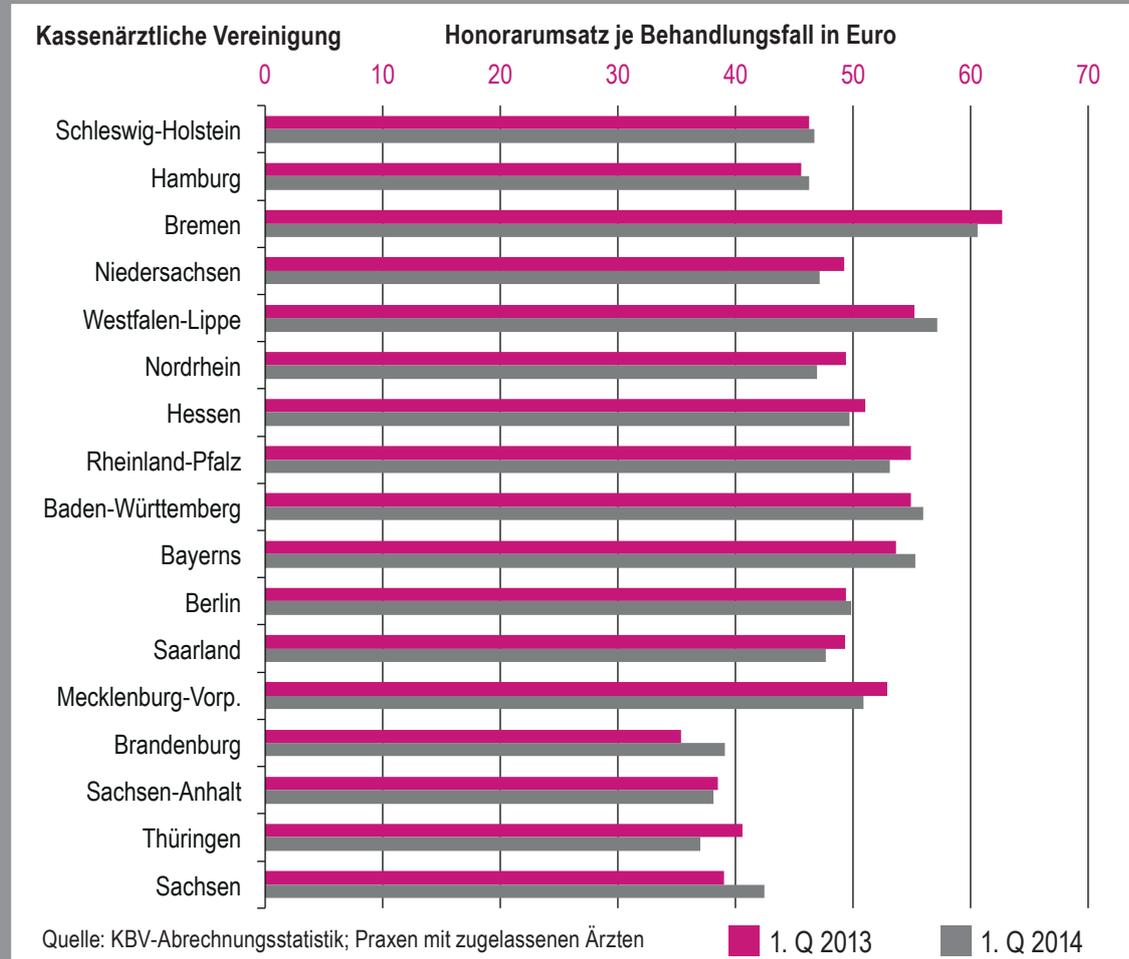
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	48.000	52.820	4.820	10,0%	46,26	46,69	0,43	0,9%
Hamburg	47.503	50.068	2.565	5,4%	45,57	46,26	0,69	1,5%
Bremen	76.679	78.052	1.373	1,8%	62,63	60,54	-2,09	-3,3%
Niedersachsen	55.778	56.382	604	1,1%	49,26	47,12	-2,14	-4,3%
Westfalen-Lippe	66.948	74.033	7.085	10,6%	55,23	57,11	1,88	3,4%
Nordrhein	51.251	51.134	-117	-0,2%	49,35	46,89	-2,46	-5,0%
Hessen	52.918	53.943	1.025	1,9%	51,03	49,67	-1,36	-2,7%
Rheinland-Pfalz	50.405	53.000	2.595	5,1%	54,90	53,14	-1,76	-3,2%
Baden-Württemberg	61.545	62.495	950	1,5%	54,88	55,98	1,10	2,0%
Bayerns	52.155	57.258	5.103	9,8%	53,66	55,26	1,60	3,0%
Berlin	50.619	53.090	2.471	4,9%	49,41	49,84	0,43	0,9%
Saarland	45.952	47.979	2.027	4,4%	49,31	47,69	-1,62	-3,3%
Mecklenburg-Vorp.	62.565	62.952	387	0,6%	52,85	50,85	-2,00	-3,8%
Brandenburg	48.553	56.822	8.269	17,0%	35,34	39,09	3,75	10,6%
Sachsen-Anhalt	48.916	50.445	1.529	3,1%	38,47	38,08	-0,39	-1,0%
Thüringen	51.492	47.751	-3.741	-7,3%	40,61	37,02	-3,59	-8,8%
Sachsen	50.460	57.569	7.109	14,1%	38,99	42,44	3,45	8,8%
Bund	55.045	57.770	2.725	5,0%	50,15	50,20	0,05	0,1%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

zent. Auch in diesem Fall haben einzelne Ärzte einen Wechsel aus der Niederlassung in ein Medizinisches Versorgungszentrum vollzogen. Da diese in den Vorquartalen einen ihrer Leistungsstruktur entsprechenden hohen Honorarumsatz hatten, der über dem der anderen Ärzte der Abrechnungsgruppe lag, führt das im Berichtsquartal zu einem Rück-

gang. Aus diesem kann nicht auf wirtschaftliche oder strukturelle Probleme in der Versorgung geschlossen werden (vgl. 1.1.3.12).

Diagramm 18: Abrechnungsgruppe Orthopädie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.15 Honorarumsatz Chirurgie

Im ersten Quartal 2014 ist der Honorarumsatz je Facharzt für Chirurgie im Vergleich zum Vorjahresquartal um 7,8 Prozent (+4.481 Euro auf 62.284 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,7 Prozent (+0,51 Euro auf 75,01 Euro) gestiegen.

Der höchste Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt ist für die KV Rheinland-Pfalz zu berichten. Ein Grund für die Steigerung der Honorarumsätze ist die Einführung eines Zuschlages für die chirurgische Grundversorgung.

**Tabelle 20: Abrechnungsgruppe Chirurgie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

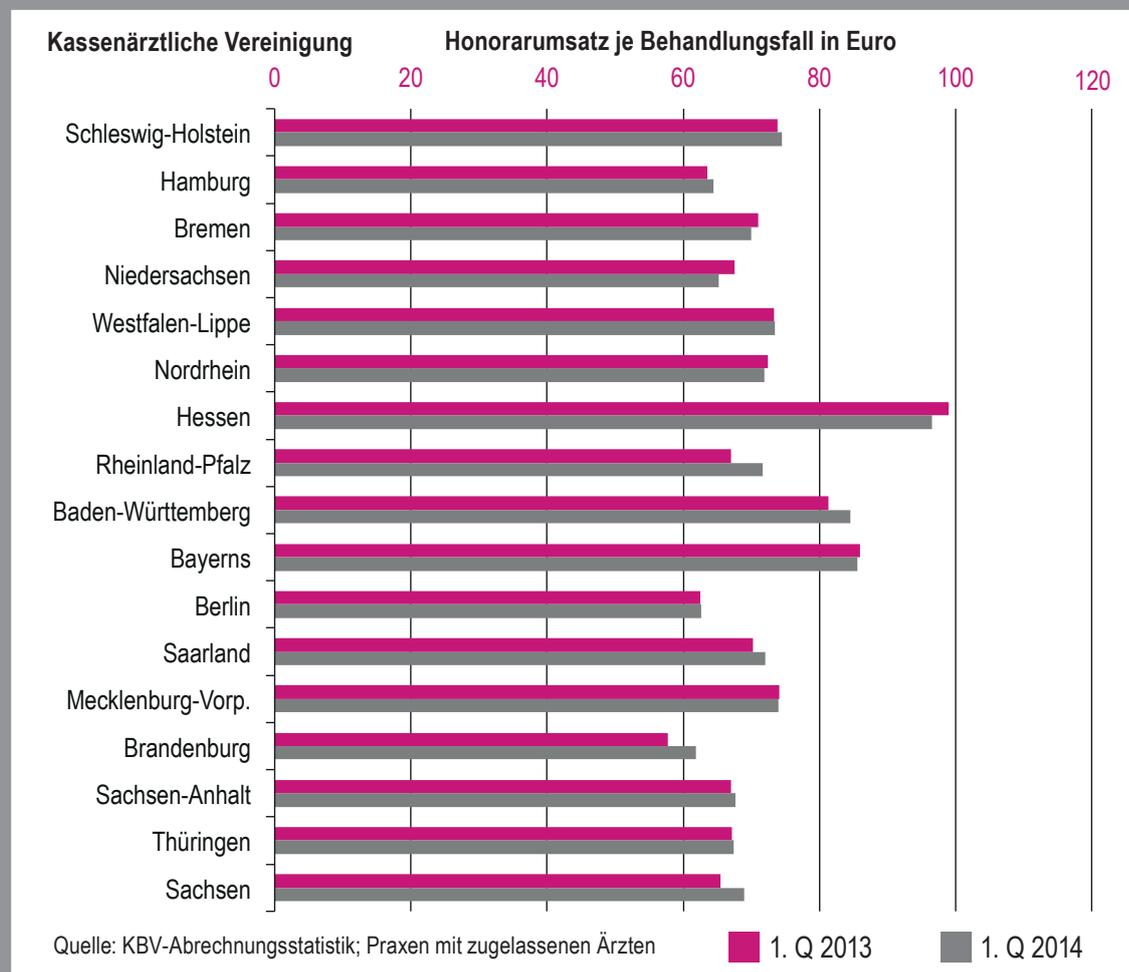
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	53.538	57.515	3.977	7,4%	73,86	74,47	0,61	0,8%
Hamburg	53.553	56.679	3.126	5,8%	63,56	64,50	0,94	1,5%
Bremen	55.062	64.037	8.975	16,3%	71,07	69,94	-1,13	-1,6%
Niedersachsen	63.660	67.749	4.089	6,4%	67,59	65,27	-2,32	-3,4%
Westfalen-Lippe	66.876	71.924	5.048	7,5%	73,32	73,40	0,08	0,1%
Nordrhein	53.448	58.181	4.733	8,9%	72,46	71,94	-0,52	-0,7%
Hessen	66.908	70.876	3.968	5,9%	99,00	96,50	-2,50	-2,5%
Rheinland-Pfalz	51.330	60.271	8.941	17,4%	66,98	71,63	4,65	6,9%
Baden-Württemberg	65.412	69.566	4.154	6,4%	81,35	84,60	3,25	4,0%
Bayerns	53.077	56.108	3.031	5,7%	86,02	85,53	-0,49	-0,6%
Berlin	42.274	44.392	2.118	5,0%	62,49	62,57	0,08	0,1%
Saarland	52.580	58.340	5.760	11,0%	70,20	72,08	1,88	2,7%
Mecklenburg-Vorp.	61.771	66.039	4.268	6,9%	74,10	73,93	-0,17	-0,2%
Brandenburg	50.174	58.147	7.973	15,9%	57,76	61,87	4,11	7,1%
Sachsen-Anhalt	54.282	58.209	3.927	7,2%	67,04	67,66	0,62	0,9%
Thüringen	54.638	59.055	4.417	8,1%	67,13	67,34	0,21	0,3%
Sachsen	52.849	57.507	4.658	8,8%	65,45	68,98	3,53	5,4%
Bund	57.803	62.284	4.481	7,8%	74,50	75,01	0,51	0,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Bei einem Vergleich mit den Veröffentlichungen der KVen ist zu beachten, dass die Abrechnungsgruppe der Chirurgen oft zusammen mit den Fachärzten für

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und den Fachärzten für Neurochirurgie aufgeführt wird.

Diagramm 19: Abrechnungsgruppe Chirurgie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.16 Honorarumsatz Hautarzt

Der Honorarumsatz je Facharzt für Dermatologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 10,1 Prozent (+5.018 Euro auf 54.762 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,9 Prozent (+1,34 Euro auf 35,91 Euro) gestiegen. In fast allen KVen kam es zu einem Zuwachs des gesamten Honorarumsatzvolumens, was unter ande-

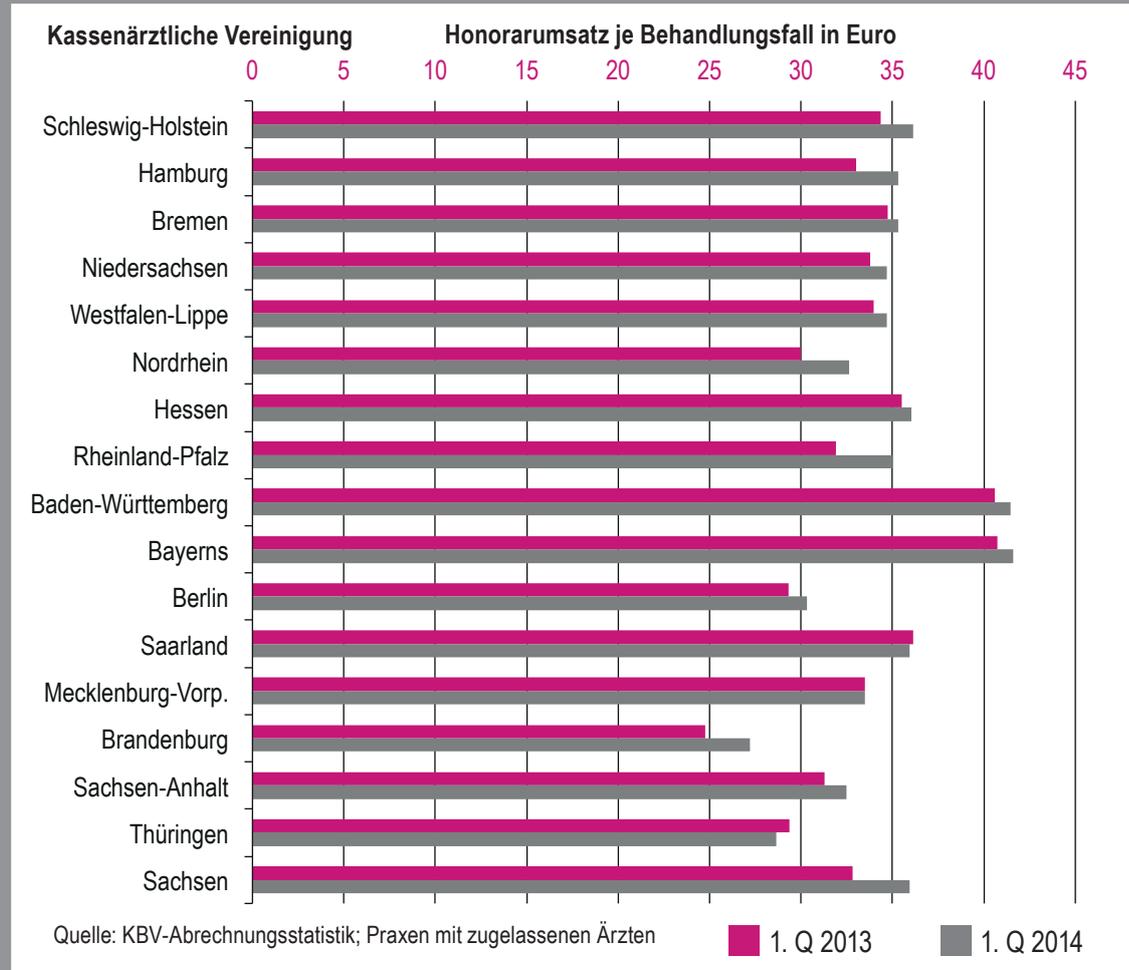
rem in der Einführung eines Zuschlages für die hautärztliche Grundversorgung begründet ist. Dabei haben die KVen Rheinland-Pfalz und Nordrhein mit mehr als 15 Prozent die größten Anstiege des Honorarumsatzvolumens zu verzeichnen.

**Tabelle 21: Abrechnungsgruppe Hautarzt  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	48.871	54.308	5.437	11,1%	34,37	36,12	1,75	5,1%
Hamburg	55.177	61.517	6.340	11,5%	33,00	35,31	2,31	7,0%
Bremen	51.853	58.932	7.079	13,7%	34,72	35,31	0,59	1,7%
Niedersachsen	51.165	56.815	5.650	11,0%	33,79	34,68	0,89	2,6%
Westfalen-Lippe	56.603	61.051	4.448	7,9%	33,97	34,68	0,71	2,1%
Nordrhein	41.719	48.929	7.210	17,3%	30,00	32,64	2,64	8,8%
Hessen	53.791	55.908	2.117	3,9%	35,49	36,02	0,53	1,5%
Rheinland-Pfalz	41.825	49.167	7.342	17,6%	31,93	35,00	3,07	9,6%
Baden-Württemberg	56.811	60.957	4.146	7,3%	40,58	41,47	0,89	2,2%
Bayerns	49.302	53.682	4.380	8,9%	40,73	41,58	0,85	2,1%
Berlin	37.015	39.257	2.242	6,1%	29,33	30,33	1,00	3,4%
Saarland	50.892	53.350	2.458	4,8%	36,15	35,93	-0,22	-0,6%
Mecklenburg-Vorp.	54.278	57.097	2.819	5,2%	33,47	33,51	0,04	0,1%
Brandenburg	43.710	49.600	5.890	13,5%	24,76	27,19	2,43	9,8%
Sachsen-Anhalt	48.681	53.012	4.331	8,9%	31,26	32,46	1,20	3,8%
Thüringen	44.349	44.688	339	0,8%	29,36	28,64	-0,72	-2,5%
Sachsen	53.742	62.830	9.088	16,9%	32,84	35,95	3,11	9,5%
Bund	49.744	54.762	5.018	10,1%	34,57	35,91	1,34	3,9%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 20: Abrechnungsgruppe Hautarzt  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



## 1.1.3.17 Honorarumsatz

## Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde im ersten Quartal 2014 um 8,7 Prozent (+4.094 Euro auf 51.348 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,9 Prozent (+1,83 Euro auf 39,13 Euro) gestiegen. In allen KVen – außer der KV Thüringen – ist das Honorarumsatzvolumen gestiegen, was un-

ter anderem in der Aufnahme eines Zuschlages für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung begründet ist. Ein Honorarumsatzplus bei gleichzeitigem Anstieg der Behandlungsfälle hat in einigen KVen zu einem geringeren Anstieg des Honorarumsatzes je Behandlungsfall gegenüber dem Honorarumsatz je Arzt geführt.

**Tabelle 22: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

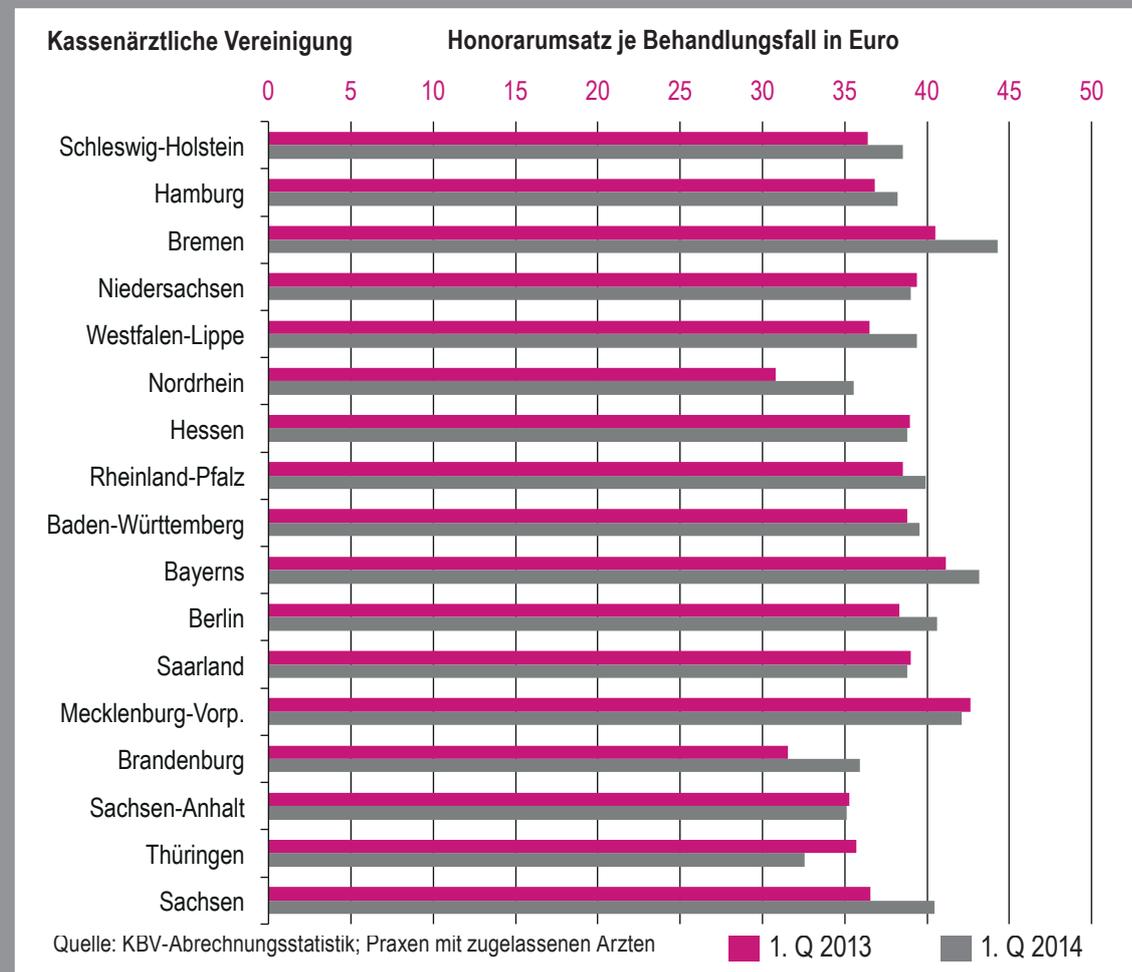
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behand- lungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	50.596	54.116	3.520	7,0%	36,40	38,54	2,14	5,9%
Hamburg	44.340	48.370	4.030	9,1%	36,80	38,22	1,42	3,9%
Bremen	45.197	50.724	5.527	12,2%	40,49	44,30	3,81	9,4%
Niedersachsen	54.329	56.192	1.863	3,4%	39,36	38,98	-0,38	-1,0%
Westfalen-Lippe	53.459	59.141	5.682	10,6%	36,51	39,36	2,85	7,8%
Nordrhein	37.544	44.050	6.506	17,3%	30,81	35,52	4,71	15,3%
Hessen	47.237	49.818	2.581	5,5%	38,97	38,78	-0,19	-0,5%
Rheinland-Pfalz	46.511	51.379	4.868	10,5%	38,54	39,93	1,39	3,6%
Baden-Württemberg	48.731	51.449	2.718	5,6%	38,81	39,56	0,75	1,9%
Bayerns	48.154	51.615	3.461	7,2%	41,14	43,14	2,00	4,9%
Berlin	40.707	44.710	4.003	9,8%	38,31	40,59	2,28	6,0%
Saarland	46.523	47.924	1.401	3,0%	38,99	38,78	-0,21	-0,5%
Mecklenburg-Vorp.	52.769	52.717	-52	-0,1%	42,63	42,10	-0,53	-1,2%
Brandenburg	44.105	51.289	7.184	16,3%	31,57	35,92	4,35	13,8%
Sachsen-Anhalt	45.202	50.105	4.903	10,8%	35,29	35,12	-0,17	-0,5%
Thüringen	47.874	45.241	-2.633	-5,5%	35,70	32,57	-3,13	-8,8%
Sachsen	46.878	55.488	8.610	18,4%	36,56	40,45	3,89	10,6%
Bund	47.254	51.348	4.094	8,7%	37,30	39,13	1,83	4,9%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Zu beachten ist, dass Fachärzte mit einer Doppelzu-  
lassung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Phoni-

atrie in der Abrechnungsstatistik der KBV in der Ab-  
rechnungsgruppe Phoniatrie geführt werden.

Diagramm 21: Abrechnungsgruppe Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.18 Honorarumsatz Nervenheilkunde

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Nervenheilkunde ist der Honorarumsatz je Arzt im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 8,8 Prozent (+4.744 Euro auf 58.579 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,6 Prozent (+2,84 Euro auf 64,68 Euro) gestiegen. In den meis-

ten KVen kam es zu einem Anstieg des gesamten Honorarumsatzvolumens, was unter anderem in der Einführung eines Zuschlages für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung begründet ist. In Sachsen-Anhalt hat ein Rückgang des Honorarumsatzvolumens bei relativ konstanten Arzt-

**Tabelle 23: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

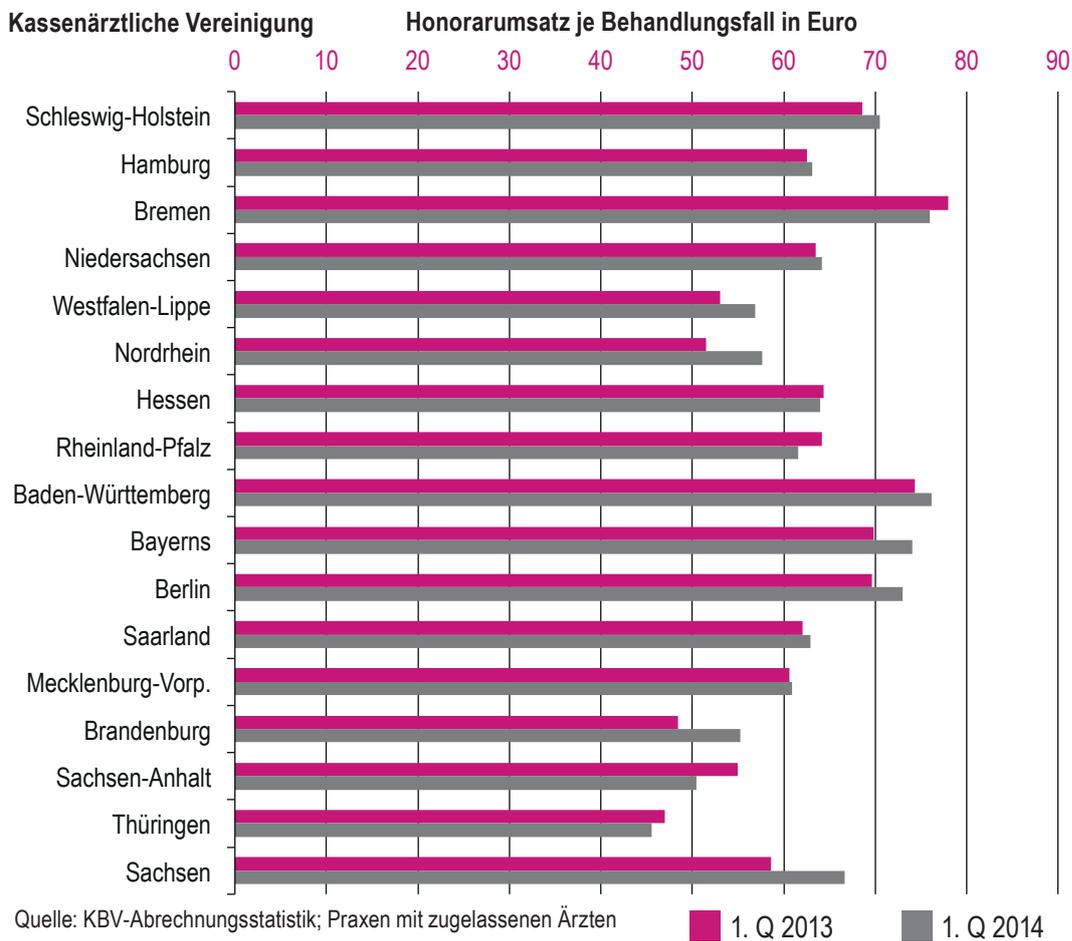
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	53.899	65.028	11.129	20,6%	68,56	70,53	1,97	2,9%
Hamburg	41.339	47.851	6.512	15,8%	62,54	63,14	0,60	1,0%
Bremen	46.734	47.604	870	1,9%	77,96	75,97	-1,99	-2,6%
Niedersachsen	53.294	56.691	3.397	6,4%	63,45	64,20	0,75	1,2%
Westfalen-Lippe	59.160	66.625	7.465	12,6%	53,00	56,86	3,86	7,3%
Nordrhein	46.465	54.369	7.904	17,0%	51,49	57,66	6,17	12,0%
Hessen	52.954	52.898	-56	-0,1%	64,34	63,99	-0,35	-0,5%
Rheinland-Pfalz	54.420	55.054	634	1,2%	64,12	61,58	-2,54	-4,0%
Baden-Württemberg	61.938	64.589	2.651	4,3%	74,32	76,19	1,87	2,5%
Bayerns	57.135	64.181	7.046	12,3%	69,81	74,08	4,27	6,1%
Berlin	43.332	45.902	2.570	5,9%	69,67	72,96	3,29	4,7%
Saarland	63.469	68.400	4.931	7,8%	62,08	62,91	0,83	1,3%
Mecklenburg-Vorp.	63.684	68.317	4.633	7,3%	60,65	60,89	0,24	0,4%
Brandenburg	54.605	63.503	8.898	16,3%	48,42	55,24	6,82	14,1%
Sachsen-Anhalt	52.100	47.390	-4.710	-9,0%	54,93	50,49	-4,44	-8,1%
Thüringen	50.910	50.664	-246	-0,5%	47,02	45,58	-1,44	-3,1%
Sachsen	55.114	62.983	7.869	14,3%	58,56	66,65	8,09	13,8%
Bund	53.835	58.579	4.744	8,8%	61,84	64,68	2,84	4,6%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

zahlen zu einem Rückgang des Honorarumsatzes je Arzt um 9,0 Prozent geführt. Ein starker Zuwachs des Honorarumsatzvolumens hat in Schleswig-Holstein für einen Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt von 20,6 Prozent gesorgt.

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

Diagramm 22: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.19 Honorarumsatz Neurologie

Im Bundesdurchschnitt ist der Honorarumsatz je Facharzt für Neurologie im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 14,7 Prozent (+5.874 Euro auf 45.957 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 7,8 Prozent (+4,35 Euro auf 60,46 Euro) gestiegen. Ein Grund hierfür ist die Einführung eines Zuschlages für die neurologische Grundversorgung. Insbesondere in den KVen Bay-

erns, Sachsen, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Baden-Württemberg ist der Honorarumsatz je Arzt stark gestiegen.

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

**Tabelle 24: Abrechnungsgruppe Neurologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	50.876	59.742	8.866	17,4%	75,46	78,37	2,91	3,9%
Hamburg	41.068	44.863	3.795	9,2%	70,64	69,91	-0,73	-1,0%
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	49.281	52.703	3.422	6,9%	74,42	71,24	-3,18	-4,3%
Westfalen-Lippe	34.184	36.172	1.988	5,8%	53,64	54,14	0,50	0,9%
Nordrhein	32.253	36.344	4.091	12,7%	43,67	45,77	2,10	4,8%
Hessen	28.377	29.208	831	2,9%	38,84	39,58	0,74	1,9%
Rheinland-Pfalz	41.105	40.631	-474	-1,2%	54,72	55,03	0,31	0,6%
Baden-Württemberg	39.837	46.129	6.292	15,8%	66,86	71,59	4,73	7,1%
Bayerns	37.538	49.984	12.446	33,2%	59,42	67,84	8,42	14,2%
Berlin	48.355	47.902	-453	-0,9%	61,91	64,05	2,14	3,5%
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	51.142	59.855	8.713	17,0%	64,63	73,45	8,82	13,6%
Brandenburg	51.818	57.483	5.665	10,9%	55,59	61,40	5,81	10,5%
Sachsen-Anhalt	41.569	48.351	6.782	16,3%	45,81	48,86	3,05	6,7%
Thüringen	29.420	31.149	1.729	5,9%	42,26	41,25	-1,01	-2,4%
Sachsen	46.062	54.349	8.287	18,0%	41,73	50,00	8,27	19,8%
Bund	40.083	45.957	5.874	14,7%	56,11	60,46	4,35	7,8%

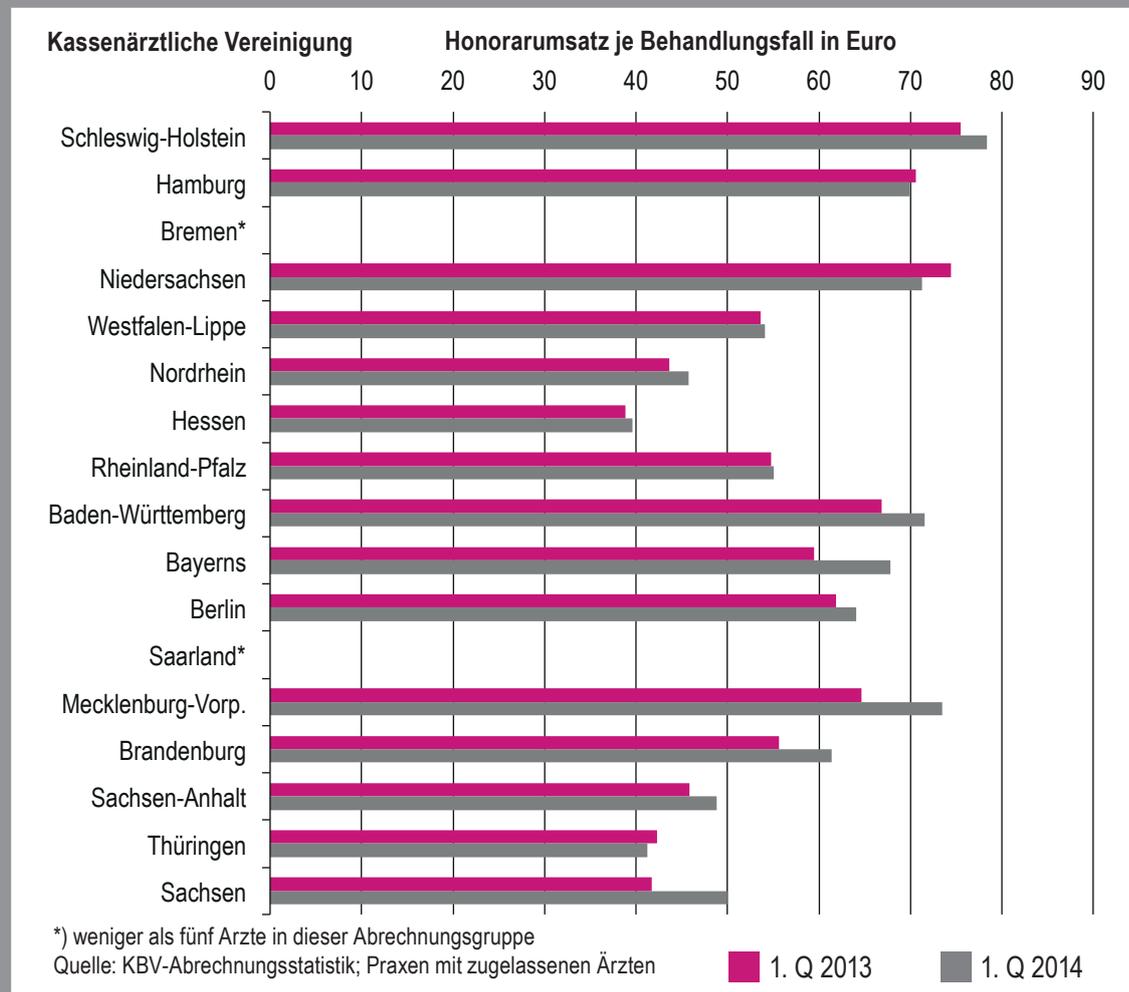
\*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe.

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

durchschnittlichen Honorarumsätzen je Arzt. Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit den Veröffentlichungen der KVen ist zudem zu beachten, dass über Fachärzte für Neurologie oft zusammen mit

Fachärzten für Neurochirurgie berichtet wird und eine Abgrenzung zwischen den Gruppen regional unterschiedlich ausfällt.

**Diagramm 23: Abrechnungsgruppe Neurologie**  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.20 Honorarumsatz Psychiatrie

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je Facharzt für Psychiatrie im ersten Quartal 2014 um 12,0 Prozent (+4.129 Euro auf 38.625 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,8 Prozent (+2,24 Euro auf 82,30 Euro) gestiegen. Bedingt unter anderem durch die Aufnahme eines Zuschlages für die psychiatrische und nervenheilkundliche

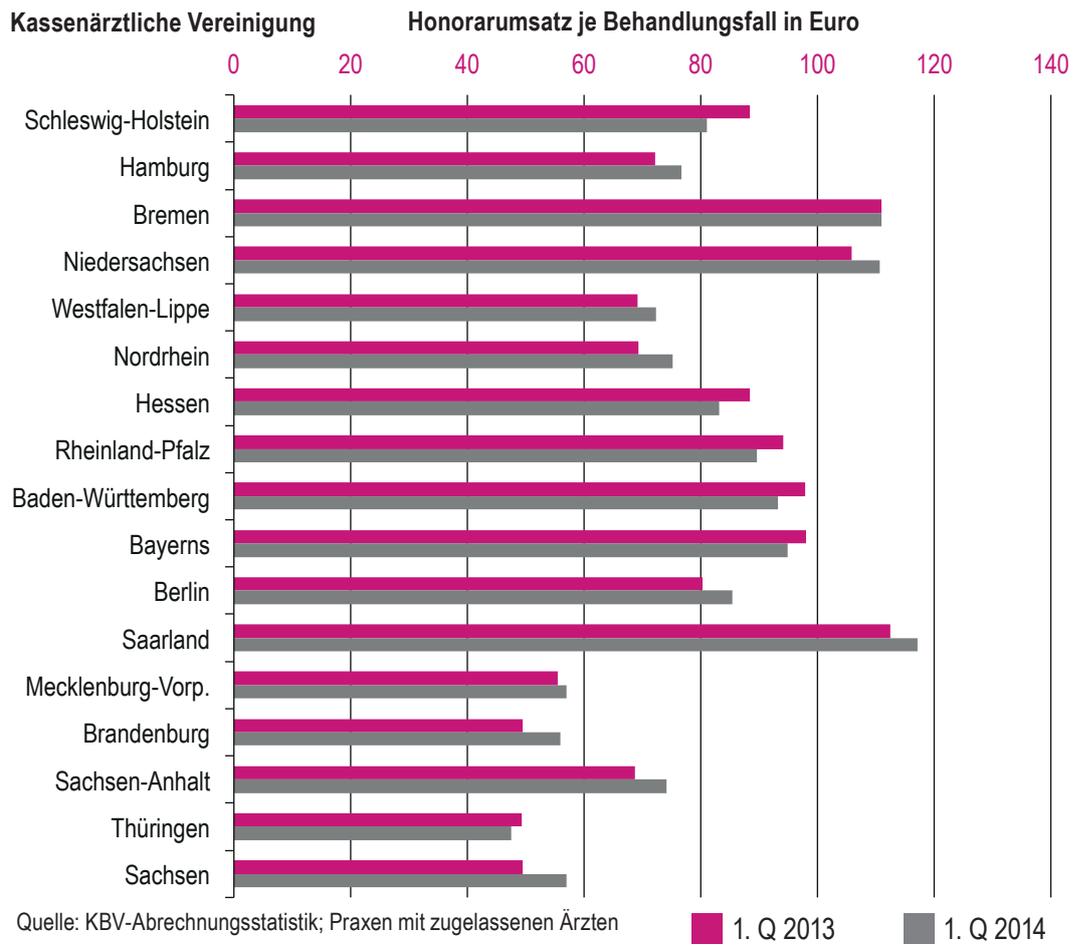
Grundversorgung ist das gesamte Honorarumsatzvolumen in den meisten KVen gestiegen. In Schleswig-Holstein hat ein deutlich höherer Zuwachs der Behandlungsfallzahlen bei gleichzeitigem Anstieg des Honorarumsatzvolumens zu einem Rückgang des Honorarumsatzes je Behandlungsfall geführt.

**Tabelle 25: Abrechnungsgruppe Psychiatrie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	33.567	39.678	6.111	18,2%	88,39	81,04	-7,35	-8,3%
Hamburg	34.705	37.274	2.569	7,4%	72,13	76,71	4,58	6,3%
Bremen	28.015	30.554	2.539	9,1%	110,92	110,97	0,05	0,0%
Niedersachsen	32.953	38.361	5.408	16,4%	105,82	110,70	4,88	4,6%
Westfalen-Lippe	39.156	43.904	4.748	12,1%	69,10	72,32	3,22	4,7%
Nordrhein	32.873	37.388	4.515	13,7%	69,30	75,24	5,94	8,6%
Hessen	29.741	31.533	1.792	6,0%	88,38	83,09	-5,29	-6,0%
Rheinland-Pfalz	33.086	33.496	410	1,2%	94,11	89,67	-4,44	-4,7%
Baden-Württemberg	37.631	40.694	3.063	8,1%	97,83	93,24	-4,59	-4,7%
Bayerns	34.580	40.292	5.712	16,5%	98,07	94,87	-3,20	-3,3%
Berlin	29.075	31.851	2.776	9,5%	80,32	85,47	5,15	6,4%
Saarland	34.430	37.653	3.223	9,4%	112,45	117,06	4,61	4,1%
Mecklenburg-Vorp.	52.038	51.198	-840	-1,6%	55,54	56,94	1,40	2,5%
Brandenburg	40.170	46.408	6.238	15,5%	49,49	55,87	6,38	12,9%
Sachsen-Anhalt	33.980	36.604	2.624	7,7%	68,66	74,08	5,42	7,9%
Thüringen	37.963	37.625	-338	-0,9%	49,33	47,48	-1,85	-3,8%
Sachsen	40.126	47.048	6.922	17,3%	49,52	56,95	7,43	15,0%
Bund	34.496	38.625	4.129	12,0%	80,06	82,30	2,24	2,8%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 24: Abrechnungsgruppe Psychiatrie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.21 Honorarumsatz Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)

Der Honorarumsatz je Psychotherapeut (ärztlich/psychologisch) ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,3 Prozent (+1.177 Euro auf 19.847 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,4 Prozent (+17,34 Euro auf 411,30 Euro) gestiegen. In Sachsen führte ein deutlicher Zuwachs des gesamten Honorarumsatzvolu-

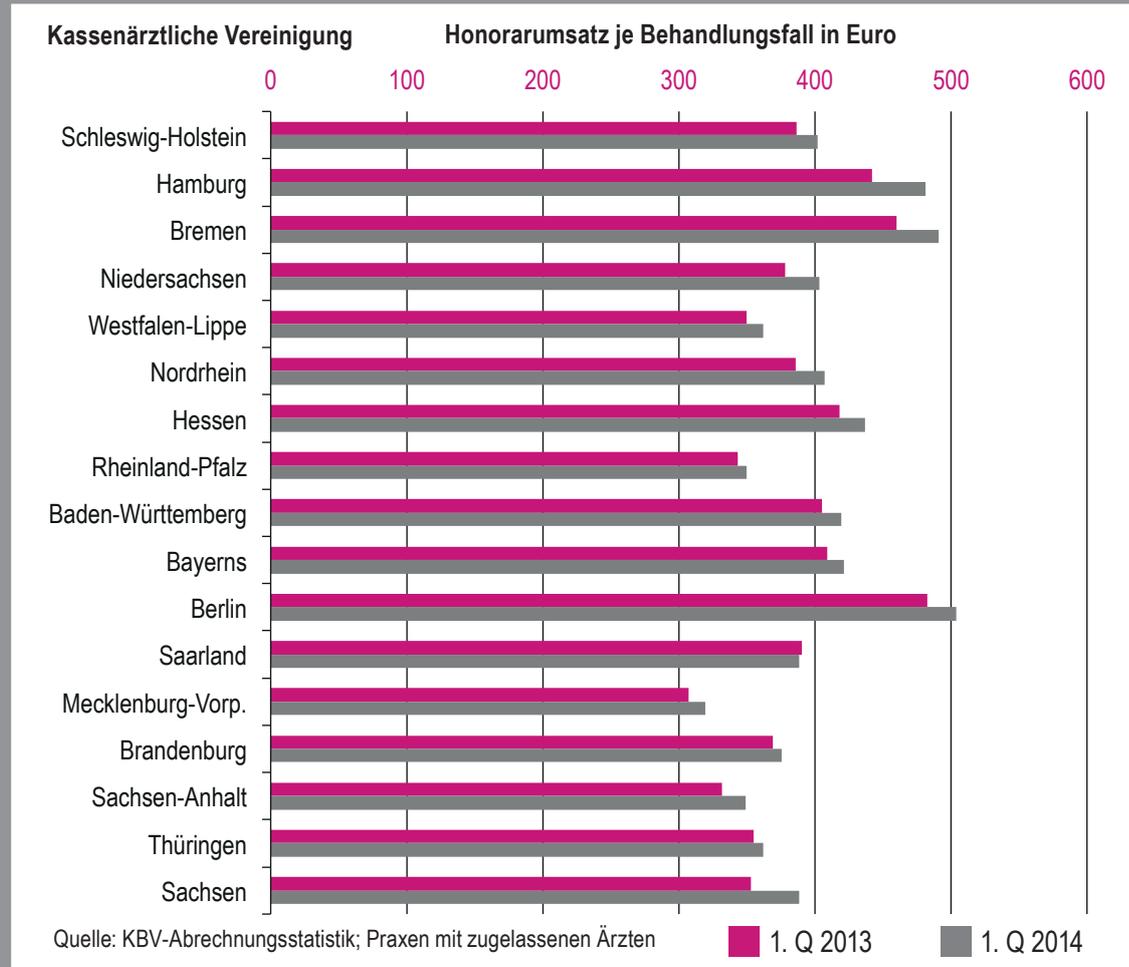
mens der Abrechnungsgruppe bei gleichzeitig geringerem Anstieg der Arzt- und Behandlungsfallzahlen zu einer Steigerung des Honorarumsatzes je Arzt (+13,2 Prozent auf 24.152 Euro) und des Honorarumsatzes je Behandlungsfall (+9,9 Prozent auf 388,13 Euro).

**Tabelle 26: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	19.065	19.750	685	3,6%	386,10	402,17	16,07	4,2%
Hamburg	18.222	19.443	1.221	6,7%	442,16	480,89	38,73	8,8%
Bremen	17.734	19.611	1.877	10,6%	460,15	490,61	30,46	6,6%
Niedersachsen	18.250	20.128	1.878	10,3%	377,90	403,43	25,53	6,8%
Westfalen-Lippe	19.310	20.177	867	4,5%	349,94	361,67	11,73	3,4%
Nordrhein	18.644	20.073	1.429	7,7%	386,02	406,81	20,79	5,4%
Hessen	17.766	19.147	1.381	7,8%	417,81	436,86	19,05	4,6%
Rheinland-Pfalz	19.254	19.999	745	3,9%	343,50	349,93	6,43	1,9%
Baden-Württemberg	17.443	18.028	585	3,4%	405,37	419,57	14,20	3,5%
Bayerns	19.017	19.915	898	4,7%	408,87	421,36	12,49	3,1%
Berlin	17.441	18.657	1.216	7,0%	482,31	503,98	21,67	4,5%
Saarland	20.197	20.966	769	3,8%	390,20	388,26	-1,94	-0,5%
Mecklenburg-Vorp.	20.848	21.118	270	1,3%	306,88	319,56	12,68	4,1%
Brandenburg	21.444	22.182	738	3,4%	369,01	375,69	6,68	1,8%
Sachsen-Anhalt	20.163	20.766	603	3,0%	331,76	348,86	17,10	5,2%
Thüringen	23.681	23.315	-366	-1,5%	354,64	361,63	6,99	2,0%
Sachsen	21.340	24.152	2.812	13,2%	353,12	388,13	35,01	9,9%
Bund	18.670	19.847	1.177	6,3%	393,96	411,30	17,34	4,4%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 25: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.22 Honorarumsatz Radiologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Radiologie ist der Honorarumsatz je Arzt im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,6 Prozent (+2.391 Euro auf 94.332 Euro) gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,7 Prozent (-1,17 Euro auf 69,53 Euro) gesunken. Ein Plus

des gesamten Honorarumsatzes bei gleichzeitigem Rückgang der Arztzahlen sorgte in Mecklenburg-Vorpommern für einen Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt um 19,7 Prozent, während zugleich eine steigende Fallzahl je Arzt zu einem Absinken des Honorarumsatzes je Behandlungsfall führte. In der

**Tabelle 27: Abrechnungsgruppe Radiologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

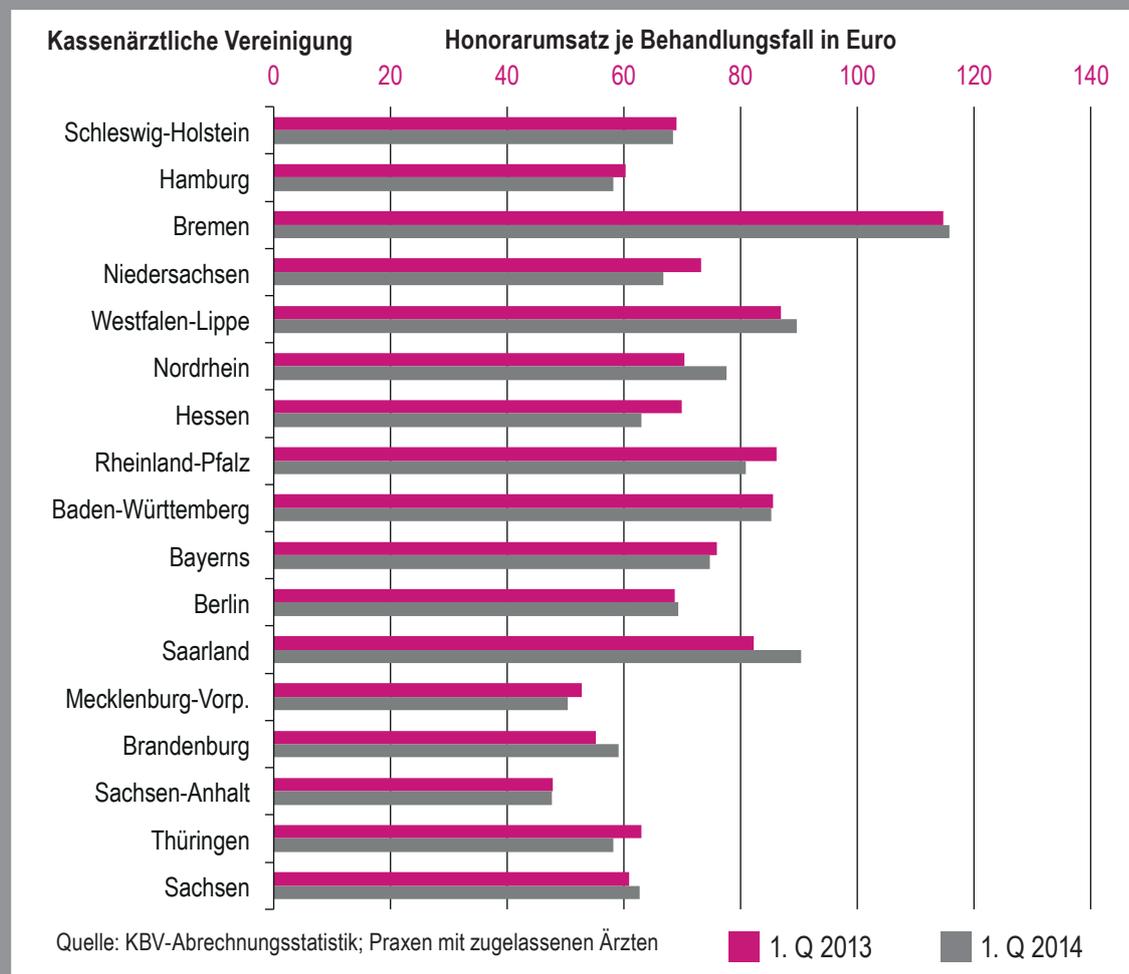
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	91.120	99.603	8.483	9,3%	69,07	68,35	-0,72	-1,0%
Hamburg	95.837	88.894	-6.943	-7,2%	60,30	58,21	-2,09	-3,5%
Bremen	93.793	93.369	-424	-0,5%	114,79	115,70	0,91	0,8%
Niedersachsen	98.496	100.060	1.564	1,6%	73,18	66,74	-6,44	-8,8%
Westfalen-Lippe	118.882	120.801	1.919	1,6%	86,95	89,63	2,68	3,1%
Nordrhein	68.425	75.944	7.519	11,0%	70,44	77,60	7,16	10,2%
Hessen	88.971	85.552	-3.419	-3,8%	69,90	62,97	-6,93	-9,9%
Rheinland-Pfalz	99.349	94.615	-4.734	-4,8%	86,22	80,90	-5,32	-6,2%
Baden-Württemberg	100.168	102.271	2.103	2,1%	85,54	85,22	-0,32	-0,4%
Bayerns	94.687	94.749	62	0,1%	75,93	74,77	-1,16	-1,5%
Berlin	69.079	71.793	2.714	3,9%	68,76	69,32	0,56	0,8%
Saarland	88.397	96.873	8.476	9,6%	82,22	90,35	8,13	9,9%
Mecklenburg-Vorp.	95.612	114.430	18.818	19,7%	52,80	50,31	-2,49	-4,7%
Brandenburg	79.266	90.860	11.594	14,6%	55,11	59,09	3,98	7,2%
Sachsen-Anhalt	95.769	97.905	2.136	2,2%	47,80	47,63	-0,17	-0,4%
Thüringen	101.356	94.344	-7.012	-6,9%	63,07	58,13	-4,94	-7,8%
Sachsen	95.545	100.617	5.072	5,3%	60,95	62,64	1,69	2,8%
Bund	91.941	94.332	2.391	2,6%	70,70	69,53	-1,17	-1,7%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

KV Rheinland-Pfalz führte ein Rückgang des gesamten Honorarumsatzvolumens bei relativ konstanten Arzt- und Behandlungsfallzahlen zu einem Rückgang des Honorarumsatzes je Arzt um 4,8 Prozent und einem Rückgang des Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 6,2 Prozent.

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

Diagramm 26: Abrechnungsgruppe Radiologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



### 1.1.3.23 Honorarumsatz Urologie

Der Honorarumsatz je Facharzt für Urologie ist im ersten Quartal 2014 im Vergleich zum Vorjahresquartal um 4,8 Prozent (+2.429 Euro auf 53.086 Euro), der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,8 Prozent (+0,39 Euro auf 49,12 Euro) gestiegen. In Sachsen führte ein deutlicher Zuwachs des gesamten Honorarumsatzvolumens der Abrechnungsgrup-

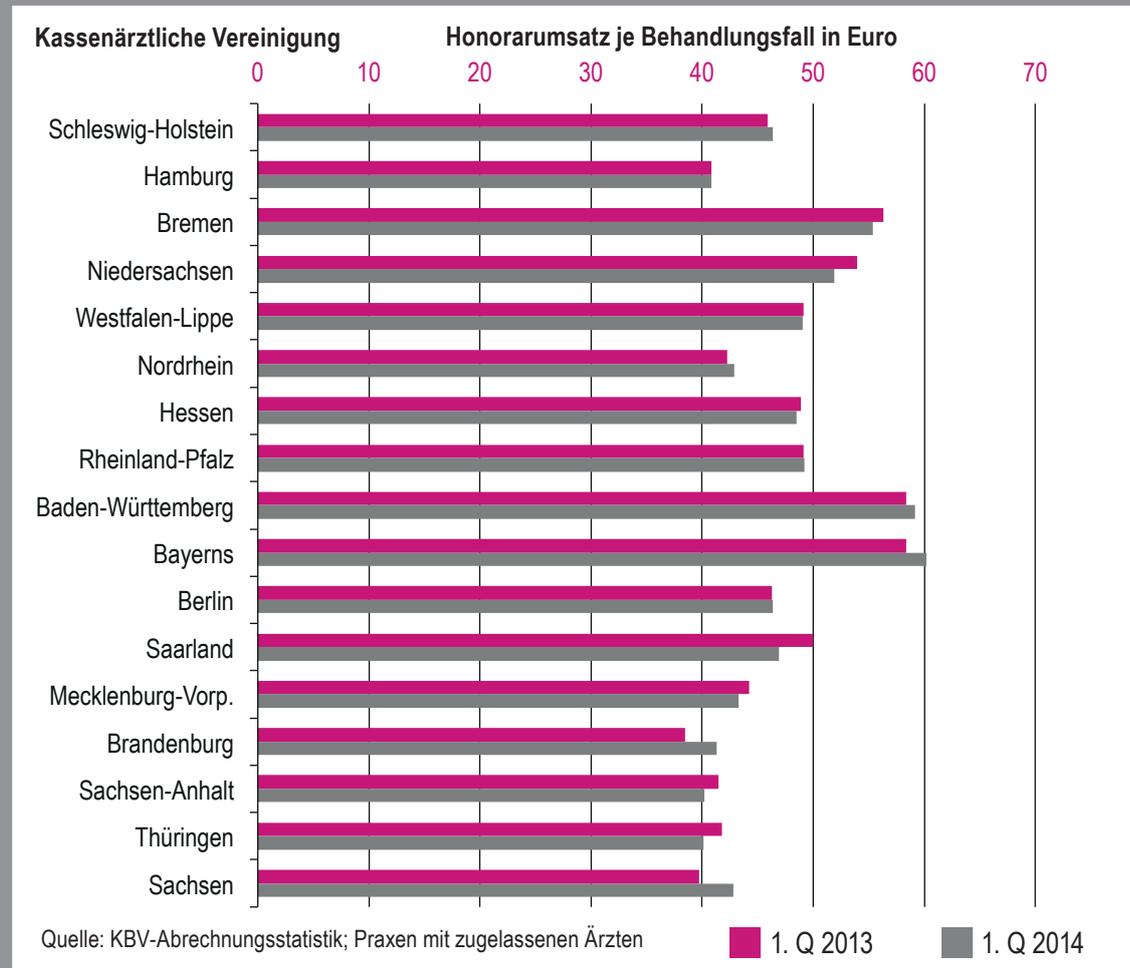
pe bei gleichzeitig geringerem Anstieg der Arzt- und Behandlungsfallzahlen zu einer Steigerung des Honorarumsatzes je Arzt (+9,8 Prozent auf 61.871 Euro) und des Honorarumsatzes je Behandlungsfall (+7,8 Prozent auf 42,80 Euro).

**Tabelle 28: Abrechnungsgruppe Urologie  
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlun- gsfall in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	42.351	46.378	4.027	9,5%	45,89	46,35	0,46	1,0%
Hamburg	40.317	42.133	1.816	4,5%	40,87	40,85	-0,02	0,0%
Bremen	59.452	60.970	1.518	2,6%	56,36	55,40	-0,96	-1,7%
Niedersachsen	56.868	58.397	1.529	2,7%	53,94	51,93	-2,01	-3,7%
Westfalen-Lippe	58.282	61.946	3.664	6,3%	49,10	49,07	-0,03	-0,1%
Nordrhein	41.007	42.789	1.782	4,3%	42,28	42,92	0,64	1,5%
Hessen	48.573	49.480	907	1,9%	48,93	48,51	-0,42	-0,9%
Rheinland-Pfalz	43.188	46.071	2.883	6,7%	49,11	49,20	0,09	0,2%
Baden-Württemberg	53.197	54.722	1.525	2,9%	58,38	59,18	0,80	1,4%
Bayerns	50.294	53.700	3.406	6,8%	58,34	60,22	1,88	3,2%
Berlin	44.215	44.150	-65	-0,1%	46,27	46,40	0,13	0,3%
Saarland	44.379	44.153	-226	-0,5%	50,01	46,92	-3,09	-6,2%
Mecklenburg-Vorp.	66.525	66.756	231	0,3%	44,24	43,31	-0,93	-2,1%
Brandenburg	59.948	65.615	5.667	9,5%	38,48	41,33	2,85	7,4%
Sachsen-Anhalt	52.439	54.967	2.528	4,8%	41,49	40,20	-1,29	-3,1%
Thüringen	54.187	53.852	-335	-0,6%	41,77	40,11	-1,66	-4,0%
Sachsen	56.373	61.871	5.498	9,8%	39,72	42,80	3,08	7,8%
Bund	50.657	53.086	2.429	4,8%	48,73	49,12	0,39	0,8%

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 27: Abrechnungsgruppe Urologie  
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



## 1.2 Überschuss

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

$$\text{Honorarumsatz aus GKV-Tätigkeit} \times [1 - \text{Kostensatz in Prozent}] = \text{Überschuss aus GKV}$$

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

Für die Berechnungen der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das erste Quartal 2013 und das erste Quartal 2014 wurden die Kostensätze des Jahres 2010 verwendet. Zu methodischen Fragestellungen wird auf das ZiPP verwiesen.

Tabelle 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Euro

Abrechnungsgruppe	Überschuss je Arzt in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	27.404	27.931	527	1,9%
Kinder- und Jugendmedizin	28.801	29.535	734	2,5%
Anästhesiologie	22.929	24.339	1.410	6,1%
Augenheilkunde	30.815	33.603	2.788	9,0%
Chirurgie	25.818	27.820	2.001	7,8%
Gynäkologie	23.445	25.481	2.035	8,7%
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	24.685	26.824	2.139	8,7%
Hautarzt	23.805	26.206	2.401	10,1%
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	32.733	34.994	2.261	6,9%
Innere Medizin, SP Angiologie*	38.572	39.730	1.158	3,0%
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	39.370	41.602	2.232	5,7%
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie*	47.695	46.456	-1.239	-2,6%
Innere Medizin, SP Kardiologie	35.689	36.088	399	1,1%
Innere Medizin, SP Pneumologie	36.505	37.249	744	2,0%
Innere Medizin, SP Rheumatologie	26.852	27.664	812	3,0%
Neurologie	21.955	25.173	3.217	14,7%
Psychiatrie	19.965	22.355	2.390	12,0%
Nervenheilkunde	31.158	33.904	2.746	8,8%
Orthopädie	26.331	27.634	1.304	5,0%
Psychotherapeuten (ärztlich/psychologisch)	13.281	14.118	837	6,3%
Radiologie	28.788	29.537	749	2,6%
Urologie	26.329	27.592	1.262	4,8%
<b>Alle Ärzte/Psychotherapeuten</b>	<b>27.040</b>	<b>28.088</b>	<b>1.048</b>	<b>3,9%</b>

\* eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund eines relativen Standardfehlers von mehr als 15%

Für die Abrechnungsgruppen Innere Medizin, SP Angiologie, Innere Medizin, SP Endokrinologie und Innere Medizin, SP Nephrologie liegen aus dem Zi-Praxis-Panel keine Kostensätze vor.

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

1.3 Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss

Diagramm 28: Honorarumsatz je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit

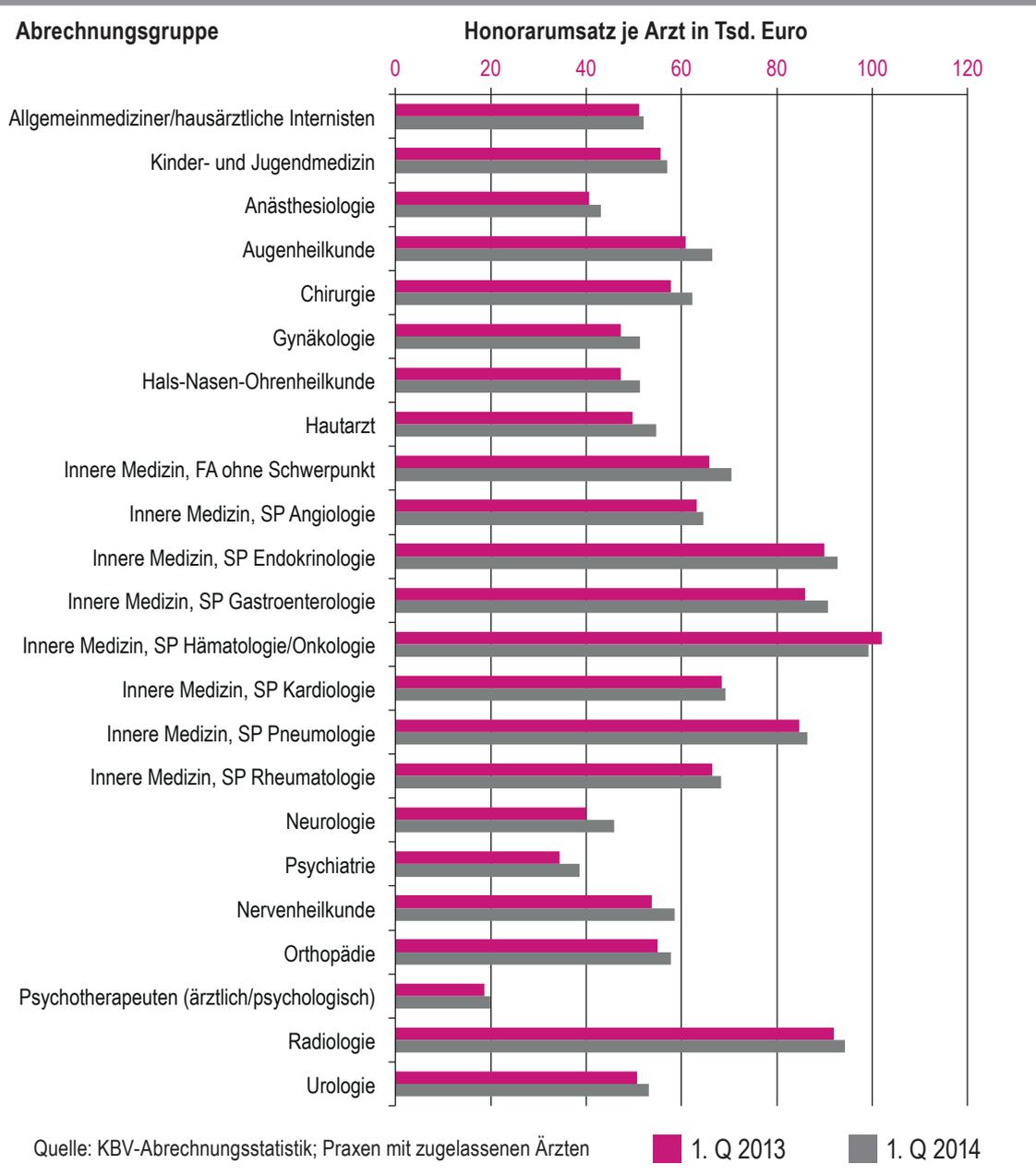
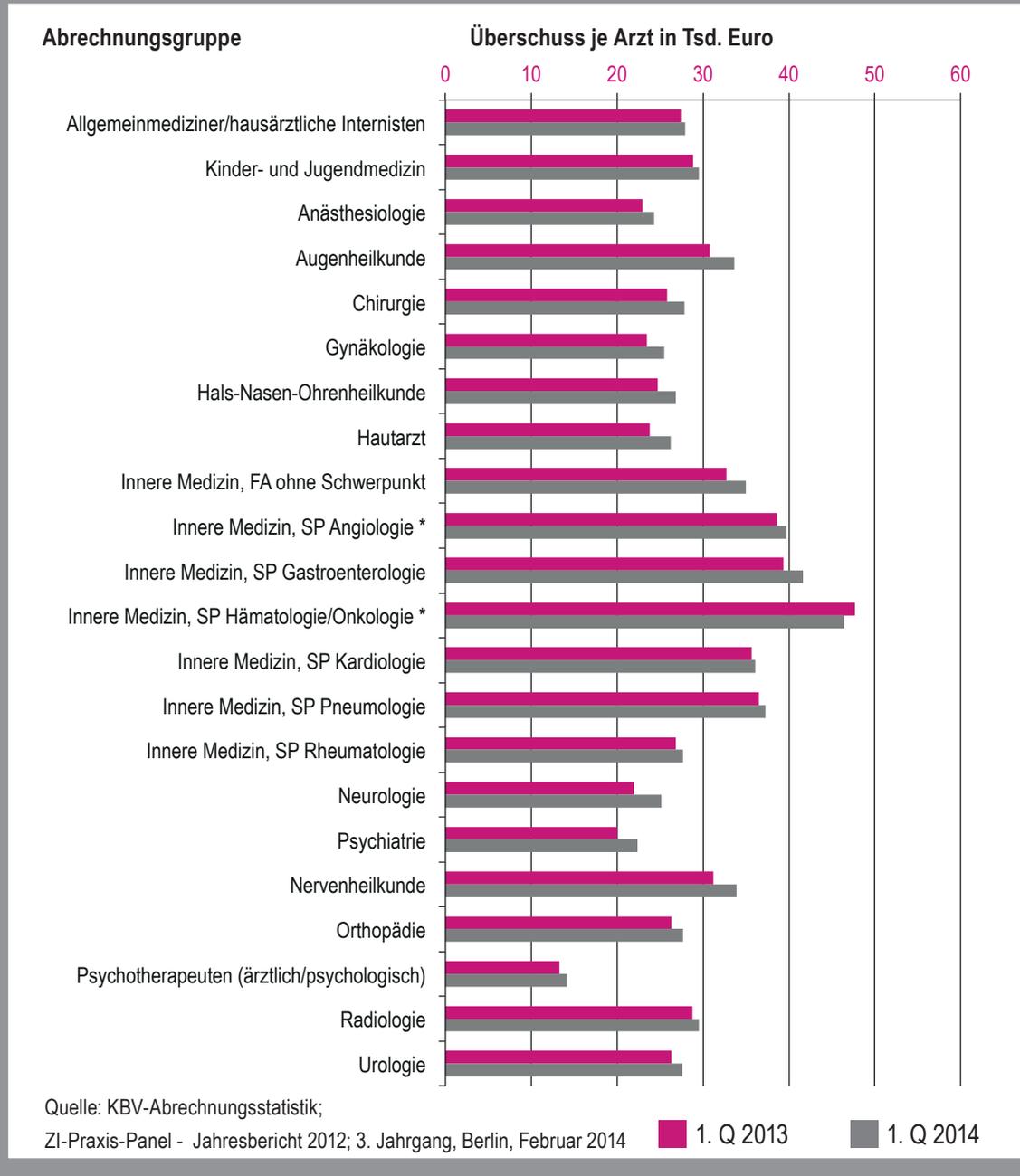


Diagramm 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit



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

## 2. ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

Die Summe der Gesamtvergütungen ist im Berichtszeitraum um 4,7 Prozent beziehungsweise 387,7 Millionen Euro im Vergleich zum Vorjahresquartal gestiegen und beträgt im ersten Quartal 2014 damit 8,716 Milliarden Euro.

In den KVen Hamburg, Bremen, Berlin und Sachsen-Anhalt ist der Anteil der extrabudgetären Gesamtvergütung am höchsten und in den KVen Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Brandenburg am geringsten.

Der Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegt regional zwischen 61,0 und 73,4 Prozent.

**Tabelle 30: Summe der Gesamtvergütungen in Mio. Euro und Gesamtvergütungen je Versicherten in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Summe der Gesamtvergütungen in Mio. Euro		Veränderung		Gesamtvergütungen je Versicherten in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	281,3	298,2	17,0	6,0%	117,49	124,01	6,52	5,5%
Hamburg	186,5	195,8	9,2	4,9%	121,97	126,96	4,98	4,1%
Bremen	76,5	81,1	4,7	6,1%	133,82	141,17	7,35	5,5%
Niedersachsen	847,3	893,1	45,7	5,4%	124,09	130,52	6,42	5,2%
Westfalen-Lippe	800,6	857,8	57,2	7,1%	110,22	118,09	7,86	7,1%
Nordrhein	946,0	991,9	45,9	4,9%	117,64	123,38	5,74	4,9%
Hessen	609,0	641,0	32,0	5,3%	118,80	124,17	5,37	4,5%
Rheinland-Pfalz	394,4	412,1	17,6	4,5%	117,58	122,73	5,15	4,4%
Baden-Württemberg	992,6	1.022,1	29,5	3,0%	111,36	114,08	2,73	2,4%
Bayerns	1.287,2	1.343,3	56,1	4,4%	122,52	126,76	4,25	3,5%
Berlin	372,8	390,9	18,1	4,9%	128,95	133,25	4,30	3,3%
Saarland	107,4	111,4	4,0	3,7%	124,74	129,78	5,03	4,0%
Mecklenburg-Vorp.	190,1	200,4	10,3	5,4%	131,05	138,13	7,07	5,4%
Brandenburg	263,1	274,4	11,3	4,3%	119,65	124,65	5,01	4,2%
Sachsen-Anhalt	267,2	271,0	3,8	1,4%	127,14	129,75	2,61	2,0%
Thüringen	241,0	251,6	10,6	4,4%	121,47	127,41	5,94	4,9%
Sachsen	465,2	479,8	14,6	3,1%	125,14	128,97	3,83	3,1%
<b>Bund</b>	<b>8.328,2</b>	<b>8.715,9</b>	<b>387,7</b>	<b>4,7%</b>	<b>119,43</b>	<b>124,56</b>	<b>5,13</b>	<b>4,3%</b>

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

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung steigt in der überwiegenden Zahl der KVen gering, im Bundesschnitt ist ein Anstieg von 1,7 Prozent zu verzeichnen.

wachs auf mit den stärksten Anstiegen in Hamburg (+52,7 Prozent), Schleswig-Holstein (+24,1 Prozent) und Westfalen-Lippe (+12,2 Prozent). Im Bundesdurchschnitt ergibt sich ein Zuwachs von 11,3 Prozent.

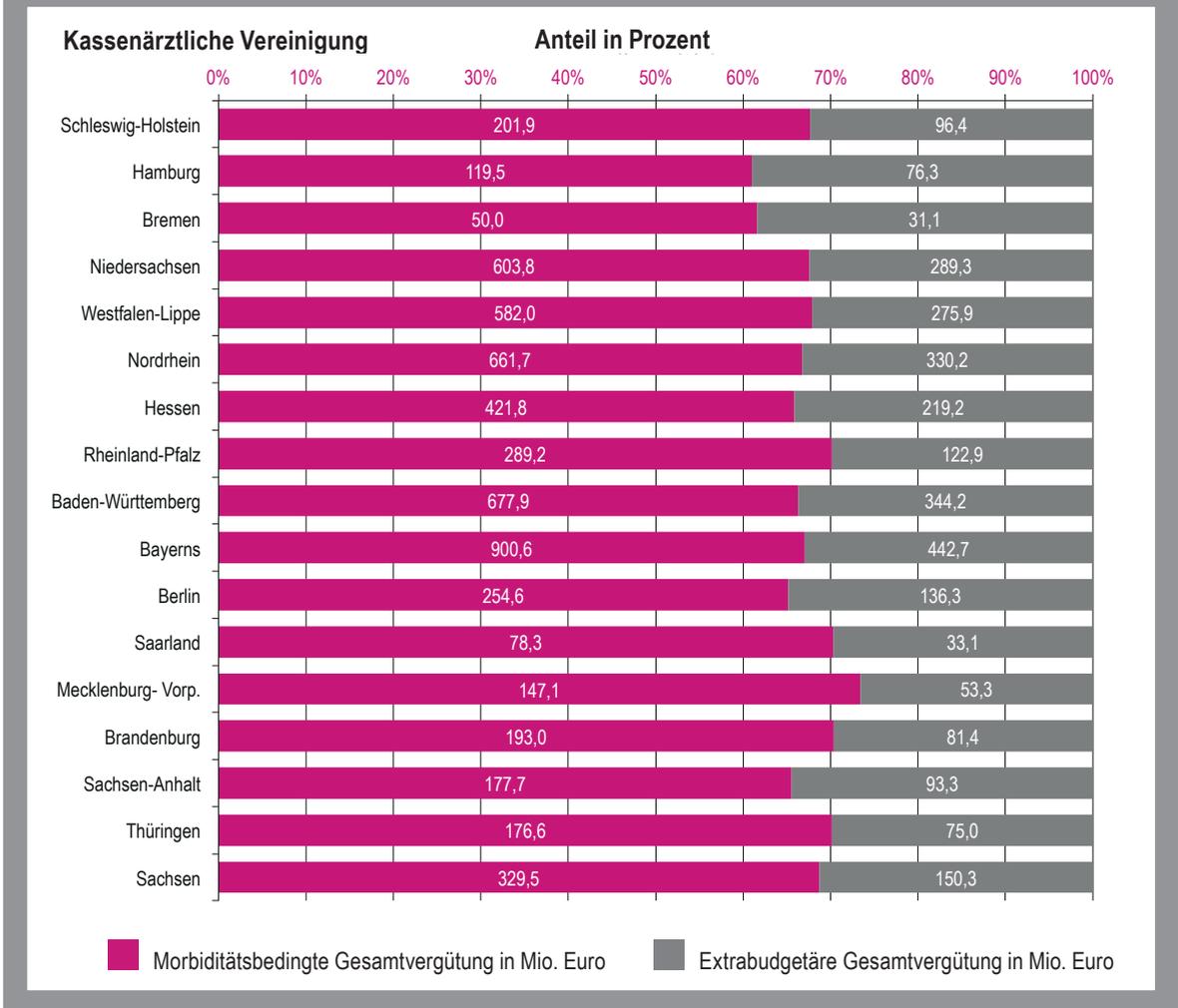
Die extrabudgetäre Gesamtvergütung weist im ersten Quartal 2014 in allen KVen einen starken Zu-

**Tabelle 31: Summe der morbiditätsbedingten (MGV) und extrabudgetären (EGV) Gesamtvergütungen in Mio. Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Morbiditäts- bedingte Gesamt- vergütung in Mio. Euro		Veränderung		Extrabudgetäre Gesamtvergütung in Mio. Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	203,6	201,9	-1,7	-0,9%	77,7	96,4	18,7	24,1%
Hamburg	136,6	119,5	-17,1	-12,5%	50,0	76,3	26,3	52,7%
Bremen	48,6	50,0	1,4	2,8%	27,9	31,1	3,3	11,8%
Niedersachsen	589,2	603,8	14,6	2,5%	258,1	289,3	31,2	12,1%
Westfalen-Lippe	554,7	582,0	27,2	4,9%	245,9	275,9	30,0	12,2%
Nordrhein	649,0	661,7	12,7	2,0%	296,9	330,2	33,2	11,2%
Hessen	409,8	421,8	12,1	2,9%	199,2	219,2	19,9	10,0%
Rheinland-Pfalz	284,7	289,2	4,5	1,6%	109,7	122,9	13,2	12,0%
Baden-Württemberg	676,4	677,9	1,5	0,2%	316,2	344,2	28,0	8,9%
Bayerns	881,2	900,6	19,4	2,2%	406,0	442,7	36,6	9,0%
Berlin	247,3	254,6	7,3	3,0%	125,5	136,3	10,8	8,6%
Saarland	77,1	78,3	1,2	1,5%	30,3	33,1	2,8	9,2%
Mecklenburg-Vorp.	142,0	147,1	5,1	3,6%	48,1	53,3	5,2	10,8%
Brandenburg	190,1	193,0	2,9	1,6%	73,0	81,4	8,4	11,5%
Sachsen-Anhalt	180,5	177,7	-2,8	-1,6%	86,7	93,3	6,7	7,7%
Thüringen	173,1	176,6	3,5	2,0%	67,9	75,0	7,1	10,5%
Sachsen	322,6	329,5	7,0	2,2%	142,7	150,3	7,6	5,3%
<b>Bund</b>	<b>5.766,4</b>	<b>5.865,1</b>	<b>98,7</b>	<b>1,7%</b>	<b>2.561,7</b>	<b>2.850,7</b>	<b>289,0</b>	<b>11,3%</b>

Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik

Diagramm 30: MGV- und EGV-Anteile der Gesamtvergütungen 1. Quartal 2014



Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik

Tabelle 32: Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) je Versicherten in Euro

Kassenärztliche Vereinigung	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung je Versicherten in Euro		Veränderung	
	1. Q 2013	1. Q 2014	absolut	in %
Schleswig-Holstein	85,05	83,93	-1,11	-1,3%
Hamburg	89,29	77,47	-11,82	-13,2%
Bremen	85,06	86,98	1,91	2,2%
Niedersachsen	86,29	88,24	1,95	2,3%
Westfalen-Lippe	76,37	80,11	3,74	4,9%
Nordrhein	80,72	82,31	1,60	2,0%
Hessen	79,94	81,71	1,78	2,2%
Rheinland-Pfalz	84,87	86,12	1,26	1,5%
Baden-Württemberg	75,89	75,67	-0,22	-0,3%
Bayerns	83,87	84,99	1,12	1,3%
Berlin	85,55	86,79	1,24	1,5%
Saarland	89,57	91,24	1,67	1,9%
Mecklenburg-Vorp.	97,89	101,39	3,50	3,6%
Brandenburg	86,44	87,68	1,24	1,4%
Sachsen-Anhalt	85,90	85,07	-0,83	-1,0%
Thüringen	87,24	89,42	2,18	2,5%
Sachsen	86,76	88,58	1,81	2,1%
Bund	82,69	83,82	1,13	1,4%

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

### 3. BEREINIGUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

#### 3.1 Erläuterung

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

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

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

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

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

### 3.2 Entwicklung

Durch die gesetzliche Vorgabe in § 87a Abs. 4 SGB V ist der bereinigte Behandlungsbedarf des Vorjahresquartals ab dem ersten Quartal 2013 Basis für die Bestimmung des aktuellen Behandlungsbedarfs einer Krankenkasse. Dies bedeutet die Notwendigkeit der Umstellung des bisherigen Verfahrens. Dieses setzte auf dem unbereinigten Behandlungsbedarf auf, anschließend erfolgt der Abzug der Bereinigungssumme für alle an einem Selektivvertrag teilnehmenden Versicherten. Durch den Aufsatz

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

**Tabelle 33: Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung 1. Quartal 2012 bis 1. Quartal 2014 in Mio. Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Quartal									
	I. 2012	II. 2012	III. 2012	IV. 2012	I. 2013	II. 2013	III. 2013	IV. 2013	I. 2014	
Schleswig-Holstein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
Hamburg	0,1	0,3	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	
Bremen	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,3	
Niedersachsen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	
Westfalen-Lippe	2,7	3,1	3,3	3,4	4,7	6,0	6,8	7,5	8,5	
Nordrhein	1,3	1,5	1,6	1,7	2,1	2,4	2,7	3,1	3,7	
Hessen	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,9	1,4	2,0	
Rheinland-Pfalz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	
Baden-Württemberg	63,3	64,1	66,1	67,0	69,2	69,3	70,4	73,4	81,0	
Bayerns	25,9	24,8	52,3	61,0	66,4	70,6	65,9	66,4	69,2	
Berlin	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	
Saarland								0,0		
Mecklenburg-Vorp.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Brandenburg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sachsen-Anhalt	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5	0,6	
Thüringen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Sachsen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	
<b>Bund</b>	<b>94,2</b>	<b>94,6</b>	<b>124,6</b>	<b>134,7</b>	<b>144,0</b>	<b>150,2</b>	<b>148,2</b>	<b>153,6</b>	<b>166,6</b>	

Quelle: Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

## 4. ZUSAMMENFASSUNG

Im Vergleich zum Vorjahresquartal lässt sich im Bundesdurchschnitt ein Zuwachs für den Honorarumsatz je Arzt und für den Honorarumsatz je Behandlungsfall aller Ärzte und Psychotherapeuten verzeichnen. Konkret bedeutet das, dass sowohl der Honorarumsatz je Arzt als auch je Behandlungsfall um 3,9 Prozent gestiegen sind.

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

Der Honorarumsatz bei den **Allgemeinmedizinern und hausärztlichen Internisten** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 1,9 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 6,9 Prozent gestiegen.

Der Honorarumsatz je **Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal im Bundesdurchschnitt um 2,5 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 8,0 Prozent gestiegen.

Im **fachärztlichen Versorgungsbereich** hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,0 Prozent erhöht. Je Behandlungsfall ist der Honorarumsatz im selben Zeitraum um 1,7 Prozent gestiegen.

In der **Anästhesiologie** ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,1 Prozent sowie der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,3 Prozent gestiegen.

Bei den **Augenärzten** hat sich der Honorarumsatz je Arzt um 9,0 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall im Vergleich zum Vorjahresquartal um 5,1 Prozent erhöht. Besonders markant sind die Un-

terschiede bei dem Honorarumsatz je Arzt und je Behandlungsfall in der Abrechnungsgruppe der Augenärzte zwischen den KVen. Als Begründung hierfür sind die in fast allen Regionen geschlossenen besonderen Verträge zur Vergütung augenärztlicher Operationsleistungen zu nennen. Die Vertragsschließungen erfolgen mit oder ohne Beteiligung der KV. Zu Verträgen ohne KV-Beteiligung liegen der KBV keine Daten zum Honorarumsatz vor.

Bei den **Fachärzten für Innere Medizin** ist zu beachten, dass aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung zu ihren Schwerpunkten Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppen kaum möglich sind. Weiterhin umfassen die einzelnen medizinischen Schwerpunktgruppen in einigen KVen nur (sehr) wenige Ärzte. Der Honorarumsatz bei dieser Facharztgruppe ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 0,2 Prozent gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,2 Prozent zurückgegangen. Der Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,9 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,2 Prozent gestiegen.

Bei den **Fachärzten für Gynäkologie** ist der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 8,7 Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum hat sich der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 5,0 Prozent erhöht.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je **Facharzt für Orthopädie** um 5,0 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,1 Prozent gestiegen.

Bei den **Fachärzten für Chirurgie** hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 7,8 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,7 Prozent erhöht.

Der Honorarumsatz je **Dermatologe** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 10,1 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,9 Prozent gestiegen.

Bei den **Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** ist der Honorarumsatz je Facharzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 8,7 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,9 Prozent angewachsen.

Bei den **Fachärzten für Nervenheilkunde** ist zu beachten, dass aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung ein Vergleich mit den Veröffentlichungen der KVen nur eingeschränkt möglich ist. Der Honorarumsatz ist in dieser Abrechnungsgruppe um 8,8 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,6 Prozent gestiegen.

Im Vergleich zum Vorjahresquartal ist der Honorarumsatz je **Facharzt für Neurologie** um 14,7 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall im gleichen Zeitraum um 7,8 Prozent angestiegen. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Fachärzte für Neurologie in einigen KVen sehr niedrig ist.

Der Honorarumsatz je **ärztlicher beziehungsweise psychologischer Psychotherapeut** hat sich im Vergleich zum Vorjahresquartal um 6,3 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,4 Prozent erhöht.

Der Honorarumsatz je **Facharzt für Radiologie** ist im Vergleich zum Vorjahresquartal um 2,6 Prozent gestiegen, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,7 Prozent gesunken.

Bei den **Fachärzten für Urologie** hat sich der Honorarumsatz je Arzt im Vergleich zum Vorjahresquartal um 4,8 Prozent, der Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,8 Prozent erhöht.

Die Gesamtvergütung aller KVen ist gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 4,7 Prozent beziehungsweise um 387,7 Millionen Euro gestiegen. Dies ist insbesondere auf hohe Steigerungen in den extrabudgetären Gesamtvergütungen zurückzuführen. Der Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung liegt regional zwischen 61,0 und 73,4 Prozent. In allen KVen lässt sich ein Sinken dieses Anteils im Vergleich zum Vorjahresquartal beobachten. Im Gegenzug steigt die extrabudgetäre Gesamtvergütung entsprechend um diese Vergütungsanteile und erhöht sich durchschnittlich von 30,8 auf 32,7 Prozent.

## 5. SONDERTHEMA: EINFÜHRUNG NEUER LEISTUNGEN IN DIE VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG

### 5.1 Rechtsgrundlage

Ein umfassender Katalog dieser Leistungen (der gesetzlichen Krankenversicherung) existiert nicht, es gibt keine abschließende Liste. Der Leistungskatalog ist im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) nur als Rahmenrecht vorgegeben: Im Gesetz steht, dass der Versicherte einen Anspruch auf eine ausreichende, bedarfsgerechte, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende, medizinische Krankenbehandlung hat. Hierzu zählen insbesondere die ärztliche, zahnärztliche und psychotherapeutische Behandlung, die Versorgung mit Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, die häusliche Krankenpflege, die Krankenhausbehandlung sowie die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen. Außerdem ist geregelt, dass die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Das heißt, sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Die Vertragsärzte sind im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages zur Erbringung dieser Leistungen verpflichtet.

Der Leistungsanspruch gesetzlich Krankensicherter auf bestimmte Behandlungen oder Untersuchungen in der vertragsärztlichen Versorgung ist nicht im Einzelnen durch das Sozialgesetzbuch geregelt, sondern wird im Rahmen des Selbstverwaltungsprinzips von dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in verbindlichen Richtlinien näher konkretisiert. Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung. Er setzt sich zusammen aus Vertretern der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, der Krankenhäuser und Krankenkassen, wobei auch Vertreter von Organisationen der Patienten ein Mitberatungsrecht haben. Der G-BA erlässt in den verschiedenen Leistungsbereichen Richtlinien, die für die beteiligten Kran-

kenkassen, Leistungserbringer und die Versicherten verbindlich sind. Die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und deren Vergütung sind im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, und zwar durch den Bewertungsausschuss.

Für neue Diagnose- und Therapieverfahren entscheidet der G-BA, ob diese den genannten Anforderungen genügen und somit von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden können. Die Vergütung der vom G-BA anerkannten neuen Diagnose- und Therapieverfahren wird dann ebenfalls im EBM<sup>[3]</sup> festgelegt.

### 5.2 Neue Leistungen

Seit 2009 wurden die nachfolgend aufgeführten Leistungen in den EBM nach Beschlüssen des Bewertungsausschusses (A: mit Angabe der Sitzungsnummer) beziehungsweise der Partner des Bundesmantelvertrages Ärzte (B: mit Angabe der Beschlussnummer) oder der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (C: mit Angabe der Beschlussnummer) neu eingeführt. Die Grundlage bilden

- die Vorgaben des Gesetzgebers
- die Beschlüsse des G-BA
- die interne Abstimmung im Bewertungsausschuss beziehungsweise zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge, um im Rahmen der vorgegebenen gesetzlichen Leistungen und Satzungsleistungen der Krankenkassen einzelne Änderungen im Abrechnungsverfahren vorzunehmen.

### 5.2.1 Einführung nach gesetzlichen Vorgaben

Nach Vorliegen eines gesetzlichen Auftrages wurden folgende Leistungen neu eingeführt.

1. MRSA-Diagnostik und Therapie (zum 1.4.2012, Beschlussfassung: A: 266. Sitzung)

### 5.2.2 Einführung aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses

Nach Beschlüssen des G-BA wurden folgende Leistungen neu eingeführt:

1. Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfsleistungen (zum 1.4.2009, Beschlussfassung: B: Nr. 101, C: Nr. 917)
2. Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese (zum 1.4.2009, Beschlussfassung: A: 179. Sitzung)
3. Besondere Arzneimitteltherapie bei der pulmonal-arteriellen Hypertonie (zum 1.4.2009, Beschlussfassung: B: Nr. 105, C: Nr. 245)
4. Verordnung der speziellen Palliativversorgung (SAPV) (zum 1.4.2009, Beschlussfassung: A: 245. Sitzung)
5. Balneophototherapie (zum 1.10.2010, Beschlussfassung: A: 225. Sitzung)
6. Neugeborenen-Hörscreening (zum 1.10.2010, Beschlussfassung: A: 228. Sitzung)
7. Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis (zum 1.10.2010, Beschlussfassung: A: 228. Sitzung)
8. Leistungen der Diamorphinsubstitution (zum 1.10.2010, Beschlussfassung: A: 228. Sitzung)
9. Neuropsychologische Leistungen (zum 1.1.2013, Beschlussfassung: A: 291. Sitzung)
10. Prüfung auf Gestationsdiabetes (zum 1.10.2013, Beschlussfassung: A: 306. Sitzung)

### 5.2.3 Einführung durch Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Nach weiteren Beschlüssen des Bewertungsausschusses wurden folgende Leistungen neu eingeführt.

1. Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten (zum 1.7.2009, Beschlussfassung: A: 187. Sitzung)
2. HIV-Resistenztestung (zum 1.1.2013, Beschlussfassung: A: 293. Sitzung)

### 5.3 Inanspruchnahme der neuen Leistungen in den Jahren 2009 bis 2013

In Tabelle 34 sind die neuen Leistungen, die in den Jahren 2009 bis 2013 eingeführt wurden, aufgeführt. Diese Leistungen wurden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert. Damit ist nur für diese Leistungen eine genaue Aussage zu Umfang und Kosten auf Seiten der Krankenkassen

und zum Honorarumsatzanteil auf Seiten der Ärzte und Therapeuten möglich. Auf die weitergehende Darstellung der Leistungen, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert wurden, wird verzichtet, da nur eine verzerrte Darstellung möglich ist.

**Tabelle 34: Neue Leistungen - Leistungssegmente**

Beschlüsse nach	Leistungssegment
5.3.1, Nr. 1	MRSA
5.3.2, Nr. 1	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen
5.3.2, Nr. 2	LDL-Apherese
5.3.2, Nr. 3	Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie
5.3.2, Nr. 4	SAPV
5.3.2, Nr. 5	Balneophototherapie
5.3.2, Nr. 6	Neugeborenen-Hörscreening
5.3.2, Nr. 7	Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis
5.3.2, Nr. 8	Diamorphinsubstitution
5.3.2, Nr. 9	Neuropsychologische Leistungen
5.3.2, Nr. 10	Gestationsdiabetes
5.3.3, Nr. 1	Spezialisierte HIV-Versorgung
5.3.3, Nr. 2	HIV-Resistenztestung

Die seit 2009 neu eingeführten Leistungen wurden in unterschiedlichem Maße erbracht und abgerechnet. Dieses ist in der Spezifik und damit in der unterschiedlichen Breitenwirkung der eingeführten Untersuchungsverfahren begründet. In der folgenden Darstellung wird der Leistungsbedarf in Euro je Leistungssegment (das heißt je GOP aus den Beschlüssen nach 5.3.1 bis 5.3.3) dargestellt. Der Leistungsbedarf ist neben der Anzahl der Patienten ein Maß dafür, in welchem Umfang die Leistungen in den

Praxen nachgefragt und erbracht wurden und welcher Aufwand dahinter steckt.

Während die neuen präventiven Maßnahmen zur Vorsorge beim Gestationsdiabetes einer Vielzahl von Versicherten (fast 250.000 im zweiten Halbjahr 2013) zugutekommen, ist die ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese naturgemäß für eine kleinere Patientenkielntel von Nutzen (insgesamt unter 500 Patienten im Jahr 2013).

**Tabelle 35: Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Euro-GO in Euro, Jahre 2009 bis 2013**

Leistungssegment	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	0,0	0,0	0,0	1,1	1,7
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	0,3	0,9	1,2	1,3	1,6
LDL-Apherese	0,0	0,1	0,1	0,2	0,2
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SAPV	0,3	0,7	0,9	1,1	1,4
Balneophototherapie	0,0	3,7	21,4	21,9	23,0
Neugeborenen-Hörscreening	0,0	0,2	0,7	0,8	0,8
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	0,0	0,2	0,7	0,6	0,5
Diamorphinsubstitution	0,0	0,8	4,0	4,4	5,0
Neuropsychologische Leistungen	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Gestationsdiabetes	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2
Spezialisierte HIV-Versorgung	4,1	10,4	11,0	11,6	12,6
HIV-Resistenztestung	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

**Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl der Patienten, Jahre 2009 bis 2013**

Leistungssegment	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	0	0	0	60.658	88.795
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	6.044	14.177	18.109	20.434	23.806
LDL-Apherese	132	217	276	365	483
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	7	893	0	0	0
SAPV	8.079	19.641	27.256	34.095	42.138
Balneophototherapie	0	7.193	24.689	25.600	26.661
Neugeborenen-Hörscreening	0	11.662	47.617	51.523	52.892
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	0	17.617	67.830	54.819	50.571
Diamorphinsubstitution	0	293	500	519	588
Neuropsychologische Leistungen	0	0	0	0	2.057
Gestationsdiabetes	0	0	0	0	247.545
Spezialisierte HIV-Versorgung	28.881	40.581	41.466	44.030	46.812
HIV-Resistenztestung	0	0	0	0	1.137

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Aus der in Tabelle 35 dokumentierten Inanspruchnahme neuer Leistungen, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht und abgerechnet wurden, ergibt sich ein differenziertes Bild bezüglich des Aufwandes je Patient. Das differenzierte Spektrum des Leistungsbedarfs je Patient (Tabelle 37) basiert auf dem unterschiedlichen Leistungsinhalt der neu eingeführten Leistungen. Erwartungsgemäß ziehen die Leistungen zur Diamorphin-substitution den höchsten Aufwand je Patient (circa

8.500 Euro im Jahr) nach sich, während sehr spezielle und kleinteilig definierte Leistungen einen eher geringeren Aufwand je Patient bedeuten und damit nur geringe Ausgaben je Patient der Krankenkassen hervorrufen (11 bis 15 Euro je Patient). Das ist zum Beispiel beim Varicella-Zoster-Virus-Antikörper-Nachweis oder beim Neugeborenen-Hörscreening zu erkennen. Dessen ungeachtet sind auch diese Leistungen bedeutsam für die Versorgung der Versicherten.

**Tabelle 37: Entwicklung des Leistungsbedarf gemäß Euro-GO in Euro je Patient, Jahre 2009 bis 2013**

Leistungssegment	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	0	0	0	19	19
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	57	67	68	66	66
LDL-Apherese	296	445	492	517	505
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	43	37	0	0	0
SAPV	34	34	34	33	33
Balneophototherapie	0	514	867	856	861
Neugeborenen-Hörscreening	0	15	15	15	15
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	0	11	11	11	11
Diamorphinsubstitution	0	2.573	8.017	8.509	8.483
Neuropsychologische Leistungen	0	0	0	0	814
Gestationsdiabetes	0	0	0	0	13
Spezialisierte HIV-Versorgung	141	257	265	263	269
HIV-Resistenztestung	0	0	0	0	300

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Der Anteil der neuen Leistungen am insgesamt für die Behandlung der GKV-Versicherten entstandenen Leistungsbedarf betrug 0,16 Prozent zum Ende des Jahres 2013. Über das Angebot der neuen Leis-

tungen geben die nachfolgenden Tabellen Aufschluss. Über den Zeitraum von 2009 bis 2013 wurden die neuen Leistungen in einer Vielzahl von Praxen durch Ärzte und Therapeuten erbracht.

**Tabelle 38: Entwicklung des Anzahl der abrechnenden Ärzte, Jahre 2009 bis 2013**

Leistungssegment	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	0	0	0	6.476	7.140
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	199	239	296	325	381
LDL-Apherese	83	124	150	185	223
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	8	211	0	0	0
SAPV	2.772	6.858	8.885	10.918	13.750
Balneophototherapie	0	574	731	772	807
Neugeborenen-Hörscreening	0	1.306	1.907	1.980	2.009
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	0	406	498	488	470
Diamorphinsubstitution	0	9	10	12	12
Neuropsychologische Leistungen	0	0	0	0	101
Gestationsdiabetes	0	0	0	0	11.584
Spezialisierte HIV-Versorgung	221	285	283	281	291
HIV-Resistenztestung	0	0	0	0	34

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

**Tabelle 39: Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Euro-GO in Euro je Arzt, Jahre 2009 bis 2013**

Leistungssegment	2009	2010	2011	2012	2013
MRSA	0	0	0	174	231
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	1.726	3.968	4.139	4.152	4.131
LDL-Apherese	471	779	906	1.019	1.094
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	38	156	0	0	0
SAPV	99	98	103	105	100
Balneophototherapie	0	6.447	29.288	28.398	28.449
Neugeborenen-Hörscreening	0	132	369	388	405
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	0	459	1.443	1.187	1.151
Diamorphinsubstitution	0	83.769	400.851	368.018	415.654
Neuropsychologische Leistungen	0	0	0	0	16.578
Gestationsdiabetes	0	0	0	0	279
Spezialisierte HIV-Versorgung	18.451	36.561	38.892	41.237	43.199
HIV-Resistenztestung	0	0	0	0	10.041

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik

Eine weitere Darstellung (Tabelle 40) zeigt die durchschnittlichen Kosten (Leistungsbedarf gemäß Euro-Gebührenordnung) je Jahr in den Jahren nach der

Einführung der neuen Leistungen. In dieser Aufstellung sind nur Leistungen enthalten, die vor dem Jahr 2013 eingeführt wurden.

**Tabelle 40: Neue Leistungen – durchschnittlicher Leistungsbedarf gemäß Euro-GO in Euro je Jahr**

Leistungssegment	Leistungsbedarf gemäß Euro-GO je Jahr in Euro
MRSA	1.649.911
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	1.274.162
LDL-Apherese	166.214
Arzneimitteltherapie bei der p.-a. Hypertonie	33.008
SAPV	1.025.051
Balneophototherapie	22.096.066
Neugeborenen-Hörscreening	547.652
Varicella-Zoster-Virus-AK-Nachweis	494.695
Diamorphinsubstitution	4.468.808
Neuropsychologische Leistungen	keine Angaben
Gestationsdiabetes	keine Angaben
Spezialisierte HIV-Versorgung	11.393.617
HIV-Resistenztestung	keine Angaben

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik



## DATENGRUNDLAGEN

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

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

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

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

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

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

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

## GLOSSAR

### Abrechnungsbestimmungen:

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

### Abrechnungsgruppen:

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

### Angestellte Ärzte:

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

### Behandlungsbedarf:

Gemäß § 87a des SGB V orientiert sich die Berechnung des Behandlungsbedarfs an der Zahl und **↑Morbiditätsstruktur** der Versicherten. Ausgangsbasis für den Behandlungsbedarf sind gemäß der Vorgabe des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes die je Krankenkasse ermittelten Leistungsmengen des Jahres 2008 dividiert durch die Anzahl der Versicherten. Jährlich vereinbarten **↑Kassenärztliche Vereinigungen** und Krankenkassen die Weiterentwicklung der Leistungsmengen. Der Behandlungsbedarf dient dazu, den Umfang der notwendigen medizinischen Versorgung gemäß § 71 Abs. 1 SGB V zu definieren. Aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse, der aktuellen **↑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 (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä).

### Bereinigung:

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

### Bereinigungssumme:

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

### Bewertungsausschuss:

Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der **↑Kassenärztlichen Bundesvereinigung** und vom **↑GKV-Spitzenverband** benannte

Mitglieder an. Die gesetzliche Grundlage des Bewertungsausschusses ist verankert im SGB V. Dort ist in Paragraf 87 Absatz 1 festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den ↑Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt zudem auch Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch für die Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen bindend.

#### **Budgetierung:**

Seit der Einführung der Budgets und der Koppelung der Weiterentwicklung der Vergütung an die Grundlohnsumme beziehungsweise seit dem Jahr 2009 an die morbiditätsorientierte Veränderungsrate ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV begrenzt, sodass nicht mehr alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Zumindest für den Teil der budgetierten Leistungen bedeutet das, dass eine erhöhte Nachfrage nicht zu höheren Ausgaben für diese Leistungen führt, sondern die Vergütung für die Leistungen reduziert werden muss. Deshalb können die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen für diese Leistungen nur ein im Vorfeld vereinbartes Finanzvolumen bezahlen, die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung. Da die Leistungsansprüche der Versicherten/Patienten stärker gestiegen sind als die von den Krankenkassen bereitgestellten Finanzmittel, ist eine Budgetierung durch die ↑Kassenärztliche Vereinigung vorzunehmen. Seit dem ersten Quartal 2012 obliegt es ausschließlich den ↑Kassenärztlichen Vereinigungen, die Art der Regelungen zur Budgetierung zu bestimmen.

#### **Bundesmantelvertrag:**

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

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

#### **Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):**

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

#### **Ermächtigte Ärzte:**

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

**Erweiterter Bewertungsausschuss:**

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

**Euro-Gebührenordnung:**

↑Regionale Euro-Gebührenordnung

**Extrabudgetäre Gesamtvergütung:**

↑Gesamtvergütung

**Extrabudgetäre Leistungen:**

↑Gesamtvergütung

**Fachärztlicher Versorgungsbereich:**

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

**Fallwert:**

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

**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.

**Formblatt 3:**

↑Kassenseitige Rechnungslegung

**Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ):**

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

**Gesamtvergütung:**

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV), zur Verfügung. Über die Höhe ersterer müssen sich Krankenkassen und ↑Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 15. November des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten 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. Zu-

sätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetäre Gesamtvergütung – EGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden zum Beispiel besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert.

**Gesamtvertrag:**

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

**Gesamtvertragspartner:**

↑Bundesmantelvertrag

**GKV-Spitzenverband:**

Der GKV-Spitzenverband ist die zentrale Interessenvertretung aller gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Hierzu gehören die allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK), Ersatzkrankenkassen (EK), Betriebskrankenkassen (BKK), Innungskrankenkassen (IKK), die Knappschaft und die landwirtschaftlichen Krankenkassen (LKK). Die vom GKV-Spitzenverband abgeschlossenen Verträge und seine sonstigen Entscheidungen gelten für alle Krankenkassen und deren Landesverbände.<sup>[2]</sup>

**Hausärztlicher Versorgungsbereich:**

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

31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben.

**Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit:**

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

**Kassenärztliche Bundesvereinigung:**

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 150.000 niedergelassenen und ↑ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 ↑Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

**Kassenärztliche Vereinigung:**

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Ver-

sorgung. In dessen Rahmen sorgen sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweckmäßig rund um die Uhr versorgt werden. So organisiert die KV beispielsweise auch den ↑Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst. Gemäß § 75 SGB V nehmen die KVen u. a. die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahr und haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Von den Krankenkassen auf Länderebene erhält die KV die ↑Gesamtvergütung, welche sie als ↑Honorar an die Ärzte verteilt. Jeder Arzt, der eine vertragsärztliche ↑Zulassung hat, ist Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung seiner Region.

#### **Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst:**

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

#### **Kassenseitige Rechnungslegung:**

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

#### **Konservativ tätiger Arzt bzw. Praxis:**

Ein Arzt wird als operativ und konservativ tätig eingestuft, sobald er im Quartal mehr als vier Leistungen aus den Kapiteln 31.2 und/oder 36.2 des EBM erbracht hat. Eine Praxis wird als operativ und konservativ tätig eingestuft,

sobald mindestens ein Arzt der Praxis operativ und konservativ tätig ist. Zu beachten ist, dass hierbei keine regional vereinbarten sowie keine in besonderen Verträgen vereinbarten operativen Leistungen (beispielsweise Augenheilkunde) berücksichtigt werden können.

#### **Kooperative Versorgungsformen:**

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

#### **Kostensatz:**

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

#### **Morbidität:**

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

#### **Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:**

↑Gesamtvergütung

#### **Operativ und konservativ tätiger Arzt bzw. Praxis:**

↑konservativ tätiger Arzt bzw. Praxis

#### **Orientierungspunktwert:**

Der Orientierungspunktwert ist der Ausgangswert für die Festsetzung der ↑regionalen Punktwerte. Über dessen Höhe verhandelt die ↑Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr mit den Krankenkassen. Steigt der Punktwert, steigen auch die Preise und in Abhängigkeit

von der zur Verfügung stehenden morbiditätsbedingten **↑**Gesamtvergütung gegebenenfalls das leistungsbezogene Honorar für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Der Orientierungspunktwert beträgt 3,5001 Cent für das Jahr 2009, in den Jahren 2010, 2011 und 2012 beträgt er 3,5048 Cent und 3,5363 Cent für das Jahr 2013. Im 4. Quartal 2013 wurde der Orientierungspunktwert kostenneutral auf 10 Cent angehoben und im Gegenzug die Punktzahlen im **↑**EBM zum 1. Oktober 2013 entsprechend angepasst.

#### **Partner des Bundesmantelvertrages:**

**↑**Bundesmantelvertrag

#### **Praxen mit zugelassenen Ärzten:**

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

#### **Regionale Euro-Gebührenordnung:**

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

#### **Regionale Punktwerte:**

Im **↑**Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) werden die ärztlichen Leistungen mit Punktwerten zueinander ins Verhältnis gesetzt. Hierbei legen die Punktzahlen die Relationen der Leistungen untereinander fest. Zur Festle-

gung der Vergütungshöhe werden diese Punkte mit dem Punktwert multipliziert. Der **↑**Orientierungspunktwert bildet die Grundlage für die regionalen Punktwerte in den einzelnen KV-Regionen. Zusammen mit dem EBM ergeben die regionalen Punktwerte die **↑**regionalen Euro-Gebührenordnungen.

#### **Selektivvertrag:**

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

#### **Überschuss:**

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

#### **Versichertenzahlen:**

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

**Wohnortprinzip:**

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

**Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi):**

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

**Zi-Praxis-Panel:**

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

**Zugelassene Ärzte:**

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

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

<b>ANZVER:</b>	Meldungen der Versichertenzahlen durch den GKV-Spitzenverband
<b>BMV-Ä:</b>	Bundesmantelvertrag-Ärzte
<b>EBM:</b>	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
<b>EGV:</b>	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
<b>FA:</b>	Facharzt
<b>FKZ:</b>	Fremdkassenzahlungsausgleich
<b>GKV:</b>	Gesetzliche Krankenversicherung
<b>KBV:</b>	Kassenärztliche Bundesvereinigung
<b>KV:</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>MGV:</b>	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
<b>SGB V:</b>	Fünftes Sozialgesetzbuch
<b>SP:</b>	Schwerpunkt
<b>Zi:</b>	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
<b>ZiPP:</b>	Zi-Praxis-Panel

## LITERATUR/QUELLEN

[1] Zi-Praxis-Panel – Jahresbericht 2012; 3. Jahrgang,  
Berlin, Februar 2014.

[https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2012.pdf](https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2012.pdf)

[2] GKV Spitzenverband  
[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

[3] Bundesministerium für Gesundheit:  
Leistungskatalog der Krankenversicherung  
[http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/  
leistungen/leistungskatalog.html](http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html)





**KONTAKT**

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Tel.: (030) 4005 - 0  
[www.kbv.de](http://www.kbv.de)