



Kassenärztliche
Bundesvereinigung



HONORARBERICHT FÜR DAS ERSTE HALBJAHR 2011

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.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
1. Entwicklung des Honorarumsatzes und des Überschusses aus vertragsärztlicher Tätigkeit	2
1.1 Honorarumsatz	2
1.1.1 Honorarumsatz Alle Ärzte/Psychotherapeuten.....	2
1.1.2 Honorarumsatz Hausärztlicher Versorgungsbereich.....	4
1.1.3 Honorarumsatz Fachärztlicher Versorgungsbereich	10
1.2 Überschuss	58
1.3 Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss	60
2. Zusammenhang zwischen Honorarumsatz und Gesamtvergütung	62
2.1 Wie funktioniert die Honorierung im deutschen Gesundheitssystem?	62
2.2 Gesamtvergütung, Fremdkassenzahlungsausgleich und Honorarumsatz	63
2.3 Abweichungen	64
2.3.1 Überzahlungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.....	64
2.3.2 Unterschiedliche Definitionen des Umfangs vertragsärztlicher Leistungen	65
2.3.3 Auswirkungen bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen	65
2.3.4 Weitere KV-spezifische Gründe.....	66
3. Entwicklung der Gesamtvergütungen	67
4. Bereinigung der Gesamtvergütungen	71
4.1 Erläuterung	71
4.2 Entwicklung	72
5. Sonderthema: Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen	73
6. Zusammenfassung	80
Datengrundlagen	82
Glossar	83
Abkürzungsverzeichnis	91
Literatur/Quellen	92

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/nichtärztlich)	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 ..	67
Tabelle 31: Summe der budgetierten (MGV) und extrabudgetären (EGV) Gesamtvergütungen in Mio. Euro... 68	
Tabelle 32: Summe der budgetierten Gesamtvergütungen (MGV) je Versicherten in Euro	69
Tabelle 33: Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung.....	72
Tabelle 34: Nettoeinkommen alle Ärzte/Psychotherapeuten	75
Tabelle 35: Beispiel Nettoeinkommen Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	77
Tabelle 36: Beispiel Nettoeinkommen Orthopädie.....	78
Tabelle 37: Beispiel Nettoeinkommen Psychotherapeuten (ärztlich/nichtärztlich)	78

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/nichtärztlich)	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	70
Diagramm 31: Honoraranteile aus vertragsärztlicher, privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit 2008	74
Diagramm 32: Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen I	76
Diagramm 33: Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen II	79

VORWORT

Verschiedene Legenden ranken sich um das Einkommen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, unterschiedliche Zahlen machen die Runde. Dabei geht es bei Umsätzen, Gewinnen und anderen Berechnungsgrößen kunterbunt durcheinander. Transparenz lautet deshalb das Gebot der Stunde. Genau das wollen wir mit diesem ersten Honorarbericht erreichen: Anhand nachprüfbarer Zahlen und Fakten Klarheit schaffen und Vergleichbarkeit herstellen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erfüllt damit nicht zuletzt auch einen gesetzlichen Auftrag. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2012 verpflichtet die KBV gemäß Paragraf 87c SGB V zur Berichterstattung. Sie muss für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) einen Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Gesamtvergütungen, über die Bereinigungssummen und über den Honorarumsatz je Arzt und je Arztgruppe veröffentlichen. Um regionale Honorarunterschiede erklären zu können, informiert sie zusätzlich über Arztzahlen, Fallzahlen und Leistungsmengen. Hinsichtlich des verwendeten Materials stützt sich die KBV in diesem Honorarbericht auf die von den KVen übermittelten Daten im Rahmen der Abrechnungsstatistik.

Der vorliegende Bericht bildet die aktuellen Honorarentwicklungen des 1. Halbjahres 2011 im regionalen Vergleich ab. Die größten Honorarzuwächse gibt es für die Abrechnungsgruppen Nervenheilkunde und Neurologie. Ein Honorarverlust dagegen ist für die Fachärzte für Anästhesiologie, Gynäkologie, Orthopädie und Urologie zu vermelden. Die Honorarentwicklung der Fachärzte für Allgemeinmedizin und

hausärztlichen Internisten wird im Wesentlichen beeinflusst durch die Kündigung der Hausarzt-Selektivverträge im Bereich der KV Bayerns. Sie führte zu einer Rückführung der Honoraranteile in den Kollektivvertrag. Für einige KVen zeigt der Bericht, dass in den Jahren 2009 und 2010 Über- und Unterzahlungen der Ärzte in verschiedener Höhe stattgefunden haben. Diese wurden in den Jahren 2010 und 2011 ausgeglichen. Für diese KVen kommt es daher bei der überwiegenden Zahl der Abrechnungsgruppen zu Honorarverschiebungen in unterschiedlichem Umfang.

Ihrem gesetzlichen Auftrag zur Honorarberichterstattung wird die KBV in Zukunft regelmäßig nachkommen. Der vorliegende Bericht bildet den Auftakt und umfasst diesmal ausnahmsweise zwei Quartale. Danach geht es quartalsweise weiter. Inhaltlich geplant ist neben den genannten Inhaltspunkten jeweils ein Sonderbericht, der ein relevantes Thema rund ums Honorar detailliert behandelt. In der vorliegenden Ausgabe werden die Bestandteile des ärztlichen Honorars der Vertragsärzte und -psychotherapeuten genauer beleuchtet.

Neben der Druckfassung werden ergänzende Daten im Internet veröffentlicht.

Wir hoffen, mit dem neuen Honorarbericht eine ständig aktualisierte Informationsquelle zur Verfügung zu stellen, die für ihre Nutzer genauso informativ wie transparent ist.



Ihr Dr. Andreas Köhler

1. ENTWICKLUNG DES HONORARUMSATZES UND DES ÜBERSCHUSSES AUS VERTRAGSÄRZTLICHER TÄTIGKEIT

1.1 Honorarumsatz

Der hier berichtete Honorarumsatz enthält

- die an alle Ärzte und Psychotherapeuten ausbezahlten Honorare für die Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten. In diesen Summen sind auch die Einnahmen aus den Zuzahlungen der Patienten (z.B. Praxisgebühr, Zuzahlungen für physiotherapeutische Leistungen) berücksichtigt.
- keine Honoraranteile aus der selektivvertraglichen Vergütung. Eine Vergleichbarkeit zwischen den Jahren bzw. Quartalen, insbesondere für die 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 Arztgruppen. Auf der Homepage der KBV finden sich für diese und weitere Arztgruppen ergänzende Kennzahlen.

Es werden nur Praxen mit zugelassenen Ärzten abgebildet. Ermächtigte Ärzte und Institutionen sind nicht enthalten, da dies aufgrund der arztgruppenspezifischen und heterogenen Ermächtigungen zu einer verzerrten Darstellung der einzelnen Abrechnungsgruppen führen würde.

Die Abrechnungsgruppen-Zuordnung erfolgt nach einem einheitlichen Verfahren, das sich an den Abrechnungsbestimmungen des 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 Honorarberichten 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

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt ist im 1. Halbjahr 2011 um 2.948 Euro auf 102.004 Euro gestiegen. Dies bedeutet gegenüber dem 1. Halbjahr 2010 eine Steigerung von 3,0 Prozent. Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,39 Euro auf 59,00 Euro gestiegen (+2,4 Prozent).

Auffällig ist insbesondere der Honorarrückgang der KV Hamburg, der sich in allen Abrechnungsgruppen wiederfindet. Grund dafür sind Überzahlungen in den ersten Quartalen des Jahres 2010 und dem daraus resultierenden sukzessiven Ausgleich der Negativsalden und deshalb sinkenden Honoraren ab dem 4. Quartal 2010. Für die KVen Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Berlin und Sachsen-Anhalt ist der gegenteilige Effekt zu beobachten. Hier fanden die Überzahlungen bereits in den ersten Quartalen des Jahres 2009 statt und wurden in 2010 durch geringere Honorarumsätze ausgeglichen, so dass sich im 1. Halbjahr 2011 ein (leicht) überdurchschnittlicher Honorarzuwachs zeigt (vgl. Abschnitt 2.3.1). Weiterhin ist die Honorarsteigerung der KVen Schleswig-Holstein und Sachsen unter anderem durch nicht aufgelöste Rückstellungen bei der Bemessung der Regelleistungsvolumen des Jahres 2010 beeinflusst (vgl. Abschnitt 2.3.3).

Im Bereich der KV Bayerns resultiert das Honorarplus aus der Kündigung der Hausarzt-Selektivverträge durch die AOK Bayern und die Ersatzkassen zum 1. Januar 2011. Damit verbunden war die Rückführung der Honorarumsatzanteile in den Gesamtvertrag. Dies zeichnet sich nur für den hausärztlichen Versorgungsbereich ab (vgl. Kapitel 4.1).

Nur Praxen mit
zugelassenen
Ärzten

Abrechnungs-
gruppen-
Zuordnung nach
einheitlichem
Verfahren

Steigerung des
durchschnittlichen
Honorarumsatzes je
Arzt um 3,0 Prozent

Honorarsteigerung
der KV Bayerns
aufgrund der
Rückführung
selektivvertraglicher
Honoraranteile

Zusätzlich zu den bereits genannten Gründen trägt für die KVen Schleswig-Holstein, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Sachsen-Anhalt und Sachsen die asymmetrische Steigerung der Gesamtvergütung^[1] für das Jahr 2011 zum steigenden Honorarumsatz bei.

Ein Vergleich der veröffentlichten Honorarumsatzberichte einiger KVen zeigt zum Teil Unterschiede zu

den der KBV aus der Abrechnungsstatistik vorliegenden Honorarumsätzen. Dies gilt nicht nur für den Honorarumsatz aller Ärzte/Psychotherapeuten, sondern auch für einzelne Haus- und Facharztgruppen. Die Honorarberichte weisen dabei teilweise sowohl höhere als auch geringere Honorarumsätze aus.

Asymmetrische Steigerung der Gesamtvergütung sowie Über- und Unterzahlungen aus den Jahren 2009 und 2010 führen zu regional ungleichmäßigen Veränderungsraten.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	93.389	98.563	5.173	5,5 %	54,32	55,82	1,50	2,8 %
Hamburg	108.247	96.432	-11.816	-10,9 %	66,97	60,26	-6,70	-10,0 %
Bremen	106.172	107.874	1.702	1,6 %	57,82	58,70	0,88	1,5 %
Niedersachsen	110.415	112.851	2.437	2,2 %	58,21	58,97	0,76	1,3 %
Westfalen-Lippe	106.516	109.294	2.778	2,6 %	54,77	56,61	1,84	3,4 %
Nordrhein	90.953	94.681	3.729	4,1 %	55,59	58,12	2,53	4,6 %
Hessen	94.395	93.177	-1.218	-1,3 %	57,89	57,38	-0,51	-0,9 %
Rheinland-Pfalz	97.441	103.033	5.592	5,7 %	55,70	59,14	3,43	6,2 %
Baden-Württemberg	97.120	98.911	1.791	1,8 %	59,72	62,44	2,72	4,5 %
Bayerns	92.952	99.968	7.015	7,5 %	64,62	65,10	0,47	0,7 %
Berlin	77.371	80.025	2.653	3,4 %	56,90	58,95	2,05	3,6 %
Saarland	104.343	104.040	-303	-0,3 %	63,22	63,91	0,68	1,1 %
Mecklenburg-Vorp.	120.987	121.180	193	0,2 %	57,10	56,78	-0,32	-0,6 %
Brandenburg	106.942	107.637	695	0,6 %	51,51	52,30	0,79	1,5 %
Sachsen-Anhalt	109.626	114.129	4.503	4,1 %	52,16	54,56	2,40	4,6 %
Thüringen	110.767	112.434	1.668	1,5 %	50,90	51,61	0,71	1,4 %
Sachsen	109.849	115.408	5.559	5,1 %	52,94	55,82	2,88	5,4 %
Bund	99.057	102.004	2.948	3,0 %	57,61	59,00	1,39	2,4 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

1.1.2 Honorarumsatz Hausärztlicher Versorgungsbereich

Im 1. Halbjahr 2011 gab es im hausärztlichen Versorgungsbereich einen Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt um 7.060 Euro auf 98.673 Euro (+7,7 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,43 Euro auf 58,02 Euro gestiegen (+4,4 Prozent).

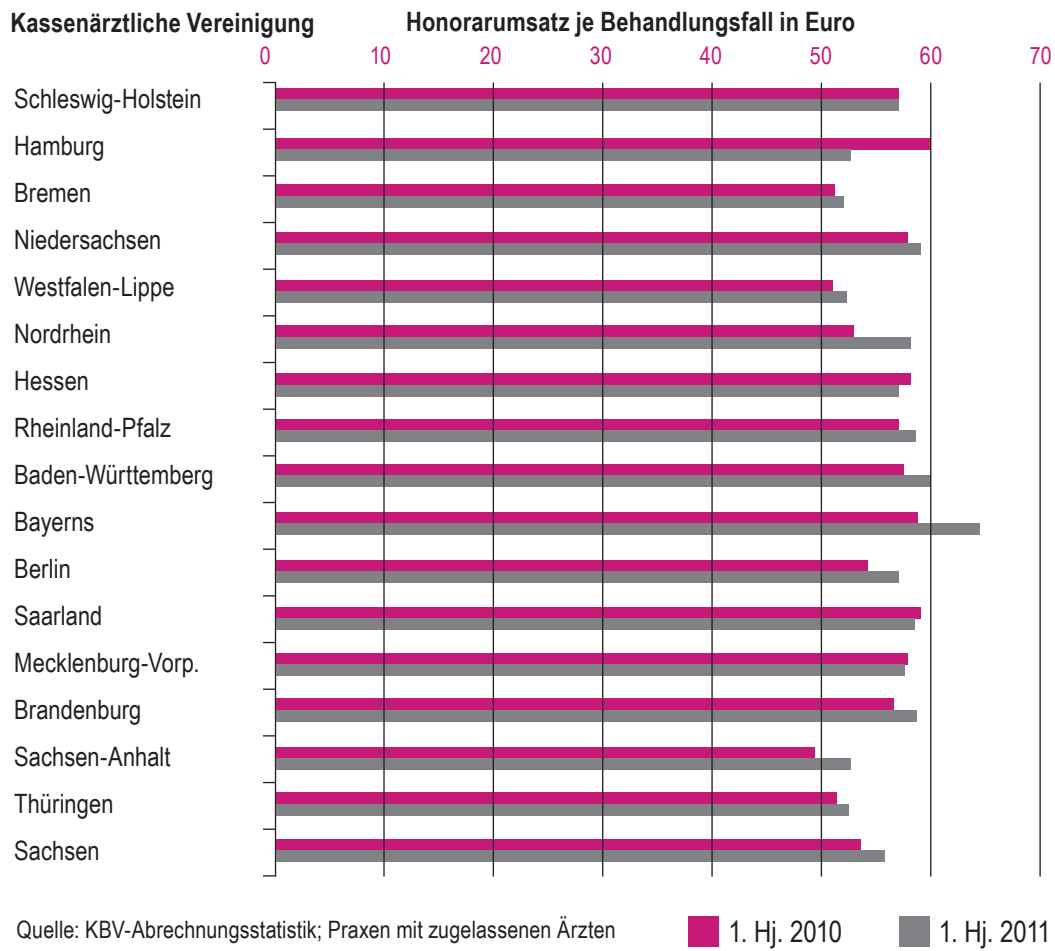
Für die KVen Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Bayerns, Berlin, Sachsen-Anhalt und Sachsen gelten im hausärztlichen Versorgungsbereich für die Honorarveränderungen die in Abschnitt 1.1.1 beschriebenen möglichen Gründe.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	88.042	90.446	2.404	2,7 %	55,85	55,81	-0,04	-0,1 %
Hamburg	91.380	80.458	-10.923	-12,0 %	59,94	51,77	-8,17	-13,6 %
Bremen	89.809	93.132	3.323	3,7 %	50,59	51,44	0,85	1,7 %
Niedersachsen	106.082	110.465	4.383	4,1 %	57,68	59,22	1,54	2,7 %
Westfalen-Lippe	97.133	101.961	4.827	5,0 %	50,60	52,02	1,42	2,8 %
Nordrhein	88.300	99.113	10.813	12,2 %	52,81	58,28	5,47	10,4 %
Hessen	101.661	100.812	-849	-0,8 %	58,17	56,77	-1,40	-2,4 %
Rheinland-Pfalz	92.776	97.523	4.747	5,1 %	56,29	58,45	2,17	3,8 %
Baden-Württemberg	83.213	83.405	192	0,2 %	57,17	60,03	2,86	5,0 %
Bayerns	74.208	96.361	22.153	29,9 %	59,08	64,20	5,12	8,7 %
Berlin	81.639	88.228	6.589	8,1 %	55,30	58,20	2,90	5,2 %
Saarland	102.455	100.978	-1.478	-1,4 %	59,39	58,99	-0,39	-0,7 %
Mecklenburg-Vorp.	108.308	110.547	2.239	2,1 %	57,83	57,57	-0,27	-0,5 %
Brandenburg	108.664	114.082	5.418	5,0 %	56,87	59,07	2,20	3,9 %
Sachsen-Anhalt	104.746	112.257	7.511	7,2 %	49,82	53,19	3,37	6,8 %
Thüringen	108.074	112.950	4.875	4,5 %	51,96	53,15	1,19	2,3 %
Sachsen	101.758	110.054	8.296	8,2 %	54,06	57,48	3,41	6,3 %
Bund	91.612	98.673	7.060	7,7 %	55,59	58,02	2,43	4,4 %

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 1: Hausärztlicher Versorgungsbereich
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.2.1 Honorarumsatz Allgemeinmediziner/
hausärztliche Internisten

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Allgemeinmedizin und hausärztlichen Internisten ist im 1. Halbjahr 2011 um 7.169 Euro auf 96.283 Euro gestiegen (+8,0 Prozent). Im gleichen Zeitraum nahm der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,41 Euro auf 57,25 Euro zu (+4,4 Prozent).

Für die Honorarveränderungen der KVen Hamburg, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Bayerns, Berlin, Sachsen-Anhalt und Sachsen vergleiche Abschnitt 1.1.1.

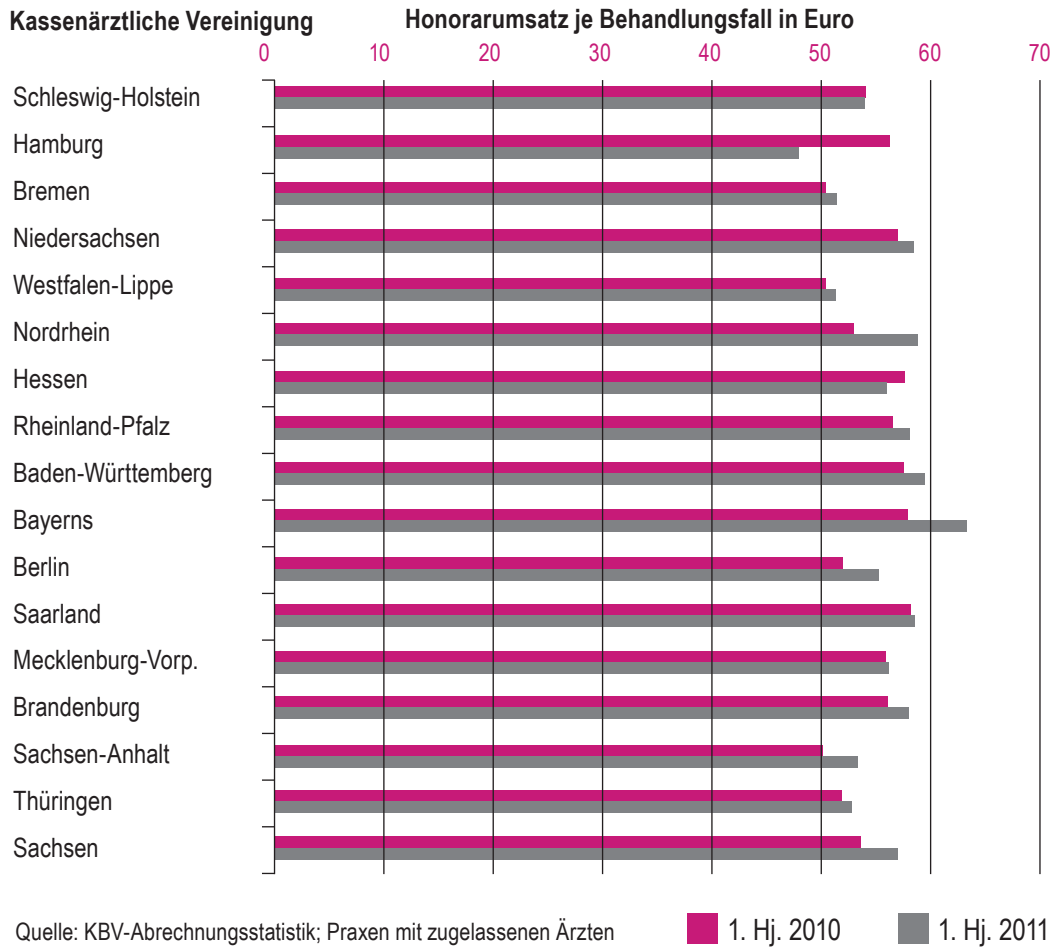
Honorarsteigerung
der KV Bayerns
aufgrund der
Rückführung
selektivvertraglicher
Honoraranteile

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	84.731	86.469	1.738	2,1 %	54,29	54,01	-0,27	-0,5 %
Hamburg	84.206	73.941	-10.264	-12,2 %	56,10	47,98	-8,13	-14,5 %
Bremen	88.203	92.334	4.131	4,7 %	50,34	51,43	1,09	2,2 %
Niedersachsen	104.580	108.759	4.179	4,0 %	56,83	58,33	1,50	2,6 %
Westfalen-Lippe	94.585	98.673	4.088	4,3 %	50,25	51,35	1,11	2,2 %
Nordrhein	85.972	97.193	11.221	13,1 %	52,76	58,63	5,87	11,1 %
Hessen	100.136	98.934	-1.203	-1,2 %	57,61	55,98	-1,63	-2,8 %
Rheinland-Pfalz	92.438	96.906	4.468	4,8 %	56,26	58,10	1,84	3,3 %
Baden-Württemberg	80.102	78.821	-1.281	-1,6 %	57,16	59,34	2,18	3,8 %
Bayerns	69.759	94.071	24.313	34,9 %	57,79	63,34	5,55	9,6 %
Berlin	76.589	83.251	6.663	8,7 %	52,14	55,10	2,96	5,7 %
Saarland	97.439	97.287	-152	-0,2 %	58,10	58,14	0,04	0,1 %
Mecklenburg-Vorp.	107.150	109.292	2.142	2,0 %	55,98	56,03	0,04	0,1 %
Brandenburg	107.581	112.737	5.155	4,8 %	55,81	58,01	2,19	3,9 %
Sachsen-Anhalt	106.075	113.156	7.082	6,7 %	50,04	53,42	3,38	6,8 %
Thüringen	107.896	112.462	4.566	4,2 %	51,77	52,70	0,94	1,8 %
Sachsen	101.539	109.706	8.167	8,0 %	53,56	57,16	3,60	6,7 %
Bund	89.114	96.283	7.169	8,0 %	54,84	57,25	2,41	4,4 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

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



1.1.2.2 Honorarumsatz Kinder- und Jugendmedizin

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin ist im 1. Halbjahr 2011 der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt um 6.867 Euro auf 106.684 Euro gestiegen (+6,9 Prozent). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 2,87 Euro auf 53,61 Euro (+5,7 Prozent).

Dabei lässt sich (fast) durchgehend ein deutliches Honorarplus in den KVen beobachten. Dieses resul-

tiert zu einem Teil aus der nachträglichen Anpassung des Vergütungsvolumens zum 1. Juli 2010 aufgrund einer veränderten Honorierung der Entwicklungsdiagnostik.

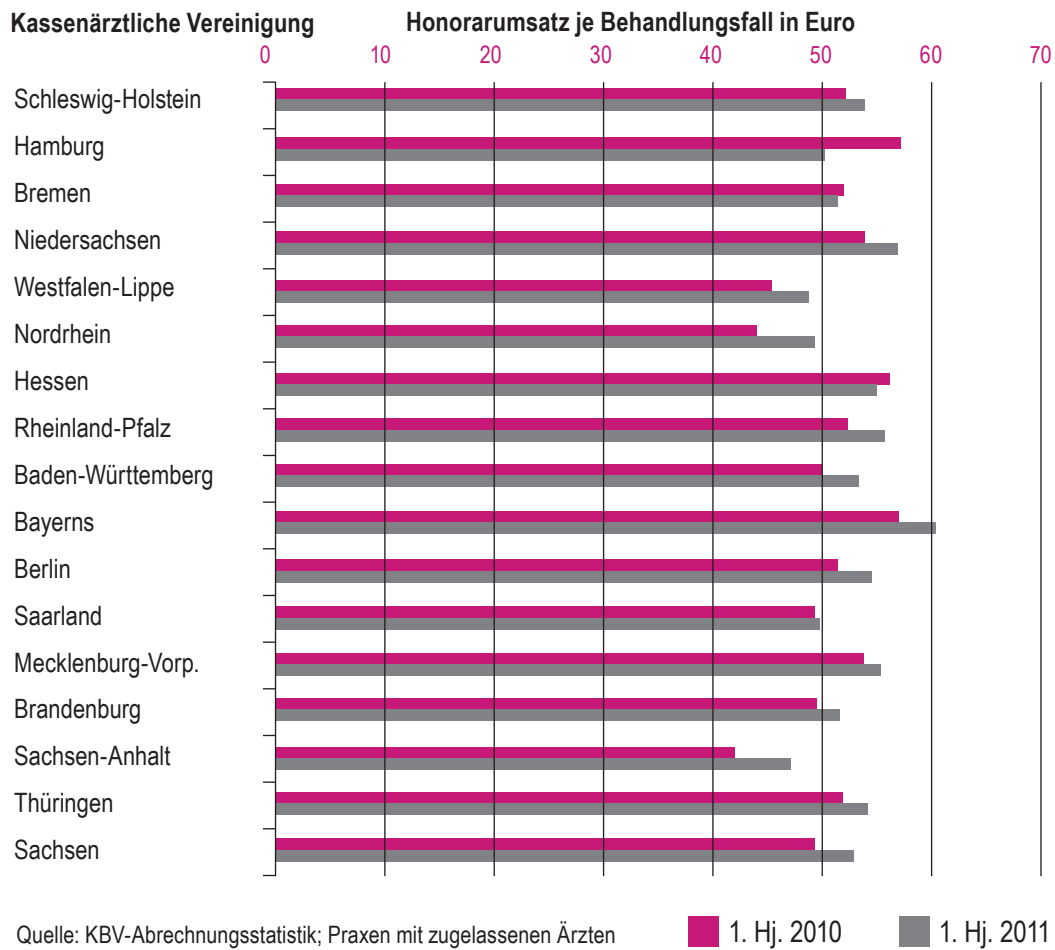
Für die über- bzw. unterdurchschnittlichen Honorarveränderungen der KVen Hamburg, Westfalen-Lippe, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Berlin, Sachsen-Anhalt und Sachsen gelten die möglichen Gründe aus Abschnitt 1.1.1.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	94.525	101.033	6.507	6,9 %	52,24	54,01	1,77	3,4 %
Hamburg	122.433	104.421	-18.012	-14,7 %	57,27	50,18	-7,09	-12,4 %
Bremen	100.897	98.703	-2.194	-2,2 %	52,09	51,62	-0,47	-0,9 %
Niedersachsen	109.904	116.351	6.447	5,9 %	53,99	56,61	2,62	4,9 %
Westfalen-Lippe	106.530	116.238	9.708	9,1 %	45,51	48,98	3,47	7,6 %
Nordrhein	94.876	108.101	13.225	13,9 %	43,97	49,54	5,57	12,7 %
Hessen	110.778	109.948	-830	-0,7 %	55,95	55,19	-0,76	-1,4 %
Rheinland-Pfalz	94.520	100.350	5.830	6,2 %	52,37	55,70	3,33	6,4 %
Baden-Württemberg	98.084	104.355	6.270	6,4 %	50,10	53,55	3,45	6,9 %
Bayerns	99.112	104.134	5.022	5,1 %	57,14	60,25	3,11	5,4 %
Berlin	90.174	98.467	8.293	9,2 %	51,61	54,71	3,10	6,0 %
Saarland	98.437	100.152	1.715	1,7 %	49,39	49,91	0,51	1,0 %
Mecklenburg-Vorp.	93.680	101.168	7.488	8,0 %	53,85	55,52	1,67	3,1 %
Brandenburg	93.055	102.283	9.228	9,9 %	49,48	51,78	2,30	4,6 %
Sachsen-Anhalt	86.840	99.720	12.880	14,8 %	42,26	47,20	4,94	11,7 %
Thüringen	108.519	115.300	6.782	6,2 %	52,21	54,24	2,04	3,9 %
Sachsen	90.481	102.441	11.960	13,2 %	49,37	52,98	3,61	7,3 %
Bund	99.817	106.684	6.867	6,9 %	50,74	53,61	2,87	5,7 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

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



1.1.3 Honorarumsatz fachärztlicher Versorgungsbereich

Im fachärztlichen Versorgungsbereich ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im 1. Halbjahr 2011 um 669 Euro auf 100.290 Euro gesunken (-0,7 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,81 Euro auf 63,75 Euro gestiegen (+2,9 Prozent). Dies liegt hauptsächlich an der zunehmenden Zahl angestellter und der abnehmenden Zahl zugelassener Ärzte. Durchschnittlich steht damit jedem Arzt weniger Honorarvolumen zur Verfügung.

Besonders auffällig sind hier die Unterschiede zwischen den KVen. Während die KV Berlin im 1. Halbjahr 2011 mit einem durchschnittlichen Honorarumsatz je Facharzt i.H.v. 74.101 Euro das Schlusslicht bildet, kann die KV Mecklenburg-Vorpommern einen durchschnittlichen Honorarumsatz je Facharzt i.H.v. 125.784 Euro ausweisen. Im Gegensatz dazu ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall in Berlin um 4,68 Euro höher als in Mecklenburg-Vorpommern. Dies hat zwei wesentliche

Große regionale Unterschiede

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

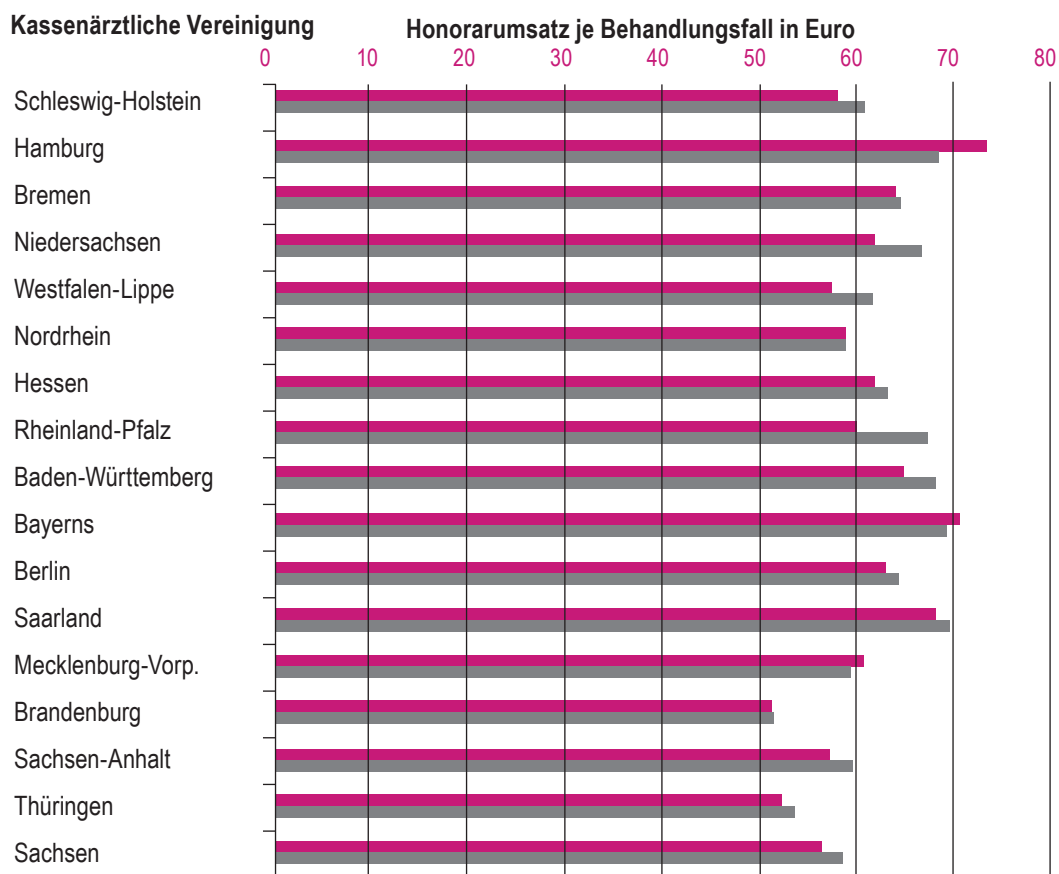
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	96.311	100.047	3.736	3,9 %	58,10	61,06	2,96	5,1 %
Hamburg	105.369	93.730	-11.639	-11,0 %	73,39	68,58	-4,82	-6,6 %
Bremen	110.338	110.779	440	0,4 %	64,12	64,71	0,59	0,9 %
Niedersachsen	109.903	108.010	-1.893	-1,7 %	61,92	66,77	4,85	7,8 %
Westfalen-Lippe	110.012	110.693	681	0,6 %	57,47	61,74	4,27	7,4 %
Nordrhein	89.944	88.292	-1.652	-1,8 %	58,98	58,95	-0,03	0,0 %
Hessen	87.388	85.117	-2.271	-2,6 %	61,98	63,43	1,45	2,3 %
Rheinland-Pfalz	96.377	101.854	5.477	5,7 %	59,90	67,23	7,33	12,2 %
Baden-Württemberg	102.816	105.847	3.031	2,9 %	64,89	68,23	3,34	5,1 %
Bayerns	104.134	98.831	-5.303	-5,1 %	70,49	69,30	-1,19	-1,7 %
Berlin	73.333	74.101	768	1,0 %	63,09	64,33	1,24	2,0 %
Saarland	102.685	103.595	911	0,9 %	68,24	69,80	1,57	2,3 %
Mecklenburg-Vorp.	128.337	125.784	-2.553	-2,0 %	60,86	59,65	-1,22	-2,0 %
Brandenburg	106.381	104.774	-1.607	-1,5 %	51,39	51,70	0,31	0,6 %
Sachsen-Anhalt	113.622	116.288	2.666	2,3 %	57,31	59,84	2,54	4,4 %
Thüringen	115.261	114.186	-1.075	-0,9 %	52,43	53,79	1,36	2,6 %
Sachsen	111.164	115.642	4.479	4,0 %	56,51	58,69	2,18	3,9 %
Bund	100.959	100.290	-669	-0,7 %	61,95	63,75	1,81	2,9 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Gründe: In KVen mit einem überdurchschnittlichen Anteil an Psychotherapeuten wird der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt niedriger und der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall höher ausgewiesen. Für nähere Erläuterungen zum Honorarumsatz der ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten vergleiche Kapitel 1.1.3.21.

Zudem haben Ärzte in Ballungsräumen tendenziell durchschnittlich weniger Behandlungsfälle je Arzt. Auch im fachärztlichen Versorgungsbereich sind in den KVen Schleswig-Holstein, Hamburg, Rheinland-Pfalz und Sachsen die unter Abschnitt 1.1.1 beschriebenen Honorarentwicklungen erkennbar.

Diagramm 4: Fachärztlicher Versorgungsbereich
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

1.1.3.1 Honorarumsatz Anästhesiologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Anästhesiologie ist sowohl der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (-4,1 Prozent) als auch der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (-3,0 Prozent) im 1. Halbjahr 2011 in fast allen KVen deutlich gesunken.

Neben den in Abschnitt 1.1.1 genannten Gründen für die Veränderungen der KVen Hamburg und Sachsen-Anhalt sind überdurchschnittliche Honorarrück-

gänge in Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz, Bayerns und Brandenburg zu berichten. Die KVen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen können sogar eine Honorarsteigerung je Arzt aufweisen. Da die Abrechnungsgruppe der Anästhesisten in diesen drei KVen eher klein ist, kommt es durch veränderte Praxiszusammensetzungen und/oder die Neuzulassung von Ärzten zu deutlichen Schwankungen des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt.

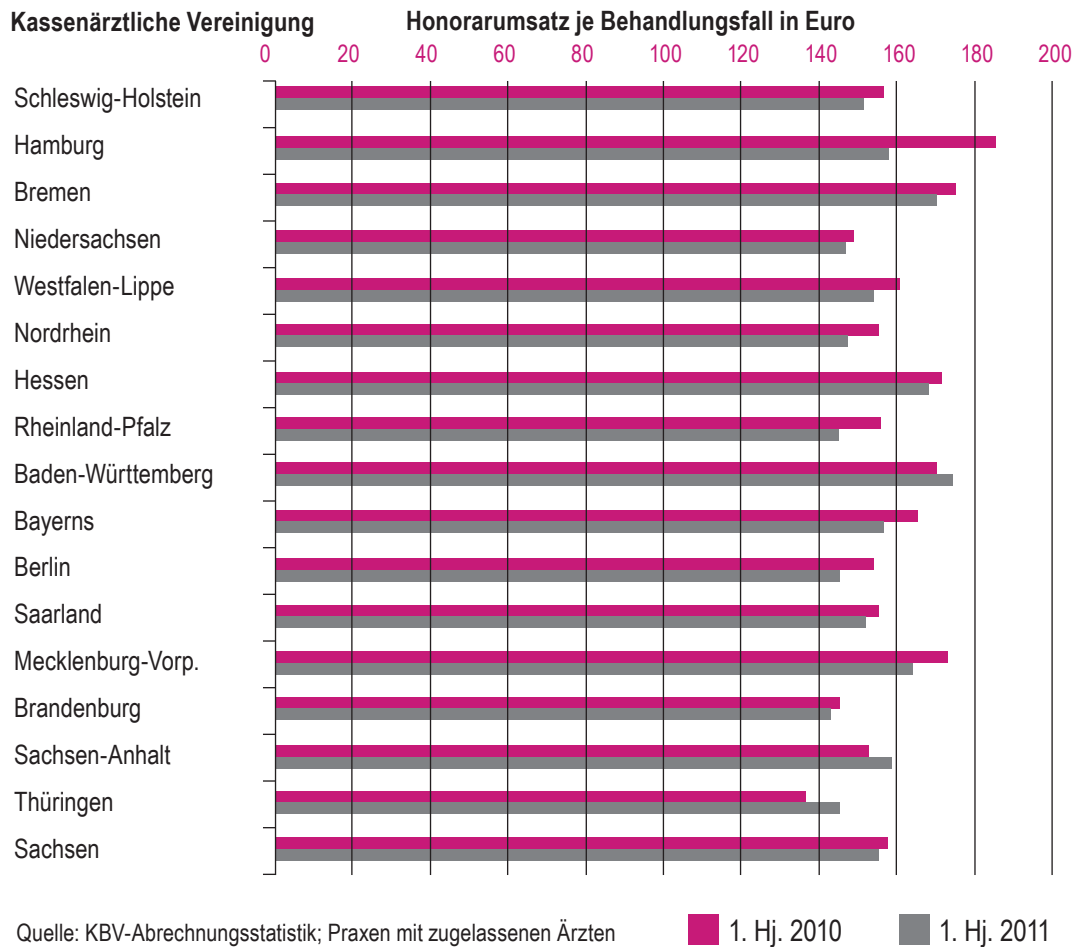
Honorarumsatz in fast allen KVen rückläufig

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

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	77.515	75.452	-2.062	-2,7 %	156,95	151,73	-5,22	-3,3 %
Hamburg	100.707	84.982	-15.725	-15,6 %	186,00	158,08	-27,92	-15,0 %
Bremen	96.826	91.387	-5.439	-5,6 %	175,52	170,80	-4,72	-2,7 %
Niedersachsen	89.675	86.386	-3.289	-3,7 %	149,60	147,64	-1,96	-1,3 %
Westfalen-Lippe	93.814	85.342	-8.471	-9,0 %	161,04	154,83	-6,21	-3,9 %
Nordrhein	73.834	70.487	-3.348	-4,5 %	156,14	147,76	-8,38	-5,4 %
Hessen	86.537	84.421	-2.116	-2,4 %	172,44	168,64	-3,80	-2,2 %
Rheinland-Pfalz	74.361	67.717	-6.644	-8,9 %	156,17	145,53	-10,64	-6,8 %
Baden-Württemberg	86.260	85.406	-854	-1,0 %	170,65	174,83	4,19	2,5 %
Bayerns	81.849	74.558	-7.290	-8,9 %	165,88	157,17	-8,72	-5,3 %
Berlin	74.145	70.157	-3.988	-5,4 %	154,40	145,74	-8,66	-5,6 %
Saarland	78.720	77.588	-1.132	-1,4 %	155,70	152,04	-3,66	-2,4 %
Mecklenburg-Vorp.	125.492	136.485	10.994	8,8 %	173,52	164,42	-9,10	-5,2 %
Brandenburg	105.381	97.151	-8.230	-7,8 %	145,59	143,10	-2,49	-1,7 %
Sachsen-Anhalt	78.452	83.443	4.990	6,4 %	153,23	158,87	5,64	3,7 %
Thüringen	78.657	83.546	4.890	6,2 %	137,01	145,47	8,46	6,2 %
Sachsen	90.410	87.795	-2.615	-2,9 %	158,02	156,01	-2,01	-1,3 %
Bund	84.896	81.390	-3.506	-4,1 %	161,35	156,44	-4,92	-3,0 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 5: Abrechnungsgruppe Anästhesiologie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.2 Honorarumsatz Augenheilkunde

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt der Fachärzte für Augenheilkunde ist im 1. Halbjahr 2011 um 2.137 Euro auf 120.576 Euro gestiegen (+1,8 Prozent). Im gleichen Zeitraum gab es einen Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 1,26 Euro auf 43,51 Euro (+3,0 Prozent).

Die Unterschiede im Honorarumsatz je Behandlungsfall sind in der Abrechnungsgruppe der Augenärzte zwischen den KVen besonders auffällig. Ein Grund hierfür sind die in fast allen Regionen geschlossenen regionalen Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen zur Vergütung von augenärztlichen Operationsleistungen. Dabei wer-

Große Unterschiede zwischen den KVen durch regionale Verträge

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

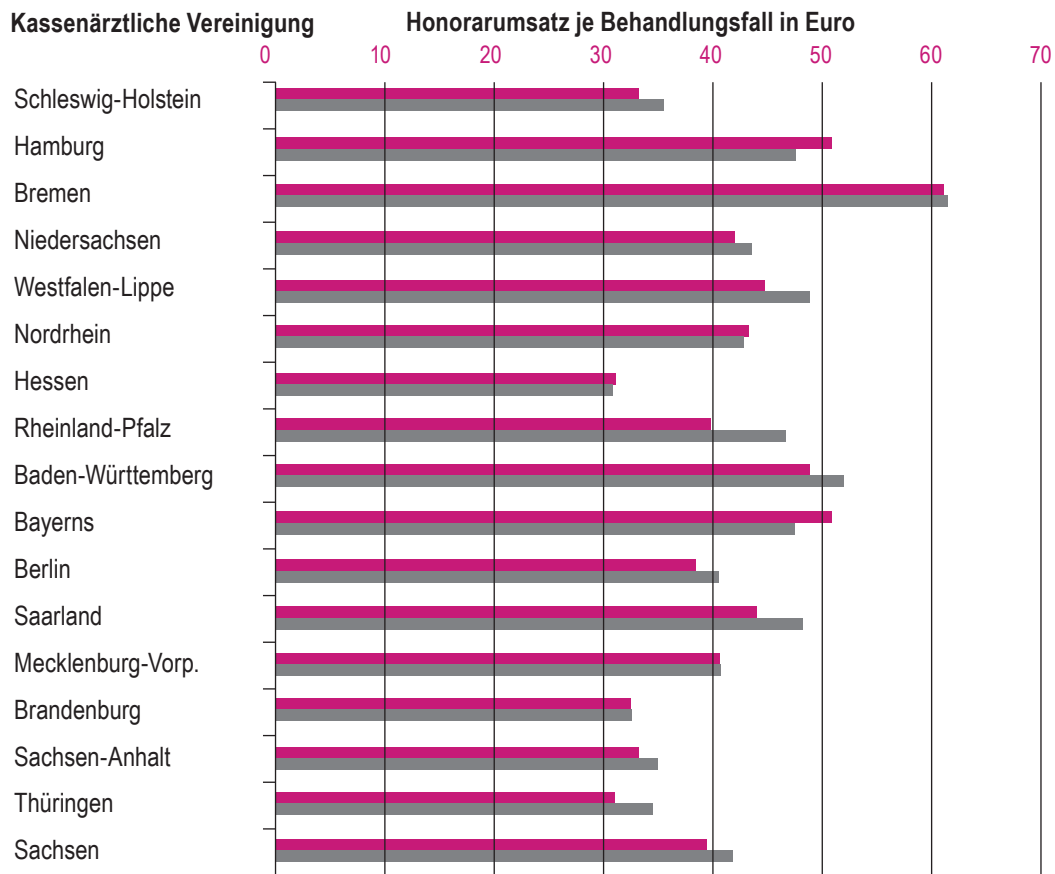
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	88.263	93.155	4.892	5,5 %	33,24	35,22	1,98	6,0 %
Hamburg	125.962	118.413	-7.549	-6,0 %	50,52	47,47	-3,05	-6,0 %
Bremen	182.806	189.043	6.237	3,4 %	60,60	60,82	0,23	0,4 %
Niedersachsen	123.681	124.595	914	0,7 %	41,59	43,28	1,69	4,1 %
Westfalen-Lippe	135.476	146.955	11.480	8,5 %	44,28	48,46	4,17	9,4 %
Nordrhein	105.761	103.361	-2.400	-2,3 %	42,83	42,57	-0,26	-0,6 %
Hessen	85.687	84.559	-1.128	-1,3 %	31,00	30,82	-0,18	-0,6 %
Rheinland-Pfalz	113.506	126.348	12.841	11,3 %	39,89	46,27	6,38	16,0 %
Baden-Württemberg	131.501	135.845	4.343	3,3 %	48,51	51,48	2,97	6,1 %
Bayerns	132.528	122.048	-10.480	-7,9 %	50,28	47,13	-3,15	-6,3 %
Berlin	90.119	96.244	6.125	6,8 %	38,10	40,29	2,18	5,7 %
Saarland	118.580	129.091	10.511	8,9 %	43,64	47,81	4,17	9,6 %
Mecklenburg-Vorp.	119.708	120.392	684	0,6 %	40,18	40,35	0,16	0,4 %
Brandenburg	102.503	97.361	-5.143	-5,0 %	32,13	32,28	0,16	0,5 %
Sachsen-Anhalt	98.966	102.419	3.453	3,5 %	33,04	34,67	1,62	4,9 %
Thüringen	97.894	108.099	10.205	10,4 %	30,97	34,20	3,22	10,4 %
Sachsen	131.138	137.800	6.662	5,1 %	39,29	41,66	2,37	6,0 %
Bund	118.439	120.576	2.137	1,8 %	42,25	43,51	1,26	3,0 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

den insbesondere die anfallenden Sachkosten in unterschiedlicher Höhe über das Honorar vergütet. Zudem gibt es in einigen KVen neben den regionalen Verträgen für Kataraktoperationen auch Vereinbarungen zur intravitrealen Injektion und zur Behandlung der feuchten altersbedingten Makuladegeneration.

Für die Abrechnungsgruppe der Augenärzte gelten die in Abschnitt 1.1.1 aufgeführten möglichen Gründe der Honorarveränderung für die KVen Schleswig-Holstein, Hamburg, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Berlin analog.

Diagramm 6: Abrechnungsgruppe Augenheilkunde
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

1.1.3.3 Honorarumsatz Innere Medizin

Aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung der Fachärzte für Innere Medizin zu den Schwerpunkten sind Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppen kaum möglich. Zudem ist zu beachten, dass die einzelnen Schwerpunkte in einigen KVen sehr klein sind (oft weniger als zehn Ärzte), so dass eine veränderte Zusammensetzung der Ärzte einer Praxis oder die Neuzulassung eines Arztes starke Auswirkungen auf den durchschnittlichen Honorarumsatz

je Arzt haben können. Zusätzlich führen auch Veränderungen des Abrechnungsverhaltens der Ärzte zu Verschiebungen zwischen den verschiedenen Schwerpunktgruppen, so dass vor allem in den sehr kleinen Schwerpunkten (insbesondere Angiologie, Endokrinologie und Rheumatologie) und/oder in den kleinen KVen bei der Interpretation der Ergebnisse stets die Arztzahl zusätzlich berücksichtigt werden muss.

Honorarumsätze schwanken aufgrund der zum Teil sehr geringen Anzahl der Ärzte stark

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

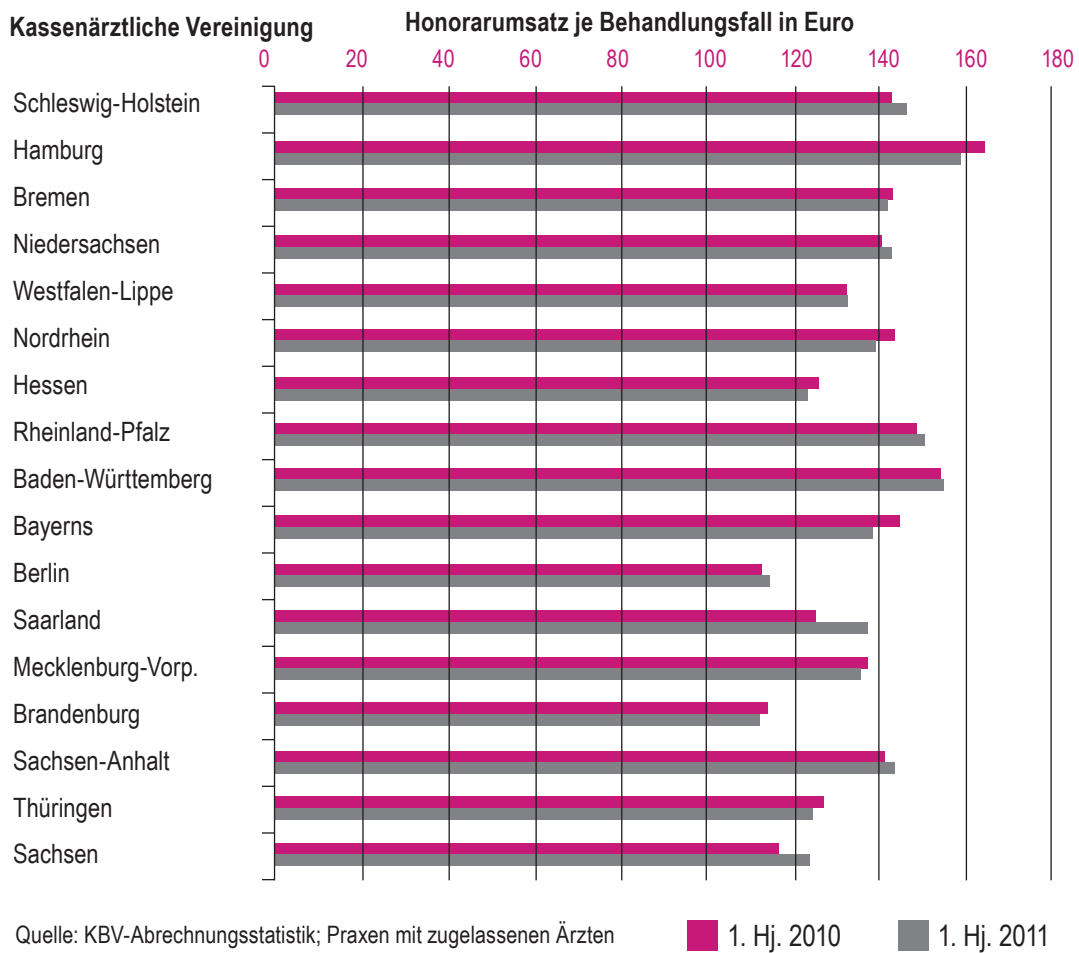
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	198.506	204.482	5975	3,0 %	142,60	145,56	2,96	2,1 %
Hamburg	229.199	224.780	-4.419	-1,9 %	164,48	158,68	-5,80	-3,5 %
Bremen	221.751	217.958	-3.793	-1,7 %	142,71	141,87	-0,83	-0,6 %
Niedersachsen	236.177	232.766	-3.410	-1,4 %	140,38	142,74	2,37	1,7 %
Westfalen-Lippe	220.868	220.813	-55	0,0 %	132,39	132,81	0,41	0,3 %
Nordrhein	195.282	192.259	-3.023	-1,5 %	143,35	139,28	-4,07	-2,8 %
Hessen	184.970	182.890	-2.079	-1,1 %	125,34	123,61	-1,73	-1,4 %
Rheinland-Pfalz	202.557	197.610	-4.947	-2,4 %	148,74	150,71	1,97	1,3 %
Baden-Württemberg	217.130	219.790	2.660	1,2 %	153,94	154,76	0,82	0,5 %
Bayerns	198.357	190.706	-7.651	-3,9 %	144,53	138,13	-6,40	-4,4 %
Berlin	182.828	181.629	-1.200	-0,7 %	112,71	114,62	1,91	1,7 %
Saarland	208.309	221.903	13.594	6,5 %	125,60	136,86	11,26	9,0 %
Mecklenburg-Vorp.	239.450	240.515	1.066	0,4 %	137,05	135,58	-1,46	-1,1 %
Brandenburg	211.324	205.037	-6.287	-3,0 %	113,99	111,97	-2,02	-1,8 %
Sachsen-Anhalt	247.849	255.041	7.192	2,9 %	141,43	143,44	2,02	1,4 %
Thüringen	257.986	259.530	1.544	0,6 %	126,77	124,32	-2,46	-1,9 %
Sachsen	222.267	240.570	18.303	8,2 %	116,59	124,42	7,83	6,7 %
Bund	212.815	212.495	-320	-0,2 %	137,73	137,34	-0,39	-0,3 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Im 1. Halbjahr 2011 ist sowohl der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (-0,2 Prozent) als auch der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (-0,3 Prozent) der Fachärzte für Innere Medizin leicht gesunken.

Für die KVen Schleswig-Holstein und Sachsen sind die möglichen Gründe für die Honorarsteigerung in Abschnitt 1.1.1 aufgeführt. Zusätzlich zeigt auch die KV Saarland eine deutliche Honorarsteigerung.

Diagramm 7: Abrechnungsgruppe Innere Medizin
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.4 Honorarumsatz Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt ist im 1. Halbjahr 2011 um 4.318 Euro auf 132.013 Euro gestiegen (+3,4 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,42 Euro auf 74,66 Euro gewachsen (+1,9 Prozent). Auffällig sind die deutlichen Unterschiede in den Veränderungsraten. Beispielsweise ist in der KV Berlin der Honorarumsatz je Arzt um 31,8 Prozent gesunken und in der KV Schleswig-Holstein um 16,7 Pro-

zent gestiegen. Dies kann mit einem veränderten Abrechnungsverhalten der Ärzte begründet werden: Dadurch werden die Ärzte in den Berichtszeiträumen unterschiedlichen Abrechnungsgruppen zugeordnet. So gab es in der KV Berlin im 1. Halbjahr 2010 elf Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, im 1. Halbjahr 2011 hingegen nur noch acht Ärzte. Durch diese Veränderung der Zusammensetzung schwankt der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt sehr stark.

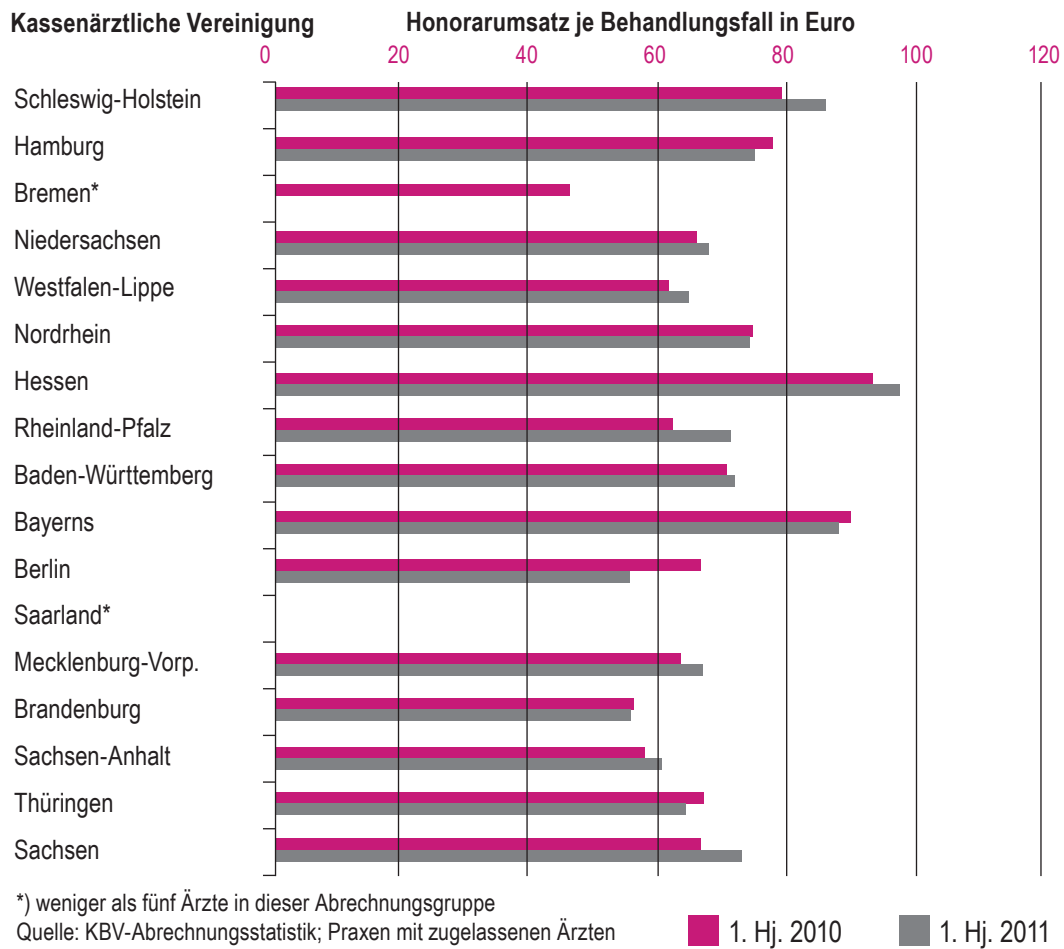
**Tabelle 9: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	95.982	112.016	16.035	16,7 %	79,32	86,05	6,73	8,5 %
Hamburg	137.063	121.743	-15.320	-11,2 %	77,86	74,88	-2,99	-3,8 %
Bremen	123.538	*)			46,86	*)		
Niedersachsen	134.285	141.754	7.469	5,6 %	66,30	68,00	1,71	2,6 %
Westfalen-Lippe	154.525	168.601	14.076	9,1 %	61,66	65,00	3,34	5,4 %
Nordrhein	85.042	91.815	6.773	8,0 %	74,88	74,49	-0,39	-0,5 %
Hessen	149.907	153.812	3.905	2,6 %	93,47	97,51	4,05	4,3 %
Rheinland-Pfalz	95.973	109.612	13.639	14,2 %	62,51	71,31	8,80	14,1 %
Baden-Württemberg	113.288	117.880	4.592	4,1 %	70,72	72,01	1,29	1,8 %
Bayerns	128.924	128.998	74	0,1 %	90,18	88,10	-2,08	-2,3 %
Berlin	104.364	71.144	-33.220	-31,8 %	66,53	55,74	-10,79	-16,2 %
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	133.053	128.425	-4.628	-3,5 %	63,84	67,09	3,24	5,1 %
Brandenburg	113.739	110.979	-2.761	-2,4 %	56,07	55,96	-0,11	-0,2 %
Sachsen-Anhalt	113.451	124.846	11.395	10,0 %	58,12	60,55	2,43	4,2 %
Thüringen	173.535	169.138	-4.398	-2,5 %	66,81	64,47	-2,34	-3,5 %
Sachsen	150.625	172.319	21.694	14,4 %	66,66	72,98	6,32	9,5 %
Bund	127.695	132.013	4.318	3,4 %	73,25	74,66	1,42	1,9 %

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

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



1.1.3.5 Honorarumsatz Innere Medizin, SP Angiologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie ist im 1. Halbjahr 2011 bei den KVen mit mehr als fünf Ärzten überwiegend gestiegen (insgesamt um 11.050 Euro

auf 127.356 Euro; +9,5 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist auch der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,06 Euro auf 65,17 Euro gestiegen (+6,6 Prozent).

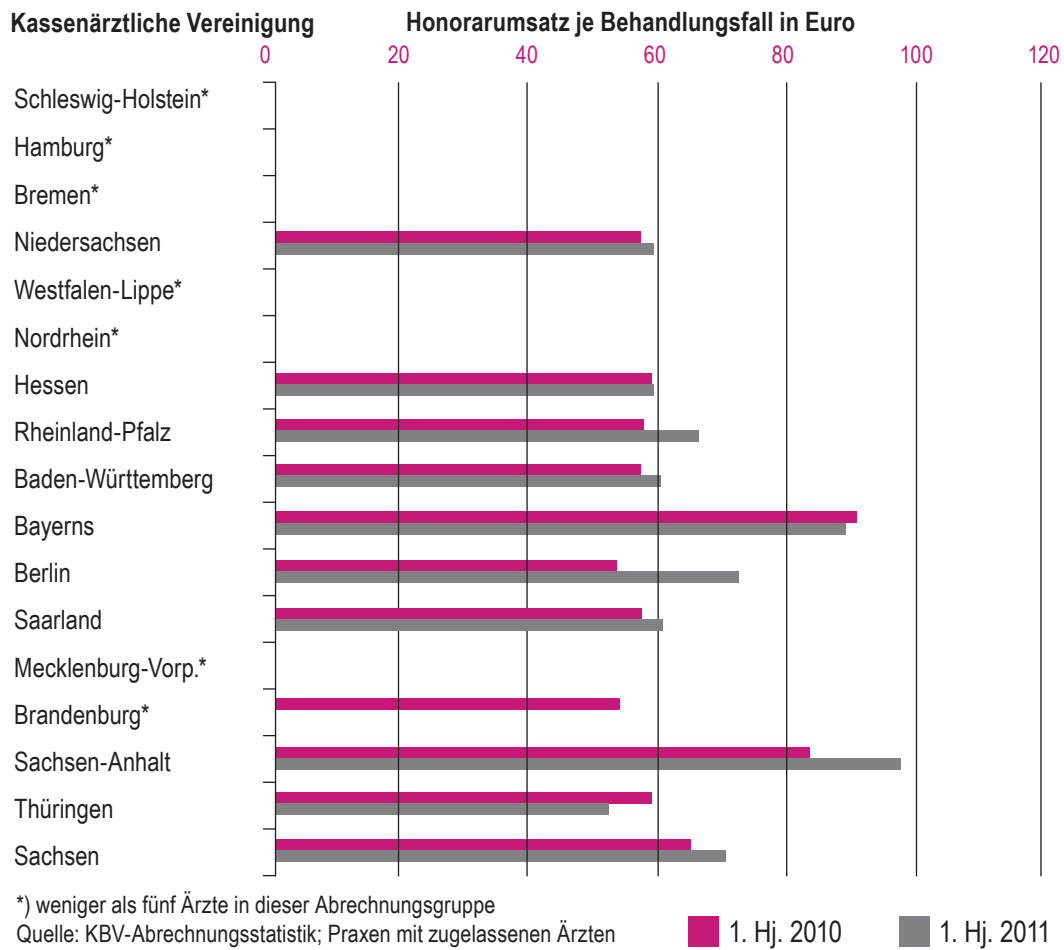
**Tabelle 10: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Angiologie
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	112.812	110.353	-2.459	-2,2 %	56,73	59,30	2,56	4,5 %
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	*)	*)			*)	*)		
Hessen	126.708	149.926	23.217	18,3 %	58,81	59,22	0,41	0,7 %
Rheinland-Pfalz	103.846	118.273	14.426	13,9 %	57,14	65,96	8,82	15,4 %
Baden-Württemberg	100.030	119.183	19.153	19,1 %	56,55	60,08	3,53	6,2 %
Bayerns	95.367	99.464	4.097	4,3 %	90,76	88,87	-1,89	-2,1 %
Berlin	95.382	126.113	30.730	32,2 %	52,91	72,31	19,40	36,7 %
Saarland	129.603	136.608	7.005	5,4 %	56,68	60,26	3,57	6,3 %
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	120.029	*)			53,38	*)		
Sachsen-Anhalt	188.065	230.274	42.210	22,4 %	83,23	97,54	14,32	17,2 %
Thüringen	117.117	110.607	-6.510	-5,6 %	58,31	51,81	-6,50	-11,1 %
Sachsen	130.418	139.187	8.769	6,7 %	64,38	70,06	5,68	8,8 %
Bund	116.306	127.356	11.050	9,5 %	61,11	65,17	4,06	6,6 %

*) 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, SP Endokrinologie

Das 1. Halbjahr 2011 ist durch einen Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Endokrinologie um 7.647 Euro auf 180.950 Euro gekennzeichnet

(+4,4 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 3,11 Euro auf 78,69 Euro gestiegen (+4,1 Prozent).

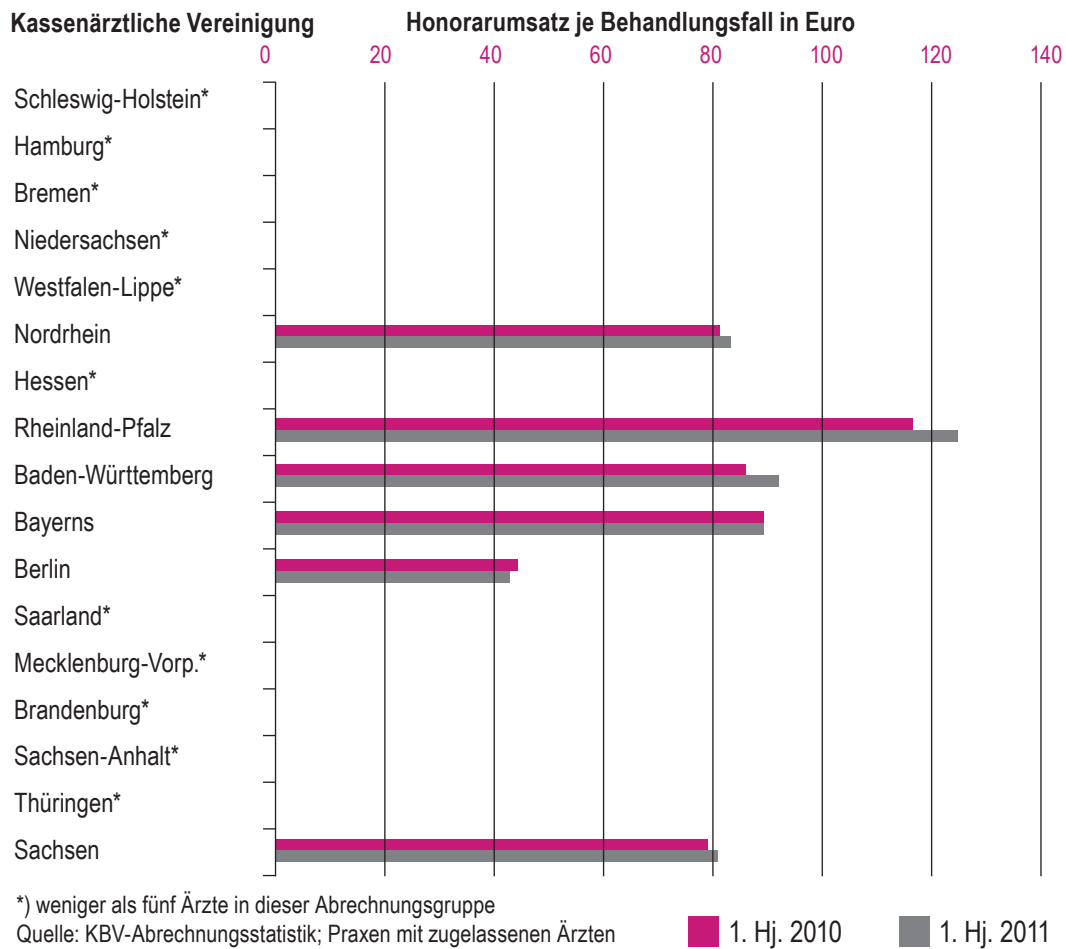
**Tabelle 11: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	*)	*)			*)	*)		
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	*)	*)			*)	*)		
Westfalen-Lippe	*)	*)			*)	*)		
Nordrhein	150.214	146.243	-3.971	-2,6 %	80,71	82,31	1,60	2,0 %
Hessen	*)	*)			*)	*)		
Rheinland-Pfalz	235.013	254.103	19.090	8,1 %	115,08	123,47	8,39	7,3 %
Baden-Württemberg	172.220	177.005	4.785	2,8 %	84,70	90,45	5,75	6,8 %
Bayerns	184.093	177.870	-6.223	-3,4 %	88,38	88,44	0,05	0,1 %
Berlin	133.443	132.433	-1.009	-0,8 %	43,85	42,62	-1,23	-2,8 %
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	*)	*)			*)	*)		
Brandenburg	*)	*)			*)	*)		
Sachsen-Anhalt	*)	*)			*)	*)		
Thüringen	*)	*)			*)	*)		
Sachsen	289.849	314.196	24.347	8,4 %	78,50	80,52	2,02	2,6 %
Bund	173.303	180.950	7.647	4,4 %	75,58	78,69	3,11	4,1 %

*) 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, SP Gastroenterologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie ist im 1. Halbjahr 2011 um 0,5 Prozent gesunken. Im gleichen Zeitraum ist ein Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 1,48 Euro auf 106,35 Euro zu verzeichnen (+1,4 Prozent).

Abrechnungsgruppe zurückzuführen. Hierbei finden aufgrund der Zuordnung über das tatsächliche Abrechnungsverhalten Verschiebungen zwischen den Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie statt.

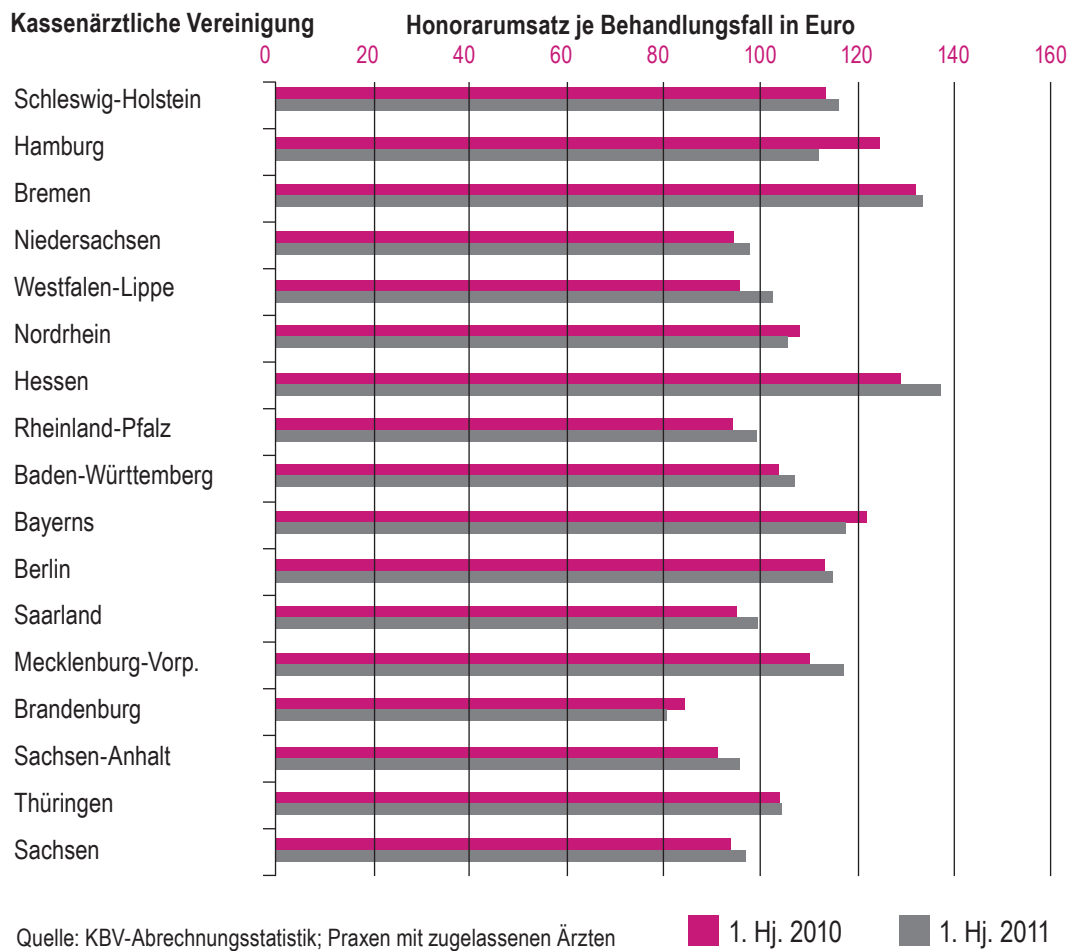
Die stark schwankenden Honorarveränderungen je Arzt sind auf eine veränderte Zusammensetzung der

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	176.592	187.794	11.202	6,3 %	114,04	116,34	2,30	2,0 %
Hamburg	187.588	158.425	-29.163	-15,5 %	125,14	112,08	-13,06	-10,4 %
Bremen	195.977	206.584	10.606	5,4 %	132,05	133,48	1,42	1,1 %
Niedersachsen	174.286	164.972	-9.315	-5,3 %	94,60	98,19	3,59	3,8 %
Westfalen-Lippe	169.921	188.389	18.468	10,9 %	95,47	102,62	7,16	7,5 %
Nordrhein	159.542	155.918	-3.624	-2,3 %	107,98	105,73	-2,25	-2,1 %
Hessen	191.501	170.272	-21.229	-11,1 %	128,99	136,63	7,64	5,9 %
Rheinland-Pfalz	152.958	132.202	-20.756	-13,6 %	94,29	99,74	5,45	5,8 %
Baden-Württemberg	156.676	154.393	-2.282	-1,5 %	104,21	106,43	2,22	2,1 %
Bayerns	174.788	168.615	-6.174	-3,5 %	122,16	117,62	-4,54	-3,7 %
Berlin	191.073	198.036	6.963	3,6 %	113,52	115,05	1,53	1,3 %
Saarland	136.822	137.631	809	0,6 %	95,02	99,32	4,30	4,5 %
Mecklenburg-Vorp.	207.670	213.377	5.707	2,7 %	110,50	117,03	6,53	5,9 %
Brandenburg	172.830	167.898	-4.932	-2,9 %	84,68	80,95	-3,73	-4,4 %
Sachsen-Anhalt	175.077	183.369	8.291	4,7 %	91,57	95,34	3,77	4,1 %
Thüringen	182.095	179.280	-2.815	-1,5 %	104,53	104,67	0,13	0,1 %
Sachsen	187.251	183.143	-4.108	-2,2 %	94,16	96,78	2,63	2,8 %
Bund	171.184	170.265	-919	-0,5 %	104,87	106,35	1,48	1,4 %

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, SP Hämatologie/Onkologie

Bei den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie ist im 1. Halbjahr 2011 der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt um 3.408 Euro auf 193.252 Euro gesunken (-1,7 Pro-

zent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 0,61 Euro auf 172,43 Euro gesunken (-0,4 Prozent).

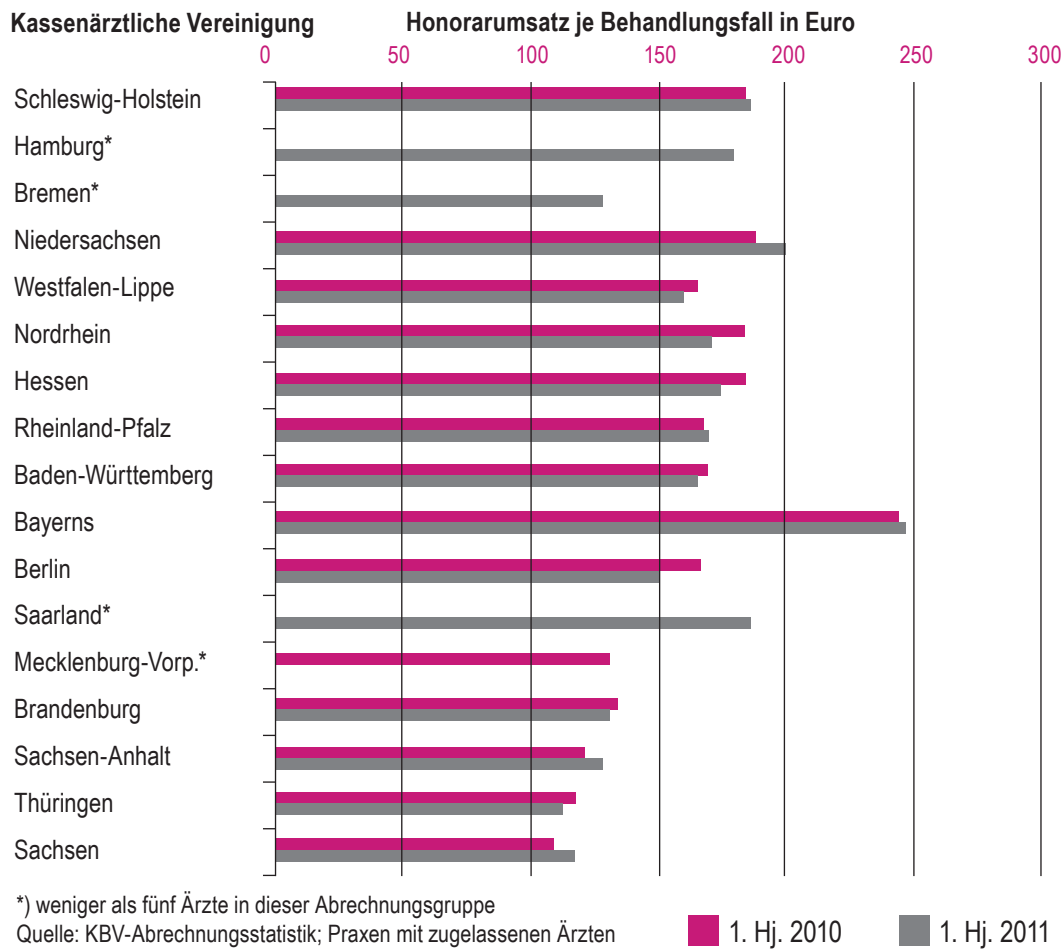
**Tabelle 13: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	178.625	162.885	-15.740	-8,8 %	184,62	186,43	1,81	1,0 %
Hamburg	*)	142.336			*)	179,97		
Bremen	*)	146.022			*)	128,63		
Niedersachsen	197.896	210.976	13.081	6,6 %	188,59	201,13	12,54	6,6 %
Westfalen-Lippe	175.525	173.187	-2.338	-1,3 %	165,80	159,72	-6,08	-3,7 %
Nordrhein	202.751	201.913	-837	-0,4 %	180,48	171,79	-8,69	-4,8 %
Hessen	203.231	186.295	-16.937	-8,3 %	184,78	175,01	-9,77	-5,3 %
Rheinland-Pfalz	159.665	163.913	4.248	2,7 %	168,36	169,94	1,58	0,9 %
Baden-Württemberg	184.654	188.919	4.265	2,3 %	169,19	166,15	-3,03	-1,8 %
Bayerns	263.810	271.348	7.538	2,9 %	244,93	247,67	2,75	1,1 %
Berlin	241.947	125.929	-116.017	-48,0 %	167,10	150,84	-16,27	-9,7 %
Saarland	*)	162.957			*)	186,22		
Mecklenburg-Vorp.	188.105	*)			131,73	*)		
Brandenburg	133.528	118.896	-14.632	-11,0 %	134,72	131,09	-3,64	-2,7 %
Sachsen-Anhalt	236.952	272.822	35.870	15,1 %	120,74	128,55	7,82	6,5 %
Thüringen	148.921	142.417	-6.505	-4,4 %	118,21	114,62	-3,58	-3,0 %
Sachsen	155.114	179.750	24.636	15,9 %	109,72	118,14	8,43	7,7 %
Bund	196.659	193.252	-3.408	-1,7 %	173,04	172,43	-0,61	-0,4 %

*) 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, SP Kardiologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie ist im 1. Halbjahr 2011 leicht gestiegen (+1,2 Prozent). Im

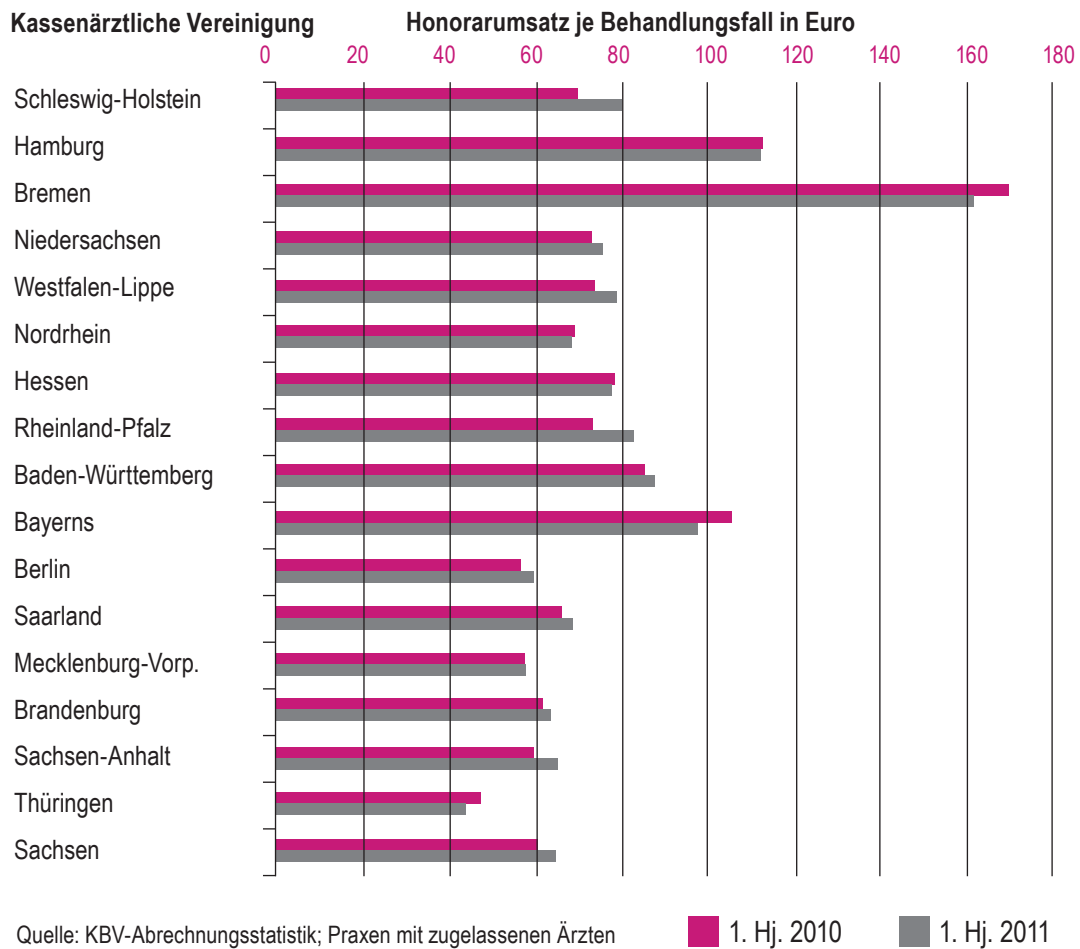
gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,25 Euro auf 76,71 Euro gestiegen (+1,7 Prozent).

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	120.420	137.069	16.649	13,8 %	69,41	80,34	10,94	15,8 %
Hamburg	172.830	173.529	699	0,4 %	111,79	111,58	-0,21	-0,2 %
Bremen	228.418	196.028	-32.390	-14,2 %	169,18	160,75	-8,43	-5,0 %
Niedersachsen	149.547	143.942	-5.605	-3,7 %	72,26	74,92	2,66	3,7 %
Westfalen-Lippe	138.246	146.601	8.354	6,0 %	73,29	78,55	5,25	7,2 %
Nordrhein	98.956	100.159	1.203	1,2 %	68,14	67,69	-0,45	-0,7 %
Hessen	135.200	130.017	-5.184	-3,8 %	77,74	77,05	-0,68	-0,9 %
Rheinland-Pfalz	113.698	126.705	13.007	11,4 %	72,72	82,29	9,57	13,2 %
Baden-Württemberg	144.068	146.045	1.977	1,4 %	85,03	86,74	1,70	2,0 %
Bayerns	163.212	150.646	-12.566	-7,7 %	105,08	97,07	-8,01	-7,6 %
Berlin	85.725	90.757	5.032	5,9 %	55,70	58,84	3,14	5,6 %
Saarland	138.763	145.897	7.134	5,1 %	65,26	67,83	2,57	3,9 %
Mecklenburg-Vorp.	150.782	148.439	-2.344	-1,6 %	56,16	56,43	0,26	0,5 %
Brandenburg	136.756	134.101	-2.655	-1,9 %	60,76	63,03	2,27	3,7 %
Sachsen-Anhalt	135.254	147.642	12.388	9,2 %	59,65	64,84	5,19	8,7 %
Thüringen	152.303	145.486	-6.818	-4,5 %	46,64	43,35	-3,29	-7,1 %
Sachsen	141.482	151.615	10.134	7,2 %	59,37	63,28	3,91	6,6 %
Bund	137.054	138.641	1.587	1,2 %	75,47	76,71	1,25	1,7 %

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, SP Nephrologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie ist sowohl der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (-2,3 Pro-

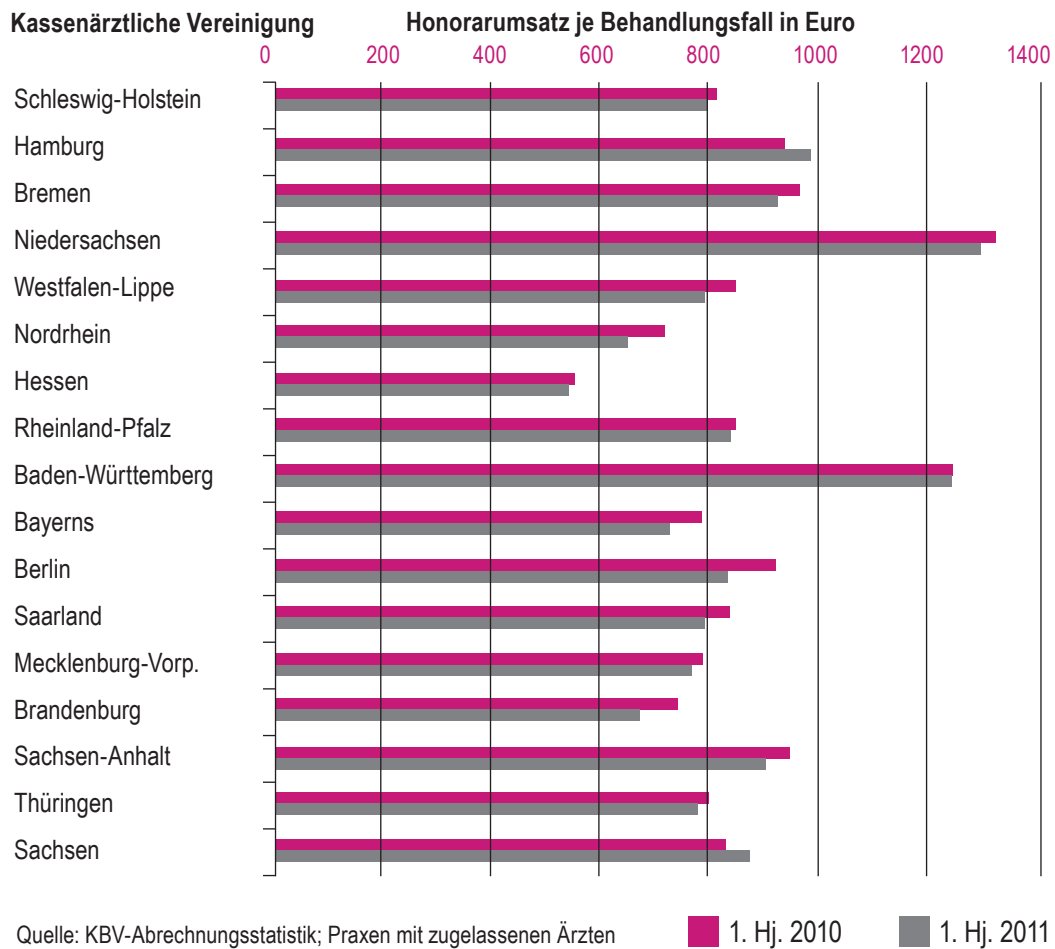
zent) als auch der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (-3,7 Prozent) im 1. Halbjahr 2011 deutlich gesunken.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	458.708	463.034	4.326	0,9 %	815,94	802,13	-13,81	-1,7 %
Hamburg	327.262	369.059	41.797	12,8 %	939,79	988,55	48,76	5,2 %
Bremen	467.979	473.523	5.544	1,2 %	966,63	930,67	-35,97	-3,7 %
Niedersachsen	545.575	527.921	-17.654	-3,2 %	1.324,19	1.296,92	-27,27	-2,1 %
Westfalen-Lippe	413.045	383.984	-29.061	-7,0 %	849,85	797,51	-52,34	-6,2 %
Nordrhein	427.563	401.452	-26.110	-6,1 %	716,13	656,15	-59,98	-8,4 %
Hessen	313.562	301.726	-11.836	-3,8 %	555,17	542,65	-12,52	-2,3 %
Rheinland-Pfalz	435.292	381.453	-53.839	-12,4 %	849,36	835,29	-14,07	-1,7 %
Baden-Württemberg	488.495	497.298	8.802	1,8 %	1.240,14	1.240,33	0,18	0,0 %
Bayerns	422.649	394.638	-28.011	-6,6 %	779,38	722,51	-56,87	-7,3 %
Berlin	432.779	433.860	1.081	0,2 %	920,43	829,60	-90,83	-9,9 %
Saarland	572.448	575.049	2.601	0,5 %	833,44	792,83	-40,61	-4,9 %
Mecklenburg-Vorp.	538.506	560.193	21.686	4,0 %	786,41	764,92	-21,49	-2,7 %
Brandenburg	442.133	431.287	-10.846	-2,5 %	738,57	666,61	-71,96	-9,7 %
Sachsen-Anhalt	540.324	519.408	-20.916	-3,9 %	944,68	896,47	-48,21	-5,1 %
Thüringen	468.432	482.504	14.073	3,0 %	799,28	773,87	-25,41	-3,2 %
Sachsen	479.179	541.467	62.289	13,0 %	823,99	869,83	45,84	5,6 %
Bund	458.266	447.945	-10.320	-2,3 %	882,45	849,90	-32,55	-3,7 %

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, SP Pneumologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie ist im 1. Halbjahr 2011 um 6.125 Euro auf 166.656 Euro gestiegen (+3,8 Prozent). Ein Zuwachs des durch-

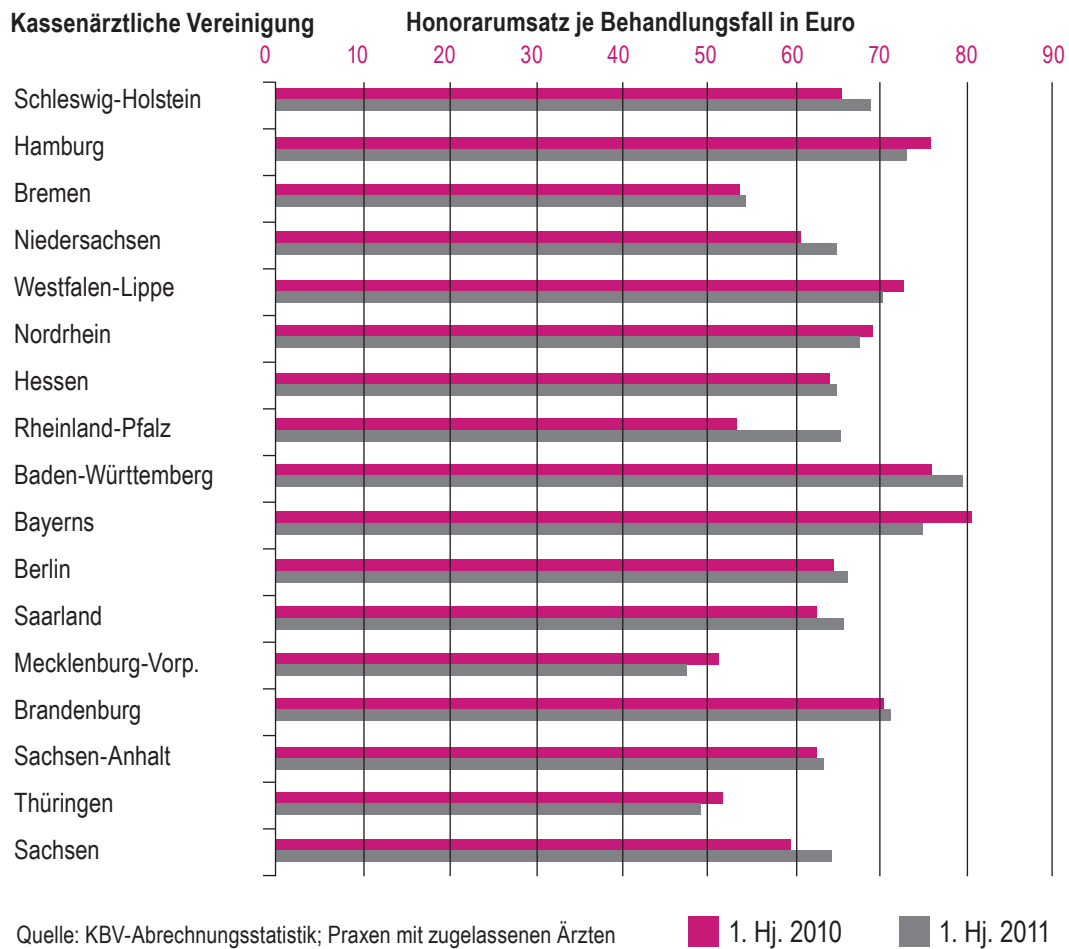
schnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 0,44 Euro auf 68,36 Euro (+0,7 Prozent) lässt sich für den gleichen Zeitraum berichten.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	138.010	149.131	11.121	8,1 %	65,95	69,33	3,38	5,1 %
Hamburg	146.085	157.185	11.100	7,6 %	75,92	73,44	-2,48	-3,3 %
Bremen	138.425	144.872	6.447	4,7 %	53,94	54,75	0,81	1,5 %
Niedersachsen	157.685	171.594	13.909	8,8 %	60,27	65,35	5,07	8,4 %
Westfalen-Lippe	192.987	191.226	-1.761	-0,9 %	73,07	70,53	-2,55	-3,5 %
Nordrhein	154.738	152.393	-2.345	-1,5 %	69,38	67,75	-1,63	-2,3 %
Hessen	141.583	148.815	7.232	5,1 %	64,54	65,30	0,76	1,2 %
Rheinland-Pfalz	113.978	144.616	30.638	26,9 %	53,84	65,77	11,93	22,2 %
Baden-Württemberg	159.361	180.257	20.896	13,1 %	76,04	79,86	3,81	5,0 %
Bayerns	168.809	159.480	-9.329	-5,5 %	80,51	75,16	-5,35	-6,6 %
Berlin	157.938	167.008	9.070	5,7 %	64,75	66,60	1,84	2,8 %
Saarland	148.080	159.680	11.600	7,8 %	62,89	66,15	3,26	5,2 %
Mecklenburg-Vorp.	118.339	111.207	-7.132	-6,0 %	51,68	47,99	-3,69	-7,1 %
Brandenburg	191.652	196.720	5.069	2,6 %	70,23	71,42	1,18	1,7 %
Sachsen-Anhalt	154.963	168.183	13.220	8,5 %	62,95	63,70	0,74	1,2 %
Thüringen	213.136	214.535	1.400	0,7 %	52,20	49,54	-2,66	-5,1 %
Sachsen	148.724	168.133	19.409	13,1 %	59,91	64,71	4,80	8,0 %
Bund	160.531	166.656	6.125	3,8 %	67,92	68,36	0,44	0,7 %

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,
 SP Rheumatologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (+6,3 Prozent) sowie der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (+7,0 Prozent) der Fachärzte für

Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie sind im 1. Halbjahr 2011 deutlich gestiegen.

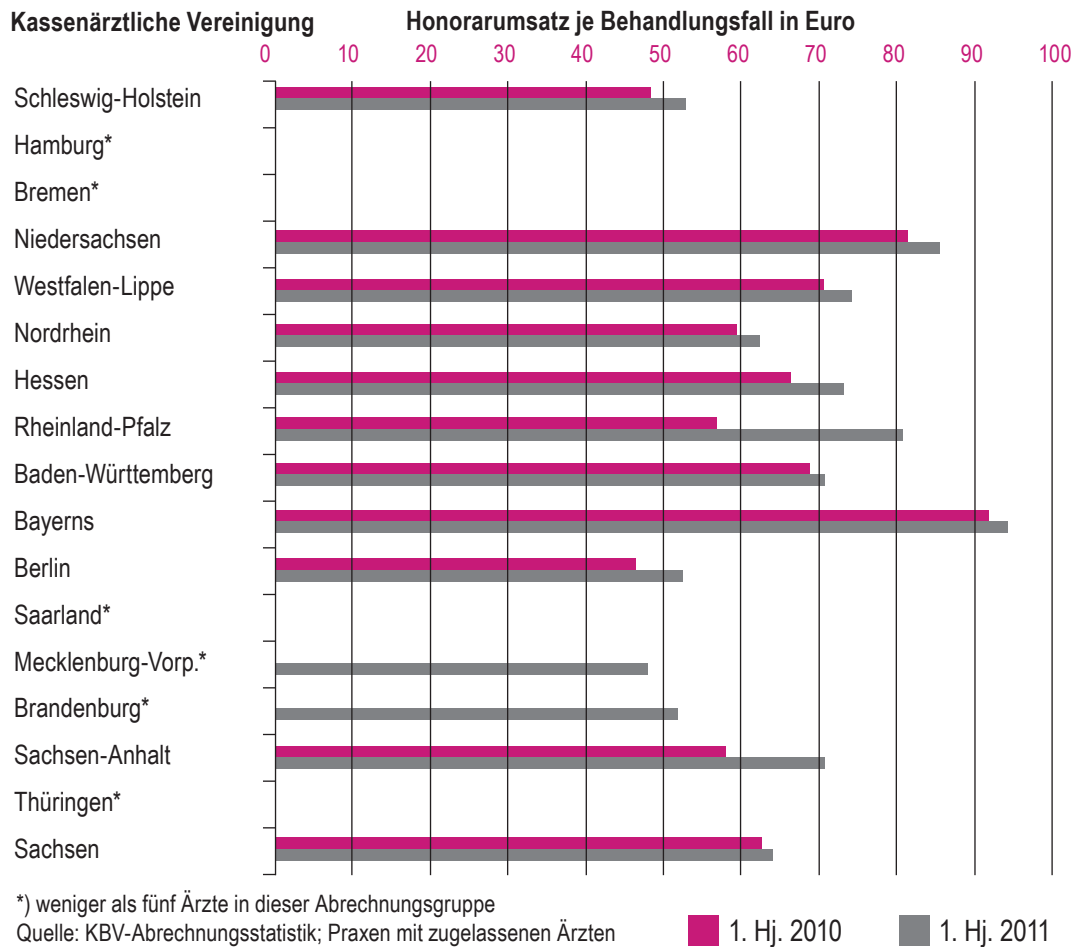
**Tabelle 17: Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Rheumatologie
 Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	93.252	110.608	17.357	18,6 %	48,26	52,93	4,67	9,7 %
Hamburg	*)	*)			*)	*)		
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	162.098	177.032	14.934	9,2 %	81,43	85,49	4,06	5,0 %
Westfalen-Lippe	148.139	158.062	9.923	6,7 %	70,61	74,10	3,48	4,9 %
Nordrhein	95.301	110.580	15.279	16,0 %	59,68	62,38	2,70	4,5 %
Hessen	115.500	133.296	17.796	15,4 %	66,17	73,10	6,93	10,5 %
Rheinland-Pfalz	134.672	163.296	28.624	21,3 %	56,82	80,66	23,84	41,9 %
Baden-Württemberg	128.704	122.860	-5.845	-4,5 %	68,96	70,52	1,55	2,3 %
Bayerns	149.730	147.481	-2.249	-1,5 %	91,58	94,43	2,85	3,1 %
Berlin	81.301	86.858	5.557	6,8 %	46,39	52,24	5,85	12,6 %
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	*)	79.072			*)	47,84		
Brandenburg	*)	115.018			*)	51,77		
Sachsen-Anhalt	111.291	141.501	30.210	27,1 %	57,95	70,67	12,72	21,9 %
Thüringen	*)	*)			*)	*)		
Sachsen	143.392	142.714	-678	-0,5 %	62,54	64,05	1,51	2,4 %
Bund	131.307	139.520	8.213	6,3 %	68,82	73,65	4,83	7,0 %

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

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



1.1.3.13 Honorarumsatz Gynäkologie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Gynäkologie ist im 1. Halbjahr 2011 in fast allen KVen, mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz und Sachsen (vgl. Abschnitt 1.1.1), zurückgegangen (um 3.087 Euro auf 93.872 Euro, -3,2 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je

Behandlungsfall um 0,41 Euro auf 43,34 Euro gesunken (-0,9 Prozent). Dieses resultiert unter anderem aus der Bereinigung der Grundpauschalen aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen zum 1. Juli 2010.

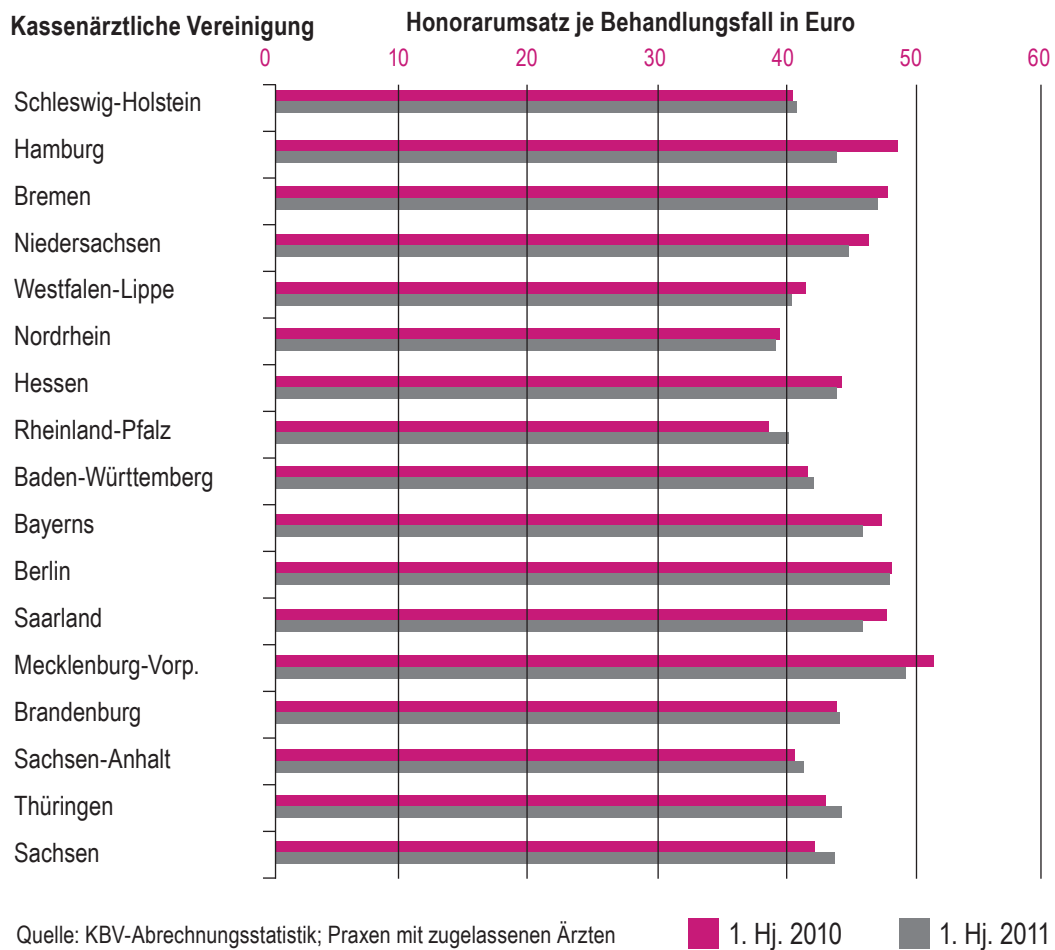
Überwiegend
sinkender
Honorarumsatz

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	103.268	102.005	-1.263	-1,2 %	40,58	40,75	0,17	0,4 %
Hamburg	108.541	95.984	-12.557	-11,6 %	48,90	44,24	-4,66	-9,5 %
Bremen	106.858	101.602	-5.256	-4,9 %	48,18	47,49	-0,70	-1,4 %
Niedersachsen	100.822	96.893	-3.929	-3,9 %	46,73	45,33	-1,40	-3,0 %
Westfalen-Lippe	102.799	97.831	-4.968	-4,8 %	41,77	40,80	-0,97	-2,3 %
Nordrhein	85.361	83.624	-1.737	-2,0 %	39,55	39,48	-0,07	-0,2 %
Hessen	96.404	91.274	-5.130	-5,3 %	44,63	43,99	-0,64	-1,4 %
Rheinland-Pfalz	84.523	86.661	2.139	2,5 %	38,82	40,61	1,79	4,6 %
Baden-Württemberg	97.088	95.619	-1.470	-1,5 %	41,97	42,30	0,33	0,8 %
Bayerns	98.273	91.504	-6.769	-6,9 %	47,62	46,26	-1,36	-2,9 %
Berlin	92.583	91.692	-892	-1,0 %	48,51	48,38	-0,13	-0,3 %
Saarland	100.359	95.713	-4.646	-4,6 %	48,12	46,28	-1,84	-3,8 %
Mecklenburg-Vorp.	109.762	102.879	-6.883	-6,3 %	51,72	49,67	-2,05	-4,0 %
Brandenburg	94.482	93.664	-818	-0,9 %	44,25	44,45	0,20	0,5 %
Sachsen-Anhalt	90.097	90.039	-58	-0,1 %	40,92	41,62	0,70	1,7 %
Thüringen	93.896	92.850	-1.045	-1,1 %	43,21	44,65	1,44	3,3 %
Sachsen	107.441	109.357	1.916	1,8 %	42,52	44,00	1,48	3,5 %
Bund	96.960	93.872	-3.087	-3,2 %	43,76	43,34	-0,41	-0,9 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 17: Abrechnungsgruppe Gynäkologie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.14 Honorarumsatz Orthopädie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Orthopädie ist im 1. Halbjahr 2011 der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (-0,5 Prozent) sowie der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (-0,6 Prozent) gesunken.

die bereits in Abschnitt 1.1.1 begründeten Honorarsteigerungen der KVen Schleswig-Holstein, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Sachsen. Zusätzlich ist aber auch über Honorarsteigerungen in den KVen Bremen und Baden-Württemberg zu berichten.

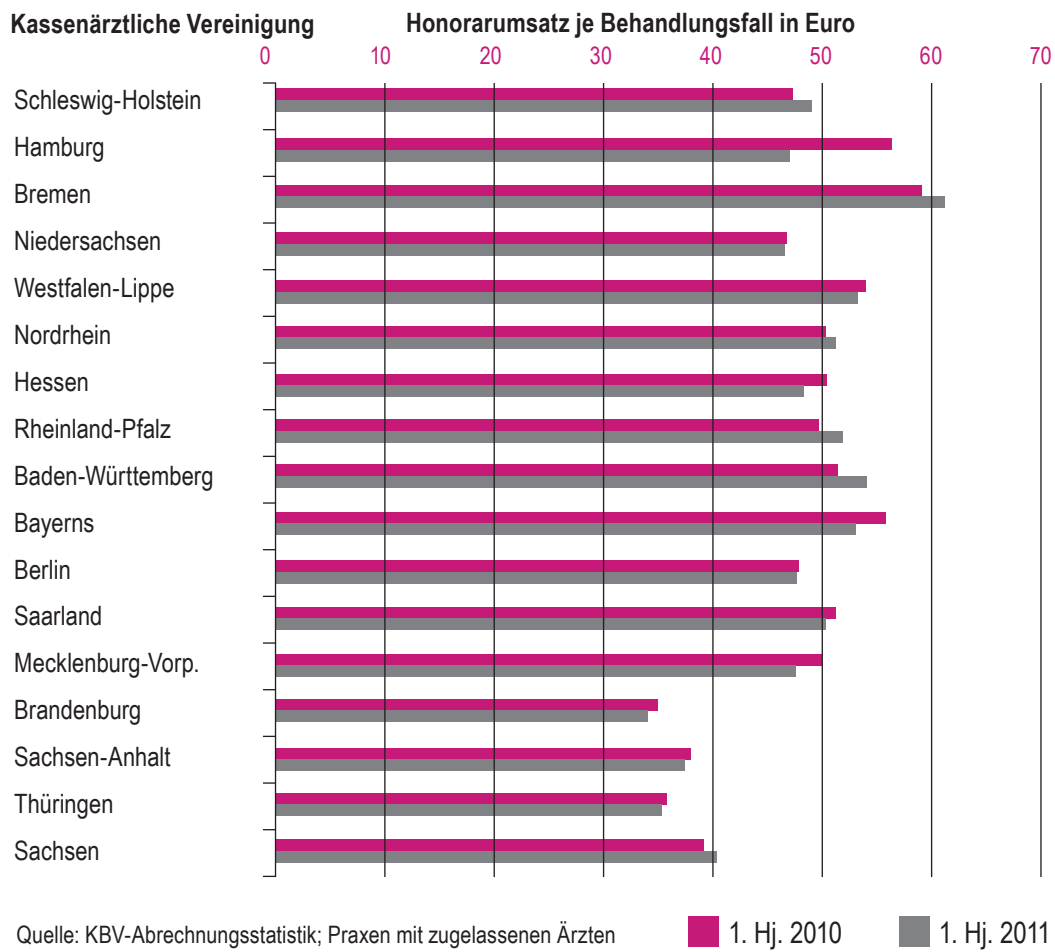
Auffällig ist, dass der Honorarumsatz in fast allen KVen zurückgegangen ist. Eine Ausnahme bilden

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	101.001	107.229	6.228	6,2 %	47,47	49,12	1,64	3,5 %
Hamburg	122.373	102.870	-19.503	-15,9 %	56,21	47,05	-9,16	-16,3 %
Bremen	146.037	153.261	7.225	4,9 %	59,25	61,30	2,05	3,5 %
Niedersachsen	109.412	109.337	-75	-0,1 %	46,76	46,61	-0,15	-0,3 %
Westfalen-Lippe	132.164	132.088	-76	-0,1 %	54,16	53,38	-0,79	-1,5 %
Nordrhein	109.534	111.384	1.849	1,7 %	50,39	51,48	1,09	2,2 %
Hessen	111.399	105.973	-5.426	-4,9 %	50,51	48,35	-2,15	-4,3 %
Rheinland-Pfalz	97.081	103.076	5.995	6,2 %	49,72	52,02	2,30	4,6 %
Baden-Württemberg	116.690	124.440	7.750	6,6 %	51,38	54,28	2,90	5,6 %
Bayerns	113.042	105.624	-7.417	-6,6 %	55,94	53,30	-2,64	-4,7 %
Berlin	99.378	97.705	-1.674	-1,7 %	47,99	47,78	-0,21	-0,4 %
Saarland	98.148	97.066	-1.082	-1,1 %	51,32	50,47	-0,85	-1,7 %
Mecklenburg-Vorp.	131.228	121.713	-9.515	-7,3 %	50,08	47,52	-2,56	-5,1 %
Brandenburg	100.970	97.726	-3.244	-3,2 %	34,96	34,16	-0,80	-2,3 %
Sachsen-Anhalt	96.870	93.910	-2.960	-3,1 %	37,81	37,39	-0,42	-1,1 %
Thüringen	92.264	86.851	-5.413	-5,9 %	35,82	35,27	-0,55	-1,5 %
Sachsen	101.134	104.866	3.732	3,7 %	39,28	40,24	0,97	2,5 %
Bund	112.061	111.500	-561	-0,5 %	49,64	49,34	-0,31	-0,6 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 18: Abrechnungsgruppe Orthopädie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.15 Honorarumsatz Chirurgie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Chirurgie ist im 1. Halbjahr 2011 um 388 Euro auf 113.222 Euro gestiegen (+0,3 Prozent). Im Gegensatz dazu ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall im gleichen Zeitraum um 0,72 Euro auf 70,33 Euro gesunken (-1,0 Prozent).

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 berichtet wird.

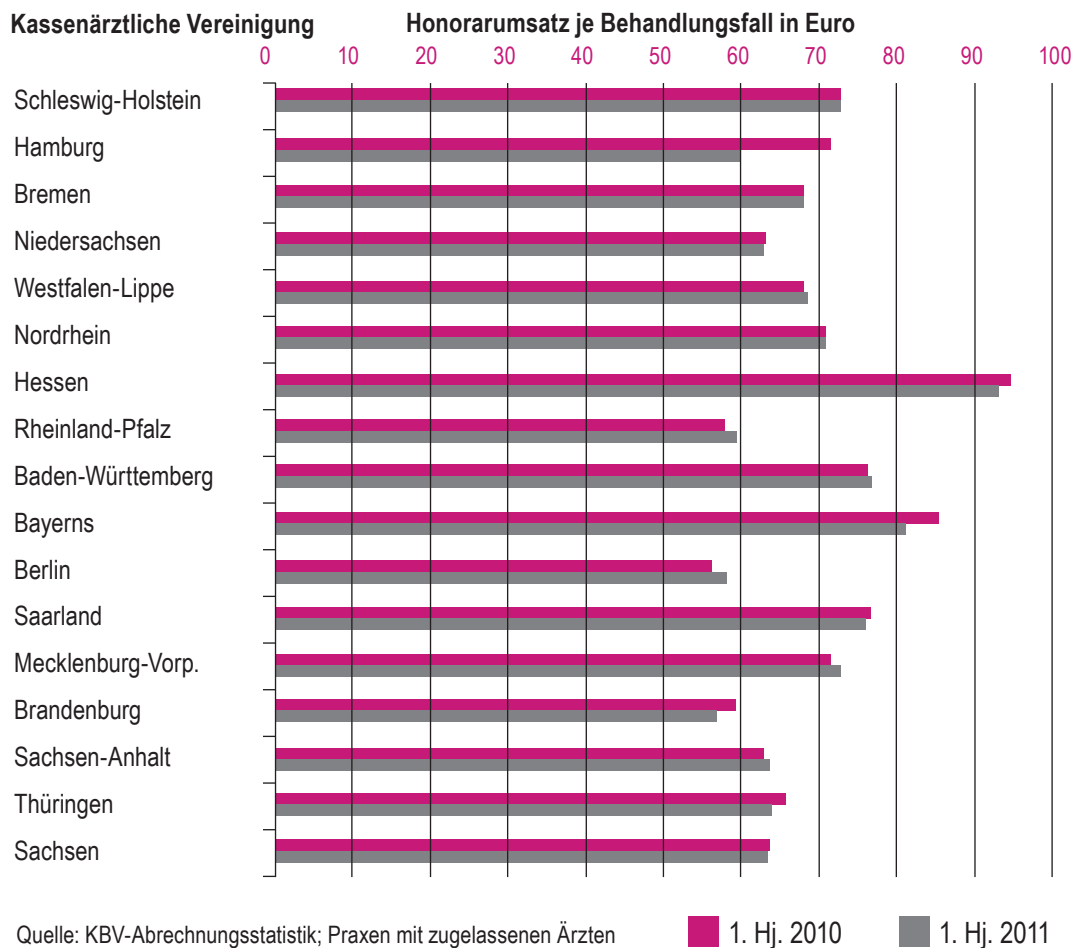
Für die Honoraränderungen der KVen Hamburg, Rheinland-Pfalz und Berlin gelten die in Abschnitt 1.1.1 dargestellten möglichen Gründe.

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	105.953	106.253	300	0,3 %	72,33	72,40	0,06	0,1 %
Hamburg	119.113	103.188	-15.925	-13,4 %	70,97	60,17	-10,81	-15,2 %
Bremen	112.529	109.536	-2.992	-2,7 %	68,09	68,01	-0,08	-0,1 %
Niedersachsen	121.704	124.363	2.659	2,2 %	62,94	62,50	-0,44	-0,7 %
Westfalen-Lippe	125.414	128.017	2.603	2,1 %	67,81	68,29	0,47	0,7 %
Nordrhein	106.718	106.488	-229	-0,2 %	70,35	70,40	0,05	0,1 %
Hessen	131.296	131.331	35	0,0 %	94,50	93,03	-1,47	-1,6 %
Rheinland-Pfalz	86.682	94.146	7.465	8,6 %	57,66	59,47	1,81	3,1 %
Baden-Württemberg	122.729	126.600	3.870	3,2 %	76,07	76,63	0,56	0,7 %
Bayerns	107.613	103.345	-4.268	-4,0 %	84,93	80,96	-3,97	-4,7 %
Berlin	73.806	81.464	7.657	10,4 %	55,98	58,05	2,07	3,7 %
Saarland	114.520	115.947	1.428	1,2 %	76,23	75,82	-0,41	-0,5 %
Mecklenburg-Vorp.	128.635	127.878	-757	-0,6 %	71,30	72,48	1,18	1,7 %
Brandenburg	112.526	106.243	-6.283	-5,6 %	59,22	56,70	-2,52	-4,3 %
Sachsen-Anhalt	107.394	106.552	-842	-0,8 %	62,97	63,32	0,35	0,6 %
Thüringen	110.542	109.067	-1.475	-1,3 %	65,41	63,72	-1,69	-2,6 %
Sachsen	107.631	105.672	-1.959	-1,8 %	64,27	63,74	-0,53	-0,8 %
Bund	112.834	113.222	388	0,3 %	71,05	70,33	-0,72	-1,0 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 19: Abrechnungsgruppe Chirurgie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.16 Honorarumsatz Hautarzt

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (+7,2 Prozent) sowie der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (+6,3 Prozent) ist bei den Fachärzten für Dermatologie im 1. Halbjahr 2011 in fast allen KVen gestiegen. Insbesondere in den KVen Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz, Berlin und Sachsen ist ein sehr starker Anstieg des Honorarumsatzes zu erkennen.

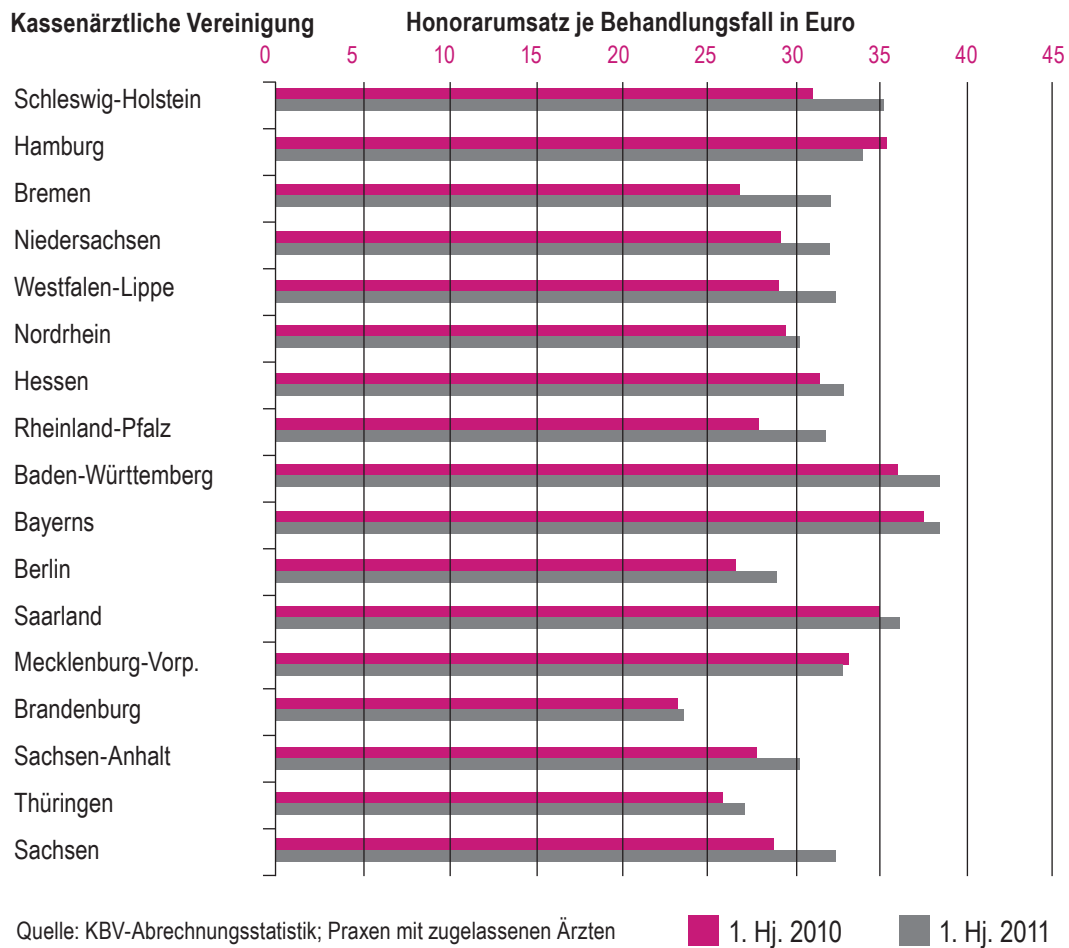
Die Honorarsteigerung ist zu einem großen Anteil durch die Aufnahme der Balneophototherapie in den Leistungskatalog der GKV zum 1. Oktober 2010 zu begründen. Weitere Gründe für Honorarveränderungen in einzelnen KVen sind in Abschnitt 1.1.1 zu finden.

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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	87.847	105.278	17.431	19,8 %	31,27	35,19	3,92	12,5 %
Hamburg	115.528	111.200	-4.328	-3,7 %	35,39	33,89	-1,51	-4,3 %
Bremen	83.600	102.100	18.499	22,1 %	26,86	32,12	5,25	19,6 %
Niedersachsen	87.617	98.293	10.676	12,2 %	29,11	32,00	2,89	9,9 %
Westfalen-Lippe	97.601	109.601	12.000	12,3 %	29,18	32,30	3,12	10,7 %
Nordrhein	82.521	84.777	2.255	2,7 %	29,49	30,32	0,82	2,8 %
Hessen	100.533	104.648	4.115	4,1 %	31,41	33,08	1,67	5,3 %
Rheinland-Pfalz	70.561	81.717	11.157	15,8 %	27,96	31,59	3,64	13,0 %
Baden-Württemberg	101.403	109.126	7.723	7,6 %	35,96	38,32	2,36	6,6 %
Bayerns	92.178	92.610	431	0,5 %	37,47	38,32	0,85	2,3 %
Berlin	64.431	73.462	9.031	14,0 %	26,51	28,96	2,46	9,3 %
Saarland	92.540	98.158	5.618	6,1 %	35,00	36,07	1,07	3,1 %
Mecklenburg-Vorp.	103.241	103.456	215	0,2 %	33,04	32,80	-0,25	-0,7 %
Brandenburg	80.684	82.532	1.847	2,3 %	23,19	23,60	0,41	1,8 %
Sachsen-Anhalt	85.910	94.180	8.270	9,6 %	27,85	30,24	2,38	8,5 %
Thüringen	77.773	81.928	4.155	5,3 %	25,99	27,18	1,20	4,6 %
Sachsen	94.714	108.989	14.274	15,1 %	28,75	32,38	3,63	12,6 %
Bund	90.391	96.903	6.512	7,2 %	31,29	33,27	1,98	6,3 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 20: Abrechnungsgruppe Hautarzt
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.17 Honorarumsatz Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde ist im 1. Halbjahr 2011 um 2.341 Euro auf 87.097 Euro gestiegen (+2,8 Prozent). Im gleichen Zeitraum gab es einen Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall um 0,24 Euro auf 36,15 Euro (+0,7 Prozent).

Auffällig ist, dass in den KVen Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Berlin und Sach-

sen der Honorarumsatz stärker gestiegen ist als in den anderen KVen.

Die möglichen Gründe für die überdurchschnittlichen Honorarzuwächse bzw. -rückgänge der KVen Schleswig-Holstein, Hamburg, Berlin und Sachsen sind in Abschnitt 1.1.1 benannt. Zusätzlich sind aber auch überdurchschnittliche Honorarzuwächse in Niedersachsen und im Saarland zu berichten.

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

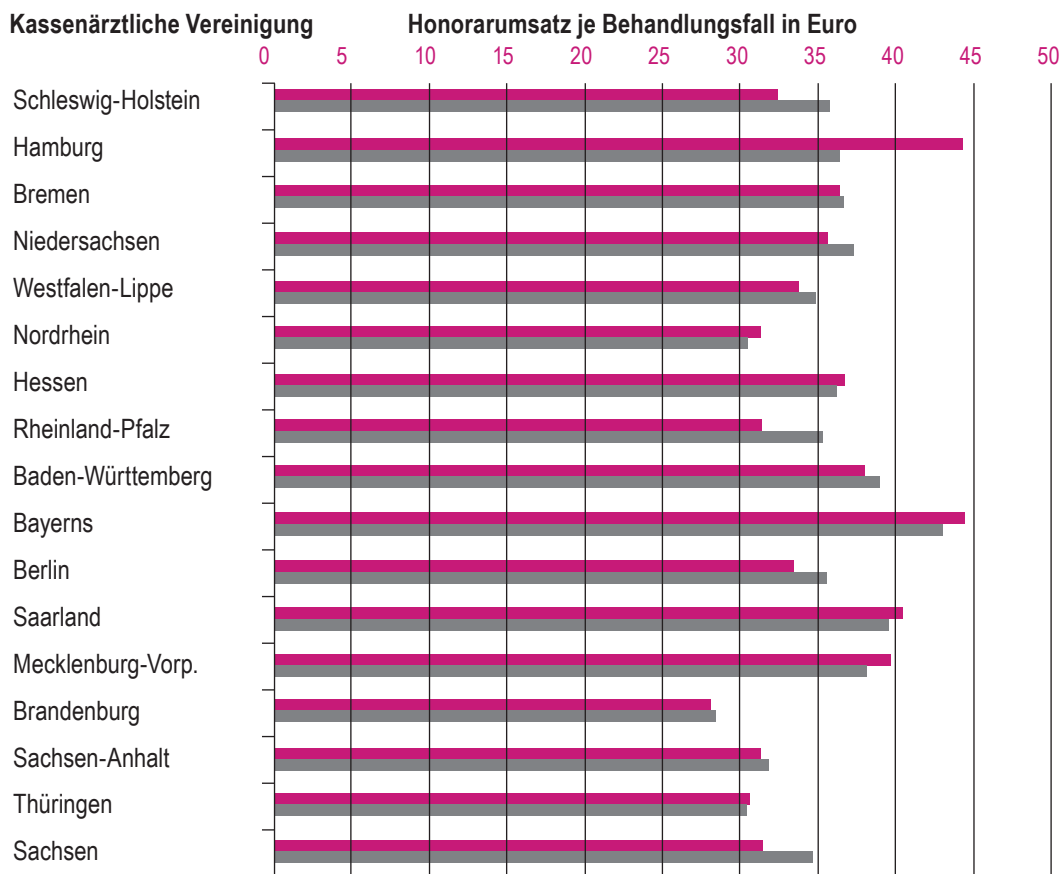
Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	80.789	92.786	11.998	14,9 %	32,40	35,60	3,20	9,9 %
Hamburg	101.305	85.620	-15.686	-15,5 %	44,62	36,55	-8,07	-18,1 %
Bremen	80.121	82.074	1.953	2,4 %	36,69	36,94	0,25	0,7 %
Niedersachsen	94.177	102.306	8.130	8,6 %	35,96	37,77	1,81	5,0 %
Westfalen-Lippe	93.233	96.751	3.518	3,8 %	34,26	34,87	0,61	1,8 %
Nordrhein	72.274	70.238	-2.036	-2,8 %	32,38	30,96	-1,42	-4,4 %
Hessen	86.163	85.496	-667	-0,8 %	36,62	36,02	-0,60	-1,6 %
Rheinland-Pfalz	74.521	87.453	12.933	17,4 %	31,29	35,37	4,07	13,0 %
Baden-Württemberg	87.350	92.081	4.731	5,4 %	37,95	38,96	1,01	2,7 %
Bayerns	94.568	91.727	-2.841	-3,0 %	44,24	42,93	-1,32	-3,0 %
Berlin	66.366	71.669	5.302	8,0 %	33,22	35,39	2,18	6,6 %
Saarland	89.826	94.864	5.038	5,6 %	40,29	39,69	-0,60	-1,5 %
Mecklenburg-Vorp.	91.474	91.416	-58	-0,1 %	39,67	38,34	-1,34	-3,4 %
Brandenburg	74.583	77.777	3.194	4,3 %	28,04	28,44	0,40	1,4 %
Sachsen-Anhalt	77.585	82.161	4.576	5,9 %	31,38	31,79	0,41	1,3 %
Thüringen	74.092	77.123	3.031	4,1 %	30,52	30,48	-0,04	-0,1 %
Sachsen	78.864	86.967	8.104	10,3 %	31,90	34,71	2,81	8,8 %
Bund	84.756	87.097	2.341	2,8 %	35,92	36,15	0,24	0,7 %

Quelle: KBV-Abrechnungstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Bei einem Vergleich der Ergebnisse mit den Veröffentlichungen der KVen ist zu beachten, dass Fachärzte mit einer Doppelzulassung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie in der Abrechnungsstatistik der KBV als

fachgruppenübergreifende Ärzte geführt werden und in diesem Bericht nicht enthalten sind. In den KVen hingegen wird über diese Ärzte teilweise zusammen mit der Arztgruppe der Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde berichtet.

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



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

1.1.3.18 Honorarumsatz Nervenheilkunde

Im 1. Halbjahr 2011 ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Nervenheilkunde um 13.614 Euro auf 114.123 Euro gestiegen (+13,5 Prozent). Der Zuwachs des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Behandlungsfall beläuft sich im gleichen Zeitraum auf 11,2 Prozent.

Die deutlichen Honorarzuwächse über alle KVen sind - neben den bereits benannten Gründen in Abschnitt 1.1.1 – in der nachträglichen Berücksichtigung neuer Anpassungsfaktoren zum 1. Juli 2010

begründet: Sie basieren auf der Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte und der Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen.

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

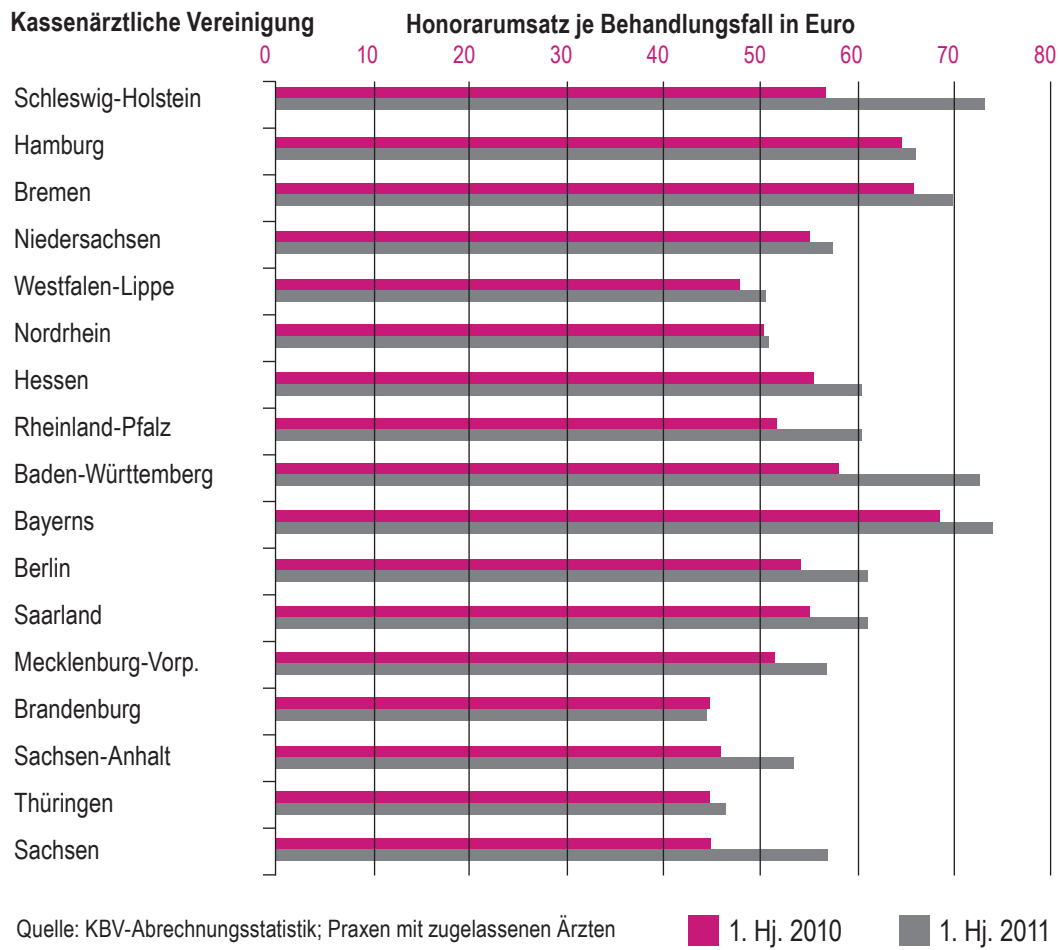
Anpassung des Vergütungsvolumens führt zu starken Honorarsteigerungen

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

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	99.098	124.416	25.318	25,5 %	56,57	73,27	16,70	29,5 %
Hamburg	94.688	96.867	2.179	2,3 %	64,64	66,03	1,39	2,2 %
Bremen	103.864	104.962	1.098	1,1 %	66,01	70,14	4,13	6,3 %
Niedersachsen	97.756	101.897	4.141	4,2 %	55,28	57,58	2,30	4,2 %
Westfalen-Lippe	101.999	110.450	8.451	8,3 %	47,60	50,76	3,17	6,7 %
Nordrhein	92.207	97.888	5.681	6,2 %	50,34	50,63	0,28	0,6 %
Hessen	88.483	100.954	12.471	14,1 %	55,70	60,40	4,70	8,4 %
Rheinland-Pfalz	100.911	117.836	16.926	16,8 %	51,86	60,50	8,64	16,7 %
Baden-Württemberg	102.105	130.269	28.165	27,6 %	58,21	72,82	14,61	25,1 %
Bayerns	118.811	128.752	9.941	8,4 %	68,66	74,17	5,51	8,0 %
Berlin	85.709	104.260	18.551	21,6 %	54,06	61,38	7,32	13,5 %
Saarland	115.170	130.889	15.720	13,6 %	55,29	61,25	5,96	10,8 %
Mecklenburg-Vorp.	113.767	130.252	16.485	14,5 %	51,68	57,16	5,48	10,6 %
Brandenburg	101.160	105.709	4.549	4,5 %	45,11	44,85	-0,26	-0,6 %
Sachsen-Anhalt	95.918	114.051	18.133	18,9 %	45,97	53,53	7,56	16,4 %
Thüringen	101.129	106.602	5.473	5,4 %	45,06	46,64	1,58	3,5 %
Sachsen	91.576	117.495	25.919	28,3 %	44,92	57,04	12,12	27,0 %
Bund	100.510	114.123	13.614	13,5 %	54,17	60,23	6,06	11,2 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 22: Abrechnungsgruppe Nervenheilkunde
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.19 Honorarumsatz Neurologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Neurologie ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im 1. Halbjahr 2011 um 6.505 Euro auf 81.605 Euro gestiegen (+8,7 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 4,26 Euro auf 53,36 Euro angewachsen (+8,7 Prozent).

Ein starkes Honorarplus ist für die KVen Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Berlin, Brandenburg und

Sachsen zu berichten (vgl. Abschnitt 1.1.1). Im Gegensatz dazu ist in den KVen Westfalen-Lippe, Hessen und Thüringen der Honorarumsatz teilweise deutlich zurückgegangen. Da die Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Neurologie in einigen KVen sehr klein ist, führen veränderte Praxiszusammensetzungen, Neuzulassungen und Praxisschließungen zu stark schwankenden durchschnittlichen Honorarumsätzen je Arzt.

Honorarumsätze schwanken aufgrund der zum Teil sehr geringen Anzahl der Ärzte stark

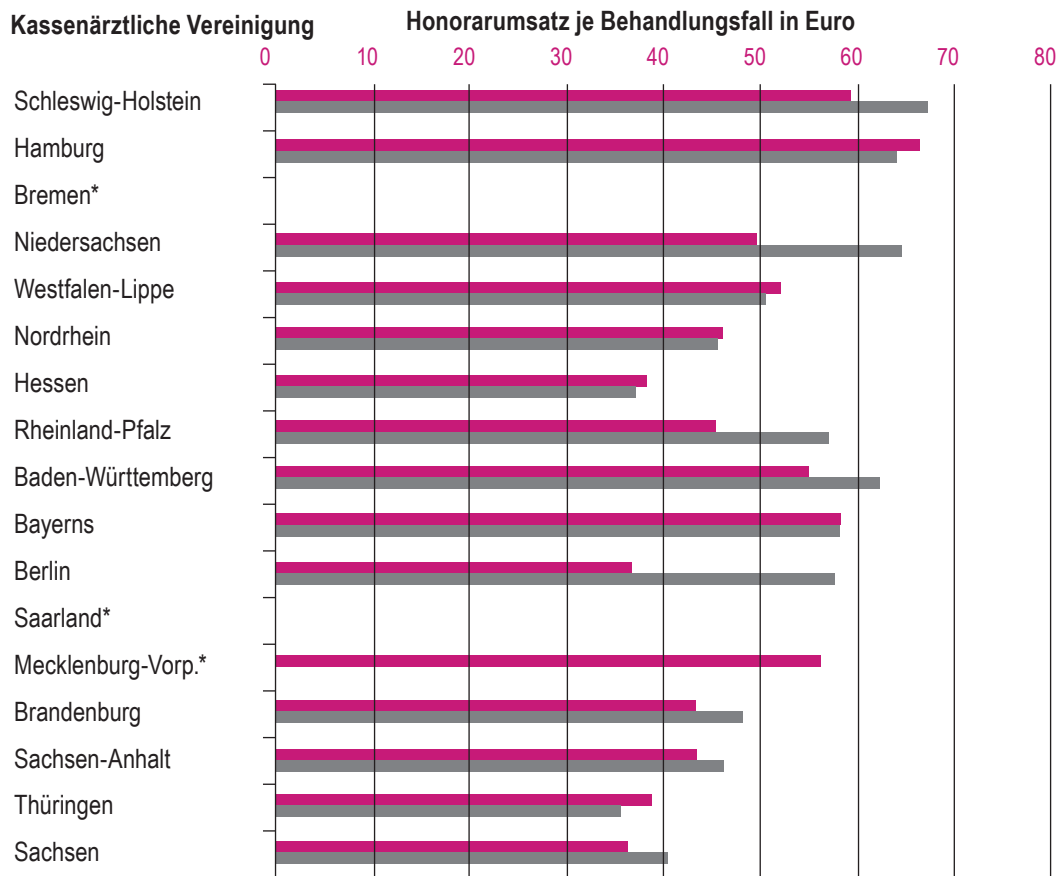
**Tabelle 24: Abrechnungsgruppe Neurologie
Honorarumsatz je Arzt und Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	84.815	92.034	7.219	8,5 %	59,62	67,40	7,78	13,0 %
Hamburg	76.392	75.639	-753	-1,0 %	66,45	63,91	-2,54	-3,8 %
Bremen	*)	*)			*)	*)		
Niedersachsen	74.410	95.814	21.405	28,8 %	49,61	64,60	14,98	30,2 %
Westfalen-Lippe	78.673	72.254	-6.419	-8,2 %	52,15	50,33	-1,82	-3,5 %
Nordrhein	68.613	68.246	-367	-0,5 %	46,20	45,87	-0,33	-0,7 %
Hessen	62.323	60.702	-1.621	-2,6 %	38,28	37,34	-0,94	-2,5 %
Rheinland-Pfalz	69.188	87.929	18.741	27,1 %	45,53	57,12	11,59	25,5 %
Baden-Württemberg	72.916	79.262	6.345	8,7 %	55,04	62,28	7,23	13,1 %
Bayerns	84.856	83.345	-1.511	-1,8 %	58,59	58,38	-0,21	-0,4 %
Berlin	54.414	82.001	27.587	50,7 %	36,90	57,78	20,88	56,6 %
Saarland	*)	*)			*)	*)		
Mecklenburg-Vorp.	102.860	*)			56,18	*)		
Brandenburg	75.861	86.366	10.504	13,8 %	43,34	48,22	4,88	11,3 %
Sachsen-Anhalt	98.080	97.483	-597	-0,6 %	43,87	46,21	2,34	5,3 %
Thüringen	63.082	61.593	-1.489	-2,4 %	39,05	35,63	-3,42	-8,8 %
Sachsen	76.496	91.719	15.223	19,9 %	36,43	40,66	4,24	11,6 %
Bund	75.100	81.605	6.505	8,7 %	49,10	53,36	4,26	8,7 %

*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe.

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 23: Abrechnungsgruppe Neurologie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



*) weniger als fünf Ärzte in dieser Abrechnungsgruppe

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

1.1.3.20 Honorarumsatz Psychiatrie

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Facharzt für Psychiatrie ist im 1. Halbjahr 2011 um 1.342 Euro auf 66.481 Euro gestiegen (+2,1 Prozent). Im gleichen Zeitraum ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall gestiegen (um 5,69 Euro auf 80,82 Euro; +7,6 Prozent).

Insbesondere für die KVen Baden-Württemberg, Saarland, Thüringen und Sachsen lässt sich ein starker Anstieg des Honorarumsatzes je Arzt berichten.

Die Steigerung des Honorarumsatzes je Behandlungsfall über (fast) alle KVen resultiert aus dem ab 1. Juli 2010 berücksichtigten Anpassungsfaktor aufgrund der Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen.

Eine Ausnahme bilden die KVen Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg, in denen die Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Psychiatrie sehr klein ist und eine geringfügig veränderte Zusammensetzung der Abrechnungsgruppe zu einem durchschnittlichen Honorarverlust führt.

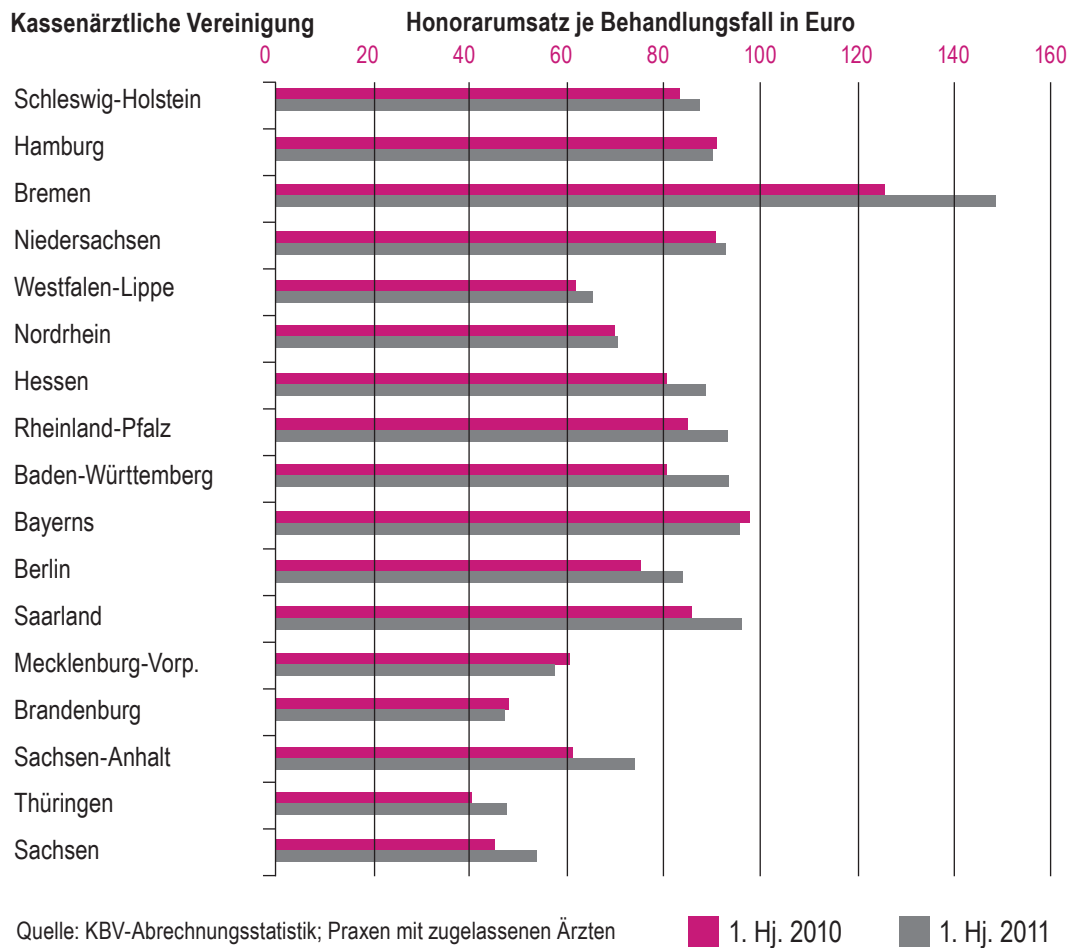
Berücksichtigung höherer Frequenzen der Gesprächsleistungen führt zu unterschiedlich starken Honorarzuwachsen

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

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	57.231	58.661	1.430	2,5 %	83,38	88,58	5,20	6,2 %
Hamburg	75.748	77.779	2.031	2,7 %	91,03	91,00	-0,03	0,0 %
Bremen	62.511	58.963	-3.548	-5,7 %	126,78	150,22	23,44	18,5 %
Niedersachsen	58.956	58.606	-349	-0,6 %	91,81	94,09	2,28	2,5 %
Westfalen-Lippe	76.719	75.906	-812	-1,1 %	63,10	66,53	3,43	5,4 %
Nordrhein	64.740	62.258	-2.482	-3,8 %	70,31	70,65	0,34	0,5 %
Hessen	58.996	58.883	-112	-0,2 %	80,77	89,12	8,35	10,3 %
Rheinland-Pfalz	58.411	63.310	4.899	8,4 %	86,05	94,46	8,41	9,8 %
Baden-Württemberg	63.708	73.838	10.130	15,9 %	80,27	94,93	14,66	18,3 %
Bayerns	69.791	67.388	-2.403	-3,4 %	99,19	97,35	-1,84	-1,9 %
Berlin	54.346	56.032	1.686	3,1 %	76,48	85,30	8,82	11,5 %
Saarland	76.630	82.752	6.121	8,0 %	86,87	97,44	10,57	12,2 %
Mecklenburg-Vorp.	98.372	100.560	2.188	2,2 %	60,04	57,08	-2,97	-4,9 %
Brandenburg	85.019	80.939	-4.079	-4,8 %	49,47	47,83	-1,64	-3,3 %
Sachsen-Anhalt	65.161	61.560	-3.601	-5,5 %	61,53	75,14	13,61	22,1 %
Thüringen	58.385	68.044	9.659	16,5 %	40,01	47,85	7,84	19,6 %
Sachsen	73.772	83.769	9.997	13,6 %	46,14	53,91	7,76	16,8 %
Bund	65.139	66.481	1.342	2,1 %	75,13	80,82	5,69	7,6 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 24: Abrechnungsgruppe Psychiatrie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



1.1.3.21 Honorarumsatz Psychotherapeuten (ärztlich/nichtärztlich)

Der durchschnittliche Honorarumsatz je Psychotherapeut ist im 1. Halbjahr 2011 in fast allen KVen leicht gesunken (insgesamt um 133 Euro auf 37.596 Euro; -0,4 Prozent). Im Gegensatz dazu ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall im gleichen Zeitraum um 0,37 Euro auf 399,67 Euro gestiegen (+0,1 Prozent).

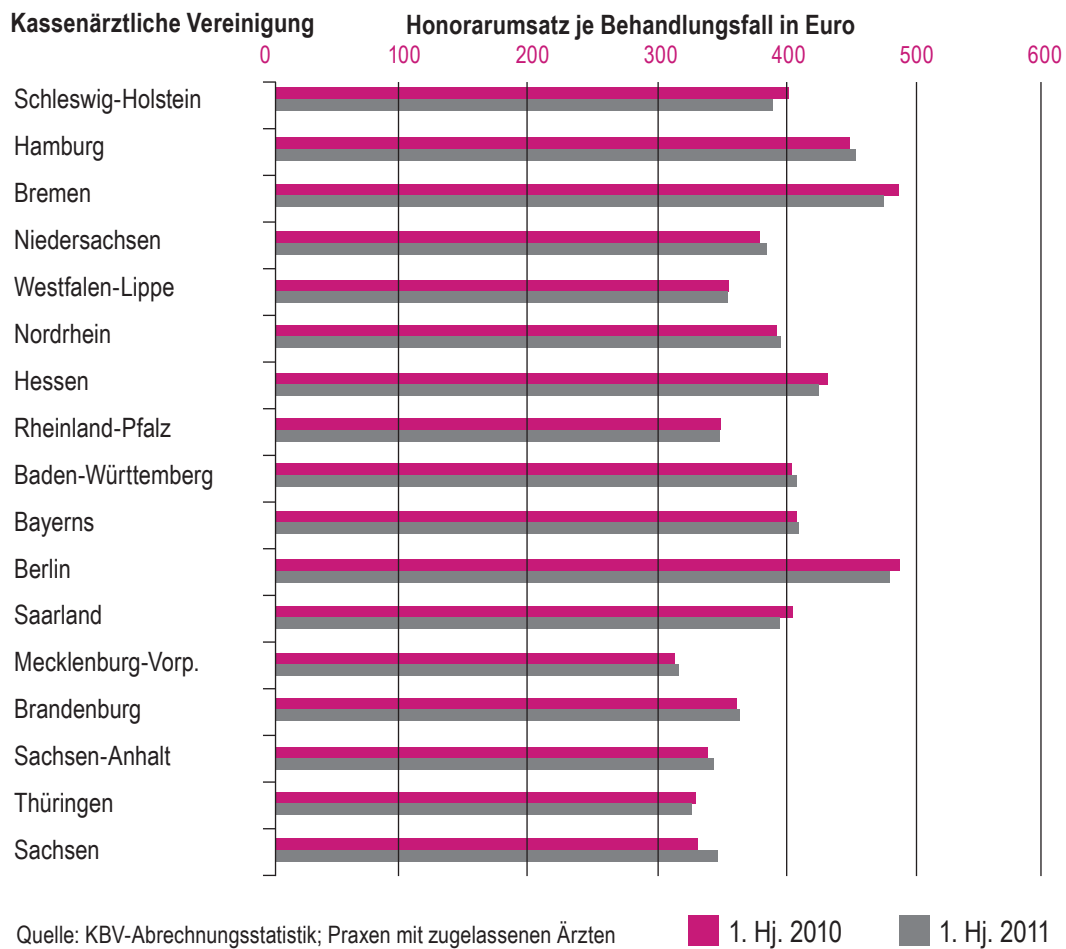
Es ist zu vermuten, dass der im Vergleich zu anderen Abrechnungsgruppen geringe Honorarumsatz aus einer unterdurchschnittlichen Tätigkeit der Psychotherapeuten im Vergleich zu den Kalkulationsannahmen des EBM bzw. zu den Grundsätzen der Vollausslastung einer psychotherapeutischen Praxis in der Rechtsprechung des BSG zur angemessenen Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen resultiert.

**Tabelle 26: Abrechnungsgruppe Psychotherapeuten (ärztlich/nichtärztlich)
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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	38.538	38.539	2	0,0 %	400,50	391,77	-8,74	-2,2 %
Hamburg	37.951	37.853	-98	-0,3 %	452,42	456,71	4,30	0,9 %
Bremen	37.196	35.772	-1.424	-3,8 %	491,22	478,90	-12,32	-2,5 %
Niedersachsen	37.888	37.534	-354	-0,9 %	381,10	385,31	4,21	1,1 %
Westfalen-Lippe	38.990	38.977	-13	0,0 %	355,39	355,07	-0,32	-0,1 %
Nordrhein	38.352	37.723	-630	-1,6 %	393,58	394,86	1,28	0,3 %
Hessen	36.758	36.317	-441	-1,2 %	432,38	427,51	-4,87	-1,1 %
Rheinland-Pfalz	38.630	38.279	-351	-0,9 %	349,91	349,34	-0,57	-0,2 %
Baden-Württemberg	35.594	35.867	273	0,8 %	404,51	408,79	4,28	1,1 %
Bayerns	37.612	37.507	-106	-0,3 %	411,26	411,91	0,66	0,2 %
Berlin	35.507	34.626	-881	-2,5 %	493,55	484,77	-8,78	-1,8 %
Saarland	38.812	40.747	1.936	5,0 %	407,91	395,61	-12,31	-3,0 %
Mecklenburg-Vorp.	41.690	41.497	-193	-0,5 %	314,84	316,78	1,94	0,6 %
Brandenburg	42.208	42.805	597	1,4 %	363,57	365,23	1,66	0,5 %
Sachsen-Anhalt	42.074	43.081	1.008	2,4 %	341,82	345,84	4,01	1,2 %
Thüringen	44.042	44.018	-23	-0,1 %	330,95	329,99	-0,96	-0,3 %
Sachsen	39.669	41.436	1.767	4,5 %	329,35	348,49	19,14	5,8 %
Bund	37.729	37.596	-133	-0,4 %	399,30	399,67	0,37	0,1 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

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



1.1.3.2 Honorarumsatz Radiologie

In der Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Radiologie ist der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt im 1. Halbjahr 2011 um 1.458 Euro auf 186.807 Euro gestiegen (+0,8 Prozent). Im gleichen Zeitraum hat sich der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall um 1,92 Euro auf 70,50 Euro erhöht (+2,8 Prozent).

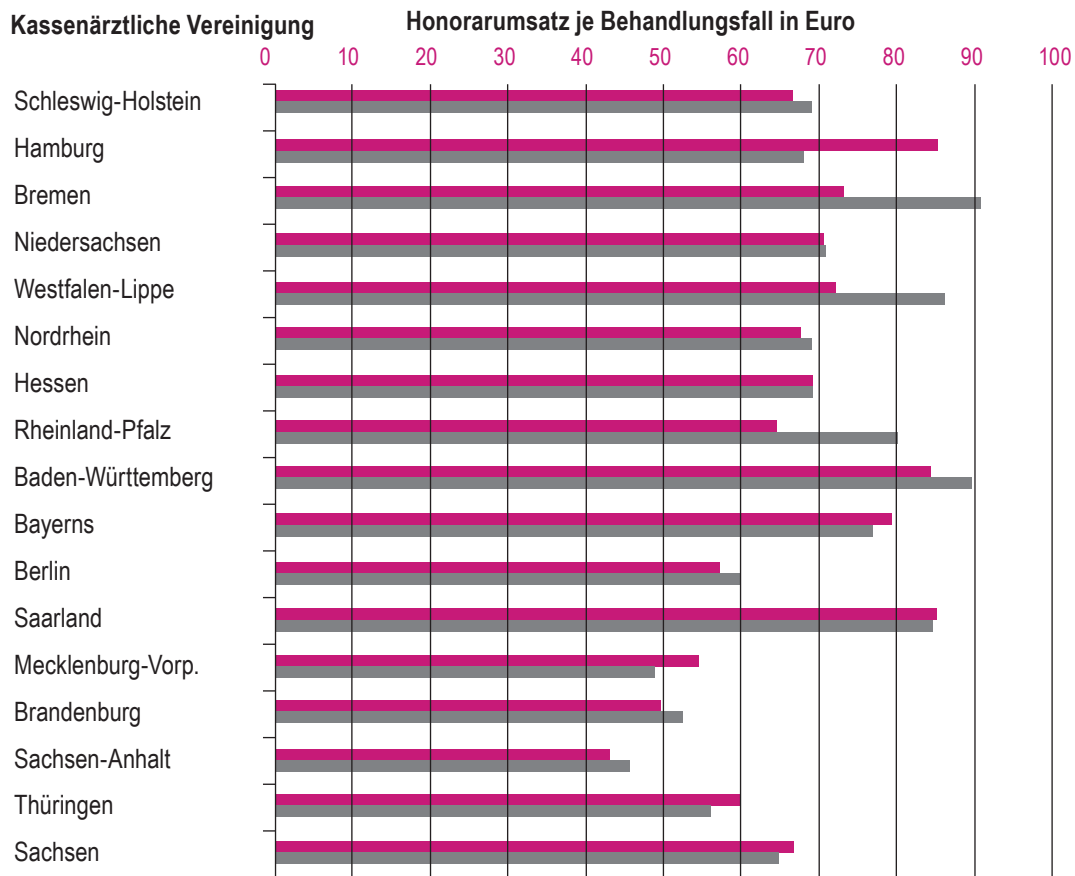
Im Vergleich der KVen zeigt sich ein sehr inhomogenes Bild bei der Veränderung der Honorarumsätze. Während in einigen KVen ein deutliches Honorarminus zu berichten ist (Hamburg, Thüringen und Sachsen) zeigen andere KVen eine weit überdurchschnittliche Steigerung des durchschnittlichen Honorarumsatzes je Arzt (Bremen, Westfalen-Lippe und Rheinland-Pfalz).

**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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	186.507	177.115	-9.392	-5,0 %	66,56	69,09	2,53	3,8 %
Hamburg	283.580	219.568	-64.011	-22,6 %	85,05	67,80	-17,25	-20,3 %
Bremen	147.252	165.511	18.260	12,4 %	72,96	90,97	18,00	24,7 %
Niedersachsen	185.115	187.312	2.197	1,2 %	70,67	70,90	0,23	0,3 %
Westfalen-Lippe	190.834	231.886	41.053	21,5 %	72,02	86,18	14,16	19,7 %
Nordrhein	143.375	142.525	-851	-0,6 %	67,43	68,90	1,46	2,2 %
Hessen	174.162	184.668	10.506	6,0 %	69,24	69,04	-0,21	-0,3 %
Rheinland-Pfalz	156.229	187.993	31.764	20,3 %	64,57	80,21	15,65	24,2 %
Baden-Württemberg	195.886	205.693	9.807	5,0 %	84,30	89,76	5,46	6,5 %
Bayerns	208.774	201.021	-7.753	-3,7 %	79,06	76,88	-2,18	-2,8 %
Berlin	127.028	125.180	-1.848	-1,5 %	57,00	60,32	3,32	5,8 %
Saarland	188.635	185.420	-3.215	-1,7 %	85,07	84,56	-0,51	-0,6 %
Mecklenburg-Vorp.	224.118	211.996	-12.122	-5,4 %	54,42	48,95	-5,47	-10,1 %
Brandenburg	167.633	159.547	-8.086	-4,8 %	49,60	52,30	2,71	5,5 %
Sachsen-Anhalt	177.341	180.404	3.063	1,7 %	43,14	45,88	2,74	6,3 %
Thüringen	196.635	179.839	-16.796	-8,5 %	59,99	56,22	-3,76	-6,3 %
Sachsen	215.491	198.415	-17.076	-7,9 %	66,67	64,71	-1,97	-3,0 %
Bund	185.348	186.807	1.458	0,8 %	68,59	70,50	1,92	2,8 %

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Diagramm 26: Abrechnungsgruppe Radiologie
Honorarumsatz je Behandlungsfall in Euro



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; Praxen mit zugelassenen Ärzten

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

1.1.3.23 Honorarumsatz Urologie

Im 1. Halbjahr 2011 sind sowohl der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (-2,0 Prozent) der Fachärzte für Urologie als auch der durchschnittliche Honorarumsatz je Behandlungsfall (-1,9 Prozent) gesunken.

Ein Vergleich der KVen zeigt insbesondere in Hamburg, Nordrhein, Bayern, im Saarland, in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg eine Senkung

des Honorarumsatzes. Dies resultiert unter anderem aus der notwendigen Bereinigung der Grundpauschalen zum 1. Juli 2010 aufgrund der Einführung onkologischer Zusatzpauschalen.

Es gelten zusätzlich die in Abschnitt 1.1.1 angeführten Gründe für die besonderen Honorarveränderungen der KVen Hamburg und Rheinland-Pfalz.

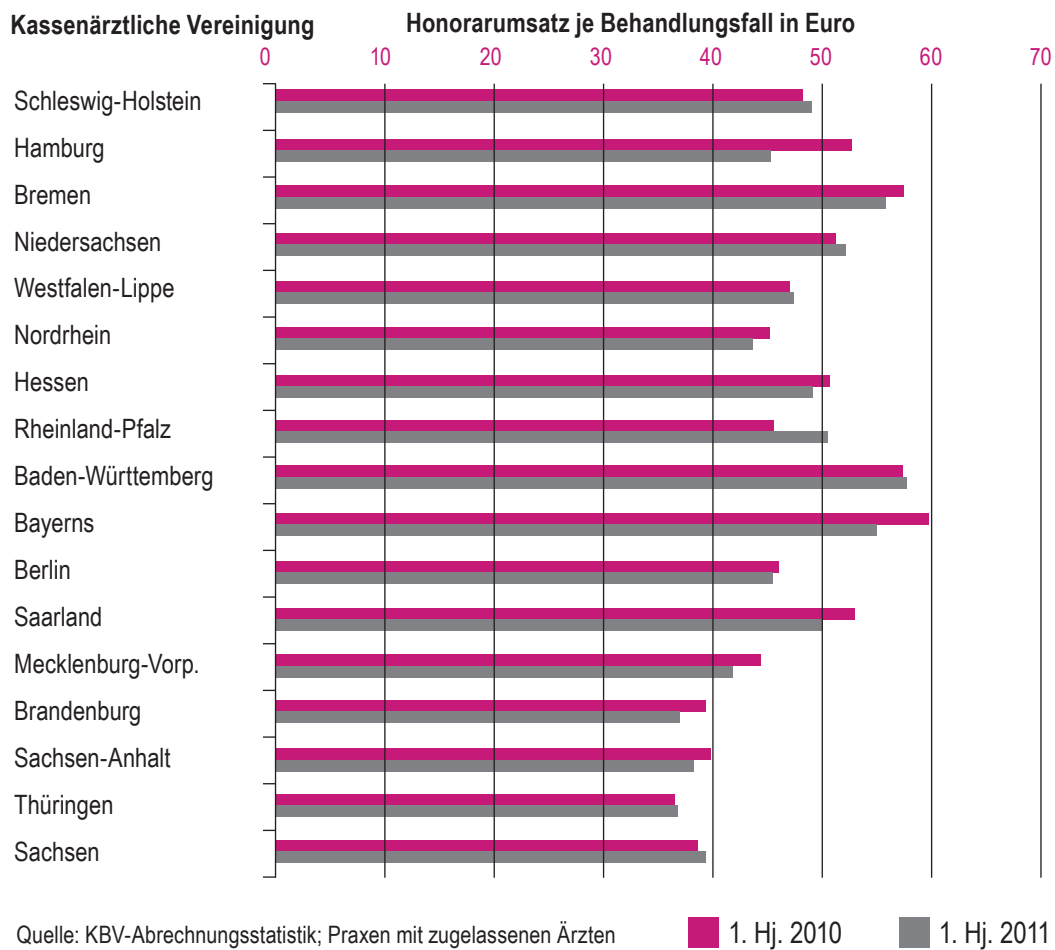
Honorarumsätze
sinken überwiegend

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

Kassenärztliche Vereinigung	Honorarumsatz je Arzt in Euro		Veränderung		Honorarumsatz je Behandlungs- fall in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	92.366	89.406	-2.960	-3,2 %	48,35	49,03	0,68	1,4 %
Hamburg	101.514	87.634	-13.880	-13,7 %	52,83	45,27	-7,56	-14,3 %
Bremen	114.094	113.483	-610	-0,5 %	57,74	55,91	-1,83	-3,2 %
Niedersachsen	106.577	110.079	3.502	3,3 %	51,35	52,22	0,87	1,7 %
Westfalen-Lippe	104.128	108.197	4.069	3,9 %	46,86	47,47	0,61	1,3 %
Nordrhein	86.367	81.864	-4.503	-5,2 %	45,26	43,62	-1,64	-3,6 %
Hessen	96.185	93.146	-3.038	-3,2 %	50,83	49,26	-1,57	-3,1 %
Rheinland-Pfalz	84.294	93.941	9.647	11,4 %	45,51	50,50	5,00	11,0 %
Baden-Württemberg	105.239	105.129	-110	-0,1 %	57,45	57,91	0,46	0,8 %
Bayerns	101.846	92.094	-9.752	-9,6 %	59,72	55,09	-4,63	-7,8 %
Berlin	89.234	87.567	-1.666	-1,9 %	46,04	45,35	-0,69	-1,5 %
Saarland	91.081	85.718	-5.363	-5,9 %	53,07	50,06	-3,01	-5,7 %
Mecklenburg-Vorp.	132.081	125.488	-6.592	-5,0 %	44,31	41,67	-2,64	-6,0 %
Brandenburg	128.633	121.526	-7.107	-5,5 %	39,47	37,10	-2,37	-6,0 %
Sachsen-Anhalt	101.769	99.036	-2.733	-2,7 %	39,73	38,36	-1,37	-3,4 %
Thüringen	99.498	100.118	620	0,6 %	36,71	36,76	0,05	0,1 %
Sachsen	114.982	116.596	1.614	1,4 %	38,81	39,38	0,57	1,5 %
Bund	100.745	98.687	-2.057	-2,0 %	48,74	47,82	-0,92	-1,9 %

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:

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

Grundlage für die zu berücksichtigenden Kostensätze ist das ZI-Praxis-Panel (ZiPP)^[2]. Die Erhebung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland untersucht die Kosten- und Versorgungsstrukturen in Praxen der niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Die erste Erhebungswelle fand 2010 statt und umfasste die Berichtsjahre 2006, 2007 und 2008.

Für die Berechnungen der Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das 1. Halbjahr 2010 und das 1. Halbjahr 2011 wurden die Kostensätze des Jahres 2008 verwendet. Zu methodischen Fragestellungen wird auf das ZI-Praxis-Panel verwiesen.

Tabelle 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Euro

Abrechnungsgruppe	Überschuss je Arzt in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten	44.240	47.799	3.559	8,0 %
Kinder- und Jugendmedizin	59.625	63.726	4.102	6,9 %
Anästhesiologie	43.309	41.520	-1.789	-4,1 %
Augenheilkunde	58.408	59.462	1.054	1,8 %
Chirurgie	47.264	47.427	163	0,3 %
Gynäkologie	48.392	46.852	-1.541	-3,2 %
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	43.768	44.977	1.209	2,8 %
Hautarzt	43.288	46.406	3.119	7,2 %
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt *	51.620	53.365	1.746	3,4 %
Innere Medizin, SP Angiologie *	55.625	60.909	5.285	9,5 %
Innere Medizin, SP Gastroenterologie	83.303	82.855	-447	-0,5 %
Innere Medizin, SP Hämatologie/Onkologie	94.326	92.692	-1.634	-1,7 %
Innere Medizin, SP Kardiologie	68.865	69.662	797	1,2 %
Innere Medizin, SP Nephrologie *	129.943	127.016	-2.926	-2,3 %
Innere Medizin, SP Pneumologie	74.312	77.148	2.835	3,8 %
Innere Medizin, SP Rheumatologie *	67.344	71.557	4.212	6,3 %
Neurologie *	38.570	41.911	3.341	8,7 %
Psychiatrie	37.036	37.799	763	2,1 %
Nervenheilkunde	50.094	56.879	6.785	13,5 %
Orthopädie	48.693	48.449	-244	-0,5 %
Psychotherapeuten (ärztlich/nichtärztlich)	25.744	25.654	-90	-0,4 %
Radiologie **	56.622	57.067	445	0,8 %
Urologie	49.470	48.460	-1.010	-2,0 %
Bund	47.919	49.345	1.426	3,0 %

* eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund einer geringen Fallzahl und/oder einer großen Streubreite

** Kostensatz für Radiologie und Nuklearmedizin

Für die Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie liegen aufgrund der geringen Teilnehmerzahl aus dem ZI-Praxis-Panel keine Kostensätze vor.

Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik; ZI-Praxis-Panel - Jahresbericht 2010 - 1. Jahrgang Berlin, März 2012

1.3 Gegenüberstellung Honorarumsatz und Überschuss

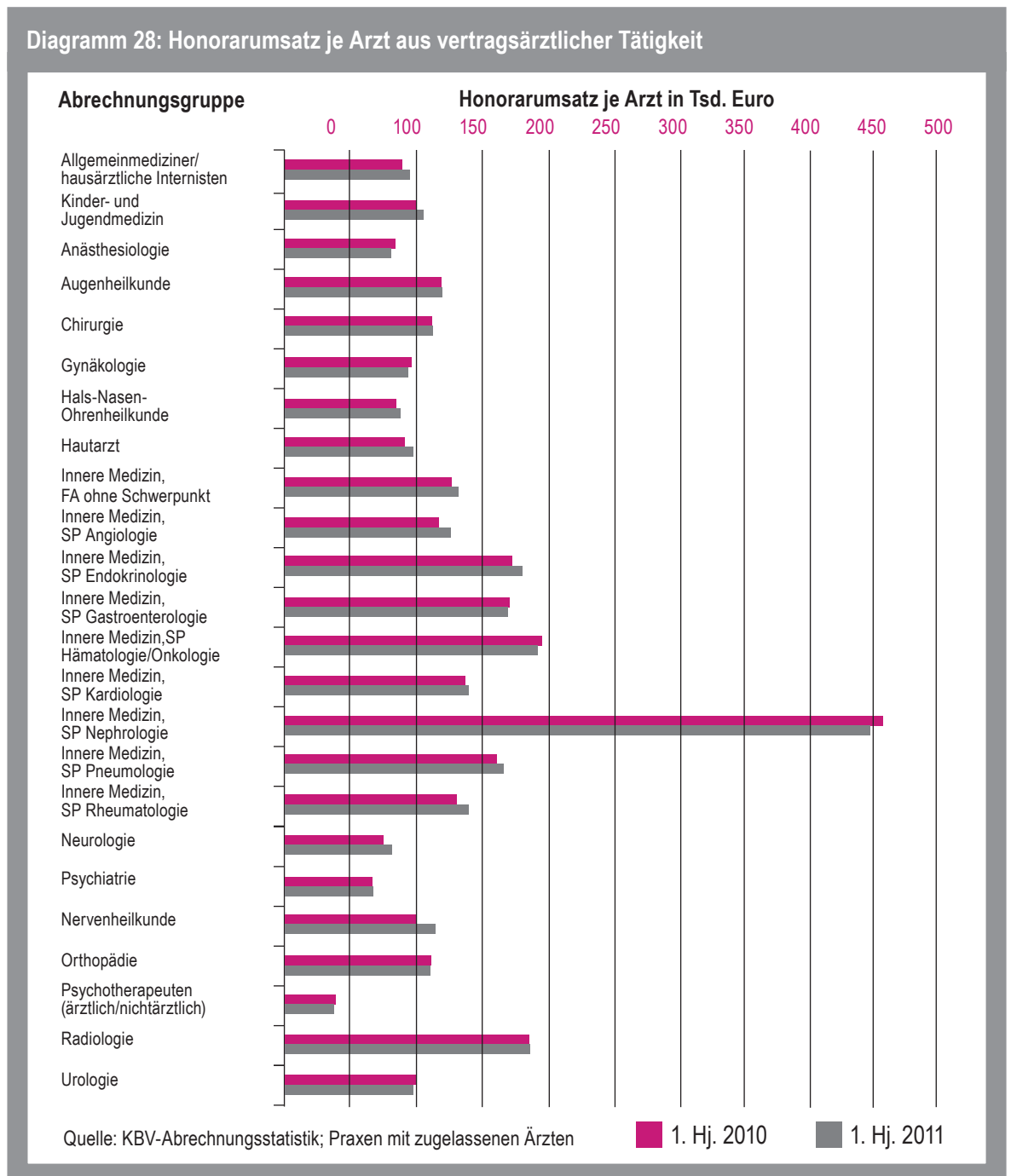
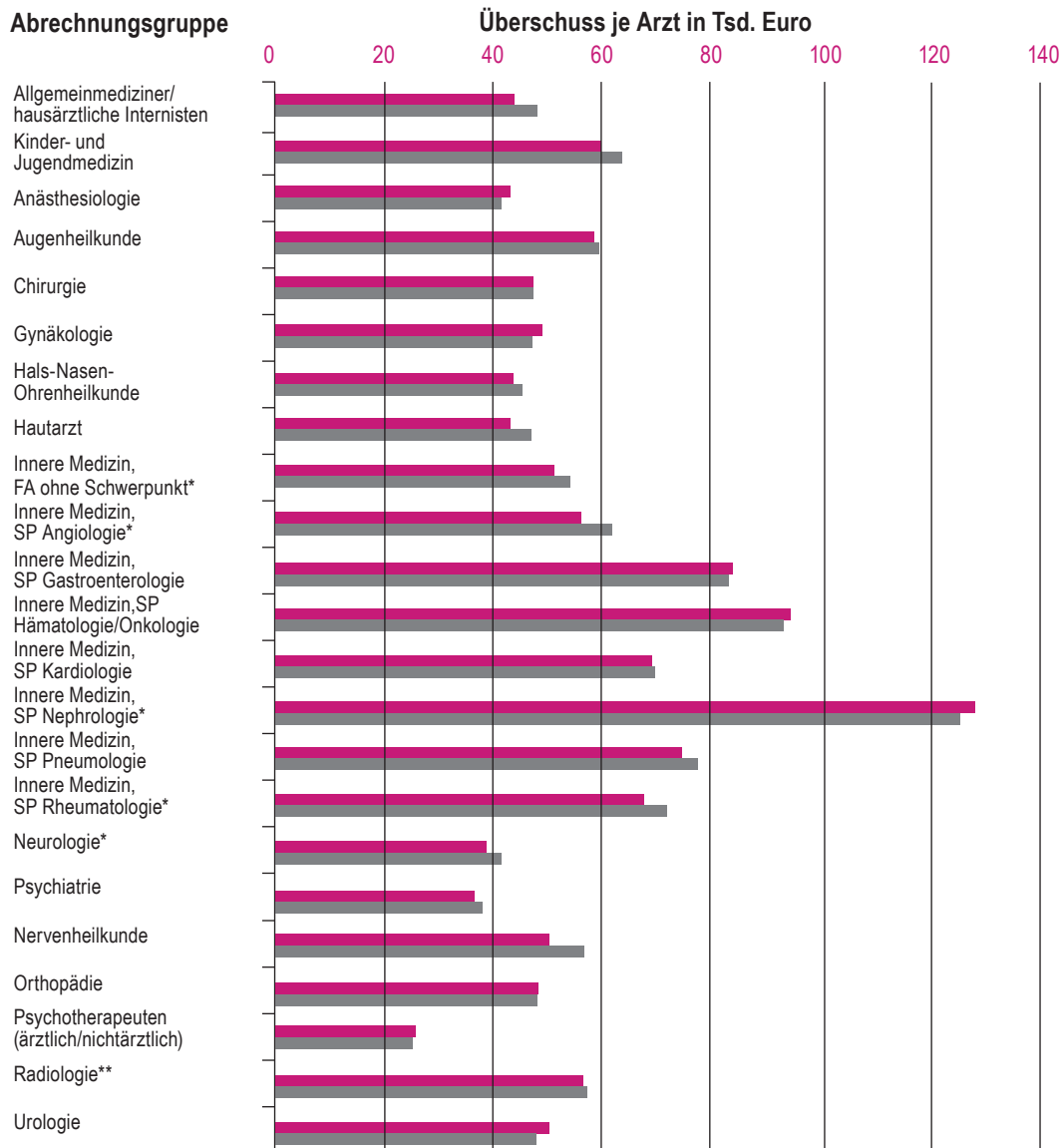


Diagramm 29: Überschuss je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit



Quelle: KBV-Abrechnungsstatistik;
ZI-Praxis-Panel - Jahresbericht 2010 - 1. Jahrgang Berlin, März 2012

■ 1. Hj. 2010

■ 1. Hj. 2011

* eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund einer geringen Fallzahl und/oder einer großen Streubreite

** Kostensatz für Radiologie und Nuklearmedizin

Für die Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie liegen aufgrund der geringen Teilnehmerzahl aus dem ZI-Praxis-Panel keine Kostensätze vor

2. ZUSAMMENHANG ZWISCHEN HONORARUMSATZ UND GESAMTVERGÜTUNG

2.1 Wie funktioniert die Honorierung im deutschen Gesundheitssystem?

Die rund 150.000 ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland werden nach einem komplexen System honoriert. Der weitaus größte Teil der Vergütung stammt von den gesetzlichen Krankenkassen und wird durch den Arzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erwirtschaftet. Die Krankenkassen stellen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten einen bestimmten Betrag zur Verfügung – die sogenannte Gesamtvergütung.

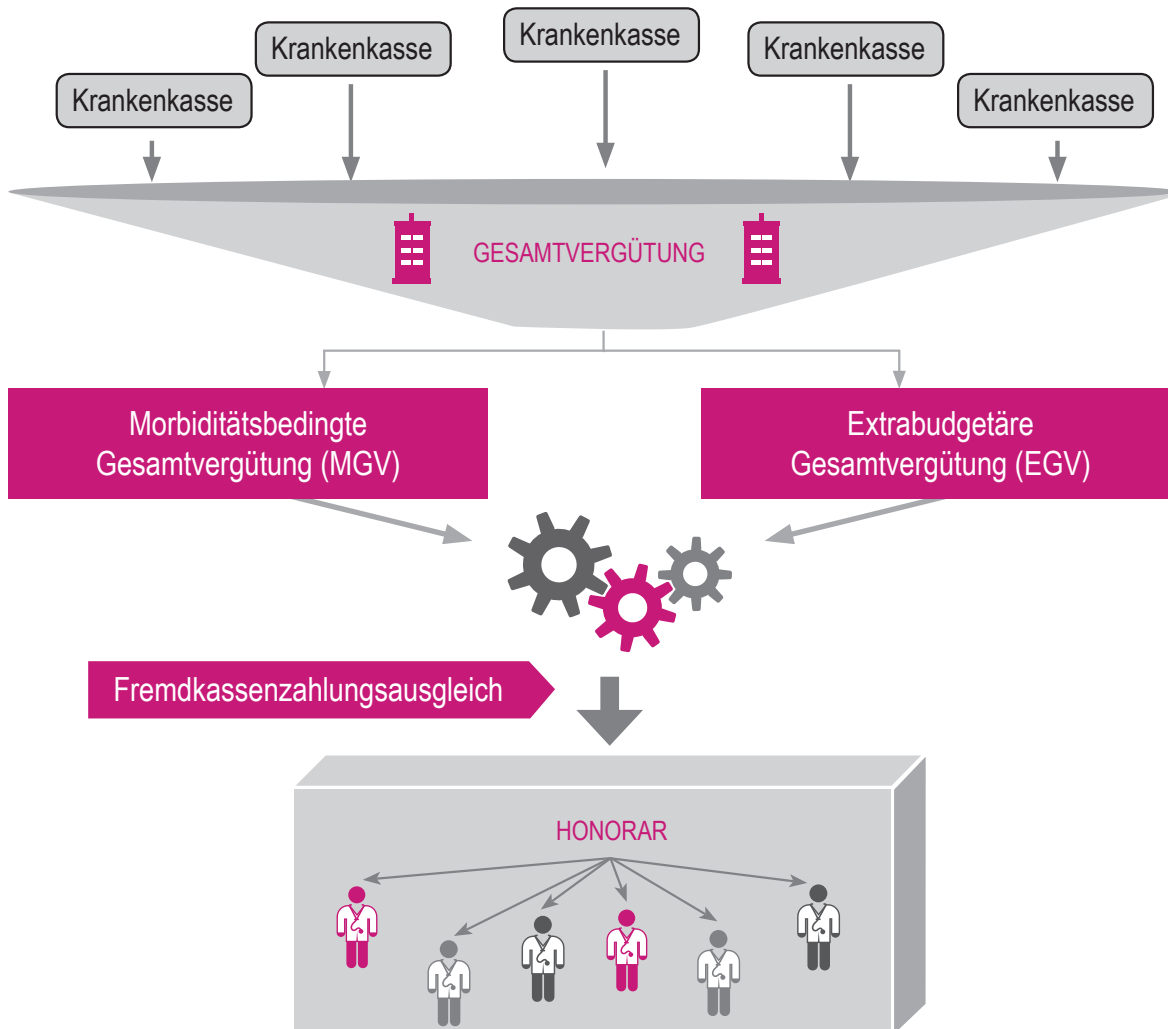
Das Geld geht nicht direkt von den Krankenkassen an den Arzt oder Psychotherapeuten, sondern an die einzelnen KVen, die es wiederum an die Ärzte verteilen. Diese Honorarverteilung ist notwendig, da der unbegrenzten Leistungsanspruchnahme durch die Patienten nur begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Die Verteilung in der KV löst diesen Widerspruch auf.

Zunächst reicht der Arzt quartalsweise für alle behandelten Patienten seine Abrechnung bei der KV ein. Eine Grundlage für die Abrechnung bildet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Er ist eine Art Katalog und umfasst alle Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten mit den

gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Seit 2009 steht hinter jeder Leistung nicht nur eine Punktzahl, sondern ein fester Euro-Wert. Dieser Euro-Wert kommt zustande, indem die den Leistungen zugeordneten Punkte mit dem Orientierungspunktwert multipliziert werden. Er beträgt seit 2010 genau 3,5048 Cent.

Ein Großteil der ambulanten Leistungen wird aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert. Diese unterliegt einer Mengenbegrenzung und es können nicht alle abgerechneten Leistungen zu den Preisen vergütet werden, die im EBM stehen. Hat der einzelne Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut eine bestimmte Leistungsmenge im Quartal überschritten, so erhält er darüber hinausgehende Leistungen nur zu abgesenkten Preisen vergütet.

Zusätzliches Geld stellen die gesetzlichen Krankenkassen außerdem für Leistungen außerhalb der MGV als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) bereit. Dazu zählen besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen oder ambulante Operationen. Diese Leistungen bekommt der Arzt in der Regel zu Preisen der Euro-Gebührenordnung honoriert.



2.2 Gesamtvergütung, Fremdkassenzahlungsausgleich und Honorarumsatz

Nach § 87a Abs. 3 SGB V entrichten die Krankenkassen an die KVen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnsitz im Bezirk der jeweiligen KV.

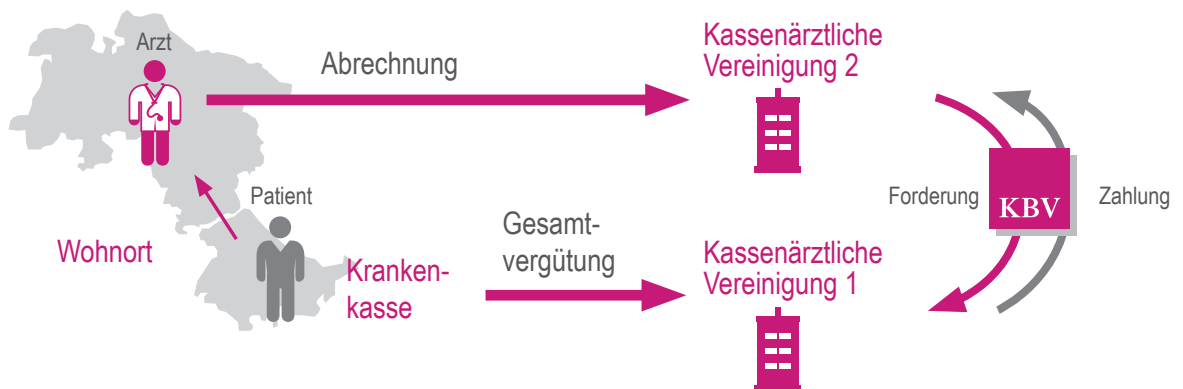
Die Gesamtvergütung besteht aus einem budgetierten (morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)) und einem unbudgetierten (extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)) Anteil. Dabei wird die MGV durch Multiplikation des mit der Zahl und der Morbiditäts-

struktur verbundenen Behandlungsbedarfs mit dem regionalen Punktwert bestimmt.

Grundsätzlich zahlen die Krankenkassen die Gesamtvergütung an die KV, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnort hat. Im Fall einer KV-übergreifenden Inanspruchnahme eines Vertragsarztes erhält die KV des Vertragsarztes also nicht direkt die von der Krankenkasse entrichtete Vergütung. Damit die KV, in deren Bezirk der Versicherte einen Vertragsarzt in Anspruch genommen hat, die

Zahlungen der Krankenkassen erhält, wurde der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) als Verteilungsinstrument der Zahlungen zwischen den KVen eingeführt. Mit Hilfe des FKZ erhält die KV eine Zahlung für die Behandlung, welche

ursprünglich in der Gesamtvergütung einer anderen KV abgedeckt war, in deren Bezirk der Wohnort des Versicherten liegt. Clearingstelle für die Zahlungsflüsse ist die KBV.



2.3 Abweichungen

Die Summe der Gesamtvergütungen ist auch nach Durchführung des FKZ nicht zwangsweise identisch mit der Summe der Honorarumsätze der Ärzte. Seit dem 4. Quartal 2009 sind vermehrt größere Abweichungen zwischen Honorarumsatz und Gesamtvergütungen zu erkennen, für die es drei wesentliche Sachverhalte gibt, die diese Abweichung erklären:

1. Überzahlungen sowie Unterzahlungen der Ärzte, um zuvor erfolgte Überzahlungen auszugleichen
2. Unterschiedliche Definition des Umfangs GKV-Leistungen im Formblatt 3 und in der Abrechnungsstatistik
3. Auswirkungen bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen (nicht aufgelöste Rückstellungen)

2.3.1 Überzahlungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Im Bereich einiger KVen kam es in den ersten Quartalen nach Einführung der bundesweiten Honorarvorgaben durch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss im Jahr 2009 dazu, dass die für sogenannte „freie Leistungen“ gebildeten Rückstellungen aufgrund der Mengenentwicklung dieser Leistungen nicht ausreichten. Da die angeforderten Leistungsbedarfe der Vertragsärzte vollumfänglich zu bedienen waren, mussten die fehlenden Mittel zwischenfinanziert werden. Dies führte in den Folgequartalen dazu, dass zum Ausgleich der Überzahlung gegebenenfalls Finanzmittel genutzt werden mussten und nicht an die Ärzte ausgezahlt werden konnten. In der Folge ist es in den Folgequartalen teilweise zu einer geringeren Honorarzahlung gekommen.

In Einzelfällen ist es auch möglich, dass KVen auf Rückstellungen zurückgegriffen haben, um im Rahmen der sogenannten Konvergenzphase für bestimmte Ärzte oder Arztgruppen Zahlungen zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten durchzuführen. Auch dies führt zu einer Differenz in der Höhe von arzt- und kassenseitiger Vergütung.

2.3.2 Unterschiedliche Definitionen des Umfangs vertragsärztlicher Leistungen

Die Systematiken zur Definition des Umfangs vertragsärztlicher Leistungen werden auf Bundesebene durch die Partner der Bundesmantelverträge an verschiedenen Stellen gemeinsam und einheitlich definiert. Darüber hinaus werden durch die Gesamtvertragspartner weitere Leistungen bestimmt oder es wird vereinbart, dass auch für Dritte die Abrechnungswege der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden sollen. Damit kommt es im Einzelfall zu unterschiedlichen Definitionen in den Datenlieferungen zur arztseitigen Rechnungslegung und kassenseitiger Rechnungslegung (Formblatt 3). Gleiches gilt für die KV-spezifische Abrechnung besonderer regionaler Verträge, z.B. die Abrechnung von Fahrdiensten im Rahmen des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes. Diese Angaben sind zwar in den Daten des Formblatts 3 enthalten, aber nicht in der Abrechnungsstatistik der KBV. Der Grund: Es handelt sich um Einnahmen der im ärztlichen Bereitschaftsdienst als Fahrdienst tätigen Unternehmen.

Besondere Regelungen des Bewertungsausschusses, z. B. zu Mammographie-Screening-Einrichtungen, führen ebenfalls zu unterschiedlichen Volumen. Die Overhead-Kosten des Mammographie-Screenings stehen nicht als vertragsärztliches Honorar zur

Verfügung, gelten aber im Formblatt 3 als Gesamtvergütung. Weiter ist davon auszugehen, dass besondere Vergütungsregelungen auf regionaler Ebene wie Sicherstellungszuschüsse oder Investitionskostenzuschüsse nicht einheitlich behandelt werden.

2.3.3 Auswirkungen bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses zur Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

In einigen KVen waren die Rückstellungen für bestimmte Leistungsbereiche zu groß bemessen und die zweckgebundenen Finanzmittel konnten nicht vollständig ausgeschüttet werden (im Gegensatz zu den in 2.3.1 geschilderten Fällen). Die Richtigstellung erfolgte erst mit Zeitverzug in den Perioden außerhalb der berichteten Quartale.

Die Systematik der bundesweiten Honorarvorgaben durch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss basiert auf arztgruppenspezifischen, durchschnittlichen RLV-Fallwerten. Bei individuell unterdurchschnittlichen Fallwerten eines Arztes und/oder Absinken der tatsächlichen Fallzahl in der Quartalsabrechnung gegenüber der individuellen RLV-Fallzahl des Vorjahres, die bei der Bestimmung der RLVs zugrunde gelegt wurde, werden dann Teile des RLV nicht abgerufen, während bei Ärzten mit überdurchschnittlichen Fallwerten und/oder steigender abgerechneter Fallzahl eine Quotierung durch das RLV erfolgt. Ein Ausgleich ist nicht möglich und es verbleiben im diesem Abrechnungsquartal nicht abgerufene Finanzbeträge.

2.3.4 Weitere KV-spezifische Gründe

Für die KV-spezifischen Abweichungen zwischen Gesamtvergütung und Honorarumsätzen gibt es noch weitere Gründe. Hier werden einige Beispiele dargestellt:

- Allgemeine Auflösung von Rückstellungen,
- Auflösung besonderer Rückstellungen für die angemessene Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten aufgrund von Sozialgerichtsurteilen, denen im selben Quartal keine entsprechende Gesamtvergütung gegenübersteht,
- Rückzahlungen an Betriebskrankenkassen für die Jahre 2002 bis 2008, die zwar honorarwirksam waren, aber nicht in der kassenseitigen Rechnungslegung ausgewiesen wurden,
- Honorarbestandteile für A/H1N1-Impfungen und besondere Verträge,
- Zu geringe Bemessung des FKZ-Anteils bei der Honorarberechnung aufgrund der Umstellung auf das Wohnortprinzip und Ausgleich in den Folgequartalen.

3. ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

Die Summe der Gesamtvergütungen ist in allen KVen gestiegen, wobei insbesondere für die KV Bayerns ein deutlicher Zuwachs aufgrund der Rückführung der zuvor selektivvertraglich vergüteten Leistungen zu berichten ist. Die Veränderungsdaten fallen aufgrund der asymmetrischen Steigerung der Gesamtvergütung^[1] für das Jahr 2011 regional sehr unterschiedlich aus.

Der Anteil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung an der Gesamtvergütung in allen KVen liegt zwischen 70 und 77 Prozent. In den KVen Bremen und Sachsen-Anhalt ist der Anteil der extrabudgetären Gesamtvergütung an der Gesamtvergütung am höchsten und in den KVen Berlin, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern am niedrigsten.

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. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	520,3	539,7	19,4	3,7 %	215,34	223,50	8,16	3,8 %
Hamburg	353,9	360,4	6,5	1,8 %	239,83	243,78	3,95	1,6 %
Bremen	139,8	144,5	4,7	3,4 %	242,95	254,18	11,22	4,6 %
Niedersachsen	1.602,7	1.633,5	30,8	1,9 %	233,90	239,46	5,56	2,4 %
Westfalen-Lippe	1.543,6	1.565,4	21,8	1,4 %	210,39	214,39	4,00	1,9 %
Nordrhein	1.755,2	1.805,0	49,7	2,8 %	215,60	222,56	6,96	3,2 %
Hessen	1.158,4	1.176,1	17,7	1,5 %	227,19	231,33	4,14	1,8 %
Rheinland-Pfalz	734,1	752,5	18,4	2,5 %	216,41	223,32	6,91	3,2 %
Baden-Württemberg	1.898,2	1.912,6	14,4	0,8 %	212,75	215,22	2,48	1,2 %
Bayerns	2.292,6	2.550,6	258,0	11,3 %	219,48	244,23	24,75	11,3 %
Berlin	699,3	716,5	17,1	2,4 %	248,68	253,08	4,40	1,8 %
Saarland	205,6	209,1	3,5	1,7 %	231,38	237,03	5,65	2,4 %
Mecklenburg-Vorp.	360,1	362,4	2,3	0,6 %	242,70	245,99	3,29	1,4 %
Brandenburg	474,5	490,2	15,7	3,3 %	213,21	221,79	8,58	4,0 %
Sachsen-Anhalt	474,8	486,9	12,1	2,6 %	219,35	228,61	9,25	4,2 %
Thüringen	444,0	457,3	13,3	3,0 %	217,91	226,42	8,51	3,9 %
Sachsen	839,1	867,3	28,1	3,4 %	222,08	231,08	8,99	4,0 %
Bund	15.496,4	16.030,0	533,5	3,4 %	221,23	229,73	8,50	3,8 %

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

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

Kassenärztliche Vereinigung	Budgetierte Gesamtvergütung in Mio. Euro		Veränderung		Extrabudgetäre Gesamtvergütung in Mio. Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	377,2	394,4	17,3	4,6 %	143,1	145,2	2,1	1,5 %
Hamburg	265,3	268,7	3,4	1,3 %	88,6	91,8	3,2	3,6 %
Bremen	100,8	102,1	1,3	1,3 %	39,1	42,5	3,4	8,8 %
Niedersachsen	1.194,1	1.212,6	18,5	1,5 %	408,6	420,9	12,3	3,0 %
Westfalen-Lippe	1.124,8	1.169,0	44,1	3,9 %	418,8	396,4	-22,4	-5,3 %
Nordrhein	1.296,3	1.352,3	56,0	4,3 %	458,9	452,7	-6,2	-1,4 %
Hessen	855,1	870,4	15,3	1,8 %	303,3	305,7	2,4	0,8 %
Rheinland-Pfalz	553,7	570,8	17,0	3,1 %	180,4	181,7	1,3	0,7 %
Baden-Württemberg	1.414,9	1.422,5	7,6	0,5 %	483,3	490,1	6,9	1,4 %
Bayerns	1.655,6	1.901,6	246,0	14,9 %	637,0	649,0	12,0	1,9 %
Berlin	540,2	549,7	9,5	1,8 %	159,2	166,8	7,6	4,8 %
Saarland	158,6	160,6	2,0	1,2 %	47,0	48,5	1,5	3,2 %
Mecklenburg-Vorp.	274,4	275,4	1,0	0,4 %	85,7	86,9	1,2	1,4 %
Brandenburg	356,3	371,0	14,6	4,1 %	118,2	119,3	1,1	0,9 %
Sachsen-Anhalt	334,6	344,6	10,0	3,0 %	140,2	142,3	2,2	1,5 %
Thüringen	331,3	341,7	10,4	3,1 %	112,7	115,6	2,9	2,6 %
Sachsen	614,9	639,5	24,6	4,0 %	224,3	227,8	3,5	1,6 %
Bund	11.448,2	11.946,7	498,5	4,4 %	4.048,3	4.083,3	35,0	0,9 %

Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik

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

Kassenärztliche Vereinigung	Budgetierte Gesamtvergütung je Versicherten in Euro		Veränderung	
	1. Hj. 2010	1. Hj. 2011	absolut	in %
Schleswig-Holstein	156,10	163,35	7,25	4,6 %
Hamburg	179,77	181,70	1,93	1,1 %
Bremen	175,10	179,48	4,39	2,5 %
Niedersachsen	174,27	177,76	3,49	2,0 %
Westfalen-Lippe	153,31	160,10	6,78	4,4 %
Nordrhein	159,23	166,74	7,51	4,7 %
Hessen	167,70	171,20	3,50	2,1 %
Rheinland-Pfalz	163,24	169,40	6,16	3,8 %
Baden-Württemberg	158,58	160,07	1,49	0,9 %
Bayerns	158,50	182,09	23,59	14,9 %
Berlin	192,08	194,17	2,09	1,1 %
Saarland	178,47	182,01	3,54	2,0 %
Mecklenburg-Vorp.	184,95	186,99	2,04	1,1 %
Brandenburg	160,11	167,83	7,71	4,8 %
Sachsen-Anhalt	154,60	161,79	7,19	4,7 %
Thüringen	162,60	169,17	6,57	4,0 %
Sachsen	162,73	170,39	7,66	4,7 %
Bund	163,44	171,21	7,78	4,8 %

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



Quelle: KBV-Formblatt-3-Statistik

4. BEREINIGUNG DER GESAMTVERGÜTUNGEN

4.1 Erläuterung

Die KVen erhalten eine mit den Krankenkassen vereinbarte Gesamtvergütung. Sie deckt die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV 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:

- 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 Leistungen nicht mehr über die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung vergütet, um eine doppelte Finanzierung zu vermeiden. Bei der Bemessung der MGV muss um die entsprechenden Leistungsmengen bereinigt werden (vgl. §§ 73b Abs. 7 Satz 2, 73c Abs. 6 Satz 2, 140d SGB V) und die MGV sinkt damit ab. Die extrabudgetären Leistungen müssen nicht bereinigt werden. Über die konkrete 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.

4.2 Entwicklung

**Tabelle 33: Bereinigung der Gesamtvergütungen aufgrund der selektivvertraglichen Versorgung
1. Quartal 2009 bis 2. Quartal 2011 in Mio. Euro**

Kassenärztliche Vereinigung	Quartal									
	I. 2009	II. 2009	III. 2009	IV. 2009	I. 2010	II. 2010	III. 2010	IV. 2010	I. 2011	II. 2011
Schleswig-Holstein										
Hamburg										
Bremen								0,0		0,0
Niedersachsen									0,0	0,1
Westfalen-Lippe								0,0		
Nordrhein										
Hessen								0,1		0,0
Rheinland-Pfalz										
Baden-Württemberg	10,4	19,6	25,7	29,1	33,5	36,6	41,2	46,2	53,6	57,7
Bayerns		75,2	90,9	100,5	122,2	124,9	143,5	159,8	23,0	23,2
Berlin		0,0	0,0	0,1					0,0	0,0
Saarland										
Mecklenburg-Vorp.									0,0	0,0
Brandenburg					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sachsen-Anhalt							0,0	0,0	0,1	0,2
Thüringen									0,0	0,0
Sachsen					0,0	0,0	0,0	0,0		0,0
Bund	10,4	94,8	116,6	129,7	155,7	161,5	184,7	206,2	76,7	81,2

Quelle: 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2010 GKV Spitzenverband; ab 1. Quartal 2011 KBV – Formblatt 3 – Statistik

5. SONDERTHEMA: VOM HONORARUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN

Die in Kapitel 1.1 und 1.2 dargestellten Honorarumsätze und Überschüsse sind nicht zu verwechseln mit dem Nettoeinkommen eines niedergelassenen Arztes.

Die Tabellen in Kapitel 1.2 berücksichtigen den durchschnittlichen Honorarumsatz aus der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Arztes abzüglich der Betriebsausgaben in Form von Kostensätzen. Die Betriebsausgaben umfassen Aufwendungen für angestelltes und praxisexternes Personal, für Material und Labor, für Mieten für Praxisräume, für Energie, für Versicherungen, Beiträge und Gebühren, für Kraftfahrzeughaltung, für Leasing und Miete von Geräten, für Fremdkapitalzinsen, für Fortbildung und sonstige betriebliche Aufwendungen. Im Durchschnitt über alle Abrechnungsgruppen betragen im Jahr 2008 die Betriebsausgaben 51,6 Prozent des Honorarumsatzes.^[2]

Die Tätigkeit der angestellten Ärzte ist bei der Berechnung des Nettoeinkommens in den Betriebsausgaben berücksichtigt. Deshalb ist es erforderlich, die Darstellung des Honorarumsatzes auf den Praxisinhaber zu beziehen. Entsprechend erhält man den durchschnittlichen Überschuss aus der vertragsärztlichen Tätigkeit eines Praxisinhabers. Dadurch sind die Angaben zum Honorarumsatz die-

ses Abschnitts nicht mit den unter 1.1 dargestellten Honorarumsätzen je Arzt vergleichbar.

Berücksichtigt man außerdem die Honorarbestandteile aus selektivvertraglicher, privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit und verwendet die erhobenen prozentualen Kostensätze für die Betriebsausgaben, so erhält man den durchschnittlichen Überschuss eines Praxisinhabers aus seiner gesamten ärztlichen Tätigkeit. Auch dieser ist nicht das Nettoeinkommen eines Praxisinhabers.

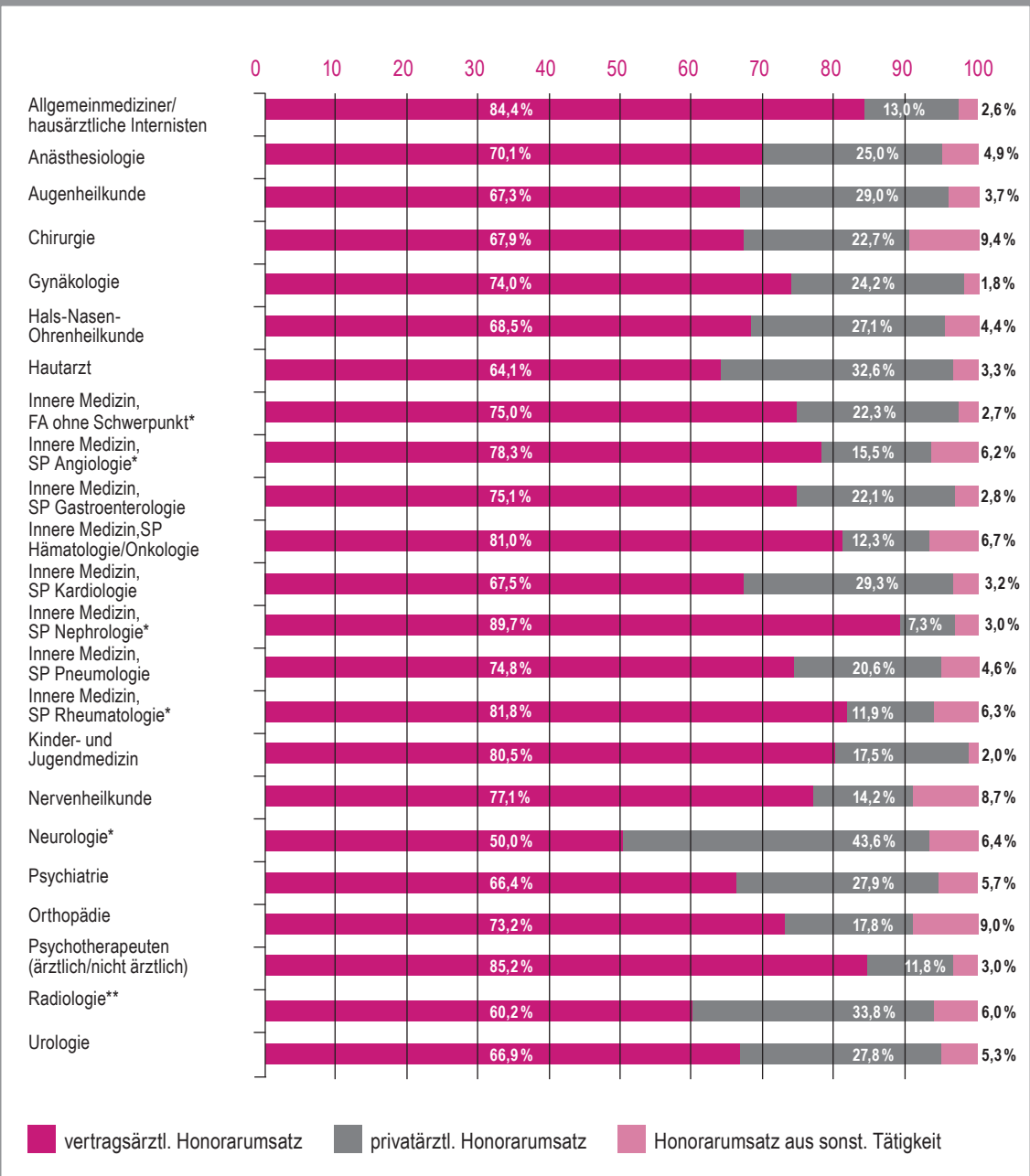
Der Anteil des Honorarumsatzes aus GKV-Praxis, d.h. aus der Versorgung gesetzlich Krankensversicherter (vertragsärztliche und selektivvertragliche Vergütung), betrug laut ZI-Praxis-Panel im Jahr 2008 durchschnittlich 77,3 Prozent, wobei die Streuung zwischen den Abrechnungsgruppen teilweise sehr groß ist (Radiologie: 60,2 Prozent; Psychotherapie: 85,2 Prozent – vgl. Diagramm 31). Außerdem gibt es große regionale Unterschiede für den Anteil der Privatpatienten, so dass auch hier eine deutliche Streuung sowohl zwischen als auch innerhalb der KVen zu erwarten ist. Während im Jahr 2007 in den alten Bundesländern 11,5 Prozent der Bevölkerung privat versichert waren, betrug in den neuen Bundesländern der Anteil nur 7,1 Prozent.^[6]

Honorarumsatz ≠
Nettoeinkommen

Honorarumsatz aus
vertragsärztlicher,
privatärztlicher und
sonstiger Tätigkeit

Überschuss aus
ärztlicher Tätigkeit

Diagramm 31: Honoraranteile aus vertragsärztlicher, privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit 2008



* eingeschränkte statistische Aussagefähigkeit aufgrund einer geringen Fallzahl und/oder einer großen Streubreite

** Angaben für Radiologie und Nuklearmedizin

Für die Abrechnungsgruppe Innere Medizin, SP Endokrinologie liegen aufgrund der geringen Teilnehmerzahl aus dem ZI-Praxis-Panel keine Daten vor.

Quelle: ZI-Praxis-Panel - Jahresbericht 2010 - 1. Jahrgang Berlin, März 2012

Nach Berücksichtigung von Steuerzahlungen in Höhe von durchschnittlich 30,9 Prozent des Überschusses^[3], Aufwendungen zur Kranken- und Pflegeversicherung^[4] und zur berufsständischen Altersvorsorge^[5] erhält man das dem Praxisinhaber zur Verfügung stehende Nettoeinkommen. Im 1. Halbjahr 2011 betrug das durchschnittliche monatlich verfügbare Nettoeinkommen über alle Abrechnungsgruppen rund 5.442 Euro, was etwa 23,5 Prozent des Honorarumsatzes aus ärztlicher Tätigkeit entspricht (vgl. Tabelle 34). Betrachtet man die einzelnen Arztgruppen, so liegt das verfügbare Nettoeinkommen zwischen 15,4 Prozent (Fachärzte für

Radiologie) und 35,8 Prozent (Psychotherapeuten) des Honorarumsatzes aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit.

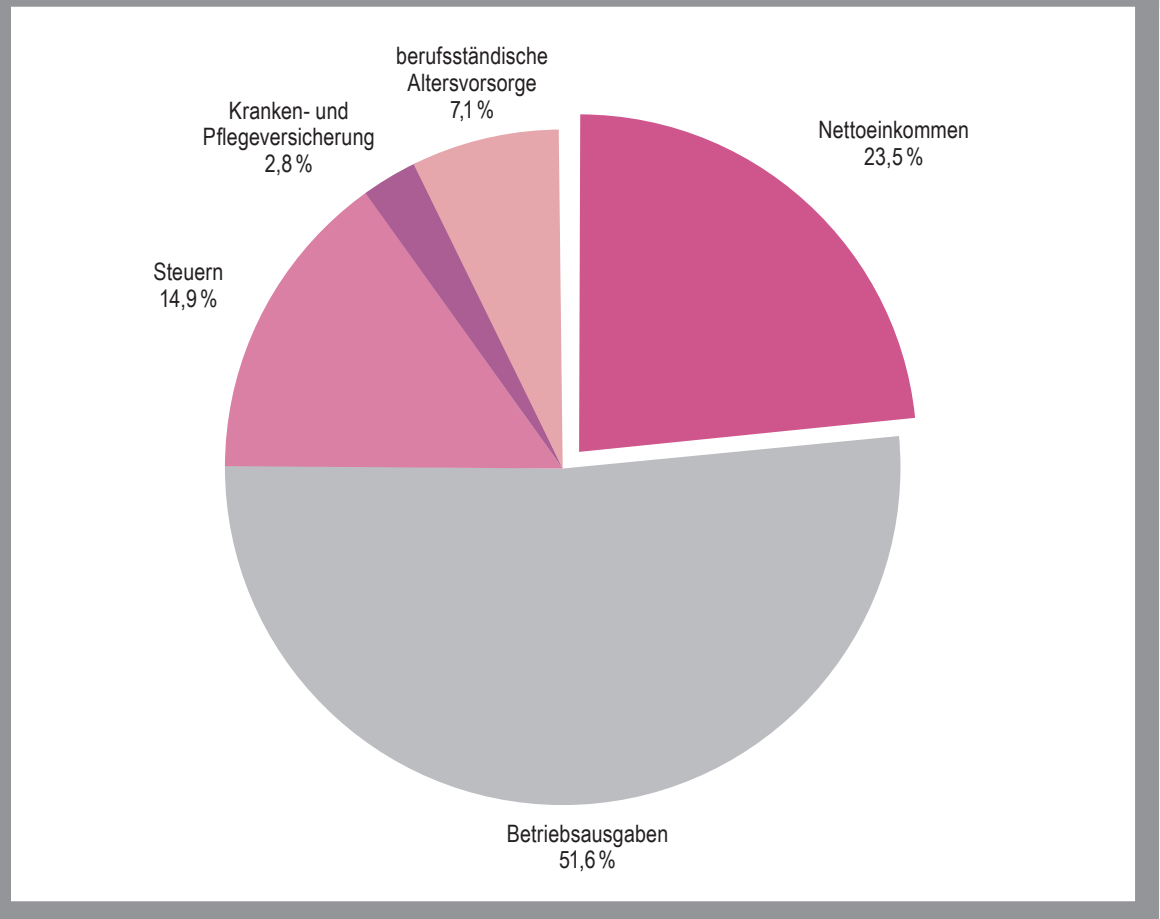
Bei dieser und den folgenden Beispielrechnungen ist zu beachten, dass es sich bei den Kostensätzen für Betriebsausgaben und Honoraranteilen aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit grundsätzlich um bundesweite Durchschnittswerte je Praxisinhaber bzw. je Abrechnungsgruppe handelt. Sie werden nicht regional-spezifisch aufgeschlüsselt und weisen deshalb zwischen und teilweise auch innerhalb der KVen starke Schwankungen auf.

Nettoeinkommen:
Durchschnittlich
bleiben 23,5
Prozent des
Honorarumsatzes
übrig

**Tabelle 34: Nettoeinkommen alle Ärzte/Psychotherapeuten
1. Halbjahr 2011; alle Angaben Durchschnitt je Praxisinhaber**

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit	106.522 Euro	
+ Honorarumsatz aus selektivvertraglicher Tätigkeit	760 Euro	
= Honorarumsatz aus GKV-Praxis	107.282 Euro	Anteil: 77,3 % ^[2]
+ Honorarumsatz aus privatärztl. und sonst. Tätigkeit	31.505 Euro	Anteil: 22,7 % ^[2]
= Honorarumsatz aus ärztlicher Tätigkeit	138.787 Euro	
./. Betriebsausgaben	71.648 Euro	Kostensatz: 51,6 % ^[2]
= Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit	67.138 Euro	
./. Steuern	20.746 Euro	Steuersatz: 30,9 % ^[3]
./. Kranken- und Pflegeversicherung ^[4]	3.888 Euro	
./. berufsständische Altersvorsorge ^[5]	9.851 Euro	
= Nettoeinkommen	32.654 Euro	

Diagramm 32: Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen I
1. Halbjahr 2011



Für die Abrechnungsgruppen Fachärzte für Allgemeinmedizin/hausärztliche Internisten, Fachärzte für Orthopädie und ärztliche und nichtärztliche Psychotherapeuten werden im Folgenden beispielhaft die Honorarbestandteile für das 1. Halbjahr 2011 dargestellt.

Fachärzte für Allgemeinmedizin/hausärztliche Internisten erreichen im 1. Halbjahr 2011 durchschnittlich einen Honorarumsatz je Praxisinhaber i.H.v. 101.740 Euro (vgl. Tabelle 35).

Zusätzliche Einnahmen von durchschnittlich 2.202 Euro entfallen auf die selektivvertragliche Versorgung, wobei hierbei zu beachten ist, dass aufgrund der regional unterschiedlich stark ausgeprägten Teilnehmerate an hausarztzentrierten Selektivverträgen eine große Streubreite zu erwarten ist. So erzielt ein Facharzt für Allgemeinmedizin/hausärztlicher Internist in der KV Baden-Württemberg durchschnittlich 16.250 Euro Honorarumsatz aus der selektivvertraglichen Versorgung, wogegen ein Facharzt in einer anderen KV womöglich nicht am Selektivvertrag teilnimmt und keinen zusätzlichen Honorarumsatz auszuweisen hat.

Der Honorarumsatz aus GKV-Praxis beträgt also durchschnittlich 103.942 Euro je Praxisinhaber. Dies entspricht 84,4 Prozent des Gesamtumsatzes eines Praxisinhabers^[2], so dass zusätzlich 19.212 Euro aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit zu berücksichtigen sind. Der Honorarumsatz aus der gesamten ärztlichen Tätigkeit eines Facharztes für Allgemeinmedizin/hausärztlichen Internisten beträgt demnach durchschnittlich 123.154 Euro. Die Betriebsausgaben betragen 50,4 Prozent des Hono-

rarumsatzes^[2], so dass als Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit durchschnittlich 61.139 Euro verbleiben. Mit einem Steuersatz i.H.v. 29,4 Prozent^[3], Beiträgen zu Kranken- und Pflegeversicherung i.H.v. 648 Euro/Monat^[4] und dem Beitrag zur berufsständischen Altersvorsorge i.H.v. 15 Prozent des Überschusses (9.171 Euro)^[5] verbleiben einem Facharzt für Allgemeinmedizin/hausärztlichen Internisten durchschnittlich 30.105 Euro bzw. 5.018 Euro pro Monat. Dies entspricht etwa 24,4 Prozent seines Honorarumsatzes.

**Tabelle 35: Beispiel Nettoeinkommen Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten
1. Halbjahr 2011; alle Angaben Durchschnitt je Praxisinhaber**

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit	101.740 Euro	
+ Honorarumsatz aus selektivvertraglicher Tätigkeit	2.202 Euro	
= Honorarumsatz aus GKV-Praxis	103.942 Euro	Anteil: 84,4 % ^[2]
+ Honorarumsatz aus privatärztl. und sonst. Tätigkeit	19.212 Euro	Anteil: 15,6 % ^[2]
= Honorarumsatz aus ärztlicher Tätigkeit	123.154 Euro	
./. Betriebsausgaben	62.015 Euro	Kostensatz: 50,4% ^[2]
= Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit	61.139 Euro	
./. Steuern	17.975 Euro	Steuersatz: 29,4% ^[3]
./. Kranken- und Pflegeversicherung ^[4]	3.888 Euro	
./. berufsständische Altersvorsorge ^[5]	9.171 Euro	
= Nettoeinkommen	30.105 Euro	

Für die Abrechnungsgruppe der Fachärzte für Orthopädie weist die Abrechnungsstatistik für das 1. Halbjahr 2011 einen durchschnittlichen Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit i.H.v. 117.268 Euro aus. Nach dem ZiPP beträgt der Anteil der GKV-Einnahmen 66,4 Prozent, so dass ein Facharzt für Orthopädie durchschnittlich einen zusätzlichen Honorarumsatz von 59.340 Euro aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit erzielen kann. Der Honorarumsatz aus seiner gesamten ärztlichen Tätigkeit beträgt also durchschnittlich 176.608 Euro (vgl. Tabelle 36).

Nach Berücksichtigung der Steuerzahlungen i.H.v. 32,5 Prozent des Honorarumsatzes^[3], der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung i.H.v. 648 Euro/Monat^[4] und dem maximalen Beitrag zur berufsständischen Altersvorsorge i.H.v. 9.851 Euro^[5] verbleibt einem Facharzt für Orthopädie durchschnittlich ein Nettoeinkommen von 38.061 Euro bzw. 6.344 Euro pro Monat (21,6 Prozent des Honorarumsatzes).

**Tabelle 36: Beispiel Nettoeinkommen Orthopädie
1. Halbjahr 2011; alle Angaben Durchschnitt je Praxisinhaber**

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit	117.268 Euro	Anteil: 66,4 % ^[2]
+ Honorarumsatz aus privatärztl. und sonst. Tätigkeit	59.340 Euro	Anteil: 33,6 % ^[2]
= Honorarumsatz aus ärztlicher Tätigkeit	176.608 Euro	
./. Betriebsausgaben	99.868 Euro	Kostensatz: 56,5% ^[2]
= Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit	76.740 Euro	
./. Steuern	24.941 Euro	Steuersatz: 32,5% ^[3]
./. Kranken- und Pflegeversicherung ^[4]	3.888 Euro	
./. berufsständische Altersvorsorge ^[5]	9.851 Euro	
= Nettoeinkommen	38.061 Euro	

Der durchschnittliche Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit je Psychotherapeut (ärztlich/nichtärztlich, Praxisinhaber) beträgt im 1. Halbjahr 2011 37.986 Euro, was 85,2 Prozent seiner gesamten Einnahmen entspricht^[2], so dass der zusätzliche Honorarumsatz aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit etwa 6.599 Euro ausmacht. Ein ärztlicher oder nichtärztlicher Psychotherapeut kann also im 1. Halbjahr 2011 einen durchschnittlichen Honorarumsatz aus gesamter ärztlicher Tätigkeit i.H.v. 44.585 Euro erzielen (vgl. Tabelle 37).

Die Betriebsausgaben betragen durchschnittlich 31,8 Prozent des Honorarumsatzes^[2], so dass ein Überschuss je Psychotherapeut (ärztlich/nichtärztlich) i.H.v. 30.422 Euro verbleibt. Die durchschnittliche Höhe der Steuerzahlung beträgt 19,8 Prozent des Honorarumsatzes.^[3] Nach Abzug der Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung^[4] und der berufsständischen Altersvorsorge^[5] verbleiben einem ärztlichen oder nichtärztlichen Psychotherapeuten als Nettoeinkommen durchschnittlich 15.947 Euro bzw. 2.658 Euro pro Monat, was etwa 35,8 Prozent seines Honorarumsatzes entspricht.

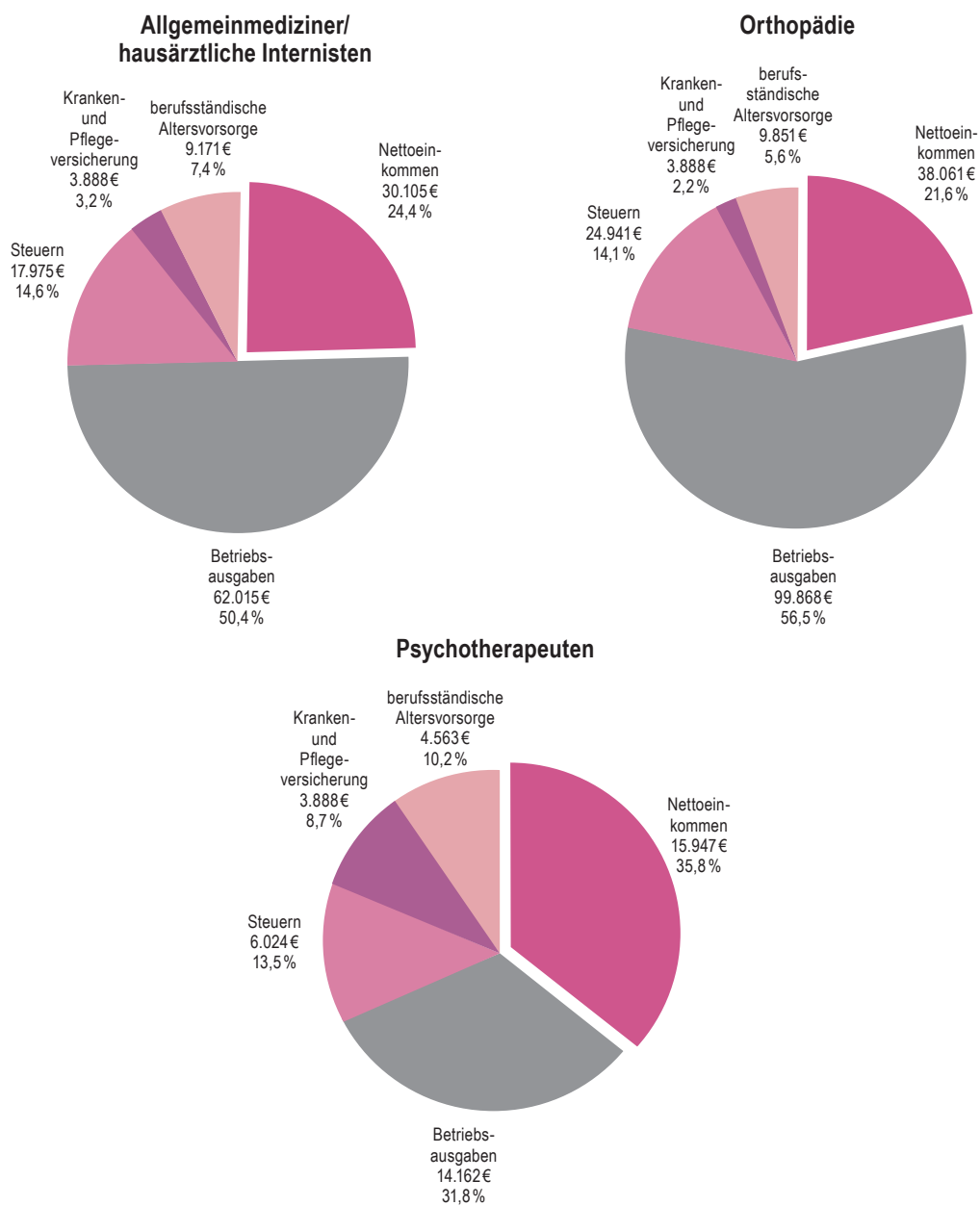
**Tabelle 37: Beispiel Nettoeinkommen Psychotherapeuten (ärztlich/nichtärztlich)
1. Halbjahr 2011; alle Angaben Durchschnitt je Praxisinhaber**

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit	37.986 Euro	Anteil: 85,2 % ^[2]
+ Honorarumsatz aus privatärztl. und sonst. Tätigkeit	6.599 Euro	Anteil: 14,8 % ^[2]
= Honorarumsatz aus ärztlicher Tätigkeit	44.585 Euro	
./. Betriebsausgaben	14.162 Euro	Kostensatz: 31,8% ^[2]
= Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit	30.422 Euro	
./. Steuern	6.024 Euro	Steuersatz: 19,8% ^[3]
./. Kranken- und Pflegeversicherung ^[4]	3.888 Euro	
./. berufsständische Altersvorsorge ^[5]	4.563 Euro	
= Nettoeinkommen	15.947 Euro	

Diagramm 33 stellt die Honorarbestandteile der drei Abrechnungsgruppen grafisch dar. Dabei wird das Verhältnis der Anteile zueinander abgebildet.

Die tatsächlichen Nettoeinkommen der Fachärzte sind aber unterschiedlich hoch.

Diagramm 33: Vom Honorarumsatz zum Nettoeinkommen II
1. Halbjahr 2011



6. ZUSAMMENFASSUNG

Der Honorarumsatz von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ist nicht gleichzusetzen mit deren Nettoeinkommen. Dieses beträgt durchschnittlich 23,5 Prozent des Honorarumsatzes.

Durchschnittlich ist der Honorarumsatz aller Ärzte und Psychotherapeuten im Berichtszeitraum um 3,0 Prozent gestiegen. Vor allem im fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es hinsichtlich des Honorars große Unterschiede zwischen den KVen.

Bei den Fachärzten für Anästhesiologie ist sowohl der Honorarumsatz je Arzt als auch je Behandlungsfall in fast allen KVen rückläufig. Eine Honorarsteigerung je Arzt dagegen können die KVen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen aufweisen. Da die Abrechnungsgruppe der Anästhesisten in diesen drei KVen eher klein ist, kommt es durch veränderte Praxiszusammensetzungen und Neuzulassung zu deutlichen Schwankungen.

Bei den Fachärzten für Augenheilkunde bestehen aufgrund regionaler Verträge besonders auffällige Unterschiede zwischen den KVen. Ein Grund hierfür sind die in fast allen Regionen geschlossenen regionalen Verträge zwischen den KVen und den Krankenkassen zur Vergütung von augenärztlichen Operationsleistungen.

In der Gruppe der Fachärzte für Innere Medizin sind, aufgrund der unterschiedlichen regionalen Zuordnung zu den Schwerpunkten, Vergleiche mit den Veröffentlichungen der KVen für diese Abrechnungsgruppen kaum möglich. Aufgrund der zum Teil sehr kleinen Zahl an Ärzten schwanken die Umsätze dort stark.

Die Gynäkologen verzeichnen einen sinkenden Honorarumsatz. Ausnahmen bilden hier die KVen Rheinland-Pfalz und Sachsen.

Bei den Orthopäden gibt es bezüglich des Honorars regional unterschiedliche Veränderungsdaten. Es ist in fast allen KVen zurückgegangen, außer in Schleswig-Holstein, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Sachsen sowie in den KVen Bremen und Baden-Württemberg.

Die Gruppe der Hautärzte verzeichnete einen Honoraranstieg, der größtenteils von der Aufnahme der Balneophototherapie in den Leistungskatalog der GKV zum 1. Oktober 2010 herrührt.

Die Fachärzte für Nervenheilkunde konnten einen starken Honoraranstieg um 13,5 Prozent verbuchen. Ausschlaggebend dafür war die Einführung der Grundpauschale für Nervenärzte und die Berücksichtigung höherer Frequenzen von Gesprächsleistungen.

Bei den Neurologen gab es je Arzt und Behandlungsfall ein durchschnittliches Plus von 8,7 Prozent. Allerdings schwanken die Honorarumsätze aufgrund der zum Teil sehr kleinen Anzahl an Ärzten stark. Veränderte Praxiszusammensetzungen, Neuzulassungen und Praxisschließungen machen sich deshalb sofort bemerkbar.

Bei den Fachärzten für Psychiatrie stieg sowohl der durchschnittliche Honorarumsatz je Arzt (2,1 Prozent) als auch der pro Behandlungsfall (7,6 Prozent). Grund für letzteren ist die Berücksichtigung der höheren Frequenzen bei Gesprächsleistungen.

Große regionale Unterschiede sind bei den Radiologen zu verzeichnen. Ein deutliches Honorarminus melden die KVen Hamburg, Bayerns, Brandenburg, Thüringen und Sachsen. Eine überdurchschnittliche Steigerung je Arzt gibt es in Bremen, Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg.

Der Honorarbericht ist nicht nur ein umfangreiches Nachschlagewerk, das die Honorare in den einzel-

nen Arztgruppen transparent darstellt. Er soll auch ein geeignetes Instrument sein, mit dem sich Vergleiche ziehen und Entwicklungen aufzeigen lassen. Diesem Anspruch wird die KBV in Zukunft mit dem kontinuierlichen Erscheinen eines Berichts in Druckfassung sowie ergänzenden Daten auf der Homepage der KBV für jedes Quartal nachkommen.

DATENGRUNDLAGEN

Der Bericht der KBV nach § 87c SGB V beruht auf folgenden Datengrundlagen, die jeweils zu einem festen Zeitpunkt erhoben werden:

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

Grundlage für den Bericht über die Ergebnisse der Honorarverteilung und den Honorarumsatz je Arzt ist die Abrechnungsstatistik der KBV. Sie enthält die pseudonymisierten Abrechnungsdaten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Die Abrechnungsdaten umfassen sowohl Angaben zu den Stammdaten der Praxen und Ärzte (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 wird das ZiPP, welches das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland im Auftrag der KVen zu Kosten- und Versorgungsstrukturen in Praxen der niedergelassenen ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung erstellt hat, herangezogen.

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 gegliedert nach den Bezirken der KVen, in denen die Versicherten ihren Wohnsitz haben, gemeldet.

Die Höhe der Bereinigungssummen stehen 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 Bewertungsmaßstabes** 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.

Anpassungsfaktor:

Im Rahmen der Honorarverteilung wurden gemäß **↑RLV-Beschluss** arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen

gebildet. Wenn sich beispielsweise aufgrund der Einführung neuer Gebührenordnungspositionen der zugrunde liegende Leistungsbedarf absehbar ändern wird, wird dies durch Anpassungsfaktoren bei der Bildung der Aufteilungsschlüssel berücksichtigt und das Vergütungsvolumen der Arztgruppe wird entsprechend des ermittelten prozentualen Anpassungsfaktors erhöht oder gesenkt.

Befreiende Wirkung:

Die Krankenkassen zahlen die **↑Gesamtvergütung** mit befreiender Wirkung an die **↑Kassenärztlichen Vereinigungen**. Das bedeutet, dass die Höhe der Zahlungen der Krankenkassen in keinem echten Verhältnis zur Leistungsinanspruchnahme der Versicherten steht. Die **↑Kassenärztlichen Vereinigungen** können gegenüber den Krankenkassen keine darüber hinausgehenden Forderungen stellen.

Behandlungsbedarf:

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

Behandlungsfall:

Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse (§ 21 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1 EKV).

Bereinigung:

Die morbiditätsbedingte ↑Gesamtvergütung wird für die ↑gesamtvertraglich zu erbringenden Leistungen bestimmt. Fallen ↑gesamtvertragliche Leistungen weg, da diese z. B. 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.

Betriebsausgaben:

Die Betriebsausgaben von Vertragsärzten umfassen Aufwendungen für angestelltes Personal, für praxisexternes Personal, für Material und Labor, die Mieten für Räume, Aufwendungen für Energie, für Versicherungen, Beiträge und Gebühren, für Kraftfahrzeughaltung, für Leasing und Miete von Geräten, für Fortbildung, Fremdkapitalzinsen sowie sonstige betriebliche Aufwendungen.^[2]

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 Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort ist in § 87 Abs. 1 festgelegt, dass der Bewertungsausschuss den ↑Einheitlichen Bewertungsmaßstab und Änderungen dazu beschließt. Der Bewertungsausschuss beschließt daneben auch Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung; seine Beschlüsse sind für die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen und damit auch für die Vertragsärzte und die gesetzlichen Krankenkassen bindend.

Budgetierung:

Seit der Einführung der Budgets und der Koppelung der Weiterentwicklung der Vergütung an die Grundlohnsumme bzw. seit 2009 an die morbiditätsorientierte Veränderungsrate ist die Gesamtheit der Finanzmittel in der GKV begrenzt, so dass nicht mehr alle erbrachten Leistungen eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt werden. Zumindest für einen Teil der Leistungen, die budgetierten, 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 Vereinigungen vorzunehmen. Dies kann z. B. durch ↑Regelleistungsvolumen oder Individualbudgets geschehen.

Bundesmantelvertrag:

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

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

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

Ermächtigte Ärzte:

Neben der ↑Zulassung ist eine weitere Teilnahmeform an der vertragsärztlichen Versorgung die Ermächtigung von Ärzten oder ärztlich geleiteten Einrichtungen. Eine Ermächtigung kann durch den Zulassungsausschuss dann erteilt werden, wenn sie notwendig ist, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen (z. B. Rehabilitanden in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation u. ä.). 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 und ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

Fallwert:

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

Fallzahl:

Als Behandlungsfallzahl bezeichnet man die Anzahl der Fälle in einer Praxis in einem Quartal und als Arztfallzahl die Fälle eines Arztes in einem Quartal. Im Gegensatz dazu ist die RLV-Fallzahl die Anzahl der Behandlungsfälle eines Arztes, in denen dem ↑Regelleistungsvolumen unterliegende Leistungen abgerechnet wurden, wobei gemäß ↑RLV-Beschluss die Fallzahlen des Vorjahresquartals zugrunde gelegt wurden.

Formblatt 3:

↑Kassenseitige Rechnungslegung

Freie Leistungen:

Die sogenannten freien Leistungen sind Teil der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung und unterliegen für den Arzt keiner Mengenbegrenzung. Sie sind Teil des ↑Honorarumsatzes eines Arztes aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Zu den freien Leistungen zählen u. a. Leistungen im organisierten Notfalldienst, dringende Besuche und Kostenpauschalen. Freie Leistungen sind dadurch von ↑extrabudgetären Leistungen abzugrenzen, dass erstere aus der begrenzten morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung von der ↑Kassenärztlichen Vereinigung zu zahlen sind. ↑Extrabudgetäre Leistungen dagegen werden eins zu eins von den Krankenkassen bezahlt. Vom 1. Juli 2010 bis 31. Dezember 2011 waren einige freie Leistungen mengengesteuert und wurden nicht vollumfänglich zu Preisen der ↑Euro-Gebührenordnung vergütet.

Fremdkassenzahlungsausgleich:

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

Gesamtvergütung:

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (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. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetäre Gesamtvergütung, EGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden z. B. 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 Ortskran-

kenkassen (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.^[8]

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:

Der gesamte Honorarumsatz eines Arztes/Psychotherapeuten besteht aus dem ↑Honorarumsatz aus GKV-Praxis, dem ↑Honorarumsatz aus privatärztlicher Tätigkeit sowie dem ↑Honorarumsatz aus sonstiger Tätigkeit. Im Rahmen dieses Berichtes wird in der Regel der ↑Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit wiedergegeben.

Honorarumsatz aus GKV-Praxis:

Der Honorarumsatz aus GKV-Praxis eines Arztes/Psychotherapeuten umfasst den ↑Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit und aus der ↑selektivvertraglichen Versorgung.

Honorarumsatz aus privatärztlicher Tätigkeit:

Der Honorarumsatz aus privatärztlicher Tätigkeit enthält die Vergütung der zu Lasten der privaten Krankenversicherungen, der Berufsgenossenschaften und der Selbstzahler abgerechneten Leistungen.^[2]

Honorarumsatz aus sonstiger Tätigkeit:

Der Honorarumsatz aus sonstiger Tätigkeit enthält die Einnahmen aus Leistungen durch betriebsärztliche Tätigkeit, für die Behandlung von Versicherten der sonstigen

und besonderen Kostenträger, durch Gutachtertätigkeit, aus nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit sowie Einnahmen aus dem Betrieb eines ambulanten OP-Zentrums und aus der Überlassung von Infrastruktur, Geräten und Flächen.^[2]

Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit:

Der Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit eines Arztes/Psychotherapeuten ist die Zahlung der ↑Kassenärztlichen Vereinigung an den Arzt/Psychotherapeuten für erbrachte Leistungen an gesetzlich Krankenversicherten. Er besteht zum einen aus der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung, die entsprechend der von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Finanzmittel begrenzt ist, zum anderen aus Honorar für sogenannte ↑freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung und Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten ↑Gesamtvergütung. Sie werden zu Preisen der ↑Euro-Gebührenordnung (ggf. quotiert) vergütet.

Kassenärztliche Bundesvereinigung:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 153.900 niedergelassenen und ↑ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 ↑Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der Ärzte und zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Kassenärztliche Vereinigung:

Es gibt 17 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Gemäß § 72 SGB V obliegt ihnen die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. In dessen Rahmen sorgen sie dafür, dass die Versicherten in ihrer Region ausreichend und zweck-

mäßig 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 (KV) seiner Region.

Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst:

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

Kassenseitige Rechnungslegung:

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

Konvergenzphase:

Zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten im Rahmen der Umstellung der Honorarsystematik zum 1. Januar 2009 konnten die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Landesverbänden der Krankenkassen ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der Steuerung der vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren. Dies betrifft insbesondere die ↑Regelleistungsvolumen.

Einige KVen haben solche Konvergenzregelungen vereinbart und z. B. ↑freie Leistungen bereits einer ↑Mengensteuerung unterzogen. Diese Regelungen konnten, sofern notwendig, bis zum 31. Dezember 2011 fortgeführt werden.

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 fachgleiche 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 ggf. auf bestimmte Leistungsbereiche. Die Morbidität hat seit 2009 einen Einfluss auf die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen an die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen (↑Gesamtvergütung).

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

↑Gesamtvergütung

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 ggf. das leistungsbezogene Honorar für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Der Ori-

tierungspunktwert beträgt für das Jahr 2009 3,5001 Cent und in den Jahren 2010, 2011 und 2012 3,5048 Cent.

Overhead-Kosten:

In den Gebührenordnungspositionen für das Mammographie-Screening ist ein Aufschlag für den organisatorischen Mehraufwand des Mammographie-Screening-Programms enthalten. Die über den Aufschlag zur Verfügung gestellten Mittel werden für die Finanzierung der Organisationskosten der Kooperationsgemeinschaft Mammographie und der sonstigen Kosten im Zusammenhang mit der Durchführung des Mammographie-Programms verwendet. Somit sind diese Kosten in der [↑Gesamtvergütung](#) enthalten, werden aber nicht als [↑Honorarumsatz](#) an die Ärzte ausgezahlt.

Partner der Bundesmantelverträge:

[↑Bundesmantelvertrag](#)

Regelleistungsvolumen (RLV):

Sie bestimmen, wie viele Leistungen zu Preisen der [↑Euro-Gebührenordnung](#) vergütet werden. Darüber hinaus abgerechnete Leistungen werden nur zu abgesenkten Preisen honoriert.^[7] Der Gesetzgeber hat die RLV 2009 zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit eingeführt, da über die morbiditätsbedingte [↑Gesamtvergütung](#) nur eine begrenzte Geldmenge zur Verfügung steht.

Regionale Euro-Gebührenordnung:

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

Regionale Punktwerte:

Im [↑Einheitlichen Bewertungsmaßstab \(EBM\)](#) werden die ärztlichen Leistungen mit Punktwerten zueinander ins Verhältnis gesetzt. Hierbei legen die Punktzahlen die

Relationen der Leistungen untereinander fest. Zur Festlegung der Vergütungshöhe werden diese Punkte mit dem Punktwert multipliziert. Der [↑Orientierungspunktwert](#) bildet die Grundlage für die regionalen Punktwerte in den einzelnen KV-Regionen. Zusammen mit dem EBM ergeben die regionalen Punktwerte die [↑regionalen Euro-Gebührenordnungen](#).

RLV-Beschluss:

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

Rückstellungen:

Rückstellungen sind der in den [↑Kassenärztlichen Vereinigungen](#) berechnete, zweckgebundene Anteil der [↑Gesamtvergütung](#), um [↑freie Leistungen](#) zu honorieren, [↑Konvergenzzahlungen](#) zu leisten oder finanzielle Mittel für besondere Aufwendungen oder Leistungsbereiche zu reservieren.

Selektivvertrag:

Im Gegensatz zum [↑Kollektivvertrag](#) wird beim Selektivvertrag ein Versorgungsvertrag zwischen einer einzelnen Krankenkasse und einzelnen Ärzten bzw. sonstigen Leistungserbringern oder Gemeinschaften geschlossen. 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) und in der Integrierten Versorgung (§§ 140ff SGB V).

Überschuss:

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

Versichertenzahlen:

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

Wohnortprinzip:

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

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland:

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) ist ein Forschungsinstitut in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen

Rechts. Träger der Stiftung sind die ↑Kassenärztlichen Vereinigungen und die ↑Kassenärztliche Bundesvereinigung. Als zentrale Forschungseinrichtung im System der ↑Kassenärztlichen Vereinigungen führt das ZI anwendungsorientierte Forschungsvorhaben und Projekte durch.

ZI-Praxis-Panel:

Das ZI-Praxis-Panel (ZiPP) ist eine Kostenerhebung und beschreibt die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem Panel des Jahres 2010 veröffentlichte das ↑Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) Daten für die Jahre 2006, 2007 und 2008.

Zugelassene Ärzte:

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

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANZVER:	Meldungen der Versichertenzahlen durch den GKV-Spitzenverband	GKV-VStG:	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
BMV-Ä:	Bundesmantelvertrag-Ärzte	KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
BSG:	Bundessozialgericht	KV:	Kassenärztliche Vereinigung
EBM:	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MGV:	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
EGV:	Extrabudgetäre Gesamtvergütung	PKV:	Private Krankenversicherung
EKV:	Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen	SGB V:	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
FA:	Facharzt	SP:	Schwerpunkt
FKZ:	Fremdkassenzahlungsausgleich	ZI:	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung	ZIPP:	ZI-Praxis-Panel

LITERATUR/QUELLEN

[1] Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung in den Jahren 2011 und 2012 in seiner 23. Sitzung am 5./11. Oktober 2010

[2] ZI-Praxis-Panel - Jahresbericht 2010;
1. Jahrgang Berlin, März 2012.
www.zi-pp.de/free_pdf/ZIPP_Jahresbericht_2010_final.pdf

[3] Bundesministerium der Finanzen.
Steuerbelastung und Solidaritätszuschlag 2011;
Familienstand verheiratet.
www.abgabenrechner.de

[4] Bundesministerium der Finanzen. Beitragsbemessungsgrenze 2011. Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter 648 Euro/Monat.
www.bundesfinanzministerium.de/nr_39814/DE/BMF__Startseite/Service/Glossar/B/002__Beitragsbemessungsgrenze.htm

[5] Berliner Ärzteversorgung Beitrag 2011:
15 % des Überschusses; max. 1,5-fache Versorgungsabgabe = 19.701 Euro/Jahr (West).
www.vw-baev.de/pdf/Infobrf17_Anlage.pdf

[6] Bundesministerium für Gesundheit.
Daten des Gesundheitswesens 2011.
Bevölkerung nach Art des Krankenversicherungsschutzes, Ergebnis der Mikrozensur 2007.
www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Ministerium/Broschueren/Broschuere_Daten_Gesundheit_2011_Internet_110818.pdf

[7] Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V in seiner 7. Sitzung am 27. und 28. August 2008

[8] GKV Spitzenverband
www.gkv-spitzenverband.de



KONTAKT

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Tel.: (030) 4005 - 0
www.kbv.de

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Titelbild: draco77, istockphoto.com
Gestaltung: artisan-berlin.de
Stand: 30. Juni 2012