

**Evaluationsbericht Stufe II (Weiterführende Evaluation)  
von Kooperations- und Koordinationsleistungen  
in Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 3 SGB V**

Stand: Dezember 2019

## Zusammenfassung

### *Hintergrund*

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses in der 376. Sitzung am 22. Juni 2016 wurde zum 1. Juli 2016 das Kapitel 37 „Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte“ in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die Leistungen wurden zum 1. Oktober 2017 inhaltsgleich in den Abschnitt 37.2 „Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ überführt (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017).

In der 421. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 2. Mai 2017 verständigten sich die Trägerorganisationen und das Institut des Bewertungsausschusses auf eine zweistufige Evaluation der mit der Vergütungsregelung nach § 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V verbundenen Auswirkungen von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen für die Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Bericht Stufe I wurde der Bundesregierung zum 31. Dezember 2017 vorgelegt und beinhaltete Ergebnisse zur Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) und Analysen der ärztlichen Abrechnungsdaten. Der vorliegende Bericht Stufe II beinhaltet zusätzlich Analysen der versichertenbezogenen Daten von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.

### *Ziel*

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag aus § 119b Absatz 3 Satz 1 SGB V werden die Auswirkungen der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sowie die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen betrachtet. Folgende Aspekte werden analysiert:

- Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
- Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten
- Analyse der ärztlichen Abrechnungen
- Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung

### *Datengrundlage*

Die Ergebnisse zu Kooperationsverträgen beruhen auf einer Befragung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit Stand 31.12.2018. Das Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten und deren Leistungsbedarf beruht auf der Analyse einer bundeswei-

ten Versichertenstichprobe für das Berichtsjahr 2017. Pflegebedürftige Versicherte werden anhand der Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM) in zwei Gruppen unterteilt. Für die Gruppe der Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen und die Gruppe der Versicherten, die solche Leistungen nicht erhalten, werden für relevante Leistungen aus dem EBM die Anteile der Versicherten ermittelt und gegenübergestellt.

Die Analyse der ärztlichen Abrechnungen sowie der Leistungsbedarfe je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung basiert auf Daten der arztseitigen Rechnungslegung für das Abrechnungsjahr 2017.

### *Ergebnisse*

- Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

Bis Dezember 2018 wurden bundesweit 22.096 Kooperationsverträge gemäß § 119b SGB V mit 7.391 Pflegeeinrichtungen abgeschlossen, darin nicht enthalten sind die Angaben aus den KVen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Bundesweit liegt der rein rechnerische Anteil der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V mit Stand Dezember 2017 bei 49 Prozent (Stand März 2017: 28%) ohne Berücksichtigung der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Hamburg (Grund: fehlende Angaben).

- Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten

Insgesamt wurden im Jahr 2017 durchschnittlich 732.662 pflegebedürftige Versicherte im Beobachtungszeitraum vollstationär in Pflegeeinrichtungen betreut. Davon erhielten im Bundesdurchschnitt 31 Prozent (n=228.525) der pflegebedürftigen Versicherten mindestens eine Kooperations- und Koordinationsleistung. Der höchste Anteil ist in der KV Berlin mit 57 Prozent zu sehen. In den KVen Thüringen und Bremen wurden für unter zehn Prozent der pflegebedürftigen Versicherten Kooperations- und Koordinationsleistungen abgerechnet.

Am häufigsten wurden Leistungen für eine Behandlung im Pflegeheim abgerechnet. Für den größten Anteil der pflegebedürftigen Versicherten, die mindestens eine Kooperations- und Koordinationsleistung im Jahr 2017 erhielten, wurde die Gebührenordnungsposition (GOP) 37113 (Zuschlag für den Besuch eines weiteren Kranken (GOP 01413)) abgerechnet (67%), im Jahresdurchschnitt 11-mal je Versicherten. Versicherte mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM wurden am häufigsten von Hausärzten betreut, gefolgt von den Fachgruppen Neurologie und Psychiatrie.

Der Anteil der Versicherten, die durch verschiedene Fachgruppen versorgt wurden, ist höher bei Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistung gegenüber den Versicherten ohne diese Leistungen.

Insgesamt ist der Anteil der Versicherten mit Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 EBM (Besondere Inanspruchnahme) gering (<3%). Im Bundesdurchschnitt war für Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistung der Anteil für Leistungen

aus dem Abschnitt 1.1 EBM doppelt so hoch gegenüber den Versicherten ohne Kooperations- und Koordinationsleistungen.

Der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen, bei denen tagsüber eine Notfallbehandlung erfolgte (Notfallpauschale „Tag“ -GOP 01210), ist geringer (<6%) als der Anteil der Versicherten mit einer Notfallpauschale „Nacht / Wochenende / Feiertag“ (GOP 01212) (>12%), unabhängig davon, ob sie Kooperations- und Koordinationsleistung erhielten. Im Bundesdurchschnitt war der Anteil der Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistung geringfügig höher für die Notfallpauschalen GOP 01210 (6,1 % versus 5,0 %) und GOP 01212 (12,2% versus 11,9%) sowie der Notfallkonsultationspauschale (GOP 01218: 1,2% versus 0,8%) gegenüber den Versicherten ohne Kooperations- und Koordinationsleistung.

Der Anteil der Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistung für die GOP 01410 (Besuch eines Kranken) und GOP 01413 (Besuch eines weiteren Kranken in derselben Einrichtung/Pflegeheim) ist bundesweit größer als bei den Versicherten ohne Kooperations- und Koordinationsleistung (91% versus 79%). Für Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistung wurde jahresdurchschnittlich häufiger die GOP 01413 abgerechnet als bei Versicherten ohne diese Leistungen (23,2% versus 10,8%).

Der Anteil der Versicherten, die GOPen für dringende Besuche (GOPen 01411 bzw. 01412), für den dringenden Besuch, der nicht sofort, aber noch am Tag der Bestellung durchgeführt werden muss (GOP 01415) sowie für die Besuchsleistung im organisierten Notfalldienst (GOP 01418) aufweisen, unterscheidet sich zwischen den Versicherten mit und ohne Kooperations- und Koordinationsleistung kaum.

➤ Analyse der ärztlichen Abrechnungen

Im Jahr 2017 haben insgesamt 7.140 Ärzte Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM abgerechnet. Seit Einführung dieser Leistungen ist eine kontinuierliche Zunahme von abrechnenden Ärzten zu sehen. Die Abrechnungshäufigkeit für Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM ist mit der Anzahl der abrechnenden Ärzte gestiegen. Die höchsten Anteile an abrechnenden Ärzten mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten sieht man in der KV Rheinland-Pfalz (8%).

Im Bundesdurchschnitt sind 78 Prozent der Ärzte, die Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abrechnen, Hausärzte und 22 Prozent sind Fachärzte. Beim Vergleich zum Bericht Stufe I ist im Bundesdurchschnitt eine geringe Verschiebung von 3 Prozent von hausärztlich abgerechneten Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM hin zu fachärztlich abgerechneten Leistungen zu erkennen.

➤ Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung

Im Jahr 2017 wurde ein Gesamtleistungsbedarf von 50,4 Millionen Euro für den Abschnitt 37.2 EBM abgerechnet. Der Leistungsbedarf stieg von 9,6 Millionen Euro

im 1. Quartal 2017 auf 15,0 Millionen Euro im 4. Quartal 2017. Vom Gesamtleistungsbedarf entfielen 61 Prozent (30,7 Mio. Euro) auf die GOP 37113 (Zuschlag zum Besuch eines weiteren Kranken).

Der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM lag für die Kooperations- und Koordinationsleistungen bei 193 Euro im Jahr 2017. Der Unterschied im Leistungsbedarf je Versicherten mit und ohne Kooperations- und Koordinationsleistung für die Abschnitte 1.1 und 1.2 EBM war gering (<2 Euro). Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistung weisen einen höheren Leistungsbedarf von durchschnittlich 92 Euro im Jahr für Besuchsleistungen (Abschnitt 1.4 EBM) auf gegenüber Versicherten ohne Kooperations- und Koordinationsleistung.

Der Leistungsbedarf je Arzt für Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM lag im 4. Quartal 2017 im Durchschnitt bei 2.279 Euro, regional sind große Unterschiede in den KVen zu sehen.

#### *Fazit*

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Versicherte, die regelmäßig Kooperations- und Koordinationsleistungen erhalten, gegenüber Versicherten ohne diese Leistungen, eine intensivere Betreuung mit vertragsärztlichen Leistungen erleben, was wahrscheinlich auf eine bessere Koordination der Behandlung und Versorgung der Versicherten durch die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM zurückzuführen ist.

Vertragsärzte mit einem Kooperationsvertrag haben laut Anlage 27 zum BMV-Ä unter anderem Regelungen für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten zu vereinbaren, was den höheren Anteil an Leistungen für die *Besondere Inanspruchnahme* (Abschnitt 1.1 EBM) bei Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen begründen kann. Ärzte mit diesen Verträgen scheinen außerhalb der Sprechstunden als Ansprechpartner präsenter zu sein.

Kooperationsleistungen scheinen keinen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Notfallleistungen zu haben. Im Bundesdurchschnitt hatten Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistungen einen geringfügig höheren Anteil an Notfallpauschalen sowie Notfallkonsultationspauschalen, als Versicherte ohne Kooperations- und Koordinationsleistungen.

Im Jahresdurchschnitt generiert ein Versicherter, der regelmäßig mit Kooperations- und Koordinationsleistungen versorgt wird, mehr Leistungsbedarf als Versicherte die keine Kooperations- und Koordinationsleistungen erhalten. Bei der Betrachtung weiterer EBM-Leistungen außerhalb der Kooperations- und Koordinationsleistungen und außerhalb der Leistungen aus den Abschnitten 1.1, 1.2 und 1.4 EBM haben diese Versicherten einen höheren Leistungsbedarf, was für eine intensivere Versorgung spricht.

## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Hintergrund</b> .....	<b>11</b>
1.1 Gesetzliche Grundlagen .....	11
1.2 Umsetzung des gesetzlichen Auftrages im EBM .....	12
1.3 Aktuelles Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim.....	14
<b>2 Auftrag</b> .....	<b>16</b>
<b>3 Fragestellungen</b> .....	<b>16</b>
<b>4 Methode</b> .....	<b>17</b>
4.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä .....	17
4.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten.....	17
4.3 Analyse der ärztlichen Abrechnungen .....	23
4.4 Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung.....	24
<b>5 Ergebnisse</b> .....	<b>25</b>
5.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.....	25
5.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten.....	29
5.3 Analyse der ärztlichen Abrechnungen .....	50
5.4 Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung.....	56
<b>6 Fazit</b> .....	<b>61</b>
<b>7 Anhang</b> .....	<b>64</b>
<b>8 Literaturverzeichnis</b> .....	<b>91</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anteil der Pflegeeinrichtungen, die einen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben, an allen Pflegeeinrichtungen je Bundesland*	27
Abbildung 2: Anzahl und Anteile der pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen gesamt und je Gruppe mit und ohne Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich)	29
Abbildung 3: Verteilung der 10 häufigsten Diagnosen von pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim und von gesetzlich Versicherten ab 75 Jahren	30
Abbildung 4: Verteilung der 20 häufigsten Diagnosen bei Pflegeheimbewohnern der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B (n=228.525) 2017	31
Abbildung 5: Anteile der Versicherten der Gruppe B (n=228.525) mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM an allen pflegebedürftigen Versicherten je Kassenärztliche Vereinigung 2017	33
Abbildung 6: Anteil der Versicherten der Gruppen B1 (n=118.667) und B2 (n=109.858) mit abgerechneten GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich)	34
Abbildung 7: Anteil der Versicherten der Gruppen B1 (n=118.667) und B2 (n=109858) die von der jeweiligen Fachgruppe <sup>#</sup> mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM versorgt wurden*(jahresdurchschnittlich)	37
Abbildung 8: Anteil der Versicherten* der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) die von der jeweiligen Fachgruppe <sup>#</sup> mit Leistungen aus dem EBM versorgt wurden*(jahresdurchschnittlich)	39
Abbildung 9: Anteil der Versicherten* der Gruppe A (n=504.525) und B1 (n=118.667) 2017 nach Anzahl der verschiedenen Fachgruppen <sup>#</sup> je Quartal mit EBM-Leistungen	40
Abbildung 10: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B1 (n=118.667) mit Leistungen aus Abschnitt 1.1 EBM (jahresdurchschnittlich)	42
Abbildung 11: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B1 (n=118.667) mit Leistungen aus Abschnitt 1.2 EBM (jahresdurchschnittlich)	44
Abbildung 12: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit Besuchsleistungen aus Abschnitt 1.4 EBM (jahresdurchschnittlich)	47
Abbildung 13: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOPen 01410 (Besuch eines Kranken) und/oder 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) (jahresdurchschnittlich)	48
Abbildung 14: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOPen 01411 (Dringender Besuch I) und/ oder 01412 (Dringender Besuch II) (jahresdurchschnittlich)	48
Abbildung 15: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOP 01415 (Dringender Besuch noch am Tag der Bestellung) (jahresdurchschnittlich)	49
Abbildung 16: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOP 01418 (Besuch im organisierten Not(-fall)dienst) (jahresdurchschnittlich)	49
Abbildung 17: Veränderung der Anzahl abrechnender Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM*	50
Abbildung 18: Anteil der niedergelassenen Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten je Kassenärztlicher Vereinigung (2017)*	51
Abbildung 19: Bundesweite Anteile von Ärzten (n=6.579) in Prozent, die verschiedene Kombinationen von GOPen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben.	

Traminer-Darstellung mit von unten nach oben hin abnehmenden Häufigkeiten, 4. Quartal 2017*	53
Abbildung 20: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte je Kassenärztlicher Vereinigung (2017/4), die 2017 Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben*	54
Abbildung 21: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Arzt für die Gebührenordnungspositionen des Abschnitt 37.2 EBM im 4. Quartal 2017*	58
Abbildung 22: Entwicklung des Leistungsbedarfs in Millionen Euro vom 1. bis 4. Quartal 2017*	59
Abbildung 23: Leistungsbedarf in Millionen Euro für 2017 des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung*	60
Abbildung 24: Veränderung der Anzahl abrechnender Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM (Ärzte 2018 gesamt N=9.608)	78
Abbildung 25: Anteil der niedergelassenen Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten je Kassenärztlicher Vereinigung (2018)	79
Abbildung 26: Bundesweite Anteile von Ärzten (n=6.579) in Prozent, die verschiedene Kombinationen von GOPen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben. Traminer-Darstellung mit von unten nach oben hin abnehmenden Häufigkeiten, 4. Quartal 2018	80
Abbildung 27: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte für Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung Quartal 2016/4	85
Abbildung 28: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte je Kassenärztlicher Vereinigung (2018/4), die 2018 Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben	85
Abbildung 29: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Arzt für die Gebührenordnungspositionen des Abschnitt 37.2 EBM im 4. Quartal 2018	87
Abbildung 30: Entwicklung des Leistungsbedarfs in Millionen Euro vom 1. bis 4. Quartal 2018	90
Abbildung 31: Leistungsbedarf in Millionen Euro für 2017 und 2018 des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung	90

### Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gebührenordnungspositionen (GOP) Abschnitt 37.2 EBM (Stand 4. Quartal 2017)	13
Tabelle 2: Anzahl und Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege und Anzahl Pflegeheime je Bundesland in 2017	15
Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.1 EBM (Stand 4. Quartal 2017)	20
Tabelle 4: Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.2 EBM (Stand 4. Quartal 2017)	21
Tabelle 5: Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.4 EBM (Stand 4. Quartal 2017)	22
Tabelle 6: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand 31.12.2018	26
Tabelle 7: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu Selektivverträgen über die Versorgung von Pflegeheimbewohnern; Stand 31.12.2018	28
Tabelle 8: Anzahl und Anteil der Versicherten der Gruppe B1 (n=118.667) mit und ohne Koordinationspauschale (GOP 37105) und Kooperationspauschale (GOP 37102) 2017	36



Tabelle 9:	Anteil der Versicherten mit GOP 01210 und GOP 01212 für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) je Kassenärztlicher Vereinigung (jahresdurchschnittlich).....	45
Tabelle 10:	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen nach einzelnen Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM im Jahr 2017* .....	55
Tabelle 11:	Durchschnittlicher Leistungsbedarf (LB) gemäß Euro-Gebührenordnung (Euro-GO) für pflegebedürftige Versicherte (jahresdurchschnittlich) .....	57
Tabelle 12:	Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand 31.12.2017 .....	64
Tabelle 13:	Anzahl und Anteil der Versicherten und Behandlungsfälle (BHF) je Gebührenordnungsposition (GOP) aus Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich) .....	65
Tabelle 14:	Anteil der Versicherten mit GOP 01100 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich) .....	66
Tabelle 15:	Anteil der Versicherten mit GOP 01101 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich) .....	67
Tabelle 16:	Anteil der Versicherten mit GOP 01102 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich) .....	68
Tabelle 17:	Anteil der Versicherten mit GOP 01210 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich) .....	69
Tabelle 18:	Anteil der Versicherten mit GOP 01212 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich) .....	69
Tabelle 19:	Anteil der Versicherten mit GOP 01214 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich) .....	70
Tabelle 20:	Anteil der Versicherten mit GOP 01216 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich) .....	70
Tabelle 21:	Anteil der Versicherten mit GOP 01218 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich) .....	71
Tabelle 22:	Anteil der Versicherten mit Sonderziffern der KV Bremen für Versicherte der Gruppe A (n=9.433) und B1 (n=813) mit Abrechnungshäufigkeiten je Kassenärztlicher Vereinigung im Jahr 2017 .....	71
Tabelle 23:	Anteil der Versicherten mit GOP 01410 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	72
Tabelle 24:	Anteil der Versicherten mit GOP 01411 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	73
Tabelle 25:	Anteil der Versicherten mit GOP 01412 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	74
Tabelle 26:	Anteil der Versicherten mit GOP 01413 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	75

Tabelle 27:	Anteil der Versicherten mit GOP 01415 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	76
Tabelle 28:	Anteil der Versicherten mit GOP 01418 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich).....	77
Tabelle 29:	Übersicht zur Abrechnungshäufigkeit der GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM und der Anzahl abrechnender Ärzte in den Quartalen 2016/3 bis 2017/4.....	80
Tabelle 30:	Übersicht zur Abrechnungshäufigkeit der GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM und der Anzahl abrechnender Ärzte in den Quartalen 2018/1 bis 2018/4.....	81
Tabelle 31:	Anteile von Haus- und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Quartale 2016/4 und 2017/4 .....	82
Tabelle 32:	Anteile von Haus- und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Quartale 2018/4.....	82
Tabelle 33:	Kombination abgerechneter GOPen des Abschnitts 37.2 EBM je Arzt (n=6.579) im 4. Quartal 2017 (Leistungen können bei verschiedenen Versicherten abgerechnet worden sein, Betrachtung der Arzzebene).....	83
Tabelle 34:	Kombination abgerechneter GOPen des Abschnitts 37.2 EBM je Arzt (n=8.796) im 4. Quartal 2018 (Leistungen können bei verschiedenen Versicherten abgerechnet worden sein, Betrachtung der Arzzebene).....	84
Tabelle 35:	Anzahl Ärzte nach Fachgruppen nach einzelnen Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM im Jahr 2018 .....	86
Tabelle 36:	Bundesweiter Leistungsbedarf in Euro für die Quartale 2016/3 bis 2017/4...88	
Tabelle 37:	Bundesweiter Leistungsbedarf in Euro für die Quartale 2018/1 bis 2018/4...88	
Tabelle 38:	Leistungsbedarf je KV für den Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2017.....	88
Tabelle 39:	Leistungsbedarf je KV für den Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2018.....	89

## 1 Hintergrund

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz; HPG) am 8. Dezember 2015 wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, eine Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu treffen, die die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen für die Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen vergütet.

Die Vergütungsregelungen im EBM wurden mit Aufnahme des Kapitels 37 „Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen“ gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä zum 1. Juli 2016 beschlossen.

Mit § 119b Abs. 3 Satz 1 SGB V wurde der Bewertungsausschuss beauftragt, der Bundesregierung zum 31. Dezember 2017 eine Evaluation der Vergütungsregelungen nach § 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V vorzulegen. Hierin sollten die Auswirkungen der Vergütungsregelung auf das vertragsärztliche Versorgungsgeschehen sowie die finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen analysiert werden.

Die Evaluation erfolgt in zwei Stufen, da die zum Zeitpunkt der gesetzlichen Berichtsfrist (31. Dezember 2017) vorliegenden Daten nur sehr eingeschränkte Analysen ermöglichten. Der erste Bericht (Stufe I – Basisevaluation) wurde fristgerecht zum Dezember 2017 fertiggestellt und beinhaltet Ergebnisse zur Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä und Analysen der ärztlichen Abrechnungsdaten ohne Versichertenbezug.

Der zweite Bericht (Stufe II - Weiterführende Evaluation) mit dem Schwerpunkt der Analyse des Versorgungsgeschehens von pflegebedürftigen Versicherten wird zum 31. Dezember 2019 vorgelegt.

### 1.1 Gesetzliche Grundlagen

#### § 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V

„Bis spätestens zum 31. Dezember 2015 ist mit Wirkung zum 1. April 2016 eine Regelung zu treffen, nach der die zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen, die den Anforderungen nach § 119b Absatz 2 entsprechen, vergütet werden.“

Die Umsetzung des § 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V erfolgte durch die Aufnahme des Kapitels 37 „Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ in den EBM zum 1. Juli 2016 (Tabelle 1).

### § 119b Abs. 2 SGB V

„Die Vertragsparteien der Verträge nach § 82 Absatz 1 und § 87 Absatz 1 vereinbaren im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene insbesondere zur Verbesserung der Qualität der Versorgung Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen.“

Die Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen wurden durch die Vereinbarung der Partner des Bundesmantelvertrages zur Anlage 27 zum BMV-Ä zum 1. Januar 2014, aktualisiert zum 1. Dezember 2016, definiert. Sie dient dem Ziel, die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Berufsgruppen zu vernetzen sowie die Kommunikation und Zusammenarbeit zu stärken, um eine verbesserte Versorgung für alle Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Die verbesserte Versorgung soll nach § 1 Abs. 7 und 8 der Anlage 27 zum BMV-Ä die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und Rettungsdienstes, sowie nicht notwendige Krankenhausaufenthalte und Doppeluntersuchungen vermeiden.

### § 119b Abs. 3 Satz 1 SGB V

„Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse.“

Auf der Grundlage eines vom Institut erstellten Evaluationskonzepts wurde in der 421. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 2. Mai 2017 eine zweistufige Evaluation konsentiert.

Der Bericht Stufe I wurde der Bundesregierung zum 31. Dezember 2017 vorgelegt und beinhaltete Ergebnisse zur Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä und Analysen der ärztlichen Abrechnungsdaten.

Für den Bericht Stufe II werden zusätzlich versichertenbezogene Daten von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ausgewertet.

## 1.2 Umsetzung des gesetzlichen Auftrages im EBM

In der 376. Sitzung des Bewertungsausschusses am 22. Juni 2016 wurde die Aufnahme des Kapitels 37 „Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegehe-

men gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ in den EBM mit Wirkung zum 1. Juli 2016 beschlossen. Die Leistungen wurden zum 1. Oktober 2017 inhaltsgleich in den Abschnitt 37.2 „Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä“ überführt (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017). Die Finanzierung der Leistungen erfolgt derzeit außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM beinhalten fünf GOPen und können von Haus- und Fachärzten unter folgenden Voraussetzungen abgerechnet werden:

- Abschluss eines Kooperationsvertrages gemäß Anlage 27 BMV-Ä der kooperierenden Ärzte mit einer stationären Pflegeeinrichtung
- Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Abrechnung der GOPen des Abschnitts 37.2 EBM
- Betreuung von Patienten in einer Pflegeeinrichtung, mit der ein Kooperationsvertrag nach § 119b Absatz 1 SGB V besteht.

Die GOPen des Abschnitts 37.2 EBM sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1: Gebührenordnungspositionen (GOP) Abschnitt 37.2 EBM (Stand 4. Quartal 2017)

GOP	Beschreibung	Bewertung
37100	<b>Kooperationspauschale für Behandlung in der Praxis</b> (Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</i></li> <li>➤ <i>einmal im Behandlungsfall</i></li> <li>➤ <i>höchstens zweimal im Krankheitsfall</i></li> </ul>	125 Punkte
37102	<b>Kooperationspauschale für Behandlung im Pflegeheim</b> (Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 (Besuch) oder 01413 (Mitbesuch) für die Betreuung von Patienten gemäß Bestimmung Nr. 1 zum Abschnitt 37.2 und gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt</i></li> <li>➤ <i>einmal im Behandlungsfall</i></li> </ul>	125 Punkte
37105	<b>Koordinationspauschale</b> (Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>einmal im Behandlungsfall</i></li> <li>➤ <i>nur von einem an der Behandlung beteiligten Vertragsarzt berechnet</i></li> <li>➤ <i>schriftliche Vereinbarung mit den anderen kooperierenden Vertragsärzten erforderlich</i></li> </ul>	275 Punkte
37113	<b>Zuschlag für den Besuch eines weiteren Patienten im Pflegeheim</b> (Zuschlag zur Gebührenordnungspositionen 01413 für den Besuch eines Patienten in einem Pflegeheim, mit dem ein Kooperationsvertrag nach §119b SGB V besteht, der die Anforderung der Anlage 27 zum BMV-Ä erfüllt) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>für jeden Mitbesuch berechnungsfähig</i></li> </ul>	106 Punkte
37120	<b>Fallkonferenz gemäß Anlage 27 BMV-Ä</b> (auch bei einer telefonischen Fallkonferenz, ab 01.04.2019 auch als Videofallkonferenz) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>höchstens dreimal im Krankheitsfall</i></li> <li>➤ <i>von jedem teilnehmenden Vertragsarzt</i></li> </ul>	64 Punkte

### **1.3 Aktuelles Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim**

Im Dezember 2017 waren in Deutschland 3,41 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI). Im Dezember 2015 lag die Zahl der Pflegebedürftigen bei 2,86 Millionen. Die starke Zunahme um 19 Prozent ist zum großen Teil auf die Einführung des neuen, weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab dem 1. Januar 2017 zurückzuführen. Zirka 24 Prozent aller Pflegebedürftigen werden in Pflegeheimen versorgt, größtenteils vollstationär aber auch teilweise in Kurzzeitpflege. Das Statistische Bundesamt weist aus, dass ein Pflegeheim im Durchschnitt 64 Pflegebedürftige betreut. Zirka die Hälfte der Pflegeheimbewohner sind 85 Jahre alt und älter, 70 Prozent sind Frauen. Der Anteil der Pflegebedürftigen des Pflegegrades 5 (höchster Pflegegrad) beträgt im Pflegeheim 16 Prozent. Bei zu Hause versorgten Pflegebedürftigen liegt der Anteil bei rund vier Prozent (Statistisches Bundesamt, 2018).

Die Anzahl und der Anteil der Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege (ohne Kurzzeitpflege) sowie die Anzahl der Pflegeeinrichtungen je Bundesland sind in Tabelle 2 dargestellt.

Pflegebedürftige Menschen in stationären Einrichtungen zeigen eine hohe Multimorbidität mit somatischen und psychischen Erkrankungen, was einen hohen medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf impliziert (Bussche H van den et al., 2011). Aufgrund kognitiver Einschränkungen und der eingeschränkten Mobilität können die Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen ihren Versorgungsbedarf häufig nicht entsprechend äußern bzw. sind nicht in der Lage, eine Arztpraxis aufzusuchen, somit sind Pflegeheimbewohner auf eine Versorgung im Heim angewiesen (Jacobs et al., 2017).

Studien über Pflegebedürftige berichten von risikobehafteten Arzneimittelverordnungen, einer Fehlversorgung mit Psychopharmaka (Balzer et al. 2013; Thürmann 2017; Gutzmann et al. 2017) und von potenziell vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und Hospitalisierungen in den letzten Lebenswochen (Ramroth 2006; Wiese et al. 2016).

**Tabelle 2: Anzahl und Anteil von Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege und Anzahl Pflegeheime je Bundesland in 2017**

	Anzahl Pflegebedürftiger in vollstationärer Dauerpflege <sup>1</sup> [N]	Anteil Pflegebedürftiger in vollstationärer Dauerpflege an allen Pflegebedürftigen [%]	Anzahl Pflegeheime <sup>2</sup> [N]
<b>Deutschland</b>	<b>792.342</b>	<b>23,2</b>	<b>14.480</b>
Baden-Württemberg	92.562	23,2	1.777
Bayern	112.441	28,2	1.885
Berlin	28.956	21,3	391
Brandenburg	23.911	18,1	523
Bremen	5.693	19,6	146
Hamburg	15.882	25,2	201
Hessen	53.497	20,4	905
Mecklenburg-Vorpommern	18.977	20,8	446
Niedersachsen	92.285	23,8	1.873
Nordrhein-Westfalen	163.548	21,3	2.824
Rheinland-Pfalz	35.657	22,1	539
Saarland	11.108	24,4	180
Sachsen	49.720	24,3	970
Sachsen-Anhalt	28.675	25,9	633
Schleswig-Holstein	34.352	31,5	692
Thüringen	25.078	21,7	495

<sup>1</sup> (Statistisches Bundesamt, 2018b)

<sup>2</sup> (Statistisches Bundesamt, 2018a)

Die ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen leisten in erster Linie Hausärzte (Hallauer et al., 2005). Eine Untersuchung berichtet von einem mindestens vierteljährlichen persönlichen Kontakt bei 91 Prozent der Bewohner durch Allgemeinmediziner und /oder Internisten (Kleina et al. 2015). Bereits im Bericht Stufe I zum Evaluationsauftrag nach § 119b Abs. 3 Satz 1 SGB V zeigten die Daten der ärztlichen Abrechnungsstatistik für Deutschland, dass 81 Prozent der Ärzte, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 des EBM abrechnen, Hausärzte sind.

Diverse Studien berichten von einer mangelnden Versorgung durch Fachärzte (Kleina et al. 2017; Balzer et al., 2013). In einer Untersuchung mit einer Stichprobe von 10 Prozent aller deutschen Pflegeheime lag der Anteil der Bewohner, die beispielsweise gynäkologisch betreut wurden, bei 8 Prozent, obwohl der größte Teil der Bewohner Frauen waren (Hallauer et al., 2005). Balzer und Kolleginnen berichten, dass Bewohner mit Diabetes mellitus hinsichtlich regelmäßiger augenärztlicher Untersuchungen unterversorgt sind (Balzer et al., 2013). Eine weitere Untersuchung mit Routinedaten des Jahres 2015 zur fachärztlichen Patientenversorgung kam zu dem Schluss, dass Pflegeheimbewohner mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einen Facharzt konsultieren als Nichtpflegebedürftige mit ähnlichen Erkrankungsmustern. Die Facharztkonsultationen bezogen sich auf Kardiologen, Orthopäden, Augenärzte, Urologen, Gynäkologen, Dermatologen sowie HNO-Spezialisten, Pneumologen und Zahnmediziner. Bei Neurologen und Psychiatern



wurde eine häufigere Konsultation bei Pflegebedürftigen in Pflegeheimen gegenüber ambulant versorgten Pflegebedürftigen oder Nichtpflegebedürftigen festgestellt [Schwinger et al., 2016].

Auch der Bericht der Stufe I zog als Fazit, dass die fachärztliche Versorgung als ausbaufähig eingeschätzt werden kann. Aussagen zu der Versorgungssituation auf Ebene der einzelnen Versicherten in Pflegeheimen konnten durch die bestehende Datenlage im Bericht der Stufe I nicht berücksichtigt werden.

Der vorliegende Bericht legt den Schwerpunkt der Evaluation auf eine versichertenbezogene Auswertung.

## **2 Auftrag**

In der 421. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses am 2. Mai 2017 haben die Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses das Institut des Bewertungsausschusses mit einer zweistufigen Evaluation der mit der Vergütungsregelung nach § 87 Abs. 2a Satz 13 SGB V verbundenen Auswirkungen von Kooperations- und Koordinationsleistungen in Kooperationsverträgen für die Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen und die finanziellen Auswirkungen beauftragt.

Der Bericht der Stufe I beinhaltet die Analyse der Anzahl abgeschlossener Kooperationsverträge gemäß § 119b Abs. 1 SGB V sowie Auswertungen von Daten der arztseitigen Rechnungslegung zur Anzahl abrechnender Ärzte, zur Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit und des Leistungsbedarfs aus Abschnitt 37.2 EBM.

Der Bericht der Stufe II beinhaltet zusätzlich versichertenbezogene Daten von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen aus dem Abrechnungsjahr 2017. Dieser Bericht wird der Bundesregierung zum 31.12.2019 als Folgebericht zur Verfügung gestellt.

## **3 Fragestellungen**

Nach dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 119b Absatz 3 Satz 1 SGB V (siehe Abschnitt 1.1) sind zwei Fragenkomplexe zu bearbeiten.

- I. Welche Auswirkungen hat die Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung?
  
- II. Welche finanziellen Auswirkungen hat die Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V auf die Krankenkassen?



## 4 Methode

Der vorliegende Bericht beruht auf einem abgestimmten Konzept der 421. Sitzung des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses.

Es werden folgende Punkte in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung evaluiert:

- Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä
- Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten
- Analyse der ärztlichen Abrechnungen
- Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung

### 4.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

Die im Bericht dargestellten Informationen über abgeschlossene Kooperationsverträge gemäß § 119b Abs. 1 SGB V wurden durch die KBV bei den KVen erhoben. Es werden Daten zur Anzahl der Kooperationsverträge, zur Anzahl der Pflegeheime mit Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V, zur Anzahl der abrechnenden Ärzte (Abschnitt 37.2 EBM) sowie Angaben zu aktuellen Selektivverträgen zur Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen je Kassenärztlicher Vereinigung (KV) mit Stand 31.12.2018 dargestellt.

### 4.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten

Die Beurteilung des Versorgungsgeschehens von pflegebedürftigen Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen beruht auf einem zwischen den Trägerorganisationen abgestimmten Konzept. Das Versorgungsgeschehen kann nur in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung und mit den zur Verfügung gestellten Daten evaluiert werden. Dem Institut liegt eine bundesweite Versichertenstichprobe („Geburtstagsstichprobe“, GSP) vor, die unter anderem Informationen zu abgerechneten Leistungen und Diagnosen je Versicherten enthält sowie eine Zuordnung zu den abrechnenden Ärzten. Zur Identifikation von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen sind die Daten der GSP für das Berichtsjahr 2017 mit der Kennzeichnung pflegebedürftiger Versicherter, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, angereichert worden. Pflegebedürftige Versicherte, die sich in vollstationären Pflegeeinrichtungen ausschließlich im Rahmen der Kurzzeitpflege gemäß § 42 SGB XI oder der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI im Berichtsjahr 2017 befanden, sind in der GSP nicht gekennzeichnet und somit nicht Bestandteil der Analyse. Die Kennzeichnung erfolgte für pflegebedürftige Versicherte, die mindestens einen Tag pro Quartal pflegebedürftig waren. Jedes so gekennzeichnete Quartal eines Versicherten wird als Beobachtungsquartal bezeichnet. Die ermittelten Anzahlen werden auf die Gesamtzahl der bundesweit Versicherten hochgerechnet.

Ein geringer Teil der Versicherten (3,8%) nimmt nicht in jedem Quartal des Beobachtungszeitraums ärztliche Leistungen in Anspruch. Diese Versicherten werden von den folgenden Analysen ausgenommen.

Pflegebedürftige Versicherte, die im Jahr 2017 vollstationär in Pflegeeinrichtungen lebten, werden anhand der Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM) in zwei Gruppen eingeteilt:

- Gruppe A - Versicherte ohne Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM
- Gruppe B - Versicherte mit mindestens einer Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM
  - Gruppe B1 - Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten
  - Gruppe B2 - Versicherte, die nicht in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Die Ergebnisse werden wie folgt dargestellt:

- Durchschnittliche Versicherte

Zur Vermeidung von Verzerrungen zwischen den Gruppen auf Grund von durchschnittlich unterschiedlich langen Aufenthalten je Versicherten im Pflegeheim werden die Auswertungen für "durchschnittliche Versicherte" für das Jahr 2017 durchgeführt. Dazu werden alle Quartale eines Versicherten, die dieser im Pflegeheim verbrachte, betrachtet ("Beobachtungsquartale"). Zum Übergang auf eine jahresweise Sicht wird die Summe der Beobachtungsquartale durch vier geteilt. Die sich so ergebenden "durchschnittlichen Versicherten" werden im Bericht zur besseren Lesbarkeit als "Versicherte" bezeichnet.  
= Anzahl Beobachtungsquartale / 4

- Anteile der Versicherten

Die Darstellung der Anteile der Versicherten mit der jeweils zu betrachtenden GOP erfolgt in Prozent und wird als Jahresdurchschnitt ausgewiesen. Hierfür wird die Summe über die Beobachtungsquartale, in denen die entsprechende GOP mindestens einmal abgerechnet wurde, durch die Anzahl aller Beobachtungsquartale geteilt. Diese Kennzahl gibt an, wie groß im Mittel der Anteil der durchschnittlichen Versicherten ist, die in einem Quartal die untersuchte GOP in Anspruch genommen haben. Für den Vergleich von Gruppen finden die jeweiligen Versichertenquartale der entsprechenden Gruppe Anwendung. Die Berechnung für die Anteile von Versicherten mit bestimmten Diagnosen bzw. Behandlung durch Fachgruppen erfolgt analog.  
= Anzahl Beobachtungsquartale mit GOP / Anzahl aller Beobachtungsquartale

- Mittelwerte

Die Darstellung der Abrechnungshäufigkeiten erfolgt als Mittelwert im Jahresdurchschnitt. Hierfür wird die Anzahl der jeweils zu betrachtenden GOPen von

allen Versicherten aufaddiert und durch die Anzahl der gesamten Beobachtungsquartale (Versicherte haben unterschiedlich lange Aufenthalte in den Pflegeeinrichtungen) geteilt. Für die jahresdurchschnittliche Betrachtung wird dieser Wert mit vier multipliziert. Damit gibt diese Kennzahl an, wie häufig die untersuchte GOP im Mittel bei einem durchschnittlichen Versicherten (d.h. mit einem rechnerischen Aufenthalt in den Pflegeeinrichtungen von vier Quartalen) in einem Jahr abgerechnet wird.

$$= (\text{Anzahl GOP im Jahr} / \text{Anzahl Beobachtungsquartale}) * 4$$

➤ Ausgaben/Leistungsbedarf (LB)

Der Leistungsbedarf wird in Euro als Jahresdurchschnitt angegeben. Hierfür wird der Leistungsbedarf der jeweils zu betrachtenden GOPen von allen Versicherten aufaddiert und durch die Anzahl der gesamten Beobachtungsquartale geteilt. Für die jahresdurchschnittliche Betrachtung wird dieser Wert mit vier multipliziert. Damit gibt diese Kennzahl an, welcher Leistungsbedarf für die untersuchte GOP im Mittel bei einem durchschnittlichen Versicherten (d.h. mit einem rechnerischen Aufenthalt in den Pflegeeinrichtungen von vier Quartalen) im Jahr anfällt.

$$= (\text{LB GOP im Jahr} / \text{Anzahl Beobachtungsquartale}) * 4$$

Folgende Kennzahlen werden bereitgestellt:

**Anzahl und Anteil der Versicherten gesamt, mit und ohne Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM**

- Alter, Geschlecht und Diagnosespektrum
- bundesweit und regional (je Kassenärztlicher Vereinigung (KV))

Das Diagnosespektrum wird anhand der Codes der ICD-10-GM (Version 2017) dreistellig ausgewiesen. Es wurden die Diagnosen mit der Angabe zur Diagnosesicherheit G (gesicherte Diagnose), V (Verdacht auf) und Z (Zustand nach) in die Auszählungen eingeschlossen.

**Anzahl und Anteil der Versicherten der Gruppen B1 und B2 mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM im Jahr 2017**

Es werden alle Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM (GOPen 37100, 37102, 37105, 37113 und 37120) betrachtet.

- bundesweit und regional
- durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten (Mittelwert) je Versicherten
- absolute Anzahl der abgerechneten GOPen und Behandlungsfälle gesamt
- Fachgruppen mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM

Als Hausärzte sind folgende Abrechnungsgruppen zusammengefasst: Allgemeinmediziner, Allgemeinmediziner/Internisten (Hausarzt), hausärztliche Internisten, sonstige Hausärzte.

Als Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie werden folgende Abrechnungsgruppen zusammengefasst: Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie.

Als „Sonstige“ Fachgruppen sind folgende Abrechnungsgruppen zusammengefasst: Medizinische Versorgungszentren, Arztgruppenübergreifende Praxen, Einrichtungen nach § 311 SGB V, Sonstige Leistungserbringer.

### Versorgende Fachgruppen mit EBM-Leistungen

Es werden alle Leistungen des EBM, die im untersuchten Zeitraum bei den pflegebedürftigen Versicherten abgerechnet wurden, in die Analyse einbezogen.

- Gegenüberstellung der Anteile der Versicherten der Gruppen A und B1
- Anzahl der verschiedenen Fachgruppen je Versicherten

### Leistungen des Abschnitts 1.1 EBM - Besondere Inanspruchnahme

Es werden alle Leistungen des Abschnitts 1.1 EBM (GOPen 01100, 01101, 01102) betrachtet (Tabelle 3).

- Gegenüberstellung der Anteile der Versicherten der Gruppen A und B1
- bundesweit und regional
- durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten (Mittelwert)

Tabelle 3: Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.1 EBM (Stand 4. Quartal 2017)

GOP	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten - zwischen 19:00 und 22:00 Uhr - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	196
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten - zwischen 22:00 und 07:00 Uhr - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr	313
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen zwischen 07:00 und 14:00 Uhr	101

### Leistungen des Abschnitts 1.2 EBM - Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst

Es werden die Notfallpauschalen (GOPen 01210 und 01212) sowie die Notfallkonsultationspauschalen I bis III (GOPen 01214, 01216 und 01218) in Kombination und einzeln betrachtet (Tabelle 4).

- Gegenüberstellung der Anteile der Versicherten der Gruppen A und B1
- bundesweit und regional
- durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten (Mittelwert)

Tabelle 4: *Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.2 EBM (Stand 4. Quartal 2017)*

GOP	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
01210	Notfallpauschale Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme - zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)	120*
01212	Notfallpauschale Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme - zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages - ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.	195
01214	Notfallkonsultationspauschale I Notfallkonsultationspauschale I im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser außerhalb der in den GOP 01216 und 01218 angegebenen Zeiten	50
01216	Notfallkonsultationspauschale II Notfallkonsultationspauschale II im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme - zwischen 19:00 und 22:00 Uhr - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr	140
01218	Notfallkonsultationspauschale III Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme - zwischen 22:00 und 7:00 Uhr - an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 7:00 Uhr	170

\* GOP bis zum 1.4.2017 mit 127 Punkten bewertet war

### Leistungen des Abschnitts 1.4 EBM - Besuchsleistungen

Es werden die in Tabelle 5 aufgeführten Besuchsleistungen in Kombination und einzeln betrachtet.

- Gegenüberstellung der Anteile der Versicherten der Gruppen A und B1
- bundesweit und regional
- durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten (Mittelwert)

Tabelle 5: Gebührenordnungspositionen (GOPen) Abschnitt 1.4 EBM (Stand 4. Quartal 2017)

GOP	Beschreibung	Bewertung (Punkte)
01410	Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt	212
01411	<p>Dringender Besuch I wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt</p> <p>zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr</p> <p>Hinweis: Diese GOP darf unter anderem nicht neben folgenden GOPen abgerechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besondere Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102)</li> <li>- Notfall und organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst (01210, 01212, 01214, 01216, 01218)</li> </ul>	469
01412	<p>Dringender Besuch II dringende Visite auf der Belegstation wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt</p> <p>zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder an Wochenenden und gesetzlichen Feiertagen, am 24. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr oder bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume oder Dringende Visite auf der Belegstation bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume</p> <p>Hinweis: Diese GOP darf unter anderem nicht neben folgenden GOPen abgerechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besondere Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102)</li> <li>- Notfall und organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst (01210, 01212, 01214, 01216, 01218)</li> </ul>	626
01413	<p>Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie) und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</p> <p>Hinweis: Bei Vorliegen eines Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V wird gleichzeitig die 37113 als Zuschlag abgerechnet</p>	106
01415	<p>Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal wegen der Erkrankung, noch am Tag der Bestellung ausgeführt</p> <p>Hinweis: Diese GOP darf unter anderem nicht neben folgenden GOPen abgerechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besondere Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102)</li> <li>- Notfall und organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst (01210, 01212, 01214, 01216, 01218)</li> </ul>	546
01418	<p>Besuch im organisierten Not(-fall)dienst</p> <p>Hinweis: Diese GOP darf unter anderem nicht neben folgenden GOPen abgerechnet werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Besonderen Inanspruchnahme (GOPen 01100 bis 01102)</li> </ul>	778

### 4.3 Analyse der ärztlichen Abrechnungen

Die Analyse der arztseitigen Rechnungslegung (ARZTRG\_87aKA) erfolgt für den Zeitraum 3. Quartal 2016 (Einführung der Leistungen in den EBM) bis 4. Quartal 2017. Analysen für das Abrechnungsjahr 2018 der ARZTRG\_87aKA-Daten finden sich im Anhang. Auf die Darstellung wird im Bericht zur Synchronisierung der Darstellung von versichertenbezogenen Daten (GSP) und ARZTRG\_87aKA-Daten verzichtet. Die ARZTRG\_87aKA-Daten entsprechen einer Vollerhebung und müssen nicht hochgerechnet werden. Folgende Kennzahlen und Analysen werden bereitgestellt:

#### Übersicht zur Anzahl abrechnender Ärzte und Abrechnungshäufigkeiten

- Ärzte werden anhand einer oder mehrerer abgerechneter GOPen des Abschnitts 37.2 EBM identifiziert (GOPen 37100, 37102, 37105, 37113, 37120).

#### Regionale Aspekte der abrechnenden Ärzte

- Anteil niedergelassener Ärzte mit und ohne Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung

#### Leistungskombinationen je Arzt

- Innerhalb des Quartals 2017/4 wird für jeden Arzt die Abrechnung des Abschnitts 37.2 EBM identifiziert. Bei dieser Betrachtung ist kein Versichertenbezug gegeben. Das bedeutet, dass ein Arzt die verschiedenen Leistungen nach den GOPen des Abschnitts 37.2 EBM in dem betrachteten Quartal bei unterschiedlichen Versicherten durchgeführt und abgerechnet haben kann.

#### Abrechnende Fachgruppen

- Anteile der abrechnenden Hausärzte und Fachärzte für den Abschnitt 37.2 EBM
- Fachgruppen im Zusammenhang mit den jeweilig abgerechneten GOPen

Die Fachgruppen werden auf Basis des Merkmals Abrechnungsgruppe analysiert. Die Fachgruppenzuordnung entspricht der auf Seite 19 beschriebenen Systematik.

#### **4.4 Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung**

Paragraph 119b Abs. 3 Satz 1 SGB V fordert die Analyse der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen. Diese können nur in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung und mit den dazu vorliegenden Daten evaluiert werden.

Es werden die Daten der bundesweiten Versichertenstichprobe (GSP, siehe Methodenteil Abschnitt 4.2) bezüglich des Leistungsbedarfs je durchschnittlichen Versicherten in Euro für das Jahr 2017 analysiert. Dieser Wert entspricht dem abgerechneten Leistungsbedarf laut regionaler Euro-Gebührenordnung.

In den Auswertungen werden die Versicherten der Gruppe A, B, B1 und B2 mit folgenden Kennzahlen gegenübergestellt:

- Leistungsbedarf je Versicherten für Abschnitt 37.2 EBM gesamt und nach GOPen getrennt (GOPen 37100, 37102, 37105, 37113, 37120) in Euro für 2017
- Leistungsbedarf je Versicherten für Abschnitt 1.1 EBM (GOPen 01100 bis 01102) in Euro für 2017
- Leistungsbedarf je Versicherten für Notfallpauschalen (GOPen 01210 und 01212) und Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216 und 01218) aus dem Abschnitt 1.2 EBM in Euro für 2017
- Leistungsbedarf je Versicherten für Besuchsleistungen (GOPen 01410 bis 01413, 01415 und 01418) in Euro für 2017
- Leistungsbedarf je Versicherten für weitere EBM Leistungen (außer bereits angegebenen GOPen) aus dem Abschnitt 1.4 EBM in Euro für 2017

Weiterhin wird der abgerechnete Leistungsbedarf der ärztlichen Abrechnungen (ARZTRG\_87aKA) betrachtet. Folgende Kennzahlen und Analysen werden bereitgestellt:

- Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Arzt für die GOPen des Abschnitts 37.2 EBM im 4. Quartal 2017 in Euro
- Entwicklung des Leistungsbedarfs des Abschnitts 37.2 EBM vom 1. Quartal 2017 bis 4. Quartal 2017 bundesweit in Millionen Euro
- Leistungsbedarf je Kassenärztlicher Vereinigung für den Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2017 in Millionen Euro



## 5 Ergebnisse

### 5.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

Basis für die nachfolgende Darstellung zu Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V bilden Daten der von der KBV durchgeführten Abfrage bei den KVen mit Stand 31.12.2018. Je KV wurden die Anzahl der Kooperationsverträge nach § 119b Abs. 1 SGB V, die Anzahl der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen sowie die Anzahl der Abrechnungsgenehmigungen erfasst. Für die KV Baden-Württemberg wurden keine Angaben übermittelt. In der KV Brandenburg fehlte die Angabe, mit wie vielen verschiedenen Pflegeeinrichtungen Kooperationsverträge abgeschlossen wurden. Für die KV Rheinland-Pfalz wurde nur die Angabe über die erteilten Abrechnungsgenehmigungen für Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM übermittelt.

Bis Dezember 2018 wurden bundesweit 22.096 Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V mit 7.391 Pflegeeinrichtungen abgeschlossen (Tabelle 6). Darin nicht enthalten sind die Angaben aus den KVen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Im Vergleich zum Bericht der Stufe I (Stand März 2017) sind 2,8-mal so viele Verträge abgeschlossen worden (14.208 Verträge mehr), es fehlten hier ebenfalls die Angaben der KVen Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. In der KV Westfalen-Lippe wurde mit Stand Dezember 2018 die größte Anzahl an Kooperationsverträgen abgeschlossen (n=5.102; Tabelle 6). In dieser KV haben Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V im Durchschnitt 7 Verträge.

Insgesamt wurden 8.576 Genehmigungen zur Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM erteilt, der größte Anteil in der KV Bayerns (16,7%). In fast allen KVen wurden weniger Abrechnungsgenehmigungen erteilt als Kooperationsverträge abgeschlossen. Das bedeutet, dass Ärzte mit einer Abrechnungsgenehmigung mehrere Kooperationsverträge abgeschlossen haben. In der KV Westfalen-Lippe sind beispielsweise sechsmal mehr Kooperationsverträge abgeschlossen worden, als Genehmigungen erteilt wurden.

Bezüglich der KVen Saarland und Thüringen ist anzunehmen, dass sich mehrere Ärzte in einem Kooperationsvertrag zusammengeschlossen haben, was möglicherweise den Pflegekräften die Umsetzung der medizinischen Behandlungsnotwendigkeiten für ihre Bewohner erleichtert. Paragraph 4 der Anlage 27 zum BMV-Ä regelt zudem, dass kooperierende Ärzte einen Koordinationsarzt bestimmen sollen. Die Umsetzung dieser Festlegung kann mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht analysiert werden.

In der KV Mecklenburg-Vorpommern ist die Anzahl der Abrechnungsgenehmigungen identisch mit der Anzahl an Kooperationsverträgen. Eine Besonderheit ist hier, dass für einige Pflegeeinrichtungen gemeinsame Verträge existieren, da 163 Kooperationsverträge mit 176 Pflegeheimen abgeschlossen wurden (Tabelle 6).

Die Recherche nach von KVen veröffentlichten Musterverträgen zeigte, dass die Mehrheit der KVen Musterverträge nach § 119b SGB V hinterlegt hat. In der KV Hamburg wird ein Formular mit Hinweisen zur Ausgestaltung eines Kooperationsvertrages bereitgestellt, in der KV Mecklenburg-Vorpommern konnten keine Informationen diesbezüglich gefunden werden. Es zeigt sich eine Heterogenität bei der Vertragsgestaltung. Es können Verträge abgeschlossen werden, in denen mehrere Ärzte in einem Kooperationsvertrag mit einer Pflegeeinrichtung kooperieren und Verträge, in denen einzelne Ärzte mit einzelnen Pflegeeinrichtungen Verträge abschließen, was sich in den Daten widerspiegelt.

Die Abfrage bei den KVen ermöglicht keine Aussage, welche Fachgruppen die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM erhalten haben oder welche Fachgruppen möglicherweise einen gemeinsamen Kooperationsvertrag geschlossen haben.

*Tabelle 6: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand 31.12.2018*

Umsetzung § 119 b SGB V	Wie viele Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen bestehen zum 31.12.2018?	Sofern bekannt, mit wie vielen verschiedenen Pflegeeinrichtungen wurden Kooperationsverträge abgeschlossen?	Wie viele Ärzte besitzen die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen des EBM-Kapitels 37?
Baden-Württemberg	k.A.	k.A.	k.A.
Bayern	1.759	986	1.430
Berlin	1.840	341	504
Brandenburg	391	k.A.	212
Bremen	20	17	17
Hamburg	1.060	141	233
Hessen	1.369	468	454
Mecklenburg-Vorpommern	163	176	163
Niedersachsen	2.033	1.652	1.246
Nordrhein	3.777	1.400	1.098
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	916
Saarland	70	59	130
Sachsen	413	235	256
Sachsen-Anhalt	1.582	447	443
Schleswig-Holstein	2.425	650	563
Thüringen	92	75	121
Westfalen-Lippe	5.102	744	790
<b>Gesamt</b>	<b>22.096</b>	<b>7.391</b>	<b>8.576</b>

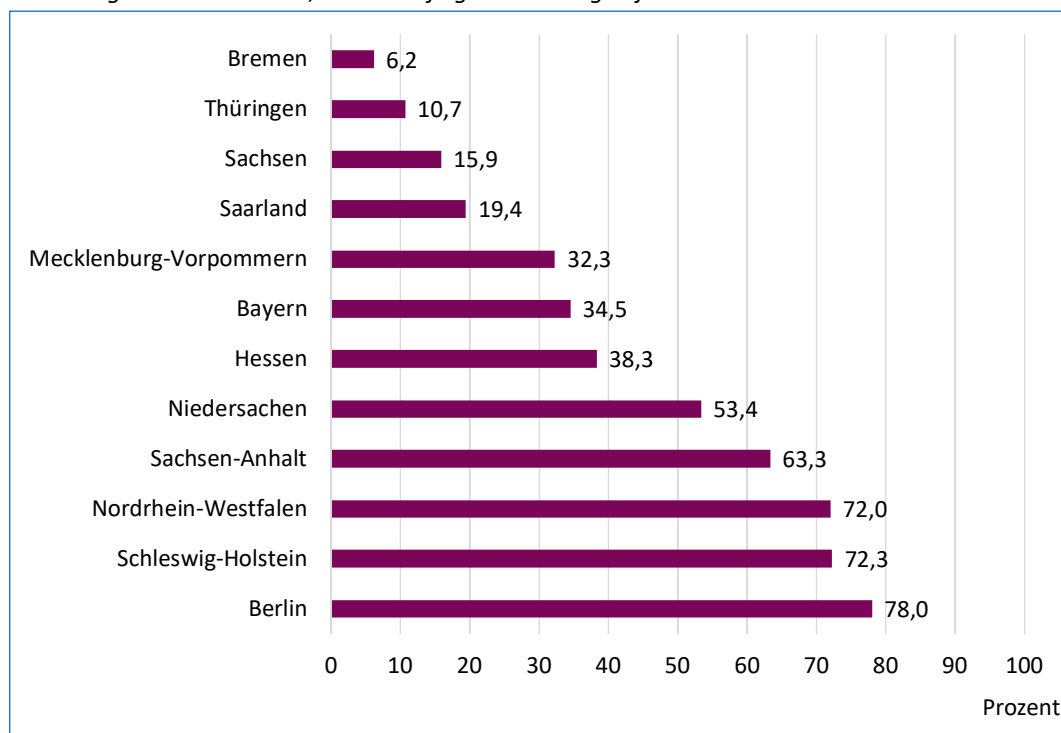
Anhand der Zahlen des statistischen Bundesamtes zu zugelassenen Pflegeeinrichtungen in Deutschland im Jahr 2017 (Tabelle 2) und der Daten der KBV mit Stand Dezember 2017 (Anhang Tabelle 12) zur Anzahl geschlossener Kooperationsverträge ist eine Aussage über den Anteil der Pflegeeinrichtungen je Bundesland mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V möglich. Bundesweit liegt der Anteil der Pflegeeinrichtungen mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V mit Stand Dezember 2017 bei 49 Prozent ohne Berücksichtigung der Bundesländer Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Brandenburg und Hamburg

(2017: keine Angaben für KV Hamburg) (Kooperationsverträge Stand Dezember 2017: n=5.633). Im ersten Bericht lag der Anteil noch bei 28 Prozent. Regional betrachtet ist der größte Anteil an Pflegeheimen mit Kooperationsverträgen in den Bundesländern Berlin (78%), Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen (72%) zu finden (Abbildung 1).

Seit Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) zum 1. Januar 2019 sind Pflegeheime gemäß § 119b Abs. 1 SGB V verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Durch die Relativierung, dass dies „bei entsprechendem Bedarf“ erfolgen soll, können Pflegeeinrichtungen auch andere Wege zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gehen. Denkbar sind Verträge im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), der besonderen ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V) oder der integrierten Versorgung (§ 140a SGB V). Aus der Anzahl der Pflegeheime mit Kooperationsverträgen gemäß § 119b Abs. 1 SGB V lassen sich keine Rückschlüsse auf die Intensität der ärztlichen Versorgung ziehen.

Eine Übersicht über weitere bestehende Verträge (Selektivverträge), die von den KVen gemeldet wurden, findet sich in Tabelle 7 (Abfrage erfolgte durch die KBV, Stand 31.12.2018).

Abbildung 1: Anteil der Pflegeeinrichtungen, die einen Kooperationsvertrag nach § 119b Abs. 1 SGB V abgeschlossen haben, an allen Pflegeeinrichtungen je Bundesland\*



\* (Anzahl der Pflegeeinrichtungen gesamt aus der Erhebung des Statistischen Bundesamts, 2018a); nicht eingeschlossen (keine Angaben): KV Baden-Württemberg, KV Rheinland-Pfalz, KV Brandenburg und KV Hamburg; Angaben der KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe wurden im Bundesland Nordrhein-Westfalen zusammengeführt

**Tabelle 7: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu Selektivverträgen über die Versorgung von Pflegeheimbewohnern; Stand 31.12.2018**

Vertrag nach KV-Region	Thema	Vertragspartner
§ 73c KV Hessen	Psychiatrische Versorgung in Altenpflegeheimen	AOK Hessen
§ 140a (neu) KV Mecklenburg-Vorpommern	Pflegeheim Plus	AOK
§ 140 a (neu) KV Mecklenburg-Vorpommern	Pflege komplett	DAK
§ 73a KV Niedersachsen	GENIAL e. V. – „Besuchsarzt“	AG der Verbände der KK
§ 73a KV Nordrhein	Vertrag über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen	AOK Rheinld./HH, SVLFG, Knappschaft, LdB, vdek, IKK classic
§ 140a (alt) KV Nordrhein	IV Pflegeheimprojekte	VDEK, einige BKKen
§ 73a KV Sachsen	Pflegeheim PLUS	AOK
§ 73a KV Sachsen	PsycheAktiv	AOK
§ 73a KV Sachsen-Anhalt	Pflegeeinrichtungen	Knappschaft
§ 73a KV Sachsen-Anhalt	Facharztvertrag Pflegeheim	AOK
§ 73a KV Thüringen	Pflegeheim PLUS Thüringen	AOK
§ 73a KV Westfalen-Lippe	Weiterentwicklung der Strukturen bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern in den Regionen Bünde, Lippe, Marl, Münster und Unna	AOK; BKK; IKK; SVLFG, Ersatzkassen

## 5.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten

### 1. Wie viele pflegebedürftige Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen wurden mit Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2017 versorgt?

Insgesamt wurden 953.306 pflegebedürftige Versicherte im Beobachtungszeitraum vollstationär in Pflegeeinrichtungen betreut. Dies entspricht aufgrund der unterschiedlichen Dauer jedes Pflegeheimaufenthaltes der einzelnen Versicherten 732.662 durchschnittlich pflegebedürftigen Versicherten (im Bericht "Versicherte" genannt, siehe Abschnitt Methode 4.2). Das Durchschnittsalter betrug 82 Jahre, 70 Prozent der Versicherten waren weiblich, was mit den Angaben des Statistischen Bundesamts im Einklang steht.

Insgesamt erhielten 69 Prozent (n=504.137) der Versicherten im Jahr 2017 keine Kooperations- und Koordinationsleistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM. Diese Versicherten werden im vorliegenden Bericht der Gruppe A zugeordnet. Während des Betrachtungszeitraumes sind in dieser Gruppe 18 Prozent der Versicherten verstorben.

Mindestens eine Kooperations- und Koordinationsleistung aus dem Abschnitt 37.2 EBM erhielten 31 Prozent (n=228.525) der pflegebedürftigen Versicherten im Jahr 2017. Diese Versicherten werden im vorliegenden Bericht der Gruppe B zugeordnet. Während des Betrachtungszeitraumes sind in dieser Gruppe 13 Prozent der Versicherten verstorben.

Da Versicherte der Gruppe B teilweise in jedem und teilweise nicht in jedem ihrer Beobachtungsquartale Kooperations- und Koordinationsleistungen erhielten, wird die Gruppe B für den Bericht in Gruppe B1 und B2 unterteilt. In Gruppe B1 sind Versicherte, die in jedem ihrer Beobachtungsquartale Kooperations- und/oder Koordinationsleistungen erhielten (52% der Gruppe B). In Gruppe B2 sind die Versicherten, die nicht in jedem ihrer Beobachtungsquartale Kooperations- und Koordinationsleistungen erhielten (48% der Gruppe B). Eine Übersicht zu der Gruppeneinteilung der pflegebedürftigen Versicherten findet sich in Abbildung 2.

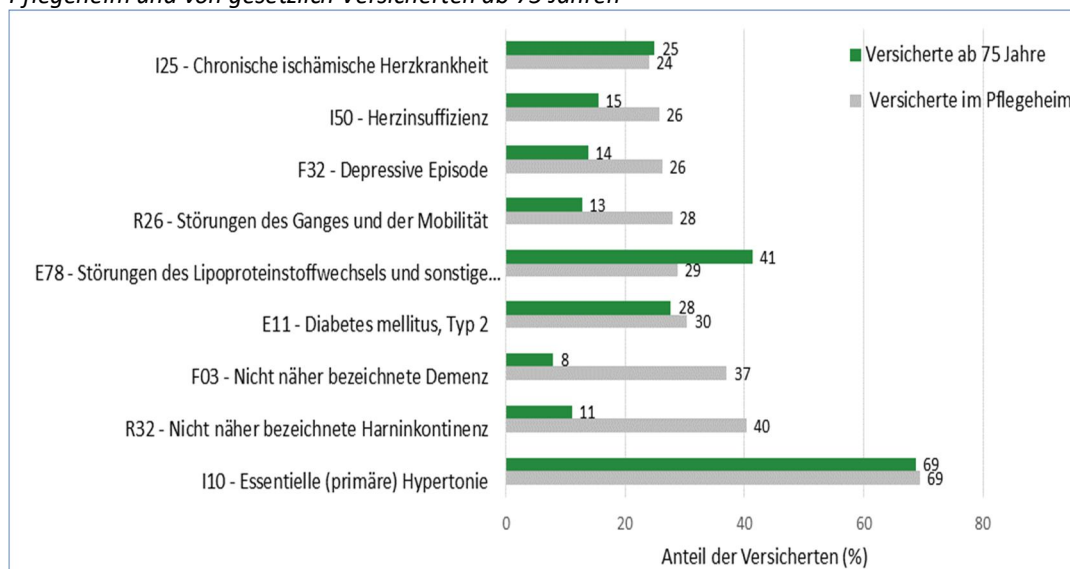
Abbildung 2: Anzahl und Anteile der pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen gesamt und je Gruppe mit und ohne Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich)

Anzahl der pflegebedürftige Versicherte gesamt: n = 732.662	
<b>Gruppe A</b> Versicherte <b>ohne</b> Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM	<b>Gruppe B</b> Versicherte <b>mit mindestens einer</b> Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM
Anzahl der Versicherten: 504.137 (68,8%) Frauen: 71,5% Alter: 82,8 Jahre Verstorben: 18,1%	Anzahl der Versicherten: 228.525 (31,2%) Frauen: 69,8% Alter: 82,2 Jahre Verstorben: 13,2%
<b>Gruppe B1</b> Versicherte die <b>in jedem</b> Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 erhielten	<b>Gruppe B2</b> Versicherte die <b>nicht in jedem</b> Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 erhielten
Anzahl der Versicherten: 118.667 (51,9%) Frauen: 69,4% Alter: 82,0 Jahre Verstorben: 14,1%	Anzahl der Versicherten: 109.858 (48,1%) Frauen: 70,2% Alter: 82,4 Jahre Verstorben: 12,2%

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

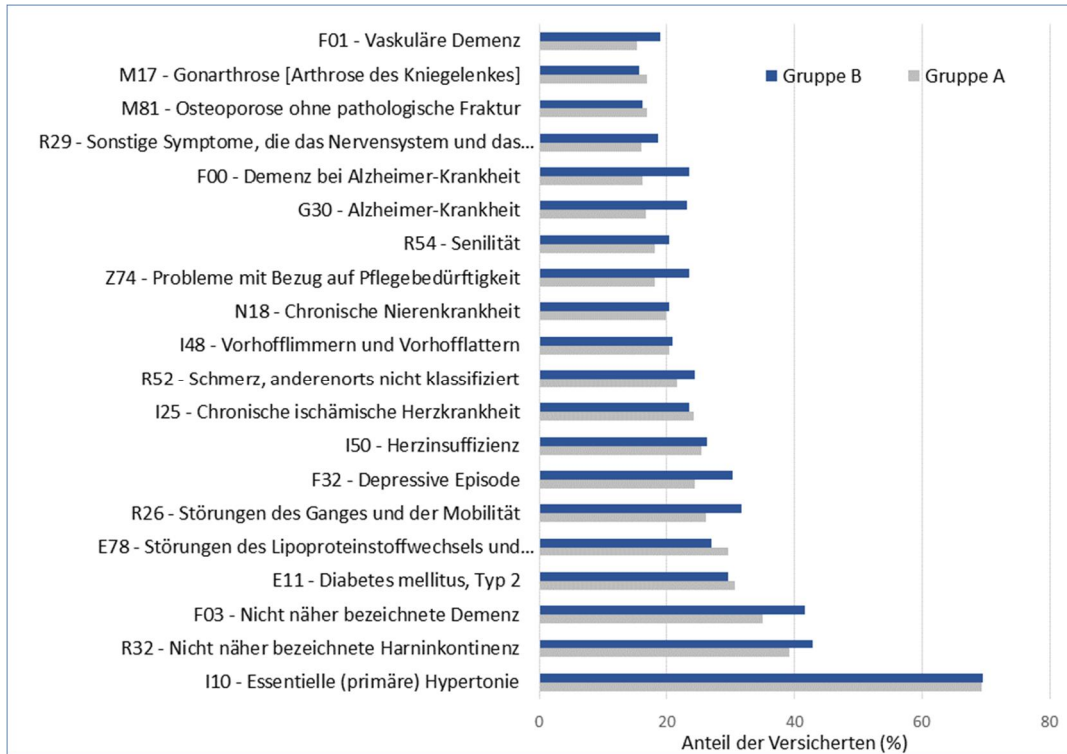
Abbildung 3 zeigt die zehn häufigsten Diagnosen der pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim im Vergleich zu den gesetzlich Versicherten ab dem 75. Lebensjahr. Am häufigsten wurde die *essentielle Hypertonie (I10)*, bei rund 70 Prozent der Versicherten, kodiert. Bei Versicherten ab den 75. Lebensjahr, die nicht in einer Pflegeeinrichtung leben, wurden die Diagnosekodes *R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz* und *F03 Nicht näher bezeichnete Demenz* seltener kodiert als bei Versicherten in Pflegeeinrichtungen. Betrachtet man nur die Versicherten in Pflegeeinrichtungen, sieht man den stärksten Unterschied zwischen den Gruppen A und B1 bei den Diagnosekodes *F03 Nicht näher bezeichnete Demenz* (Gruppe A: 35%; Gruppe B: 42%) sowie *F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit* (Gruppe A: 16%; Gruppe B: 23%; Abbildung 4).

Abbildung 3: Verteilung der 10 häufigsten Diagnosen von pflegebedürftigen Versicherten im Pflegeheim und von gesetzlich Versicherten ab 75 Jahren



Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Abbildung 4: Verteilung der 20 häufigsten Diagnosen bei Pflegeheimbewohnern der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B (n=228.525) 2017



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B- Versicherte, mit mindestens einer Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

2. Sind regionale Unterschiede hinsichtlich der Anteile der pflegebedürftigen Versicherten, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM erhielten, erkennbar?

Regional betrachtet sind große Schwankungen hinsichtlich des Anteils der Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM) zu erkennen (Abbildung 5). Im Bundesdurchschnitt wurden 31 Prozent der pflegebedürftigen Versicherten mit Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM versorgt.

In der KV Berlin wurden für den größten Anteil der pflegebedürftigen Versicherten Kooperations- und Koordinationsleistungen abgerechnet (57%), gefolgt von der KV Hamburg (36%), der KV Sachsen-Anhalt (34%) und der KV Rheinland-Pfalz (30%).

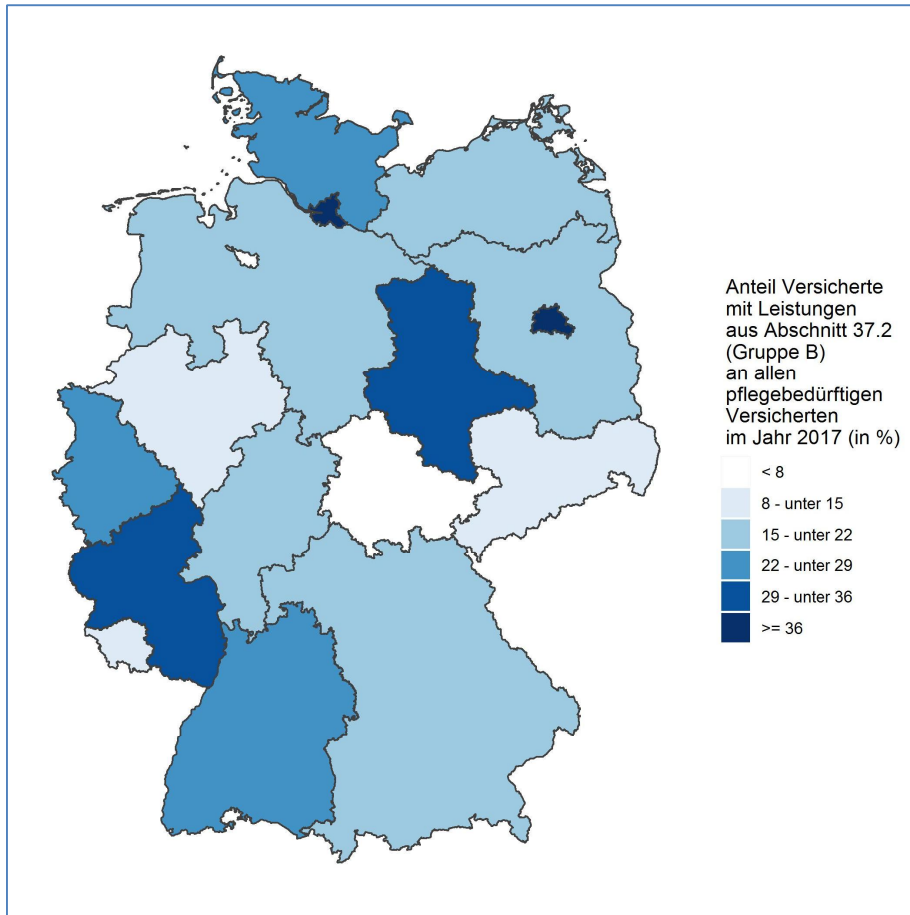
Die im Jahr 2008 in das SGB V aufgenommene Neuregelung des § 119b SGB V geht auf ein bereits im Jahr 1998 unter dem Namen „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gestartetes Modellprojekt zurück, dies könnte den hohen Anteil in der KV Berlin mit erklären.

In den KVen Thüringen und Bremen wurden für unter zehn Prozent der pflegebedürftigen Versicherten Kooperations- und Koordinationsleistungen abgerechnet. Es ist möglich, dass KV-spezifische Sonderziffern, zu denen dem Institut keine Informationen vorliegen, Einfluss auf die hier dargestellten Anteile haben. Bei der Abfrage der KBV in den jeweiligen KVen wurde mit Stand Dezember 2018 für die KV Thüringen ein Selektivvertrag *Pflegeheim PLUS Thüringen* gemäß § 73a SGB V übermittelt (Tabelle 7).

Aus den Anteilen der pflegebedürftigen Versicherten mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM lassen sich keine Rückschlüsse auf die Intensivität der ärztlichen Versorgung ziehen.



Abbildung 5: Anteile der Versicherten der Gruppe B (n=228.525) mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM an allen pflegebedürftigen Versicherten je Kassenärztliche Vereinigung 2017

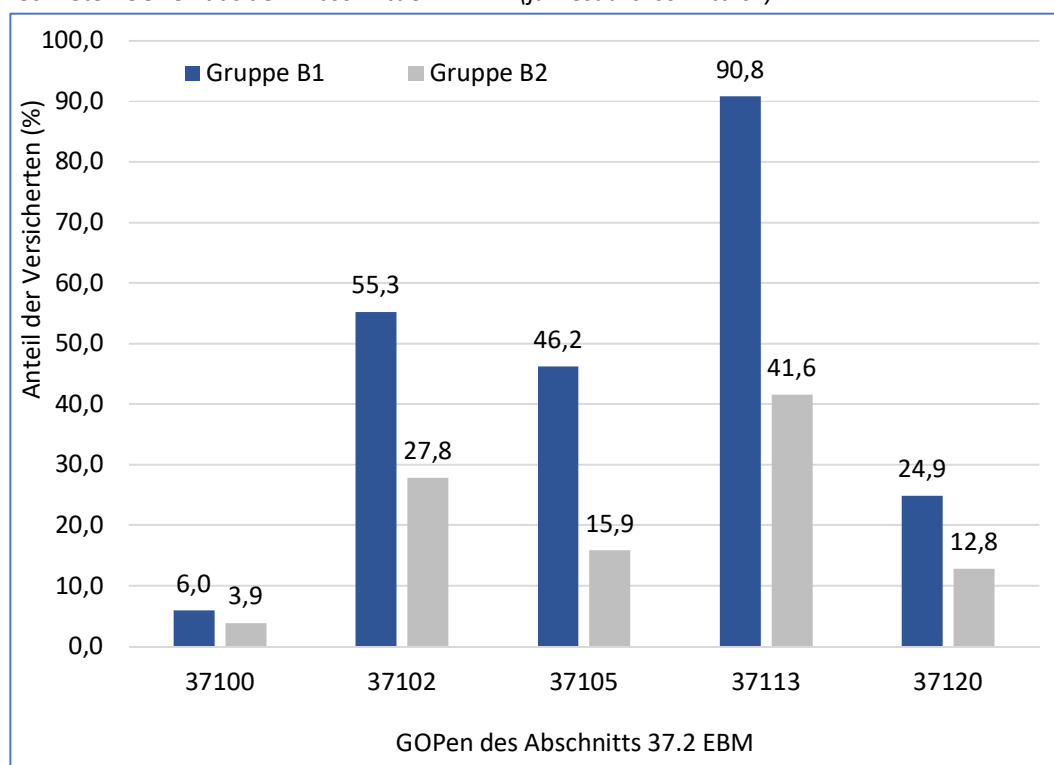


Gruppe B- Versicherte, mit mindestens einer Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM  
Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

### 3. Wie hoch ist der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten in Bezug zu den einzelnen GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM?

In diesem Abschnitt werden die Versicherten der Gruppe B1, die in jedem ihrer Beobachtungsquartale Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM erhielten, und die Versicherten der Gruppe B2, die nicht in jedem ihrer Beobachtungsquartale diese Leistungen erhielten, verglichen. Erwartungsgemäß sieht man große Unterschiede bei den Anteilen der Versicherten, die die einzelnen GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM erhielten (Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteil der Versicherten der Gruppen B1 (n=118.667) und B2 (n=109.858) mit abgerechneten GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich)



Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B2- Versicherte, die in mindestens einem der Beobachtungsquartale Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

In Abschnitt 37.2 EBM ist die Koordinationspauschale (GOP 37105) für die Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen mit weiteren Ärzten, die an der Versorgung gemäß einem Koordinationsvertrag nach § 119b SGB V teilnehmen sowie einbezogenen Pflegekräften, abrechenbar. Die GOP 37105 ist nur von Hausärzten sowie Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und Psychotherapie berechnungsfähig (Nr. 2 der Präambel 37.1 EBM). Die GOP 37105 wurde bei 46 Prozent der Versicherten der Gruppe B1 abgerechnet. Im Jahresdurchschnitt über alle Versicherten dieser Gruppe erfolgte die Abrechnung 1,9 Mal (Anhang: Tabelle 13).

Der Anteil von 46 Prozent von Versicherten der Gruppe B1 mit einer Koordinationspauschale scheint auf den ersten Blick gering vor dem Hintergrund, dass der Koordinator die Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und den Informationsaustausch der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegekräfte übernimmt.

Eine mögliche Erklärung bietet die im § 119b Absatz 1 Satz 5 SGB V festgelegte Regelung auf freie Arztwahl. Entscheidet sich ein pflegebedürftiger Versicherter, in ein Pflegeheim mit einem oder mehreren Kooperationsverträgen einzuziehen, hat der Versicherte in der Regel trotzdem die Möglichkeit, von seinem bisherigen Hausarzt weiterhin versorgt zu werden, ohne dass dieser Arzt einen Kooperationsvertrag mit dem Pflegeheim abschließen muss. Dies könnte den geringen Anteil der Versicherten mit Koordinationsleistungen (GOP 37105) begründen.

Bei der näheren Betrachtung der Versicherten der Gruppe B1, für die keine Koordinationspauschale (GOP 37105) abgerechnet wurde (54%; n= 63.816), lässt sich feststellen, dass bei 79 Prozent (n=50.660) dieser Versicherten die GOP 37102 abgerechnet wurde (Tabelle 8), was die vorherige Annahme unterstützt. Die GOP 37102 ist eine Kooperationspauschale für Behandlung im Pflegeheim, die von allen Fachrichtungen erbracht werden kann, die einen Kooperationsvertrag mit dem Pflegeheim abgeschlossen haben. Ein Arzt mit einem Kooperationsvertrag kann Versicherte, die weiterhin von ihrem bisherigen Hausarzt versorgt werden wollen, mitbetreuen. In diesen Fällen wird der Arzt nicht als Koordinator tätig und kann die GOP 37102 (Zuschlag für Besuchsleistungen) abrechnen. Betrachtet man die Fachrichtung des Arztes bei Versicherten, die keine Koordinationspauschale (GOP 37105) aber eine Kooperationspauschale (GOP 37102) erhielten, sieht man, dass die GOP 37102 in 42 Prozent von Hausärzten durchgeführt und abgerechnet wurde.

Folgendes Szenario ist denkbar. Ist ein Hausarzt mit Kooperationsvertrag im Pflegeheim tätig und der Versicherte, der weiterhin von seinem gewohnten Hausarzt versorgt werden möchte, zu dem Zeitpunkt, in dem der Kooperationsarzt im Hause ist, auf eine ärztliche Versorgung angewiesen, wird dieser Kooperationsarzt den Versicherten mitversorgen. Somit kommt es zur Abrechnung der GOP 37102.

Eine weitere Erklärung könnte die Aufnahme des Abschnitts 37.3 „Besonders qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung gemäß Anlage 30 zum BMV-Ä“ zum 1. Oktober 2017 sein (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 398. Sitzung am 25. Juli 2017). Dieser beinhaltet ebenfalls eine Koordinationspauschale (GOP 37302, Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 der Anlage 30 zum BMV-Ä), die bei dem gleichen Patienten im gleichen Quartal (Behandlungsfall) nicht neben der GOP 37105 abgerechnet werden kann.

Tabelle 8: Anzahl und Anteil der Versicherten der Gruppe B1 (n=118.667) mit und ohne Koordinationspauschale (GOP 37105) und Kooperationspauschale (GOP 37102) 2017

GOP 37105 (Koordinationspauschale)	GOP 37102 (Kooperationspauschale, Zuschlag für Besuchsleistung)	Gruppe B1 ( n=118.667)	
		n	%
✓	.	39.947	33,7
✓	✓	14.903	12,6
.	✓	50.660	42,7
.	.	13.156	11,1

B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten  
Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Für den größten Anteil der pflegebedürftigen Versicherten wurde die GOP 37113 (Zuschlag zum Mitbesuch (GOP 01413)) abgerechnet. Versicherte der Gruppe B1 erhielten im Jahresdurchschnitt die GOP 37113 16,4-mal über alle Versicherten in dieser Gruppe (Anhang: Tabelle 13). Diese GOP kann zusätzlich je Besuch eines weiteren Kranken (Mitbesuch) abgerechnet werden, sofern ein Kooperationsvertrag zwischen dem abrechnenden Arzt und dem Pflegeheim vorliegt. Ein Vertragsarzt ohne Kooperationsvertrag kann hingegen nur die GOP 01413 abrechnen. Der Vergleich zwischen Versicherten der Gruppen A und B1 hinsichtlich der Besuchsleistungen erfolgt unter Fragestellung 8 (Seite 46). Vorweg kann gesagt werden, dass der Anteil und die Abrechnungshäufigkeit bei Versicherten der Gruppe B1 mit der GOP 01413 (Mitbesuch) höher ist gegenüber den Versicherten der Gruppe A.

Fallkonferenzen (GOP 37120), die auch telefonisch erbringbar sind und mit der Pflegeeinrichtung unter Beteiligung der notwendigen ärztlichen Fachdisziplinen und/oder weiterer komplementärer Berufe sowie mit Pflegekräften des Pflegeheimes abgerechnet werden können, wurden bei 25 Prozent der Versicherten der Gruppe B1, im Jahresdurchschnitt 1,2 mal je Versicherten, durchgeführt und abgerechnet. Seit dem 2. Quartal 2019 ist die Fallkonferenz auch als Videofallkonferenz durchführbar.

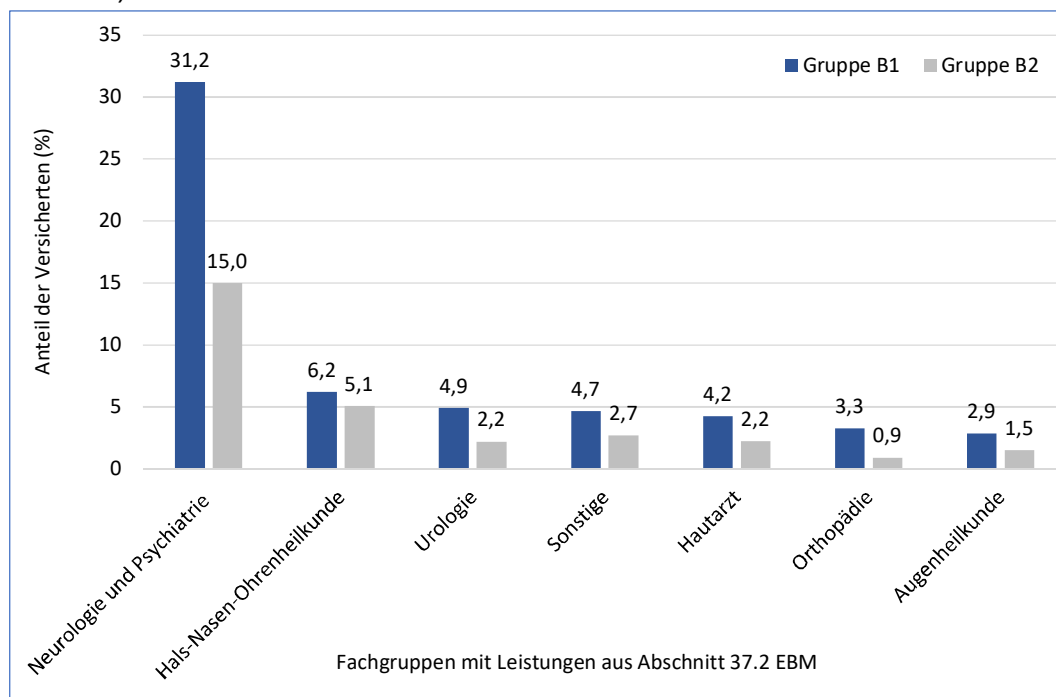
Anzahl und Anteil der Versicherten je GOP aus Abschnitt 37.2 EBM und deren durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten sowie die Anzahl an Behandlungsfällen sind in Tabelle 13 im Anhang dargestellt.

#### 4. Welche Fachgruppen und wie viele Fachärzte haben Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM für pflegebedürftige Versicherte 2017 abgerechnet?

Die Versicherten in Gruppe B1 und B2 wurden am häufigsten von Hausärzten betreut (Gruppe B1:74%; Gruppe B2:27%).

Ärzte der Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie versorgen von allen Fachgruppen nach den Hausärzten den größten Anteil der Versicherten (Gruppe B1: 31%; Gruppe B2: 15%), was sich mit den Krankheitsbildern und den damit einhergehenden Symptomen der Versicherten begründen lässt (Abbildung 7). Versicherte in Pflegeheimen haben aufgrund von Demenzerkrankungen, Depressionen und Unruhezuständen, wie Agitiertheit, einen hohen Behandlungsbedarf unter anderem in der Erstversorgung sowie bei der Anpassung der Psychopharmakotherapie, die neben den Hausärzten vor allem von der Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie vorgenommen werden (siehe auch Diagnosespektrum Abbildung 4).

Abbildung 7: Anteil der Versicherten der Gruppen B1 (n=118.667) und B2 (n=109858) die von der jeweiligen Fachgruppe<sup>#</sup> mit Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM versorgt wurden\*(jahresdurchschnittlich)



\*Anteil der Versicherten ab >2 Prozent dargestellt

<sup>#</sup> Ausgenommen Hausärzte, Definition siehe Methodenteil

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B2- Versicherte, die in mindestens einem der Beobachtungsquartale Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Um Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen mit den vorhandenen Daten sichtbar machen zu können, werden die Versicherten der Gruppen A, die im Beobachtungszeitraum keine Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten, und B1, die in jedem ihrer Beobachtungsquartale Leistungen aus diesen Abschnitt erhielten, gegenübergestellt.

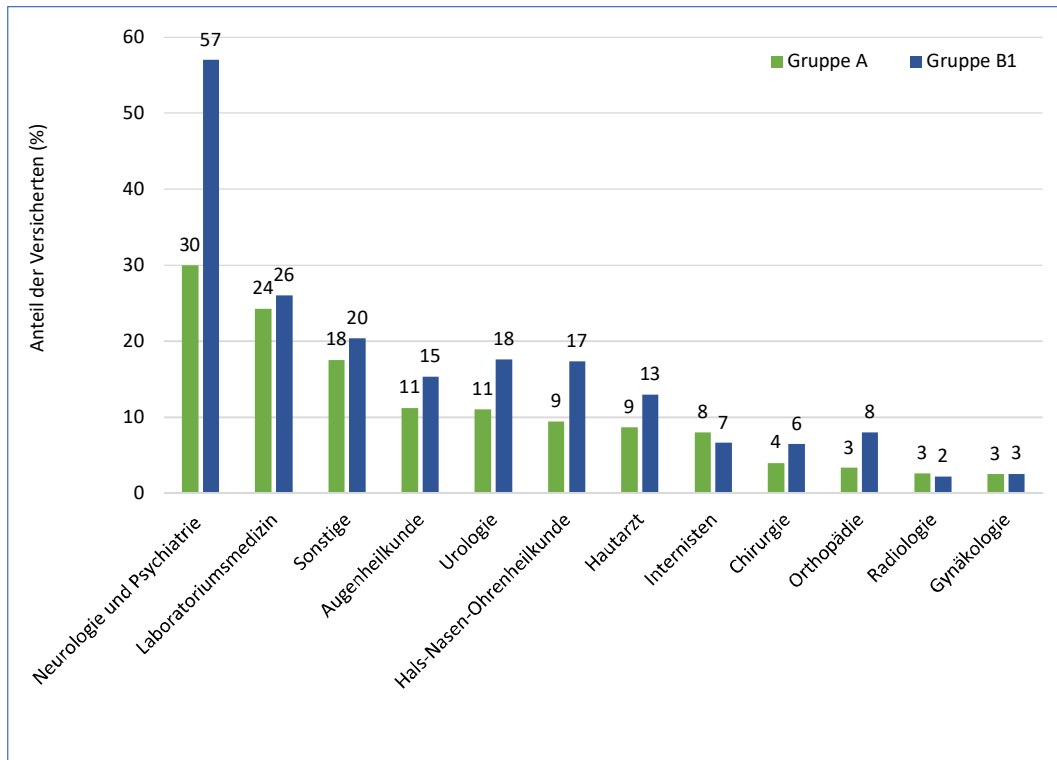
5. Welche Fachgruppen und wie viele verschiedene Fachärzte haben Leistungen aus dem EBM für pflegebedürftige Versicherte 2017 abgerechnet?

Betrachtet man alle Leistungen des EBM, die von Fachärzten bei pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen, unabhängig von Abschnitt 37.2 EBM, durchgeführt und abgerechnet wurden, sieht man, dass in Gruppe B1 der Anteil der versorgten Versicherten bei fast allen Fachgruppen höher liegt gegenüber den Versicherten der Gruppe A (Abbildung 8). Eine Betreuung durch Neurologen/Psychiater erfolgte für 57 Prozent der Versicherten der Gruppe B1.

Betrachtet man die Versicherten, die von Fachärzten (ausgenommen Hausärzte, Definition siehe Methodenteil) versorgt wurden, sieht man, dass der größte Anteil der Versicherten im Quartal von genau einem Facharzt Leistungen erhielt. In Gruppe A war der Anteil der Versicherten, die von genau einem Facharzt versorgt wurden, deutlich höher gegenüber den Versicherten der Gruppe B1 (Abbildung 9). Das ändert sich mit der Zunahme der Anzahl von Fachärzten im Quartal. Bei einer Versorgung von mehr als drei unterschiedlichen Fachärzten im Quartal ist der Anteil der Versicherten in Gruppe B1 höher gegenüber den Versicherten der Gruppe A.

Der Anteil der von Fachärzten versorgten Versicherten erlaubt keine Aussage über den tatsächlich notwendigen Behandlungsbedarf, hierfür braucht es eine Verifizierung mittels Individualdaten, um den medizinischen Bedarf zu detektieren.

Abbildung 8: Anteil der Versicherten\* der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) die von der jeweiligen Fachgruppe# mit Leistungen aus dem EBM versorgt wurden\*(jahresdurchschnittlich)



\* Anteil der Versicherten ab zwei Prozent dargestellt

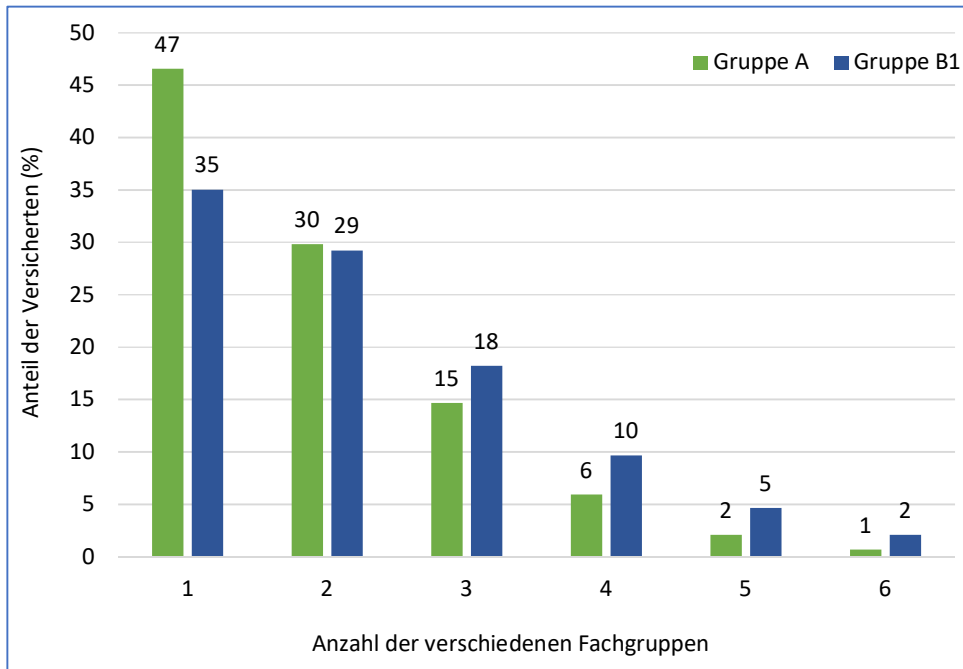
# Ausgenommen Hausärzte, Definition siehe Methodenteil

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Abbildung 9: Anteil der Versicherten\* der Gruppe A (n=504.525) und B1 (n=118.667) 2017 nach Anzahl der verschiedenen Fachgruppen# je Quartal mit EBM-Leistungen



\* Anteil der Versicherten ab zwei Prozent dargestellt

# Ausgenommen Hausärzte, Definition siehe Methodenteil

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet



6. Unterscheidet sich die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit und ohne Kooperations- und Koordinationsleistungen hinsichtlich der Versorgung mit Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 Besondere Inanspruchnahme?

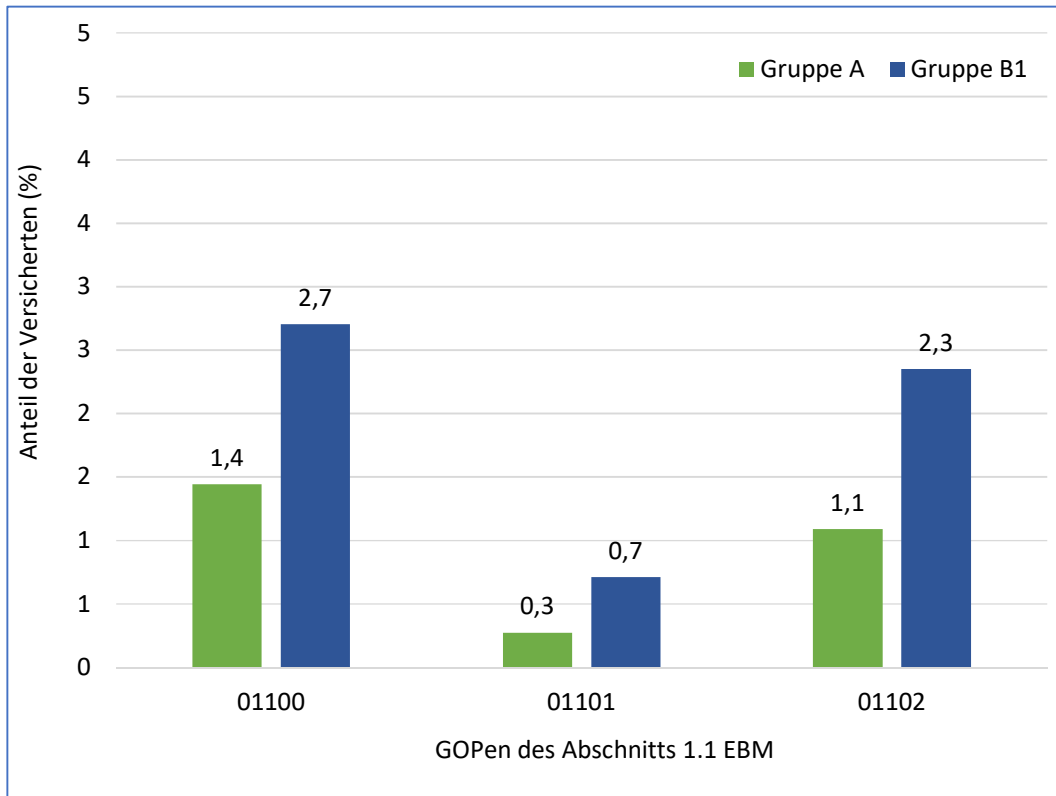
Der Abschnitt 1.1 EBM umfasst drei GOPen zur Aufwandserstattung für die besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Versicherten (Tabelle 3). Bei der Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 muss kein tatsächlicher Notfall vorliegen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die GOPen 01100 und 01101 immer dann berechnungsfähig sind, wenn der Vertragsarzt außerhalb der Sprechstunde zu den in den Legenden angegebenen Zeiten in Anspruch genommen wird. Mit der GOP 01102 wird die Inanspruchnahme eines Vertragsarztes an Samstagen zwischen 7.00 und 14.00 Uhr vergütet.

Es wurden relativ wenig pflegebedürftige Versicherte in Pflegeheimen mit Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 EBM jahresdurchschnittlich versorgt. In Gruppe B1 erhielten mehr Versicherte im Bundesdurchschnitt Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 EBM gegenüber den Versicherten der Gruppe A (Abbildung 10). Vertragsärzte mit einem Kooperationsvertrag haben laut § 4 der Anlage 27 zum BMV-Ä unter anderem Regelungen für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten zu vereinbaren. Eine telefonische Erreichbarkeit ist hier inbegriffen. Der höhere Anteil von Leistungen aus dem Abschnitt 1.1 EBM bei Versicherten der Gruppe B1 ist wahrscheinlich auf die bessere Erreichbarkeit von Kooperationsärzten zurückzuführen.

Von allen Ärzten, die bei Versicherten der Gruppe A Leistungen des Abschnitts 1.1 EBM abgerechnet haben, rechneten rund fünf Prozent auch Kooperationsleistungen ab. Bei Versicherten der Gruppe B1 waren es mehr als 60 Prozent der Ärzte.

Regional betrachtet sieht man bei den GOPen 01100 und 01101 den höchsten Anteil der Versicherten in der Gruppe B1 in den KVen Bayerns, Hessen und Baden-Württemberg (Anhang: Tabelle 14, Tabelle 15). In der KV Bremen sind für Versicherte der Gruppe B1 keine Abrechnungen der GOP 01101 verzeichnet. Für die GOP 01102 sieht man den höchsten Anteil bei Versicherten der Gruppe B1 in den KVen Berlin, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz (Anhang: Tabelle 16). Die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit für GOPen des Abschnitts 1.1 EBM über alle Versicherten liegt im Jahresdurchschnitt zwischen 0,1 (GOP 01102 KV Thüringen) und 0,4 (GOP 01102 KV Niedersachsen).

Abbildung 10: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B1 (n=118.667) mit Leistungen aus Abschnitt 1.1 EBM (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

7. Unterscheidet sich die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit und ohne Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM hinsichtlich der Versorgung im Notfall und organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst (Abschnitt 1.2 EBM)?

Aus dem Abschnitt 1.2 EBM werden beide Notfallpauschalen (GOPen 01210 und 01212) sowie die Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216 oder 01218) ausgewertet (Tabelle 4). Die GOP 01418, die für den Besuch im organisierten Not(-fall)dienst abrechenbar ist, wird hinsichtlich der EBM Systematik unter der Analyse des Abschnitts 1.4 EBM (Frage 8) betrachtet.

Zum 1. April 2017 wurden die Notfallpauschalen nach den GOPen 01205 und 01207 sowie die Schweregradzuschläge nach den GOPen 01223, 01224 und 01226 für Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf (Zuschlag zu GOP 01210 bzw. 01212) in den Abschnitt 1.2 EBM aufgenommen (Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016). Aufgrund der unterjährigen Einführung sind diese nicht Bestandteil dieses Berichtes.

Die GOP 01210 kann berechnet werden, wenn eine erste Inanspruchnahme des Notfalldienstes werktags zwischen 7:00 und 19:00 Uhr erfolgt. Die GOP 01212 kann berechnet werden, wenn eine erste Inanspruchnahme im Notfalldienst werktags zwischen 19:00 und 7:00 Uhr des Folgetages stattfindet, bzw. grundsätzlich an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen sowie am 24. Dezember und am 31. Dezember jeweils ganztägig von 0 Uhr bis 24 Uhr. Wird ein Versicherter in einem Quartal mehrfach im Rahmen der Versorgung im Notfall und Notdienst behandelt, wird für jede weitere Behandlung anstelle der Notfallpauschale nach der GOP 01210 bzw. 01212 eine Notfallkonsultationspauschale abgerechnet (abhängig von der Uhrzeit GOP 01214, 01216 oder 01218).

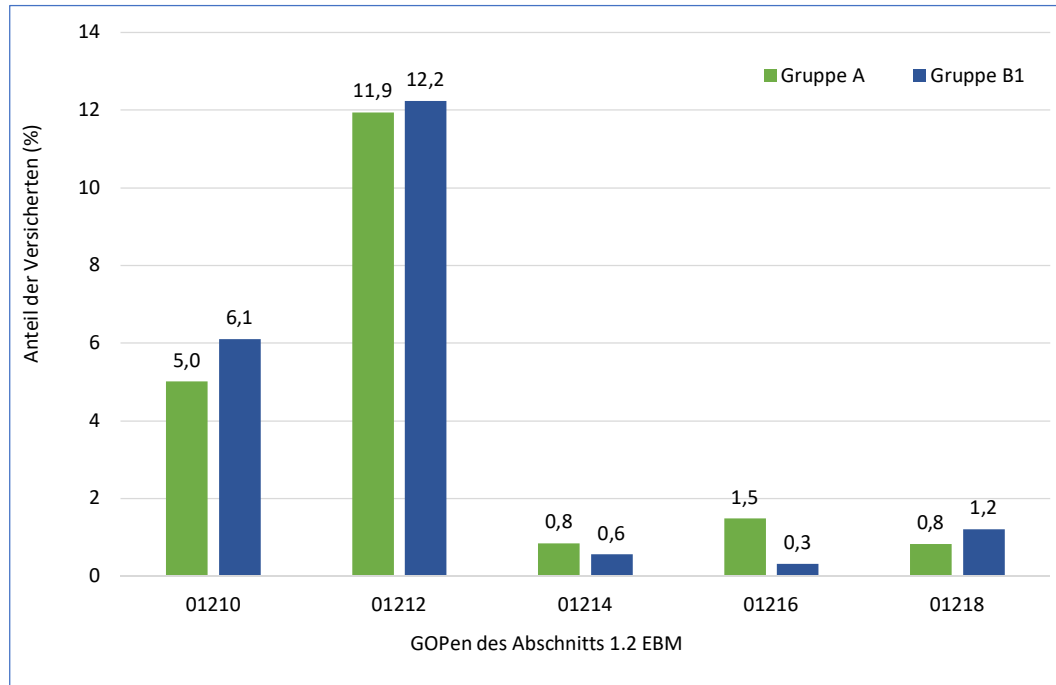
Ziel der Kooperationsverträge ist laut Anlage 27 zum BMV-Ä, die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zu vernetzen sowie Kommunikation und Zusammenarbeit zu stärken, um eine verbesserte Versorgung sicherzustellen. Die Verbesserung der Versorgung soll nach §1 Abs. 5 und 6 der Anlage 27 zum BMV-Ä die unnötige Inanspruchnahme von Leistungen des Bereitschafts- und des Rettungsdienstes, sowie nicht notwendige Krankenhausaufenthalte vermeiden (Sonnhoff, SGB V Kommentar).

Im Bundesdurchschnitt hatten Versicherte der Gruppe B1 jedoch einen geringfügig höheren Anteil an den Notfallpauschalen (GOPen 01210 und GOP 01212) und der Notfallkonsultationspauschale 01218 als Versicherte der Gruppe A (Abbildung 11). Bei der Besuchsleistung im organisierten Notfalldienst (GOP 01418), die entlang der EBM-Systematik bei der Analyse des Abschnitts 1.4 EBM unter Frage 8 näher betrachtet wird, sind keine Unterschiede zwischen den Gruppen erkennbar.

Insgesamt ist der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten in Pflegeheimen, für die tagsüber eine Notfallbehandlung erfolgte (GOP 01210: zwischen 7:00 und 19:00 Uhr), geringer als der Anteil der Versicherten, die mit einer Notfallpauschale „Nacht / Wochenende / Feiertag“ (GOP 01212) versorgt wurden.

Es ist anzunehmen, dass Kooperationsleistungen keinen Einfluss auf die Notwendigkeit von Notfallleistungen haben.

Abbildung 11: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppe B1 (n=118.667) mit Leistungen aus Abschnitt 1.2 EBM (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Regional betrachtet sieht man bis zu neun Prozent Unterschied bei den Anteilen der pflegebedürftigen Versicherten mit Notfallpauschalen zwischen den KVen (GOP 01212: KV Saarland 15% in Gruppe A versus KV Brandenburg 6% in Gruppe B1) (Tabelle 9). In der KV Bremen wurden keine Notfallpauschalen (GOPen 01210/01212) abgerechnet. Hier existieren Sonderziffern, die im Anhang (Tabelle 22) dargestellt werden. Für die KV Rheinland-Pfalz wurde ebenfalls eine Sonderziffer detektiert (Tabelle 22). In der KV Berlin erhielt im Vergleich zu den anderen Kassenärztlichen Vereinigungen der größte Anteil der pflegebedürftigen Versicherten die Notfallpauschale nach der GOP 01210, unabhängig davon, ob die Versicherten Kooperations- und Koordinationsleistungen erhielten. Den geringsten Anteil sieht man in der KV Thüringen für die pflegebedürftigen Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen (Gruppe B1). Bei der Notfallpauschale nach der GOP 01212 ändert sich die Rangfolge. In der KV Saarland erhielt im Vergleich zu den anderen KVen der größte Anteil der pflegebedürftigen Versicherten der Gruppe A die Notfallpauschale nach der GOP 01212, gefolgt von der KV Bayerns. Betrachtet man die Gruppenunterschiede (Gruppe A versus Gruppe B1), sieht man sowohl für die GOP 01210 als auch für die GOP 01212 die stärksten Unterschiede zwischen

den Gruppen in den KVen Berlin und Hamburg. Die durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit für die GOP 01210 liegt (gruppenunabhängig) zwischen 0,1 und 0,6 GOPen je Versicherten im Jahresdurchschnitt. Bei der GOP 01212 liegt die maximale Abrechnungshäufigkeit im Jahresdurchschnitt bei 0,7. Regionale Angaben zu Abrechnungshäufigkeiten für die GOPen 01210 und 01212 finden sich im Anhang (Tabelle 17 und Tabelle 18).

*Tabelle 9: Anteil der Versicherten mit GOP 01210 und GOP 01212 für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) je Kassenärztlicher Vereinigung (jahresdurchschnittlich)*

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01210		Anteil der Versicherten mit GOP 01212	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)	(%)	(%)
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>5,0</b>	<b>6,1</b>	<b>11,9</b>	<b>12,2</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	4,3	4,5	12,6	12,5
Bayern	78.011	11.702	5,3	5,4	14,4	14,1
Berlin	9.229	16.244	7,7	12,0	8,6	12,9
Brandenburg	18.385	4.376	3,8	3,9	7,2	6,2
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	4,2	6,3	7,6	11,9
Hessen	39.536	6.535	4,1	4,2	9,2	8,4
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	2,8	2,7	10,7	7,5
Niedersachsen	70.055	11.425	4,6	4,5	10,8	11,4
Nordrhein	57.160	13.046	5,4	5,4	11,9	11,6
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	3,9	4,2	8,9	9,4
Saarland	8.051	710	3,2	2,7	15,1	11,6
Sachsen	43.980	4.371	4,9	4,1	12,5	13,5
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	4,4	4,4	11,6	11,4
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	3,1	3,3	6,2	6,8
Thüringen	27.784	2.024	3,9	2,0	9,1	8,4
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	4,9	4,7	8,7	8,1

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

Die Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216 und 01218) werden, abhängig von der vorgegebenen Uhrzeit in der Leistungslegendierung der jeweiligen GOP, für jede weitere Behandlung im Behandlungsfall anstelle der Notfallpauschalen abgerechnet. Bundesweit ist der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten, die diese GOPen (01214, 01216 und 01218) erhielten sehr gering (zwischen 0,8% und 1,5%). Am höchsten ist der Anteil für die GOP 01216, die zwischen 19:00 und 22:00 Uhr und an Wochenenden und Feiertagen zwischen 07:00 und 19:00 Uhr abgerechnet werden kann, mit 2,8 Prozent in der KV Rheinland-Pfalz für Versicherte der Gruppe A (Anhang: Tabelle 19 bis Tabelle 21).

8. Unterscheidet sich die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten mit und ohne Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM hinsichtlich der Versorgung mit Besuchsleistungen (Abschnitt 1.4 EBM)?

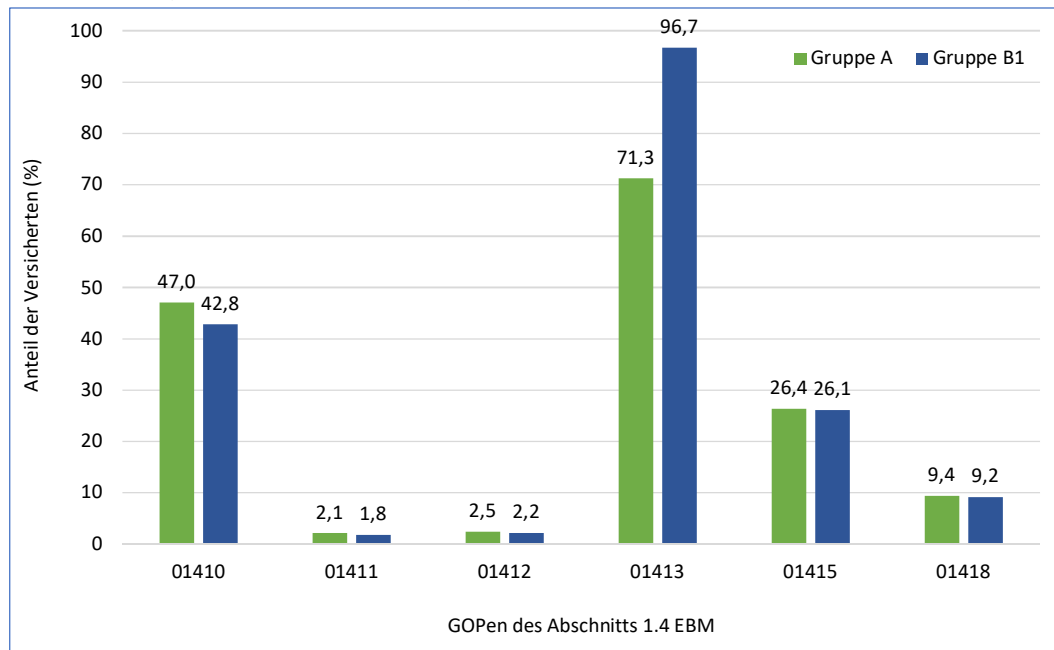
Es werden sechs Besuchsleistungen (GOPen 01410 bis 01413, 01415 und 01418) analysiert (Tabelle 5). Der bundesweite Anteil der Versicherten in den Gruppen A und B1 für die einzelnen Besuchsleistungen ist in Abbildung 12 dargestellt.

Betrachtet man die GOP für den normalen Besuch (GOP 01410) und den Besuch eines weiteren Kranken in derselben Einrichtung/Pflegeheim (GOP 01413) bundesweit gemeinsam, lässt sich feststellen, dass der Anteil der Versicherte der Gruppe B1 mit diesen beiden Leistungen größer ist, als der Anteil der Versicherten der Gruppe A (Gruppe B1: 91%, Gruppe A: 79%), was sich vermutlich auf eine intensivere Versorgung von Ärzten mit Kooperationsverträgen zurückführen lässt. Auch hinsichtlich der durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeit im Jahr 2017 für die GOP 01413 hatten bundesweit Versicherte der Gruppe B1 mehr GOPen gegenüber den Versicherten der Gruppe A (Gruppe B1: MW=23; Gruppe A: MW=11; Tabelle 26).

Der Anteil der Versicherten, die GOPen für dringende Besuche erhielten (GOPen 01411/ 01412), sowie deren jahresdurchschnittliche Abrechnungshäufigkeit unterscheiden sich in den Gruppen kaum. (Gruppe B1: MW=0,25; Gruppe A: MW=0,21). Das gleiche trifft auch für den dringenden Besuch (GOP 01415), der nicht sofort, aber noch am Tag der Bestellung durchgeführt werden muss, zu. Hier wurde für 26 Prozent der Versicherten diese Leistung abgerechnet (unabhängig von den Gruppen). Auch bei der Besuchsleistung im organisierten Notfalldienst (GOP 01418) sind keine Unterschiede zwischen den Gruppen erkennbar (Abbildung 12).

Es scheint, dass Kooperationsleistungen keinen Einfluss auf die Notwendigkeit von dringenden Besuchen oder Besuchsleistungen im organisierten Notfalldienst haben, was sich bereits bei der Analyse der Notfallpauschalen (GOPen 01210 und 01212) sowie der Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216 oder 01218) zeigte.

Abbildung 12: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit Besuchsleistungen aus Abschnitt 1.4 EBM (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

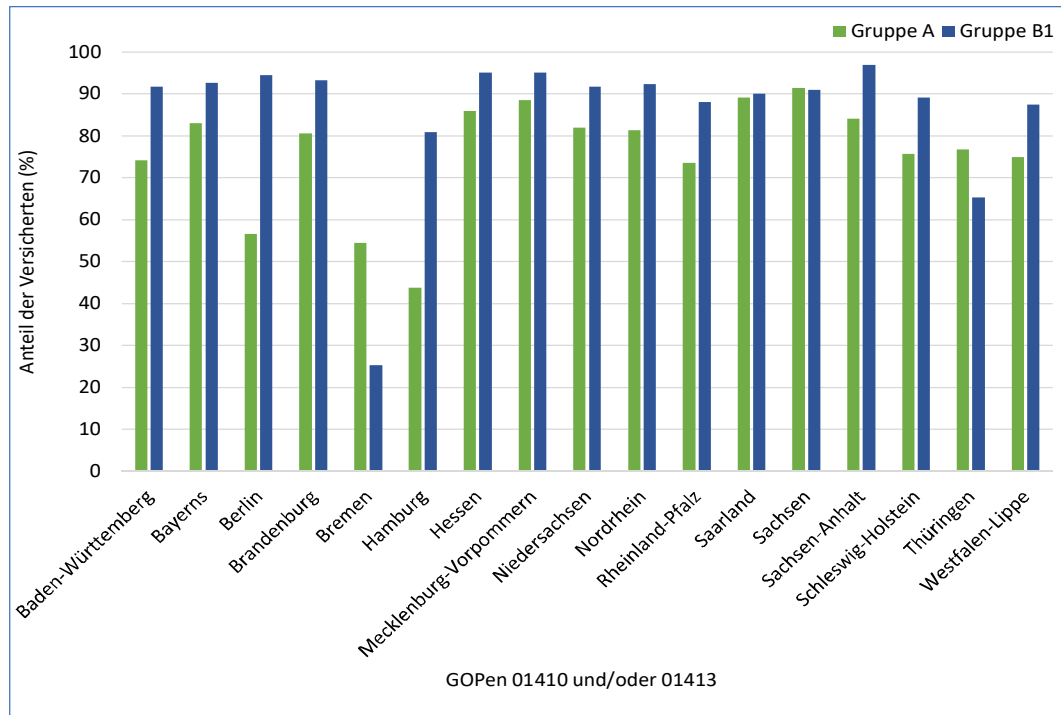
Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Bei der regionalen Betrachtung sind Unterschiede bezüglich der Anteile der versorgten Versicherten zwischen den KVen, sowie zwischen den Anteilen der versorgten Versicherten in den Gruppen zu sehen (Abbildung 13 bis Abbildung 16). Für den Besuch bzw. Mitbesuch (GOPen 01410 und 01413) ist der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten der Gruppe B1 in der KV Sachsen-Anhalt (97%) am größten, mit einer durchschnittlichen Abrechnungshäufigkeit für beide GOPen von 15 GOPen je Versicherten im Jahr. Am seltensten wurden die beiden GOPen für Versicherte in der KV Bremen für die Gruppe B1 (25%) abgerechnet.

Die regionale Darstellung mit den Anteilen der versorgten Versicherten je Gruppe und deren durchschnittliche Abrechnungshäufigkeiten der einzelnen Besuchsleistungen finden sich im Anhang (Tabelle 23 und Tabelle 28).

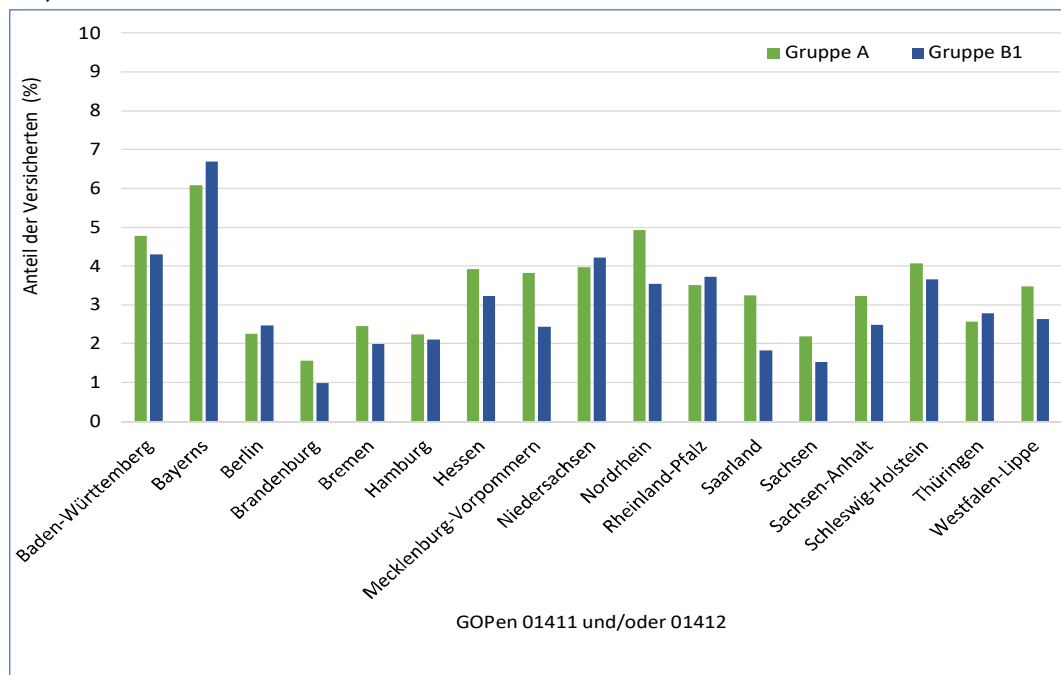
Bei Besuchsleistungen für dringende Besuche, die sofort nach Bestellung durchzuführen sind (GOPen 01411 und/ oder 01412), bei dem dringenden Besuch, der noch am Tag der Bestellung durchgeführt werden muss (GOP 01415) und beim Besuch im organisierten Not(-fall)dienst (GOP 01418) wurde, unabhängig der Gruppenbetrachtung, der größte Anteil bei Versicherten der KV Bayerns im Vergleich zu den anderen KVen beobachtet (Abbildung 14 bis Abbildung 16). Die jahresdurchschnittliche Abrechnungshäufigkeit je Versicherten liegt bundesweit zwischen 0,1 und 2,0 bei diesen GOPen (Tabelle 23 bis Tabelle 28). In der KV Bremen liegen keine Daten für die GOP 01418 vor, hier wurden wahrscheinlich Sonderziffern abgerechnet.

Abbildung 13: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOPen 01410 (Besuch eines Kranken) und/oder 01413 (Besuch eines weiteren Kranken) (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten  
 Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten  
 Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

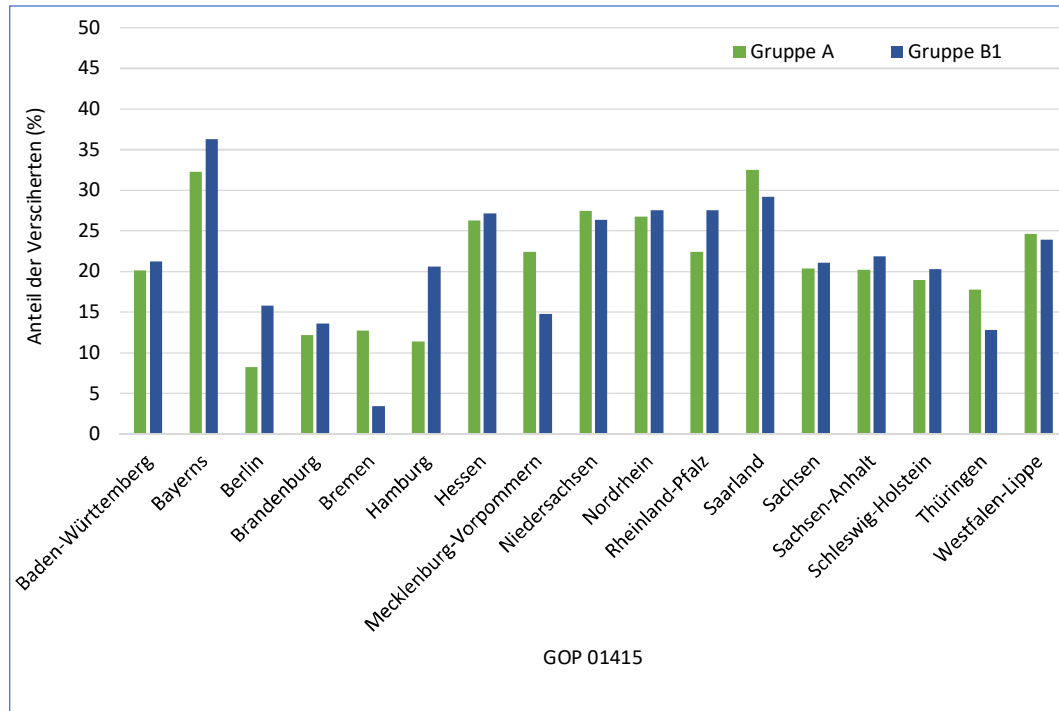
Abbildung 14: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOPen 01411 (Dringender Besuch I) und/ oder 01412 (Dringender Besuch II) (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten  
 Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten  
 Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet



Abbildung 15: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOP 01415 (Dringender Besuch noch am Tag der Bestellung) (jahresdurchschnittlich)

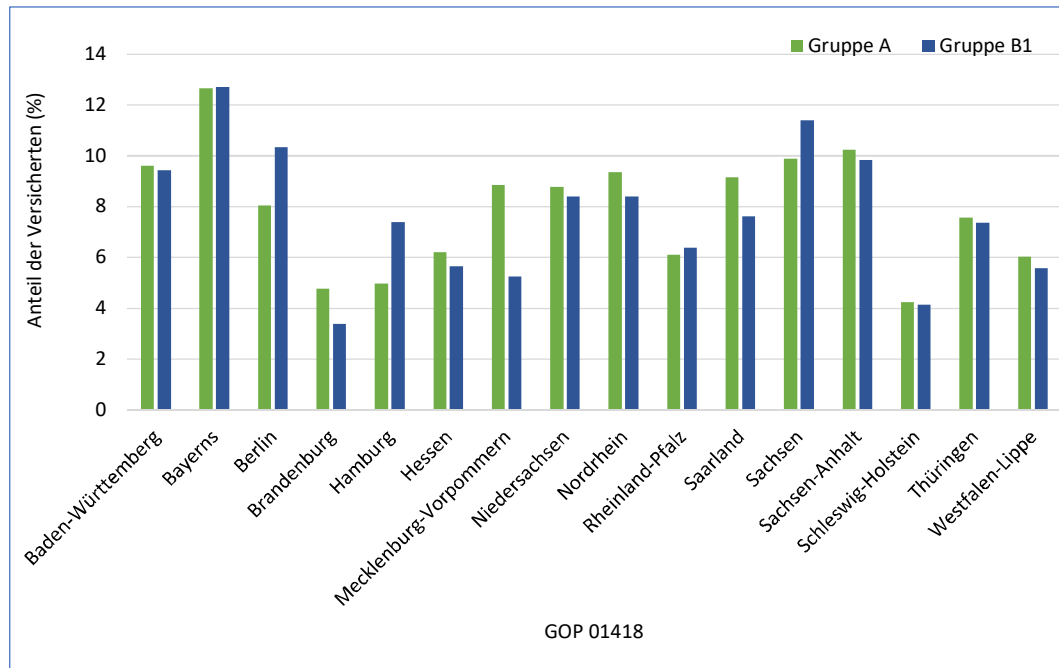


Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Abbildung 16: Anteil der Versicherten der Gruppe A (n=504.137) und Gruppen B1 (n=118.667) mit GOP 01418 (Besuch im organisierten Not(-fall)dienst) (jahresdurchschnittlich)



Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

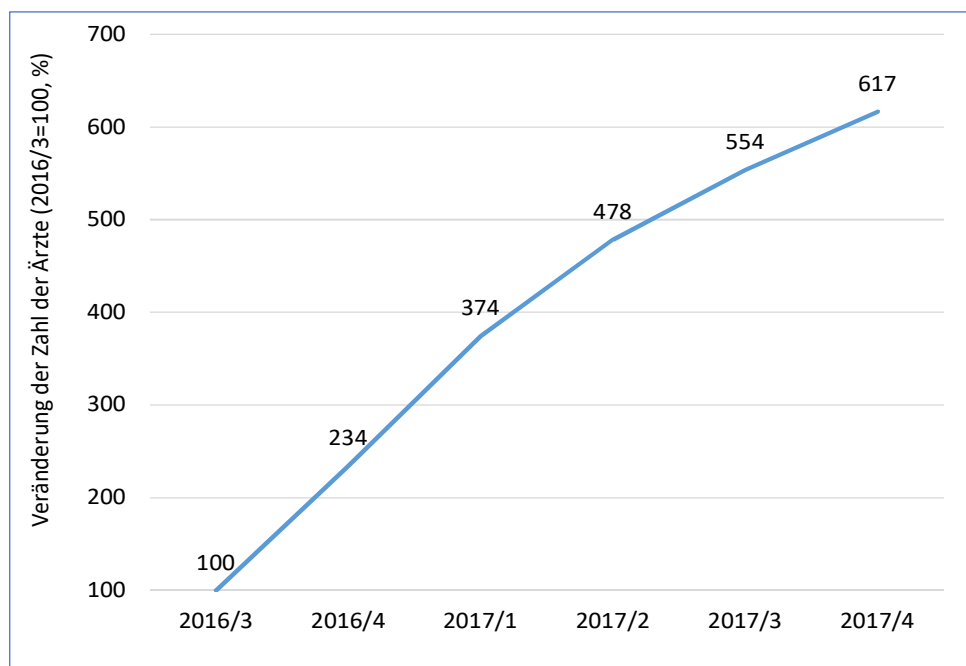
### 5.3 Analyse der ärztlichen Abrechnungen

1. Wie viele Ärzte haben seit der Einführung des Abschnitts 37.2 EBM Leistungen aus diesem Abschnitt abgerechnet?

Seit der Einführung der Leistungen im Abschnitt 37.2 EBM im 3. Quartal 2016 ist eine kontinuierliche Steigerung der Zahl von abrechnenden Ärzten für diese Leistungen zu sehen. In Deutschland ist innerhalb von fünf Quartalen die Anzahl der Ärzte um das Fünffache gestiegen; auf 617 Prozent (Abbildung 17). Im Jahr 2017 haben insgesamt 7.140 Ärzte Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM abgerechnet.

Die Abrechnungshäufigkeit für Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM ist mit der Anzahl der abrechnenden Ärzte gestiegen. Der größte Anteil mit 70 Prozent an allen abgerechneten GOPen fällt auf die GOP 37113, da diese GOP bei jedem einzelnen Mitbesuch abgerechnet werden kann. Andere GOPen des Abschnitts 37.2 EBM, wie die GOPen 37100, 37102 und 37105, sind dagegen nur einmal im Behandlungsfall abrechenbar (Anhang: Tabelle 29). Pflegeheimbewohner sind häufig aufgrund von Mobilitätseinschränkungen und kognitiven Beeinträchtigungen auf einen Arztbesuch im Pflegeheim angewiesen. Innerhalb des Abschnitts 37.2 EBM wird diesem Bedarf Rechnung getragen, es werden häufiger Leistungen für die Behandlung im Pflegeheim abgerechnet (GOP 37102; n=532.123), als für die Behandlung in der Praxis (GOP 37100; n=54.501), was bereits aus dem Abschnitt 5.2 des Berichts hervorgeht.

Abbildung 17: Veränderung der Anzahl abrechnender Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM\*



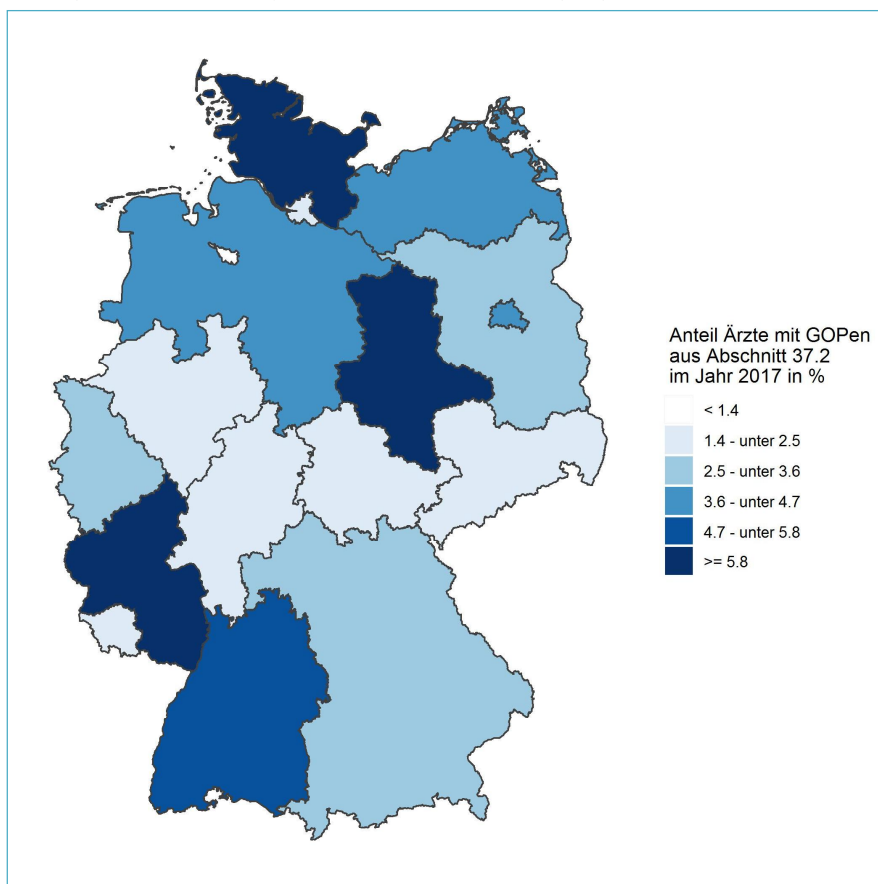
Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\* Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten ergänzt bis zum vierten Quartal 2018 (Abbildung 24).

2. Sind regionale Unterschiede hinsichtlich der Anzahl und Entwicklung von abrechnenden Ärzten mit Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM zu erkennen?

Die Anzahl der Ärzte, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM abrechnen, ist in allen KVen gestiegen. Die höchsten Anteile an abrechnenden Ärzten mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten in der jeweiligen KV weisen Rheinland-Pfalz (7,8%), Sachsen-Anhalt (7,6%) und Schleswig-Holstein (6,4%) auf (Abbildung 18). Schleswig-Holstein hat bundesweit mit rund 32 Prozent den höchsten Anteil von pflegebedürftigen Versicherten, die vollstationär in Pflegeheimen versorgt werden (Tabelle 2). Die Anteile von pflegebedürftigen Versicherten, die in Pflegeheimen versorgt werden, sind laut Statistischem Bundesamt in Rheinland-Pfalz und Thüringen gleich (22 %, Tabelle 2). In der KV Bremen liegt der Anteil an Ärzten, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM durchführen und abrechnen, mit 0,4 Prozent am niedrigsten, gefolgt von der KV Thüringen (1,4%).

Abbildung 18: Anteil der niedergelassenen Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten je Kassenärztlicher Vereinigung (2017)\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\*Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für 2018 (Abbildung 25).

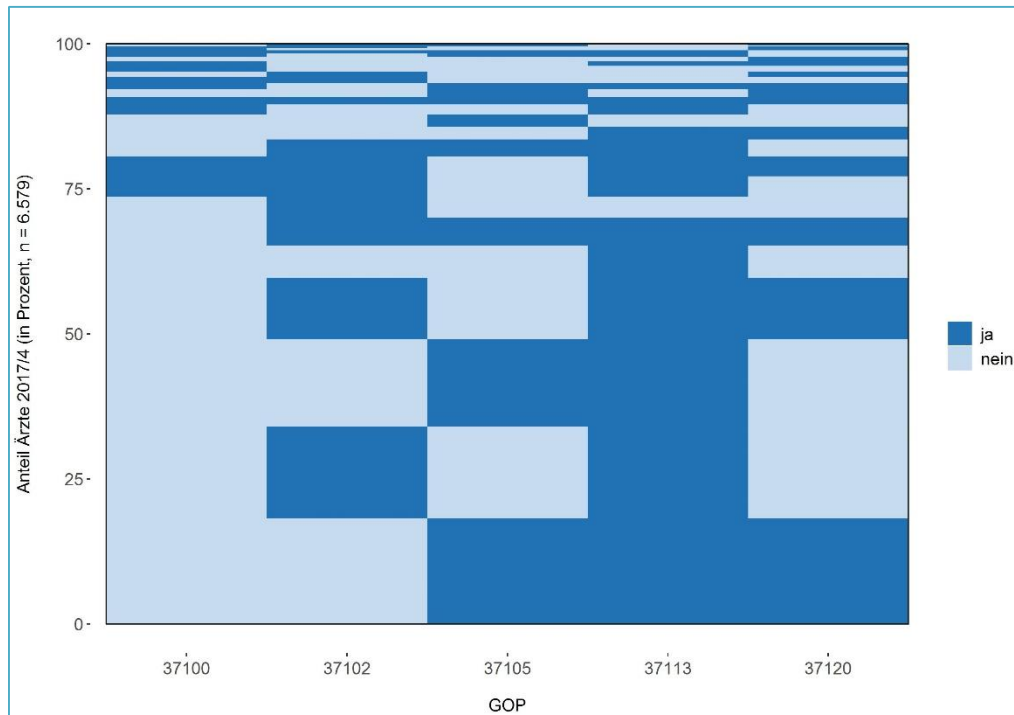
3. Welche Leistungen werden von Ärzten, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM abrechnen, parallel in einem Quartal abgerechnet?

Abbildung 19 gibt einen Überblick, wie häufig GOPen des Abschnitts 37.2 EBM im 4. Quartal 2017 von einem Arzt parallel abgerechnet wurden, ohne Berücksichtigung der Versicherten. Die GOPen, die parallel in den ärztlichen Abrechnungsdaten für das 4. Quartal 2017 zu sehen sind, können bei verschiedenen Versicherten in dem Beobachtungsquartal abgerechnet worden sein. Die Betrachtung bezieht sich hier nur auf die Abrechnung der Ärzte, ohne einen Versichertenbezug. In dieser Darstellung entspricht jede horizontale Linie einem Arzt. Von unten nach oben werden Gruppen mit gleichen, nebeneinander abgerechneten Leistungen entsprechend ihrer Häufigkeit in den Daten zusammengefasst (höchste Häufigkeit unten).

Die größte Gruppe aller abrechnenden Ärzte (18%) rechnen im 4. Quartal 2017 neben der Koordinationspauschale (GOP 37105) die GOP 37113 (Zuschlag für den Mitbesuch (GOP 01413)) und die GOP 37120 (Fallkonferenz gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) ab. Rund 16 Prozent der Ärzte rechnen in dem dargestellten Quartal keine Koordinationspauschale ab, haben aber die GOP 37102 (Kooperationspauschale für Behandlung im Pflegeheim) und die GOP 37113 (Zuschlag für den Mitbesuch (GOP 01413)) angesetzt, was die zweithäufigste Abrechnungskombination darstellt.

Detailliertere Angaben zu abgerechneten Kombinationen von GOPen des Kapitels 37 EBM für das 4. Quartal 2017 finden sich im Anhang (Tabelle 33).

Abbildung 19: Bundesweite Anteile von Ärzten (n=6.579) in Prozent, die verschiedene Kombinationen von GOPen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben. Traminer-Darstellung mit von unten nach oben hin abnehmenden Häufigkeiten, 4. Quartal 2017\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

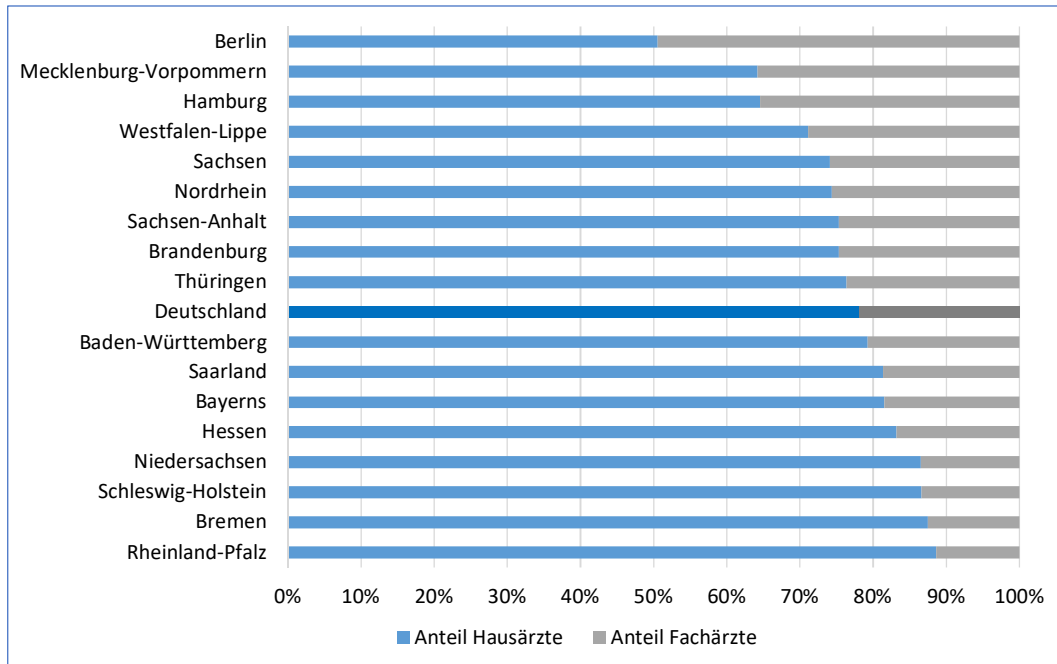
\*Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für 2018/4 (Abbildung 26). Detailliertere Angaben zu abgerechneten Kombinationen von GOPen des Kapitels 37 EBM für das vierte Quartal 2018 finden sich im Anhang (Tabelle 34).

#### 4. Welche Fachgruppen haben Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM für pflegebedürftige Versicherte in einer stationären Pflegeeinrichtung im Jahr 2017 abgerechnet?

Im Bundesdurchschnitt sind 78 Prozent der Ärzte, die Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abrechnen, Hausärzte und 22 Prozent Fachärzte (Abbildung 20). Beim Vergleich des 4. Quartals 2016 im Bericht der Stufe I (Abbildung 27) mit dem hier berichteten 4. Quartal 2017 ist im Bundesdurchschnitt eine geringe Verschiebung von drei Prozent von hausärztlich abgerechneten Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM hin zu fachärztlich abgerechneten Leistungen zu erkennen. Den höchsten Anteil an abrechnenden Fachärzten sieht man in der KV Berlin (49%), gefolgt von den KVen Mecklenburg-Vorpommern (36%) und Hamburg (35%). Der niedrigste Anteil an abrechnenden Fachärzten ergibt sich für die KV Rheinland-Pfalz (11 %).

Hinsichtlich der Entwicklung der fachärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten vom 4. Quartal 2016 zum 4. Quartal 2017 sind regional deutliche Unterschiede zu erkennen. Die stärkste relative Zunahme der fachärztlichen Versorgung sieht man in der KV Westfalen-Lippe mit 11 Prozentpunkten, gefolgt von den KVen Sachsen und Saarland mit je 8 Prozentpunkten (Anhang: Tabelle 31).

Abbildung 20: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte je Kassenärztlicher Vereinigung (2017/4), die 2017 Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\*Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für das vierte Quartal 2018 (Abbildung 28). Detailliertere Angaben für das vierte Quartal 2018 finden sich im Anhang (Tabelle 32).

In der Regel erfolgt die Koordination von medizinischen Behandlungen durch den Hausarzt. Die Koordinationspauschale (GOP 37105) wird zu 95 Prozent ausschließlich von Hausärzten abgerechnet. Entsprechend der Nr. 2 der Präambel 37.1 im EBM ist die Koordinationspauschale auch von Ärzten der Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie berechnungsfähig. Erkrankungsspezifika der Versicherten oder eine spezifische Ausrichtung des Pflegeheims können die Koordination von diesen Fachgruppen begründen. Ärzte der Fachgruppe Neurologie und Psychiatrie sind nach den Hausärzten die am häufigsten abrechnende Fachgruppe (Tabelle 10).

**Tabelle 10: Anzahl Ärzte nach Fachgruppen nach einzelnen Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM im Jahr 2017\***

Facharztgruppe	GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	Abschnitt 37.2 EBM
Anästhesiologie	.	3	.	2	2	4
Augenheilkunde	47	80	.	79	33	98
Chirurgie	23	32	.	25	17	38
Gynäkologie	18	22	.	16	10	31
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	82	167	.	147	48	188
Hausärzte	1.303	2.785	3.589	4.998	3.157	5.567
Hautarzt	73	139	.	112	69	149
Internisten	15	14	.	33	16	42
Kinder- und Jugendmedizin	1	1	2	3	3	4
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1	.	.	.	.	1
Neurologie und Psychiatrie	183	499	146	537	356	591
Orthopädie	8	47	.	41	26	50
Phoniatry und Pädaudiologie	1	2	.	2	1	2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3	10	.	8	5	10
Sonstige	25	78	42	102	55	107
Urologie	147	243	.	203	137	271

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\*Im Anhang findet sich diese Tabelle mit Daten für 2018 (Tabelle 35).

## 5.4 Leistungsbedarf je Versicherten, je Arzt und je Kassenärztlicher Vereinigung

Im folgenden Abschnitt wird der durchschnittliche Leistungsbedarf je Versicherten und je Arzt in Euro und je KV in Millionen Euro dargestellt.

### Leistungsbedarf je Versicherten

Versicherte der Gruppe B1 erhielten im Vergleich zu Versicherten der Gruppe A in jedem ihrer Beobachtungsquartale Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM) (Tabelle 11). Der durchschnittliche Leistungsbedarf in der Gruppe B1 für die Kooperations- und Koordinationsleistungen lag bei 286 Euro je Versicherten im Jahr 2017.

Betrachtet man die Notfallpauschalen und die Notfallkonsultationspauschalen, sieht man einen marginalen Unterschied des durchschnittlichen Leistungsbedarfs für Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen im Jahr 2017 von durchschnittlich 1,5 Euro je Versicherten (Gruppe A: 16,3 €, Gruppe B1: 17,8 €).

Einen etwas größeren Unterschied sieht man bei den GOPen für die Leistungen der Besonderen Inanspruchnahme (Abschnitt 1.1 EBM) zwischen den beiden Gruppen (Gruppe A: 3,0 €, Gruppe B1: 6,2 €).

Bei den Besuchsleistungen zeigt sich eine deutliche Differenz zwischen den Versicherten der Gruppen A und B1 von durchschnittlich 123 Euro, was sich auf die Strukturierung der GOPen der Kooperations- und Koordinationsleistungen (Abschnitt 37.2 EBM) zurückführen lässt. In dem Abschnitt 37.2 EBM sind die GOPen 37102 und 37113 als Zuschlagsleistungen zu Besuchsleistungen gestaltet worden. Somit wird für einen Versicherten der Gruppe B1 bei Durchführung der entsprechenden Besuchsleistung auch die Leistung aus dem Abschnitt 37.2 EBM mit abgerechnet, sofern der Versicherte von einem Arzt mit einem Kooperationsvertrag versorgt wird.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Versicherte, die Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM erhalten, geringfügig mehr Leistungsbedarf auch für weitere Leistungen aus dem EBM generieren.



**Tabelle 11: Durchschnittlicher Leistungsbedarf (LB) gemäß Euro-Gebührenordnung (Euro-GO) für pflegebedürftige Versicherte (jahresdurchschnittlich)**

	Gruppe A (n=504.137)	Gruppe B (n=228.525)	Gruppe B1 (n=118.667)	Gruppe B2 (n=109.858)
durchschnittlicher LB je Versicherten gesamt nach Euro-GO				
GOP 37100	.	2,7	3,2	2,0
GOP 37102	.	26,7	36,7	15,9
GOP 37105	.	37,6	55,1	18,6
GOP 37113	.	120,1	183,0	52,1
GOP 37120	.	6,4	8,4	4,4
<b>Abschnitt 37.2 EBM Kooperations- und Koordinationsleistungen</b>	.	<b>193,4</b>	<b>286,4</b>	<b>93,0</b>
GOP 01100	1,7	2,7	3,3	2,0
GOP 01101	0,5	0,9	1,3	0,5
GOP 01102	0,8	1,4	1,6	1,2
<b>Abschnitt 1.1 EBM Besondere Inanspruchnahme</b>	<b>3,0</b>	<b>5,0</b>	<b>6,2</b>	<b>3,7</b>
GOP 01210	2,7	3,3	3,4	3,2
GOP 01212	11,7	12,2	12,2	12,2
GOP 01214	0,2	0,3	0,3	0,3
GOP 01216	1,0	1,1	1,1	1,2
GOP 01218	0,7	0,8	0,8	0,8
<b>Abschnitt 1.2 EBM Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen</b>	<b>16,3</b>	<b>17,7</b>	<b>17,8</b>	<b>17,6</b>
GOP 01410	100,0	93,2	86,8	100,0
GOP 01411	5,9	5,4	5,0	5,8
GOP 01412	8,1	7,1	7,1	7,2
GOP 01413	115,5	217,3	256,4	175,1
GOP 01415	110,1	107,8	107,2	108,4
GOP 01418	37,5	37,8	37,6	38,0
<b>Abschnitt 1.4 EBM Besuchsleistungen (GOPen 01410, 01411, 01412, 01413, 01415, 01418)</b>	<b>377,1</b>	<b>468,6</b>	<b>500,2</b>	<b>434,6</b>
<b>weitere EBM Leistungen (außer bereits angegebene GOPen)</b>	991,6	1.070,8	1.081,8	1.058,8

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B- Versicherte, die mindestens eine Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

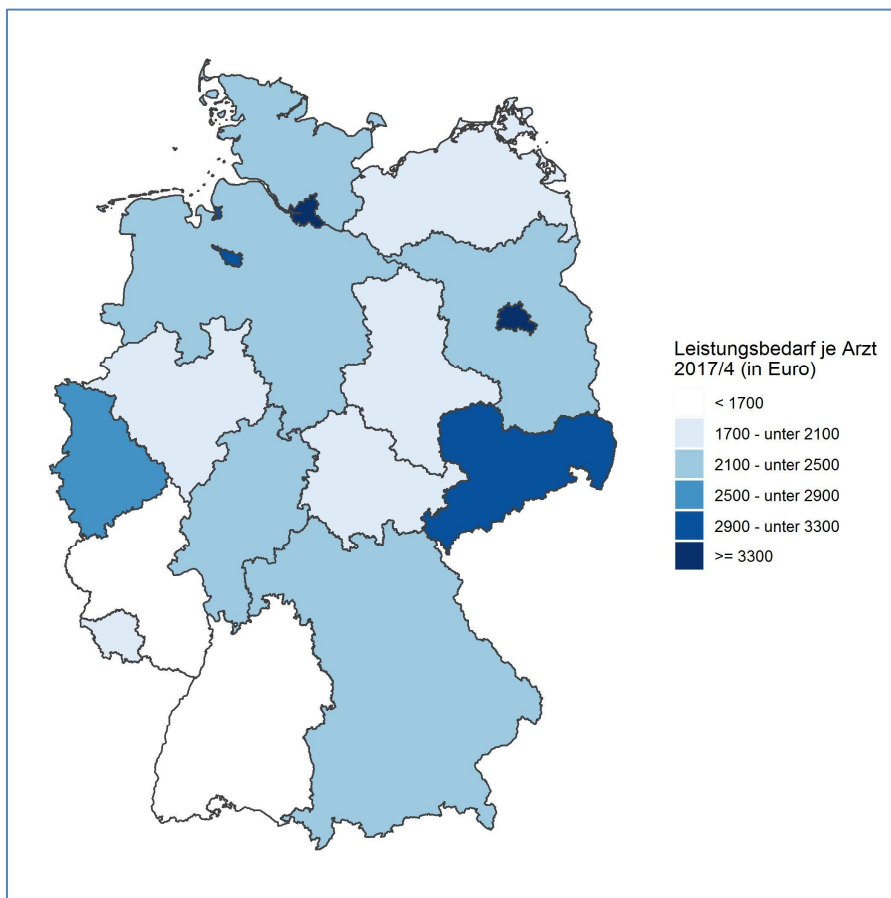
*Gruppe B2- Versicherte, die nicht in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

## Leistungsbedarf je Arzt

Der Leistungsbedarf je Arzt für den Abschnitt 37.2 EBM lag im 4. Quartal 2017 im Durchschnitt bei 2.279 Euro. Zwischen den einzelnen KVen sind starke Unterschiede zu erkennen. In der KV Hamburg lag der durchschnittliche Leistungsbedarf im 4. Quartal 2017 je Arzt mit 5.227 Euro am höchsten, in der KV Rheinland-Pfalz mit 1.391 Euro am niedrigsten. Ein Überblick zum Leistungsbedarf je Arzt, differenziert nach KV-Bereichen, für den Abschnitt 37.2 EBM im 4. Quartal 2017 findet sich in Abbildung 21.

Abbildung 21: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Arzt für die Gebührenordnungspositionen des Abschnitt 37.2 EBM im 4. Quartal 2017\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

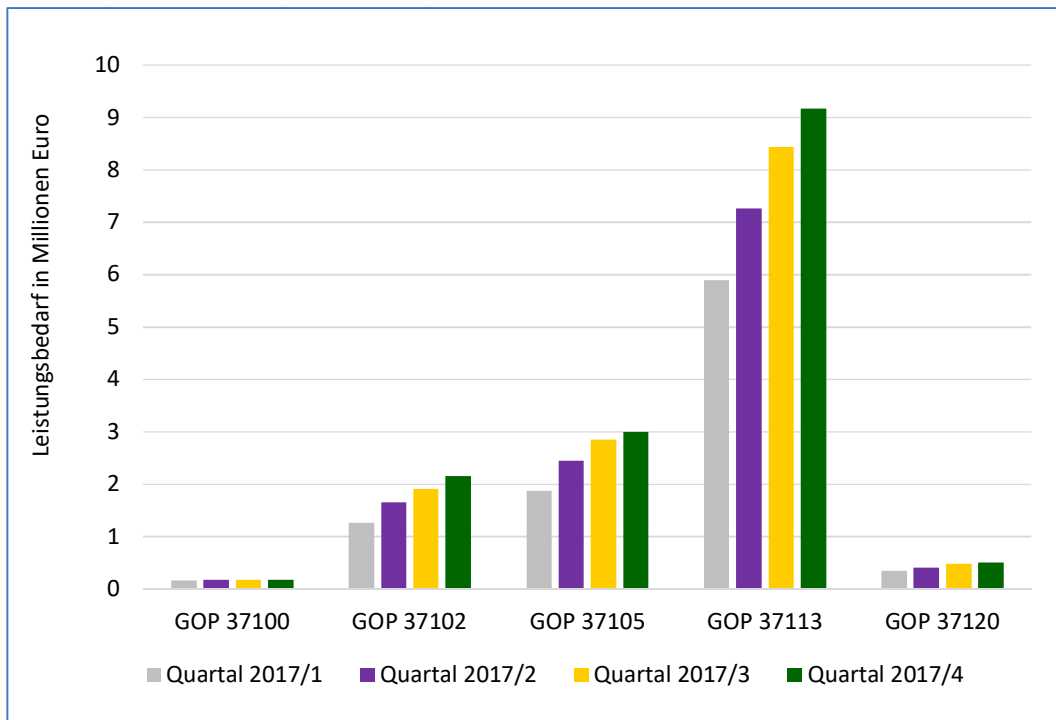
\*Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für das vierte Quartal 2018 (Abbildung 29).

## Leistungsbedarf je KV

Im Jahr 2017 wurde ein Gesamtleistungsbedarf von 50,4 Millionen Euro für den Abschnitt 37.2 EBM abgerechnet. Der Leistungsbedarf stieg von 9,6 Millionen Euro im 1. Quartal 2017 auf 15,0 Millionen Euro im 4. Quartal 2017. Vom Gesamtleistungsbedarf entfielen 61 Prozent (30,7 Mio. Euro) auf die GOP 37113 (Zuschlag zum Besuch eines weiteren Kranken). Die Entwicklung des Leistungsbedarfs verteilt auf die einzelne GOPen ist in Abbildung 22 und im Anhang (Tabelle 36) dargestellt.

Die KVen Bayerns und Berlin hatten im Vergleich zu den anderen KVen den höchsten Leistungsbedarf für diesen Abschnitt mit rund 6 Millionen Euro für das Jahr 2017 (Abbildung 23). Eine Differenzierung nach KV und GOP findet sich im Anhang (Tabelle 38).

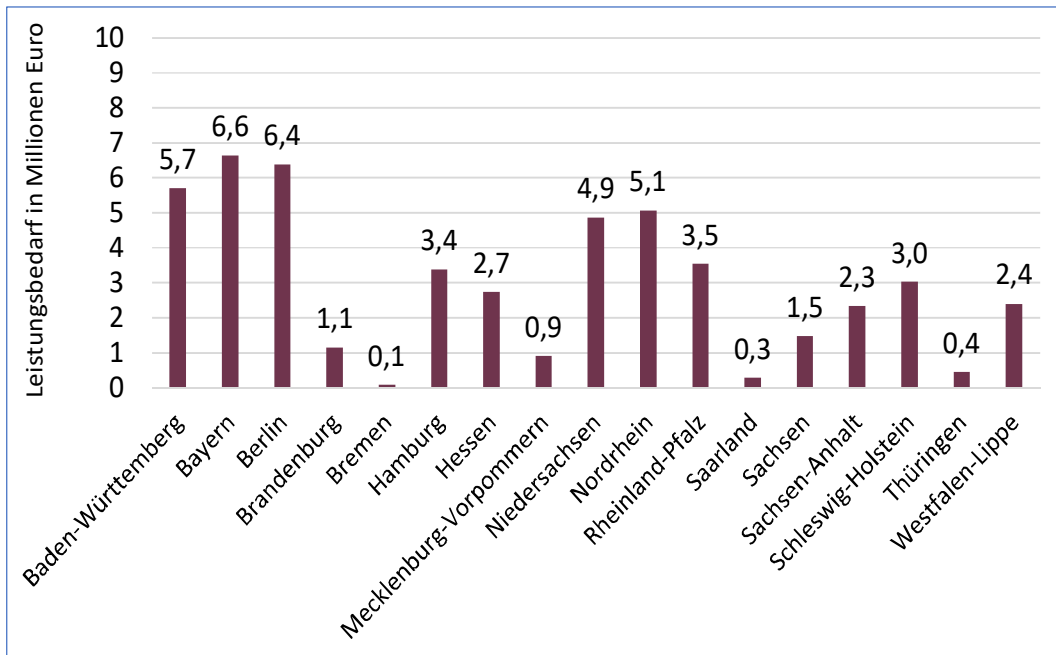
Abbildung 22: Entwicklung des Leistungsbedarfs in Millionen Euro vom 1. bis 4. Quartal 2017\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\* Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für 2018 (Abbildung 30) Detailliertere Angaben für 2018 finden sich im Anhang (Tabelle 37).

Abbildung 23: Leistungsbedarf in Millionen Euro für 2017 des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung\*



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten

\* Im Anhang findet sich diese Abbildung mit Daten für 2017 und 2018 zum Vergleich (Abbildung 31). Detailliertere Angaben für 2018 finden sich Tabelle 39 im Anhang.

## 6 Fazit

Mit dem vorliegenden Bericht stehen die Ergebnisse zum gesetzlichen Evaluationsauftrag gemäß § 119b Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V zur Verfügung.

Ziel des Evaluationsberichts ist es, einen Überblick über abgeschlossene Kooperationsverträge gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä zu erhalten, Auswirkungen der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V auf das Versorgungsgeschehen im vertragsärztlichen Bereich sowie deren finanzielle Auswirkungen darzustellen.

Der Bericht der Stufe I wurde der Bundesregierung zum 31. Dezember 2017 vorgelegt und beinhaltet Ergebnisse zur Anzahl der abgeschlossenen Kooperationsverträge gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä sowie Analysen der ärztlichen Abrechnungsdaten. Für den vorliegenden Bericht der Stufe II werden zusätzlich versichererbezogene Daten von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen ausgewertet.

Seit Einführung der Kooperations- und Koordinationsleistungen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä (Abschnitt 37.2 EBM) zum dritten Quartal 2016 kam es bundesweit zum Abschluss von 22.096 Kooperationsverträgen gemäß § 119b SGB V (Stand Dezember 2018). Der Anteil der Pflegeeinrichtungen mit diesen Kooperationsverträgen lag bei 49 Prozent (Stand: Dezember 2017), im ersten Bericht lag der Anteil noch bei 28 Prozent (Stand März 2017). Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz verpflichtet zwar Pflegeheime, Kooperationsverträge gemäß § 119b Abs. 1 SGB V abzuschließen, allerdings nur „bei entsprechendem Bedarf“. Pflegeeinrichtungen können die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auch anderweitig organisieren, was regionale Auswirkungen auf den Anteil der pflegebedürftigen Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen hat.

Im Bundesdurchschnitt erhielten im Jahr 2017 31 Prozent der pflegebedürftigen Versicherten mindestens eine Kooperations- und Koordinationsleistung. Der höchste Anteil ist in der KV Berlin mit 57 Prozent zu sehen, was möglicherweise auf ein im Jahr 1998 gestartetes Modellprojekt „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ zurückzuführen ist. In den KVen Thüringen und Bremen wurden für unter zehn Prozent der pflegebedürftigen Versicherten Kooperations- und Koordinationsleistungen abgerechnet.

Insgesamt wurden im Jahr 2017 Kooperations- und Koordinationsleistung mit einem Gesamtleistungsbedarf von 50,4 Millionen Euro abgerechnet. Der Leistungsbedarf stieg von 9,6 Millionen Euro im ersten Quartal 2017 auf 15,0 Millionen Euro im vierten Quartal 2017, was mit der kontinuierlichen Zunahme der Zahl von abrechnenden Ärzten zusammenhängt. Im Jahr 2017 haben insgesamt 7.140 Ärzte Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM abgerechnet. Im Bundesdurchschnitt sind 78 Prozent der Ärzte, die Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abrechneten, Hausärzte und 22 Prozent Fachärzte.

Im Bundesdurchschnitt fand gegenüber den Analysen im ersten Bericht eine geringe Verschiebung von drei Prozent von hausärztlich abgerechneten Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM hin zu fachärztlich abgerechneten Leistungen statt.

Am häufigsten wurden Leistungen für Behandlungen im Pflegeheim abgerechnet, was dem Bedarf eines Versicherten im Pflegeheim, durch häufig vorhandene Mobilitätseinschränkungen und/oder kognitive Beeinträchtigungen, entspricht.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Versicherte, die regelmäßig mit Kooperations- und Koordinationsleistungen versorgt werden, eine intensivere Betreuung mit vertragsärztlichen Leistungen erleben. Deutlich wird dies beispielsweise bei der Abrechnung des Mitbesuchs (GOP 01413). Der Vergleich zwischen Versicherten ohne Kooperations- und Koordinationsleistung und Versicherten mit diesen Leistungen zeigt deutlich, dass für Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistung im Jahresdurchschnitt häufiger der Mitbesuch (GOP 01413) durchgeführt und berechnet wird (10,8 versus 23,2).

Auch bei der Betrachtung der Anteile der versorgten Versicherten durch verschiedene Fachgruppen sieht man einen höheren Anteil bei Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistung gegenüber den Versicherten ohne diese Leistungen, was wahrscheinlich auf eine bessere Koordination der Behandlung und Versorgung der Versicherten durch Leistungen aus dem Abschnitt 37.2 EBM zurückzuführen ist.

Ebenfalls sieht man bei der Untersuchung der Leistungen für die Besondere Inanspruchnahme (Abschnitt 1.1 EBM), dass der Anteil der Versicherten, die regelmäßig mit Kooperations- und Koordinationsleistungen versorgt werden, im Bundesdurchschnitt höher ist gegenüber Versicherten, die im Betrachtungszeitraum nie Kooperations- und Koordinationsleistungen erhielten. Vertragsärzte mit einem Kooperationsvertrag haben laut Anlage 27 zum BMV-Ä unter anderem Regelungen für die Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten zu vereinbaren, was den höheren Anteil der Versicherten mit Kooperations- und Koordinationsleistungen begründen kann. Ärzte mit diesen Verträgen scheinen außerhalb der Sprechstunden als Ansprechpartner präsenter zu sein.

Auf der anderen Seite lässt sich auch feststellen, dass Kooperationsleistungen keinen Einfluss auf die Notwendigkeit von Notfallleistungen zu haben scheinen. Im Bundesdurchschnitt hatten Versicherte mit Kooperations- und Koordinationsleistungen einen geringfügig höheren Anteil an den Notfallpauschalen nach den GOP 01210 (1,1%) und GOP 01212 (0,3%) sowie an Notfallkonsultationspauschalen (GOPen 01214, 01216 oder 01218), als Versicherte ohne Kooperations- und Koordinationsleistungen.

Im Jahresdurchschnitt generiert ein Versicherter, der regelmäßig mit Kooperations- und Koordinationsleistungen versorgt wird, mehr Leistungsbedarf als Versi-

cherte, die keine Kooperations- und Koordinationsleistungen erhalten, was wahrscheinlich mit den Kooperations- und Koordinationsleistungen in Verbindung steht.

Auch bei der Betrachtung weiterer EBM-Leistungen außerhalb der Kooperations- und Koordinationsleistungen und außerhalb der Leistungen aus den Abschnitten 1.1, 1.2 und 1.4 EBM haben diese Versicherten einen höheren Leistungsbedarf, was für eine intensivere Versorgung spricht.

#### Limitation der Evaluation

Die Evaluation des Versorgungsgeschehens im vertragsärztlichen Bereich beruht auf Daten der ärztlichen Abrechnung. Auswirkungen hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung, wie sie in Anlage 27 zum BMV-Ä beschrieben sind, können nur anhand dieser Daten erfolgen.

Mögliche Outcome Parameter, die Hinweise auf vermeidbare Krankenhauseinweisungen, Veränderungen / Unterschiede bei der Anzahl der stationären Krankenhausaufenthalte, Entlassungsdiagnosen sowie Aufenthaltsdauern im Krankenhaus geben, können mit Daten der ärztlichen Abrechnung nicht durchgeführt werden.

Die Untersuchung zu finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen beruht desgleichen auf Daten der ärztlichen Abrechnung. Analysen zu Auswirkungen in anderen Sektoren sind nicht möglich.

## 7 Anhang

### Inhaltsverzeichnis Anhang

Zu 5.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä.....	64
Zu 5.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten .....	65
Abschnitt 1.1 Leistungen der Besonderen Inanspruchnahme im EBM .....	66
Abschnitt 1.2 Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen im EBM .....	69
Abschnitt 1.4 Besuchsleistungen im EBM.....	72
Zu 5.3 Arztseitige Rechnungslegung .....	78
Zu 5.4 Leistungsbedarf .....	87

### Zu 5.1 Stand zu Kooperationsverträgen gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä

*Tabelle 12: Abfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Umsetzung von Kooperationsverträgen nach § 119b Abs. 1 SGB V durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung; Stand 31.12.2017*

Umsetzung § 119 b SGB V	Wie viele Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten und Pflegeeinrichtungen bestehen zum 31.12.2017?	Sofern bekannt, mit wie vielen verschiedenen Pflegeeinrichtungen wurden Kooperationsverträge abgeschlossen?	Wie viele Ärzte besitzen die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen des EBM-Kapitels 37?
Baden-Württemberg	k.A.	k.A.	k.A.
Bayern	1.213	651	1.076
Berlin	1.409	305	416
Brandenburg	293	k.A.	161
Bremen	11	9	8
Hamburg	832	k.A.	191
Hessen	1.060	347	384
Mecklenburg-Vorpommern	250	144	139
Niedersachsen	1.254	1.000	805
Nordrhein	2.110	1.494	820
Rheinland-Pfalz	k.A.	k.A.	662
Saarland	46	35	85
Sachsen	188	154	162
Sachsen-Anhalt	1.256	401	378
Schleswig-Holstein	1.724	500	440
Thüringen	59	53	87
Westfalen-Lippe	1.870	540	446
<b>Gesamt</b>	<b>13.575</b>	<b>5.633</b>	<b>6.260</b>



## Zu 5.2 Versorgungsgeschehen von pflegebedürftigen Versicherten

*Tabelle 13: Anzahl und Anteil der Versicherten und Behandlungsfälle (BHF) je Gebührenordnungsposition (GOP) aus Abschnitt 37.2 EBM (jahresdurchschnittlich)*

GOP	Kennzahlen	Gruppe B (n=228.525)	Gruppe B1 (n=118.667)	Gruppe B2 (n=109.858)
37100	Anzahl Versicherte (n)	11.325	7.084	4.241
	Anteil der Versicherten (%)	4,9	6,0	3,9
	Anzahl GOP (n)	46.256	29.093	17.163
	Mittelwert GOP je Versicherte	0,2	0,2	0,2
	Anzahl BHF (n)	46.256	29.093	17.163
	Mittelwert BHF je Versicherter	0,2	0,2	0,2
37102	Anzahl Versicherte (n)	96.094	65.563	30.531
	Anteil der Versicherten (%)	42,0	55,2	27,8
	Anzahl GOP (n)	463.557	330.727	132.830
	Mittelwert GOP je Versicherte	2,0	2,8	2,1
	Anzahl BHF (n)	463.557	330.727	132.830
	Mittelwert BHF je Versicherter	2,0	2,8	2,1
37105	Anzahl Versicherte (n)	72.307	54.850	17.457
	Anteil der Versicherten (%)	31,6	46,2	15,9
	Anzahl GOP (n)	296.639	225.874	70.765
	Mittelwert GOP je Versicherte	1,3	1,9	0,6
	Anzahl BHF (n)	296.639	225.874	70.765
	Mittelwert BHF je Versicherter	1,3	1,9	0,6
37113	Anzahl Versicherte (n)	153.448	107.760	45.688
	Anteil der Versicherten (%)	67,1	90,8	41,6
	Anzahl GOP (n)	2.458.574	1.944.778	513.796
	Mittelwert GOP je Versicherte	10,8	16,4	4,7
	Anzahl BHF (n)	770.164	565.267	204.897
	Mittelwert BHF je Versicherter	3,4	4,8	1,9
37120	Anzahl Versicherte (n)	43.661	29.572	14.089
	Anteil der Versicherten (%)	19,1	24,9	12,8
	Anzahl GOP (n)	218.497	147.585	70.912
	Mittelwert GOP je Versicherte	1,0	1,2	0,6
	Anzahl BHF (n)	185.352	127.053	58.299
	Mittelwert BHF je Versicherter	0,8	1,1	0,5

*Gruppe B- Versicherte, mit mindestens einer Leistung aus Abschnitt 37.2 EBM*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B2- Versicherte, die in mindestens einem der Beobachtungsquartale Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

## Abschnitt 1.1 Leistungen der Besonderen Inanspruchnahme im EBM

Tabelle 14: Anteil der Versicherten mit GOP 01100 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01100	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>1,4</b>	<b>2,7</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	2,0	3,5
Bayerns	78.011	11.702	3,0	4,7
Berlin	9.229	16.244	2,1	3,1
Brandenburg	18.385	4.376	0,4	0,4
Bremen	9.433	813	0,4	0,3
Hamburg	11.710	9.404	0,6	1,3
Hessen	39.536	6.535	1,4	4,4
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	0,6	1,0
Niedersachsen	70.055	11.425	1,1	2,3
Nordrhein	57.160	13.046	1,3	2,7
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	1,0	1,1
Saarland	8.051	710	0,8	2,0
Sachsen	43.980	4.371	0,4	2,3
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	0,3	0,5
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,7	1,6
Thüringen	27.784	2.024	0,6	0,8
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,8	1,7

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Tabelle 15: Anteil der Versicherten mit GOP 01101 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01101	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>0,2</b>	<b>0,7</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	0,3	1,1
Bayerns	78.011	11.702	0,6	1,5
Berlin	9.229	16.244	0,5	0,8
Brandenburg	18.385	4.376	0,0	0,1
Bremen	9.433	813	0,1	.
Hamburg	11.710	9.404	0,1	0,2
Hessen	39.536	6.535	0,2	1,6
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	0,1	0,1
Niedersachsen	70.055	11.425	0,2	0,7
Nordrhein	57.160	13.046	0,2	0,3
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	0,2	0,5
Saarland	8.051	710	0,2	0,3
Sachsen	43.980	4.371	0,1	0,5
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	0,1	0,1
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,1	0,1
Thüringen	27.784	2.024	0,2	0,2
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,2	0,5

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Tabelle 16: Anteil der Versicherten mit GOP 01102 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504:137) und B1 (n=118:667) (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01102	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>1,1</b>	<b>2,3</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	0,8	1,2
Bayerns	78.011	11.702	1,3	2,3
Berlin	9.229	16.244	1,9	3,2
Brandenburg	18.385	4.376	0,4	0,5
Bremen	9.433	813	0,7	0,4
Hamburg	11.710	9.404	0,5	0,8
Hessen	39.536	6.535	1,2	2,1
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	1,1	0,8
Niedersachsen	70.055	11.425	1,2	3,6
Nordrhein	57.160	13.046	1,2	2,6
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	1,2	3,9
Saarland	8.051	710	0,5	0,6
Sachsen	43.980	4.371	0,7	2,1
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	0,1	0,3
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,8	1,4
Thüringen	27.784	2.024	0,3	0,2
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,9	2,0

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

## Abschnitt 1.2 Notfallpauschalen und Notfallkonsultationspauschalen im EBM

Tabelle 17: Anteil der Versicherten mit GOP 01210 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01210		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>5,0</b>	<b>6,1</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	4,3	4,5	0,2	0,2
Bayerns	78.011	11.702	5,3	5,4	0,2	0,2
Berlin	9.229	16.244	7,7	12,0	0,3	0,6
Brandenburg	18.385	4.376	3,8	3,9	0,2	0,2
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	4,2	6,3	0,2	0,3
Hessen	39.536	6.535	4,1	4,2	0,2	0,2
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	2,8	2,7	0,1	0,1
Niedersachsen	70.055	11.425	4,6	4,5	0,2	0,2
Nordrhein	57.160	13.046	5,4	5,4	0,2	0,2
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	3,9	4,2	0,2	0,2
Saarland	8.051	710	3,2	2,7	0,1	0,1
Sachsen	43.980	4.371	4,9	4,1	0,2	0,2
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	4,4	4,4	0,2	0,2
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	3,1	3,3	0,1	0,1
Thüringen	27.784	2.024	3,9	2,0	0,2	0,1
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	4,9	4,7	0,2	0,2

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

Tabelle 18: Anteil der Versicherten mit GOP 01212 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01212		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>11,9</b>	<b>12,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	12,6	12,5	0,6	0,6
Bayerns	78.011	11.702	14,4	14,1	0,7	0,7
Berlin	9.229	16.244	8,6	12,9	0,4	0,6
Brandenburg	18.385	4.376	7,2	6,2	0,3	0,3
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	7,6	11,9	0,4	0,6
Hessen	39.536	6.535	9,2	8,4	0,4	0,4
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	10,7	7,5	0,5	0,3
Niedersachsen	70.055	11.425	10,8	11,4	0,5	0,5
Nordrhein	57.160	13.046	11,9	11,6	0,6	0,6
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	8,9	9,4	0,4	0,4
Saarland	8.051	710	15,1	11,6	0,7	0,6
Sachsen	43.980	4.371	12,5	13,5	0,6	0,7
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	11,6	11,4	0,5	0,5
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	6,2	6,8	0,3	0,3
Thüringen	27.784	2.024	9,1	8,4	0,4	0,4
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	8,7	8,1	0,4	0,4

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

**Tabelle 19: Anteil der Versicherten mit GOP 01214 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich)**

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01214		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)	MW	MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>4,7</b>	<b>5,0</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	0,8	0,8	4,8	4,8
Bayerns	78.011	11.702	1,1	1,2	4,6	4,7
Berlin	9.229	16.244	1,0	2,0	5,1	5,7
Brandenburg	18.385	4.376	0,5	0,9	4,6	5,0
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	0,9	1,1	5,1	4,7
Hessen	39.536	6.535	1,0	1,0	4,8	4,6
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	0,3	0,4	4,3	5,5
Niedersachsen	70.055	11.425	0,7	0,9	4,4	5,0
Nordrhein	57.160	13.046	1,0	1,0	4,7	4,9
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	1,2	0,8	4,6	4,3
Saarland	8.051	710	0,7	0,5	4,8	4,0
Sachsen	43.980	4.371	0,7	0,5	4,8	4,8
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	0,5	0,4	5,2	4,3
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,4	0,4	5,0	4,6
Thüringen	27.784	2.024	0,4	0,2	4,5	5,0
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,5	0,6	5,0	5,4

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

**Tabelle 20: Anteil der Versicherten mit GOP 01216 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich)**

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01216		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)	MW	MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>4,7</b>	<b>4,7</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	1,4	1,3	4,6	4,6
Bayerns	78.011	11.702	2,3	2,4	4,9	4,8
Berlin	9.229	16.244	0,5	1,4	4,5	5,2
Brandenburg	18.385	4.376	0,4	0,5	4,5	5,0
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	0,9	1,1	4,7	4,6
Hessen	39.536	6.535	2,7	2,4	4,7	4,7
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	0,9	0,4	4,7	5,0
Niedersachsen	70.055	11.425	0,9	1,2	4,7	4,5
Nordrhein	57.160	13.046	1,7	2,0	4,6	4,5
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	2,8	2,5	4,8	4,9
Saarland	8.051	710	1,7	1,2	5,1	4,5
Sachsen	43.980	4.371	0,9	1,1	4,5	4,3
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	1,0	0,6	4,8	4,3
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,6	0,6	4,9	4,4
Thüringen	27.784	2.024	0,5	0,3	4,4	5,3
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,4	0,6	4,6	4,9

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

**Tabelle 21: Anteil der Versicherten mit GOP 01218 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) (jahresdurchschnittlich)**

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01218		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)	MW	MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	1,0	0,9	4,5	4,7
Bayerns	78.011	11.702	1,2	1,5	4,7	4,7
Berlin	9.229	16.244	0,4	0,8	4,4	6,0
Brandenburg	18.385	4.376	0,2	0,5	4,6	4,2
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	0,8	1,0	4,3	4,4
Hessen	39.536	6.535	1,2	0,9	4,6	4,5
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	0,4	0,2	4,5	4,0
Niedersachsen	70.055	11.425	0,6	0,6	4,7	4,2
Nordrhein	57.160	13.046	1,1	1,2	4,7	4,6
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	1,4	1,5	4,5	4,6
Saarland	8.051	710	0,6	0,5	4,5	4,0
Sachsen	43.980	4.371	0,5	0,6	4,8	4,7
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	0,5	0,4	4,9	4,4
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	0,3	0,2	4,7	4,4
Thüringen	27.784	2.024	0,3	0,4	4,3	4,6
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	0,2	0,2	4,3	4,3

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

**Tabelle 22: Anteil der Versicherten mit Sonderziffern der KV Bremen für Versicherte der Gruppe A (n=9.433) und B1 (n=813) mit Abrechnungshäufigkeiten je Kassenärztlicher Vereinigung im Jahr 2017**

Sonderziffern	Kurzbezeichnung	Anteil der Versicherten mit Sonderziffern		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
		Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
99101	Krankenhäuser HB/BHV Erstversorgung - Arzt	7,4	4,8	4,8	4,6
99107	Krankenhäuser HB/BHV Nachbehandlung - Arzt	0,0	0,1	5,0	4,0
99751	Ärztl. Bereitschaftsdienst Bremen-Nord-Fahrdienst	0,4	.	4,1	.
99752	Ärztl. Bereitschaftsdienst Bremen-Nord-Innendienst	0,7	.	5,3	.
99760	Kinderärztl. Notfalldienst Bremen und Bremen-Nord	0,0	.	4,0	.
99763	Ärztl. Bereitschaftsdienst Brhv.-Fahrdienst	0,4	0,7	4,7	6,4
99764	Ärztl. Bereitschaftsdienst Brhv.-Innendienst	0,1	.	4,0	.
99765	Ärztl. Bereitschaftsdienst Bremen-Mitte-Telefondienst	4,0	1,5	5,5	5,8
99766	Ärztl. Bereitschaftsdienst Bremen-Mitte-Fahrdienst	1,7	0,3	4,6	4,0
99767	Ärztl. Bereitschaft Bremen-Mittebehandlungsdienst	0,2	.	4,0	.
97604*	Pauschale Arzthonorar Uni Notfälle	0,5	0,1	5,0	5,1

\*KV Rheinland-Pfalz Gruppe A (n=22.984) und B1 (n=10.391)

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet

## Abschnitt 1.4 Besuchsleistungen im EBM

Tabelle 23: Anteil der Versicherten mit GOP 01410 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01410		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>47,0</b>	<b>42,8</b>	<b>4,6</b>	<b>3,9</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	46,1	44,2	4,7	4,2
Bayerns	78.011	11.702	57,3	55,9	7,4	6,8
Berlin	9.229	16.244	27,1	39,2	2,3	3,0
Brandenburg	18.385	4.376	33,5	25,5	2,1	1,5
Bremen	9.433	813	32,5	11,0	2,9	1,0
Hamburg	11.710	9.404	24,9	37,5	2,5	4,4
Hessen	39.536	6.535	46,8	42,9	4,5	3,7
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	37,5	27,6	2,8	1,8
Niedersachsen	70.055	11.425	39,3	31,4	3,4	2,5
Nordrhein	57.160	13.046	43,7	39,7	4,1	3,6
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	35,2	29,4	3,1	2,3
Saarland	8.051	710	33,1	29,4	2,7	1,8
Sachsen	43.980	4.371	43,7	26,1	2,9	1,6
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	43,3	48,9	3,0	3,4
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	42,1	37,6	4,3	3,6
Thüringen	27.784	2.024	30,9	16,5	3,9	1,7
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	38,0	31,0	3,1	2,6

Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten

Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet



**Tabelle 24: Anteil der Versicherten mit GOP 01411 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)**

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01411		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>2,1</b>	<b>1,8</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	2,4	2,1	0,1	0,1
Bayerns	78.011	11.702	2,9	2,2	0,2	0,1
Berlin	9.229	16.244	1,9	1,6	0,1	0,1
Brandenburg	18.385	4.376	0,9	0,5	0,0	0,0
Bremen	9.433	813	1,6	1,9	0,1	0,1
Hamburg	11.710	9.404	1,3	1,2	0,1	0,1
Hessen	39.536	6.535	1,6	1,4	0,1	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	1,5	1,2	0,1	0,1
Niedersachsen	70.055	11.425	1,7	1,7	0,1	0,1
Nordrhein	57.160	13.046	3,0	2,1	0,2	0,1
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	1,5	1,1	0,1	0,1
Saarland	8.051	710	1,2	0,6	0,1	0,0
Sachsen	43.980	4.371	0,7	0,8	0,0	0,0
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	1,5	1,0	0,1	0,0
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	1,8	1,9	0,1	0,1
Thüringen	27.784	2.024	0,5	0,6	0,0	0,1
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	2,0	1,3	0,1	0,1

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

*Tabelle 25: Anteil der Versicherten mit GOP 01412 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)*

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01412		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>2,5</b>	<b>2,2</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	2,6	2,3	0,1	0,1
Bayerns	78.011	11.702	3,4	4,8	0,2	0,2
Berlin	9.229	16.244	0,5	1,0	0,0	0,1
Brandenburg	18.385	4.376	0,7	0,5	0,0	0,0
Bremen	9.433	813	0,9	0,1	0,0	0,0
Hamburg	11.710	9.404	1,0	1,0	0,1	0,1
Hessen	39.536	6.535	2,5	2,2	0,1	0,1
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	2,4	1,3	0,1	0,1
Niedersachsen	70.055	11.425	2,4	2,6	0,1	0,1
Nordrhein	57.160	13.046	2,2	1,5	0,1	0,1
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	2,1	2,7	0,1	0,1
Saarland	8.051	710	2,1	1,2	0,1	0,1
Sachsen	43.980	4.371	1,5	0,8	0,1	0,0
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	1,8	1,5	0,1	0,1
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	2,4	1,9	0,1	0,1
Thüringen	27.784	2.024	2,1	2,4	0,2	0,2
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	1,6	1,4	0,1	0,1

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

*Tabelle 26: Anteil der Versicherten mit GOP 01413 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)*

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01413		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>71,3</b>	<b>96,7</b>	<b>10,8</b>	<b>23,2</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	55,2	88,0	8,4	20,3
Bayerns	78.011	11.702	62,2	89,8	10,5	27,7
Berlin	9.229	16.244	48,7	93,8	6,8	26,5
Brandenburg	18.385	4.376	69,3	90,7	7,0	11,7
Bremen	9.433	813	43,0	24,6	5,4	6,8
Hamburg	11.710	9.404	34,4	79,5	5,3	24,3
Hessen	39.536	6.535	70,3	92,4	11,6	20,8
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	76,9	93,7	8,9	13,8
Niedersachsen	70.055	11.425	68,9	90,0	10,4	22,6
Nordrhein	57.160	13.046	67,1	90,0	10,1	20,8
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	62,5	86,2	9,1	17,7
Saarland	8.051	710	83,2	87,7	28,0	45,8
Sachsen	43.980	4.371	79,7	89,5	9,0	14,7
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	63,8	92,3	5,5	11,0
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	60,5	85,6	10,2	18,8
Thüringen	27.784	2.024	67,9	63,6	15,0	22,2
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	60,9	84,2	7,1	14,5

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

*Tabelle 27: Anteil der Versicherten mit GOP 01415 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)*

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01415		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1	Gruppe A	Gruppe B1
	(n)	(n)	(%)	(%)	MW	MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>26,4</b>	<b>27,0</b>	<b>2,0</b>	<b>1,9</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	20,2	26,4	1,5	1,4
Bayerns	78.011	11.702	32,3	21,2	2,6	2,9
Berlin	9.229	16.244	8,2	36,3	0,6	1,1
Brandenburg	18.385	4.376	12,2	15,8	0,7	0,7
Bremen	9.433	813	12,7	13,6	0,8	0,2
Hamburg	11.710	9.404	11,4	3,5	0,9	1,7
Hessen	39.536	6.535	26,3	20,6	1,9	1,8
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	22,5	27,1	1,4	0,8
Niedersachsen	70.055	11.425	27,5	14,8	1,9	2,0
Nordrhein	57.160	13.046	26,7	26,4	2,0	2,1
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	22,4	27,5	1,5	1,9
Saarland	8.051	710	32,5	27,5	4,4	4,5
Sachsen	43.980	4.371	20,4	29,2	1,2	1,2
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	20,2	21,0	1,3	1,3
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	18,9	21,9	1,4	1,4
Thüringen	27.784	2.024	17,8	20,3	2,1	1,4
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	24,6	12,8	1,8	1,6

*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

**Tabelle 28: Anteil der Versicherten mit GOP 01418 je Kassenärztlicher Vereinigung für Versicherte der Gruppe A (n=504.137) und B1 (n=118.667) mit Abrechnungshäufigkeiten (jahresdurchschnittlich)**

	Anzahl der Versicherten		Anteil der Versicherten mit GOP 01418		Durchschnittliche Abrechnungshäufigkeit	
	Gruppe A (n)	Gruppe B1 (n)	Gruppe A (%)	Gruppe B1 (%)	Gruppe A MW	Gruppe B1 MW
<b>Deutschland</b>	<b>504.137</b>	<b>118.667</b>	<b>9,4</b>	<b>9,2</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
Baden-Württemberg	55.437	15.670	9,6	9,4	0,5	0,5
Bayerns	78.011	11.702	12,7	12,7	0,6	0,7
Berlin	9.229	16.244	8,1	10,3	0,4	0,5
Brandenburg	18.385	4.376	4,8	3,4	0,2	0,2
Bremen	9.433	813	.	.	.	.
Hamburg	11.710	9.404	5,0	7,4	0,2	0,4
Hessen	39.536	6.535	6,2	5,7	0,3	0,3
Mecklenburg-Vorpommern	14.445	2.930	8,8	5,2	0,4	0,2
Niedersachsen	70.055	11.425	8,8	8,4	0,4	0,4
Nordrhein	57.160	13.046	9,4	8,4	0,5	0,4
Rheinland-Pfalz	22.984	10.391	6,1	6,4	0,3	0,3
Saarland	8.051	710	9,2	7,6	0,4	0,4
Sachsen	43.980	4.371	9,9	11,4	0,5	0,6
Sachsen-Anhalt	16.715	7.456	10,3	9,8	0,5	0,5
Schleswig-Holstein	21.214	9.442	4,2	4,1	0,2	0,2
Thüringen	27.784	2.024	7,6	7,4	0,4	0,4
Westfalen-Lippe	56.823	7.030	6,0	5,6	0,3	0,3

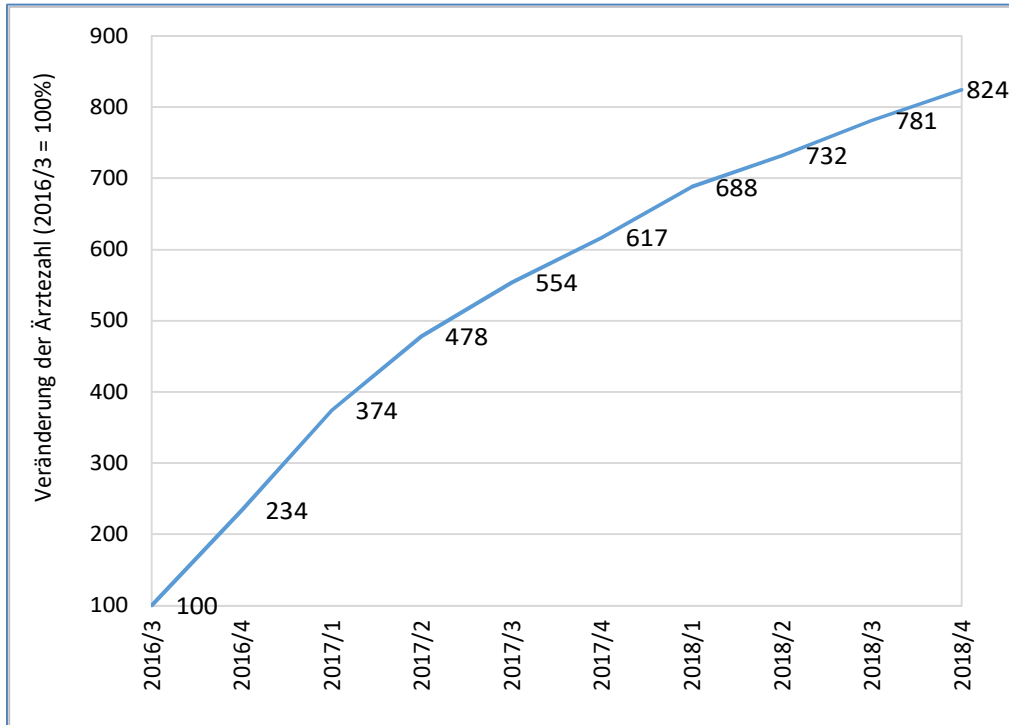
*Gruppe A- Versicherte, die keine Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Gruppe B1- Versicherte, die in jedem Beobachtungsquartal Leistungen aus Abschnitt 37.2 EBM erhielten*

*Quelle: Berechnung InBA: GSP hochgerechnet*

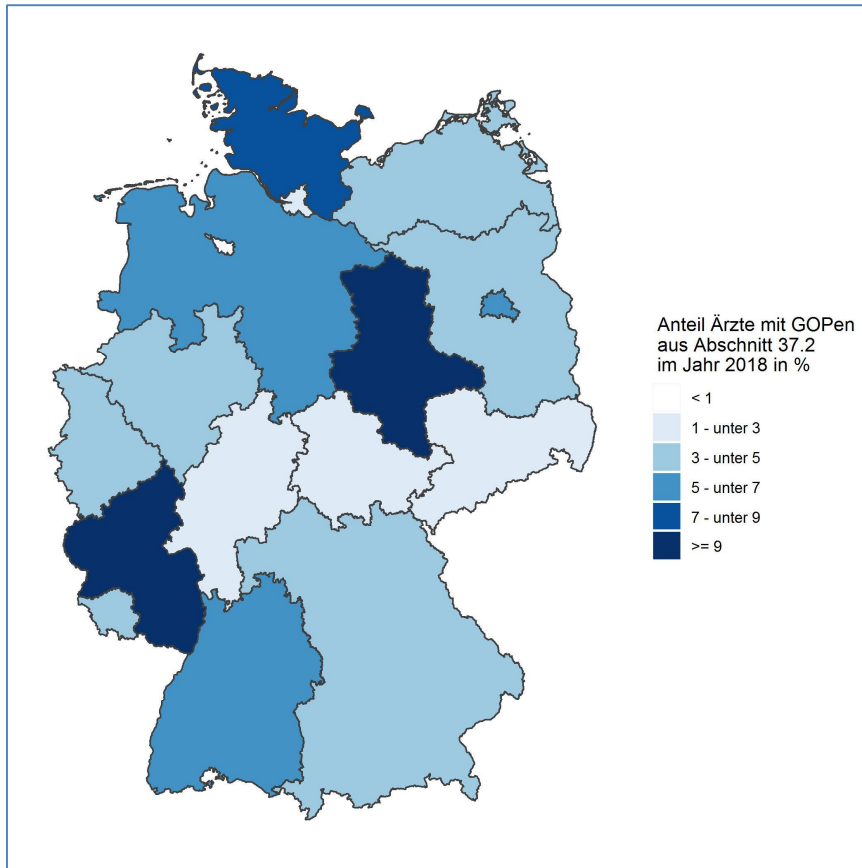
## Zu 5.3 Arztseitige Rechnungslegung

Abbildung 24: Veränderung der Anzahl abrechnender Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM (Ärzte 2018 gesamt N=9.608)



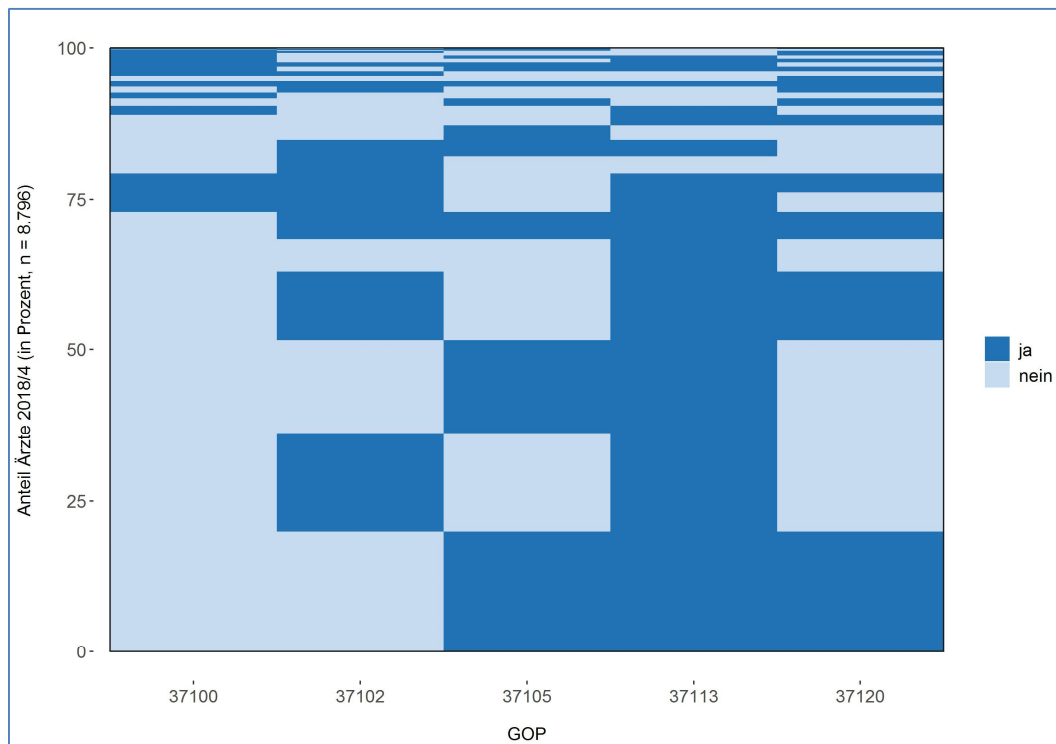
Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2016/3 bis 2018/4

Abbildung 25: Anteil der niedergelassenen Ärzte mit Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM an allen niedergelassenen Ärzten je Kassenärztlicher Vereinigung (2018)



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Abbildung 26: Bundesweite Anteile von Ärzten (n=6.579) in Prozent, die verschiedene Kombinationen von GOPen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben. Tramminer-Darstellung mit von unten nach oben hin abnehmenden Häufigkeiten, 4. Quartal 2018



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Tabelle 29: Übersicht zur Abrechnungshäufigkeit der GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM und der Anzahl abrechnender Ärzte in den Quartalen 2016/3 bis 2017/4

GOP	Anzahl	2016/3	2016/4	2017/1	2017/2	2017/3	2017/4	2017 Σ
37100	GOP	5.622	8.286	12.956	13.806	14.085	13.654	<b>54.501</b>
	abrechnende Ärzte	314	559	806	957	1.021	1.039	<b>1.929</b>
37102	GOP	22.989	61.859	96.461	125.819	146.101	163.742	<b>532.123</b>
	abrechnende Ärzte	573	1.332	2.038	2.564	2.945	3.231	<b>4.119</b>
37105	GOP	17.475	39.050	65.068	84.641	98.683	103.681	<b>352.073</b>
	abrechnende Ärzte	450	1.123	1.946	2.527	2.928	3.178	<b>3.776</b>
37113	GOP	130.332	313.650	527.959	650.402	756.646	820.905	<b>2.755.912</b>
	abrechnende Ärzte	865	2.111	3.463	4.466	5.204	5.790	<b>6.295</b>
37120	GOP	13.136	32.774	51.487	61.292	71.228	74.602	<b>258.609</b>
	abrechnende Ärzte	397	1.027	1.796	2.341	2.725	3.044	<b>3.932</b>
<b>Abschnitt 37.2</b>	<b>GOP</b>	<b>189.554</b>	<b>455.619</b>	<b>753.931</b>	<b>935.960</b>	<b>1.086.743</b>	<b>1.176.584</b>	<b>3.953.218</b>
<b>EBM</b>	<b>abrechnender Ärzte</b>	<b>1.067</b>	<b>2.495</b>	<b>3.992</b>	<b>5.103</b>	<b>5.907</b>	<b>6.579</b>	<b>7.140</b>

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2016/3 bis 2017/4



**Tabelle 30: Übersicht zur Abrechnungshäufigkeit der GOPen aus dem Abschnitt 37.2 EBM und der Anzahl abrechnender Ärzte in den Quartalen 2018/1 bis 2018/4**

GOP	Anzahl	2018/1	2018/2	2018/3	2018/4	2018 $\Sigma$
	GOP	16.289	17.268	15.521	15.519	<b>64.597</b>
37100	abrechnende Ärzte	1.216	1.222	1.211	1.241	<b>2.245</b>
	GOP	184.720	197.720	209.270	220.980	<b>812.690</b>
37102	abrechnende Ärzte	3.554	3.742	4.039	4.233	<b>5.300</b>
	GOP	116.637	124.231	133.874	139.898	<b>514.640</b>
37105	abrechnende Ärzte	3.622	3.888	4.147	4.380	<b>5.170</b>
	GOP	945.777	980.040	1.032.260	1.088.238	<b>4.046.315</b>
37113	abrechnende Ärzte	6.431	6.941	7.395	7.809	<b>8.598</b>
	GOP	95.726	95.484	93.782	97.669	<b>382.661</b>
37120	abrechnende Ärzte	3.459	3.805	3.948	4.160	<b>5.439</b>
<b>Abschnitt 37.2</b>	<b>GOP</b>	<b>1.359.149</b>	<b>1.414.743</b>	<b>1.484.707</b>	<b>1.562.304</b>	<b>5.820.903</b>
<b>EBM</b>	<b>abrechnender Ärzte</b>	<b>7.341</b>	<b>7.807</b>	<b>8.337</b>	<b>8.796</b>	<b>9.608</b>

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Tabelle 31: Anteile von Haus- und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Quartale 2016/4 und 2017/4

Kassenärztliche Vereinigung	2016/4		2017/4	
	Anteil Hausärzte (%)	Anteil Fachärzte (%)	Anteil Hausärzte (%)	Anteil Fachärzte (%)
<b>Deutschland</b>	<b>81</b>	<b>19</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Baden-Württemberg	82	18	79	21
Bayerns	87	13	82	18
Berlin	54	46	51	49
Brandenburg	78	22	75	25
Bremen	100	0	88	13
Hamburg	61	39	65	35
Hessen	90	10	83	17
Mecklenburg-Vorpommern	69	31	64	36
Niedersachsen	87	13	87	13
Nordrhein	81	19	74	26
Rheinland-Pfalz	92	8	89	11
Saarland	89	11	81	19
Sachsen	82	18	74	26
Sachsen-Anhalt	72	28	75	25
Schleswig-Holstein	88	12	87	13
Thüringen	74	26	76	24
Westfalen-Lippe	83	18	71	29

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2016/4 und 2017/4

Tabelle 32: Anteile von Haus- und Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen, Quartale 2018/4

Kassenärztliche Vereinigung	2018/4	
	Anteil Hausärzte (%)	Anteil Fachärzte (%)
<b>Deutschland</b>	<b>78</b>	<b>22</b>
Baden-Württemberg	79	21
Bayerns	81	19
Berlin	50	50
Brandenburg	75	25
Bremen	71	29
Hamburg	63	38
Hessen	83	17
Mecklenburg-Vorpommern	68	32
Niedersachsen	87	13
Nordrhein	74	26
Rheinland-Pfalz	88	12
Saarland	80	20
Sachsen	71	29
Sachsen-Anhalt	74	26
Schleswig-Holstein	86	14
Thüringen	74	26
Westfalen-Lippe	70	30

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018/4

*Tabelle 33: Kombination abgerechneter GOPen des Abschnitts 37.2 EBM je Arzt (n=6.579) im 4. Quartal 2017 (Leistungen können bei verschiedenen Versicherten abgerechnet worden sein, Betrachtung der Arzzebene)*

GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	Anzahl Ärzte (n)	Anteil Ärzte (%)
nein	nein	ja	ja	ja	1.195	18,2
nein	ja	nein	ja	nein	1.041	15,8
nein	nein	ja	ja	nein	990	15,0
nein	ja	nein	ja	ja	697	10,6
nein	nein	nein	ja	nein	368	5,6
nein	ja	ja	ja	ja	313	4,8
nein	ja	nein	nein	nein	238	3,6
ja	ja	nein	ja	nein	234	3,6
ja	ja	nein	ja	ja	224	3,4
nein	ja	ja	ja	nein	191	2,9
nein	nein	nein	ja	ja	144	2,2
nein	nein	ja	nein	nein	143	2,2
ja	nein	nein	ja	nein	111	1,7
ja	ja	ja	ja	ja	87	1,3
nein	nein	ja	nein	ja	84	1,3
ja	nein	ja	ja	ja	69	1,0
ja	ja	nein	nein	nein	68	1,0
nein	ja	nein	nein	ja	65	1,0
ja	nein	nein	nein	nein	63	1,0
nein	nein	nein	nein	ja	53	0,8
ja	nein	nein	ja	ja	53	0,8
ja	nein	ja	ja	nein	38	0,6
ja	ja	ja	ja	nein	35	0,5
ja	nein	nein	nein	ja	28	0,4
ja	ja	nein	nein	ja	14	0,2
nein	ja	ja	nein	nein	10	0,2
nein	ja	ja	nein	ja	8	0,1
ja	ja	ja	nein	ja	5	0,1
ja	nein	ja	nein	ja	5	0,1
ja	nein	ja	nein	nein	4	0,1
ja	ja	ja	nein	nein	1	0,0

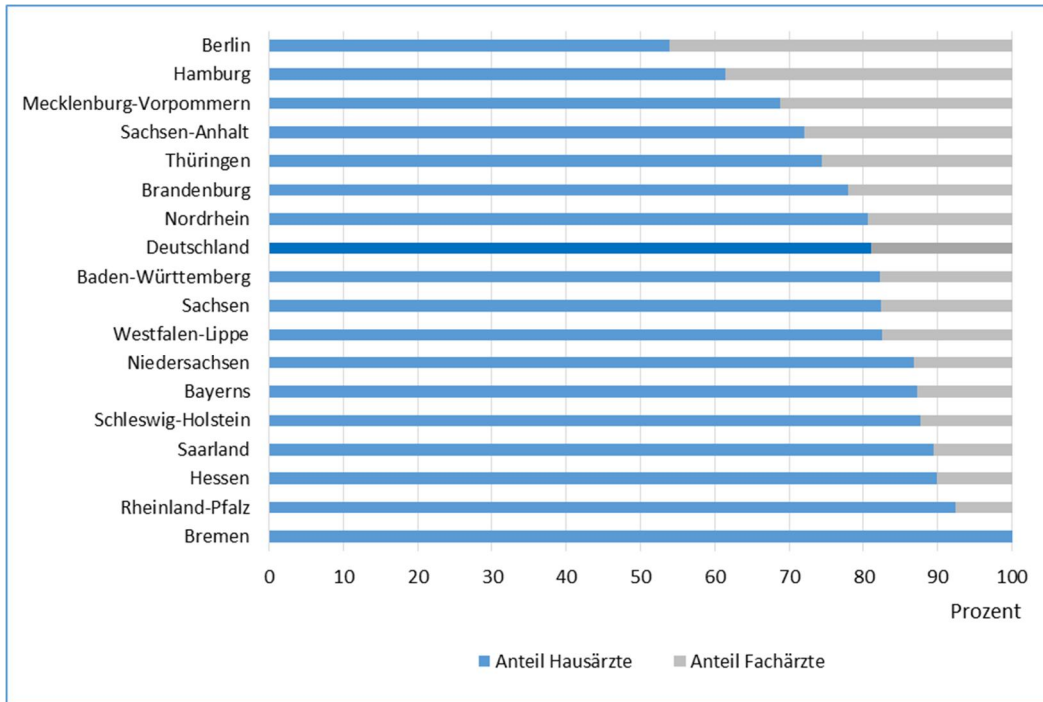
Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2017/4

*Tabelle 34: Kombination abgerechneter GOPen des Abschnitts 37.2 EBM je Arzt (n=8.796) im 4. Quartal 2018 (Leistungen können bei verschiedenen Versicherten abgerechnet worden sein, Betrachtung der Arzzebene)*

GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	Anzahl Ärzte (n)	Anteil Ärzte (%)
nein	nein	ja	ja	ja	1.756	20,0
nein	ja	nein	ja	nein	1.420	16,1
nein	nein	ja	ja	nein	1.352	15,4
nein	ja	nein	ja	ja	1.009	11,5
nein	nein	nein	ja	nein	469	5,3
nein	ja	ja	ja	ja	410	4,7
ja	ja	nein	ja	nein	280	3,2
ja	ja	nein	ja	ja	274	3,1
nein	ja	nein	nein	nein	247	2,8
nein	ja	ja	ja	nein	241	2,7
nein	nein	ja	nein	nein	211	2,4
nein	nein	nein	ja	ja	162	1,8
ja	nein	nein	ja	nein	129	1,5
nein	nein	ja	nein	ja	112	1,3
ja	nein	nein	nein	nein	84	1,0
nein	ja	nein	nein	ja	83	0,9
ja	ja	ja	ja	ja	82	0,9
nein	nein	nein	nein	ja	70	0,8
ja	ja	nein	nein	nein	69	0,8
ja	nein	ja	ja	ja	65	0,7
ja	ja	ja	ja	nein	60	0,7
ja	nein	nein	ja	ja	54	0,6
ja	nein	ja	ja	nein	46	0,5
ja	nein	nein	nein	ja	34	0,4
ja	ja	nein	nein	ja	32	0,4
ja	nein	ja	nein	nein	13	0,1
ja	ja	ja	nein	nein	8	0,1
nein	ja	ja	nein	nein	7	0,1
ja	nein	ja	nein	ja	6	0,1
nein	ja	ja	nein	ja	6	0,1
ja	ja	ja	nein	ja	5	0,1

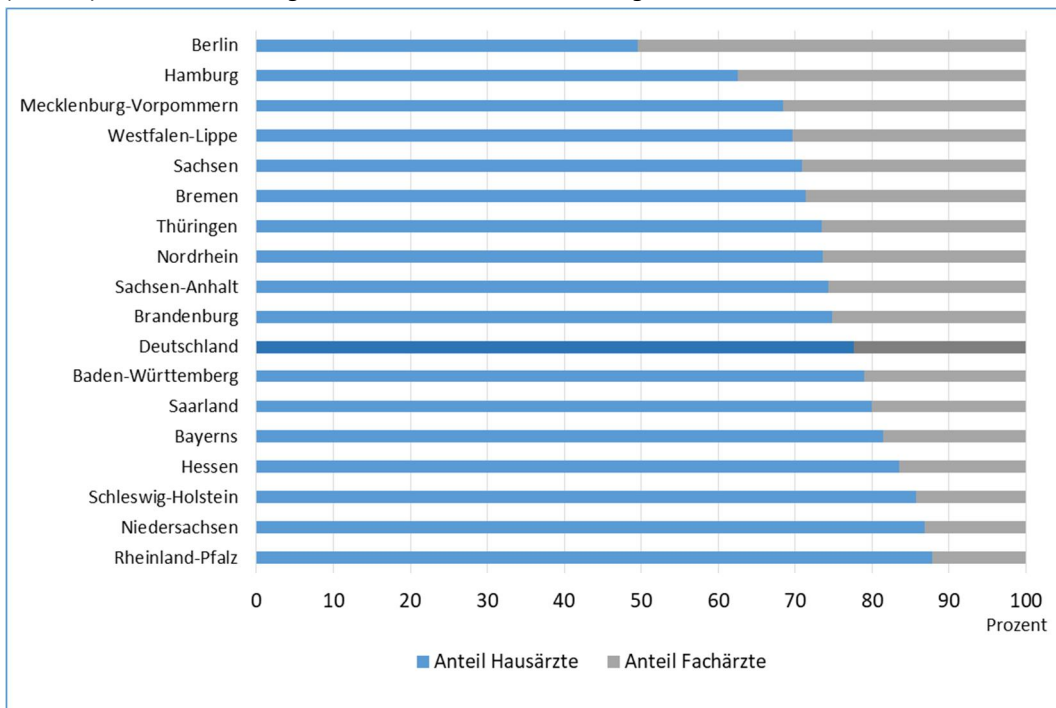
*Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018/4*

Abbildung 27: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte für Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung Quartal 2016/4



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2016/4

Abbildung 28: Anteil der abrechnenden Haus- und Fachärzte je Kassenärztlicher Vereinigung (2018/4), die 2018 Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM abgerechnet haben



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018/4

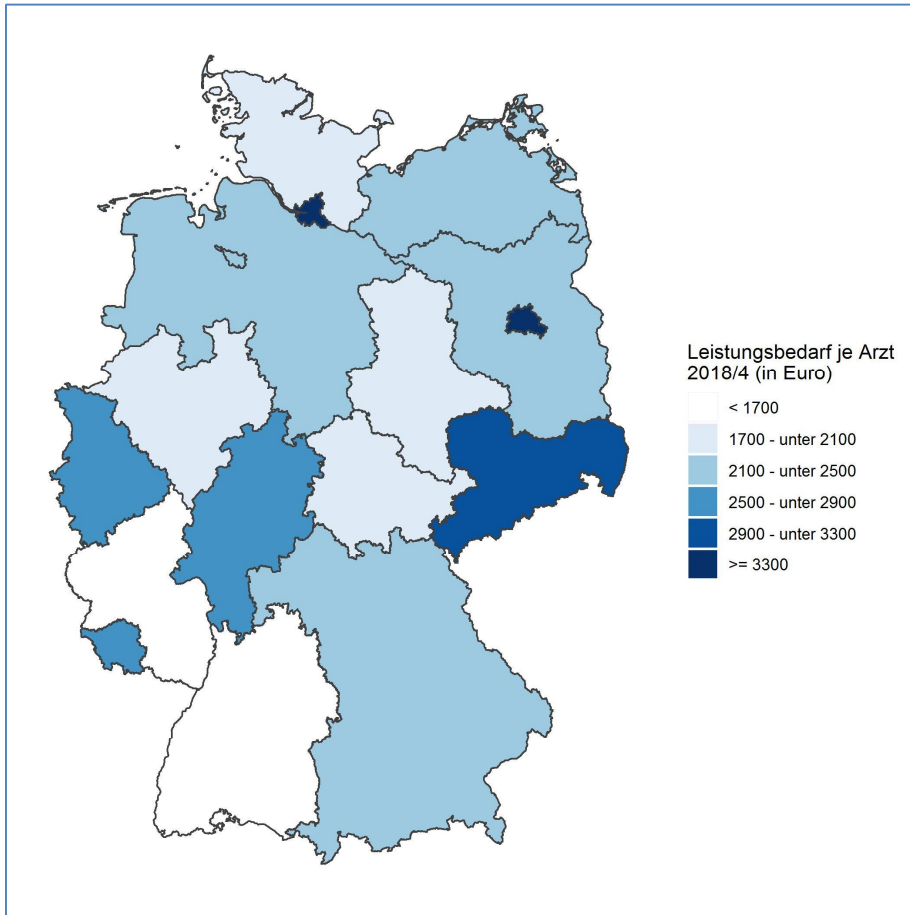
**Tabelle 35: Anzahl Ärzte nach Fachgruppen nach einzelnen Leistungen des Abschnitts 37.2 EBM im Jahr 2018**

Facharztgruppe	GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	Abschnitt 37.2 EBM
Anästhesiologie	1	5		6	3	7
Augenheilkunde	54	89		90	37	107
Chirurgie	28	37		28	14	46
Gynäkologie	20	27		16	14	39
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	111	250		224	90	281
Hausärzte	1.501	3.477	4.950	6.805	4.341	7.473
Hautarzt	86	191		160	96	205
Internisten	13	26	3	44	24	51
Kinder- und Jugendmedizin		1	2	4	3	5
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	1					1
Neurologie und Psychiatrie	204	672	167	726	480	801
Orthopädie	14	72		69	47	80
Phoniatrie und Pädaudiologie	2	2		2	1	3
Physikalische und Rehabilitative M	5	13		12	9	13
Sonstige	28	116	52	145	81	156
Urologie	180	334		284	202	359

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

## Zu 5.4 Leistungsbedarf

Abbildung 29: Durchschnittlicher Leistungsbedarf je Arzt für die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 37.2 EBM im 4. Quartal 2018



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018/4

Tabelle 36: Bundesweiter Leistungsbedarf in Euro für die Quartale 2016/3 bis 2017/4

	2016/3	2016/4	2017/1	2017/2	2017/3	2017/4	Σ2017
GOP 37100	73.375	108.158	170.259	181.285	184.777	179.553	<b>715.874</b>
GOP 37102	301.160	806.555	1.267.464	1.653.542	1.921.428	2.154.424	<b>6.996.858</b>
GOP 37105	502.283	1.122.928	1.883.738	2.451.514	2.852.978	3.000.913	<b>10.189.142</b>
GOP 37113	1.446.810	3.476.856	5.893.037	7.262.724	8.440.269	9.164.930	<b>30.760.960</b>
GOP 37120	88.176	219.665	347.417	413.258	480.323	503.223	<b>1.744.220</b>
<b>Abschnitt 37.2 EBM</b>	<b>2.411.804</b>	<b>5.734.163</b>	<b>9.561.916</b>	<b>11.962.323</b>	<b>13.879.774</b>	<b>15.003.042</b>	<b>50.407.055</b>

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2016/3 bis 2017/4

Tabelle 37: Bundesweiter Leistungsbedarf in Euro für die Quartale 2018/1 bis 2018/4

	2018/1	2018/2	2018/3	2018/4	Σ2018
GOP 37100	216.525	228.450	205.683	204.375	<b>855.034</b>
GOP 37102	2.456.531	2.630.098	2.780.925	2.938.969	<b>10.806.523</b>
GOP 37105	3.419.528	3.641.706	3.925.092	4.101.650	<b>15.087.976</b>
GOP 37113	10.675.450	11.068.455	11.658.198	12.288.330	<b>45.690.434</b>
GOP 37120	652.825	650.908	639.755	666.277	<b>2.609.766</b>
<b>Abschnitt 37.2 EBM</b>	<b>17.420.859</b>	<b>18.219.618</b>	<b>19.209.654</b>	<b>20.199.601</b>	<b>75.049.732</b>

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Tabelle 38: Leistungsbedarf je KV für den Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2017

	Leistungsbedarf in Millionen Euro					Abschnitt 37.2 EBM
	GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	
<b>Deutschland</b>	<b>0,72</b>	<b>6,99</b>	<b>10,19</b>	<b>30,76</b>	<b>1,74</b>	<b>50,40</b>
Baden-Württemberg	0,17	0,84	0,89	3,60	0,21	5,7
Bayern	0,04	0,49	1,48	4,35	0,28	6,6
Berlin	0,17	1,39	0,84	3,80	0,18	6,4
Brandenburg	0,01	0,21	0,30	0,56	0,06	1,1
Bremen	0,00	0,00	0,04	0,05	0,00	0,1
Hamburg	0,01	0,52	0,56	2,17	0,12	3,4
Hessen	0,03	0,37	0,54	1,67	0,13	2,7
Mecklenburg-Vorpommern	0,00	0,13	0,30	0,44	0,04	0,9
Niedersachsen	0,02	0,68	0,80	3,17	0,20	4,9
Nordrhein	0,09	0,57	1,21	3,09	0,10	5,1
Rheinland-Pfalz	0,01	0,39	0,82	2,24	0,08	3,5
Saarland	0,01	0,02	0,06	0,17	0,01	0,3
Sachsen	0,00	0,11	0,59	0,72	0,05	1,5
Sachsen-Anhalt	0,02	0,51	0,65	1,09	0,07	2,3
Schleswig-Holstein	0,05	0,33	0,53	2,01	0,10	3,0
Thüringen	0,00	0,07	0,13	0,22	0,02	0,4
Westfalen-Lippe	0,07	0,36	0,45	1,42	0,10	2,4

Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2017

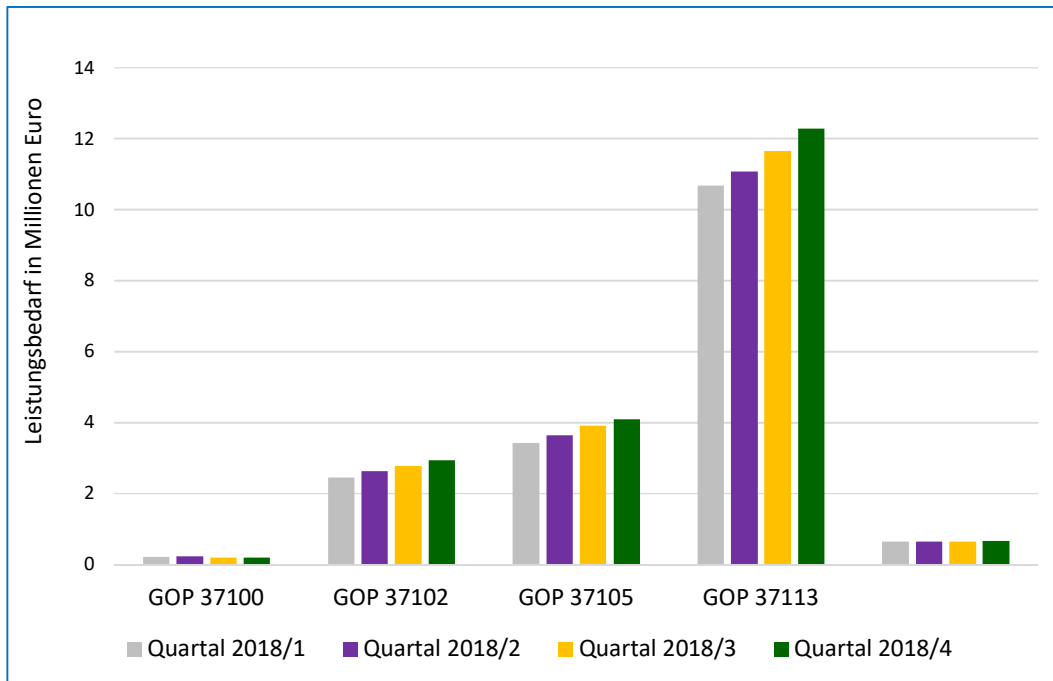


Tabelle 39: Leistungsbedarf je KV für den Abschnitt 37.2 EBM im Jahr 2018

	Leistungsbedarf in Millionen Euro					
	GOP 37100	GOP 37102	GOP 37105	GOP 37113	GOP 37120	Abschnitt 37.2 EBM
<b>Deutschland</b>	<b>0,86</b>	<b>10,81</b>	<b>15,09</b>	<b>45,69</b>	<b>2,61</b>	<b>75,05</b>
Baden-Württemberg	0,16	1,09	1,25	5,00	0,26	7,8
Bayern	0,06	0,93	2,44	6,95	0,47	10,9
Berlin	0,20	2,03	1,21	5,35	0,29	9,1
Brandenburg	0,01	0,28	0,45	0,78	0,08	1,6
Bremen	0,00	0,00	0,04	0,08	0,00	0,1
Hamburg	0,00	0,59	0,75	2,71	0,13	4,2
Hessen	0,02	0,51	0,79	2,43	0,17	3,9
Mecklenburg-Vorpommern	0,00	0,18	0,40	0,58	0,06	1,2
Niedersachsen	0,04	1,19	1,41	5,47	0,34	8,5
Nordrhein	0,14	1,12	1,71	5,19	0,18	8,3
Rheinland-Pfalz	0,01	0,54	1,23	3,03	0,12	4,9
Saarland	0,02	0,05	0,16	0,39	0,02	0,7
Sachsen	0,00	0,25	0,86	1,15	0,08	2,3
Sachsen-Anhalt	0,02	0,69	0,83	1,42	0,08	3,0
Schleswig-Holstein	0,04	0,48	0,68	2,54	0,13	3,9
Thüringen	0,01	0,12	0,21	0,36	0,03	0,7
Westfalen-Lippe	0,11	0,76	0,67	2,27	0,16	4,0

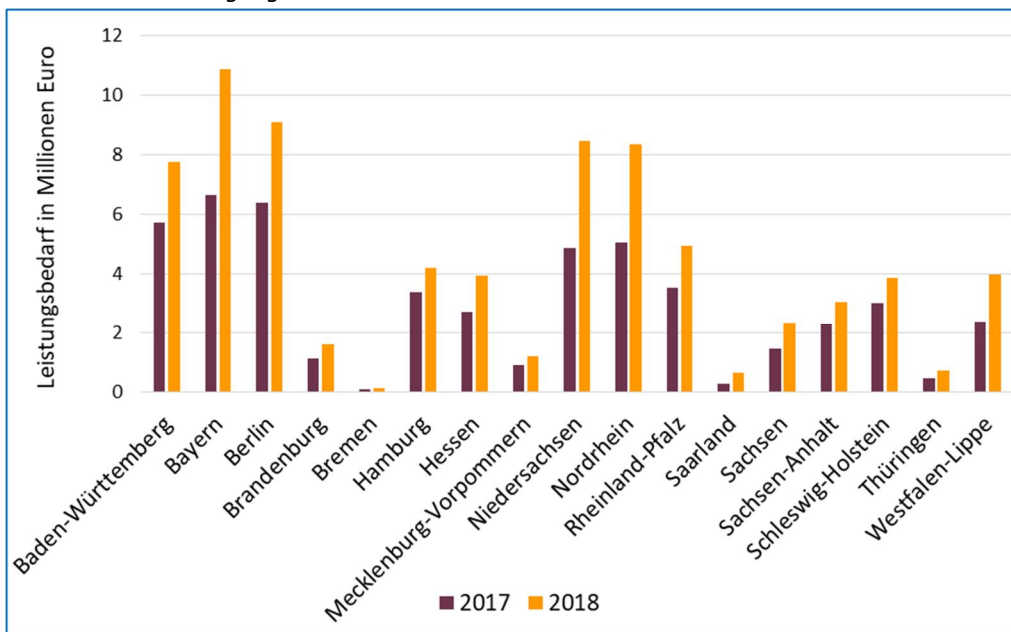
Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Abbildung 30: Entwicklung des Leistungsbedarfs in Millionen Euro vom 1. bis 4. Quartal 2018



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2018

Abbildung 31: Leistungsbedarf in Millionen Euro für 2017 und 2018 des Abschnitts 37.2 EBM je Kassenärztlicher Vereinigung



Quelle: Berechnungen InBA: ärztliche Abrechnungsdaten 2017 und 2018

## 8 Literaturverzeichnis

- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D (2013) Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment 125:1–320. doi:10.3205/hta000108L
- Bussche H van den, Koller D, Kolonko T et al (2011) Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health 11:101
- Gutzmann H, Schäufele M, Kessler E-M, Rapp MA (2017) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag, Stuttgart, S 107–117
- Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H (Eds.) (2005) SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover.
- Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) (2017) Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 119–129
- Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D (2017) Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Gesundheitswesen 2017; 79(05): 382-387
- Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Brenner H (2006) Hospitalizations during the last months of life of nursing home residents: a retrospective cohort study from Germany. BMC Health Serv Res 6:https://doi.org/10.1186/1472-6963-1186-1170
- Thürmann P (2017) Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer, Stuttgart, S 119–129
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C, Rehbein I (2016) Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg) Pflege-Report 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer, Stuttgart, S 275–328
- Sonnhoff, In: Hauck/Noftz Sozialgesetzbuch SGB V Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, Erich Schmidt Verlag
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019) Pflege Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegestufe; <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html;jsessionid=09DF835C1DDD2EC8487E43451C597F79.internet721>. Zugegriffen: 15. April 2019
- Wiese C, Ittner K, Lassen C (2016) Weniger ist oft mehr. Palliativer Notfall bei geriatrischen Patienten. MMW Fortschritte der Medizin 158:82–86