

HONORARBERICHT 2022

ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE IN RHEINLAND-PFALZ AUS DEM JAHR 2021



IMPRESSUM

Herausgeber

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

verantwortlich (i. S. d. P.)

Dr. Peter Heinz, Vorsitzender des Vorstandes
Dr. Andreas Bartels, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
Peter Andreas Staub, Mitglied des Vorstandes

Bildnachweis

©fotolia.com/Thomas Berg,
©istockphoto/webphotographeer, denisenko
©shutterstock.com/wavebreakmedia ldt

Stand

Dezember 2022

Hinweise

Für den – auch teilweisen – Nachdruck von Texten,
Grafiken und dergleichen ist das schriftliche Einver-
ständnis der KV RLP Voraussetzung.



INHALT

DER HONORARBERICHT 2022 DER KV RLP	3
1. VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR VERGÜTUNG	5
1.1 Versichertenbeiträge	5
1.2 Gesundheitsfonds.....	6
1.3 Ärztevergütung.....	7
1.4 Ausgaben der Krankenkassen.....	7
2. GESAMTVERGÜTUNG	9
2.1 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.....	9
2.2 Extrabudgetäre Gesamtvergütung	10
3. BESONDERHEITEN 2021	13
4. HONORARVERTEILUNG	15
4.1 Stufe 1: Festlegung von Grundbeträgen	15
4.2 Stufe 2: Bildung von Honorarfonds.....	17
4.3 Stufe 3: Vergütung innerhalb der fachgruppenspezifischen Honorarfonds	20
5. VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN	23

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1.1 Der Weg von den Versichertenbeiträgen zum Ärztteinkommen	5
Abbildung 1.2 Funktionsweise des Gesundheitsfonds.....	6
Abbildung 1.3 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2021	8
Abbildung 2.1 Struktur der Gesamtvergütung.....	9
Abbildung 2.2 Entwicklung der Gesamtvergütung von 2017 bis 2021	10
Abbildung 4.1 Stufen der Honorarverteilung.....	15
Abbildung 4.2 Grundbeträge und tatsächliche Vergütung.....	16
Abbildung 4.3 Vorwegabzüge im hausärztlichen Versorgungsbereich	17
Abbildung 4.4 Vorwegabzüge im fachärztlichen Versorgungsbereich	18
Abbildung 4.5 Honorarfonds der Hausärzteschaft und Fachärzteschaft nach Honorarklammer.....	19
Abbildung 4.6 Anteil der Vorwegleistungen und mengenbegrenzten Leistungen innerhalb der Honorarfonds.....	20
Abbildung 5.1 Jahresüberschuss je Praxisinhaberin bzw. -inhaber	23
Abbildung 5.2 Verfügbares Nettoeinkommen und Nettostundensatz	24
Abbildung 5.3 Anteil der Betriebsausgaben und des verfügbaren Einkommens am Gesamtumsatz	24
Abbildung 5.4 Jahresüberschuss nach Versorgungsbereichen	25
Abbildung 5.5 Jahresüberschuss je Inhaber bzw. Inhaberin nach Fachgruppen (Werte Einzelpraxen).....	26



DER HONORARBERICHT 2022 DER KV RLP

Der Honorarbericht 2022 dient dazu, Transparenz gegenüber den Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten in Rheinland-Pfalz sowie der interessierten Öffentlichkeit herzustellen. Die gesetzliche Vorgabe des Paragraphen 87b, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen „einmal jährlich in geeigneter Form Informationen über die Grundsätze und Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs“ veröffentlichen, wird von der KV RLP mit diesem Honorarbericht übererfüllt.

Die Berücksichtigung spezieller Leistungsspektren und Praxisbesonderheiten, das Setzen von Versorgungsanreizen durch den Honorarverteilungsmaßstab (HVM), die leistungsproportionale Vergütung und der Abbau von Bürokratie haben weiterhin uneingeschränkt Geltung.

Sie finden hier aktuelle Informationen sowie aufgrund der Kontinuität in der Honorarverteilung auch Verweise auf vorherige Honorarberichte oder andere relevante Bereiche der Website der KV RLP. Die Kennzahlen aller Fachgruppen für das Berichtsjahr werden digital aufbereitet: Die Fachgruppenblätter werden auf der Website der KV RLP innerhalb der digitalen Statistiken abgebildet.

Alle Honorarberichte finden Sie hier: www.kv-rlp.de/41517-5566

Datengrundlage

Der Honorarbericht berücksichtigt ausschließlich die Umsätze mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da nur diese über die KV RLP abgerechnet werden und Bestandteil der Honorarverteilung sind.

Die ebenfalls über die KV RLP bei sogenannten sonstigen Kostenträgern (SKT) wie beispielsweise der Bundespolizei oder über ein Sozialversicherungsabkommen abgerechneten Leistungen wurden nicht berücksichtigt, da diese meist nur einen geringen Anteil am Umsatz ausmachen und für die Abrechnung vereinfachte Regelungen gelten.

Zahlen zu Umsätzen mit Privatpatientinnen und Privatpatienten (PKV), aus individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), aus Gutachten, aus Berufsgenossenschaftsfällen sowie aus Selektivverträgen mit einzelnen Krankenkassen liegen der KV RLP nicht vor und können daher im Honorarbericht nicht berücksichtigt werden.

Fachbegriffe

Alle im Honorarbericht verwendeten Fachbegriffe sind in einem Glossar erläutert. Es steht online bereit unter www.kv-rlp.de/41517-2543.



VOM VERSICHERTENBEITRAG ZUR ÄRZTLICHEN UND PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERGÜTUNG

Der Geldfluss zur Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist komplex. Er beginnt bei den Beiträgen der Versicherten an ihre Krankenkasse, durchläuft den Gesundheitsfonds und endet bei den Honorarzahungen der Kassenärztlichen Vereinigungen an ihre Mitglieder, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeuten.

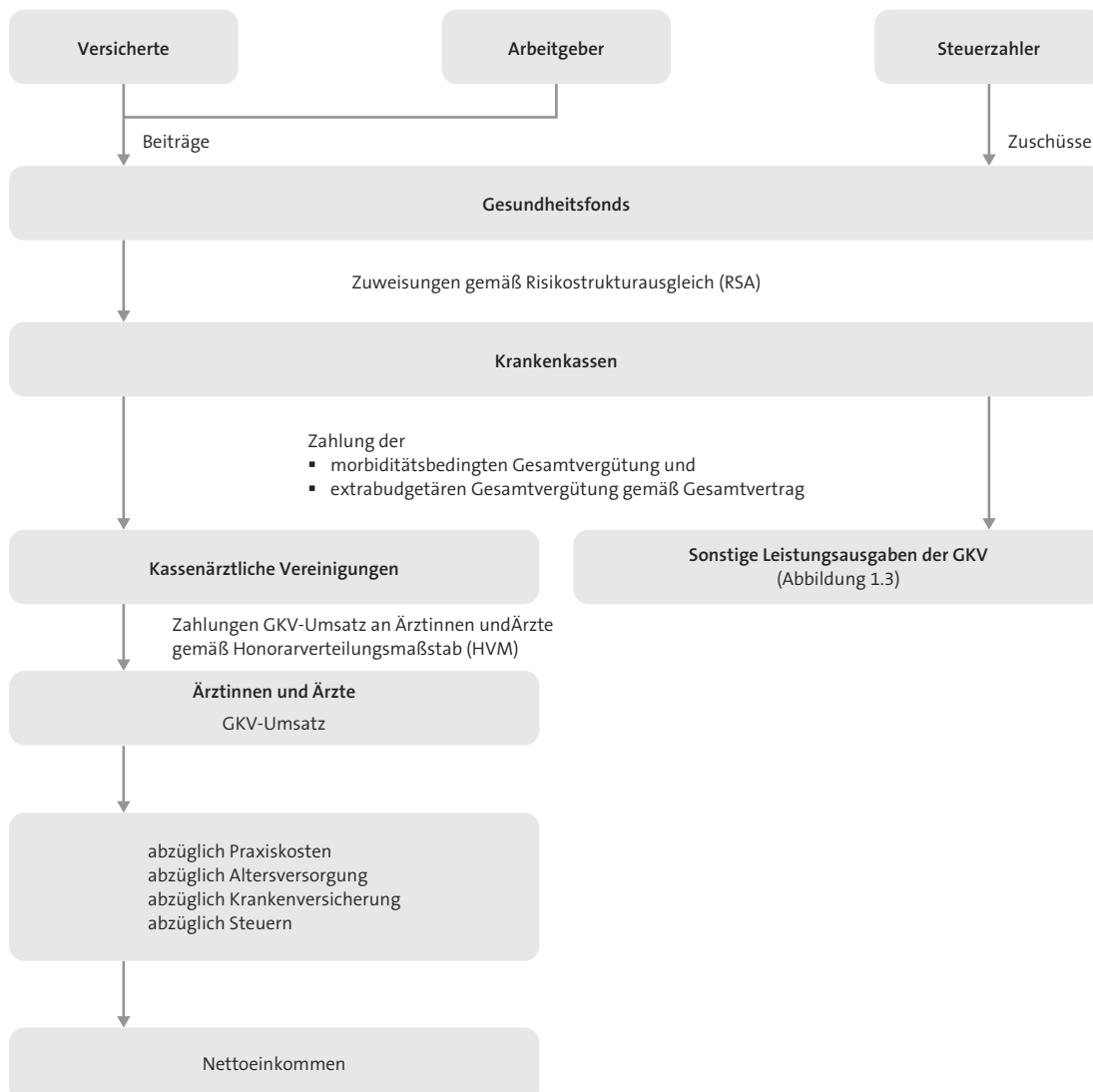
1.1 VERSICHERTENBEITRÄGE

Die Versichertenbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den Krankenkassen eingezogen. Im Jahr 2021 betrug der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung 14,6 Prozent des Bruttoentgeltes, wovon 7,3 Prozent der Arbeitnehmenden und 7,3 Prozent der Arbeitgebenden trugen. Die Höhe des Beitragssatzes legt die gesetzgebende Instanz fest.

Die Krankenkassen leiten die Versicherungsbeiträge zunächst an den vom Bundesversicherungsamt (BVA) verwalteten Gesundheitsfonds weiter. Aus diesem

1

ABBILDUNG 1.1 DER WEG VON DEN VERSICHERTENBEITRÄGEN ZUM ÄRZTEEINKOMMEN



erhalten die Krankenkassen in einem zweiten Schritt nach bestimmten Kriterien Gelder zur Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Mitglieder.

Für den Fall, dass die Zuweisungen einer Krankenkasse aus dem Gesundheitsfonds nicht zur Deckung ihrer Ausgaben reichen, muss die Krankenkasse den Fehlbetrag ausgleichen. Hierzu kann sie von ihren Versicherten einkommensabhängige Zusatzbeiträge erheben.

1.2 GESUNDHEITSFONDS

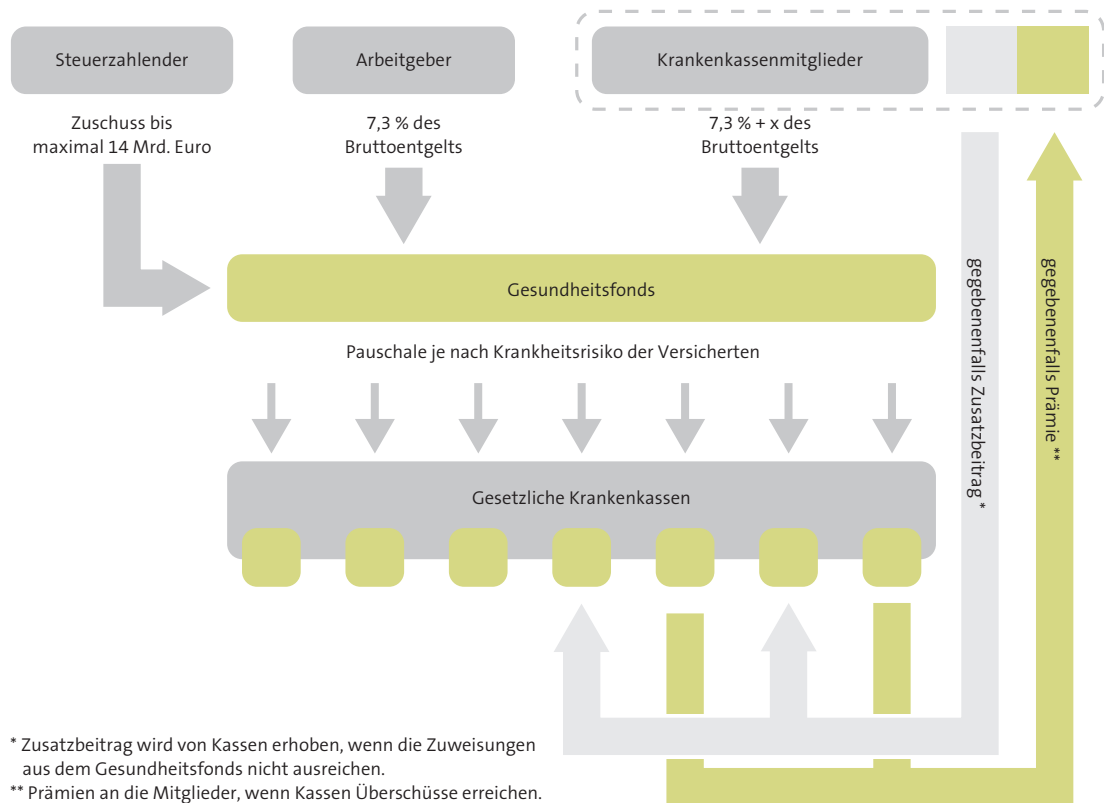
Der Gesundheitsfonds dient als eine Art Geldsammelstelle. Die Krankenkassen leiten die Versichertenbeiträge an ihn weiter und erhalten im Gegenzug

Gelder zur Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Mitglieder.

Jede Krankenkasse hat jedoch unterschiedlich kranke und gesunde Mitglieder, die infolgedessen auch unterschiedlich hohe Kosten verursachen. Um diese Unterschiede auszugleichen, erhalten sie unterschiedlich hohe Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds.

Ausgangsbasis für die Zuweisungen ist ein Grundbetrag für jede Versicherte und jeden Versicherten pro Jahr, der den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dieser Grundbetrag wird durch Zu- und Abschläge für folgende Merkmale angepasst: Alter und Geschlecht, den Bezug einer Erwerbsminderungsrente und die anhand von 80 ausgewählten

ABBILDUNG 1.2 FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS





Krankheiten gemessene Morbidität, also die Krankheitslast der oder des Versicherten. Dieser Ausgleichsmechanismus heißt morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA).

Das Bundesversicherungsamt legt für jedes Ausgleichsjahr die zu berücksichtigenden Krankheiten fest und veröffentlicht sie online: www.bundesversicherungsamt.de | Festlegungen.

1.3 VERGÜTUNG

Mit den Geldmitteln aus dem Gesundheitsfonds wird die ambulante vertragsärztliche Versorgung finanziert. Dazu handelt die KV RLP einmal im Jahr mit den Krankenkassen unter anderem eine sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung aus. Diesen Betrag zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung. Die Verteilung auf alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten übernimmt die KV RLP.

1.4 AUSGABEN DER KRANKENKASSEN

Die Ausgaben der Krankenkassen setzen sich im Wesentlichen aus den Ausgaben für die ambulante vertragsärztliche Versorgung, aus den Ausgaben für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel sowie den Ausgaben für die stationäre Versorgung zusammen.

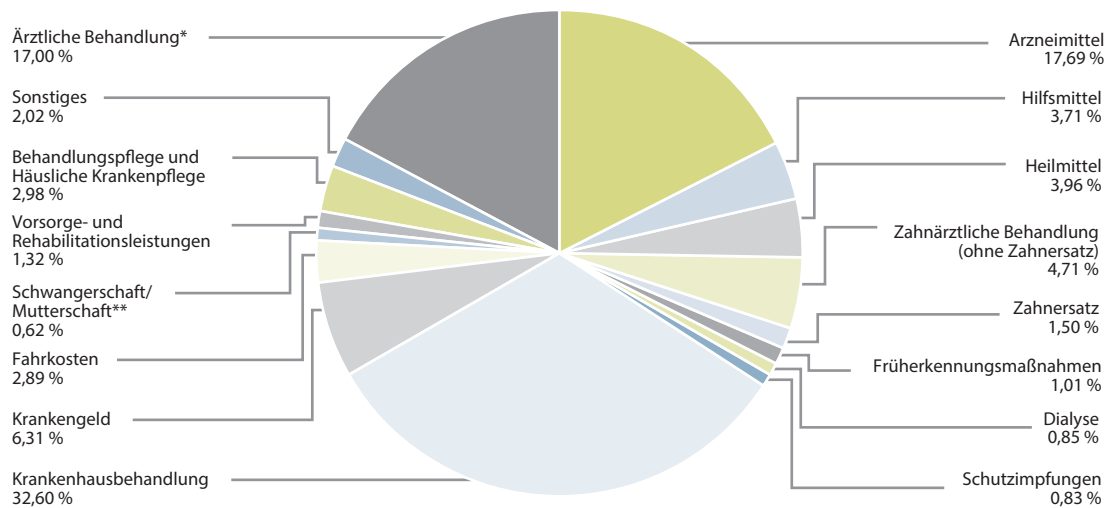
Die jeweiligen Bereiche sind aufgrund von gesetzlichen Vorgaben mit verschiedenen Finanzmitteln ausgestattet. Aufgrund einer strikten finanziellen Trennung von ambulantem und stationärem Leistungsbereich führt jedoch eine Leistungsverlagerung von dem stationären in den ambulanten Bereich zu keinen entsprechenden Finanztransfers.

Während die Einnahmen der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds von der Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten abhängen, orientieren sich die Ausgaben der Krankenkassen für die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung nicht am tatsächlichen Versorgungsbedarf, sondern größtenteils an dokumentierten Abrechnungszahlen der Vergangenheit.

Die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung im gesamten Bundesgebiet betragen im Jahr 2021 17 Prozent der Gesamtausgaben der Krankenkassen und sind im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Mit diesem Anteil finanzieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütung der gesamten GKV-Leistungen der niedergelassenen Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sowie Ärzte und Psychotherapeuten.

Eine Gesamtübersicht zu den Leistungsausgaben im GKV-Bereich finden Sie auf der folgenden Seite.

ABBILDUNG 1.3 AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN 2021



* Nicht berücksichtigt wurden die gezahlten Beträge für Früherkennung, Impfungen, ehemals Sonstige Hilfen und Dialyse-Sachkosten.

** Ohne stationäre Entbindung.

Summen können rundungsbedingt abweichen.

Darstellung: GKV-Spitzenverband; Quelle: Amtliche Statistik KJ 1.



GESAMTVERGÜTUNG

Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen jährlich eine sogenannte Gesamtvergütung an die KV RLP für die Versorgung ihrer Versicherten. Diese setzt sich dabei aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (eGV) zusammen.

Außerdem können zur Förderung besonderer Versorgungsformen zwischen einzelnen Krankenkassen und einzelnen Ärztinnen und Ärzten oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Fachgruppen

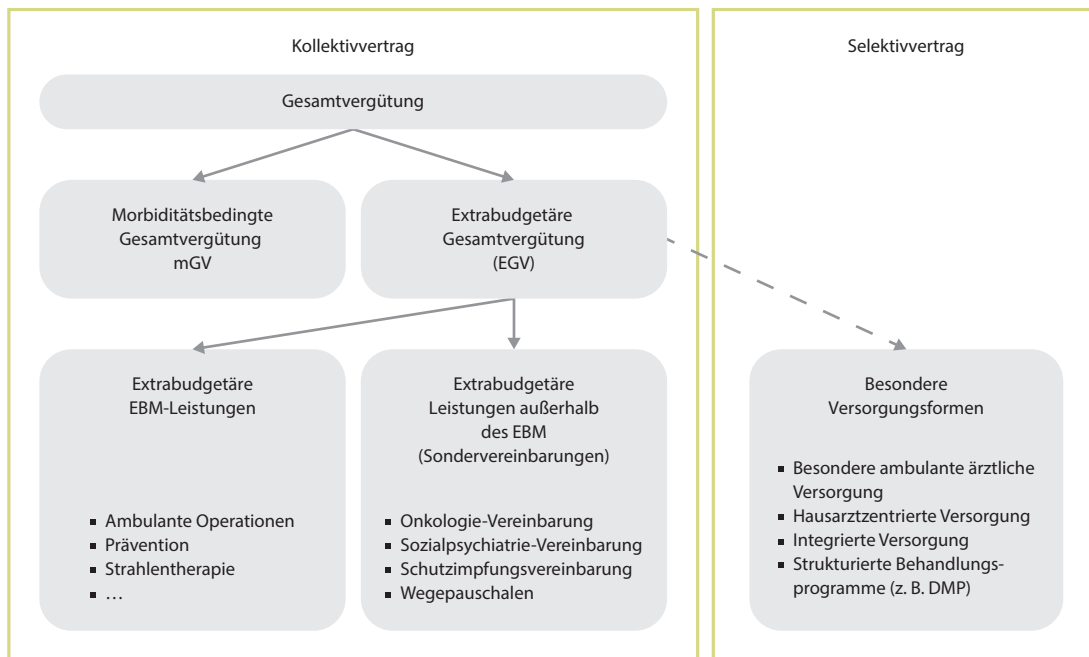
oder der KV freiwillige bilaterale Verträge vereinbart werden, sogenannte Selektivverträge.

Die aus Selektivverträgen resultierende Vergütung kann als weitere Form extrabudgetärer Vergütung angesehen werden, die jedoch nicht mehr Teil des Kollektivvertrages und der Gesamtvergütung ist.

Im Jahr 2021 belief sich die Gesamtvergütung aller Krankenkassen an die KV RLP auf 2,05 Milliarden Euro.

2

ABBILDUNG 2.1 STRUKTUR DER GESAMTVERGÜTUNG



2.1 MORBIDITÄTSBEDINGTE GESAMTVERGÜTUNG

Die KV RLP erhält – wie alle anderen KVen – von jeder Krankenkasse einen für das Kalenderjahr im Voraus vereinbarten Pauschalbetrag je Versicherte und je Versicherten als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Jede Krankenkasse zahlt diesen Pauschalbetrag an die KV, in welcher der oder die Versicherte seinen bzw. ihren Wohnort hat („Wohnortprinzip“). Für Versicherte, die eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen

Psychotherapeuten in einem anderen KV-Bereich aufsuchen, ist ein Finanzausgleich zwischen den KVen erforderlich, der sogenannte Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ).

Die KV-grenzüberschreitende Behandlung ist gar nicht so selten. So entfallen rund zehn Prozent der Leistungen an rheinland-pfälzischen Versicherten auf Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in einem anderen KV-Bezirk tätig sind. Das sind meist die angrenzenden Bundesländer Baden-Württemberg, Hessen,

Erläuterung der Rechtsgrundlagen und der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung:
Honorarbericht 2015, Kapitel 2, ab Seite 13

Funktionsweise Fremdkassenzahlungsausgleich:
Honorarbericht 2015, Abbildung 3.1, Seite 21

ABBILDUNG 2.2 ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNG VON 2017 BIS 2021 IN MIO. EUR

	2017	2018	2019	2020	2021
mGV	1.263,5	1.296,3	1.305,3	1.278,2	1.282,5
EGV	555,5	567,3	622,2	741,1	766,3
Gesamtvergütung	1.818,0	1.863,6	1.927,5	2.019,1	2.048,8
Veränderung zum Vorjahr	3,3 %	2,5 %	3,4 %	4,8 %	1,5 %
Anzahl der GKV-Versicherten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz	3.446.253	3.470.705	3.476.489	3.483.758	3.485.317
Veränderung Versichertenzahl zum Vorjahr	1,2 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %	0,0 %
Gesamtvergütung je Versicherte oder Versicherten in EUR	527,51	536,96	554,44	579,63	587,85

Nordrhein-Westfalen und Saarland. Umgekehrt ist die Zahl von Versicherten aus anderen Bundesländern, die eine Ärztin oder einen Arzt oder eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz aufsuchen, niedriger.

Im Jahr 2021 zahlte die KV RLP im Saldo rund 53 Millionen Euro an andere KVen. Diese Zahlungen an andere KVen im Rahmen des FKZ stehen für die Honorarverteilung in Rheinland-Pfalz nicht zur Verfügung. Wie die Ergebnisse des FKZ in die Honorarverteilung einfließen, ist in Kapitel 4 näher beschrieben.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird aus einer Mengen- und aus einer Preiskomponente gebildet. Für die Menge wird der Behandlungsumfang der Versicherten herangezogen. Dieser wurde erstmals im Jahr 2009 festgelegt und wird nun Jahr für Jahr anhand der Morbiditäts- und Demografiedaten weiterentwickelt. Für die Preiskomponente gibt es den regionalen Punktwert in Euro, den die KV RLP jährlich mit den Krankenkassen verhandelt. Basis dafür ist der Orientierungswert, der auf Bundesebene festgelegt wird. Auch hier wurde erstmals für 2009 ein

Ausgangswert festgelegt, der jährlich weiterentwickelt wird.

2.2 EXTRABUDGETÄRE GESAMTVERGÜTUNG

Während die Krankenkassen für die mGV, unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge der Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nur eine begrenzte Geldmenge zahlen, richtet sich die Zahlung der Krankenkassen für die extrabudgetären Leistungen nach dem, was die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihren Praxen tatsächlich leisten. Bei Leistungen der EGV ist der Ärzte- und Psychotherapeutenchaft somit ein fester Punktwert und damit eine feste Vergütung je Leistung garantiert.

Zu den wichtigsten extrabudgetären EBM-Leistungen zählen in Rheinland-Pfalz:

- ambulante Operationen sowie kurative Koloskopie



- antragspflichtige Psychotherapie sowie probatorische Sitzungen von Fachgruppen gemäß § 87 b Abs. 2 Satz 3 SGB V (seit dem Jahr 2013)
- belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36 EBM
- Dialyse-Sachkosten
- Präventionsleistungen (Krebsfrüherkennung inklusive Hautkrebscreening, Mutterschaftsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung sowie präventive Koloskopie)
- Substitutionsbehandlung
- TSVG-Leistungen (Neupatientinnen und Neupatienten, offene Sprechstunde, HA-Vermittlungsfall, Vermittlung durch Terminservicestelle, Akutfall)

Darüber hinaus werden die ausgedeckelten Leistungen des Vertrages nach § 115 b SGB V (AOP-Vertrag) in Rheinland-Pfalz weiter als zusätzliche extrabudgetäre Leistungen vergütet. Extrabudgetäre Leistungen werden mit dem regionalen Punktwert in Höhe des bundesweit einheitlichen Orientierungswertes beziehungsweise bei Kostenerstattungen mit fixen Preisen in Euro vergütet. Die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz waren im Gegensatz zu anderen Bundesländern bislang nicht bereit, Zuschläge auf den Orientierungswert zur

Förderung einzelner Leistungen zu zahlen. Die Methadonsubstitution bildet die einzige Ausnahme.

Extrabudgetäre Leistungen außerhalb des EBM (Sondervereinbarungen)

Weitere ebenfalls extrabudgetäre Leistungen sind in Sondervereinbarungen auf Bundes- und Landesebene definiert. Hierbei handelt es sich nicht um EBM-, sondern um darüber hinausgehende Leistungen. Zu den wichtigsten Sondervereinbarungen in Rheinland-Pfalz zählen:

- Onkologie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene: besondere Behandlung von Onkologie-Patientinnen und -Patienten durch onkologisch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene: besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch qualifizierte Ärztinnen und Ärzte
- Schutzimpfungsvereinbarungen auf Landesebene
- Wegepauschalen bei Hausbesuchen auf Landesebene

Besondere Versorgungsformen

Um mehr Flexibilität in die Versorgung zu bringen, die starren Grenzen zwischen ambulant und stationär zu überwinden und den Wettbewerb der Krankenkassen zu fördern, können diese Einzelverträge mit der KV, einzelnen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ärzte- und Psychotherapeutenvereinigungen schließen. In diesen besonderen Versorgungsformen, auch Selektivverträge genannt, kann von der Versorgungssystematik im Kollektivvertrag abgewichen werden. Die wesentlichen Selektivvertragsformen sind:

- hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V
- strukturierte Behandlungsprogramme nach §§ 137f, 137g SGB V
- besondere Versorgung nach § 140a SGB V

Die KV RLP hat Selektivverträge auf Basis der genannten Rechtsgrundlagen geschlossen. Grundsätzlich darf sie jedoch nur dann Selektivverträge schließen, wenn sie hierfür von dem Gesetzgeber auch ermächtigt ist. Verträge, die bis Juli 2015 und nach den Altregelungen §§ 73a und 73c SGB geschlossen wurden, gelten fort.

Nach § 140a SGB V ist eine KV als möglicher Vertragspartner von Verträgen im Rahmen der Besonderen Versorgung vorgesehen. Dies umfasst zum einen besondere ambulante Versorgungsaufträge, aber auch Verträge über eine Integrierte Versorgung. Somit kommt die KV RLP inzwischen bei allen Selektivvertragstypen als Vertragspartnerin in Betracht.

Wenn Selektivverträge Leistungen aus dem Kollektivvertrag bzw. dem EBM abbilden, muss die KV RLP die mGV, die sie von der betreffenden Krankenkasse erhält, um den entsprechenden Leistungs- bzw. Geldanteil bereinigen. Die Höhe der Bereinigung richtet sich nach den gegenüber dem Vorjahr neu an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten. Das auf die hausarztzentrierte Versorgung entfallende Bereinigungsvolumen betrug im Jahre 2021 rund 4,4 Millionen Euro. Im Jahre 2020 lag das Bereinigungsvolumen bei rund 3,4 Millionen Euro.

Bereits seit vielen Jahren haben sich Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten nach §§ 137f, 137g SGB V etabliert, die ebenfalls als „Add-on-Verträge“ geschlossen wurden. Diese Verträge werden auch als Disease-Management-Programme (DMP) bezeichnet und haben das Ziel, Folgekrankheiten chronischer Krankheiten wie Koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder Diabetes mellitus Typ 1 und 2 durch eine gut abgestimmte, kontinuierliche Betreuung und Behandlung zu verhindern. In Rheinland-Pfalz besteht die Besonderheit, dass fast alle Krankenkassen Verträge zu den DMP mit der KV RLP geschlossen haben; lediglich die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland hat die DMP-Verträge nicht mit der KV RLP, sondern mit einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten abgeschlossen.

Eine Übersicht über alle Verträge, die die KV RLP für ihre Mitglieder geschlossen hat, finden Sie hier: <https://www.kv-rlp.de/37731>



BESONDERHEITEN 2021

TSVG-KORREKTURBEREINIGUNG AB DEM 3. QUARTAL 2021

Mit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) im Jahr 2019 erfolgte ab dem 1. September 2019 eine Kennzeichnung der in offenen Sprechstunde behandelten Patientinnen und Patienten sowie der sog. „Neupatienten“ – das heißt Patientinnen und Patienten, die in den vergangenen acht Quartalen nicht in Behandlung durch die jeweilige Praxis waren. Die in offener Sprechstunde oder als Neupatientinnen bzw. Neupatienten behandelten Versicherten wurden extrabudgetär vergütet.

Damit verbunden erfolgte eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) für den Zeitraum vom 1. September 2019 bis 30. August 2020 auf Basis der von den Praxen in diesem Zeitraum gekennzeichneten offenen Sprechstunden und Neupatientinnen bzw. Neupatienten. Die Bereinigung erfolgte unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Auszahlungsquote des Vorjahresquartals.

Ab dem 1. September 2020 erfolgte weiterhin eine extrabudgetäre Vergütung der offenen Sprechstunden und Neupatientinnen und Neupatienten, aber keine weitere Bereinigung der mGV. Diese bedeutete, dass die Zunahme an offenen Sprechstunden und Neupatientinnen bzw. Neupatienten aufgrund einer vermehrten Kennzeichnung durch die Praxen zu entsprechenden Mehrausgaben für die Krankenkassen führte. Zudem wurde die Kennzeichnung der Neupatientinnen und Neupatienten durch die Arztpraxen bzw. die Zusetzung des Kennzeichens durch die Kassenärztliche Vereinigung je nach KV-Bereich sehr unterschiedlich umgesetzt.

Dies führte dazu, dass der Gesetzgeber im Juni 2021 eine Wiederaufnahme der Bereinigung der Gesamtvergütung mit Wirkung ab 1. Juli 2021 für die beiden TSVG-Konstellationen offene Sprechstunde und Neupatientinnen bzw. Neupatienten beschloss. Nach den gesetzlichen Vorgaben erstreckt sich dieser zweite Bereinigungszeitraum

auf sechs statt vier Quartale und damit auf den Zeitraum 1. Juli 2021 bis 31. Dezember 2022. Die Ärztinnen und Ärzte sind im Rahmen der Gesetzesänderung verpflichtet, die TSVG-Leistungen zu kennzeichnen, und die KVen sind aufgefordert, „Erfassungsfehler“ der Ärztinnen und Ärzte bei der Kennzeichnung zu korrigieren.

Konkretisierung der Gesetzesänderung durch den Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss wurde vom Gesetzgeber beauftragt, auf Basis von Daten aus dem Jahre 2018 den tatsächlichen Anteil der Neupatientinnen und Neupatienten und die damit verbundene Bereinigung der MGV je KV zu berechnen und durch Gegenüberstellung mit der bereits erfolgten Bereinigung auf Basis der bisherigen Kennzeichnung den zusätzlichen Bereinigungsbeitrag zu ermitteln. Auch für die offenen Sprechstunden erfolgt eine Korrektur des Bereinigungsbeitrages auf Grundlage der KV mit dem bislang höchsten Anteil an offenen Sprechstunden. Da in Rheinland-Pfalz viele Praxen bislang nur eine teilweise Kennzeichnung ihrer Neupatienten vorgenommen hatten, ergibt sich für die KV RLP eine entsprechend hohe Korrekturbereinigung.

Die KV RLP setzt ab dem 3. Quartal 2021 bei fehlendem Kennzeichnen durch die Praxis die Kennzeichnung der TSVG-Neupatientinnen und TSVG-Neupatienten zu. Die so gekennzeichneten Neupatientinnen und Neupatienten werden extrabudgetär mit dem Orientierungswert vergütet. Gleichzeitig wird das Budget der Praxis für die Mengenbegrenzung entsprechend der Zunahme der Neupatientinnen und Neupatienten bereinigt.

Die Korrekturbereinigung der MGV einerseits sowie die Zusetzung des Kennzeichens für extrabudgetäre Neupatientinnen und Neupatienten führt zu einer entsprechenden Verringerung der MGV und gleichzeitigen Zunahme der EGV ab dem 3. Quartal 2021. Dies spiegelt sich in der Tabelle 2.2. zu Kapitel 3 dieses Honorarberichtes wider.



HONORARVERTEILUNG

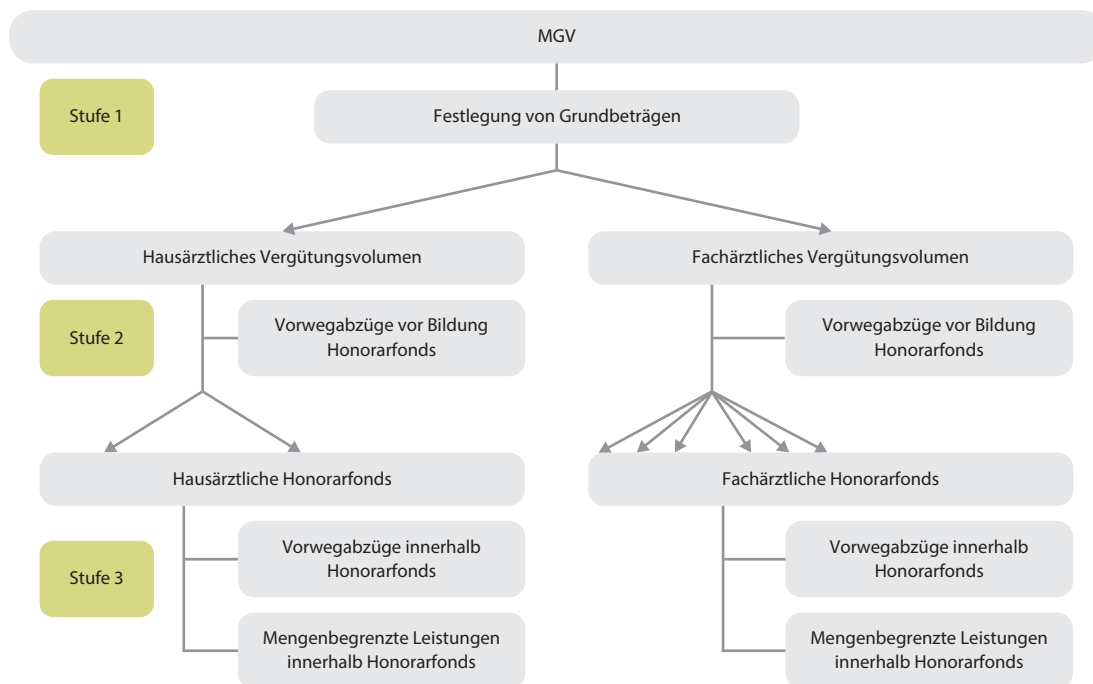
Die Honorarverteilung stellt sich im Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung relativ einfach dar. Hier werden von den Ärztinnen und Ärzten erbrachte Leistungen von der KV RLP mit festem Punktwert bezahlt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt.

Wesentlich komplexer ist die Honorarverteilung im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Hier zahlen die Krankenkassen mit befreiender Wirkung – also unabhängig vom tatsächlichen Leistungsumfang der Ärztinnen und Ärzte – eine begrenzte Geldmenge an die KV RLP. Die Honorarverteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in Rheinland-Pfalz erfolgt in mehreren Stufen.

Details der Honorarverteilung der KV RLP: Honorarbericht 2015, Kapitel 6, ab Seite 29

4

ABBILDUNG 4.1 STUFEN DER HONORARVERTEILUNG



4.1 STUFE 1: FESTLEGUNG VON GRUNDBETRÄGEN

Zunächst werden nach den Vorgaben der KBV einzelne, voneinander unabhängige Grundbeträge je Versicherten bzw. Versicherte bestimmt:

- Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Grundbetrag für Laborleistungen
- Grundbetrag für Hausärztinnen und Hausärzte
- Grundbeträge für Fachärztinnen und Fachärzte

- Grundbetrag „Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG)“
- Grundbetrag genetisches Labor

Die Grundbeträge werden getrennt voneinander fortentwickelt und mit der aktuellen Versichertenzahl multipliziert. Die TSVG-Korrekturbereinigung ab dem 3. Quartal 2021 wird auf die einzelnen Grundbeträge entsprechend ihren Anteilen an dieser Bereinigung umgelegt.

Liegt das tatsächliche Vergütungsvolumen für den Bereitschaftsdienst über dem hierfür gebildeten Grundbetrag, so wird der Differenzbetrag anteilig aus dem haus- und fachärztlichen Grundbetrag finanziert. Wenn sich im Grundbetrag Labor eine Vergütungsquote für Laborleistungen auf Muster 10 und den Wirtschaftlichkeitsbonus unter 89 Prozent ergibt, wird die Quote mit finanziellen Mitteln, die zu rund 90 Prozent aus dem fachärztlichen Grundbetrag bereitgestellt werden, gestützt. Im Grundbetrag PFG entspricht der Grundbetrag gemäß den KBV-Vorgaben immer auch dem

tatsächlichen Vergütungsvolumen, sodass hier keine Nachschusspflicht besteht. In Konsequenz ist der Punktwert für diese Leistung in Abhängigkeit der abgerechneten Punktzahlen schwankend. Gleiches gilt für den Grundbetrag genetisches Labor. Allerdings ist hier durch den Honorarverteilungsmaßstab ein Mindestpunktwert in Höhe von 80 Prozent des Orientierungswertes garantiert. Zur Stützung des Mindestpunktwertes erfolgt eine Entnahme aus dem Grundbetrag für die Fachärzteschaft.

ABBILDUNG 4.2 GRUNDBETRÄGE UND TATSÄCHLICHE VERGÜTUNG

	Quartal I/2021	Quartal II/2021	Quartal III/2021	Quartal IV/2021	2021 gesamt
Grundbetrag Labor					
Grundbetrag	18.192.515 €	18.298.028 €	18.224.335 €	17.546.475 €	72.279.353 €
Tatsächliche Vergütung	18.192.515 €	18.298.028 €	18.224.335 €	17.546.475 €	72.279.353 €
Grundbetrag organisierter Notfalldienst (Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen)					
Grundbetrag	8.310.662 €	9.413.018 €	8.472.756 €	8.993.656 €	35.190.092 €
Tatsächliche Vergütung	5.479.540 €	7.035.755 €	7.491.249 €	7.347.751 €	27.354.295 €
Grundbetrag Hausärzteschaft					
Grundbetrag	157.919.106 €	160.259.908 €	141.970.517 €	150.169.637 €	610.319.167 €
Tatsächliche Vergütung	159.156.845 €	161.299.224 €	142.399.622 €	150.885.131 €	613.740.822 €
Grundbetrag Fachärzteschaft, ohne PFG und genetisches Labor					
Grundbetrag	135.026.042 €	140.014.151 €	117.374.672 €	117.234.642 €	509.649.508 €
Tatsächliche Vergütung	135.844.780 €	140.651.359 €	117.121.701 €	117.171.187 €	510.789.026 €
Grundbetrag PFG					
Grundbetrag	7.523.106 €	7.767.242 €	6.749.343 €	6.733.248 €	28.772.939 €
Tatsächliche Vergütung	7.523.106 €	7.767.242 €	6.749.343 €	6.733.248 €	28.772.939 €
Grundbetrag genetisches Labor					
Grundbetrag	2.887.583 €	2.723.067 €	2.526.602 €	2.593.269 €	13.973.320 €
Tatsächliche Vergütung	3.662.229 €	3.423.806 €	3.331.975 €	3.559.365 €	17.332.983 €
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)*					
Grundbetrag	329.859.014 €	338.475.414 €	295.318.225 €	303.288.927 €	1.266.941.580 €
Tatsächliche Vergütung	329.859.014 €	338.475.414 €	295.318.225 €	303.261.158 €	1.266.913.810 €

* Grundbeträge bereits um 0,2 % zur Finanzierung des Strukturfonds reduziert



4.2 STUFE 2: BILDUNG VON HONORARFONDS

Nach der Trennung in die Grundbeträge erfolgt die Honorarverteilung für Haus- und Fachärzte zwar spiegelbildlich, aber völlig getrennt voneinander. Zunächst werden in beiden Versorgungsbereichen folgende Positionen vorweg abgezogen:

- Vorwegabzug für die Bildung oder Auflösung von Rückstellungen
- Vorwegabzug für den versorgungsbereichsspezifischen Fremdkassenzahlungsausgleich
- Vorwegabzug für Vorwegleistungen
- Vorwegabzug für den Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge
- Grundbetrag Strahlentherapie im fachärztlichen Versorgungsbereich

ABBILDUNG 4.3 VORWEGABZÜGE IM HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH IN EURO

	Quartal I/2021	Quartal II/2021	Quartal III/2021	Quartal IV/2021	2021 gesamt
Grundbetrag Hausärzteschaft	157.919.106 €	160.259.908 €	141.970.517 €	150.169.637 €	610.319.167 €
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:					
Auflösung Rückstellung Hausärzteschaft	2.500.000 €			2.681.635 €	5.181.635 €
Förderung Praxisnetze	- 1.440 €	-1.390 €	-1.400 €	-1.400 €	-5.630 €
Förderung NäPa-Besuche	125.000 €	125.000 €	125.000 €	125.000 €	500.000 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:					
FKZ Hausärzteschaft	- 379.369 €	- 95.536 €	- 5.955 €	- 972.841 €	- 1.453.701 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:					
eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	- 4.379.434 €	- 4.065.936 €	- 3.872.957 €	- 3.497.291 €	- 15.815.618 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	- 61.226 €	- 53.390 €	- 39.382 €	- 28.218 €	- 182.217 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:					
Anteil Hausärzteschaft an Fehlbetrag Labor				- 4.080 €	- 4.080 €
Anteil Hausärzteschaft am nicht ausgeschöpften Betrag für den Bereitschaftsdienst	1.237.739 €	1.039.316 €	429.105 €	719.574 €	3.425.735 €
Vergütungsvolumen Hausärzteschaft in Honorarfonds	156.960.376 €	157.207.972 €	138.604.928 €	149.192.015 €	601.965.292 €

ABBILDUNG 4.4 VORWEGABZÜGE IM FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2021	Quartal II/2021	Quartal III/2021	Quartal IV/2021	2021 gesamt
Grundbetrag Fachärzteschaft	135.026.042 €	140.014.151 €	117.374.672 €	117.234.642 €	509.649.508 €
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:					
Auflösung Rückstellung Fachärzteschaft	500.000 €		476.501 €	972.509 €	1.949.010 €
Förderung Praxisnetze	- 1.260 €	- 1.230 €	- 1.220 €	- 1.220 €	- 49.300 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:					
FKZ Fachärzteschaft	- 5.559.321 €	- 5.729.770 €	- 4.831.126 €	- 5.602.894 €	- 21.723.112 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:					
Laborgrundpauschalen, eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	- 4.459.384 €	- 4.274.713 €	- 4.262.634 €	- 4.039.273 €	- 17.036.005 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	- 3.624.145 €	- 3.304.235 €	- 2.941.123 €	- 3.118.360 €	- 12.987.864 €
Strahlentherapie	- 9.774.191 €	- 9.498.301 €	- 9.753.268 €	- 10.052.820 €	-39.078.580 €
Honorarfonds übrige Psychotherapie	- 2.794.138 €	- 3.000.676 €	- 2.769.931 €	- 2.989.225 €	- 11.553.971 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:					
Anteil Fachärzteschaft an Fehlbetrag Labor				- 23.690 €	- 23.690 €
Anteil Fachärzteschaft am nicht ausgeschöpften Betrag für den Bereitschaftsdienst	1.593.383 €	1.337.946 €	552.402 €	926.331 €	4.410.062 €
Anteil Fachärzteschaft an Fehlbetrag genetisches Labor	- 774.646 €	- 700.739 €	- 805.374 €	- 966.097 €	- 3.246.855 €
Vergütungsvolumen Fachärzteschaft in Honorarfonds	110.132.340 €	114.842.433 €	93.038.899 €	92.339.904 €	410.377.265 €

Nach den Vorwegabzügen wird der verbleibende Geldbetrag eines jeden Versorgungsbereichs – unter Berücksichtigung einer Honorarklammer – auf die einzelnen Fachgruppen verteilt.

Im hausärztlichen Bereich gibt es zwei Honorarfonds: für Allgemeinärzte, Allgemeinärztinnen, hausärztliche Internisten und Internistinnen sowie für Kinderärzte und Kinderärztinnen. Im fachärztlichen Bereich sind es insgesamt 14 Fachgruppenhonorarfonds. Die weitere Verteilung erfolgt ausschließlich innerhalb des jeweiligen Fonds. Eine Umverteilung zwischen den einzelnen Honorarfonds ist damit ausgeschlossen.

Die Honorarklammer sorgt dafür, dass sich das Honorar jeder Fachgruppe zunächst um maximal fünf Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal verändert. Erst im Anschluss werden die Honorarzuwächse und Rückstellungen verteilt, sodass insgesamt auch Zuwächse von mehr als fünf Prozent möglich sind. Durch die Honorarklammer wird somit die Umverteilung zwischen den Fachgruppen eines Versorgungsbereiches begrenzt.

Die TSVG-Korrekturbereinigung ab dem 3. Quartal 2021 wird auf die einzelnen Honorarfonds entsprechend ihren Anteilen an dieser Bereinigung umgelegt.



ABBILDUNG 4.5 HONORARFONDS DER HAUSÄRZTESCHAFT UND FACHÄRZTESCHAFT NACH HONORARKLAMMER

Hausärztliche Honorarfonds	Quartal I/2021	Quartal II/2021	Quartal III/2021	Quartal IV/2021	2021 gesamt
Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten	141.614.131 €	142.476.924 €	126.887.595 €	135.432.246 €	546.410.895 €
Kinderheilkunde	15.346.246 €	14.731.048 €	11.717.333 €	13.759.770 €	55.554.397 €
Vergütungsvolumen Hausärztinnen und Hausärzte in Honorarfonds	156.960.376 €	157.207.972 €	138.604.928 €	149.192.015 €	601.965.292 €

Fachärztliche Honorarfonds	Quartal I/2021	Quartal II/2021	Quartal III/2021	Quartal IV/2021	2021 gesamt
Anästhesiologie	992.545 €	1.158.430 €	956.220 €	1.062.425 €	4.169.620 €
Augenheilkunde	9.476.408 €	9.916.718 €	7.549.346 €	7.619.116 €	34.561.588 €
Chirurgie und Orthopädie	16.978.912 €	18.119.199 €	12.820.493 €	11.554.939 €	59.473.544 €
Gynäkologie	10.070.432 €	10.734.232 €	8.854.529 €	9.177.268 €	38.836.462 €
HNO	7.123.808 €	7.795.956 €	5.412.689 €	5.255.960 €	25.588.412 €
Hautmedizin	3.856.332 €	4.241.024 €	3.070.807 €	3.165.802 €	14.333.966 €
Fachärztliche Internistinnen und Internisten	17.741.812 €	18.497.418 €	13.484.329 €	13.388.599 €	63.112.158 €
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie sowie KJPP	11.351.488 €	12.071.539 €	10.150.830 €	10.076.229 €	43.650.086 €
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	21.535.171 €	21.393.301 €	21.000.116 €	20.802.323 €	84.730.911 €
Urologie	4.039.137 €	4.328.536 €	3.348.577 €	3.454.467 €	15.170.717 €
Auftragsärzteschaft gesamt	3.457.735 €	3.213.121 €	3.236.111 €	3.319.948 €	13.226.915 €
Ermächtigte Vertragsärzteschaft	2.262.790 €	2.087.559 €	2.121.685 €	2.318.571 €	8.790.605 €
Nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	1.245.768 €	1.285.400 €	1.033.166 €	1.144.257 €	4.708.591 €
Vergütungsvolumen Fachärzteschaft in Honorarfonds	110.132.340 €	114.842.433 €	93.038.899 €	92.339.904 €	410.353.575 €

4.3 STUFE 3: VERGÜTUNG INNERHALB DER FACHGRUPPENSPEZIFISCHEN HONORARFONDS

Aus den Honorarfonds der einzelnen Honorarfachgruppen werden nun Leistungen vorweg vergütet. Im Honorarverteilungsmaßstab der KV RLP, der von der Vertreterversammlung beschlossen wird, ist geregelt, welche Leistungen mit welchem Punktwert vorab vergütet werden und welche Leistungen einer Mengenbegrenzung unterliegen. Hierzu gibt es keine Vorgaben auf Bundesebene. Der Umfang der Vorwegleistungen kann von Fachgruppe zu Fachgruppe unterschiedlich ausfallen.

Die Vorwegleistungen sind im Honorarverteilungsmaßstab festgelegt. Dieser steht online bereit unter www.kv-rlp.de/41517-1093.

Vergütung der Leistungen mit Mengenbegrenzung

Nach der Vergütung der Vorwegleistungen aus den Honorarfonds wird der verbleibende Geldbetrag zur Berechnung der Punktwerte für die budgetierten Leistungen im Verhältnis 98 Prozent zu zwei Prozent aufgeteilt. Den 98 Prozent werden die abgerechneten Punktzahlen gegenübergestellt, die alle Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachgruppe innerhalb ihres Budgets (PZ Vorjahr) angefordert haben. Daraus ergibt sich ein Punktwert für die abgerechneten Leistungen innerhalb einer Fachgruppe.

Analog wird mit den zwei Prozent und den Leistungen, die alle Ärztinnen und Ärzte der Fachgruppe oberhalb ihres Budgets (PZ Zuwachs) angefordert haben, ein Punktwert für diese Leistungen berechnet.

ABBILDUNG 4.6 ANTEIL DER VORWEGLEISTUNGEN UND MENGENBEGRENZTEN LEISTUNGEN INNERHALB DER HONORARFONDS

	Anteil Vorwegleistungen 2021 gesamt	Anteil mengenbegrenzte Leistungen 2021 gesamt
Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen und Internisten	92,9 %	7,1 %
Kinderheilkunde	87,1 %	12,9 %
Anästhesiologie	17,6 %	82,4 %
Augenheilkunde	31,1 %	68,9 %
Chirurgie und Orthopädie	51,0 %	49,0 %
Gynäkologie	55,9 %	44,1 %
HNO	68,1 %	31,9 %
Hautmedizin	0,5 %	99,5 %
Fachärztliche Internistinnen und Internisten	0,1 %	99,9 %
Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie sowie KJPP	1,4 %	98,6 %
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	0,0 %	100,0 %
Urologie	65,6 %	34,4 %
Auftragsärzteschaft gesamt	0,0 %	100,0 %
Ermächtigte Vertragsärzteschaft	3,8 %	96,2 %
nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	0,6 %	99,4 %



Eine Ausnahme bilden die Fachgruppen der Auftragsärztinnen und -ärzte sowie der Ermächtigten, für die keine individuelle Budgetierung durchgeführt und somit auch nur ein Punktwert für alle Leistungen errechnet wird.

Bei den Punktwerten ist neben der im HVM festgesetzten Mindesthöhe stets eine Reihenfolge einzuhalten. Der Punktwert für die Leistungen über das Budget hinaus darf den Punktwert der Leistungen innerhalb des Budgets nicht überschreiten. Ansonsten wird ein Mischpunktwert für die beiden Bereiche gebildet. Außerdem darf der Punktwert für die Vorwegleistungen nicht niedriger sein als der Punktwert für die Leistungen mit Mengenbegrenzung. Auch hier wird gegebenenfalls ein Mischpunktwert gebildet.

Im Ergebnis gibt es für jedes Quartal und für jede Fachgruppe einen Punktwert für die Leistungen bis zur Budgetgrenze und einen niedrigeren Punktwert für die Leistungen oberhalb der Budgetgrenze.

Bildung von Budgets auf Praxisebene

Das Budget einer Praxis für die der Mengenbegrenzung unterliegenden Leistungen ergibt sich prinzipiell aus dem anerkannten Punktzahlvolumen der Praxis im Vorjahresquartal. Aufgrund der Coronapandemie sind die Quartale des Jahres 2020 nur eingeschränkt nutzbar. Daher hat die Vertreterversammlung für das Jahr 2021 beschlossen, dass ein Vergleich mit den entsprechenden Quartalen des Jahres 2019 und 2020 gezogen und der jeweils höhere Wert der Jahre 2019 und 2020 dem Arzt oder der Ärztin als Budget zugewiesen wird.

Die TSVG-Korrekturbereinigung ab dem 3. Quartal 2021 wird auch auf der Praxisebene durchgeführt. Hierfür werden die Neupatientinnen und Neupatienten aus dem Basisquartal der Budgetzuweisung wieder hinzugerechnet und die Neupatientinnen bzw. Neupatienten aus dem aktuellen Quartal abgezogen.

Unter die Mengenbegrenzung einer Praxis fällt die Gesamtpunktzahl abzüglich der extrabudgetären

Leistungen und der Vorwegleistungen. Dieses Budget wird auch PZ Vorjahr genannt und ist in Punkten festgelegt. Die im aktuellen Quartal erbrachten Leistungen oberhalb der Budgetgrenze bei Leistungssteigerung der Praxis werden im entsprechenden Quartal des Folgejahres bei der Höhe des Budgets (PZ Vorjahr) berücksichtigt.

Für eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) gilt: Dieses Budget wird immer bezogen auf die Praxis ermittelt, nicht auf die einzelne Ärztin bzw. den einzelnen Arzt. Somit können innerhalb der BAG die Leistungen untereinander verrechnet werden, das heißt, Mehrarbeit von Ärztin zw. Arzt A kann durch einen geringeren Leistungsumfang von Ärztin bzw. Arzt B ausgeglichen werden. In BAG mit mehreren Fachgruppen – fachübergreifende BAG – werden die Leistungen der einzelnen Ärztinnen bzw. Ärzte innerhalb der BAG mit den Punktwerten der jeweiligen Fachgruppe unterschiedlich vergütet.

Für neu Niedergelassene gilt: Ist eine Ärztin oder ein Arzt noch keine vier Jahre niedergelassen, so gilt sie bzw. er gemäß HVM als Neugründerin bzw. Neugründer. Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum die Mengenbegrenzung ausgesetzt wird, solange sie bzw. er den Durchschnitt ihrer bzw. seiner Arztgruppe noch nicht erreicht hat. Diese Neugründerregelung gilt aber nur für Einzelpraxen uneingeschränkt.

In einigen Fällen ist der Vergleich einer Praxis mit der Punktzahl im Vorjahresquartal problematisch. Im HVM ist in der Anlage 2 unter Punkt 3 geregelt, unter welchen Voraussetzungen eine Anhebung des Budgets oder gar ein vollständiges Aussetzen der Mengenbegrenzung auf Antrag durch die Praxis möglich ist. Hierzu zählen unter anderem eine längere Erkrankung mit entsprechend geringerem Leistungsumfang im Vorjahresquartal, die Übernahme von Patientinnen bzw. Patienten einer Kollegin bzw. eines Kollegen, die bzw. der die Tätigkeit beendet hat, neue Qualifikationen oder der Umzug der Praxis.

Regelung zur übermäßigen Ausdehnung

Die Regelung zur übermäßigen Ausdehnung bezieht sich auf alle im Honorarfonds vergüteten Leistungen und somit auch auf die Grund- und Versichertenpauschale, Besuche sowie bei der Hausärzteschaft auch die Gesprächsleistung, Chronikerpauschale, Vorhaltepauschale und Geriatrieziffern. Für diese Leistungen wird für jede Fachgruppe ein Durchschnitt ermittelt. Es erfolgt eine Abstufung aufgrund übermäßiger Ausdehnung bei Überschreitung der durchschnittlichen Punktzahl je Ärztin bzw. je Arzt einer Fachgruppe um mehr als 100 Prozent. Rechnet somit eine Praxis unter Berücksichtigung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis pro Ärztin bzw. pro Arzt im Schnitt mehr als den doppelten Durchschnitt der Fachgruppe ab, so erfolgt eine Abstufung der darüber hinausgehenden Leistungen um 50 Prozent. Bei Planungsbe-

reichen mit einem Versorgungsgrad unter 100 Prozent finden diese Regelungen keine Anwendung.



VOM PRAXISUMSATZ ZUM NETTOEINKOMMEN

Die Frage nach dem konkreten Nettoeinkommen von ärztlich und psychotherapeutisch Niedergelassenen in Rheinland-Pfalz kann dieser Honorarbericht nicht beantworten, da der KV RLP keine konkreten Zahlen zur Kostenstruktur ihrer Mitglieder vorliegen. Vielmehr wird an dieser Stelle ein Nachweis über die Höhe der Honorarumsätze aus GKV-Tätigkeit und über deren Zustandekommen gegeben.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hingegen befragt regelmäßig im bundesweit angelegten Zi-Praxis-Panel ärztlich und psychotherapeutisch Niedergelassene zu ihren Kostenstrukturen. Im letzten Panel haben rund 5.132 Praxen aus unterschiedlichsten Fachgruppen und Regionen teilgenommen. Die Ergebnisse sollen die tatsächliche Entwicklung ihrer Kostenstruk-

turen abbilden und damit die notwendige Grundlage für die Verhandlungen zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband für die bundesweite Honorarentwicklung sein.

Anhand dieser Zahlen auf Bundesebene ist davon auszugehen, dass einem bzw. einer ärztlich Niedergelassenen in Rheinland-Pfalz von 100 Euro Umsatz etwa ein Viertel als Nettoeinkommen verbleibt und der Rest für Betriebsausgaben, Steuern und Altersvorsorge sowie Krankenversicherung aufgewendet werden muss.

Das vollständige Zi-Praxis-Panel mit interessanten Darstellungen zur wirtschaftlichen Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung finden Sie hier: <https://www.zi-pp.de/veroeffentlichungen.php>

5

ABBILDUNG 5.1 JAHRESÜBERSCHUSS JE PRAXISINHABERIN BZW. -INHABER

		Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
Einnahmen	GKV-Umsatz	260.200 €
	Privatliquidation	61.700 €
	Sonstige	16.100 €
	Gesamtumsatz	338.000 €
Ausgaben	Materialkosten und Labor	8.600 €
	Personalkosten	90.400 €
	Raumkosten	18.700 €
	Beiträge/Versicherungen	5.800 €
	Abschreibungen	9.400 €
	Zinsen	1.300 €
	Leasing und Miete von Geräten	1.600 €
	Wartung und Instandhaltung	5.000 €
	Sonstiges	23.500 €
	Gesamtaufwendungen	164.300 €
JAHRESÜBERSCHUSS		173.700 €

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2020 auf Basis der Daten 2019 und eigener Berechnungen.

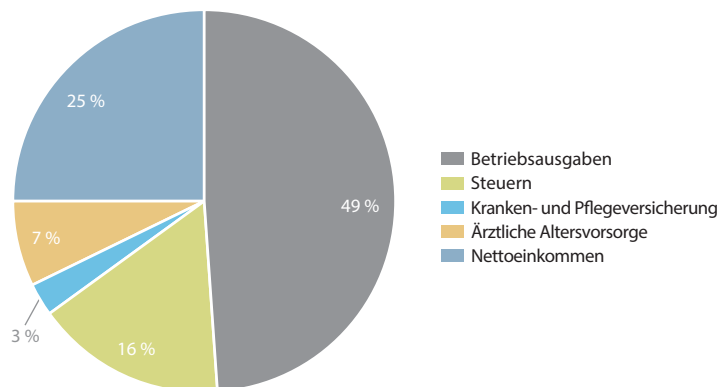
ABBILDUNG 5.2 VERFÜGBARES NETTOEINKOMMEN UND NETTOSTUNDENSATZ

	Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
Jahresüberschuss	173.617 €
abzüglich ärztliche Altersvorsorge*	24.306 €
abzüglich Kranken- und Pflegeversicherung**	9.801 €
abzüglich Einkommensteuer***	53.845 €
verfügbares Nettoeinkommen im Jahr	85.664 €
monatlich verfügbares Nettoeinkommen	7.139 €
Nettostundensatz****	40 €

- * Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 14 % bzw. 25.794 Euro/Jahr; vgl. Ärzteversorgung Niedersachsen (2020), S. 4.
- ** Beiträge zur Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherte bzw. Versicherter (kinderlos).
- *** Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 88 % der Versorgungswerkbeiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (inkl. Solidaritätszuschlag).
- **** Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 46 Stunden (siehe Tabelle 10).

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2020.

ABBILDUNG 5.3 ANTEIL DER BETRIEBSAUSGABEN UND DES VERFÜGBAREN EINKOMMENS AM GESAMTUMSATZ



Quelle: Zi-Praxis-Panel 2020 auf Basis der Daten 2019 und eigener Berechnungen.

Die Durchschnittszahlen zum Jahresüberschuss variieren jedoch stark zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie innerhalb der Fachärztinnen und Fachärzte nach den verschiedenen Fachgruppen sowie zwischen Ärztinnen und Ärzten mit eher operativer oder eher konservativer Ausrichtung.



ABBILDUNG 5.4 JAHRESÜBERSCHUSS NACH VERSORGUNGSBEREICHEN

	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Einzelpraxis	BAG	Einzelpraxis	BAG	Einzelpraxis	BAG
Einnahmen						
GKV-Umsatz	340.100 €	288.100 €	289.800 €	327.200 €	100.400 €	83.900 €
Privatliquidation und sonstiger Umsatz	58.500 €	54.000 €	128.100 €	170.400 €	15.500 €	10.700 €
Gesamtumsatz	398.600 €	342.100 €	417.900 €	497.600 €	115.900 €	94.600 €
Ausgaben						
Personal	121.200 €	101.300 €	112.100 €	140.800 €	5.500 €	6.600 €
Material und Labor	7.100 €	6.200 €	12.700 €	22.100 €	300 €	100 €
Miete für Praxisräume	20.800 €	14.600 €	26.100 €	27.300 €	8.000 €	5.000 €
Abschreibungen	8.900 €	6.300 €	15.000 €	17.200 €	2.700 €	1.400 €
Sonstige	42.300 €	28.700 €	50.700 €	57.800 €	14.600 €	10.200 €
Gesamtaufwendungen	200.300 €	157.000 €	216.600 €	265.200 €	31.000 €	22.300 €
Jahresüberschuss	198.300 €	185.000 €	201.300 €	232.400 €	84.900 €	72.300 €

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2020.

ABBILDUNG 5.5 JAHRESÜBERSCHUSS JE INHABER BZW. INHABERIN NACH FACHGRUPPEN (WERTE EINZELPRAXEN)

Fachgruppen	Gesamtumsatz	Gesamtaufwendungen	Jahresüberschuss
	GKV+PKV	GKV+PKV	GKV+PKV
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internistinnen und Internisten	372.800 €	181.100 €	191.700 €
Anästhesiologie	366.800 €	164.400 €*	202.400 €
Augenheilkunde	606.800 €	288.800 €*	318.000 €
Chirurgie	455.300 €	257.400 €	197.900 €
Dermatologie	480.100 €	261.600 €	218.500 €
Gynäkologie	344.600 €	174.500 €	170.100 €
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	382.500 €	185.500 €	197.000 €
Innere Medizin – Gastroenterologie	680.100 €	454.500 €	225.600 €
Innere Medizin – Kardiologie	571.200 €	288.900 €	282.300 €
Innere Medizin – Pneumologie	613.800 €	324.600 €	289.200 €
Innere Medizin – ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	615.600 €	352.400 €	263.200 €
Innere Medizin – sonstige Fachgebiete	698.100 €	418.300 €	279.800 €
Kinderheilkunde	410.700 €	205.300 €	205.400 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	409.900 €	226.700 €	183.200 €
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	339.300 €	142.900 €	196.400 €
Neurologie	327.300 €	143.600 €	183.700 €
Orthopädie	443.800 €	247.200 €	196.600 €
Physikalische und rehabilitative Medizin	241.800 €	105.000 €	136.900 €
Psychiatrie	226.900 €	81.000 €	145.900 €
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	122.000 €	31.200 €	90.800 €
Psychotherapie	115.100 €	30.800 €	82.200 €
Radiologie	1.236.900 €	855.600 €*	381.300 €
Urologie	430.800 €	209.800 €	220.900 €

Quelle: Zi-Praxis-Panel, Kapitel 4.

Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz (KV RLP)
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Isaac-Fulda-Allee 14
55124 Mainz

Kontakt

Telefon 06131 326-326
Fax 06131 326-327
service@kv-rlp.de
www.kv-rlp.de