

Honorarbericht 2019

Entwicklung der GKV-Umsätze in Rheinland-Pfalz

[Auch mit dem Honorarbericht 2019 folgen wir als KV RLP der gesetzlichen Vorgabe, jährlich über die Grundsätze und die Versorgungsziele des Honorarverteilungsmaßstabs zu informieren. Lesen Sie etwa, wie sich die Versichertenbeiträge hin zur Gesamtvergütung im ambulanten Bereich bewegen. Gerne sind wir bei Fragen für Sie da.

1. Vom Versichertenbeitrag zur 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 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Geldfluss

Versichertenbeiträge

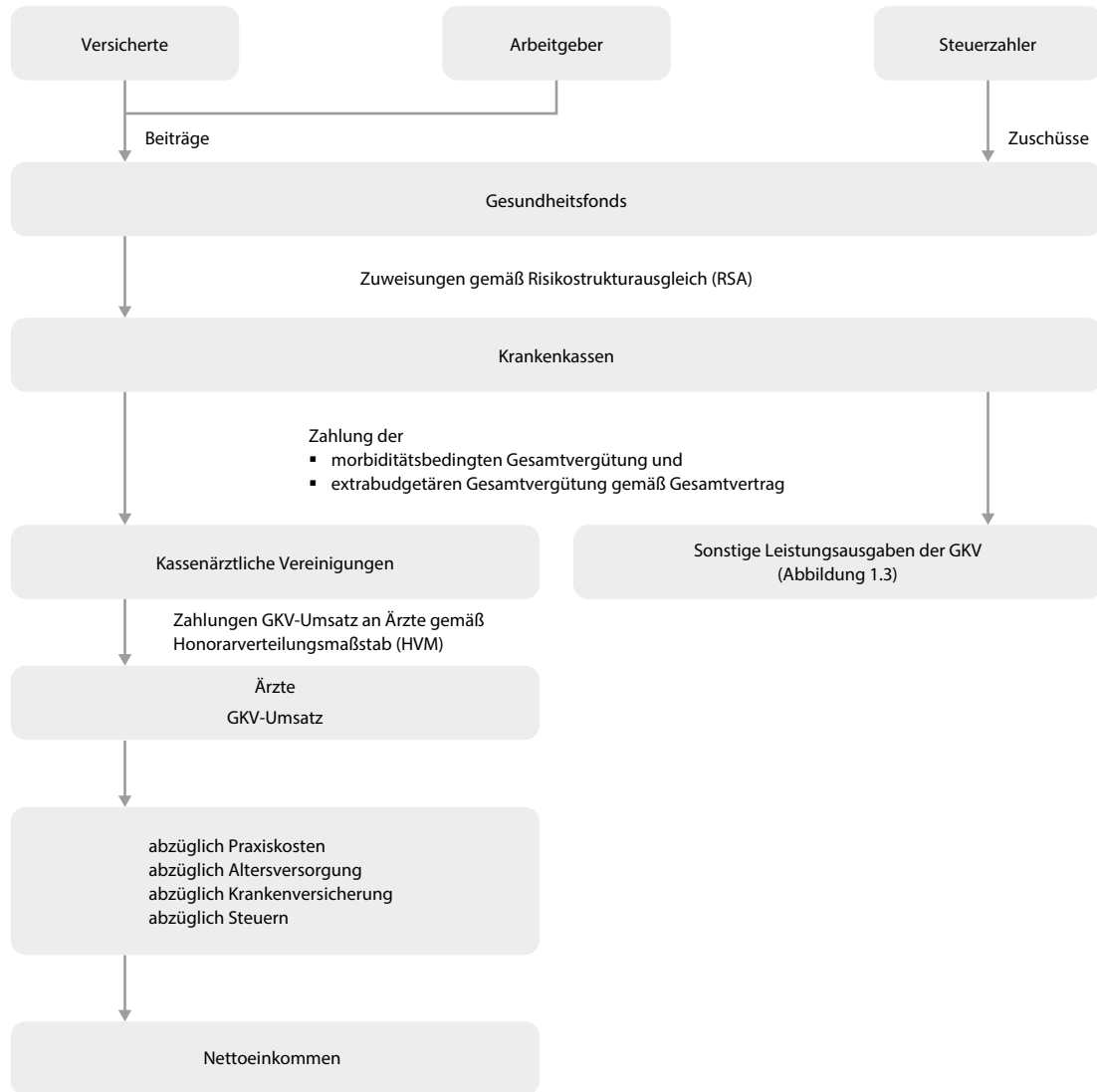
Die Versichertenbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den Krankenkassen eingezogen. Im Jahr 2018 betrug der Beitragssatz für die gesetzliche Krankenversicherung 14,6 Prozent des Bruttoentgeltes, wovon 7,3 Prozent der Arbeitnehmenden und 7,3 Prozent der Arbeitgebenden trugen. 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 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.

[Abbildung 1]

DER WEG VON DEN VERSICHERTENBEITRÄGEN ZUM ÄRZTEEINKOMMEN



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.

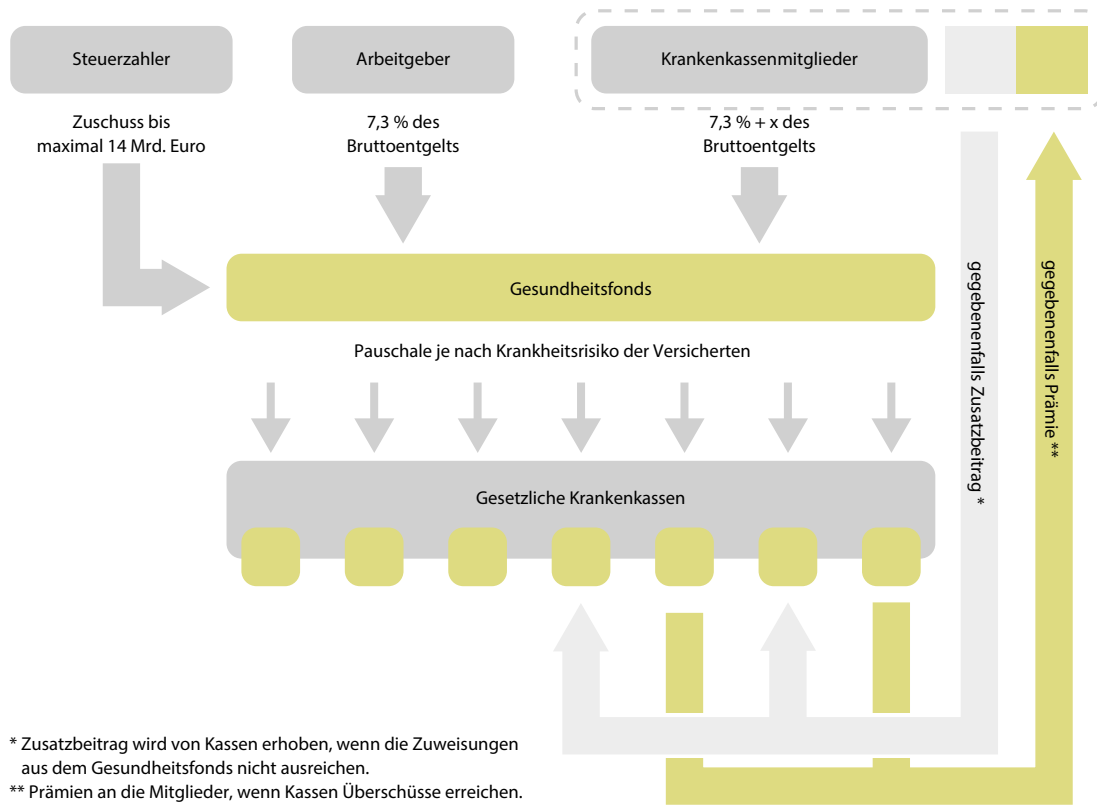
Ausgangsbasis für die Zuweisungen ist ein Grundbetrag für jede Versicherte und jeden Versicherten pro Jahr, der den durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht. Dieser Grundbetrag wird durch Zu- und Abschläge für folgende Merkmale angepasst: Alter und Geschlecht,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

[Abbildung 2]

FUNKTIONSWEISE DES GESUNDHEITSFONDS



* Zusatzbeitrag wird von Kassen erhoben, wenn die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht ausreichen.
 ** Prämien an die Mitglieder, wenn Kassen Überschüsse erreichen.
 Quelle: BKK Bundesverband.

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.

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 2018 17,4 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 hier:

- www.gkv-spitzenverband.de | GKV-Kennzahlen

2. Gesamtvergütung

Erläuterung

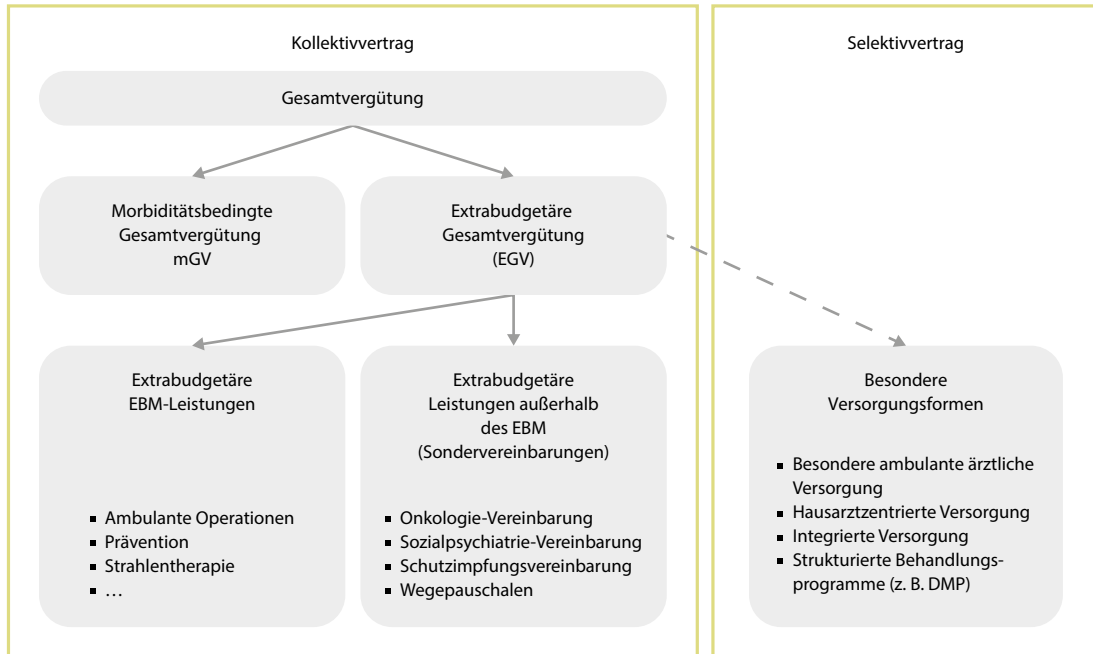
Die gesetzlichen Krankenkassen zahlen jährlich eine sogenannte Gesamtvergütung an die KV RLP für die Versorgung ihrer Versicherten. Diese setzt sich dabei aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zusammen.

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 2018 belief sich die Gesamtvergütung aller Krankenkassen an die KV RLP auf rund 1,86 Milliarden Euro.

[Abbildung 3]

STRUKTUR DER GESAMTVERGÜTUNG



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die KV RLP erhält – wie alle anderen KVen – von jeder Krankenkasse einen für das Kalenderjahr im Voraus vereinbarten Pauschalbetrag je Versichertem als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Jede Krankenkasse zahlt diesen Pauschalbetrag an die KV, in welcher der Versicherte seinen 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, 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 2018 zahlte die KV RLP im Saldo fast 50 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.

[Abbildungen 4]

	2014	2015	2016	2017	2018
morbiditätsbedingte GV	1.163.833.763 €	1.190.123.121 €	1.234.362.357 €	1.263.486.206 €	1.296.354.001 €
extrabudgetäre GV	470.119.510 €	492.771.643 €	524.948.287 €	554.463.240 €	567.292.271 €
Gesamtvergütung	1.633.953.273 €	1.682.894.764 €	1.759.310.644 €	1.817.949.446 €	1.863.646.272 €
Veränderung zum Vorjahr	3,5%	3,0%	4,5%	3,3%	2,5%
Anzahl der GKV-Versicherten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz	3.369.602	3.380.552	3.405.638	3.446.253	3.470.705
Veränderung Versichertenzahl zum Vorjahr	0,4%	0,3%	0,7%	1,2%	0,7%
Gesamtvergütung je Versichertem	484,91 €	497,82 €	516,59 €	527,51 €	536,96 €

Kodierung und Demografie

Zur Berechnung der mGV veröffentlicht der Bewertungsausschuss jährlich die festgestellten Veränderungsrate der Morbidität (ICD-Kodierung) und der demografischen Kriterien (Alter und Geschlecht) sowie den Orientierungswert. Diese haben einen Empfehlungscharakter und bilden daher nur die Grundlage der Verhandlungen auf der Landesebene, in denen unter anderem über die Gewichtung der beiden Veränderungsrate verhandelt wird.

Da in Rheinland-Pfalz keine Besonderheiten in der Kosten- und Versorgungsstruktur geltend gemacht werden konnten, wurde der Orientierungswert bisher immer als regionaler Punktwert für Rheinland-Pfalz vereinbart.

An dieser Stelle ist daher die elementare Bedeutung einer hohen Kodierqualität der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hervorzuheben, da die Qualität der Diagnoseverschlüsselung direkten Einfluss auf die zukünftige Fortentwicklung der mGV und somit auf die Höhe zukünftiger Honorarsteigerungen hat.

Gut zu wissen: Aufgrund der steigenden Kodierqualität der rheinland-pfälzischen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konnte die KV RLP in den Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen für 2018 abermals einen erhöhten Behandlungsbedarf aufgrund einer erhöhten Krankheitslast nachweisen. Die Veränderungsrate der Morbidität für Rheinland-Pfalz lag bei 1,0427 Prozent.

Honorarvereinbarung

Die KV RLP einigte sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen in den jährlichen Honorarverhandlungen auf die Honorarvereinbarung 2018 mit folgenden Punkten:

- Erhöhung des bundeseinheitlichen Orientierungswertes und damit des regionalen Punktwertes um 1,18 Prozent (von 10,53 auf 10,6543 Cent): Die Anhebung des Punktwertes um 1,18 Prozent bedeutet eine entsprechende Erhöhung der mGV sowie eine höhere Vergütung je Leistung der antragspflichtigen Psychotherapie, der Prävention sowie der ambulanten und belegärztlichen Operationen und aller übrigen extrabudgetären in Punkten bewerteten Leistungen.
- Steigerung der mGV um 0,64 Prozent aufgrund der gewichteten Veränderungsrate aus Morbiditäts- und Demografiefaktor. Der gewichtete Durchschnittswert von 0,64 Prozent für die Veränderung des Behandlungsbedarfs 2018 bedeutet, dass eine tatsächliche Leistungszunahme im Jahr 2018 um 0,7383 Prozent gegenfinanziert ist. Fällt sie jedoch höher aus, führt dies nicht zu höheren Zahlungen der Krankenkassen. Die Kodierqualität der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Rheinland-Pfalz hat weiterhin einen wesentlichen Einfluss auf die dokumentierte Morbiditätsrate und damit auf die zukünftige Veränderung der Gesamtvergütung.
- Fortführung sämtlicher bisher vereinbarter extrabudgetärer Leistungen, damit auch Fortführung der seit 2014 ausgedeckelten ergänzenden Leistungen des AOP-Vertrages nach Paragraph 115b SGB V.
- Überführung der GOP 03060 bis 03065 EBM (Förderzuschläge und Besuche der NÄPa) von der extrabudgetären in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV) sowie eine damit verbundene Erhöhung des hausärztlichen Grundbetrags um rund 1,4 Millionen Euro je Quartal
- 6,5 Millionen Euro zur Förderung des Ausbaus und Erhalts der von niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten geschaffenen Strukturen für das ambulante Operieren, der Besuche nichtärztlicher Praxisassistentinnen und Praxisassistenten und

der Strukturen im organisierten Bereitschaftsdienst. Im Kapitel 5 ist dargestellt, nach welcher Regelung die so ermittelte mGV von rund 1,3 Milliarden Euro im Rahmen der Honorarverteilung an die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ausgeschüttet wird.

Extrabudgetäre Gesamtvergütung

Während die Krankenkassen für die mGV, unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, nur eine begrenzte Geldmenge zahlen, richtet sich die Zahlung der Krankenkassen für die extrabudgetären Leistungen nach dem, was die Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihren Praxen tatsächlich leisten. Bei Leistungen der EGV sind den Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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 (ab dem Jahr 2013)
- belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36 EBM
- Dialyse-Sachkosten
- Präventionsleistungen (Krebsfrüherkennung inklusive Hautkrebsscreening, Mutterschaftsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung sowie präventive Koloskopie)
- Strahlentherapie einschließlich Sachkosten
- Substitutionsbehandlung

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 Onkologie-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, Ärzte- oder 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 Vertragspartner in Betracht.

Wenn Selektivverträge Leistungen aus dem Kollektivvertrag beziehungsweise dem EBM abbilden, muss die KV RLP die mGV, die sie von der betreffenden Krankenkasse erhält, um den entsprechenden Leistungs- beziehungsweise Geldanteil bereinigen.

Die Problematik rund um die Bereinigung hat dazu geführt, dass bislang in Rheinland-Pfalz noch vorwiegend sogenannte "Add-on-Verträge" abgeschlossen wurden. Mit diesen Verträgen werden zusätzliche Leistungen über die EBM-Leistungen hinaus vereinbart, die dann von den Krankenkassen auch extrabudgetär vergütet werden. Das entsprechende Honorar braucht daher im Kollektivvertrag nicht abgezogen zu werden. Es ist also keine Bereinigung der Gesamtvergütung erforderlich. Das erklärte Ziel der KV RLP ist es, Leistungen, die sich im Bereich der Selektivverträge als sinnvoll erweisen, mittelfristig in die Kollektivversorgung einzubeziehen und damit allen Versicherten aller Krankenkassen zugänglich zu machen.

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 Vertragsärzten abgeschlossen.

3. Besonderheiten 2018

EBM-Änderungen

Auch im Jahr 2018 hat der (erweiterte) Bewertungsausschuss Anpassungen am EBM vorgenommen. Die einzelnen Beschlüsse sowie den gesamten EBM und die speziellen Abrechnungsziffern der KV RLP finden hier:

- www.kbv.de | Beschlüsse zum EBM 2018
- [Abrechnung](#)

Laborreform zum 1. April 2018

Nach langen Verhandlungen haben sich KBV und GKV-Spitzenverband auf die erste Stufe der Laborreform zum 1. April 2018 geeinigt.

Ziel der Laborreform zum 2. Quartal 2018 war es, die Mengenentwicklung bei den Laborleistungen in den Griff zu bekommen. Denn bundesweit stieg der Umfang an Laborleistungen jährlich im Schnitt um fünf Prozent und damit stärker als die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, aus der diese Leistungen finanziert werden.

Um der Mengenentwicklung und dem daraus entstehenden Finanzierungsproblem zwischen dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Versorgungsbereichen entgegenzuwirken, setzte die Reform an verschiedenen Stellen an:

Die Finanzierung der Laborleistungen orientiert sich nach den neuen Regelungen stärker an dem Versorgungsbereich, der das Labor selbst erbringt oder veranlasst. Daher werden nur noch die Leistungen von Laborpraxen nach dem Muster 10 und der Wirtschaftlichkeitsbonus gemeinsam von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten finanziert.

Außerdem wurde der Vergütungsmechanismus des Wirtschaftlichkeitsbonus überarbeitet. Für die Vergütung der einzelnen Laborleistungen gibt es seit der Reform eine variable Quote von mindestens 89 Prozent des Orientierungswerts. Diese lag vor der Reform fest bei 91,58 Prozent.

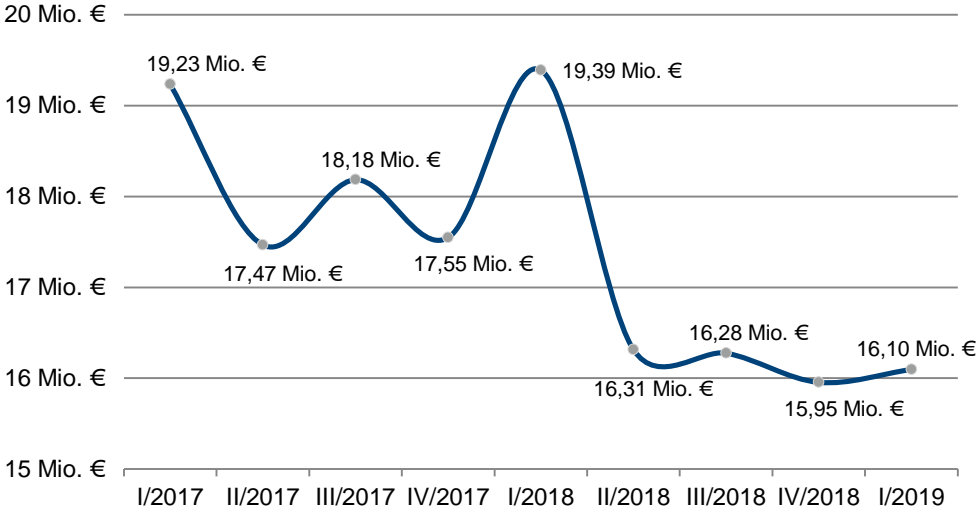
Vergütung von Laborleistungen | Überblick

Ein Blick auf die Honorardaten zeigt, dass die über das Muster 10 erbrachten Laborleistungen in Rheinland-Pfalz seit dem 2. Quartal 2018 deutlich rückläufig sind. Während im 1. Quartal 2018 noch Laborleistungen in Höhe von 19,4 Millionen Euro erbracht wurden, liegt die Höhe der erbrachten Leistungen seit dem 2. Quartal 2018 konstant bei rund 16 Millionen Euro je Quartal. Insgesamt sind die Ausgaben in diesem Bereich also um bis zu 3 Millionen Euro je Quartal gesunken.

Auch bei den eigen erbrachten Laborleistungen und Leistungen, die über das Muster 10A erbracht werden, ist seit der Reform ein Rückgang zu verzeichnen.

[Abbildung 5]

LABORLEISTUNGEN ÜBER DAS MUSTER 10



Wirtschaftlichkeitsbonus

Beim Wirtschaftlichkeitsbonus gab es durch die Laborreform insbesondere bei den Ausnahmekennziffern eine grundlegende Änderung:

Während nach der alten Systematik beim Ansetzen einer Ausnahmekennziffer der komplette Fall für die Bestimmung des Wirtschaftlichkeitsbonus' ausgeklammert wurde, gilt dies nach der neuen Systematik nur noch für bestimmte Laborparameter je Fall. Dadurch sind die Hürden für das Erreichen des Wirtschaftlichkeitsbonus höher. Hinzu kommt, dass sich auch die Bewertungen der Ziffern in Punkten für die einzelnen Fachgruppen verändert haben, was teils zu starken Verschiebungen führte. So profitieren HNO-Ärztinnen und HNO-Ärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte von der neuen Systematik, während insbesondere Gynäkologinnen und Gynäkologen seit der Reform vielfach einen geringeren Wirtschaftlichkeitsbonus erzielen.

Ein Blick auf alle Fachgruppen zeigt, dass sich das Honorar für den Wirtschaftlichkeitsbonus insgesamt um rund 500.000 Euro je Quartal verringert hat. Wurden im 1. Quartal 2018 noch 3,4 Millionen Euro Wirtschaftlichkeitsbonus ausgezahlt, waren es im 1. Quartal 2019 nur noch 2,9 Millionen Euro.

Restriktivere Verordnung und Honorarrückgang bei Laborleistungen

Insgesamt ist seit der Umsetzung der Laborreform ein deutlicher Honorarrückgang von rund 3 Millionen Euro im Quartal im Bereich der Laborleistungen zu verzeichnen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz deutlich restriktiver mit der Erbringung und Veranlassung von Laboruntersuchungen umgehen, seitdem die neuen Regelungen gelten. Dem liegt zum Teil auch eine Verunsicherung hinsichtlich der neuen Berechnungssystematik des Wirtschaftlichkeitsbonus sowie der stärkeren Finanzierung durch den eigenen Versorgungsbereich zugrunde.

Diese Verringerung der Laborleistungen führt dazu, dass die Laborquote in den letzten vier Quartalen zwischen 94 Prozent und 100 Prozent und damit deutlich über der Mindestquote von 89 Prozent lag. Durch diese hohe Quote konnten Honorarrückgänge für Laborpraxen abgedeckt werden.

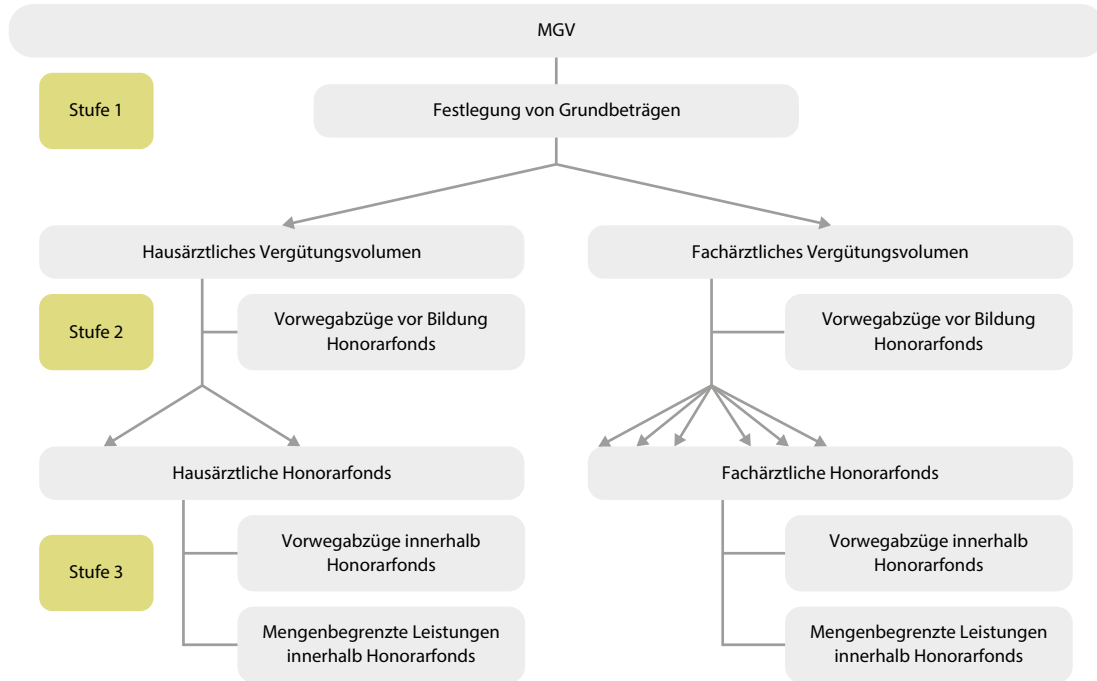
4. Honorarverteilung

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.

[Abbildung 6]

STUFEN DER HONORARVERTEILUNG



Stufen

1. Festlegung von Grundbeträgen

Zunächst werden nach den Vorgaben der KBV einzelne, voneinander unabhängige Grundbeträge je Versichertem bestimmt:

- Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Grundbetrag für Laborleistungen
- Grundbetrag für Hausärztinnen und Hausärzte
- Grundbetrag 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.

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 und zu 10 Prozent aus dem hausärztlichen 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 eine Mindestpunktwert in Höhe von 80 Prozent des Orientierungswertes garantiert.

[Abbildung 7]

	Quartal I/2018	Quartal II/2018	Quartal III/2018	Quartal IV/2018	2018 gesamt
Grundbetrag Labor					
Grundbetrag	25.346.456 €	17.304.492 €	17.283.741 €	16.674.346 €	76.609.035 €
Tatsächliche Vergütung	27.781.517 €	16.631.864 €	17.251.404 €	16.674.346 €	78.339.131 €
Grundbetrag organisierter Notfalldienst - Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen					
Grundbetrag	7.774.728 €	8.832.667 €	7.948.370 €	8.434.360 €	32.990.125 €
Tatsächliche Vergütung	8.442.395 €	8.892.788 €	7.836.925 €	8.212.283 €	33.384.391 €
Grundbetrag Hausärzte					
Grundbetrag	150.425.865 €	156.330.094 €	152.856.907 €	155.755.685 €	615.368.551 €
Tatsächliche Vergütung	148.901.339 €	156.370.325 €	152.909.351 €	155.852.775 €	614.033.790 €
Grundbetrag Fachärzte, ohne PFG und genetisches Labor					
Grundbetrag	128.036.741 €	136.449.488 €	130.920.606 €	133.181.609 €	528.588.444 €
Tatsächliche Vergütung	126.458.538 €	137.021.764 €	130.714.460 €	133.278.603 €	527.473.365 €
Grundbetrag PFG					
Grundbetrag	7.936.008 €	8.066.698 €	7.921.880 €	8.165.326 €	32.089.911 €
Tatsächliche Vergütung	7.936.008 €	8.066.698 €	7.921.880 €	8.165.326 €	32.089.911 €
Grundbetrag genetisches Labor					
Grundbetrag	2.283.634 €	2.167.663 €	1.995.759 €	2.033.215 €	8.480.272 €
Tatsächliche Vergütung	2.283.634 €	2.167.663 €	2.293.243 €	2.061.210 €	8.805.750 €
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV) *					
Grundbetrag	321.803.432 €	329.151.102 €	318.927.263 €	324.244.542 €	1.294.126.339 €
Tatsächliche Vergütung	321.803.432 €	329.151.102 €	318.927.263 €	324.244.542 €	1.294.126.339 €

Grundbeträge bereits um 0,1% zur Finanzierung des Sicherstellungsfonds reduziert

2. Bildung von Honorarfonds

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

- Vorwegabzug "Rückstellungen und Förderbeträge"
- Vorwegabzug "Versorgungsbereichsspezifischer FKZ"
- Vorwegabzug "Vorwegleistungen"
- Vorwegabzug "Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge"

[Abbildungen 8, 9]

	Quartal I/2018	Quartal II/2018	Quartal III/2018	Quartal IV/2018	2018 gesamt	
Grundbetrag Hausärzte	150.425.865 €	156.330.094 €	152.856.907 €	155.755.685 €	615.368.551 €	
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:						
Auflösung Rückstellung Hausärzte	-	405.000 €	- €	2.000.000 €	2.000.000 €	3.595.000 €
Förderung Praxisnetze	-	1.520 € -	1.560 € -	1.540 € -	1.530 € -	6.150 €
Förderung NäPa Besuche	-	125.000 €	125.000 €	125.000 €	125.000 €	500.000 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:						
FKZ Hausärzte	-	1.283.961 € -	1.177.178 € -	1.292.355 € -	1.339.063 € -	5.092.557 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:						
eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	-	- € -	4.643.930 € -	4.466.283 € -	4.220.688 € -	13.330.901 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-	115.758 € -	98.717 € -	101.895 € -	94.682 € -	411.052 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:						
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Labor	-	1.232.628 €	66.516 €	3.721 €	- € -	1.162.391 €
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	-	291.898 € -	26.285 €	48.723 €	97.090 € -	172.370 €
Vergütungsvolumen Hausärzte in Honorarfonds	147.220.100 €	150.573.940 €	149.172.278 €	152.321.813 €	599.288.131 €	

	Quartal I/2018	Quartal II/2018	Quartal III/2018	Quartal IV/2018	2018 gesamt	
Grundbetrag Fachärzte	128.036.741 €	136.449.488 €	130.920.606 €	133.181.609 €	528.588.444 €	
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:						
Auflösung Rückstellung Fachärzte	-	395.000 €	- €	2.000.000 €	- €	1.605.000 €
Förderung Praxisnetze	-	1.340 € -	1.330 € -	1.300 € -	1.300 € -	5.270 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:						
FKZ Fachärzte	-	5.725.652 € -	5.023.818 € -	5.486.778 € -	5.480.906 € -	21.717.154 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:						
Laborgrundpauschalen, eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	- € -	4.265.204 € -	4.245.695 € -	3.971.569 € -		12.482.468 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-	4.004.217 € -	3.624.236 € -	3.562.285 € -	3.645.004 € -	14.835.742 €
Honorarfonds übrige Psychotherapie	-	1.584.127 € -	1.690.827 € -	1.618.455 € -	1.628.787 € -	6.522.196 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:						
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Labor	-	1.202.432 €	606.113 €	28.616 €	- € -	567.703 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	-	375.770 € -	33.837 €	62.722 €	124.987 € -	221.898 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag genetisches Labor	-	- €	- € -	297.485 € -	27.993 € -	325.478 €
Vergütungsvolumen Fachärzte in Honorarfonds	114.748.203 €	122.416.349 €	117.799.946 €	118.551.037 €	473.515.535 €	

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 Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte und hausärztliche Internistinnen und Internisten sowie für Kinderärztinnen und Kinderärzte. Im fachärztlichen Bereich sind es insgesamt 14 Fachgruppenthonorarfonds. 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.

[Abbildung 10]

	Quartal I/2018	Quartal II/2018	Quartal III/2018	Quartal IV/2018	2018 gesamt
Hausärztliche Honorarfonds					
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	133.336.033 €	136.370.994 €	135.090.644 €	137.954.063 €	542.751.734 €
Kinderärzte	13.884.067 €	14.202.946 €	14.081.634 €	14.367.750 €	56.536.397 €
Vergütungsvolumen Hausärzte in Honorarfonds	147.220.100 €	150.573.940 €	149.172.278 €	152.321.813 €	599.288.131 €
Fachärztliche Honorarfonds					
Anästhesisten	985.513 €	1.108.176 €	1.011.495 €	1.004.222 €	4.109.406 €
Augenärzte	10.167.469 €	10.859.873 €	10.453.733 €	10.521.526 €	42.002.601 €
Chirurgen	6.563.509 €	7.010.484 €	6.746.082 €	6.790.248 €	27.110.323 €
Gynäkologen	10.523.573 €	11.240.228 €	10.819.640 €	10.889.877 €	43.473.318 €
HNO-Ärzte	8.367.202 €	8.937.008 €	8.602.454 €	8.658.239 €	34.564.903 €
Hautärzte	4.352.789 €	4.649.214 €	4.475.013 €	4.504.033 €	17.981.049 €
Fachärztliche Internisten	18.967.839 €	20.259.548 €	19.499.921 €	19.626.418 €	78.353.726 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP	11.805.796 €	12.609.791 €	12.138.897 €	12.218.141 €	48.772.625 €
Orthopäden, Reha-Mediziner	11.795.238 €	12.598.493 €	12.113.709 €	12.192.886 €	48.700.326 €
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	20.663.467 €	22.070.648 €	21.245.259 €	21.383.002 €	85.362.376 €
Urologen	4.079.703 €	4.357.530 €	4.194.504 €	4.221.717 €	16.853.454 €
Auftragsärzte gesamt	2.881.926 €	3.078.185 €	2.963.068 €	2.983.751 €	11.906.930 €
Ermächtigte Vertragsärzte	2.424.617 €	2.443.511 €	2.318.738 €	2.331.641 €	9.518.507 €
nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	1.169.562 €	1.193.660 €	1.217.431 €	1.225.338 €	4.805.991 €
Vergütungsvolumen Fachärzte in Honorarfonds	114.748.203 €	122.416.349 €	117.799.946 €	118.551.037 €	473.515.535 €

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.

[Abbildung 11]

Honorarfonds	Anteil Vorwegleistungen	Anteil mengenbegrenzte Leistungen
Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten	92,6%	7,4%
Kinderärzte	87,2%	12,8%
Anästhesisten	15,6%	84,4%
Augenärzte	27,2%	72,8%
Chirurgen	57,9%	42,1%
Gynäkologen	54,1%	45,9%
HNO-Ärzte	64,9%	35,1%
Hautärzte	0,8%	99,2%
Fachärztliche Internisten	0,1%	99,9%
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJP	1,3%	98,7%
Orthopäden, Reha-Mediziner	45,6%	54,4%
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	0,0%	100,0%
Urologen	64,4%	35,6%
Auftragsärzte gesamt	0,0%	100,0%
Ermächtigte Vertragsärzte	3,3%	96,7%
nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	0,3%	99,7%

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.

Eine Ausnahme bilden die Fachgruppen der Auftragsärztinnen und Auftragsärzte und 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 aus dem anerkannten Punktzahlvolumen der Praxis im Vorjahresquartal.

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 oder den einzelnen Arzt. Somit können innerhalb der BAG die Leistungen untereinander verrechnet werden, das heißt, Mehrarbeit von Ärztin A oder Arzt A kann durch einen geringeren Leistungsumfang von Ärztin B oder Arzt B ausgeglichen werden. In einer BAG mit mehreren Fachgruppen – fachübergreifende BAG – werden die Leistungen der einzelnen Ärztinnen und Ärzte innerhalb der BAG mit den Punktwerten der jeweiligen Fachgruppe unterschiedlich vergütet.

Für neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gilt: Ist eine Ärztin oder ein Arzt noch keine vier Jahre niedergelassen, so gilt er gemäß HVM als Neugründerin oder Neugründer. Dies bedeutet, dass in diesem Zeitraum die Mengenbegrenzung ausgesetzt wird, solange er den Durchschnitt 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 und Patienten einer Kollegin oder eines Kollegen, 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 den Hausärztinnen und Hausärzten auch die Gesprächsleistung, Chronikerpauschale, Vorhaltepauschale und Geriatrieziffern. Für diese Leistungen wird für jede Arztgruppe ein Durchschnitt ermittelt. Es erfolgt eine Abstufung aufgrund übermäßiger Ausdehnung bei Überschreitung der durchschnittlichen Punktzahl je Ärztin oder Arzt einer Arztgruppe um mehr als 100 Prozent.

Rechnet somit eine Praxis unter Berücksichtigung der Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der Praxis pro Ärztin oder Arzt im Schnitt mehr als den doppelten Durchschnitt der Arztgruppe ab, so erfolgt eine Abstufung der darüber hinausgehenden Leistungen um 50 Prozent. Bei Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad unter 100 Prozent finden diese Regelungen keine Anwendung.

5. Vom Praxisumsatz zum Nettoeinkommen

Die Frage nach dem konkreten Nettoeinkommen von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 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.

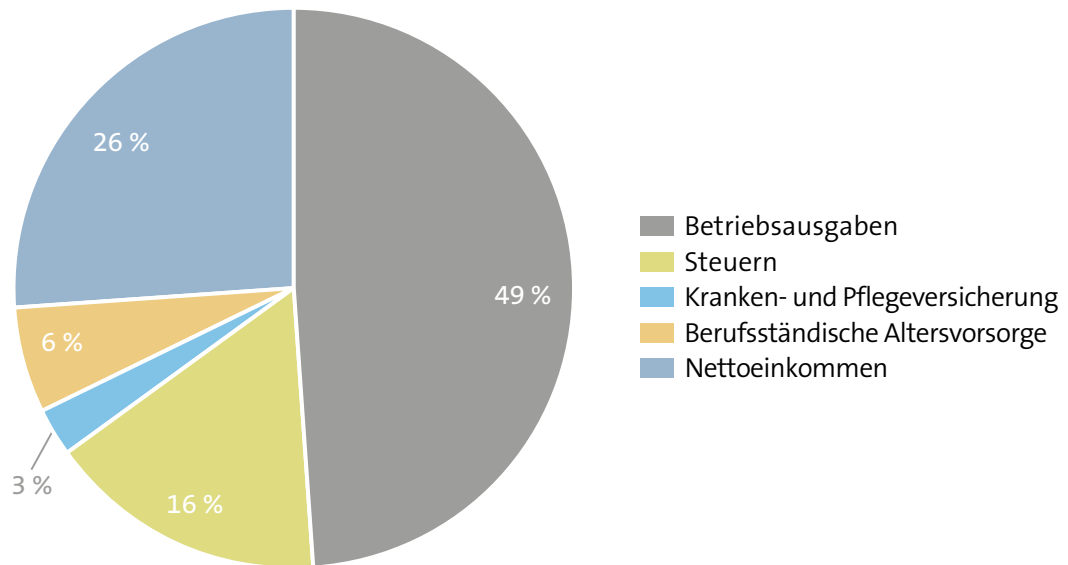
Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hingegen befragt regelmäßig im bundesweit angelegten Zi-Praxis-Panel niedergelassene Ärztinnen und Psychotherapeutinnen sowie Ärzte und Psychotherapeuten zu ihren Kostenstrukturen. Im letzten Panel haben rund 6.500 Praxen aus unterschiedlichsten Fachgruppen und Regionen teilgenommen. Die Ergebnisse sollen die tatsächliche Entwicklung ihrer Kostenstrukturen 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 einer niedergelassenen Ärztin oder einem niedergelassenen Arzt 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 müssen.

Die Durchschnittszahlen zum Jahresüberschuss variieren jedoch stark zwischen Hausärztinnen, Fachärztinnen und Psychotherapeutinnen bzw. Hausärzten, Fachärzten 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 12, 13, 14, 15]

ANTEIL DER BETRIEBSAUSGABEN UND DES VERFÜGBAREN EINKOMMENS AM GESAMTUMSATZ



Jahresüberschuss je Praxisinhaber und Praxiskonstellation nach Versorgungsbereich



	Hausärztliche Versorgung		Fachärztliche Versorgung		Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung	
	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis
Einnahmen	347.700 €	296.500 €	402.200 €	490.600 €	109.600 €	87.800 €
<i>GKV-Umsatz</i>	292.000 €	249.800 €	279.200 €	324.200 €	91.100 €	73.800 €
<i>Privatliquidation und sonstiger Umsatz</i>	55.700 €	46.700 €	123.000 €	166.400 €	18.500 €	14.000 €
Ausgaben	167.600 €	129.000 €	202.800 €	262.100 €	28.800 €	22.300 €
<i>Personal</i>	96.700 €	80.700 €	100.800 €	129.400 €	4.100 €	2.900 €
<i>Material und Labor</i>	6.000 €	5.100 €	13.600 €	28.600 €	300 €	- €
<i>Miete für Praxisräume</i>	18.200 €	12.900 €	25.600 €	27.800 €	7.300 €	7.500 €
<i>Abschreibungen</i>	7.600 €	5.800 €	13.200 €	20.000 €	2.400 €	1.400 €
<i>Sonstige</i>	39.000 €	24.600 €	49.700 €	56.400 €	14.700 €	10.500 €
Jahresüberschuss	180.100 €	167.500 €	199.300 €	228.400 €	80.800 €	65.500 €

Quelle: eigene Darstellung auf Basis ZI-Praxis-Panel 2017, Tabelle 6

Jahresüberschuss je Praxisinhaber nach Fachgruppe im Jahr 2016

Fachgruppe	Gesamtumsatz	Gesamtaufwendungen	Jahresüberschuss
Allgemeinmedizin, HÄ Internisten	323.879 €	149.466 €	174.413 €
Anästhesiologie	336.252 €	163.284 €	172.968 €
Augenheilkunde	527.913 €	253.382 €	274.531 €
Chirurgie	428.367 €	240.944 €	187.423 €
Dermatologie	448.634 €	227.781 €	220.853 €
Gynäkologie	333.775 €	159.908 €	173.867 €
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	366.725 €	179.167 €	187.558 €
Innere Medizin – Gastroenterologie	527.839 €	313.033 €	214.806 €
Innere Medizin – Kardiologie	508.481 €	253.852 €	254.629 €
Innere Medizin – Pneumologie	652.130 €	372.422 €	279.708 €
Innere Medizin - ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	484.948 €	263.401 €	221.547 €
Innere Medizin - sonstige Fachgebiete	716.507 €	416.864 €	299.643 €
Kinderärzte	352.047 €	172.505 €	179.542 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	380.915 €	215.709 €	165.206 €
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	322.568 €	128.197 €	194.371 €
Neurologie	325.423 €	139.917 €	185.506 €
Nuklearmedizin	741.379 €	398.414 €	342.965 €
Orthopädie	447.649 €	241.268 €	206.381 €
Physikalische und rehabilitative Medizin	237.582 €	107.319 €	130.263 €
Psychiatrie	2.016.611 €	71.926 €	1.944.685 €
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	115.695 €	29.524 €	86.171 €
Psychotherapie	108.450 €	28.551 €	79.899 €
Radiologie	1.059.953 €	712.383 €	347.570 €
Urologie	403.298 €	192.036 €	211.262 €
Übergreifend tätige Praxen	581.550 €	297.841 €	283.709 €

Quelle: eigene Darstellung auf Basis ZI-Praxis-Panel 2017, Tabelle 21, 22

	Mittelwert
Jahresüberschuss	170.351 €
abzüglich ärztliche Altersvorsorge*	20.654 €
abzüglich Kranken- und Pflegeversicherung**	9.295 €
abzüglich Einkommensteuer***	55.002 €
verfügbares Nettoeinkommen im Jahr	85.399 €
monatlich verfügbares Nettoeinkommen	7.117 €
Nettostundensatz****	39 €

* Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 14% bzw. Höchstbetrag 20.654 Euro/Jahr; vgl. *Ärzteversorgung Niedersachsen (2016)*, S. 4.

** Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter (kinderlos).

*** Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 82% der Versorgungswerk- beiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge (inkl. Soli.).

**** Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 48 Stunden (siehe Tabelle 10).

Quelle: eigene Darstellung auf Basis ZI-Praxis-Panel 2017, Tabelle 5

Zi-Praxis-Panel

Das vollständige Zi-Praxis-Panel mit Darstellungen zur wirtschaftlichen Entwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung finden Sie hier:

- www.zi.de | Zi-Praxis-Panel | Veröffentlichungen

6. Digitale Statistiken

Honorarentwicklung und Vergütungsbestandteile

Aktuelle Zahlen und Grafiken zur Honorarentwicklung und zu Vergütungsbestandteilen in Rheinland-Pfalz finden Sie in unseren digitalen Statistiken. Über Filterfunktionen können Sie gezielt die für Sie relevanten Informationen abrufen:

- [Honorarentwicklung](#)
- [Vergütungsbestandteile](#)