

HONORARBERICHT 2021

ENTWICKLUNG DER GKV-UMSÄTZE IN RHEINLAND-PFALZ



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

Konzept und Redaktion

Kommunikation | Honorarabrechnung

Bildnachweis

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

Stand

Dezember 2021

Umsetzung

Abteilung Kommunikation der KV RLP

Hinweise

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



INHALT

DER HONORARBERICHT 2021 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 2020.....	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 Ärztteeinkommen.....	5
Abbildung 1.2 Funktionsweise des Gesundheitsfonds.....	6
Abbildung 1.3 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in 2020.....	8
Abbildung 2.1 Struktur der Gesamtvergütung	9
Abbildung 2.2 Entwicklung der Gesamtvergütung von 2016 bis 2020	10
Abbildung 3.1 Bisherige Ausgleichszahlungen	13
Abbildung 3.2 Anteil Honorarfachgruppe an Ausgleichszahlungen 2020.....	14
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 Hausärzte und Fachärzte nach Honorarklammer.....	19
Abbildung 4.6 Anteil der Vorwegleistungen und mengenbegrenzten Leistungen innerhalb der Honorarfonds	20
Abbildung 5.1 Jahresüberschuss je Praxisinhaber	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 nach Fachgruppen (Werte Einzelpraxen)	26



DER HONORARBERICHT 2021 DER KV RLP

Der Honorarbericht 2021 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 von speziellen 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. Seit dem letzten Honorarbericht wurden die Kennzahlen aller Fachgruppen für das Berichtsjahr digital aufbereitet: Die Fachgruppenblätter werden seitdem auf der Website der KV RLP innerhalb der digitalen Statistiken abgebildet.

Alle Honorarberichte sowie die digitalen Statistiken finden Sie hier: www.kv-rlp.de/559424

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 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 Honorarzahlingen der Kassenärztlichen Vereinigungen an ihre Mitglieder, die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeuten und Psychotherapeuten.

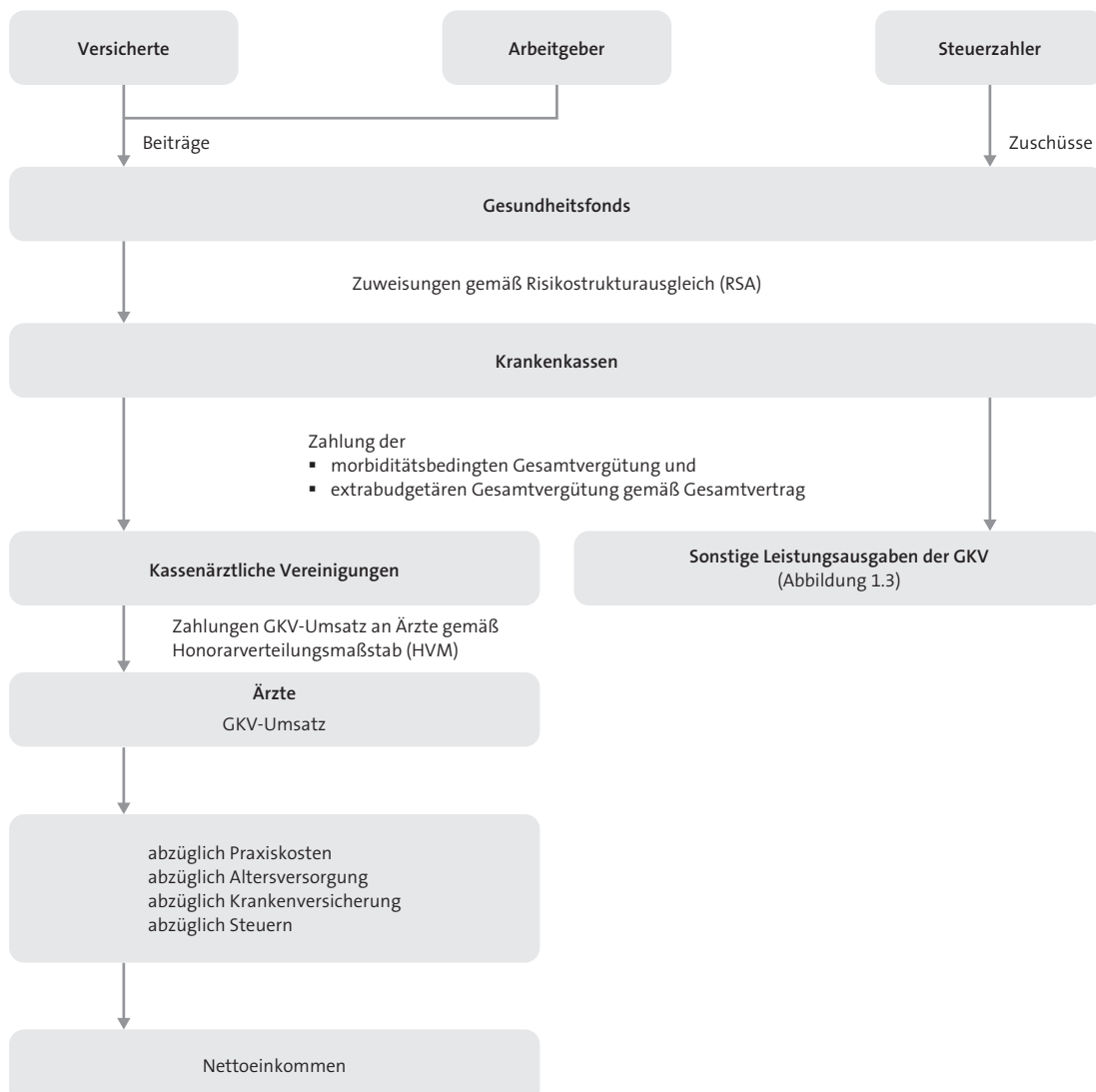
1.1 VERSICHERTENBEITRÄGE

Die Versichertenbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden von den Krankenkassen eingezogen. Im Jahr 2020 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

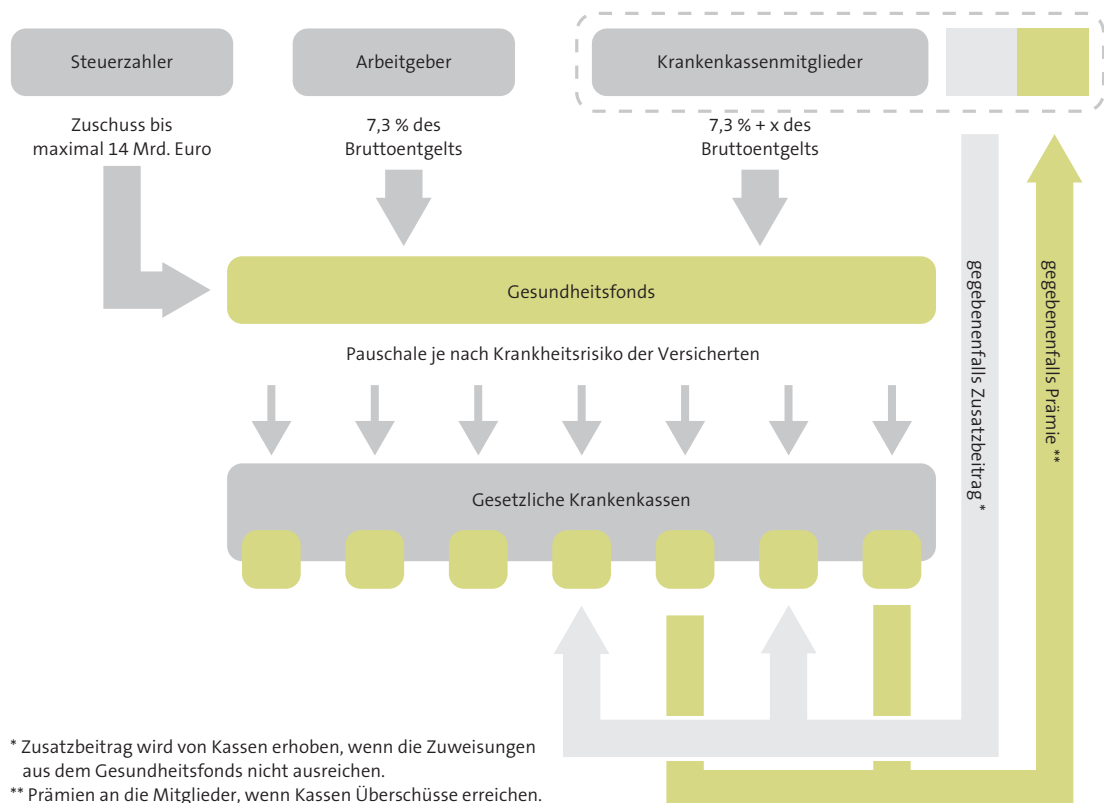
Der Gesundheitsfonds dient als eine Art Geldsammelstelle. Die Krankenkassen leiten die Versichertenbeiträge an ihn weiter und erhalten im Gegenzug

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.

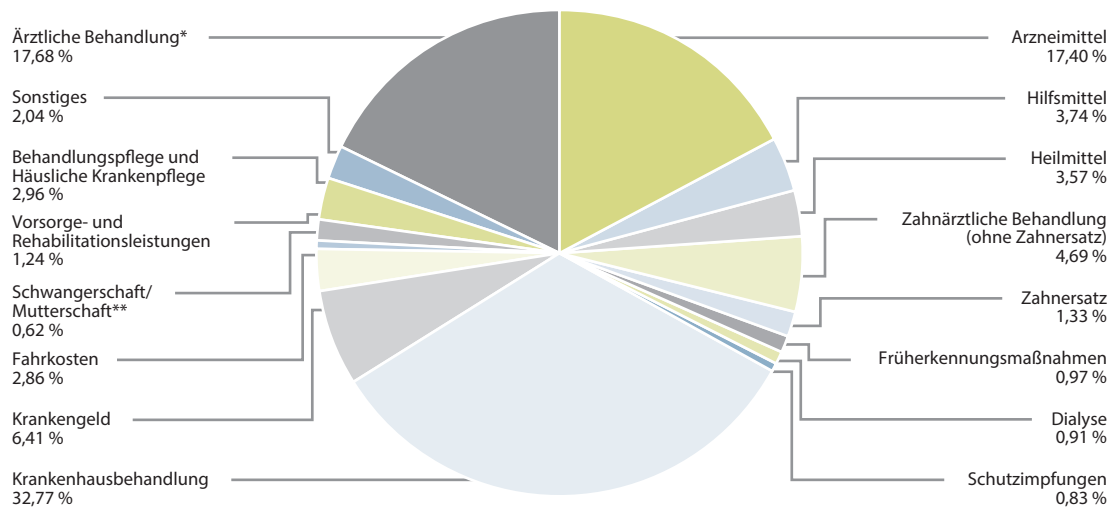
Die jeweiligen Bereiche sind aufgrund von gesetzlichen Vorgaben mit verschiedenen Finanzmitteln ausgestattet. Aufgrund einer strikten finanziellen Trennung von ambulantem und stationärem Leistungsbereich führt jedoch eine Leistungsverlagerung von dem stationären in den ambulanten Bereich zu keinen entsprechenden 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 2020 17,68 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 Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

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

ABBILDUNG 1.3 AUSGABEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN 2020



* 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

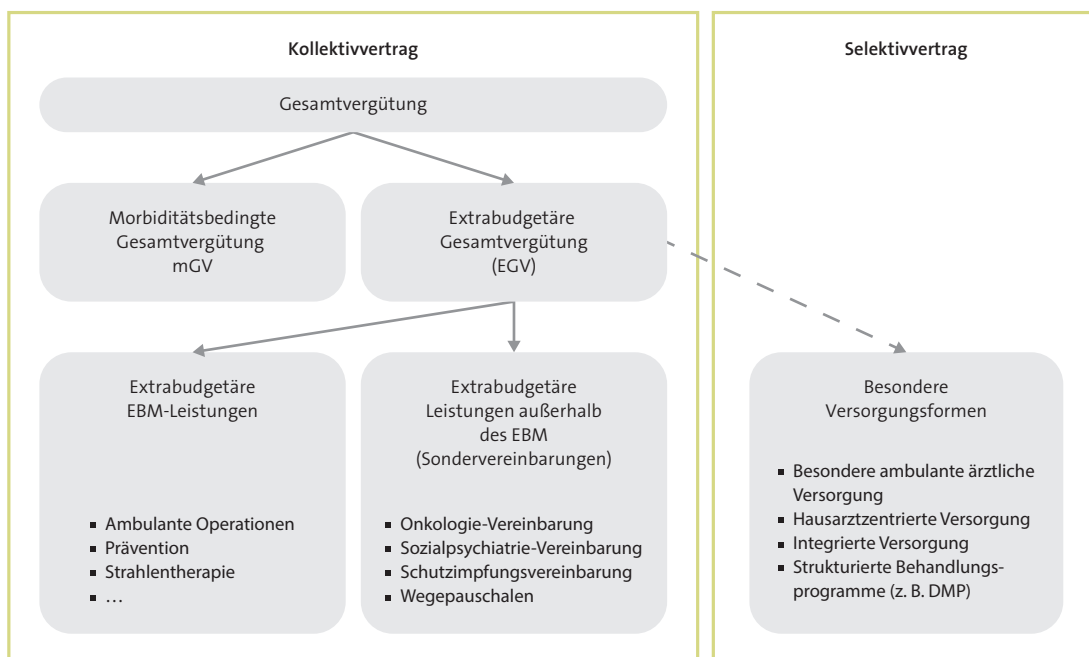
oder der KV freiwillige bilaterale Verträge vereinbart werden, sogenannte Selektivverträge.

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 2020 belief sich die Gesamtvergütung aller Krankenkassen an die KV RLP auf 2,02 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 Versicherten 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

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

Funktionsweise Fremdkassenzahlungsausgleich:
Honorarbericht 2015, Abbildung 3.1, Seite 21

ABBILDUNG 2.2 ENTWICKLUNG DER GESAMTVERGÜTUNG VON 2016 BIS 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
mGV	1.234.362.357 €	1.263.486.206 €	1.296.354.001 €	1.305.356.296 €	1.278.264.643 €
EGV	524.948.287 €	554.463.240 €	567.292.271 €	622.151.283 €	741.018.626 €
Gesamtvergütung	1.759.310.644 €	1.817.949.446 €	1.863.646.272 €	1.927.507.579 €	2.019.283.270 €
Veränderung zum Vorjahr	4,5 %	3,3 %	2,5 %	3,4 %	4,8 %
Anzahl der GKV-Versicherten mit Wohnort in Rheinland-Pfalz	3.405.638	3.446.253	3.470.705	3.476.489	3.483.758
Veränderung Versichertenzahl zum Vorjahr	0,7 %	1,2 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %
Gesamtvergütung je Versichertem	516,59 €	527,51 €	536,96 €	554,44 €	579,63 €

Die Leistungen des Abschnitts 13.3.6 waren bis zum Quartal II/2013 in der mGV und ab dem Quartal III/2013 in der EGV enthalten.

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 2020 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 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 Niedergelassenen in ihren Praxen tatsächlich leisten. Bei Leistungen der EGV sind ihnen 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



- belegärztliche Leistungen gemäß Kapitel 36 EBM
- Dialyse-Sachkosten
- Präventionsleistungen (Krebsfrüherkennung inklusive Hautkrebscreening, Mutterschaftsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung sowie präventive Koloskopie)
- Strahlentherapie einschließlich Sachkosten
- Substitutionsbehandlung
- TSVG-Leistungen

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-Patienten durch onkologisch qualifizierte Ärzte
- Sozialpsychiatrie-Vereinbarung auf Bundes- und Landesebene: besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch qualifizierte 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 Vertragspartner 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 Leistungsbeziehungsweise 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 einzu beziehen 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.

Eine Übersicht über alle Verträge, die die KV RLP für ihre Mitglieder geschlossen hat, finden Sie hier: <https://www.kv-rlp.de/922474>



BESONDERHEITEN 2020

HONORAREINBRÜCHE IN 2020 KOMPENSIERT

Im Jahr 2020 konnte die KV RLP eine Vielzahl an Praxen mit dem Corona-Rettungsschirm unterstützen. Dabei wurden bisher insgesamt rund 12,9 Millionen Euro als Honorarstützung bei pandemiebedingtem Honorarrückgang verteilt. 8,3 Millionen hat die KV RLP aus Rückstellungen ausbezahlt, weitere 4,6 Millionen Euro entfielen auf extrabudgetäre Leistungen, die von den Krankenkassen übernommen wurden.

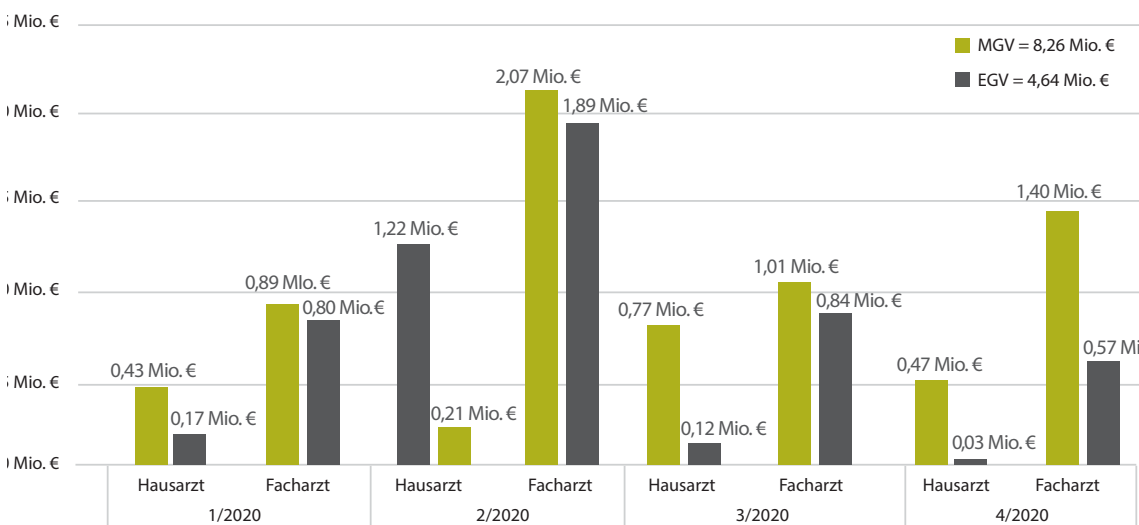
Während das 1. Quartal 2020 für die meisten Praxen noch ohne größere Honorarrückgänge verlief, zeigte sich im 2. Quartal 2020 bei vielen Praxen ein deutlicher Einbruch im Leistungsgeschehen. An 623 anspruchsberechtigte Praxen wurden in diesem Quartal Ausgleichszahlungen in Höhe von 5,5 Millionen Euro ausbezahlt. Somit entfallen rund 40 Prozent der gesamten Stützungssumme auf das 2. Quartal 2020. Im 3. Quartal und 4. Quartal 2020 konnten dann viele Leistungen nachgeholt werden, sodass in diesen Quartalen wieder weniger Praxen gestützt werden mussten.

Auf der Ebene der Fachgruppen entfielen die größten Stützungssummen auf die Bereiche Allgemeinmedizin, Augenheilkunde und Psychotherapie. Der Anteil an Praxen, die im Rahmen des Rettungsschirms gestützt werden konnten – bezogen auf die Gesamtzahl der Praxen in einer Fachgruppe –, war in den Bereichen Anästhesiologie, Augenheilkunde, Screening-Einheiten und Psychotherapie am höchsten.

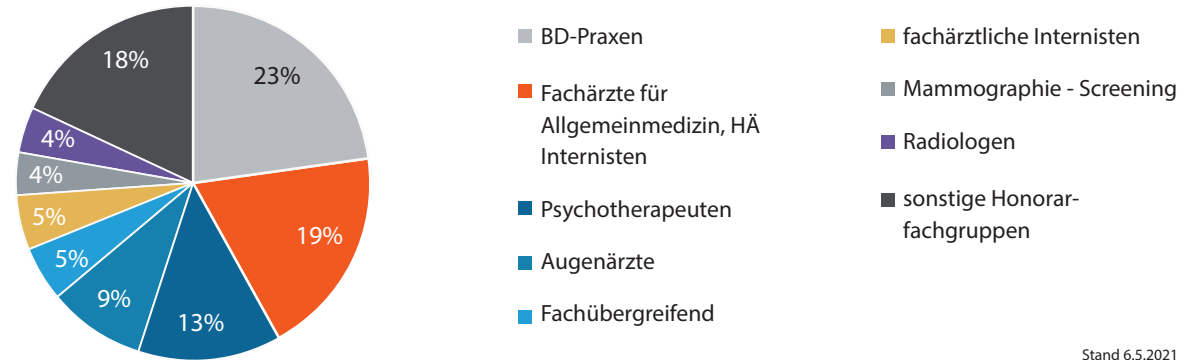
Neue Regelungen für das Jahr 2021

Die für das Jahr 2020 geltenden Honorarstützungsregelungen waren auf die vier Quartale des Jahres 2020 beschränkt. Eine grundsätzliche Fortführung der Regelungen wurde am 26. März 2021 mit dem Gesetz zur Fortgeltung der epidemischen Lage (EpiLage-Fortgeltungsgesetz) beschlossen. Mit dem Gesetz werden die KVen aufgefordert, „geeignete Regelungen zur Fortführung der vertragsärztlichen Tätigkeit bei einem die Praxis gefährdenden Umfang des

3.1 BISHERIGE AUSGLEICHSZAHLUNGEN



3.2 ANTEIL HONORARFACHGRUPPE AN AUSGLEICHSZAHLUNGEN 2020



Stand 6.5.2021

Fallzahlrückganges“ in den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) aufzunehmen. Allerdings ist der Gesetzgeber nicht den Forderungen der KVen gefolgt, die Krankenkassen weiterhin an der Finanzierung zu beteiligen. Dies bedeutet, dass jegliche Ausgleichszahlungen aus den Rücklagen

oder der laufenden Honorarverteilung finanziert werden müssten. Dies gilt auch für extrabudgetäre Leistungen. Im Gegensatz zum Rettungsschirm für das Jahr 2020 ist auch keine Begrenzung des Honorarrückgangs auf zehn Prozent zum Vorjahresquartal gesetzlich garantiert.



HONORARVERTEILUNG

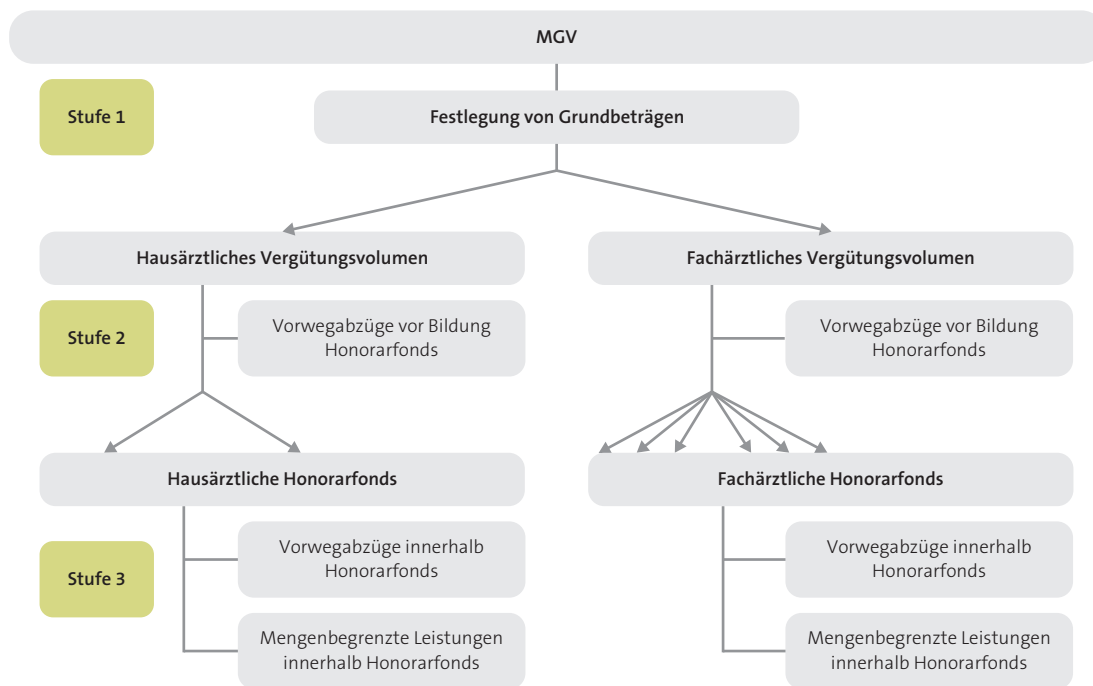
Die Honorarverteilung stellt sich im Bereich der extrabudgetären Gesamtvergütung relativ einfach dar. Hier werden von den Ärztinnen und Ärzten erbrachte Leistungen von der KV RLP mit festem Punktwert bezahlt und den Krankenkassen in Rechnung gestellt. Wesentlich komplexer ist die Honorarverteilung im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

- Grundbetrag für den ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Grundbetrag für Laborleistungen
- Grundbetrag für Hausärzte
- Grundbeträge für Fachärzte
 - Grundbetrag Fachärzte

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

Die Grundbeträge werden getrennt voneinander fortentwickelt und mit der aktuellen Versichertenanzahl 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 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 4.2 GRUNDBETRÄGE UND TATSÄCHLICHE VERGÜTUNG

	Quartal I/2020	Quartal II/2020	Quartal III/2020	Quartal IV/2020	2020 gesamt
Grundbetrag Labor					
Grundbetrag	17.844.852 €	17.992.172 €	17.898.523 €	17.238.751 €	70.974.299 €
Tatsächliche Vergütung	17.844.852 €	15.261.086 €	17.898.523 €	17.238.751 €	68.243.212 €
Grundbetrag organisierter Notfalldienst (Bereitschaftsdienst und Krankenhausambulanzen)					
Grundbetrag	8.151.844 €	9.256.163 €	8.349.757 €	8.857.869 €	34.615.634 €
Tatsächliche Vergütung	7.827.232 €	6.299.702 €	7.074.440 €	5.757.878 €	26.959.252 €
Grundbetrag Hausärzte					
Grundbetrag	156.652.146 €	159.204.131 €	154.720.160 €	157.137.034 €	627.713.471 €
Tatsächliche Vergütung	156.794.064 €	160.684.954 €	155.277.716 €	158.492.320 €	631.249.053 €
Grundbetrag Fachärzte, ohne PFG und genetisches Labor					
Grundbetrag	123.718.917 €	129.647.732 €	123.027.501 €	125.376.089 €	501.770.239 €
Tatsächliche Vergütung	123.071.896 €	133.308.592 €	122.241.631 €	126.151.462 €	504.773.580 €
Grundbetrag PFG					
Grundbetrag	7.434.002 €	7.692.369 €	7.436.881 €	7.678.425 €	30.241.677 €
Tatsächliche Vergütung	7.434.002 €	7.692.369 €	7.436.881 €	7.678.425 €	30.241.677 €
Grundbetrag genetisches Labor					
Grundbetrag	2.306.022 €	2.151.383 €	1.962.938 €	2.027.091 €	8.447.435 €
Tatsächliche Vergütung	3.135.739 €	2.697.248 €	3.466.570 €	2.996.423 €	12.295.979 €
Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (mGV)*					
Grundbetrag	316.107.784 €	325.943.951 €	313.395.760 €	318.315.259 €	1.273.762.754 €
Tatsächliche Vergütung	316.107.784 €	325.943.951 €	313.395.760 €	318.315.259 €	1.273.762.754 €

* 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

ABBILDUNG 4.3 VORWEGABZÜGE IM HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2020	Quartal II/2020	Quartal III/2020	Quartal IV/2020	2020 gesamt
Grundbetrag Hausärzte	156.652.146 €	159.204.131 €	154.720.160 €	157.137.034 €	627.713.471 €
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:					
Auflösung Rückstellung Hausärzte					
Förderung Praxisnetze	-1.500 €	-1.490 €	-1.450 €	-1.450 €	-5.890 €
Förderung NäPa Besuche	125.000 €	125.000 €	125.000 €	125.000 €	500.000 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:					
FKZ Hausärzte	-648.317 €	-682.256 €	-569.126 €	-626.963 €	-2.526.662 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:					
eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	-4.200.801 €	-3.846.703 €	-4.023.446 €	-3.782.674 €	-15.853.624 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-130.488 €	-155.753 €	-59.281 €	-58.477 €	-403.998 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:					
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Labor		188.287 €			188.287 €
Anteil Hausärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	141.917 €	1.292.536 €	557.556 €	1.355.286 €	3.347.296 €
Vergütungsvolumen Hausärzte in Honorarfonds	151.937.957 €	156.123.752 €	150.749.413 €	154.147.756 €	612.958.879 €

ABBILDUNG 4.4 VORWEGABZÜGE IM FACHÄRZTLICHEN VERSORGUNGSBEREICH

	Quartal I/2020	Quartal II/2020	Quartal III/2020	Quartal IV/2020	2020 gesamt
Grundbetrag Fachärzte	123.718.917 €	129.647.732 €	123.027.501 €	125.376.089 €	501.770.239 €
Vorwegabzug „Rückstellungen und Förderbeträge“:					
Auflösung Rückstellung Fachärzte					
Förderung Praxisnetze	-1.310 €	-1.320 €	-1.300 €	-1.280 €	-5.210 €
Vorwegabzug „Versorgungsbereichsspezifischer FKZ“:					
FKZ Fachärzte	-6.472.268 €	-5.288.425 €	-6.132.817 €	-5.876.028 €	-23.769.537 €
Vorwegabzug „Vorwegleistungen“:					
Laborgrundpauschalen, eigene und auf Muster 10A veranlasste Laborleistungen	-4.161.775 €	-4.005.748 €	-4.052.947 €	-4.028.068 €	-16.248.539 €
Kosten Kapitel 40 EBM in mGV	-3.742.286 €	-3.442.481 €	-3.203.944 €	-3.185.563 €	-13.574.274 €
Honorarfonds übrige Psychotherapie	-2.365.092 €	-3.074.499 €	-2.756.476 €	-2.938.960 €	-11.135.027 €
Vorwegabzug „Ausgleich von Fehlbeträgen anderer Grundbeträge“:					
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Labor		2.542.800 €			2.542.800 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag Bereitschaftsdienst	182.695 €	1.663.925 €	717.761 €	1.744.705 €	4.309.086 €
Anteil Fachärzte an Fehlbetrag genetisches Labor	-829.717 €	-545.864 €	-1.503.632 €	-969.332 €	-3.848.544 €
Vergütungsvolumen Fachärzte in Honorarfonds	106.329.165 €	117.496.119 €	106.094.146 €	110.121.562 €	440.040.993 €

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 und hausärztliche Internisten sowie für Kinderärzte. 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.

TSVG-Bereinigung der Honorarfonds

Die Vorgaben der KBV sehen in Bezug auf die Bereinigung von TSVG-Konstellationen eine Bereinigung der auf Basis des Vorjahres ermittelten Honorarfonds je Fachgruppe um die jetzt extrabudgetären TSVG-Leistungen vor. Dadurch wird gewährleistet, dass die Minderung der Gesamtvergütung nur diejenigen Fachgruppen betrifft, die auch Leistungen im Rahmen des TSVG abrechnen. Bei der



ABBILDUNG 4.5 HONORARFONDS DER HAUSÄRZTE UND FACHÄRZTE NACH HONORARKLAMMER

Hausärztliche Honorarfonds	Quartal I/2020	Quartal II/2020	Quartal III/2020	Quartal IV/2020	2020 gesamt
Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten	137.492.603 €	141.559.711 €	136.942.794 €	139.217.469 €	555.212.577 €
Kinderärzte	14.445.354 €	14.564.042 €	13.806.620 €	14.930.287 €	57.746.302 €
Vergütungsvolumen Hausärzte in Honorarfonds	151.937.957 €	156.123.752 €	150.749.413 €	154.147.756 €	612.958.879 €

Fachärztliche Honorarfonds	Quartal I/2020	Quartal II/2020	Quartal III/2020	Quartal IV/2020	2020 gesamt
Anästhesiologie	951.623 €	1.181.267 €	983.167 €	1.027.097 €	4.143.154 €
Augenheilkunde	8.746.034 €	10.113.148 €	8.870.959 €	9.412.003 €	37.142.145 €
Chirurgie und Orthopädie	16.129.738 €	18.461.328 €	16.681.280 €	16.871.653 €	68.143.999 €
Gynäkologie	9.764.689 €	10.946.857 €	9.948.916 €	10.420.458 €	41.080.920 €
HNO	6.549.299 €	7.870.146 €	6.740.657 €	6.969.483 €	28.129.585 €
Hautmedizin	3.715.174 €	4.325.030 €	3.756.314 €	3.885.965 €	15.682.483 €
Fachärztliche Internisten	17.765.536 €	18.836.960 €	17.136.420 €	18.179.855 €	71.918.771 €
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJPP	10.448.925 €	11.740.997 €	10.766.229 €	11.147.786 €	44.103.937 €
Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie	21.983.093 €	22.724.468 €	20.916.651 €	21.163.357 €	86.787.570 €
Urologie	3.936.847 €	4.414.276 €	3.915.867 €	4.159.468 €	16.426.458 €
Auftragsärzte gesamt	2.949.195 €	3.276.767 €	3.106.623 €	3.303.125 €	12.635.709 €
Ermächtigte Vertragsärzte	2.289.078 €	2.390.391 €	2.132.544 €	2.286.930 €	9.098.944 €
Nur schmerztherapeutisch tätige Praxen	1.099.933 €	1.214.484 €	1.138.519 €	1.294.383 €	4.747.319 €
Vergütungsvolumen Fachärzte in Honorarfonds	106.329.165 €	117.496.119 €	106.094.146 €	110.121.562 €	440.040.993 €

Bereinigung bleiben die in der Vergangenheit bereits extrabudgetären Leistungen wie Prävention sowie neue Leistungen wie der Zuschlag auf die Grundpauschale je nach Vermittlungsdauer unberücksichtigt.

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 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 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 2020 gesamt	Anteil mengenbegrenzte Leistungen 2020 gesamt
Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten	92,7 %	7,3 %
Kinderheilkunde	87,2 %	12,8 %
Anästhesiologie	15,7 %	84,3 %
Augenheilkunde	30,2 %	69,8 %
Chirurgen und Orthopäden	51,0 %	49,0 %
Gynäkologen	55,2 %	44,8 %
HNO-Ärzte	67,1 %	32,9 %
Hautärzte	0,6 %	99,4 %
Fachärztliche Internisten	0,1 %	99,9 %
Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie KJPP	1,4 %	98,6 %
Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten	0,0 %	100,0 %
Urologen	65,1 %	34,9 %
Auftragsärzte gesamt	0,0 %	100,0 %
Ermächtigte Vertragsärzte	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 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 den einzelnen Arzt. Somit können innerhalb der BAG die Leistungen untereinander verrechnet werden, das heißt, Mehrarbeit von Arzt A kann durch einen geringeren Leistungsumfang von Arzt B ausgeglichen werden. In BAG mit mehreren Fachgruppen – fachübergreifende BAG

– werden die Leistungen der einzelnen Ärzte innerhalb der BAG mit den Punktwerten der jeweiligen Fachgruppe unterschiedlich vergütet.

Für neu niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gilt: Ist ein Arzt noch keine vier Jahre niedergelassen, so gilt er gemäß HVM als 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 Patienten 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 Hausärzten 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 Arzt einer Fachgruppe um mehr als 100 Prozent. Rechnet somit eine Praxis unter Berücksichtigung der Zahl der Ärzte in der Praxis pro Arzt im Schnitt mehr als den doppelten Durchschnitt der Fachgruppe 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.



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 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 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 müssen.

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 PRAXISINHABER

		Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
Einnahmen	GKV-Umsatz	259.600 €
	Privatliquidation	60.800 €
	Sonstige	14.800 €
	Gesamtumsatz	335.200 €
Ausgaben	Materialkosten und Labor	9.200 €
	Personalkosten	90.200 €
	Raumkosten	18.400 €
	Beiträge/Versicherungen	8.500 €
	Abschreibungen	9.400 €
	Zinsen	1.500 €
	Leasing und Miete von Geräten	1.700 €
	Wartung und Instandhaltung	5.200 €
	Sonstiges	20.900 €
	Gesamtaufwendungen	165.000 €
JAHRESÜBERSCHUSS		170.100 €

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2019 auf Basis der Daten 2018 und eigener Berechnungen.

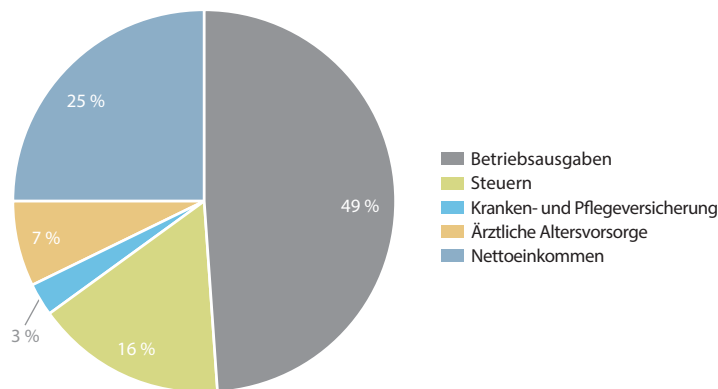
ABBILDUNG 5.2 VERFÜGBARES NETTOEINKOMMEN UND NETTOSTUNDENSATZ

	Beträge aus dem Zi-Praxis-Panel
Jahresüberschuss	160.824 €
abzüglich ärztliche Altersvorsorge*	20.140 €
abzüglich Kranken- und Pflegeversicherung**	8.925 €
abzüglich Einkommensteuer***	51.451 €
verfügbares Nettoeinkommen im Jahr	80.308 €
monatlich verfügbares Nettoeinkommen	6.692 €
Nettostundensatz****	36 €

- * Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 14% bzw. 25.020 Euro/Jahr; vgl. Ärzteversorgung Niedersachsen (2018), S. 4.
 ** Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter (kinderlos).
 *** Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 78 % der Versorgungswerkbeiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeitrag (inkl. Solidaritätszuschlag).
 **** Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 47 Stunden (siehe Tabelle 10).

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2019.

ABBILDUNG 5.3 ANTEIL DER BETRIEBSAUSGABEN UND DES VERFÜGBAREN EINKOMMENS AM GESAMTUMSATZ



Quelle: Zi-Praxis-Panel 2019 auf Basis der Daten 2018 und eigene Berechnungen.

Die Durchschnittszahlen zum Jahresüberschuss variieren jedoch stark zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie innerhalb der Fachärztinnen und Fachärzten 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	331.300 €	284.600 €	283.000 €	336.100 €	89.900 €	71.000 €
Privatliquidation und sonstiger Umsatz	59.300 €	49.600 €	118.200 €	157.100 €	15.400 €	11.300 €
Gesamtumsatz	390.600 €	334.200 €	401.200 €	493.200 €	105.300 €	82.300 €
Ausgaben						
Personal	117.000 €	98.400 €	106.300 €	142.200 €	4.900 €	3.400 €
Material und Labor	7.800 €	6.400 €	12.500 €	22.800 €	200 €	0 €
Miete für Praxisräume	19.700 €	13.800 €	24.600 €	29.300 €	7.000 €	5.800 €
Abschreibungen	8.700 €	6.300 €	13.400 €	18.300 €	2.400 €	1.200 €
Sonstige	41.800 €	28.800 €	49.300 €	58.800 €	14.600 €	9.600 €
Gesamtaufwendungen	194.900 €	153.700 €	206.000 €	271.500 €	29.100 €	20.000 €
Jahresüberschuss	195.600 €	180.500 €	195.200 €	221.700 €	76.200 €	62.400 €

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2019.

ABBILDUNG 5.5 JAHRESÜBERSCHUSS JE INHABER NACH FACHGRUPPEN
(WERTE EINZELPRAXEN)

Fachgruppen	Gesamtumsatz	Gesamtaufwendungen	Jahresüberschuss
	GKV+PKV	GKV+PKV	GKV+PKV
Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten	363.900 €	175.400 €	188.500 €
Anästhesiologie	321.700 €	141.000 €*	180.700 €
Augenheilkunde	502.900 €	237.900 €*	265.100 €
Chirurgie	423.100 €	245.900 €	177.100 €
Dermatologie	434.100 €	232.600 €	201.500 €
Gynäkologie	337.700 €	164.400 €	173.300 €
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	350.400 €	171.300 €	179.100 €
Innere Medizin – Gastroenterologie	563.400 €	357.500 €	205.900 €
Innere Medizin – Kardiologie	566.900 €	565.000 €	301.900 €
Innere Medizin – Pneumologie	555.900 €	323.200 €	232.700 €
Innere Medizin – ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	694.500 €	408.200 €	286.300 €
Innere Medizin – sonstige Fachgebiete	750.100 €	454.600 €	295.600 €
Kinderheilkunde	404.600 €	204.900 €	199.700 €
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	442.600 €	257.300 €	185.300 €
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	333.100 €	136.400 €	196.800 €
Neurologie	316.100 €	145.300 €	170.800 €
Nuklearmedizin	504.702 €	277.446 €*	227.255 €
Orthopädie	448.600 €	248.000 €	200.600 €
Physikalische und rehabilitative Medizin	266.100 €	132.200 €	133.900 €
Psychiatrie	226.900 €	85.600 €	141.300 €
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	114.400 €	30.500 €	83.800 €
Psychotherapie	104.100 €	28.800 €	75.300 €
Radiologie	1.130.100 €	788.100 €*	342.000 €
Urologie	434.400 €	208.300 €	226.100 €

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
kv-hotline@kv-rlp.de
www.kv-rlp.de