



Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin

Ist es korrekt, von einem Einzelleistungssystem zu
sprechen?

19. Oktober 2016

Mag. Reinhard Jung
Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung, Gesundheitsökonomie
1031 Wien, Kundmanngasse 21
Kontakt: Tel. 01/ 71132-3612
reinhard.jung@hvb.sozvers.at

Inhalt

Inhalt	i
1 Einleitung.....	2
2 Pauschalen und Einzelleistungen in den Honorarordnungen	3
2.1 Allgemeines	3
2.2 Identifikation von Pauschalen in den Honorarordnungen – Klassifikation von Leistungen	3
3 Umsätze und Frequenzen von pauschalen Elementen in den Honorarordnungen	6
3.1 Vorgehensweise	6
3.2 Honoraranteil nach Leistungsgruppen	6
3.3 Pauschalen in der Leistungsgruppe 01 (Grundleistungen)	7
3.4 Umsatz- und Frequenzanteile pauschaler Vergütungen	8
4 Diskussion.....	10
5 Anhang.....	11
5.1 Datenbasis	11
5.1.1 Allgemeine Beschreibung der Daten	11
5.1.2 Metainformationen zu Leistungsdaten.....	12
5.2 Umsatz nach Leistungsgruppen im Detail	12

1 Einleitung

Eine oftmals geäußerte Behauptung lautet: „Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich werden überwiegend per Einzelleistungen honoriert“. In diesem Zusammenhang wird häufig auf die Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger verwiesen, in denen man eine beinahe unüberblickbare Anzahl an Einzelleistungshonorarordnungspositionen findet und nur selten eine Position, die als Pauschale bezeichnet ist. Mit diesem Befund wird das österreichische System als Einzelleistungssystem (*fee-for-service system*) bzw. als sehr stark einzelleistungslastig klassifiziert und **oftmals eine stärker pauschalierte Vergütung gefordert** (insbesondere für die Primärversorgung).

In diesem Bericht wird der Frage nachgegangen, wie hoch der Anteil pauschaler Honorierung wirklich ist. Dahinter steckt die Überlegung, dass **aus der hohen Anzahl an verrechenbaren Honorarordnungspositionen für Einzelleistungen im Gegensatz zur geringen Anzahl an Pauschalen noch keine Aussage über die Bedeutung der Pauschalen abgeleitet werden kann**. Der Blick in die Honorarordnungen offenbart noch nicht wie häufig die verschiedenen Positionen abgerechnet werden (Frequenzen). Schließlich ermöglicht **erst die Analyse der Umsätze eine qualifizierte Aussage über die Bedeutung von Einzelleistungen bzw. über den Pauschalierungsgrad des Honorierungssystems**.

Für diesen Bericht wurden im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) Routinedaten von allen neun **Gebietskrankenkassen** (GKKen) ausgewertet. Die Ergebnisse für die Fachgruppe Allgemeinmedizin werden im Folgenden dargestellt.

2 Pauschalen und Einzelleistungen in den Honorarordnungen

2.1 Allgemeines

Die Wörter „Pauschale“ oder „pauschal“ sind eher eine Seltenheit in den Honorarordnungen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger. Einige Beispiele sind die Bereitschaftsdienst*pauschale* bei der NÖGKK, die *Fallpauschale* bei der WGKK oder die *Portopauschale* für Laborfachärzte und *pauschalierte* Wegegebühren bei der OÖGKK. Es gibt aber weit mehr Honorarordnungspositionen, die Pauschalen sind (auch wenn sie nicht explizit als „Pauschale“ bezeichnet sind). Am bedeutendsten sind zweifellos Fallpauschalen und Kontaktpauschalen.

Fallpauschalen fallen **pro anspruchsberechtigter Person und einem bestimmten Zeitraum** (z.B. Abrechnungsquartal bei den GKKen) **einmal** an, unabhängig davon, wie oft die Person den Arzt/die Ärztin aufsucht (oder von ihm/ihr aufgesucht wird). Beispiele in den Honorarordnungen sind die Positionen „Grundvergütung“, „Grundbetrag“ oder „Grundleistungsvergütung“. **Kontaktpauschalen** hingegen dienen der pauschalen Abgeltung der persönlichen Zuwendung des Arztes/der Ärztin und sämtlicher kleinerer ärztlicher Leistungen, für die keine eigenen Tarifpositionen vorgesehen sind, **bei jedem einzelnen Kontakt**. In den Honorarordnungen finden sich dafür verschiedene Tarifpositionen für „Ordinationen“ und „Visiten“.

2.2 Identifikation von Pauschalen in den Honorarordnungen – Klassifikation von Leistungen

Für eine datenbasierte Aufbereitung des Themas ist es notwendig, jene Honorarordnungspositionen, die Pauschalen darstellen, in den Honorarordnungen zu identifizieren. Um dies mit einem vertretbaren Aufwand zu bewerkstelligen, wurde auf eine in der Sozialversicherung verwendete Systematik zur Klassifikation von Leistungen zurückgegriffen. In dieser Systematik werden Leistungen zunächst in verschiedenen Leistungsgruppen (LG) eingeteilt (siehe Tabelle 1) und innerhalb der Leistungsgruppen wird noch einmal zwischen verschiedenen Leistungsarten (LA) unterschieden. Innerhalb der LG „Grundleistungen“ gibt es u.a. die LA „Fallpauschale/Grundvergütung“, „Ordinationen“, „Visiten“. Auf Basis dieser Systematik können bereits Auswertungen von Umsätzen und Frequenzen pro Leistungsgruppe erstellt werden und dadurch ein erster Eindruck über die Bedeutung von einzelnen Leistungsgruppen gewonnen werden (siehe Abschnitt 3.2).

LG	Bezeichnung
01	Grundleistungen
02	Allgemeine Sonderleistungen
03	Augenheilkunde
04	Chirurgie, Unfallchirurgie
05	Haut- und Geschlechtskrankheiten
06	Frauenheilkunde, Geburtshilfe
07	Innere Medizin
08	Kinderheilkunde
09	Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
10	Lungenheilkunde
11	Neurologie, (Kinder-/Jugend-) Psychiatrie
12	Orthopädie
13	Urologie
14	Zuschläge zu Sonderleistungen
15	Verbandsleistungen
16	Operationsleistungen
17	Leistungen im Zusammenhang mit Operationen
18	Physikalische Medizin, Physiotherapie
19	Sonographie
20	Radiologie – Diagnostik
21	Röntgentherapien
22	Pathologie
23	Labor
24	Vorsorgeuntersuchungen
25	Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen
26	Medizinische Hauskrankenpflege
27	Zahnmedizin
28	Nuklearmedizin
29	Humangenetik
30	Dialyse
31	Logopädie
32	Ergotherapie
33	Klinisch-psychologische Diagnostik
34	Psychotherapie
35	Hebammen
36	Sonstige Pauschalzahlungen
37	Apheresen
39	Ambulante Rehabilitation
99	Nicht zugeordnete Leistungspositionen

Tabelle 1: Leistungsgruppen. Quelle: HVB HONO-Applikation. LG = Leistungsgruppe.

Um die Grundleistungen noch etwas detaillierter darstellen zu können, wurden folgende weitere Unterkategorien gebildet:

- Fallpauschale/Grundvergütung
- Ordinationen
- Visiten
- Wegegebühren
- Bereitschaftsdienstpauschale
- Sonstige Pauschalen aus LG 01
- Sonstige Leistungen aus LG 01

Jeder dieser Leistungskategorien sind bestimmte Metahonorarordnungspositionen^a zugeordnet. Welche Metahonorarordnungspositionen zu welcher Kategorie von Leistungen zugeordnet wurden ist in Tabelle 2 dokumentiert. Auf Basis der ausgewählten Metahonorarordnungspositionen wurde anschließend eine Liste mit den dazugehörigen Trägerhonorarordnungspositionen erstellt, um anhand der Bezeichnung nochmals eine Qualitätssicherung vorzunehmen, ob die Trägerpositionen tatsächlich in die entsprechenden Kategorien passen. Es wurden jedoch auf Trägerpositionsebene keine „Korrekturen“ mehr vorgenommen.

Leistungskategorie in LG01	Metahonorarordnungspositionen
Fallpauschale/Grundvergütung	0101XX
Ordinationen	0102XX, 010703 (Ordination im Bereitschaftsdienst)
Visiten	0103XX, 010704 (Visite im Bereitschaftsdienst) Der Zuschlag zur 1. Grundleistung bei §2-Kassenfällen bei der TGKK (Pos. 2c) ist den Metapositionen 010201 und 010301 zugeordnet. Umsatz und Frequenz wurden für die nachgehenden Auswertungen jedoch nur bei den Ordinationen erfasst (und nicht auf Ordinationen und Visiten aufgeteilt).
<i>Zuschläge zu Ordinationen und Visiten</i>	<i>010804 Zuschläge für Kinder bis zum 6. Lebensjahr, 010805 Zuschläge ab bestimmter Anzahl an Ordinationen</i>
Wegegebühren	0106XX
Bereitschaftsdienstpauschale	010701
Sonstige Pauschalen	010705 Notarztbehandlungspauschale, 010813 Präoperative Abklärung
Sonstige Leistungen aus LG01	Restliche Metahonorarordnungspositionen in LG01. Unter anderem Konsilium 0104XX, Befundbericht 010501 und sonstige Zuschläge 0108XX (mit Ausnahme 010813).

Tabelle 2: Zuordnung von Metahonorarordnungspositionen zu den im Bericht verwendeten Unterkategorien der Leistungsgruppe 01 (Grundleistungen). Eigene Darstellung.

^a Die Metahonorarordnung ist eine Gesamtdarstellung aller in den Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger existierenden Leistungen. Mit jeder Metahonorarordnungsposition sind entsprechende, vergleichbare Positionen der Krankenversicherungsträger verknüpft.

3 Umsätze und Frequenzen von pauschalen Elementen in den Honorarordnungen

3.1 Vorgehensweise

In diesem Kapitel werden die Umsätze und Frequenzen für verschiedene Leistungskategorien dargestellt. Die Basis dafür ist eine Datenbankabfrage beim Standardprodukt BIG im Hauptverband. Die Daten umfassen für alle **Gebietskrankenkassen den limitierten Umsatz und die Frequenzen im Fachgebiet 01 (Allgemeinmedizin) im Jahr 2013** auf Ebene der Trägerhonorarordnungspositionen. Nähere Informationen zur Datenbasis und etwaigen Limitationen finden sich im Anhang (Abschnitt 5.1).

Für die Auswertungen wurden die in Abschnitt 2.2 dargestellten Kategorien von Leistungen verwendet. Pro Gebietskrankenkasse und Leistungskategorie wurden die verschiedenen Umsätze und Frequenzen aggregiert. Anschließend wurden die relativen Anteile bezogen auf den Gesamtumsatz der Fachgruppe bzw. die Gesamtanzahl der Frequenzen berechnet. Die Umsätze von „Zuschlägen zu Ordinationen und Visiten“ wurden für manche Auswertungen im Verhältnis des Umsatzes von Ordinationen zum Umsatz von Visiten auf die Kategorien Ordinationen und Visiten aufgeteilt. Die Frequenzen dieser Zuschläge wurden im Verhältnis der Frequenzen von Ordinationen zu Visiten aufgeteilt.

3.2 Honoraranteil nach Leistungsgruppen

Die Aufteilung des Honorars auf die umsatzstärksten Leistungsgruppen ist aus Tabelle 3 ersichtlich. Sie zeigt, dass über alle Gebietskrankenkassen betrachtet **rund 70 Prozent des Umsatzes in der Fachgruppe Allgemeinmedizin über Grundleistungen generiert** wird^a. Der Anteil schwankt jedoch zwischen den Gebietskrankenkassen zwischen 82 Prozent und 59 Prozent.

Nach den Grundleistungen sind die Allgemeinen Sonderleistungen die zweitgrößte Leistungsgruppe (9,8 Prozent des Umsatzes). An dritter und vierter Stelle liegen die Leistungsgruppen Labor (7,2 Prozent) und Vorsorgeuntersuchungen (6,0 Prozent). Auch hier gibt es wieder zum Teil recht große Unterschiede zwischen den einzelnen Gebietskrankenkassen. Zum Beispiel wird bei einer GKK nur rund 2 Prozent des Umsatzes über Laborpositionen generiert, bei einer anderen sind es 14,2 Prozent.

^a Der Anteil der Honorarordnungspositionen in dieser Leistungsgruppe gemessen an allen Honorarordnungspositionen, zu denen eine Abrechnung vorliegt, beträgt hingegen nur ca. 11 Prozent. Es zeigt sich also, dass man aus der Struktur der Honorarordnungen nicht auf die Struktur der Honorierung schließen darf.

Leistungsgruppen	Abrechnende Gebietskrankenkasse (anonymisiert)									alle GKKen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
01 Grundleistungen	82,1	63,0	69,4	63,1	73,1	59,4	71,8	71,7	71,8	70,2
02 Allg. Sonderleistungen	4,9	7,6	7,9	11,9	6,3	10,6	12,3	10,5	10,0	9,8
23 Labor	5,0	13,2	8,7	12,9	8,3	14,2	2,1	4,5	3,8	7,2
24 Vorsorgeuntersuchung	4,9	6,1	9,2	2,6	9,3	8,0	6,4	7,6	7,0	6,0
17 Sonderleistungen / Innere Medizin inkl. EKG	0,4	3,2	2,5	5,7	0,8	0,4	1,6	1,4	2,0	2,2
18 Physikal. Leistungen	1,4	1,4	0,8	1,3	0,8	2,3	0,1	1,1	3,3	1,5
sonstige Leistungsgruppen	1,3	5,5	1,5	2,5	1,3	5,2	5,7	3,1	2,1	3,2

Tabelle 3: Umsätze in der Fachgruppe Allgemeinmedizin im Jahr 2013 nach den umsatzstärksten Leistungsgruppen (in Prozent des Gesamtumsatzes). Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.

3.3 Pauschalen in der Leistungsgruppe 01 (Grundleistungen)

Da die Grundleistungen bezogen auf den Umsatz die größte Leistungsgruppe sind und in dieser Kategorie mehrere Pauschalen enthalten sind, ist es sinnvoll diese Leistungsgruppe einer genaueren Analyse zu unterziehen. Die Auswertungen in Tabelle 4 zeigen, dass über alle Gebietskrankenkassen betrachtet fast 98 Prozent des Umsatzes auf Fallpauschalen und Kontaktpauschalen entfallen und nur rund zwei Prozent auf sonstige Leistungen in dieser Leistungsgruppe (Weegebühren, Bereitschaftsdienstpauschale, ...). Als Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen stechen vor allem die unterschiedlichen Relationen von „Fallpauschalen/Grundvergütung“ zu „Ordinationen“ ins Auge. Auf der einen Seite gibt es bei einer GKK keine Honorarordnungsposition für „Ordinationen“. Auf der anderen Seite gibt es bei der drei GKKen keine explizite Fallpauschale, sondern nur „Ordinationen“.

	Abrechnende Gebietskrankenkasse (anonymisiert)									alle GKKen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Fallpauschale/ Grundvergütung	-	-	52,8	13,2	-	26,1	87,1	52,4	68,9	38,8
Ordinationen*	84,8	86,9	29,8	72,4	73,4	52,2	0,0	25,8	14,1	44,8
Visiten*	12,4	12,2	13,8	14,3	20,5	18,7	12,8	15,1	13,8	14,2
sonstige Leistungen ⁺	2,8	0,9	3,6	0,1	6,1	3,0	0,0	6,7	3,3	2,2
Summe LG01	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 4: Prozentuelle Verteilung des Umsatzes von Leistungsgruppe 01 auf Fallpauschalen, Kontaktpauschalen (Ordinationen und Visiten) und sonstige Leistungen. Fachgruppe Allgemeinmedizin. Auswertungsjahr 2013.

Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.

*) Umsätze von Zuschlägen zu Ordinationen/Visiten (durchschnittlich über alle GKK 0,2%, max. 0,7% bei einer GKK) wurden für diese Darstellung anteilmäßig auf Ordinationen und Visiten aufgeteilt.

+) z.B. Weegebühren, Bereitschaftsdienstpauschale.

3.4 Umsatz- und Frequenzanteile pauschaler Vergütungen

Die bisherigen Ergebnisse haben gezeigt, dass die Grundleistungen die größte Leistungsgruppe darstellen. Hierin befinden sich auch die klassischen Fallpauschalen und die Kontaktpauschalen (Ordinationen und Visiten). Neben diesen Grundleistungen, gibt es auch Pauschalen für Leistungen der Vorsorgeuntersuchung und für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Zählt man die **Honorare für Fallpauschalen, Ordinationen, Visiten, Vorsorgeuntersuchungen und Mutter-Kind-Pass-Leistungen zusammen**, kommt man auf einen **Anteil von 75 Prozent des Gesamtumsatzes**. Bezogen auf die Frequenzen ist der Anteil geringer, beträgt aber immerhin auch noch 62 Prozent (siehe auch Tabelle 5 und Abbildung 1).

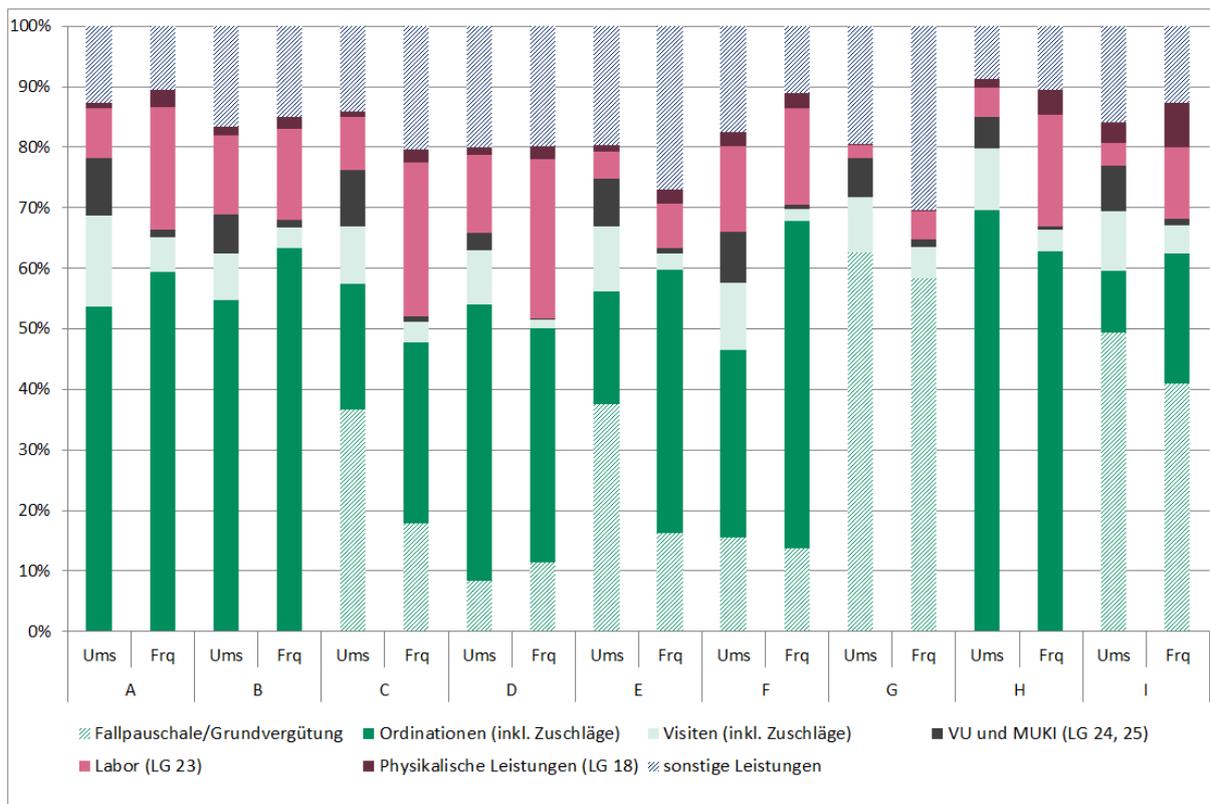


Abbildung 1: Prozentuelle Verteilung von Umsatz (Ums) und Frequenz (Frq) in der Fachgruppe Allgemeinmedizin im Jahr 2013 auf verschiedene Leistungskategorien. Darstellung pro Gebietskrankenkasse (anonymisiert A bis I).
 Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.

Abrechnende Gebietskrankenkasse (anonymisiert)										alle GKKen
A	B	C	D	E	F	G	H	I		
Fallpauschale/Grundvergütung										
Umsatz	-	-	36,6	8,3	-	15,5	62,5	37,6	49,4	27,2
Frequenz	-	-	17,8	11,4	-	13,7	58,2	16,1	40,9	19,9
Ordinationen (inkl. Zuschläge)										
Umsatz	69,6	54,7	20,7	45,7	53,7	31,0	0,0	18,5	10,1	31,4
Frequenz	62,7	63,3	29,9	38,6	59,4	54,0	0,1	43,5	21,4	38,3
Visiten (inkl. Zuschläge)										
Umsatz	10,2	7,7	9,6	9,0	15,0	11,1	9,2	10,9	9,9	10,0
Frequenz	3,6	3,4	3,4	1,4	5,7	2,0	5,2	2,7	4,6	3,2
VU und MUKI (LG 24, 25)										
Umsatz	5,1	6,4	9,3	2,8	9,5	8,3	6,5	7,9	7,5	6,2
Frequenz	0,7	1,2	0,8	0,2	1,2	0,7	1,3	0,9	1,1	0,7
Labor (LG 23)										
Umsatz	5,0	13,2	8,7	12,9	8,3	14,2	2,1	4,5	3,8	7,2
Frequenz	18,4	15,0	25,5	26,2	20,3	15,9	4,6	7,5	11,9	17,3
Physikalische Leistungen (LG 18)										
Umsatz	1,4	1,4	0,8	1,3	0,8	2,3	0,1	1,1	3,3	1,5
Frequenz	4,0	2,0	2,2	2,3	2,8	2,4	0,2	2,2	7,3	3,1
sonstige Leistungen										
Umsatz	8,7	16,6	14,2	20,1	12,8	17,6	19,6	19,6	16,0	16,5
Frequenz	10,6	15,0	20,3	19,8	10,7	11,2	30,5	27,1	12,7	17,5
Summe										
Umsatz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Frequenz	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 5: Prozentuelle Verteilung von Umsatz und Frequenz in der Fachgruppe Allgemeinmedizin im Jahr 2013 auf verschiedene Leistungskategorien. Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.

4 Diskussion

Die Auswertungen von Abrechnungsdaten zeigen, dass trotz der Vielzahl an unterschiedlichen Honorarpositionen für Einzelleistungen, in der Allgemeinmedizin der überwiegende Anteil des Umsatzes aus vertragsärztlicher Tätigkeit über Pauschalen erwirtschaftet wird. **Drei Viertel des limitierten Umsatzes in der Fachgruppe Allgemeinmedizin entfällt bei den Gebietskrankenkassen auf Pauschalen.** Im Detail sind dies **Fallpauschalen/Grundvergütung 27,2%**, **Kontaktpauschalen** (Ordinationen 31,4%, Visiten 10,0 Prozent) **sowie Vorsorge- und Mutterkindpass-Untersuchungen (6,2%).**

Der Rest des Umsatzes (ein Viertel) stammt aus der Abrechnung von Einzelleistungen. Rund ein Drittel davon (bzw. 8,7% auf den Gesamtumsatz bezogen) machen Laborleistungen und physikalischen Leistungen aus. **Von einem Fee-For-Service-Honorierungsmodell in der Allgemeinmedizin zu sprechen ist somit nicht angemessen.** Es handelt sich vielmehr um ein Mischsystem, in dem der überwiegende Anteil der Honorierung über verschiedene Pauschalen erfolgt.

Es mag vielleicht kritisiert werden, dass es nicht nur eine (einzige) Pauschale gibt, sondern **verschiedene Honorarordnungspositionen für verschiedene Pauschalen.** Eine gewisse Differenzierung ist jedoch notwendig.

Erstens **können durch die Verwendung unterschiedlicher Pauschalen gezielt Anreize gesetzt werden:** So wird zum Beispiel die „Visite“ besser vergütet als eine „Ordination“, um Visiten attraktiv(er) zu machen. Ein anderes Beispiel ist, dass durch die Kombination einer Fallpauschale mit Tarifpositionen für „Ordinationen“ (oder durch unterschiedlich hohe Tarife für Erst- und Folgeordinationen) die Honorierung so gestaltet werden kann, dass weder der Anreiz zur Unterversorgung (zu wenig Kontakte) noch der Anreiz zur angebotsinduzierten Überversorgung (zu viel Kontakte) dominiert.

Zweitens wird **durch eine Differenzierung von Pauschalen die Honorierung fairer gestaltet, da Unterschiede im Aufwand für verschiedene PatientInnen zum Teil berücksichtigt werden können:** So wird beispielsweise ein Unterschied gemacht zwischen einem Kontakt, der in der Ordination während der Ordinationszeit stattfindet, und einer Visite in der Nacht. Ein Kontakt, bei dem nur ein Rezept abgeholt wird, kann auch mit einem niedrigeren Tarif vergütet werden als ein „normaler“ Kontakt. Ein höherer Zeitaufwand für behandlungsintensivere PatientInnen kann durch Zuschläge berücksichtigt werden.

Auf Basis der vorliegenden Analyse kann man keine Schlüsse bezüglich der Frage ziehen, ob es einen Reformbedarf für Honorierungsmodelle für die vertragsärztliche Versorgung in der Allgemeinmedizin gibt oder nicht. Eine Forderung nach einer Reform der Honorierungsmodelle in der Allgemeinmedizin sollte aber jedenfalls nicht auf dem falschen Argument aufbauen, dass derzeit überwiegend nach Einzelleistungen honoriert wird.

5 Anhang

5.1 Datenbasis

5.1.1 Allgemeine Beschreibung der Daten

Die Daten für die Darstellung von Umsätzen und Frequenzen stammen aus einer Datenbankabfrage vom 8.3.2016 beim Standardprodukt BIG im Hauptverband. Abgefragt wurden sie aus jener **SQL-Datenbank, die Basis für den sogenannten „HONO-Würfel“ ist**. Umsätze und Frequenzen für die der leistungszuständige Träger ein bundesweiter Sondersicherungsträger (BVA, SVA, SVB und VAEB) ist wurden exkludiert. Für die Auswertungen in diesem Bericht wurden ausschließlich Daten aus dem **Trägerpositionsbereich „Arzt“ und dem Fachgebiet „01 – Allgemeinmedizin“** verwendet.

Die Daten beinhalten den **limitierten Umsatz und die Frequenzen aus dem Jahr 2013 pro abrechnender Gebietskrankenkasse**, Fachgebiet, Trägerpositionsbereich, Trägerpositionscode und Hono-ID von Leistungen, die einer Trägerhonorarordnungsposition zugeordnet^a sind und die über ALVA (Automatisiert Leistungen Vertragspartner Abrechnen) abgerechnet worden sind. Die Umsätze aus der „HONO-Datenbank“ entsprechen nicht zu 100 Prozent dem, was an Vertragsärztinnen und -ärzte tatsächlich an Geld ausgeschüttet worden ist. Dies hängt einerseits damit zusammen, dass in der Datenbank Umsätze nicht enthalten sind, die an keine Honorarordnungsposition bzw. (keine Hono-ID) geknüpft sind. Dies ist beispielsweise bei Bereitschaftsdienstpauschalen der Fall, aber auch Praxisschließungsprämien und Nachzahlungen fehlen aus diesem Grund. Dies führt zu einer Unterschätzung der Umsätze mit HONO-Daten. Auf der anderen Seite gibt es Limitierungen und Degressionen, die nicht an eine Honorarordnungsposition gekoppelt sind. Diese werden im Nachhinein als Wertberichtigung in ALVA verbucht und sind keiner Honorarordnungsposition zugeordnet. Sie sind daher auch nicht in korrekt in den HONO-Daten abgebildet. Dies führt zu einer Überschätzung der Umsätze mit den HONO-Daten.

Tabelle 6 setzt pro Gebietskrankenkasse die abgefragten Umsätze in der Fachgruppe Allgemeinmedizin mit dem abgerechneten Betrag aus der Ärztekostenstatistik in Relation^b. Die Werte aus der HONO-Datenbank liegen durchgehend unter den Vergleichswerten aus der Ärztekostenstatistik (vgl. Fußnote a).

^a Umsätze ohne Honorarordnungsposition sind laut Auskunft des ALVA-Experten bei der WGKK z.B. Nachzahlungen, Praxisschließungsprämien.

^b Anzumerken ist, dass in der HONO-Datenbank die Daten einer Gebietskrankenkasse erst ab dem zweiten Halbjahr enthalten sind. Für den Vergleich mit der Ärztekostenstatistik wurde für diese Gebietskrankenkasse der „HONO-Umsatz“ auf einen Jahresumsatz hochgerechnet (i.e. mit zwei multipliziert).

Gebietskrankenkasse (anonymisiert)	Umsatz lt. HONO-Datenbank in % des abgerechneten Betrages lt. Ärztelkostenstatistik
A	89%
B	89%
C	84%
D	87%
E	92%
F	90%
G	99%
H	83%
I	92%

Tabelle 6: Umsätze pro GKK (anonymisiert) im Jahr 2013 laut HONO-Datenbank und Ärztekostenstatistik.
 Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, Ärztekostenstatistik, eigene Darstellung.
 Quelle: BIG.

5.1.2 Metainformationen zu Leistungsdaten

Die Umsatz- und Frequenzdaten wurden mit Metainformationen angereichert. Dazu wurden am 1.4.2016 Datenabzüge aus der Applikation HONO (Honorarordnungsverwaltung) erstellt, die über die Variablen Versicherungsträger (VSTR), Trägerhonorarordnungsposition und HONO-ID mit den Umsatz- und Frequenzdaten verknüpft werden konnten.

Die zusätzlichen Informationen beinhalten die **Überleitungen von Metahonorarordnungspositionen zu Trägerhonorarordnungspositionen** (ALVA-ID, MPOS-CODE, VSTR, Leistungsgruppe, Leistungsart, Fachgebiet(e), Positionscode, Beschreibung, ...) **und Bezeichnungen der Metahonorarordnungspositionen**. Zu beachten ist, dass ein Positionscode eines Trägers mit mehreren Metahonorarordnungspositionen (MPOS) verknüpft sein kann. Die enthaltenen Variablen „**Leistungsgruppe**“ (LG) und „**Leistungsart**“ (LA) sind zwei Ebenen einer Leistungsklassifikation (vgl. Liste der Leistungsgruppen in Tabelle 1 auf Seite 4).

5.2 Umsatz nach Leistungsgruppen im Detail

Leistungs- gruppe	Abrechnende Gebietskrankenkasse (anonymisiert)									alle GKKen
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	
01	82,1	63,0	69,4	63,1	73,1	59,4	71,8	71,7	71,8	70,2
02	4,9	7,6	7,9	11,9	6,3	10,6	12,3	10,5	10,0	9,8
03	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
04	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0	0,4	0,2	0,5	0,2	0,2
05	0,0	0,1	0,0	-	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0
06	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
07	0,4	3,2	2,5	5,7	0,8	0,4	1,6	1,4	2,0	2,2
08	0,0	0,0	-	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0
09	0,1	0,4	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
10	0,1	0,2	0,2	0,4	-	-	-	0,3	0,1	0,2
11	-	0,2	-	0,2	0,2	0,4	1,5	0,0	-	0,4
12	0,0	0,0	-	-	-	0,0	-	0,0	0,0	0,0
13	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14	-	-	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0
15	0,5	0,4	0,6	0,1	0,0	2,0	0,3	0,1	0,4	0,4
16	0,3	0,8	0,2	0,2	0,8	0,9	0,2	0,8	0,6	0,4
17	-	0,0	-	-	-	0,1	0,0	-	-	0,0
18	1,4	1,4	0,8	1,3	0,8	2,3	0,1	1,1	3,3	1,5
19	0,0	2,3	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1
20	-	0,4	-	-	0,1	0,7	-	0,6	0,0	0,1
23	5,0	13,2	8,7	12,9	8,3	14,2	2,1	4,5	3,8	7,2
24	4,9	6,1	9,2	2,6	9,3	8,0	6,4	7,6	7,0	6,0
25	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	0,2
26	-	-	0,0	-	-	0,0	-	-	-	0,0
31	-	0,0	-	-	-	-	-	-	-	0,0
34	0,1	0,1	-	0,0	-	-	-	0,2	0,0	0,0
99	-	-	-	-	0,0	-	-	-	-	0,0
ohne	0,0	0,0	-	1,0	0,0	-	3,4	-	-	0,9
Summe	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabelle 7: Umsatz 2013 nach Leistungsgruppen in % des Gesamtumsatzes. Quellen: HVB BIG HONO-Datenbank, HONO. Eigene Auswertung.