

FAQ ZUM HONORARBERICHT

FRAGE	ANTWORT
Was ist der „Leistungsbedarf in Euro“?	Der Leistungsbedarf in Euro enthält den Leistungsbedarf aller in Euro bewerteten EBM-Ziffern (Kap. 32 und 40) sowie der regional-spezifischen Gebührenordnungspositionen.
Was ist der „Leistungsbedarf in Punkten“?	Der Leistungsbedarf in Punkten enthält den Leistungsbedarf aller in Punkten bewerteten EBM-Ziffern. Die Angaben basieren auf den in den Quartalen gültigen EBM-Bewertungen.
Warum weist die Tabelle bei der Kennzahl „Leistungsbedarf in Punkten“ zwischen dem 3. und 4. Quartal 2013 auffallende Änderungen aus?	Der Bewertungsausschuss hat in seiner 304. Sitzung einen Beschluss zur ausgabenneutralen Anhebung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V und zur Angleichung von Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert gefasst. In Folge dessen wurden zum 1. Oktober 2013 die im EBM ausgewiesenen Bewertungen in Punkten abgesenkt. Die am 1. Januar 2013 geltende Bewertung in Punkten wurde mit dem Faktor 0,35363 multipliziert und kaufmännisch ohne Nachkommastelle gerundet. Dadurch entstehen bei einer Zeitreihenbetrachtung markante Sprünge.
Was ist der „Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung“?	Der Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung umfasst den Leistungsbedarf in Euro sowie den mit dem regionalen Punktwert multiplizierten Leistungsbedarf in Punkten.
Woraus besteht der „Honorarumsatz“?	Der Honorarumsatz ist das (auf Praxisebene) ausgezahlte Honorar der Ärzte. Hierin enthalten sind neben der Vergütung für einzelne Leistungen beispielsweise auch Nachvergütungen, Konvergenzzahlungen und Vorgänge, die keinen Leistungsbezug haben und auf Praxisebene ausgezahlt werden. Die Honorarumsätze der Praxis werden rechnerisch auf die einzelnen Ärzte dieser Praxis verteilt..
Ist der Honorarumsatz das Einkommen der Ärzte?	Nein. Der Honorarumsatz ist die Einnahme der Praxis für die erbrachten Leistungen und ggf. Sachkosten. Aus dem Honorarumsatz sind durch den Praxisinhaber/die Einrichtung alle Betriebsausgaben (wie Strom, Wasser, Miete, Versicherungskosten, Personalkosten der Angestellten, andere Dienstleistungen etc.) zu begleichen. Erst der nach Abzug dieser Aufwendungen vorhandene Betrag ist das Bruttoeinkommen des Arztes. Aus diesem sind dann noch Kranken- und Pflegeversicherung, die Altersvorsorge und Steuern zu begleichen.
Was ist die „Auszahlungsquote“?	Die Auszahlungsquote ist der Quotient aus dem für die einzelnen Leistungen ausgezahlten Honorar und dem durch die Ärzte angeforderten Leistungsbedarf. Eine Auszahlungsquote von 100% bedeutet also, dass alle angeforderten Leistungen vollumfänglich vergütet werden konnten.

FRAGE	ANTWORT
Was ist der „Sonstige Versorgungsbereich“?	Der sonstige Versorgungsbereich umfasst Ärzte, für die aus der Abrechnung keine eindeutige Zuordnung zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich möglich ist. Die im Bericht aufgeführte Abrechnungsgruppe „Alle Ärzte/Psychotherapeuten“ enthält neben den Ärzten im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich auch alle Ärzte des sonstigen Versorgungsbereichs, also alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden zugelassenen und angestellten Ärzte und Psychotherapeuten.
Was bedeutet die Einschränkung „Zugelassene und angestellte Ärzte“?	Der Honorarbericht bildet nur Kennzahlen für zugelassene und angestellte Ärzte ab. Ermächtigte Ärzte und Ärzte in besonderen Einrichtungen sind nicht enthalten, da dies aufgrund der arztgruppenspezifischen und heterogenen Ermächtigungen zu einer verzerrten Darstellung der einzelnen Abrechnungsgruppen führen würde.
Was ist ein „Behandlungsfall“?	Ein Behandlungsfall ist die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse.
Was ist die „Gesamtvergütung“?	Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung der Versicherten stellen die Krankenkassen die Gesamtvergütung, bestehend aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der Vergütung außerhalb der MGV (aMGV), zur Verfügung. Über die Höhe ersterer müssen sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 15. November des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten Preis- und Mengenentwicklungen. Aus der MGV wird ein Großteil der ambulanten Leistungen vergütet, die im Gesamtvertrag erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung mengenbegrenzender Maßnahmen. Nur bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen als vereinbart. Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen für Leistungen bereit, die sie außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (aMGV) zu festen Preisen bezahlen. Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden z. B. besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert. Die Gesamtvergütung wird an die Kassenärztlichen Vereinigungen überwiesen. Dieses Volumen wird danach nach einem durch die Vertreterversammlung der KV, dem Ärzteparlament, beschlossenen Verteilungsschlüssel (Honorarverteilungsmaßstab) an die einzelnen Ärzte als Honorarzahlung überwiesen.

FRAGE	ANTWORT
<p>Warum sind die Angaben zum Honorarumsatz und Gesamtvergütung unterschiedlich? Warum wird nicht alles Geld an die Ärzte ausgeschüttet?</p>	<p>Die Gesamtvergütung wird auf vertraglicher Basis an die KVen entrichtet. Neben der quartalsweisen und quartalsgerechten Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen müssen die KVen auch Vorsorge treffen, um nachträgliche Ansprüche der Ärzte, z. B. wegen der Mengensteuerungsmechanismen, für Nachtragsfälle oder aus Widerspruchsverfahren zu befriedigen. Deswegen wird aus einem Teil der Gesamtvergütung eine Rückstellung gebildet, die in Folgequartalen aufgelöst wird. Für diese Sachverhalte gibt es neben den auf Bundesebene festgelegten Bereichen auch in den KVen spezifische Regeln, die der Kontrolle von Wirtschaftsprüfern und Vertreterversammlung unterliegen.</p>
<p>Wieso kommen andere Institute und Einrichtungen zu anderen Aussagen bezüglich der Einkommenshöhe der Ärzte?</p>	<p>Es gibt keine alle Ärzte und Therapeuten umfassende Einnahmen-Ausgaben-Rechnung. Das Statistische Bundesamt und das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung greifen auf Abfragen in einer Stichprobe von Praxen, die insgesamt mehrere Tausend Ärzte, aber in den Arztgruppen nur einen mehr oder weniger großen Anteil umfasst, zurück. Für diese Ärzte und Praxen werden sowohl Umsätze als auch Ausgaben erhoben.</p> <p>Die KBV kann auf die Angaben der Honorarumsätze aller Praxen zurückgreifen. Ihr liegen keine Daten zu den Ausgaben vor, weswegen sie hier hilfsweise auf Kostensätze aus den Erhebungen des Zentralinstitutes zurückgreifen muss.</p> <p>Das Statistische Bundesamt greift auf die Zugehörigkeit der Ärzte zu einem Fachgebiet nach den Angaben des Unternehmensregisters bzw. auf die Angaben der Ärzte zurück. Die KBV benutzt eine Gruppeneinteilung auf Basis der tatsächlich abgerechneten Leistungen und des dadurch zu erkennenden Abrechnungsgebietes des Arztes. Durch diese unterschiedlichen Zuordnungen und Datenquellen, sowie durch die unterschiedlich definierten Analysekollektive kommt es zu Abweichungen und zu differierenden Aussagen und Ergebnissen.</p>
<p>Warum weisen die Honorarberichte der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Teil andere Werte aus?</p>	<p>Dies liegt zum einen an einer regional unterschiedlichen Zuordnung der Ärzte zu Arztgruppen etwa anhand von Zulassungsfachgebieten. In der Abrechnungsstatistik der KBV werden die Ärzte nach ihrem tatsächlichen Abrechnungsverhalten zu Abrechnungsgruppen zugeordnet. So wird beispielsweise ein zugelassener Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt zur Gruppe der Inneren Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie zugeordnet, wenn dieser Gebührenordnungspositionen aus dem entsprechenden Schwerpunktkapitel des EBM abrechnet.</p> <p>Zum anderen werden die zu berichtenden Ärzte teilweise verschieden abgegrenzt. Während im Honorarbericht der KBV nicht über ermächtigte Ärzte und Institutionen berichtet wird, sind diese in einigen Veröffentlichungen der Kassenärztlichen Vereinigungen enthalten und hier separat ausgewiesen oder den entsprechenden Fachgebieten zugeordnet.</p>

FRAGE	ANTWORT								
Warum fehlen für einige Abrechnungsgruppen oder KVen die Angaben?	Aus Datenschutzgründen werden Angaben zu Abrechnungsgruppen bzw. KVen, die weniger als fünf Ärzte umfassen, nicht dargestellt.								
Wie werden die Arztzahlen ermittelt?	<p>Für die Ermittlung der Arztzahlen wird zum einen eine Kopfzählung vorgenommen („Anzahl Ärzte“) sowie in einer zusätzlichen Kennzahl auch der sogenannte Teilnahmeumfang der Ärzteberücksichtigt („Anzahl Ärzte (nach Teilnahmeumfang)“). Dabei wird folgender Schlüssel verwendet:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">0,25</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">0,50</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Drei Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">0,75</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten</td> <td style="text-align: right; padding: 5px;">1,00</td> </tr> </tbody> </table> <p>Die Zählung der angestellten und zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erfolgt anhand der verschiedenen Arztnummern innerhalb einer Abrechnungsgruppe, so dass ein Arzt oder Psychotherapeut, der in einem Quartal in derselben Abrechnungsgruppe in mehreren Praxen tätig ist, lediglich ein Mal in die Zählung eingeht und es nicht zu einer Doppelzählung kommt.</p>	Ein Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten	0,25	Hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten	0,50	Drei Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten	0,75	Voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten	1,00
Ein Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung bis 10 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten	0,25								
Hälftiger Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 10 bis 20 Stunden pro Woche bzw. Halbtagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten	0,50								
Drei Viertel Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 20 bis 30 Stunden pro Woche bei angestellten Ärzten	0,75								
Voller Versorgungsauftrag bei zugelassenen Ärzten oder Beschäftigung über 30 Stunden pro Woche bzw. Ganztagsbeschäftigung bei angestellten Ärzten	1,00								

FRAGE	ANTWORT
<p>Warum werden im Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87c SGB V bzw. in der Gesamtübersicht der Kennzahlen der Abrechnungsgruppen zum Teil negative Werte ausgewiesen?</p>	<p>In die berichteten Werte zum Honorarumsatz fließen neben dem Honorar für im Abrechnungsquartal abgerechnete Leistungen bspw. auch Rückforderungen von Honoraren aufgrund der weiteren Prüfung der Abrechnungen vorangegangener Quartale ein. Besonders bei Abrechnungsgruppen die nur wenige Praxen bzw. Ärzte umfassen, kann es dadurch zu Verwerfungen zu Vor-(jahres)quartalen und zu negativen Werten kommen. Leider ist es nicht möglich, die Honorarbestandteile und damit auch eventuelle Rückforderungen aus Prüfungsfeststellungen dem jeweiligen Abrechnungsquartal zuzuordnen.</p>