

Studie

Der „Arztlohn“ und die Anpassung des Orientierungswertes

Auftraggeber
GKV-Spitzenverband

Ansprechpartner
Dr. Ronny Klein

Mitarbeitende
Christina Resnischek

Berlin
11.08.2015

Das Unternehmen im Überblick

Geschäftsführer

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Handelsregisternummer

Berlin HRB 87447 B

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

Die Prognos AG berät europaweit Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

Arbeitssprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH-4010 Basel

Telefon +41 61 3273-310

Telefax +41 61 3273-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D-10623 Berlin

Telefon +49 30 52 00 59-210

Telefax +49 30 52 00 59-201

Prognos AG

Science 14 Atrium; Rue de la Science 14b

B-1040 Brüssel

Telefon +32 2808-7209

Telefax +32 2808-8464

Prognos AG

Nymphenburger Str. 14

D-80335 München

Telefon +49 89 954 1586-710

Telefax +49 89 954 1586-719

Prognos AG

Domshof 21

D-28195 Bremen

Telefon +49 421 51 70 46-510

Telefax +49 421 51 70 46-528

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D-40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 91316-110

Telefax +49 211 91316-141

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D-70174 Stuttgart

Telefon +49 711 3209-610

Telefax +49 711 3209-609

Internet

www.prognos.com

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung	1
2	Weiterentwicklung anderer Gebührenordnungen freier Berufe	3
3	Die reale Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland	6
3.1	Vorgehensweise	6
3.2	Entwicklung der realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland	8
3.3	Einflussfaktoren der realen Einkommensentwicklung	11
3.4	Einfluss der Berücksichtigung eines Referenzeinkommens auf die Einkommensentwicklung	19
3.5	Veränderung ausgewählter Werte zwischen dem Basisjahr 2013 und dem Folgejahr 2014	20
4	Diskussion der Ergebnisse	23
5	Annahmen und verwendete Datenquellen im Detail	26
5.1	Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der Arztpraxen	26
5.2	Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte	27
5.3	Leistungsmenge	28
5.4	Einnahmen	29
5.5	Aufwand und Kostendegression	30
5.6	Reinertrag und Referenzeinkommen	37

Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Entwicklung des Reinertrages aus vertragsärztlicher Tätigkeit je Ärztin und Arzt sowie je Arztstunde seit dem Jahr 2011	10
Abbildung 2: Entwicklung der Gesamteinnahmen, Gesamtaufwendungen und des Gesamtreinertrags	11
Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Arztpraxen	12
Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen ärztlichen Wochenarbeitszeit und der ärztlichen Jahresarbeitszeit aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte	13
Abbildung 5: Entwicklung ausgewählter Produktivitätskennzahlen	14
Abbildung 6: Entwicklung der Durchschnittskosten im Vergleich zur erbrachten Leistungsmenge, Jahre 2007 bis 2011	16
Abbildung 7: Einfluss der Einzeleffekte auf die Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte	18
Abbildung 8: Einfluss der Berücksichtigung eines Referenzeinkommens auf die reale Einkommensentwicklung	20
Abbildung 9: Veränderung ausgewählter Werte vom Jahr 2013 auf 2014	21
Abbildung 10: Szenario: Veränderung ausgewählter Werte vom Jahr 2013 auf 2014	22
Tabelle 1: Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der Arztpraxen	26
Tabelle 2: Wochenarbeitszeit und Jahresarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte in Stunden	27
Tabelle 3: Unbereinigter, korrigierter Bruttoleistungsbedarf	28
Tabelle 4: Unbereinigte, korrigierte Gesamtvergütung mit und ohne Berücksichtigung eines Referenzeinkommens	29
Tabelle 5: Orientierungswert und unbereinigte, korrigierte Gesamtvergütung je Leistungspunkt	30
Tabelle 6: Verwendete Preisindizes (2007=100)	31
Tabelle 7: Bereinigung der Personalaufwendungen um Personalkosten für angestellte Ärztinnen und Ärzte	34
Tabelle 8: Bereinigter Aufwand auf Praxisebene nach Praxisform	35

Tabelle 9: Gesamtaufwand in Arztpraxen für die Erbringung von GKV-Leistungen, verschiedene Szenarien, in Mio. Euro	36
Tabelle 10: Reinerträge und Referenzeinkommen	37

1 Hintergrund und Zielsetzung

Bei der Anpassung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V ist der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 2g SGB V gesetzlich verpflichtet, insbesondere

1. die Entwicklung relevanter Investitions- und Betriebskosten,
2. mögliche Wirtschaftlichkeitsreserven sowie
3. die allgemeine Kostendegression durch Fallzahlsteigerungen

zu berücksichtigen, sofern dies noch nicht durch eine Anpassung der Bewertungsrelationen bzw. der Abstufungsregelungen erfolgt ist. Die Berücksichtigung weiterer Faktoren ist vom Gesetz nicht ausgeschlossen.

Seit geraumer Zeit wird diskutiert, auch den so genannten „kalkulatorischen Arztlohn“ bei der Festlegung des Orientierungswertes zu berücksichtigen.¹ Dieser sei seit dem Jahr 2008 nicht angepasst worden, wodurch sich die „Entlohnung“ ärztlicher Arbeitszeit real verringert hätte. Derzeit wird lediglich bei der Festlegung der Höhe der Punktzahlen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein kalkulatorischer Arztlohn angewendet. Mit dessen Hilfe soll die ärztliche Arbeitszeit bewertet und so in den Punktzahlen der einzelnen Leistungen im EBM angemessen berücksichtigt werden.² Bei der Fortentwicklung des *Orientierungswertes* blieb die Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit bislang unberücksichtigt. Und so fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung, dass eine jährliche dynamische Erhöhung des Arztlohns vorgenommen wird, unabhängig davon, wie sich die Einnahmen der Arztpraxen tatsächlich entwickelt hätten.³

Die **Leitfrage** der vorliegenden Studie lautet daher:

„Ist es erforderlich, bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes nicht nur Veränderungen der Praxiskosten, sondern auch eine normativ zu bestimmende Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Arbeitsleistung zu berücksichtigen?“

¹ Bspw. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/59383/Arztlohn-KBV-sieht-deutlichen-Nachholbedarf> und <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153134/Verguetung-in-der-ambulanten-Versorgung-Aerztliche-Arbeitszeit-beim-Orientierungswert-beruecksichtigen> [letzter Zugriff: 13.07.2015].

² Vgl. dazu bspw. IGES (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), Berlin.

³ Information durch den GKV-Spitzenverband zur Verfügung gestellt.

76 % der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sind (Mit-)Inhaber einer Arztpraxis.⁴ Das heißt, die „Entlohnung“ für die eingesetzte ärztliche Arbeitszeit erfolgt im weitaus überwiegenden Fall aus den Gewinnen bzw. den Reinerträgen (Einnahmen minus Aufwände) der eigenen Arztpraxis. Im § 87 Abs. 2g SGB V wird der Bewertungsausschuss vom Gesetzgeber allerdings nicht explizit verpflichtet, die Entwicklung der Gewinne der Arztpraxen zu berücksichtigen.

Die Formulierung von § 87 Abs. 2g SGB V schließt die Berücksichtigung der erzielten Gewinne der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung bei der Fortentwicklung des Orientierungswertes allerdings auch nicht explizit aus. Daher soll zunächst der Frage nachgegangen werden, wie in anderen Gebührenordnungen die „Entlohnung“ der freien Berufe fortentwickelt wird. Die Recherchen machen deutlich, dass dies so gut wie nie regelhaft geschieht. Lediglich bei der relativ seltenen und unregelmäßigen Überarbeitung der Gebührenordnungen spielt die *allgemeine* Preisentwicklung häufig eine Rolle. Die jährliche Festlegung des Orientierungswertes in der vertragsärztlichen Versorgung nimmt dagegen im Vergleich zu anderen Gebührenordnungen eine Sonderrolle ein, weshalb es hier auch gesonderter Lösungen bedarf. (Kapitel 2)

Bevor über mögliche Ansätze zur Berücksichtigung der Einkommen der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung nachgedacht werden kann, stellt sich die Frage: Ist eine Anpassung überhaupt notwendig? Um diese Frage zu beantworten, muss die *tatsächliche* Entwicklung der durchschnittlichen Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit untersucht und der Entwicklung eines Referenzeinkommens gegenübergestellt werden. Dies geschieht in Kapitel 3.

Aus dem Vergleich der Entwicklung eines Referenzeinkommens und des tatsächliche Einkommens aus vertragsärztlicher Tätigkeit, wird deutlich werden, dass die Anpassungen des Orientierungswertes und weiterer Vergütungsbestandteile in den letzten Jahren ohnehin schon zu einer Erhöhung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte geführt haben. Eine *zusätzliche* Berücksichtigung eines Referenzeinkommens bei der Weiterentwicklung des Orientierungswertes wird somit überflüssig. Warum dies so ist und welche Konsequenzen sich daraus ergeben, wird abschließend in Kapitel 4 diskutiert.

⁴ Stand: 2014 – Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte: 143.635, Vertragsärztinnen und -ärzte: 109.638. Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung, abgerufen unter <http://www.gbe-bund.de> [letzter Zugriff: 14.7.2015].

2 Weiterentwicklung anderer Gebührenordnungen freier Berufe

Wie wird in anderen Gebührenordnungen freier Berufe damit umgegangen, dass sich die Lebenshaltungskosten oder auch Referenzeinkommen im Zeitablauf weiterentwickeln und sich auf diese Weise die Gewinne der freien Berufe eventuell real schmälern?

Zunächst ein Blick auf die Vergütung *privatärztlicher* Leistungen in Deutschland, die auf der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) basiert. Auf Grundlage des § 11 der Bundesärzteordnung regelt diese Gebührenordnung Mindest- und Höchstgebührensätze für privatärztliche Leistungen. Die einfache Gebühr errechnet sich aus der Punktzahl für die Leistung multipliziert mit dem Punktwert 5,82873 Euro Cent. Die letzte Novellierung der GOÄ ist 33 Jahre her.⁵ Bei der anstehenden GOÄ-Reform sollen auch Kostenentwicklungen berücksichtigt werden. So soll, laut der Rahmenvereinbarung zur Novellierung der GOÄ zwischen BÄK und PKV vom November 2013, unter Heranziehung von Kostendaten die Bewertung der ärztlichen Leistungen nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorgenommen werden. Ein gemeinsames Novellierungskonzept der BÄK und PKV wurde Ende März dem Bundesministerium für Gesundheit übergeben.⁶ Hierin wurden z.B. die Miete, das Einkommen des Praxispersonals, die medizinischen Geräte und die ärztliche Tätigkeit an sich berücksichtigt. Die ärztlichen Leistungen sollen auf Basis eines jährlichen Arztlohnes in Höhe von 165.000 Euro pro Jahr betriebswirtschaftlich kalkuliert werden.⁷ Wie dieser kalkulatorische Arztlohn zukünftig behandelt werden soll, ist allerdings nicht bekannt.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (**GOZ**) bestimmt die Vergütung privat Zahnärztlicher Leistungen. Am 1. Januar 2012 trat eine neue GOZ in Kraft. Dabei wurde eine Überarbeitung des Gebührenverzeichnisses vorgenommen, d.h. neue Leistungen wurden aufgenommen und bei einigen Leistungen die Punktzahlen angepasst. Der Punktwert an sich blieb trotz Forderungen der Zahnärztinnen und Zahnärzte hingegen unverändert. Seit dem Erlass der GOZ im Jahr 1987 ist keine Punktwertanpassung mehr erfolgt.

Die Steuerberatervergütungsverordnung (**StBVV**) regelt die Vergütung von Steuerberatern. Sie trat 1982 in Kraft und wurde am 11. Dezember 2012 zuletzt geändert (nach 14 Jahren) und an die wirt-

⁵ Bundesgesetzblatt Nr. 43 vom 19.11.1982.

⁶ Dtsch Arztebl 2015; 112(14): A-602 / B-514 / C-502.

⁷ <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62715/GOAe-Novelle-Wir-waren-noch-nie-so-weit-in-der-Absprache> [letzter Zugriff: 13.07.2015].

schaftliche Entwicklung angepasst. Grund hierfür waren gestiegene Preise und steigende Kosten in den Steuerberatungskanzleien.⁸ Eine bestimmte Einkommenshöhe der Steuerberater spielte dabei keine Rolle. Im Zuge dieser Novellierung wurden einige Tabellen des Gebührenverzeichnisses linear um 5 % erhöht und einige Vergütungstatbestände sowie Gegenstandswerte angepasst.⁹ Hier fand neben einer strukturellen Anpassung vorrangig eine direkte Preisanpassung statt, die aber nicht regelmäßig erfolgt.

Gemäß dem zweiten Kostenmodernisierungsgesetz (Gerichts- und Notarkostengesetz - **GNotKG**), welches am 1. August 2013 in Kraft trat, sollte eine Anpassung der Notargebühren an die allgemeine Einkommensentwicklung insbesondere die Situation der Notarinnen und Notare in strukturschwachen Regionen verbessern. Seit 1986 gab es keine Veränderung in der Gebührentabelle für Notare. Dies hat dazu geführt, dass außerhalb der großen Ballungszentren, insbesondere im ländlichen Raum, ein wirtschaftlicher Betrieb von Notariaten immer schwieriger wurde. Aus diesem Grund wurden bei der Novellierung insbesondere die Gebühren im unteren Wertbereich angehoben, die zuvor nicht kostendeckend waren. Bei geringen Geschäftswerten sorgen nun Mindestgebühren dafür, dass der Kostendeckungsgrad leicht erhöht wird. Zudem wurden einige Strukturanpassungen in der Gebührenordnung vorgenommen.¹⁰

Die Vergütung der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte wurde zuletzt mit Inkrafttreten des Rechtsanwaltsvergütungsgesetzes (**RVG**) am 1. Juli 2004 an die wirtschaftliche Entwicklung angepasst. Hier wurden vorwiegend strukturelle Veränderungen an der Gebührenordnung vorgenommen. Mit dem 2. Kostenmodernisierungsgesetz im Jahr 2013 fand dann neben strukturellen Änderungen auch eine Preisanhebung statt.¹¹ Eine regelmäßige Preisanpassung findet nicht statt.

Die Honorare der Architekten und Ingenieure (**HOAI**) wurden mit der sechsten Novellierung im Jahr 2009 lediglich pauschal um 10 Prozent angehoben. Im Zuge der letzten Novellierung, die am 17. Juli 2013 in Kraft trat, wurde die Gebührenordnung dann durch eine Überarbeitung der Leistungsbilder umfangreich modernisiert. Die Leistungsbeschreibungen befanden sich bis dahin auf dem Stand der Technik der 70er Jahre. Hauptargument für eine Novellierung war der gestiegene Planungsaufwand für einzelne Leistungen, sowie zunehmende Kosten für Baumaßnahmen.¹² Auch hier

⁸ Bundesrat Drucksache 603/12.

⁹ <http://www.etl.de/admedio-jueterbog/aktuelle-themen/novellierung-der-steuerberatergebuehrenverordnung> [letzter Zugriff: 13.07.2015].

¹⁰ Deutscher Bundestag Drucksache 17/13537, Beschlussempfehlung und Bericht.

¹¹ Bundesgesetzblatt Teil 1, 2013, Nr. 42 vom 29.07.2013

¹² Deutscher Bundesrat Drucksache 334/13, Verordnung vom 25.04.2013

spielte eine Einkommenshöhe von Architekten und Ingenieuren keine Rolle bei der Novellierung.

Fazit

Die durchschnittlichen Gewinne bzw. Einkommen oder die Entwicklung eines Referenzeinkommens spielten bei der Weiterentwicklung der Gebührenordnungen anderer freier Berufe eine untergeordnete bis gar keine Rolle. Auch finden faktisch in keiner Gebührenordnung jährliche Anpassungen der Preise statt. Die vorrangigen Begründungen für Novellierungen sind die Modernisierung der Leistungsstruktur und eine Anpassung an die allgemeine Preis- und Kostenentwicklung. Eine Ausnahme besteht bei der Modernisierung des GNotKG. Hier wurde vorrangig das Ziel verfolgt, die Versorgung in strukturschwachen Gebieten zu stärken, indem das durchschnittliche Einkommen der Notarinnen und Notare in diesen Regionen angehoben wird. Das Referenzeinkommen der eigenen Berufsgruppe wurde also bei der Modernisierung berücksichtigt, indem die unteren Gebührensätze angehoben wurden.

Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in den Gebührenordnungen nichtärztlicher freier Berufe (Rechtsanwälte, Notare, Architekten, Steuerberater) die Gebühren bereits indirekt an die allgemeine Preisentwicklung gekoppelt sind. Die Gebühren richten sich nach der Höhe des **Gegenstandswertes** bzw. Geschäftswertes, welcher sich inflationsbedingt im Laufe der Zeit erhöht. Der Gegenstands- oder Geschäftswert bestimmt sich zum Beispiel durch den Kaufpreis oder die Baukosten eines Gebäudes (HOAI, GNotKG) oder durch das Einkommen der Mandanten (RVG, StBVV). Erhöhen oder verringern sich die Gegenstandswerte, passen sich gleichzeitig die Honorare dieser freien Berufe an, ohne dass es einer Änderung der Gebührenordnung bedarf. Allerdings schlägt sich so eher die allgemeine Preisentwicklung als die Entwicklung eines Referenzeinkommens indirekt nieder.

Mit der jährlichen Festlegung des Orientierungswertes nimmt die vertragsärztliche Versorgung somit im Vergleich zu anderen Gebührenordnungen freier Berufe eine Sonderrolle ein. Es lassen sich demnach auch keine Rückschlüsse ziehen, *ob* eine regelhafte Anpassung der Vergütung für die ärztliche Arbeitszeit erforderlich ist oder nicht. Um dies zu klären verbleibt letztlich nur der Blick auf die tatsächliche Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte.

3 Die reale Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

3.1 Vorgehensweise

Um die Entwicklung der realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland zu ermitteln, soll nachgezeichnet werden, wie sich die **Einnahmen** und **Aufwendungen** in den Vertragsarztpraxen in den letzten Jahren entwickelt haben: Aus der Differenz der Einnahmen und Aufwendungen ergibt sich der so genannte **Reinertrag**, der dem Bruttoeinkommen der Ärztinnen und Ärzte aus Unternehmertätigkeit entspricht. In dieser Studie soll keine Debatte über die Angemessenheit der *Höhe* der Arzteinkommen geführt werden. Stattdessen steht hier die relative Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu einem Referenzeinkommen im Mittelpunkt des Interesses.

Zunächst ist zu klären, welche Arztgruppen, welche Einnahmen und welcher Aufwand berücksichtigt werden sollen, und auf welchen Zeitraum sich die Untersuchung bezieht.

Bei der Kalkulation der Punktzahlen im EBM, wurde *ein* kalkulatorischer „Arztlohn“ für alle **Arztgruppen** unterstellt. Das heißt, unabhängig von der jeweiligen Arztgruppe soll die Arztminute gleich „entlohnt“ werden. Aus diesem Grunde werden alle Arztgruppen¹³ der vertragsärztlichen Versorgung in die Betrachtung einbezogen und die Entwicklung des *durchschnittlichen* Einkommens untersucht.¹⁴ Angestellte Ärztinnen und Ärzte werden dabei den Praxisinhabern gleichgestellt. Das heißt, es wird die relative Entwicklung der durchschnittlichen Einkommen der teilnehmenden *inklusive* der angestellten Ärztinnen und Ärzte betrachtet.¹⁵

Es werden nur die **Einnahmen** aus der *vertragsärztlichen* Versorgung berücksichtigt – inklusive der Einnahmen aus GKV-Selektivverträgen. Demnach werden alle Einnahmen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aus ihrer Tätigkeit für die GKV einbezogen.

¹³ Ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

¹⁴ Es ist bekannt, dass sich die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erheblich nach Arztgruppen (und auch Regionen) unterscheiden. Durch die Weiterentwicklung des Orientierungswertes kann dieser Umstand jedoch prinzipiell nicht beseitigt werden, weshalb es sachgerecht ist, nur die durchschnittlichen Einkommen zu betrachten. Um die Einkommensunterschiede abzumildern, wäre u.a. eine Überarbeitung des EBM notwendig.

¹⁵ Wie noch gezeigt wird, wird durch diese Annahme der Anstieg der Überschüsse in den Arztpraxen je Ärztin und Arzt niedriger geschätzt als in der Situation, als wenn nur die Überschüsse der *Praxisinhaber* (ohne angestellte Ärztinnen und Ärzte) betrachtet würden.

Die von teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten darüber hinaus erzielten Einnahmen für privatärztliche und sonstige Tätigkeit bleiben unberücksichtigt.

Während die Einnahmen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte gut nach Kostenträgern unterschieden werden können, lässt sich dies für die **Aufwendung** nicht in gleicher Weise tun. Insbesondere fixe Kosten lassen sich den erbrachten Leistungen und den Kostenträgern nicht direkt zuordnen. Um nur die Aufwendungen zu berücksichtigen, die zur Erbringung von GKV-Leistungen anfallen, werden die Gesamtaufwendungen der Arztpraxen nur anteilig, entsprechend dem Anteil der GKV-Leistungen an allen erbrachten Leistungen der Arztpraxen, berücksichtigt.

Als **Datengrundlagen** der Berechnungen dienen die Kostenstrukturerhebungen aus den Jahren 2007 und 2011, die Gesundheitspersonalrechnung und der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes. Darüber hinaus werden Entwicklungen der Arzt- sowie der Praxiszahlen dem Bundesarztregister entnommen. Zudem werden Daten des Institutes des Bewertungsausschusses (InBA) und des GKV-Spitzenverbandes verwendet.

Die Untersuchung soll für den **Zeitraum** der Jahre zwischen 2011 und 2014 erfolgen. Für das Jahr 2011 liegt die letzte Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes vor, wodurch für dieses Jahr verlässliche Aussagen über die Aufwendungen der Arztpraxen getroffen werden können. Die Kostenstrukturerhebung aus dem Jahr 2007 wird ergänzend verwendet, um Trendverläufe in der Kostenstruktur nachzuzeichnen. Bei den Verhandlungen zum Orientierungswert im Bewertungsausschuss wird allerdings eine Einjahresbetrachtung vorgenommen. Aus diesem Grunde wird zusätzlich auf die relative Entwicklung der Einkommen und weiterer Variablen zwischen den Jahren 2013 und 2014 eingegangen.

Wie lässt sich die Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland nachzeichnen? Eine wesentliche Schwierigkeit besteht darin, dass die Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes nur alle vier Jahre unternommen werden – der letzte Datenstand ist das Jahr 2011. Aus diesem Grunde sind **Modellrechnungen** erforderlich, die Annahmen darüber treffen, wie sich die Einnahmen und Aufwendungen in der Zwischenzeit entwickelt haben. In einer früheren Untersuchung zur Bestimmung des Orientierungswertes hat die Prognos AG dazu ein Modell vorgestellt, welches sich auch zur Ermittlung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte verwenden lässt.¹⁶

¹⁶ Prognos AG (2012): Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2e SGB V), Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Die **Grundannahmen des Modells** sind zum einen, dass sich die GKV-Einnahmen der Arztpraxen, analog zur unbereinigten Gesamtvergütung¹⁷ entwickeln. Wächst die Gesamtvergütung sollten auch die durchschnittlichen Einnahmen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte steigen. Allerdings ist der Durchschnitt der Einnahmen auch abhängig von der Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxen und Ärztinnen und Ärzte, deren Entwicklung dem Bundesarztregister entnommen werden kann.

Zum anderen, müssen Annahmen dazu getroffen werden, wie sich die Aufwendungen in den Praxen entwickeln. Im Prognos-Modell aus dem Jahr 2012 wurde diese im Wesentlichen durch **Preisindizes** fortgeschrieben, die sich nach der Aufwandsart richten. Heute besteht jedoch die Möglichkeit die *tatsächliche* Entwicklung der Aufwendungen zwischen den Jahren 2007 und 2011 nachzuvollziehen, da für beide Jahre eine repräsentative Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes vorliegt.

Um eine Verschiebung in der **Praxisstruktur** (und damit auch der Kostenstruktur) nachvollziehen zu können, wird überdies bei den Aufwendungen nach der Praxisform (Einzelpraxis vs. Gemeinschaftspraxis) unterschieden.

Außerdem sollen Aussagen zur **Produktivität** und zur **Kostendegression** in Arztpraxen getroffen werden, weshalb ein Bezug zu den erbrachten Leistungen¹⁸ und dem eingesetzten Personal sowie zur Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte notwendig ist. Weitere Details zu den Datengrundlagen und der Berechnung können Kapitel 5 entnommen werden.

Zunächst wird dargestellt, wie sich die realen Einkommen entwickelt haben, bevor anschließend die Ursachen für diese Entwicklung nachgezeichnet werden.

3.2 Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland

Das durchschnittliche Einkommen (Reinertrag) der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Jahr t ergibt sich im Modell aus der Formel

$$\frac{\text{Gesamteinnahmen}_t - \text{Gesamtaufwand}_t}{\text{Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und -Ärzte}_t}$$

¹⁷ Die unbereinigte Gesamtvergütung entspricht der Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), der Vergütung für extrabudgetäre Leistungen (EGV) sowie den Bereinigungsbeträgen für die Vergütung in Selektivverträgen.

¹⁸ Wie in Kapitel 6 beschrieben, wird die unbereinigte (also inklusive der Leistungen in Selektivverträgen) und um Katalogeffekte korrigierte Bruttoleistungsmenge in Punkten verwendet, die der GKV-Spitzenverband auf der Basis der Berichte des InBA zur Verfügung gestellt hat.

Die **Gesamteinnahmen** entsprechen hierbei der unbereinigten Gesamtvergütung. Die **Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte** wird dem Bundesarztregister entnommen. Um den **Gesamtaufwand** zu berechnen ist dagegen eine Verknüpfung unterschiedlicher Statistiken notwendig. Hierfür wird zunächst – getrennt für Einzel- und Gemeinschaftspraxen – der durchschnittliche Praxisaufwand für die Erbringung von GKV-Leistungen ermittelt. Dieser durchschnittliche Aufwand einer Praxis wird dabei anteilig um den Aufwand für die Erbringung privater und sonstiger Leistungen bereinigt. Wenn angestellte Ärztinnen und Ärzte den Praxisinhabern gleichgestellt werden, muss darüber hinaus deren Personalaufwand aus dem Praxisaufwand herausgerechnet werden.¹⁹

Der so bereinigte GKV-Aufwand wird durch die durchschnittliche Zahl der erbrachten Leistungen einer Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxis dividiert. Auf diese Weise erhält man die Durchschnittskosten für die Erbringung eines Leistungspunktes in Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Diese Durchschnittskosten werden anschließend mit der Gesamtzahl der in Einzel- bzw. Gemeinschaftspraxen erbrachten Leistungen multipliziert. Für die in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und sonstigen ambulanten Einrichtungen erbrachten Leistungen werden mangels Alternative²⁰ die Durchschnittskosten einer Gemeinschaftspraxis unterstellt. Durch Addition der so ermittelten Gesamtaufwände in den jeweiligen Praxisformen ergibt sich der Gesamtaufwand in der vertragsärztlichen Versorgung.

Abbildung 1 zeigt die Entwicklung der realen Einkommen seit dem Jahr 2011. Als Einkommen werden die Reinerträge je teilnehmender Ärztin und teilnehmenden Arzt sowie je Arztstunde dargestellt. Reinerträge entsprechen dem Bruttoeinkommen, also dem Einkommen vor Abzug persönlicher Steuern und möglicher Versicherungsbeiträge aber nach Abzug aller Aufwendungen der Arztpraxis.

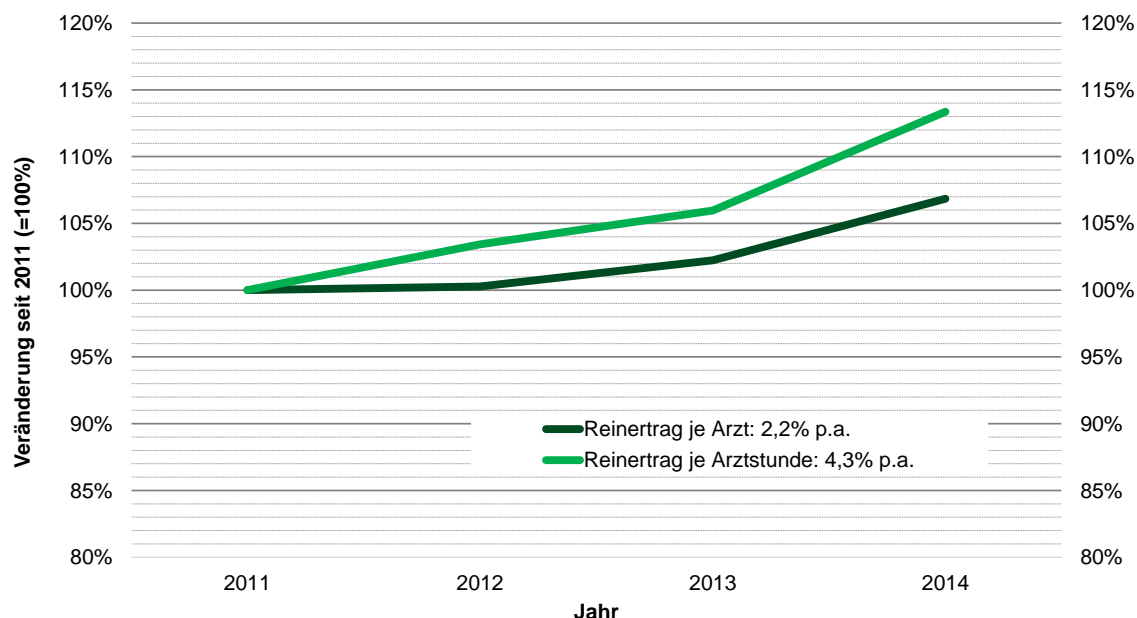
Je Ärztin und Arzt ist nach diesen Berechnungen seit 2011 der durchschnittliche Reinertrag aus vertragsärztlicher Tätigkeit um jährlich 2,2 % gestiegen. Insgesamt betrug der Anstieg in diesem

¹⁹ Die „Entlohnung“ der angestellten Ärztinnen und Ärzte erfolgt in dieser Betrachtung somit aus dem Reinertrag der Praxis, welche den GKV-Einnahmen abzüglich des GKV-Aufwands (bereinigt um den Personalaufwand für angestellte Ärztinnen und Ärzte) entspricht. Der Reinertrag je Arzt ergibt sich somit aus dem Reinertrag je Praxis dividiert durch die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in einer Praxis (Praxisinhaber + angestellte Ärzte). Auf diese Weise fällt der Reinertrag je Praxis etwas höher aus (im Umfang der nun niedrigeren Personalaufwendungen) und der Reinertrag je Arzt (Praxisinhaber + angestellte Ärztinnen und Ärzte) etwas niedriger, da die Personalaufwendungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte niedriger sind, als die durchschnittlichen Reinerträge je Praxisinhaber.

²⁰ Zwar enthält die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes auch Aufwendungen der MVZ. Allerdings ist deren Anzahl in der Stichprobe (und der Grundgesamtheit) nicht hoch genug, um ausreichend differenzierte und präzise Schätzungen der Aufwendungen zu ermöglichen. Für sonstige ambulante Einrichtungen finden sich in der Kostenstrukturerhebung keine Angaben.

Zeitraum 6,8 %. Während es zum Jahr 2012 einen leichten Rückgang der Reinerträge gab, sind diese in den Jahren 2013 und 2014 deutlich gewachsen.

Abbildung 1: Entwicklung des Reinertrages aus vertragsärztlicher Tätigkeit je Ärztin und Arzt sowie je Arztstunde seit dem Jahr 2011



Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Würde man Praxisinhaber und angestellte Ärztinnen und Ärzte nicht gleichbehandeln und den gesamten Reinertrag (und dessen Steigerungen) nur auf die Praxisinhaber beziehen, könnten noch größere Steigerungen des durchschnittlichen Reinertrages je Praxisinhaber ausgewiesen werden. Diese durchschnittlichen Reinerträge je Praxisinhaber wären seit dem Jahr 2011 um insgesamt 11,0 % gestiegen, wobei in dieser Betrachtung die Personalaufwendungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte nicht mehr aus dem Praxisaufwand herausgerechnet werden.

Bezogen auf die geleisteten Arztstunden sind die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit einem jährlichen Anstieg von durchschnittlich 4,3 % noch stärker gestiegen. Um die geleisteten Arztstunden zu ermitteln, wurden Informationen aus dem Mikrozensus verwendet. Im Rahmen des Mikrozensus werden vom Statistischen Bundesamt jährlich u.a. über 1.100 Ärztinnen und Ärzte, die in Arztpraxen tätig sind, nach ihrer tatsächlich geleisteten Wochenarbeitszeit gefragt. Diese Wochenarbeitszeit ging, wie in Abbildung 4 gezeigt wird, in den letzten Jahren kontinuierlich zurück. Der Rückgang konnte selbst durch einen Anstieg der Gesamtzahl der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte nicht aufgefangen werden, sodass insgesamt die geleisteten Arztstunden rückläufig zu sein scheinen, was zu einem überproportionalen Anstieg der Reinerträge je Arztstunde führte.

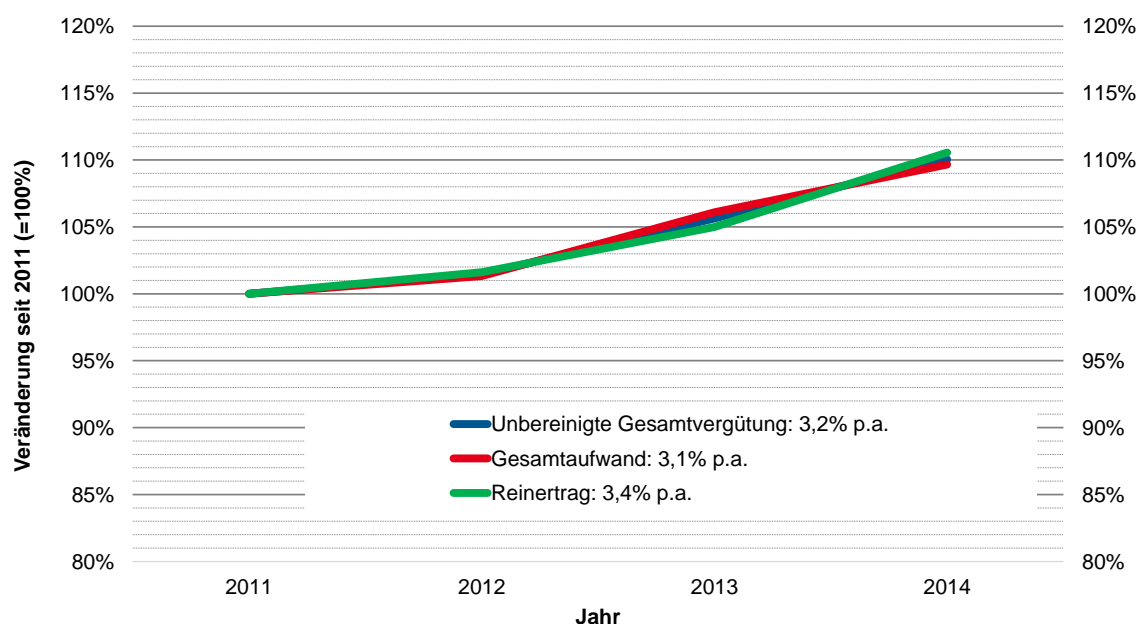
3.3 Einflussfaktoren der realen Einkommensentwicklung

Die gezeigte Entwicklung der realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte lässt sich auf verschiedene Einflüsse zurückführen, die im Folgenden beschrieben werden.

3.3.1 Gesamteinnahmen, -aufwand und -reinertrag

Zunächst zeigt ein Blick auf die Entwicklung der Gesamteinnahmen und -aufwendungen, dass sich beide Größen seit dem Jahr 2011 nahezu parallel entwickelt haben (Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Gesamteinnahmen, Gesamtaufwendungen und des Gesamtreinertrags



Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
 Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

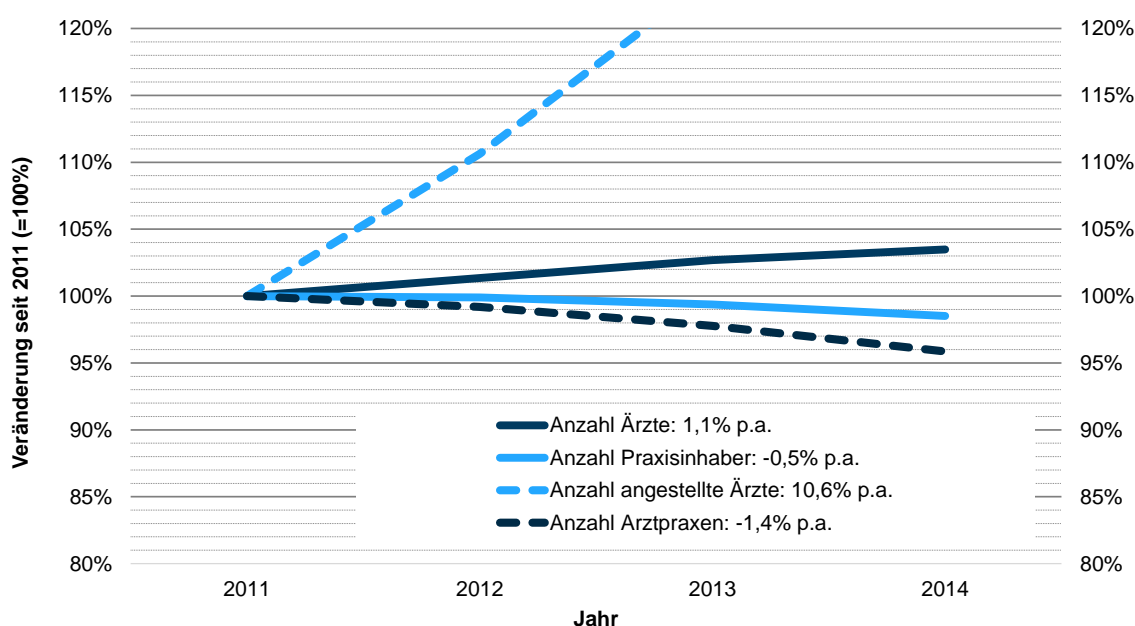
Während die unbereinigte Vergütung jährlich um 3,2 % wuchs, stieg der Gesamtaufwand aufgrund von Preis- und Mengensteigerungen p.a. um 3,1 %. Insgesamt lag der Anstieg in dem Zeitraum bei 10,0 % (Gesamteinnahmen) bzw. bei 9,7 % (Gesamtaufwand).

Wenn sich die Einnahmen und die Aufwendungen in relativen Größen ähnlich entwickeln, bedeutet dies, dass sich auch die Differenz der beiden Größen und demnach der Reinertrag ähnlich entwickelt. Daher stieg der Gesamtreinertrag (= Gesamteinnahmen abzüglich des Gesamtaufwands) seit dem Jahr 2011 um jährlich 3,4 % bzw. um insgesamt 10,6 %.

3.3.2 Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Arztpraxen

Der Anstieg des gesamten Reinertrags in der vertragsärztlichen Versorgung lag somit deutlich höher als der Anstieg der durchschnittlichen Reinerträge je Ärztin bzw. Arzt (vgl. Abbildung 1). Der Grund für diese Differenz ist in der Entwicklung der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu suchen, die in folgender Abbildung dargestellt ist.

Abbildung 3: Entwicklung der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Arztpraxen



Die Skalen aller Abbildungen sollen identisch und somit vergleichbar sein, weshalb die Linie zur Entwicklung der Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte z.T. außerhalb des gezeigten Wertebereichs verläuft.

Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte stieg seit dem Jahr 2011 jährlich um 1,1 % bzw. um insgesamt 3,5 %. Dafür ist insbesondere der Anstieg der Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte verantwortlich, welcher jährlich 10,6 % bzw. insgesamt für die Jahre 2011 bis 2014 35,2 % betrug. Dagegen ist die Zahl der Praxisinhaber leicht gesunken geblieben. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte arbeiten zudem in immer größeren Praxen, denn die Zahl der Arztpraxen²¹ war in dieser Zeit ebenfalls rückläufig.

Der Anstieg der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte hat demnach dazu geführt, dass das durchschnittliche Einkommen (Reinertrag je Arzt) nicht in demselben Umfang gestiegen ist, wie

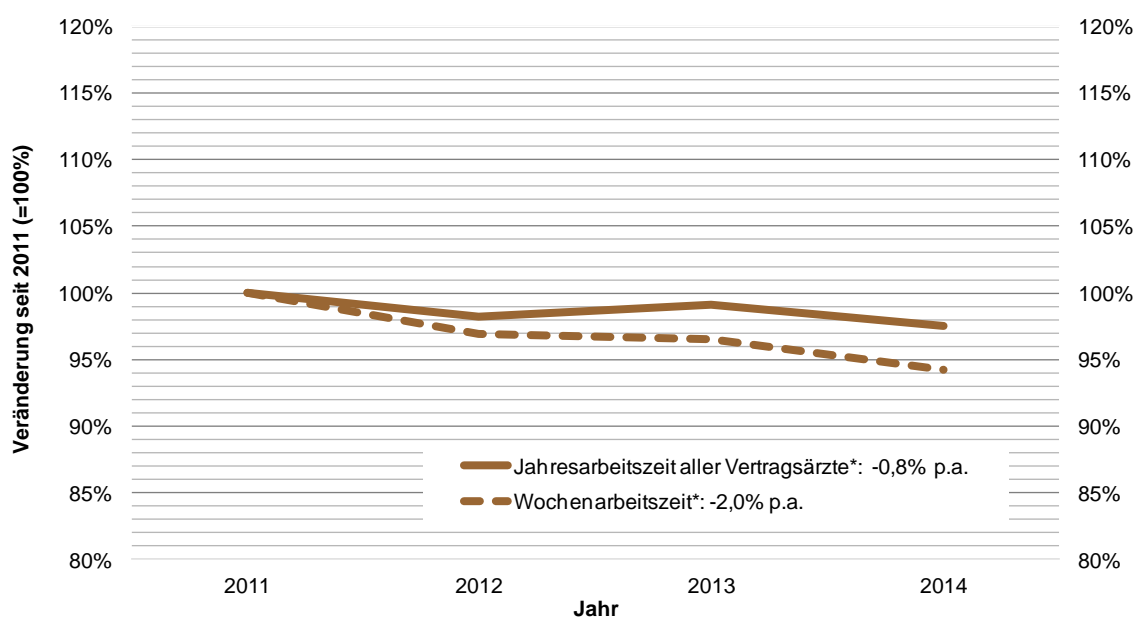
²¹ Dazu zählen ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen: Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und sonstige Einrichtungen.

der Gesamtreinertrag (Gesamteinnahmen minus Gesamtaufwand), der durch die GKV vergütet wird. Der Gesamtreinertrag wuchs seit dem Jahr 2011 um 10,6 %, der durchschnittliche Reinertrag je Arzt um 6,8 %.

3.3.3 Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte

Wie berichtet, ist der Reinertrag je Arztstunde seit dem Jahr 2011 deutlich stärker gestiegen (11,9 %), als der Reinertrag je Arzt (5,4 %). Die Ursache dafür ist, dass nach einer Auswertung des Mikrozensus die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte in Arztpraxen seit einigen Jahren rückläufig ist (Abbildung 4). Danach sank die tatsächlich geleistete Wochenarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte, die in Arztpraxen tätig sind²², im Durchschnitt von 42,6 Stunden im Jahr 2011 auf 40,2 Stunden im Jahr 2014, was einem prozentualen Rückgang von 5,8 % entspricht.

Abbildung 4: Entwicklung der durchschnittlichen ärztlichen Wochenarbeitszeit und der ärztlichen Jahresarbeitszeit aller teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte



*Tatsächlich geleistete Arbeitszeit ohne Personen mit weniger Wochenarbeitsstunden aufgrund von Arbeitsschutzbestimmungen/Mutterschutz oder Elternzeit- einschließlich 0 Wochenarbeitsstunden
 Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
 Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Multipliziert man diese durchschnittliche Wochenarbeitszeit mit der Zahl der Ärztinnen und Ärzte und rechnet diesen Wert auf einen

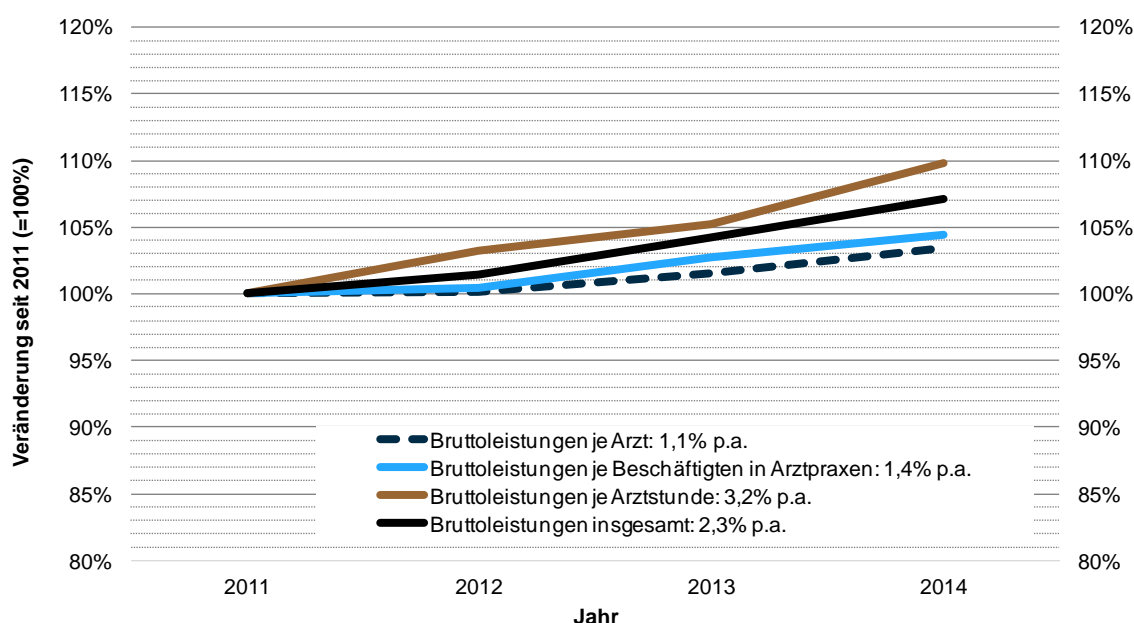
²² Praxisinhaber und angestellte Ärztinnen und Ärzte, Vollzeit- und Teilzeittätige.

Jahreswert hoch²³, erhält man das ärztliche Jahresarbeitsvolumen.²⁴ Aufgrund der gestiegenen Zahl der Ärztinnen und Ärzte war das ärztliche Jahresarbeitsvolumen seit dem Jahr 2011 weniger rückläufig als die durchschnittliche Wochenarbeitszeit einer Ärztin bzw. eines Arztes. Insgesamt sank das ärztliche Jahresarbeitsvolumen seit dem Jahr 2011 um 2,5 % (Abbildung 4).

3.3.4 Produktivität der Arztpraxen

Im Prognos-Modell aus dem Jahr 2012 mussten mangels aussagekräftiger Statistiken noch Annahmen zur Entwicklung der Produktivität getroffen werden. Mit der Veröffentlichung der Kostenstrukturerhebung für das Jahr 2011 und der Kombination mit weiteren Datenquellen wie dem Mikrozensus, dem Bundesarztregister und der Gesundheitspersonalrechnung können in dieser Studie tatsächliche Entwicklungen in der Produktivität der Arztpraxen nachgezeichnet werden.

Abbildung 5: Entwicklung ausgewählter Produktivitätskennzahlen



Korrigierter, unbereinigter Bruttoleistungsbedarf in Punkten
 Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
 Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Abbildung 5 zeigt eine Auswahl an Kennziffern der Produktivität. Zwischen den Jahren 2011 und 2014 stieg danach der Umfang der

²³ Wochenarbeitszeit x 46 Wochen bei 30 Tagen Urlaub pro Jahr.

²⁴ Bei dieser Rechnung ist der steigende Anteil der angestellten Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, die im Durchschnitt weniger in der Woche in der Arztpraxis tätig sind als die Praxisinhaber. Denn der Anteil der angestellten Ärztinnen und Ärzte stieg auch im Mikrozensus von 12,9% im Jahr 2011 auf 17,9% im Jahr 2013. Für das Jahr 2014 liegt keine Auswertung des Mikrozensus vor, weshalb hier eine lineare Trendfortschreibung der Entwicklung zwischen den Jahren 2009 bis 2013 verwendet wurde, um die durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2014 zu schätzen.

gesamten in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Bruttoleistungen²⁵ in Punkten um jährlich 2,3 % bzw. insgesamt um 7,1 %. Je Ärztin bzw. Arzt wuchsen die Bruttoleistungen um jährlich 1,1 % und insgesamt um 3,5 %. Das heißt, einen Teil der zusätzlichen Leistungen erbrachten die neu hinzugekommenen teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, – der andere Teil konnte durch eine gesteigerte Produktivität erbracht werden. Wie berichtet wurde dazu jedoch im Durchschnitt nicht mehr ärztliche Arbeitszeit eingesetzt, da die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte sogar leicht rückläufig war. Somit sind auch die erbrachten Bruttoleistungen in Punkten je Arztstunde mit jährlich 3,2 % noch deutlich stärker gestiegen als jene pro Arzt. Scheinbar entstand dieser Produktivitätsgewinn in erster Linie durch eine effektivere Organisation der Leistungserbringung, denn auch bezogen auf alle Beschäftigten in den Arztpraxen, also inklusive der medizinischen Fachangestellten ist die Leistungsmenge pro Beschäftigtem gestiegen – und zwar jährlich um 1,4 %. Auch wenn keine Daten dazu vorliegen, erscheint es nicht plausibel, dass der Produktivitätsgewinn allein durch eine Ausdehnung der eingesetzten Arbeitszeit der medizinischen Fachangestellten bzw. weiterer nicht-ärztlicher Beschäftigten in den Arztpraxen erzielt wurde.

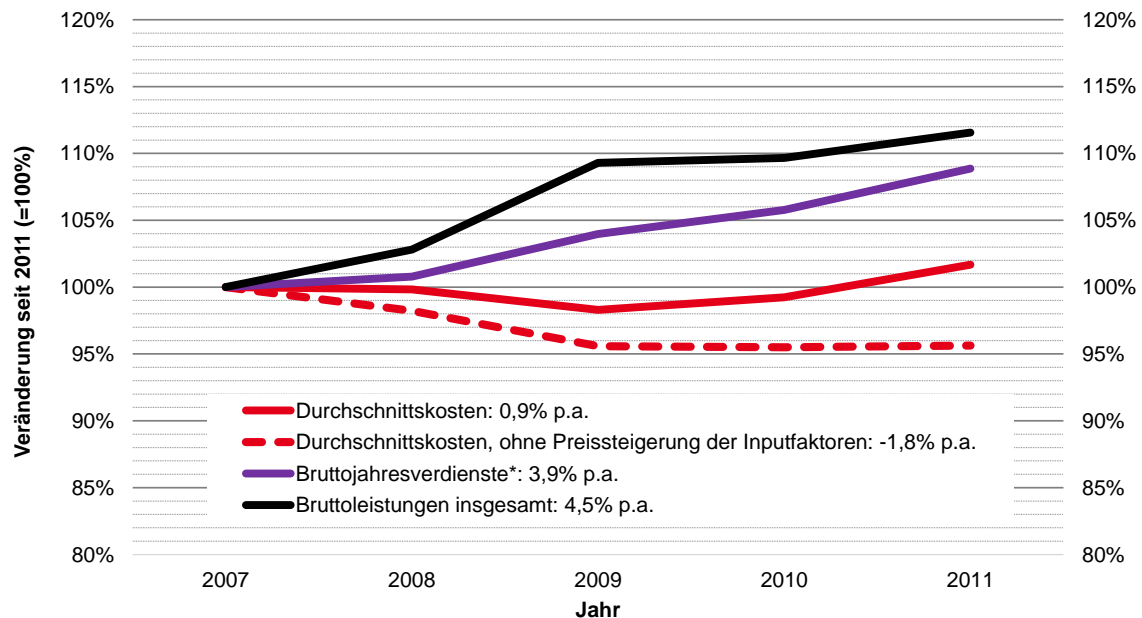
3.3.5 Kostendegression

Im Prognos-Gutachten aus dem Jahr 2012 wurde auch der Frage nach einer möglichen Kostendegression in den Arztpraxen nachgegangen. Kostendegression beschreibt den Umstand, dass die Kosten für die Erbringung einer zusätzlichen Leistung üblicherweise mit der Leistungsmenge sinken und zwar aufgrund der Existenz fixer Kosten, die unabhängig von der Höhe der Leistungsmenge entstehen. Erst wenn die Kapazitäten ausgebaut werden, um eine weitere Mengensteigerung zu bewältigen, würden auch die fixen Kosten steigen. Man spricht deshalb von sprungfixen Kosten.

Im damaligen Gutachten mussten Annahmen darüber getroffen, welche Aufwandsarten fixe und welche variable Kosten darstellen. Mit dem Vergleich der Kostenstrukturerhebungen der Jahre 2007 und 2011 kann nun die tatsächliche Entwicklung der Durchschnittskosten für die Erbringung eines Leistungspunktes nachvollzogen werden. Die Durchschnittskosten sind zwischen den Jahren 2007 und 2011 um insgesamt 1,7 % gestiegen (Abbildung 6). Gleichzeitig stiegen die erbrachten Bruttoleistungen um 11,6 %.

²⁵ Korrigierter, unbereinigter Bruttoleistungsbedarf in Punkten.

Abbildung 6: Entwicklung der Durchschnittskosten im Vergleich zur erbrachten Leistungsmenge, Jahre 2007 bis 2011



* Durchschnittlicher Bruttojahresverdienst vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer mit Sonderzahlungen, Wirtschaftszweig Q862: Arzt- und Zahnarztpraxen, Leistungsgruppe 3.
 Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2007 bis 2011
 Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Bei zunehmender Menge sind somit die Durchschnittskosten gestiegen. Trotzdem muss von einer Kostendegression ausgegangen werden. Der Grund ist, dass selbst bei hundertprozentig variablen Kosten die Durchschnittskosten zumindest im Umfang der Preise für die Inputfaktoren (Mieten, Löhne etc.) steigen müssten. Jedoch sind insbesondere die Löhne im Gesundheitswesen in dem betrachteten Zeitraum deutlich stärker gestiegen – laut der Verdiensterhebung des Statistisches Bundesamtes waren es in dieser Zeit im Wirtschaftszweig Q862: Arzt- und Zahnarztpraxen beispielsweise insgesamt 8,9 % bzw. 3,9 % jährlich. Bei einem Anteil der Personalaufwendungen an dem gesamten Praxisaufwand von rund 48 % im Jahr 2011 ist die Entwicklung dieses Kostenblocks hoch relevant. Somit lag der Anstieg der Durchschnittskosten deutlich unter der Preisentwicklung wichtiger Inputfaktoren, weshalb eine Kostendegression stattgefunden haben muss.

Wie sich die Durchschnittskosten entwickelt haben könnten, wenn es keine Preissteigerungen bei den Inputfaktoren gegeben hätte, zeigt Abbildung 6 ebenfalls. Dazu wurde unterstellt, dass sich die Veränderungen der Aufwände der in der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes enthaltenen Aufwandsarten jeweils aus einer Mengen- und einer Preiskomponente zusammensetzen. Für die Veränderung der Preiskomponente wurde angenommen, dass sie sich analog bestimmter Preisindizes entwickelte. Mit diesen Annahmen konnte die Entwicklung der Mengenkomponeute nachvollzogen und um die Veränderung der

Preiskomponente bereinigt werden. Die Durchschnittskosten hätten sich danach ohne veränderte Preise der Inputfaktoren zwischen 2007 und 2011 um insgesamt 4,4 % reduziert. Dies zeigt, dass mit steigender Menge tatsächlich die Durchschnittskosten preisbereinigt rückläufig waren, also eine Kostendegression stattfand.

3.3.6 Zerlegung der Einkommensentwicklung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Preis- und Mengeneffekt

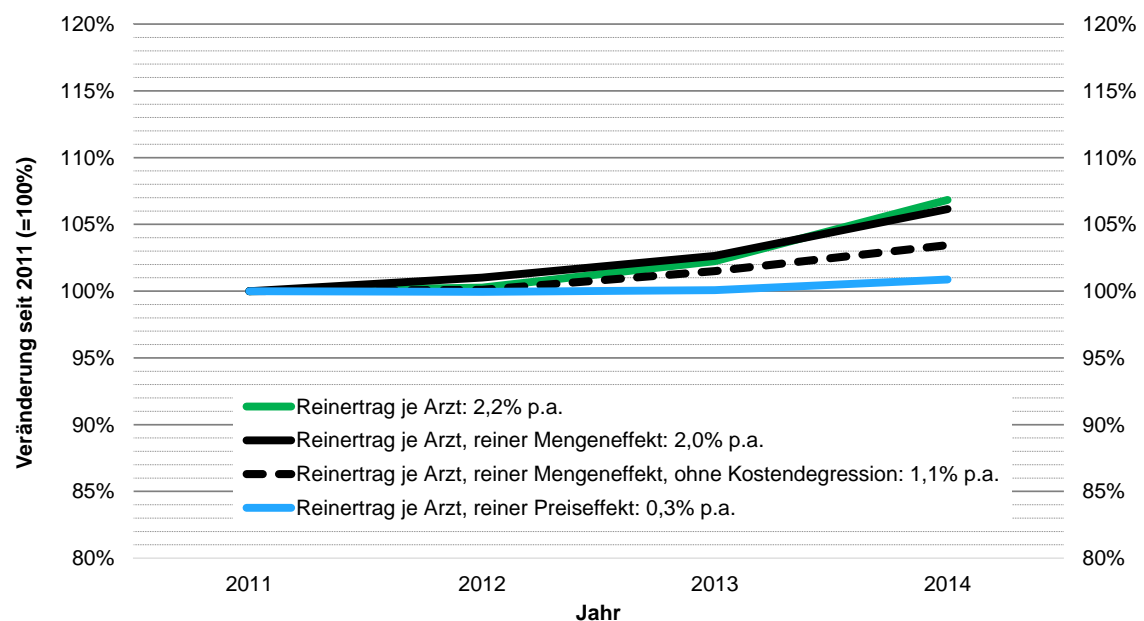
Preise und Mengen beeinflussen in unterschiedlichem Maße die die Entwicklung der realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte. Sie wirken gleichzeitig und überlagern sich gegenseitig. Um sich der Frage zu nähern, in welchem Umfang Preis- und Mengeneffekte die Entwicklung der Einkommen beeinflussen, können diese jeweils konstant gehalten werden. Folgende Effekte wurden untersucht:

- **Reiner Mengeneffekt:** In diesem Fall werden die Preise sowohl für die Inputfaktoren (bspw. keine Lohn- und Mietsteigerung) als auch für die Einnahmen (keine Punktwertsteigerungen) auf dem Niveau des Jahres 2011 eingefroren. Zusätzliche Aufwendungen und Einnahmen entstehen allein aufgrund der zusätzlich erbrachten Leistungsmenge. Gleichzeitig wirken Kostendegression, Produktivitätssteigerung sowie die Veränderung der Arztzahlen in diesem Szenario.
- **Reiner Mengeneffekt ohne Kostendegression und Produktivitätssteigerungen:** Dieses Szenario entspricht dem reinen Mengeneffekt. Das heißt, alle Preise der Aufwands- und Einnahmeseite werden wieder konstant auf dem Niveau des Jahres 2011 gehalten. Darüber hinaus werden aber auch die Durchschnittskosten für die Erbringung eines Leistungspunktes auf dem Stand des Jahres 2011 fixiert. Es finden somit keine Kostendegression bzw. Produktivitätssteigerungen statt.
- **Reiner Preiseffekt:** In diesem Fall wird die erbrachte Leistungsmenge konstant gehalten. Lediglich durch die Preissteigerungen auf der Input- und Einnahmeseite verändert sich die Ertragssituation der Praxen. Die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte wird ebenfalls konstant gehalten, da ansonsten zusätzlich zum Preiseffekt eine sinkende Produktivität berücksichtigt würde.

Abbildung 7 gibt die Ergebnisse der Berechnungen wieder. Der Reinertrag je Arzt wuchs in der Basisberechnung jährlich um 2,2 % und insgesamt um 6,8 %. Dazu trug der Mengeneffekt den größten

Teil bei: Hätten sich die Preise sowohl aufwands- als auch einnah-
menseitig *nicht* verändert, hätte der Reinertrag je Arzt in dieser
Zeit um 2,0 % pro Jahr bzw. insgesamt um 6,1 % steigen können.
Bei konstanten Preisen wirken sich die zusätzlichen Einnahmen
einer Mengensteigerung bei sinkenden Durchschnittskosten über-
proportional positiv auf die Einkommenshöhe aus.

Abbildung 7: Einfluss der Einzeleffekte auf die Entwicklung der
Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte



Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2011 bis 2014
Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Wie positiv die sinkenden Durchschnittskosten die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte beeinflussen, zeigt das Szenario *Reiner Mengeneffekt, ohne Kostendegression*. Würden die Durchschnittskosten zur Erbringung eines Leistungspunktes – bei steigenden Mengen – nicht fallen, wäre der Reinertrag pro Arzt (bei konstanten Preisen) jährlich lediglich um 1,1 % und insgesamt um 3,4 % gestiegen. Die Differenz zum Szenario *Reiner Mengeneffekt* ist somit dem Einfluss der Kostendegression und den Produktivitätsgewinnen zuzurechnen.

Hält man schließlich im Szenario *Reiner Preiseffekt* die erbrachte Leistungsmenge sowie die Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte auf dem Niveau von 2011 und lässt lediglich die Preise für die Inputfaktoren und die Einnahmen steigen, wäre der Gesamteffekt auf den Reinertrag je Arzt zwischen 2011 und 2014 nur leicht positiv gewesen. Und zwar mit 0,3 % pro Jahr bzw. 0,9 % insgesamt. Die Ursache ist, dass der Orientierungswert in den Jahren 2010 bis 2012 aufgrund gesetzlicher Bestimmungen nicht angepasst wurde, was bei steigenden Preisen für die Inputfaktoren und – wie in diesem Szenario – ohne zusätzliche Einnahmen aufgrund

zusätzlicher Leistungen sogar fast zu einem Rückgang des Reinertrags je Arzt geführt hat. Erst in den Jahren 2013 und 2014 stieg der Reinertrag je Arzt auch allein durch den Preiseffekt wieder leicht an.

3.4 Einfluss der Berücksichtigung eines Referenzeinkommens auf die Einkommensentwicklung

Der Kern der Fragestellung dieser Studie lautet, ob bei der Fortschreibung des Orientierungswertes in der vertragsärztlichen Versorgung auch die „Entlohnung“ der ärztlichen Arbeitszeit regelhaft berücksichtigt werden sollte. Dies könnte etwa geschehen, indem die Entwicklung eines Referenzeinkommens, wie etwa die Bruttolöhne von Oberärztinnen und Oberärzten in Krankenhäusern, als weiterer Steigerungsfaktor verwendet wird.²⁶

Wie die bisherigen Berechnungen zeigen, sind die tatsächlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in den letzten Jahren gestiegen – auch ohne dass es einer expliziten Berücksichtigung eines Referenzeinkommens bedurfte. Wie hätten sich die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aber entwickelt, wenn ein Referenzeinkommen in den Verhandlungen berücksichtigt worden wäre? Die Frage lässt sich beantworten, wenn man zusätzlich zur ursprünglich vereinbarten Steigerungen der Gesamtvergütung einen Aufschlag auf die Gesamtvergütung simuliert. Dieser Aufschlag müsste in diesem Szenario dazu führen, dass der Gesamtreinertrag (Gesamteinnahmen minus Gesamtaufwand) relativ im selben Umfang steigt, wie das Referenzeinkommen – das Bruttogrundgehalt von Oberärztinnen und Oberärzten in kommunalen Krankenhäusern. Dann wäre der Forderung nach einer Berücksichtigung eines Referenzeinkommens genüge getan.

Am Beispiel der Jahre 2012 und 2013 bedeutet dies: Die unbereinigte Gesamtvergütung ist in dieser Zeit um 4,1 % gestiegen – ohne dass ein Referenzeinkommen berücksichtigt wurde. Das Bruttogrundgehalt von Oberärztinnen und Oberärzten in kommunalen Krankenhäusern ist durchschnittlich um 2,4 % pro Jahr seit 2012 gestiegen. Demnach müsste die Gesamtvergütung um weitere 1,0 % angehoben werden, damit der Gesamtreinertrag analog um 2,4 % steigt.²⁷

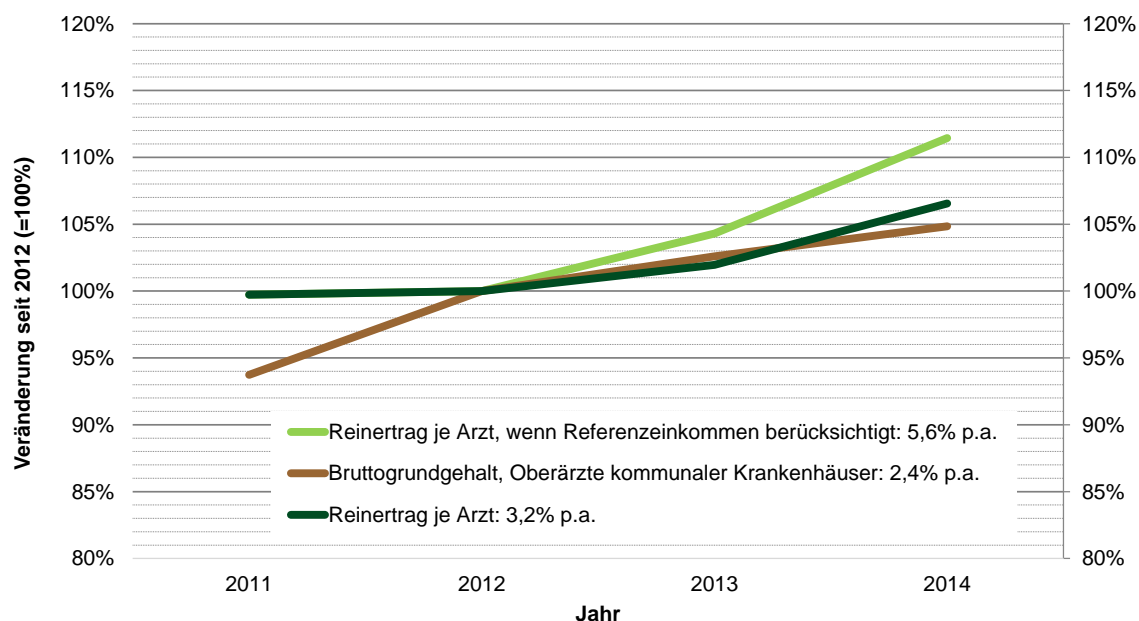
Abbildung 8 stellt die Ergebnisse dieser Berechnungen dar. Dabei wird in dieser Abbildung das Jahr 2012 als Referenzjahr gewählt,

²⁶ Vom Erweiterten Bewertungsausschuss wurde zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns im EBM das Gehalt eines im Krankenhaus tätigen Oberarztes bei 51 Wochenstunden als Referenzwert zu Grunde gelegt. Unveröffentlichter Beschluss – zitiert nach IGES (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), Berlin, S. 27.

²⁷ Gesamtreinertrag * 1,024 = 1,01 * Gesamtvergütung, da Gesamtreinertrag/Gesamtvergütung ~ 40%.

da erst ab diesem Jahr eine Weiterentwicklung des Orientierungswertes tatsächlich verhandelt wurde. In den Jahren zuvor war der Orientierungswert per Gesetz festgeschrieben und hatte sich seit 2010 nicht verändert, weshalb diese Jahre als Vergleichsjahre ungeeignet sind.

Abbildung 8: Einfluss der Berücksichtigung eines Referenzeinkommens auf die reale Einkommensentwicklung



Prozentwerte p.a.: Durchschnittliche, jährliche Veränderung in den Jahren 2012 bis 2014
Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

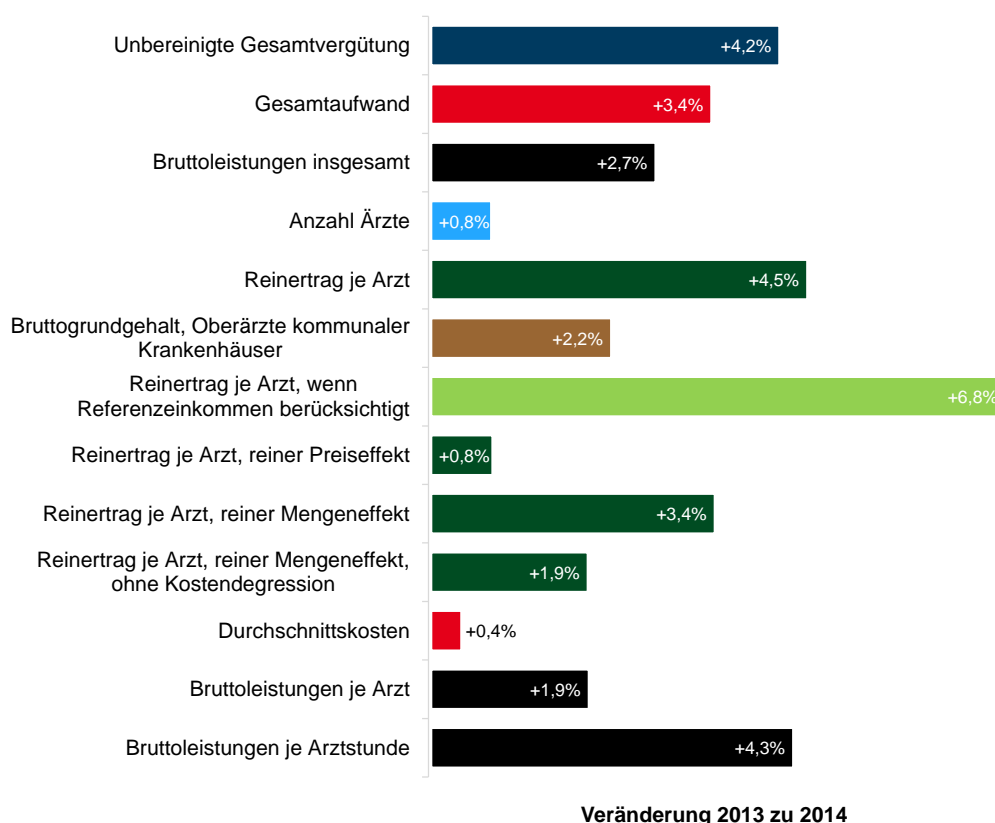
Durch die Verhandlungen zum Orientierungswert stieg der Reinertrag je Arzt seit dem Jahr 2012 jährlich um 3,2 % bzw. insgesamt um 6,5 % – ohne dass ein Referenzeinkommen explizit berücksichtigt wurde. Wäre dies zum ersten Mal im Jahr 2012 mit Wirksamkeit zum Jahr 2013 und danach jährlich geschehen, hätte der Reinertrag je Arzt stattdessen um 5,6 % pro Jahr bzw. um insgesamt 11,4 % zugenommen. Damit hätten sich die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte deutlich positiver entwickelt als das Referenzeinkommen, welches in dieser Zeit jährlich um 2,4 % bzw. insgesamt um 4,8 % wuchs.

3.5 Veränderung ausgewählter Werte zwischen dem Basisjahr 2013 und dem Folgejahr 2014

Bei der jährlichen Festlegung des Orientierungswertes werden immer nur die Veränderungen zwischen zwei Vergleichsjahren berücksichtigt. Im Fall der Verhandlung für das Jahr 2016 sind es die Jahre 2013 und 2014. Daher werden die hier vorgestellten Modellrechnungen auch für diesen Jahresvergleich vorgenommen und ausgewählte Werte in der Abbildung 9 dargestellt.

Die Modellrechnungen ergeben, dass allein zwischen diesen beiden Jahren der durchschnittliche Reinertrag je Arzt um 4,5 % stieg. Verantwortlich sind dafür die gestiegenen Einnahmen (Gesamtvergütung +4,2 %) bei schwächerem Aufwandsanstieg (Gesamtaufwand +3,4 %) und moderatem Wachstum der Zahl der Ärztinnen und Ärzte (+0,8 %).

Abbildung 9: Veränderung ausgewählter Werte vom Jahr 2013 auf 2014



Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Im gleichen Zeitraum wuchs das Referenzeinkommen der Oberärztinnen und Ärzte in kommunalen Krankenhäusern um 2,2 %. Hätte man diese Steigerungen des Referenzeinkommens bei der Verhandlung der Gesamtvergütung für das Jahr 2014 als Kostensteigerung erstmals berücksichtigt, wäre der Reinertrag je Arzt zwischen 2013 und 2014 um 6,8 % gestiegen.

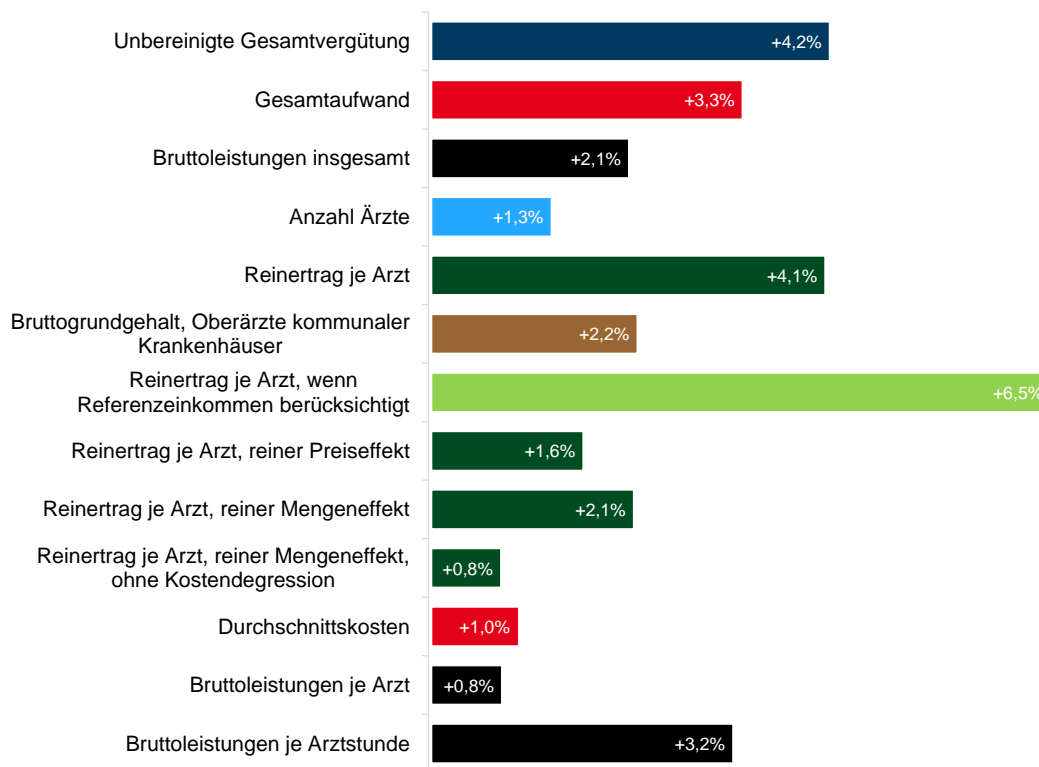
Szenarien: Tarifverträge der MFAs, Arztzahlenanstieg laut ärztlichen Abrechnungsdaten 2013/2014, Bruttoleistungsmengenanstieg 2013/2014 laut InBA-Berechnungen

Das InBA verwendet laut Informationen des GKV-Spitzenverbandes u.a. für die Fortschreibung des Personalaufwandes in den Arztpraxen und der Arztzahlen andere Datenquellen als in der

vorliegenden Studie. Gleiches gilt für die Entwicklung der Arztzahlen. Auch bei der Bruttoleistungsmenge hatte das InBA für die Jahre 2013 und 2014 einen stärkeren Katalogeffekt errechnet als der GKV-Spitzenverband. Um trotz verschiedener Rechenansätze eine gewisse Vergleichbarkeit herzustellen, werden die Ergebnisse der Berechnungen für die Jahre 2013 und 2014 in Abbildung 10 mit diesen drei abgewandelten Datenquellen wiederholt.

Abbildung 10: Szenario: Veränderung ausgewählter Werte vom Jahr 2013 auf 2014

Personalaufwand: Tarifverträge MFAs
Anzahl Ärzte: ärztliche Abrechnungsdaten 2013/2014
Bruttoleistungsbedarf: InBA-Berechnungen



Veränderung 2013 zu 2014

Quelle: Eigene Berechnungen, vgl. Kapitel 5

Die geänderten Daten lassen den Anstieg der Reinerträge je Arzt mit +4,1 % etwas niedriger ausfallen. Dieser Anstieg liegt jedoch immer noch deutlich über dem Anstieg des Referenzeinkommens in Höhe von 2,2 %.

4 Diskussion der Ergebnisse

Die Berücksichtigung der Gewinne bzw. Einkommen von Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung ist im § 87 Abs. 2g SGB V explizit nicht enthalten. Allerdings schließt die Formulierung des § 87 Abs. 2g SGB V die Berücksichtigung auch nicht explizit aus.

Ein Blick auf andere Gebührenordnungen freier Berufe ergibt, dass die vertragsärztliche Versorgung mit der jährlichen Festlegung des Orientierungswertes eine Sonderrolle einnimmt. Es lassen sich aus der Recherche somit keine Rückschlüsse ziehen, ob und wie eine regelhafte Anpassung der Vergütung für die ärztliche Arbeitszeit zweckmäßig erfolgen könnte.

Die Modellrechnungen zeigen jedoch, dass zumindest ab dem Jahr 2012 die jährlichen Steigerungen der tatsächlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte die Zuwächse des gewählten Referenzeinkommens übertreffen. Das Jahr 2012 ist deshalb relevant, weil in diesem Jahr erstmals ein neuer Orientierungswert für das Jahr 2013 vereinbart wurde. Zuvor war der Orientierungswert gesetzlich auf dem Stand von 2010 eingefroren, was nach den Modellrechnungen die Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte leicht sinken ließ.²⁸

Über die Entwicklung des Referenzeinkommens *informierte* das Institut des Bewertungsausschusses in den Verhandlungen zum Orientierungswert bislang den Bewertungsausschuss. Diese Information hatte höchstens indirekt einen Einfluss auf das Verhandlungsergebnis. Trotzdem sind die realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt sogar noch stärker gestiegen als das Referenzeinkommen. Wie lässt sich das erklären?

Die Einflüsse der Einzeleffekte auf den Reinertrag je Arzt (Abbildung 7) legen die Antwort nahe: Mit den Verhandlungsergebnissen zum Orientierungswert hat man im Wesentlichen die Kostensteigerungen in den Arztpraxen neutralisiert (vgl. Szenario: Reiner Preiseffekt). Damit wurde dem ersten Spiegelstrich in § 87 Abs. 2g SGB V genüge getan.

Anders verhält es sich mit den anderen beiden Spiegelstrichen: der Berücksichtigung der Kostendegression und möglicher Wirtschaftlichkeitsreserven. Die vereinbarten Mengensteigerungen haben in den letzten Jahren die Durchschnittskosten in den Arztpra-

²⁸ Allerdings wuchsen die durchschnittlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2007 bis 2010 relativ stark. Vgl. Prognos AG (2012): Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2e SGB V), Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

zen gesenkt. Dieser Umstand wurde jedoch bei den Verhandlungen zum Orientierungswert der Jahre 2013 und 2014 nicht in vollem Maße gewürdigt. Aus diesem Grunde konnte der durchschnittliche Reinertrag je Arzt auch stärker als das Referenzeinkommen steigen. Eine Auswertung des Mikrozensus zur Wochenarbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Arztpraxen zeigt überdies, dass diese Mengenausweitung nicht durch ein Mehr an ärztlicher Arbeitszeit erwirtschaftet wurde. Im Gegenteil – nach dem Mikrozensus sind die tatsächlich geleisteten Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten in Arztpraxen eher rückläufig.

Sollte in einer solchen Situation bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes auch eine normativ zu bestimmende Erhöhung der Vergütung der ärztlichen Arbeitsleistung berücksichtigt werden? Die Entwicklung der durchschnittlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte macht eine solche Berücksichtigung zunächst einmal nicht notwendig. Zudem zeigen die Szenariorechnungen in Abbildung 8, dass eine solche Berücksichtigung nur zu einem weiteren Anstieg der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2012 bis 2014 geführt hätte. Auf diese Weise wären die Einkommen mehr als doppelt so stark gestiegen wie das Referenzeinkommen und auch stärker als die reale Entwicklung der Reinerträge je Arzt. An diesem Umstand ändert sich auch nichts, wenn andere Datenquellen, wie die Tarifverträge der MFAs und die Arztzahlen aus den ärztlichen Abrechnungsdaten verwendet werden.

Fazit der Studie

Dass man die durchschnittlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte an der Entwicklung eines Referenzeinkommens orientiert, ist prinzipiell nachvollziehbar. Über die Auswahl eines geeigneten Referenzeinkommens und die Art der Anrechnung lässt sich jedoch streiten. Die Verhandlungen zum Orientierungswert berücksichtigen bislang nicht in ausreichendem Maße die Wirkungen von Kostendegression und Wirtschaftlichkeitsreserven. Aus diesem Grunde steigen die durchschnittlichen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in den Jahren 2013 und 2014 stärker als die Referenzeinkommen. Eine *zusätzliche* Berücksichtigung eines Referenzeinkommens in den Verhandlungen würde ohne weitere Änderungen im Verhandlungsmodus zu einer nicht begründbaren zusätzlichen Steigerung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte führen.

In den Verhandlungen sollte die *reale* Entwicklung der durchschnittlichen Kosten zur Erbringung eines Leistungspunktes (Durchschnittskosten) in der vertragsärztlichen Versorgung zur Weiterentwicklung des Orientierungswertes verwendet werden. Wie die Modellrechnungen zeigen, könnten auf diese Weise ein großer Teil der Einflüsse, die in § 87 Abs. 2g SGB V genannt wer-

den, Berücksichtigung finden. Denn die Durchschnittskosten steigen bei einem Preis- und Mengenanstieg der Inputfaktoren (Investitions- und Betriebskosten) und sinken aufgrund von Kostendegression und Produktivitätssteigerungen (Wirtschaftlichkeitsreserven). Dabei müsste zwingend die *reale* Entwicklung der durchschnittlichen Praxiskosten nachvollzogen werden. Alle vier Jahre kann dazu ein Abgleich mit der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes erfolgen. Zusätzlich müsste – wie in den hier durchgeführten Modellrechnungen – die Veränderung der durchschnittlich erbrachten Leistungen je Praxis in voller Höhe (inklusive der vereinbarten morbiditätsbedingten Mengensteigerungen) berücksichtigt werden.

Ergänzend wäre es denkbar, – ebenfalls wie in den hier durchgeführten Modellrechnungen, – die Entwicklung der realen Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nachzuvollziehen und mit einem vereinbarten Referenzeinkommen zu vergleichen, um gegebenenfalls Anpassungen beim Orientierungswert vorzunehmen. Dass die Entwicklung der realen Durchschnittskosten und Einkommen nur retrospektiv nachvollzogen werden kann, muss dabei kein Hinderungsgrund sein. Denn bislang werden ebenfalls Daten vergangener Jahre verwendet, etwa die Daten der Jahre 2013 bis 2014 zur Bestimmung des Orientierungswertes für das Jahr 2016.

Diese Studie beschäftigte sich mit der Weiterentwicklung des Orientierungswertes. Ob der kalkulatorische Arztlohn im EBM angepasst werden sollte, ist nicht Gegenstand der Untersuchung. Auch wenn die reale Entwicklung der Einkommen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine solche Anpassung im EBM auf den ersten Blick nicht notwendig erscheinen lässt, könnten hier andere Gründe eine Rolle spielen, wie die schleichende Abwertung ärztlicher Arbeitszeit im Vergleich zu technischen Leistungen. Allerdings zeigt die vorliegende Studie, dass eine solche Anpassung des EBM aufkommensneutral erfolgen sollte.

5 Annahmen und verwendete Datenquellen im Detail

Im Folgenden werden die verwendeten Datenquellen, vorgenommene Anpassungen und die zu Grunde liegenden Annahmen näher erläutert.

5.1 Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der Arztpraxen

Tabelle 1: Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der Arztpraxen

Variable/Variante	Quelle	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Teilnehmende Ärzte ^{a)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	129.639	131.383	133.122	134.152 ⁱ⁾	103,5%
Praxisinhaber ^{a)}	Eigene Berechnungen ^{e)}	112.120	112.002	111.421	110.459	98,5%
Angestellte Ärzte ^{a) b)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	17.519	19.381	21.701	23.693	135,2%
Alle Arztpraxen ^{d)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	87.913	87.205	85.951	84.271	95,9%
Einzelpraxen ^{d)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	65.781	65.039	64.235	62.384	94,8%
Gemeinschaftspraxen ^{d)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	19.978	19.877	19.346	19.446	97,3%
MVZ ^{d)}	Bundesarztregister, KBV ^{c)}	1.814	1.938	2.006	2.076	114,5%
Sonstige	InBA ^{f)}	340	351	364	364	107,1%
Beschäftigte in Arztpraxen ^{g)}	Gesundheitspersonalrechnung ^{h)}	692.000	699.000	702.133	709.851	102,6%

a) An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte. **b)** Vor dem Jahr 2013 wurden die angestellten Ärztinnen und Ärzte *in Einrichtungen* den Vertragsärztinnen und -ärzten zugeordnet. Um die Vergleichbarkeit zu wahren, wurden die angestellten Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen per linearer Trendfunktion für die Vorjahre geschätzt. Die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte ergibt sich aus der Summe der angestellten Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen und in freier Praxis. **c)** Veröffentlicht unter <http://www.gbe-bunde.de> **d)** Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen. Einrichtungen nach § 311 SGB V (Polikliniken) werden nicht berücksichtigt. MVZ: Medizinische Versorgungszentren. **e)** Differenz aus Teilnehmenden und angestellten Ärztinnen und Ärzten. **f)** Institut des Bewertungsausschusses (2015): Standardisierter Bericht für das Jahr 2013. Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. Jeweils Anzahl der Praxen sonstiger Organisationsform aus dem letzten Quartal des Jahres. Werte für 2014 liegen nicht vor. **g)** Beschäftigte im Gesundheitswesen nach Einrichtungen, Art der Einrichtung: Ambulante Einrichtungen - Arztpraxen. **h)** Eckzahlen der neuen Gesundheitspersonalrechnung. Veröffentlicht unter <http://www.gbe-bunde.de>. Werte für 2013 und 2014 liegen nicht vor. Trendfortschreibung auf Basis der Jahre 2007 bis 2012. Vollzeitäquivalente liegen derzeit in der GPR noch nicht bis zum Jahr 2012 vor, weshalb hier stattdessen beschäftigte Personen für die Jahre 2011 bis 2012 gewählt wurden. **i)** Im Szenario in Abbildung 10 wurde im Jahr 2014 mit einer Arztlzahl in Höhe von 134.853 gerechnet, was einem Anstieg der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Jahr 2013 von 1,3 % entspricht.
Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen, blaue Zahlen: einfache, lineare Trendfortschreibung der Vorjahre, grüne Zahlen: Konstant gehalten

Um die verschiedenen globalen Größen auf die Ebene der einzelnen Ärztin bzw. des einzelnen Arztes und auf die Praxisebene herunterzubrechen, sind Angaben zur Entwicklung der Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und der Arztpraxen notwendig.

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes²⁹ bietet die Möglichkeit, ausgewählte Ergebnisse aus dem Bundesarztregister, die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung zur Verfügung gestellt werden, in langen Zeitreihen zu recherchieren. Lediglich für sonstige Organisationsformen musste auf Zahlen des InBA zurückgegriffen werden.

5.2 Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte

Die Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte wird im Modell dazu verwendet, möglichen Mehr- oder Minderaufwand der Ärztinnen und Ärzte in den Praxen abzubilden. Dazu wurde eine Sonderauswertung des Mikrozensus durch das Statistische Bundesamt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes durchgeführt. „Der Mikrozensus ist eine repräsentative Haushaltsbefragung der amtlichen Statistik in Deutschland. Rund 830.000 Personen in etwa 370.000 privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften werden stellvertretend für die gesamte Bevölkerung zu ihren Lebensbedingungen befragt. Dies sind 1 % der Bevölkerung, die nach einem festgelegten statistischen Zufallsverfahren ausgewählt werden.“³⁰ Dabei besteht für den Mikrozensus nach § 7 Mikrozensusgesetz eine Auskunftspflicht der Befragten, wodurch u.a. eine hohe Repräsentativität der Stichprobe gewährleistet werden kann.

Tabelle 2: Wochenarbeitszeit und Jahresarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte in Stunden

Variable/Variante	Quelle	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Wochenarbeitszeit ^{a)}	Mikrozensus ^{b)}	42,6	41,3	41,1	40,2	94,2%
Jahresarbeitszeit aller Ärzte	Eig. Berechnungen ^{c)}	254.040.584	249.601.423	251.680.453	247.765.329	97,5%

a) Arithmetisches Mittel der tatsächlich geleisteten Wochenarbeitszeit von Ärzten ohne Personen mit weniger Wochenarbeitsstunden aufgrund von Arbeitsschutzbestimmungen/Mutterschutz oder Elternzeit nach Beschäftigungsart und Wirtschaftszweig - einschließlich 0 Wochenarbeitsstunden: Arztpraxen und Zahnarztpraxen (ohne Zahnärzte). **b)** Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung des Mikrozensus. Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. Werte für 2014 liegen nicht vor. **c)** Wochenarbeitszeit von Ärzten in Stunden multipliziert mit der Zahl der teilnehmenden Ärzte (Tabelle 1) mal 46 Wochen.

Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen, blaue Zahlen: einfache, lineare Trendfortschreibung der Vorjahre.

Mit diesen Zahlen lassen sich etwa die Leistungsmengen oder die erzielten Reinerträge auf die einzelne Arztstunde beziehen, indem

²⁹ <http://www.gbe-bund.de> [letzter Zugriff: 13.7.2015].

³⁰ <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Mikrozensus.html> [letzter Zugriff: 14.07.2015].

der Gesamtreinertrag eines Jahres durch die Jahresarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte dividiert wird.

5.3 Leistungsmenge

Die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung werden über den EBM in Form von Punkten vergleichbar gemacht. Allerdings wird der EBM kontinuierlich überarbeitet, wobei es zu so genannten „Katalogeffekten“ kommen kann: Idealerweise bilden die Relationen zwischen den mit Punkten bewerteten Leistungen auch den unterschiedlichen Aufwand zur Erbringung dieser Leistungen ab. Neubewertungen einzelner Leistungen können jedoch dazu führen, dass die Punktemenge für einen Leistungskomplex angehoben wird. Dies führt zu einem Anstieg des Gesamtpunktevolumens, ohne dass tatsächlich mehr Leistungen erbracht werden. Berücksichtigt man diesen Effekt nicht, würde die Veränderung der Leistungsmenge überschätzt werden.

Der GKV-Spitzenverband hat der Prognos AG aus diesem Grunde Daten zur Entwicklung der korrigierten, unbereinigten Bruttoleistungsbedarfe zur Verfügung gestellt. Diese sind um den Katalogeffekt korrigiert und enthalten auch die geschätzten Leistungen in den Selektivverträgen, die aus der Höhe der Bereinigung abgeleitet wurden.³¹

Tabelle 3: Unbereinigter, korrigierter Bruttoleistungsbedarf

Variable/Variante	Praxisform	Quelle	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Bruttoleistungsbedarf ^{a)}	Alle Praxen	GKV-Spitzenverband ^{b)}	311.717	316.269	324.962	333.774	107,1%
Bruttoleistungsbedarf ^{a)}	EP	Eigene Berechnungen ^{c)}	150.403	149.898	152.021	153.560	102,1%
Bruttoleistungsbedarf ^{a)}	GP	Eigene Berechnungen ^{c)}	130.765	131.541	134.439	137.042	104,8%
Bruttoleistungsbedarf ^{a)}	MVZ	Eigene Berechnungen ^{c)}	27.523	31.688	35.308	39.855	144,8%
Bruttoleistungsbedarf ^{a)}	Sonstige	Eigene Berechnungen ^{c)}	3.027	3.142	3.193	3.317	109,6%

a) Unbereinigter um Katalogeffekte korrigierter Bruttoleistungsbedarf für Zugelassene ohne psychologische Psychotherapeuten in Mio. Punkten. **b)** Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. **c)** Der unbereinigte, korrigierte Bruttoleistungsbedarf wurde auf die einzelnen Praxisformen anteilig so verteilt, wie sich die Leistungsmenge in Punkten aller Abrechnungsgruppen aller KV-Bezirke abzüglich der Leistungsmenge in Punkten der psychologischen Psychotherapeuten (und SP Verhaltenstherapie), Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeuten (und SP Verhaltenstherapie) sowie der fachgruppenübergreifenden Praxen nicht ärztlicher Psychotherapeuten auf die jeweiligen Praxisformen verteilen. Quelle dafür: Institut des Bewertungsausschusses (2015): Standardisierter Bericht für das Jahr 2013. Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. Werte für 2014 liegen für diese Verteilung nicht vor und wurden per Trendfortschreibung geschätzt. Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen, blaue Zahlen: einfache, lineare Trendfortschreibung der Vorjahre.

³¹ Für die Jahre 2007 bis 2010 wurden die Daten aus Prognos AG (2012): Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2e SGB V), Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, verwendet.

Für die Berechnung der Durchschnittskosten zur Erbringung eines Leistungspunktes sollte nach der Praxisform unterschieden werden, weshalb auch die erbrachten Leistungsmengen den einzelnen Praxisformen zugeordnet werden müssen. Dies geschah auf der Basis von Daten des Instituts des Bewertungsausschusses.

5.4 Einnahmen

Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erzielen Einnahmen sowohl aus der Tätigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen als auch für private Krankenkassen und sonstige Kostenträger. Für die Bestimmung der Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit sind nur die Einnahmen aus der gesetzlichen Kassenpraxis relevant.

Tabelle 4: Unbereinigte, korrigierte Gesamtvergütung mit und ohne Berücksichtigung eines Referenzeinkommens

Nr.	Variable/Variante	Quelle	2011	2012	2013	2014	2011-2014
(1)	Gesamtvergütung ^{a)}	GKV-Spitzenverband ^{b)}	29.125	29.547	30.765	32.048	110,0%
(2)	Anstieg Gesamtvergütung ^{c)}	Eigene Berechnungen	+2,4%	+1,4%	+4,1%	+4,2%	
(3)	Verhältnis Gesamtreinertrag zu Gesamteinnahmen ^{d)}	Eigene Berechnungen	41,6%	40,8%	40,6%	41,2%	
(4)	Anstieg Gesamtvergütung, wenn nur „kalkulatorischer Arztlohn“ erhöht wird ^{e)}	Eigene Berechnungen	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%	
(5)	Sich neu ergebender Anstieg der Gesamtvergütung, wenn auch kalkulatorischer Arztlohn erhöht werden soll ^{f)}	Eigene Berechnungen	2,4%	1,4%	5,1%	5,2%	
(6)	Gesamtvergütung, wenn Referenzeinkommen berücksichtigt ^{g)}	Eigene Berechnungen	29.125	30.008	31.717	33.543	117,1%

a) Unbereinigte Gesamtvergütung für Zugelassene ohne psychologische Psychotherapeuten in Mio. Euro. **b)** Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. **c)** Veränderung der Gesamtvergütung (1) zum Vorjahr. **d)** (Gesamtvergütung - Gesamtaufwand) / Gesamtvergütung (1). **e)** Es wird unterstellt, dass der „kalkulatorische Arztlohn“ um jährlich 2,4 % steigen soll. Und zwar ab dem Jahr 2012 mit Wirkung zum Jahr 2013. Die 2,4 % entsprechen dem jährlichen Anstieg des Grundgehaltes von Oberärzten in kommunalen Krankenhäusern (siehe Tabelle 10) seit dem Jahr 2012. Dies wird umgesetzt, indem der Gesamtreinertrag (= Gesamtvergütung - Gesamtaufwand) um 2,4 % jährlich *zusätzlich* steigen soll. Zu diesem Zweck muss die Gesamtvergütung um (3) x 2,4 % = (4) steigen. **f)** Der sich nun neu ergebende Anstieg der Gesamtvergütung, die auch einen zusätzlichen Anstieg analog zum Referenzeinkommen vorsieht, ergibt sich aus (5)=(2)+(4). **g)** Die Gesamtvergütung in Mio. Euro, wenn ein Referenzeinkommen mit Wirkung zum Jahr 2013 berücksichtigt würde, ergibt sich aus (6) = (6 aus dem Vorjahr) x (1 + (5)).

Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen.

Der GKV-Spitzenverband hat der Prognos AG im Rahmen dieser Studie Daten zur Entwicklung der unbereinigten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt. Die unbereinigte Gesamtvergütung entspricht dabei der Gesamtvergütung, die nicht um die Selektivverträge bereinigt wurde. Da die Vergütung, die den Leistungserbringern im Rahmen der Selektivverträge zufließt, Teil der Vergütung

durch die gesetzliche Krankenversicherung ist, soll sie bei der Bestimmung der Einnahmen aus der gesamten Tätigkeit für die GKV berücksichtigt werden.

Zusätzliche Einnahmen entstehen den Praxen nicht nur, wenn der Orientierungswert erhöht wird. Ein Teil der Vergütung wird für extrabudgetäre Leistungen (EGV) gezahlt, die keiner Mengensteuerung unterliegen. Wenn Leistungen in diesem Bereich ausgedehnt werden, steigt die Gesamtvergütung, ohne dass der Orientierungswert steigen muss. Wie sich die Gesamtvergütung geändert hätte, wenn sich nur der Orientierungswert erhöht hätte, kann der folgenden Tabelle entnommen werden (Zeile (5)). Dazu wird der Bruttoleistungsbedarf mit dem geltenden Orientierungswert multipliziert. Mit der Steigerung dieses Wertes wird anschließend die Gesamtvergütung ab dem Jahr 2012 fortentwickelt, sodass diese nur aufgrund eines geänderten Orientierungswertes wächst. Die Berechnungen zeigen, dass die Gesamtvergütung in diesem Fall marginal weniger gestiegen wäre – und zwar um 9,4 % statt 10,0 % in den Jahren 2011 bis 2014.

Tabelle 5: Orientierungswert und unbereinigte, korrigierte Gesamtvergütung je Leistungspunkt

Nr.	Variable/Variante	Quelle	2011	2012	2013	2014	2011-2014
(1)	Gesamtvergütung ^{a)}	GKV-Spitzenverband ^{b)}	29.125	29.547	30.765	32.048	110,0%
(2)	Bruttoleistungsbedarf ^{c)}	GKV-Spitzenverband ^{b)}	311.717	316.269	324.962	333.774	107,1%
(3)	Orientierungswert alt ^{d)}	GKV-Spitzenverband ^{b)}	0,0350	0,0350	0,0354	0,0358	102,2%
(4)	Orientierungswert neu ^{d)}	GKV-Spitzenverband ^{b)}	0,0991	0,0991	0,1000	0,1013	102,2%
(5)	Gesamtvergütung, wenn <i>nur</i> Orientierungswert gestiegen wäre ^{e)}	Eigene Berechnungen	29.125	29.550	30.635	31.875	109,4%

a) Unbereinigte Gesamtvergütung für Zugelassene ohne psychologische Psychotherapeuten in Mio. Euro. **b)** Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband. **c)** Unbereinigter, um Katalogeffekte korrigierter, Bruttoleistungsbedarf für Zugelassene ohne psychologische Psychotherapeuten in Mio. Punkten. **d)** Orientierungswert in Euro. Ab dem Jahr 2013 rechnerisch aufkommensneutral auf 10 Cent umgestellt. **e)** $(5) = ((2) \times (4)) / ((2) \times (4) \text{ aus dem Vorjahr}) \times ((5) \text{ aus dem Vorjahr})$. Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen.

5.5 Aufwand und Kostendegression

Zur Bestimmung der Aufwendungen, die in den Arztpraxen anfallen, wird auf die Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes³² zurückgegriffen. Diese liegen allerdings nur für die Jahre 2007 und 2011 vor, weshalb Annahmen darüber getroffen werden müssen, wie sich diese Aufwendungen fortentwickeln. Für

³² Statistisches Bundesamt (v. Jg.): Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen - Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (2007, 2011).

die einzelne Arztpraxis wird unterstellt, dass sich die Aufwendungen (a_t) im Jahr t ergeben aus:

$$a_t = \bar{k}_t + \hat{k}_t l_t^B$$

D.h. die Aufwendungen sind durch einen fixen Bestandteil (\bar{k}_t) und einen variablen Bestandteil (\hat{k}_t), der wiederum in Abhängigkeit der erbrachten Leistungsmenge (l_t) steht, charakterisiert.

Tabelle 6: Verwendete Preisindizes (2007=100)

Aufwandsart	Preisindex	2007	2008	2009	2010	2011
Personalaufwendungen: Bruttolöhne und -gehälter, übrige Sozialaufwendungen	Bruttojahresverdienste ^{a)}	100,0	100,8	104,0	105,8	108,9
Personalaufwendungen: gesetzliche Sozialaufwendungen	Sozialversicherungsbeiträge ^{b)}	100,0	98,6	97,4	97,4	99,4
Aufwendungen für Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung	Bruttojahresverdienste ^{a)}	100,0	100,8	104,0	105,8	108,9
Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten	VPI insgesamt ^{c)}	100,0	102,6	102,9	104,1	106,2
Aufwendungen für Mieten für Praxisräume und im eigenen Haus	VPI Mieten ^{d)}	100,0	101,2	102,4	103,5	104,9
Aufwendungen für Miete/Leasing für Apparate, EDV-Einrichtungen und dgl.	EPI med., chir. und zahnärztliche Instrumente ^{e)}	100,0	101,8	102,6	102,0	103,4
Aufwendungen für Heizung, Strom, Gas, Wasser	VPI Strom, Gas, andere Brennstoffe ^{f)}	100,0	111,2	108,5	108,7	118,9
Aufwendungen für Versicherungen, Beiträge und Gebühren	VPI Versicherungsdienstleistungen ^{g)}	100,0	103,6	105,3	108,5	110,3
Aufwendungen für Kraftfahrzeughaltung	VPI insgesamt ^{c)}	100,0	102,6	102,9	104,1	106,2
Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung mit einem Anschaffungswert von mehr als 410 Euro	EPI med., chir. und zahnärztliche Instrumente ^{e)}	100,0	101,8	102,6	102,0	103,4
Absetzbare Geringwertige Wirtschaftsgüter unter 410 Euro	VPI insgesamt ^{c)}	100,0	102,6	102,9	104,1	106,2
Fremdkapitalzinsen	Effektivzinssätze Banken DE ^{h)}	100,0	101,5	98,2	94,8	93,1
Sonstige betriebliche Aufwendungen	VPI insgesamt ^{c)}	100,0	102,6	102,9	104,1	106,2

a) Durchschnittlicher Bruttojahresverdienst vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer mit Sonderzahlungen, Wirtschaftszweig Q862: Arzt- und Zahnarztpraxen, Leistungsgruppe 3. Verdienste und Arbeitskosten, Arbeitnehmerverdienste. Statistisches Bundesamt. **b)** Indikator 10.20 des Indikatoren-satzes der GBE der Länder: Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialversicherung Deutschland. Statistisches Bundesamt. **c)** Verbraucherpreisindex insgesamt. Statistisches Bundesamt. **d)** Verbraucherpreisindex Miete inkl. Mietwert von Eigentumswohnungen. Statistisches Bundesamt. **e)** Erzeugerpreisindizes gewerblicher Produkte: medizinische, chirurgische und zahnärztliche Instrumente und Apparate. Statistisches Bundesamt. **f)** Verbraucherpreisindex Strom, Gas, andere Brennstoffe. Statistisches Bundesamt. **g)** Verbraucherpreisindex Versicherungsdienstleistungen. Statistisches Bundesamt. **h)** Effektivzinssätze Banken DE, Bestände, Konsumentenkredite und sonstige Kredite an private Haushalte, Ursprungslaufzeit über 5 Jahre. Jahresmittelwert der jährlichen Veränderungen zum Vorjahresmonat. Deutsche Bundesbank. **Alle)** Alle Werte wurden auf das Jahr 2007 = 100 umgerechnet.

Diese Unterteilung wird für die Kalkulation des Kostendegressions-effektes genutzt. Zu den fixen Aufwendungen können beispielsweise Aufwendungsblöcke wie die Personalaufwendungen, Aufwendungen für die Ausstattung der Praxen oder Mieten für die Räumlichkeit zählen, die in der Regel unabhängig von der Anzahl der Behandlungsfälle sind.

In Prognos (2012)³³ wurde jede Aufwandsart eingeteilt in hundertprozentig fixe oder variable Kosten und diese jeweils nach unterschiedlichen Preisindizes fortgeschrieben. Dies hatte den Nachteil, dass die Ergebnisse von der normativen Einteilung der Aufwandsarten in fixe und variable Kosten abhingen. Mit der Kostenstrukturerhebung für das Jahr 2011 besteht nun die Möglichkeit die *tatsächliche* Entwicklung der Aufwendungen zwischen den Jahren 2007 und 2011 nachzuvollziehen.

Zu diesem Zweck muss zunächst die Entwicklung der Höhe der Aufwände zwischen den Jahren 2007 und 2011 um einen Preiseffekt bereinigt werden. Denn die Preise für die Inputfaktoren sind in dieser Zeit gestiegen, wie bspw. Löhne und Mieten. Da die reale Entwicklung dieser Preise für die Arztpraxen unbekannt ist, sollen die Aufwandsarten erneut bestimmten Preisindizes zugeordnet werden, mit der Annahme, dass die realen Preise der Inputfaktoren sich analog dieser Preisindizes entwickelt haben.

Mit Hilfe folgender Formel erhält man für jede Aufwandsart a die preisbereinigte Aufwandsentwicklung a' :

$$a'_{2011} = \frac{a_{2011}}{\frac{p_{2011}}{p_{2007}}}$$

wobei p der Wert des jeweiligen Preisindexes ist. Die preisbereinigte Aufwandsentwicklung kann als Mengenentwicklung interpretiert werden. Mit diesen Informationen und mit Hilfe der Entwicklungen des Bruttoleistungsbedarfs je Praxis lässt sich für jede Aufwandsart eine Kostenfunktion schätzen:

$$a'_t = \bar{k}_t + \hat{k}_t l_t$$

Der Bruttoleistungsbedarf je Praxis ergibt sich aus dem gesamten Bruttoleistungsbedarf dividiert durch die Zahl der Praxen. Mit den geschätzten Koeffizienten des fixen Bestandteils (\bar{k}_t) und des variablen Bestandteils (\hat{k}_t), kann nun die Höhe jeder preisbereinigten Aufwandsart in den Jahren 2008 bis 2014 geschätzt werden. So erhält man den Aufwand in den Arztpraxen, wenn sich die Preise der Inputfaktoren nicht verändert hätten, sondern nur die erbrachte Leistungsmenge. Multipliziert man diese Werte mit der Preisentwicklung ergibt sich die Höhe der Aufwandsarten:

$$a_t = a'_t \times \frac{p_{2011}}{p_{2007}}$$

³³ Prognos AG (2012): Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2e SGB V), Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.

Diese Berechnungen der Aufwände für die Jahre, in denen keine Werte aus den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes vorliegen, werden getrennt für Einzel- und Gemeinschaftspraxen durchgeführt, um mögliche Praxisstrukturveränderungen zu berücksichtigen.

Diese Aufwendungen sind anschließend um die Personalaufwendungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte zu bereinigen. Andernfalls wäre die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis erheblich davon abhängig, ob die Ärztinnen und Ärzte als Angestellte oder als Praxisinhaber tätig sind. Im ersten Fall würde Personalaufwand entstehen. Im zweiten Fall würden die Praxisinhaber aus den Gewinnen der Praxis honoriert und der Personalkostenblock würde keine Personalkosten für ärztliche Leistungen enthalten. Da die Anzahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte stetig wächst, würden überdies die Personalaufwendungen überproportional steigen, da angestellte Ärztinnen und Ärzte höhere Gehälter beziehen als die weiteren Beschäftigten einer Arztpraxis.

Für die Bereinigung musste untersucht werden, wie sich die Einkommen von angestellten Ärztinnen und Ärzten in ihrer Höhe von denen der Praxisinhaber unterscheiden. Dazu wurde eine Sonderauswertung des Mikrozensus der Jahre 2009 bis 2013 verwendet³⁴, die das arithmetische Mittel der monatlichen Nettoeinkommen von Ärztinnen und Ärzten in Arztpraxen enthält und ebenfalls jenes von selbständigen Ärztinnen und Ärzten ausweist, die hier als Praxisinhaber interpretiert werden. Diese Nettoeinkommen lagen für alle Ärztinnen und Ärzte zwischen 4.939 Euro im Jahr 2009 und 5.300 Euro im Jahr 2013. Selbständige Ärztinnen und Ärzte erzielten danach ein Nettoeinkommen in Höhe von 5.264 Euro im Jahr 2009 und 5.723 Euro im Jahr 2013. Da auch die hochgerechnete Zahl aller und der selbständigen Ärztinnen und Ärzte in der Sonderauswertung enthalten war, konnte per Dreisatz das monatliche Nettoeinkommen von nicht selbständigen Ärztinnen und Ärzten ermittelt werden, die als angestellte Ärztinnen und Ärzte interpretiert werden. Dieses lag zwischen 2.868 Euro im Jahr 2009 und 3.040 Euro im Jahr 2013. Im Durchschnitt der Jahre 2009 und 2013 lag damit das monatliche Nettoeinkommen angestellter Ärztinnen und Ärzte auf einem Niveau von 52,3 % des monatlichen Nettoeinkommens selbständiger Ärztinnen und Ärzte.

Mit diesen Informationen wurde der Personalaufwand in den Arztpraxen um die Gehälter der angestellten Ärztinnen und Ärzte bereinigt. Der bereinigte Personalaufwand ergibt sich durch:

$$a_{\text{bereinigter Personalaufwand}} = a_{\text{Personalaufwand}} - a_{\text{Gehalt angestellte \u00c4rzte}} \times \text{Angestellte \u00c4rzte}$$

³⁴ Statistisches Bundesamt, Sonderauswertung des Mikrozensus. Zur Verfügung gestellt vom GKV-Spitzenverband.

mit

$$a_{\text{Gehalt angestellte \u00c4rzte}} = \text{Reinertrag je Praxisinhaber} \times 52,3 \%$$

Auf diese Weise erh\u00f6ht sich der Reinertrag je Praxis (Einnahmen - Aufwendungen) im selben Umfang, wie die Personalaufwendungen einer Praxis durch die Bereinigung reduziert werden. Aus diesem bereinigten Reinertrag werden somit die \u00e4rztlichen Leistungen der angestellten \u00c4rztinnen und \u00c4rzte „entlohnt“.

Tabelle 7: Bereinigung der Personalaufwendungen um Personalkosten f\u00fcr angestellte \u00c4rztinnen und \u00c4rzte

Nr.	Variable/Variante	Quelle	2007	2011	2007-2011
(1)	Bruttol\u00f6hne und -geh\u00e4lter	KSE 2007, 2011 ^{a)}	75.411	96.600	128,1%
(2)	Gesetzliche Sozialaufwendungen	KSE 2007, 2011 ^{a)}	15.561	19.803	127,3%
(3)	\u00dcbrige Sozialaufwendungen	KSE 2007, 2011 ^{a)}	1.596	2.415	151,3%
(4)	Bruttol\u00f6hne und -geh\u00e4lter (bereinigt um Personalkosten f\u00fcr angestellte \u00c4rzte)	Eigene Berechnungen ^{b)}	67.991	79.251	116,6%
(5)	Gesetzliche Sozialaufwendungen (bereinigt um Personalkosten f\u00fcr angestellte \u00c4rzte)	Eigene Berechnungen ^{c)}	14.030	16.246	115,8%
(6)	\u00dcbrige Sozialaufwendungen (bereinigt um Personalkosten f\u00fcr angestellte \u00c4rzte)	Eigene Berechnungen ^{d)}	1.439	1.981	137,7%
(7)	Reinertrag je Praxisinhaber	KSE 2007, 2011 ^{a)}	142.000	166.000	116,9%
(8)	T\u00e4tige Personen in Arztpraxen, angestellte \u00c4rzte	KSE 2007, 2011 ^{a)}	0,1	0,2	200%

a) Statistisches Bundesamt (v. Jg.): Unternehmen und Arbeitsst\u00e4tten: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen - Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (2007, 2011): Arztpraxen ohne MVZ. **b)** $(4)=(1)-(7)\times(8)\times 52,3 \%$. Abweichungen k\u00f6nnen sich durch Rundungen ergeben. **c)** Anteilig berechnet: $(5)=(2)/(1)\times(4)$. **c)** Anteilig berechnet: $(6)=(3)/(1)\times(4)$.

Farberkl\u00e4rung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen.

In einem n\u00e4chsten Schritt wird die Summe der so bereinigten Aufwendungen um die Aufwendungen gek\u00fcrzt, die nicht f\u00fcr GKV-Leistungen – sondern f\u00fcr privat\u00e4rztliche und sonstige Leistungen – anfallen. Dies geschieht mittels der ebenfalls vom Statistischen Bundesamt angegebenen Einnahmen. Diese sind in die drei Arten GKV, PKV und Sonstige differenziert. Die PKV-Einnahmen werden zum Zwecke der Bereinigung durch 2,3 dividiert, da davon ausgegangen wird, dass PKV-Leistungen bei gleichen Aufwendungen durchschnittlich mit dem 2,3-fachen Satz verg\u00fctet werden.³⁵ Diese drei Positionen werden summiert und der Anteil der GKV-Einnahmen an dieser Summe ermittelt. Dieser Anteil lag bei ca. 83 %. Dieser Anteil wird als Anteil der Aufwendungen f\u00fcr GKV-Leistungen vom gesamten Praxisaufwand interpretiert.

³⁵ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2010): \u00dcberpr\u00fcfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen; S.7.

In der folgenden Tabelle sind die ermittelten Werte für den im Modell betrachteten Zeitraum dargestellt:

Tabelle 8: Bereinigter Aufwand auf Praxisebene nach Praxisform

Variable/Variante	Praxisform	Quelle	2007	2011	2014	2007-2011	2011-2014
Aufwendungen	Alle Praxen	KSE 2007, 2011 ^{a)}	205.485	249.228	284.677	121,3%	114,2%
Aufwendungen	EP	KSE 2007, 2011 ^{a)}	148.986	161.463	171.734	108,4%	106,4%
Aufwendungen	GP	KSE 2007, 2011 ^{a)}	371.500	486.421	561.522	130,9%	115,4%
Aufwendungen bereinigt um angestellte Ärzte	Alle Praxen	Eigene Berechnungen ^{b)}	196.376	227.889	253.073	116,0%	111,1%
Aufwendungen bereinigt um angestellte Ärzte	EP	Eigene Berechnungen ^{b)}	140.582	151.240	159.852	107,6%	105,7%
Aufwendungen bereinigt um angestellte Ärzte	GP	Eigene Berechnungen ^{b)}	340.661	441.320	507.006	129,5%	114,9%
Aufwendungen für GKV-Leistungen bereinigt um angestellte Ärzte	Alle Praxen	Eigene Berechnungen ^{b)}	163.339	186.149	205.917	114,0%	110,6%
Aufwendungen für GKV-Leistungen bereinigt um angestellte Ärzte	EP	Eigene Berechnungen ^{b)}	117.078	123.976	131.516	105,9%	106,1%
Aufwendungen für GKV-Leistungen bereinigt um angestellte Ärzte	GP	Eigene Berechnungen ^{b)}	283.416	359.584	408.957	126,9%	113,7%

a) Statistisches Bundesamt (v. Jg.): Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen - Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (2007, 2011) : Arztpraxen ohne MVZ. b) siehe Beschreibung im Text.

Farberklärung: Schwarze Zahlen: eigene Berechnungen, rote Zahlen: Der betreffenden Quelle direkt entnommen.

Gesamtaufwand

Der Gesamtaufwand A_t wird in dem Modell ermittelt, indem zunächst die durchschnittlichen Stückkosten getrennt nach Gemeinschafts- und Einzelpraxen berechnet werden. Anschließend werden die jeweiligen Stückkosten mit der Gesamtleistungsmenge, die in den einzelnen Praxisformen erbracht wurden, multipliziert, um so den Gesamtaufwand zu erhalten. Auf diese Weise können Praxisstrukturänderungen nachvollzogen werden.

Die Stückkosten s werden jeweils für Einzel- und Gemeinschaftspraxen, für die detaillierte Aufwendungen auf Praxisebene vorliegen, wie folgt berechnet:

$$s_t = \frac{\bar{k}_t}{l_t} + \hat{k}_t = \frac{a_t}{l_t} \quad (1)$$

Dabei stellt $l = L/P$ die durchschnittlich erbrachte Leistungsmenge in der jeweils betrachteten Praxisform dar, mit P : Zahl der Praxen.

Der Gesamtaufwand im Jahr t ergibt sich somit wie folgt:

$$A_t = \sum_i s_{t,i} L_{t,i} \quad (2)$$

mit i Praxisform Einzelpraxis (EP), Gemeinschaftspraxis (GP), MVZ bzw. sonstige Organisationsformen.

Die Kostenstrukturdaten des Statistischen Bundesamtes erlauben nur eine Berechnung der Stückkosten für Einzel- und Gemeinschaftspraxen. Daher muss noch eine Annahme dazu getroffen werden, wie hoch die Stückkosten in MVZ und sonstigen Organisationsformen ausfallen. Hier wird davon ausgegangen, dass das Niveau der Stückkosten in diesen beiden Organisationsformen dem einer Gemeinschaftspraxis entspricht:

$$s_{t,GP} = s_{t,MVZ} = s_{t,Sonstige}$$

da insbesondere ein MVZ ähnliche Möglichkeiten zur effizienten Leistungserstellung bietet wie eine Gemeinschaftspraxis.

Tabelle 9: Gesamtaufwand in Arztpraxen für die Erbringung von GKV-Leistungen, verschiedene Szenarien, in Mio. Euro

Variable/Variante	2011	2012	2013	2014	2011-2014
Gesamtaufwand ^{a)}	17.017	17.243	18.054	18.663	109,7%
Gesamtaufwand, Szenario I ^{b)}	17.017	17.301	17.972	18.416	108,2%
Gesamtaufwand, Szenario II ^{c)}	17.017	17.384	17.990	18.619	109,4%
Gesamtaufwand, reiner Mengeneffekt ^{d)}	16.005	16.119	16.534	16.776	104,8%
Gesamtaufwand, reiner Mengeneffekt, ohne Kostendegression ^{e)}	16.005	16.241	16.688	17.142	107,1%
Gesamtaufwand, reiner Preiseffekt ^{f)}	17.017	17.020	17.394	17.718	104,1%

a) Siehe Beschreibung im Text und die Formeln (1) und (2). **b)** Im Unterschied zu a) werden die Stückkosten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen nicht jedes Jahr neu nach Formel (1) ermittelt. Stattdessen wird eine einfache, lineare Regressionsfunktion, mit den Stückkosten der Jahre 2007 und 2011 als abhängige und den Leistungen je Praxis als unabhängige Variable, geschätzt. Diese Regressionsfunktion (getrennt für Einzel- und Gemeinschaftspraxen) wird für die Berechnung der Stückkosten in den Jahren 2012 bis 2014 verwendet. Mit Hilfe von Formel (2) ergibt sich der Gesamtaufwand in Szenario I. **c)** Im Unterschied zu a) werden die Stückkosten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen nicht jedes Jahr neu nach Formel (1) ermittelt. Stattdessen wird eine einfache, lineare Trendfunktion durch die Stückkosten der Jahre 2007 und 2011 gelegt und für die Jahre 2012 bis 2014 extrapoliert. Mit Hilfe von Formel (2) ergibt sich der Gesamtaufwand in Szenario II. **d)** Sämtliche Preisindizes in Tabelle 6 werden für alle Jahre auf 100 gesetzt und weiter der Gesamtaufwand analog zu a) gerechnet. Der Aufwand steigt nur aufgrund von Mengenänderungen. **e)** In Formel (2) werden für alle Jahre (t) die Stückkosten für Einzel- und Gemeinschaftspraxen aus dem Jahr $t=2011$ verwendet. Eine Kostendegression und Preisänderung der Inputfaktoren findet somit nicht statt. **f)** In Formel (1) und (2) werden für alle Jahre die Leistungsmengen aus dem Jahr 2011 l_{2011} verwendet. Die Änderung des Gesamtaufwands stellt somit einen reinen Preiseffekt (der Inputfaktoren) dar.
Alle Zahlen: eigene Berechnungen.

5.6 Reinertrag und Referenzeinkommen

Der Reinertrag je Arzt im Jahr t ergibt sich schließlich aus der Formel

$$\frac{\text{Gesamteinnahmen}_t - \text{Gesamtaufwand}_t}{\text{Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und -Ärzte}_t} \quad (3)$$

In der folgenden Tabelle sind alle Varianten zur Berechnung der Reinerträge je Arzt zusammenfassend dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass diese Reinerträge nur die Einnahmen aus GKV-Tätigkeit je Arzt sind, wofür im Durchschnitt etwa 83 % der Arbeitszeit aufgewendet wird. Diese 83 % entsprechen dem Anteil der GKV-Einnahmen an den bereinigten Einnahmen (vgl. Kapitel 5.5). Um zu ermitteln, wie viel eine Ärztin bzw. ein Arzt als Reinertrag bei einem Tätigkeitsniveau von 100 % erzielen würde, muss dies entsprechend berücksichtigt werden (Zeile (10), der folgenden Tabelle).

Tabelle 10: Reinerträge und Referenzeinkommen

Nr.	Variable/Variante	2011	2012	2013	2014	2011-2014
(1)	Reinertrag je Arzt	93.392	93.645	95.482	99.778	106,8%
(2)	Reinertrag je Arzt, Szenario I	93.392	93.207	96.097	101.618	108,8%
(3)	Reinertrag je Arzt, Szenario II	93.392	92.572	95.966	100.107	107,2%
(4)	Reinertrag je Arzt, wenn Referenzeinkommen berücksichtigt	93.392	97.155	102.632	110.924	118,8%
(5)	Reinertrag je Arzt, reiner Preiseffekt	93.392	93.344	93.464	94.200	100,9%
(6)	Reinertrag je Arzt, reiner Mengeneffekt	101.197	102.226	103.872	107.414	106,1%
(7)	Reinertrag je Arzt, reiner Mengeneffekt, ohne Kostendegression	101.197	101.300	102.716	104.680	103,4%
(8)	Reinertrag je Arzt, nur höherer Orientierungswert	93.392	93.669	94.505	98.487	105,5%
(9)	Reinertrag je Praxisinhaber	94.991	96.647	99.567	105.478	111,0%
(10)	Reinertrag je Arzt, GKV 100%	122.544	123.674	126.115	131.358	107,2%
(11)	Reinertrag je Praxisinhaber, GKV 100%	124.501	127.372	131.144	138.364	111,1%
(12)	Jahres-Brutto Oberärzte, Grundgehalt Kommunale Krankenhäuser	76.291	81.388	83.504	85.331	111,8%

(1) Berechnet mit Formel (3) und Gesamteinnahmen: Gesamtvergütung erste Zeile in Tabelle 4. Gesamtaufwand: erste Zeile in Tabelle 9. Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte: Teilnehmende Ärzte (Tabelle 1). Zu beachten ist, dass dies nur die Einnahmen aus GKV-Tätigkeit je Arzt sind, wofür im Durchschnitt etwa 83 % der Arbeitszeit aufgewendet wird. Vgl. auch Zeile (10). **(2)** Wie (1) nur mit Gesamtaufwand, Szenario I (Tabelle 9). **(3)** Wie (1) nur mit Gesamtaufwand, Szenario II (Tabelle 9). **(4)** Wie (1) nur mit Gesamtvergütung, wenn Referenzeinkommen berücksichtigt (Tabelle 4). **(5)** Wie (1) nur mit Gesamteinnahmen: Gesamtvergütung im Jahr $t =$ Leistungsmenge im Jahr 2011 x Gesamtvergütung im Jahr t / Leistungsmenge im Jahr t , das heißt ohne Anstieg der Leistungsmenge (Tabelle 3, Tabelle 4); und mit Gesamtaufwand, reiner Preiseffekt (Tabelle 9). **(6)** Wie (1) nur mit Gesamteinnahmen: Gesamtvergütung im Jahr $t =$ Leistungsmenge im Jahr t x Ge-

samtvergütung im Jahr 2011 / Leistungsmenge im Jahr 2011, das heißt ohne Anstieg der Vergütung je Punkt (Tabelle 3, Tabelle 4); und mit Gesamtaufwand, reiner Mengeneffekt (Tabelle 9). **(7)** Wie (6) nur mit Gesamtaufwand, reiner Mengeneffekt, ohne Kostendegression (Tabelle 9). **(8)** Wie (1) nur mit Gesamteinnahmen: Gesamtvergütung, wenn *nur* Orientierungswert gestiegen wäre (Tabelle 5). **(9)** Berechnet mit Formel (3) und Gesamteinnahmen: Gesamtvergütung erste Zeile in Tabelle 4. Gesamtaufwand ohne Bereinigung für angestellte Ärztinnen und Ärzte. Zahl der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte: Zahl der Praxisinhaber (Tabelle 1). Zu beachten ist, dass dies nur die Einnahmen aus GKV-Tätigkeit je Arzt sind, wofür im Durchschnitt etwa 83 % der Arbeitszeit aufgewendet wird. Vgl. auch Zeile (10). **(10)** Entspricht dem Reinertrag je Arzt, wenn die Praxis 100 % der Leistungen für die GKV erbringen würde. Dies ergibt sich aus Reinertrag je Arzt (Zeile 1) / 0,83 + Aufwendungen Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung + Kraftfahrzeughaltung. 0,83 entspricht dem Anteil der GKV-Einnahmen an den bereinigten Einnahmen. Aufwendungen für Kfz und Honorare werden analog zur InBA-Methode nicht berücksichtigt. Die Werte unterscheiden sich aufgrund des unterschiedlichen Rechenweges leicht von den InBA-Ergebnissen. **(11)** Wie (10) nur mit (9) statt (1). **(12)** Tarifvertrag für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern (v. Jg) (TV-Ärzte/VKA), Bereich kommunale Krankenhäuser (VKA), Tarifgebiet West. Monatswerte mit 12 multipliziert.

Alle Zahlen: eigene Berechnungen.