

Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands

Berlin, August 2010

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin
Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Ausgangssituation und Fragestellung	6
2	Einordnung des EBM in das Gesamtsystem der ambulanten Vergütung.....	9
2.1	Funktion und Bemessung des kalkulatorischen Punktwerts	10
2.2	Funktion und Entstehung des Orientierungswerts.....	15
2.3	Diskussion und Zwischenfazit.....	18
3	Analyse der Kalkulations- und Datengrundlagen des EBM.....	24
3.1	Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte.....	24
3.2	Kalkulation des ärztlichen Leistungsanteils (AL)	26
3.3	Kalkulation des technischen Leistungsanteils (TL).....	30
3.3.1	Kostenartenrechnung.....	30
3.3.2	Kostenstellenrechnung	36
3.3.3	Kostenträgerrechnung	39
3.4	Grundsätzliche Anreize der Kalkulationssystematik.....	42
3.5	Zwischenfazit.....	45
4	Empirische Plausibilisierung des EBM.....	47
4.1	Reinertrag der Praxisinhaber	47
4.2	Geschätzte Leistungszeiten im Rahmen der EBM-Kalkulation	55
4.3	Kostendaten der EBM-Kalkulation	59
4.4	Die Struktur der Praxen	62
5	Fazit	73
6	Anhang	81

Abbildungen

Abbildung 1: Übersicht zur Kalkulation des EBM.....	12
Abbildung 2: Ermittlung des kalkulatorischen Punktwerts (fiktives Zahlenbeispiel)	15
Abbildung 3: Ermittlung des Orientierungswerts (sowie des Behandlungsbedarfs)	17
Abbildung 4: Eingang von normativen bzw. Verhandlungsgrößen in die Kalkulation des EBM	21
Abbildung 5: Kennzahlen der Vertragsärztlichen Versorgung (1999 = 100).....	22
Abbildung 6: Kalkulationsmethodik (Schema)	24
Abbildung 7: Überblick EBM-Kalkulationsmethode.....	25
Abbildung 8: Ermittlung des Kostensatzes je Arztminute.....	29
Abbildung 9: Übersicht Kosteninput und Erhebungszeitpunkte.....	31
Abbildung 10: Bildung der Gemeinkostenstelle	38
Abbildung 11: Anteile an Gemeinkosten und Praxisbedarf der Kosten der Praxisbetriebsmodelle	38
Abbildung 12: Beispielhafte Darstellung einer Praxiskostenkurve	43
Abbildung 13: Anreiz zur Kostensenkung.....	44
Abbildung 14: Anreiz zur Spezialisierung	45
Abbildung 15: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Einnahmeklasse der Praxen	49
Abbildung 16: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Arztgruppe und Praxistyp (2007)	50
Abbildung 17: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Fachgruppe der Praxen	51
Abbildung 18: Differenz zwischen den Kosten gemäß der EBM-Kalkulation (2008) und der Angaben gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes (2007) nach Arztgruppen	60
Abbildung 19: Kosten gemäß der EBM-Kalkulation (2008) und nach Angaben gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes nach Kostenarten und Arztgruppen (2007).....	61
Abbildung 20: Veränderung des Anteils von Ärzten in Gemeinschaftspraxen nach Fachrichtung (2001 - 2009).....	63
Abbildung 21: Anzahl der MVZ und in MVZ tätigen Ärzte (2005 - 2009).....	64
Abbildung 22: Kostenstruktur der Praxen nach Kostenarten und Einnahmeklasse (2007)	65
Abbildung 23: Kostenstruktur von Hausärzten nach Kostenarten, Praxisart und Einnahmeklasse (2007)	66

Abbildung 24: Kostenstruktur von Frauenärzten nach Kostenarten, Praxisart und Einnahmeklasse (2007)	67
Abbildung 25: Kostenstruktur nach Arztgruppe und Praxisart (2007)	68
Abbildung 26: Kosten je Praxisinhaber nach Kostenarten 2003 und 2007; alle Praxen	69
Abbildung 27: Kostenveränderung je Praxisinhaber nach Kostenarten 2003 und 2007; alle Praxen Einnahmen und Reinertrag.....	70
Abbildung 28: Geschätzter Reinertrag von Praxisinhabern in Gemeinschaftspraxen aus reiner GKV-Tätigkeit nach Arztgruppen; alle Praxen (2007)	82
Abbildung 29: Geschätzter Reinertrag von Praxisinhabern in Einzelpraxen aus reiner GKV-Tätigkeit nach Arztgruppen; alle Praxen (2007).....	82

Tabellen

Tabelle 1: Praxisbetriebsmodelle (Übersicht)	33
Tabelle 2: Kostenstellen im Praxisbetriebsmodell Hausarzt	36
Tabelle 3: Kostenarten und gewählte Kostenumlage	37
Tabelle 4: Geschätzter Reinertrag aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit (2007).....	52
Tabelle 5: Simulation AL/TL-Veränderung.....	57
Tabelle 6: Übersicht der Kostenstellen in Praxisbetriebsmodellen mit niedrigeren Kosten als die Tarifgeber	81

1 Ausgangssituation und Fragestellung

Die Regelungen zur Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung in der GKV (vertragsärztliche Vergütung) wurden durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) im Jahr 2008 grundlegend neu gestaltet. Ein wesentlicher Bestandteil der Reform war die Einführung eines bundesweit und kassenartenübergreifend geltenden einheitlichen Punktwerts (d. h. Preises) für ärztliche Leistungen (Orientierungswert) bei gleichzeitiger flankierender Einführung einer vereinheitlichten Mengenbegrenzung durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina.

Damit wurde der vormals ausschließlich im Sinne einer relationalen Bewertung der einzelnen Leistungen zu verstehende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in eine Gebührenordnung mit festen Preisen (Euro-Gebührenordnung) umgewandelt. Führten vor der Reform bei relativ konstanter Fortschreibung des Gesamtvergütungsniveaus stärkere Veränderungen der Leistungsmengen automatisch zu einem verminderten Preisniveau (Punktwert) – dem so genannten „floatenden Punktwert“ – so ist heute sichergestellt, dass die Leistungen des EBM mit einem für das Folgejahr vereinbarten festen Preis vergütet werden.

Für das Jahr 2010 wurde dieser Orientierungswert durch den Erweiterten Bewertungsausschuss¹ auf 3,5048 Cent² festgelegt (Erweiterter Bewertungsausschuss 2009a).³

Gleichzeitig findet bei der eigentlichen Berechnung der Leistungsbewertungen des EBM, für die Umrechnung der im Rahmen eines Kalkulationsmodells ermittelten in Euro bewerteten direkten und kalkulatorischen Kosten in Punkte, ein kalkulatorischer Punktwert von 5,1129 Cent Anwendung

¹ Dem gem. § 87 Abs. 4 SGB V zuständigen Beschlussgremium von Krankenkassen- und Ärztevertretern, sofern sich beide Seiten im eigentlichen Gremium, dem Bewertungsausschuss, nicht einigen konnten.

² Im Jahr 2009, dem Jahr der erstmaligen Festlegung, betrug der Orientierungswert 3,5001 Cent (Erweiterter Bewertungsausschuss 2008).

³ Hierbei wurde - den diesbezüglichen gesetzlichen Vorgaben folgend – vereinfacht ein Durchschnittswert über alle Krankenkassen, Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Arztgruppen gebildet und die Summe der Leistungsmengen durch die Summe der Gesamtvergütungen dividiert.

(Bewertungsausschuss 2004). Dieser kalkulatorische Punktwert wurde erstmals mit Einführung des EBM2000plus im Jahre 2005 als Umrechnungsfaktor angewandt, um die anhand des Kalkulationsmodells ermittelten Kosten für die einzelnen Leistungen des EBM (Gebührenordnungsposition des EBM) in eine relationale Bewertung in Form von Punkten zu überführen.

Die Diskrepanz zwischen dem vergütungsrelevanten Orientierungswert für Leistungen (3,50 Cent)⁴ und dem kalkulatorischen Punktwert (5,11 Cent) für die Leistungen wirft die Frage auf, wie dieser Unterschied entstanden ist, warum der Unterschied derzeit besteht und wie er zu bewerten ist.

Auf der einen Seite wird argumentiert, diese Diskrepanz verdeutliche die Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Vergütung.

Auf der anderen Seite wird argumentiert, dass die Diskrepanz vielmehr zeige, dass die Kosten im EBM nicht sachgerecht bzw. nicht betriebswirtschaftlich kalkuliert sein könnten und das Kalkulationsmodell somit nicht die Realität abbilden könne.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat daher im Mai 2009 eine Evaluation der EBM-Kalkulationsgrundlagen durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) beschlossen, wobei sowohl die eingehenden Datengrundlagen als auch die enthaltenen normativen Kalkulationsannahmen zu überprüfen sind (Erweiterter Bewertungsausschuss 2009c).

Vor diesem Hintergrund werden im nachfolgenden Kapitel 2 die Hintergründe der beiden unterschiedlichen Punktwerte beschrieben. Es wird dargestellt, wie diese ermittelt und welche Ziele hiermit verfolgt werden. Ebenso wird herausgearbeitet, wieso aus der Diskrepanz der Punktwerte keine Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Vergütung abgeleitet werden kann.

Anschließend wird in Kapitel 3 die heutige Kalkulationssystematik des EBM, d. h. die konkrete Ausgestaltung der Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung, dargestellt und erläutert. Auch werden die in das Bewertungssystem einfließenden Datengrundlagen beschrieben und es wird verdeutlicht, an welchen Stellen das System auf normative, d. h. verhandelte Größen, zurückgreift. Anschließend werden die Anreize der Kalkulationssystematik aufgezeigt. Gleichzeitig wird diskutiert, welche Auswirkungen dies (theoretisch) auf die Bewertung der Leistungen, d. h. den Eurobetrag bzw. die Punkte je Leistung, haben kann. Ziel ist es, begründete

⁴ Zu diesem Punktwert wird eine Leistung des EBM, die im Rahmen des Regelleistungsvolumens des Arztes erbracht wird, vergütet.

Hypothesen über die Qualität der Bewertungshöhe, d. h. über vermutete Verzerrungen, aufzustellen. Diese werden anschließend in Kapitel 4, soweit möglich, empirisch validiert.

Kapitel 5 fasst die wesentlichen Aspekte in Form eines Fazits zusammen.

2 Einordnung des EBM in das Gesamtsystem der ambulanten Vergütung

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bestimmt neben dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen insbesondere auch ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander (vgl. §87 Abs. 2 SGB V). Neben allgemeinen Abrechnungsbestimmungen werden im EBM ca. 2.000 abrechnungsfähige ärztliche Leistungen definiert (sogenannte Gebührenordnungspositionen [GOP]). Der EBM gliedert sich in einen hausärztlichen, einen fachärztlichen sowie zwei arztgruppenübergreifende Bereiche (für allgemeine und spezielle Leistungen). Darüber hinaus werden Kostenpauschalen z. B. für den Transport von Briefen oder für die Sachkosten einer Koronarangiographie erfasst. Die Gebührenordnungspositionen können hierbei einzelne ärztliche Leistungen (Tätigkeiten) beschreiben (z. B. Erstellung und Befundung eines EKGs) oder aber mehrere einzelne ärztliche Leistungen zu einer Versicherten- bzw. Grundpauschale oder einem Leistungskomplex (z. B. der Zusatzpauschale Kardiologie I, die neben der Echokardiographie u. a. auch Leistungen wie das Belastungs-EKG und das Langzeit-EKG umfasst) zusammenfassen. Für jede Gebührenordnungsposition sind im EBM Punkte hinterlegt, welche den relativen Wert der Leistungen zueinander ausdrücken.

Eingeführt wurde der EBM im Jahr 1983, als die vormals nach Primär- und Ersatzkassen getrennten Gebührenordnungen zusammengefasst wurden. Ein Kalkulationsmodell zur Bewertung der einzelnen Gebührenordnungspositionen (in Punkten), wie im heutigen EBM, war damals nicht hinterlegt. Bewertungsrelationen für neue Leistungen wurden mit Hilfe von ähnlichen Leistungen abgeleitet und zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf dem Verhandlungswege festgelegt. Es entstand u. a. der Vorwurf der "Techniklastigkeit" der Bewertung und der Unterbewertung von Gesprächsleistungen (Köhler und Hess 2008, S. 33).

Dies und weitere Aspekte führten dazu, dass der EBM - letztlich kontinuierlich seit seiner Einführung - mehrfach reformiert wurde. So wurden u. a. Leistungskomplexe zur verbesserten Mengensteuerung eingeführt, hausarzt-spezifische Leistungen zur Stützung der hausärztlichen Vergütung implementiert sowie verschiedene Laborreformen durchgeführt. Die grundsätzliche Problematik von z. T. unsachgemäßen Leistungsbewertungen blieb jedoch ungelöst.

2.1 Funktion und Bemessung des kalkulatorischen Punktwerts

Im Jahr 2000 wurde daher aus den genannten Gründen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine grundsätzliche Neuausrichtung des EBM hin zu einer kalkulierten Bewertungssystematik vereinbart. Ziel war die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Versorgung mit ärztlichen Leistungen. Hierbei sollten „über die Gestaltung der Abrechnungsvoraussetzungen, der Bewertungen und der Regelungen zur Mengensteuerung eine qualifizierte und zugleich kostengünstige Erbringung von Leistungen gesichert“ sowie „Anreize zur Erbringung nicht wirksamer oder nicht wirtschaftlicher Leistungen (...) beseitigt [werden]“ (Köhler 2000).

Neben strukturellen Veränderungen, wie z. B. einer weiteren Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Pauschalen sowie der Zuordnung der Leistungen zum hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich, war mit diesem Beschluss auch die völlige Überarbeitung der Kalkulationssystematik mit dem Ziel der Förderung wirtschaftlicher Praxisstrukturen sowie der Bewertung der Leistungen auf Grundlage einer wirtschaftlichen Auslastung verbunden (vgl. Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2000).

Bei der Entwicklung des neuen Kalkulationsinstruments wurde auf internationale Erfahrungen und hierbei insbesondere auf das Schweizerische Modell TARMED⁵ zurückgegriffen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Grundgedanke der Kalkulationssystematik des heutigen EBM ist die Trennung zwischen einem rein ärztlichen Leistungsanteil ("AL"), also dem Teil einer Leistung die alleinig durch ärztliche Tätigkeit erbracht wird, und einem technischen Leistungsanteil ("TL"). Der ärztliche Leistungsanteil entspricht hierbei vereinfacht einem nach dem Opportunitätskostenkalkül festgelegten Arztlohn für die ausschließlich ärztliche Tätigkeit. Der technische Leistungsanteil basiert auf den pagatorischen (also den mit realen Auszahlungen verbundenen) Kosten als auch auf kalkulatorischen Kosten (also Opportunitätskosten, wie z. B. die kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung, die zu den pagatorischen Kosten hinzugerechnet werden, um entgangene Erträge zu berücksichtigen). Zu dem technischen Leistungsanteil zählen alle Kosten, die in der Praxis anfallen, z. B. Personalkosten, die Praxismiete oder Versicherungsprämien.

⁵ TARMED (tarif médical) ist die Gebührenordnung für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Krankenhaus und in der ambulanten Versorgung. Der TARMED wird seit 2004 flächendeckend in der Schweiz angewendet (vgl. a.: <http://www.tarmedsuisse.ch>).

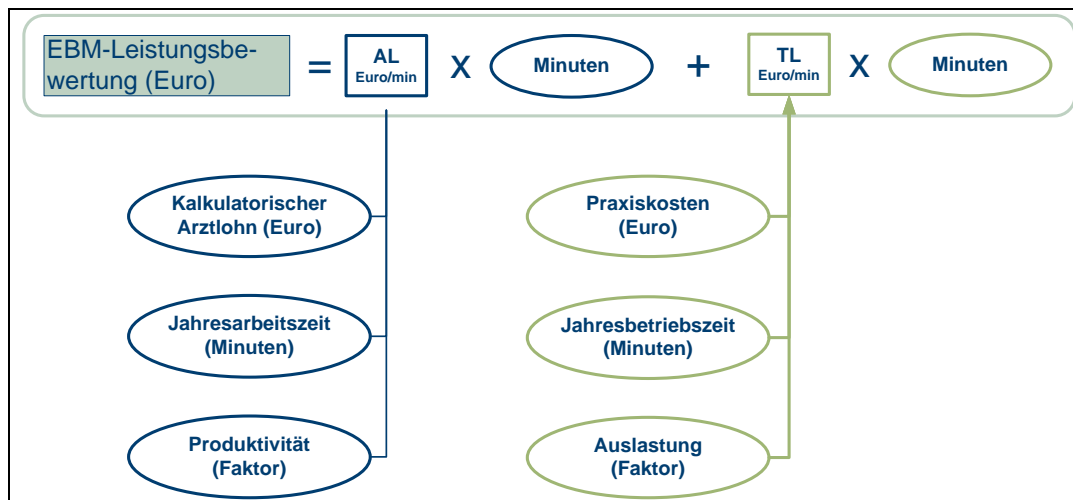
Die technischen Leistungsanteile werden mit Hilfe eines dem betrieblichen Rechnungswesen entlehnten Verfahren kalkuliert (vgl. Abschnitt 3.1). Ausgangspunkt sind Expertenschätzungen, Kostenerhebungen bzw. die steuerlichen Aufwands-Ertrags-Rechnungen.⁶ Bei diesem Verfahren werden die betrieblichen Kosten (d. h. Geräteanschaffungskosten, Mieten, Löhne für Sprechstundenhelfer/innen etc.) in einem ersten Schritt nach Kostenarten differenziert erhoben und anschließend auf Kostenstellen, wie z. B. den Untersuchungsraum, nach bestimmten Verteilungsschlüsseln (z. B. dem Flächenanteil bei der Kostenart Miete) verteilt.

Für jede EBM-Leistung (hier der Kostenträger) wird nunmehr der Zeitaufwand zur Leistungserstellung in den jeweils beteiligten Kostenstellen geschätzt. Anhand dieser Zeitangaben werden dann die ermittelten Praxisaufwendungen auf die jeweiligen EBM-Positionen umgelegt und somit der technische Leistungsanteil einer EBM-Leistung bestimmt.

Parallel wird auch die Zeit, die der Arzt für die rein ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Erbringung einer EBM-Leistung benötigt, festgelegt. Mit Hilfe eines kalkulatorischen Arztlohnes und unter Annahmen zur Produktivität des Arztes wird die Bewertung einer Arztminute ermittelt. Multipliziert mit dem für den rein ärztlichen Leistungsanteil geschätzten Zeitbedarf ergibt sich somit der ärztliche Leistungsanteil einer EBM-Leistung.

⁶ Aufgrund fehlender weitergehender Informationen erfolgt de facto in allen Rechnungen eine Gleichsetzung von Aufwand und Kosten, wobei kalkulatorische Kosten gesondert gehandhabt werden. Die Behandlung von sämtlichen Aufwandsgrößen als Kosten ist nicht unkritisch. Im Folgenden werden Aufwand und Kosten synonym verwendet; kalkulatorische Kosten, die im Wesentlichen zum Auseinanderfallen von Aufwand und Kosten führen können, werden explizit benannt. Analog werden im Folgenden die Begriffe Ertrag und Erlös synonym verwendet.

Abbildung 1: Übersicht zur Kalkulation des EBM



Quelle: IGES (nach Köhler und Hess 2008; Anhang E1); AL: ärztlicher Leistungsanteil, TL: technischer Leistungsanteil

Da alle Kosten, d. h. sowohl die Praxiskosten als auch der kalkulatorische Arztlohn in Euro (bzw. vormals in DM), in das Kalkulationsmodell (Standard-Bewertungssystem [STABS]) eingehen und innerhalb dieses Modells lediglich eine Umlage der Kosten durchgeführt wird, wurde im EBM2000plus⁷ anders als zuvor für jede Leistung zunächst ein Euro-Betrag kalkuliert (siehe hierzu auch Abbildung 1). Dieser Euro-Betrag drückt aus, welche rechnerischen Kosten bei der Erstellung der Leistung für eine (theoretische) Durchschnittspraxis und unter Verwendung dieses Kalkulationsmodells anfallen.

Da der EBM2000plus weiterhin ausschließlich eine relationale Bewertung der Leistungen in Punkten darstellen sollte, mussten die in Euro ermittelten Bewertungen der einzelnen EBM-Leistung wieder in Punkte umgerechnet werden, um dann das wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der Leistungen zueinander zu ergeben. Hierfür musste ein geeigneter Umrechnungsfaktor von Euro in Punkte und damit ein Punktwert verwendet werden.

Theoretisch hätte hierbei ein beliebiger Wert herangezogen werden können, da sich die relationale Bewertung der Leistungen zueinander hierdurch nicht verändert und dieser reine Umrechnungspunktwert bzw. kalkulatorische Punktwert keinen Zusammenhang zur Leistungsvergütung aufweist.

⁷ Der EBM2000plus ist die EBM-Version die erstmalig anhand dieses Kalkulationsmodells ermittelt wurde. Der EBM2000plus war vom 1. April 2005 bis zum 31.12.2007 gültig.

EBM-Kalkulation und der kalkulatorische Punktwert stehen zunächst in keinem Zusammenhang zur realen Vergütung. Die EBM-Kalkulation diente im Jahr ihrer erstmaligen realen Anwendung (2005; Kalkulation des EBM2000plus) ausschließlich der Ermittlung des wertmäßigen, in Punkten ausgedrückten Verhältnis der Leistungen zueinander. Hierfür war das Niveau der Kosten oder der Zeiten unerheblich, solange das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander hiervon nicht beeinflusst worden wäre.⁸ Faktisch sollte sich jedoch die mit dem EBM2000plus von Vertragsärzten erbrachte gesamte Leistungsmenge (als Punktmenge ausgedrückt) in den Kassenärztlichen Vereinigungen im Vergleich zu der gesamten Leistungsmenge der EBM-Vorgängerversion möglichst nicht verändern.

Da der EBM2000plus unter den gegebenen (d. h. budgetierten) Gesamtvergütungen eingeführt werden sollte, waren konstante Leistungsmengen wichtig, um einem Preisverfall der ärztlichen Leistungen entgegenzuwirken (vgl. Köhler 2000).

Die Kopplung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsummenentwicklung hatte seit den 70er-Jahren, bei relativ konstanter Fortschreibung des Gesamtvergütungsniveaus in Verbindung mit einer deutlicheren Leistungsmengensteigerung, automatisch zu einem verminderten Preisniveau geführt – dem so genannten „floatenden Punktwert“ – welcher als Kompensationsverhalten der Ärzte unter dem Stichwort "Hamsterradeffekt" für weitere Mengensteigerung verantwortlich gemacht wurde. Trotz verschiedenster Maßnahmen zur Mengensteuerung und zur Punktwertstabilisierung konnte dieser Effekt nicht substantiell gebremst werden.⁹

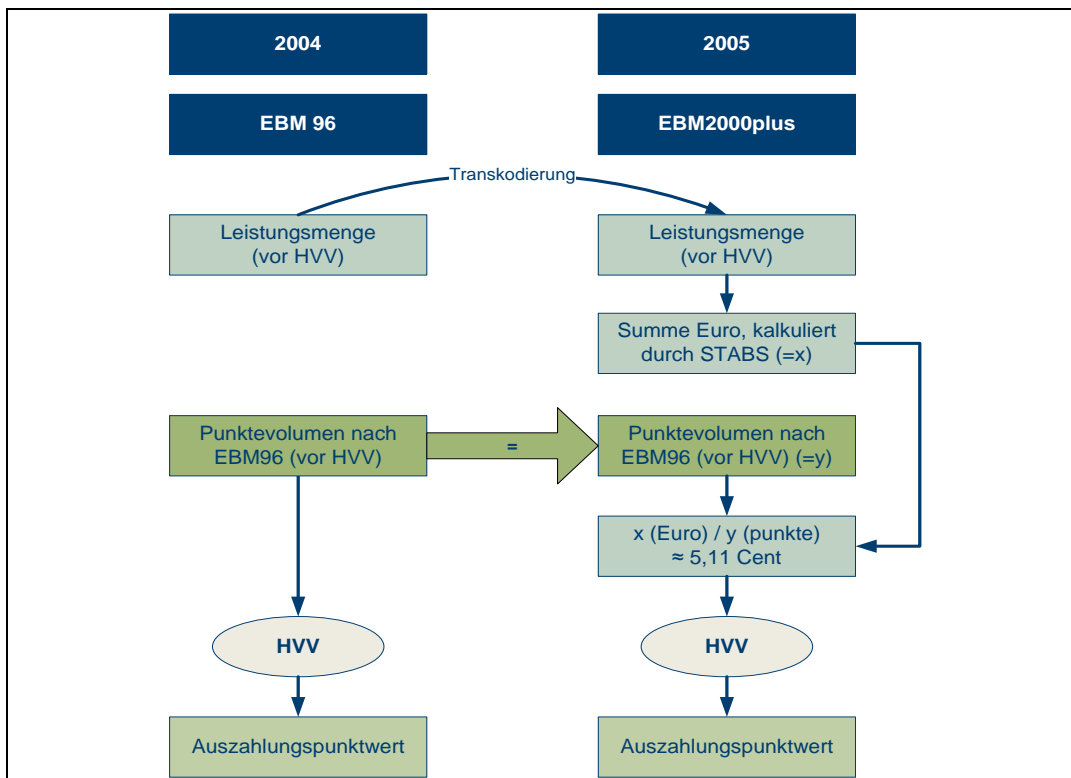
⁸ Eine systematische Verzerrung aller Kalkulationszeiten hat somit z. B. keinen Einfluss auf die relativen Bewertungen der Leistungen in Punkten.

⁹ Die ambulante Vergütung war bereits mit dem Kostendämpfungsgesetz von 1977 begrenzt worden, damals um den überproportionalen Einkommensanstieg der Ärzte in den 70er Jahren zu kontrollieren. Verschärft wurde dies mit dem Gesundheitsstrukturgesetz Anfang der 90er Jahre, in dem die Gesamtvergütung an die Grundlohnsummenentwicklung gekoppelt wurde. Gleichzeitig wurden verschiedenste Maßnahmen zur Mengensteuerung implementiert, wie z. B. die Einführung einer zweiten rechtlich selbständigen Stufe der Verteilung der Gesamtvergütung auf die Ärzte sowie "Maßnahmen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit" in den KVen. Weder die Einführung dieser Honorarverteilungsmaßstäbe (später dann Honorarverteilungsverträge) noch die z. B. im EBM96 umgesetzte verstärkte Pauschalierung, die 1997 eingeführten Praxisbudgets bzw. die 2004 verabschiedeten Vorgaben zu den Regeleistungsvolumina konnten jedoch den Anstieg der Leistungsmenge bei gleichzeitigem Verfall des durchschnittlichen Punktwerts substantiell bremsen (vgl. Reiners 2009).

Unter der Prämisse von konstanten, in Punkten gemessenen Leistungsmengen auch nach Einführung des EBM2000plus, ist die Ermittlung des kalkulatorischen Punktwerts von 5,11 Cent (bzw. 10 Pfennig¹⁰) schematisch wie folgt zu verstehen (vgl. Abbildung 2): Die anhand des EBM96 abgerechneten Leistungen wurden in die neue EBM-Version, den EBM2000plus, überführt (Transkodierung) und mit dessen Leistungsbewertungen bewertet. Die Summe aller angefallenen Leistungen ergibt ein Kostenvolumen in Euro, welches anschließend durch die bestehende Leistungsmenge geteilt wurde. Hierdurch berechnete sich ein kalkulatorischer Punktwert im Bereich von 5,11 Cent. Oder anders gesprochen: Das insgesamt durch die Ärzte erbrachte – nicht das vergütete – Leistungsvolumen wurde mit Hilfe des EBM2000plus bewertet und dieses Volumen mit den alten Punktmengen gewichtet. Allerdings wurde der kalkulatorische Punktwert von 10 Pfennig nicht allein rechnerisch bestimmt. Vielmehr stimmte die Berechnung auch in etwa mit der langjährigen ärztlichen Forderung nach einem Punktwert von 10 Pfennig überein, sodass sich die Selbstverwaltungspartner dann auf diesen Wert zur Umrechnung von Kosten in Punkte einigten.

¹⁰ Zur Umrechnung der in DM bewerteten Aufwände und kalkulatorischen Kosten in Punkte wird ein Punktwert von 10 Pfennig verwendet. Nach Einführung des Euro wurde der kalkulatorische Punktwert in Höhe von $0,1 \text{ DM} / 1,95583 = 5,11 \text{ Cent}$ verwendet (vgl. Köhler und Hess 2008, Anhang E1).

Abbildung 2: Ermittlung des kalkulatorischen Punktwerts (fiktives Zahlenbeispiel)



Quelle: IGES

Unter der Annahme einer adäquaten Kostenerhebung und Umlage im EBM, drückt der kalkulatorische Punktwert 5,11 Cent damit also aus, welche ärztlichen und technischen Kosten je Punkt zu erwarten sind. Der kalkulatorische Punktwert steht jedoch in keinem Bezug zu der rechtlich selbständigen Ebene der Ermittlung und Verteilung der Gesamtvergütung. Oder anders: Der kalkulatorische Punktwert steht in keinem Zusammenhang mit den Verfahren zur Ermittlung der Gesamtvergütung sowie der Mengenbegrenzung. Dies steht im Gegensatz zum Orientierungswert, welcher genau aus diesem Spannungsfeld resultiert.

2.2 Funktion und Entstehung des Orientierungswerts

Die Gesamtvergütung¹¹ entsprach bis 2008 einer Pauschale pro Mitglied einer Krankenkasse im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Höhe dieser "Kopfpauschale" variierte historisch bedingt zwischen den

¹¹ Die Gesamtvergütung ist die mit befreiender Wirkung von einer Krankenkasse an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtende Vergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung.

Krankenkassen und Regionen. Die Preise für die ärztlichen Leistungen ergaben sich dem Grunde nach rückwirkend in Abhängigkeit von der im Quartal abgerechneten Leistungsmenge.

Mit dem GKV-WSG sollte dies ab 2008 grundlegend geändert werden. Ein zentrales Ziel der Reform war die Einführung einer Gebührenordnung mit festen Preisen und einer Mengensteuerung sowie flankierend die Ablösung der bisherigen Budgetierung auf Grundlage der Grundlohnsummensteigerung durch Einführung einer morbiditätsorientierten Bemessung bzw. Fortschreibung der Gesamtvergütung. Hierdurch sollte das Morbiditätsrisiko wieder auf die Kassen übergehen (BT-Dr. 16/310). Zudem sollte durch prospektiv vereinbarte feste Punktwerte (Orientierungswert) die Transparenz und die Kalkulationssicherheit für Ärzte erhöht werden. Gleichzeitig sollten die bestehenden deutlichen Unterschiede in der Honorierung ärztlicher Leistungen (durch unterschiedliche Auszahlungspunktwerte) in den Regionen aber auch zwischen den Kassenarten vereinheitlicht werden, um so eine Finanzierungsgerechtigkeit zwischen den Krankenkassen zu gewährleisten und eine Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten zu ermöglichen.

Seit dem Jahr 2008 wird daher anstelle der Kopfpauschale ein Orientierungswert (d. h. ein Preis für ärztliche Leistungen) und ein morbiditätsorientierter Behandlungsbedarf (d. h. eine Leistungsmenge für ärztliche Leistungen) für das Folgejahr (bzw. Quartal) zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart. Die Gesamtvergütung ergibt sich dann rechnerisch aus der Multiplikation des Orientierungswerts mit dem vereinbarten Behandlungsbedarf.

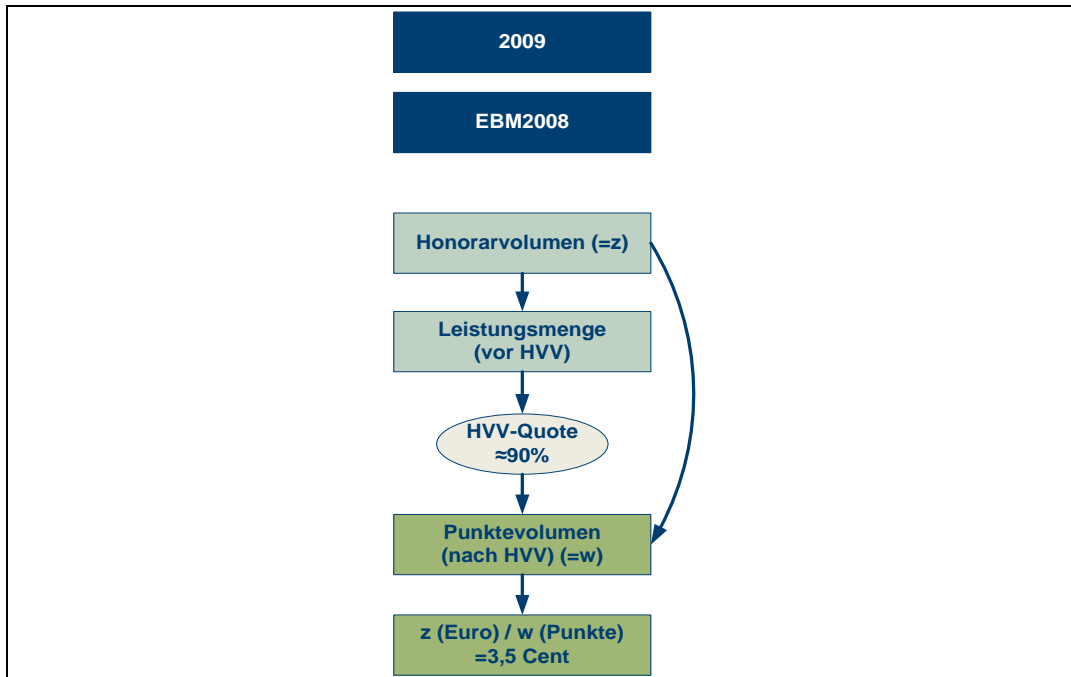
Der Orientierungswert wird bundesweit einheitlich durch den Bewertungsausschuss festgelegt und kann z. B. bei Veränderungen der Praxisbetriebskosten aber auch aufgrund von Wirtschaftlichkeitsreserven jährlich angepasst werden. Von diesem bundesweit vorgegebenen Preisniveau darf bei den regionalen Gesamtvertragsvereinbarungen nur abgewichen werden, wenn die regionalen Praxiskosten bzw. Fallzahlentwicklungen vom Bundesdurchschnitt abweichen, wenn Besonderheiten bei den Versorgungsstrukturen bestehen oder eine Über- bzw. Unterversorgung mit Ärzten festgestellt wurde.

Der erstmalige bundesweite Orientierungswert für das Jahr 2009 wurde mit 3,5001 Cent festgelegt (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2008) und ist als ein Durchschnittswert aller vormaligen kassenarten-, arztgruppen- und regionalspezifischen Punktwerte zu verstehen.

Das Finanzvolumen, d. h. die Summe aller Gesamtvergütungen, wurde durch die Summe der Punkte aller anhand des EBM abgerechneten Leistungen dividiert. Berücksichtigt wurden hier nur Leistungen, auf die keine

honorarbegrenzenden Maßnahmen angewandt wurden. D. h., in diese Berechnung gingen ca. 90% aller tatsächlich erbrachter Leistungen ein, 10% der gesamten Leistungsmenge wurden aufgrund der Regelungen zur Mengensteuerung und der entsprechenden Honorarkürzungen bei der Berechnung nicht berücksichtigt.¹² (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Ermittlung des Orientierungswerts (sowie des Behandlungsbedarfs)



Quelle: IGES

Das Vorgehen korrespondiert mit der Ermittlung des erstmaligen Behandlungsbedarfs. Grundsätzlich soll dieser die Morbiditätsstruktur der Versicherten abbilden und mit Hilfe eines Patienten-Klassifikationsverfahrens (PKS) ermittelt werden, indem „diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbaren Behandlungsbedarfen“ gebildet werden.¹³ Abweichend hiervon erfolgte die Ermittlung des Behandlungsbedarfs bei der Umstellung vom alten zum neuen System im Übergangsjahr 2009 (entsprechend der gesetzlichen Vorgaben) nicht mit Hilfe eines Patienten-Klassifikationsverfahrens. Vielmehr wurden, wie bei der Ermittlung des Orientierungswerts, die Ist-Leistungsmengen nach honorarbegrenzenden

¹² Vgl. § 87c Abs. 1 SGB V sowie Beschlusstil A - Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschuss in seiner 15. Sitzung für 2010 bzw. für 2009 in seiner 8. und 9. Sitzung.

¹³ Vgl. § 87a Abs. 5 Satz 2 SGB V.

Maßnahmen als Behandlungsbedarf definiert. Der so ermittelte Behandlungsbedarf gilt als „notwendige medizinische Versorgung“ gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V, d. h. im Sinne der Beitragssatzstabilität.¹⁴ Für das Jahr 2010 wurde der Behandlungsbedarf des Jahres 2009 dann mit Hilfe des Klassifikationsverfahrens morbiditätsorientiert fortgeschrieben.¹⁵ Hierfür wurde eine bundesweite und kassenartenübergreifende Veränderungsrate von ca. 1,6616 Prozent ermittelt, welche sich aus einer Demographie- und der Morbiditätskomponente zusammensetzt (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2009b).

Flankierend hierzu wurden die vormals regionalen Honorarverteilungsverträge (nach § 85 Absatz 4 SGB V) durch eine bundesweit vereinheitlichte Mengensteuerung mit Hilfe von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina (RLV) abgelöst. Die RLVs sollen dazu dienen, die "übermäßige Tätigkeit des Vertragsarztes" zu verhindern. Sie definieren die Leistungsmenge, die der Arzt zum festen (Orientierungs-)Punktwert vergütet bekommt. Darüber hinausgehende Leistungen sind mit einem abgestaffelten Punktwert zu vergüten. Dies soll sicherstellen, „dass (...) der einzelne Arzt i.d.R. die medizinisch erforderlichen Leistungen im Rahmen seines RLV erbringen kann und (...) somit mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet bekommt“ (vgl. BT-Drs. 16/3100).

Damit wird deutlich, dass der Orientierungswert in engem Zusammenhang mit dem vereinbarten Behandlungsbedarf sowie den honorarbegrenzenden Maßnahmen steht. Der Orientierungswert beziffert den Euro-Wert, zu dem die, unter Berücksichtigung von honorarbegrenzenden Maßnahmen, angefallenen Punktmengen bei dem bestehenden Honorarvolumen vergütet werden. Der kalkulatorische Punktwert steht in keinem Bezug zu dieser rechtlich selbständigen Ebene der Ermittlung und Verteilung der Gesamtvergütung.

2.3 Diskussion und Zwischenfazit

Wie dargestellt, wird heute im Sinne der Gesamtvergütung je KV und Krankenkasse ein Leistungsvolumen sowie ein Punktwert prospektiv für das Folgejahr vereinbart. Das vereinbarte Leistungsvolumen gilt als notwendige medizinische Versorgung.

¹⁴ Vgl. § 87c Abs. 4 SGB V, § 87a Abs. 3 Satz 2 SGB V.

¹⁵ Darüber hinaus wurden auch Fehler korrigiert, die sich daraus ergaben, dass bei der erstmaligen Ermittlung der Leistungsmenge des Jahres 2009 auf Daten des Jahres 2007 zurückgegriffen werden musste.

Wie ist es also zu erklären, dass dieses Leistungsvolumen lediglich mit einem Punktwert von etwa 3,5 Cent vergütet wird, wenn doch, laut der diesen Punktmengen zugrundeliegenden EBM-Kalkulation, für die Erbringung eines Punkts im Durchschnitt 5,11 Cent an Kosten gedeckt werden müssen?

Aufgrund der geschilderten Berechnungsmechanismen der beiden Punktwerte könnten drei Ursachen für die Bewertungsdiskrepanz verantwortlich sein:

- (1) Die Kostenkalkulation des EBM, welche ausschließlich zur Bestimmung relationaler Bewertungen der Leistungen zueinander entwickelt wurde, ist nicht präzise genug, um eine absolute Kostenbewertung abzuleiten (die Punkte je EBM-Leistung multipliziert mit dem kalkulatorischen Punktwert entsprächen somit nicht den in der Realität anzutreffenden Kosten für diese Leistung).
- (2) Die Gesamtvergütung ist nicht angemessen, sodass die bereitgestellten Ressourcen nicht ausreichen, um die Kosten einer notwendigen und wirtschaftlichen ärztlichen Leistungserbringung inkl. eines angemessenen Arzteinkommens zu decken (somit wäre der Orientierungswert folglich nicht angemessen).
- (3) Die honorarbegrenzenden Maßnahmen in den Vorjahren der Vergütungsreform wurden nicht stringent genug umgesetzt bzw. die im EBM implementierten mengenbegrenzenden Maßnahmen haben keine ausreichende Wirkung erzielen können, sodass eine überproportionale, nicht morbiditätsbegründete Mengenausweitung vor Umstellung des Systems stattgefunden hat (damit wäre die Leistungsmenge, die für die Berechnung des Orientierungswerts herangezogen wurde zu hoch und der Orientierungswert würde folglich niedriger ausfallen).

Bezüglich der ersten These kann eine betriebswirtschaftlich orientierte, bundeseinheitliche und transparente Kalkulation grundsätzlich als geeigneter Ansatzpunkt gesehen werden. Im vertragsärztlichen Bereich vereinbaren die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen die Details der ambulanten Versorgung und Vergütung. Individuelle Preisverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen und ein damit assoziierter Wettbewerb um das beste Preis-Leistungsverhältnisses ist somit nicht bzw. nur im Rahmen von neuen Versorgungsformen in Form von Selektivverträgen (nach § 73b und c SGB V sowie § 140a-h SGB V) möglich.

In einem solchen Kontext ermöglicht eine betriebswirtschaftliche, bundeseinheitliche und transparente Kalkulation von Leistungen die Etablierung durchschnittlicher Preise als Referenzpunkt.¹⁶ Leistungserbringer, welche die Leistungen zu diesem (Norm-)Preisniveau dauerhaft nicht erbringen können, müssten langfristig ihre Effizienz erhöhen oder würden im Extremfall aus dem Markt ausscheiden, sodass von einem wirtschaftlicheren Einsatz der Ressourcen auszugehen ist.

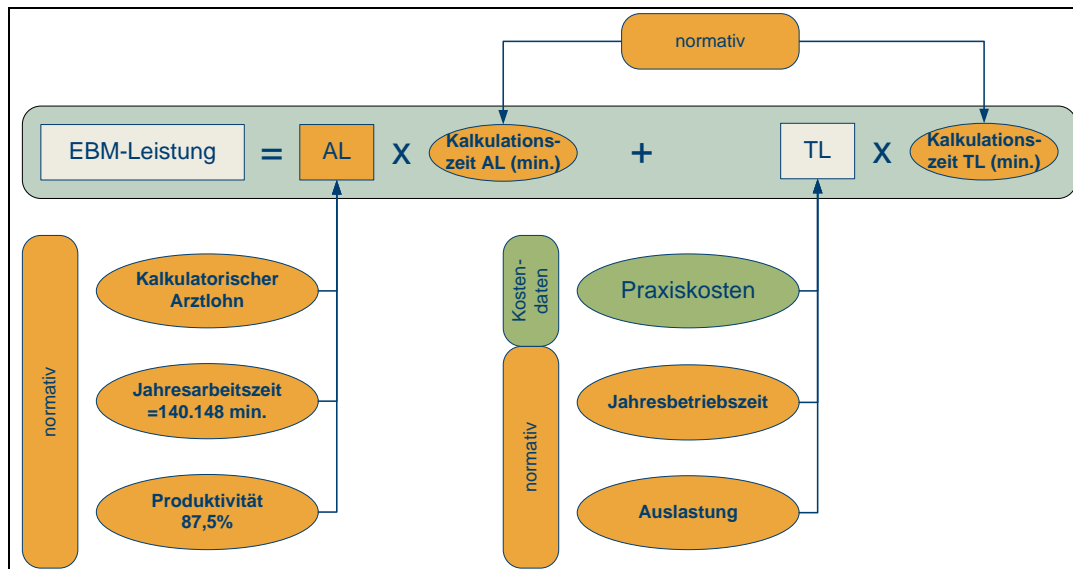
So ist die EBM-Kostenkalkulation grundsätzlich zwar zu begrüßen, die konkrete Umsetzung jedoch bei einer Reihe von Aspekten kritisch zu diskutieren (siehe hierzu ausführlich auch Kapitel 3). Hervorzuheben sind insbesondere die Vielzahl der normativen Annahmen, d. h. Stellgrößen, die nicht, wie seit dem GKV-WSG gesetzlich vorgegeben¹⁷, mit Hilfe von angemessenen Stichproben empirisch ermittelt, sondern vielmehr verhandelt bzw. aus Erfahrungswerten abgeleitet wurden (vgl. Abbildung 4).

Hierunter fallen der kalkulatorische Arztlohn sowie die Jahresarbeitszeit des Arztes und die Annahmen über seine Produktivität. Von besonderer Bedeutung sind zudem die Kalkulationszeiten je EBM-Leistung (Gebühre-nordnungsposition), d. h. die bei der Kalkulation zur Leistungserbringung zu Grunde gelegten Minuten ("Produktionszeiten") für den rein ärztlichen Leistungsanteil und für den technischen Leistungsanteil. Beide Zeiten sind weder empirisch erhoben noch aktualisiert, d. h. nicht an ggf. entstandene Produktivitätsverbesserungen angepasst worden. Auch bei der Erhebung der Praxiskosten können insbesondere hinsichtlich der Aktualität der Daten Defizite benannt werden (vgl. Abschnitt 3.5).

¹⁶ Auch die Bewertungsrelationen der stationären Versorgung werden in Deutschland anhand der Diagnosis-Related Groups (DRGs) basierend auf einer Kostenkalkulation ermittelt und dann mit landeseinheitlichen Preisen (Basisfallwerten) multipliziert.

¹⁷ Vgl. §87 Abs. 2 Satz 3 SGB V.

Abbildung 4: Eingang von normativen bzw. Verhandlungsgrößen in die Kalkulation des EBM

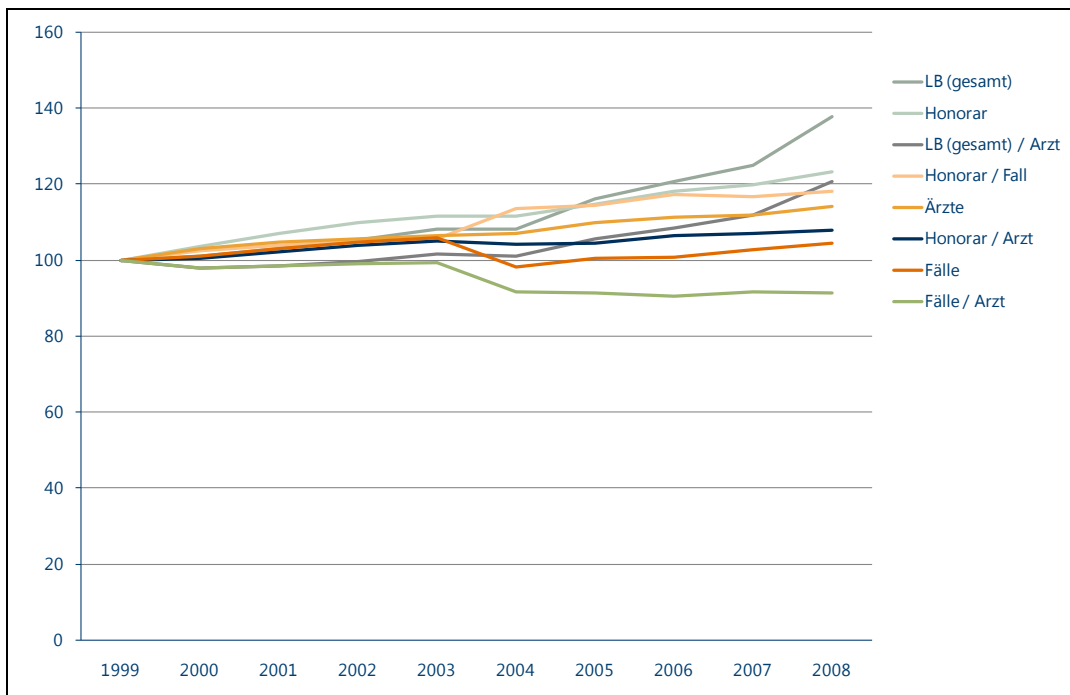


Quelle: IGES (nach: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2000); AL: ärztlicher Leistungsanteil [Euro/Minute]; TL: technischer Leistungsanteil [Euro/Minute]

Insgesamt können hinsichtlich der These 1 ("unpräzise Kalkulation") erhebliche Implausibilitäten der Kostenbewertung empirisch aufgezeigt werden (siehe Kapitel 4). Hinsichtlich der These 2 ("Angemessenheit der Gesamtvergütung") zeigt sich, dass die Gesamtvergütungen im Mittel zur Erzielung eines von den Selbstverwaltungspartnern festgelegten Arzteinkommens ausreicht (siehe Kapitel 4).

Die These 3 ("nicht morbiditätsbegründete Mengenausweitung") kann im Rahmen dieser Expertise nicht geprüft werden. Empirische Evaluationen zu der Frage, inwieweit Mengenausweitungen vor Umstellung des Vergütungssystems morbiditätsbegründet waren, sind jedoch generell möglich und diesbezügliche Diskussionen lassen sich mit Hilfe von empirischen Analysen versachlichen. Abbildung 5 zeigt die Entwicklung von Kennzahlen der vertragsärztlichen Versorgung. Hierbei wird deutlich, dass die gesamte Leistungsmenge im Zeitraum 1999 bis 2008 um insgesamt 38% gestiegen ist. Die Fallzahlzunahme in diesem Zeitraum liegt demgegenüber nur bei 4%; entsprechend sank die Fallzahl je Arzt um 9%. Das Honorar stieg in diesem Zeitraum um 23%, aufgrund der Zunahme der Zahl von Ärzten stieg das Honorar je Arzt mit 8% geringer und aufgrund der Fallzahlzunahme das Honorar je Fall um 18%. Ob die deutliche Leistungsmengensteigerung (+38%) bei gleichzeitig deutlich geringerer Fallzahlentwicklung (+4%) alleinig durch die Morbidität der Versicherten verursacht wurde, sollte weiter untersucht werden.

Abbildung 5: Kennzahlen der Vertragsärztlichen Versorgung (1999 = 100)



Quelle: IGES (nach: Bewertungsausschuss 2009); LB: Leistungsbedarf

Eine nicht notwendige Leistungsmengensteigerung im Sinne des § 71 Abs. 1 SGB V (also eine Leistungsmengensteigerung, die nicht mit einer äquivalenten Honorarveränderung verbunden war) vor Einführung des neuen Vergütungssystem (mit der Einführung eines bundeseinheitlichen Orientierungswert) könnte zu einer Divergenz zwischen dem kalkulatorischen Punktwert und dem Orientierungswert beigetragen haben. Nicht notwendige Leistungsmengensteigerungen könnten bei Systemumstellung dazu geführt haben, dass das gesamte Honorar durch eine höhere Leistungsmenge (im Vergleich zum Zeitpunkt der EBM-Kalkulation) geteilt wurde und sich somit eine Divergenz zwischen Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert ergeben haben könnte.

Letztlich ist die Bemessung eines Budgets bei begrenzten Ressourcen und die Definition dessen, was als „notwendige“ Versorgung bzw. als "angemessene" Vergütung gilt, jedoch immer ein normativer Vorgang.

Vor diesem Hintergrund sind die durch das Institut des Bewertungsausschusses durchgeführten "Vergleiche" des Brutto-Leistungsbedarfs in Euro bei jeweils einem Punktwert von 3,5 oder 5,11 Cent kritisch zu diskutieren. Hierdurch wird eine sogenannte "Vergütungslücke" von 13,6 Mrd. Euro berechnet und diese anschließend als Begründung herangezogen, die Leistungskalkulation zu hinterfragen (vgl. Institut des Bewertungsausschusses

2010, S. 7). Dies suggeriert jedoch eine Kausalität zwischen Kalkulationspunktwert und Honorarvolumen, welche nicht gegeben ist. Hierdurch entsteht der Eindruck, die Höhe der Gesamtvergütung ließe sich "ausrechnen", wüsste man nur den richtigen Punktwert. Das Honorarvolumen stellt aber keine Rechengröße, sondern vielmehr ein Verhandlungsergebnis dar, hinter welchem sich ein komplexer politischer und gesellschaftlicher Aushandlungsprozess verbirgt.

In diesem Zusammenhang ist auch die kaum bestehende Transparenz bei der EBM-Kostenkalkulation und der entsprechenden Datengrundlagen kritisch zu diskutieren. So sind die Praxiskosten sowie viele Details der Kostenkalkulation ausschließlich dem Institut des Bewertungsausschusses sowie der KBV (welche bis 2009 die Kalkulation des EBM vornahm) und dem GKV-Spitzenverband zugänglich. Dies bleibt z. B. weit hinter der Systemtransparenz des stationären Sektors (DRG-Systems) zurück, wo sowohl die Kalkulationssystematik, die Kalkulationsergebnisse als auch die Zuordnungssystematik unentgeltlich durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur Verfügung gestellt werden (vgl. Fürstenberg et al. 2010).¹⁸ Zudem können Änderungen für den Leistungskatalog (seien es G-DRGs, Zusatzentgelte oder Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden [NUBs]) von den Akteuren in einen systematischen Prozess eingebracht werden.

¹⁸ Hervorzuheben ist hierbei auch, dass es sich bei der DRG-Kalkulation um eine echte Vollkostenrechnung handelt, in der tatsächliche – nicht normative – Kosten auf echte "Stückzahlen", d. h. Zahl der vollstationären Fälle – und nicht geschätzte Auslastungen und geschätzte Leistungszeiten (Minuten je Leistung) – umgelegt werden.

3 Analyse der Kalkulations- und Datengrundlagen des EBM

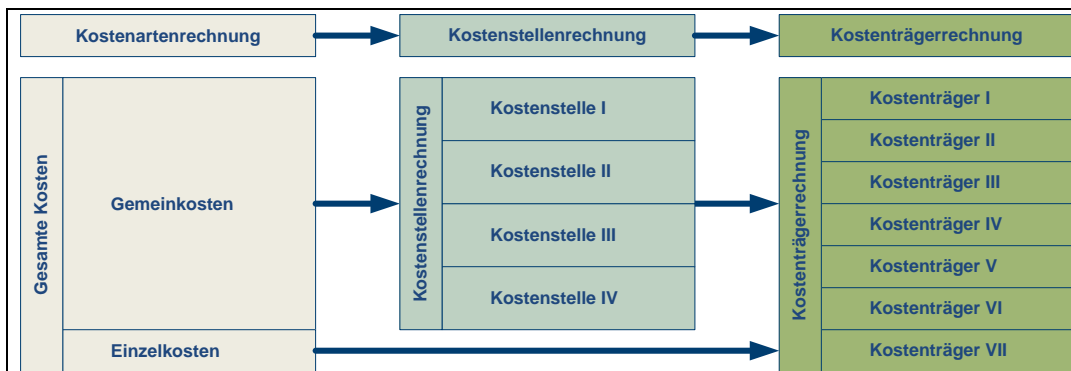
3.1 Übersicht über die zentralen Kalkulationsschritte

Die Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs werden mit Hilfe eines, dem betrieblichen Rechnungswesen entlehnten, Verfahrens der Kostenrechnung kalkuliert.

Bei diesem Verfahren werden die betrieblichen Kosten in einem ersten Schritt nach **Kostenarten** differenziert und anschließend durch Anwendung verschiedener Schlüsselverfahren (u. a. getrennt nach direkten und indirekten Kosten) auf **Kostenstellen** (abgegrenzte Betriebsteile zur Kostenerfassung bzw. hier Ort der Kostenentstehung [z. B. Untersuchungsraum, EKG-Raum]) aufgeteilt. Anschließend werden für jeden **Kostenträger** (Produkt bzw. hier die einzelnen Leistungen des EBM) die Kosten basierend auf den Kosten der betroffenen Kostenstellen ermittelt. Eine solche Kostenträgerstückrechnung wird auch als Kalkulation bezeichnet (vgl. Abbildung 6, Abbildung 7).

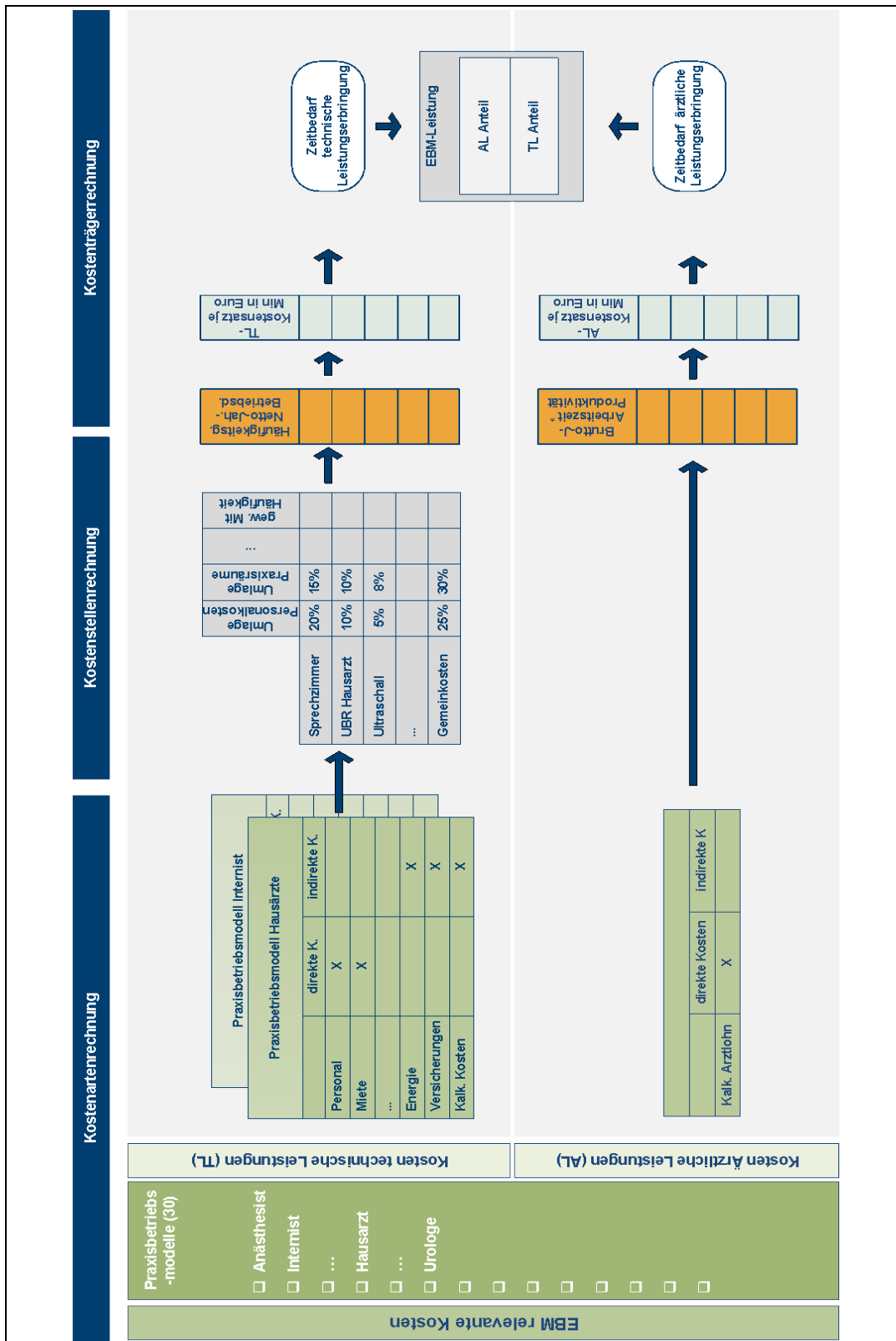
Mit diesem Verfahren sollen alle im Betrieb anfallenden Kosten verbrauchsgerecht auf die jeweiligen Kostenträger umgelegt werden (Vollkostenrechnung).

Abbildung 6: Kalkulationsmethodik (Schema)



Quelle: IGES (nach Coenberg 1999)

Abbildung 7: Überblick EBM-Kalkulationsmethode



Quelle: IGES

Die Kalkulation des EBM erfolgt mit Hilfe des sogenannten Standard-Bewertungssystem (STABS), mit welchem die Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung im Sinne einer Softwareanwendung umgesetzt wird. Die praxisbezogenen Aufwände (die als Schätzgröße der betrieblichen Kosten verwendet werden), welche um kalkulatorische Kosten ergänzt werden (z. B. kalkulatorischer Arztlohn oder kalkulatorischer Eigenkapitalzins) beruhen auf unterschiedlichen Datenerhebungen und unterschiedlichen Anpassungen dieser Daten.

Grundsätzlich soll diese Kalkulationsmethodik im Ergebnis dazu führen, dass ein Praxisinhaber bei durchschnittlicher Kosten- und Leistungsstruktur sowie durchschnittlicher Praxisorganisation (Effizienz der Leistungserstellung) bei vollzeitiger ausschließlicher GKV-Tätigkeit genau seine entstehenden Kosten erstattet bekommt und ein definiertes Arzteinkommen erzielt. Grundvoraussetzungen für die Zielgenauigkeit ist einerseits, dass dieses Kalkulationsmodell die Wirklichkeit relativ genau abbildet und andererseits, dass die enthaltenen Datengrundlagen der Realität auch entsprechen.

Im Rahmen der EBM-Kalkulation wird zwischen der Kalkulation des technischen Leistungsanteils (TL) und der Kalkulation des ärztlichen Leistungsanteils (AL) unterschieden.

3.2 Kalkulation des ärztlichen Leistungsanteils (AL)

Der ärztliche Leistungsanteil (AL) entspricht dem Teil einer Leistung, die alleinig durch ärztliche Tätigkeit erbracht wird.

Die **Kostenartenrechnung** beschränkt sich für den ärztlichen Leistungsanteil auf die Ermittlung der kalkulatorischen Kosten für ärztliche Leistungen, d. h. den (kalkulatorischen) Arztlohn. Hierbei kann jedoch das Arzteinkommen nicht herangezogen werden, weil dies - anders als z. B. im stationären Versorgungssektor - keine externe, durch Tarifvereinbarungen vorgegebene, Größe darstellt, sondern direkt durch die Leistungsbewertung des EBM beeinflusst wird.¹⁹ Insofern orientiert sich der Arztlohn an den Opportunitätskosten, d. h. es wird ermittelt bzw. geschätzt, welche Einkünfte ein Arzt erzielen könnte, wenn er seine Arbeitskraft anderweitig einsetzen würde.

Als Vergleich wurde hierbei durch den Erweiterten Bewertungsausschuss das Gehalt eines im Krankenhaus tätigen Oberarztes (BAT Ia) festgelegt

¹⁹ In Zukunft könnten beispielsweise auch die Gehälter von niedergelassenen Ärzten in MVZ zur Ermittlung der in der vertragsärztlichen Versorgung erzielbaren Gehälter berücksichtigt werden, um den kalkulatorischen Arztlohn zu schätzen.

(zzgl. Arbeitgebersozialversicherungsbeiträge). Das Gehalt, welches sich auf eine Arbeitszeit von 38,5 Wochenstunden bezieht, wird zudem auf eine Arbeitszeit von 51 Wochenstunden hochgerechnet und wurde damit ursprünglich auf 95.553 Euro angesetzt (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2004). Zur Kalkulation des EBM2008 wurde der kalkulatorische Arztlohn dann auf 105.572 Euro erhöht (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2007 [unveröffentlichter Beschluss]).²⁰

Für den ärztlichen Leistungsanteil erfolgt keine **Kostenstellenrechnung** im kostenrechnerischen Sinn. Kostenstellen werden ausschließlich berücksichtigt, um spezifische Produktivitätsunterschiede bei der Erstellung von EBM-Leistungen abzubilden. Praktisch wird jeder Kostenstelle der gesamte Arztlohn zugewiesen, sodass die Kosten zwischen den Kostenstellen nicht variieren. Im nächsten Berechnungsschritt, der Ermittlung der kostenstellenspezifischen Kosten je Minute, wird zunächst die gesamte Arbeitszeit (in Minuten) mittels der kostenstellenspezifischen Produktivität angepasst (vermindert) und anschließend der Arztlohn auf die verbliebenen Minuten umgelegt. Im Endeffekt erhält man zwar bei den Kostenstellen unterschiedliche Werte für den Arztlohn je Minute, diese sollen aber ausschließlich Produktivitätsunterschiede (und damit die innerhalb der Arbeitszeit maximal erbringbare Anzahl von EBM-Leistungen) reflektieren. Ein Arzt soll somit für seine Tätigkeit, unabhängig wo er diese ausführt (bzw. welche Leistung er erbringt), einen identischen zeitbezogenen Arztlohn erhalten.

Da aufgrund der konstanten kalkulatorischen Kosten die Kostenstellenrechnung für den Arztlohn entfällt (bzw. lediglich unterschiedliche Produktivitätswerte berücksichtigt werden), erfolgt im nächsten Schritt die **Kosten-trägerrechnung**. Ziel ist es, zu ermitteln, welcher Preis je EBM-Leistung (Kostenträger) verlangt werden muss, um insgesamt eine Kostendeckung erwarten zu können. Als Bezugsgröße hierfür wird eine Zeiteinheit (Minuten) verwendet.

Somit werden

- a) eine "Gesamtproduktionszeit", d. h. die Jahresarbeitszeit eines Arztes (Praxisinhabers), als auch
- b) die "Produktionszeit" für den rein ärztlichen Leistungsanteil für die jeweilige EBM-Leistung (Kostenträger)

benötigt.

Zur Ermittlung der "Gesamtproduktionszeit" wird zunächst die reale zur Verfügung stehende (Brutto-)Jahresarbeitszeit des Arztes ermittelt und an-

²⁰ Unter Berücksichtigung der Tarifabschlüsse für Ärzte im stationären Sektor.

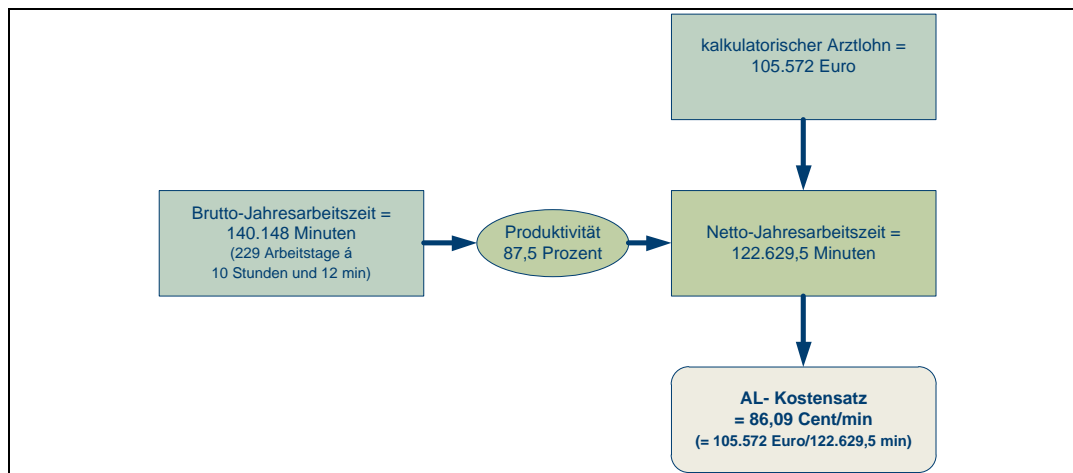
schließlich eine (Netto-)Jahresarbeitszeit abgeleitet, die der Arzt direkt mit der ärztlichen Leistungserstellung verbringt. Die (Brutto-)Jahresarbeitszeit wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss auf 51 Wochenstunden (entsprechend 10,2 Stunden pro Tag) bei 20 Urlaubstagen (und 12 freien Tagen [Feiertage, die auf einen Arbeitstag fallen]) und damit auf 229 Arbeitstage bzw. 140.148 Minuten im Jahr festgelegt (Erweiterter Bewertungsausschuss 2003). Die Brutto-Jahresarbeitszeit wird insgesamt um Zeiten reduziert, die nicht direkt der Leistungserstellung zugerechnet werden können. Dies betrifft z. B. Zeitaufwände für allgemeine Tätigkeiten wie das Praxismanagement (Overheadzeiten). Festgelegt wurde eine Produktivität des Arztes von 87,5 Prozent (vgl. Erweiterter Bewertungsausschuss 2003). Auf Grundlage der Brutto-Jahresarbeitszeit und der Produktivität ergibt sich damit ein Kostensatz je Arztminute von 86,09 Cent (siehe auch Abbildung 8).

Zusätzlich kann kostenstellenspezifisch von dieser Produktivität abgewichen werden, wenn wegen technischer und arbeitsorganisatorischer Besonderheiten (z. B. Rüst- bzw. Pufferzeiten) die dem Arzt zur Verfügung stehende Arbeitszeit für direkt patientenorientierte Tätigkeiten von diesem Wert abweicht.^{21 22}

²¹ So ist z. B. die Produktivität der Kostenstellen "Ophtalmologischer Laser", "Dermatologische Lasertherapie" oder EKG mit 82,5% niedriger angesetzt, die Produktivität der Kostenstelle Physiotherapie hingegen mit 100% höher angesetzt. Insgesamt existieren 22 Kostenstellen (10%) mit einer höheren Produktivität als 87,5% und 55 Kostenstellen (26%) mit einer niedrigeren Produktivität als 87,5%.

²² Dieser Kostensatz je Arztminute könnte bei einzelnen Leistungen mit Hilfe von "Modifikatoren" angepasst werden. Möglich wären z. B. Anpassungen aufgrund von Qualifikationsvoraussetzungen durch einen "Q-Faktor", Schweregradanpassungen durch einen "S-Faktor" und ein "A-Faktor", der die benötigte ärztliche Assistenz berücksichtigt. In der EBM-Kalkulation umgesetzt ist derzeit der A-Faktor.

Abbildung 8: Ermittlung des Kostensatzes je Arztminute



Quelle: IGES

Um die ärztlichen Kosten einer EBM-Leistung zu ermitteln, benötigt man nun noch eine Zeitdauer in Minuten für die Leistungserstellung je Leistung. Diese Zeitdauern umfassen den Zeitbedarf der ärztlichen Leistungserbringung im engeren Sinne, die Vor- und Nachbereitungszeit, Befundzeit sowie bei Operationen auch die Vorbereitungszeit (z. B. Umkleiden, steriles Waschen usw.).

Weder diese Zeitdauer in Minuten für die Leistungserstellung noch die Produktivität noch die Jahresarbeitszeit wurden jedoch empirisch ermittelt. Diese für das Kalkulationsergebnis sehr bedeutsamen Zeiten wurden im Rahmen von Expertengesprächen geschätzt und dann sämtlich normativ festgelegt. Systematische Zeiterhebungen wurden hierzu nicht durchgeführt.²³

Damit wird ersichtlich, dass der ärztliche Leistungsanteil (AL) der EBM-Leistungen ausschließlich normativ hergeleitet ist; dies betrifft sowohl den Arztlohn, als auch die Arbeitszeit des Arztes sowie die Kalkulationszeit je Leistung.

Darüber hinaus sind, insbesondere seit der EBM-Reform 2008, durch die Einführung der Versichertenpauschalen im hausärztlichen Versorgungsbereich (die insgesamt einen Leistungsanteil von ca. 20 bis 25% umfassen) für viele Leistungen keine Kalkulationszeiten für den ärztlichen Leistungsanteil

²³ Auch bei einer empirischen Ermittlung dieser Größen ist der Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu berücksichtigen. So können z. B. aufgrund der zunehmenden Zahl von Vertragsärzten die Auslastungen für Kostenstellen sinken. Durch die Wahl eines Benchmarks könnten wirtschaftlich agierende Praxisinhaber identifiziert werden, die zur Ermittlung der Größen herangezogen werden.

(aber auch für den technischen Leistungsanteil) festgelegt und somit nicht mehr Basis der Leistungsbewertung.²⁴

3.3 Kalkulation des technischen Leistungsanteils (TL)

Der technische Leistungsanteil (TL) entspricht dem Teil einer Leistung, der allein durch nichtärztliche Tätigkeiten bzw. Leistungsbestandteile erbacht wird und beinhaltet sämtliche Kosten in Zusammenhang mit der Leistungserstellung. Zu dem technischen Leistungsanteil zählen alle Kosten, die in der Praxis anfallen, z. B. Personalkosten, die Praxismiete oder Versicherungsprämien.

3.3.1 Kostenartenrechnung

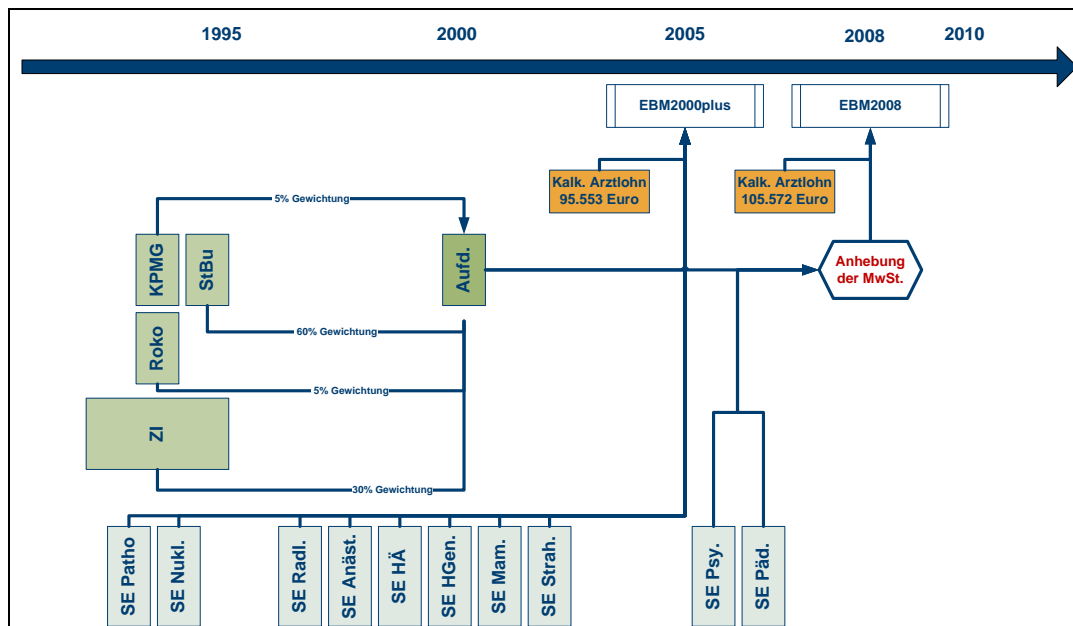
Die Kostenermittlung der technischen Leistungen baut im Kern auf vier Studien auf. Hierzu zählen die Erhebung des Statistischen Bundesamts, eine Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) aus den Jahren 1993 - 1995,²⁵ eine von der KBV in Auftrag gegebene Erhebung durch KPMG aus dem Jahr 1994 und eine schweizerische "Rollende Kostenstudie" aus dem Jahr 1994.²⁶ Die Erhebungen wurden qualitätsgewichtet zusammengeführt, um eine ausreichende Stichprobe zu erhalten.

²⁴ Die Leistungsbewertung dieser Leistungen ergab sich aus der mengengewichteten Durchschnittsbewertung der ursprünglich anhand der EBM-Kalkulation ermittelten Leistungsbewertungen der einzelnen Leistungen, die dann zu Pauschalen zusammengefasst wurden. Eine Leistungskalkulation anhand der STABS-Kostenkalkulation findet nicht mehr statt. Dies gilt auch für weitere Leistungen wie z. B. die Zusatzpauschalen Kardiologie I und II.

²⁵ Das Institut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen ("Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung") erhebt aktuell (Mai 2010) wieder Kostendaten von Arztpraxen. Eine Transparenz der Befragung (z. B. durch Veröffentlichung der Erhebungsinstrumente oder durch Veröffentlichung der gewonnenen Daten) und somit auch der hierdurch gewonnenen Ergebnisse ist jedoch bisher nicht gegeben (vgl. Maus 2010). Eine solche Erhebung hätte auch gemeinsam von Ärzte- und Krankenkassenseite, z. B. durch das von den Selbstverwaltungspartnern getragene "Institut des Bewertungsausschusses" erfolgen können (ähnlich den Kostenerhebungen im stationären Versorgungssektor, die das InEK durchführt).

²⁶ Zusätzlich wurden einige Spezialstudien aus den Jahren 1993 bis 1999 zu einzelnen Fachgruppen bzw. Leistungen zur Plausibilisierung verwendet.

Abbildung 9: Übersicht Kosteninput und Erhebungszeitpunkte



Quelle: IGES (nach MediTrust 2000, S. 15, 38)

Die Studien stammen aus den Jahren 1993-1995, Basisjahr der EBM-Kalkulation war dagegen das Jahr 2000. In einem ersten Schritt wurden daher die ursprünglichen Kostenwerte mittels verschiedener Preisindizes inflationiert, um allgemeine Preissteigerungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurden von 1994 bis 2006 für eine ganze Reihe von Fachgebieten ergänzende Zusatzerhebungen durchgeführt (vgl. Abbildung 9).²⁷

Bei der Kostenkalkulation werden insgesamt 30 Fachgebiete mit ähnlicher Praxisstruktur unterschieden (Praxisbetriebsmodelle [PBM]) (siehe Tabelle 1).²⁸ Kostenerhebungen liegen jedoch nur für 17 der später verwendeten Praxisbetriebsmodelle vor, für die übrigen 13 Modelle werden die Kostenstellen lediglich abgeleitet (siehe Tabelle 1).

Innerhalb dieser Praxisbetriebsmodelle wird von einer gewissen Leistungs- und Kostenhomogenität ausgegangen; die Größe der Praxen stellt hingegen kein Differenzierungsmerkmal dar. Darüber hinaus werden die Kosten einer Praxis immer auf eine "Durchschnittspraxis" bezogen, indem sie auf eine

²⁷ Sonderhebungen u. a.: Pathologie (1994), Nuklearmedizin (1994), Radiologie (1993-1997), Anästhesie (1999), Hausärztlicher Bereich (2000), Humangenetik (2001), Mammographie Screening (2002-2003), Strahlentherapie (2003), Psychiatrie/Psychotherapie/Neurologie (2005), Pädiatrie (2006).

²⁸ Zusätzlich existieren noch zwei Hilfs-Praxisbetriebsmodelle zur Kalkulation spezifischer Leistungen.

Einzelarztpraxis normiert werden. Dies bedeutet nicht, dass Gemeinschaftspraxen in der Kalkulation nicht berücksichtigt werden. Kosten aus Gemeinschaftspraxen gehen ebenso in die Kostenkalkulation ein, die Kosten der Gemeinschaftspraxis werden jedoch auf die Zahl der dort tätigen Ärzte bezogen (d. h. durch die Zahl der Ärzte dividiert) und werden mit dem damaligen Anteil von Gemeinschaftspraxen gewichtet in die Kalkulation einbezogen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2000).

Tabelle 1: Praxisbetriebsmodelle (Übersicht)

Praxisbetriebsmodelle mit Kostenstrukturdaten	Kostenstellen (n)	Tarifgeber (n)	Nacherhebung erforderlich *
Anästhesie	7	1	Nein
Augenheilkunde	13	4	Nein
Chirurgie	15	11	Ja (nachrangig)
Frauenheilkunde	9	3	Nein
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	12	6	Nein
Hausarzt	11	5	Nein
Haut- und Geschlechtskrankheiten	9	3	Ja (nachrangig)
Humangenetik	7	2	-
Innere Medizin	9	6	Ja (vordringlich)
Neurologie	8	4	Ja (vordringlich)
Orthopädie	12	6	Ja (nachrangig)
Pathologie	6	-	Ja (vordringlich)
Psychiatrie	7	3	Ja (vordringlich)
Psychotherapie	5	1	Ja (vordringlich)
Radiologie	13	5	Ja (vordringlich)
Urologie	10	4	Ja (nachrangig)
Strahlenmedizin	8	1	-
Praxisbetriebsmodelle mit abgeleiteten Kostenstellen			
Ambulantes OP-Zentrum	18	-	Ja (vordringlich)
Ambulantes OP-Zentrum (Phako)	2	-	
Mammographie-Screening-Einheit	2	-	Ja (vordringlich)
Internist SP Angiologie	10	6	Ja (vordringlich)
Internist SP Endokrinologie	6	4	Ja (vordringlich)
Internist SP Gastroenterologie	9	6	Ja (vordringlich)
Internist SP Hämatologie/Onkologie	7	5	Ja (vordringlich)
Internist SP Kardiologie	11	6	Ja (vordringlich)
Internist SP Nephrologie	6	4	Ja (vordringlich)
Internist SP Pneumologie	9	5	Ja (vordringlich)
Internist SP Rheumatologie	7	5	Ja (vordringlich)
Kinder- und Jugendpsychiater	7	4	Ja (vordringlich)
Nuklearmedizin	10	4	Ja (vordringlich)
Hilfspraxisbetriebsmodelle			
Schlaflabor	2	-	-
Extrakorporale Stoßwellen-Lithotripsie	1	-	-

Quelle: IGES (nach Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008)
 *) (nach tns Healthcare und BASYS 2006)

Die Kostenerhebungen erfassen dem Grunde nach für jede Praxis zunächst die steuerlich abzugsfähigen Betriebsausgaben (steuerlicher Ansatz der Finanzbuchhaltung). Dies führt zu einem einheitlichen Ansatz über alle Arztgruppen hinweg. Zusätzlich werden kalkulatorische Zusatzkosten (z. B. kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung) berücksichtigt.

Die Grundkosten werden differenziert nach den Praxisbetriebsmodellen festgestellt. Grundkosten sind Personalkosten der Praxismitarbeiter (nicht des Arztes) und Fortbildungskosten (auch die des Arztes), Mietkosten, Energiekosten und geringwertige Wirtschaftsgüter sowie Abschreibungen und Fremdkapitalzinsen. Nicht berücksichtigt wird der Sprechstundenbedarf gemäß Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (z. B. Verbandsmaterial), der per Umlage mit den Krankenkassen abgerechnet wird, und die, anhand der Sachkosten des EBM (Kapitel 40) vergüteten, Aufwendungen für Material.²⁹ Berücksichtigt wird hingegen der Praxisbedarf gem. Nr. 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM (z. B.: Einmalspritzen, Einmalskalpelle, Filmmaterial).³⁰ Die kalkulatorischen Kosten berücksichtigen ausschließlich den kalkulatorischen Eigenkapitalzins.

Die Kostenerhebungen liegen somit zum überwiegenden Teil über 10 Jahre zurück.³¹ Strukturveränderungen der Arztpraxen insgesamt bzw. in den einzelnen Fachgruppen (Praxisbetriebsmodellen) sind damit nicht abgebildet worden. Der in der Kalkulation berücksichtigte Anteil von Gemeinschaftspraxen (bzw. MVZ) entspricht nicht der aktuellen Situation. So stieg z. B. der Anteil der Ärzte in Gemeinschaftspraxen von 30,3 Prozent im Jahr 2001 auf 38,0 Prozent im Jahr 2009 (vgl. hierzu Abschnitt 4.4). Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die, durch die vier Basisstudien erzielte, Stichprobe bereits zum damaligen Zeitpunkt nicht als repräsentativ eingestuft wurde (tns Healthcare und BASYS 2006) und für die meisten Praxisbetriebsmodelle Nacherhebungen gefordert wurden (vgl. Tabelle 1).³²

Laut tns Healthcare und BASYS, die 2006 im Auftrag der KBV ein Gutachten zur Datenvalidierung des EBM2000plus durchgeführt haben, wurden

²⁹ Eine exakte Kostenabgrenzung auf Praxisebene konnte hier nicht durchgeführt werden, u. a. da die Daten für andere Zwecke als die EBM-Kalkulation erhoben wurden. Daher wurden die Kosten um die jeweils unterschiedlich definierten "Materialkosten" aus den Erhebungen des Statischen Bundesamtes der KPMG und der Rollenden Kostenstudie bereinigt (vgl. MediTrust 2000, S. 41). Kosten des Kap. 40 des EBM finden sich allerdings auch in anderen Kostenarten (z. B. in den "Sonstigen Kosten").

³⁰ Im Standardbewertungssystem wird der Praxisbedarf entsprechend der Gemeinkosten behandelt und gleichmäßig anhand eines festen Minutensatzes auf die Kostenstellen verteilt. Der Praxisbedarf wird dennoch eigenständig ausgewiesen.

³¹ Lediglich die Mehrwertsteuererhöhung wurde im Zuge der Einführung des EBM2008 bei der Kalkulation berücksichtigt, indem die Aufwände bei den relevanten Kostenarten (u. a. Material-, Miete-, Energie-, Versicherungskosten) pauschal um 2,07 Prozent sowie die Fremdkapitalzinsen um 0,5 Prozent angehoben wurden.

³² So wurden z. B. bei Neurologen keine Gemeinschaftspraxen bei der Kostenstruktur berücksichtigt (tns Healthcare und BASYS 2006, S. 122).

nicht bei allen Fachgruppen ausreichende Stichprobengröße erzielt. Hiervon seien insbesondere die Fachgruppen der Radiologen, der Urologen, der Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten, der Chirurgen sowie die Gruppe der Physiotherapeuten, Nervenärzte und Psychiater betroffen (tns Healthcare und BASYS 2006, S. 31). Eine repräsentative Schichtung nach Erlösgruppen sei ebenso nicht gewährleistet (tns Healthcare und BASYS 2006, S. 20). Aufgrund der zum Erhebungszeitpunkt großen Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind zudem lediglich westdeutsche Praxen in die Erhebung eingegangen.

Im Ergebnis kommen die Gutachter zu folgendem Schluss:

"Angesichts des Dargestellten und der Veralterung der Datengrundlagen stellt sich jedoch die grundsätzliche Frage, ob nicht eher eine Gesamterhebung [...] für künftige Kostenanpassungen angestrebt werden sollte. [...] Mittelfristig, d. h. alle 5 Jahre ist eine völlige Neukalkulation vorzunehmen, um dem medizinischen Fortschritt durch neue Verfahren und durch Produktivitätssteigerungen in der Praxisorganisation Rechnung zu tragen." (tns Healthcare und BASYS 2006, S. 3).

Darüber hinaus findet bei der Kostenerhebung keine Differenzierung nach Aufwänden statt, die nicht in einem Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Versorgung entstehen (insbesondere PKV- oder IGEL-Leistungen).³³ Dieser neutrale Aufwand (hier: betriebsfremde Aufwendungen die nicht zur Erreichung des Betriebszwecks [Behandlung von GKV-Versicherten], sondern für Nebenzwecke gemacht werden), stellt keine Kosten der EBM-Kalkulation dar und müsste, ebenso wie die entsprechenden Leistungen für nicht GKV-Versicherte, nicht berücksichtigt werden.

Es wird folglich so getan, als wäre die Kostenstruktur einer Praxis, die ausschließlich GKV-Versicherte behandelt, gleichzusetzen mit der Kostenstruktur einer Praxis, welche einen hohen Anteil an PKV-Versicherten behandelt oder IGEL-Leistungen erbringt. Dass dies jedoch ggf. andere Räumlichkeiten (Wartezimmer Privatpatienten) aber insbesondere eine veränderte Geräteinfrastruktur bedingen kann, wird dabei ausgeblendet.

³³ Der Erlös mit IGEL-Leistungen wird auf ca. 950 Mio. Euro geschätzt. Die Zahl der erbrachten bzw. angebotenen Leistungen ist hierbei je nach Fachgruppe deutlich unterschiedlich. So weisen z. B. Frauenärzte, Augenärzte, Orthopäden und Urologen eine hohe Zahl von IGEL-Leistungen auf. Die Art der Leistung betrifft zu großen Teilen (Ultraschalluntersuchungen [21,8%] und Augeninnendruckmessungen [16,0%]) Leistungen mit einem technischen Leistungsanteil (WIdO und Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen 2005).

3.3.2 Kostenstellenrechnung

Die Kostenarten werden im nächsten Schritt auf die Kostenstellen der Arztpraxis verteilt, wobei eine umfangreiche Kostenstelle „Gemeinkostenstelle“ gebildet wird, die eine Art „Restgröße“ darstellt (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Kostenstellen im Praxisbetriebsmodell Hausarzt

Kostenstelle	Häufigkeit im Praxisbetriebsmodell
Sprechzimmer	100 %
Untersuchungs- und Behandlungsraum	100 %
UBR Kleinchirurgie	15 %
Ultraschall, klein	50 %
EKG	90 %
EEG	1 %
Audiologisches Labor	10 %
Gipsraum	25 %
Physiotherapie	10 %
Gemeinkostenstelle	100 %

Quelle: IGES (nach: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2008)

In den einzelnen Praxisbetriebsmodellen werden aufgrund der spezifischen Versorgungsleistungen jeweils unterschiedliche Kostenstellen gebildet. Fast alle Arztgruppen haben eine Kostenstelle "Sprechzimmer", häufig sind z. B. "Ultraschall", "Aufwachraum" oder "UBR" (Untersuchungs- und Behandlungsraum).

Einzelkosten, die direkt einer EBM-Leistung (Kostenträger) zugeordnet werden, existieren in dem Kalkulationsmodell nicht.

Als direkte Kosten werden im STABS Kosten bezeichnet, die anhand von Umlageschlüsseln auf die Kostenstellen (und dann weiter auf die EBM-Leistungen) umgelegt werden, auch wenn sie indirekt über Schlüssel umgelegt werden. Ein großer Teil der Kosten (im STABS als indirekte Kosten bezeichnet) wird zu der Gemeinkostenstelle zusammengefasst und anhand eines einheitlichen Schlüssels auf die EBM-Leistungen umgelegt.

Tabelle 3: Kostenarten und gewählte Kostenumlage

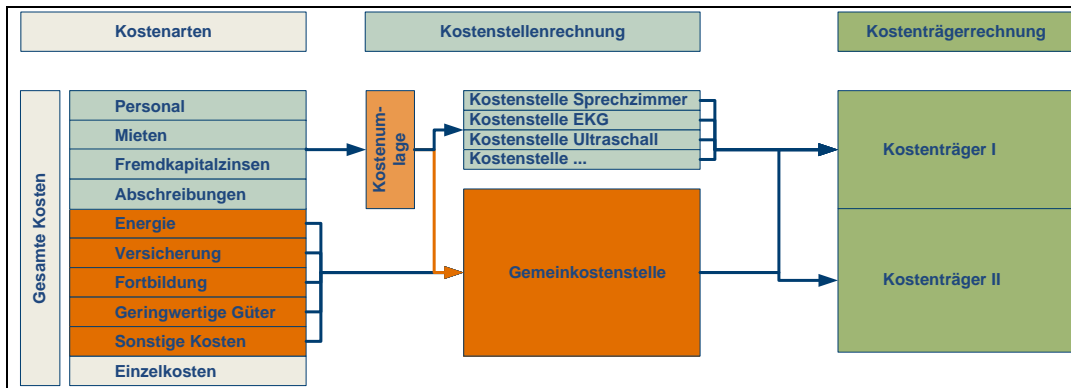
Kostenart	Kostenumlage		Basis für Bildung der Umlageschlüssel
	Ja	Nein	
Personalkosten	X		Personalzeitanteil (%)
Miete Praxisräume	X		Flächenteil (%)
Miete Geräte/Leasing	X		Investitionsanteil
Fremdkapitalzinsen	X		Investitionsanteil
Abschreibungen	X		Abschreibungsanteil
Kalk. Eigenkapitalzins	X		Investitionsanteil
Energiekosten		X	- (Gemeinkosten)
Versicherungsprämien		X	- (Gemeinkosten)
Fortbildungskosten		X	- (Gemeinkosten)
geringwertige Wirtschaftsgüter		X	- (Gemeinkosten)
Sonstige Kosten		X	- (Gemeinkosten)
Material		X	- (Praxisbedarf)

Quelle: IGES (nach: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2000)

Die im STABS definierten "direkten Kostenarten" (d. h. hier Personal, Mietkosten, Fremdkapital und Abschreibungskosten) werden mit Hilfe von Umlageschlüsseln auf die Kostenstellen aufgeteilt. Die indirekten Kosten werden direkt der Gemeinkostenstelle zugerechnet (siehe Tabelle 3). Insgesamt erfolgen die Umlagen kostenneutral, da die Kosten lediglich anhand des Umlageschlüssels auf die Kostenstellen verteilt werden.

Die Gesamtkosten der Gemeinkostenstelle speisen sich insgesamt aus der Summe aller nicht umgelegten Kostenarten (vgl. Tabelle 3) und den umgelegten Kosten, die der Gemeinkostenstelle zugeordnet wurden. Zusätzlich ist der Praxisbedarf, der im Standardbewertungssystem lediglich eigenständig ausgewiesen wird, zu den Gemeinkosten zu zählen (vgl. Abbildung 10).

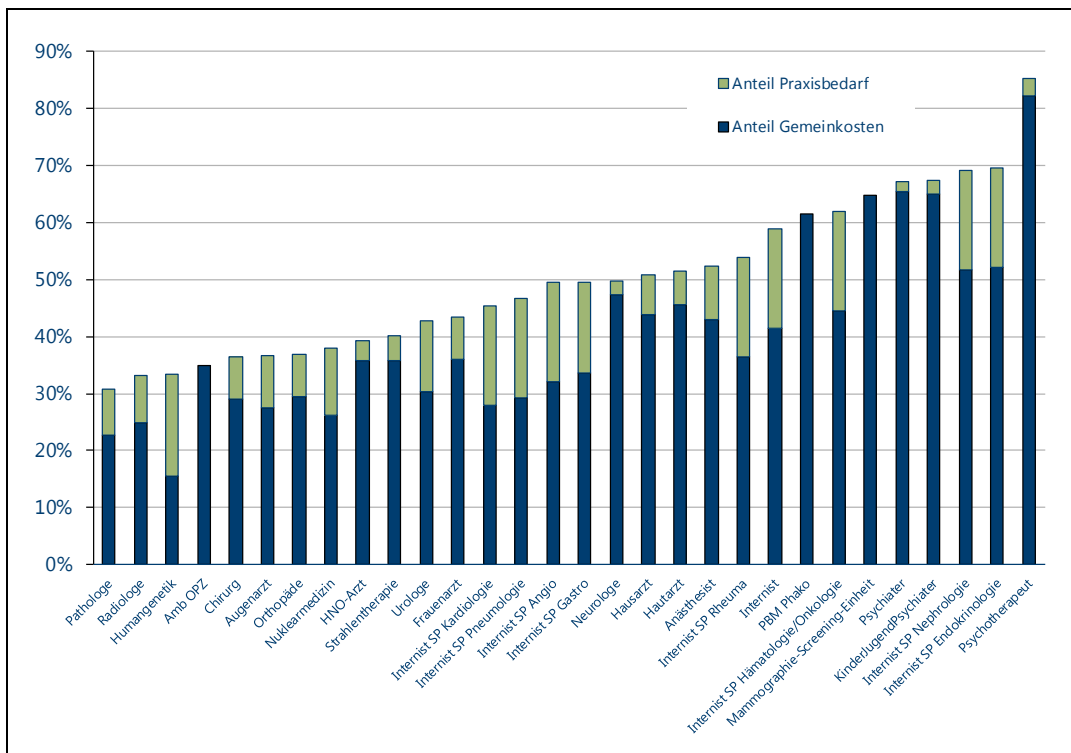
Abbildung 10: Bildung der Gemeinkostenstelle



Quelle: IGES

Der Anteil der Gemeinkosten, der somit gleichmäßig anhand der normativ festgelegten Zeiten für den technischen Leistungsanteil auf die Kostenträger zugeordnet wird, ist relativ hoch. So beträgt der Gemeinkostenanteil inkl. des Praxisbedarfs im Praxisbetriebsmodell für Hausärzte beispielsweise über 50%, was auf eine geringe Gliederungstiefe der Kalkulation hindeutet (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Anteile an Gemeinkosten und Praxisbedarf der Kosten der Praxisbetriebsmodelle



Quelle: IGES

Im Ergebnis erhält man für jedes Praxisbetriebsmodell eine nach Kostenstellen differenzierte Kostendarstellung, die die Grundlage für die Bewertungsbestimmung liefert. Die Kosten der einzelnen Kostenstellen werden darüber hinaus mit der Häufigkeit der Kostenstellen, d. h. mit der "Häufigkeit" mit der die Kostenstelle durchschnittlich in den Praxen auftritt (siehe Tabelle 2) und mit der geschätzten Auslastung der Kostenstelle gewichtet und auf die gesamte zur Verfügung stehende Arbeitszeit normiert. Im Ergebnis wird somit eine korrigierte Nettojahresbetriebsdauer jeder Kostenstelle ermittelt.

Darüber hinaus ist ein so genanntes Tarifgeber-System umgesetzt, d. h. für einige Kostenstellen von Praxisbetriebsmodellen ist ein „Tarifgeber“ definiert. Dies ist i.d.R. die Arztgruppe, die diese Leistung am häufigsten erbringt. Zum Beispiel ist der Hausarzt Tarifgeber für die Kostenstelle Sprechzimmer. Dies bedeutet, dass bei allen anderen Arztgruppen die spezifischen Kosten, Produktivität und die Auslastungsquote des Praxisbetriebsmodells durch die des Tarifgebers ersetzt werden. Dies soll zu einer erhöhten Wirtschaftlichkeit führen, da davon ausgegangen wird, dass die Arztgruppe mit der höchsten Auslastung die Leistung wirtschaftlich erbringt. Die Tarifgeberfunktion führt allerdings nicht in allen Fällen dazu, dass ein geringerer, als der aus dem jeweiligen Praxisbetriebsmodell stammende Kostensatz je Minute Verwendung findet.³⁴ Ursache hierfür sind u. a. die unterschiedlich hohen Gemeinkosten und deren z. T. sehr hohe Anteile (vgl. a. tns Healthcare und BASYS 2006, S. 64 ff.); (vgl. Abbildung 11).

3.3.3 Kostenträgerrechnung

Bei der Kostenträgerrechnung (oder hier Kostenträgerstückrechnung) wird ermittelt, welche Kosten für die Herstellung einer Produkt- oder Leistungseinheit angefallen sind (hier: EBM-Leistung) bzw. welcher Preis je EBM-Leistung (Kostenträger) erzielt werden muss, um insgesamt eine Kostendeckung erwarten zu können.

³⁴ Im Praxisbetriebsmodell für Angiologen ergibt sich für die Kostenstelle Angiographischer Arbeitsplatz durch die Verwendung des Kostensatzes der Kostenstelle aus der Fachgruppe der Kardiologen so beispielsweise ein um 33% höherer Kostensatz. Z. T. werden die Kosten des Tarifgebers einer Kostenstelle von mehreren anderen Fachgruppen (Praxisbetriebsmodellen) unterboten (vgl. die Aufstellung hierzu im Anhang (Tabelle 6)).

Hierfür wird analog zum Vorgehen bei der Ermittlung des ärztlichen Leistungsanteils einer Leistung die Bezugsgröße "Minuten" herangezogen. Wiederum gilt es

- a) die Gesamtproduktionszeit der Kostenstellen als auch
- b) die Produktionszeit der Kostenstellen für eine EBM-Leistung

zu ermitteln.

Da keine Produktionszeit der Kostenstellen empirisch ermittelt wurde, wurde als Hilfsgröße die Gesamtproduktionszeit der Praxis mit Hilfe der Arbeitszeit des Arztes definiert. Das bedeutet, dass die Produktionszeit der Praxisinfrastruktur auf die Netto-Jahresarbeitszeit des Arztes (also die real zur Verfügung stehende Zeit, abzüglich der nicht direkt der Leistungserstellung zugerechneten Zeiten [z. B. für das Praxismanagement des Arztes]) bezogen wird. Hieraus werden die Betriebsdauern der einzelnen Kostenstellen abgeschätzt, da keine empirischen Angaben über die reale Nutzung der Kostenstellen vorliegen.

Die Arbeitszeit muss zunächst auf die Kostenstellen aufgeteilt werden bzw. es muss abgeschätzt werden, welcher Anteil der Netto-Jahresbetriebsdauer in den jeweiligen Kostenstellen anfällt.

Dies geschieht indem die Brutto-Jahresbetriebsdauer (BJbD) mit der normativ festgelegten Normauslastung der Kostenstelle (A), der bereits weiter oben beschriebenen geschätzten "Häufigkeit" der Kostenstelle im Praxisbetriebsmodell³⁵ (N) sowie mit dem geschätzten Anteil rein ärztlicher Arbeitszeit in der Kostenstelle (AZ_A) gewichtet wird. Im Ergebnis berechnet sich zunächst die ärztliche Arbeitszeit bei Normauslastung (AZ_N).³⁶ Diese wird in einem weiteren Schritt auf die Brutto-Jahresbetriebsdauer normiert, und entspricht dann der korrigierten Arbeitszeit (AZ_K). Multipliziert mit dem Kehrwert des Arztzeitanteils ergibt sich dann die geschätzte korrigierte Nettojahresbetriebsdauer der Kostenstelle (NJbD), welche als Bezugswert für die Umlage der Kosten verwendet wird. Somit ergeben sich nach den Praxisbetriebsmodellen und Kostenstellen differenzierte Kostensätze für den technischen Leistungsanteil (TL-Kostensätze):

³⁵ Entsprechend der normativ festgelegten Häufigkeit mit der die jeweilige Kostenstelle bei der Fachgruppe, für die das Praxisbetriebsmodell angewendet wird, anzutreffen sein sollte. Diese Häufigkeiten müssen nicht der Realität entsprechen. Eine Prüfung auf Konsistenz könnte z. B. leicht über das reale Abrechnungsverhalten der Ärzte ermittelt werden.

³⁶ Diese entspricht zunächst einem Wert, der deutlich über der real möglichen ärztlichen Arbeitszeit liegt und daher korrigiert werden muss.

Bruttojahresbetriebsdauer:	BJbD
Normauslastung:	A
Häufigkeit	N
Arztzeitanteil	AZ_A
Arbeitszeit (Normauslastung)	AZ_N
Arbeitszeit korrigiert	AZ_K
korrigierte Nettojahresbetriebsdauer	NJbD
Kostenstelle	K

Arbeitszeit bei Normauslastung:

Arbeitszeit korrigiert:

korrigierte Nettojahresbetriebsdauer:

wobei gilt

Bei der Berechnung des Kostensatzes je Minute der Kostenstellen werden die Gemeinkosten (indirekte Kosten) zu den direkten Kosten, die auf die Gemeinkostenstelle umgelegt wurden, addiert (s. o.). Der Sachbedarf wird in Form des Praxisbedarf gesondert berechnet und ausgewiesen und wird, wie die Gemeinkosten, gleichförmig mit einem einheitlichen Minutensatz für alle Kostenstellen eines Praxisbetriebsmodells umgelegt.

Um den technischen Leistungsanteil einer EBM-Leistung zu bestimmen wird nun, analog dem Vorgehen zur Bestimmung des ärztlichen Leistungsanteils, der im Rahmen der Kostenkalkulationsmodells ermittelte Kostensatz je Minute (der bei der Leistungserstellung beteiligten Kostenstellen) für

den technischen Leistungsanteil mit dem je Kostenstelle zur Leistungserbringung geschätzten Zeitbedarf multipliziert.

Dieser für die abschließende Leistungsbewertung herausragende Schritt der Ermittlung des Zeitbedarfs je Kostenstelle für eine EBM-Leistung basiert, ebenso wie die Ermittlung der Zeiten für den ärztlichen Leistungsanteil, nicht auf empirischen Erhebungen, sondern wurde normativ ermittelt.

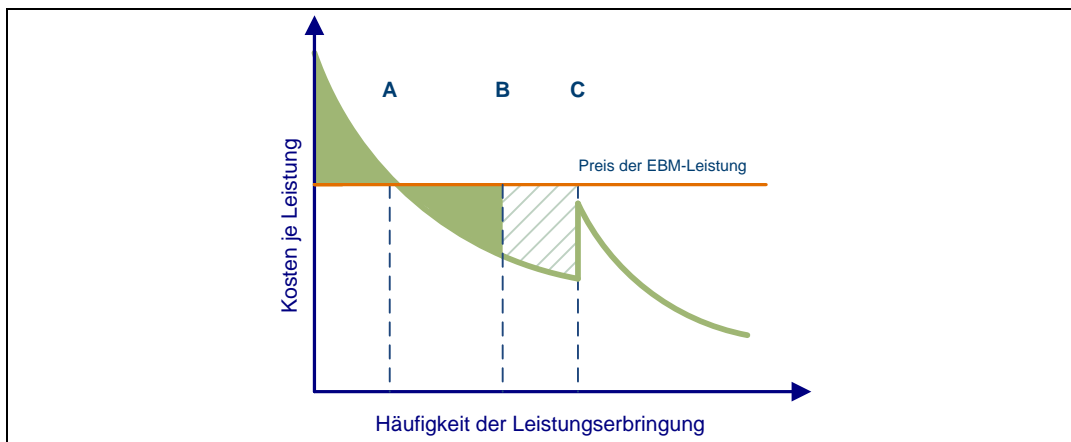
3.4 Grundsätzliche Anreize der Kalkulationssystematik

Die Kalkulationssystematik des EBM entspricht dem Grunde nach der betrieblichen Vollkostenrechnung. Bei dieser werden sämtliche Kosten, d. h. alle Einzelkosten und alle Gemeinkosten, im Wege der Kostenartenrechnung erfasst, mithilfe der Kostenstellenrechnung umgelegt und in der Kostenträgerrechnung auf die jeweiligen Kostenträger (EBM-Leistungen) umgelegt. Im Unterschied zur Teilkostenrechnung werden bei der Vollkostenrechnung sowohl die variablen als auch die Fix- und Gemeinkosten auf die Produkte umgelegt. Dies bedeutet, dass die Fix- und Gemeinkosten, welche den einzelnen Produkten (oder hier Leistungen) nicht zugeordnet werden können, letztlich proportional zur Jahresbetriebsdauer auf diese verteilt werden. Die Vollkostenrechnung verstößt somit insofern gegen das Verursachungsprinzip, das besagt, dass Kosten lediglich der Kostenstelle und dem Kostenträger zugerechnet werden, die ursächlich für die Entstehung der Kosten sind.

Bei der EBM-Kalkulation wird folglich so getan, als fielen die Kosten in der Praxis an, wenn die Leistung tatsächlich erbracht wird. Die Praxiskosten sind jedoch geprägt von einem relativ hohen Fixkostenanteil, da z. B. einer EBM-Leistung zuordenbare relevante Materialverbräuche relativ selten entstehen.

Die Kosten je Leistung liegen folglich bei einer geringen Leistungsmenge deutlich überdurchschnittlich und sinken mit zunehmender Leistungsmenge dann kontinuierlich (siehe Abbildung 12). Es wird deutlich, dass der Arzt bei der Leistungsmenge A den Punkt erreicht, in dem die Kosten je Leistung deren Erlös entsprechen (Break-even-Point) und bei der Leistungsmenge B die anfänglich überproportionalen Kosten kompensiert hat. Insofern besteht aus Sicht des Arztes, sofern er sich auch einkommensmaximierend verhält, grundsätzlich der Anreiz, die Leistungsmengen auszuweiten.

Abbildung 12: Beispielhafte Darstellung einer Praxiskostenkurve

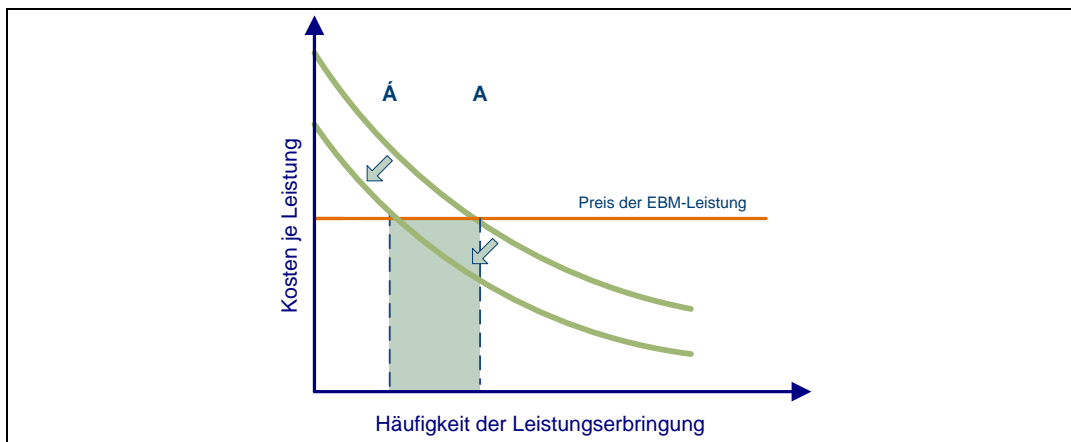


Quelle: IGES

Dies ist insbesondere bis zu dem Punkt C möglich, an dem für die wachsende Leistungsmenge z. B. ein neuer Mitarbeiter eingestellt, weitere Räume angemietet oder zusätzliche Geräte angeschafft werden müssen. Insofern entsteht eine sprunghafte Aufwandskurve, d. h. die Kosten je Leistung nehmen kontinuierlich ab, bis zu dem Punkt, da sie aufgrund der Neuanstellung sprunghaft ansteigen.

Gleichzeitig besteht aus Sicht eines Arztes, der sich auch einkommensmaximierend verhält, auch der Anreiz, die eigenen Praxiskosten zu senken. Dies ist insbesondere der Fall, da aufgrund der konstanten Preise - denn diese werden durch den EBM fixiert - Kosteneinsparungen bei gleicher Leistungsmenge direkt den Reinertrag der Praxis erhöhen. Oder anders: Senkt der Arzt seine Praxiskosten (Verschiebung der Durchschnittskostenkurve nach links), so tritt Punkt A (Gewinnschwelle oder Break-even-Point) bereits bei einer geringeren Leistungsmenge ein (A') (vgl. Abbildung 13). Hierdurch besteht folglich auch ein hoher Anreiz, den relativ kostenintensiven Faktor "Arzt" z. B. durch medizinische Fachangestellte (Arzthelfer) zu substituieren.

Abbildung 13: Anreiz zur Kostensenkung



Quelle: IGES

Somit besteht für einen auch wirtschaftlich agierenden Praxisinhaber neben dem Anreiz zur Mengenausweitung auch ein Anreiz zu einer wirtschaftlichen Leistungserbringung. Die auf Seiten der Praxen möglicherweise erschlossenen Wirtschaftlichkeitsreserven³⁷ werden jedoch nicht an die Verbraucher (die Versicherten bzw. die Krankenkassen) weitergegeben, da der EBM derzeit u. a. keiner regelmäßigen Neukalkulation unterliegt.

Weder die im Kalkulationsmodell hinterlegten Kostendaten, noch die Arbeitszeit des Arztes und die "Arztanteile" bei der Leistungserbringung werden regelmäßig aktualisiert. Produktivitätsveränderungen aufgrund verbesserter Praxisabläufe werden somit nicht berücksichtigt.

Aber auch Produktivitätsveränderungen aufgrund des technischen Fortschritts, die zur Substitution des ärztlichen Leistungsanteils durch den technischen Leistungsanteil führen können, werden somit nicht berücksichtigt.

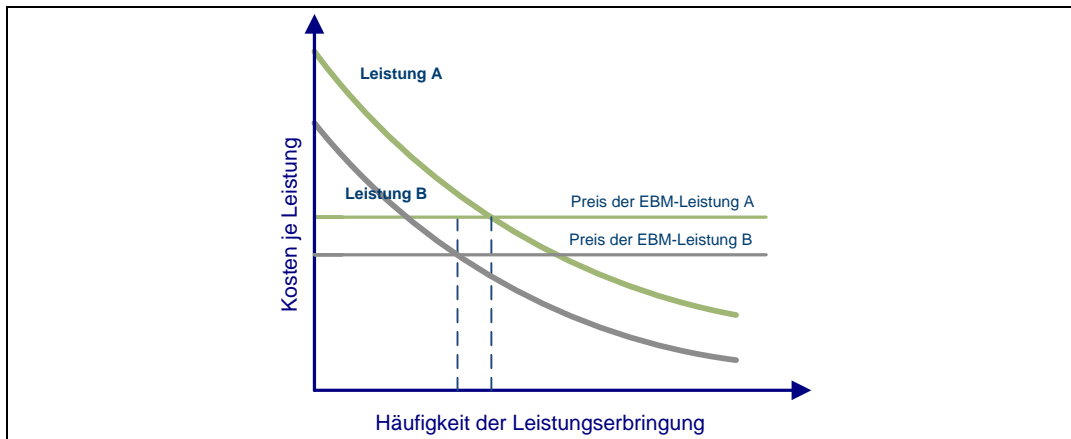
Darüber hinaus besteht aus Sicht der Ärzte der ökonomische Anreiz zur Leistungsspezialisierung bei den Leistungen, bei denen die Praxis eine im Vergleich zu den Preisen des EBM günstigere Kostenfunktion aufweist.³⁸

³⁷ Beispielhaft seien hier die rasante Entwicklung der EDV-Technik im Rahmen der (teil)automatischen Befunderstellung, die Messwertübertragung (z. B. bei Ultraschalluntersuchungen) in die Arztdokumentation und in den Arztbrief, die automatische Arztbriefgenerierung, die Verbesserung der Geräte (die zu kürzeren Untersuchungszeiten führen können) und die Verbesserungen im Praxismanagement genannt.

³⁸ Hier ist insbesondere zu berücksichtigen, ob ein Unterschied zwischen den Arztgruppen bzw. den einzelnen Praxen mit einem hohen technischen Leistungsanteil und den Praxen mit einem hohen ärztlichen Leistungsanteil besteht und ob ein sys-

Für eine Praxis mit den beiden in Abbildung 14 dargestellten Kostenfunktionen je Leistung wäre somit die Leistung B vor der Leistung A zu präferieren.

Abbildung 14: Anreiz zur Spezialisierung



Quelle: IGES

3.5 Zwischenfazit

Nach den aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen sind die Leistungsbewertungen des EBM "auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben (...) auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln" (§87 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Zudem soll der EBM in bestimmten Zeitabständen daraufhin überprüft werden, "ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen" (§87 Absatz 2 Satz 2 SGB V).

Die Kalkulationssystematik des EBM entspricht dem Grunde nach einer Kostenarten-, Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung im Sinn der betrieblichen Vollkostenrechnung und dient der relativen Bewertungsfindung der EBM-Leistungen (vgl. a. tns Healthcare und BASYS 2006, S. 14).

Anstelle einer Umlage aller real angefallenen betrieblichen Kosten auf eine reale Stückzahl erbrachter Leistungen ist die EBM-Kalkulation dadurch gekennzeichnet, dass

- a) das Niveau der Kosten zu großen Teilen durch normative Größen begründet ist,

tematischer ökonomischer Anreiz hin zur Leistungserbringung von Leistungen mit einem hohen technischen Leistungsanteil besteht.

- b) die Zeit, die zur Erbringung einer Leistung benötigt wird (sowohl für den ärztlichen Leistungsanteil als auch für den technischen Leistungsanteil), nicht wie die Kosten empirisch ermittelt wurde, sondern eine Schätzung darstellt,
- c) die Struktur der Leistungserbringung bzw. die daraus abgeleiteten Faktoreinsätze (d. h. Auslastungen der Kostenstellen) normativ festgelegt sind sowie
- d) keine regelmäßige Neu-Kalkulation implementiert ist.

Fehlerhafte Schätzungen des Kosteninputs bzw. des kalkulatorischen Arztlohns, der Kalkulationszeiten, der Leistungsstruktur³⁹ oder des Arztanteils von Leistungen führen direkt oder indirekt zu Veränderungen des Kalkulationsoutputs. Für eine Beurteilung, inwieweit die Bewertungen des EBM unter Anwendung des Kalkulationspunktwerts den tatsächlichen durchschnittlichen Aufwänden der Leistungen entsprechen, sind somit eine Reihe von empirischen Prüfungen notwendig. Hierbei wären insbesondere

- a) der Kosteninput
- b) die Kalkulationszeiten je Leistung und damit indirekt die kalkulatorische Leistungsmenge aber auch
- c) die Struktur der Leistungserbringung

empirisch zu evaluieren.

³⁹ Wird z. B. eine "Gesprächsleistung" durch eine "gerätelastige" Leistung substituiert, so verändern sich die Auslastungen der entsprechenden Kostenstellen. Dies wiederum führt zu einer verzerrten Bewertung der Leistungen. Damit wird deutlich, dass für die Kalkulation indirekt über die Auslastung der Kostenstelle auch Annahmen über die Struktur der Leistungserbringung zu Grunde gelegt werden. Hierbei spielt auch der Arztanteil je Kostenstelle eine Rolle, denn dieser wird bei der Normierung der Betriebsdauer der Kostenstellen berücksichtigt.

4 Empirische Plausibilisierung des EBM

Die Zielgenauigkeit des EBM-Kalkulationsmodells kann z. T. anhand von empirischen Daten, etwa über die reale Einkommenssituation der Vertragsärzte überprüft werden. Des Weiteren können die in das Kalkulationsmodell einfließenden Variablen (z. B. die Kosten) mit anderen Erhebungen verglichen werden und auch die Veränderungen der Praxisstrukturen und ggf. korrespondierende Veränderungen der Kostenstrukturen können empirisch analysiert werden. Datengrundlage für die Plausibilisierung sind die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zur Kostenstruktur bei Arztpraxen (Statistisches Bundesamt 2000, 2003, 2007) und die hochaggregierten Veröffentlichungen der KBV aus dem Bundesarztregister (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009).

4.1 Reinertrag der Praxisinhaber

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat den kalkulatorischen Arztlohn, der im Rahmen des Kalkulationsmodells für den EBM verwendet wird, für das Jahr 2008 auf 105.571,80 € festgesetzt (Erweiterter Bewertungsausschuss 2007 [unveröffentlichter Beschluss]). Dieser kalkulatorische Arztlohn ist für alle Vertragsärzte, unabhängig von ihrer Facharztbezeichnung, identisch und gilt somit sowohl für den hausärztlichen als auch den fachärztlichen Versorgungsbereich. Alle Leistungen des EBM werden einheitlich basierend auf diesem kalkulatorischen Arztlohn kalkuliert.

Ziel des Kalkulationsmodells ist, dass ein Arzt bei alleiniger Behandlung von GKV-Versicherten mit GKV-Leistungen,⁴⁰ bei effizienter Leistungserstellung, bei voller Auslastung und einer Arbeitszeit von 51 Wochenstunden,⁴¹ unabhängig von seiner Fachgruppe, ein Einkommen von 105.571,80 € jährlich erzielen sollte.

Um das Kalkulationsmodell zu plausibilisieren, kann dieser kalkulatorische Arztlohn mit der realen Einkommenssituation der Vertragsärzte verglichen

⁴⁰ Nicht berücksichtigt werden somit z. B. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL-Leistungen) bei GKV-Versicherten, die Behandlung von PKV-Versicherten oder die Behandlung von Arbeits- und Wegeunfällen (BG-Fälle).

⁴¹ Fortbildungszeiten oder Zeiten für das Praxismanagement sind hierin enthalten.

werden.⁴² Als einzige neutrale Quelle zu den Einnahmen, Aufwendungen und dem Reinertrag der Vertragsärzte liegen die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes vor, die in der Fachserie 2 Reihe 1.6.1 im 4-Jahresrhythmus veröffentlicht werden (Statistisches Bundesamt 2000, 2003, 2007).⁴³

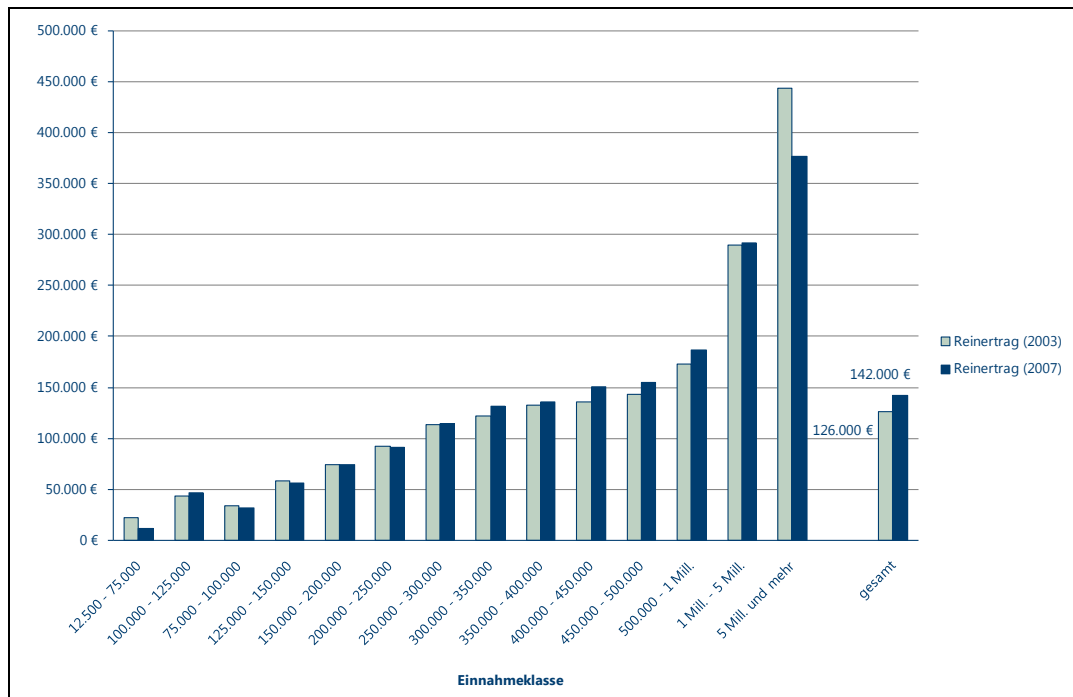
Die Daten des Statistischen Bundesamtes zeigen zunächst, dass der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber im Zeitraum 2003 bis 2007 von 126.000 € auf 142.000 € um 12,7% gestiegen ist (vgl. Abbildung 15).⁴⁴ Abbildung 15 zeigt auch, dass der Reinertrag in hohem Maße von der Praxisgröße – gemessen anhand der erzielten Einnahmen – abhängt.

⁴² Zwischen dem kalkulatorischen Arztlohn und dem Reinertrag besteht ein konzeptioneller Unterschied: der kalkulatorische Arztlohn beinhaltet keine kalkulatorischen Kosten (kalk. Eigenkapitalverzinsung). Dieser Unterschied wird im Folgenden nicht berücksichtigt, da das Statistische Bundesamt kalkulatorische Kosten nicht erfasst.

⁴³ Im Folgenden werden die Begriffe Einnahmen; Aufwendungen und Reinertrag, wie sie das Statistische Bundesamt verwendet, beibehalten.

⁴⁴ In fünf Einnahmeklassen sank der Reinertrag je Praxisinhaber im Zeitraum 2003 bis 2007; diese betraf insbesondere die niedrigen Einnahmeklassen bis 150.000 € und die höchste Einnahmeklasse, die insgesamt niedrige Besetzungshäufigkeiten aufweisen.

Abbildung 15: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Einnahmeklasse der Praxen

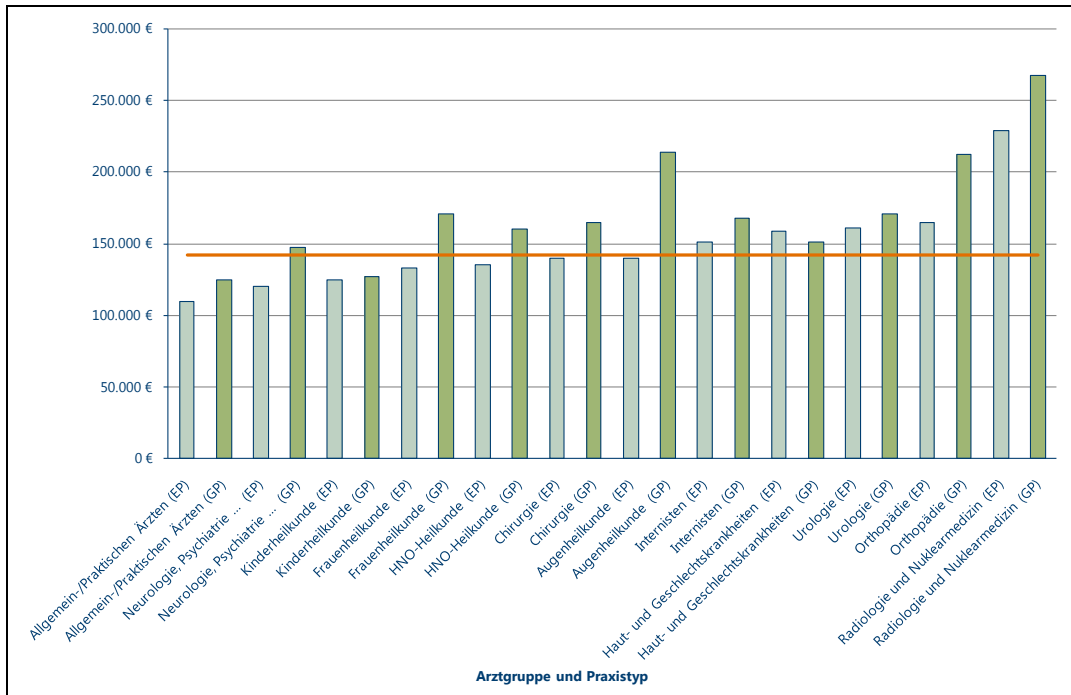


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Die deutliche Heterogenität der ärztlichen Reinerträge wird auch anhand der Abbildung 16 deutlich. Der ärztliche Reinertrag je Praxisinhaber schwankt zwischen 110 und 267 Tsd. Euro relativ deutlich um den Mittelwert in Höhe von 142 Tsd. Euro in Abhängigkeit von Arztgruppe und Praxistyp.⁴⁵ Der Reinertrag der Radiologen und Nuklearmediziner liegt hierbei um durchschnittlich ca. 110% über dem Reinertrag der Hausärzte (Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte). Der Reinertrag variiert somit relativ deutlich in Abhängigkeit von der betrachteten Fachgruppe, obwohl die EBM-Kalkulation einen für alle Arztgruppen identischen kalkulatorischen Arztlohn verwendet. Zugleich zeigt sich ein z.T. deutlicher Unterschied zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen.

⁴⁵ Das Statistische Bundesamt hat für die Betrachtungsebene Arztpraxen, allerdings nicht für Praxisinhaber, neben dem Mittelwert auch den Median des Reinertrags ermittelt. Der Reinertrag je Praxis lag dabei im Jahr 2007 im Mittel bei 164 Tsd. € der Median des Reinertrags je Praxis hingegen ist um 27% niedriger und lag bei 119 Tsd. €. Dies verdeutlicht die heterogene Verteilung des Reinertrags (hier allerdings auf der Ebene der Praxis und nicht des Praxisinhabers) (vgl. Taubmann und Harrer 2010).

Abbildung 16: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Arztgruppe und Praxistyp (2007)

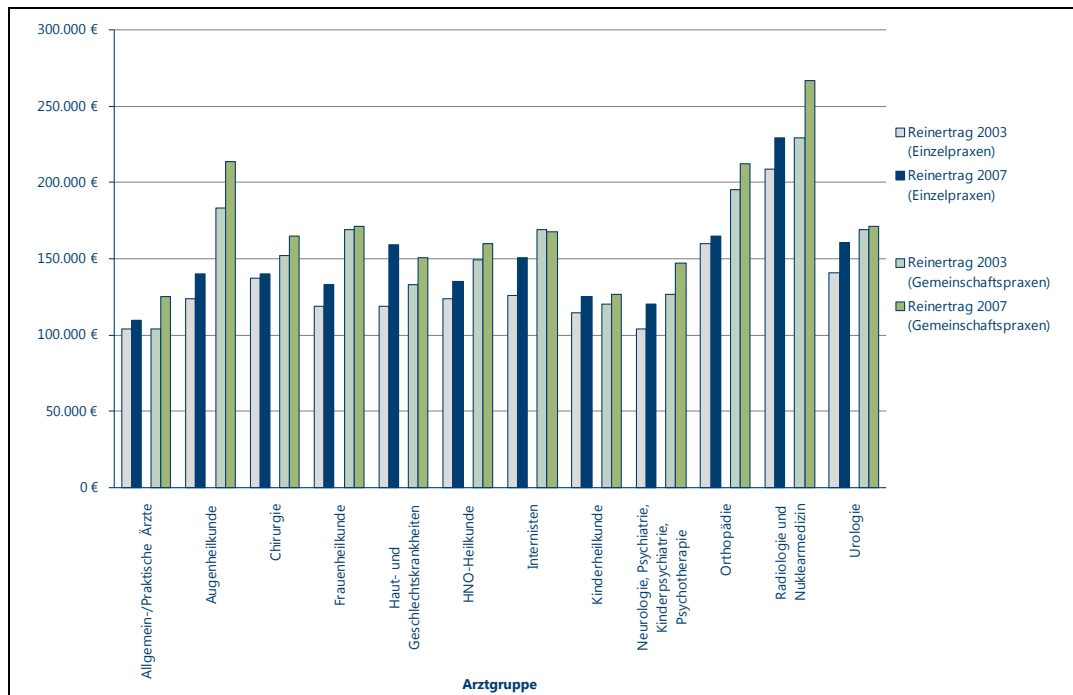


Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt; EP: Einzelpraxis; GP: Gemeinschaftspraxis

Abbildung 17 zeigt ebenso deutlich, dass der Reinertrag je Praxisinhaber aller vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Fachgruppen im Zeitraum 2003 bis 2007 gestiegen ist und in Gemeinschaftspraxen regelmäßig deutlich über dem Reinertrag in Einzelpraxen liegt. Während die über alle Fachgruppen aggregierte Darstellung in Abbildung 15 noch zeigte, dass in einzelnen Einnahmeklassen der Reinertrag im Zeitraum 2003 bis 2007 sank, ist dies bei Betrachtung der ärztlichen Fachgruppen weder für Einzelpraxen noch für Gemeinschaftspraxen nachweisbar.⁴⁶

⁴⁶ Lediglich bei den Internisten liegt der Reinertrag im Jahr 2007 in Gemeinschaftspraxen unter dem Wert des Jahres 2003.

Abbildung 17: Reinertrag je Praxisinhaber von Arztpraxen nach Fachgruppe der Praxen



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Der Reinertrag der Praxisinhaber hat sich somit im Zeitraum 2003 bis 2007 insgesamt und für alle ausgewiesenen Fachgruppen deutlich positiv entwickelt. Der Reinertrag lag im Jahr 2007 mit 142.000 € auch deutlich über dem der EBM-Kalkulation zugrunde gelegten kalkulatorischen Arztlohn in Höhe von 105.571,80 €. Allerdings liegen keine Angaben zu dem Reinertrag aufgrund rein vertragsärztlicher Tätigkeit vor, da in der Regel eine Arztpraxis Leistungen aus vertragsärztlicher und nicht vertragsärztlicher Tätigkeit (u. a. Versorgung von PKV-Versicherten) erbringt. Der Reinertrag berechnet sich aus den gesamten Erträgen (aus vertragsärztlicher und privatärztlicher Tätigkeit sowie sonstiger Tätigkeit) abzüglich der gesamten Aufwendungen.

Um den realen Reinertrag alleinig aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu simulieren und diesen mit dem im Erweiterten Bewertungsausschuss für die EBM-Kalkulation festgelegten kalkulatorischen Arztlohn bei einer vollzeitigen vertragsärztlichen Tätigkeit zu vergleichen, müssen die Erträge aus privatärztlicher und sonstiger Tätigkeit sowie der hierauf entfallende Aufwand bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben. Zusätzlich müssen auch Praxen, die von ihren Praxisinhabern nicht vollzeitig betrieben werden, unberücksichtigt bleiben.

Zur Berechnung des durchschnittlichen Reinertrags allein aus vertragsärztlicher Tätigkeit wurde hier die Annahme getroffen, dass anstelle der Leis-

tungen aus privatärztlicher Tätigkeit vertragsärztliche Leistungen erbracht würden, allerdings zu einem um den Faktor 1/2,3 verminderten Honorar. Der Aufwand wurde jedoch nicht reduziert, d. h. für die identische Leistung wird angenommen, dass im Bereich der privatärztlichen Tätigkeit das Honorar dem 2,3-fachen Honorar der vertragsärztlichen Tätigkeit bei identischem Aufwand entspricht (vgl. auch Walendzik et al. 2009).⁴⁷

Unter Berücksichtigung aller Praxen zeigt sich eine geringe Differenz zwischen realem Arztlohn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (104.620 €) und dem in der EBM-Kalkulation festgelegten Arztlohn (105.572 €) in Höhe von -952 €(-1%).

Bisher wurden in diese Berechnung auch Praxisinhaber eingeschlossen, die nicht vollzeitig tätig sind. Empirische Daten zur Arbeitszeit liegen nicht vor. Im Folgenden wurden daher die niedrigen Einnahmeklassen im Rahmen von drei möglichen Szenarien aus der Berechnung ausgeschlossen, um abzuschätzen, welcher reale Reinertrag aus reiner vollzeitiger GKV-Tätigkeit resultieren könnte.

Ausgeschlossen aus der Berechnung wurden daher in dem Szenario I Einzelpraxen mit Gesamteinnahmen unter 125.000 € sowie Gemeinschaftspraxen mit Gesamteinnahmen unter 200.000 € Ausgeschlossen wurden insgesamt 4.800 Praxisinhaber (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Geschätzter Reinertrag aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit (2007)

	Anzahl Praxisinhaber	Reinertrag aus rein vertragsärzt- licher Tätigkeit	kalkulatorischer Arztlohn gem. EBM- Kalkulation	Differenz zwi- schen Reiner- trag und kalk. Arztlohn (€)	Differenz zwi- schen Reiner- trag und kalk. Arztlohn (%)
Alle Praxen	96.190	104.620 €	105.572 €	-952 €	-1%
Szenario I	91.388	108.420 €	105.572 €	2.848 €	3%
Szenario II	86.830	111.609 €	105.572 €	6.037 €	6%
Szenario III	74.656	119.493 €	105.572 €	13.921 €	13%

Quelle: IGES

Unter der Annahme, dass die Inhaber dieser Praxen in den ausgeschlossenen Einnahmeklassen ihre Tätigkeit nicht in vollzeitigem Umfang erbringen und somit nur Praxen eingeschlossen werden, die zu einer hohen Wahr-

⁴⁷ Empirische Ergebnisse zu einem Aufwandsvergleich der Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten sind nicht bekannt.

scheinlichkeit vollzeitig tätig sind, ergibt sich ein Reinertrag aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit je Praxisinhaber in Höhe von 108.420 € (entsprechend 2.848 € bzw. 3% über dem kalkulatorischen Arztlohn).

Szenario II schließt zusätzlich Einzelpraxen der Einnahmeklasse 125.000 € bis 150.000 € und Gemeinschaftspraxen der Einnahmeklasse 200.000 € bis 250.000 € aus.⁴⁸ Ausgeschlossen wurden somit weitere 4.558 Praxisinhaber (vgl. Tabelle 4). Hierdurch kann die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, möglichst ausschließlich vollzeitig tätige Praxisinhaber zu berücksichtigen. In diesem Szenario II ergibt sich ein Reinertrag aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit je Praxisinhaber in Höhe von 111.609 € (entsprechend 6.037 € bzw. 6% über dem kalkulatorischen Arztlohn).

Werden zusätzlich Einzelpraxen der Einnahmeklasse 150.000 bis 200.000 € und Gemeinschaftspraxen in der Einnahmeklasse 250.000 € bis 300.000 € nicht berücksichtigt (Szenario III), werden weitere 12 Tsd. Praxisinhaber bei der Analyse nicht berücksichtigt. Hier ergibt sich ein Reinertrag aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit je Praxisinhaber in Höhe von 119.493 € (entsprechend 13.921 € bzw. 13% über dem kalkulatorischen Arztlohn) (Tabelle 4).

Die Analyse zeigt, dass der Reinertrag je Praxisinhaber im Jahr 2007 aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit bei ausschließlicher Berücksichtigung von Praxisinhabern, die ihre Tätigkeit wahrscheinlich vollumfänglich gemäß den Annahmen des EBM betreiben, in der Realität höher ist, als der im Rahmen der EBM-Kalkulation angesetzte Arztlohn, der im Durchschnitt bei vollzeitiger Tätigkeit erzielt werden sollte. Unberücksichtigt bleiben hier die Honorarzuwächse im Zeitraum 2007 bis 2010 im vertragsärztlichen Bereich sowie mögliche Kostenveränderungen bis zum Jahr 2010.

Bezogen auf die Grundlagen der EBM-Kalkulation zeigt sich somit, dass das Ziel bei vollzeitiger rein vertragsärztlicher Tätigkeit einen Reinertrag je Praxisinhaber von ca. 105 Tsd. € zu erwirtschaften, zumindest erreicht, basierend auf einer Hochrechnung anhand der Daten des Statistischen Bundesamtes sogar regelmäßig überschritten wird.⁴⁹

⁴⁸ Hierdurch könnten auch einige Vollzeit tätige Psychotherapeuten ausgeschlossen werden. Deren Kosten sind im Standardbewertungssystem mit knapp 40 Tsd. Euro hinterlegt (Psychiater: 80.000 €). Alle anderen Arztgruppen erreichen mit den hinterlegten Kosten und dem kalkulatorischen Arztlohn reine GKV Einnahmen von über 200.000 Euro.

⁴⁹ Unberücksichtigt bleiben hier zunächst die extremen Schwankungen im Reinertrag bezogen auf die ärztlichen Fachgruppen (trotz eines einheitlichen, für alle Fachgrup-

Trotz eines deutlichen Unterschieds zwischen dem Orientierungswert in Höhe von 3,5048 Cent (reale Vergütung im Jahr 2010) und dem im Rahmen der EBM-Kalkulation verwendeten Punktwert (5,1129 Cent) führt die vertragsärztliche Vergütung somit dennoch zu einem Reinertrag aus vollzeitiger vertragsärztlicher Tätigkeit, der im Jahr 2007 durchschnittlich den Zielwert in Höhe von 105 Tsd. Euro überschritten hat.⁵⁰

Aufgrund der Methodik des EBM-Kalkulationsverfahrens könnten für diese Diskrepanz folgende Gründe verantwortlich sein:

1. Die geschätzten Zeiten für den ärztlichen und / oder den technischen Leistungsanteil entsprechen nicht der Realität (vgl. Abschnitt 4.2).
2. Die Kostendaten im Rahmen des Kalkulationsmodells entsprechen nicht der Realität bzw. die Kostenstruktur entspricht nicht mehr der Kostenstruktur zu deren Erhebungszeitpunkt (vgl. Abschnitt 4.3).
3. Die Struktur der Praxen (Gemeinschaftspraxen) entspricht nicht der Praxisstruktur zum Erhebungszeitpunkt (vgl. Abschnitt 4.4).

pen geltenden, kalkulatorischen Arztlohnes); vgl. hierzu Abbildung 28 und Abbildung 29 im Anhang.

Auch unberücksichtigt bleiben mögliche Arbeitszeiten über der im Rahmen der EBM-Kalkulation angesetzten Jahresarbeitszeit von 140.148 Minuten als auch mögliche Ineffizienzen.

⁵⁰ Aufgrund der heterogenen Kostenstruktur der Arztpraxen und der relevanten Veränderungen der Kostenstruktur sowie der Veränderung der Leistungsstruktur und Leistungsmenge kann lediglich eine Simulation des Reinertrags aus vertragsärztlicher Tätigkeit für 2010 vorgenommen werden. Basierend auf einer angenommenen durchschnittlichen Kostensteigerung zwischen 2007 und 2010 von 6,2% (vgl. Institut des Bewertungsausschusses 2010) und einer Zunahme der Vertragsarztzahl um 1,17% (die Veränderung der Arztzahl im Zeitraum 2009 bis 2010 wurde anhand des Durchschnitts der jährlichen Veränderungen im Zeitraum 2007 bis 2009 geschätzt (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009)) ergeben sich durchschnittliche Kosten (ohne Berücksichtigung der KFZ-Kosten und der Aufwendungen für Honorare für Assistenz und Praxisvertretungen) je Vertragsarzt in Höhe von 155.500 € für das Jahr 2010. Hierbei wurden die zusätzlichen Kosten durch neu an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit den Durchschnittskosten berücksichtigt. Dem standen GKV-Honorarveränderungen in Höhe von zumindest 14,14% im gleichen Zeitraum gegenüber; 2007 bis 2009: 11,9% für MGV & EGV (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010b) sowie 2% von 2009 auf 2010 für die MGV (EGV nicht bekannt) (Erweiterter Bewertungsausschuss 2009a). Unter der Annahme, dass die Einnahmen aus Privatpraxis und die sonstigen Einnahmen insgesamt unverändert blieben (sich also aufgrund der Arztzahlzunahme in diesem Zeitraum leicht auf 84.250 € je Arzt reduziert haben [-1,6%]), ergibt sich ein geschätzter Überschuss aus alleiniger GKV-Tätigkeit in Höhe von etwa 121.700 € für das Jahr 2010. Nicht berücksichtigt wurden hierbei Veränderungen der Aufwendungen in direktem Zusammenhang mit Veränderungen der Leistungsstruktur, z. B. durch höhere Sachkosten.

4. Andere systematische Fehlschätzungen im Kalkulationsmodell (z. B. die Produktivität des Arztes entspricht nicht 87,5%).

4.2 Geschätzte Leistungszeiten im Rahmen der EBM-Kalkulation

Die im Rahmen des EBM-Kalkulationsmodells verwendeten Zeitangaben, die für den ärztlichen Leistungsanteil zur Leistungserstellung benötigt werden, basieren nicht auf empirischen Erhebungen sondern sind unter Berücksichtigung von Schätzungen letztlich normativ festgelegt. Ist der ärztliche Zeitbedarf für die Leistungserstellung in der Realität kürzer, kann ein Arzt mehr Leistungen in seiner Arbeitszeit erbringen und erzielt zusätzlich je Leistung ein Honorar je Minute, das über dem Sollwert in Höhe von 86,09 Cent liegt.

Diese sehr mächtige Stellschraube im Rahmen der EBM-Kalkulation soll an folgendem Beispiel erläutert werden: Für die EBM-Leistung Elektrokardiographische Untersuchung (EKG) sind für den ärztlichen Leistungsanteil 3 min. normativ festgelegt. Angenommen, diese Zeit sei mangels empirischer Zeitstudien fehlerhaft festgelegt worden.⁵¹ Die ärztliche Arbeitszeit betrage daher in der Realität nur 2,8 Min. Der Praxisinhaber dieser (fiktiven) Praxis führe in Vollzeitbeschäftigung (122.629 Jahresarbeitsminuten bei einer Produktivität von 87,5%) als einzige EBM-Leistung EKG-Untersuchungen durch. Durch diese Fehlschätzung der Zeit würde er statt der 40.877 EKGs (Wert, auf dem die Schätzung beruhte) real 43.796 EKGs jährlich erbringen können. Bei gleicher Arbeitszeit erzielte er somit einen Erlös alleinig aus dem ärztlichen Leistungsanteil (Arztlohn) in Höhe von 113.113 € anstelle des Soll-Erlöses in Höhe von 105.572 €

Hinzu kommt, dass diese höhere Leistungsmenge auch zu einer Erlössteigerung für den rein technischen Leistungsanteil führt. Unter der Annahme, dass die Kosten bei einer solchen Mengenveränderung konstant bleiben, würde der Praxisinhaber einen Erlös aus dem technischen Leistungsanteil in Höhe von 232.558 € statt den im Rahmen der Kalkulation angesetzten 217.054 € (die etwa seinem Aufwand entsprechen sollten) erzielen.

Insgesamt würde sich somit ein Reinertrag in Höhe von 128.616 € statt der angestrebten 105.572 € ergeben.

⁵¹ Der technische Fortschritt hat inzwischen, z. B. aufgrund der teilautomatischen EKG-Befundung (EKG-Gerät mit Interpretation), möglicherweise einen von ursprünglichen Fehlschätzungen unabhängigen, eigenständigen Beitrag zu einem Anpassungsbedarf der Zeiten geleistet.

Das Beispiel zeigt, dass schon sehr geringe Abweichungen der letztlich normativ festgesetzten Zeitangaben allein für den ärztlichen Leistungsanteil dazu führen können, dass die erzielten Erlöse nicht den Kalkulationsvorgaben entsprechen.

Wären zusätzlich auch die Zeitangaben für den technischen Leistungsanteil fehlerhaft festgelegt,⁵² so ist davon auszugehen, dass sich die reale Verringerung der technischen Leistungszeit, jedenfalls zum Teil, auch in einer realen Reduzierung der Kosten widerspiegeln würde.⁵³ Unter der Annahme, dass ein Drittel der Reduktion des technischen Leistungsanteils auch zu entsprechenden Kostenreduktionen führen würde, ergäbe sich bereits ein Reinertrag in Höhe von 134.934.

⁵² Eine effizientere Praxisorganisation oder andere Praxisorganisationsformen (z. B. Gemeinschaftspraxen) können hierzu einen Beitrag leisten. In diesem Beispiel ist jedoch die alleinige Fehlschätzung, z. B. aufgrund mangelnder Datengrundlagen, gemeint.

⁵³ Z. B. durch eine Reduzierung der Fläche der Praxis oder durch eine Reduzierung der Mitarbeiterzahl.

Tabelle 5: Simulation AL/TL-Veränderung

	Zeitbedarf (min)		Anzahl Leistungen		Betrag	
	Kalkulation	Annahme	Kalkulation	Annahme	Kalkulation	Annahme
Ärztlicher Leistungsanteil	3,0	2,8	40.877	43.796	105.572 €	113.113 €
Technischer Leistungsanteil	9,0	8,8	40.877	43.796	217.054 €	232.558 €
Aufwand					217.054 €	217.054 €
Reinertrag					105.572 €	128.616 €
Technischer Leistungsanteil	9,0	8,2	40.877	43.796	217.054 €	232.558 €
Aufwand					217.054 €	210.737 €
Reinertrag					105.572 €	134.934 €

Quelle: IGES

Diese fiktive Berechnung einer Praxis mit nur einer EBM-Leistung zeigt die herausragende Bedeutung der im Rahmen der EBM-Kalkulation verwendeten Zeiten für den ärztlichen und den technischen Leistungsanteil. Sind die letztlich normativ festgelegten Zeiten im Rahmen der EBM-Kalkulation höher als die in der Realität benötigten Zeiten, so sind entsprechend die Minutensätze (in Euro) zu hoch angesetzt, da der kalkulatorische Arztlohn bzw. die in der Praxis entstandenen Kosten durch eine bei Vollzeitbeschäftigung zu geringe gesamte Leistungszeit dividiert worden wären.

Das Institut des Bewertungsausschusses hat hierzu basierend auf realen Abrechnungsdaten Auswertungen durchgeführt (Institut des Bewertungsausschusses 2010). Hierzu wurde zunächst die Arbeitszeit für Praxen geschätzt; die zentralen Annahmen dabei waren, dass eine von einem männlichen Praxisinhaber betriebene Praxis mit einer dem Median bzw. dem 80%-Perzentil der jeweiligen Arztgruppe entsprechenden Fallzahl eine Vollzeitbeschäftigung aufweist und die Behandlungszeit je Fall in der jeweiligen Fachgruppe diesem Durchschnitt entspricht.⁵⁴ Für alle Pra-

⁵⁴ Diese Operationalisierung musste vorgenommen werden, da keine empirischen Angaben zu den realen Arbeitszeiten der Vertragsärzte vorliegen. Bei Verwendung der 80% Perzentile ist die Fallzahl von 20% der Praxen noch immer über dem gewählten Wert, d. h. 20% der Praxishaber sind in der Lage mehr Fälle zu behandeln. Bei Verwendung des Medians werden zwar Praxen, die nicht von vollzeitig tätigen Ärzten betrieben werden, in der Regel ausgeschlossen, von den in der Regel vollzeitig tätigen Praxisinhabern wird allerdings, durch die Verwendung des Medians, dann nur eine unterdurchschnittliche Effizienz (hinsichtlich der Fallzahl, mögliche Morbidi-

zen wurde dann systematisch anhand dieser Minuten je Fall, unter Berücksichtigung der praxisindividuellen Fallzahl, ein Zeitbudget berechnet. Hier von wurden für die alleinig vertragsärztliche Tätigkeit pauschal für alle Arztgruppen 87% angesetzt.⁵⁵ Die deutlich unterschiedlichen Leistungsmengen für PKV-Versicherte in Abhängigkeit von der jeweiligen Arztgruppe wurden nicht berücksichtigt.⁵⁶ Nicht berücksichtigt wurde des Weiteren der Zeitbedarf für IGEL-Leistungen für GKV-Versicherte, der die maximal für die vertragsärztliche Tätigkeit zur Verfügung stehende Zeit weiter reduzieren würde (vgl. auch S. 36).

Basierend auf diesem, für einzelne Praxen simulierten Zeitbudget je Praxis, wurden die Zeitbedarfe für den ärztlichen Leistungsanteil einzelner EBM-Leistungen anhand einer multiplen linearen Regression geschätzt.⁵⁷

Im Ergebnis zeigte sich, dass die geschätzten Zeitbedarfe für die Leistungen des EBM deutlich geringer ausfielen als die im Rahmen der EBM-Kalkulation angesetzten Zeiten bzw. als die Prüfzeiten des EBM (bei Anwendung des Medians der Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe zur Ermitt-

tätsunterschiede werden hier nicht berücksichtigt) erwartet; d. h. eine unterdurchschnittlich effiziente Praxis wird zum Standard für die weiteren Berechnungen verwendet.

⁵⁵ Hierbei wurde ausschließlich der Anteil von GKV-Versicherten an allen Einwohnern in Deutschland (87%) als Maß für den Zeitanteil, der einer individuellen Praxis für GKV-Versicherte zur Verfügung steht, berücksichtigt.

⁵⁶ Der Anteil an Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit an allen Einnahmen lag im Mittel über alle Arztgruppen im Jahr 2007 bei 25,9%, schwankte allerdings deutlich zwischen 13,2% (Allgemeinmediziner in Gemeinschaftspraxen) und 47,6% (Hautärzte in Einzelpraxis).

⁵⁷ Die abhängige Variable stellte hierbei das praxisindividuelle Zeitbudget für die GKV-Tätigkeit dar. Die unabhängige Variable sind die in der jeweiligen Praxis erbrachten Leistungen und deren Anzahl. Hiermit können die Zeitbedarfe, die für einzelne Leistungen in der Realität benötigt werden, geschätzt werden.

lung des Zeitbedarfs je Fall).⁵⁸ ⁵⁹ Im ungewichteten Mittel bestand eine Abweichung von -22%.⁶⁰

Eine solche Methodik zur Überprüfung der im Rahmen der EBM-Kalkulation festgesetzten Zeiten zur Leistungserstellung, sowohl für den ärztlichen Leistungsanteil als auch für den technischen Leistungsanteil, ist mit einer hohen Unsicherheit für den einzelnen Schätzwert und für viele Stellgrößen behaftet, sodass eine solche Methodik zwar zur Überprüfung, nicht jedoch zur Bestimmung der realer Zeitbedarfe zur Leistungserstellung verwendet werden sollte.

Unabhängig von den methodischen Problemen aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit,⁶¹ der Nichtberücksichtigung des Abzugs von Arbeitszeiten für IGEL-Leistungen und anderer nicht GKV-Tätigkeiten (z. B. Behandlung bei Berufsunfällen [BG-Fälle]), der Verwendung des Medians bzw. der 80% Perzentile der Fallzahl als Kriterium für einen in Vollzeit tätigen Arzt und den methodischen Problemen der Zeitbedarfsschätzung anhand der Regression, zeigt die Untersuchung dennoch eindrucksvoll, dass die im Rahmen der EBM-Kalkulation verwendeten Zeitangaben für den ärztlichen Leistungsanteil deutlich zu hoch angesetzt sind.

4.3 Kostendaten der EBM-Kalkulation

Für die ärztlichen Fachgebiete, für die das Statistische Bundesamt differenzierte Aufwands- bzw. Kostendaten ausweist, wurde ein gewichteter Mit-

⁵⁸ Sofern keine Kalkulationszeiten für Leistungen im STABS hinterlegt waren, wurden die Prüfzeiten gem. Anhang 3 des EBM verwendet, die in der Regel deutlich niedriger festgesetzt wurden (im Durchschnitt ca. -11%) als die Kalkulationszeiten. Bei alleiniger Berücksichtigung von Leistungen mit im STABS hinterlegten Kalkulationszeiten würde diese Differenz somit wahrscheinlich noch deutlicher ausfallen. Dies gilt ebenso bei Anwendung eines anderen Maßes (z. B. des 0,8-Quantils) zur Bestimmung des Zeitbedarfs je Fall bei vollzeitig tätigen Ärzten (s. o.).

⁵⁹ Lediglich 5 der 49 berechneten Leistungen wiesen eine positive Abweichung zwischen dem geschätzten Zeitbedarf und dem für die EBM-Kalkulation verwendeten Zeitbedarf auf.

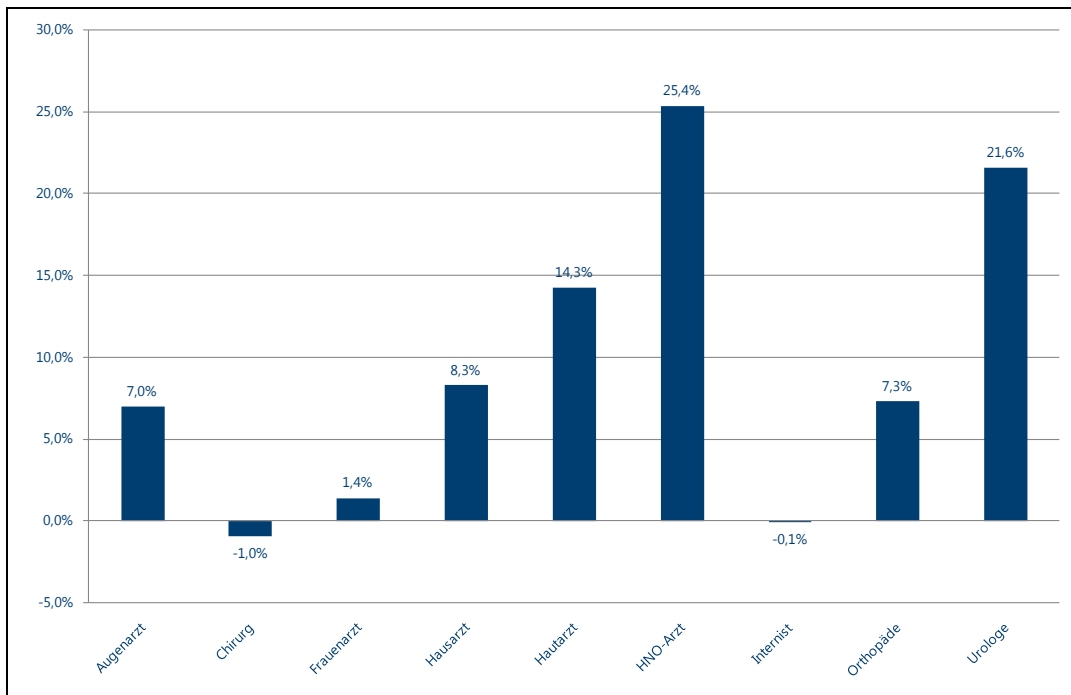
⁶⁰ Die geschätzte mengen- und zeitgewichtete Differenz der Gesamtzeit aller berechneten Leistungen, denen eine Kalkulationszeit im Anhang 3 des EBM hinterlegt war, beträgt geschätzt über 30%.

⁶¹ Auf Praxisebene liegen keine Daten über das PKV-Leistungsgeschehen oder über das IGEL-Leistungsgeschehen vor. Angaben zur Arbeitszeit der Vertragsärzte werden nicht erhoben.

telwert aus den Einzelpraxen und den Gemeinschaftspraxen je Praxisinhaber gebildet.

Die so ermittelten Durchschnittskosten wurden mit den in der EBM-Kalkulation hinterlegten Kostendaten zunächst in der Summe verglichen. Für die ausgewählten Fachgebiete zeigt sich regelmäßig, dass die Kosten, die für die EBM-Kalkulation verwendet werden, die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Kosten übersteigen. Bei zwei Fachgruppen zeigt sich auch ein geringer umgekehrter Effekt; die im Rahmen der EBM-Kalkulation hinterlegten Kosten sind hier geringfügig niedriger als die Kosten die das Statistische Bundesamt ausweist (Abbildung 18).⁶²

Abbildung 18: Differenz zwischen den Kosten gemäß der EBM-Kalkulation (2008) und der Angaben gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes (2007) nach Arztgruppen

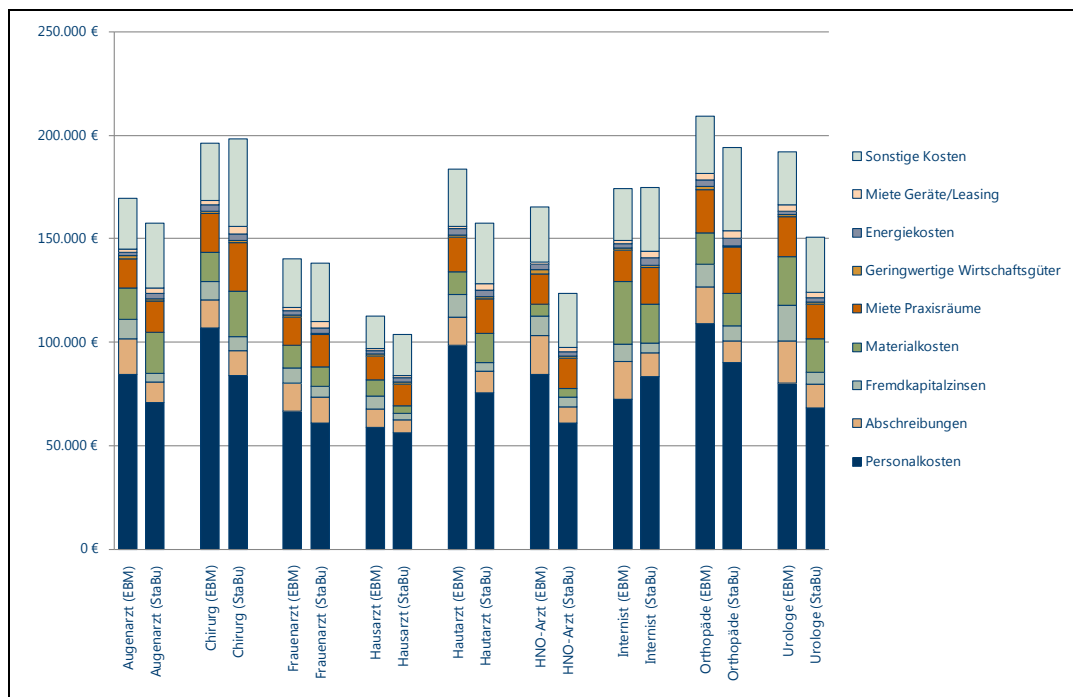


Quelle: IGES

⁶² Unterschiede zu den durch das Institut des Bewertungsausschusses ermittelten Differenzen (vgl. Institut des Bewertungsausschusses 2010) ergeben sich insbesondere durch die Auswahl der berücksichtigten Praxen (z. B. wurden bei den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses Praxen mit angestellten Ärzten nicht berücksichtigt).

Unter Berücksichtigung der Kostenstruktur⁶³ erklären sich die Differenzen zwischen den für die EBM-Kalkulation hinterlegten Kosten und den Kosten des Statistischen Bundesamtes insbesondere durch die hohen für die EBM-Kalkulation hinterlegten Personalkosten, die nicht den Personalkosten gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes entsprechen. Ebenso werden systematisch Abschreibungen und Fremdkapitalzinsen im Rahmen der EBM-Kalkulation überschätzt. Bei den Kostenarten Miete Praxisräume, Energiekosten, Miete Geräte/Leasing werden die Kosten für die EBM-Kalkulation geringfügig zu niedrig geschätzt, ebenso die sonstigen Kosten (vgl. auch Abbildung 19).

Abbildung 19: Kosten gemäß der EBM-Kalkulation (2008) und nach Angaben gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes nach Kostenarten und Arztgruppen (2007)



Quelle: IGES; (EBM: Kosten gem. der EBM-Kalkulation, StaBu: Kosten gem. der Erhebung des Statistischen Bundesamtes)

Im Ergebnis zeigt sich, dass die im Rahmen der EBM-Kalkulation ermittelten Kosten für die betrachteten Fachgruppen systematische Abweichungen

⁶³ Die im Standardbewertungssystem angesetzten Kostenarten Versicherungskosten und Fortbildungskosten wurden den sonstigen Kosten zugeordnet. Der kalkulatorische Eigenkapitalzins wurde nicht in den Vergleich einbezogen.

zu den Kostenprofilen gemäß den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes aufweisen.

Im Trend werden die Kosten in diesen Fachgruppen im Rahmen der EBM-Kalkulation im Vergleich zu den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zu hoch angesetzt, eine Quantifizierung des gesamten Effektes kann jedoch mangels Datenverfügbarkeit nicht vorgenommen werden.

4.4 Die Struktur der Praxen

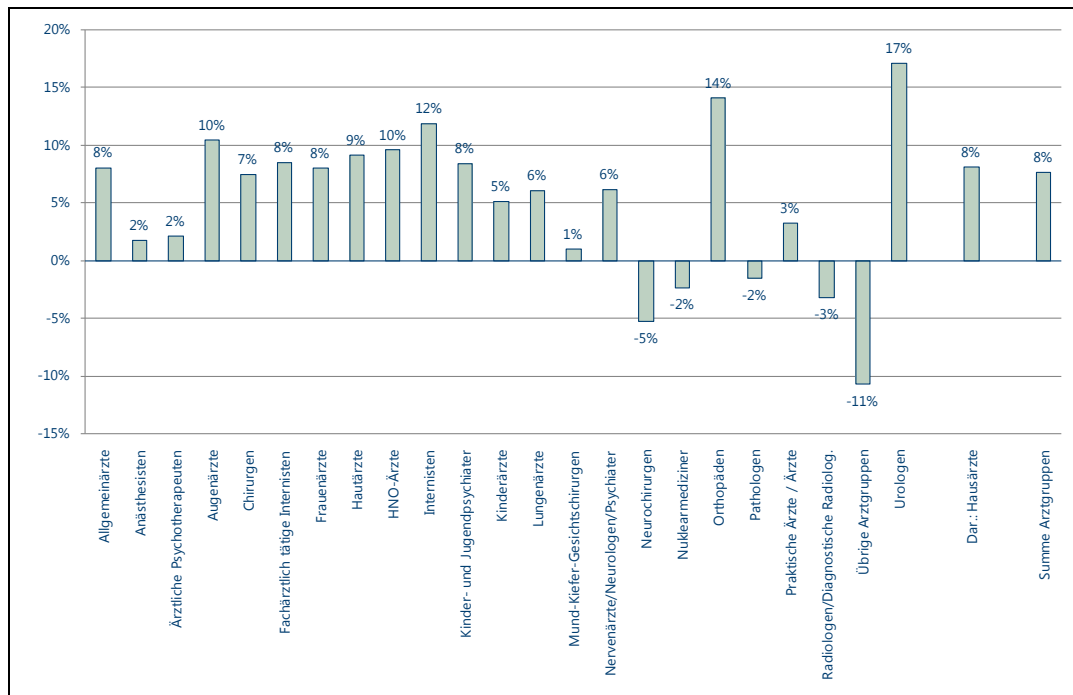
Die Struktur der Vertragsarztpraxen hat sich im Zeitraum 2001 bis 2009 deutlich verändert. Gemäß den Veröffentlichungen aus dem Bundesarztregister (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009) hat sich der Anteil von Vertragsärzten, die in Gemeinschaftspraxen⁶⁴ tätig sind, zwischen 2001 und 2009 von 30% auf 38% deutlich erhöht. Von dieser Entwicklung ist die Mehrzahl der Arztgruppen relativ gleichmäßig betroffen (vgl. Abbildung 20).⁶⁵ Die Veränderungen waren bei Urologen, Orthopäden, Augenärzten und Internisten mit jeweils über 10 Prozentpunkten am deutlichsten und u. a. bei ärztlichen Psychotherapeuten unterdurchschnittlich.

⁶⁴ Gemeinschaftspraxen sind Berufsausübungsgemeinschaften, die regelmäßig als BGB-Gesellschaft betrieben werden. Sie sind ein wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss der beteiligten Vertragsärzte.

Eine Praxisgemeinschaft hingegen ist ein Zusammenschluss von Ärzten zur gemeinsamer Nutzung von Praxisräumen, Geräten oder dem Praxispersonal bei selbstständiger Praxisführung, also ein organisatorischer Zusammenschluss. Die Zahl der Praxisgemeinschaften ist nicht bekannt.

⁶⁵ Ausnahmen gelten z. B. für Laborärzte, die schon einen sehr hohen Anteil an Gemeinschaftspraxen im Ausgangsjahr aufwiesen.

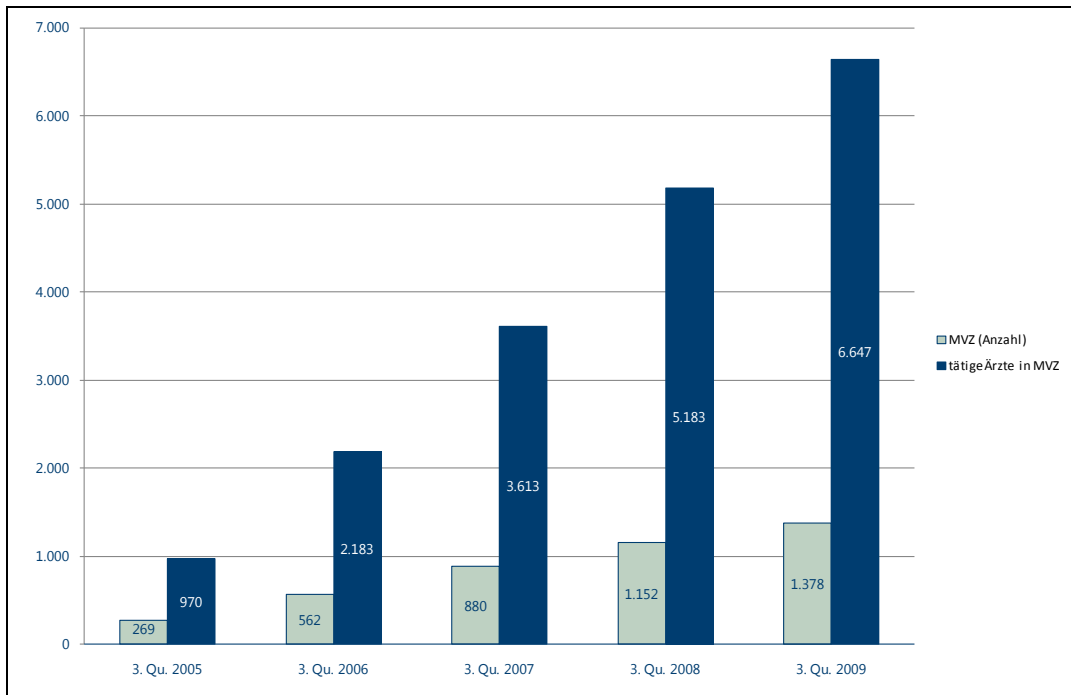
Abbildung 20: Veränderung des Anteils von Ärzten in Gemeinschaftspraxen nach Fachrichtung (2001 - 2009)



Quelle: IGES; (nach: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009); Laborärzte (-41%) wurden aufgrund der Skalierung nicht berücksichtigt

Sehr deutlich hat sich im Zeitraum 2005 bis 2009 auch die Zahl der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) erhöht. Betrug die Zahl der in Medizinischen Versorgungszentren tätigen Ärzte im Jahr 2005 noch 496, so waren im Jahr 2009 bereits 5.316 Ärzte in MVZ tätig (vgl. Abbildung 21). Diese Zunahme verläuft bisher nahezu linear mit einer jährlichen Erhöhung um ca. 1.400 in MVZ tätigen Ärzten. Hierbei kam es zu einer durchschnittlichen Erhöhung der Zahl an Ärzten je MVZ von 3,6 im Jahr 2005 auf 4,8 im Jahr 2009.

Abbildung 21: Anzahl der MVZ und in MVZ tätigen Ärzte (2005 - 2009)



Quelle: IGES (nach Kassenärztliche Bundesvereinigung 2010a)

Aufgrund der Zählweise in den Veröffentlichungen zum Bundesarztregister werden Ärzte in MVZs in der Regel nicht zu den Gemeinschaftspraxen gezählt.⁶⁶ Dies bedeutet, dass zusätzlich zu der deutlichen Entwicklung hin zu der Praxisform Gemeinschaftspraxis möglicherweise noch die sehr starke Zunahme der MVZ bei der EBM-Kostenkalkulation berücksichtigt werden muss. Angaben zur Kostenstruktur von MVZ liegen derzeit gemäß den Angaben des Statistischen Bundesamtes nur statistisch relativ unsicher vor und werden daher nicht weiter analysiert.⁶⁷

In Abschnitt 4 (vgl. Abbildung 17) konnte gezeigt werden, dass der Reinertrag je Praxisinhaber in Gemeinschaftspraxen den Reinertrag je Praxisinhaber

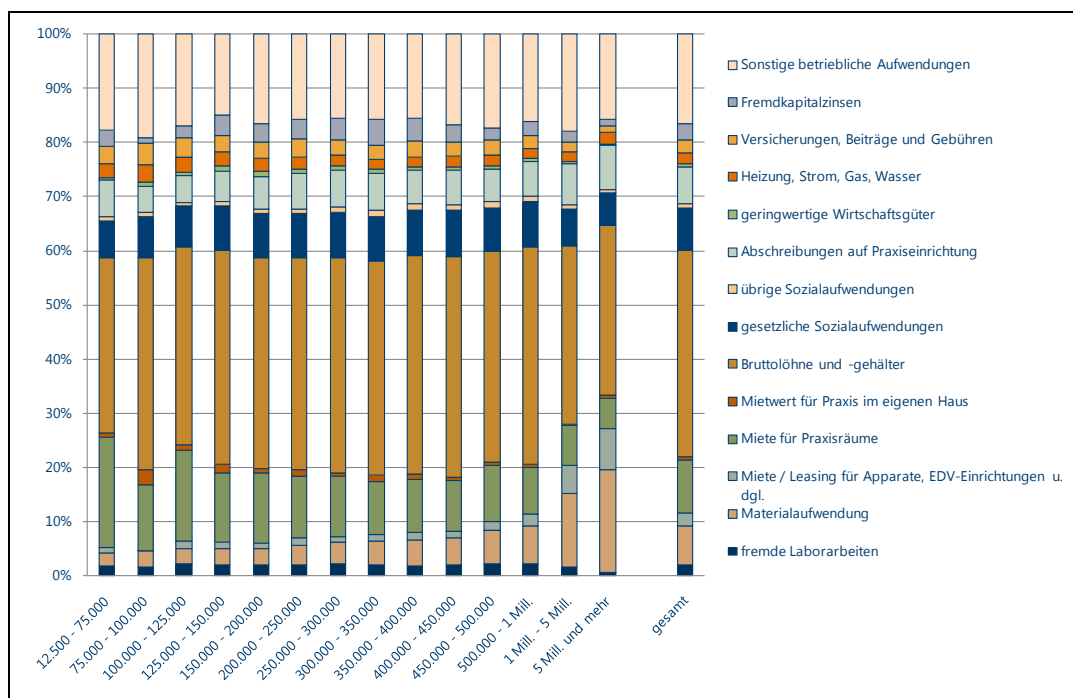
⁶⁶ Die Zahl der MVZ wird bisher in den Veröffentlichungen der KBV aus dem Bundesarztregister nicht gesondert ausgewiesen. In der Regel werden die MVZ (sofern weniger als zwei zugelassene Vertragsärzte in dem MVZ arbeiten) nicht zu den Gemeinschaftspraxen gezählt. Die angestellten Ärzte in MVZs werden generell nicht zu angestellten Ärzten in Gemeinschaftspraxen gezählt. Im Durchschnitt beträgt die Zahl der Vertragsärzte je MVZ 0,97 (Stand 2009). Daher ist davon auszugehen, dass der Großteil der in MVZ beschäftigten Ärzte nicht den Gemeinschaftspraxen zugeordnet wird.

⁶⁷ Die Zahlen deuten jedoch auf einen stark überdurchschnittlichen Reinertrag je Praxisinhaber hin.

ber in Einzelpraxen regelmäßig übertrifft. Zu hinterfragen ist, ob sich auch die Kostenstrukturen in Abhängigkeit von den Praxisstrukturen unterscheiden.

Bei Betrachtung aller Arztgruppen gemeinsam, differenziert nach der Einnahmeklasse je Praxis, zeigt sich eine nahezu kontinuierliche, deutliche Reduzierung der Kostenanteile für die Praxismiete und ebenso für Aufwendungen für Energie und Wasser sowie für Versicherungen, Beiträge und Gebühren mit zunehmender Einnahmehöhe (vgl. Abbildung 22).

Abbildung 22: Kostenstruktur der Praxen nach Kostenarten und Einnahmeklasse (2007)



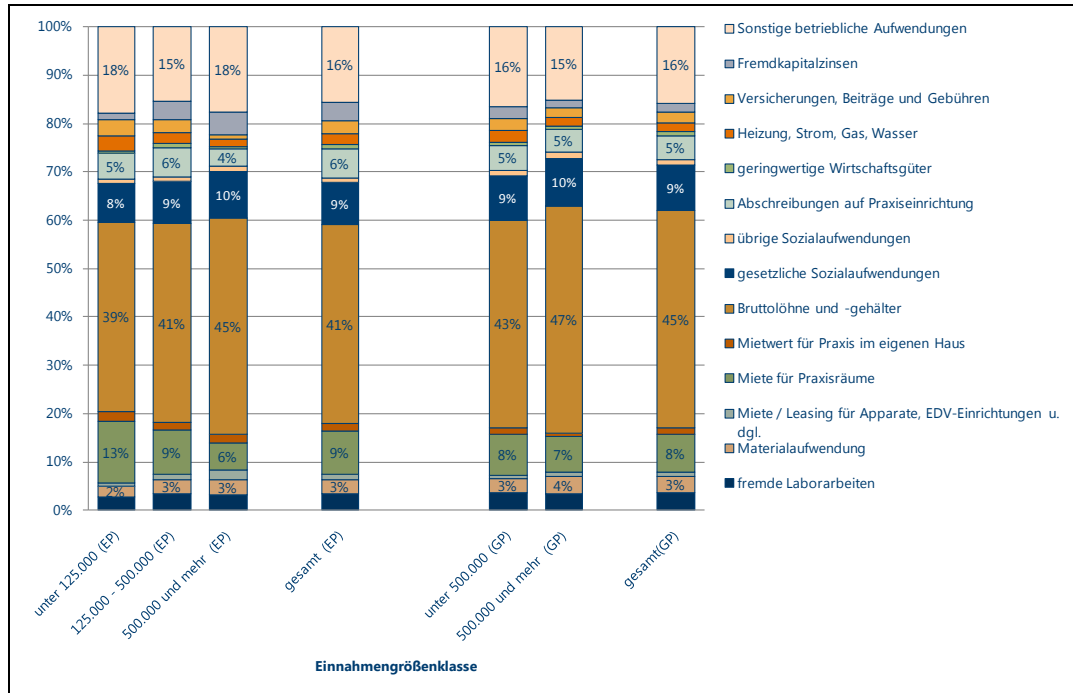
Quelle: IGES; Statisches Bundesamt

Zunehmende Kostenanteile zeigen sich für Materialaufwendungen sowie für Miete / Leasing für Apparate und Geräte. Die Bruttolöhne und Gehälter haben mit durchschnittlich 38% den mit Abstand höchsten Anteil an den Aufwendungen. Mit Ausnahme der geringsten und höchsten Einnahmeklasse ist dieser Wert über die Einnahmeklassen relativ stabil.

Bei Betrachtung einzelner Fachgruppen zeigen sich teilweise ähnliche Entwicklungen. Bei Hausärzten steigt der Personalanteil an den Aufwendungen mit der Einnahmeklasse und bei Gemeinschaftspraxen, die Mietaufwendungen zeigen hingegen den bekannten typischen Verlauf einer Abnahme mit zunehmender Einnahmeklasse auch bei Gemeinschaftspraxen (vgl. Abbildung 23). Bei Frauenärzten zeigt sich ein relativ stabiler Anteil an Personalaufwendungen, auch hier zeigen die Mietaufwendungen hingegen den

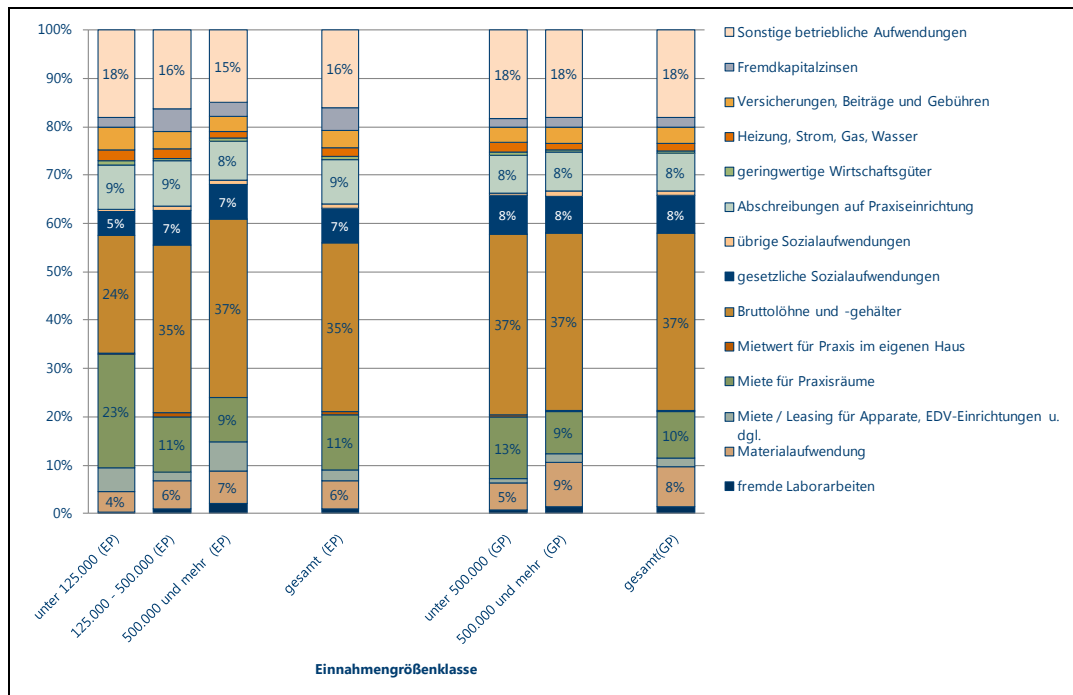
bekanntem typischen Verlauf einer Abnahme mit zunehmender Einnahmeklasse auch bei Gemeinschaftspraxen (vgl. Abbildung 24).

Abbildung 23: Kostenstruktur von Hausärzten nach Kostenarten, Praxisart und Einnahmeklasse (2007)



Quelle: IGES; Statisches Bundesamt

Abbildung 24: Kostenstruktur von Frauenärzten nach Kostenarten, Praxisart und Einnahmeklasse (2007)

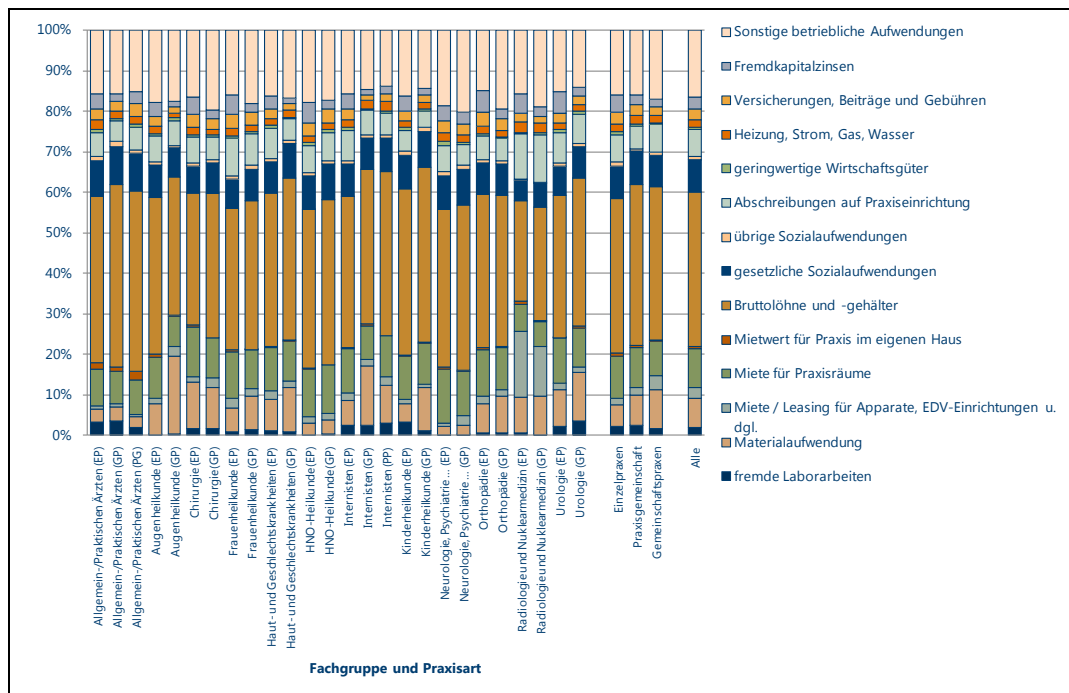


Quelle: IGES; Statisches Bundesamt

Abbildung 25 zeigt, dass sich die Kostenstrukturen auch innerhalb einer Arztgruppe in Abhängigkeit von der Praxisart recht deutlich voneinander unterscheiden. Eine ggf. unterschiedliche Leistungsstruktur von Einzel- und Gemeinschaftspraxen bzw. auch Praxisgemeinschaften kann zu diesem Effekt auch einen Beitrag leisten.⁶⁸ Veränderungen der Praxisstrukturen bedingen somit auch Veränderungen der Kostenstrukturen, die in einer sachgerechten Leistungskalkulation abgebildet werden müssten.

⁶⁸ Eine Trennung der Einzeleffekte ist aufgrund der hohen Datenaggregation nicht möglich.

Abbildung 25: Kostenstruktur nach Arztgruppe und Praxisart (2007)



Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt

Im Vergleich der Jahre 2003 bis 2007 haben sich die Aufwendungen je Praxisinhaber über alle Praxen von 139 Tsd. € auf 145 Tsd. € um 4,5% erhöht. Die deutlichsten absoluten Steigerungen zeigten sich für Löhne und Gehälter und für sonstige betriebliche Aufwendungen (vgl. Abbildung 26; Abbildung 27).

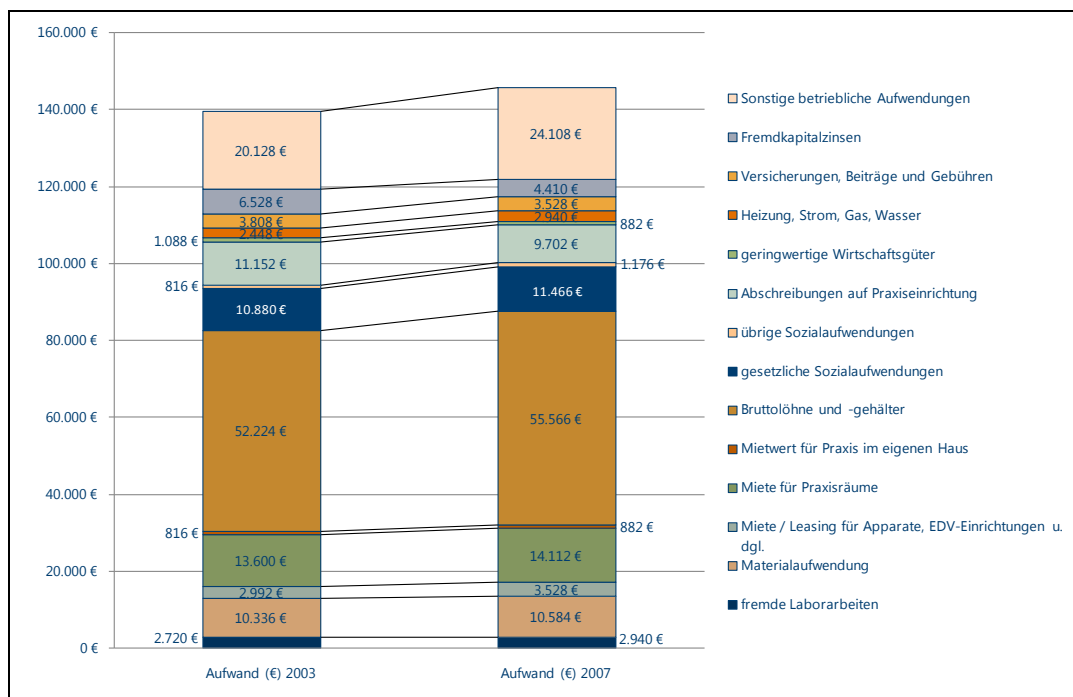
Zu den sonstigen betrieblichen Aufwendungen zählen die KV-Verwaltungskosten, Aufwendungen für Fort- und Weiterbildung (wissenschaftliche Kongresse, Fort- und Weiterbildungskurse, Fachliteratur), betriebliche Steuern sowie weitere Aufwendungen (z. B. Büromaterial, Post- und Telefongebühren, Berufsbekleidung, Gebühren an privatärztliche Verrechnungsstellen, Aufwendungen für Steuerberatung, Buchführung und Rechtsberatung, Reisekosten, Reparaturen, EDV-Kosten, Kostenerstattung an Belegkrankenhäuser). Eine sachgerechte Abgrenzung dieser sonstigen betrieblichen Aufwendungen, für die mit +20% eine überdurchschnittliche Steigerung im Zeitraum 2003 bis 2007 ermittelt werden konnte, ist zur EBM-Kalkulation notwendig: Einzelne Posten werden im EBM über Kostenerstattungen abgegolten und dürfen daher im STABS nicht mehr angesetzt werden. Andere Kosten, wie die Gebühren an privatärztliche Verrechnungsstellen (und ggf. auch Rechtsberatungen) fallen für GKV-Versicherte nicht an. Das bedeutet, dass ein Teil dieser beobachtbaren Kostensteigerung gemäß den Datenerhebungen des Statistischen Bundesamtes evtl. nicht mit

für die EBM-Kalkulation relevanten Kostensteigerungen der Arztpraxen einhergeht.⁶⁹

Die Aufwendungen für Abschreibungen und Fremdkapitalzinsen reduzierten sich hingegen deutlich.

Der Reinertrag erhöhte sich dennoch deutlich von 126 Tsd. € auf 142 Tsd. € aufgrund der stärker verlaufenden Einnahmeentwicklung.

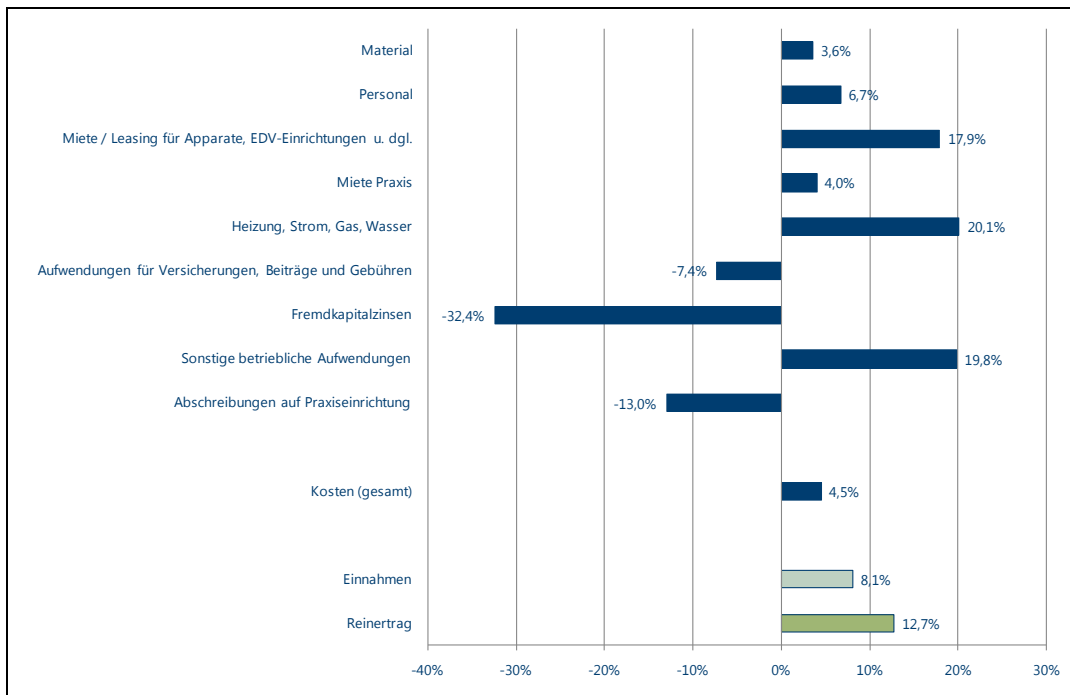
Abbildung 26: Kosten je Praxisinhaber nach Kostenarten 2003 und 2007; alle Praxen



Quelle: IGES; Statisches Bundesamt

⁶⁹ Aufgrund der Datenaggregation können die Kostensteigerungen für die betroffenen Kostenuntergruppen jedoch nicht ermittelt werden.

Abbildung 27: Kostenveränderung je Praxisinhaber nach Kostenarten 2003 und 2007; alle Praxen Einnahmen und Reinertrag



Quelle: IGES; Statisches Bundesamt

Die reale Kostenveränderung zwischen 2003 und 2007 entspricht mit 4,5% insgesamt nahezu exakt der anhand der entsprechenden Preisindizes (vgl. Institut des Bewertungsausschusses 2010) in den Jahren 2003 bis 2007 ermittelten Veränderung, sie weicht in den einzelnen Kostenarten hingegen deutlich von den entsprechenden Indizes ab.⁷⁰

Dies bedeutet, dass – trotz eines Anstiegs des Leistungsvolumens je Arzt um 10% (vgl. Abschnitt 2.3) in diesem Zeitraum – die Kostenentwicklung lediglich im Rahmen der Preisentwicklung bei den einzelnen Kostenarten erfolgte, also der Gesamtkostenentwicklung folgte. Ursächlich hierfür könnten ebenso reine Punktmengeneffekte der Umstellung auf den EBM2000plus sein, wie eine effizientere Leistungserstellung (bei gleichen Kosten könnte somit eine höhere Leistungsmenge erbracht werden). Dies würde allerdings bedeuten, dass die Kalkulationsgrundlage des EBM nicht mehr der Realität entsprechen würde. Punktmengeneffekte bei Umstellung von einer EBM-Version auf eine andere müssten bei der Leistungskalkulation ebenso berücksichtigt werden. Sofern die Selbstverwaltungspartner den

⁷⁰ Ursächlich hierfür sind u.a. Veränderungen der Kostenstruktur der Arztpraxen und Unterschiede hinsichtlich der Index-Ermittlung, die nicht auf Arztpraxen zugeschnitten ist.

Preis einer Leistung (z. B. bei Vorsorgeleistungen) anheben möchten, sollte dies nicht über veränderte Punktmengen geschehen, sondern über angepasste Preise (Orientierungswert), da dann die eigentliche Leistungskalkulation nicht betroffen wäre und lediglich ein Zuschlag (oder ein Abschlag) vereinbart werden würde.

Es bleibt festzuhalten, dass sich die Kostenstruktur auch im Verlauf des relativ kurzen Zeitraums 2003 bis 2007 veränderte und dass der Personalaufwand einen stärkeren Anteil an dem Gesamtaufwand der Arztpraxen bildet. In diesem Zusammenhang sind auch die im Zeitraum 2003 bis 2007 abnehmenden Abschreibungen und der parallel zunehmende Aufwand für Leasing (die zunehmende Nutzung von Leasing-Möglichkeiten erklärt möglicherweise auch den Rückgang bei Fremdkapitalzinsen) zu nennen. Diese Veränderungen in der Kostenstruktur müssten sich auch in der Kalkulation der EBM-Leistungen abbilden.

Die im STABS hinterlegte Kostenstruktur stimmt somit nicht mit der Realität überein. Die Leistungserbringung findet heute basierend auf einer anderen Kostenstruktur statt. Sofern diese Veränderungen ausschließlich durch Veränderungen der Leistungsstruktur bedingt wären, müssten zwar diese Veränderungen hinsichtlich ihrer Ursachen (z. B. Morbiditätsveränderungen, veränderte Anreize der Leistungserbringung) untersucht werden, für die EBM-Kalkulation bestände hingegen ggf. kein Anpassungsbedarf. Sofern die Veränderungen hingegen mit einer (bei identischer oder zumindest ähnlicher Leistungsstruktur) veränderten Leistungserstellung verbunden sind, muss die EBM-Kalkulation diese Veränderungen abbilden, um eine sachgerechte Leistungskalkulation zu ermöglichen. Eine Datenneuerhebung anhand einer geschichteten⁷¹ Stichprobe, die neben den Fachgruppen auch die Praxisart und die Leistungsstruktur berücksichtigt, könnte in Verbindung mit einem einheitlichen Regelwerk zur exakten Kostenabgrenzung (z. B. anhand eines Kalkulationshandbuchs) die derzeitige reale Kostenstruktur transparent machen und als Basis für die EBM-Kalkulation dienen.

Die Reinerträge der Praxen unterscheiden sich deutlich in Abhängigkeit von der Organisationsform einer Arztpraxis. Auch die Kostenstrukturen zeigen Unterschiede zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen.⁷²

⁷¹ Auch das Statistische Bundesamt führt die Erhebungen als geschichtete Zufallsstichprobe nach Facharztbezeichnung, Beschäftigtenzahl und Region durch (vgl. Taubmann und Harrer 2010).

⁷² Würden die Kosten je Praxisinhaber in Gemeinschaftspraxen als Benchmark verwendet, so würden die Gesamtkosten ca. 3,3% niedriger ausfallen. Hierbei wurden

Die deutlichen Veränderungen in der Struktur der realen Praxisorganisation – mit einer sehr starken Zunahme von Medizinischen Versorgungszentren und einer kontinuierlichen Zunahme an Gemeinschaftspraxen – bedingen deutlicher veränderte Kosten und Kostenstrukturen, als dies derzeit in der EBM-Kalkulation berücksichtigt wird. Die starken, kurzfristig auftretenden Organisationsveränderungen der Arztpraxen sollten im Rahmen der EBM-Kostenkalkulation in kurzfristigen Abständen nachvollzogen werden, um eine sachgerechte Kalkulation der EBM-Leistungen gewährleisten zu können. Ansonsten sind Fehlallokationen, die sich auch in einer Veränderung des Leistungsspektrums darstellen können, zu erwarten.

auch diejenigen Fachgruppen berücksichtigt, bei denen die Kosten je Praxisinhaber in Gemeinschaftspraxen über denjenigen in Einzelpraxen liegen (Augenheilkunde, Frauenheilkunde, Internisten, Neurologie/Psychiatrie/Kinderpsychiatrie/ Psychotherapie, Radiologen & Nuklearmediziner). Aufgrund der hohen Datenaggregation konnte die Berechnung nicht ausschließlich für vollzeitig tätige Ärzte und ähnlicher Leistungsstruktur in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften durchgeführt werden.

5 Fazit

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) wurde die vertragsärztliche Vergütung grundlegend neu gestaltet. Ein wesentlicher Bestandteil der Reform war die Einführung eines bundesweit und kassenartenübergreifend geltenden einheitlichen Punktwerts (d. h. Preises) für ärztliche Leistungen (Orientierungswert). Damit wurde der vormals ausschließlich im Sinne einer relationalen Bewertung der einzelnen Leistungen zu verstehende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) in eine Gebührenordnung mit festen Preisen (Euro-Gebührenordnung) überführt.

Für die Kalkulation der Leistungsbewertungen des EBM wird hingegen ein kalkulatorischer Punktwert verwendet. Dieser kalkulatorische Punktwert wurde erstmals mit Einführung des EBM2000plus im Jahre 2005 als Umrechnungsfaktor angewandt, um die anhand des Kalkulationsmodells ermittelten Kosten für die einzelnen Leistungen des EBM in eine relationale Bewertung zu überführen.

Zwischen dem Orientierungswert, d. h. dem Preis mit dem die vereinbarten ärztlichen Leistungsmengen vergütet werden (3,5048 Cent) und dem Punktwert, mit dem diese Leistungen im Rahmen der Kostenkalkulation von Euro in Punkte umgerechnet werden (kalkulatorischer Punktwert: 5,1129 Cent) besteht eine deutliche Diskrepanz.⁷³

Hergeleitet aus den Funktionen dieser beiden Werte besteht allerdings keine Notwendigkeit, dass diese beiden Werte einen ähnlichen bzw. einen identischen Wert annehmen:

Die Funktion des kalkulatorischen Punktwerts im Rahmen der EBM-Kalkulation ist die Umrechnung der ermittelten Kosten je Leistung in ein relationales Bewertungssystem in Form von Punkten. Eine Kalkulation von realen Preisen für die EBM-Leistungen war zum Zeitpunkt der Kalkulation (2000) nicht beabsichtigt. Daher waren auch Ungenauigkeiten der Kalkulationssystematik, insbesondere durch die vielen eingeflossenen Erfahrungswerte und Verhandlungsgrößen und systematische Fehlschätzungen, z. B.

⁷³ Die Differenz beträgt somit 1,6081 Cent bzw. ausgehend vom kalkulatorischen Punktwert -31%.

der Leistungszeiten, insgesamt nicht sonderlich problematisch.⁷⁴ Zur Ermittlung einer relationalen Bewertung der Leistungen zueinander waren die Niveaus der Bewertungen und damit auch die Höhe des kalkulatorischen Punktwerts nicht entscheidend.

Der Orientierungspunktwert hat hingegen seit 2009 die Funktion, die notwendige medizinische Versorgung, also den Behandlungsbedarf mit Preisen zu hinterlegen. Er entspricht somit dem Betrag, zu dem unter Berücksichtigung honorarbegrenzender Maßnahmen die prospektiv vereinbarte Leistungsmenge vergütet wird.⁷⁵ Sowohl der Behandlungsbedarf als auch der Orientierungswert werden basierend auf gesetzlichen Regelungen jährlich angepasst.

Somit sind kalkulatorischer Punktwert und Orientierungswert zunächst voneinander grundsätzlich unabhängige Größen. Dies wird auch durch die Ermittlung des kalkulatorischen Punktwerts deutlich, der basierend auf der Leistungsmenge vor Anwendung honorarbegrenzender Regelungen, also nicht ausschließlich für die notwendige medizinische Versorgung gemäß § 71 Absatz 1 Satz 1 SGB V erfolgte; die Gesamtvergütung hingegen soll ausschließlich die notwendige medizinische Versorgung umfassen.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob trotz dieser Divergenz zwischen realen Preisen (Orientierungswert) und der Kalkulation (kalkulatorischer Punktwert) die Vertragsärzte den im Rahmen der Kalkulation vereinbarten kalkulatorischen Arztlohn in Höhe von 105.772 € in der Realität auch erzielen können:

Ärzte erzielten im Jahr 2007 im Durchschnitt einen Reinertrag je Praxisinhaber von 142.000 €⁷⁶ Der Reinertrag aus alleiniger vertragsärztlicher Tätigkeit (GKV) ist für vollzeitig tätige Ärzte nach Simulationen höher, als das von den Selbstverwaltungspartnern für die EBM-Kalkulation festgelegte Arzteinkommen in Höhe von 105.572 € D. h. trotz eines realen Leistungspreises, der 31% unter dem in der Kalkulation verwendeten kalkulatorischen Punktwert liegt, erzielen Vertragsärzte somit im Durchschnitt re-

⁷⁴ Dennoch deuten die deutlich unterschiedlichen Reinerträge nach Fachgruppen darauf hin, dass auch die relationalen Bewertungen der Leistungen zueinander z. T. systematische Verzerrungen aufweisen.

⁷⁵ Eine Anpassung des Orientierungswerts, u. a. an die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten, an die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und an die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen, ist gem. §87 Abs. 2g SGB V zu berücksichtigen.

⁷⁶ Dieser Durchschnittswert berücksichtigt auch Ärzte, die nicht vollzeitig tätig sind.

gelmäßig einen höheren Reinertrag je Praxisinhaber, als von den Selbstverwaltungspartnern vereinbart wurde.

Es ergeben sich somit deutliche Hinweise, dass bei Anwendung des Orientierungswerts in Höhe von 3,5 Cent, das durchschnittliche Arzteinkommen im Vergleich zu dem in der Kalkulation angesetzten Arzteinkommen zu hoch ausfällt.⁷⁷

Für die bestehende große Diskrepanz zwischen Orientierungswert und kalkulatorischem Punktwert können insbesondere folgende Faktoren verantwortlich gemacht werden:

Das EBM-Kalkulationsmodell basiert auf einer Vielzahl von Annahmen, die die Kalkulationsergebnisse nicht grundsätzlich valide erscheinen lassen. Zum Zeitpunkt der Kalkulation von relativen Leistungsbewertungen waren diese Ungenauigkeiten zu tolerieren, da sie den Kalkulationsaufwand reduzierten und das Ergebnis (die relativen Bewertungen zueinander, ohne einen absoluten Preis für Leistungen anzugeben) erfüllten. Eine Preiskalkulation erscheint mit dem bestehenden Kalkulationssystem jedoch kaum möglich. Hierfür verantwortlich sind u.a.:

- Die Datengrundlage stammt aus den Jahren 1993 bis 1995 und ist somit hinsichtlich ihrer Struktur und Höhe veraltet.
- Schon bei der erstmaligen Kalkulation bestanden systematische Verzerrungen in diesen Grunddaten hinsichtlich der Verteilung nach Merkmalen wie Honorarklassen oder Praxisstruktur.
- Veränderungen in der Praxisorganisation (Einzelpraxen / Gemeinschaftspraxen) mit deutlichen Veränderungen der Kostenstrukturen werden nicht berücksichtigt.
- Mögliche Veränderungen der Effizienz in der Leistungserstellung werden in der Kalkulation nicht nachvollzogen.
- Veränderungen in der Praxisfinanzierung, z. B. durch verstärktes Leasing von Geräten, wird nicht berücksichtigt.
- Die im Rahmen der EBM-Kalkulation verwendeten Zeitangaben für die Leistungen (ärztlicher Leistungsanteil) scheinen um durchschnittlich mehr als 30% (Institut des Bewertungsausschusses 2010) von den tatsächlich erbrachten Zeiten abzuweichen.

⁷⁷ Die absolute Höhe eines angemessenen Arztlohns i. S. d. §72 Abs. 2 SGB V wird hier nicht untersucht; der Vergleich bezieht sich lediglich auf den Vergleich der Kalkulationsgrundlagen mit der Realität.

- Die Arbeitszeit des Arztes und dessen Produktivität in Höhe von 87,5% hat keine empirische Basis.
- Die Umsetzung des Tarifgeberprinzips ist nicht durchgängig konsistent und wird nur in einer Minderheit der Kostenstellen (73 von 188) umgesetzt; d. h. die Kalkulation basiert z. T. auf höheren Kostensätzen, als die fachgruppenspezifische Kalkulation ergeben hat.
- Ein hoher Anteil von Kosten (im Durchschnitt ca. 50%) wird lediglich über die sogenannte Gemeinkostenstelle auf die Leistungen umgelegt; eine leistungsspezifische Zuordnung erfolgt hier nicht. Dies führt zu einer Unschärfe des Kalkulationsergebnisses.
- Die Abgrenzung real angefallener Kosten für die alleinige vertragsärztliche Versorgung ist nicht systematisch durchgeführt worden (z. B. Kosten für spezielle Wartezimmer für PKV-Versicherte, Geräte für IGEL-Leistungen etc.). Die Kostenabgrenzung der Leistungen, die anhand von Kostenpauschalen (Kapitel 40 des EBM) finanziert werden, ist nicht auf Praxisebene erfolgt.
- Eine regelmäßige Neukalkulation, basierend auf einer entsprechend aktualisierten Datenbasis, wurde bisher nicht durchgeführt.

Zudem ist eine Transparenz des Kalkulationsverfahrens und der Kalkulationsergebnisse durch fehlende Veröffentlichung, u. a. der Methodik und der Zwischenergebnisse der Berechnungen, nicht gegeben.

Die Leistungen des EBM können jedoch nicht einfach mit einem anderen kalkulatorischen Punktwert bewertet werden, sondern müssten, basierend auf einer sachgerechten Kalkulationsstichprobe von Arztpraxen, in Verbindung mit den jeweiligen Leistungsdaten dieser Praxen und realen Zeitangaben, neu kalkuliert werden. Weitere Fortschreibungen, Hochrechnungen und Schätzungen basierend auf Kostendaten, die vor 15 Jahren erhoben wurden, könnten die bestehenden Schwächen des Kalkulationsmodells noch verstärken.

§87 Abs. 2 SGB V bestimmt, dass der EBM in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen ist, ob die Leistungsbewertungen (und die Leistungsbeschreibung) noch dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen. Bei der Leistungsbewertung soll insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der medizinisch-technischen Geräte berücksichtigt werden. Im EBM ist die Bewertung der Leistungen daher unter Berücksichtigung der Besonderheiten einzelner Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern zu ermitteln.

Im EBM-Kalkulationssystem basieren hingegen die entscheidenden Stellschrauben nicht auf empirischen Erhebungen, sondern wurden normativ

festgelegt (z. B. der Zeitbedarf für den ärztlichen oder den technischen Leistungsanteil oder die Auslastungsgrade). Mögliche Wirtschaftlichkeitsreserven werden zudem nicht anhand der Leistungskalkulation an die Verbraucher (die Versicherten bzw. die Krankenkassen) weitergegeben, da der EBM derzeit u. a. keiner regelmäßigen Neukalkulation unterliegt.

Im Ergebnis führen diese Faktoren in der Summe zu einer deutlichen Diskrepanz zwischen dem derzeitigen Preis der Leistungen (Orientierungswert) und dem kalkulatorischen Punktwert. Auch wenn sich diese Diskrepanz erklären lässt, so bedingt die derzeitige große Differenz dennoch u. a. folgende Probleme:

Leistungsneukalkulation:

Problematisch ist dieses Auseinanderfallen bei der Kalkulation von neu in den EBM aufzunehmenden Leistungen. Eine Kalkulation kann aktuell nur mit dem bestehenden Kalkulationsmodell durchgeführt werden. Sofern eine neue Leistung mit den realen Zeiten für die ärztliche und die technische Leistung hinterlegt würde, wäre sie i. d. R. bei Anwendung des Orientierungswerts nicht ausreichend finanziert und es beständen entsprechend kaum Anreize, die Leistung zu erbringen. Um das bestehende Kalkulationsmodell anwenden zu können, müssten die realen Leistungszeiten theoretisch für die Kalkulation systematisch erhöht werden. Im Ergebnis entstünde allerdings ein Kalkulationsmodell, das noch weiter von der Realität abweichen würde. Alternativ könnten neue Leistungen mit einem veränderten Kalkulationsmodell kalkuliert werden, allerdings bestände auch hier die Gefahr, dass die relativen Bewertungen der Leistungen zueinander weiter divergieren würden.

Systematische Preisverzerrungen

Systematische Verzerrungen in der EBM-Kalkulation, führen u. a. zu deutlich unterschiedlichen Gewinnspannen je nach Leistungsstruktur der Praxis bzw. insbesondere nach der Arztgruppe des niedergelassenen Vertragsarztes. Die geschätzten Reinerträge je Praxisinhaber aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit schwanken je nach Arztgruppe um ca. 35%, obwohl dieser Reinertrag gemäß der Leistungskalkulation für alle Arztgruppen identisch sein sollte.

Eine grundlegende Neukalkulation des EBM könnte die systematischen Probleme im Kalkulationsmodell - das durch die Ermittlung der Leistungsbewertungen Anreize zur Leistungserbringung setzt und somit die Versorgung mitbestimmt – reduzieren oder auflösen. Gleichzeitig würden damit die systematischen Differenzen der Reinerträge der Praxen, sofern sie auf der Kalkulationssystematik beruhen, vermindert werden und die Neukalku-

lation von Leistungen würde zu sachgerechten Kalkulationsergebnissen führen.

Hierzu wäre auch eine Vereinbarung zu den Zeitspannen von Neukalkulationen zu treffen. Unter anderem der rasche Wandel der Praxisstrukturen bedingt, dass eine reine Fortschreibung der Kosten die Realität schon nach kurzer Zeit nicht mehr widerspiegelt. Daher wären vollständige Neukalkulationen in regelmäßigen mittelfristigen Abständen vorzunehmen.

Um die derzeitige Problematik der Erhebung von Kosten unabhängig von der realen Leistungsstruktur der Praxen und deren realen Zeiten (dies betrifft insbesondere Arbeitszeiten für Ärzte und Personal, Zeiten für die individuelle Leistungserbringung, die Ermittlung der realen Produktivität) zu beheben, sollten für Praxen, die an einer Kostenkalkulation teilnehmen, diese Angaben mit erhoben werden. Datenerhebung, Datenhaltung und die eigentliche Kalkulation sollten von einer neutralen Stelle durchgeführt werden.

Um das Kriterium der wirtschaftlichen Leistungserbringung gem. §87 Abs. 2 SGB V stärker bei der EBM-Kalkulation zu berücksichtigen, könnte auch statt des derzeit verwendeten Maßstabs der „Durchschnittspraxis“⁷⁸ die Kalkulationsstichprobe auf eher wirtschaftlichere Praxen (z. B. hinsichtlich Kosten / Leistung oder hinsichtlich der Auslastung der Kostenstellen) beschränkt werden. Hierdurch würden stärkere Anreize zur Verbesserung der Effizienz der Leistungserstellung gesetzt.

Neben dieser mittelfristig umsetzbaren, detaillierteren Datenerhebung, die das Kalkulationsmodell auf eine solide und aktuelle empirische Datenbasis stellen könnte, ist auch zu überprüfen, ob das bestehende Kalkulationsmodell auf Vollkostenbasis den Anforderungen an eine sachgerechte Kalkulation genügt, oder ob andere Arten der Kostenrechnung die Anforderungen an eine Preisbildung im vertragsärztlichen Sektor besser erfüllen könnten.

Die Funktion des EBM sollte im bestehenden System der vertragsärztlichen Vergütung aufgrund der bestehenden Mängel der Kalkulationssystematik auf die eigentliche Mittelverteilung (Verteilung der Gesamtvergütung) beschränkt bleiben.

⁷⁸ In der derzeitigen Kalkulation werden auch die Kostendaten von nicht wirtschaftlich agierenden Praxen berücksichtigt.

Literaturverzeichnis

- Bewertungsausschuss. Zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus der 89. Sitzung vom 13. Mai 2004 und der 90. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung) sowie zu vertraglichen Beschlüssen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – einerseits – und der Spitzenverbände der Krankenkassen – andererseits. Deutsches Ärzteblatt 2004; 2004 (38): 2553-4.
- Bewertungsausschuss. Bericht des Bewertungsausschusses an das Bundesgesundheitsministerium (Jahresbericht 2008). 2009.
- Coenberg AG. Kostenrechnung und Kostenanalyse. Landsberg/Lech (4., aktual. Aufl.): Verlag Moderne Industrie; 1999.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in der 2. Sitzung am 30. Juli 2003 zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Deutsches Ärzteblatt 2003; 2003 (9): 430.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in der 3. Sitzung am 10. Dezember 2003. Deutsches Ärzteblatt 2004; 2004 (2): 94 - 5.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V in seiner 5. Sitzung am 11./12. Oktober 2007 (nicht veröffentlicht). 2007.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 8. Sitzung am 23. Oktober 2008 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sowie zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009. Deutsches Ärzteblatt 2008; 2008 (48): 2602-4.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009. Deutsches Ärzteblatt 2009a; 2009 (10): 467 - 79.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 4 SGB V zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2010 in seiner 15. Sitzung am 2. September 2009. Deutsches Ärzteblatt 2009b; 2009.
- Erweiterter Bewertungsausschuss. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 4 SGB V in seiner 12. Sitzung am 20. Mai 2009 zur Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Deutsches Ärzteblatt 2009c; 2009 (7): 326.
- Fürstenberg T, Zich K, Nolting H-D, Laschat M, Klein S, Häussler B. G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 bis 2006). Untersuchung im Auftrag des deutschen DRG-Instituts (InEK). Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH; 2010.
- Institut des Bewertungsausschusses. Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen (Stand 4. Juni 2010). Berlin; 2010.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Masterdokumentation zu EBM-Bewertungssystem [nicht veröffentlicht]. 2000.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg). EBM2000plus Eine Investition in die Zukunft: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; 2005.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg). Standardbewertungssystem [nicht veröffentlicht]: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2008.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 2004 bis 2009. 2010a.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarreform; Rückblick und Ausblick. 2010b.
- Köhler A. EBM2000plus Zukunftssicherung für die vertragsärztliche Versorgung. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97 (50).

- Köhler A, Hess R (Hrsg). Kölner Kommentar zum EBM. Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Band 2. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH; 2008.
- Maus J. Ärzte können bei Honorarverhandlungen helfen. Deutsches Ärzteblatt 2010; 107 (17): 675.
- MediTrust. EBM-Praxiskostenstudie -Stand 30.10.2000 -. Basel; 2000.
- Reiners H. Gesundheitspolitik als Implantierung von „Reformviren“. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 2009; 9 (3): 7 - 12.
- Spitzenverbände der Krankenkassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Grundlagen der Reform des EBM. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97 (48): 3292.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 2 Reihe 1.6.1; Unternehmen und Arbeitsstätten Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. Wiesbaden; 2000.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 2 Reihe 1.6.1; Unternehmen und Arbeitsstätten Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. Wiesbaden; 2003.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 2 Reihe 1.6.1; Unternehmen und Arbeitsstätten Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. Wiesbaden; 2007.
- Taubmann D, Harrer K. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2007. Wirtschaft und Statistik 2010; 333- 43.
- tns Healthcare, BASYS. Datenvalidierung des EBM 2000plus. 2006.
- Walendzik A, Manouguian M, Greß S, Wasem J. Vergütungsunterschiede im ambulanten Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt 2009; 2009 (4): 63 - 9.
- WiDO, Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen. Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis Ergebnisse aus Patientenbefragungen. Bonn; 2005.

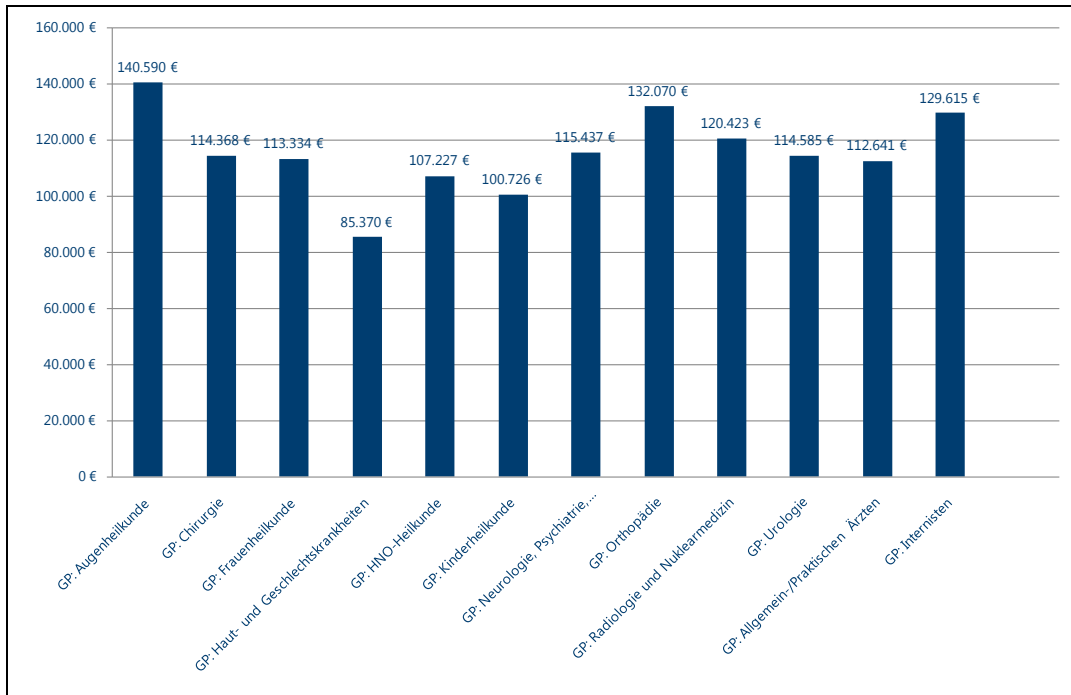
6 Anhang

Tabelle 6: Übersicht der Kostenstellen in Praxisbetriebsmodellen mit niedrigeren Kosten als die Tarifgeber

PBM	Kostenstelle	Tarifgeber	Kosten / Minute		
			Kostenstellen	Tarifgeber	Differenz
Augenarzt	UBR Kleinchirurgie	Chirurg	1,38 €	1,65 €	0,27 €
Chirurg	Ultraschall	Internist	0,70 €	0,78 €	0,08 €
Frauenarzt	Aufwachraum	Anästhesist	0,78 €	1,00 €	0,22 €
HNO-Arzt	Aufwachraum	Anästhesist	0,51 €	1,00 €	0,49 €
Internist SP Angio	Aufwachraum	Anästhesist	0,97 €	1,00 €	0,03 €
Internist SP Angio	Kardangiographie / kard.- intervent. Radiologie	Internist SP Kardiologie	3,81 €	4,64 €	0,83 €
Internist SP Endokrinologie	Sprechzimmer	Hausarzt	0,00 €	0,40 €	0,40 €
Internist SP Kardiologie	Aufwachraum	Anästhesist	0,99 €	1,00 €	0,01 €
Internist SP Kardiologie	Ultraschall	Internist	0,73 €	0,78 €	0,05 €
Internist SP Pneumologie	Ultraschall	Internist	0,77 €	0,78 €	0,01 €
Internist SP Pneumologie	Sprechzimmer	Hausarzt	0,39 €	0,40 €	0,01 €
Internist SP Pneumologie	EKG	Hausarzt	1,00 €	1,08 €	0,08 €
KinderJugendPsychiater	Gruppentherapieaum	Psychiater	0,85 €	1,52 €	0,67 €
Orthopäde	UBR Anaesthesiologie	Anästhesist	0,59 €	0,65 €	0,06 €
Orthopäde	Röntgenraum I	Radiologe	0,83 €	1,21 €	0,38 €
Orthopäde	Aufwachraum	Anästhesist	0,55 €	1,00 €	0,45 €
Psychotherapeut	Sprechzimmer	Hausarzt	0,32 €	0,40 €	0,08 €
Radiologe	Funktionsdiagnostik Nuklear- medizin	Nuklearmedizin	1,24 €	1,27 €	0,03 €
Urologe	Röntgenraum I	Radiologe	1,10 €	1,21 €	0,11 €
Urologe	Aufwachraum	Anästhesist	0,57 €	1,00 €	0,43 €

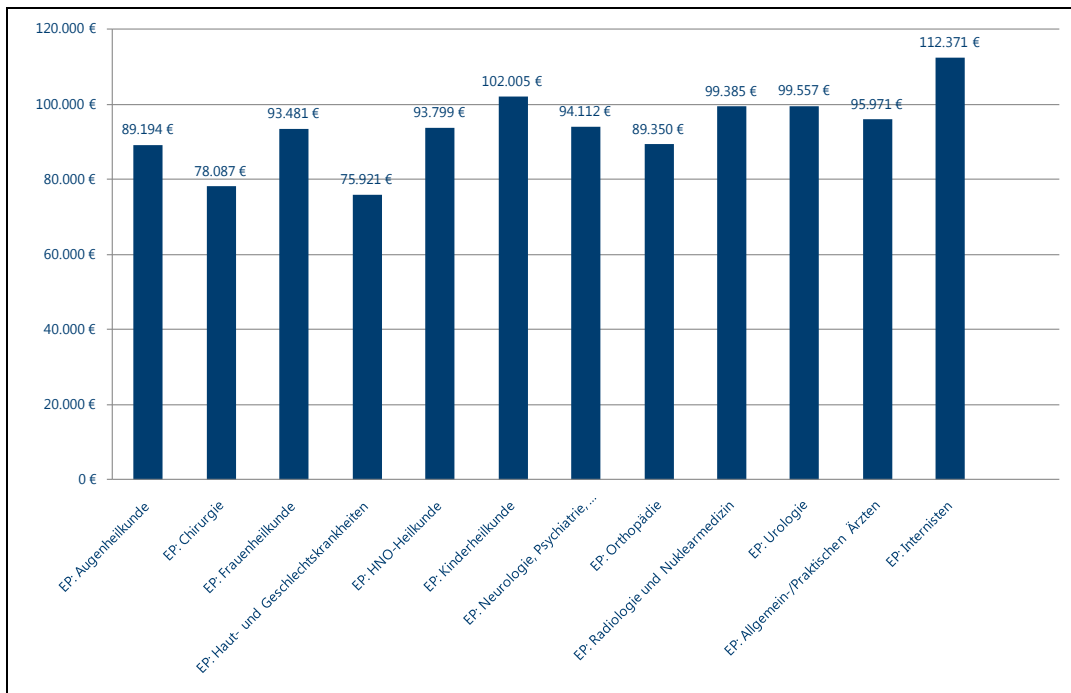
Quelle: IGES

Abbildung 28: Geschätzter Reinertrag von Praxisinhabern in Gemeinschaftspraxen aus reiner GKV-Tätigkeit nach Arztgruppen; alle Praxen (2007)



Quelle: IGES

Abbildung 29: Geschätzter Reinertrag von Praxisinhabern in Einzelpraxen aus reiner GKV-Tätigkeit nach Arztgruppen; alle Praxen (2007)



Quelle: IGES

