

# pg papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit

pg-papers 02/2015

September 2015

## **Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung**

**Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband**

Stefan Greß

**Hochschule Fulda**  
University of Applied Sciences





Stefan Greß

# **Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung**

**Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband**

pg-papers 02/2015

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.d-nb.de> abrufbar.

pg-papers

Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda

Herausgeber:

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda

Tel: +49(0)661/9640-600

Fax:+49(0)661/9640-649

ISBN 978-3-940713-14-8

Copyright © pg-papers, September 2015

# Inhalt

<b>Kurzfassung</b> .....	<b>6</b>
<b>1 Hintergrund und Gutachtauftrag</b> .....	<b>7</b>
<b>2 Der kalkulatorische Arztlohn im Einheitlichen Bewertungsmaßstab</b> .....	<b>9</b>
2.1 Funktion des kalkulatorischen Arztlohns .....	9
2.2 Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns durch den Erweiterten Bewertungsausschuss .....	9
2.3 Alternative Verfahren zur Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns .....	13
2.3.1 Einkommen anderer freier Berufe als Vergleichsmaßstab .....	13
2.3.2 Einkommen von Honorarärzten als Vergleichsmaßstab .....	14
2.3.3 Risikozuschläge für unternehmerische Tätigkeit.....	15
2.3.4 Berücksichtigung regionaler Produktivitäts- bzw. Kaufkraftunterschiede .....	16
2.4 Gutachterliche Schlussfolgerungen .....	17
<b>3 Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung</b> .....	<b>19</b>
3.1 Funktion des kalkulatorischen Arztlohns im EBM vs. Funktion des Orientierungswertes in der Gesamtvergütung .....	19
3.2 Einkommensentwicklung der Vertragsärzte und kalkulatorischer Arztlohn.....	20
3.3 Auswirkungen von Veränderungen des kalkulatorischen Arztlohns auf die Entwicklung der Gesamtvergütung .....	25
3.4 Gutachterliche Schlussfolgerungen .....	26
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>27</b>
<b>Literatur</b> .....	<b>28</b>

## Kurzfassung

Es ist grundsätzlich sachgerecht, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen am Prinzip der Opportunitätskosten orientiert hat. Es ist allerdings nicht zwingend, dass das Oberarztgehalt im Krankenhaus als Referenzmaßstab dient. Für einen erheblichen Teil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dürfte – insbesondere wegen der im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus geringen Leitungs- und Personalverantwortung – eher das Facharztgehalt der geeignete Referenzmaßstab sein.

Aus gutachterlicher Sicht sind Forderungen kritisch zu bewerten, die grundsätzlich vom bisher angewandten Modell zur Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns abweichen. Einer dieser Ansätze sieht die Berechnung eines konkurrenzfähigen Arzthonorars auf der Basis des Einkommens von Angehörigen vergleichbarer freier Berufe vor. Die dazu vorgelegten Vergleichseinkommen sind jedoch höchst selektiv. Als wenig sachgerecht sind zudem Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulierten Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit vorsehen. Das unternehmerische Risiko der Niederlassung ist schließlich durch eine Vielzahl von Regelungen sehr gering. Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulierten Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität bzw. Kaufkraft vorsehen. Solche Zuschläge wären nur zu rechtfertigen, wenn es in Regionen mit hoher Kaufkraft bzw. Produktivität keine hinreichenden finanziellen Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch keinesfalls zu erkennen.

Ausgesprochen kritisch sind zudem Forderungen nach einer Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung zu bewerten. Erstens gibt es keinerlei gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben, wonach Veränderungen beim kalkulatorischen Arztlohn bei der Festsetzung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden müssen. Zweitens ist der bereinigte Überschuss ohne jede Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns zwischen 2007 und 2011 um rund 13.000 Euro oder etwa elf Prozent angestiegen. Im Jahr 2014 dürfte der bereinigte Überschuss nach Schätzungen des Gutachters zwischen 127.000 und 140.000 Euro gelegen haben. Drittens würde eine gesetzlich nicht normierte Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung zu einer für die Versicherungsgemeinschaft problematischen Ausgabendynamik führen – insbesondere durch eine sich gegenseitig verstärkende Mehrfachdynamisierung zwischen den Tarifverhandlungen im stationären Bereich und den Honorarverhandlungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

## 1 Hintergrund und Gutachtenauftrag

Der kalkulatorische Arztlohn ist neben dem technischen Leistungsanteil eine zentrale Bestimmungsgröße für die relative Bewertung von ärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Mit dem erstmals im Jahr 2003 auf den Betrag von 95.552,81 Euro pro Jahr festgesetzten kalkulatorischen Arztlohn findet jedoch ein Konzept Eingang in den EBM, das einer freiberuflichen selbständigen Tätigkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zunächst einmal entgegensteht. So ist auf den ersten Blick nicht eingängig, warum Angehörige eines freien Berufsstands sich bei der Berechnung eines wesentlichen Umsatzbestandteils auf eine Vergütungsform von abhängig Beschäftigten beziehen.

Eine regelmäßige Anpassung der Höhe des kalkulatorischen Arztlohns hat bisher nicht stattgefunden. Zuletzt hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den Arztlohn in einem Beschluss aus dem Jahr 2007 auf den Betrag von 105.571,43 Euro erhöht und sich dabei – wie schon in seinem Beschluss aus dem Jahr 2003 – an dem Tarifgehalt für in Krankenhäusern tätige Oberärzte orientiert. Nichtsdestoweniger fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den jährlichen Verhandlungen um die Anpassung des Orientierungswertes regelmäßig auch eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns.

In einem Interview mit der Ärzte-Zeitung vom 18. Juli 2014 forderte der KBV-Chef Dr. Andreas Gassen etwa eine Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns auf 133.000 Euro pro Jahr. Daraus ergebe sich rein rechnerisch ein Nachholbedarf der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gegenüber den im Krankenhaus tätigen Kolleginnen und Kollegen von 3 Mrd. Euro.<sup>1</sup> Ein Argumentationspapier aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung geht in eine ähnliche Richtung. Demnach müsse der Orientierungswert Jahr für Jahr so erhöht werden, dass ein Vertragsarzt das tatsächliche Referenzeinkommen – das durchschnittliche Einkommen von Oberärzten – erreichen könne (von Stillfried/Czihal 2014: A 114). Nach Berechnungen von Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München müsste der kalkulatorische Arztlohn sogar in einer Spanne zwischen 159.000 Euro und 175.000 Euro pro Jahr liegen.<sup>2</sup>

In einer Protokollnotiz zum Beschluss des Bewertungsausschusses vom 24. September 2014 wurde vereinbart, die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns im Rahmen der vereinbarten Weiterentwicklung des EBM mit Wirkung zum 1. Januar 2016 zu prüfen. Darüber hinaus solle „ergebnisoffen“ geprüft werden, welche Auswirkungen eine sich ggf. ergebende Anpassung des Punktzahlvolumens auf die vereinbarte Ausgabenneutralität der EBM-Reform habe. Weiterhin werde geprüft, ob das Verfahren zur Anpassung des Orientierungswertes vereinfacht werden könne und „ob und wie ... die Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei den Praxiskosten konsistent in ein Gesamtmodell eingebunden werden“ könne.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Ärzte-Zeitung vom 18. Juli 2014, S. 4: „Gassen: Ärzte erbringen mehr Leistungen als erstattet werden.“

<sup>2</sup> Ärzte-Zeitung vom 14. November 2014: „Wie schafft es die ärztliche Arbeitszeit ins Honorar?“ Download unter [http://www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/aerztliche\\_verguetung/article/873267/ebm-reform-schafft-aerztliche-arbeitszeit-honorar.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/873267/ebm-reform-schafft-aerztliche-arbeitszeit-honorar.html) am 18. Mai 2015.

<sup>3</sup> Beschluss des Bewertungsausschusses vom 24. September 2014.

Ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 11. Mai 2015 sieht vor, dass „der Leistungsanteil für die ärztliche Arbeit deutlich gestärkt und der sogenannte kalkulatorische Arztlohn dem aktuellen Alternativeinkommen im Krankenhaus angeglichen wird. Dabei ist auch dem Rechnung zu tragen, dass dieser kalkulatorische Arztlohn einen Anreiz zur Niederlassung bieten muss.“ Ergänzend wurde beschlossen, dass der „Zunahme organisatorischer und bürokratischer Leistungen in der Praxis“ dahingehend Rechnung zu tragen sei, dass „diese Kosten nicht länger Bestandteil des Arztlohns sein dürfen, sondern ... in einem eigenen Kostenblock in die ärztlichen Leistungen einzurechnen sind.“<sup>4</sup>

Vor dem skizzierten Hintergrund befasst sich diese gutachterliche Stellungnahme im Auftrag des GKV-Spitzenverbands mit einer systematischen Analyse der folgenden Fragestellungen. Erstens wird untersucht, welche Funktion der kalkulatorische Arztlohn im einheitlichen Bewertungsmaßstab hat. Zweitens wird der Frage nachgegangen, welche Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns sachgerecht sind. Dabei werden sowohl das in der Vergangenheit vom Erweiterten Bewertungsausschuss analysierte Verfahren als auch alternative Berechnungsmodelle – wie etwa die oben angesprochenen Berechnungen – analysiert. Im letzten Teil des Gutachtens werden die Funktionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und der budgetierten Gesamtvergütung gegenübergestellt. Dies dient letztlich der Beantwortung der Frage, welche Konsequenzen die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geforderte Berücksichtigung eines nach oben angepassten kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung des Orientierungswertes hätte.

---

<sup>4</sup> Beschlüsse der 29. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 11. Mai 2015. TOP 2, Antrag 1: Durch Honorarpolitik tragfähige Strukturen schaffen. Download unter [http://www.kbv.de/media/sp/Beschluesse\\_VV\\_2015\\_05\\_11.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Beschluesse_VV_2015_05_11.pdf) am 27. Mai 2015.



## **2 Der kalkulatorische Arztlohn im Einheitlichen Bewertungsmaßstab**

In diesem Abschnitt des Gutachtens wird zunächst die Funktion des kalkulatorischen Arztlohns im EBM analysiert. In der Folge wird zunächst die Berechnungsmethodik des kalkulatorischen Arztlohns durch den Erweiterten Bewertungsausschuss dargestellt und bewertet. Anschließend werden alternative Ansätze zur Bestimmung der relativen Höhe des kalkulatorischen Arztlohns diskutiert.<sup>5</sup> Der Abschnitt schließt mit zusammenfassenden gutachterlichen Empfehlungen.

### **2.1 Funktion des kalkulatorischen Arztlohns**

Der kalkulatorische Arztlohn stellt im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für die relative Bewertung der ärztlichen Leistungen dar. Im Grundsatz unterscheidet die Kalkulationssystematik des EBM den rein ärztlichen Leistungsanteil und den technischen Leistungsanteil. Die Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist eine zentrale Voraussetzung dafür, den Zeitaufwand für die ärztliche Leistung im EBM monetär bewerten zu können (IGES Institut 2010).

Das Konstrukt des kalkulatorischen Arztlohns orientiert sich am Prinzip des kalkulatorischen Unternehmerlohns. Letzterer findet dort Anwendung, wo sich der Firmeninhaber kein marktübliches Gehalt auszahlt. Demzufolge ist der kalkulatorische Arztlohn im Grundsatz keine empirisch abgeleitete Einkommensgröße, sondern eine normative gesetzte kalkulatorische Kostengröße. Damit ist kein direkter Rückschluss vom kalkulatorischen Arztlohn auf das tatsächlich erzielbare ärztliche Einkommen möglich. Mit anderen Worten handelt es sich weder um ein von den Kostenträgern garantiertes Mindesteinkommen noch um ein Höchsteinkommen.

Die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns orientiert sich am Bruttolohn und den arbeitgeberseitigen Sozialleistungen auf der Basis einer regelmäßigen Wochen- bzw. Jahresarbeitszeit. Eine normal ausgelastete Arztpraxis muss daher in der Lage sein, einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns zu erzielen.

### **2.2 Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns durch den Erweiterten Bewertungsausschuss**

Eine objektive Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist insofern problematisch, als dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung kein festes Gehalt bekommen. Im Regelfall erfolgt die Vergütung im Rahmen der selbständigen und freiberuflichen Tätigkeit aus Einkünften der gesetzlichen Krankenversicherungen, der privaten Krankenversicherungen und Eigenleistungen der Patientinnen und Patienten. Insofern ist es aus ökonomischer Sicht folgerichtig, dass der Erweiterte

---

<sup>5</sup> Die Auseinandersetzung mit der Frage, inwieweit die Höhe des kalkulatorischen Arztlohns regelmäßig angepasst werden sollte – etwa als Folge von Lohn- bzw. Preissteigerungen – erfolgt in Abschnitt 3 des Gutachtens.

Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen auf der Basis eines Opportunitätskostenansatzes durchgeführt hat. Der kalkulatorische Arztlohn der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte wird dann auf der Basis entgangener Einkünfte in alternativen Tätigkeitsfeldern definiert.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diese alternativen Tätigkeitsfelder vergleichsweise eng definiert und den kalkulatorischen Arztlohn auf der Basis des Tarifgehalts von angestellten Oberärzten in Krankenhäusern berechnet. Forderungen der KBV zur Berücksichtigung eines Positionen-Mixes von Ober- und Chefärzten wurden in dieser Beschlusslage nicht berücksichtigt. Als Besonderheit ist anzusehen, dass in den einschlägigen Beschlüssen jeweils eine fiktive Arbeitszeit von 51 Stunden zugrunde gelegt wird. Der kalkulatorische Arztlohn liegt demzufolge jeweils über dem als Vergleichsmaßstab gewählten Gehalt im Krankenhaus. Streng genommen handelt es sich damit also nicht um einen kalkulatorischen Arztlohn im Sinne des Opportunitätsansatzes, da dieser Arztlohn durch einen Krankenhausarzt nicht erreicht werden kann. Letztendlich handelt es sich um einen normativ festgelegten Arztlohn von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Da auch der Reinertrag der Arztpraxis deutlich oberhalb dieses normativen kalkulatorischen Arztlohns liegt – wie später noch diskutiert werden wird – kann der kalkulatorische Arztlohn seine Funktion im Sinne des Opportunitätsansatzes nur begrenzt erfüllen.

**Tabelle 1 Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns 2003**

Grundlagen und Rechenschritte	Wochenstunden	Gehalt bzw. Arztlohn in €
BAT Ia (47 Jahre, verheiratet, 2 Kinder)	38	79.601,57
Durchschnittliche Personalkosten laut Hessentabelle (durchschnittliche Personalkosten in der hessischen Landesverwaltung) 2002	38,5	72.133,-
Kalkulatorischer Arztlohn EBM 2000+ Hessentabelle x 51 / 38,5	51	<b>95.552,81</b>

Quelle: (Institut des Bewertungsausschusses 2010).

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat den kalkulatorischen Arztlohn zuletzt am 12. Oktober 2007 auf den Betrag von 105.571,50 Euro festgelegt. Zuvor hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss den kalkulatorischen Arztlohn in der Sitzung vom 10. Dezember 2003 auf den Betrag von 95.533 Euro festgesetzt. Damit sei nach Auffassung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowohl die wöchentliche Arbeitszeit als auch das kalkulatorische Wagnis eines Vertragsarztes abgegolten. Die detaillierte Berechnung der beiden Werte ergibt sich aus Tabelle 1 und Tabelle 2. Weitere Anpassungen des kalkulatorischen Arztlohns hat der Erweiterte Bewertungsausschuss seitdem nicht vorgenommen.

**Tabelle 2 Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns 2007**

Grundlagen und Rechenschritte	Wochenstunden	Gehalt bzw. Arztlohn in €
TV Marburger Bund (ständiger Vertreter des leitenden Arztes, ab dem 1. Jahr, 13 Monatsgehälter)	42	91.000,--
Zzgl. Arbeitgeberbeiträge (13,58 % bzw. 12.355,20 €)	42	103,355,20
Der Wert BAT Ia (2002) wird in Relation zum auf 38 Stunden umgerechneten Wert Hessentabelle (2002) gesetzt. Dieses Verhältnis wird dann auf den Wert Marburger Bund (2006) angewendet.		
$72.133 / 38,5 \times 38 / 79.601,59 \times 103.355,2$	42	92.441,60
KBV-Forderung 2007 ( $92.441,6 \times 51 / 42$ )	51	112.250,51
Kalkulatorischer Arztlohn EBM 2008: 60 % der geforderten Steigerung (Kompromiss im EBA)	51	<b>105.571,43</b>

Quelle: (Institut des Bewertungsausschusses 2010).

Das vergleichsweise enge Verständnis des Opportunitätskostenansatzes durch den Erweiterten Bewertungsausschusses ist jedoch nicht alternativlos. So beruht das derzeitige Kalkulationsmodell implizit auf der Annahme, dass die derzeit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte durchgängig alternativ eine leitende Tätigkeit als Oberarzt in der stationären Versorgung ausüben könnten. Diese Annahme ist jedoch aus Sicht des Gutachters außerordentlich ambitioniert. Nach den einschlägigen Regelungen im Tarifvertrag ist ein Oberarzt bzw. eine Oberärztin derjenige Arzt bzw. diejenige Ärztin, dem bzw. der die medizinische Verantwortung für selbständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik bzw. Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist.<sup>6</sup>

Für einen Teil der Niedergelassenen – insbesondere solche Ärztinnen und Ärzte in größeren Praxen bzw. Versorgungszentren mit leitender Tätigkeit und Personalverantwortung – dürfte die genannte Annahme zutreffen. Für einen größeren Teil – insbesondere Niedergelassene in Einzelpraxen und kleineren Praxiseinheiten mit eher eingeschränkter Personalverantwortung – ist dies jedoch nicht der Fall. Tabelle 3 zeigt die Anzahl der in Arztpraxen tätigen Personen. Es wird deutlich, dass die Anzahl der in abhängiger Beschäftigung tätigen Personen – für die die Praxisinhaber Personalverantwortung haben – vergleichsweise gering ist.<sup>7</sup>

<sup>6</sup> Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) [Stand 5. Februar 2015].

<sup>7</sup> Es ist anzumerken, dass es sich durchgängig um die Anzahl der beschäftigten Personen und nicht um Vollzeitäquivalente handelt.

**Tabelle 3**      **Tätige Personen in Arztpraxen 2011**

	Summe Personen	Praxis- inhaber*	Abhängig Beschäftigte insgesamt	... davon angestellte Ärzte	... davon andere Angestellte**	Anzahl Praxen
Alle Praxen einschl. MVZ	8,4	1,5	6,9	0,3	6,6	107.872
... davon Einzelpraxen alle	5,8	1,1	6,5	0,2	6,3	53.701
... davon Einzelpraxen mit einem Umsatz von mehr als 500.000 Euro	9,6	1,1	8,5	0,6	7,9	5.711
... davon Gemeinschafts- praxen alle	13,8	2,6	11,2	0,4	10,8	48.242
... davon Gemeinschafts- praxen mit einem Umsatz von mehr als 1 Mio. Euro	23,6	3,1	20,5	1,1	19,4	5.878

Quelle: (Statistisches Bundesamt 2013).

\* Praxisinhaber zzgl. unentgeltlich helfende Familienangehörige

\*\* Technische Assistenzberufe, Medizinische Fachangestellte, Auszubildende und Sonstige

In allen Arztpraxen waren im Jahr 2011 nach Angaben des Statistischen Bundesamts 6,9 Personen abhängig beschäftigt – im Durchschnitt 0,3 angestellte Ärzte. In Einzelpraxen lag dieser Wert etwas darunter. In Gemeinschaftspraxen ist zwar die Zahl der Praxisinhaber höher, aber nicht die Zahl der angestellten Ärzte. Im Gegensatz zum Krankenhaus sind in der ambulanten ärztlichen Versorgung zudem vor allem Medizinische Fachangestellte beschäftigt. Erst in Praxen mit überdurchschnittlich hohen Umsätzen steigt auch die Personalverantwortung deutlich an. Die Anzahl dieser Praxen ist jedoch vergleichsweise gering. Aus Sicht des Gutachters wäre daher mindestens für die Inhaberinnen und Inhaber von Einzelpraxen sowie von kleineren Gemeinschaftspraxen eher das fachärztliche Gehalt im Krankenhaus ein passender Vergleichsmaßstab für die Ableitung des kalkulatorischen Arztlohns.

Laut Tarifvertrag ist ein Facharzt bzw. eine Fachärztin derjenige Arzt bzw. diejenige Ärztin, die aufgrund abgeschlossener Facharztweiterbildung in seinem bzw. ihrem Fachgebiet tätig ist.<sup>8</sup> Insofern wäre aus Sicht des Gutachters eher eine Mischkalkulation aus tariflichem Oberarztgehalt (Entgeltgruppe III) und dem Gehalt für eine fachärztliche Tätigkeit ohne Personalverantwortung (Entgeltgruppe II) sachgerecht. Alternativ könnte in dieser Mischkalkulation zudem die Vergütung für angestellte Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Versorgungszentren herangezogen werden.

Auch Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung haben in der Vergangenheit alternative Bewertungsansätze eines kalkulatorischen Arztlohns bzw. Arztgehalts öffentlich thematisiert – allerdings in einem anderen Zusammenhang. In den zuletzt 2008 aktualisierten Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen geben die beiden genannten Institutionen Empfehlungen für die Berechnung eines kalkulatorischen Arztgehalts. Danach seien als Ausgangswert für das Jahr 2008 „unter Berücksichtigung von Facharztgehältern im Krankenhaus, bei Verbänden und der Pharmaindustrie 76.000 Euro angesetzt“ worden (Bundesärztekammer/KBV 2008). Dieser unter Mitwirkung von betriebswirtschaftlichen Beratern der Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlene Betrag für ein kalkulatorisches Arztgehalt liegt

<sup>8</sup> Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) [Stand 5. Februar 2015].

demzufolge deutlich unter dem im Jahr 2007 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten kalkulatorischen Arztlohn in Höhe von rund 105.000 Euro.<sup>9</sup>

## **2.3 Alternative Verfahren zur Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns**

Im Vorfeld der Beratungen zur Anpassung des Orientierungswertes ab dem Jahr 2016 wurden verschiedene Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns lanciert, die vom Opportunitätskostensatz des Erweiterten Bewertungsausschusses abweichen. Dabei werden insbesondere die Einkommen von Angehörigen vergleichbarer freier Berufsgruppen und von Honorarärzten als Vergleichsmaßstab herangezogen. Zudem werden Zuschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn diskutiert – insbesondere zur Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos freiberuflich tätiger Ärztinnen und Ärzte sowie regionaler Unterschiede in Kaufkraft und Produktivität.

### **2.3.1 Einkommen anderer freier Berufe als Vergleichsmaßstab**

Jüngst wird vermehrt diskutiert, das Einkommen anderer freier Berufe als Vergleichsmaßstab für den kalkulatorischen Arztlohn heranzuziehen. So zog während einer Tagung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung im November 2014 der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, Prof. Dr. Günter Neubauer, die Einkünfte von Angehörigen „vergleichbarer akademischer“ freier Berufe als Maßstab für ein angemessenes Arzteinkommen heran.<sup>10</sup> In der unten stehenden Tabelle 4 werden die Angaben von Prof. Dr. Neubauer zitiert.

Beim Abgleich der ausgewählten Berufsgruppen mit den Originaldaten des Statistischen Bundesamts fällt zunächst auf, dass nur vier Berufsgruppen ein höheres Jahreseinkommen aufweisen als Ärztinnen und Ärzte. Alle vier Berufsgruppen – Notare, Patentanwälte, Lotsen und Zahnärzte – wurden als Vergleichsmaßstab herangezogen. Insgesamt 50 Berufsgruppen – unter anderem Architekten, weitere Heilberufe, Journalisten und künstlerische Berufe – hatten im Jahr 2007 ein zum Teil deutlich geringeres Einkommen als Ärztinnen und Ärzte.

Als Vergleichsmaßstab wurden jedoch nur vier weitere Berufsgruppen herangezogen, deren Einkommen demjenigen von Ärztinnen und Ärzten am nächsten liegt. Mit anderen Worten wird in Tabelle 4 nicht das Einkommen von Ärztinnen und Ärzten mit dem Einkommen von Angehörigen „vergleichbarer“ freier Berufe in Relation gesetzt. Das Auswahlkriterium ist vielmehr das des Einkommens auf höchstem Niveau und damit höchst selektiv. Das oben berechnete Vergleichseinkommen würde massiv zurückgehen, wenn andere Berufsgruppen in dem Vergleichsmaßstab berücksichtigt werden würden. Im Extremfall – bei Berücksichtigung sämtlicher vom Statistischen Bundesamt gelisteten freier Berufsgruppen – würde das Vergleichseinkommen auf 57.456 Euro pro Jahr zurückgehen. Dieser Betrag entspricht dem

---

<sup>9</sup> Zu berücksichtigen ist allerdings, dass zu dem kalkulatorischen Arztgehalt noch der sogenannte nachhaltig erzielbare Gewinn hinzukommt. Dieser Betrag stellt demnach „den zusätzlichen Gewinn dar, den der Arzt als Unternehmer in eigener Praxis gegenüber einer Tätigkeit als angestellter Arzt erwirtschaften kann“ (Bundesärztekammer/KBV 2008: A 5). Um den kalkulatorischen Arztlohn von rund 105.000 Euro zu erreichen, müsste – bei einem Arztgehalt von 76.000 Euro – der Gewinn bei 29.000 Euro liegen.

<sup>10</sup> Vgl. etwa Deutsche Ärzteblatt 12/2014, S. 543: „Konkurrenzfähiges Honorar gefordert.“

vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Durchschnittseinkommen aller freien Berufe (Statistisches Bundesamt 2012: 21).

**Tabelle 4 Einkünfte von ausgewählten vergleichbaren Freiberuflern 2007**

Berufsgruppe	Jahreseinkommen in €
Notare	260.970
Patentanwälte	186.508
Lotsen	148.468
Zahnärzte	125.624
Ärzte	124.799
Wirtschaftsprüfer	97.444
Steuerberater und Steuerbevollmächtigte	89.039
Rechtsanwälte mit Notariat	84.442
Vereidigte Buchprüfer	76.615
<b>Durchschnitt Vergleichsberufe</b>	<b>133.689</b>

Quelle: (Neubauer 2014; Statistisches Bundesamt 2012).

Letztlich führt der Vergleich des ärztlichen Einkommens mit dem anderer freier Berufe aus Sicht des Gutachters ohnehin in die Irre, weil der Opportunitätskostenansatz hier nicht anwendbar ist. Eine Anwendbarkeit würde genau wie die Forderung nach einem „konkurrenzfähigen“ Honorar<sup>11</sup> voraussetzen, dass Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf aufgeben und wegen der attraktiveren Verdienstmöglichkeiten als Notar, Patentanwalt oder Lotse tätig werden. Die Aufnahme einer solchen Tätigkeit ist jedoch ohne einschlägige Ausbildung ausgeschlossen.

### 2.3.2 Einkommen von Honorärärzten als Vergleichsmaßstab

Ein weiterer in der Debatte genannter Vergleichsmaßstab ist die Vergütung von Honorärärzten im stationären Bereich, die deutlich über dem im Berechnungsmodell des Erweiterten Bewertungsausschusses verwendeten Oberarztgehalt liegt. Das entsprechende Vergleichseinkommen müsste dann in einer Spanne zwischen 150.000 und 200.000 Euro pro Jahr liegen (Neubauer 2014).

Die Angemessenheit dieses Vergleichsmaßstabs ist aus Sicht des Gutachters ebenfalls mehr als fraglich. Die atypische Beschäftigungsform des Honorararztes stellt nur für einen kleinen Teil niedergelassener Ärzte eine wirkliche Alternative dar. Die Tätigkeit ist durch häufig wechselnde Beschäftigungsorte und geringe Integration in Teamstrukturen gekennzeichnet. Zudem ist die Nachfrage nach honorarärztlicher Tätigkeit nicht für alle Facharztgruppen gleich hoch. Geeignet für honorarärztliche Tätigkeiten sind vor allem solche Facharztgruppen, in denen ein kontinuierlicher Arzt-Patienten-Kontakt von untergeordneter Bedeutung ist. So ist es auch nicht überraschend, dass – je nach Befragung – zwischen 40 % und nahezu 70 % der Honorarärzte Fachärzte für Anästhesiologie sind (Keller/Wilkesmann 2014).

<sup>11</sup> Vgl. Deutsche Ärzteblatt 12/2014, S. 543: „Konkurrenzfähiges Honorar gefordert.“

### 2.3.3 Risikozuschläge für unternehmerische Tätigkeit

Verschiedentlich wird zudem gefordert, das als Grundlage für den kalkulatorischen Arztlohn dienende Oberarztgehalt um eine Art Risikozuschlag für die freiberufliche bzw. unternehmerische Tätigkeit im niedergelassenen Bereich zu ergänzen. Hinter diesem Vorschlag steckt offensichtlich die Annahme, dass freiberuflich tätige Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus durch ihre Entscheidung zur Niederlassung ein erhöhtes unternehmerisches Risiko eingehen. Dieses unternehmerische Risiko müsse honoriert werden. Implizit scheint die genannte Annahme auch hinter der Forderung der Vertreterversammlung der KBV zu stecken, dass der kalkulatorische Arztlohn einen hinreichenden Anreiz zur Niederlassung bieten müsse.<sup>12</sup> Diese Annahme wäre aber nur gerechtfertigt, wenn die Niederlassungsentscheidung tatsächlich mit einem erhöhten unternehmerischen Risiko verbunden wäre.

Gegen das Vorliegen eines erhöhten unternehmerischen Risikos der Niederlassungsentscheidung sprechen aus Sicht des Gutachters drei zentrale Argumente. Erstens erhalten zugelassene Ärztinnen und Ärzte von den gesetzlichen Krankenversicherungen für die bei ihnen versicherten Patientinnen und Patienten eine Art Umsatzgarantie. Diese Umsätze aus der Behandlung von gesetzlich Versicherten sind zudem unabhängig von deren Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit. Eine solche Umsatzgarantie reduziert demzufolge das unternehmerische Risiko in erheblichem Ausmaß.

Zweitens unterliegt auch der Markteintritt – die Zulassung – im Rahmen der Bedarfsplanung eher planwirtschaftlichen als wettbewerblichen Steuerungsmechanismen. Zwar wurde die Bedarfsplanung ursprünglich eingeführt, um die Versichertengemeinschaft vor den finanziellen Konsequenzen einer Überversorgung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zu schützen. Die Mechanismen der Bedarfsplanung sorgen aber gleichzeitig dafür, dass das unternehmerische Risiko massiv reduziert wird, wenn die Zulassung erst einmal erfolgt ist. Zum einen werden Markteintritte zusätzlicher Konkurrenten in überversorgten Regionen verhindert und damit der eigene Marktanteil gesichert. Zum anderen reduziert die Möglichkeit zur Wiederbesetzung in überversorgten Regionen das Investitionsrisiko in erheblichem Ausmaß.<sup>13</sup>

Für ein erhöhtes unternehmerisches Risiko müsste es zudem Anzeichen in Form von erfolglosen Unternehmensgründungen und damit Marktaustritten geben. Es gibt jedoch keinerlei Anzeichen dafür, dass dies tatsächlich in nennenswertem Umfang der Fall ist (vgl. Tabelle 5). Nach Erhebungen der Wirtschaftsauskunft Creditreform lag das Insolvenzrisiko in haus- und fachärztlichen Praxen im Jahr 2012 bei etwa 0,4 Prozent. In den Facharztpraxen ist das Ausfallrisiko im Folgejahr auf 0,3 Prozent gesunken. Danach wiesen von 27.253 Praxen lediglich 88 Facharztpraxen Negativmerkmale auf (Sparkassen-Finanzgruppe 2014). Bezogen auf die Gesamtwirtschaft liegt das Ausfallrisiko bei etwa zwei Prozent. Demnach ist der Einschätzung zuzustimmen, dass „Vertragsärzte ... generell einem erheblich geringeren

---

<sup>12</sup> Beschlüsse der 29. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 11. Mai 2015. TOP 2, Antrag 1: Durch Honorarpolitik tragfähiges Strukturen schaffen. Download unter: [http://www.kbv.de/media/sp/Beschluesse\\_VV\\_2015\\_05\\_11.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Beschluesse_VV_2015_05_11.pdf) am 27. Mai 2015.

<sup>13</sup> Daran wird sich nach Einschätzung des Gutachters auch nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nichts Wesentliches ändern (Greß 2015).

Insolvenzrisiko ausgesetzt sind, als dies im Durchschnitt der Unternehmen in Deutschland der Fall ist (Ossege 2013).“

Bemerkenswert ist zudem, dass die absolute Zahl der Insolvenzen im Rezessionsjahr 2008 sogar von 223 auf 165 Praxen zurückging.<sup>14</sup> Die freiberufliche Tätigkeit in der Arztpraxis weist damit nicht nur ein deutlich reduziertes Insolvenzrisiko auf – sie ist zudem auch vergleichsweise unempfindlich gegenüber konjunkturellen Krisen. Diese Zahlen sind insofern nicht überraschend, als dass die Umsatzgarantie durch die gesetzlichen Krankenkassen das unternehmerische Risiko der Niederlassungsentscheidungen erheblich reduziert und zudem die Bedarfsplanung zugelassene Ärztinnen und Ärzten vor Markteintritten schützt.

**Tabelle 5** Ausfallrisiko Arztpraxen 2009 bis 2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
Ausfallrisiko Praxen Allgemeinmedizin	0,42	0,54	0,44	0,39	k. A.	k. A.
Ausfallrisiko Facharztpraxen	0,33	0,33	0,32	0,43	0,30	0,30
Ausfallrisikos Gesamtwirtschaft	2,30	2,25	2,15	2,06	2,01	1,99

Quelle: (Creditreform 2012a; Creditreform 2012b; Sparkassen-Finanzgruppe 2014).

\*Prognose

Es könnte im Gegenteil sogar argumentiert werden, dass angesichts der wirtschaftlichen Situation vieler Krankenhäuser die freiberufliche Tätigkeit von geringerem Risiko geprägt ist als der Verbleib im stationären Sektor. Ein Risikoaufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn ist daher aus Sicht des Gutachters keinesfalls zu rechtfertigen. Das hat offensichtlich auch der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns vom Dezember 2003 so gesehen, wonach in dem damals festgesetzten Wert auch das „kalkulatorische Wagnis“ eines Vertragsarztes abgegolten sei.

### 2.3.4 Berücksichtigung regionaler Produktivitäts- bzw. Kaufkraftunterschiede

Verschiedentlich wird zudem ein Aufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn auf der Grundlage regionaler Produktivitäts- und Kaufkraftunterschiede gefordert (Neubauer 2014). Dieser Vorschlag lässt sich mit dem Opportunitätskostenansatz nicht begründen, weil die Tarifgehälter nicht nach Produktivitäts- und Kaufkraftunterschieden differenziert sind. Hintergrund scheint auch hier die Forderung nach einer konkurrenzfähigen Vergütung im Vergleich zu anderen Berufsgruppen zu sein. Es soll wohl vermieden werden, dass Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu anderen Beschäftigten und Selbständigen in der gleichen Region benachteiligt werden und sich womöglich finanziell attraktivere Beschäftigungsmöglichkeiten suchen. Dies ist allerdings – wie oben schon ausgeführt – aufgrund unterschiedlicher Ausbildungsanforderungen weitgehend ausgeschlossen.

<sup>14</sup> Vgl. Spiegel Online vom 21. März 2009: „Gutverdiener – Deutsche Ärzte gehen seltener bankrott.“ Download unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/gutverdiener-deutsche-aerzte-gehen-seltener-bankrott-a-614709.html> am 12. Juni 2015.



Eine weitere mögliche Begründung für eine regionale Differenzierung des kalkulatorischen Arztlohns könnten erwünschte Steuerungswirkungen sein. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn es in Regionen mit hoher Bruttowertschöpfung bzw. hoher Kaufkraft mangelnde finanzielle Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch nicht zu erkennen. Im Gegenteil gelten Regionen mit hoher Kaufkraft wegen ihrer höheren Attraktivität – insbesondere aufgrund des hohen Anteils von Versicherten mit privater Krankenvollversicherung – eher als überversorgt. Umgekehrt sind Regionen mit unterdurchschnittlicher Kaufkraft eher unterversorgt bzw. von Unterversorgung bedroht. Ein Aufschlag auf den kalkulierten Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlicher Produktivität bzw. Kaufkraft ist daher aus Sicht des Gutachters keinesfalls zu rechtfertigen bzw. wäre sogar kontraproduktiv.

## **2.4 Gutachterliche Schlussfolgerungen**

Es ist grundsätzlich sachgerecht, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen am Prinzip der Opportunitätskosten orientiert hat. Nach diesem Prinzip wird der kalkulatorische Arztlohn auf der Basis von entgangenen Einkünften in anderen Tätigkeitsfeldern berechnet. Es ist allerdings nicht zwingend, dass – wie bisher vom Erweiterten Bewertungsausschuss praktiziert – das Oberarztgehalt im Krankenhaus als Referenzmaßstab dient. Für einen erheblichen Teil der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte dürfte – insbesondere wegen der im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus geringen Leitungs- und Personalverantwortung – eher das Facharztgehalt der geeignete Referenzmaßstab sein. Aus gutachterlicher Sicht wäre demnach eine Mischkalkulation aus Oberarzt- und Facharztgehalt durchaus angemessen.

In jüngster Zeit werden vermehrt Forderungen diskutiert, vom bisher angewandten Modell zur Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns abzuweichen. Einer dieser Ansätze sieht die Berechnung eines konkurrenzfähigen Arzthonorars auf der Basis des Einkommens von Angehörigen vergleichbarer freier Berufe vor. Diese Berechnungen basieren jedoch auf den Einkommen von freien Berufen, die an der Spitze der einschlägigen Statistik stehen und sind somit höchst selektiv. Der Durchschnitt des Einkommens freier Berufe liegt weit unter dem zuletzt im Jahr 2007 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten kalkulierten Arztlohn. Letztlich ist der Vergleich des ärztlichen Einkommens mit dem anderer freier Berufe aus Sicht des Gutachters ohnehin nicht sachgerecht, weil die Ausübungen der entsprechenden Tätigkeit – etwa als Notar oder Patentanwalt – ohne einschlägige Ausbildung ausgeschlossen ist. Ebenso wenig dürfte die ebenfalls deutlich besser honorierte Tätigkeit als Honorararzt ein angemessener Referenzmaßstab für die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns sein. Diese kommt schließlich nur für einen kleinen Teil der Niedergelassenen überhaupt als Alternative in Frage.

Ausgesprochen kritisch sind zudem aus gutachterlicher Sicht Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulierten Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit des Arztes bzw. der Ärztin vorsehen. Das unternehmerische Risiko der Niederlassung ist schließlich durch eine Vielzahl von Regelungen massiv eingeschränkt. Erstens erhalten die Niedergelassenen von den gesetzlichen Krankenkassen eine Art Umsatzgarantie. Zweitens schützen Markteintrittsbarrieren im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung die bereits zugelassenen Ärztinnen und Ärzte vor unerwünschter Konkurrenz. Letztlich deutet auch die außerordentlich geringe Insolvenzquote niedergelassener Praxen auf ein geringes unternehmerisches Risiko. Ein entsprechender Risikoaufschlag auf den kalkulierten Arztlohn ist jedenfalls unter den derzeitigen Rahmenbedingungen aus gutachterlicher Sicht keinesfalls zu rechtfertigen.

Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulierten Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität bzw. Kaufkraft vorsehen. Solche Zuschläge wären nur zu rechtfertigen, wenn es in Regionen mit hoher Kaufkraft bzw. Produktivität keine hinreichenden finanziellen Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch keinesfalls zu erkennen.

### **3 Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung**

In diesem Abschnitt des Gutachtens wird zunächst die Funktion des kalkulatorischen Arztlohns im EBM der Funktion der Gesamtvergütung gegenübergestellt. In der Folge wird geprüft, inwieweit das ärztliche Einkommen in den Jahren 2007 bis 2011 auch ohne Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns angestiegen ist. Anschließend werden die Folgen einer Koppelung von kalkulatorischem Arztlohn und Gesamtvergütung abgeleitet. Der Abschnitt schließt mit zusammenfassenden gutachterlichen Empfehlungen.

#### **3.1 Funktion des kalkulatorischen Arztlohns im EBM vs. Funktion des Orientierungswertes in der Gesamtvergütung**

Von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wurde wiederholt gefordert, dass ein nach oben angepasster kalkulierter Arztlohn im EBM auch zu einer Steigerung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung führen müsse. Zur Beurteilung dieses Zusammenhangs muss aus Sicht des Gutachters unterschieden werden, welchem Zweck und welcher Logik der EBM auf der einen Seite und die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung auf der anderen Seite folgen.

In erster Linie dient der EBM dazu, auf der Grundlage der Sachkosten und der monetär bewerteten Zeitkosten die ärztlichen Leistungen unterschiedlicher Art *relativ* zu bewerten. *Ceteris paribus* würde eine Anhebung des kalkulierten Arztlohns innerhalb des EBM daher zu einer Aufwertung von ärztlichen Leistungen mit einem niedrigen Sachkosten- und einem hohen Zeitkostenanteil führen. Mit anderen Worten würden Beratungs- und Gesprächsleistungen relativ höher und ärztliche Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil – verursacht etwa durch hohe Abschreibungen auf technische Geräte – relativ niedriger bewertet werden. Schon alleine aus Praktikabilitäts Erwägungen wird sich der EBM mit den durchaus aufwändigen Verfahren der Kostenrechnung nicht in kurzen Abständen an veränderte Gegebenheiten anpassen lassen. Veränderungen der Betriebs- und Investitionskosten könnten allenfalls über eine zeitlich befristete Anpassung des Orientierungswertes – mithin innerhalb der Gesamtvergütung und gerade nicht innerhalb des EBM – berücksichtigt werden.

Zweck der Kalkulationsmethodik des EBM ist es allerdings, dass im Ergebnis ein Praxisinhaber bei durchschnittlicher Kosten- und Leistungsstruktur sowie durchschnittlicher Praxisorganisation bei ausschließlicher GKV-Tätigkeit in Vollzeit seine entstehenden Kosten erstattet bekommt und ein vorab definiertes durchschnittliches Arzteinkommen erzielen kann. Mit anderen Worten sollte ein Arzt oder eine Ärztin bei alleiniger Behandlung von GKV-Versicherten mit von der GKV finanzierten Leistungen, bei durchschnittlicher Produktivität und einer Arbeitszeit von 51 Wochenstunden ein Jahreseinkommen von 105.571,80 Euro erzielen können (IGES Institut 2010).

Der Funktionszusammenhang des EBM wird jedoch verlassen, wenn eine Erhöhung des kalkulierten Arztlohns – wie von der KBV gefordert – darüber hinaus zu einer Erhöhung der Gesamtvergütung führen würde. Zweck des EBM ist eine sachgerechte *relative* Bewertung der ärztlichen Leistungen. Im Gegen-

satz dazu markiert die Gesamtvergütung eine *absolute* Obergrenze für die von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzierenden ärztlichen Leistungen.

Die Funktion der Gesamtvergütung liegt aus gutachterlicher Sicht primär darin, die von der Versicherungsgemeinschaft zu finanzierenden Mengen und damit die Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung zu begrenzen. Dazu wird zwischen den Vertragspartnern der Gesamtvergütung eine Vereinbarung über die zu finanzierende Menge der ärztlichen Leistungen und den Preis für diese Leistungen geschlossen. Nach Vorstellung der KBV soll der kalkulatorische Arztlohn – eine Stellgröße des EBM – bei der Festlegung des Orientierungswertes, mithin bei der Festlegung der Preiskomponente in der Gesamtvergütung, berücksichtigt werden. Es gibt jedoch keine explizite normative gesetzliche oder untergesetzliche Vorgabe dafür, dass die Ausgestaltung des EBM im Allgemeinen und die Höhe des kalkulatorischen Arztlohns im Besonderen direkten Einfluss auf die Höhe der Gesamtvergütung haben müssen. Der kalkulatorische Arztlohn ist als Bestandteil des EBM eben nicht als Bestandteil der Preiskomponente anzusehen.<sup>15</sup> Die Determinanten für die tatsächliche Höhe des Praxisüberschusses – etwa die Anzahl der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Entwicklung der Produktivität – liegen zudem außerhalb der Logik des EBM und können von diesem nicht berücksichtigt werden.

Aus Sicht des Gutachters ist es allerdings eine durchaus relevante Frage, inwieweit das oben definierte durchschnittliche Arzteinkommen – bei ausschließlicher Behandlung von GKV-Versicherten mit von der GKV finanzierten Leistungen – tatsächlich erreicht wird. Das ist dann aber eine empirische und keine normative Frage (siehe unten).

### **3.2 Einkommensentwicklung der Vertragsärzte und kalkulatorischer Arztlohn**

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geforderte regelmäßige Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns – etwa zur Berücksichtigung der allgemeinen Preisentwicklung – baut offensichtlich auf der Prämisse auf, dass das Einkommen der Vertragsärzte ohne eine solche Anpassung stagnieren würde. Mit anderen Worten würde die Einkommensentwicklung der Vertragsärzte nicht nur hinter den Einkommen vergleichbarer freier Berufe zurückbleiben, sondern auch durch die allgemeine Preisentwicklung entwertet werden. Diese Argumentation verkennt jedoch die Logik des ärztlichen Vergütungssystems. Die Entwicklung der Gesamtvergütung ist abhängig von der Preisentwicklung (Anpassung des Orientierungswertes) und der Mengenentwicklung. Zudem wird das Einkommen der Vertragsärzte nicht nur durch die Einnahmen aus den Vergütungen für gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten gespeist. Für die Bewertung des Arguments, dass nur eine regelmäßige Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns auch zu einer angemessenen Einkommensentwicklung der Vertragsärzte führe, bedarf es demzufolge einer empirischen Annäherung.

Dazu muss zunächst die Frage beantwortet werden, inwieweit die im Jahr 2007 erfolgte Festsetzung des kalkulatorischen Arztlohns zum damaligen Zeitpunkt empirisch auch erreicht wurde. Mit anderen Worten ist zu klären, ob die fiktive kalkulatorische Größe – festgesetzt auf der Basis der Opportunitätskos-

---

<sup>15</sup> Insofern ist aus Sicht des Gutachters der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 30. Sitzung vom 15. und 30. August 2012 nicht nachvollziehbar. Dort wird die Anpassung des Orientierungswertes um +0,9 % unter anderem mit den gestiegenen Investitions- und Betriebskosten *einschließlich des kalkulatorischen Arztlohns* begründet (Hervorhebung durch Verfasser).

tenansatzes – zumindest im Durchschnitt auch empirisch erreicht wurde bzw. wird. Zu diesem Zweck hat das Institut des Bewertungsausschusses im Jahr 2010 eine Untersuchung auf der Basis der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamts durchgeführt. Die Kostenstrukturanalyse ist insofern eine geeignete Datengrundlage, weil in ihr sämtliche Einnahmen einer Arztpraxis – einschließlich der Einnahmen aus Kassenpraxis, Privatpraxis und Einnahmen aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit – den Aufwendungen gegenübergestellt werden. Zudem ist sie die einzige neutrale Quelle, die diese Informationen erhebt – auch wenn die Repräsentativität der Daten des Statistischen Bundesamts von der Kassenzentralen Bundesvereinigung zuweilen angezweifelt wird.

Die Daten aus dem Jahr 2007 zeigen, dass – unter Berücksichtigung der drei genannten Einkommensquellen – mit 133.000 Euro<sup>16</sup> bzw. 148.000 Euro<sup>17</sup> ein durchschnittlicher Überschuss weit oberhalb des kalkulatorischen Arztlohns erzielt wurde. Die Höhe des Überschusses variiert nach Facharztdisziplin und war zum damaligen Zeitpunkt bei den ärztlichen Psychotherapeuten mit 50.000 Euro am niedrigsten und in der Nephrologie mit 383.000 Euro am höchsten.

**Tabelle 6 Überschuss je Praxisinhaber 2007 und 2011 in Tsd. Euro**

	Einnahmen aus Kassenpraxis	Einnahmen aus Privatpraxis	Einnahmen aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit	Aufwendungen	Überschuss	Bereinigter Überschuss
2007	202	50	7	126	133	105
2011	220	53	7	134	148	118
Anstieg absolut	18	3	0	8	15	13
Anstieg relativ	9 %	6 %	-	6 %	11 %	12 %

Quelle: (Institut des Bewertungsausschusses 2014; Institut des Bewertungsausschusses 2010).  
Nur Praxen ohne angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Es lässt sich aber – wie oben schon dargestellt – argumentieren, dass es Ziel des EBM sein muss, dass bei hundertprozentiger GKV-Tätigkeit ein Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns erreicht werden kann. Zu diesem Zweck hat das Institut des Bewertungsausschusses ein pragmatisches Bereinigungsverfahren angewendet, mit dem die Einnahmen aus Privatpraxis gewichtet mit dem Faktor 0,435<sup>18</sup> in den Überschuss eingerechnet werden. Diesem Verfahren liegt die allerdings recht konservative Annahme zugrunde, dass die Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten mit vergleichbaren Aufwendungen verbunden ist – jedoch im Durchschnitt mit dem 2,3fachen Satz vergütet wird (Institut des Bewertungsausschusses 2010). Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass die Behandlung von privat Versicherten mit höherem Aufwand verbunden ist als die Behandlung von gesetzlich Versicherten.

<sup>16</sup> Dieser Wert beruht auf einer Unterstichprobe der Kostenstrukturanalyse, in denen nur Einzel- und Gemeinschaftspraxen (keine Praxisgemeinschaften) berücksichtigt sind sowie Praxen, in denen keine Ärzte angestellt sind und in denen der Anteil GKV-Einnahmen an allen Einnahmen der Praxis mindestens 50 Prozent betragen hat.

<sup>17</sup> Dieser Wert beruht auf der Grundgesamtheit der Kostenstrukturanalyse. Bei den Aufwendungen werden allerdings Aufwendungen für das eigene Kraftfahrzeug nicht berücksichtigt. Diese entsprächen nicht dem Vorgehen bei der Bewertung von EBM-Leistungen.

<sup>18</sup> Dies entspricht der Berechnung  $1/2,3$ . Die Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten wird im Durchschnitt mit dem 2,3 fachen Satz vergütet (Walenzik et al. 2008).

cherten. Die vorliegende Empirie deutet übereinstimmend darauf hin, dass sich niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei PKV-Versicherten mehr Zeit für eine intensive Beratung und Behandlung nehmen als bei GKV-Versicherten (Becklas et al. 2013: 45f.).

Nach den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses ergibt für das Jahr 2007 ein bereinigter Überschuss in Höhe von rund 105.000 Euro. Dieser ist nahezu identisch mit dem für dieses Jahr festgesetzten kalkulatorischen Arztlohn. Der durchschnittliche bereinigte Überschuss wird nach den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses zwar nicht von allen Arztgruppen erreicht. Allerdings gehen die Unterschiede im Überschuss zwischen den Arztgruppen zurück, weil das Bereinigungsverfahren den Überschuss der Arztgruppen mit besonders hohem Anteil an Einnahmen aus Privatpraxis senkt.<sup>19</sup>

Eine vergleichbare Analyse hat das IGES-Institut ebenfalls mit den Daten der Kostenstrukturanalyse des Jahres 2007 durchgeführt. Danach wird bei Einschluss aller Praxen ein bereinigter Überschuss von 104.620 Euro erzielt. Mithin lag nach dieser Berechnung der tatsächlich erzielte Überschuss aus rein vertragsärztlicher Tätigkeit um etwa 950 Euro pro Jahr unter dem kalkulatorischen Arztlohn (vgl. Tabelle 7).

Dieses Defizit verschwindet jedoch, wenn aus der Gesamterhebung diejenigen Ärztinnen und Ärzte ausgeschlossen werden, die nicht in Vollzeit tätig sind. Ein solcher Ausschluss ist plausibel, weil der kalkulatorische Arztlohn nur für diejenigen Ärztinnen und Ärzte erreichbar sein soll, die in Vollzeit – im derzeitigen Kalkulationsmodell bedeutet dies 51 Stunden pro Woche – arbeiten. In mehreren Stufen wurden daher ein Teil der Praxisinhaber aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Dabei wurde davon ausgegangen, dass ein unterdurchschnittlich hoher Gesamtumsatz einen Indikator für eine unterdurchschnittlich hohe Arbeitszeit darstellt. In einem ersten Szenario werden daher Einzelpraxen mit Gesamteinnahmen unter 125.000 Euro und Gemeinschaftspraxen mit Gesamteinnahmen unter 200.000 Euro ausgeschlossen. Diese Werte werden in den Szenarien 2 und 3 auf 150.000 Euro bzw. 200.000 Euro für Einzelpraxen und 250.000 Euro bzw. 300.000 Euro für Gemeinschaftspraxen erhöht. Der bereinigte Überschuss steigt demzufolge auf etwas mehr als 108.000 Euro in Szenario 1, etwa 111.000 Euro in Szenario 2 und sogar 119.000 Euro in Szenario 3 (vgl. Tabelle 7).

Da sich aus den Daten der Kostenstrukturanalyse die tatsächliche ärztliche Arbeitszeit nicht empirisch ableiten lässt, stellt die zitierte Berechnung allenfalls eine empirische Annäherung dar. Die Annahme, dass nicht alle Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit tätig sind, dürfte jedoch durchaus plausibel sein. Umgekehrt dürfte es unplausibel sein, dass alle in der Kostenstrukturanalyse erfassten Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit tätig sind. Insofern dürfte der bereinigte Überschuss unter Berücksichtigung der realen Arbeitszeit im Jahr 2007 in einem Korridor zwischen 105.000 Euro und 119.000 Euro gelegen haben.

---

<sup>19</sup> Die Bereinigung erfolgt allerdings durchgängig mit dem Faktor 1/2,3. Diese Faktor variiert allerdings in Abhängigkeit von der betrachteten Facharztgruppe (Walendzik et al. 2008).

**Tabelle 7**      **Geschätzter bereinigter Überschuss 2007**

	Anzahl Praxisinhaber	Bereinigter Überschuss in €	Kalkulatorischer Arztlohn in €	Differenz Überschuss und Arztlohn in €	Differenz Überschuss und Arztlohn in %
Alle Praxen	96.190	104.620	105.572	-952	-1
Szenario 1	91.388	108.420	105.572	2.848	3
Szenario 2	86.830	111.609	105.572	6.037	6
Szenario 3	74.656	119.493	105.572	13.921	13

Quelle: (IGES Institut 2010: 52).

Bei dem genannten Korridor ist zudem noch nicht berücksichtigt, dass der Bereinigungsfaktor bei Heranziehung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit außerordentlich konservativ angesetzt ist. Die Berechnung dieses Faktors erfolgt unter der Prämisse, dass Ärztinnen und Ärzte für die Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten für den gleichen Aufwand eine 2,3fache Vergütung erhalten. Es wäre jedoch aus Sicht des Gutachters wegen des oben angesprochenen höheren zeitlichen Aufwands für die Behandlung von PKV-Versicherten durchaus plausibel, relativ höhere Aufwendungen für die Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten zu kalkulieren. Diese höheren Aufwendungen würden kalkulatorisch bei der Behandlung einer ausschließlich gesetzlich versicherten Patientenpopulation entfallen und würden daher den bereinigten Überschuss erhöhen.

Die Daten der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamts liegen für die Erhebungsjahre 2007 und 2011 vor. In diesem Zeitraum hat der Erweiterte Bewertungsausschuss den kalkulatorischen Arztlohn nicht angepasst. Insofern ist die Entwicklung des bereinigten Überschusses für diesen Zeitraum besonders relevant für die Beantwortung der Frage, inwieweit der bereinigte Überschuss auch ohne Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns ansteigt.

Die Zahlen aus dem Jahr 2011 sind mit denen von 2007 vergleichbar, weil sie auf der gleichen Datenbasis und der gleichen Auswertungssystematik beruhen. Demzufolge sind im Zeitraum von 2007 bis 2011 die Einnahmen aus Kassenpraxis absolut um 18.000 Euro pro Praxisinhaber angestiegen sind. Dies entspricht einem Anstieg von rund neun Prozent im Zeitraum von vier Jahren. Die Einnahmen aus Privatpraxis sind im gleichen Zeitraum um rund sechs Prozent gestiegen. Um den gleichen Prozentsatz sind die Aufwendungen gestiegen. Der Anstieg des Überschusses je Praxisinhaber lag in diesem Zeitraum bei rund 15.000 Euro pro Praxisinhaber – das entspricht einem relativen Wachstum von 11 Prozent.

Der bereinigte Überschuss – die empirische Vergleichsgröße zum kalkulatorischen Arztlohn – ist von 2007 bis 2011 um rund 13.000 Euro oder etwa elf Prozent auf 118.000 Euro angestiegen. Vor dem Hintergrund der oben angestellten Überlegungen dürfte diese Entwicklung das untere Ende eines Korridors für die Entwicklung des bereinigten Überschusses darstellen. Erstens basiert diese Zahl auf der wenig plausiblen Annahme, dass alle erfassten Ärztinnen und Ärzte in Vollzeit tätig sind. Aus Sicht des Gutachters ist die Validität dieser Prämisse vor dem Hintergrund einer steigenden Präferenz von Ärztinnen und Ärzten für familienfreundliche Teilzeitarangements für das Jahr 2011 noch geringer als im Jahr 2007.

Zweitens wird die konservative Prämisse zur Berücksichtigung von Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit beibehalten. Das Institut des Bewertungsausschusses geht also davon aus, dass der Aufwand bei

der Behandlung von privat versicherten Patientinnen und Patienten ebenso hoch ist wie bei der Behandlung von gesetzlich Versicherten. Aus gutachterlicher Sicht ist es jedoch nicht unplausibel, dass dieser Aufwand real deutlich höher ist. Das würde bedeuten, dass dieser zusätzliche Aufwand bei der ausschließlichen Behandlung von gesetzlich Versicherten wegfiel. Bei einem Einkommen aus Privatpraxis in Höhe von 53.000 Euro und einem Korrekturfaktor von 1,9 – also etwa 20 Prozent höherem Aufwand für die Behandlung von Privatpatienten – würde der korrigierte Überschuss um etwa 5.000 Euro pro Jahr steigen.

Darüber hinaus steigt der bereinigte Überschuss weiter an, wenn in die zugrunde liegende Stichprobe auch Praxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten einbezogen werden. Bislang wurden für die Überschussberechnung ausschließlich Praxen ohne angestellte Ärzte herangezogen. Für alle Praxen lag demnach der bereinigte Überschuss nach den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses im Jahr 2011 bei 126.000 Euro. Die zusätzlichen Aufwendungen für die Anstellung von Ärztinnen und Ärzten konnten demnach durch höhere Einnahmen sowohl von der gesetzlichen als auch der privaten Krankenversicherung überkompensiert werden, so dass der bereinigte Überschuss im Durchschnitt pro Praxis um 8.000 Euro anstieg (Institut des Bewertungsausschusses 2014).

Aktuellere Daten aus der Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamts liegen nicht vor. Das Institut des Bewertungsausschusses hat jedoch die Daten aus dem Jahr 2011 bis zum Jahr 2013 für einzelne Facharztgruppen fortgeschrieben. So ist der bereinigte Überschuss für Hausärztinnen und Hausärzte zwischen 2011 und 2013 um rund sechs Prozent gestiegen – in anderen Facharztgruppen war der Anstieg allerdings geringer (Institut des Bewertungsausschusses 2014). Vor dem Hintergrund dieser Berechnungen dürfte ein durchschnittlicher Anstieg des bereinigten Überschusses von 2,5 % pro Jahr durchaus realistisch sein. Bei Fortschreibung des Wertes aus dem Jahr 2011 dürfte der bereinigte Überschuss im Jahr 2014 nach Schätzungen des Gutachters in einem Korridor zwischen 127.000 und 140.000 Euro gelegen haben. Die untere Grenze des Korridors dürfte aufgrund der außerordentlich konservativen Annahmen bei der Berechnung eine deutliche Unterschätzung des bereinigten Überschusses darstellen.

Die oben beschriebene Entwicklung des bereinigten Überschusses zeigt aus Sicht des Gutachters dreierlei. Erstens hat der Erweiterte Bewertungsausschuss ganz offensichtlich bei der Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns nicht nur mögliche Vergleichseinkommen und damit das Opportunitätskostenprinzip im Blick gehabt. Es ist eher unwahrscheinlich, dass der kalkulatorische Arztlohn des Jahres 2007 und der bereinigte Überschuss für das gleiche Jahr rein zufällig ziemlich genau übereinstimmen. Zweitens zeigt die Entwicklung der Einnahmen im Zeitraum von 2007 bis 2011, dass eine deutliche Steigerung der Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit auch ohne Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns möglich ist. Diese empirische Erkenntnis ist vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Vergütungssystematik auch nicht weiter überraschend. Drittens führt die Berechnung des bereinigten Überschusses durch das Institut des Bewertungsausschusses aus Sicht des Gutachters zu einer Unterschätzung, weil die Berechnung auf mindestens zwei nur eingeschränkt validen Prämissen basieren.



### **3.3 Auswirkungen von Veränderungen des kalkulatorischen Arztlohns auf die Entwicklung der Gesamtvergütung**

Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geforderte Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns und eine gesetzlich nicht normierte Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung sind aus gutachterlicher Sicht ausgesprochen kritisch zu bewerten. Die Realisierung dieser Forderung würde implizieren, dass eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns nach oben – egal ob einmalig oder regelmäßig – entsprechend der Logik des EBM nicht nur zu einer Verschiebung des relativen Gewichts von ärztlichen Leistungen führt, sondern gleichzeitig zu einem Anstieg der Gesamtvergütung. In der Logik der Gesamtvergütung könnte dies entweder durch eine Anpassung des Orientierungswertes oder über ein höheres Mengenvolumen geschehen, das durch die Versicherungsgemeinschaft finanziert werden muss.

Diese Koppelung wäre aus Sicht des Gutachters aus mehreren Gründen in hohem Maße problematisch. Erstens sind bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswertes gesetzlich insbesondere die Entwicklung der Investitions- und der Betriebskosten zu berücksichtigen. In die Entwicklung der Betriebskosten gehen auch die Entwicklung von Personal- und Sachkosten ein. Eine zusätzliche Anhebung des Orientierungswertes auf der Basis eines erhöhten kalkulierten Arztlohns würde dazu führen, dass die Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit doppelt angehoben wird – einmal durch die Erhöhung des kalkulierten Arztlohns im EBM und ein weiteres Mal durch die Erhöhung des Orientierungswertes sowie weiterer Vergütungsbestandteile in der Gesamtvergütung. Dies wäre vergleichbar mit einem Tarifabschluss, bei dem zum einen das allgemeine Gehaltsniveau erhöht wird und gleichzeitig alle Beschäftigten eine höhere Eingruppierung erhalten.

Neben dem oben beschriebenen Anpassungseffekt würde zweitens eine Berücksichtigung von Veränderungen des kalkulatorischen Arztlohns bei der Fortschreibung des Orientierungswertes unter Umständen außerdem zu einem Niveaueffekt führen. Dies wäre insbesondere dann der Fall, wenn der erweiterte Bewertungsausschuss eine regelmäßige Anpassung des Orientierungswertes auf der Basis der Gehaltsentwicklung von in Krankenhaus tätigen (Ober-)Ärzten beschließen würde. Die KBV könnte dann bei den Verhandlungen zur Fortschreibung des Orientierungswertes regelmäßig auf die Tarifabschlüsse der für die Krankenhausärzte zuständigen Gewerkschaft verweisen. Letztere könnte wiederum auf die Erfolge der KBV bei der Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns in der ambulanten ärztlichen Versorgung hinweisen. Es besteht damit die ernsthafte Gefahr, dass die von der KBV geforderte künstliche Koppelung zwischen den Vergütungssystematiken in der ambulanten und stationären Versorgung zu einer dauerhaften und sich gegenseitig verstärkenden Mehrfachdynamisierung in den Vergütungssystemen beider Versorgungsbereiche führt. Insofern ist dringend vor der von der KBV geforderten Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung zu warnen. Sollte tatsächlich eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns notwendig werden, so sollte dies im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM erfolgen und nicht bei den Verhandlungen über die Anpassung der Gesamtvergütung.

### 3.4 Gutachterliche Schlussfolgerungen

In der jüngeren Vergangenheit hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung mehrfach Forderungen nach einer Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns mit dem Argument begleitet, dass eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns nach oben auch zu einer Erhöhung der Gesamtvergütung führen müsse. Aus Sicht des Gutachters ist diese Forderung aus drei Gründen nicht nachzuvollziehen.

Erstens dienen EBM auf der einen Seite und Gesamtvergütung auf der anderen Seite einem anderen Zweck und unterliegen einer anderen Logik. Der kalkulatorische Arztlohn im EBM dient primär dazu, die Zeitkosten ärztlicher Leistungen unterschiedlicher Art relativ bewerten zu können. Eine Veränderung der Höhe des kalkulatorischen Arztlohns hat daher in erster Linie die Auswirkung, dass ärztliche Leistungen mit einem hohen Zeitkostenanteil aufgewertet würden. Im Gegensatz dazu markiert die Gesamtvergütung eine absolute Obergrenze der von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzierenden Leistungen. Zudem gibt es keinerlei gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben, dass Veränderungen beim kalkulatorischen Arztlohn bei der Festsetzung von Veränderungsraten der Gesamtvergütung berücksichtigt werden müssen. Der kalkulatorische Arztlohn ist daher gerade nicht als Bestandteil der Preiskomponente in der Gesamtvergütung anzusehen.

Zweitens zeigt die Betrachtung der empirischen Entwicklung, dass der bereinigte Überschuss je Praxisinhaber bereits im Jahr 2007 den damals vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgesetzten Wert für den kalkulatorischen Arztlohn erreicht hat. Zudem zeigen die Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses, dass der bereinigte Überschuss ohne jede Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns in den Jahren 2007 bis 2011 um rund 13.000 Euro oder etwa elf Prozent angestiegen ist. Vor dem Hintergrund des Unterschieds der Systematik in EBM und Gesamtvergütung ist diese Entwicklung auch nicht weiter überraschend. Nach Einschätzung des Gutachters ist ein jährlicher Anstieg des bereinigten Überschusses um 2,5 Prozent realistisch, so dass der bereinigte Überschuss im Jahr 2014 bei mindestens 127.000 Euro gelegen haben dürfte. Die Annahmen in den Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses sind jedoch außerordentlich konservativ – insbesondere im Hinblick auf die Aufwendungen für die Behandlung von privat versicherten Personen und die ärztliche Arbeitszeit. Insofern dürfte der bereinigte Überschuss nach Schätzungen des Gutachters im Jahr 2014 eher in einem Korridor zwischen 127.000 und 140.000 Euro gelegen haben.

Drittens würde eine gesetzlich nicht normierte Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung der Gesamtvergütung zu einer für die Versichertengemeinschaft problematischen doppelten Ausgabedynamik führen. Diese würde einerseits durch die von der KBV geforderte Berücksichtigung der Entwicklung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Entwicklung der Gesamtvergütung induziert. Zum anderen bestände die ernstzunehmende Gefahr einer dauerhaften und sich gegenseitig verstärkenden Mehrfachdynamisierung, wenn sich die KBV bei den Verhandlungen zur Fortschreibung des Orientierungswertes regelmäßig auf die Tarifabschlüsse der für die Krankenhausärzte zuständigen Gewerkschaft berufen könnte – und umgekehrt. Sollte tatsächlich eine Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns notwendig werden, so sollte dies daher aus gutachterlicher Sicht im Rahmen der Weiterentwicklung des EBM erfolgen und nicht bei den Verhandlungen über die Anpassung der Gesamtvergütung.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns 2003 .....	10
Tabelle 2	Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns 2007 .....	11
Tabelle 3	Tätige Personen in Arztpraxen 2011.....	12
Tabelle 4	Einkünfte von ausgewählten vergleichbaren Freiberuflern 2007 .....	14
Tabelle 5	Ausfallrisiko Arztpraxen 2009 bis 2014 .....	16
Tabelle 6	Überschuss je Praxisinhaber 2007 und 2011 in Tsd. Euro .....	21
Tabelle 7	Geschätzter bereinigter Überschuss 2007 .....	23

## Literatur

- Becklas, E./A. Mielck/J. Böcken (2013). Das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung – Unterschiede zwischen GKV- und PKV-Versicherten. Gesundheitsmonitor 2012. J. Böcken, B. Braun, U. Repschläger. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung: 28-53.
- Bundesärztekammer/KBV (2008). Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. Stand 9. September 2008. Deutsches Ärzteblatt **105**(51-52): A4-A6.
- Creditreform (2012a). Branchenanalyse Arztpraxen für Allgemeinmedizin. Neuss, Creditreform Rating AG.
- Creditreform (2012b). Branchenanalyse Facharztpraxen. Neuss, Creditreform Rating AG.
- Greß, S. (2015). Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Berlin, Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit. Ausschussdrucksache **18**(14)0091(32).
- IGES Institut (2010). Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands. Berlin, IGES.
- Institut des Bewertungsausschusses (2014). Bericht zu den vorbereitenden Arbeiten im Rahmen der Festlegungen zum Orientierungswert 2015. Berlin.
- Institut des Bewertungsausschusses (2010). Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen. Berlin.
- Keller, B./M. Wilkesmann (2014). Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit. Industrielle Beziehungen **21**(1): 99-125.
- Neubauer, G. (2014). Kriterien zur Bewertung des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit. Präsentation beim ZI Forum am 12. November 2014 in Berlin.
- Ossege, M. (2013). Mitwirkungspflichten insolventer Vertragsärzte bei der Abrechnung. Gesundheitsrecht (GesR) (1): 16-20.
- Sparkassen-Finanzgruppe (2014). Branchenreport Fachärzte. Stuttgart, Deutscher Sparkassen-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2012). Fachserie 14. Reihe 7.1. Finanzen und Steuern. Lohn- und Einkommenssteuer 2007. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2013). Fachserie 2. Reihe 1.6.1. Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.
- von Stillfried, D. G./T. Czihal (2014). Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen. Deutsches Ärzteblatt **111**(4): A114-A17.

Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2008). Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.





**ISBN 978-3-940713-14-8**

**pg-papers 02/2015**

Fachbereich Pflege und Gesundheit

Hochschule Fulda

Leipziger Straße 123

36037 Fulda