

# „Vertragsärztliche Versorgung zukunftsicher machen“ ZI-Forum 26. April 2017

## **Angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen**

Dr. iur. Karsten Scholz, Ärztekammer Niedersachsen  
Honorarprofessor an der Leibniz Universität Hannover

# angemessene Vergütung

- angemessene Gesamtvergütung *oder*
- angemessenen hohes individuelles Honorar?
- Tagungsthema: Kalkulatorischer Arztlohn
- Erläuterung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung am 22.10.2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des EBM (DÄBI 2012, A-2325)  
„Die betriebswirtschaftliche Kalkulation des EBM mittels des Standardbewertungssystems basiert auf der Annahme einer Modellpraxis mit einem Vollzeit tätigen Praxisinhaber, der in dieser Zeit ausschließlich GKV-Patienten behandelt. Der EBM ist so kalkuliert, dass die Modellpraxis aus den Erlösen ihre Kosten vollständig deckt und einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns erzielt.“
- Kein Unternehmergewinn? / flexiblere Versorgung?

# kalkulatorischer Arztlohn 1996

- „Neues Vergütungsmodell für Kassenärzte“ (DÄBI. 1996, A-2191, 2192)
- Praxisbudgets (im EBM): „Dabei werden zunächst die Betriebsausgaben der jeweiligen Arztgruppen festgelegt. Der Sollumsatz der betroffenen Arztgruppe ergibt sich durch Addition des „im Durchschnitt aus GKV verfügbaren ärztlichen Einkommens“ als kalkulatorischer Arztlohn. Der Sollumsatz wird nun durch die Anzahl der durchschnittlich kurativ-ambulant Fälle der jeweiligen Arztgruppe dividiert, woraus sich die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl ergibt. Bestimmende Größen sind daher die Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe sowie deren Betriebsausgaben.“
- Beschluss Abschaffung Praxisbudgets: 19.12.2002 - seit Einführung des EBM 1977 erstmals Erweiterter Bewertungsausschuss

# kalkulatorischer Arztlohn 2003

- Neuer EBM kommt zum 1. Juli 2004 (DÄBI 2003, A 3345; 2004, A 66)
- Beim umstrittenen Thema kalkulatorischer Arztlohn je Minute hat der Erweiterte Bewertungsausschuss entschieden, dass dieser **77,9 Cent** beträgt. Damit, so der KBV-Vorsitzende Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, der zwischen dem Vorschlag der **Krankenkassen (66 Cent)** und dem der **Ärzte (87 Cent)** liegt. Den Berechnungen liege eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 51 Stunden zugrunde.
- vorhergehend: Beschluss des eBewA am 30.7.2003 (DÄBI. A-2182)
- Der erweiterte Bewertungsausschuss setzt für die standardisierte Vorgehensweise bei der Bewertung der ärztlichen Leistungen eine Produktivität von 87,5% und eine Bruttojahresarbeitszeit des Arztes von 140.148 Minuten fest. Unter Berücksichtigung dieser Prämisse sind **Modellrechnungen** für die Bewertung der ärztlichen Leistungen vorzunehmen mit folgenden kalkulierten Arztlöhnen je Minute: **0,66 €**, **0,76 €** und **0,87 €**.

# Kalkulatorischer Arztlohn

- Der EBM 2000 plus sah einen kalkulatorischen Arztlohn von 95.553 € vor. Grundlage: BAT Stufe 1a (Oberarzt) hochgerechnet um höhere Arbeitszeit des niedergelassenen Arztes
- 2008/2009 (Umstellung auf die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung): 105.571,80 € (86,09 Cent/Minute bei einer Wochenarbeitszeit von 51 Stunden)

# kalkulatorischer Arztlohn 2013

- entscheidungserhebliche Gründe des Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses vom 15./30.8.2012:
- „... Das Rechenmodell des GKV-Spitzenverbandes ...; es sieht keine Berücksichtigung eines erhöhten **kalkulatorischen Arztlohnes** vor.“
- „Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Rechenmodelle und nicht nur hinsichtlich der Größenordnung ... im Wege einer Kompromissfindung den Orientierungswert um + 0,9% angepasst. Diese Anpassung berücksichtigt die gestiegenen Betriebs- und Investitionskosten einschließlich des **kalkulatorischen Arztlohns** von 2010 nach 2011 ....“

# kalkulatorischer Arztlohn

- Beschluss des Bewertungsausschusses vom 22.10.2012 zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und **Weiterentwicklung** des **EBM** (DÄBI 2012, A-2325)
- Aktualisierung und Weiterentwicklung des Standardbewertungssystems:
- Der EBM wird auf Grundlage der vorliegenden und noch zu beauftragenden Analysen des Instituts des Bewertungsausschusses neu kalkuliert. Die betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage wird dabei beibehalten und weiterentwickelt. Folgende Parameter werden überprüft und ggf. angepasst und ergänzt:
  - **Kalkulatorischer Arztlohn**
- KBV klartext 09/2014: 133.000 € - Gesamtvergütung + 3 Mrd. €

# § 72 Abs. 2 SGB V

## Sicherstellung der ...Versorgung

- „Die vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden.“
- Gesamtvertrag als Vertrag LV KK – vdek – KBV; NICHT § 71 !
- HVM als Satzung (kein HVV !)
- eines von mehreren Abwägungskriterien, - Zielbeschreibung
- Strukturelle Angemessenheit
- → KEINE Anspruchsgrundlage → KKen bzgl. bestimmter Höhe

# § 72 Abs. 2 SGB V

- Keine Anspruchsgrundlage Vertragsarzt → KÄV
- Teilnahme an Gesamtvergütung
- Kein Individualanspruch auf eine kostendeckende Vergütung einzelner Leistungen, es sei denn ....
- ... die durch die vertragsärztliche Vergütung erzeugte Anreiz, sich an bestimmten Orten ist so gering (geworden), dass die Versorgung – zumindest in einem relevanten Teilbereich **und** deshalb auch die **berufliche Existenz** der am Versorgungssystem teilnehmenden Ärzte **gefährdet** ist (*Sicherstellungsaspekt des § 72 Abs. 2 SGB V*)
- zB BSG Urt. v. 9.12.2004 – B 6 KA 44/03 R
- prozeduraler Weg dient Konkretisierung des hochabstrakten Begriffs

## Gestaltungsspielraum Bewertungsausschuss

- BSG Urt. v. 28.10.2015 – B 6 KA 42/14 R Rn. 30 betr. Strukturpauschale als Zuschlag für ausschließlich konservativ tätige Augenärzte, also Beschränkung auf Basisversorgung
- zulässige (versorgungspolitische) Steuerung des Leistungsverhaltens zwecks langfristiger Sicherung einer Basisversorgung, d.h. Leistungsbewertung nicht nur nach medizinischen / **betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten**
- d.h. typisierende Zu-/Abschläge von kalkulatorischer Vergütung
- Steuerungsbefugnis lässt ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen und Budgetierungen zu, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern oder Verteilungseffekte herbeizuführen, die das **Ziel einer angemessenen Vergütung der Leistungen** verfolgen (§ 72 Abs. 2 SGB V !!)
- BSG Urt. v. 9.12.2004 – B 6 KA 44/03 R: Anspruch auf höhere Vergütung, wenn flächendeckend und unabhängig von einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau besteht, das Versorgung gefährdet

# Nur GKV-Leistungen?

- BSG Urt. v. 8.12.2010 – B 6 KA 42/09 R
- Ob eine Arztgruppe flächendeckend unzureichend vergütet wird und damit gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen wird, bestimmt sich unter Berücksichtigung privatärztlicher Einnahmen und solcher aus BG-Tätigkeit; seinerzeit ließ sich bei einem Privatanteil von 45,3% bei Hautärzten keine unzureichende Vergütung der Fachgruppe insgesamt feststellen

# Thesen

- Der kalkulatorische Arztlohn als Basis für die EBM-Bewertung ist ein ganz wesentlicher Faktor, um eine angemessene Gesamtvergütung auszuhandeln und eine angemessene Vergütung an die Vertragsärzte auszukehren. Er war in der Vergangenheit auch Verhandlungsgegenstand
- Es gibt einen „ärztlichen Fachkräftemangel“ und daher einen Wettbewerb der Versorgungssysteme, zumal neue Versorgungsanforderungen hinzukommen (z.B. ambulante Reha; SAPV; spezialfachärztliche Versorgung; „Honorarärzte“). Es gibt also erste „greifbare Anhaltspunkte“ iSd BSG, dass die Versorgung regional gefährdet ist.
- Der Anteil der „Modellpraxen mit in Vollzeit tätigen Praxisinhabern, die in dieser Zeit ausschließlich GKV-Patienten behandeln“, nimmt ab (Klinik-MVZ; mehr angestellte Ärzte)

# Fazit

- Das SGB V und das BSG geben einen weiten Rahmen für eine angemessene Vergütung vor. Daher sind einerseits Sachargumente und andererseits politische Weichenstellungen gefragt.

karsten.scholz@aekn.de