

## **Kurzstellungnahme zur Prognos-Studie „Der ‚Arztlohn‘ und die Anpassung des Orientierungswertes“ vom 11.08.2015**

T. Czihal, Dr. D. von Stillfried

### **Ausgangslage und Anforderung**

Die den §§ 87 und 87a SGB V zugrunde liegende Konzeption eines neuen Vergütungssystems zielt ausweislich der Begründung zum GKV-WSG darauf ab, die frühere Budgetierung mit floatenden Punktwerten abzulösen. Hierzu sollte eine Gebührenordnung mit einerseits festen Preisen (Preiskomponente) auf ein nach Maßgabe von Versichertenzahl und -struktur zu vereinbarendes Punktzahlvolumen andererseits (Mengenkomponente) angewendet werden. Ziele dieser Konzeption sind es bis heute,

- eine leistungsgerechte Vergütung der ärztlichen Leistungen einerseits und
- eine Übernahme des mit der Morbidität der Versicherten verbundenen Versorgungsaufwands durch die Krankenkassen andererseits

sicherzustellen.

Bei der jährlichen Weiterentwicklung der Preis- und der Mengenkomponenten muss folglich darauf geachtet werden, dass der Grundsatz der Trennung der Preis- und der Mengenkomponenten erhalten bleibt, um nicht in einen Zustand zurück zu fallen, in dem aufgrund einer versicherten- und versorgungsstrukturell bedingten Mengenentwicklung ein Verfall der Preiskomponente ausgelöst wird. Argumente zur Weiterentwicklung der Preiskomponente müssen folglich allein durch Gesichtspunkte der angemessenen Preisbildung begründet sein.

Der in der Preiskomponente enthaltene kalkulatorische Arztlohn wird einem Referenzeinkommen (Oberarztgehalt) gegenübergestellt, um die Angemessenheit der Leistungsbewertungen in Euro zu begründen. Das ist die methodisch unverzichtbare Voraussetzung für eine betriebswirtschaftliche Betrachtung der Gebührenordnung / des EBM. Die Prognos-Studie soll nun Argumente dafür liefern, weshalb die von der KBV geforderte Berücksichtigung des kalkulatorischen Arztlohns bei der Weiterentwicklung des Orientierungswerts verzichtbar wäre. Aus Sicht des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) ist die vorgelegte Argumentation aus folgenden Gründen nicht haltbar.

- 1. Wettbewerbsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet**
- 2. Fehlende Niveaubetrachtung des Referenzeinkommens und Reinertrags aus GKV-Tätigkeit**
- 3. Gesetzeswidrige Vermischung von Preis- und Mengenkomponente**
- 4. Tatsächlicher Preiseffekt lag unterhalb der Inflationsrate**
  - künftig notwendiger Korrekturaufschlag auf den Orientierungswert erforderlich
- 5. Fehlende Berücksichtigung des Investitionsstaus in Arztpraxen**
- 6. Irreführende Darstellung der Entwicklung des Reinertrags je Arzt sowie weiterer Indikatoren**

Im Einzelnen:

## **1. Wettbewerbsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung**

Durch die Gestaltung der Gebührenordnung in Form des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs und der Beschlüsse zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts tragen die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung wesentlich dazu bei, wie die Niederlassung bzw. die Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung im Verhältnis zu anderen Berufsoptionen von Ärzten eingeschätzt wird. Der Bewertungsausschuss steht damit in einer strukturellen Verantwortung, die Wettbewerbsfähigkeit der vertragsärztlichen Tätigkeit zu fördern und eine Benachteiligung gegenüber anderen ärztlichen Tätigkeiten zu verhindern.

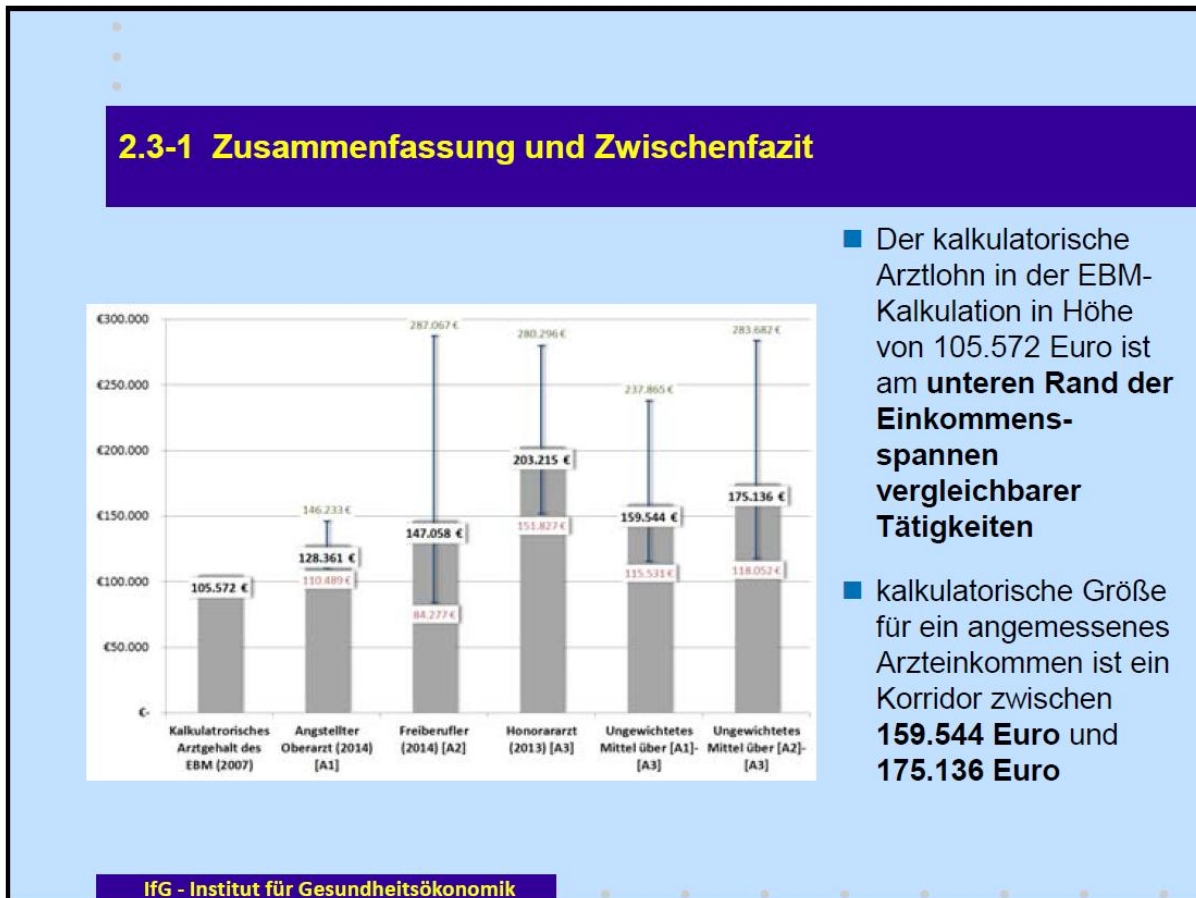
Sofern eine substantielle Lücke zu alternativen Verdienstmöglichkeiten besteht, kann die Anpassungsrate des Orientierungswerts nicht geringer ausfallen als die Tarifentwicklung einer angemessenen Alternativtätigkeit (Tarifentwicklung für Oberärzte im Krankenhaus). Zudem ist es unverzichtbar, die Angemessenheit der EBM-Kalkulation in diesem Kontext regelhaft zu prüfen (vgl. GKV-Versorgungsstärkungsgesetz). Hierzu hat sich der Bewertungsausschuss in einer Protokollnotiz einen Arbeitsauftrag gegeben. Dieser wird durch die Prognos-Studie explizit nicht ausgefüllt, da Höhe und Angemessenheit des Reinertrags bzw. des Referenzeinkommens auf S. 6 der Studie a priori ausgeklammert werden. Dies hält die Prognos-Autoren aber nicht davon ab, dennoch eine Anpassung des kalk. Arztlohns im Rahmen der Weiterentwicklung des Orientierungswerts abzulehnen.

## **2. Fehlende Niveaubetrachtung des Referenzeinkommens und des Reinertrags aus GKV-Tätigkeit**

Die Studie betrachtet ausschließlich die prozentuale Entwicklung des Reinertrags von Arztpraxen und vergleicht diese mit der Entwicklung des Bruttogehalts von Oberärzten an kommunalen Krankenhäusern. Nicht diskutiert wird jedoch das absolute Verhältnis des Reinertrags zum Oberarztgehalt. Durch diese verkürzte Betrachtungsweise kann der Bewertungsausschuss seiner Verantwortung für eine angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten nicht gerecht werden.

Die Autoren der Prognos-Studie weisen auf S. 3 selbst darauf hin, dass das gemeinsam von der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband dem BMG übergebene Konzept zur Novellierung der GOÄ von einem kalkulatorischen Arztlohn von 165.000 Euro p.a. ausgeht. Der Abstand zum bisherigen Beschluss des Bewertungsausschusses aus 2007 unterstreicht bereits den dringenden Handlungsbedarf in Bezug auf eine substanzielle Erhöhung des Orientierungswerts. Wird die absolute Höhe des Reinertrags aus GKV-Tätigkeit den möglichen Referenzeinkommen gegenübergestellt, ergibt sich nämlich ein eklatantes Missverhältnis. Gemäß einer Analyse des Münchner Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) sollte das Referenzeinkommen für alle Arztgruppen zwischen 159.544 Euro und 175.136 Euro liegen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Korridor für einen angemessenen Arztlohn (Prof. Neubauer)



Quelle: Vortrag Prof. Günter Neubauer, Zi-Fachtagung „Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit“ am 12.11.2014

Die Analyse des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zum GKV-Überschuss zeigt für *alle betrachteten Arztgruppen* für das Jahr 2014 Beträge, die deutlich unter diesen Werten liegen (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: GKV-Überschüsse nach Arztgruppen für das Jahr 2014 (InBA)

PBM	Überschuss		modifizierter Überschuss		GKV-Überschuss	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014
AUGE	200	207	141	147	117	123
CHIR	167	175	137	144	111	117
DERM	147	156	100	108	82	89
GYN	137	145	101	107	86	92
HAUS	144	149	120	125	110	114
HNO	148	156	114	121	97	103
ORTH	153	154	103	104	83	83
PSTH	63	64	62	63	55	56

Quelle: Bericht des InBA zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts zum Jahr 2016

Vergleicht man die vom InBa ermittelten GKV-Überschüsse mit den vom IfG errechneten Referenzwerten, liegen die Psychotherapeuten mit einem Jahresüberschuss von rund 56.000 Euro ca. 65 % unter der unteren Grenze des Referenzeinkommens (68 % unter der oberen Grenze), die Augenärzte, für die das InBA mit 123.000 Euro den höchsten GKV-Jahresüberschuss ermittelt hat, immer noch etwa 23 % unter der unteren Grenze (29 % unter der oberen Grenze).

Das Bruttotarifgehalt eines angestellten Oberarztes beträgt derzeit mehr als 135.000 Euro<sup>1</sup>, wobei berücksichtigt ist, dass die entsprechende tarifliche Arbeitszeit im Krankenhaus mit ca. 40 Stunden rund 10 Wochenstunden (25 %) unter der Arbeitszeit der Selbständigen liegt. Aktuelle Daten aus dem Zi-Praxis-Panel (ZiPP) für die Berichtsjahre 2011 bis 2013, für die bisher keine Daten des Statistischen Bundesamts vorliegen, bekräftigen die oben ausgeführte Diskrepanz. Für das Jahr 2013 weist der ZiPP-Jahresbericht 2014 einen Jahresüberschuss aus GKV-Tätigkeit und privatärztlicher Tätigkeit von rund 145.400 Euro aus. Um diesen Wert mit dem Referenzwert des Bewertungsausschusses aus dem Jahr 2007 (105.700 Euro bei rund 51 Wochenstunden Normarbeitszeit) vergleichen zu können, werden Einnahmen aus Nicht-GKV-Tätigkeit in vergleichbare GKV-Einnahmen umgerechnet und der resultierende Überschuss auf eine Normarbeitszeit standardisiert. Nach dieser Berechnung lag der standardisierte Jahresüberschuss im Jahr 2009 bei rund 98.300 Euro (70 % des berichteten Jahresüberschusses von 140.500 Euro), für das Jahr 2011 wurde er mit 110.300 Euro berechnet (76 % des berichteten Jahresüberschusses von 145.100 Euro). Für 2013 läge der rechnerische GKV-Überschuss im Schnitt für alle Vertragsärzte bei rund 117.100 Euro (81 % des berichteten Jahresüberschusses von 145.400 Euro).<sup>2</sup> Damit ist zwar eine Verbesserung des Ertrags aus GKV-Einnahmen erkennbar, es besteht aber weiterhin eine Lücke von mehr als 15 % zu dem Einkommensniveau, das Ärzte mit vergleichbarer Qualifikation und ohne finanzielles Risiko in einer Klinik als Oberarzt verdienen können.

Folglich zeigen die Berechnungen des InBA und des Zi, dass unabhängig von der Entwicklung des Reinertrags zwischen 2013 und 2014 **eine weitere Erhöhung des Orientierungswerts mit dem Ziel einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung unter dem Gesichtspunkt der mittelfristigen Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung angemessen und dringend notwendig ist.** Perspektivisch ist eine substanzielle Anpassung des Referenzeinkommens und damit der Preiskomponente erforderlich.

Bei der Festlegung des Orientierungswerts zum Jahr 2016 kann es somit nicht mehr um das OB der Angleichung an das deutlich gestiegene Referenzeinkommen gehen, sondern nur noch um das WIEVIEL.

### 3. Gesetzeswidrige Vermischung von Preis- und Mengenkompente

Mit der Ablösung der Budgetierung durch zwei gesondert definierte und gesondert weiter zu entwickelnde Vergütungskomponenten (Preis- und Mengenkompente) sollte die Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen erreicht werden (BT-Drucksache 16/3100, S. 119). Hierbei liegt die Kompetenz zur abschließenden Vereinbarung der Preis- und der Mengenkompente nicht beim Bewertungsausschuss sondern auf der Ebene der Gesamtvertragspartner.

---

<sup>1</sup> Quelle: Berechnungen der KBV und des Zi auf Basis der Tarifvertrags für Ärzte in kommunalen Krankenhäusern zur Hochrechnung des Einkommens bei 51 Wochenstunden Normarbeitszeit zzgl. des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung.

<sup>2</sup> Vgl. Vorabveröffentlichung zum ZiPP-Jahresbericht 2014 auf [www.zi-pp.de](http://www.zi-pp.de).

Diese gesetzliche Zielstellung würde jedoch unterlaufen, wenn man der Überlegung der Prognos-Studie folgen würde, dass bereits von Gesamtvertragspartnern vereinbarte Mengenentwicklungen nachträglich bei der Berechnung der Preiskomponente auf Bundesebene gegengerechnet werden könnten. Damit würde faktisch wieder ein Globalbudget mit letztlich (zeitversetzt) floatenden Punktwerten eingeführt.

Das von der Prognos-Studie verwendete Berechnungsverfahren zur Begründung, warum eine Weiterentwicklung des Referenzeinkommens nicht erforderlich sei, stützt sich aber genau auf einen dem Globalbudget entsprechenden Ansatz. Betrachtet wird die Entwicklung des Reinertrags je Arzt aus GKV-Tätigkeit insgesamt (Abbildung 8, S. 20; Abbildung 9, S. 21), unabhängig davon, ob diese Entwicklung auf eine Veränderung des Orientierungswerts (Preiskomponente) oder auf eine Entwicklung der Leistungsmengen zurückzuführen ist. Damit erfolgt eine gesetzeswidrige Vermischung von Preis- und Mengenkompone, da Steigerungen des Reinertrags durch vermehrte Inanspruchnahme der Versicherten sich mindernd auf die Entwicklung des Orientierungswerts auswirken sollen.

#### **4. Tatsächlicher Preiseffekt lag unterhalb der Inflationsrate – künftig notwendiger Korrekturaufschlag auf den Orientierungswert erforderlich**

Betrachtet man – wie vom Gesetzgeber vorgegeben – die reinen Preiseffekte auf die Entwicklung des Reinertrags, ergibt sich auch aus den von Prognos vorgelegten Zahlen ein deutlicher Anpassungsbedarf des Orientierungswerts.

- a) Laut Prognos-Studie stieg der Reinertrag je Arzt zwischen 2013 und 2014 allein aufgrund einer Zunahme der Leistungsmenge (sog. Mengeneffekt) um 3,4 % (vgl. Abbildung 9, S. 21). Dieser mengenbedingte Anstieg des Reinertrags entspricht aufgrund des Systems der Mengensteuerung (mengenbegrenzenden Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe gemäß § 87b SGB V) aber regionalen Vereinbarungen und entzieht sich der Zuständigkeit des Bewertungsausschusses (dieser spricht lediglich Empfehlungen aus).
- b) Auf die Anhebung des Orientierungswerts (Preiseffekt) sind hingegen nur 0,8 % der Ertragsentwicklung zurückzuführen. Dieser verbleibende Preiseffekt von 0,8 % liegt deutlich unter der Anpassung des OWs um 1,3 %. Methodisch (Ertragsentwicklung bei konstanter Leistungsmenge) kann dies wahrscheinlich nur auf die fehlende Weiterentwicklung der in Euro bewerteten Leistungen sowie regional vereinbarter Leistungen zurückgeführt werden. Der tatsächliche Preiseffekt lag damit sogar unterhalb der allg. Inflationsrate von 0,9 %.

**Bei getrennter Betrachtung von Preis- und Leistungsmenge folgt daraus, dass der Bewertungsausschuss künftig berücksichtigen muss, dass nur ca. 62 % des Anstiegs des OWs als Preiseffekt für die Ärzte spürbar werden.**

#### **5. Fehlende Berücksichtigung des Investitionsstaus in Arztpraxen**

Die Prognos-Studie vernachlässigt bei der selbst auferlegten Begrenzung auf den Vergleich der Entwicklung des Reinertrags und des Referenzeinkommens weitere relevante Aspekte, die der Bewertungsausschuss berücksichtigen muss. § 87 2g SGB V erwähnt nämlich explizit Betriebs- und *Investitionskosten*.

Aufwendungen für Investitionen schlagen sich zwar in Form von Abschreibungen in Betriebskosten nieder. Investitionen werden aber nur getätigt, wenn zu erwarten ist, dass diese verlässlich refinanzieren können.

ziert werden können. Die Gebührenordnung hat hierbei eine doppelte Funktion. Zum einen muss sie die faktische Refinanzierung in den Kalkulationsansätzen berücksichtigen. Die jährliche Anpassung der Preiskomponente setzt darüber hinaus Zeichen für ein Investitionsklima. Wird hierdurch – wie zuvor gezeigt – faktisch nicht einmal die Inflation ausgeglichen, kann im Schnitt über alle Praxen kein positives Investitionsklima geschaffen werden.

Dies erklärt die substanzgefährdende Investitionszurückhaltung, die in der vertragsärztlichen Versorgung seit Jahren beobachtet werden kann. Im Rahmen der Erhebung des Zi-Praxis-Panels (ZiPP) des Jahres 2012 wurden die Teilnehmer zu den offenen Investitionen des Jahres 2010 befragt. Die Ergebnisse zeigen, dass im Mittel ein offener Investitionsbedarf von 21.428 Euro je Praxis bestand (vgl. Abbildung 3).

**Abbildung 3: Offener Investitionsbedarf 2010 nach Regionstypen**

	Anzahl Praxen	Offener Investitionsbedarf je Praxis (Mittelwert)	Offener Investitionsbedarf je Praxisinhaber (Mittelwert)	Offener Investitionsbedarf je Praxis (Median)	Offener Investitionsbedarf je Praxisinhaber (Median)	Verhältnis Investitionsbedarf 2010 zu Investitionen 2008 je Praxisinhaber (Mittelwert)	Verhältnis Investitionsbedarf 2010 zu Investitionen 2008 je Praxisinhaber (Median)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<b>Gesamt</b>	3.325	21.428 €	16.715 €	8.000 €	6.000 €	177,0%	209,5%
<b>Kernstadt</b>	1.177	25.193 €	19.759 €	8.000 €	6.000 €	187,0%	227,1%
<b>Ländliche Region</b>	831	17.550 €	14.445 €	8.000 €	7.000 €	163,4%	237,3%
<b>Verdichteter Kreis</b>	1.317	19.342 €	14.779 €	8.700 €	6.000 €	170,7%	193,7%

Quelle: ZiPP-Jahresbericht 2012

Die aktuelle Erhebung des ZiPP zeigt, dass zwischen 2010 und 2011 die Investitionstätigkeit weiter zurückgegangen ist (vgl. Abbildung 4).

**Abbildung 4: Entwicklung der Investitionen in Arztpraxen, 2010 bis 2013**

Investitionen in Tausend Euro je Praxis, je Inhaber und je Arzt differenziert nach Fachbereich und Organisationsform in den Jahren 2010 bis 2013

Fachbereich und Organisationsform	Praxen	Investitionen in Tsd. Euro											
		je Praxis				je Inhaber				je Arzt			
		2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
<b>Gesamt</b>	<b>4.543</b>	<b>17,5</b>	<b>12,1</b>	<b>12,5</b>	<b>12,5</b>	<b>17,3</b>	<b>9,9</b>	<b>10,0</b>	<b>9,9</b>	<b>13,9</b>	<b>9,9</b>	<b>9,6</b>	<b>9,0</b>
-Einzelpraxis	3.613	9,8	8,5	9,3	7,9	9,7	8,5	9,2	7,9	9,4	8,1	8,7	7,2
-Gemeinschaftspraxis	930	48,7	26,7	25,7	31,1	30,6	12,3	11,5	13,5	21,7	13,0	11,3	12,2

Hinweis: Nicht enthalten sind Investitionen je Arzt und je Inhaber für das Jahr 2014, da für 2014 die Zahl der Inhaber und angestellten Ärzte nicht vorliegt. Die Anzahl der Praxen ist für das Jahr 2014 angegeben. Durch Organisationsformwechsel kann die Aufteilung auf Einzel- und Gemeinschaftspraxen zwischen den Berichtsjahren abweichen.

Quelle: ZiPP-Jahresbericht 2014

Es ist also davon auszugehen, dass die Investitionskosten des Jahres 2011, die die Grundlage für die Prognos-Betrachtung bilden, aus normativer Sicht zu gering sind. Dies führt aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu Überschätzung des Reinertrags. Der ausgewiesene Reinertrag konnte nur im Rahmen der Investitionszurückhaltung erreicht werden. Viele Praxisinhaber führen dies auf die real negative Entwicklung der Preiskomponente zurück.

**Der Bewertungsausschuss kann einem fortdauernden Substanzverlust in der vertragsärztlichen Versorgung in Anbetracht einer älter werdenden Gesellschaft nicht tatenlos zusehen. Dies würde dem gesetzlichen Auftrag gemäß § 70 Abs. 1 SGB V zu wider laufen („Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten.“).**

## 6. Irreführende Darstellung der Entwicklung des Reinertrags je Arzt sowie weiterer Indikatoren

Methodisch basiert ein Teil der Argumentation der Prognos-Studie auf kritisch zu bewertenden Verfahrenswesen.

- a) **Unsachgemäßer Ausschluss der Psychotherapeuten:** Alle Psychotherapeuten wurden in der Prognos-Studie ohne Erläuterung ausgeschlossen. Aus dem Bericht des InBA sowie im ZiPP ist hingegen ersichtlich, dass die Psychotherapeuten im Einkommensniveau deutlich unter dem Schnitt liegen, deren Leistungen sich aber dynamisch entwickeln. Der Ausschluss der Psychotherapeuten scheint somit einzig dem Zweck zu dienen, eine möglichst hohe Steigerung des Reinertrags darstellen zu können.
- b) **Einbezug von Effekten, die nicht auf Beschlüsse des Bewertungsausschusses zurückzuführen sind:** Die Autoren der Prognos-Studie legen der Entwicklung des Einkommens aus vertragsärztlicher Tätigkeit eine Erhöhung der (unbereinigten) Gesamtvergütung zwischen 2013 und 2014 von 4,2 % zugrunde. Trotz des Ausschlusses der Psychotherapeuten liegt diese Steigerung erheblich über der vom InBA ermittelten Steigerung der Gesamtvergütung von 3,7 %. Das InBA führt in seinem Bericht zur Weiterentwicklung des Orientierungswerts zudem aus, dass nach Abzug regionaler Vergütungsaspekte eine Steigerung von 3,4 % erreicht wurde. Diese regionalen Aspekte, die sich über die einzelnen KVen und Fachgruppen sehr unterschiedlich verteilen, in die Berechnung mit einzubeziehen ist unsachgemäß, da bundesweit alle Ärzte in Gesamthaftung für punktuelle und zielorientierte Vergütungssteigerungen der regionalen Gesamtvertragspartner genommen würden. Reduziert man den Anstieg der Gesamtvergütung auf den vom InBA der Bundesebene zugeschriebenen Wert und lässt alle anderen Werte der Prognos-Berechnung konstant, ergibt sich ein Anstieg des Reinertrags je Arzt um nur 2,6 % (vgl. Abbildung 5).

**Abbildung 5: Simulationsrechnung unter Einbezug der Steigerung der Gesamtvergütung gemäß Beschlüsse der Bundesebene**

	Prognos	Zi-korrigiert um die Steigerung der GV gemäß InBA Bericht
Reinertrag	4,5%	<b>2,6%</b>
Gesamtaufwand	3,4%	3,4%
Gesamtvergütung	4,2%	<b>3,4%</b>

Quelle: Eigene Berechnungen gemäß Prognos-Gutachten und InBA-Bericht

**Damit entspräche der Anstieg des Reinertrags je Arzt von 2,6 % exakt der vom Stat. Bundesamt ausgewiesenen Steigerung des Reallohnindex. Wohlgermerkt ist dieser Anstieg im Wesentlichen durch eine intensivere Leistungserbringung für GKV-Versicherte und nicht – wie beim Reallohnindex – auf höhere Preise zurückzuführen.** Prognos verwendet zudem als Steigerung des Referenzeinkommens die Erhöhung des Fixgehalts für Ärzte an kommunalen Krankenhäusern um 2,2 % zum 1.12.2014. Dieser Prozentsatz muss jedoch als unterste Grenze der Steigerung des Referenzeinkommens betrachtet werden, da neben der Erhöhung des Fixgehalts auch die Bereitschaftsdienstentgelte zusätzlich im Umfang von durchschnittlich 7,1 % erhöht wurden.

- c) Ertragsentwicklung je Zeiteinheit:** Die Prognos-Autoren stellen die Entwicklung der Leistungsmenge in Abbildung 9 auf S. 21 als Faktum dar. Erst auf S. 27 wird hingegen klar, dass das, was hier als Produktivitätssteigerung dargestellt wird, zu einem erheblichen Anteil auf einer – fragwürdigen – Trendfortschreibung von Mittelwerten des Mikrozensus (einer Querschnitterhebung mit rd. 1.000 Ärzten) basiert. Bei optischer Begutachtung der Werte wäre eine degressive Trendschätzung jedenfalls wesentlich angebrachter als die von Prognos vorgenommene lineare Trendfortschreibung. Inhaltlich zurückzuführen ist die gesunkene Arbeitszeit je Woche auf den steigenden Anteil der angestellten Ärzte, deren Arbeitszeit in der Regel 40 Stunden pro Woche nicht übersteigen und damit deutlich unter der Arbeitszeit der selbständigen Ärzte liegt. Die deutliche Zunahme der Anzahl Angestellter ist aber ein weiteres Argument für die dringende Weiterentwicklung des ärztlichen Leistungsanteils. Während Krankenhäuser Tariflohnsteigerungen umsetzen müssen, würden Praxisinhaber angestellten Ärzten aus einem real nicht steigenden Arztlohn perspektivisch nicht mehr Gehalt zahlen, ohne dafür selbst reale Einkommenseinbußen hinnehmen zu müssen. Würde also auf eine entsprechende Weiterentwicklung des ärztlichen Leistungsanteils verzichtet, die mindestens reale Steigerungen in der Größenordnung der Tariflohnsteigerungen enthält, müssten Arztpraxen als Arbeitgeber automatisch Wettbewerbsnachteile gegenüber Krankenhäusern erfahren.
- d) Leistungsentwicklung je Arzt:** Ein ähnliches Problem besteht bei den in Abbildung 9 auf S. 21 ausgewiesenen Entwicklungen der Bruttoleistungen je Arzt, da „EBM-Effekte“ bzw. Katalogeffekte, d.h. gewünschte Strukturveränderungen im EBM, als Produktivitätsfortschritt ausgewiesen werden. Eine Bereinigung ist nicht erfolgt. Damit werden praktisch konsenterte Beschlüsse des Bewertungsausschusses (im konkreten Fall für das Jahr 2014 insbesondere die Förderung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung) nachträglich nivelliert, da sie zu einer Absenkung des Orientierungswerts bzw. einer verminderten Steigerung führen. Das unterstreicht den gesetzeswidrigen Ansatz eines zeitversetzten Globalbudgets mit floatendem Punktwert in dem Gedankenmodell der Prognos-Studie.



## Fazit

Die Prognos-Studie liefert **keine schlüssige Argumentation** gegen eine Anpassung des Arztlohns im Rahmen der Weiterentwicklung des Orientierungswerts – diese bleibt weiterhin dringend erforderlich.

Die Prognos-Studie **klammert entscheidende Betrachtungen aus**: Es unterbleibt der notwendige Vergleich des Reinertrags aus GKV-Tätigkeit mit der Höhe des Referenzeinkommens, welches die Wettbewerbsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung sichern soll. Ein solcher Vergleich legt eine substantielle Anpassung des Orientierungswerts (mindestens um 15 %, perspektivisch um 23 % bis 68 %) nahe, um die notwendige Vergleichbarkeit zu den Einkommen von Oberärzten in Krankenhäusern herzustellen. Wer die ambulante Versorgung fördern will, muss diese ‚Opportunitätskostenlücke‘ schließen, durch die Ärzte bei der Berufsorientierung nicht in Richtung einer vertragsärztlichen Tätigkeit geleitet werden.

**Unberücksichtigt** bleibt zudem die notwendige Schaffung verlässlicher **Rahmenbedingungen für unternehmerische Entscheidungen** in Arztpraxen. Der bestehende Investitionsstau in den Arztpraxen, der durch eine substanzielle Erhöhung des Orientierungswerts gemildert werden könnte, muss hier als Warnzeichen verstanden werden.

Die von Prognos ermittelten Steigerungen des Reinertrags sind im Wesentlichen nicht auf eine Verbesserung des Entgelts (Preises) je Leistung sondern auf einen Anstieg des vereinbarten Behandlungsbedarfs und der Menge der für GKV-Versicherte erbrachten Leistungen zurückzuführen. Hierdurch hat sich der Anteil der nicht vergüteten vertragsärztlichen Leistungen verringert. Gleichwohl besteht in den Regionen nach wie vor eine teils erhebliche Lücke zwischen der mit dem Punktwert vergüteten und der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge.<sup>3</sup> **Die in der Prognos-Studie vertretene Argumentation würde darauf hinauslaufen, die eingetretenen Verbesserungen rückabzuwickeln.** Fraglich ist, ob der Bewertungsausschuss damit nicht in unzulässiger Weise in die Kompetenzen der Gesamtvertragspartner eingreifen würde. Die unter Mengensteuerung erfolgte Leistungsentwicklung gilt nach einem vom GKV-Spitzenverband bei IGES in Auftrag gegebenen Gutachten als wesentlicher Indikator zur Abschätzung des notwendigen Behandlungsbedarfs.<sup>4</sup> Die Feststellung des notwendigen Behandlungsbedarfs obliegt jedoch den Gesamtvertragspartnern und nicht dem Bewertungsausschuss.

Zudem schränken irreführende Darstellungen und methodische Unzulänglichkeiten wie z.B. der Ausschluss der Psychotherapeuten die Aussagekraft der Prognos-Studie ein.

---

<sup>3</sup> Vgl. Zi Paper 5/2015

<sup>4</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse\\_themen/aerzteverguetung/IGES-Gutachten\\_Konvergenz-2014-06-23.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/aerzteverguetung/IGES-Gutachten_Konvergenz-2014-06-23.pdf)