

Analyse

Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung

(§ 87 Abs. 2e SGB V)

Auftraggeber

GKV Spitzenverband

Ansprechpartner
Dr. Ronny Wölbing

Mitarbeiter
Dr. Wolfgang Riedel
Stefan Feuerstein

Basel, 03.08.2012
27429

Das Unternehmen im Überblick**Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

Präsident des Verwaltungsrates

Gunter Blickle

Basel-Stadt Hauptregister CH-270.3.003.262-6

Rechtsform

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

Gründungsjahr

1959

Tätigkeit

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

Arbeitsprachen

Deutsch, Englisch, Französisch

Hauptsitz

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

Weitere Standorte

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstr. 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Str. 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Square de Meeûs 37, 4. Etage

B - 1000 Brüssel

Telefon +32 2 791-7734

Telefax +32 2 791-7900

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D - 70174 Stuttgart

Telefon +49 711 49039-745

Telefax +49 711 49039-640

Internet

www.prognos.com

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung	1
2	Das Modell zur Bestimmung des Orientierungswertes.....	2
2.1	<i>Das Modell im Überblick.....</i>	2
2.1.1	<i>Herleitung</i>	2
2.1.2	<i>Zugrunde gelegte Daten und Annahmen über Stellgrößen</i>	5
2.2	<i>Ergebnisse der Modellberechnungen.....</i>	9
2.3	<i>Fazit.....</i>	14
3	Annahmen und verwendete Datenquellen im Detail.....	16
3.1	<i>Die Vergütung der Leistungserbringer</i>	16
3.2	<i>Die Leistungsmenge.....</i>	17
3.3	<i>Die Zahl der Leistungserbringer</i>	20
3.4	<i>Die Aufwendungen</i>	20
3.5	<i>Wirkung verschiedener Einflussfaktoren im Modell</i>	25
4	Literatur	28

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Modellannahmen.....	6
Übersicht 2: Ergebnisse der Modellberechnungen	10
Übersicht 3: Wirkung der Annahme eines jährlichen Produktivitätsanstiegs.....	11
Übersicht 4: Wirkung eines höheren Zielanteils der Gemeinschaftspraxen/MVZ an der Leistungserbringung	12
Übersicht 5: Wirkung einer Variation der unterstellten, durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2008.....	13
Übersicht 6: Entwicklung der Einnahmeseite der Leistungserbringer zwischen den Jahren 2008 und 2011	17
Übersicht 7: Entwicklung der Leistungsmenge zwischen den Jahren 2008 und 2011	17
Übersicht 8: Entwicklung des unbereinigten und korrigierten Bruttoleistungsbedarfs zwischen den Jahren 2008 und 2011, Zugelassene ohne PP	19
Übersicht 9: Entwicklung der Zahl der Arztpraxen nach Praxistyp zwischen den Jahren 2008 und 2010, jeweils Zugelassene ohne PP	20
Übersicht 10: Datenquellen zur Schätzung der Aufwendungen in den Arztpraxen bis zum Jahr 2011	21
Übersicht 11: Summen der fixen und variablen Aufwendungen auf Praxisebene (ohne PP)	23

Variablenverzeichnis

- $t \in \{08,11,13\}$ = Jahre 2008, 2011, 2013
- a = Aufwendungen je Arztpraxis
- A = Gesamtaufwand aller Arztpraxen
- \bar{k} = Fixkosten je Arztpraxis
- \hat{k} = Variable Kosten je erbrachten Leistungspunkt
- s = Stückkosten je erbrachten Leistungspunkt
- V = Vereinbarte Gesamtvergütung
- l^B = Erbrachte Leistungen in Punkten je Arztpraxis
- L^B = Erbrachte Leistungen aller Arztpraxen (Bruttoleistungsbedarf)
- L^N = Vereinbarter Leistungsbedarf (Nettoleistungsbedarf)
- P = Zahl der Arztpraxen
- O = Orientierungswert

1 Hintergrund und Zielsetzung

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)¹, das zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten ist, verändern sich die bisherigen Aufgaben des Bewertungsausschusses.

Zukünftig soll der zu vergütende Behandlungsbedarf, und damit die Mengenkomponekte der Gesamtvergütung, auf der Landesebene bestimmt werden. Die Erstellung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und die Anpassung der Preiskomponekte, des bundesweit geltenden Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e SGB V, hingegen verbleiben in der Kompetenz des Bewertungsausschusses. Dabei ist die Anpassung des bundesweiten Orientierungswertes der auf Landesebene erfolgenden Festlegung des Anpassungsbedarfs zeitlich vorgelagert. Daraus kann u.a. das Problem resultieren, dass im Zuge der Preisgestaltung ein im Nachgang vereinbarter zukünftiger Mengenanstieg nicht adäquat berücksichtigt werden kann. Durch nicht aufeinander abgestimmte Anpassungen zwischen Bundes- und Landesebene besteht somit die Gefahr einer doppelten Dynamisierung der Gesamtvergütung.

Der Gesetzgeber hat den Selbstverwaltungsorganen die Möglichkeit gegeben, über Anpassungsfaktoren die Veränderungen unterschiedlicher Einflussfaktoren (z.B. Entwicklung der Aufwendungen einer Arztpraxis, technischer Fortschritt) auf die ärztliche Leistungserbringung zu berücksichtigen. So soll sichergestellt werden, dass der Orientierungswert an die jeweils neue Situation adäquat angepasst werden kann.

Der GKV Spitzenverband hat die Prognos AG beauftragt, ein Modell zur Bestimmung des Orientierungswertes zu entwickeln, das die Auswirkungen der Veränderung der Anpassungsfaktoren auf die Höhe des Orientierungswertes quantifiziert. Dabei sollen die spezifischen Veränderungen der Anpassungs- bzw. Einflussfaktoren anhand von empirischen Daten und plausibilisierten Annahmen (u.a. Hochrechnungen auf Basis von Preisindizes) modelliert und die Auswirkungen auf den Orientierungswert sowie die Gesamtvergütung ermittelt werden. Die Methodik und Ergebnisse des Modells werden im Folgenden dargestellt.

¹ Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011.

2 Das Modell zur Bestimmung des Orientierungswertes

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

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

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

Die genannten Einflussfaktoren und ihre gegenseitigen Wechselbeziehungen lassen sich nicht direkt beobachten. Daher ist es zur Bestimmung des Orientierungswertes notwendig, auf ein Modell zurückzugreifen, das die realen Entwicklungen annähernd abbildet und mit dessen Hilfe Annahmen über unbekannte Größen und Zusammenhänge transparent nachvollzogen und überprüft werden können.

Das zu diesem Zweck von der Prognos AG entworfene Modell soll in diesem Kapitel beschrieben werden. Nach einem Überblick über die Grundstruktur des Modells werden die Ergebnisse der Modellrechnungen dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Annahmen, Datenquellen und Berechnungsschritte erfolgt im Anschluss an die Ergebnisdarstellung in Kapitel 3.

2.1 Das Modell im Überblick

2.1.1 Herleitung

Die Höhe der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung muss sicherstellen, dass der Aufwand für die erbrachten Leistungen gedeckt wird und den Vertragsärztinnen und -ärzten eine angemessene „Entlohnung“ für ihre eingesetzte Arbeitszeit verbleibt. Dabei gilt, dass der Orientierungswert eines Jahres t rechnerisch das Verhältnis zwischen der Gesamtvergütung V und dem vereinbarten Leistungsbedarf L^N (Nettopunktevolumen) auf Bundesebene darstellt:

$$O_t = \frac{V_t}{L_t^N}$$

Aus dem Produkt von Nettoleistungsmenge und Orientierungswert ergibt sich im Umkehrschluss die Höhe der Gesamtvergütung $V_t = O_t L_t^N$.

Um den Orientierungswert neu zu bestimmen, müssen zwei Fragen beantwortet werden:

1. War die Gesamtvergütung bei der Einführung des Orientierungswertes ausreichend?
2. Wie haben sich seit der Einführung des Orientierungswertes die Vergütung und die Aufwendungen der Vertragsärztinnen und -ärzte verändert und lässt sich daraus eine Erhöhung oder Absenkung des Orientierungswertes ableiten?

Die erste Frage bezieht sich auf das angemessene *Niveau* des Orientierungswertes im *Ausgangsjahr*. Dazu hat der Bewertungsausschuss die Kalkulationsgrundlagen des EBM durch das eigene Institut des Bewertungsausschusses (InBA) überprüfen lassen. Das Institut kam zu dem Schluss², dass die Aufwendungen in den Praxen gedeckt sind und der für die Honorierung der ärztlichen Leistungen zugrunde liegende kalkulatorische „Arztlohn“ in Höhe von etwa 105 Tsd. Euro im Durchschnitt bereits im Jahr 2007³ und damit vor Einführung des Orientierungswertes erreicht wurde.

Die zweite Frage bezieht sich auf die *Entwicklung* der relevanten Einflussfaktoren seit der Einführung des Orientierungswertes. Je nachdem wie sich die Aufwendungen zur Erbringung der Leistungen und die Vergütung entwickelt haben, kann sich daraus eine Erhöhung oder Absenkung des Orientierungswertes ableiten.

Für die Bestimmung des Orientierungswertes wird nicht auf den Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt Bezug genommen. Denn der Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt hängt u.a. von der Zahl der Ärztinnen und Ärzte ab: Bei konstanter Vergütung und konstantem Leistungsbedarf würde dieser Reinertrag mit steigender Zahl an Ärztinnen und Ärzten sinken und umgekehrt. Da die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dieses „Arztzahlrisiko“ nicht zu tragen hat, wäre es nicht sachgerecht, die Bestimmung des Orientierungswertes an der Entwicklung des Reinertrags je Ärztin bzw. Arzt zu orientieren.

² Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2010): Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen, S. 7 ff.

³ Ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Vielmehr stellt sich die Frage, ob der durchschnittliche Aufwand für die Erbringung einer Leistung stärker gestiegen ist als die durchschnittliche Vergütung dieser Leistung.

$$\Delta_t \left(\frac{V}{L^B} - \frac{A}{L^B} \right) \leq 0$$

mit A : Gesamtaufwand für die Erbringung aller Leistungen L^B (Bruttoleistungsmenge bzw. tatsächlich erbrachte Leistungen⁴ in Punkten) in der vertragsärztlichen Versorgung.

Ist dies der Fall, müsste der Orientierungswert angehoben werden. Im umgekehrten Fall müsste er gesenkt werden. Auf diese Weise lässt sich sicherstellen, dass der durchschnittliche *Reinertrag je Leistungspunkt* für die Ärztinnen und Ärzte im Zeitablauf konstant gehalten und so eine angemessene Vergütung gewährleistet wird. Der Reinertrag je Leistungspunkt lässt sich somit definieren als

$$r_t = \frac{V_t - A_t}{L_t^B}$$

Durch den Bezug auf den Leistungsbedarf wird überdies sichergestellt, dass der Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt steigt, wenn durch eine Ausdehnung der Leistungen auch die durchschnittliche Auslastung der Ärztinnen und Ärzte und damit ihre eingesetzte Arbeitszeit steigen sollte.

Um zu beurteilen, ob eine Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 notwendig ist, werden demnach Angaben über die Entwicklung der Gesamtvergütung, des Leistungsbedarfs und der Aufwendungen benötigt. Die Veränderung dieser Größen soll im Modell seit dem Jahr 2008 nachvollzogen werden, da in diesem Jahr erstmals ein Orientierungswert mit Wirkung für 2009 auf der Grundlage der Daten von 2008 beschlossen wurde.

Aufgrund der Ergebnisse des InBA⁵ wird davon ausgegangen, dass im Jahr 2008 die Vergütung ausreichend war, um den entstandenen Aufwand in der vertragsärztlichen Versorgung zu decken und eine angemessene Entlohnung der ärztlichen Tätigkeit zu gewährleisten:

$$V_{08} = \bar{r} L_{08}^B + A_{08}$$

Damit stellte $\bar{r} = \frac{V_{08} - A_{08}}{L_{08}^B}$ ein angemessenes Niveau für die Höhe des Reinertrags je erbrachten Leistungspunkt dar. Dieser Rein-

⁴ Während sich der Orientierungswert definitorisch aus dem Verhältnis von Gesamtvergütung und *vereinbarter (Netto-)leistungsmenge* (L^N) ergibt, soll zur Bestimmung der Veränderung des Orientierungswertes die reale Entwicklung maßgeblich sein und damit die *erbrachte (Brutto-)leistungsmenge* (L^B).

⁵ Institut des Bewertungsausschusses (2010): Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen, S. 7 ff.

ertrag je Punkt \bar{r} soll im betrachteten Zeitraum die Grundlage für die Bestimmung der Höhe des Orientierungswertes bilden. Es soll sichergestellt werden, dass die Vergütung auch im Jahr 2013 der Bedingung genügt:

$$V_{13} = !\bar{r}L_{13}^B + A_{13}$$

Da jüngere Daten derzeit noch nicht verfügbar sind, kann die Bestimmung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 faktisch nur auf den Entwicklungen der Einflussgrößen bis zum Jahr 2011 beruhen. Wird der Orientierungswert jedoch regelmäßig mit dem vorgeschlagenen Verfahren angepasst, würden die Werte aus den Jahren nach 2011 in den kommenden Jahren sukzessive berücksichtigt werden. Dadurch wird im Zeitablauf sichergestellt, dass im Mittel die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen den realen Entwicklungen gerecht wird.

Danach wird im Modell zur Bestimmung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 zunächst die Gesamtvergütung V'_{11} gesucht, die dazu geführt hätte, dass im Jahr 2011 der durchschnittliche Reinertrag je erbrachten Leistungspunkt dem des Jahres 2008 entspricht:

$$V'_{11} = !\bar{r}L_{11}^B + A_{11}$$

Die Höhe des Orientierungswertes, der diese Vergütung sicherstellt, ergibt sich somit aus:

$$O'_{11} = \frac{V'_{11}}{L_{11}^N} = \frac{V'_{11}}{V_{11}} \times O_{11}$$

wobei V_{11} der tatsächlich gezahlten Vergütung im Jahr 2011 und O_{11} dem im Jahr 2011 gültigen Orientierungswert entspricht. Auf der Grundlage der Situation im Jahr 2011 wird so der Orientierungswert für das Jahr 2013 bestimmt:

$$O_{13} = !O'_{11}$$

Wenn in den Ländern der Leistungsbedarf für das Jahr 2013 vereinbart wurde, lässt sich schließlich die Gesamtvergütung für das Jahr 2013 ermitteln als $V_{13} = O_{13}L_{13}$.

2.1.2 Zugrunde gelegte Daten und Annahmen über Stellgrößen

Das Modell erlaubt die Berechnung einzelner Varianten, die sich darin unterscheiden, welche Annahmen über bestimmte Stellgrößen, wie bspw. die Höhe des jährlichen Produktivitätsfortschritts, getroffen werden. Weiterführende Details zu den getroffenen Annahmen finden sich in Kapitel 3.

Übersicht 1: Modellannahmen

Variable/Stellgröße	Annahme
Betrachteter Zeitraum	2008 bis 2011
Variable Gesamtvergütung	Gesamtvergütung inkl. Selektivvertragsvolumen
Variable Leistungsmenge	U.k. Bruttoleistungsbedarf in Punkten
Variable Aufwand	Geschätzter Gesamtaufwand auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamts (2009)
Jährliches unterstelltes Produktivitätswachstum	0-1,5%
Anteil Gemeinschaftspraxen/MVZ	Aktuell bis 100%
Unterstellte Wochenarbeitszeit im Jahr 2008	50-52h

U.k.: Unbereinigt korrigierter (inkl. Leistungen in Selektivverträgen und korrigiert um den Katalogeffekt).

Quelle: Prognos AG

Alle Variablen werden auf die Gruppe der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ohne ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten bezogen, um so der sehr unterschiedlichen Praxiskostenstruktur dieser Berufsgruppen gerecht zu werden.

Um die Einkommensentwicklung der Ärztinnen und Ärzte aus der Tätigkeit für Versicherte der GKV nachzuvollziehen, wird die unbereinigte **Gesamtvergütung**⁶ verwendet. Dadurch werden möglichst alle Zahlungen erfasst, die die Gesetzlichen Krankenkassen an die Vertragsärztinnen und -ärzte leisten. Höhere Vergütungszahlungen der Krankenkassen im Rahmen von Selektivverträgen, die über die Bereinigungsbeträge hinausgehen, bleiben dabei unberücksichtigt.

Als Variable für die **Leistungsmenge** wird der erbrachte Leistungsbedarf in Punkten verwendet (Bruttoleistungsbedarf). Da die hier verwendete Gesamtvergütung auch die Bereinigung für die Selektivverträge enthält, werden auch die den bereinigten Behandlungsbedarf entsprechenden Leistungen geschätzt und berücksichtigt. Darüber hinaus musste der Bruttoleistungsbedarf um den so genannten Katalogeffekt⁷ korrigiert werden, da Steigerungen der Punktemenge in den letzten Jahren nicht immer auf reale Mengensteigerungen in der Versorgung zurückzuführen sind, sondern auf Veränderungen der Bewertung dieser Leistungen.

Für die **Aufwandsberechnung** wird, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, der Anteil der Aufwendungen geschätzt und

⁶ Inklusiv der Mittel, um die die Gesamtvergütung für die Selektivverträge bereinigt wurde.

⁷ Siehe die Ausführungen in Kapitel 3.2.

fortgeschrieben, der nur für die Leistungen im GKV-System anfällt. Dies geschieht auf Basis der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes (2009). Darin werden die Kosten auch nach Praxisformen ausgewiesen, sodass die sich wandelnde Struktur der Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt und damit verbundene Kostenänderungen berechnet werden können. Auf der Basis der vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen unterschiedlichen Kostenarten lassen sich zudem fixe und variable Kostenbestandteile identifizieren, die für die Bestimmung der Kostendegression nach § 87 Abs. 2g SGB V relevant sind.

Um die weiteren vom Gesetz genannten Einflussfaktoren im Modell zu berücksichtigen, werden verschiedene Stellgrößen in das Modell eingeführt, variiert und deren Effekte beschrieben:

Jährliches Produktivitätswachstum: Hier wird unterstellt, dass es den Ärztinnen und Ärzten gelingt, den Aufwand bei der Leistungserbringung bspw. durch modernes Praxismanagement, leistungsfähigere Geräte oder durch die stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Berufe jährlich um einen gewissen Prozentsatz zu senken.

Anteil Gemeinschaftspraxen/MVZ: Die Berechnungen im Modell zeigen, dass Gemeinschaftspraxen im Durchschnitt eine wirtschaftlichere Leistungserstellung ermöglichen. Nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) ließe sich daher argumentieren, dass sich die Vergütung der Leistungserbringer an einem höheren Anteil der Gemeinschaftspraxen an der Leistungserbringung orientieren müsste, als es aktuell der Fall ist. Dementsprechend würde auch nur der Aufwand aus der Gesamtvergütung gedeckt, der in einer solchen, wirtschaftlichen Praxisstruktur anfällt. Dies gilt es mit dem Ziel einer wohnortnahen Versorgung abzuwägen. Das Modell erlaubt es daher, unterschiedliche Zielanteile vorzugeben.

Wochenarbeitszeit der Vertragsärztinnen und -ärzte im Jahr 2008: Der Reinertrag je Leistungspunkt im Jahr 2008 stellt den Ausgangswert für die Neubewertung des Orientierungswertes dar. Daher stellt sich zunächst die Frage, ob im Ausgangsjahr die Vergütung der Leistungserbringer angemessen war. Laut InBA (2010) konnte bereits im Jahr 2007 ein für das Jahr 2008 angestrebter kalkulatorische „Arztlohn“ in Höhe von rund 105 Tsd. Euro im Durchschnitt erreicht werden. Allerdings konnte in dieser Berechnung nicht berücksichtigt werden, in welcher Arbeitszeit die Leistungen erbracht wurden. Es bleibt somit unklar, ob die durchschnittliche reale Wochenarbeitszeit der Vertragsärztinnen und -ärzte auch dem in der EBM-Kalkulation zugrunde gelegten Wert in Höhe von 51 Stunden entsprochen hat. Andernfalls wäre ein höherer (bei mehr als 51h realer Wochenarbeitszeit) bzw. niedrigerer (bei weniger als 51h realer Wochenarbeitszeit) durchschnittlicher Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt gerechtfertigt und

die Vergütung müsste entsprechend angepasst werden. Hier werden die Ergebnisse für eine unterstellte durchschnittliche Wochenarbeitszeit im Ausgangsjahr in Höhe von 50, 51 und 52 Stunden dargestellt.

Einzeleffekte zur Interpretation des Gesamtergebnisses

Das Gesamtergebnis wird zusätzlich in Einzeleffekte zerlegt, um die Interpretation zu erleichtern. **Dabei wird jeweils unterstellt, dass bis auf die betrachtete Variable alle anderen Variablen auf dem Wert von 2008 verharren.** Für jeden Einzeleffekt wird dargestellt, wie sich die Gesamtvergütung im Jahr 2013 ändern müsste, damit der Reinertrag je Punkt das Niveau des Jahres 2008 erreicht. Negative Werte bedeuten, dass die Gesamtvergütung im Vergleich zum Jahr 2008 abgesenkt werden müsste. Positive Werte bedeuten dagegen, dass die Gesamtvergütung angehoben werden müsste. Die Einzeleffekte sind:

Einnahmeeffekt: Hier werden Leistungen, Aufwand und die Entwicklung der Zahl der Praxen auf dem Niveau von 2008 belassen; nur die Gesamtvergütung wird auf das Niveau des Jahres 2011 angehoben. Demnach gibt dieses Einzelergebnis an, wie sich die Einnahmen der Ärztinnen und Ärzte aus gesetzlicher Kassenpraxis im betrachteten Zeitraum in der Summe verändert haben. Eine negative Zahl bedeutet einen Anstieg der Einnahmen seit dem Jahr 2008.

Anstieg Leistungsbedarf: Es wird die erbrachte Leistungsmenge auf das Niveau des Jahres 2011 angehoben, alle anderen Variablen verbleiben auf dem Stand des Jahres 2008. Dieser Wert gibt demnach an, um welchen Betrag die Gesamtvergütung seit 2008 hätte steigen müssen, um den zusätzlichen Aufwand zu decken (inkl. des Reinertrags je Punkt), der auf die Ausweitung der erbrachten Leistungsmenge zurückgeht. Änderungen in der Praxisstruktur sind hier nicht berücksichtigt.

Kostendegression: Kostendegression beschreibt den Umstand, dass mit der Zahl der erbrachten Leistungen die Stückkosten sinken, da fixe Kostenarten, wie bspw. Mietzahlungen, nicht mit jeder zusätzlichen Leistung erneut anfallen. Um zu ermitteln, in welchem Umfang Kostendegression seit dem Jahr 2008 aufgetreten ist, wird zunächst berechnet, wie sich der Gesamtaufwand verändert hätte, wenn die zusätzlich erbrachten Leistungen nur zu zusätzlichen *variablen* Kosten geführt hätten (wodurch die Stückkosten sinken). Demgegenüber wird der Gesamtaufwand gestellt, der sich ergeben würde, wenn die zusätzlichen Leistungen zu den vollen Stückkosten des Jahres 2008 erbracht worden wären. In beiden Fällen wird nur die Leistungsmenge variiert, während alle anderen Variablen, insbesondere die Praxisstruktur und die Preise für die Inputfaktoren (s. Preiseffekt) auf dem Stand des Jahres 2008 verbleiben.

Aus der Differenz der beiden Werte ergibt sich der Kostenvorteil, der sich in der Versorgung aufgrund von Kostendegression seit 2008 ergeben hat.

Fixkosteneffekt: Jede praktizierende Praxis verursacht im Betrieb neben den variablen Kosten hauptsächlich fixe Kosten, etwa für das angestellte Personal, für Abschreibungen oder für Mietkosten. Sinkt die Zahl der Praxen in der Versorgung, müssen diese fixen Kosten nicht mehr aus der Gesamtvergütung gedeckt werden und umgekehrt. Dieser Effekt gibt an, in welchem Umfang der Gesamtaufwand für fixe Kosten seit dem Jahr 2008 gefallen (Praxisschließungen) bzw. gestiegen (Praxiseröffnungen) ist.

Organisatorischer Fortschritt: Hier wird unterstellt, dass sich zwischen 2008 und 2011 lediglich die Praxisstruktur geändert hat, und alle anderen Variablen auf dem Niveau des Jahres 2008 verbleiben. So ist etwa die Zahl der Einzelpraxen zurückgegangen, während die Zahl der MVZ zugenommen hat. Daraus ergeben sich Wirtschaftlichkeitsgewinne, die eine Absenkung der Gesamtvergütung begründen.

Preiseffekt: Schließlich wird ermittelt, in welchem Umfang allein die Preissteigerung bei den Betriebs- und Investitionskosten einen höheren Aufwand verursacht hat. Die Vergütung hätte seit 2008 um diesen Betrag steigen müssen, um diese Preissteigerungen auszugleichen.

Summiert man bis auf den Kostendegressionseffekt⁸ alle Einzeleffekte erhält man circa den Gesamteffekt. Die Differenz aus der Summe der Einzeleffekte und dem Gesamteffekt entspricht dabei dem kombinierten Preis-, Mengen-, Struktureffekt.

Die Einzeleffekte erlauben einzuordnen, wie sich einzelne Änderungen in der vertragsärztlichen Versorgung seit dem Jahr 2008 auf die Einnahme- und Aufwandssituation der Ärztinnen und Ärzte ausgewirkt haben und welche Konsequenzen sich daraus für die Anpassung der Gesamtvergütung und damit des Orientierungswertes ergeben hätten.

2.2 Ergebnisse der Modellberechnungen

Die Ergebnisse für die erforderliche Anpassung der Gesamtvergütung im Jahr 2013 und des daraus resultierenden Orientierungswertes zeigt die folgende Übersicht:

⁸ Im Effekt des Anstiegs der Leistungsmenge ist bereits der Kostendegressionseffekt enthalten. Denn im Effekt des Anstiegs der Leistungsmenge sind neben dem zusätzlichen Reinertrag je Punkt nur die zusätzlichen *variablen* Kosten enthalten, die sich aus der zusätzlich erbrachten Leistungsmenge ergeben.

Übersicht 2: Ergebnisse der Modellberechnungen

Anpassung der Gesamtvergütung* 2013		Orientierungswert 2013	
in Mio. Euro		in Cent	
-2.177		3,2537	

Einzelne Effekte (jeweils Anpassung Gesamtvergütung* 2013 in Mio. Euro)			
Einnahmeeffekt	-3.199	Fixkosteneffekt	-394
Anstieg Leistungsbedarf	+948	Organisatorischer Fortschritt	-76
Kostendegression	-791	Preiseffekt	+745

**Unbereinigt.*

Annahmen: Jährliches unterstelltes Produktivitätswachstum: 0 %. Zielanteil der Gemeinschaftspraxen an der Leistungserbringung entspricht dem aktuellen Wert (Keine Zielvorgabe). Unterstellte Wochenarbeitszeit im Ausgangsjahr 51h.

Quelle: Prognos AG

Der Orientierungswert könnte danach auf 3,2537 Cent gesenkt werden, was im Jahr 2011 einer Reduktion der Gesamtvergütung in Höhe von rund -2.177 Mio. Euro entsprechen hätte.

Ursache für die Absenkung des Orientierungswertes ist, dass zwischen den Jahren 2008 und 2011 der durchschnittlich erzielte Reinertrag je erbrachten Leistungspunkt von 1,269 Cent auf 1,509 Cent (+18,9%) gestiegen ist. Aus den Einzeleffekten lässt sich ableiten, dass dieser Anstieg sich neben der gestiegenen Vergütung hauptsächlich durch Kostendegressionseffekte, durch den Rückgang der Zahl der Praxen (Fixkosteneffekt) und den organisatorischen Fortschritt erklärt. Diese Effekte überwiegen den Preiseffekt, der die gestiegenen Kosten für die Inputfaktoren widerspiegelt. Hier zeigt sich, dass die alleinige Orientierung an der Preisentwicklung der Inputfaktoren zu einer Fehleinschätzung der Entwicklung des Gesamtaufwands führen kann.

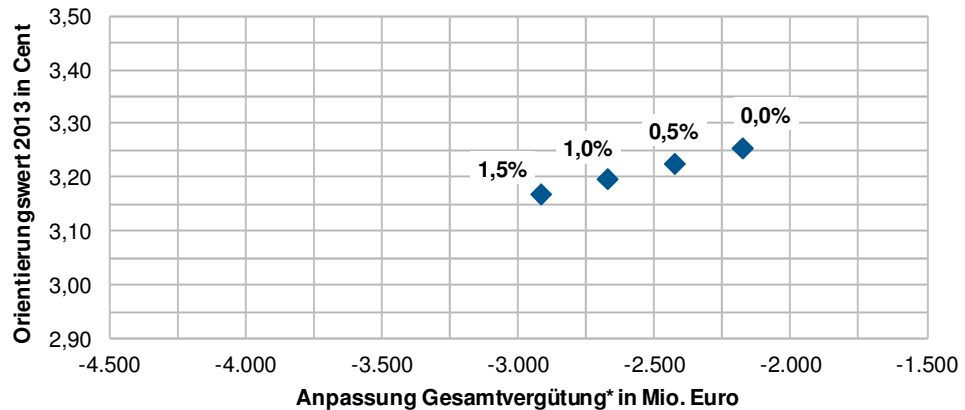
Insgesamt wäre somit eine Absenkung des Orientierungswertes von 3,5048 auf 3,2537 Cent nach § 87 Abs. 2g SGB V gerechtfertigt.

Wirkung verschiedener Stellgrößen

Diese Ergebnisse basieren auf der Entwicklung realer, beobachtbarer Größen. Unsicherheit besteht jedoch insbesondere darüber inwieweit weitere Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 87 Abs. 2g SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung bestehen. Aufgrund der Unsicherheiten werden die folgenden Ergebnisse lediglich nachrichtlich dargestellt. Es bedarf weiterführender empirischer Analysen (Produktivitätswachstum, Wochenarbeitszeit) bzw. einer formulierten Zielsetzung für den Anteil der Gemeinschaftspraxen/ MVZ an der Leistungserbringung, um diese Faktoren zukünftigen Bestimmungen des Orientierungswertes zugrunde zu legen.

Schon geringe jährliche Produktivitätssteigerungen – sei es durch ein effizienteres Praxismanagement, durch modernere Gerätschaften oder durch die Delegation ärztlicher Leistungen – würden eine weitere Absenkung des Orientierungswertes begründen. Die folgende Übersicht stellt die Auswirkungen dar.

Übersicht 3: Wirkung der Annahme eines jährlichen Produktivitätsanstiegs

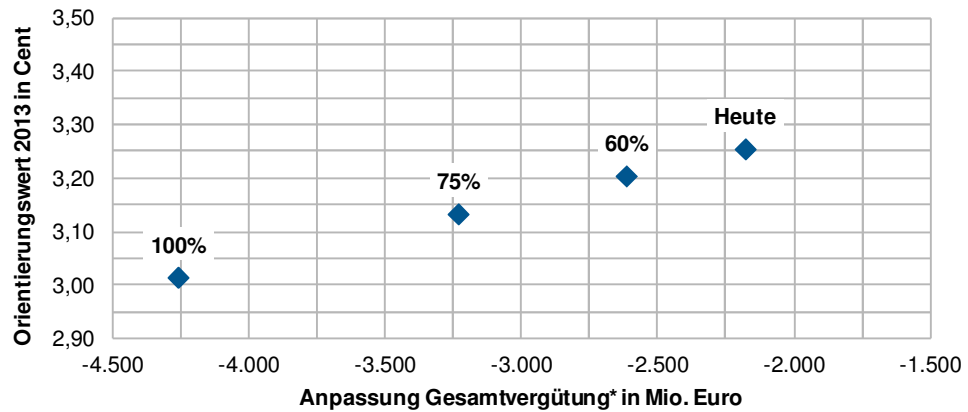


*Unbereinigt.
Quelle: Prognos AG

So könnte etwa bei einem jährlichen Produktivitätsanstieg von 1% der Orientierungswert weiter auf 3,165 Cent gesenkt werden, ohne dass der Reinertrag je Leistungspunkt unter das Niveau des Jahres 2008 fallen würde. Entsprechend stärker fällt der Effekt aus, wenn man einen höheren Produktivitätsanstieg unterstellt und umgekehrt.

Unterstellt man, dass sich der Anteil der Gemeinschaftspraxen/ MVZ an den erbrachten Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung weiter erhöhen lässt, ohne die wohnortnahe Versorgung zu beeinträchtigen, würde dies ebenfalls eine zusätzliche Absenkung des Orientierungswertes begründen. Derzeit liegt dieser Anteil bei rund 49%. Würde man diesen Anteil bspw. auf 60% erhöhen, ergeben sich Wirtschaftlichkeitsreserven, die eine weitere Absenkung des Orientierungswertes auf 3,2033 Cent begründen könnten.

Übersicht 4: Wirkung eines höheren Zielanteils der Gemeinschaftspraxen/MVZ an der Leistungserbringung



*Unbereinigt.
Quelle: Prognos AG

Darüber hinaus werden die Ergebnisse davon beeinflusst, welche Annahme man über die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Vertragsärztinnen und -ärzte im Jahr 2008 trifft, da der Reinertrag je Leistungspunkt im Jahr 2008 als Vergleichswert dient und in der EBM-Kalkulation von einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 51 Stunden ausgegangen wird. Daher folgt, dass wenn die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der Vertragsärztinnen und -ärzte im Jahr 2008 niedriger als 51 Stunden war, auch der (kalkulatorische) Reinertrag je Leistungspunkt im Jahr 2008 niedriger ausfallen muss und umgekehrt.⁹ In den folgenden Jahren hat dagegen die Wochenarbeitszeit keinen Einfluss mehr auf die Ergebnisse des Modells, da Mehr- oder Minderarbeit der Vertragsärztinnen und -ärzte direkt über den festen Reinertrag je Leistungspunkt vollumfänglich vergütet werden.

Über die Wochenarbeitszeit der Vertragsärztinnen und -ärzte liegen keine eindeutigen Daten vor. Die KBV und die Bundesärztekammer gehen auf Basis einer Auswertung des Mikrozensus davon aus, dass lediglich 54,7% der Ärztinnen und Ärzte 45 Stunden und mehr pro Woche arbeiten (Stand: 2008).¹⁰ In einer Umfrage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung wird dagegen von einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 52 Stunden berichtet (Stand: 2008).¹¹

Die folgende Übersicht zeigt, welche Auswirkungen im Modell sich ergeben, wenn man unterschiedliche durchschnittliche Wochenarbeitszeiten für das Jahr 2008 unterstellt. Geht man von 52

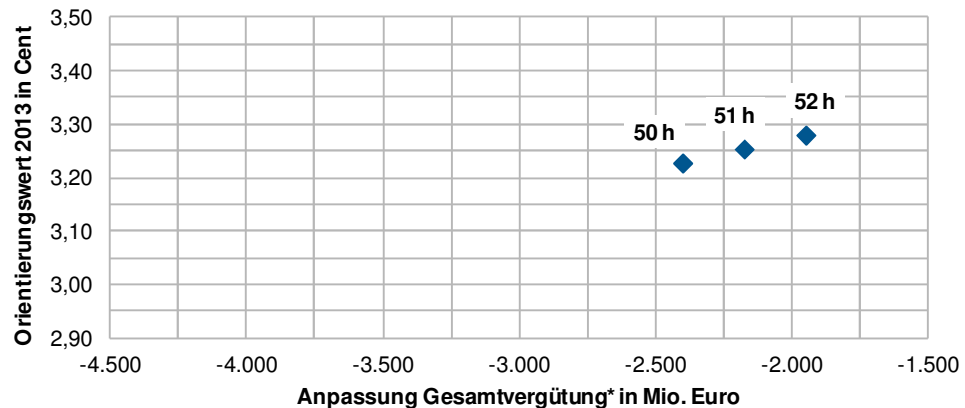
⁹ Im Modell geschieht dies, in dem der rechnerisch ermittelte Reinertrag je Leistungspunkt im Jahr 2008 durch 51 Stunden dividiert und mit der unterstellten Wochenarbeitszeit des Jahres 2008 multipliziert wird.

¹⁰ Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. S. 136.

¹¹ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2012): ZI-Praxis-Panel. Jahresbericht 2010. Tabelle 23, S. 48.

Wochenstunden aus, ließe sich eine Absenkung des Orientierungswertes nur noch auf 3,2797 Cent statt auf 3,2537 Cent begründen. Bislang wurden 51 Wochenstunden unterstellt. Bei 50 Wochenstunden könnte dagegen der Orientierungswert auf 3,2276 Cent gesenkt werden.

Übersicht 5: Wirkung einer Variation der unterstellten, durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Jahr 2008



*Unbereinigt.
Quelle: Prognos AG

Entwicklung des Reinertrags je Ärztin bzw. Arzt

Laut InBA (2010) wurde der bei der EBM-Kalkulation zugrunde gelegte „Arztlohn“ bereits im Jahr 2007 in Höhe von ca. 105 Tsd. Euro im Durchschnitt erreicht. Es stellt sich die Frage, wie sich dieser Reinertrag fortentwickelt haben könnte. Geht man davon aus, dass sich die bereinigten Einnahmen¹² je Praxisinhaber seit 2007 analog der Gesamtvergütung¹³ je Ärztin bzw. Arzt und der Aufwand¹⁴ je Praxisinhaber analog dem im Modell ermittelten Gesamtaufwand je Ärztin bzw. Arzt entwickelt haben, ergibt sich ein Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt in Höhe von ca. 134 Tsd. Euro. Dies entspricht einem Anstieg um +27,5%, der trotz eines Anstiegs der Zahl der Ärztinnen und Ärzte um +5,2% in diesem Zeitraum realisiert werden konnte.¹⁵

Wie beschrieben, hat sich der Reinertrag je Punkt zwischen den Jahren 2008 und 2011 um +18,9% erhöht. Gleichzeitig haben sich aber auch die durchschnittlichen Leistungen pro Praxis erhöht – bspw. in den Einzelpraxen um +8,7%.

¹² Das InBA hat zur Bereinigung der Einnahmen die Einnahmen aus privater Praxis durch 2,3 dividiert, um so eine 100% GKV-Praxis zu simulieren.

¹³ Unbereinigt und korrigiert.

¹⁴ Analog zur InBA (2010)-Methode ohne Aufwendungen für Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung sowie für Kraftfahrzeughaltung.

¹⁵ Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte (ohne Ermächtigte). Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): Bundesarztregister, Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Der zusätzlich erwirtschaftete Reinertrag der Ärztinnen und Ärzte ist somit zu einem Teil auf vermehrt erbrachte Leistungen zurückzuführen und stellt eine zusätzliche „Entlohnung“ für diese Leistungen dar. Daran zeigt sich, dass es sachgerechter ist, die Neubewertung des Orientierungswertes an die Entwicklung des Reinertrags je Leistungspunkt zu knüpfen. Voraussetzung ist, dass die Ausdehnung der erbrachten Leistungsmenge auch auf eine höhere Nachfrage der Patientinnen und Patienten zurückzuführen ist, wovon im Modell ausgegangen wird.

Nach Anpassung der Gesamtvergütung und des Orientierungswertes um die ermittelten -2.177 Mio. Euro hätte sich im Jahr 2011 ein Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt in Höhe von 115 Tsd. Euro ergeben, was gegenüber dem Jahr 2007 einer Steigerung von +9,9% entspricht.

2.3 Fazit

Eine Absenkung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 ist sachgerecht

Mit dem vorgestellten Modell werden erstmals die vom Gesetzgeber benannten Einflussfaktoren bei der Bewertung des Orientierungswertes systematisch berücksichtigt.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Modellrechnung eine Absenkung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 von derzeit 3,5048 Cent auf 3,2537 Cent ergeben hat.

Die Absenkung des Orientierungswertes würde sicherstellen, dass der durchschnittliche Reinertrag je erbrachten Leistungspunkt auf dem Niveau des Jahres 2008 verbleibt. Der durchschnittliche Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt würde nach der Absenkung im Vergleich zum Jahr 2007 um +9,9% auf rund 115 Tsd. Euro steigen.

Ursache: Kostendegression und Wirtschaftlichkeitsgewinne aufgrund einer geänderten Praxisstruktur

Die Gesamtvergütung ist in der vertragsärztlichen Versorgung in den letzten Jahren im Vergleich zum Aufwand überproportional gestiegen und hat zu einer Überdeckung der bei der Erbringung der Leistungen anfallenden Kosten geführt. Denn die seit dem Jahr 2008 zusätzlich erbrachten Leistungen haben in erster Linie zu zusätzlichen *variablen* Kosten geführt, die im Vergleich zu den fixen Kosten jedoch einen geringen Anteil ausmachen. Die aus der Kostendegression entstehenden zusätzlichen Gewinne sollen nach § 87 Abs. 2g SGB V bei der Anpassung des Orientierungswertes berücksichtigt werden, woraus sich eine Absenkung des Orientierungswertes für das Jahr 2013 ergibt.

Hinzu kommt, dass immer mehr Leistungen nicht mehr in Einzelpraxen sondern in Gemeinschaftspraxen und MVZ erbracht werden. Letztere Praxisformen erbringen die Leistungen im Durchschnitt aber deutlich wirtschaftlicher als Einzelpraxen. So fällt in Gemeinschaftspraxen im Vergleich zu Einzelpraxen im Durchschnitt zwar ein rund 2,5-facher Aufwand an, dafür erbringen Gemeinschaftspraxen aber auch durchschnittlich das 3,2-fache an Leistungen einer Einzelpraxis (Jahr 2011). Dies führt dazu, dass die Stückkosten (Aufwand/Leistungen) in einer Gemeinschaftspraxis um 22% niedriger liegen als in einer Einzelpraxis. Je mehr Leistungen in Gemeinschaftspraxen erbracht werden, desto niedriger ist demnach der Aufwand zur Erbringung dieser Leistungen, was bei einer Anpassung des Orientierungswertes berücksichtigt werden muss.

Geht man davon aus, dass in der vertragsärztlichen Versorgung sich bspw. durch ein besseres Praxismanagement die Produktivität in der Leistungserbringung erhöht hat, könnte der Orientierungswert noch weiter abgesenkt werden.

Unsicherheit über die Wochenarbeitszeit der praktizierenden Vertragsärztinnen und -ärzte

Über die Wochenarbeitszeit der praktizierenden Vertragsärztinnen und -ärzte fehlen belastbare Aussagen. Aufgrund dieser Unsicherheit ist die Herangehensweise im hier vorgeschlagenen Modell von Vorteil. Im Modell muss zunächst zwar davon ausgegangen werden, dass im Jahr 2008 die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 51 Stunden erreicht wurde. Ist dies tatsächlich der Fall gewesen, würde der im Jahr 2008 ermittelte Reinertrag je Leistungspunkt eine angemessene Vergütung für die ärztliche Arbeitszeit darstellen. In den Folgejahren muss die eingesetzte Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte nicht weiter betrachtet werden, um die Angemessenheit des Orientierungswertes zu bewerten. Da das Modell einen festen und angemessenen Reinertrag je Punkt zugrunde legt, sinkt bzw. steigt entsprechend proportional der Reinertrag je Ärztin bzw. Arzt, wenn diese weniger bzw. mehr Leistungen erbringen. Ein Mehr- oder Minderaufwand der Ärztinnen und Ärzte ist somit angemessen berücksichtigt.

Es verbleibt die Frage, ob im Jahr 2008 die Wochenarbeitszeit im Durchschnitt tatsächlich bei 51 Stunden lag und damit die Frage, ob der Reinertrag je Punkt im Jahr 2008 überhaupt als angemessen gelten kann. Diese Frage lässt sich nicht abschließend klären. Es zeigt sich aber, dass selbst wenn man unterstellen würde, dass im Jahr 2008 die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei 52 Stunden gelegen hätte, der Orientierungswert für das Jahr 2013 abgesenkt werden müsste.

3 Annahmen und verwendete Datenquellen im Detail

Im Folgenden werden die verwendeten Datenquellen, deren Anpassungen und die zugrunde liegenden Annahmen des Modells im Detail erläutert.

3.1 Die Vergütung der Leistungserbringer

Die Vertragsärztinnen und -ärzte erzielen Einnahmen sowohl aus der Tätigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen als auch für private Krankenkassen und sonstige Kostenträger. Für die Bestimmung des Orientierungswertes sind nur die Einnahmen aus der gesetzlichen Kassenpraxis relevant.

Der GKV Spitzenverband hat der Prognos AG im Rahmen dieser Studie Daten zur Entwicklung der unbereinigten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt. Diese stellen eine Schätzung auf der Basis der BMG-Quartalsberichte des Bewertungsausschusses Ärzte dar.¹⁶

Die unbereinigte Gesamtvergütung entspricht dabei der Gesamtvergütung, die nicht um die Selektivverträge bereinigt wurde. Da die Vergütung, die den Leistungserbringern im Rahmen der Selektivverträge zufließt, Teil der Vergütung durch die gesetzliche Krankenversicherung ist, soll sie bei der Bestimmung der Einnahmen aus der gesamten Tätigkeit für die GKV berücksichtigt werden. Aus diesem Grund wird ausgehend von den Bereinigungsbeträgen auch eine Schätzung der in den Selektivverträgen erbrachten Leistungsmenge vorgenommen.

Die Berechnungen erfolgen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ohne Ermächtigte (Zugelassene) und ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Damit soll der sehr unterschiedlichen Praxiskostenstruktur zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Rechnung getragen werden.

Um die unbereinigte Gesamtvergütung zu ermitteln, die auf die Zugelassenen *ohne* psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten entfällt, wird der Anteil der jeweiligen Arztgruppe am bereinigten Honorar berechnet und entsprechend dieses Anteils die unbereinigte Gesamtvergütung zugeordnet.

¹⁶ Bewertungsausschuss Ärzte (2012a): Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das dritte Quartal 2011.

Für das Jahr 2011 liegen derzeit nur Werte für die ersten drei Quartale vor. Der Wert für das vierte Quartal wird geschätzt, indem unterstellt wird, dass der Anteil der Werte der ersten drei Quartale am Jahresgesamtwert dem des Vorjahres entspricht.

Übersicht 6: Entwicklung der Einnahmeseite der Leistungserbringer zwischen den Jahren 2008 und 2011

Bezeichnung	2008 in Mio. Euro	2011 in Mio. Euro	2008-2011 (2008=100)
Simulierte unbereinigte Gesamtvergütung, Zugelassene ohne PP	27.185	30.384	111,8

PP: psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Quelle: Bewertungsausschuss Ärzte (2012a), GKV Spitzenverband und eigene Berechnungen

3.2 Die Leistungsmenge

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

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

Der Wert für das vierte Quartal 2011 wurde erneut geschätzt, indem unterstellt wird, dass der Anteil der Werte der ersten drei Quartale am Jahresgesamtwert dem des Vorjahres entspricht. Zum Vergleich ist auch die Entwicklung der Behandlungsfälle in der folgenden Übersicht dargestellt.

Übersicht 7: Entwicklung der Leistungsmenge zwischen den Jahren 2008 und 2011

Bezeichnung	2008	2011	2008-2011 (2008=100)
Korrigierter, unbereinigter Bruttoleistungsbedarf, Zugelassene ohne PP, in Mio. Punkten	853.409	907.992	106,4
Anzahl Behandlungsfälle, Zugelassene ohne PP, ohne Selektivverträge	477.133.476	499.834.460	104,8

PP: psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Quelle: Bewertungsausschuss Ärzte (2012a), GKV Spitzenverband und eigene Berechnungen

Zur Schätzung des Gesamtaufwands, der zur Erbringung dieser Leistungen notwendig war, werden darüber hinaus Angaben zur Verteilung der Leistungen auf die unterschiedlichen Praxistypen (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis etc.) benötigt.

Der Bewertungsausschuss Ärzte hat für die Jahre 2009 und 2010 den Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung auch nach Praxistypen aufgeschlüsselt.¹⁷ Die Verteilung dieser Leistungen auf die Praxistypen wurde verwendet, um den unbereinigten und korrigierten Bruttoleistungsbedarf ebenfalls nach Praxistypen aufzuschlüsseln. Dazu wurde zunächst mit Hilfe des jeweils gültigen Orientierungswertes der Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung in Punkte umgerechnet. Da der Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung nur für Zugelassene *inklusive* psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten vorlag, mussten des Weiteren die Leistungen der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten je Praxistyp herausgerechnet werden.

In der Summe lag für alle Praxistypen im Jahr 2010 der Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung, der durch psychologische Psychotherapeuten erbracht wurde, umgerechnet bei rund 34.298 Mio. Punkten.¹⁸ Zudem waren nach der jüngsten Schätzung des Statistischen Bundesamts (2009)¹⁹ im Jahr 2007 rund 78,8% der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Praxisinhaber) in Einzelpraxen tätig, während der Rest in Gemeinschaftspraxen und anderen sonstigen Praxisformen tätig war. Zur näherungsweisen Schätzung wurden 78,8% der 34.298 Mio. Punkte den Einzelpraxen und die restlichen Leistungen nach Eurogebührenordnung Gemeinschaftspraxen zugeordnet und diese Werte anschließend vom Leistungsbedarf der Zugelassenen *mit* psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten abgezogen. In gleichem Maße wurden die Leistungen aus dem Jahre 2009 auf die Praxistypen verteilt. Auch die Schätzung der Zahl der Behandlungsfälle nach Praxistypen für Zugelassene ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgte auf diese Weise, da hier ebenfalls nur Werte für alle Zugelassenen vorlagen.

Für die Jahre 2008 und 2011 musste anders vorgegangen werden, da weder der Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung in

¹⁷ Bewertungsausschuss Ärzte (2012b): Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2010.

¹⁸ Bewertungsausschuss Ärzte (2012b).

¹⁹ Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen, Wiesbaden.

Summe noch dessen Zuordnung auf die Praxistypen für diese Jahre vorlag.

Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass die Zahl der Einzelpraxen in den letzten Jahren rückläufig ist und die Zahl anderer Praxisformen, insbesondere die Zahl der medizinischen Versorgungszentren (MVZ), wächst.²⁰ Um diese Strukturveränderungen zu berücksichtigen, wurde zunächst unterstellt, dass sich der Umfang der Leistungen, der in den einzelnen Praxistypen erbracht wird, zwischen 2008 und 2011 in derselben Relation verändert wie die Zahl der Praxen nach Praxistypen.²¹ So konnte im Folgenden berechnet werden, wie sich die Anteile der Leistungen verändert haben müssten, die in den jeweiligen Praxistypen erbracht werden, wenn nur dieser reine Struktureffekt stattgefunden hätte.

Für die Summe der Leistungen über alle Praxisformen wurde unterstellt, dass diese sich in derselben Relation verändert hat, wie die Summe der korrigierten, unbereinigten Bruttoleistungen. Diese Veränderung stellt die reine Mengenentwicklung dar.

Multipliziert man die aus dem reinen Struktureffekt ermittelten Anteile der Leistungen je Praxistyp mit der ermittelten Summe der Leistungen aus dem Mengeneffekt, ergibt sich eine Schätzung für den Umfang der Leistungen je Praxistyp in jedem betrachteten Jahr, die sowohl den Mengen- als auch den Struktureffekt berücksichtigt.

Abschließend wurde unterstellt, dass sich in den Jahren 2008 bis 2011 der korrigierte, unbereinigte Bruttoleistungsbedarf in derselben Relation auf die Praxistypen verteilt, wie es bei dem (geschätzten) Leistungsbedarf nach Euro-Gebührenordnung der Fall war.

Übersicht 8: Entwicklung des unbereinigten und korrigierten Bruttoleistungsbedarfs zwischen den Jahren 2008 und 2011, Zugelassene ohne PP

Praxisform	2008 in Mio. Punkten	2011 in Mio. Punkten	2008-2011 (2008=100)
Gesamt	853.409	907.992	106,4
Einzelpraxis	440.229	459.642	104,4
Gemeinschaftspraxis	354.845	377.353	106,3
MVZ	48.222	59.857	124,1
Sonstige Organisationsformen	10.113	11.140	110,2

*PP: psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
Quelle: Bewertungsausschuss Ärzte (2012a), GKV Spitzenverband und eigene Berechnungen*

²⁰ Zwischen den 1. Quartalen der Jahre 2007 und 2011 ist die Zahl der MVZ von 733 auf 1.700 gestiegen. KBV (2012): <http://www.kbv.de/koop/8791.html> [letzter Zugriff: 25.5.2012].

²¹ Dazu bedurfte es vorab einer Schätzung der Zahl der Praxen in den einzelnen Jahren, die im nächsten Abschnitt beschrieben wird.

3.3 Die Zahl der Leistungserbringer

Bereits für die Aufschlüsselung der Leistungen auf die unterschiedlichen Praxistypen wurden Angaben über die Zahl der Praxen im betrachteten Zeitraum benötigt. Sie fließen auch in die Schätzung der Entwicklung des Aufwands ein.

Der GKV Spitzenverband hat der Prognos AG Schätzungen über die Zahl der Arztpraxen ohne Praxen psychologischer Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung gestellt.²² Diese sind aufgeschlüsselt nach den Praxistypen Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, MVZ und sonstige Organisationsformen und liegen für die Jahre 2008 bis 2010 vor. Für das Jahr 2011 wurde mangels differenzierterer Daten unterstellt, dass sich die Zahl der Praxen im Vergleich zum Jahr 2010 nicht verändert hat.

Übersicht 9: Entwicklung der Zahl der Arztpraxen nach Praxistyp zwischen den Jahren 2008 und 2010, jeweils Zugelassene ohne PP

Bezeichnung	2008	2010	2008-2010 (2008=100)
Arztpraxen gesamt	95.519	93.037	97,4
davon Einzelpraxen	74.086	71.181	96,1
Gemeinschaftspraxen	18.964	18.112	95,5
MVZ	1.222	1.549	126,8
Sonstige Organisationsformen*	590	590**	100,0

* ohne Krankenhäuser.

** Auf dem Niveau von 2008 belassen aufgrund mangelhafter Abgrenzungsmöglichkeiten.

PP: psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Quelle: GKV Spitzenverband, Schätzung auf Basis der Geburtstagsstichprobe

3.4 Die Aufwendungen

Zur Bestimmung der Aufwendungen, die in den Arztpraxen anfallen, wird auf die Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes²³ zurückgegriffen. Dabei werden die einzelnen Kostenarten in fixe und variable Kostenarten unterteilt.

Für die einzelne Arztpraxis wird somit unterstellt, dass sich die Aufwendungen (a_t) ergeben aus:

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

²² Die Schätzung beruht auf einer Auswertung der Geburtstagsstichprobe.

²³ Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen - Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (2007, Erscheinungsfolge: vierjährlich).

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

Diese Unterteilung ist für die Kalkulation des Kostendegressions-effektes notwendig. Es wird davon ausgegangen, dass die Leistungserbringung in einer Arztpraxis einen hohen Anteil fixer Aufwendungen aufweist. Dies liegt darin begründet, dass beispielsweise bedeutende Aufwendungsblöcke wie die Personalaufwendungen, Aufwendungen für die Ausstattung der Praxen oder Mieten für die Räumlichkeit i.d.R. unabhängig von der Anzahl der behandelten Patienten bzw. der Anzahl der Behandlungsfälle anfallen – somit auslastungsunabhängig sind.

Daher werden (vgl. folgende Übersicht) außer den Materialkosten im Modell alle Aufwendungen als *fix* charakterisiert.

Für die Schätzung der Aufwendungen in den Praxen bis zum Jahr 2011 wird auf die Kostenstrukturhebung des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen. Diese liegt zuletzt für das Jahr 2007 differenziert nach verschiedenen Kostenarten vor. Die Angaben werden daher aus dem Jahr 2007 mittels unterschiedlicher Preisindizes – ebenfalls vom Statistischen Bundesamt – jährlich bis zum Jahr 2011 fortgeschrieben. Im Modell werden daraufhin die geschätzten Werte der Jahre 2008 bis 2011 verwendet. Die unterstellten Preisindizes und deren Entwicklung seit dem Jahr 2007 können der folgenden Übersicht entnommen werden.

Übersicht 10: Datenquellen zur Schätzung der Aufwendungen in den Arztpraxen bis zum Jahr 2011

Bezeichnung der Aufwendungen -> als fixe oder variable Kostenart charakterisiert	Verwendeter Index für die Hochrechnung 2007 – 2011	(Geschätzte) Veränderung 2007-2011
Personalaufwendungen: Bruttolöhne und -gehälter -> fix	Arbeitskostenindex - Gesundheits- und Sozialwesen: Index der Bruttolöhne und - gehälter	7,96%
Personalaufwendungen: gesetzliche Sozialaufwendungen -> fix	Veränderungsrate: Sozialversicherungsbeiträge	-0,63%
Personalaufwendungen: übrige Sozialaufwendungen -> fix	Arbeitskostenindex- Gesundheits- und Sozialwesen: Index der Lohnnebenkosten	9,48%
Aufwendungen für Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung -> fix	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten: davon Materialaufwendungen in eigener Praxis und eigenem Labor -> variabel	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten: davon Aufwendungen für fremde Laborarbeiten -> variabel	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Aufwendungen für Mieten/Leasing: davon Miete für Praxisräume -> fix	Verbraucherpreisindex: Mieten	4,79%
Aufwendungen für Mieten/Leasing: davon Mietwert für Praxisräume im eigenen Haus -> fix	Verbraucherpreisindex: Mieten	4,79%

Bezeichnung der Aufwendungen -> als fixe oder variable Kostenart charakterisiert	Verwendeter Index für die Hochrechnung 2007 – 2011	(Geschätzte) Veränderung 2007-2011
Aufwendungen für Mieten/Leasing: davon Miete/Leasing für Apparate, EDV-Einrichtungen und dgl. -> fix	Erzeugerpreisindex: medizinische Apparate	3,64%
Aufwendungen für Heizung, Strom, Gas, Wasser -> fix	Verbraucherpreisindex: Energie	19,30%
Aufwendungen für Versicherungen, Beiträge und Gebühren -> fix	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Aufwendungen für Kraftfahrzeughaltung -> fix	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung mit einem Anschaffungswert von mehr als 410 Euro -> fix	Erzeugerpreisindex: medizinische Apparate	3,64%
Absetzbare Geringwertige Wirtschaftsgüter unter 410 Euro -> fix	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%
Fremdkapitalzinsen -> fix	annahmegemäß konstant, s. Erläuterung im Text	–
Sonstige betriebliche Aufwendungen ²⁴ -> fix	Verbraucherpreisindex: allgemein	6,54%

Quelle: Prognos AG, Indizes: Statistisches Bundesamt

In zwei Fällen wird von dieser Methodik abgewichen. Zum einen werden für die Sozialversicherungsbeiträge die tatsächlichen Arbeitgeberbeiträge der jeweiligen Jahre zugrunde gelegt, da dieses Vorgehen exakter erscheint als die Berechnung mittels eines Indexes. Die Beitragssätze werden auf die gesamte prognostizierte Lohn- und Gehaltssumme angewendet – dies unter der Annahme, dass keiner der Angestellten einer Arztpraxis mit dem Gehalt über den jeweiligen Beitragsbemessungsgrenzen liegt. Angestellte Ärztinnen und Ärzte werden im Modell annahmegemäß aus dem Reinertrag der Praxen entlohnt, weshalb deren Personalkosten nicht im Aufwand für Personal enthalten sind.²⁵

Zum anderen werden die Aufwendungen für Fremdkapitalzinsen nicht verändert, sondern auf dem Niveau des Jahres 2007 belassen. Dies liegt darin begründet, dass einerseits die Fristigkeit der Verbindlichkeiten bei der Höhe der Fremdkapitalzinsen eine Rolle spielt und Kreditverträge ggf. langfristig festgelegte Zinsen haben. Andererseits liegen keine Daten zur Höhe des Investitionsvolumens bzw. dessen Entwicklung vor. Jedoch ist davon auszugehen, dass sich das Volumen insgesamt aufgrund von Leasingmöglichkeiten o.ä. eher reduziert hat. Aufgrund dieser nicht simulierbaren Unwägbarkeiten werden die Aufwendungen auf dem Niveau von 2007 belassen.

²⁴ In dieser Position sind auch die Aufwendungen für die Abrechnung von PKV-Leistungen enthalten. Deren Anteil an den „Sonstige betriebliche Aufwendungen“ ist leider nicht bekannt, könnte ggf. jedoch relativ hoch liegen. Für diesen Fall ist davon auszugehen, dass die Bereinigung der „Sonstige betriebliche Aufwendungen“, wie sie weiter unten beschrieben wird, nicht weit genug geht und diese Position stärker bereinigt werden müsste. Da jedoch keine detaillierten und belastbaren Informationen dazu vorliegen, kann eine höhere Bereinigung nicht stattfinden.

²⁵ Da die Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2007, auf das sich die Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes bezieht, noch relativ gering war, kann man davon ausgehen, dass die in der Kostenstrukturstatistik ausgewiesenen Personalaufwendungen sich weitgehend auf nicht-ärztliches Personal beschränken.

Die Daten des Statistischen Bundesamtes lassen sich auch nach Einzelpraxen und Gemeinschaftspraxen differenzieren. Diese fließen ebenfalls in das Modell ein, um der unterschiedlichen Produktivität der Praxisformen gerecht zu werden.

Mittels dieser Systematik werden die fixen und variablen Aufwendungen für alle Leistungen, die in einer Arztpraxis (bzw. durch einen Praxisinhaber) erbracht werden, auf das Jahr 2011 hochgerechnet. Die Aufwendungen sind dabei um solche Aufwendungen zu kürzen, die nicht für GKV-Leistungen (also Privatleistungen und sonstige Leistungen) anfallen.

Dies geschieht mittels der ebenfalls durch das Statistische Bundesamt angegebenen Einnahmen. Diese sind in die drei Arten *GKV*, *PKV* und *Sonstige* differenziert. Die PKV-Einnahmen werden zum Zwecke der Bereinigung durch 2,3 dividiert, da davon ausgegangen wird, dass PKV-Leistungen bei gleichen Aufwendungen durchschnittlich mit dem 2,3-fachen Satz vergütet werden.²⁶ Sodann werden die drei Positionen summiert und der Anteil der GKV-Einnahmen an dieser Summe ermittelt und zur Ermittlung des bereinigten GKV-Anteils an den (fixen und variablen) Aufwendungen zugrunde gelegt.

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

Übersicht 11: Summen der fixen und variablen Aufwendungen auf Praxisebene (ohne PP)

Art der Aufwendungen	Praxisform	2008 in Tsd. Euro	2011 in Tsd. Euro	2008-2011 (2008=100)
fix	Alle Formen	190	199	104,6
variabel	Alle Formen	19	20	103,8
fix bereinigt	Alle Formen	158	166	104,6
var. bereinigt	Alle Formen	16	16	103,8
fix	Einzelpraxen	140	147	104,6
variabel	Einzelpraxen	11	11	103,8
fix bereinigt	Einzelpraxen	117	122	104,6
var. bereinigt	Einzelpraxen	9	9	103,8
fix	Gemeinschaftspraxen	336	352	104,7
variabel	Gemeinschaftspraxen	42	44	103,8
fix bereinigt	Gemeinschaftspraxen	280	293	104,7
var. bereinigt	Gemeinschaftspraxen	35	36	103,8

PP: psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009), eigene Berechnungen

²⁶ Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2010): Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen; S.7.

Gesamtaufwand

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

Das Modell ist so in der Lage, die Praxisstrukturänderungen nachzuvollziehen, die sich in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben haben. Da Gemeinschaftspraxen die Möglichkeit bieten, medizinische Geräte, Räume und Personal gemeinsam zu nutzen, können diese im Allgemeinen effizienter eingesetzt werden.

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

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

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

Der Gesamtaufwand im Jahr t ergibt sich somit wie folgt

$$A_t = \sum_i s_{t,i} L_{t,i}^B$$

wobei i einen Index darstellt für die unterschiedlichen Praxisformen Einzelpraxis (EP), Gemeinschaftspraxis (GP), MVZ und sonstige Organisationsformen.

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

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

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

3.5 Wirkung verschiedener Einflussfaktoren im Modell

Nach der Beschreibung aller Variablen lassen sich nun die Wirkungen der verschiedenen Einflussfaktoren im Modell darstellen, die nach § 87 Abs. 2g SGB V bei der Bestimmung des Orientierungswertes berücksichtigt werden müssen (Entwicklung relevanter Investitions- und Betriebskosten, Wirtschaftlichkeitsreserven, Kostendegression durch Anstieg der Leistungsmenge).

Die Investitions- und Betriebskosten steigen (Preiseffekt)

Wenn lediglich die Preise für die Inputfaktoren wie Personal, Material, Mieten etc. steigen, erhöhen sich die fixen bzw. die variablen Kosten und damit die Stückkosten: $s_1 > s_0$. Daraus folgt:

$$A_1 > A_0, L_1^B = L_0^B, V_1^B = V_0^B$$

Der Reinertrag je Punkt würde sinken:

$$r_1 = \frac{V_1 - A_1}{L_1^B} < \frac{V_0 - A_0}{L_0^B} = r_0$$

und der Orientierungswert müsste erhöht werden, um die Kostensteigerungen gegenzufinanzieren.

Der Leistungsbedarf steigt, führt aber zu einer Kostendegression

Auf der Aufwandseite führt eine Leistungsausweitung c.p. zu niedrigeren Stückkosten. Denn

$$s_1 = \frac{\bar{k}_1}{\frac{L_1^B}{P_1}} + \hat{k}_1 < \frac{\bar{k}_0}{\frac{L_0^B}{P_0}} + \hat{k}_0 = s_0$$

wenn $L_1^B > L_0^B$ steigt und sonst alle Variablen gleichbleiben. Grund dafür ist der fixe Aufwand, der nicht mit dem Umfang der Leistungserstellung steigt (z. B. Mietkosten für die Praxisräume). Daraus folgt, dass $A_1/L_1^B < A_0/L_0^B$.

Hält die Vergütung dagegen mit der Leistungsausweitung Schritt: $\frac{V_1}{L_1^B} = \frac{V_0}{L_0^B}$, würde gelten:

$$r_1 = \frac{V_1 - A_1}{L_1^B} > \frac{V_0 - A_0}{L_0^B} = r_0$$

Der Orientierungswert müsste gesenkt werden, da der Reinertrag je Punkt gestiegen ist.

Wirtschaftlichkeitsreserven

Wirtschaftlichkeitsreserven können im Zeitablauf in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von medizinisch-technischem und organisatorischem Fortschritt entstehen. Beide lassen sich im Modell abbilden.

Über den Umfang des medizinisch-technischen Fortschritts können nur Vermutungen angestellt werden. Es ist jedoch plausibel anzunehmen, dass bspw. die Verbreitung neuer Gerätegenerationen, die Delegation von Leistungen auf medizinische Fachangestellte und moderne Formen des Praxismanagements die Kosten der Leistungserstellung reduzieren helfen. Im Modell lässt sich dies mit einer jährlichen Senkung der Stückkosten abbilden, wobei verschiedene Annahmen über den Umfang (0% bis 1,5% p.a.) getroffen werden können.

Die beobachtbare Veränderung der Organisationsformen in der ambulanten Versorgung bietet dagegen die Möglichkeit, die Wirkung dieser Form des organisatorischen Fortschritts rechnerisch zu ermitteln. Geht man davon aus, dass Gemeinschaftspraxen (GP) geringere Stückkosten aufweisen als Einzelpraxen (EP), würde gelten:

$$s_{GP} < s_{EP}$$

Wenn $\beta_t L_t^B$ der Anteil der Leistungen ist, der in Einzelpraxen erbracht wird, dann ergibt sich für den Gesamtaufwand:

$$A_1 = [\beta_1 s_{EP} L_1^B + (1 - \beta_1) s_{GP} L_1^B]$$

und somit

$$A_1 = [\beta_1 (s_{EP} - s_{GP}) L_1^B + s_{GP} L_1^B] < A_0$$

wenn $\beta_1 < \beta_0$ und sonst alles gleich bleibt. Demnach würde der Gesamtaufwand im ambulanten Sektor sinken, wenn die Zahl der Einzelpraxen sinkt und die bislang dort erbrachten Leistungen in Gemeinschaftspraxen oder MVZ erbracht werden.

Der Orientierungswert müsste gesenkt werden, um die entstandenen Wirtschaftlichkeitsreserven nach § 87 Abs. 2g SGB V zu berücksichtigen.

Neben der Abbildung der realen Entwicklung bietet das Modell auch die Möglichkeit einen Zielanteil dafür vorzugeben, wie groß der Anteil der Leistungen sein sollte, der in Gemeinschaftspraxen zu erbringen ist. Hintergrund ist, dass nach Maßgabe einer wirtschaftlichen Leistungserbringung (§ 12 SGB V) der derzeitige Anteil der Einzelpraxen am Umfang der erbrachten Leistungen, insbesondere im fachärztlichen Bereich, hinterfragt werden kann.

Die Zahl der angestellten Ärzte steigt

Werden mehr Ärztinnen und Ärzte in den Praxen angestellt und wird das Leistungsvolumen dabei nicht erhöht, steigen die Lohnkosten für die Praxisinhaber und somit die Stückkosten: $s_1 > s_0$
Daraus würde folgen:

$$r_1 = \frac{V_1 - A_1}{L_1^B} < \frac{V_0 - A_0}{L_0^B} = r_0$$

Trotzdem darf der Orientierungswert deswegen nicht erhöht werden. Denn im Grunde würde dies bedeuten, dass Leistungen nun vermehrt durch angestellte statt freiberufliche Ärztinnen und Ärzte erbracht werden. Dies darf kein Grund für die Erhöhung des Orientierungswertes sein, da hier nur eine Umwandlung von Reinertrag als „Entlohnung“ einer freiberuflichen Tätigkeit in tatsächliche Lohnkosten stattfindet. Um diesen Effekt im Modell künftig berücksichtigen zu können, müssten die Lohnkosten in den Erhebungen des Statistischen Bundesamts nach ärztlichen und nicht-ärztlichen Lohnkosten unterschieden werden.

In der derzeitigen Berechnung wird davon ausgegangen, dass die vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Lohnkosten für das Jahr 2007 in erster Linie Kosten für nicht-ärztliches Personal enthalten. Bei der vorgenommenen Fortschreibung bis zum Jahr 2011 werden auch nur diese Lohnkosten fortgeschrieben. Der Anstieg der Zahl der angestellten Ärztinnen und Ärzte drückt sich im Modell somit nicht durch höhere Lohnkosten aus. Vielmehr wird unterstellt, dass die Ärztinnen und Ärzte aus dem Reinertrag entlohnt werden. Sie werden im Modell demnach so behandelt, als wären sie freiberuflich tätig.

4 Literatur

Bewertungsausschuss Ärzte (2012a): Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das dritte Quartal 2011.

Bewertungsausschuss Ärzte (2012b): Bericht des Bewertungsausschusses über die Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung und der regionalen Verteilung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer gemäß § 87 Abs. 3a SGB V für das Jahr 2010.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2012): www.gbe-bund.de [letzter Zugriff: 04.05.2012].

Institut des Bewertungsausschusses (InBA) (2010): Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen, Berlin.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (2010): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung. 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): <http://www.kbv.de/koop/8791.html> (Stand 25.05.2012).

Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten - Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen - Fachserie 2 Reihe 1.6.1.