

# Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung

von Stefan Greß<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Der Erweiterte Bewertungsausschuss** hat die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen am Prinzip der Opportunitätskosten orientiert. Das ist grundsätzlich sachgemäß. Es ist allerdings nicht zwingend, dass das Oberarztgehalt im Krankenhaus als Referenzmaßstab dient. Für einen erheblichen Teil der niedergelassenen Ärzte dürfte – insbesondere wegen der geringen Leitungs- und Personalverantwortung im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus – eher das Facharztgehalt der geeignete Referenzmaßstab sein. Ausgesprochen kritisch sind zudem Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulatorischen Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit des Arztes vorsehen. Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft vorsehen.

**Schlüsselwörter:** kalkulatorischer Arztlohn, Opportunitätskosten, Oberarzt, Vergütung, Risikozuschlag

*The Extended Valuation Committee* has linked the calculation of the imputed remuneration of physicians in their own private practices to the principle of opportunity costs. This is mainly due to pragmatic reasons and generally appropriate. However, it is by no means mandatory to take the salary of senior hospital physicians as a reference. It makes more sense to gauge the yardstick to the salary of hospital consultants, i.e. medical specialists, since these – like most physicians in their own practices – are not accountable for staff, nor do they necessarily have to show extensive leadership qualities. Concepts to provide an additional risk surcharge on account of the physicians' entrepreneurial activities should be viewed with due skepticism. The same goes for surcharges on account of a higher than average productivity or purchasing power within a particular region.

**Keywords:** (imputed) remuneration, opportunity costs, senior physician, risk surcharge

## 1 Hintergrund

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

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

In einem Interview mit der *Ärzte-Zeitung* (Gassen 2014) forderte der KBV-Chef Dr. Andreas Gassen etwa eine Erhöhung des kalkulatorischen Arztlohns auf 133.000 Euro pro

<sup>1</sup> Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß, Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda  
Telefon: 0661 9640-601 · E-Mail: stefan.gress@pg.hs-fulda.de

Jahr. Daraus ergebe sich rein rechnerisch ein Nachholbedarf der niedergelassenen Ärzte gegenüber den im Krankenhaus tätigen Kolleginnen und Kollegen von drei Milliarden Euro. Ein Argumentationspapier aus dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung geht in eine ähnliche Richtung. Demnach müsse der Orientierungswert Jahr für Jahr so erhöht werden, dass ein Vertragsarzt das tatsächliche Referenzeinkommen – das durchschnittliche Einkommen von Oberärzten – erreichen könne (von Stillfried und Czihal 2014). Nach Berechnungen von Prof. Dr. Günter Neubauer vom Institut für Gesundheitsökonomik in München müsste der kalkulatorische Arztlohn sogar in einer Spanne zwischen 159.000 Euro und 175.000 Euro pro Jahr liegen (Höhl 2014).

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

Ein Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 11. Mai 2015 (VV KBV 2015) sieht zudem vor, dass „der Leistungsanteil für die ärztliche Arbeit deutlich gestärkt und der sogenannte kalkulatorische Arztlohn dem aktuellen Alternativeinkommen im Krankenhaus angeglichen wird“.

Vor dem skizzierten Hintergrund befasst sich dieser Beitrag mit der Frage, welche Verfahren und Kriterien zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns sachgerecht sind. Dabei werden sowohl alternative als auch ergänzende Kalkulationsansätze vorgestellt und bewertet. Er ist die Kurzfassung eines Gutachtens, das der Autor im Auftrag des GKV-Spitzenverbands erstellt hat. Die Langfassung des Gutachtens ist ebenfalls veröffentlicht (Grefß 2015 a).

## 2 Alternative Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns

Der kalkulatorische Arztlohn stellt im EBM einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für die relative Bewertung der ärztlichen Leistungen dar. Im Grundsatz unterscheidet die Kalkulationssystematik des EBM den rein ärztlichen Leis-

tungsanteil und den technischen Leistungsanteil. Die Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist eine zentrale Voraussetzung dafür, den Zeitaufwand für die ärztliche Leistung im EBM monetär bewerten zu können (IGES-Institut 2010).

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

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

Eine objektive Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns ist insofern problematisch, als dass niedergelassene Ärzte in der gesetzlichen Krankenversicherung kein festes Gehalt bekommen. Im Regelfall erfolgt die Vergütung im Rahmen der selbstständigen und freiberuflichen Tätigkeit aus Einkünften der gesetzlichen Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungen und Eigenleistungen der Patienten. Insofern ist es aus ökonomischer Sicht folgerichtig, dass der Erweiterte Bewertungsausschuss die Berechnung des kalkulatorischen Arztlohns aus pragmatischen Gründen auf der Basis eines Opportunitätskostenansatzes durchgeführt hat. Der kalkulatorische Arztlohn der niedergelassenen Ärzte wird dann auf der Basis entgangener Einkünfte in alternativen Tätigkeitsfeldern definiert.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diese alternativen Tätigkeitsfelder vergleichsweise eng definiert und den kalkulatorischen Arztlohn auf der Basis des Tarifgehalts von angestellten Oberärzten in Krankenhäusern berechnet. Der kalkulatorische Arztlohn wurde vom Erweiterten Bewertungsausschuss zuletzt am 12. Oktober 2007 auf den Betrag von 105.571,50 Euro festgelegt. Damit ist nach Auffassung des Erweiterten Bewertungsausschusses sowohl die wöchentliche Arbeitszeit als auch das kalkulatorische Wagnis eines Vertragsarztes abgegolten. Weitere Anpassungen des kalkulatorischen Arztlohns hat der Erweiterte

TABELLE 1

## Tätige Personen in Arztpraxen 2011

	Durchschnittliche Summe der Personen	Durchschnittliche Zahl der Praxisinhaber*	Durchschnittliche Zahl der abhängig Beschäftigten	... davon angestellte Ärzte	... davon andere Angestellte**	Anzahl Praxen
Alle Praxen einschließlich Medizinischer Versorgungszentren	8,4	1,5	6,9	0,3	6,6	107.872
... davon Einzelpraxen (alle)	5,8	1,1	6,5	0,2	6,3	53.701
... davon Einzelpraxen mit einem Umsatz von mehr als 500.000 Euro	9,6	1,1	8,5	0,6	7,9	5.711
... davon Gemeinschaftspraxen alle	13,8	2,6	11,2	0,4	10,8	48.242
... davon Gemeinschaftspraxen mit einem Umsatz von mehr als einer Million Euro	23,6	3,1	20,5	1,1	19,4	5.878

\* Praxisinhaber zuzüglich unentgeltlich helfender Familienangehöriger

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

Praxisinhaber haben eine vergleichsweise geringe Personalverantwortung, nämlich durchschnittlich 4,6 abhängig Beschäftigte pro Inhaber. Niedergelassene Ärzte mit Oberärzten in Kliniken zu vergleichen, ist unter anderem deswegen fragwürdig.

Bewertungsausschuss seitdem nicht vorgenommen (zu einer detaillierten Beschreibung der Berechnung durch den GBA siehe auch *Greß 2015 a*).

Das vergleichsweise enge Verständnis des Opportunitätskostenansatzes durch den Erweiterten Bewertungsausschuss ist jedoch nicht alternativlos. So beruht das derzeitige Kalkulationsmodell implizit auf der Annahme, dass die derzeit niedergelassenen Ärzte durchgängig alternativ eine leitende Tätigkeit als Oberarzt in der stationären Versorgung ausüben könnten. Diese Annahme ist jedoch außerordentlich ambitioniert. Nach den einschlägigen Regelungen im Tarifvertrag ist ein Oberarzt beziehungsweise eine Oberärztin derjenige Arzt beziehungsweise diejenige Ärztin, dem beziehungsweise der die medizinische Verantwortung für selbstständige Teil- oder Funktionsbereiche der Klinik beziehungsweise Abteilung vom Arbeitgeber ausdrücklich übertragen worden ist. Nachzulesen ist dies im Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern im Bereich der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (TV-Ärzte/VKA) in der Fassung vom 5. Februar 2015.

Für einen Teil der Niedergelassenen – insbesondere solcher Ärzte in größeren Praxen beziehungsweise Versorgungszentren mit leitender Tätigkeit und Personalverantwortung – dürfte die genannte Annahme zutreffen. Für einen größeren Teil – insbesondere Niedergelassene in Einzelpraxen und kleineren Praxiseinheiten mit eher eingeschränkter Personalverantwortung – ist dies jedoch nicht der Fall. Tabelle 1 stellt die Anzahl der in Arztpraxen tätigen Personen dar. Es wird deutlich, dass die Anzahl der in abhängiger Beschäftigung tätigen Personen (diese sind gelistet, nicht etwa Vollzeitäquivalente) – für die die Praxisinhaber Personalverantwortung haben – vergleichsweise gering ist.

In allen Arztpraxen waren im Jahr 2011 nach Angaben des Statistischen Bundesamts im Durchschnitt 6,9 Personen abhängig beschäftigt – davon 0,3 angestellte Ärzte. In Gemeinschaftspraxen ist zwar die Zahl der Praxisinhaber höher, aber nicht die Zahl der angestellten Ärzte. Im Gegensatz zum Krankenhaus sind in der ambulanten ärztlichen Versorgung zudem vor allem Medizinische Fachangestellte beschäftigt. Erst in Praxen mit überdurchschnittlich hohen

Umsätzen steigt auch die Personalverantwortung deutlich an. Die Anzahl dieser Praxen ist jedoch vergleichsweise gering. Mindestens für die Inhaber von Einzelpraxen sowie von kleineren Gemeinschaftspraxen wäre daher eher das fachärztliche Gehalt im Krankenhaus ein passender Vergleichsmaßstab für die Ableitung des kalkulatorischen Arztlohns. Insofern wäre eher eine Mischkalkulation aus tariflichem Oberarztgehalt und dem Gehalt für eine fachärztliche Tätigkeit ohne Personalverantwortung sachgerecht. Alternativ könnte in dieser Mischkalkulation zudem die Vergütung für angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren herangezogen werden.

Auch Bundesärztekammer und KBV haben in der Vergangenheit alternative Bewertungsansätze eines kalkulatorischen Arztlohns beziehungsweise Arztgehalts öffentlich thematisiert – allerdings in einem anderen Zusammenhang. In den zuletzt 2008 aktualisierten Hinweisen zur Bewertung von Arztpraxen geben die beiden genannten Institutionen Empfehlungen für die Berechnung eines kalkulatorischen Arztgehalts. Danach seien als Ausgangswert für das Jahr 2008 „unter Berücksichtigung von Facharztgehältern im Krankenhaus, bei Verbänden und der Pharmaindustrie 76.000 Euro angesetzt“ worden (*Bundesärztekammer und KBV 2008*). Dieser unter Mitwirkung von betriebswirtschaftlichen Beratern der Kassenärztlichen Vereinigungen empfohlene Betrag für ein kalkulatorisches Arztgehalt liegt demzufolge deutlich unter dem im Jahr 2007 vom Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegten kalkulatorischen Arztlohn in Höhe von rund 105.000 Euro. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass zu dem kalkulatorischen Arztgehalt noch der sogenannte nachhaltig erzielbare Gewinn hinzukommt. Dieser Betrag stellt demnach „den zusätzlichen Gewinn dar, den der Arzt als Unternehmer in eigener Praxis gegenüber einer Tätigkeit als angestellter Arzt erwirtschaften kann“ (*ebenda*).

Ein weiterer in der Debatte genannter Vergleichsmaßstab ist die Vergütung von Honorarärzten im stationären Bereich, die deutlich über dem im Berechnungsmodell des Erweiterten Bewertungsausschusses verwendeten Oberarztgehalt liegt. Das entsprechende Vergleichseinkommen müsste dann in einer Spanne zwischen 150.000 und 200.000 Euro pro Jahr liegen (*Neubauer 2014*). Die Angemessenheit dieses Vergleichsmaßstabs ist ebenfalls mehr als fraglich. Die atypische Beschäftigungsform des Honorararztes stellt nur für einen kleinen Teil niedergelassener Ärzte eine wirkliche Alternative dar. Die Tätigkeit ist durch häufig wechselnde Beschäftigungsorte und geringe Integration in Teamstrukturen gekennzeichnet. Zudem ist die Nachfrage nach honorarärztlicher Tätigkeit nicht für alle Facharztgruppen gleich hoch. Geeignet für honorarärztliche Tätigkeiten sind vor allem solche Facharztgruppen, in denen ein kontinuierlicher Arzt-Patienten-Kontakt von

untergeordneter Bedeutung ist. So ist es auch nicht überraschend, dass – je nach Befragung – zwischen 40 Prozent und nahezu 70 Prozent der Honorarärzte Fachärzte für Anästhesiologie sind (*Keller und Wilkesmann 2014*).

Jüngst wird vermehrt diskutiert, das Einkommen anderer freier Berufe als Vergleichsmaßstab für den kalkulatorischen Arztlohn heranzuziehen. So zog während einer Tagung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung im November 2014 der Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik, Prof. Dr. Günter Neubauer, die Einkünfte von Angehörigen „vergleichbarer akademischer“ freier Berufe als Maßstab für ein angemessenes Arzteinkommen heran (vergleiche etwa *Osterloh 2014*). In Tabelle 2 werden die Angaben von Prof. Dr. Neubauer zitiert.

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

Als Vergleichsmaßstab wurden jedoch nur vier weitere Berufsgruppen herangezogen, deren Einkommen demjenigen von Ärzten am nächsten liegt. Mit anderen Worten wird in Tabelle 2 nicht das Einkommen von Ärzten mit dem Einkommen von Angehörigen „vergleichbarer“ freier Berufe in Relation gesetzt. Das Auswahlkriterium ist vielmehr das des Einkommens auf höchstem Niveau und damit höchst selektiv. Das oben berechnete Vergleichseinkommen würde massiv zurückgehen, wenn andere Berufsgruppen in dem Vergleichsmaßstab berücksichtigt werden würden. Im Extremfall – bei Berücksichtigung sämtlicher vom Statistischen Bundesamt gelisteten freier Berufsgruppen – würde das Vergleichseinkommen auf 57.456 Euro pro Jahr zurückgehen. Dieser Betrag entspricht dem vom Statistischen Bundesamt ausgewiesenen Durchschnittseinkommen aller freien Berufe (*Statistische Bundesamt 2012, 21*).

Letztlich führt der Vergleich des ärztlichen Einkommens mit dem anderer freier Berufe aus Sicht des Gutachters ohnehin in die Irre, weil der Opportunitätskostenansatz hier nicht anwendbar ist. Eine Anwendbarkeit würde genau wie die Forderung nach einem „konkurrenzfähigen Honorar“ (vergleiche *Osterloh 2014*) voraussetzen, dass Ärzte ihren Beruf aufgeben und wegen der attraktiveren Verdienstmöglichkeiten als Notar, Patentanwalt oder Lotse tätig werden. Die Aufnahme einer solchen Tätigkeit ist jedoch ohne einschlägige Ausbildung ausgeschlossen.

TABELLE 2

### Einkünfte von ausgewählten vergleichbaren Freiberuflern 2007 in Euro

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

Nur vier von 50 in den Zahlen des Statistischen Bundesamtes gelisteten akademischen Berufsgruppen erzielen ein höheres Einkommen als Ärzte.

Quelle: Neubauer 2014; Statistisches Bundesamt 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

## 3 Ergänzende Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns

Zudem wurden in der jüngeren Vergangenheit weitere Ansätze zur Bestimmung des kalkulatorischen Arztlohns lanciert, die den Opportunitätskostenansatz des Erweiterten Bewertungsausschusses ergänzen sollen. Vorgeschlagen wurden insbesondere Zuschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn – insbesondere zur Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos freiberuflich tätiger Ärzte. Hinter diesem Vorschlag steckt offensichtlich die Annahme, dass freiberuflich tätige Ärzte im Vergleich zur oberärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus durch ihre Entscheidung zur Niederlassung ein erhöhtes unternehmerisches Risiko eingehen. Dieses müsse honoriert werden. Diese Annahme wäre aber nur gerechtfertigt, wenn die Niederlassungsentscheidung tatsächlich mit einem erhöhten unternehmerischen Risiko verbunden wäre.

Gegen das Vorliegen eines erhöhten unternehmerischen Risikos der Niederlassungsentscheidung sprechen drei zentrale Argumente. Erstens erhalten zugelassene Ärzte von den gesetzlichen Krankenkassen für die bei ihnen versicherten Patienten eine Art Umsatzgarantie. Diese Umsät-

ze aus der Behandlung von gesetzlich Versicherten sind zudem unabhängig von deren Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit. Eine solche Umsatzgarantie reduziert demzufolge das unternehmerische Risiko in erheblichem Ausmaß.

Zweitens unterliegt auch der Markteintritt – die Zulassung – im Rahmen der Bedarfsplanung eher planwirtschaftlichen als wettbewerblichen Steuerungsmechanismen. Zwar wurde die Bedarfsplanung ursprünglich eingeführt, um die Versichertengemeinschaft vor den finanziellen Konsequenzen einer Überversorgung mit niedergelassenen Ärzten zu schützen. Die Mechanismen der Bedarfsplanung sorgen aber gleichzeitig dafür, dass das unternehmerische Risiko massiv reduziert wird, wenn die Zulassung erst einmal erfolgt ist. Zum einen werden Markteintritte zusätzlicher Konkurrenten in überversorgten Regionen verhindert und damit der eigene Marktanteil gesichert. Zum anderen reduziert die Möglichkeit zur Wiederbesetzung in überversorgten Regionen das Investitionsrisiko in erheblichem Ausmaß. Daran wird sich nach Einschätzung des Autors auch nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes nichts Wesentliches ändern (Greß 2015 b).

Für ein erhöhtes unternehmerisches Risiko müsste es drittens Anzeichen in Form von erfolglosen Unternehmensgründungen und damit Marktaustritten geben. Es gibt jedoch keinerlei Anzeichen dafür, dass dies tatsächlich in nennenswertem Umfang der Fall ist (vergleiche Tabelle 3). Nach Erhebungen der Wirtschaftsauskunft Creditreform lag das Insolvenzrisiko in haus- und fachärztlichen Praxen im Jahr 2012 bei etwa 0,4 Prozent. In den Facharztpraxen ist das Ausfallrisiko im Folgejahr auf 0,3 Prozent gesunken. Danach wiesen von 27.253 Praxen lediglich 88 Facharztpraxen Negativmerkmale auf (Sparkassen-Finanzgruppe 2014). Bezogen auf die Gesamtwirtschaft liegt das Ausfallrisiko bei etwa zwei Prozent. Demnach ist der Einschätzung zuzustimmen, dass „Vertragsärzte ... generell einem erheblich geringeren Insolvenzrisiko ausgesetzt sind, als dies im Durchschnitt der Unternehmen in Deutschland der Fall ist“ (Ossege 2013).

Bemerkenswert ist zudem, dass die absolute Zahl der Insolvenzen im Rezessionsjahr 2008 sogar von 223 auf 165 Praxen zurückging, wie Spiegel Online am 21. März 2009 vermeldete (Spiegel Online 2009). Die freiberufliche Tätigkeit in der Arztpraxis weist damit nicht nur ein deutlich reduziertes Insolvenzrisiko auf – sie ist zudem auch vergleichsweise unempfindlich gegenüber konjunkturellen Krisen (Tabelle 3). Diese Zahlen sind insofern nicht überraschend, als dass die Umsatzgarantie durch die gesetzlichen Krankenkassen das unternehmerische Risiko der Niederlassungsentscheidungen erheblich reduziert und zudem die Bedarfsplanung zugelassene Ärzten vor Markteintritten schützt.

TABELLE 3

## Ausfallrisiko Arztpraxen 2009 bis 2014 in Prozent

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

\* Prognose

Quelle: Creditreform 2012 a, Creditreform 2012 b, Sparkassen-Finanzgruppe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

Das gesamtwirtschaftliche Ausfallrisiko ist deutlich höher als das der niedergelassenen Ärzte. Dies gilt sowohl für die Allgemeinmediziner als auch für die Fachärzte. Risikozuschläge für die Niedergelassenen aufgrund ihrer unternehmerischen Tätigkeit sind so nicht zu rechtfertigen.

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

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

Eine weitere mögliche Begründung für eine regionale Differenzierung des kalkulatorischen Arztlohns könnten erwünschte Steuerungswirkungen sein. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn es in Regionen mit hoher Bruttowert-

schöpfung beziehungsweise hoher Kaufkraft mangelnde finanzielle Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch nicht zu erkennen. Im Gegenteil gelten Regionen mit hoher Kaufkraft wegen ihrer höheren Attraktivität – insbesondere aufgrund des hohen Anteils von Versicherten mit privater Krankenvollversicherung – eher als überversorgt. Umgekehrt sind Regionen mit unterdurchschnittlicher Kaufkraft eher unterversorgt beziehungsweise von Unterversorgung bedroht. Ein Aufschlag auf den kalkulierten Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlicher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft ist daher nicht zu rechtfertigen beziehungsweise wäre sogar kontraproduktiv.

## 4 Fazit

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

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

Ausgesprochen kritisch sind zudem Vorschläge zu bewerten, die zusätzlich zum kalkulierten Arztlohn einen Risikoaufschlag für die unternehmerische Tätigkeit des Arztes vorsehen. Das unternehmerische Risiko der Niederlassung ist schließlich durch eine Vielzahl von Regelungen massiv eingeschränkt. Erstens erhalten die Niedergelassenen von den gesetzlichen Krankenkassen eine Art Umsatzgarantie. Zweitens schützen Markteintrittsbarrieren im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung die bereits zugelassenen Ärzte vor unerwünschter Konkurrenz. Letztlich deutet auch die außerordentlich geringe Insolvenzquote niedergelassener Praxen auf ein geringes unternehmerisches Risiko. Ein entsprechender Risikoaufschlag auf den kalkulatorischen Arztlohn ist jedenfalls unter den derzeitigen Rahmenbedingungen nicht zu rechtfertigen. Ähnliches gilt für Forderungen, die Aufschläge auf den kalkulatorischen Arztlohn in Regionen mit überdurchschnittlich hoher Produktivität beziehungsweise Kaufkraft vorsehen. Solche Zuschläge wären nur zu rechtfertigen, wenn es in Regionen mit hoher Kaufkraft beziehungsweise Produktivität keine hinreichenden finanziellen Anreize zur Niederlassung gäbe. Dies ist jedoch nicht zu erkennen.

## Literatur

**Bundesärztekammer/Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008):**

Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen, Stand 9. September 2008. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 51–52, A4–A6; [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/Arztpraxen.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Arztpraxen.pdf)

**Creditreform (2012 a):** Branchenanalyse Arztpraxen für Allgemeinmedizin. Neuss: Creditreform Rating AG

**Creditreform (2012 b):** Branchenanalyse Facharztpraxen. Neuss: Creditreform Rating AG

**Gassen A (2014):** „Ärzte erbringen mehr Leistungen als erstattet werden“ (Interview). Ärzte-Zeitung, Nr. 80 vom 18. Juli 2014, 4

**Greß S (2015 a):** Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung. Gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband. Hochschule Fulda: pg-papers. Diskussionspapiere aus dem Fachbereich Pflege und Gesundheit 2/2015; [fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/344/pgp\\_2015\\_02\\_gress.pdf](http://fuldok.hs-fulda.de/opus4/files/344/pgp_2015_02_gress.pdf)

**Greß S (2015 b):** Schriftliche Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG). Berlin: Deutscher Bundestag, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 18(14)0091(32)

**Höhl R (2014):** Wie schafft es die ärztliche Arbeitszeit ins Honorar?, Ärzte-Zeitung, Nr. 121 vom 14. November 2014, 16

**IGES Institut (2010):** Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM). Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands; [www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5342/e7150/e7784/attr\\_objs12662/IGES\\_Institut\\_Expertise\\_EBM\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5342/e7150/e7784/attr_objs12662/IGES_Institut_Expertise_EBM_ger.pdf)

**Keller B, Wilkesmann M (2014):** Untypisch atypisch Beschäftigte. Honorarärzte zwischen Befristung, Leiharbeit und (Solo-)Selbstständigkeit. Industrielle Beziehungen, Jg. 21, Heft 1, 99–125

**Neubauer G (2014):** Kriterien zur Bewertung des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit. Präsentation beim ZI Forum am 12. November 2014 in Berlin

**Ossege M (2013):** Mitwirkungspflichten insolventer Vertragsärzte bei der Abrechnung. Gesundheitsrecht (GesR), Jg. 12, Heft 1, 16–20

**Osterloh F (2014):** Konkurrenzfähiges Honorar gefordert. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 47, A 2043

**Sparkassen-Finanzgruppe (2014):** Fachärzte. BranchenReport 2014. Stuttgart: Deutscher Sparkassen-Verlag

**Spiegel Online (2009):** Gutverdiener: Deutsche Ärzte gehen seltener bankrott; [www.spiegel.de/wirtschaft/gutverdiener-deutsche-aerzte-gehen-seltener-bankrott-a-614709.html](http://www.spiegel.de/wirtschaft/gutverdiener-deutsche-aerzte-gehen-seltener-bankrott-a-614709.html)

**Statistisches Bundesamt (2012):** Fachserie 14. Reihe 7.1. Finanzen und Steuern. Lohn- und Einkommensteuer 2007. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

**Statistisches Bundesamt (2013):** Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2. Reihe 1.6.1. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

**von Stillfried D, Czihal T (2014):** Vergütung in der ambulanten Versorgung: Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 4, A114–A117

**Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (VV KBV) (2015):** 29. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (14. Amtsperiode) am 11. Mai 2015 in Frankfurt/Main. TOP 2: Bericht an die Vertreterversammlung der KBV, Antrag 1: Durch Honorarpolitik tragfähige Strukturen schaffen; [www.kbv.de/media/sp/Beschluesse\\_VV\\_2015\\_05\\_11.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Beschluesse_VV_2015_05_11.pdf)

(letzter Zugriff auf alle Quellen: 8. März 2016)

## DER AUTOR

**Prof. Dr. rer. pol. Stefan Greß,**

Jahrgang 1967, Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York, im Anschluss Berater für Krankenversicherungen und Promotion an der Universität Bremen. Ab 2001 Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen, seit 2007 Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie an der Hochschule Fulda. Seit 2010 außerdem Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Gesundheitssystemdesign, Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik, Steuerung der Primärversorgung.