



KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG BAYERNS  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVB

## **EBM/ RLV - Papier der KVB zur KBV- Beschlussvorlage (Stand 28.04.04)**

### **Anmerkung:**

**In der Kürze der Zeit waren abschließende Analysen nicht möglich. Die vorgenommenen Überprüfungen haben jedoch deutliche Hinweise auf einzeln oder in der Summe unlösbare Probleme ergeben.**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b><i>EBM/RLV - Zerreißprobe der rztenschaft</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b><i>Beurteilung der Beschlussentsprechung sowie Zielerreichung beim EBM 2000</i></b> .....	<b>5</b>
2.1	<b>Entsprechung des EBM 2000 plus mit dem Beschluss vom 4.12.1999</b> .....	<b>5</b>
2.2	<b>Zielerreichung beim EBM 2000 plus</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b><i>Beurteilung von Betriebswirtschaftlichkeit und Kalkulationsgrundlagen</i></b> .....	<b>7</b>
3.1	<b>Beurteilung der Betriebswirtschaftlichkeit des EBM 2000 plus</b> .....	<b>7</b>
3.2	<b>Beurteilung der Datengrundlagen für Leistungsbewertungen und Mengenbegrenzungen</b> .....	<b>8</b>
3.2.1	Politische Eckwerte (relevant bei Leistungsbewertungen und Mengenbegrenzungen) .....	8
3.2.2	Kostendaten (relevant bei Leistungsbewertungen und Mengenbegrenzungen) .....	9
3.3	<b>Überprüfung des Standard-Bewertungssystems</b> .....	<b>12</b>
3.3.1	Evaluation ausgewhelter Praxisbetriebsmodelle auf Basis der Kostenumlage .....	12
3.3.2	Evaluation ausgewhelter Praxisbetriebsmodelle auf Basis einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe .....	12
3.3.3	Versuch einer Abschätzung der Anwendung des zuletzt überprüfbaren Standes des Standard-Bewertungssystems nach 2002 .....	13
<b>4.</b>	<b><i>EBM 2000 Plus - Versionsvergleich und Berufsverbandshinweise</i></b> .....	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b><i>Das KBV-Modell zum RLV und seine regionale Umsetzbarkeit</i></b> .....	<b>15</b>
5.1	<b>RLV und seine Grundidee</b> .....	<b>15</b>
5.2	<b>Das Konzept Sollumsatz</b> .....	<b>15</b>
5.2.1	Fachgruppentöpfe .....	16
5.2.2	Paradigmenwechsel durch Arztzahlbezug in der Honorarverteilung .....	17
5.2.3	Umverteilungen durch Fachgruppentöpfe auf Basis der Sollumsätze im Vergleich zum Status quo und zu den in 5.2.3 definierten Alternativen .....	18
5.2.4	Sollumsätze als Zuteilungsbasis - stimmen die strukturellen Annahmen in den Arztgruppen? .....	23
5.3	<b>Fallpunktzahlen, Fallzahlen und Durchschnitte</b> .....	<b>26</b>
5.3.1	Residuenanalyse: Welche Ärzte sind im Nachteil/ im Vorteil .....	28
5.3.2	Nicht betriebswirtschaftlich erklärte Umverteilungen durch Festsetzung des RLV-Punktwerts .....	30
5.3.3	Fallzahl und deren Obergrenze .....	31
5.4	<b>Bereinigungen</b> .....	<b>32</b>
5.4.1	Bereinigung der Sollumsätze .....	32
5.4.2	Bereinigung der RLV-Fallpunktzahlen .....	33
5.4.3	Bereinigungen Strukturverträge .....	34
5.4.4	Rechtsprobleme .....	35
5.5	<b>Zusatzmodule</b> .....	<b>37</b>
5.5.1	Die Beschlusslage Länderausschuss vom 5.3.2004 und deren Weiterentwicklung .....	37
5.5.2	Handwerkliche Probleme als Grund der Schrumpfung bzw. endgültige Herausnahme der Zusatzmodule? .....	38
5.6	<b>Schwachstellen der Datenlage und der Tools für Modellrechnungen und ebenso für die vorgeschriebene Umsetzung</b> .....	<b>38</b>
5.7	<b>Unklare Kassenzuordnung im gesamten RLV - Konzept</b> .....	<b>39</b>
5.7.1	Umsetzung des Trennungsfaktors: Wie? .....	40
5.7.2	Umsetzung von unterschiedlichen Fallpunktzahlen bei unterschiedlicher Vertragssituation in den Kassenarten: Wie? .....	40

<b>5.8 Die Umsetzungsrisiken der regionalen Öffnung .....</b>	<b>40</b>
5.8.1 Regionale Öffnungsklauseln als Ersatz für bundesweite Normgebung bei bundeseinheitlichen Problemen anhand von Beispielen .....	40
5.8.2 Vorhersehbare Ergebnisse der Regelungsvielfalt an Beispielen .....	41
5.8.3 Übergangsphase .....	45
5.8.4 Rechtliche Risiken .....	45
<b>5.9 Vereinbarung fester Punktwerte (RLV, Restpunkte, freie Leistungen) .....</b>	<b>50</b>
5.9.1 Probleme (Schätzungen) .....	51
5.9.2 Konsequenzen .....	51
5.9.3 Verhältnis zur 5,11-Cent-Kalkulation .....	51
5.9.4 Rechtliche Beurteilung zum Verhältnis „betriebswirtschaftlich kalkulierter EBM mit RLV“ .....	52
<b>5.10 Können RLV den EBM verändern? .....</b>	<b>53</b>
<i>Anhang 1</i> .....	<i>55</i>
<i>Anhang 2</i> .....	<i>65</i>

# 1. EBM/RLV - Zerreißprobe der Ärzteschaft

Was verlangt ein niedergelassener Vertragsarzt von einem „betriebswirtschaftlich kalkulierten“ EBM: „Ich erwarte für meine individuelle Praxis ein angemessenes und kalkulierbares Honorar“.

Diese Erwartung kann aus mehreren Gründen nicht erfüllt werden:

- Der EBM regelt nur das wertmäßige Verhältnis der Leistungen zueinander. Die pauschalierte Gesamtvergütung ist davon unabhängig. Sie wird durch einen neuen EBM nicht automatisch steigen, denn eine Abkehr vom Grundsatz der Beitragsstabilität können wir auch in Zukunft kaum erwarten.
- Basis der betriebswirtschaftlichen EBM-Kalkulation ist nicht die individuelle Praxis jedes Arztes, sondern eine politisch vorgegebene Modellpraxis. Wer von ihr abweicht kann sich nicht darauf verlassen, dass die errechnete Kalkulation für ihn kostendeckend ist. Ob aber die Vorgaben dieser Modellpraxis „richtig“ sind oder nicht, ist mehr eine gesundheits- und strukturpolitische als eine betriebswirtschaftliche Frage.
- Auch die Bewertung der ärztlichen Ausbildung und ärztlichen Arbeitszeit ist eher eine politische Frage. Die Betriebswirtschaft kann allenfalls vergleichende Anhaltspunkte liefern.

Viele Ärzte haben dies inzwischen erkannt. Der anfänglichen Erwartungshaltung folgt kritische Ernüchterung. Dies allein schon rechtfertigt die Forderung nach gründlicher Neubewertung der Vorgehensweise.

Hinzukommt die Erfahrung aus 1996. Der überstürzt und unprofessionell eingeführte EBM 96 mit seinen handwerklichen Fehlern hat anfangs heftige Verwerfungen innerhalb der Fachgruppen und zwischen ihnen hervorgerufen. Dies wurde inzwischen in den meisten KVen korrigiert. Der „Druck im Kessel“ hat abgenommen. Viel Lehrgeld hat uns dies gekostet. Doch haben wir daraus gelernt? Stehen wir nicht viel mehr vor einem neuen Umsetzung- und Verteilungschaos, nach dem wir die Folgen des letzten soeben erst überwunden haben?

Kritiker des derzeitigen Vorgehens weisen zusätzlich darauf hin, dass die im GMG beschlossene Reform des Vergütungssystems für 2006 bzw. 2007 neuen Umsetzungsaufwand mit sich bringen wird. Dabei wird angezweifelt, ob der Ärzteschaft, aber auch den Kassenärztlichen Vereinigungen eine zweimalige fundamentale Neuorientierung der Abrechnung innerhalb von ein bis zwei Jahren zugemutet werden kann.

Bis Ende 2003 konzentrierte sich die gesamte fachliche und berufspolitische Diskussion auf die Bewertungsrelationen des EBM. Im Nachhinein erweist sich diese Einseitigkeit der Betrachtungs- und Arbeitsweise als Handicap. Denn seit Veröffentlichung des ersten RLV-Entwurfs im Herbst 2003 ist jedem bewusst geworden, dass nicht der EBM allein, sondern erst der EBM im Zusammenwirken mit einer „Mengensteuerung“ über den wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg für eine Praxis oder eine Fachgruppe entscheidet.

Konsequenz dieser Erkenntnis war, dass seit Herbst 2003 in einer immer hektischer werdenden Folge von Modellentwürfen ein Konzept durch das folgende abgelöst wurde.

Mit großer Sorge sehen Vertreter aller Fachgruppen, wie Verwerfungen jeweils beim Übergang von einem RLV-Konzept zum nächsten behoben werden, um an anderer Stelle wieder neu und verstärkt aufzutreten.

Logische Gedankenführung legt den Schluss nahe, dass diese alternativen, sich komplett widersprechenden Umverteilungsmodelle nicht alle gleichzeitig betriebswirt-

schaftlich begründet sein können. Bei tieferer Analyse drängt sich der Eindruck auf, dass kein einziges RLV-Umverteilungsmodell betriebswirtschaftlichen Kriterien standhält.

**Viel mehr hat es den Anschein, dass alle diese Modelle die ursprünglichen betriebswirtschaftlichen Vorgaben des EBM 2000 plus, deren Bedeutung wir ohnehin zu relativieren lernen mussten, sogar noch konterkarieren.**

Ziel unserer Untersuchung war daher **festzustellen, ob das Risiko der Einführung des EBM 2000 plus in Verbindung mit dem zuletzt vorgeschlagenen RLV-Konzept noch in einem vernünftigen Verhältnis zum erwarteten oder wenigstens erhofften politischen Gewinn durch die Demonstration des Mangels im pauschalierten Vergütungssystem steht.**

## **2. Beurteilung der Beschlussentsprechung sowie Zielerreichung beim EBM 2000**

### **2.1 Entsprechung des EBM 2000 plus mit dem Beschluss vom 4.12.1999**

**Am 4. Dezember 1999 stimmte die Vertreterversammlung der KBV der Finanzierung eines Programms zur Neuentwicklung eines EBM unter Zugrundelegung des kalkulatorischen Datenmaterials aus der Schweizer Tarifrevision zu.**

Betrachtet man den damaligen Beschluss vor dem Hintergrund der heutigen Situation ist festzustellen, dass die von den Mitgliedern der Vertreterversammlung formulierten Bedingungen für ihre Zustimmung nicht eingehalten wurden.

<b><i>Bedingungen der Vertreterversammlung zum Beschluss vom 04.12.1999</i></b>	<b><i>Realität 2004</i></b>
<b>Keine Anpassung der Leistungsbewertung an bestehenden/zukünftige Budgets</b>	Anpassung an vorhandene Budgets <b>hat stattgefunden!</b> ⇒ siehe Arztlohnabsenkung
<b>Nicht Bewertung, sondern Leistungsmenge ist dem finanziellen Rahmen anzupassen</b>	Nicht Leistungsmenge wird angepasst, <b>sondern Bewertung</b> (über die zu vereinbarenden Punktwerte)
<b>Ziel einer Leistungsbegrenzung muss mit neuem EBM erreichbar sein</b>	Eine eigene Mengengrenzungsregelung <b>ist notwendig!</b>
<b>Morbiditätsrisiko muss in Verantwortung der Krankenkassen verlagert werden</b>	Das Morbiditätsrisiko liegt voll <b>bei den Ärzten!</b>

## 2.2 Zielerreichung beim EBM 2000 plus

Ziele des EBM 2000 plus waren, Leistungen zu Vollkosten zu kalkulieren und feste Preise in Euro auszuweisen.

Mit Hilfe von Regelleistungsvolumen soll die Leistungsmenge mit Blick auf die verfügbaren Finanzmittel begrenzt werden, d. h. die durch die verfügbaren Budgets ermöglichte, medizinisch indizierte Leistungsmenge soll kostendeckend und fest, die darüber hinausgehenden Leistungen abgestaffelt vergütet werden.

Darüber hinaus sollte eine hohe Transparenz (der Leistungsbewertung) sowie Flexibilität als 'sektorübergreifende, einheitliche Vergütungslogik' erreicht werden.

Diese Ziele erscheinen vor dem Hintergrund des Aufzeigens eines finanziell nur zum Teil abgedeckten Versorgungsbedarfs und der beabsichtigten Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen richtig und verfolgenswert.

Die Zielerreichung erscheint zwischenzeitlich in verschiedener Hinsicht gefährdet:

- Kostendeckung – als 'betriebswirtschaftliches Versprechen' zu Beginn der EBM-Diskussion – erfordert zwingend eine feste Punktbewertung mit 5,11 Cent. Jeder andere (tiefere) Punktwert führt zu einer Entschädigung, die unterhalb der zugrundegelegten Kosten liegt. Ungedeckte Kosten gehen gezwungenermaßen zu Lasten des kalkulatorischen Arztlohnes.
- Die Leistungsbewertungen werden – wohl aus Gründen der Vorsicht – nicht in Euro, sondern in Punkten ausgewiesen .
- Der Nicht-Ausweis von Einzelheiten der Leistungsbewertung auf Ebene der Leistungspositionen (es ist nur die Angabe einer Punktzahl geplant) führt zu Intransparenz für die abrechnenden Ärzte und schränkt ein in Zeiten des Übergangs besonders erforderliches Praxiscontrolling ein.
- Es stehen verschiedene Punktwerte zur Vereinbarung an (für 'freie' bzw. nicht in den RLV enthaltene Leistungen, für im Rahmen der RLV erbrachte Leistungen, für über die RLV hinaus erbrachte Leistungen), deren Höhe sowie Relation zueinander gegenwärtig noch völlig unklar ist und die das Prinzip eines betriebswirtschaftlich geschaffenen Preisgefüges unterminieren können.

Der gelegentliche Hinweis, dass mit dem EBM 2000 plus auch eine Abdeckung des Unternehmerrisikos bewerkstelligt werden soll, ist nicht nachvollziehbar, da der kalkulatorische Arztlohn eine derartige Komponente nicht enthält..

An dieser Stelle sei noch das geltende gesellschaftspolitische Paradigma bei Vergütungsordnungen im Gesundheitswesen angesprochen. Dem Leistungserbringer – im vorliegenden Fall dem niedergelassenen Arzt – wird lediglich der Ersatz der Praxiskosten sowie ein Einkommen zugestanden, das jenem eines angestellten Arztes mit vergleichbarer Verantwortung entspricht. Die Möglichkeit einer Gewinnerzielung, die in der Betriebswirtschaftslehre als Ausgleich für die Übernahme unternehmerischer Risiken angesehen wird, wird ausgeschlossen, auch wenn die faktische Möglichkeit durch entsprechendes Praxismanagement besteht.

### 3. Beurteilung von Betriebswirtschaftlichkeit und Kalkulationsgrundlagen

#### 3.1 Beurteilung der Betriebswirtschaftlichkeit des EBM 2000 plus

Zur Betriebswirtschaftlichkeit des EBM 2000 plus wird relativ ausführlich in der EBM-Masterdokumentation aus dem Jahr 2000 (siehe 1 Einführung, Seite 2 ff.) sowie in der EBM-Praxiskostenstudie aus dem gleichen Jahr (siehe 1 Einführung Seite 5 ff.; insbesondere 1.2 Grundregeln, Seite 6 ff.) Stellung bezogen.

Kernpunkte der Begründung der Betriebswirtschaftlichkeit sind:

- Beim EBM 2000 plus wird eine Preisbildung auf Basis einer Vollkostenkalkulation beabsichtigt. Entsprechend wurde der Bewertungsansatz konzipiert.
- Die Leistungsbewertung erfolgt auf Basis einer Kostenarten-, Kostenträger- und Kostenstellenrechnung – ein bewährtes betriebswirtschaftliches Verfahren.
- Datengrundlage bilden empirisch durch verschiedene Institutionen erhobene Aufwandsdaten. Diese pagatorischen Kosten wurden um kalkulatorische ergänzt.

Mit diesen Merkmalen ist der EBM 2000 plus als betriebswirtschaftlich zu bezeichnen.

Zu unterscheiden ist zwischen 'Betriebswirtschaftlichkeit' und 'Marktwirtschaftlichkeit'. Unbestritten ist letztere durch in der Selbstverwaltung verhandelte, für die Vertragsärzte bindende politische Eckwerte (u. a. kalkulatorischer Arztlohn) und (weitere) dirigistische, durch das GMG aufgezwungene Elemente (u. a. Regelleistungsvolumen) stark eingeschränkt. Diese Elemente eines stark regulierten 'Marktes' stellen ein Korsett dar, welches sich für den niedergelassenen Vertragsarzt in seiner persönlichen, beruflichen und unternehmerischen Entwicklung im Extremfall existenzbedrohend auswirken kann. In gewisser Weise konterkariert diese Marktferne mit fehlenden Handlungsspielräumen den betriebswirtschaftlichen Grundgedanken des EBM 2000 plus.

Das der Leistungsbewertung beim EBM 2000 plus zugrunde gelegte Prinzip der 'Durchschnittspraxis' (besser 'mittleren Praxis' – mit Streuung um einen Mittelwert bei Kosten, Zeiten, Häufigkeiten, Leistungsbewertungen, usw.) hat sich – nicht unerwartet und geradezu unumgänglich – zu einem Kernproblem des *Einheitlichen* Bewertungsmaßstabes entwickelt. Dieser (gesetzliche) Zwang zu einer bundeseinheitlichen Leistungs- und Bewertungssystematik führt dazu, dass den Facetten der Versorgungslandschaft nur bedingt entsprochen werden kann. Es ist geradezu unvermeidlich, dass mit dem EBM 2000 plus Gewinner und Verlierer (diesseits und jenseits der Mittelwerte) entstehen, was auch für die Arztgruppentöpfe und Regelleistungsvolumen gilt. Umso wichtiger ist der Prozess einer umfassenden und sorgfältigen Abwägung der Auswirkungen eines neuen Vergütungssystems, wie dies der EBM 2000 plus ist, um intendierte und nicht intendierte Veränderungen zu erkennen und letztere in ihrem Ausmaß zu begrenzen.

Der letzte, einer Prüfung zugängliche Stand des Standard-Bewertungssystems (2002) lässt sich als 'betriebswirtschaftlich kalkuliert' bezeichnen und entspricht der Grundsystematik des Jahres 2000.

## **3.2 Beurteilung der Datengrundlagen für Leistungsbewertungen und Mengenbegrenzungen**

### **3.2.1 Politische Eckwerte (relevant bei Leistungsbewertungen und Mengenbegrenzungen)**

Die aktuellen Eckwerte der Bewertung der ärztlichen Leistung, die durch den erweiterten Bewertungsausschuss festgelegt wurden, lauten:

- Kalkulatorischer Arztlohn: 95.552,- Euro gemäß BAT Ia der Hessentabelle 2002 (ein anderer Betrag in Höhe von 95.593,- Euro ist einer Präsentationsunterlage für die Sitzung des Länderausschusses vom 23.4.2004 zu entnehmen),
- Brutto-Jahresarbeitszeit: 140.148 Min. (entspricht einer Wochenarbeitszeit von etwa 51 Stunden),
- durchschnittliche Produktivität, d. h. patientenbezogener Wirkungsgrad des Arztes: 87,5 %.

Die rein rechnerische, kalkulatorische Arztminute beträgt auf Basis dieser Annahmen 77,9 Cent.

Im Jahr 2000 wurden Annahmen für den kalkulatorischen Arztlohn zugrunde gelegt, die zu einer kalkulatorischen Arztminute von 87,3 Cent führten.

In Bezug auf die aktuell gültigen Eckwerte ist festzustellen, dass zwar das Gehalt eines Oberarztes angesetzt wird, nicht jedoch dessen Arbeitszeit in Höhe von 38,5 (bzw. 40) Stunden. Dem Argument, bei den 11 Stunden wöchentlicher Mehrarbeit handle es sich um 'unbezahltten Bereitschaftsdienst', der von Oberärzten normalerweise zu leisten sei, widerspricht die zwischenzeitliche Rechtsauffassung. Der Europäische Gerichtshof hat vergangenes Jahr entschieden, dass Bereitschaftsdienst eine reguläre, zu honorierende bzw. auszugleichende Arbeitstätigkeit ist.

Wollte man ein höheres Zeitkontingent im Quartal ausweisen, hätte man z. B. analog zu dem Konstrukt der 'Prüfzeiten' auch eine 'Prüf-Quartalsarbeitszeit', z. B. auf Basis einer 60-Stunden-Woche, vorsehen können.

Im Rückblick wurde für die Verhandlungen mit den Krankenkassen eine entscheidende Position argumentativ unzureichend aufgebaut. Der Zeitpunkt der Vereinbarung des Arztlohnes (gegen Ende des Verhandlungsprozesses) war – wegen des zunehmenden Zwangs zu Kompromissen – zudem außerordentlich unglücklich gewählt.

Die im Jahr 2000 konzipierten Modifikatoren (Q-Faktor, S-Faktor, A-Faktor) wurden im Standard-Bewertungssystem (Stand 2002) bei der Kalkulation der AL bei einzelnen Leistungspositionen berücksichtigt (z. B. Ösophagoskopie: Q3 = Faktor 1,08 sowie S1 = Faktor 1,04; entspricht einer Überhöhung der AL bei dieser Position um 12 %). Damit wurden Opportunitätskosten, z. B. für eine längere Weiter- und / oder Fortbildung, kompensiert. Jüngsten, allgemein zugänglichen Unterlagen der KBV ist zu entnehmen, dass evtl. eine Beschränkung auf den A-Faktor (für Assistenz) als Modifikator vorgenommen wurde.

Die Überprüfung der AL lässt nicht eindeutig erkennen, ob die Produktivität oder ein Modifikator Grund für die leistungsspezifisch z. T. unterschiedlich hohe Bewertung (in der EBM-Version vom 24.02.2004) ist. Diese Frage ließe sich nur mit einer Prüfung des letzten Standes des Standard-Bewertungssystems beantworten.



### 3.2.2 Kostendaten (relevant bei Leistungsbewertungen und Mengengrenzungen)

Zwischen den Kostendaten im Standard-Bewertungssystem (Stand 2002), die jenen in der Ursprungsversion von 2000 enthaltenen Daten entsprechen und evtl. noch Grundlage bei der nachfolgenden Leistungsbewertung waren, und der KBV-Datengrundlage (Stand 2004), welche die Basis bei der Ermittlung der Soll-Umsätze bzw. der kalkulatorischen Leistungsbedarfe ist, sind bei den Praxiskosten Differenzen erkennbar, deren Ursachen nicht eruiert werden konnten, da Kostendaten je Kostenart bei den zuletzt gemachten KBV-Angaben fehlen.

Ein Vergleich der im EBM-Kostendatenpool der KBV enthaltenen sowie der aus der STATIS-Erhebung ersichtlichen Praxiskosten zum Jahr 2000 (EBM-Kostendatenpool: Daten von 1994 bzw. 1995 auf das Jahr 2000 aufdatiert; STATIS: Daten zu 2000 erhoben) deckt zum Teil erhebliche Differenzen auf, z. B. Kostenrückgang bei Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und bei Dermatologie um jeweils über 20 %, Kostenanstieg bei Innerer Medizin sowie bei Radiologie und Nuklearmedizin um jeweils etwa 25 %. Bei der überwiegenden Zahl der Fachgruppen ist allerdings eine weitgehende Übereinstimmung konstatierbar.

**Tabelle 1: Kostenübersicht nach Datenquellen**

Praxisbetriebsmodell	KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) <sup>1</sup>		KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000/2002) <sup>2</sup>		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004) <sup>3</sup>	
	Euro	%	Euro	%	Euro	%
Allgemeinmedizin	112'435,-	108,8	103'305,-	100,0	102'342,-	99,1
Anästhesie	138'653,-	100,6	137'839,-	100,0	-	-
Augenheilkunde	168'543,-	104,4	161'431,-	100,0	152'755,-	94,6
Chirurgie	195'199,-	102,6	190'304,-	100,0	190'837,-	100,3
Dermatologie	183'026,-	101,6	180'156,-	100,0	143'820,-	79,8
Frauenheilkunde	146'536,-	107,8	135'975,-	100,0	147'006,-	108,1
Hausärzte <sup>4</sup>	-	-	106'932,-	100,0	103'387,-	96,7
HNO	164'538,-	101,0	162'876,-	100,0	129'037,-	79,2
Innere Medizin	173'257,-	108,7	159'451,-	100,0	198'721,-	124,6
Kinder- und Jugendmedizin	112'435,-	98,9	113'693,-	100,0	106'050,-	93,3
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	-	-	-	-	102'490,-	-
Neurologie	109'801,-	92,6	118'585,-	100,0	-	-
Psychiatrie	65'808,-	100,0	65'794,-	100,0	-	-
Psychologische Psychotherapie	25'784,-	99,3	25'959,-	100,0	-	-
Orthopädie	208'177,-	102,7	202'617,-	100,0	197'008,-	97,2
Radiologie und Nuklearmedizin	-	-	374'677,-	100,0	468'560,-	125,1
Urologen	190'852,-	105,6	180'724,-	100,0	155'006,-	85,8

<sup>1</sup> siehe Präsentationsunterlage für den Länderausschuss vom 23.4.2004

<sup>2</sup> nur alte Bundesländer; einschliesslich Materialkosten und kalkulatorischem Eigenkapitalzins; ohne Kfz-Kosten, ohne kalkulatorischen Lohn für mitarbeitende Familienangehörige

<sup>3</sup> STATIS-Kostenstrukturanalyse zum Berichtsjahr 2000 (alte und neue Bundesländer; ohne Kostenerstattung an Laborgemeinschaft, Honorare für gelegentliche Assistenz und Stellvertretung, Kfz-Kosten; einschliesslich kalkulatorischem Eigenkapitalzins)

<sup>4</sup> Allgemeinmediziner und Kinderärzte nach Anteil Praxisinhaber gewichtet zusammengeführt

Als Konsequenz der Abweichungen von Kostendatenpool- und jüngsten STATIS-Daten ergeben sich – insbesondere bei jenen Fachgruppen mit hohen Differenzen – nicht nur unterschiedliche Bewertungen, sondern auch unterschiedliche Soll-Umsätze bzw. kalkulatorische Leistungsbedarfe, auf denen die Arztgruppentopf-Bildung basiert.

Soll-Umsätze bzw. kalkulatorischen Leistungsbedarfe können nur auf grobem Niveau verglichen und beurteilt werden, da zwischenzeitlich verschiedene Praxisbetriebsmodelle, insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin, der Inneren Medizin sowie der Radiologie, nach Spezialisierungen untergliedert wurden. Die hierbei getroffenen Annahmen werden nicht erkennbar gemacht und lassen sich daher nicht beurteilen. Eine Überprüfung wird angeregt, da Hilfsrechnungen (außerhalb der festgelegten Systematik) Fehlerpotentiale in sich bergen und eine Falschberechnung von Soll-Umsätzen bzw. kalkulatorischen Leistungsbedarfen im derzeit angedachten System der Mengenbegrenzung die relationalen Ansprüche an der Gesamtvergütung stark beeinflussen können.

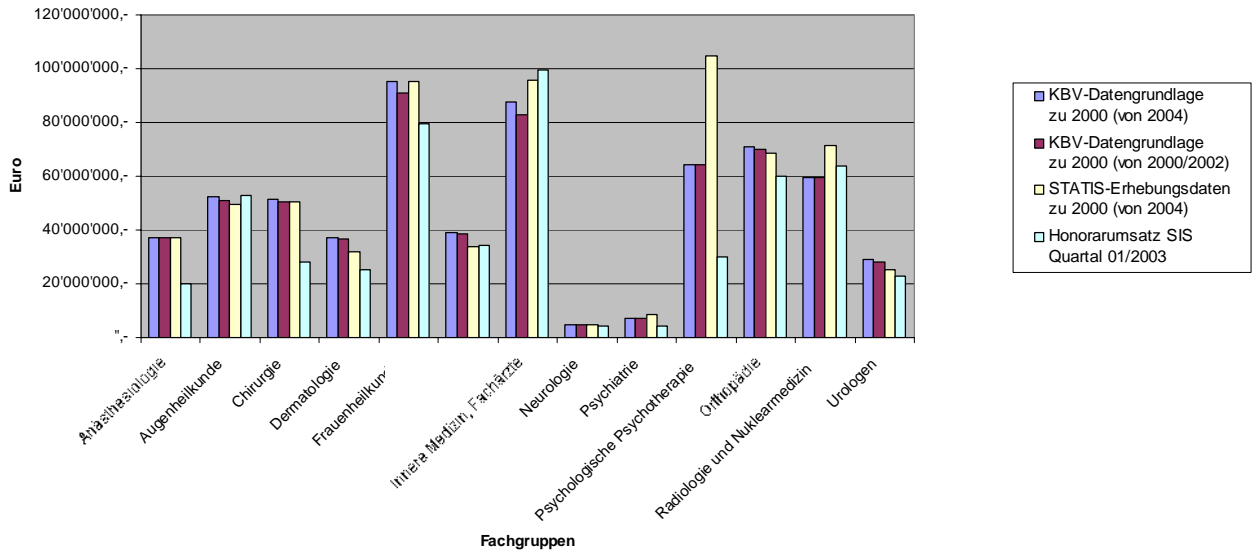
Mit den Tabellen in Anhang 1 wird der Versuch unternommen, Soll-Umsätze bzw. kalkulatorische Leistungsbedarfe nach verschiedenen Datenquellen abzuleiten, zu vergleichen sowie ihre Auswirkungen im Sinne von Topfverschiebungen (Soll/Ist) auf der fachärztlichen Versorgungsebene darzustellen. Hierbei wurden jene Fachgruppen herangezogen, zu denen vergleichendes Datenmaterial vorliegt. Es sollen lediglich Hebelwirkungen in ihrem Prinzip, nicht jedoch in ihrem tatsächlichen Ausmaß aufgezeigt werden. Letzteres ist wegen der Unvollständigkeit der Daten nicht abschließend möglich.

Hebelwirkungen bei der Arztgruppentopf-Bildung werden pauschal, d. h. weitgehend unabhängig vom EBM und seinen Bewertungen, erzeugt, was die Fragwürdigkeit einer derartigen, aber vermutlich auch jeder anderen Mengensteuerung verstärkt.

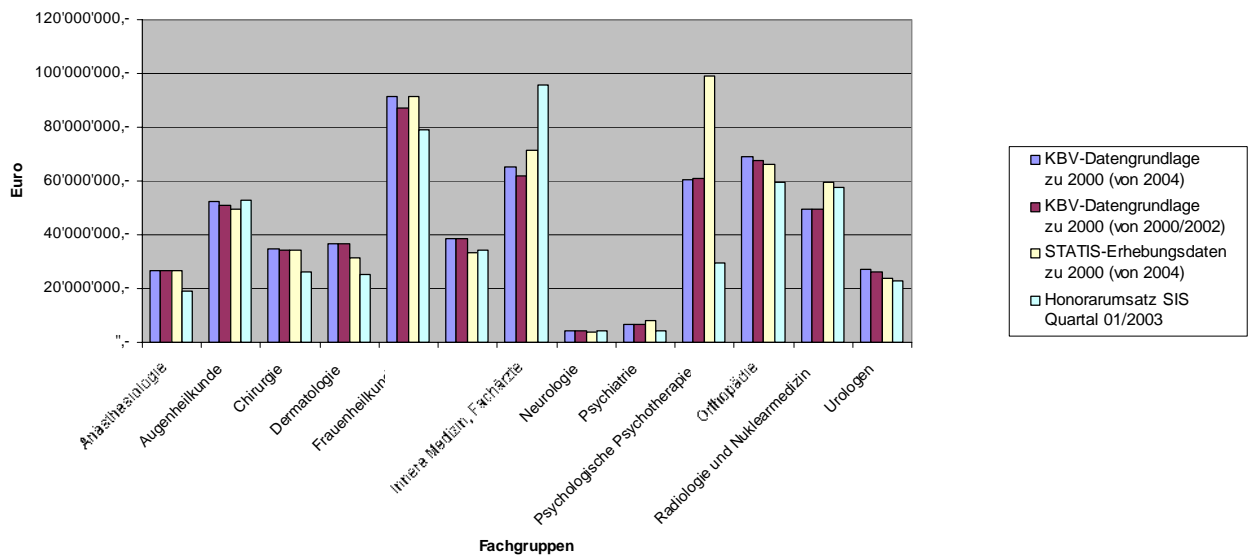
Aus den nachfolgenden Tabellen wird deutlich, dass die Ist-Umsätze in Bayern die Soll-Umsätze zum Teil deutlich unterdecken, womit sich – trotz Datenproblematik – auf sehr einfache Weise auf die Unterfinanzierung der vertragsärztlichen Versorgung mit den verfügbaren Budgetmitteln hinweisen lässt.

**Siehe Anhang 1 und nachfolgende Grafiken**

Vergleich der Soll-Quartalsumsätze nach verschiedenen Datengrundlagen mit Ist-Honorarumsätzen zugelassener und ermächtigter Fachärzte in Bayern



Vergleich der Soll-Quartalsumsätze nach verschiedenen Datengrundlagen mit Ist-Honorarumsätzen zugelassener Fachärzte in Bayern



### 3.3 Überprüfung des Standard-Bewertungssystems

Zur Überprüfung des Standard-Bewertungssystems (STABS) konnte lediglich auf Dateien zurückgegriffen werden, die aus dem Jahr 2002 stammen (vor oder nach, jedenfalls in sehr engem Zusammenhang mit der EBM-Version vom 26.09.2002).

Die geprüfte STABS-Version basiert damit auf Daten vor Beginn der relativ umfassenden Simulation in der ersten Jahreshälfte 2003 und der daran anschließenden Bewertungskorrekturen, die sich erstmals in der EBM-Version vom 28.05.2003 niederschlugen.

#### 3.3.1 Evaluation ausgewählter Praxisbetriebsmodelle auf Basis der Kostenumlage

Die Überprüfung des Standard-Bewertungssystems wurde zunächst in Form einer Evaluation des Praxisbetriebsmodells Hausarzt vorgenommen.

Ergebnisse:

- Die Grundsystematik des Standard-Bewertungssystems blieb unverändert.
- Das Auslastungsprinzip der Ursprungsversion wurde aufrechterhalten. Hierbei wurde davon ausgegangen, dass die Auslastung über alle Funktionskostenstellen nur in jener Höhe angesetzt werden darf, die der Netto-Jahresarbeitszeit *eines* Praxisinhabers entspricht. Damit sollte sichergestellt werden, dass ein Vertragsarzt das originäre Leistungsspektrum seiner Fachgruppe wirtschaftlich erbringen kann.
- Die Regeln der Kostenumlage sowie die weiteren Algorithmen sind bei der letzten zugänglichen Version des Standard-Bewertungssystems identisch mit jenen des Ursprungsmodells. Dies hat sich bei der Nachkalkulation des Hausarztmodells herausgestellt.
- Eine Überprüfung der Datenlage der anderen Praxisbetriebsmodelle lässt den Schluss eines analogen Vorgehens zum Hausarztmodell zu (Ausnahme: Gynäkologie; dort Problematik der Mammographie).

Fazit:

Das zuletzt überprüfbare Standard-Bewertungssystem entspricht den ursprünglich im Jahr 2000 aufgestellten Regeln.

#### 3.3.2 Evaluation ausgewählter Praxisbetriebsmodelle auf Basis einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe

Die unter Punkt 3.3.1 gewonnenen Erkenntnisse verfestigten sich bei einer Nachkalkulation von ausgewählten, im Längsschnitt über verschiedene EBM-Versionen betrachtbare Leistungen.

Die exemplarisch durchgeführte Nachkalkulation der Hausarztleistungen erbrachte nahezu identische Ergebnisse.

### **3.3.3 Versuch einer Abschätzung der Anwendung des zuletzt überprüfbaren Standes des Standard-Bewertungssystems nach 2002**

Die Anwendung des Standard-Bewertungssystems nach 2002 entzieht sich einer abschließenden Beurteilung, lässt sich jedoch näherungsweise anhand der Bewertungsentwicklung ausgewählter Leistungen überprüfen.

Ergebnisse:

- Die EBM-Version vom 26.9.2002 entspricht den auf Basis der Ursprungsversion des Standard-Bewertungssystems vorgenommenen Kalkulationen. Bei der Bewertung der Technischen Leistung TL ist eine relativ geringe Differenz (von ca. 5 %) feststellbar.
- Eine erhebliche Bewertungsänderung wurde mit der EBM-Version vom 28.5.2003 vorgenommen:
- Der Zeitbedarf wurde zum Teil deutlich abgesenkt (wobei nur in vereinzelten Fällen parallel dazu der Leistungsinhalt angepasst wurde).
- In der Folge wurden für die EBM-Version vom 24.2.2004 weitere Bewertungskorrekturen durchgeführt, die insbesondere auf die Herabsetzung des kalkulatorischen Arztlohnes zurückzuführen sind.
- Abschließend lassen sich bei der EBM-Version vom 14.4.2004 auf breiterer Basis Anhebungen erkennen, die – wegen des Wegfalls des Sachkostenkapitels – vermutlich auf die Einrechnung des Materialaufwands zurückzuführen sind und damit keine tatsächliche Bewertungserhöhung darstellen.

Fazit:

Die Bewertungsänderungen im EBM 2000 plus, die im Zeitablauf festgestellt werden konnten, dürften nicht auf Anpassungen des Standard-Bewertungssystems zurückzuführen sein (wobei selektive Eingriffe nicht völlig ausgeschlossen werden können). Hauptursache der Änderungen sind im Verhandlungsweg vollzogene Anpassungen (insbesondere beim Zeitbedarf) sowie die bekannte Problematik des kalkulatorischen Arztlohnes.

Nicht der EBM 2000 plus, der in Bezug auf seine Bewertungssystematik und Kalkulationsgrundlage einen Fortschritt markiert, sondern die auf den gleichen Kalkulationsgrundlagen basierende Mengensteuerung ist als Problem anzusehen, wobei mit der jüngsten Erhebung des Statistischen Bundesamtes eine allgemein zugängliche, konkurrierende Datenquelle (mit z. T. abweichenden Kostenangaben zum Jahr 2000) aufgetreten ist.

## **4. EBM 2000 Plus - Versionsvergleich und Berufsverbandshinweise**

Ein Vergleich der verschiedenen EBM 2000 plus - Versionen ist sehr schwer, da vom Stand 14.07.2003 zum Stand 24.02.2004 die Bewertung der Arztminute abgesenkt wurde und vom Stand 24.02.2004 zum Stand 14.04.2004 die Einrechnung der Sachkosten aus Kapitel 40, eine Verschiebung der Kapitel sowie die Umstellung der EBM-Nummern von vierstellig auf fünfstellig erfolgte.

**Es wurde versucht, anhand der folgenden Kapitel/Abschnitte einen Vergleich durchzuführen:**

- Bereich II: Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen
- Kapitel 3 (bzw. 3 und 4): Hausärztliche Leistungen
- Kapitel 7 (bzw. 8): Frauenärztliche Leistungen
- Kapitel 12 (bzw. 13): Internistische Leistungen
- Bereich IV: Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Ergebnis: Vereinzelt Änderungen, die nicht auf die Bewertung der Arztminute und die Einrechnung der Sachkosten zurückzuführen sind.

### **Nicht kalkulierte EBM-Positionen**

Es wurde ausgewertet, wieviel EBM-Positionen nicht kalkuliert sind. Ca. 13 % der abgerechneten Leistungen sind nicht auf der Grundlage einer Kalkulation bewertet.

### **Einwände von Berufsverbänden**

Lt. KBV wurden die Berufs- und Fachverbände in die Entwicklung des EBM 2000 plus einbezogen. Dennoch mehrt sich die Kritik, dass konstruktive Vorschläge nicht beachtet wurden. Nur beispielhaft seien nachstehende Hinweise erwähnt, die uns in der vergangenen Woche erreichten:

#### **Berufsverband der Kinderchirurgen:**

Eigenes Kapitel für Kinderchirurgen wurde zugesagt, im EBM sind Kinderchirurgen mit den Chirurgen, Plastischen Chirurgen und Herzchirurgen in einem Kapitel zusammengefasst.

Ordinationskomplex für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr (Nr. 07210 = 310 Punkte) gleich bewertet wie Ordinationskomplex für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr (Nr. 07211 = 310 Punkte), obwohl Kinder einen höheren Aufwand verursachen.

#### **Berufsverband der Internisten-Rheumatologie**

Die Behandlung von Patienten mit degenerativen, metabolischen und endokrinen Arthropathien ist aus dem Leistungsinhalt der Nr. 13700 weggefallen.

Für die Funktionsaktivitätsscores u. Krankheitsaktivitätsscores wurden zwei Leistungspositionen vorgeschlagen, dies wurde nicht realisiert.

#### **Berufsverband der Augenärzte**

Bewertung der wichtigsten Operation in der operativen Augenheilkunde abgesenkt. Kataraktoperation (Phakoemulsifikation mit Implantation einer Hinterkammerlinse) wird um ca. 30 % niedriger bewertet als im derzeit gültigen EBM, obwohl die Kosten aufgrund der RKI-Hygienevorschriften gestiegen sind.

## 5. Das KBV-Modell zum RLV und seine regionale Umsetzbarkeit

Grundsätzlich sind alle Leistungen der Vertragsärzte, -therapeuten und medizinischen Versorgungszentren mit einem zu vereinbarenden Punktwert zu vergüten. Davon ausgenommen sind definierte Arztgruppen, für die Regelleistungsvolumen (RLV) vereinbart werden. Die Vorlage für den Beschluss des Bewertungsausschusses voraussichtlich am 13.05.2004 (*Entwurf Stand 28.04.04*) gibt die Inhalte zu den RLV vor.

### 5.1 RLV und seine Grundidee

Das Regelleistungsvolumen (RLV) im aktuellen Entwurf gilt für sämtliche Leistungen definierter Arztgruppen mit Ausnahme spezifischer Leistungen und Leistungsarten.

Es basiert auf einer fallzahlorientierten Begrenzung auf Basis von arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen.

Die Leistungen, die im RLV liegen, werden mit einem vereinbarten Punktwert vergütet, die das RLV übersteigenden Punkte mit einem Restpunktwert. Ob der Restpunktwert ein floatender oder ebenfalls ein zu vereinbarendes Punktwert ist, bleibt im Entwurf offen. Die Vergütung der vom RLV ausgenommenen Leistungen ist nicht *expressis verbis* geregelt. Daraus kann geschlossen werden, dass diese Leistungen mit dem sich für die übrigen Leistungen ergebenden Punktwert zu vergüten sind, soweit nicht spezielle gesamtvertragliche Regelungen anderweitige Bestimmungen enthalten.

Der Entwurf sieht eine normative Bestimmung von Arztgruppenanteilen an der zu verteilenden Gesamtvergütung zum 31.12.2005 vor. Aktuell auf anderer Grundlage gebildete Arztgruppen und Arztgruppenanteile an der pauschalierten Gesamtvergütung können in einer Übergangsphase vom 01.01.2005 bis 31.12.2005 an die normativen Arztgruppenanteile herangeführt werden.

### 5.2 Das Konzept Sollumsatz

Vorbemerkung: Die folgenden Analysen zum „Sollumsatz“ beziehen sich auf die Entwurfsfassung der EBM/RLV-Beschlussvorlage mit Bearbeitungsstand vor dem 29.04.2004. In der Klausurtagung am 29./30.04.2004 hat die Kassenseite eine Neufassung eingefordert, bei der das Konzept „Sollumsatz“ als explizite Größe aus dem Modell verschwindet. Statt dessen wird nun unter Überspringung des Sollumsatzes und ohne explizite Nennung des kalkulatorisch vorgegebenen Zielpunktwertes unmittelbar ein „kalkulatorischer Leistungsbedarf“ ausgewiesen. Dieser beruht jedoch auf den gleichen Berechnungsmodellen, die auch der Berechnung des Sollumsatzes zugrunde lagen. Insofern sind die handwerklichen Probleme, die in den folgenden Abschnitten dargestellt werden, nahtlos auch auf das neue Konzept übertragbar.

Der Sollumsatz wurde normativ entwickelt und setzt sich zusammen aus dem Arztlohn sowie den Kosten je Arztgruppe. Im RLV-Entwurf ist der Sollumsatz das zentrale Steuerungsinstrument: einerseits werden über den Sollumsatz neue Arztgruppentöpfe gebildet, andererseits ist der Sollumsatz Teil der Berechnungsvorgabe zur RLV-Fallpunktzahl. Ist der Parameter Sollumsatz fehlerhaft ermittelt, ergeben sich kaum korrigierbare systematische Probleme in der Honorarverteilung.

Der kalkulatorische Arztlohn in Höhe von 95.553 € wurde ursprünglich als rein kalkulatorische Grundlage für die Bewertung des EBM 2000 entwickelt und soll für alle Arztgruppen gleichermaßen gelten.

In dem RLV-Konzept der KBV dient der kalkulatorische Arztlohn nun als Teil des Sollumsatzes auch als Maßstab für die Umverteilung zwischen den Arztgruppen.

Der Streit um den richtigen Kostenansatz (STABS, Statistisches Bundesamt, ZI, Dativ) ebenso wie die Frage der korrekten Berechnung eines einmal gewählten Ansatzes ist nicht nur akademisch theoretischer Natur (siehe Rechtsstreit um den Kostenansatz zur Ermittlung des Mindestpunktwertes für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen) sondern im Falle einer möglichen Rechtswidrigkeit von erheblicher finanzieller Folgewirkung (siehe Urteil des Bundessozialgerichts zum Kostenansatz für Dermatologen für die EBM-Praxisbudgets vom 15.05.2002, B 6 KA 33/01, streitgegenständliches Quartal dabei 2/98!).

Offenbar wurden veraltete Kostensätze verwendet!

### 5.2.1 Fachgruppentöpfe

Der Entwurf sieht für die Übergangszeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2005 die Bildung von Arztgruppentöpfen unter Berücksichtigung der Vorgaben des Beschlusses zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich vor.

Sie sind für neu definierte Arztgruppen zu ermitteln. Der Arztgruppenanteil an der pauschalierten Gesamtvergütung bestimmt sich danach aus dem Produkt aus Sollumsatz und der zum 01.10.2004 festgestellten Anzahl der der jeweiligen Arztgruppe zuzuordnenden Ärzte.

Damit ist ein Systemwechsel in der Honorarverteilung zu vollziehen: wurden die bisherigen Töpfe auf tatsächliche Umsätze aus der Vergangenheit aufgesetzt (Ermittlung der prozentualen Anteile am zu verteilenden Gesamtvolumen), ist der Maßstab dafür jetzt der normativ bestimmte Parameter Sollumsatz. Normativ deshalb, weil hier ein über alle Arztgruppen gleich angesetzter kalkulatorischer Arztlohn sowie die arztgruppenspezifischen Kosten bestimmt sind.

#### **Sollumsatz bei der Aufteilung oder Zusammenlegung in Arztgruppen erweiterbar?**

Nach Anlage 2 des Entwurfs können die dort genannten Arztgruppen regional im Honorarverteilungsvertrag zusammengefasst oder weiter differenziert werden. Mit dieser Möglichkeit muss aber auch technisch die Möglichkeit bestehen, die entsprechenden Sollumsätze (und die entsprechende Arztlzahl) anzupassen.

Voraussetzung für eine Anpassung der Sollumsätze ist aber, dass die KBV-Datenbasis eine entsprechende Tiefe aufweist und regional neben einem Tool zur Berechnung der Sollumsätze zur Verfügung steht. Denn bei der Frage, ob eine Differenzierung oder Zusammenfassung erfolgen soll, müsste ja zunächst im Wege von Berechnungen überprüft werden können, ob dies überhaupt erforderlich oder sinnvoll ist (unterschiedliche Höhe der dann entstehenden neuen Sollumsätze).

Ob diese Voraussetzung (Datenbasis) gegeben und eine entsprechende regionale Berechnungsmöglichkeit (Tool) vorgesehen ist, ist z.Zt. nicht feststellbar.

Wie können Sollumsätze regional ermittelt werden ?



## 5.2.2 Paradigmenwechsel durch Arztzahlbezug in der Honorarverteilung

In der Vorgabe zur Bildung der Arztgruppentöpfe wird neben dem normativen Element Sollumsatz als quantitatives Element die Arztzahl bestimmt.

In den meisten bekannten Honorarverteilungsmaßstäben wird die Arztzahl weder bei der Bildung von Arztgruppentöpfen noch bei einer möglichen Anpassung berücksichtigt, da die Arztzahl, von Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen abgesehen, kein Gradmesser für den Versorgungsbedarf ist. In diesem Sinne hat sich auch die Rechtsprechung zur Frage einer Anpassung der Honorarfonds infolge gestiegener Arztzahlen geäußert („...verändert sich durch die Zulassung weiterer Ärzte nicht die Morbidität der Versicherten,...“; BSG, Urteil vom 07.02.1996, Az.: 6 RKa 68/94). Eine Anpassung der Honorarfonds erfolgt vielmehr unter bestimmten Voraussetzungen aufgrund allzu starker Punktwertspreizungen zwischen den Fachgruppen. Diese resultieren vereinfacht ausgedrückt aus Leistungszunahmen in bestimmten Fachgruppen und entsprechen einem veränderten Versorgungsbedarf (begründet oder nicht, sei hier einmal offengelassen).

Mit der verbindlichen Vorgabe zur Größe der Arztgruppentöpfe, die sich nach der Arztzahl bemisst, wird ein grundlegender System- und Paradigmenwechsel vollzogen, der sich von der Orientierung am Versorgungsbedarf löst und zwingend zu einer Umverteilung zwischen den Fachgruppen führen muss.

Von entscheidender Bedeutung für das Ausmaß der zu vollziehenden Umverteilung wird neben der Frage nach dem korrekten Ansatz des Sollumsatzes die Bestimmung der zutreffenden Arztzahl. Der Entwurf stellt auf die Arztzahl der jeweiligen Arztgruppe mit Stand 01.10.2004 ab. Dabei sind in Teilzeit tätige Ärzte „entsprechend dem Umfang ihrer Tätigkeit zu berücksichtigen.“ Dabei hängt das Maß der Umverteilung stark ab von dem Ansatz, nach dem Teilzeit definiert wird (z.B. Stundenzahl, Fallzahl, u.a.). Ferner können bei kleinen Arztgruppen, d.h. solchen, die weniger als 30 Ärzte umfassen, Veränderungen der Arztzahl zu einer Anpassung des Arztgruppentopfes führen. Was ist mit Arztgruppen, die infolge einer regionalen Unterdifferenzierung zwar die kritische Grenze von 30 Ärzten überschreiten, infolge einer Arztzahlveränderung im Jahr 2005 aber „unterdeckt“ sind (kleine Töpfe beinhalten stets das Risiko eines Punktwertverfalls bei auch nur geringer Arztzahlzunahme)?

Bei der Bestimmung der teilzeittätigen Ärzte gibt der Entwurf keinerlei Abgrenzungskriterien vor (Hochrechnung), d.h., es bleibt der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überlassen, ob sie eine Hochrechnung anhand der Fallzahlen, des Leistungsbedarfs, von Zeitansätzen oder anderen Merkmalen vornimmt. Infolgedessen kann es zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen zu gravierenden Unterschieden in der Füllung der Honorarfonds (gerade bei kleinen Arztgruppen oder Arztgruppen mit hohem Teilzeitpotential, z.B. Anästhesisten, Psychotherapeuten) kommen.

Überhaupt keine Berücksichtigung finden ermächtigte Ärzte, obwohl diese im Leistungsumfang zum Teil deutlich unter den Durchschnittswerten (Umsatz, Leistungsvolumen, Fallzahl, etc.) liegen. Dies kann bei Arztgruppen mit hohem Anteil ermächtigter Ärzte (z.B. fachärztliche Internisten) zu einer überhöhten Topffüllung führen.

Arztzahl als Kriterium der Topfbildung - Abkehr vom Versorgungsbedarf
---

### **5.2.3 Umverteilungen durch Fachgruppentöpfe auf Basis der Sollumsätze im Vergleich zum Status quo und zu den in 5.2.3 definierten Alternativen**

In der bei Redaktionsschluss aktuellsten Entwurfsfassung (Stand: 01.05.2004) der Beschlussvorlage taucht das Konzept „Sollumsatz“ nicht mehr auf. Vergleiche hierzu die Vorbemerkung zu Abschnitt 5.2.

Die bisherige Beschlussvorlage (Stand: 28.04.2004) sah vor, dass die Fachgruppentöpfe analog den Proportionen der Sollumsätze der einzelnen Fachgruppen zu füllen sind. Auf diese Vorgabe beziehen sich die nachfolgenden Auswertungen. In der überarbeiteten Entwurfsfassung (Stand 01.05.2004) wird die Füllung der Fachgruppentöpfe aus der Relation des „kalkulatorischen Leistungsbedarfs“ der einzelnen Fachgruppen zueinander bestimmt. Dieser kalkulatorische Leistungsbedarf leitet sich jedoch unmittelbar aus dem früheren Konzept des Sollumsatzes ab. Insofern sind die nachfolgenden Ergebnisse „eins zu eins“ auf das neue Konzept übertragbar.

Im folgenden sind die Verschiebungen dargestellt, die sich beim Übergang vom derzeitigen Ist-Honorar zum kalkulatorischen Soll-Honorar aufgrund der Berechnungsvorschrift der KBV in den einzelnen Fachgruppentöpfen ergeben. Dabei ist die vorhandene Trennung der Gesamtvergütung in Hausarzhonorar und Facharzhonorar berücksichtigt. Nicht berücksichtigt ist die Trennung der Honorarverteilung nach Kasenarten, die aufgrund der Unterschiedlichkeit der Gesamtverträge (insbesondere unterschiedliche Strukturverträge) geboten wäre, in der derzeitigen Beschlussvorlage jedoch nicht vorgesehen ist.

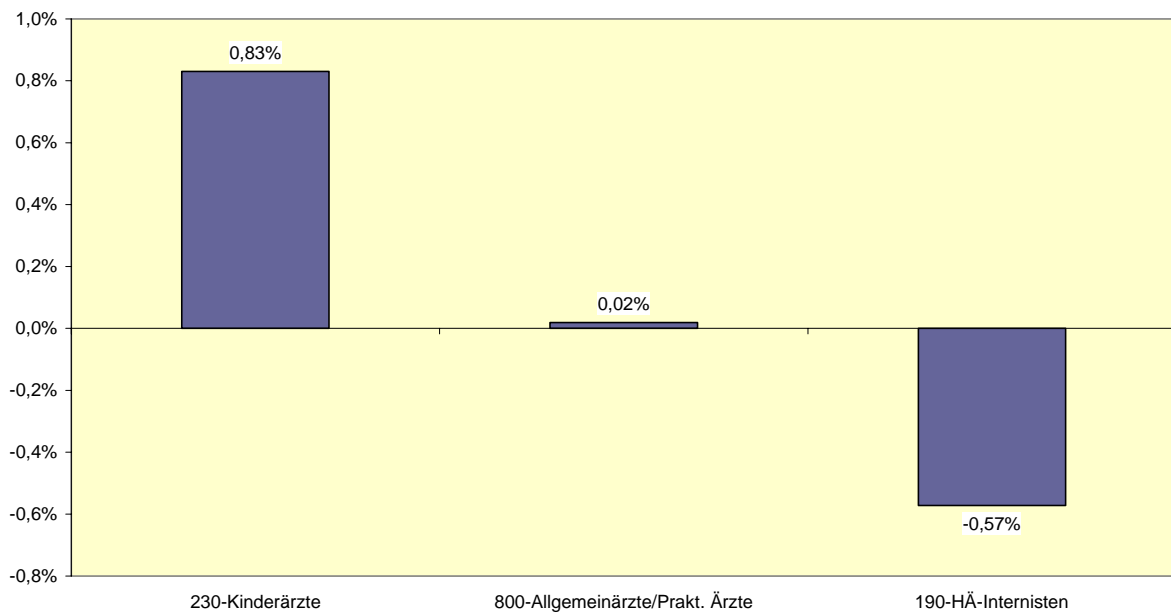
Verwerfungen bei der Topfbildung:

Anlage 2 zum Beschluss des Bewertungsausschusses umfasst eine Tabelle, die für jede Fachgruppe und teilweise Fachuntergruppe den Sollumsatz je Arzt ausweist. Durch Multiplikation dieser Sollumsätze mit der jeweiligen Anzahl der Ärzte sollen unter Berücksichtigung der Gesamtvergütung die Arztgruppentöpfe neu berechnet werden.

Angewendet auf die Sachlage der KVB ergeben sich hierdurch folgende Umverteilungen zum Ist-Honorar der jeweiligen Fachgruppen (Basis: Quartal 1/2003).

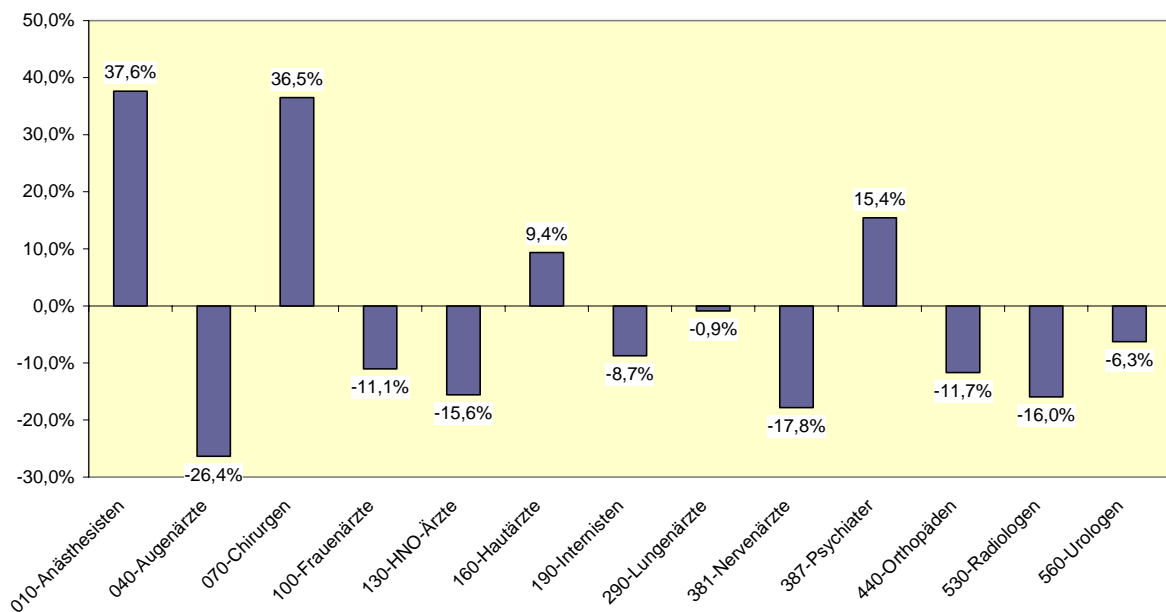
**Abbildung 1:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen (bzw. nach Anteilen am kalkulatorischen Leistungsbedarf) bei Hausärzten

**Veränderung des Arztgruppenhonorars durch Einführung des Sollumsatzes (1/2003),  
Basis: Sollumsatz für alle Ärzte**

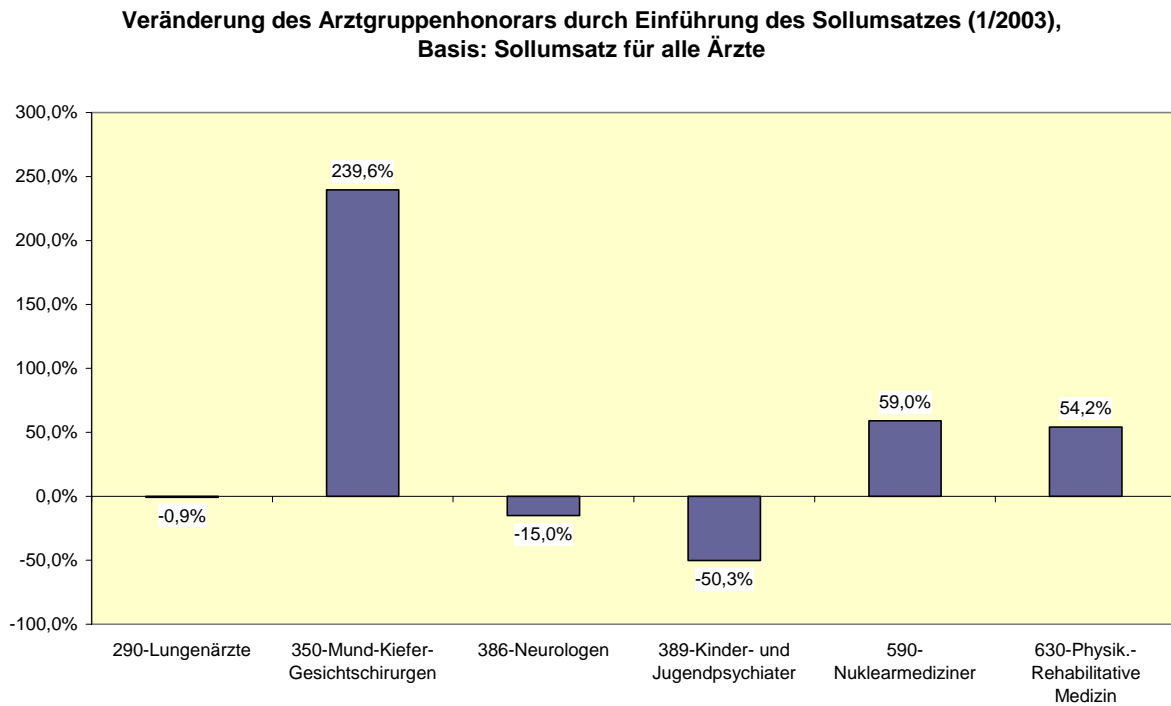


**Abbildung 2:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen bei Fachärzten (größere Arztgruppen)

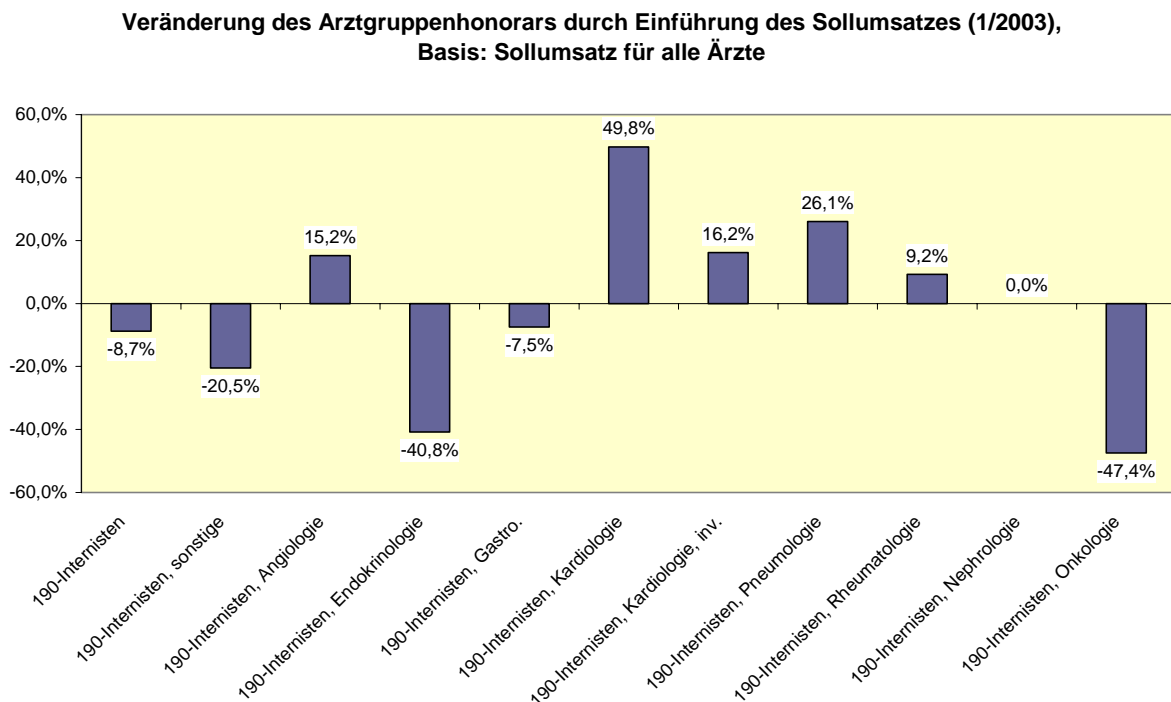
**Veränderung des Arztgruppenhonorars durch Einführung des Sollumsatzes (1/2003),  
Basis: Sollumsatz für alle Ärzte**



**Abbildung 3:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen bei Fachärzten (kleinere Arztgruppen)

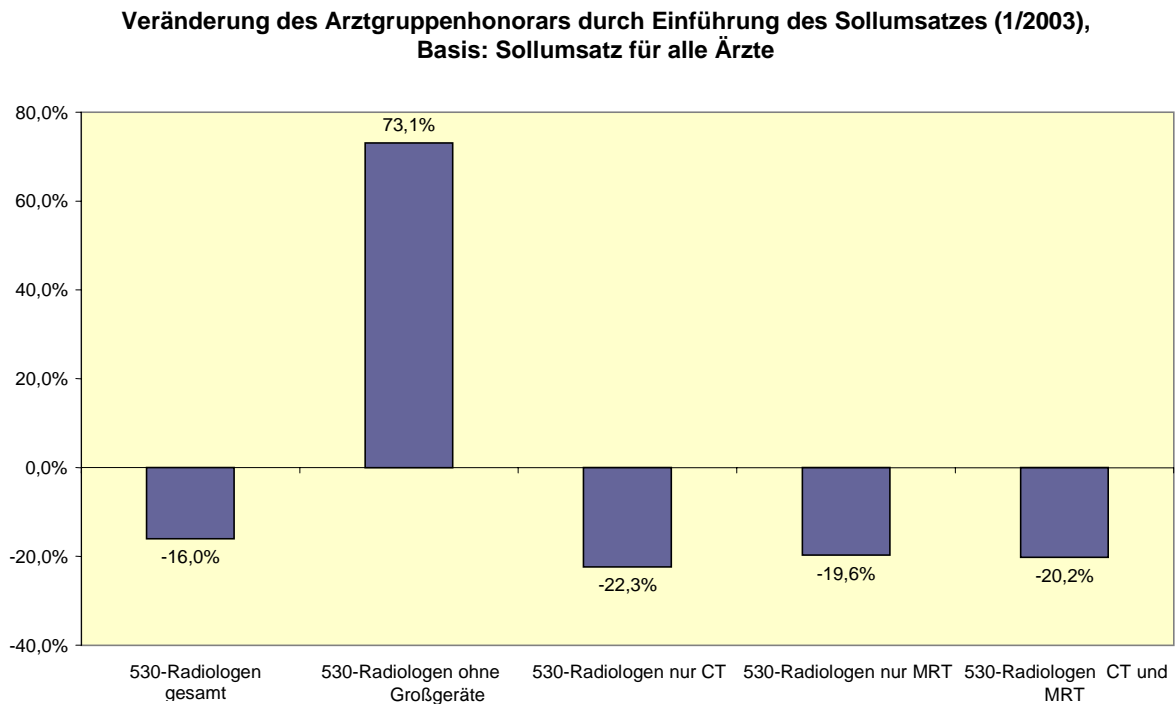


**Abbildung 4:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen bei Fachinternisten

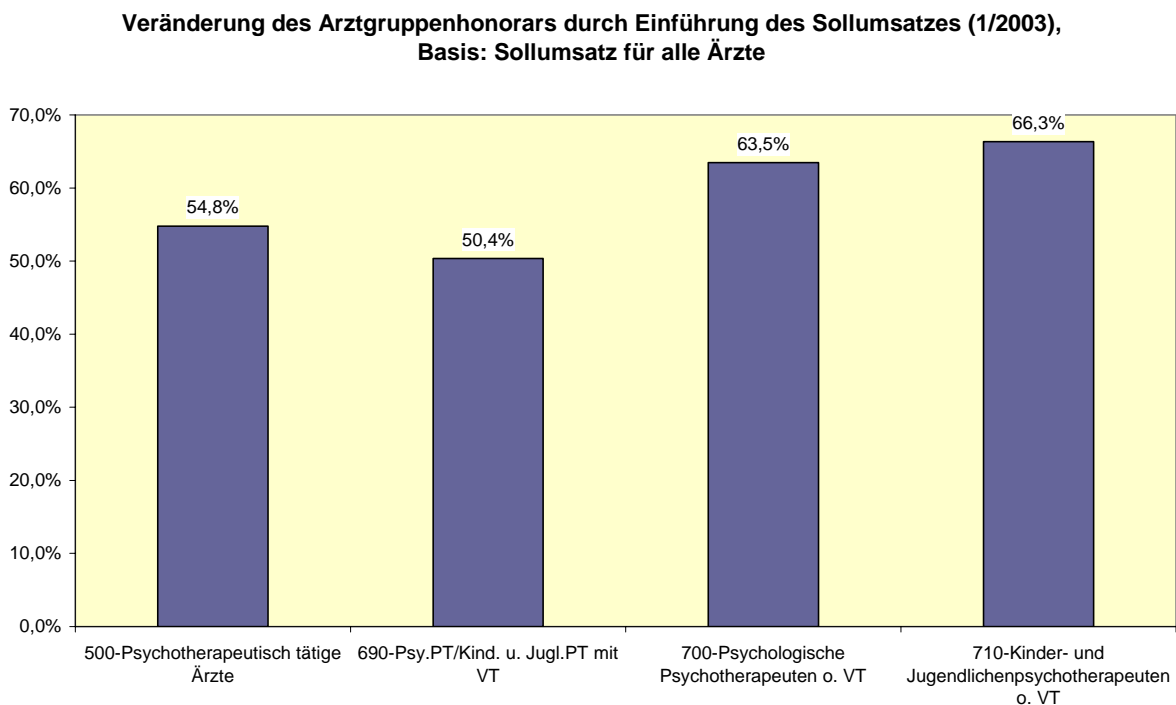


Anmerkung: „sonstige Internisten“ sind Fachinternisten ohne Schwerpunktbezeichnung

**Abbildung 5:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen bei Radiologen



**Abbildung 6:** Umverteilungen der Ist-Arztgruppentöpfe durch Topffüllung nach Sollumsätzen bei ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten

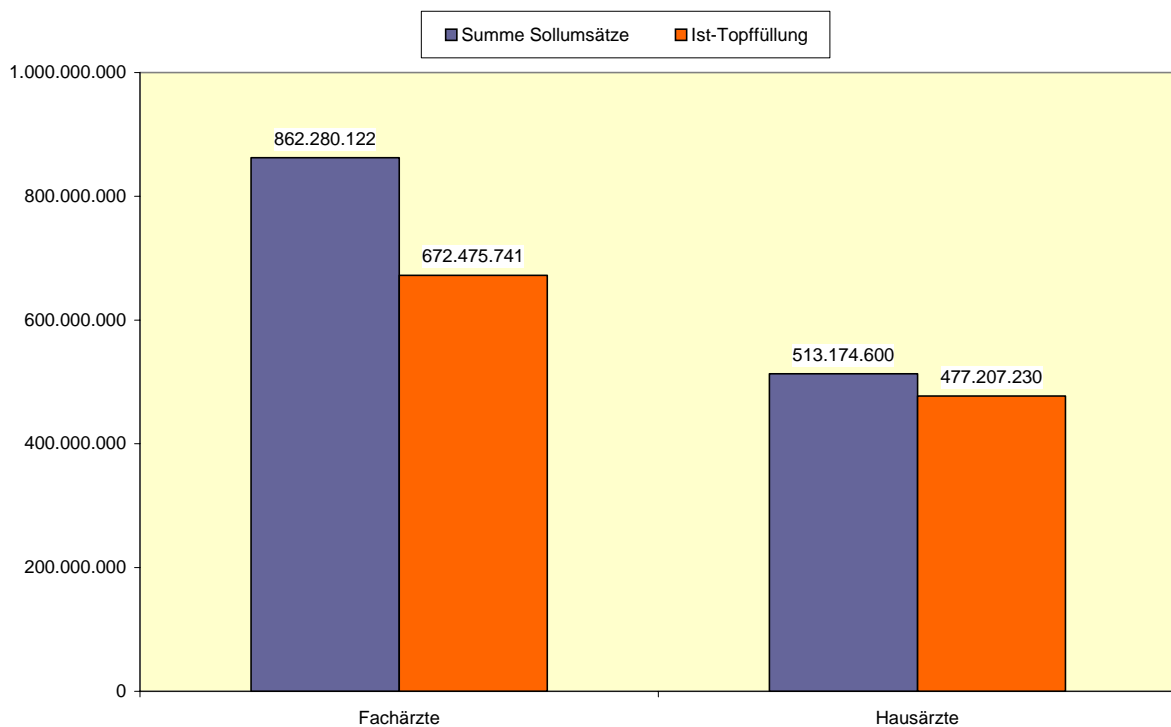


Aufgrund der dargestellten Ergebnisse scheidet eine unkorrigierte Anwendung dieses Konzepts als Grundlage für die Honorarzuweisung an die Fachgruppen insbesondere für die fachärztliche Versorgungsebene aus. Viel mehr ist festzustellen, dass hierdurch Verwerfungen induziert werden, die in ihrer Größenordnung auch nicht ansatzweise durch betriebswirtschaftliche Erwägungen erklärbar scheinen.

Trotz der gezeigten Verwerfungen zwischen den Fachgruppen weist die Summierung aller Sollumsätze über alle Fachgruppen hinweg den kalkulatorischen Fehlbetrag für die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Bayern aus. In der fachärztlichen Versorgungsebene summiert sich dieser auf 28 % des derzeitigen Vergütungsniveaus. Hier mag man einwenden, dass ein Teil dieses Effekts durch irreguläre Verteilungen in den einzelnen Fachgruppen bedingt sein könnte (vgl. 5.2.4). Doch auch in der hausärztlichen Versorgungsebene, die hiervon weniger belastet ist, wird ein Fehlbetrag von nahezu 10 % ausgewiesen.

Diese Fehlbeträge berücksichtigen bereits die Entscheidungen des erweiterten Bewertungsausschusses zum kalkulatorischen Arztlohn und zu den Kostenstrukturen. Wäre die von der KBV ermittelte und als richtig angesehene betriebswirtschaftliche Kalkulation zum Zuge gekommen, wären diese Fehlbeträge wesentlich höher. Bemerkenswert ist nun, dass auch die reduzierten Fehlbeträge auf den Widerstand der Krankenkassen gestoßen sind, so dass diese im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses die Elimination des Konzepts „Sollumsatz“ aus der Beschlussvorlage erwirken möchten.

**Abbildung 7:** Vergleich der Ist-Arztgruppentöpfe und der Sollumsätze bei Haus- und Fachärzten



#### 5.2.4 Sollumsätze als Zuteilungsbasis - stimmen die strukturellen Annahmen in den Arztgruppen?

Basis für die Festsetzung eines „Sollumsatzes“ bzw. „kalkulatorischen Leistungsbedarfs“ ist eine Normpraxis, die für die jeweiligen Fachgruppen als typisch angesehen wird. Zu dieser Normpraxis gehört eine bestimmte, fachgruppentypische Ausstattung und ein bestimmtes, als typisch angesehenes Leistungsvolumen. Mit Hilfe dieser Stellgrößen und basierend auf dem Standardbewertungssystem errechnet sich hieraus ein bestimmter fiktiver Umsatz, der „Sollumsatz“. Aus diesem wiederum leitet sich, wenn man einen bestimmten Punktwert zugrunde legt, der „kalkulatorische Leistungsbedarf“ ab.

Sollumsatz und kalkulatorischer Leistungsbedarf sind deshalb als Basis für die Topffüllung äquivalent. Beide setzen voraus, dass die Mitglieder der Fachgruppen nicht systematisch nach oben oder unten vom Konzept der Sollpraxis abweichen. In der Praxis jedoch sind genau diese Abweichungen die Regel. Am Beispiel der Anästhesisten und der Augenärzte wird im folgenden aufgezeigt, warum das Sollumsatz-Konzept diese Verwerfungen in der Honorarverteilung produziert.

Aus den Analysen wird insbesondere klar, dass die resultierenden Umschichtungen keineswegs Ergebnis irgendwelcher betriebswirtschaftlicher Notwendigkeiten sind. Sie bringen statt dessen nur zum Ausdruck, dass es beispielsweise in der Fachgruppe der Anästhesisten sehr viele Ermächtigte bzw. Vertragsärzte mit geringem Tätigkeitsvolumen gibt, während in der Fachgruppe der Augenärzte ein überproportionaler Anteil sehr großer Landpraxen weit oberhalb des Normkonzepts tätig ist. Dementsprechend würden die Anästhesisten nach dem Konzept „Ein Kopf - ein Sollumsatz“ begünstigt, die Augenärzte nach dem gleichen Konzept benachteiligt. Abbildung 8 zeigt die Einzelheiten.

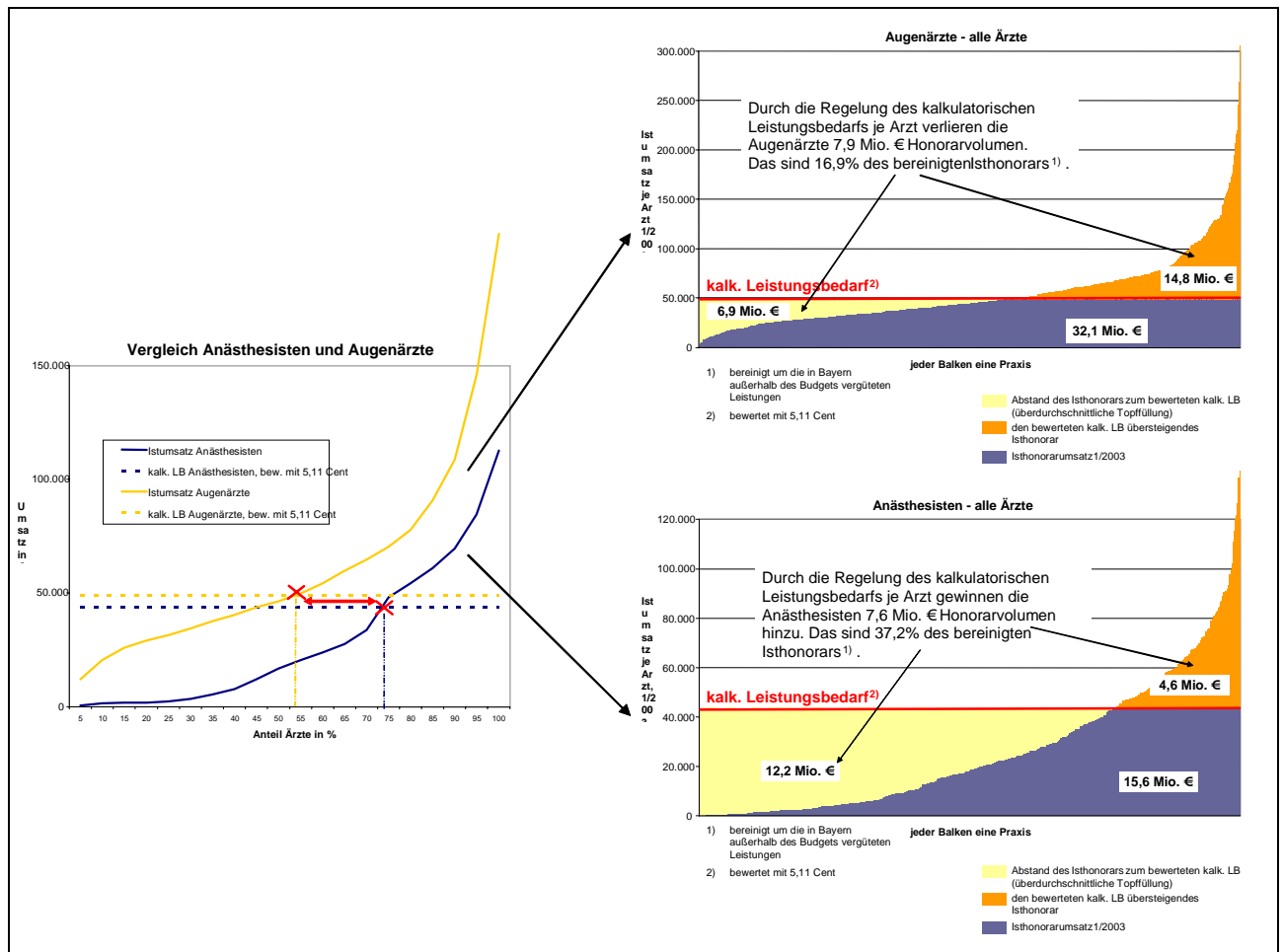
Abbildung 9 zeigt am Beispiel der Anästhesisten zudem, dass auch durch eine Sonderbehandlung der ermächtigten Ärzte das Problem nicht vollständig lösbar ist.

##### **Beispiel Anästhesisten:**

Durch das System der Topffüllung über den kalkulatorischen Leistungsbedarf je Arzt, der sich aus dem Sollumsatz errechnet, werden Fachgruppen mit einem hohen Anteil von ‚Teilzeit‘-Ärzten/ Ermächtigten bevorzugt, da diese eine überproportionale Topffüllung auslösen. Z.B. gibt es bei den Anästhesisten einen größeren Anteil von Ärzten mit wenig Umsatz als bei den Augenärzten (‚Teilzeit‘-Ärzte sowie Ermächtigte).

Im Vergleich Anästhesisten / Augenärzte erreicht daher ein größerer Anteil Augenärzte die Grenze des bewerteten kalk. Leistungsbedarfes. Daher verliert diese Fachgruppe Honorarvolumen. Bei den Anästhesisten gibt es die gegenteilige Entwicklung, diese Fachgruppe gewinnt Honorarvolumen.

**Abbildung 8: Vergleich Anästhesisten und Augenärzte**

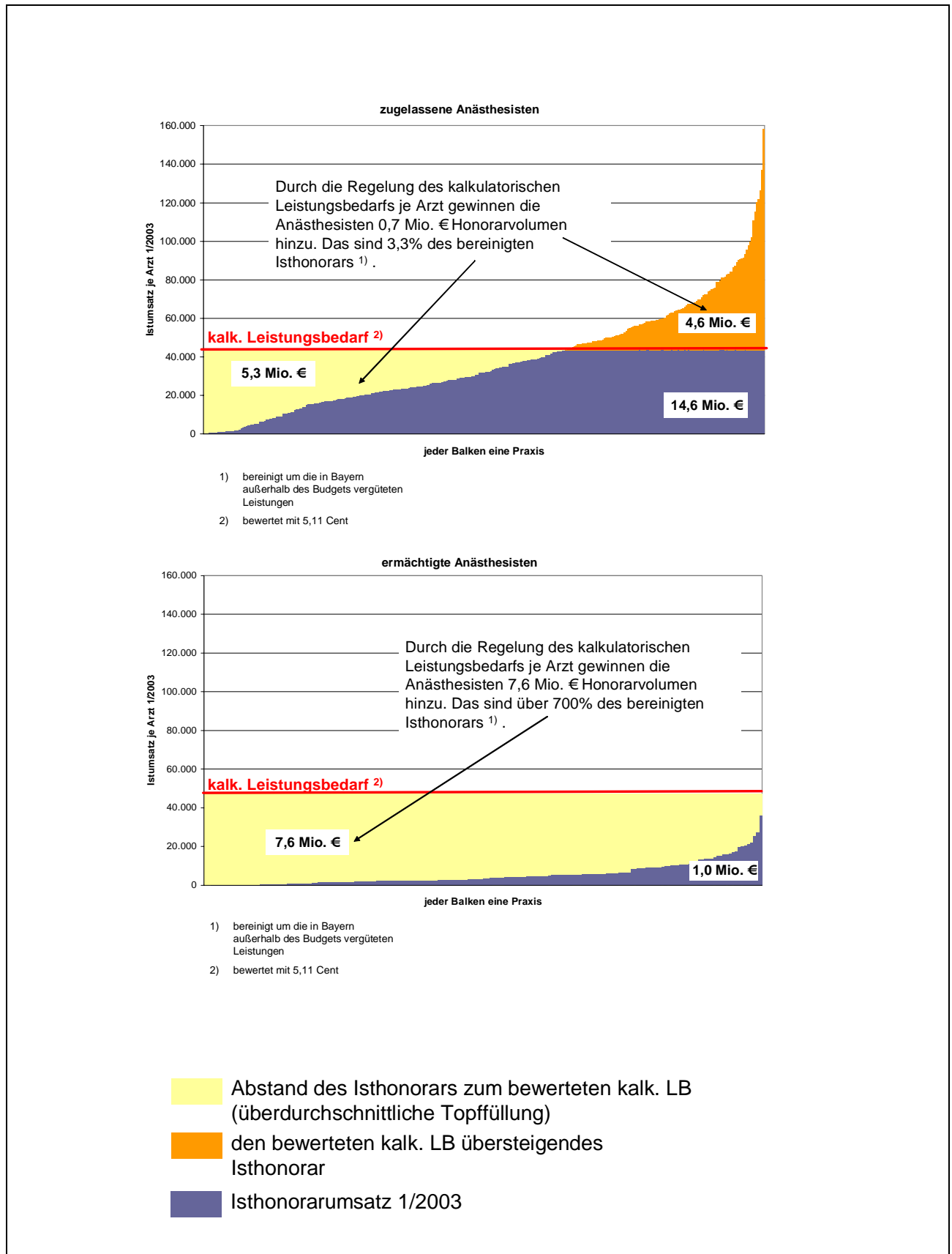


Gewinn bzw. Verlust an Honorarvolumen errechnet sich folgendermaßen: Fläche über dem Ist-Honorar bis zum bewerteten kalk. Leistungsbedarfs (=Sollumsatz) (gelbe Fläche) abzüglich das den Sollumsatz überschreitende Ist-Honorar (orange Fläche).

Betrachtet man nun dieselbe Arztgruppe getrennt nach Zugelassenen und Ermächtigten so zeigt sich, dass der hohe Anteil von Ermächtigten bei den Anästhesisten eine überproportionale Topffüllung verursacht.



**Abbildung 9:** Beispiel Anästhesisten – Vergleich Zugelassene / Ermächtigte



Gewinn bzw. Verlust an Honorarvolumen errechnet sich folgendermaßen: Fläche über dem Ist-Honorar bis zum bewerteten kalk. Leistungsbedarf (=Sollumsatz) (gelbe Fläche) abzüglich das den Sollumsatz überschreitende Ist-Honorar (orange Fläche).

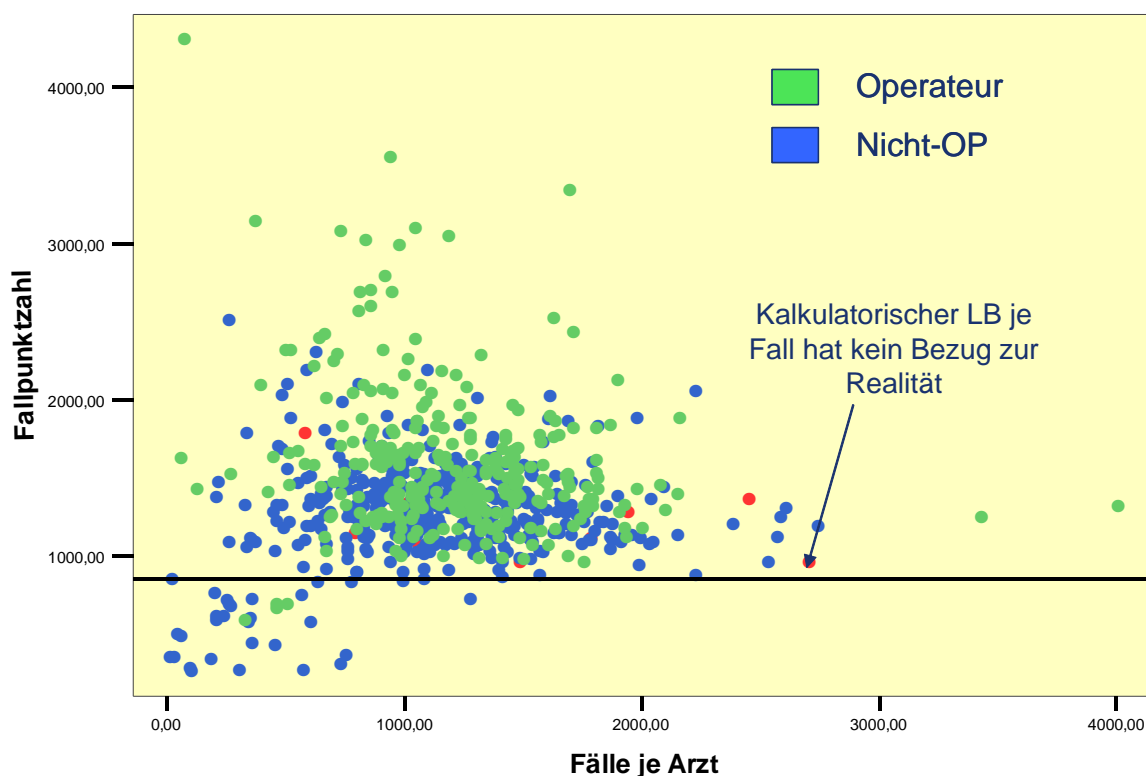
### 5.3 Fallpunktzahlen, Fallzahlen und Durchschnitte

Die Fallpunktzahl wird arztgruppenspezifisch festgelegt. Diese wird ermittelt, indem der normativ festgelegte kalkulatorische Leistungsbedarf je Arztgruppe (zu den Einzelheiten siehe Ausführungen zum Sollumsatz unter Nr. 5.2) durch die durchschnittliche Fallzahl dieser Arztgruppe im Jahr 2003 geteilt und um bestimmte „freie Leistungen“ bereinigt wird. Schließlich erfolgt eine Unterdifferenzierung der Fallpunktzahl nach drei Altersstufen.

Alle im Zusammenhang mit dem Thema Sollumsatz genannten Probleme wirken sich damit auch bei der Fallpunktzahl aus. Außerdem erscheint die Differenzierung nach 3 Altersstufen nicht ausreichend, insbesondere bei der Altersstufe der über 60-jährigen.

Als spezifisches Problem ist die Bestimmung der Fallpunktzahl für medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu werten. Nach dem Entwurf werden MVZ mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen gleich behandelt: die Fallpunktzahl bestimmt sich als arithmetischer Mittelwert der im MVZ tätigen Arztgruppen. Zusätzlich erhält das MVZ je nach Anzahl der beteiligten Fachgruppen einen Zuschlag zwischen 20% und 35% auf die ermittelte Fallpunktzahl. Nachdem alle Leistungen in einem MVZ an einem Patienten in einem Quartal als ein Behandlungsfall gelten (Auffassung der KBV laut Schreiben vom 15.04.2004), kann trotz Zuschlagslösung das RLV für ein MVZ sehr schnell ausgeschöpft sein. Die Folge ist eine Vergütung eines erheblichen Teils der im MVZ abgerechneten Leistungen mit dem abgestaffelten Restpunktwert.

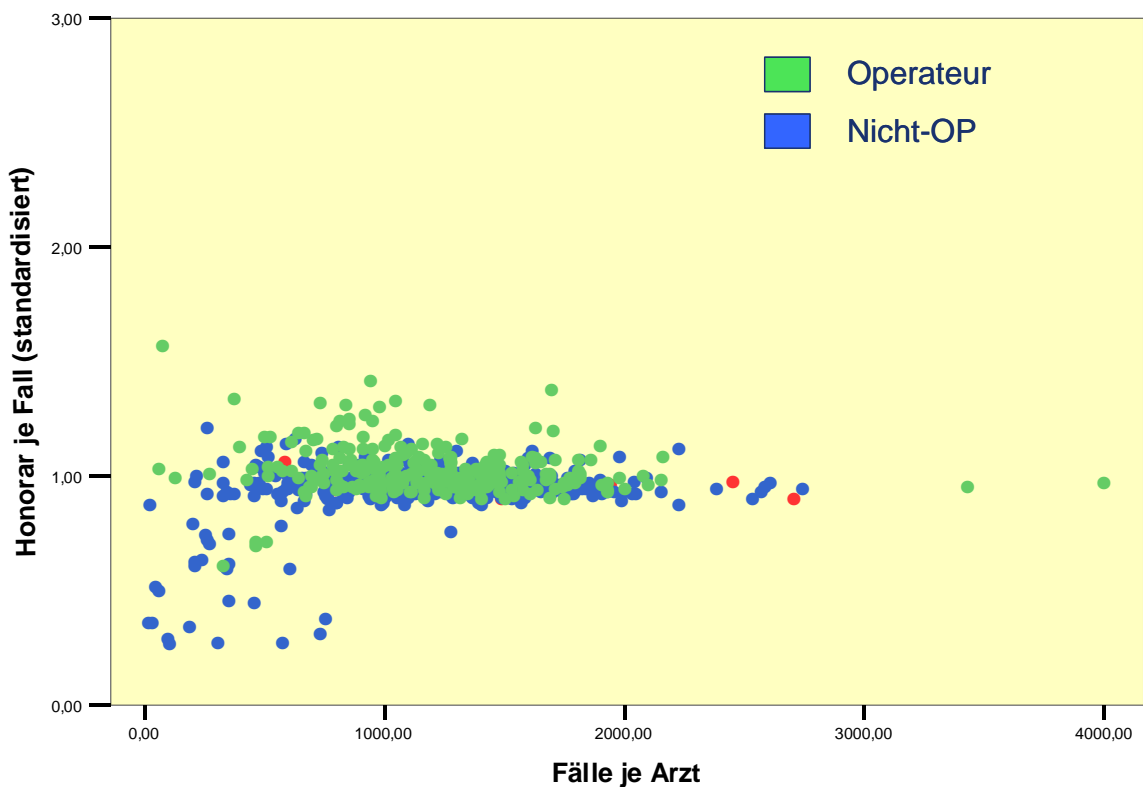
**Abbildung 10:** Wie steht die aus dem kalkulatorischen LB gebildete FPZ zu den tatsächlichen Leistungen je Fall, Beispiel Orthopäden



Die aus dem kalkulatorischen LB entwickelte Fallpunktzahl hat keinen Bezug mehr zur Realität. Abbildung 10 stellt zunächst einmal dar, welche Fallpunktzahlen bei den Orthopäden derzeit (über alle Leistungen und alle Kassenarten) abgerechnet werden und wo bei einem angenommenen Punktwert von 5,11 und unter Zugrundelegung des Konzepts der Sollumsätze die bezahlbare Fallpunktzahl läge.

Würde man das Konzept der Fallpunktzahl ausnahmslos auf alle Leistungen anwenden, so ergäbe sich ein nahezu völlig nivelliertes Bild (Abbildung 11). Nach der Abbildung für den Erhalt des Leistungsbezuges der Fachgruppe ist deshalb die Liste der Ausnahmen (derzeit Abschnitte 3.1 bis 3.3 der KBV-Beschlussvorlage) ausschlaggebend. Es besteht allerdings die Gefahr der Überprivilegierung dieser Leistungen, wenn diese vorab ohne jegliche Mengenbegrenzung aus einem begrenzten Gesamthonorar bezahlt werden. Wenn zudem, und so sieht es das KBV-Konzept vor, bei der restlichen Fallpunktzahl nicht danach unterschieden wird, wie viele Sonderleistungen eine Praxis zur Verfügung hat, entstehen zusätzliche Verwerfungen, die ebenfalls nicht betriebswirtschaftlich begründbar sind.

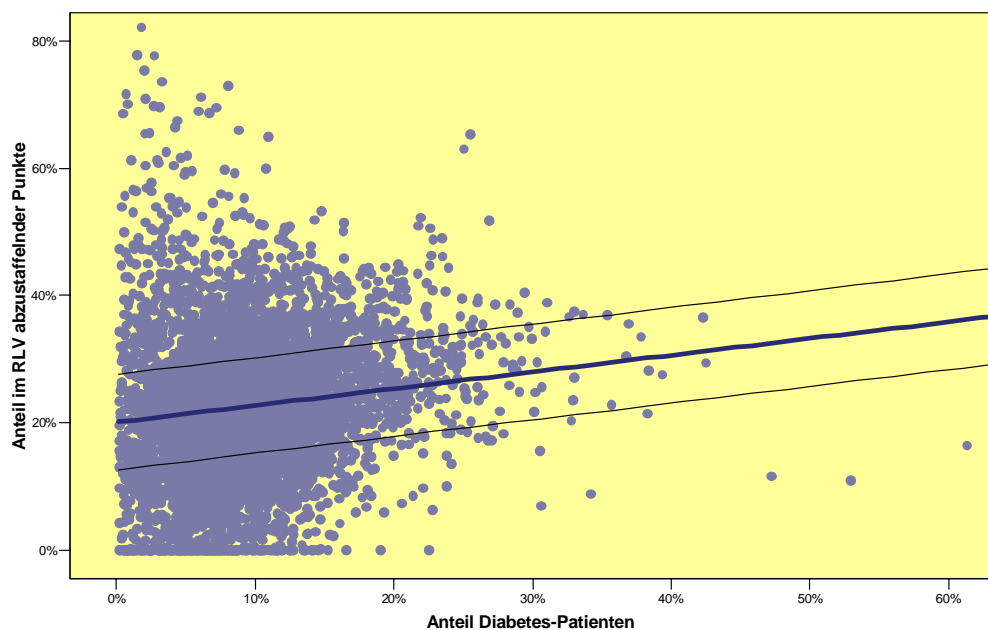
**Abbildung 11:** Wirkung des RLV angesichts einer niedrigen, aus dem kalkulatorischen LB gebildete FPZ, Beispiel Orthopäden



### 5.3.1 Residuenanalyse: Welche Ärzte sind im Nachteil/ im Vorteil

Der oben geschilderte Sachverhalt zeigt sich auch wenn man versucht die Morbidität der behandelten Patienten in Rahmen der RLV-Abstufungslogik abzubilden. Abbildungen 12 und 13 stellen dar, dass der Anteil der im RLV abgestaffelten Punkte in einem Zusammenhang mit dem jeweiligen Patientenmix steht. So sind Ärzte mit einem höheren Anteil von Herzinsuffizienz- oder Diabetespatienten aufgrund ihrer höheren individuellen Fallwerte in größerem Ausmaß von Abstufungen betroffen als Ärzte, bei denen nur wenige Patienten mit den entsprechenden Diagnosen behandelt werden. Diese Problematik liegt natürlich in den Grundzügen auch beim derzeit gültigen EBM / HVM mit seinen Praxisbudgets vor. Da die vorliegende Beschlussvorlage sich mit einem RLV beschäftigt, das zum künftigen Morbi-RLV überleitet, scheint aber dieser Sachverhalt besonders kritisch. Es ist davon auszugehen, dass die Benachteiligung von Ärzten mit einem überdurchschnittlich morbidem Patientenmix auch die zukünftige Kalkulation der Grouper und ihrer Relativgewichte verzerrt.

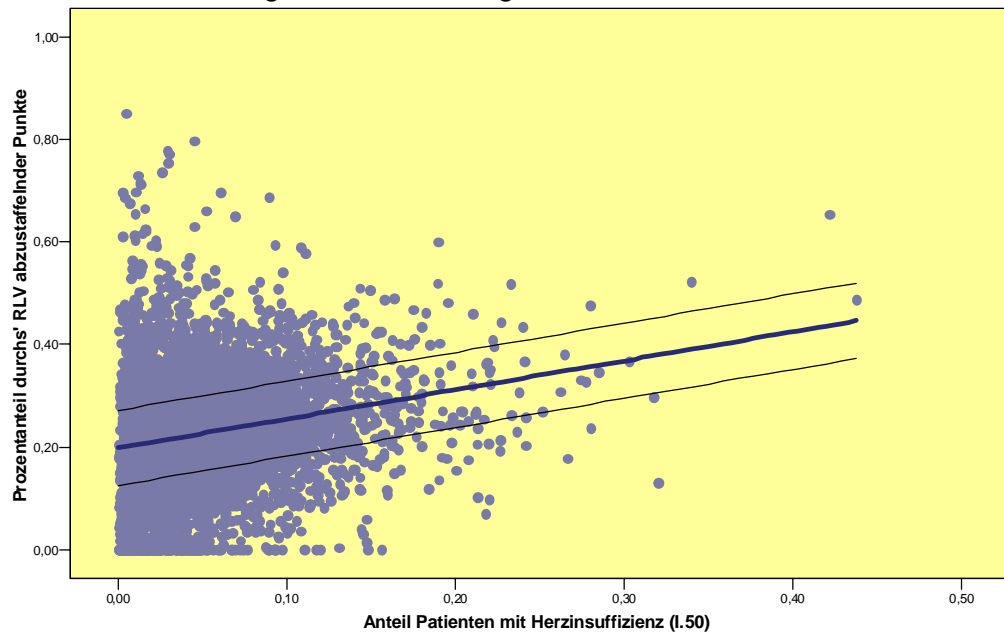
**Abbildung 12:** Zusammenhang von RLV-Abstufungsquote und Patientenanteil mit Diabetes-Diagnose bei Allgemein-Ärzten



**Abbildung 13:** Zusammenhang von RLV-Abstufungsquote und Patientenanteil mit Herzinsuffizienz-Diagnose

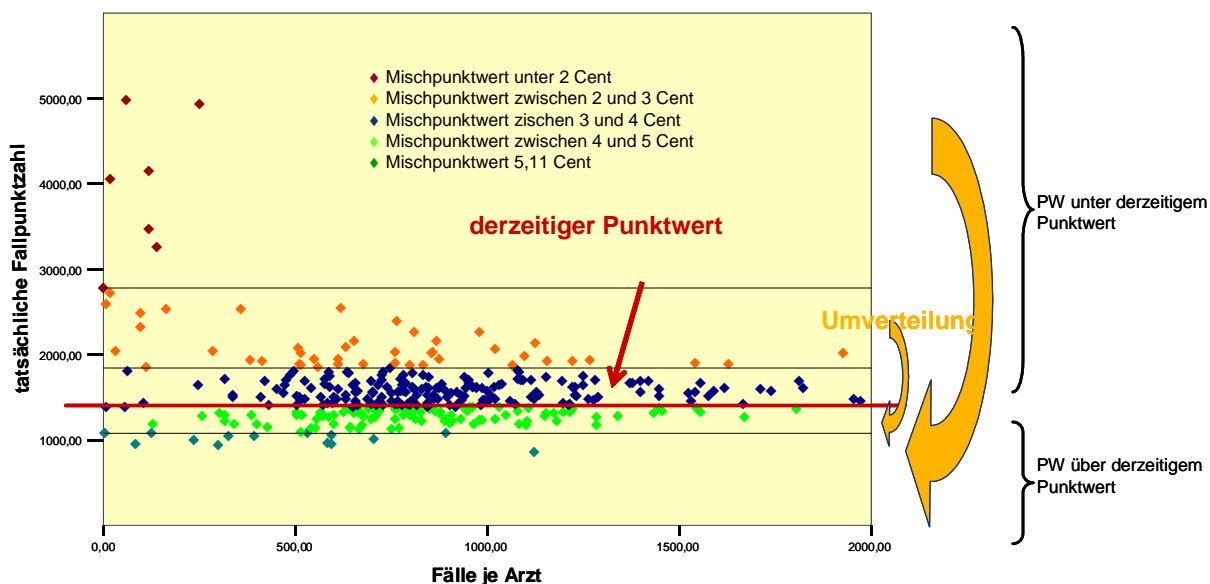
Allgemein-Ärzte, 32002, EBM-Simulation

Zusammenhang von Abstufung und Patienten mit Herzinsuffizienz



### 5.3.2 Nicht betriebswirtschaftlich erklärte Umverteilungen durch Festsetzung des RLV- Punktwerts

**Abbildung 14:** Honorarumverteilungen innerhalb von Fachgruppen infolge einer Festsetzung des RLV-Punktwertes bei 5,11 Cent am Beispiel der Urologen



**Fazit:** Folgen der Rationierung werden einseitig von den Praxen mit hohem Fallwert/hocher Spezialisierung/ großer Morbidität getragen

Abbildung 14 veranschaulicht am Beispiel der Urologen die Folgen einer Punktwertfestsetzung von 5,11 Cent. Nur wenige Ärzte mit einer individuellen FPZ, die exakt auf bzw. unterhalb der aus dem kalkulatorischen LB gebildeten FPZ liegt, kommen tatsächlich in den Genuss eines PW von 5,11 Cent. Ein beträchtlicher Teil der Fachgruppe müsste sich dagegen mit einem Mischpunktwert zwischen 2 und 3 Cent begnügen. Hochspezialisierte Praxen mit sehr hohen Fallwerten müssten gar mit einem Mischpunktwert von weniger als 2 Cent zurecht kommen. Die in die Abbildung gezeichnete Linie des derzeitigen Mischpunktwertes trennt hier die zukünftigen Gewinner von den zukünftigen Verlierern: Alle Ärzte oberhalb der Linie würden gegenüber dem Ist-Honorar Einbußen hinnehmen, die in Richtung der Ärzte unterhalb der Linie umverteilt werden. Diese allein durch die Punktwertfestsetzung verursachte Umverteilung des Honorars innerhalb der Fachgruppen ist eine von der betriebswirtschaftlichen Kalkulation des kalkulatorischen LB völlig unabhängige Umverteilungsmaßnahme, für die im Entwurf des Beschlussantrages keinerlei Begründung vorliegt.

Unberücksichtigt sind in der Abbildung noch diejenigen Leistungen, die nicht dem RLV unterworfen sind, hier vor allem ESWL. Ärzte mit diesem Leistungsspektrum erhielten hier für diese freien Leistungen einen höheren PW, so dass ihr Mischpunktwert wiederum aufgewertet würde. Umgekehrt würde dies jedoch zu einer Absenkung der aus dem kalkulatorischen LB gebildeten FPZ führen, so dass sich die Höhenlinien der verschiedenen Mischpunktwerte in der Abbildung sämtlich nach unten bewegen würden. Damit stiege der Anteil Praxen mit einem geringen Mischpunktwert weiter an.

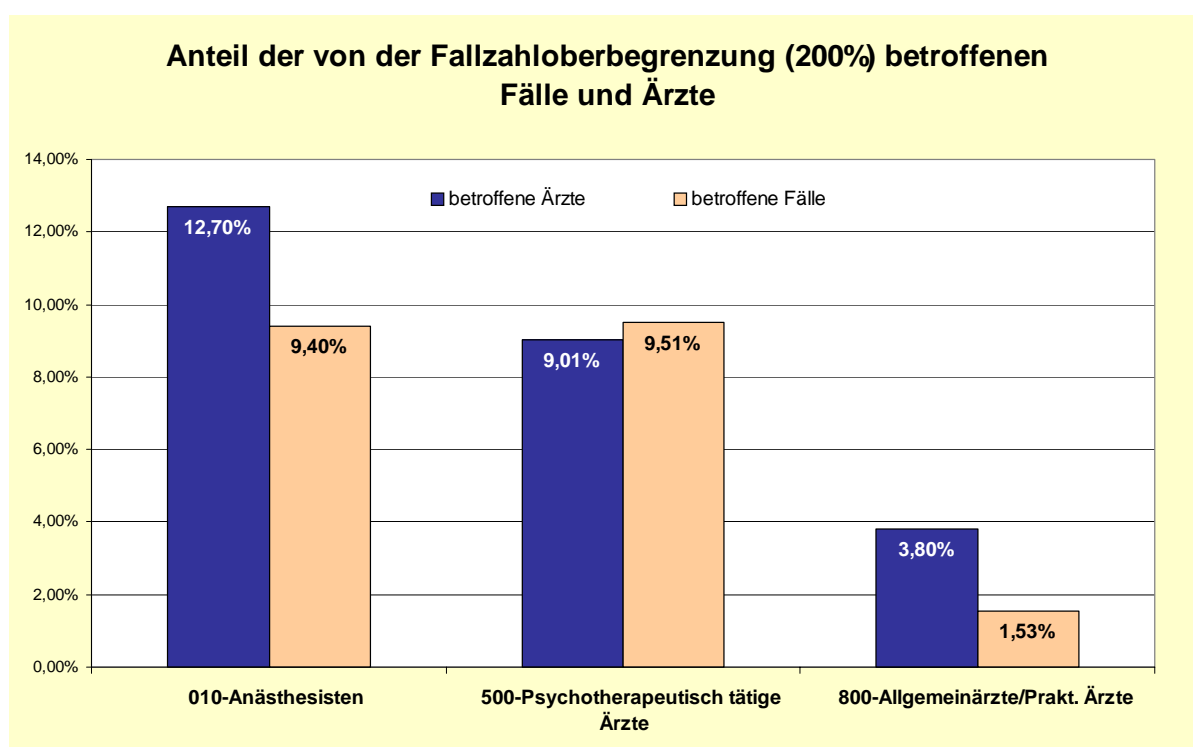
### 5.3.3 Fallzahl und deren Obergrenze

Die für das RLV einer Praxis relevante Fallzahl entspricht der ambulant-kurativen Fallzahl ohne Notfälle im organisierten Notfalldienst, ohne bestimmte Überweisungsfälle sowie ohne ausschließliche Kostenerstattungen des Kapitels 40.

Für die Fallzahl ist eine regional veränderbare Fallzahlobergrenze von 200% des Fachgruppendurchschnitts des Vorjahres festgelegt. Diese starre Obergrenze wird aber den tatsächlichen Gegebenheiten in den einzelnen Arztgruppen (siehe nachfolgende Beispiele) nicht gerecht.

Beispiel: Festsetzung der Fallzahlbegrenzung

**Abbildung 15:** Festlegung der Fallzahlobergrenze: Betroffene Ärzte und Fälle der 200%-Lösung

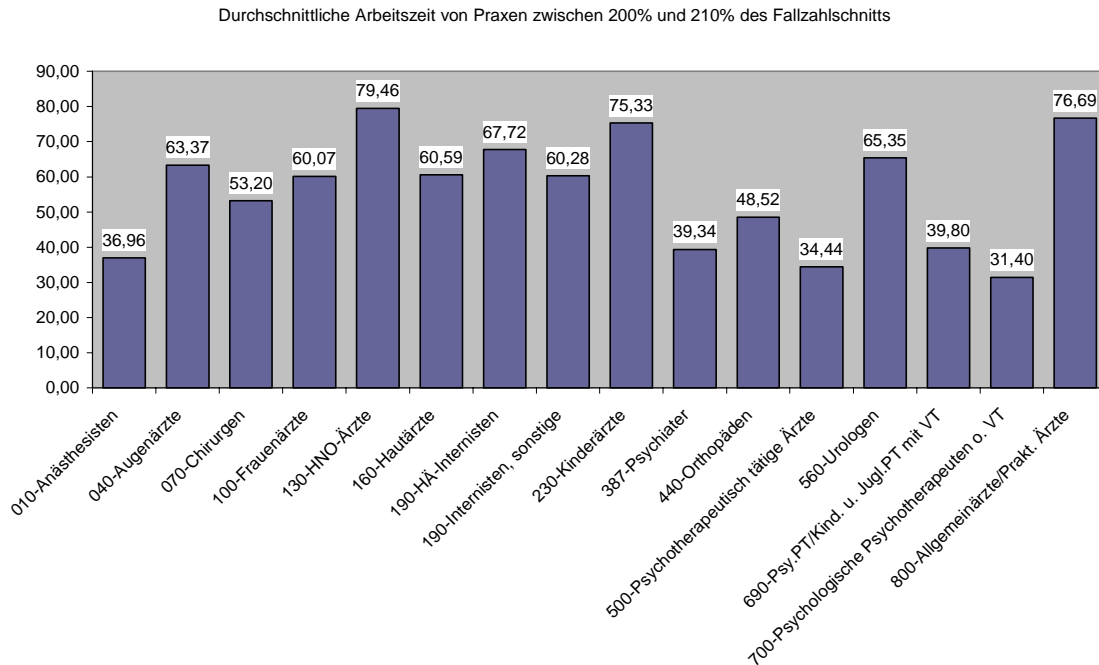


Die im Beschlussentwurf vorgegebene Fallzahlbegrenzung bei 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe missachtet elementare Verteilungsunterschiede innerhalb der einzelnen Arztgruppen. Abbildung 15 stellt dar, wieviel Prozent der Ärzte und Fälle aus drei ausgewählten Fachgruppen von dieser Art der Fallzahlbegrenzung betroffen sind. Je größer die Zahl der teilzeittätigen Ärzte einer Fachgruppe ist, um so kleiner ist die durchschnittliche Fallzahl. Dementsprechend wandert die 200 %-Grenze Richtung Mitte der Fachgruppe. Konsequenz: Große Praxen, die die Versorgung in dieser Fachgruppe tragen, unterfallen der Abstaffelung. Weiterhin wird der Anteil der in der Fachgruppe insgesamt versorgten Patienten, der von der Abstaffelung tangiert wäre, aufgezeigt. Die vorher gezeigte Inhomogenität verstärkt sich hier eher noch.

Unzutreffend ist insbesondere die Annahme, dass der Fallzahlgrenze von 200 % irgendeine definierte Arbeitszeit zuzuordnen sei. Im Gegenteil: Aus den oben beschriebenen Gründen (sehr viele teilzeittätige Ärzte) liegt die durchschnittliche Arbeitszeit an der 200 %-Marke z. B. für Anästhesisten und psychotherapeutisch tätige

Ärzte sehr niedrig. Das hier gezeigte Spektrum führt die einheitliche 200 %-Grenze im Grunde ab absurdum.

**Abbildung 16:** Ist eine Festlegung der Fallzahlobergrenze bei 200% der durchschnittlichen Fallzahl eine rationale Festlegung? Darstellung durchschnittlicher Wochenarbeitszeit<sup>1</sup> bei Praxen an der 200% Fallzahlobergrenze



## 5.4 Bereinigungen

### 5.4.1 Bereinigung der Sollumsätze

Nach dem vorliegenden KBV-Modell sind in den Sollumsätzen<sub>AGT</sub> die Leistungen der Kataloge aus Nr. 3.1 und Nr. 3.2 enthalten. Die Leistungsarten und Kostenerstattungen aus dem Katalog Nr. 3.3 sind dagegen nicht in dem Sollumsatz<sub>AGT</sub> enthalten.

Im Honorarverteilungsvertrag können Veränderungen des Sollumsatzes festgelegt werden, die „gesamtvertragliche Regelungen und Veränderungen der Versorgung berücksichtigen“. Völlig offen bleibt dabei, wie bzw. auf welcher Grundlage oder Datenbasis die Sollumsätze zu bereinigen sind und welche Leistungen genau darunter zu verstehen sind.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass gesondert gesamtvertragliche Vereinbarungen häufig nur mit einzelnen Kassenarten getroffen werden konnten. Daher können die Sollumsätze, die auf GKV-Ebene konzipiert sind, nicht für einzelne Kassenarten technisch und sachlich richtig bereinigt werden, wenn für diese Kassenarten Leistungen als Einzelleistung außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet werden.

Ferner ist dem Konzept nicht zu entnehmen, wie mit den Leistungsarten und Kosten aus dem Katalog Nr. 3.3 zu verfahren ist. Sollen diese Leistungen überhaupt nicht bereinigt werden, kommt es zu ungewollten, nicht EBM-bedingten Umverteilungen zwischen und innerhalb der Arztgruppe kommen.

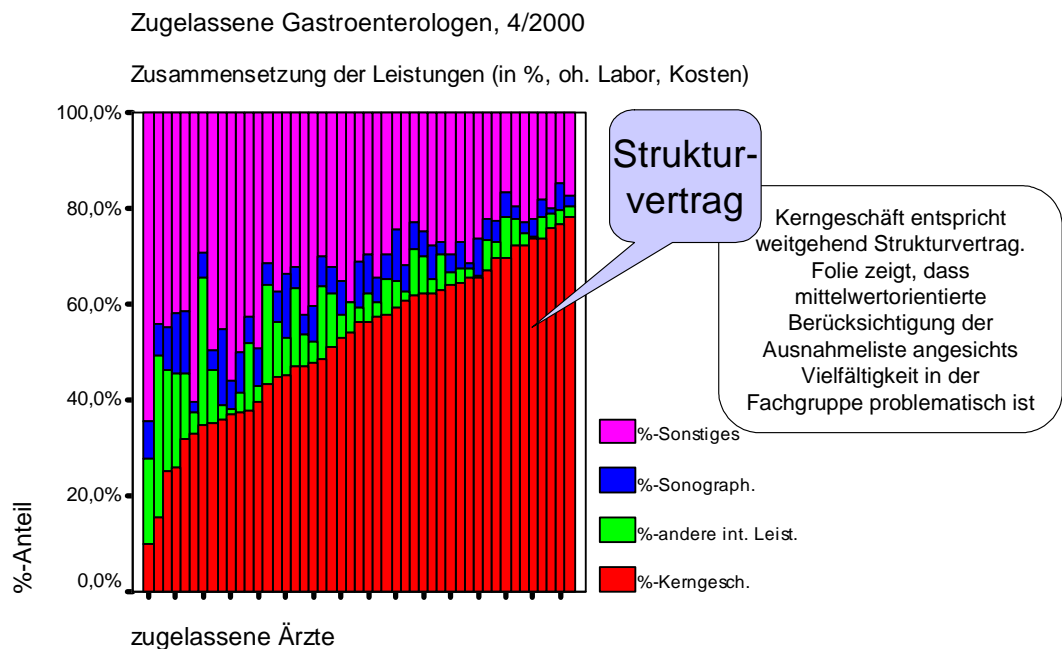
<sup>1</sup> Modellhafte Berechnung Arbeitszeit: Sollumsatz (Quartal) / 30600 Minuten / 60 = Sollumsatz pro Stunde. Ist-Umsatz (Quartal) / Sollumsatz pro Stunde = Arbeitszeit pro Quartal



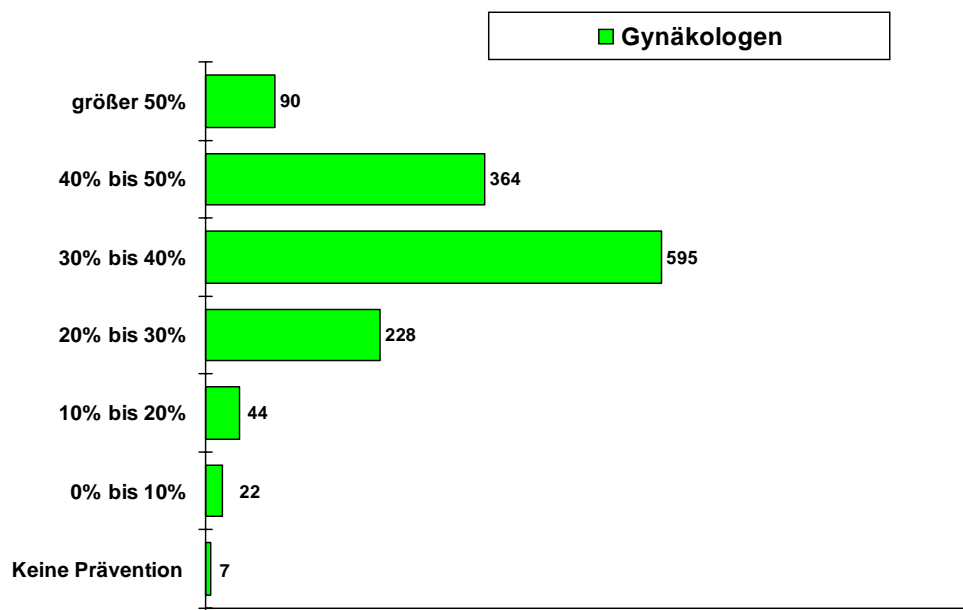
## 5.4.2 Bereinigung der RLV-Fallpunktzahlen

Für die Ermittlung der RLV Fallpunktzahl wird der Sollumsatz<sub>RLV</sub> verwendet, der nach Aussage der KBV ohne die Leistungen des Kataloges aus Nr. 3.1 ermittelt wurde. In der Formel zur Berechnung der RLV-Fallpunktzahl werden die Leistungen des Kapitels aus Nr. 3.2 anhand einer Arztgruppenquote bereinigt. Dabei wird der Durchschnitt der entsprechenden Leistungen der gesamten Arztgruppe bereinigt, mit der Folge, dass Ärzte, die einen hohen Anteil der entsprechenden „freien Leistungen“ haben, profitieren und Ärzte, die einen geringeren Anteil der „freien Leistungen“ aus dem Katalog 3.2 haben, benachteiligt werden.

Grundsätzlich ist eine Bereinigung auf Grundlage von Durchschnittswerten bei bekanntermaßen inhomogenen Strukturen innerhalb der Arztgruppen immer ungenau und führt zwangsläufig zu Umverteilungen. Ist das gewollt?



### Anzahl der Praxen gegliedert nach ihrem Präventionsanteil - Quartal 2/2003



Im Grundsatz trifft diese Problematik auch auf die Leistungen nach dem Katalog aus Nr. 3.1 zu, die zwar als absolute Bereinigung und nicht als Durchschnittsquote herausgerechnet werden, aber trotzdem für die Ermittlung der RLV-Fallpunktzahl relevant sind. Auch hier werden Ärzte, die einen hohen Anteil von freien Leistungen erbringen, einen Vorteil haben gegenüber den Ärzten, die weniger freie Leistungen erbringen.

Dadurch entsteht ein ökonomischer Anreiz zur vermehrten Erbringung von eben diesen freien Leistungen, die auch wie das RLV-Budget mit einem festen vereinbarten Punktwert vergütet werden. Ob das dem tatsächlichen Versorgungsbedarf entspricht, ist hier nicht von Bedeutung. In der Folge steigt der Leistungsbedarf dieser Leistungen zu Lasten der Gelder für das RLV-Volumen.

Bereinigungen erfolgen auf Durchschnittsebene

#### 5.4.3 Bereinigungen Strukturverträge

Der Entwurf sieht keine RLV-Bereinigung um Strukturvertragsleistungen vor, soweit Strukturvertragsleistungen als „gesondert gesamtvertraglich vereinbarte Leistungen und Kosten“ im Sinne der Nr. 3.3 definiert werden.

Unterbleibt eine Bereinigung, dann führt dies zu Verwerfungen innerhalb der Arztgruppe (z.B. wegen unterschiedlicher Teilnahme an Strukturverträgen) sowie zu Verwerfungen zwischen den Arztgruppen (z.B. erhalten Arztgruppen mit hohem Anteil an Strukturvertragsleistungen über die Arztgruppentopfbildung dann zu viel Geld).

#### 5.4.4 Rechtsprobleme

**Rechtliche Beurteilung der vorstehenden Ausführungen einschließlich der Ausführungen unter 5.5 unter dem Gesichtspunkt der Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes nach Art. 3 GG**

**Als Kernaussagen der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes ist im Hinblick auf den Gleichheitssatz des Art. 3 GG Folgendes festzuhalten:**

- **Wesentlich Gleiches ist gleich zu behandeln (Gleichheitssatz)**
- **Besteht erhebliche Ungleichheit, gebietet Art. 3 GG eine ungleiche Behandlung (Differenzierungsgebot)**
- **Differenzierung dann zulässig, wenn Differenzierung sachlich einleuchtend, naturgegeben, adäquat und vernünftig, kurz: willkürfrei ist (Willkürverbot)**

Art. 3 Abs. 1 GG enthält die allgemeine Weisung „Gleiches gleich, Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden“ zu behandeln und findet seine Grenze im Willkürverbot. Das Bundesverfassungsgericht sieht Art. 3 Abs. 1 GG vor allem dann verletzt, „wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten“ (BVerfGE 55,72 (88)).

Der Entwurf der Beschlussvorlage zur Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss gem. § 87 Abs. 3 SGB V in seiner 89. Sitzung am 13.05.2004 enthält - wie aus den vorstehenden Erläuterungen zu entnehmen ist - an mehreren Stellen Vorgaben und „Stellschrauben“, die unter Berücksichtigung ihrer Auswirkungen einen **Verstoß gegen den Gleichheitssatz des Art. 3 GG** darstellen.

Exemplarisch sollen aus Sicht der KVB wesentlich erscheinende Verstöße im Folgenden dargestellt werden:

- Im Zuge der bisherigen Verteilung der Gesamtvergütung bildet die KVB seit 3/1997 Honorarfonds. Nach dem derzeit gültigen HVM hat die KVB die Gesamtvergütung u.a. in arztgruppenbezogene Honorarfonds aufgeteilt. Die Füllung der bisherigen Töpfe erfolgt auf der Grundlage **tatsächlicher** Umsätze der Arztgruppe in der Vergangenheit und berücksichtigt auf diese Weise u.a. den unterschiedlichen Leistungsbedarf der Arztgruppen und spiegelt damit den realen Versorgungsbedarf wider.
- Grundlage für die Bemessung des RLV im Entwurf ist demgegenüber die KV-bezogene arztgruppenspezifische Fallpunktzahl (FPZ) und die Fallzahl der Arztpraxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nach Nr. 2.1 Satz 1 des Entwurfes. Die Ermittlung der FPZ ist gemäß Nr. 2.2 in Anlage 3 des Entwurfes vorgegeben und beruht u.a. auf dem Sollumsatz. Dieser Sollumsatz ist normativ bestimmt, denn er ist zusammengesetzt aus einem **über alle Arztgruppen gleich angesetzten „kalkulatorischen Arztlohn“**, sowie arztgruppenspezifischen Kosten. Diese sind ermittelt auf der Basis des Standardbewertungssystems und deshalb **nicht** in realen Zahlen. Damit erfolgt eine Abkehr von der bewährten Grundlage des Versorgungsbedarfes hin zu rein normativen Berechnungsgrundlagen, die keinerlei Bezug zur Versorgungsrealität haben. Eine sachliche Rechtfertigung hierfür ist bislang nicht erkennbar (vgl. auch 5.2.1, 5.2.2, 5.3 Text einschließlich Abbildung 11).

Der kalkulatorische Arztlohn soll **für alle Arztgruppen gleichermaßen** gelten. **Der kalkulatorische Arztlohn weist also keine Differenzierung nach Arztgruppen auf. Eine gewisse** Differenzierung des Sollumsatzes erfolgt durch die arztgruppenbezogenen Kosten. Aber auch diese Kosten dürften die realen Kosten der Arztgruppen allenfalls eingeschränkt wiedergeben, da sie auf einer fiktiven Berechnung beruhen.

Festzuhalten bleibt deshalb, dass der **kalkulatorische Arztlohn** das unterschiedliche „Netto“einkommen **der einzelnen Arztgruppen** in keiner Weise widerspiegelt. Eine Differenzierung erfolgt nur über die fiktiv ermittelten Kosten.

Der über alle Arztgruppen in gleicher Höhe festgesetzte kalkulatorische Arztlohn führt dazu, dass Arztgruppen mit einem tatsächlichen signifikant höheren „Netto“einkommen mit einer zu niedrig festgesetzten FPZ rechnen müssen. Ob die arztgruppenbezogene aber fiktiv ermittelten Kosten als Differenzierungsmerkmal ausreichen, ist zweifelhaft, denn auch die tatsächlichen Kostensätze der Arztgruppen weisen erhebliche Unterschiede auf.

Für den Zeitraum vom 1.1.2005 bis 31.12.2005 sieht der Entwurf vor, dass im Honorarverteilungsvertrag ggf. Arztgruppentöpfe für die in Anlage 2 aufgeführten Arztgruppen festgelegt werden. Grundlage für die Ermittlung dieser Arzttöpfe ist **ebenfalls der auf Bundesebene vorgegebene Sollumsatz**, der nur über einen fiktiv berechneten Kostenanteil Differenzierungen nach Arztgruppen aufweist.

- Bei der Ermittlung der **Kostensätze der Fachgruppen** wurden die PKV-Umsätze nicht berücksichtigt. Nachdem die einzelnen Fachgruppen unterschiedliche Anteile an den PKV-Umsätzen haben, hätte eine entsprechend differenzierte Berücksichtigung zumindest der laufenden Kosten (Fixkosten entstehen ohnehin durch Sicherstellung der GKV) erfolgen müssen.
- Die Gleichbehandlung der **medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** mit fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen bei der Bestimmung der Fallpunktzahl (nämlich arithmetischer Mittelwert der im MVZ tätigen Arztgruppen) erscheint im Hinblick auf das Differenzierungsgebot dann rechtswidrig, wenn das MVZ ein Zusammenschluss einer Vielzahl von Fachärzten unterschiedlicher Fachgruppen darstellt (Regelfall), die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis in aller Regel auf einige wenige (häufig nur 2-3) Fachärzte beschränkt ist. Im Gegensatz zur herkömmlichen fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis stellt das MVZ nach der gesetzlichen Intention einen „Verbund von Ärzten“ dar, die den Patienten eine umfassende Behandlung für eine Vielzahl von Krankheitsbildern bieten will.

Nachdem alle Leistungen in einem MVZ an einem Patienten in einem Quartal **als ein Behandlungsfall** gelten sollen, wird das RLV umso schneller ausgeschöpft sein, je mehr Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen im MVZ tätig sind. Zwar wird dem MVZ gewisse Zuschläge zugestanden, diese ändern an der rechtlichen Beurteilung der nicht ausreichend differenzierten Behandlung allerdings nichts. Eine sachgerechte Differenzierung (beispielsweise nach Krankheitsfall) sieht der Entwurf gerade nicht vor (vgl. 5.3 - 3. Absatz).

- Bei der (zwar regional veränderbaren) Festlegung der **Fallzahlobergrenze von 200%** des regionalisierbaren Fachgruppenschmitts des Vorjahres wurden die in den einzelnen Fachgruppen auftretenden gravierenden Verwerfungen nicht berücksichtigt. Die elementaren Verteilungsunterschiede innerhalb der einzelnen Arztgruppen werden schlichtweg mißachtet mit der Konsequenz, dass die großen Versorgerpraxen von der Fallzahlobergrenze unverhältnismäßig hoch betroffen sind (vgl. 5.3.3).
- Für die ungleiche **Berücksichtigung / Bereinigung von Leistungen bei der Berechnung der Fallpunktzahl und des Sollumsatzes** findet sich ebenfalls keine plausible Erklärung. So sind beispielsweise Leistungen des Kataloges nach 3.1 und 3.2 in den Sollumsätzen-AGT enthalten, diejenigen des Kataloges Nr. 3.3 hingegen nicht. Wie überhaupt mit letztgenannten Leistungen zu verfahren ist, bleibt völlig ungeklärt.

Bei der Ermittlung der RLV Fallpunktzahl werden Leistungen des Kataloges aus Nr. 3.2 undifferenziert anhand einer Arztgruppenquote bereinigt mit der Konsequenz un-

terschiedlich starker Benachteiligung von Ärzten der betreffenden Arztgruppe, je nach dem, ob diese „freien Leistungen“ durchschnittlich oder unter- bzw. überdurchschnittlich erbracht werden (vgl. 5.4.1-5.4.3).

- Der **Wegfall der Zusatzmodule** ohne weitere Begründung bewirkt im Ergebnis, dass Spezialisten und Versorgerpraxen genauso wie normale Durchschnittspraxen ohne besonderes Leistungsspektrum behandelt werden. Die Besonderheiten dieser Spezialitäten, die bislang in Zusatzbudgets gesondert berücksichtigt wurden, werden trotz wesentlicher Unterschiede zur Durchschnittspraxis gleich behandelt (vgl. 5.5).
- Die Berechnung der **Sollumsätze der Internisten**, untergliedert nach Schwerpunkten erscheint weder sachgerecht noch im einzelnen nachvollziehbar, da Sollumsätze nach Schwerpunkten unterteilt nicht vorliegen. Diese jetzt zugrunde gelegten Berechnungen sind normative Konstrukte. Die Notwendigkeit einer solchen Untergliederung ist nicht erkennbar.
- Das **Produkt aus Sollumsatz und Anzahl Ärzte** der jeweiligen Fachgruppe ist wegen der Inhomogenität der Arztgruppen zu undifferenziert, und führt im Ergebnis zu unsachgerechten Topfüllungen der einzelnen Fachgruppen. Dies wird noch verstärkt durch die Nichtberücksichtigung der Ermächtigten und Teilzeitkräfte (vgl. 5.2.5 mit Abb. 8).
- Soweit darüber hinaus Verletzungen des Art. 3 GG in Bezug auf die Auswirkungen der regionalen Öffnungsklauseln vorliegen, wird auf die Ausführungen zu Punkt 5.8.4 verwiesen.

## 5.5 Zusatzmodule

Zusatzmodule waren im Grundmodell des Fallpunktzahl-Modells vorgesehen. Danach erhielt eine Praxis unabhängig von ihrer Größe zusätzlich zum RLV ein festes Punktzahlvolumen je Quartal für bestimmte Leistungen unter nicht näher erläuterten Voraussetzungen.

### 5.5.1 Die Beschlusslage Länderausschuss vom 05.03.2004 und deren Weiterentwicklung

Der Länderausschuss am **05.03.2004** nimmt Abstand vom zeitbasierten RLV-Modell und plädiert für eine Verschiebung der Einführung (Moratorium von 3 Monaten).

Im Länderausschuss am **02.04.04** wird dann das neue Konzept auf der Basis einer fallzahlabhängigen Fallpunktzahl vorgestellt und am 23.04.2004 im Wesentlichen angenommen. Die KBV erhält die Befugnis zu „redaktionellen Änderungen“. Der Beschluss des Bewertungsausschusses soll am 13.05.04 erfolgen.

Um besondere Kosten, die bei spezifischen Leistungen anfallen, berücksichtigen zu können, wurde dem Länderausschuss am 02.04.2004 eine lange Liste mit spezifischen Leistungen vorgelegt und von diesem angenommen.

Bereits im Entwurf mit Stand 15.04.2004 waren die Zusatzmodule ohne nähere Begründung auf wenige Positionen beschränkt worden. Im vom Länderausschuss am **23.04.2004** angenommenen Entwurf mit Stand 22.04.2004 erscheinen keine Zusatzmodule mehr, d.h., die Beschlusslage des Länderausschusses vom 02.04.2004 wurde ohne Begründung aufgegeben!

Zusatzmodule sind ohne Begründung weggefallen

### **5.5.2 Handwerkliche Probleme als Grund der Schrumpfung bzw. endgültige Herausnahme der Zusatzmodule?**

Denkbar für die Reduzierung bzw. vollumfängliche Herausnahme der Zusatzmodule aus dem Mengensteuerungskonzept könnten Schwierigkeiten der Integration in die Mengensteuerung sein. Wahrscheinlicher ist aber im Hinblick auf den Zweck der Zusatzmodule - Berücksichtigung der besonderen Kosten spezifischer Leistungen - dass ein Konflikt mit den „freien“ Leistungen vermieden werden sollte.

Ein Vergleich der sukzessiv zurückgenommenen Zusatzmodule und der anwachsenden freien Leistungen nach Nr. 3.1 - 3.3 zeigt, dass zumindest Teile der ursprünglich als Zusatzmodul vorgesehenen Leistungen nun als vom RLV befreite Leistungen erscheinen (z.B. Schmerztherapie, Teilradiologie). Wie hier eine Differenzierung vorgenommen wurde, ist nicht erkennbar.

Auch der Vergleich mit den ehemaligen fallzahlabhängigen EBM-Zusatzbudgets kann als Ursache vermutet werden: ein unveränderbares Punktzahlvolumen hätte zwangsläufig Diskussionen um Benachteiligungen provoziert: z.B. hätte danach bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen eine Praxis mit 200 Fällen das gleiche Modul in Punkten für Allergologie erhalten wie eine Praxis mit 4000 Fällen.

Mit der endgültigen Herausnahme der Zusatzmodule bleibt aber die Frage im Raum, ob die außerordentlichen Kosten spezieller Leistungen jetzt überhaupt nicht mehr berücksichtigt werden können.

### **5.6 Schwachstellen der Datenlage und der Tools für Modellrechnungen und ebenso für die vorgeschriebene Umsetzung**

Notwendige Modellrechnungen der vorangegangenen Kapitel sind weitestgehend mit den Abrechnungsdaten der KV Bayerns aus dem Quartal 3/2002 nach altem EBM und nur in relativ wenigen Fällen mit den transcodierten Daten des Simulationstools vorgenommen worden. Der Grund liegt in der fehlerhaften Umsetzung der Abrechnungsdaten durch das EBM-Simulationstool.

Durch die in nachfolgender Übersicht verdeutlichten Unstimmigkeiten und Fehler kommt es zu einer systematisch falschen Darstellung der Veränderungen im neuen EBM gegenüber dem alten EBM. Um die Berechnung der RLV durchführen zu können, bräuchte man verlässliche Daten.

#### keine Umsetzung bzw. Berücksichtigung im Tool

- Ambulante Operationen (als wesentlicher Bestandteil der freien Leistungen)
- Regionale Besonderheiten (z.B. Strukturverträge, versorgungsspezifische Innovationen, Netz-GOPs)
- Kostenpauschalen

#### fehlerhafte Umsetzung

- Zuordnung der Ärzte (z.B. 9% der Kinderärzte bleiben unberücksichtigt)
- Regionale Besonderheiten (Sondervereinbarungen, z.B. höherer PW für spezielle Leistungen in speziellen Fachgruppen)
- Fallzahlen (bei einem Großteil der Praxen, abweichende Fallzahlen zum eigentlichen Datenbestand der KVB)

#### Durch das Tool benötigte Daten für RLV-Berechnungen

- Betrachtungsmöglichkeit einzelner Praxen
- Umsetzung regionaler Besonderheiten
- Altersbezug, Überweisungsbezug
- bereinigte Fälle
- Gemeinschaftspraxiszuschläge

Aufgrund dieser Unzulänglichkeiten ist eine genaue Berechnung der Auswirkungen nicht möglich.

## 5.7 Unklare Kassenzuordnung im gesamten RLV - Konzept

Gegenüber früheren Entwürfen zum RLV ist im aktuellen RLV-Entwurf ein kassenartenübergreifender RLV-Punktwert nicht mehr vorgeschrieben. Diese Vorgabe könnte aber ggf. noch aus der Formulierung in § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V geschlossen werden („gemeinsam und einheitlich“).

Soweit aber zwischen den Kassenarten, zumindest RK und EK, unterschieden wird, muss auch das RLV ggf. differenziert ermittelt werden. Dies ist aber nicht zwingend (siehe EBM-Fallpunktzahlen der ehemaligen EBM-Budgets).

In jedem Fall stellt sich aber die Frage, wie die Sollumsätze, die auf GKV-Ebene vorgegeben sind, zwischen den Kassenarten aufgeteilt werden können für die Bestimmung der Arztgruppentöpfe.

Ohne Bundesvorgabe kann es hier zu erheblichen regionalen Differenzen kommen sowie zu entsprechenden Kontroversen bereits auf der Ebene der Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern des Honorarverteilungsvertrages.

Mit einer möglichen Aufteilung auf der Basis von Vergangenheitswerten werden aktuelle Entwicklungen (z.B. Mitgliederwanderungen zwischen den Kassenarten) nicht erfasst werden.

Passt das GKV-Prinzip in die regionale Kassenlandschaft?

### 5.7.1 Umsetzung des Trennungsfaktors: Wie?

Die KBV weist in dem Entwurf darauf hin, dass der Beschluss zur Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil gemäß § 85 Abs. 4 SGB V unberührt bleibt. Gleichzeitig wird ein Konzept vorgelegt, das scheinbar nicht weiter auf die Thematik der Trennung in einen haus- und fachärztlichen Bereich eingeht.

Im Hinblick auf die komplexen Vorgaben zur Berechnung der trennungsrelevanten, vom Trennungsfaktor zu erfassenden Gesamtvergütung erscheint die Aussage zum Trennungsbeschluss als zu kurz gefasst. Denn die im Trennungsbeschluss vorgegebenen Detailregelungen müssen auch in einem RLV-Modell, das sich zentral auf die Sollumsätze stützt, berücksichtigt werden, d.h., es stellt sich die Frage, ob neben einer trennungsrelevanten Gesamtvergütung auch „trennungsrelevante Sollumsätze“ zu berechnen wären. Offenbar wurden zu dieser Thematik aber keine vertieften Überlegungen angestellt.

Die arztzahlbasierte Topfbildung sowie die Vorgaben der Sollumsätze je Arztgruppe (Haus- und Facharzt) legen den Schluss nahe, die Sollvorgabe für die Füllung der Versorgungsbereiche zum 31.12.2005 sei festgelegt und damit der Trennungsfaktor obsolet. Damit wird aber Zündstoff für die politische Diskussion zur Aufweichung oder sogar Aufhebung der geltenden Beschlüsse zum Trennungsfaktor geliefert.

Die bisherigen Diskussionen zum Thema Trennungsfaktor haben gezeigt, dass jeder mögliche Interpretationsspielraum geeignet ist, Streit zwischen den Versorgungsebenen zu provozieren. Dies ist durch eine klare Bundesvorgabe zu verhindern.

Konzept riskiert Streit zwischen den Versorgungsebenen

### 5.7.2 Umsetzung von unterschiedlichen Fallpunktzahlen bei unterschiedlicher Vertragssituation in den Kassenarten: Wie?

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass für die einzelnen Kassenarten sehr unterschiedliche vertragliche Regelungen möglich waren. Dabei vergüten die Krankenkassen Einzelleistungen und Strukturverträge außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung und übernehmen damit auch das Morbiditätsrisiko für diese Leistungen.

Bei der Ermittlung der RLV-Fallpunktzahlen (GKV) wird in keiner Weise auf die Möglichkeit von unterschiedlichen vertraglichen Regelungen eingegangen. Berücksichtigungen finden immer auf Durchschnittsebene über alle Kassenarten statt.

## 5.8 Die Umsetzungsrisiken der regionalen Öffnung

Regionale Öffnungen sind das Werkzeug für regionale Probleme.  
Für bundeseinheitliche Probleme braucht es bundeseinheitliche Kriterien.

### 5.8.1 Regionale Öffnungsklauseln als Ersatz für bundesweite Normgebung bei bundeseinheitlichen Problemen anhand von Beispielen

a) Mit den Bestimmungen über das RLV, die eng mit der Einführung des EBM 2000 Plus verknüpft sind und umgekehrt, verfolgt der Gesetzgeber das Ziel bundesweit kompatibler Regelungen. Dieses Ziel soll durch bundeseinheitliche Vorgaben erreicht werden: eine bundesweit geltende Gebührenordnung und eine bundesweit geltende Mengensteuerung (nach § 85 Abs. 4, 4a SGB V wird der Inhalt der RLV-Regelungen,



die Bestandteil der regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe sind, durch den Bewertungsausschuss festgelegt).

Dieses Ziel wird nicht erreicht, wenn das Konzept so weitgehend regional veränderbar ist, dass die Ausbildung unterschiedlicher Strukturen unausweichlich ist.

Sowohl die Arztgruppendifferenzierung als auch die Sollumsätze sind regional veränderbar. Mit der Möglichkeit einer Differenzierung oder einer Zusammenfassung der Arztgruppen besteht das Risiko, dass die Wertungen des EBM, der eine eigene Arztgruppenbildung definiert, unterlaufen und konterkariert werden.

b) Mit der Möglichkeit der Regionalisierung an den entscheidenden Stellen des Konzepts erscheint der gesamte Entwurf wie eine „Generalklausel“ für regionale Bedürfnisse, da regional nicht nur Spezialitäten geregelt werden können, sondern auch die Grundlagen des Konzepts (Arztgruppendefinition, Sollumsatz, Fallzahl).

c) Mit der regionalen Abweichung von Bundesvorgaben entsteht immer Begründungszwang spätestens in sozialgerichtlichen Auseinandersetzungen. Dabei muss dann erläutert werden können, warum an einigen Stellen abgewichen wurde, an anderen nicht (z.B. partielle Änderung der Sollumsätze).

d) Mit der Definition von Ausnahmetatbeständen ergibt sich immer die Frage, ob diese abschließend normiert sind. Sind beispielsweise im Rahmen der Berechnung der Arztlzahl die Teilzeit-Ärzte besonders zu berücksichtigen, ohne dass diesem Tatbestand ein „insbesondere“ vorangestellt ist, dann ist ein weiterer Ausnahmetatbestand „an sich“ nicht möglich. Der Normgeber hat hier abschließend entschieden. Wie aber ist dann ein weiterer Sachverhalt (in diesem Zusammenhang z.B. Ermächtigte) zu behandeln, der erkennbar geregelt werden muss? Eine Analogie ist nicht in jedem Fall zulässig, sondern nur bei so genannten planwidrigen Lücken und nicht immer zielführend, weil u.U. die weitere Ausnahme einer eigenen Regelung bedürfte, die mit der vorhandenen nur unzureichend erfasst wäre.

## 5.8.2 Vorhersehbare Ergebnisse der Regelungsvielfalt an Beispielen

**Beispiel:** Korrektur der Sollumsatz-basierten Topffüllungen durch Berücksichtigung von „teilzeittätigen Vertragsärzten“

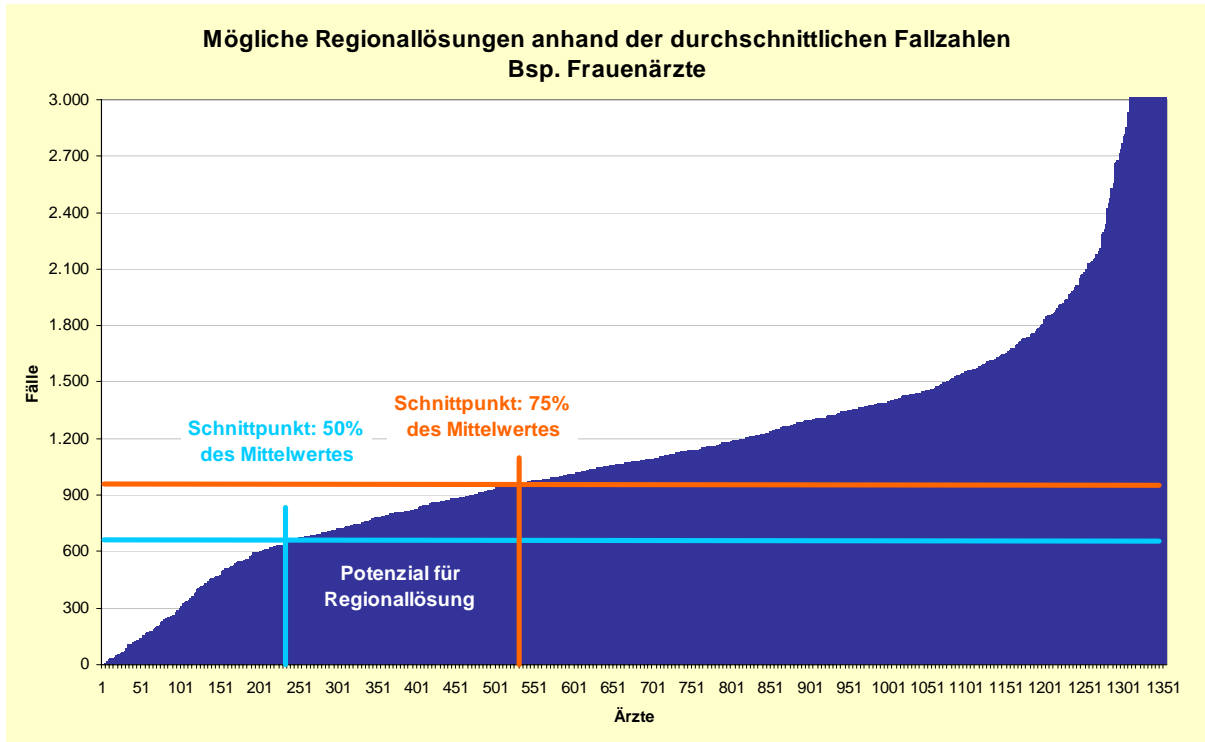
Die Beschlussvorlage der KBV geht davon aus, dass die durch teilzeittätige Ärzte entstehenden Verwerfungen bei den Topffüllungen (vgl. 5.2.4) durch Berücksichtigung der teilzeittätigen Ärzte zu beheben sind. Es werden keine Kriterien vorgegeben, wann ein Arzt als „teilzeittätig“ anzusehen ist.

Im folgenden wird dargestellt, welche Unterschiede sich ergeben, wenn das Teilzeitkriterium einmal über anteilige Fallzahlen, das andere Mal über niedrige rechnerische Arbeitszeiten ermittelt wird. Zudem wird für jedes dieser Kriterien aufgezeigt, wie sensitiv einzelne Fachgruppen auf Verschiebungen des Schwellenwertes reagieren.

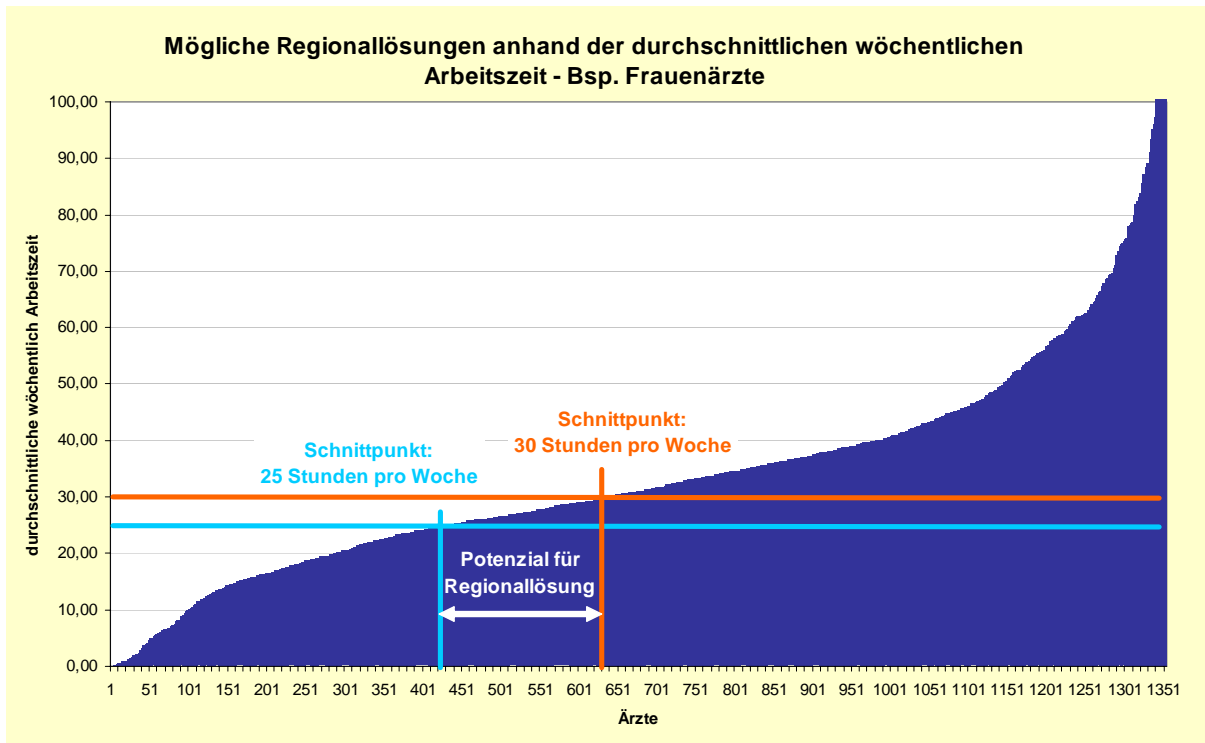
Abbildung 17 zeigt die Auswirkungen von zwei verschiedenen Schwellenwerten bei der Fallzahl in der Fachgruppe Gynäkologie. Dargestellt die die kumulative Verteilung der Fallzahlen innerhalb der Arztgruppe. Je flacher der Kurvenanstieg im kritischen Bereich (hier zwischen 50 und 75 %), um so größer ist der Unterschied beider Kriterien für die Honorarzuweisung an die Fachgruppe.

In Abbildung 18 ist der gleiche Effekt auf der Basis einer fiktiven wöchentlichen Arbeitszeit dargestellt. Diese haben wir anhand der betriebswirtschaftlichen Vorgaben aus den tatsächlich abgerechneten Honorarumsätzen rückgerechnet.

**Abbildung 17:** Definition von Teilzeit über die Fallzahlen je Arzt



**Abbildung 18:** Definition von Teilzeit über die kalkulierte Wochenarbeitszeit<sup>1</sup> je Arzt



<sup>1</sup> Modellhafte Berechnung Arbeitszeit: Sollumsatz (Quartal) / 30600 Minuten / 60 = Sollumsatz pro Stunde. Ist-Umsatz (Quartal) / Sollumsatz pro Stunde = Arbeitszeit pro Quartal

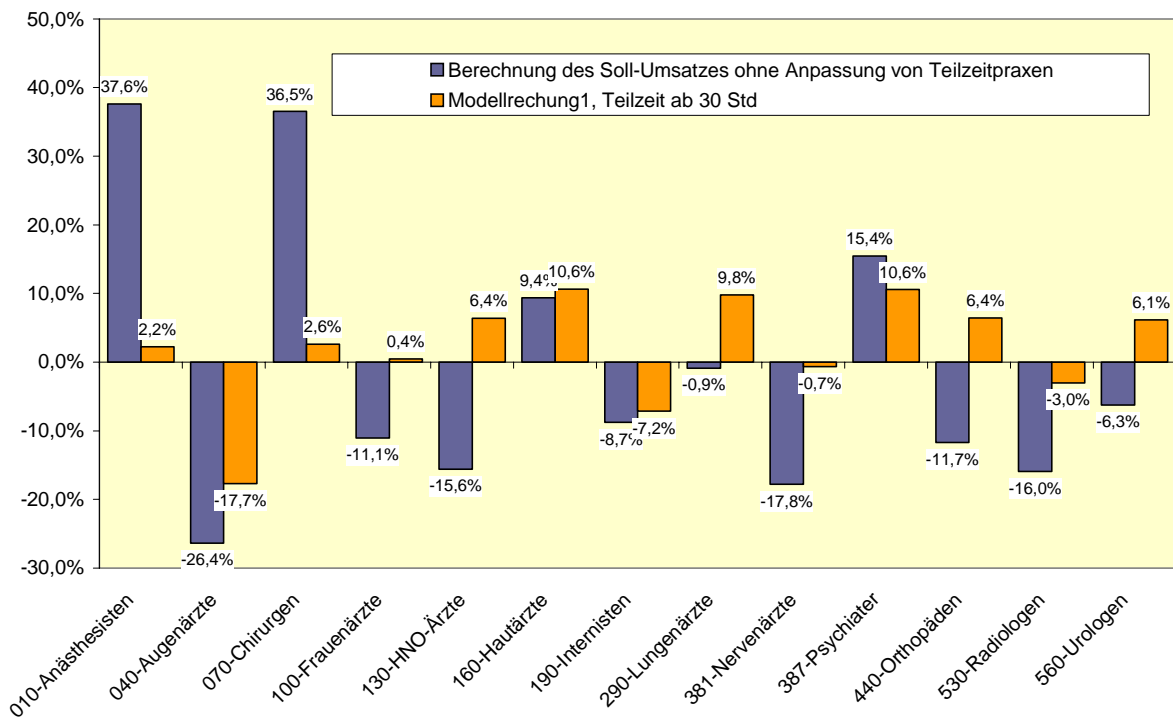
Aus Abbildung 19 geht hervor, dass Korrekturen für die teilzeittätigen Ärzte tendenziell tatsächlich geeignet sind, die Verwerfungen in der Honorarzuteilung, wie sie auf der Basis der unkorrigierten Sollumsätze dargestellt wurden, zu verkleinern.

Die Abbildungen 19 und 20 zeigen allerdings auf, welche (willkürlichen) Unterschiede durch die Wahl des Verfahrens und darüber hinaus auch durch die Wahl des Schwellenwertes innerhalb des Verfahrens produziert werden.

Beispiel Orthopäden: Bei der „Rohzuteilung“ ergäbe sich ein Minus von 11,7 %, bei einer Teilzeit-Korrektur mit dem Schwellenwert 30 Stunden ergäbe sich ein Plus von 6,4 % und mit einer Fallzahlkorrektur (Schwellenwert 50 %) käme die gleiche Fachgruppe auf ein Minus von 1,7 %.

Welche Zuweisung an die Orthopäden ist „betriebswirtschaftlich korrekt“?

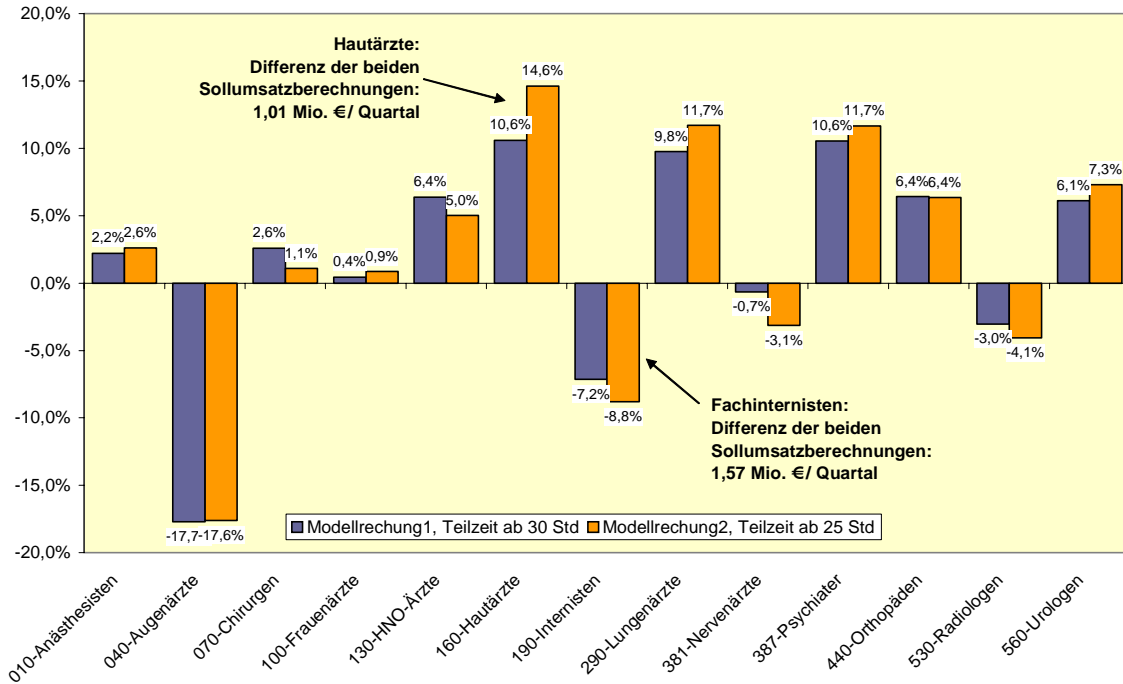
**Abbildung 19:** Veränderung der Topffüllung durch Berücksichtigung von teilzeittätigen Vertragsärzten im Vergleich zum Soll-Umsatz ohne Anpassung am Beispiel von Wochenarbeitszeit<sup>1</sup>



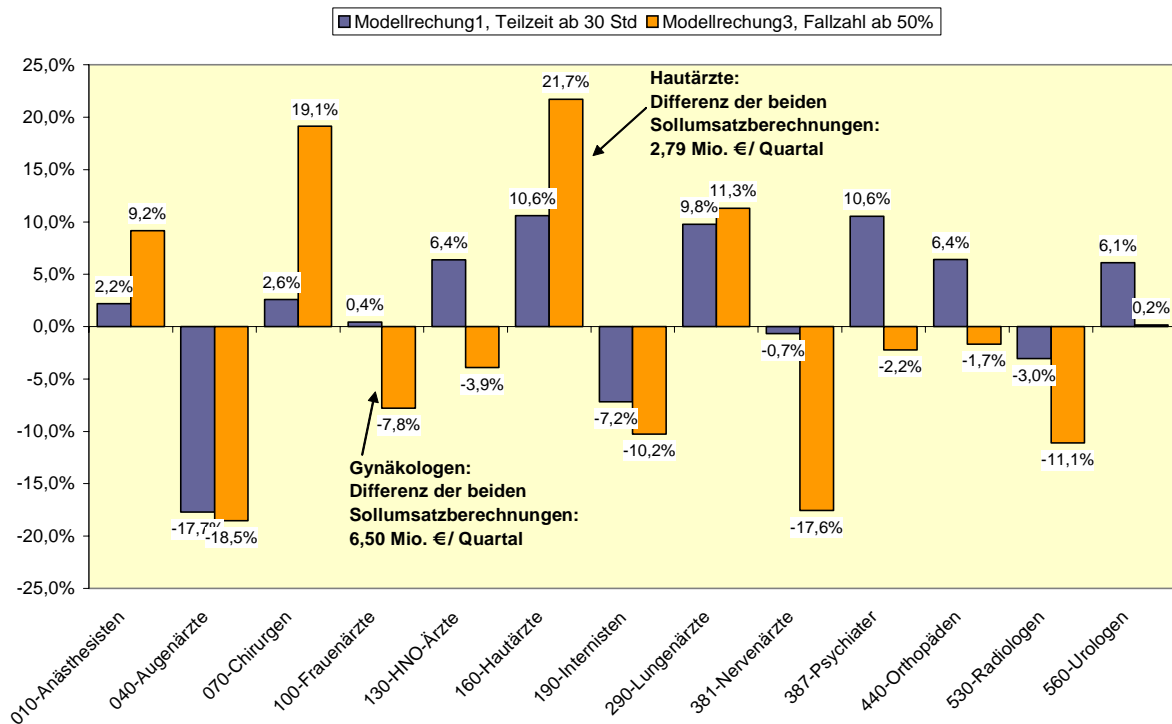
Methode: Praxen mit  $\geq 30$  Wochenstunden erhalten Sollumsatz, die übrigen Ist-Umsatz

<sup>1</sup> Modellhafte Berechnung Arbeitszeit: Sollumsatz (Quartal) / 30600 Minuten / 60 = Sollumsatz pro Stunde. Ist-Umsatz (Quartal) / Sollumsatz pro Stunde = Arbeitszeit pro Quartal

**Abbildung 20:** Veränderung der Topffüllung durch Berücksichtigung von teilzeittätigen Vertragsärzten; Vergleich von zwei unterschiedlichen Definitionen von Teilzeit (Wochenarbeitszeit<sup>1</sup> unter 25 bzw. unter 30 Stunden)



**Abbildung 21:** Veränderung der Topffüllung durch Berücksichtigung von teilzeittätigen Vertragsärzten; Vergleich von zwei unterschiedlichen Definitionen von Teilzeit (Wochenarbeitszeit<sup>1</sup> unter 30 Stunden bzw. Fallzahl unter 50%)



<sup>1</sup> Modellhafte Berechnung Arbeitszeit: Sollumsatz (Quartal) / 30600 Minuten / 60 = Sollumsatz pro Stunde. Ist-Umsatz (Quartal) / Sollumsatz pro Stunde = Arbeitszeit pro Quartal

### 5.8.3 Übergangsphase

Neues System nur für vier Quartale - notwendig?

Das KBV-Modell sieht für den Zeitraum vom 01.01.2005 bis zum 31.12.2005 die Bildung von Fachgruppentöpfen vor. Zum 31.12.2005 sollen die Fachgruppentöpfe das anteilige Zielvolumen enthalten, das sich an dem Sollumsatz der Arztgruppe orientiert bzw. von diesem vorgegeben wird.

Für die 4 Quartale des Jahres 2005 kann ein gleitender Übergang oder ein einmaliger „Sprung“ im Honorarverteilungsvertrag vereinbart werden. Bei gravierenden Änderungen ist dieser Zeitraum aber zu kurz für einen verträglichen Übergang.

Um die Anpassungen auf der Grundlage von tatsächlichen Abrechnungsergebnissen durchzuführen, kann frühestens im Juni 2005 mit Datenmaterial gerechnet werden. In der Folge heißt das, dass Anpassungen entweder überhaupt nicht auf Grundlage von tatsächlichen Ergebnissen vorgenommen werden oder die Anpassungen werden lediglich in zwei Schritten durchgeführt, wobei der erste ohnehin nur auf Annahmen basiert. Dies völlig unzumutbar bei eventuell zu erwartenden Honorarverschiebungen im zweistelligen Prozentbereich.

### 5.8.4 Rechtliche Risiken

#### A .Vorbehalte der abweichenden Regelung auf Landesebene

Das Fazit vorweg:

**Der Beschlussentwurf mit der Vielzahl von Vorbehalten für abweichende Regelungen im Honorarverteilungsvertrag begegnet im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG rechtlichen Bedenken, weil der Bewertungsausschuss hierfür nicht die wesentlichen inhaltlichen Vorgaben formuliert bzw. die Vorgaben zu unbestimmt sind und damit den Gesamtvertragspartnern zu weitgehende Regelungsspielräume im Hinblick auf das Regelungsziel des § 85 Abs. 4 a SGB V gibt.**

Zur Begründung im einzelnen:

**a) Regelungen nach dem GMG: Honorarverteilung durch Vertrag mit den Gesamtvertragspartnern und inhaltliche Vorgaben durch den Bewertungsausschuss (allgemein).**

Das GMG überträgt die bisherige Regelungskompetenz der KVen zur Honorarverteilung auf die **Partner der regionalen Gesamtverträge**, also auf die gemeinsame Selbstverwaltung (§ 85 Abs. 4 Satz 2). Der Honorarverteilungsmaßstab **ist nunmehr** mit den Vertragspartnern der regionalen Gesamtverträge gemeinsam und einheitlich zu **vereinbaren**. Das GMG fordert folglich einen **Honorarverteilungsvertrag**.

Abweichend von den bisherigen Regelungen **verpflichtet** § 85 Abs. 4 in Satz 7 die Vertragspartner, arztgruppenspezifische Grenzwerte im HVM festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind. **Regelleistungsvolumen** sind im **Honorarverteilungsvertrag zu vereinbaren**.

Das GMG erweitert zusätzlich in § 85 Abs. 4 a Satz 1 2. Halbsatz SGB V die **inhaltliche Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses** auf die im HVM aufzunehmenden Regelungen zur Festlegung der Regelleistungsvolumina nach § 85 Abs.

4 Satz 7 SGB V. Dies bedeutet, dass der **Bewertungsausschuss** die wesentlichen Bestimmungen zur Festsetzung des Regelleistungsvolumens zu treffen hat.

Zusammenfassend umfasst die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses nunmehr den EBM **und** über die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hinaus die inhaltlichen Vorgaben für die auf Landesebene im Honorarverteilungsvertrag zu vereinbarenden Regelleistungsvolumen.

#### **b) Regelleistungsvolumen im Honorarvertrag und Bestimmung des Inhaltes der zu treffenden Regelung durch den Bewertungsausschuss**

Mit dieser Regelung verfolgt der Gesetzgeber den Zweck, durch den Bewertungsausschuss Regelungen zur Honorarverteilung **mit bundeseinheitlicher Wirkung** festlegen zu lassen.

aa) Kriterien zur inhaltlichen Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses enthält das BSG im Urteil vom 16.05.01, Az.: B 6 KA 47/00 R

Der Bewertungsausschuss ist grundsätzlich befugt, in den Vergütungstatbeständen bestimmte Vorgaben zu machen, die einer konkreten Ausformung durch die KVen bedürfen.

Das BSG fordert jedoch, dass der Normsetzer die **wesentlichen Bestimmungen in der Norm selbst treffen muss (Wesentlichkeitsgrundsatz)**. Er darf lediglich die **Konkretisierung von Einzelheiten** - etwa die Entscheidung über die Anwendung von Einzelfällen - an die KVen delegieren und hat hierbei **konkrete Vorgaben** für die dann anzuwendende Vorgehensweise zu machen, die **den KVen keinen bedenklich großen eigenen Entscheidungsspielraum** einräumen (**Bestimmtheitsgrundsatz**).

Des weiteren verlangt das BSG, dass die Delegation einer Regelung an den regionalen Normgeber lediglich **moderate Leistungsverschiebungen** bewirkt.

ab) **Diese Entscheidung ist auf den Beschluss des Bewertungsausschusses gem. § 85 Abs. 4 a Satz 1 i.V.m. Abs. 4 Satz 7 SGB V übertragbar.**

Gegenstand der oben erwähnten Entscheidung war Anlage 4 zum EBM (Berechnung KV-bezogener Fallpunktzahlen für qualifikationsgebundene und bedarfsabhängige Zusatzbudgets Anlage 4 Abs. 3 EBM vom 1.7.1997). Danach konnte die KV anstelle einer einheitlichen FPZ für die Arztgruppe eine Differenzierung in zwei Untergruppen für Vertragsärzte mit unterdurchschnittlichen und überdurchschnittlichen Punktzahlanforderungen bilden. Die Berechnung der FPZ war für diesen Fall vorgeschrieben (Abs. 3 Satz 2 und 3 EBM).

Anlage 4 EBM war Bestandteil der Regelung des EBM zu den Praxisbudgets und Zusatzbudgets.

Diese Regelung ist mit dem nunmehr geforderten Regelleistungsvolumen insoweit **vergleichbar**, als vertragsärztliche Leistungen **nur im Rahmen eines festgesetzten Leistungsvolumens mit einem erhöhten Punktwert vergütet werden**. Dies galt auch für die Zusatzbudgets, die die Vergütung eines zusätzlichen Punktezahlvolumens mit einem höheren Punktwert gewährleisteten.

#### **c) Zu den „Regionalisierungsvorbehalten“ im einzelnen:**

Der Entwurf der Beschlussvorlage vom 01.05.2004 enthält **in der Summe 11 „Regionalisierungsvorbehalte“ für die Partner der Honorarverträge**. Gegen diese bestehen Bedenken, denn sie entsprechen weder dem Wesentlichkeitsgrundsatz, noch

dem Bestimmtheitsgrundsatz. Des weiteren dürften diese Vorbehalte erhebliche Leistungsverchiebungen auf regionaler Ebene bewirken.

Dies soll an folgenden Beispielen verdeutlicht werden:

- Berechnung des **kalkulatorischen Leistungsbedarfes (Sollumsatzes)** zur Ermittlung der Arztgruppentöpfe (Nr. 4, und Anlage 1 des Entwurfes):

Bei der Ermittlung der für den Sollumsatz erforderlichen Anzahl der Vertragsärzte sind **teilzeittätige Vertragsärzte** und **angestellte Ärzte entsprechend des Umfanges ihrer Tätigkeit** zu berücksichtigen. An diesem Regionalisierungsvorbehalt kann die **Bandbreite der auf regionaler Ebene** vorhandenen Möglichkeiten mit **besonderer Deutlichkeit** aufgezeigt werden.

Diese Vorgabe lässt bereits **zwei Möglichkeiten zur Bemessung des Teilzeitkriteriums** zu, zum einen über **anteilige Fallzahlen**, zum anderen über **niedrige rechnerische Arbeitszeiten**. Beide Varianten würden bei der Topffüllung **zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen** führen. **Die unterschiedlichen Auswirkungen werden auf der Grundlage einer Modellrechnung anhand einiger beispielhafter Arztgruppen dargestellt.**

Für eine Berücksichtigung eines Teilzeitkriteriums nach Arbeitszeit wurde eine Teilzeit ab 30 Stunden bzw. ab 25 Stunden zugrunde gelegt, für anteilige Fallzahlen ein Anteil ab 50 % bzw. ab 75 %.

Bei der Fachgruppe **Chirurgie** würde der Sollumsatz **ohne** Berücksichtigung von Teilzeitpraxen die **bisherige Füllung des Topfes um 36,5 % überschreiten**. Bei der Berücksichtigung von **teilzeittätigen** Vertragsärzten **nach der rechnerischen Arbeitszeit ab 30 Stunden** würde sich die Überschreitung **auf 2,6 % reduzieren**, und bei einer Berücksichtigung über **anteilige Fallzahlen ab 50 %** wiederum auf 19,1 % erhöhen. Bei der Fachgruppe **Gynäkologie** würde sich ohne Berücksichtigung von Teilzeitpraxen ein Minus des Sollumsatzes von **11,1 %** bei einer Berücksichtigung der **rechnerischen Arbeitszeit** ab 30 Stunden **auf 0,4 % erhöhen**, bei einer Berücksichtigung **anteiliger Fallzahlen ab 50 %** wiederum um **7,8 % senken**. Vergleichbar unterschiedliche Ergebnisse wären bei den Fachgruppe Orthopädie und Psychiatrie zu verzeichnen. Zur Verdeutlichung sind in der nachfolgenden Tabelle die Sparten „Teilzeit ab 30 Stunden“ und „Fallzahl ab 50 %“ farbig markiert.

	Sollumsatz ohne Berücksichtigung von Teilzeitpraxen	Teilzeit ab 30 Stunden	Teilzeit ab 25 Stunden	Fallzahl ab 50 %	Fallzahl ab 75 %
Chirurgie	+ 36,5 %	+ 2,6 %	+ 1,1 %	+ 19,1 %	+ 17,7 %
Gynäkologie	- 11,1 %	+ 0,4 %	+ 0,9 %	- 7,8 %	+ 10,3 %
Orthopäden	- 11,7 %	+ 6,4 %	+ 6,4 %	- 1,7 %	+ 1,5 %
Psychiater	- 15,4 %	+ 10,6 %	+ 11,7 %	- 2,2 %	- 1,1 %

Die dargestellten unterschiedlichen Auswirkungen bei der Zugrundelegung der vorgesehenen Varianten zeigen auf, dass der Bewertungsausschuss den regionalen Vertragspartnern einen großen Entscheidungsspielraum eingeräumt hat und damit der Rechtsprechung des BSG nicht mehr entsprechen dürfte.

## **Zu den übrigen Vorbehalten:**

- Im Honorarverteilungsvertrag können Veränderungen des Sollumsatzes festgelegt werden, die „gesamtvertragliche Regelung und Veränderung der Versorgung berücksichtigen“ (Anlage 1 letzter Satz).

Völlig offen bleibt dabei, wie bzw. auf welcher Grundlage oder Datenbasis die Sollumsätze zu bereinigen sind und welche Leistungen genau darunter zu verstehen sind (vgl. auch 5.4.1).

- Die für die Ermittlung des RLV (**Fallpunktzahl**) erforderliche **Fallzahl** kann im Honorarverteilungsvertrag dahingehend abweichend festgelegt werden, „dass eine vom aktuellen Abrechnungsquartal abweichende Fallzahl für die Ermittlung des RLV verwendet wird“ (Nr. 2.1 des Entwurfes).

Die Voraussetzungen hierfür sind nicht geregelt, die Bestimmung ist zu unbestimmt, denn weder die Voraussetzungen für eine Abweichung noch die Anzahl der Quartale um die abgewichen werden kann, hat der Bewertungsausschuss bestimmt.

Diese Abweichung kann bei der Berechnung des RLV erhebliche regionale Unterschiede bewirken.

- Die Öffnungsklausel für die **Fallzahlobergrenze** sieht weder Voraussetzungen für die Vereinbarung abweichender Fallzahlobergrenzen vor noch Kriterien und Ausmaß einer Abweichung (Nr. 2.3.1 des Entwurfes).
- Die Öffnungsklausel für die **regionale Vereinbarung von Fallzahlzuwachsbeschränkungen** begegnet schon deshalb Bedenken, weil der Entwurf **keine** Bestimmung für eine Fallzuwachsbeschränkung und auch keine inhaltlichen Vorgaben hierfür enthält (Nr. 2.3.2 des Entwurfes).
- Weiterhin sind **die dem RLV unterliegenden Leistungen bzw. Leistungsarten** regional veränderbar. Bei diesen Leistungen handelt es sich um einen wesentlichen Bestandteil des RLV. Der Entwurf sind darüber hinaus auch keine Vorgaben für das regional zu vereinbarende Verfahren vor (Nr. 3.4 des Entwurfes).
- Die in einem weiteren Vorbehalt zugelassenen **regionalen Differenzierungen bzw. Zusammenlegungen von Arztgruppen** dürften erhebliche Auswirkungen auf den kalkulatorischen Leistungsbedarf, sowie auf die Füllung der Arztgruppentöpfe haben und sich deshalb als grundlegende Regelung darstellen, die einer Bestimmung durch den BewA bedürfte. Diese Bestimmung enthält ebenfalls keine Vorgabe für weitere Differenzierungen bzw. Zusammenfassung der geregelten Arztgruppen (Anlage 2 Satz 2 des Entwurfes).

## **B. Gerichtliche Nachprüfbarkeit der Kostenkalkulation**

Normativer Charakter der Kostensätze schränkt gerichtliche Überprüfbarkeit zwar ein (weiter Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum); wird auf tatsächliche Verhältnisse Bezug genommen (z.B. bei betriebswirtschaftlicher Kalkulation), führt dies aber zu einer strengeren gerichtlichen Kontrolle

### **a) Gerichtliche Überprüfung des bis 30.06.1997 gültigen EBM**

Der bis 30.06.1997 geltende EBM enthielt im Wesentlichen den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander.



Ab Quartal 3/96 wurde erstmals eine Teilbudgetierung als Steuerungsmaßnahme aufgenommen. Die bis zu diesem Zeitpunkt ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung ließ eine gerichtliche Korrektur des EBM nur zu, wenn sich die Bewertung der angefochtenen Leistungslegende als willkürlich erwies.

### **b) Gerichtliche Überprüfung der ab 01.07.1997 gültigen EBM-Praxisbudgets**

Die Berechnung der den **Praxisbudgets zugrunde liegenden Fallpunktzahlen** beruhte erstmals auf einer **betriebswirtschaftlichen Kalkulation**. Insoweit hat der Bewertungsausschuss mit den Praxisbudgets erstmals eine Regelung in den EBM aufgenommen, die das abrechnungsfähige Leistungsvolumen auf der Grundlage betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte bestimmte.

Während die höchstrichterliche Rechtsprechung die Rechtmäßigkeit der Praxisbudgets grundsätzlich bestätigte, erachtete sie in einem weiteren Revisionsverfahren den für die Fachgruppe der Dermatologen festgesetzten Kostenanteil nur im Hinblick auf seinen Charakter als „Anfangsregelung“ als rechtmäßig, und verpflichtete den Bewertungsausschuss, diesen Kostenanteil nach Ablauf eines festgesetzten Beobachtungszeitraumes erneut zu überprüfen und ggf. neu festzusetzen.

Das BSG qualifizierte die **Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets** als normative Regelung. Es stand dem Bewertungsausschuss als Normgeber zwar einen weiten Gestaltungsspielraum zu, der von der Rechtsprechung nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf. Als Begrenzung dieses Gestaltungsspielraumes postulierte das BSG, dass der jeweilige Kostensatz bei den verschiedenen Arztgruppen den bundesdurchschnittlichen Kostensatz des Jahres 1994 abbilden sollte. Auf diese Weise nahmen die Regelungen des Praxisbudgets selbst Bezug auf tatsächliche Verhältnisse, was zu einer strengeren gerichtlichen Kontrolle führte.

Diese erstreckte sich insbesondere darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach den selben Maßstäben verfahren ist, und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d.h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen Kostensatzes des Jahres 1994 orientiert hat und vor allem, ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält.

Auf der Grundlage dieser Auflistung überprüfte das BSG nachfolgend die Festsetzung des Kostensatzes.

Zur Frage der Festlegung von Praxisbudgets hat das BSG somit erstmals eine eingehende Überprüfung des vom Bewertungsausschuss festgelegten Kostensatzes für Dermatologen vorgenommen, vgl. BSG, Urteil v. 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R (vgl. auch 5.2).

### **c) Betriebswirtschaftliche Kalkulation des RLV**

Der Entwurf des Beschlusses führt in den Regelungen zur **Berechnung des RLV die betriebswirtschaftliche Kalkulation der Praxiskosten** fort. In der Präambel des Beschlusses stellt der Bewertungsausschuss fest, dass vertragsärztliche Leistungen innerhalb eines Regelleistungsvolumens mit festen Punktwerten zu vergüten sind. Die Kalkulation der Regelleistungsvolumen erfolgte in der Weise, dass ein Punktwert von 5,11 Cent zur Auszahlung kommen soll. Innerhalb der Regelleistungsvolumen wird danach eine Einzelleistungsvergütung mit einem in bestimmter Höhe kalkulierten Punktwert angestrebt.

Die dem Beschluss zugrunde gelegte betriebswirtschaftliche Kalkulation wird jedoch wiederum eingeschränkt durch Begrenzungsregelungen wie z.B. die Festlegung einer Fallzahlobergrenze nach Nr. 2.3.1 und Fallzahlzuwachsregelungen nach 2.3.2.

Die betriebswirtschaftliche Kalkulation nimmt im wesentlichen auf tatsächliche Verhältnisse Bezug, was zwangsläufig zu einer strengeren gerichtlichen Kontrolle führen wird. Dies hat zur Folge, dass den Partnern des Bewertungsausschusses die Verpflichtung zukommt, die Berechnungen der Kostenkalkulation im Bedarfsfall (z.B. Klage) explizit darzulegen.

Je differenzierter die Berechnungsmodalitäten aufgrund Nutzung regionaler Öffnungsklauseln gestaltet werden, desto eher besteht die Gefahr, dass die Regelungen auch an Art. 3 GG wegen Verletzung des Gleichheitsgrundsatzes (Festsetzung Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben) und/oder des Willkürverbots (nur sachlich begründete regionale Ausnahmen halten einer Überprüfung stand) scheitern.

#### **d) Rechtswidrigkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000**

Wie tief das Bundessozialgericht bei der rechtlichen Prüfung in die Details der Festlegungen des Bewertungsausschusses zu betriebswirtschaftlichen Kalkulationen neuerdings einsteigt, zeigen die Entscheidungen vom 28.01.2004 zur psychotherapeutischen Vergütung für das Jahr 2000 (Az.: B 6 KA 52/03 R u.a.).

Das BSG hat mit diesen Entscheidungen den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 16.02.2000 für rechtswidrig erklärt und aufgehoben und den Bewertungsausschuss zur Neufassung des Beschlusses verpflichtet mit der Folge, dass die KVen die angefochtenen Abrechnungen der betroffenen Quartale auf der Basis des neuen Beschlusses neu durchführen müssen.

Das BSG hat sich in dieser Entscheidung sehr detailliert mit allen Parametern (insbesondere mit den anzusetzenden Praxiskosten) der Berechnung des Bewertungsausschusses insbes. zum Sollumsatz einer vollausgelasteten Psychotherapeutenpraxis auseinandergesetzt und diese im Einzelnen auf ihre Tauglichkeit/Geeignetheit für die Berechnung, ihre Stimmigkeit zueinander sowie hinsichtlich der Auswirkungen der einzelnen Parameter auf das Ergebnis überprüft.

Diese Entscheidung macht deutlich, wie komplex sich Rechtsstreitigkeiten über den nunmehr geplanten Beschluss des Bewertungsausschusses zu den Regelleistungsvolumina darstellen werden und mit welcher detaillierter und in die Einzelheiten gehender Überprüfung durch die Rechtsprechung gerechnet werden muss.

### **5.9 Vereinbarung fester Punktwerte (RLV, Restpunkte, freie Leistungen)**

Nach den Vorgaben des § 85 Abs. 4 Sätze 2 und 7 SGB V sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen und mit festen vereinbarten Punktwerten zu vergüten. Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Menge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird.

Punktwerte können mit den Kassen nur auf Basis grober Schätzungen vereinbart werden

### 5.9.1 Probleme (Schätzungen)

Die Punktwerte für das RLV müssen zwischen den Vertragspartnern KVB und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbart werden. Aufgrund der unterschiedlich hohen Kassenpunktwerte und der unterschiedlichen Struktur der Kassenarten ist davon auszugehen, dass sich die Verhandlungen um die Höhe des RLV-Punktwertes schwierig gestalten werden.

Neben dem RLV-Punkt看ert muss zusätzlich die Vergütung für die freien Leistungen und die Vergütung für die abgestaffelten Leistungen vereinbart werden. Dabei ist vollkommen unklar, ob der Punkt看ert für die Leistungen, die das RLV überschreiten (abgestaffelte Leistungen), als floatender Punkt看ert, als prozentuale Größe vom RLV-Punkt看ert oder als fester Punkt看ert zu vereinbaren ist. Je nach dem, welche Lösung gewählt wird, fallen unterschiedliche Probleme an. So wird zum Beispiel bei der Lösung als floatender Punkt看ert dieser je nach Arztgruppe deutlichen Schwankungen unterliegen. Dadurch könnte aber der Sinn der Regelleistungsvolumina untergraben werden, wenn der Punkt看ert für die das RLV überschreitenden Leistungen zu hoch ausfällt. Wird ein prozentualer Anteil an dem RLV-Punkt看ert gewählt (z.B. 10% analog § 85a Abs. 3 Satz 2 SGB V), stellt sich die Frage, wie mit Unter- bzw. Überdeckungen in den Fachgruppentöpfen umgegangen wird.

### 5.9.2 Konsequenzen

Um einen Punkt看ert für die Leistungen des RLV sowie Punktwerte für die freien Leistungen und die Überschreitungen des RLV zu vereinbaren, sind umfangreiche Modellrechnungen notwendig.

Die notwendigen Modellrechnungen können jedoch nur auf Grundlage des bestehenden EBM, ggf. unter Verwendung des KBV-Transcodierungstools mit seinen bekannten Schwächen erfolgen. Eben diese Betrachtung spiegelt aber noch in keiner Weise die tatsächlichen Abrechnungsergebnisse nach Einführung des EBM 2000 Plus wieder.

Um bei dem System der begrenzten bzw. budgetierten Gesamtvergütung und der Garantie eines festen Punktwertes keine Unterfinanzierung (negativer Topf) zu erzeugen, muss ein Sicherheitsabschlag für die Ermittlung des RLV-Punktwertes vorgenommen werden. In der Folge kann es je nach Höhe des Restpunktwertes bzw. der floatenden Punktwerte zu Ergebnissen kommen, die dem Sinn des RLV Gedankens (fester Punktwert für definierte Menge) widersprechen: bei floatendem Punktwert kann es im Extremfall in Arztgruppentopf A zu einem höheren als dem RLV-Punktwert kommen, während Topf B einen negativen Punktwert (Unterfinanzierung) hat. Bei prozentual festgelegtem Restpunktwert ist unklar, wie mit fehlenden oder zu hohen Restvolumina für die Restleistungen umzugehen ist (Rückstellungen sind nicht immer zielführend, wenn diese nicht erkennbar abgebaut werden können; wer bezahlt eine ggf. eintretende Unterfinanzierung?).

### 5.9.3 Verhältnis zur 5,11-Cent-Kalkulation

Der neue EBM 2000 Plus ist auf Grundlage von 5,11 Cent kalkuliert. Die RLV Fallpunktzahlen werden auf Basis von 5,11 Cent kalkuliert. In der logischen Folge kann der RLV Punktwert nur bei 5,11 Cent liegen bzw. muss in Höhe von 5,11 Cent vereinbart werden. Daher stellt sich die Frage, ob ein Konzept in sich stimmig ist, dass für die Grundlagen der Vergütung und Begrenzung (Gebührenordnung, RLV-Fallpunktzahl) von einem Punktwert ausgeht, den es auf der Vergütungsseite im Ergebnis aber nicht garantieren kann.

#### 5.9.4 Rechtliche Beurteilung zum Verhältnis „betriebswirtschaftlich kalkulierter EBM mit RLV“

**Betriebswirtschaftlich kalkulierter EBM ist bereits dann problematisch, wenn der Punktwert von dem kalkulatorisch zugrundegelegten i.H.v. 5,11 Cent abweicht, ebenso wie RLV und variable Punktwerte.**

**Führen Vergütungsvereinbarungen zur Existenzbedrohung einer bedarfsgerecht geführten Praxis, liegt ein Verstoß gegen Gebot der angemessenen Vergütung vor**

Nach der Bestimmung des § 85 Abs. 4 Satz 2 und 7 SGB V vereinbart die Kassenärztliche Vereinigung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen insbesondere arztgruppenspezifische Grenzwerte, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergütet sind (**Regelleistungsvolumen**).

Der EBM wurde auf der **Basis von 5,11 Cent betriebswirtschaftlich kalkuliert**. Die gleiche Basis wurde für die Regelleistungsvolumen zugrunde gelegt, die dem Vertragsarzt Kalkulationssicherheit bei der Vergütung seiner Leistungen bis zu einer bestimmten Obergrenze gewährleisten und den ökonomischen Anreiz zur Ausweitung der Leistungsmenge verringern soll, indem der Vergütungspunktwert bei den das Regelleistungsvolumen übersteigenden Leistungen abgestaffelt wird.

Ergeben sich nun Punktwerte unterhalb der Kalkulationsbasis von 5,11 Cent, so wird dadurch zwar keine Verschiebung des Bewertungsgefüges des EBM an sich hervorgerufen, jedoch erfolgt damit eine Abweichung von der dem EBM zugrunde liegenden betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Eine Absenkung des Punktwertes im Rahmen der Berechnung der Regelleistungsvolumen widerspricht zum einen dem Sinn und Zweck des EBM und würde zum anderen die Grenze der Rechtswidrigkeit erreichen, wenn durch die Absenkung des Punktwertes eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen bewirkt wird, die das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge davon auch die berufliche Existenz der daran teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet (BSGE 68, 291, 297; BSGE 75, 187). Führen daher die Bestimmungen zur Honorarverteilung dazu, dass die wirtschaftliche Existenzfähigkeit auch derjenigen Vertragsärzte gefährdet wird, die in ihrem Leistungsangebot bedarfsgerecht ausgerichtet sind, Rationalisierungsmöglichkeiten in der eigenen Praxisführung genutzt haben und von Versicherten in ausreichender Zahl in Anspruch genommen werden, könnten sich diese Ärzte auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen.

Im Gegensatz dazu können aus der mangelnden Rentabilität einer Arztpraxis oder eines einzelnen Behandlungsbereiches keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung gezogen werden; die Rentabilität einer Praxis gehört vielmehr zum Berufsrisiko des freiberuflich tätigen Arztes (BSG SozR 5530 Allg. Nr. 1).

Das BSG lässt insbesondere das Argument der Unterbewertung einzelner Leistungen nicht gelten, sondern stellt darauf ab, ob unter Berücksichtigung der im Fachgebiet oder Teilgebiet nach Weiterbildungsrecht und EBM berechnungsfähigen Leistungen eine Vertragsarztpraxis noch wirtschaftlich sinnvoll betrieben werden kann. Gerade an dieses Argument knüpft ja der EBM an, der unter Berücksichtigung des zuvor festgelegten Punktwertes von 5,11 Cent betriebswirtschaftlich kalkuliert wurde.

## 5.10 Können RLV den EBM verändern?

**RLV als Instrument der Honorarverteilung dürfen den EBM zwar modifizieren, nicht aber konterkarieren**

**Zur Begründung:**

**Bislang** hat das Gesetz hinsichtlich der Regelungen über die Honorierung ärztlicher Leistungen streng zwischen den Rechtsbeziehungen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und denen von Kassenärztlichen Vereinigungen und deren Mitgliedern andererseits unterschieden. Dementsprechend war auch die **Verteilung der Gesamtvergütung** eine autonome Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung, die diese durch Beschluss des HVM in Form einer Satzung wahrzunehmen hatte. Der nach § 85 Abs. 4 SGB V a. F. im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festzusetzende Verteilungsmaßstab hat bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu Grunde zu legen (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.d. Fassung des GMG). Die Worte „Umfang der Leistungen“ stellen klar, dass die Gesamtvergütung unbeschadet der Zusammenfassung von Einzelleistungen zu Leistungskomplexen und Fallpauschalen im EBM (§ 87 Abs. 2 a SGB V) unter Berücksichtigung der erbrachten Einzelleistungen verteilt werden muss. Unter dem Begriff „Art der Leistungen“ kann nichts anderes als das Leistungsverzeichnis des Bewertungsmaßstabes über die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zulässigen ärztlichen Leistungen verstanden werden.

Im Rahmen der Honorarverteilung sind folgende Grundsätze zu beachten:

- Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung

Dieser schränkt den Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Abweichung von einer gleichmäßigen Honorarverteilung ein. Es bedarf sachlich gerechtfertigter Gründe für eine solche Abweichung, wobei bisher insbesondere folgende Gründe anerkannt sind:

- strukturelle Entscheidungen der Gesamtvertragspartner im Rahmen der Vergütungsvereinbarungen, insbesondere zur Leistungsmengenbegrenzung (z. B. Fallpauschalen oder Kopfpauschalen für Laborleistungen), die in geeigneter Weise über die Honorarverteilung an die betroffenen Ärzte weitergegeben werden müssen
- gesamtvertraglich vereinbarte oder gesetzlich vorgegebene zweckgebundene, sich auf bestimmte Arztgruppen oder Leistungsbereiche beziehende Vergütungen, die entsprechend zweckgebunden an die betroffenen Ärzte weiterzugeben sind
- Honorarbegrenzungsmaßnahmen wie Kürzungen, Abstaffelungen etc. zur Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes, wobei jedoch unter stringenten Ausgabenbudgets das Ziel der Punktwertstabilisierung in den Vordergrund rückt.

- Gebot der Verteilungsgerechtigkeit

Die typischerweise innerhalb von Arztgruppen bestehenden Unterschiede müssen durch eine entsprechende Differenzierung beachtet werden. Dabei ist eine typisierende Betrachtungsweise im Interesse der Praktikabilität anzuwendender Honorarverteilungsregelungen unvermeidbar. Bei komplexen Sachverhalten ist es deswegen auch vertretbar, in einem Anfangsstadium gröbere Typisierungen und Generalisierungen vorzunehmen, die unter dem Gesichtspunkt der Praktikabilität namentlich deshalb gerechtfertigt sein können, weil eine Verfeinerung die Gefahr mangelnder Wirksamkeit mit sich bringen kann.

Die vorstehend genannten **Grundsätze haben nach wie vor Gültigkeit**, auch wenn gem. § 85 Abs. 4 SGB V n. F. der Honorarverteilungsmaßstab nicht mehr als autonomes Satzungsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen, sondern als Vertrag der Gesamtvertragspartner vereinbart wird.

Zwar sieht die Rechtsprechung „es seit jeher als zulässig an, dass die Partner der Bundesmantelverträge **Übergangsregelungen** im Zuge von Neugestaltungen der Bewertungsmaßstäbe treffen. Sie sind zwar nicht berechtigt, das Bewertungsgefüge des EBM-Ä zu verändern. Sie sind jedoch nicht gehindert, Regelungen zur Ausführung des EBM-Ä zu treffen und insbesondere zu vereinbaren, wie sich der Übergang von einer alten zu einer neuen Fassung einzelner Positionen des Bewertungsmaßstabes vollziehen soll“ (BSG, Urteil vom 20.01.1999 – B 6 KA 78/97 R).

Aber ebenso wie der HVM in der Vergangenheit den EBM aufgrund der unterschiedlichen Regelungsinhalte nicht konterkarieren durfte, dürfen auch die in § 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V vorgegebenen Regelleistungsvolumina als Instrument der Honorarverteilung die Grundsätze des EBM nicht „aushebeln“. Die Instrumente der Honorarverteilung wirken lediglich flankierend zum EBM, dürfen ihn unter Berücksichtigung des Grundsatzes der leistungsproportionalen Verteilung und des Gebotes der Verteilungsgerechtigkeit lediglich in gewissem Umfang modifizieren.

# Anhang 1

Tabelle 1.1 (a): Soll-Umsätze auf Quartalsebene

Fachgruppe	Soll-Umsätze auf Quartalsebene						Zugelassene und ermächtigte Fachärzte in Bayern <sup>1</sup>			Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003 <sup>2</sup>		
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)		Anzahl	Anteil der Fach- gruppe an allen Fach- ärzten	Anteil der Fachgruppe innerhalb betrachtetem Arzt Spektrum	Euro	Anteil des Honorar- umsatzes am Gesamt- umsatz	Verteilung innerhalb der betrachteten Fachgruppen
	Euro	%	Euro	%	Euro	%						
Anästhesiologie <sup>3</sup>	58'562,-	6,9	58'358,-	7,0	58'358,-	6,7	638	4,4	6,1	31'616,-	4,3	4,5
Augenheilkunde	66'034,-	7,8	64'256,-	7,7	62'087,-	7,2	796	5,4	7,7	66'637,-	9,1	9,5
Chirurgie	72'698,-	8,6	71'474,-	8,6	71'608,-	8,3	705	4,8	6,8	39'560,-	5,4	5,6
Dermatologie	69'655,-	8,2	68'937,-	8,3	59'853,-	6,9	532	3,6	5,1	47'332,-	6,4	6,8
Frauenheilkunde	60'532,-	7,1	57'892,-	6,9	60'650,-	7,0	1574	10,7	15,2	50'571,-	6,9	7,2
HNO	65'033,-	7,7	64'617,-	7,7	56'158,-	6,5	599	4,1	5,8	57'263,-	7,8	8,2
Innere Medizin, Fachärzte	67'213,-	7,9	63'761,-	7,6	73'579,-	8,5	1303	8,9	12,6	76'374,-	10,4	10,9
Neurologie	51'349,-	6,1	53'545,-	6,4	49'521,-	5,7	93	0,6	0,9	44'886,-	6,1	6,4
Psychiatrie	40'350,-	4,8	40'347,-	4,8	49'521,-	5,7	174	1,2	1,7	25'980,-	3,5	3,7
Psychologische Psychotherapie	30'344,-	3,6	30'388,-	3,6	49'521,-	5,7	2116	14,4	20,4	14'282,-	1,9	2,0
Orthopädie	75'943,-	9,0	74'553,-	8,9	73'150,-	8,4	937	6,4	9,0	63'894,-	8,7	9,1
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	117'568,-	13,9	117'568,-	14,1	141'038,-	16,3	506	3,5	4,9	125'698,-	17,1	17,9
Urologen	71'611,-	8,5	69'079,-	8,3	62'650,-	7,2	404	2,8	3,9	56'761,-	7,7	8,1
<b>GESAMT</b>	<b>846'890,-</b>	<b>100,0</b>	<b>834'774,-</b>	<b>100,0</b>	<b>867'692,-</b>	<b>100,0</b>	<b>10377</b>	<b>70,8</b>	<b>100,0</b>	<b>700'854,-</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>
							4288	29,2		34'388,-	4,7	
							<b>14665</b>	<b>100,0</b>		<b>735'242,-</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)

<sup>2</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

Tabelle 1.1 (b): Soll-Umsätze auf Quartalsebene

Fachgruppe	Soll-Umsätze auf Quartalsebene						Zugelassene Fachärzte in Bayern <sup>1</sup>			Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003 <sup>2</sup>		
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)		Anzahl	Anteil der Fach- gruppe an allen Fach- ärzten	Anteil der Fachgruppe innerhalb betrachtetem Arzt Spektrum	Euro	Anteil des Honorar- umsatzes am Gesamt- umsatz	Verteilung innerhalb der betrachteten Fachgruppen
	Euro	%	Euro	%	Euro	%						
Anästhesiologie <sup>3</sup>	58'562,-	6,9	58'358,-	7,0	58'358,-	6,7	456	4,1	4,9	42'041,-	5,1	5,4
Augenheilkunde	66'034,-	7,8	64'256,-	7,7	62'087,-	7,2	795	7,2	8,6	66'711,-	8,1	8,6
Chirurgie	72'698,-	8,6	71'474,-	8,6	71'608,-	8,3	480	4,3	5,2	54'281,-	6,6	7,0
Dermatologie	69'655,-	8,2	68'937,-	8,3	59'853,-	6,9	529	4,8	5,7	47'394,-	5,8	6,1
Frauenheilkunde	60'532,-	7,1	57'892,-	6,9	60'650,-	7,0	1507	13,6	16,2	52'486,-	6,4	6,8
HNO	65'033,-	7,7	64'617,-	7,7	56'158,-	6,5	594	5,4	6,4	57'703,-	7,0	7,5
Innere Medizin, Fachärzte	67'213,-	7,9	63'761,-	7,6	73'579,-	8,5	973	8,8	10,5	98'249,-	12,0	12,7
Neurologie	51'349,-	6,1	53'545,-	6,4	49'521,-	5,7	81	0,7	0,9	51'139,-	6,2	6,6
Psychiatrie	40'350,-	4,8	40'347,-	4,8	49'521,-	5,7	167	1,5	1,8	26'793,-	3,3	3,5
Psychologische Psychotherapie	30'344,-	3,6	30'388,-	3,6	49'521,-	5,7	2000	18,1	21,5	14'677,-	1,8	1,9
Orthopädie	75'943,-	9,0	74'553,-	8,9	73'150,-	8,4	907	8,2	9,8	65'750,-	8,0	8,5
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	117'568,-	13,9	117'568,-	14,1	141'038,-	16,3	421	3,8	4,5	136'574,-	16,7	17,7
Urologen	71'611,-	8,5	69'079,-	8,3	62'650,-	7,2	382	3,5	4,1	59'478,-	7,3	7,7
<b>GESAMT</b>	<b>846'890,-</b>	<b>100,0</b>	<b>834'774,-</b>	<b>100,0</b>	<b>867'692,-</b>	<b>100,0</b>	<b>9292</b>	<b>83,9</b>	<b>100,0</b>	<b>773'276,-</b>	<b>94,4</b>	<b>100,0</b>
							1778	16,1		46'145,-	5,6	
							<b>11070</b>	<b>100,0</b>		<b>819'421,-</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1</sup> Anzahl zugelassener Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>2</sup> Unbereinigter Honorarumsatz zugelassener Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

Tabelle 1.2 (a): Kalkulatorischer Leistungsbedarf

Fachgruppe	Kalkulatorischer Leistungsbedarf auf Quartalsebene						Zugelassene und ermächtigte Fachärzte in Bayern <sup>1</sup>			Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003 <sup>2</sup>		
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)		Anzahl	Anteil der Fach- gruppe an allen Fach- ärzten	Anteil der Fachgruppe innerhalb betrachtetem Arztspektrum	Punkte	Anteil des Honorar- umsatzes am Gesamt- umsatz	Verteilung innerhalb der betrachteten Fachgruppen
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%						
Anästhesiologie <sup>3</sup>	1146'018	6,9	1142'034	7,0	1142'034	6,7	638	4,4	6,1	618'710	4,3	4,5
Augenheilkunde	1292'250	7,8	1257'456	7,7	1215'011	7,2	796	5,4	7,7	1304'058	9,1	9,5
Chirurgie	1422'661	8,6	1398'711	8,6	1401'323	8,3	705	4,8	6,8	774'168	5,4	5,6
Dermatologie	1363'107	8,2	1349'066	8,3	1171'297	6,9	532	3,6	5,1	926'257	6,4	6,8
Frauenheilkunde	1184'584	7,1	1132'916	6,9	1186'881	7,0	1574	10,7	15,2	989'654	6,9	7,2
HNO	1272'657	7,7	1264'526	7,7	1098'975	6,5	599	4,1	5,8	1120'600	7,8	8,2
Innere Medizin, Fachärzte	1315'313	7,9	1247'768	7,6	1439'895	8,5	1303	8,9	12,6	1494'601	10,4	10,9
Neurologie	1004'863	6,1	1047'838	6,4	969'093	5,7	93	0,6	0,9	878'387	6,1	6,4
Psychiatrie	789'633	4,8	789'566	4,8	969'093	5,7	174	1,2	1,7	508'411	3,5	3,7
Psychologische Psychotherapie	593'821	3,6	594'676	3,6	969'093	5,7	2116	14,4	20,4	279'484	1,9	2,0
Orthopädie	1486'155	9,0	1458'953	8,9	1431'513	8,4	937	6,4	9,0	1250'372	8,7	9,1
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	2300'735	13,9	2300'735	14,1	2760'043	16,3	506	3,5	4,9	2459'850	17,1	17,9
Urologen	1401'394	8,5	1351'843	8,3	1226'021	7,2	404	2,8	3,9	1110'787	7,7	8,1
<b>GESAMT</b>	<b>16573'190</b>	<b>100,0</b>	<b>16336'087</b>	<b>100,0</b>	<b>16980'271</b>	<b>100,0</b>	<b>10377</b>	<b>70,8</b>	<b>100,0</b>	<b>13715'337</b>	<b>95,3</b>	<b>100,0</b>
							4288	29,2		672'964	4,7	
							<b>14665</b>	<b>100,0</b>		<b>14388'301</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)<sup>2</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

Tabelle 1.2 (b): Kalkulatorischer Leistungsbedarf

Fachgruppe	Kalkulatorischer Leistungsbedarf auf Quartalsebene						Zugelassene Fachärzte in Bayern <sup>1</sup>			Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003 <sup>2</sup>		
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)		Anzahl	Anteil der Fach- gruppe an allen Fach- ärzten	Anteil der Fachgruppe innerhalb betrachtetem Arztspektrum	Punkte	Anteil des Honorar- umsatzes am Gesamt- umsatz	Verteilung innerhalb der betrachteten Fachgruppen
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%						
Anästhesiologie <sup>3</sup>	1146'018	6,9	1142'034	7,0	1142'034	6,7	456	4,1	4,9	822'720	5,1	5,4
Augenheilkunde	1292'250	7,8	1257'456	7,7	1215'011	7,2	795	7,2	8,6	1305'499	8,1	8,6
Chirurgie	1422'661	8,6	1398'711	8,6	1401'323	8,3	480	4,3	5,2	1062'250	6,6	7,0
Dermatologie	1363'107	8,2	1349'066	8,3	1171'297	6,9	529	4,8	5,7	927'476	5,8	6,1
Frauenheilkunde	1184'584	7,1	1132'916	6,9	1186'881	7,0	1507	13,6	16,2	1027'123	6,4	6,8
HNO	1272'657	7,7	1264'526	7,7	1098'975	6,5	594	5,4	6,4	1129'217	7,0	7,5
Innere Medizin, Fachärzte	1315'313	7,9	1247'768	7,6	1439'895	8,5	973	8,8	10,5	1922'681	12,0	12,7
Neurologie	1004'863	6,1	1047'838	6,4	969'093	5,7	81	0,7	0,9	1000'763	6,2	6,6
Psychiatrie	789'633	4,8	789'566	4,8	969'093	5,7	167	1,5	1,8	524'325	3,3	3,5
Psychologische Psychotherapie	593'821	3,6	594'676	3,6	969'093	5,7	2000	18,1	21,5	287'221	1,8	1,9
Orthopädie	1486'155	9,0	1458'953	8,9	1431'513	8,4	907	8,2	9,8	1286'693	8,0	8,5
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	2300'735	13,9	2300'735	14,1	2760'043	16,3	421	3,8	4,5	2672'681	16,7	17,7
Urologen	1401'394	8,5	1351'843	8,3	1226'021	7,2	382	3,5	4,1	1163'953	7,3	7,7
<b>GESAMT</b>	<b>16573'190</b>	<b>100,0</b>	<b>16336'087</b>	<b>100,0</b>	<b>16980'271</b>	<b>100,0</b>	<b>9292</b>	<b>83,9</b>	<b>100,0</b>	<b>15132'603</b>	<b>94,4</b>	<b>100,0</b>
							1778	16,1		903'034	5,6	
							<b>11070</b>	<b>100,0</b>		<b>16035'637</b>	<b>100,0</b>	

<sup>1</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)<sup>2</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt



**Tabelle 1.3 (a) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(Ist-Honorare auf Basis zugelassener und ermächtigter Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>		Zugelassene und ermächtigte Fachärzte in Bayern <sup>2</sup>	
	KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)		Euro	%	Anzahl	%
	Euro	%	Euro	%	Euro	%				
Anästhesiologie <sup>3</sup>	37'362'237,-	5,9	37'232'351,-	6,0	37'232'351,-	5,5	20'171'053,-	3,8	638	6,1
Augenheilkunde	52'563'064,-	8,3	51'147'774,-	8,2	49'421'319,-	7,3	53'043'340,-	10,1	796	7,7
Chirurgie	51'252'090,-	8,1	50'389'266,-	8,1	50'483'375,-	7,5	27'889'776,-	5,3	705	6,8
Dermatologie	37'056'327,-	5,8	36'674'617,-	5,9	31'841'936,-	4,7	25'180'469,-	4,8	532	5,1
Frauenheilkunde	95'277'762,-	15,0	91'122'016,-	14,7	95'462'518,-	14,1	79'599'280,-	15,2	1574	15,2
HNO	38'954'617,-	6,1	38'705'741,-	6,2	33'638'413,-	5,0	34'300'322,-	6,5	599	5,8
Innere Medizin, Fachärzte	87'577'888,-	13,8	83'080'504,-	13,4	95'872'942,-	14,2	99'515'434,-	19,0	1303	12,6
Neurologie	4'775'411,-	0,8	4'979'641,-	0,8	4'605'418,-	0,7	4'174'358,-	0,8	93	0,9
Psychiatrie	7'020'944,-	1,1	7'020'344,-	1,1	8'616'589,-	1,3	4'520'488,-	0,9	174	1,7
Psychologische Psychotherapie	64'208'433,-	10,1	64'300'911,-	10,3	104'785'650,-	15,5	30'219'897,-	5,8	2116	20,4
Orthopädie	71'158'123,-	11,2	69'855'693,-	11,2	68'541'864,-	10,1	59'868'678,-	11,4	937	9,0
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	59'489'172,-	9,4	59'489'172,-	9,6	71'365'325,-	10,5	63'603'368,-	12,1	506	4,9
Urologen	28'930'945,-	4,6	27'907'996,-	4,5	25'310'466,-	3,7	22'931'524,-	4,4	404	3,9
<b>GESAMT</b>	<b>635'627'011,-</b>	<b>100,0</b>	<b>621'906'026,-</b>	<b>100,0</b>	<b>677'178'166,-</b>	<b>100,0</b>	<b>525'017'987,-</b>	<b>100,0</b>	<b>10377</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeittätige Fachärzte)

<sup>2</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

**Tabelle 1.3 (b) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(Ist-Honorare auf Basis zugelassener Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>		Zugelassene Fachärzte in Bayern <sup>2</sup>	
	KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)		Euro	%	Anzahl	%
	Euro	%	Euro	%	Euro	%				
Anästhesiologie <sup>3</sup>	26'704'044,-	4,7	26'611'210,-	4,8	26'611'210,-	4,4	19'170'696,-	3,8	456	4,9
Augenheilkunde	52'497'030,-	9,3	51'083'518,-	9,3	49'359'232,-	8,2	53'035'245,-	10,4	795	8,6
Chirurgie	34'895'040,-	6,2	34'307'585,-	6,2	34'371'659,-	5,7	26'054'880,-	5,1	480	5,2
Dermatologie	36'847'363,-	6,5	36'467'805,-	6,6	31'662'376,-	5,3	25'071'426,-	4,9	529	5,7
Frauenheilkunde	91'222'101,-	16,2	87'243'252,-	15,8	91'398'993,-	15,3	79'096'402,-	15,5	1507	16,2
HNO	38'629'454,-	6,9	38'382'655,-	7,0	33'357'625,-	5,6	34'275'582,-	6,7	594	6,4
Innere Medizin, Fachärzte	65'397'763,-	11,6	62'039'394,-	11,2	71'591'997,-	11,9	95'596'277,-	18,7	973	10,5
Neurologie	4'159'229,-	0,7	4'337'107,-	0,8	4'011'171,-	0,7	4'142'259,-	0,8	81	0,9
Psychiatrie	6'738'492,-	1,2	6'737'917,-	1,2	8'269'945,-	1,4	4'474'431,-	0,9	167	1,8
Psychologische Psychotherapie	60'688'500,-	10,8	60'775'909,-	11,0	99'041'257,-	16,5	29'354'000,-	5,8	2000	21,5
Orthopädie	68'879'848,-	12,2	67'619'118,-	12,3	66'347'354,-	11,1	59'635'250,-	11,7	907	9,8
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	49'495'932,-	8,8	49'495'932,-	9,0	59'377'078,-	9,9	57'497'654,-	11,3	421	4,5
Urologen	27'355'498,-	4,9	26'388'254,-	4,8	23'932'173,-	4,0	22'720'596,-	4,5	382	4,1
<b>GESAMT</b>	<b>563'510'290,-</b>	<b>100,0</b>	<b>551'489'654,-</b>	<b>100,0</b>	<b>599'332'071,-</b>	<b>100,0</b>	<b>510'124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>9292</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeittätige Fachärzte)

<sup>2</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

**Tabelle 1.4 (a) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(Ist-Honorare auf Basis zugelassener und ermächtigter Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>		Zugelassene und ermächtigte Fachärzte in Bayern <sup>2</sup>	
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)					
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%	Anzahl	%
Anästhesiologie <sup>3</sup>	731'159'237	5,9	728'617'435	6,0	728'617'435	5,5	394'736'858	3,8	638	6,1
Augenheilkunde	1028'631'389	8,3	1000'934'908	8,2	967'149'103	7,3	1038'030'146	10,1	796	7,7
Chirurgie	1002'976'321	8,1	986'091'304	8,1	987'932'969	7,5	545'788'186	5,3	705	6,8
Dermatologie	725'172'740	5,8	717'702'877	5,9	623'129'855	4,7	492'768'468	4,8	532	5,1
Frauenheilkunde	1864'535'450	15,0	1783'209'714	14,7	1868'151'044	14,1	1557'715'845	15,2	1574	15,2
HNO	762'321'277	6,1	757'450'900	6,2	658'285'973	5,0	671'239'179	6,5	599	5,8
Innere Medizin, Fachärzte	1713'852'984	13,8	1625'841'568	13,4	1876'182'818	14,2	1947'464'453	19,0	1303	12,6
Neurologie	93'452'260	0,8	97'448'942	0,8	90'125'606	0,7	81'689'978	0,8	93	0,9
Psychiatrie	137'396'155	1,1	137'384'430	1,1	168'622'101	1,3	88'463'562	0,9	174	1,7
Psychologische Psychotherapie	1256'525'108	10,1	1258'334'857	10,3	2050'599'804	15,5	591'387'425	5,8	2116	20,4
Orthopädie	1392'526'859	11,2	1367'038'992	11,2	1341'328'062	10,1	1171'598'386	11,4	937	9,0
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	1164'171'663	9,4	1164'171'663	9,6	1396'581'695	10,5	1244'684'305	12,1	506	4,9
Urologen	566'163'307	4,6	546'144'736	4,5	495'312'438	3,7	448'757'805	4,4	404	3,9
<b>GESAMT</b>	<b>12438'884'750</b>	<b>100,0</b>	<b>12170'372'325</b>	<b>100,0</b>	<b>13252'018'902</b>	<b>100,0</b>	<b>10274'324'594</b>	<b>100,0</b>	<b>10377</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>2</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichge

**Tabelle 1.4 (b) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(Ist-Honorare auf Basis zugelassener Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>		Zugelassene Fachärzte in Bayern <sup>2</sup>	
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)					
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%	Anzahl	%
Anästhesiologie <sup>3</sup>	522'584'031	4,7	520'767'320	4,8	520'767'320	4,4	375'160'391	3,8	456	4,9
Augenheilkunde	1027'339'139	9,3	999'677'452	9,3	965'934'092	8,2	1037'871'722	10,4	795	8,6
Chirurgie	682'877'495	6,2	671'381'313	6,2	672'635'213	5,7	509'880'235	5,1	480	5,2
Dermatologie	721'083'420	6,5	713'655'680	6,6	619'615'965	5,3	490'634'560	4,9	529	5,7
Frauenheilkunde	1785'168'312	16,2	1707'304'345	15,8	1788'630'002	15,3	1547'874'795	15,5	1507	16,2
HNO	755'957'994	6,9	751'128'272	7,0	652'791'098	5,6	670'755'029	6,7	594	6,4
Innere Medizin, Fachärzte	1279'799'658	11,6	1214'078'162	11,2	1401'017'561	11,9	1870'768'630	18,7	973	10,5
Neurologie	81'393'904	0,7	84'874'885	0,8	78'496'495	0,7	81'061'820	0,8	81	0,9
Psychiatrie	131'868'723	1,2	131'857'470	1,2	161'838'453	1,4	87'562'250	0,9	167	1,8
Psychologische Psychotherapie	1187'641'879	10,8	1189'352'417	11,0	1938'185'069	16,5	574'442'270	5,8	2000	21,5
Orthopädie	1347'942'221	12,2	1323'270'401	12,3	1298'382'660	11,1	1167'030'333	11,7	907	9,8
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>4</sup>	968'609'230	8,8	968'609'230	9,0	1161'978'050	9,9	1125'198'708	11,3	421	4,5
Urologen	535'332'632	4,9	516'404'181	4,8	468'339'979	4,0	444'630'059	4,5	382	4,1
<b>GESAMT</b>	<b>11027'598'638</b>	<b>100,0</b>	<b>10792'361'128</b>	<b>100,0</b>	<b>11728'611'958</b>	<b>100,0</b>	<b>9982'870'802</b>	<b>100,0</b>	<b>9292</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>2</sup> Anzahl Fachärzte in Bayern Gesamt (zugelassene und ermächtigte Fachärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>4</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

**Tabelle 1.5 (a) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(normiert; Ist-Honorare auf Basis zugelassener und ermächtigter Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Fachärzte in Bayern	Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>	
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)			Euro	%
	Euro	%	Euro	%	Euro	%			
Anästhesiologie <sup>2</sup>	30'860'624,-	5,9	31'431'845,-	6,0	28'866'338,-	5,5	5,3	20'171'053,-	3,8
Augenheilkunde	43'416'270,-	8,3	43'179'355,-	8,2	38'316'477,-	7,3	10,2	53'043'340,-	10,1
Chirurgie	42'333'426,-	8,1	42'539'017,-	8,1	39'139'891,-	7,5	5,9	27'889'776,-	5,3
Dermatologie	30'607'948,-	5,8	30'961'002,-	5,9	24'687'135,-	4,7	6,6	25'180'469,-	4,8
Frauenheilkunde	78'697'943,-	15,0	76'925'927,-	14,7	74'012'338,-	14,1	19,1	79'599'280,-	15,2
HNO	32'175'906,-	6,1	32'675'693,-	6,2	26'079'949,-	5,0	7,6	34'300'322,-	6,5
Innere Medizin, Fachärzte	72'337'968,-	13,8	70'137'219,-	13,4	74'330'540,-	14,2	10,6	99'515'434,-	19,0
Neurologie	3'944'415,-	0,8	4'203'852,-	0,8	3'570'593,-	0,7	0,9	4'174'358,-	0,8
Psychiatrie	5'799'190,-	1,1	5'926'630,-	1,1	6'680'464,-	1,3	1,9	4'520'488,-	0,9
Psychologische Psychotherapie	53'035'163,-	10,1	54'283'338,-	10,3	81'240'586,-	15,5	10,7	30'219'897,-	5,8
Orthopädie	58'775'498,-	11,2	58'972'728,-	11,2	53'140'685,-	10,1	11,6	59'868'678,-	11,4
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>3</sup>	49'137'127,-	9,4	50'221'230,-	9,6	55'329'721,-	10,5	4,6	63'603'368,-	12,1
Urologen	23'896'509,-	4,6	23'560'151,-	4,5	19'623'270,-	3,7	4,9	22'931'524,-	4,4
<b>GESAMT</b>	<b>525'017'987,-</b>	<b>100,0</b>	<b>525'017'987,-</b>	<b>100,0</b>	<b>525'017'987,-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>525'017'987,-</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>2</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>3</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleiches

**Tabelle 1.5 (b) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(normiert; Ist-Honorare auf Basis zugelassener Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Fachärzte in Bayern	Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>	
	KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten- grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungs- daten zu 2000 (von 2004)			Euro	%
	Euro	%	Euro	%	Euro	%			
Anästhesiologie <sup>2</sup>	24'174'168,-	4,7	24'615'213,-	4,8	22'650'274,-	4,4	5,3	19'170'696,-	3,8
Augenheilkunde	47'523'589,-	9,3	47'251'955,-	9,3	42'012'374,-	8,2	10,2	53'035'245,-	10,4
Chirurgie	31'589'169,-	6,2	31'734'315,-	6,2	29'255'622,-	5,7	5,9	26'054'880,-	5,1
Dermatologie	33'356'533,-	6,5	33'732'506,-	6,6	26'949'601,-	5,3	6,6	25'071'426,-	4,9
Frauenheilkunde	82'579'941,-	16,2	80'699'497,-	15,8	77'794'742,-	15,3	19,1	79'096'402,-	15,5
HNO	34'969'793,-	6,9	35'503'731,-	7,0	28'392'521,-	5,6	7,6	34'275'582,-	6,7
Innere Medizin, Fachärzte	59'202'138,-	11,6	57'386'076,-	11,2	60'935'911,-	11,9	10,6	95'596'277,-	18,7
Neurologie	3'765'193,-	0,7	4'011'798,-	0,8	3'414'130,-	0,7	0,9	4'142'259,-	0,8
Psychiatrie	6'100'103,-	1,2	6'232'533,-	1,2	7'039'008,-	1,4	1,9	4'474'431,-	0,9
Psychologische Psychotherapie	54'939'019,-	10,8	56'217'359,-	11,0	84'299'496,-	16,5	10,7	29'354'000,-	5,8
Orthopädie	62'354'339,-	12,2	62'547'287,-	12,3	56'471'905,-	11,1	11,6	59'635'250,-	11,7
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>3</sup>	44'806'808,-	8,8	45'783'447,-	9,0	50'539'118,-	9,9	4,6	57'497'654,-	11,3
Urologen	24'763'904,-	4,9	24'408'980,-	4,8	20'369'997,-	4,0	4,9	22'720'596,-	4,5
<b>GESAMT</b>	<b>510'124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>510'124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>510'124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>510'124'698,-</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Fachärzte)

<sup>2</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>3</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleiches

**Tabelle 1.6 (a) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(normiert; Ist-Honorare auf Basis zugelassener und ermächtigter Fachärzte)

Fachgruppe	Facharzt-AGT						Fachärzte in Bayern	Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>	
	KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)			Punkte	%
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%			
Anästhesiologie <sup>2</sup>	394'736'858	5,9	615'104'603	6,0	564'898'986	5,5	5,3	394'736'858	3,8
Augenheilkunde	849'633'468	8,3	844'997'168	8,2	749'833'206	7,3	10,2	1038'030'146	10,1
Chirurgie	828'442'781	8,1	832'466'079	8,1	765'946'991	7,5	5,9	545'788'186	5,3
Dermatologie	598'981'361	5,8	605'890'446	5,9	483'114'191	4,7	6,6	492'768'468	4,8
Frauenheilkunde	1540'077'171	15,0	1505'399'747	14,7	1448'382'346	14,1	19,1	1557'715'845	15,2
HNO	629'665'472	6,1	639'446'042	6,2	510'370'820	5,0	7,6	671'239'179	6,5
Innere Medizin, Fachärzte	1415'615'806	13,8	1372'548'313	13,4	1454'609'400	14,2	10,6	1947'464'453	19,0
Neurologie	77'190'108	0,8	82'267'167	0,8	69'874'616	0,7	0,9	81'689'978	0,8
Psychiatrie	113'487'079	1,1	115'981'022	1,1	130'733'152	1,3	1,9	88'463'562	0,9
Psychologische Psychotherapie	1037'870'121	10,1	1062'296'241	10,3	1589'835'341	15,5	10,7	591'387'425	5,8
Orthopädie	1150'205'444	11,2	1154'065'131	11,2	1039'935'122	10,1	11,6	1171'598'386	11,4
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>3</sup>	961'587'617	9,4	982'802'927	9,6	1082'773'407	10,5	4,6	1244'684'305	12,1
Urologen	467'642'052	4,6	461'059'706	4,5	384'017'017	3,7	4,9	448'757'805	4,4
<b>GESAMT</b>	<b>10274'324'594</b>	<b>100,0</b>	<b>10274'324'594</b>	<b>100,0</b>	<b>10274'324'594</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>10274'324'594</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeittätige Fachärzte)

<sup>2</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>3</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichg

**Tabelle 1.6 (b) AGT im fachärztlichen Bereich**  
(normiert; Ist-Honorare auf Basis zugelassener Fachärzte)

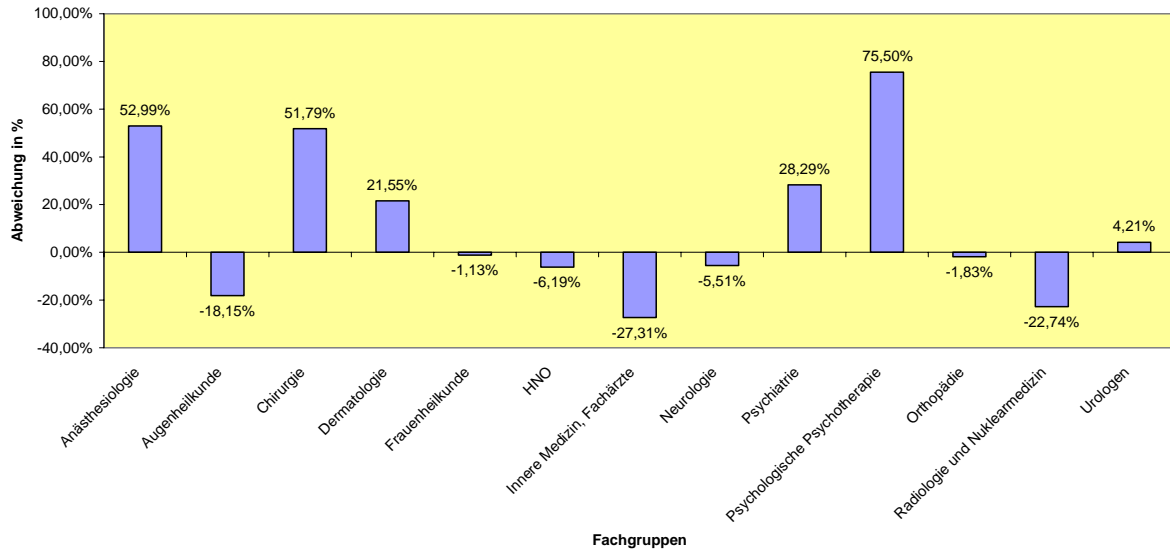
Fachgruppe	Facharzt-AGT						Fachärzte in Bayern	Honorarumsatz SIS Quartal 1/2003 <sup>1</sup>	
	KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2004)		KBV-Daten-grundlage zu 2000 (von 2000/2002)		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)			Punkte	%
	Punkte	%	Punkte	%	Punkte	%			
Anästhesiologie <sup>2</sup>	473'075'693	4,7	481'706'720	4,8	443'253'890	4,4	5,3	375'160'391	3,8
Augenheilkunde	930'011'531	9,3	924'695'785	9,3	822'159'969	8,2	10,2	1037'871'722	10,4
Chirurgie	618'183'344	6,2	621'023'781	6,2	572'517'059	5,7	5,9	509'880'235	5,1
Dermatologie	652'769'733	6,5	660'127'322	6,6	527'389'443	5,3	6,6	490'634'560	4,9
Frauenheilkunde	1616'045'814	16,2	1579'246'515	15,8	1522'401'994	15,3	19,1	1547'874'795	15,5
HNO	684'340'375	6,9	694'789'250	7,0	555'626'635	5,6	7,6	670'755'029	6,7
Innere Medizin, Fachärzte	1158'554'555	11,6	1123'015'186	11,2	1192'483'591	11,9	10,6	1870'768'630	18,7
Neurologie	73'682'844	0,7	78'508'771	0,8	66'812'712	0,7	0,9	81'061'820	0,8
Psychiatrie	119'375'801	1,2	121'967'387	1,2	137'749'665	1,4	1,9	87'562'250	0,9
Psychologische Psychotherapie	1075'127'580	10,8	1100'144'016	11,0	1649'696'589	16,5	10,7	574'442'270	5,8
Orthopädie	1220'241'458	12,2	1224'017'367	12,3	1105'125'346	11,1	11,6	1167'030'333	11,7
Radiologie und Nuklearmedizin <sup>3</sup>	876'845'550	8,8	895'957'861	9,0	989'023'833	9,9	4,6	1125'198'708	11,3
Urologen	484'616'522	4,9	477'670'841	4,8	398'630'078	4,0	4,9	444'630'059	4,5
<b>GESAMT</b>	<b>9982'870'802</b>	<b>100,0</b>	<b>9982'870'802</b>	<b>100,0</b>	<b>9982'870'802</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>9982'870'802</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Unbereinigter Honorarumsatz aller Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeittätige Fachärzte)

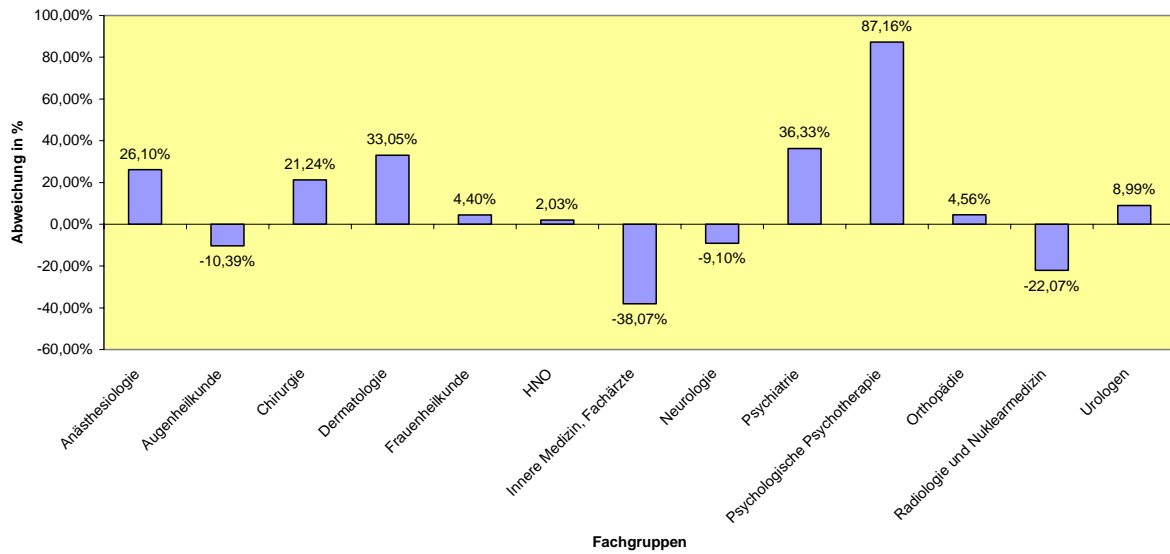
<sup>2</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleichgesetzt

<sup>3</sup> Radiologie-Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) mit Sollumsatz auf Basis KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002) gleiches

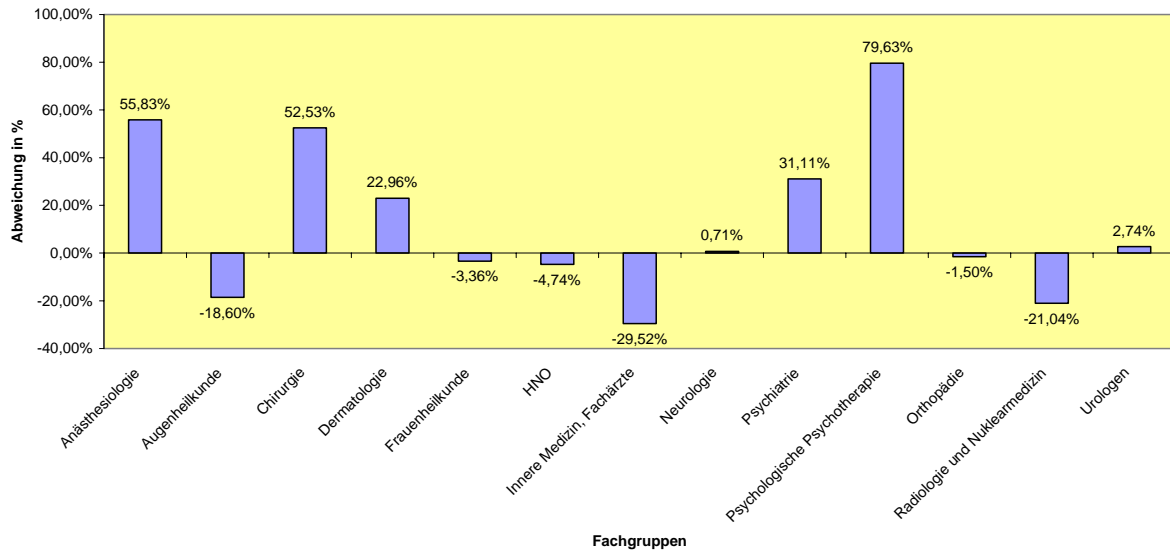
**Abweichung des Soll-Umsatzes gemäss KBV-Datengrundlage zu 2000 von 2004 vom Ist-Honorarumsatz zugelassener und ermächtigter Fachärzte in Bayern**



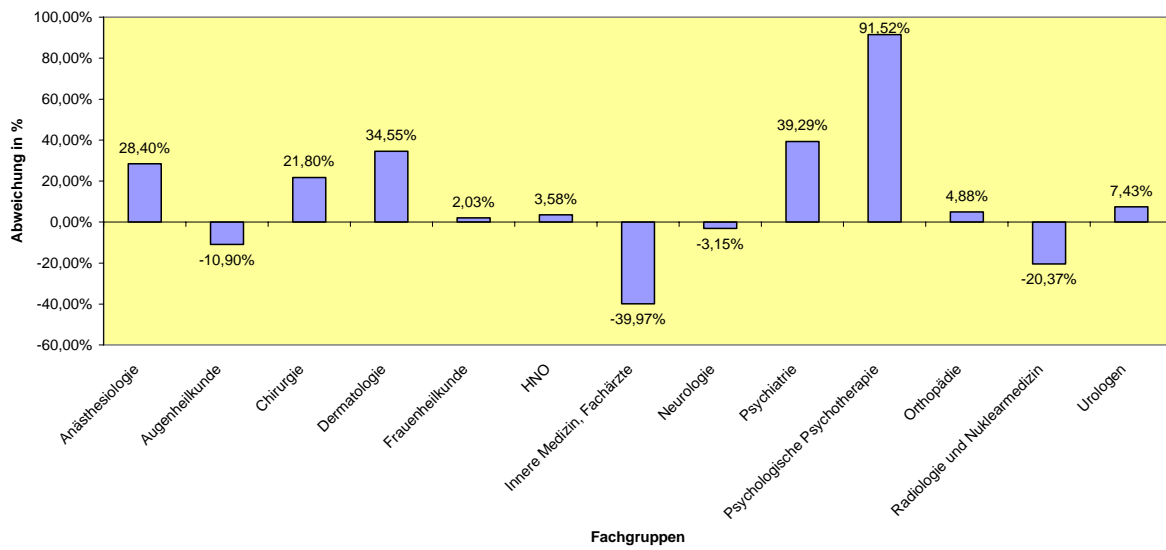
**Abweichung des Soll-Umsatzes gemäss KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004) vom Ist-Honorarumsatz zugelassener Fachärzte in Bayern**



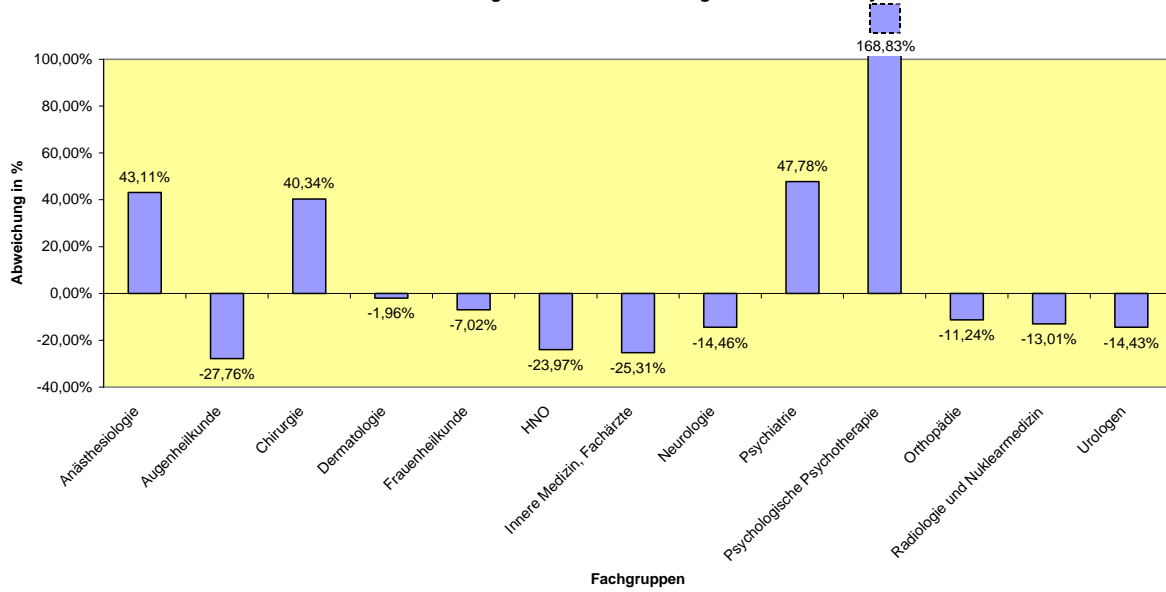
Abweichung des Soll-Umsatzes der KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002)  
vom Ist-Honorarumsatz zugelassener und ermächtigter Fachärzte in Bayern



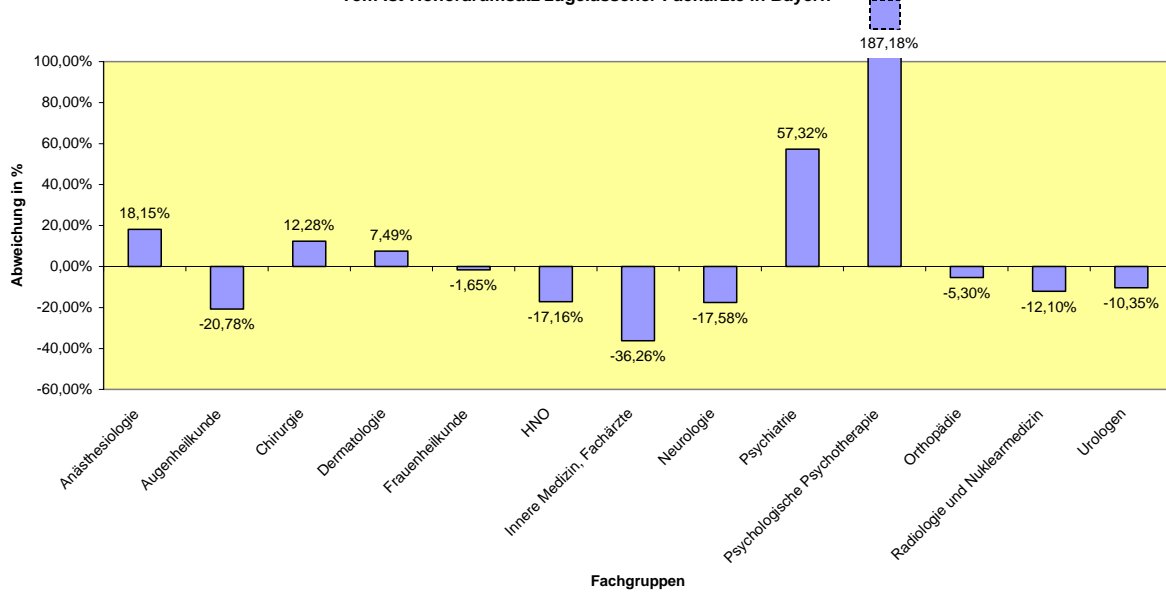
Abweichung des Soll-Umsatzes der KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000 / 2002)  
vom Ist-Honorarumsatz zugelassener Fachärzte in Bayern



Abweichung des Soll-Umsatzes der STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)  
vom Ist-Honorarumsatz zugelassener und ermächtigter Fachärzte in Bayern



Abweichung des Soll-Umsatzes der STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 von 2002  
vom Ist-Honorarumsatz zugelassener Fachärzte in Bayern



## Abweichung der Soll-Umsätze von den Ist-Umsätzen

Fachgruppe	KBV-Datengrundlage zu 2000		STABS-Datengrundlage zu 2000 (Stand: 2000 / 2002)		STATIS-Erhebungsdaten zu 2000		Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003 <sup>2</sup>
	KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004; Abweichung in %)	KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2004)	KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000/2002)	KBV-Datengrundlage zu 2000 (von 2000/2002; Abweichung in %)	STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004)	STATIS-Erhebungsdaten zu 2000 (von 2004; Abweichung in %)	Honorarumsatz SIS Quartal 01/2003
Anästhesiologie	26,10%	24'174'168,-	24615'213,-	28,40%	22650'274,-	18,15%	19170'696,-
Augenheilkunde	-10,39%	47'523'589,-	47251'955,-	-10,90%	42012'374,-	-20,78%	53035'245,-
Chirurgie	21,24%	31'589'169,-	31734'315,-	21,80%	29255'622,-	12,28%	26054'880,-
Dermatologie	33,05%	33'356'533,-	33732'506,-	34,55%	26949'601,-	7,49%	25071'426,-
Frauenheilkunde	4,40%	82'579'941,-	80699'497,-	2,03%	77794'742,-	-1,65%	79096'402,-
HNO	2,03%	34'969'793,-	35503'731,-	3,58%	28392'521,-	-17,16%	34275'582,-
Innere Medizin, Fachärzte	-38,07%	59'202'138,-	57386'076,-	-39,97%	60935'911,-	-36,26%	95596'277,-
Neurologie	-9,10%	3'765'193,-	4011'798,-	-3,15%	3414'130,-	-17,58%	4142'259,-
Psychiatrie	36,33%	6'100'103,-	6232'533,-	39,29%	7039'008,-	57,32%	4474'431,-
Psychologische Psychotherapie	87,16%	54'939'019,-	56217'359,-	91,52%	84299'496,-	187,18%	29354'000,-
Orthopädie	4,56%	62'354'339,-	62547'287,-	4,88%	56471'905,-	-5,30%	59635'250,-
Radiologie und Nuklearmedizin	-22,07%	44'806'808,-	45783'447,-	-20,37%	50539'118,-	-12,10%	57497'654,-
Urologen	8,99%	24'763'904,-	24408'980,-	7,43%	20369'997,-	-10,35%	22720'596,-
<b>GESAMT</b>	<b>10000,00%</b>	<b>510124'698,-</b>	<b>510124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>510124'698,-</b>	<b>100,0</b>	<b>773'276,-</b>
							46'145,-
							<b>819'421,-</b>

<sup>1</sup> Anzahl zugelassener Fachärzte in Bayern

<sup>2</sup> Unbereinigter Honorarumsatz zugelassener Fachärzte in Bayern (einschliesslich teilzeitliche Ärzte)

<sup>3</sup> Anästhesie-Sollumsatz STATIS 2000 mit Sollumsatz STABS 2000 gleichgesetzt

<sup>4</sup> ZI-Angaben beziehen sich auf hausärztliche Internisten

<sup>5</sup> ZI-Angaben beziehen sich auf Nervenärzte

<sup>6</sup> Radiologie-Sollumsatz KBV mit Sollumsatz STABS gleichgesetzt



## Anhang 2

Abb. A1: Anästhesisten - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

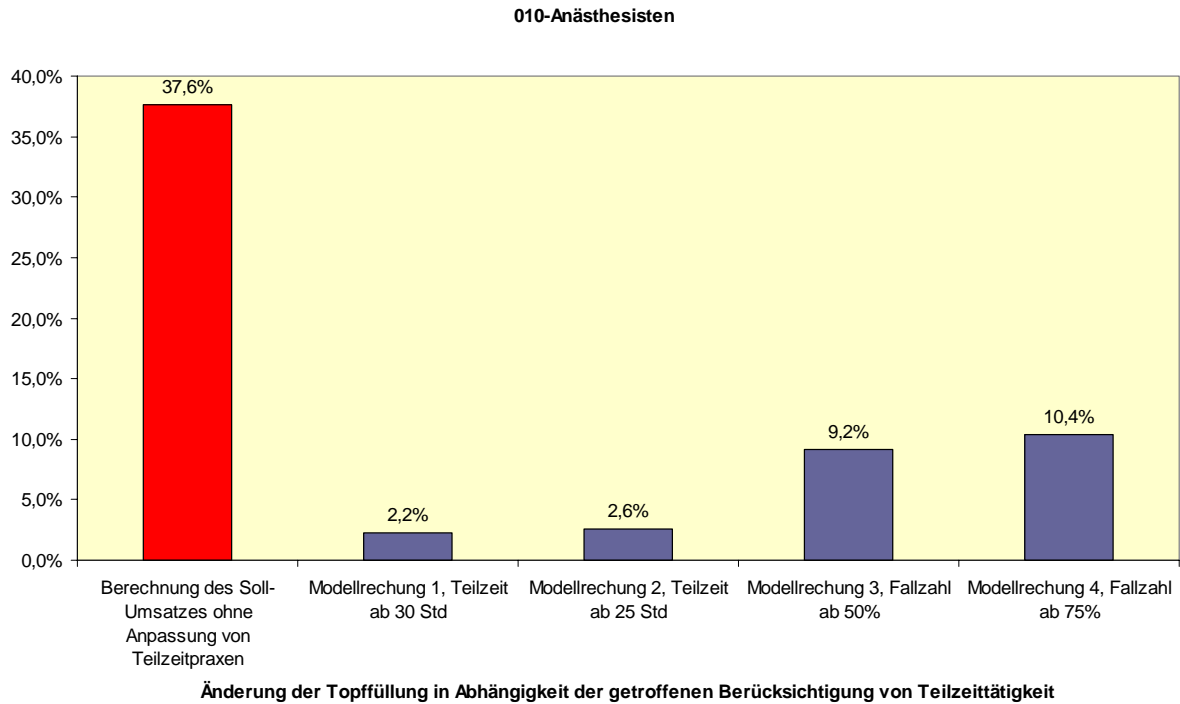


Abb. A2: Augenärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

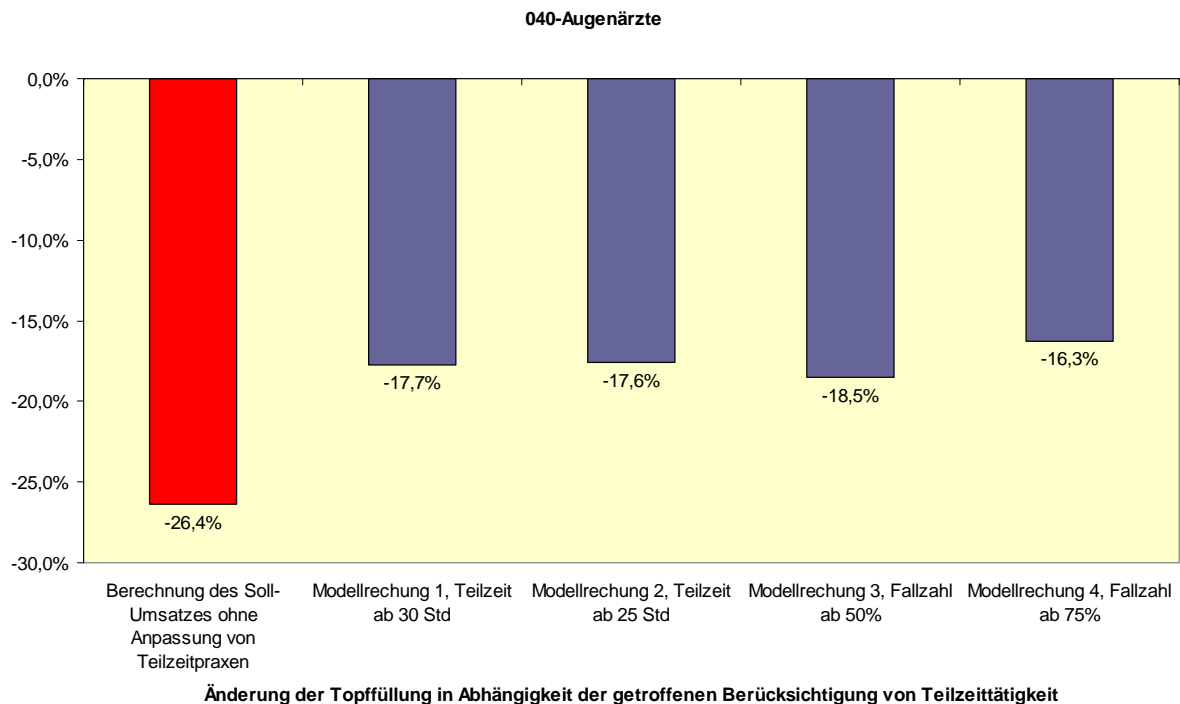


Abb. A3: Chirurgen - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

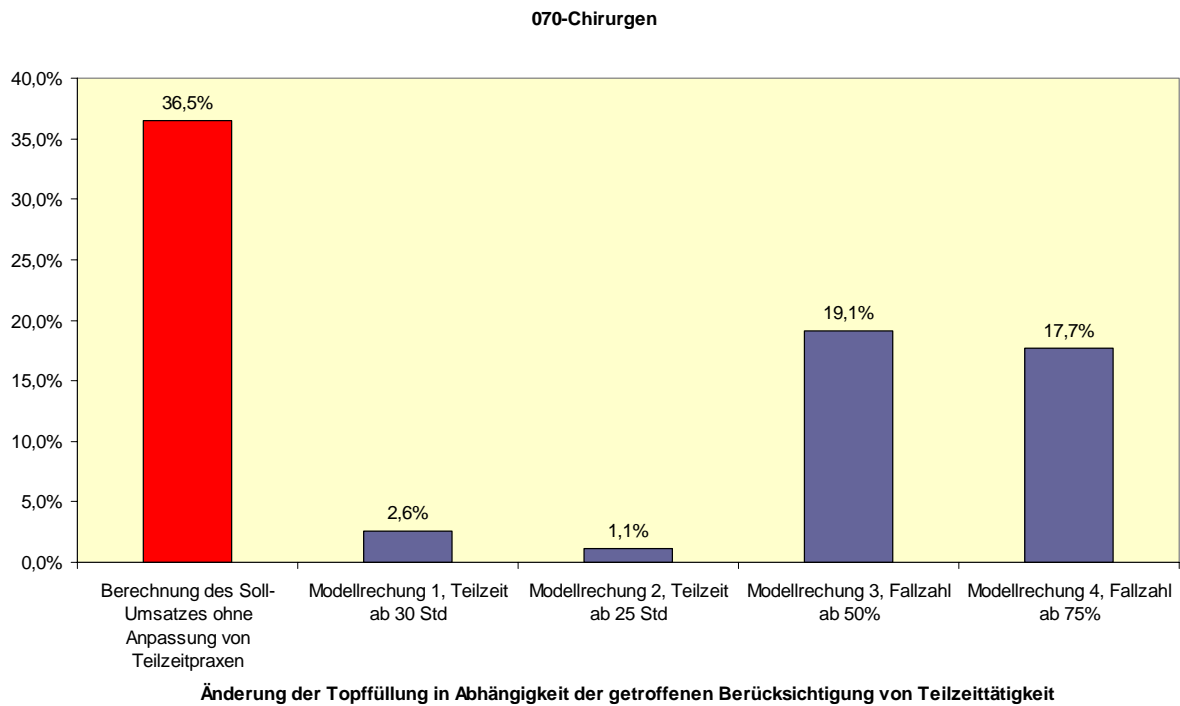


Abb. A4: Frauenärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

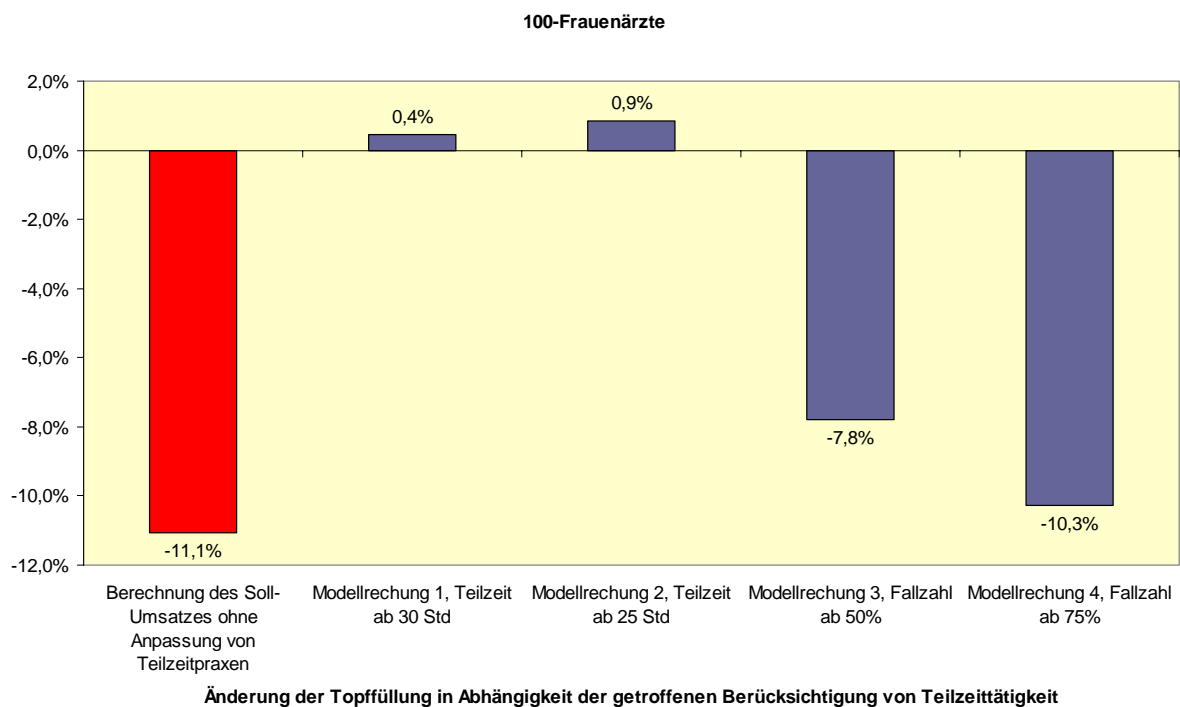


Abb. A5: HNO-Ärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

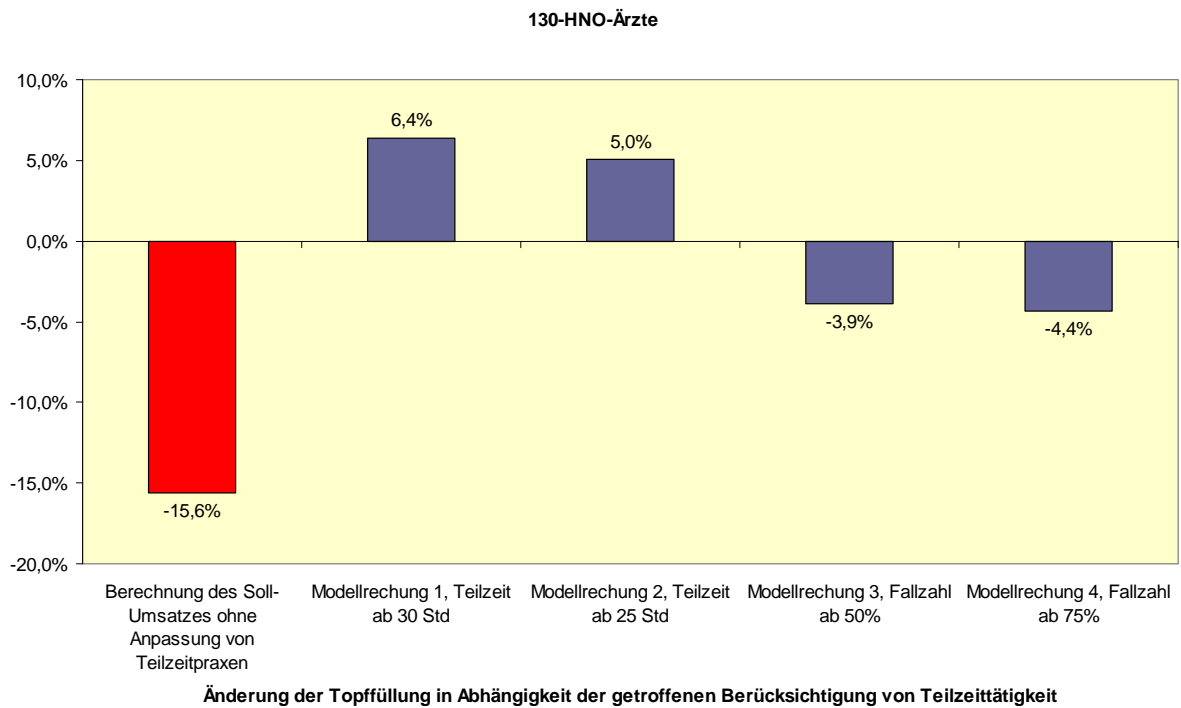


Abb. A6: Hautärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

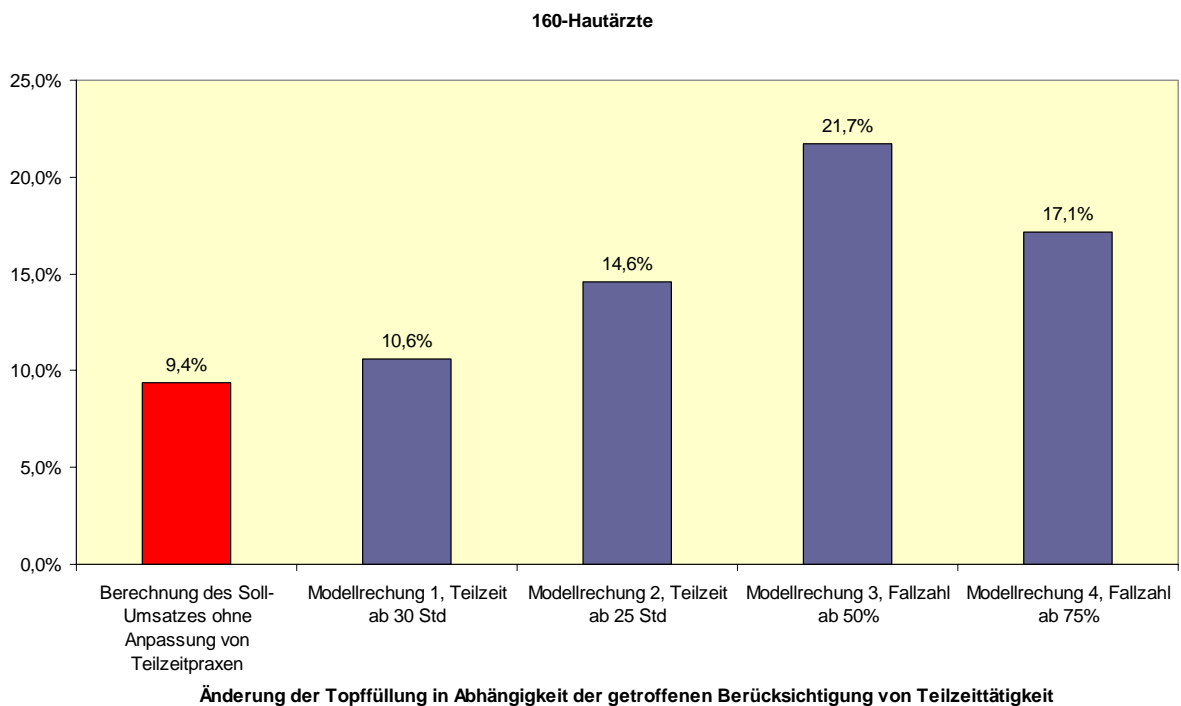


Abb. A7: hausärztliche Internisten - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

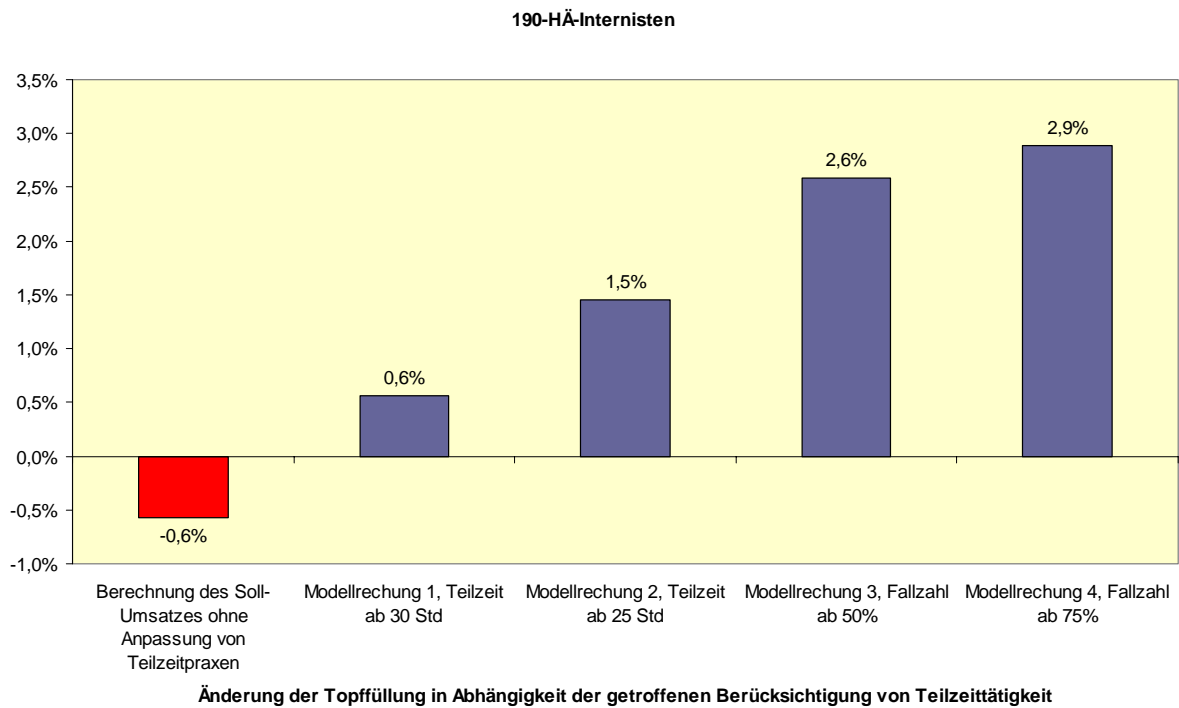


Abb. A8: fachärztliche Internisten - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

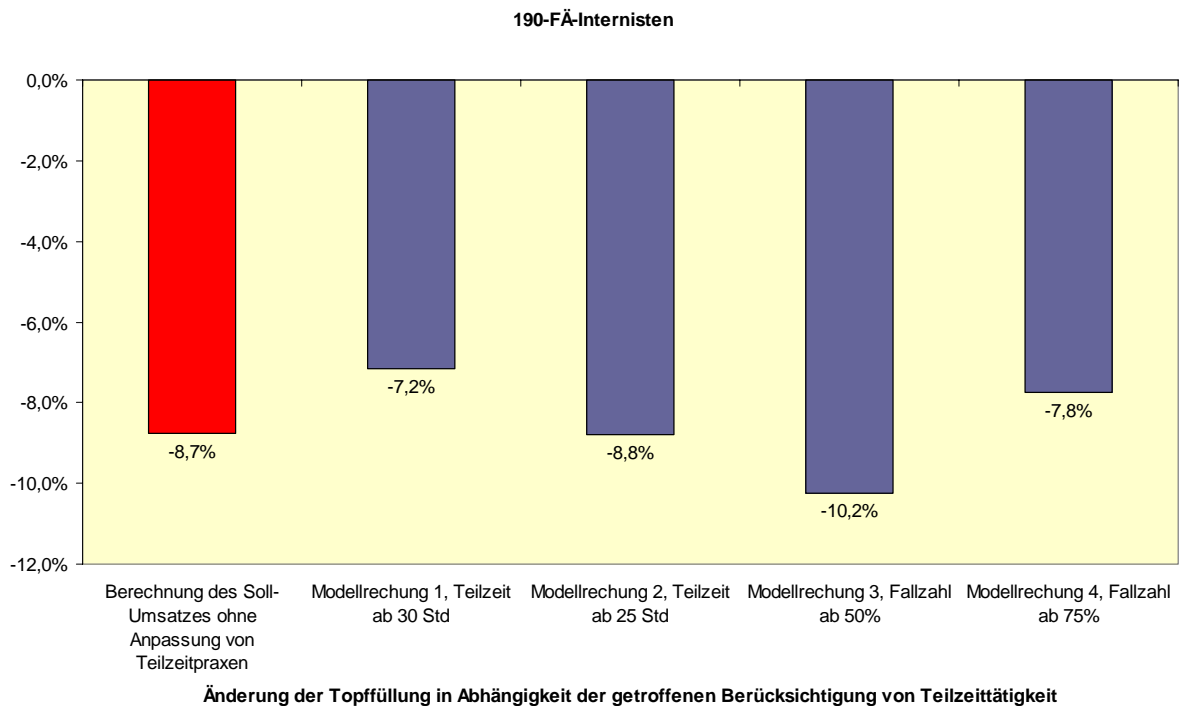


Abb. A9: Internisten (sonstige) - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

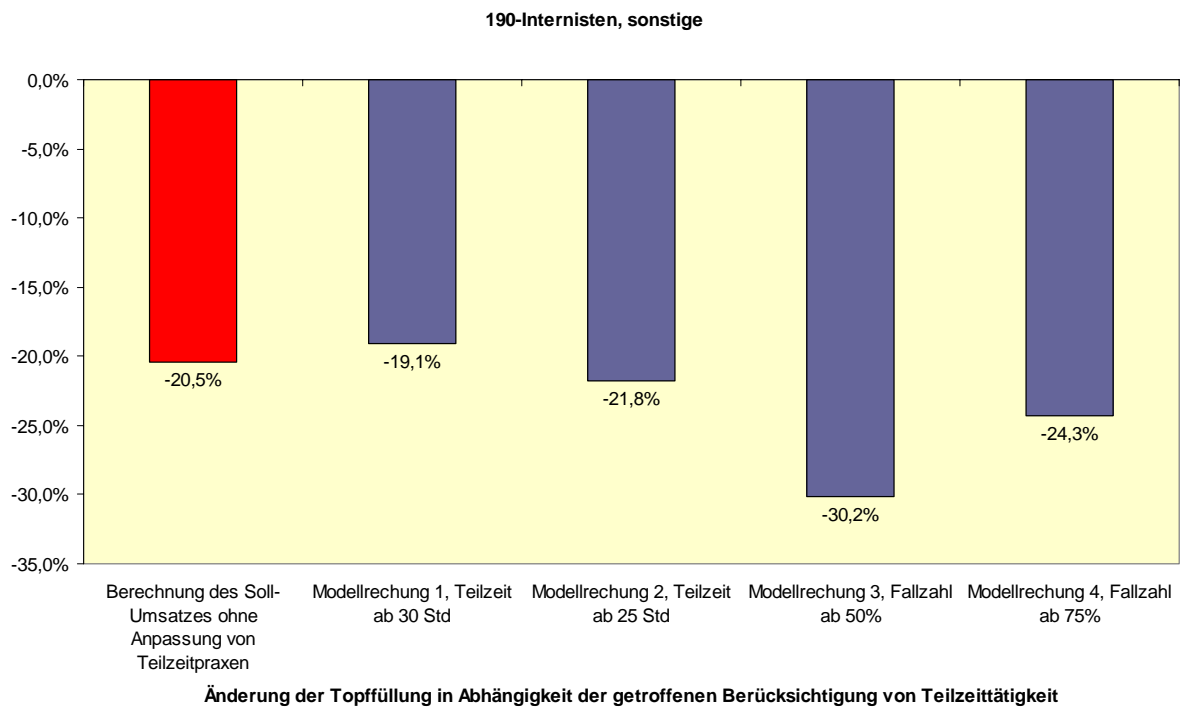


Abb. A10: Internisten mit Schwerpunkt Angiologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

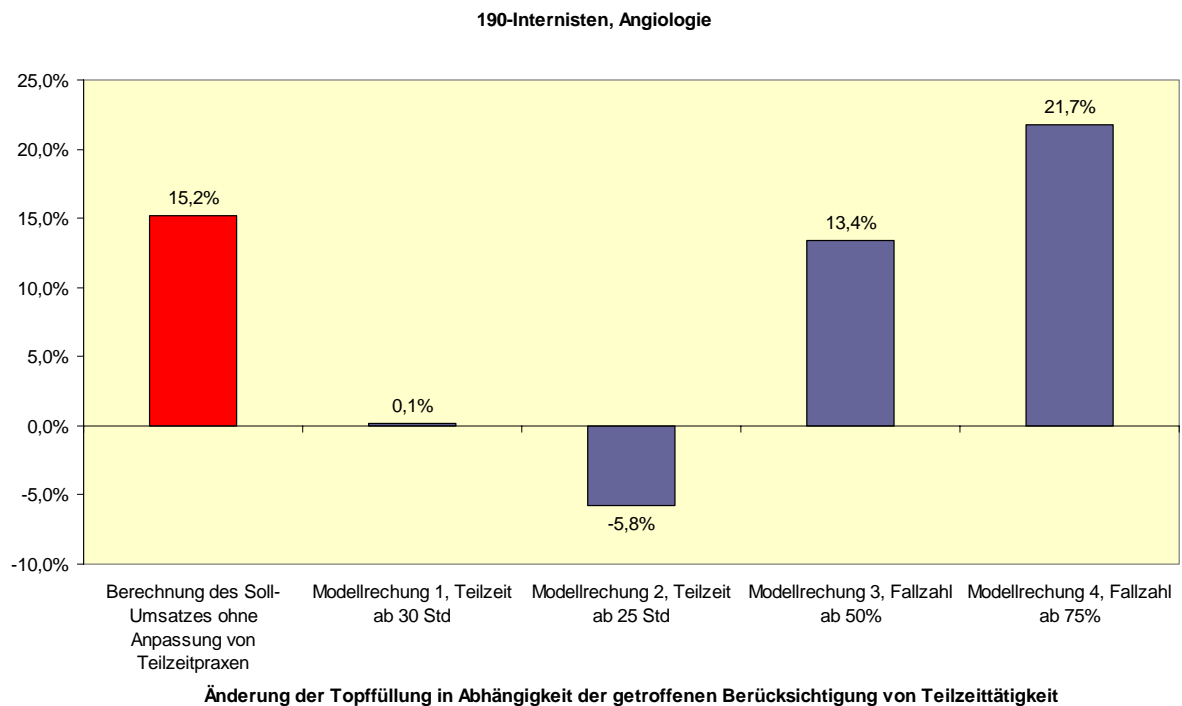


Abb. A11: Internisten mit Schwerpunkt Endokrinologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

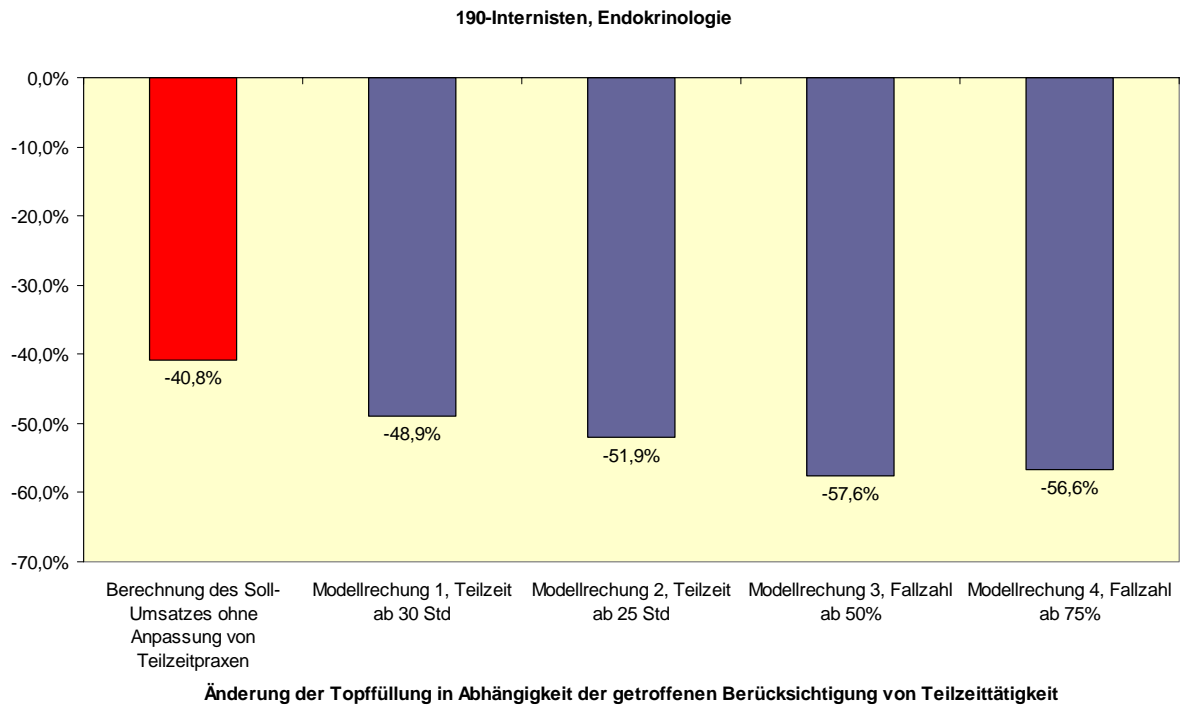


Abb. A12: Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

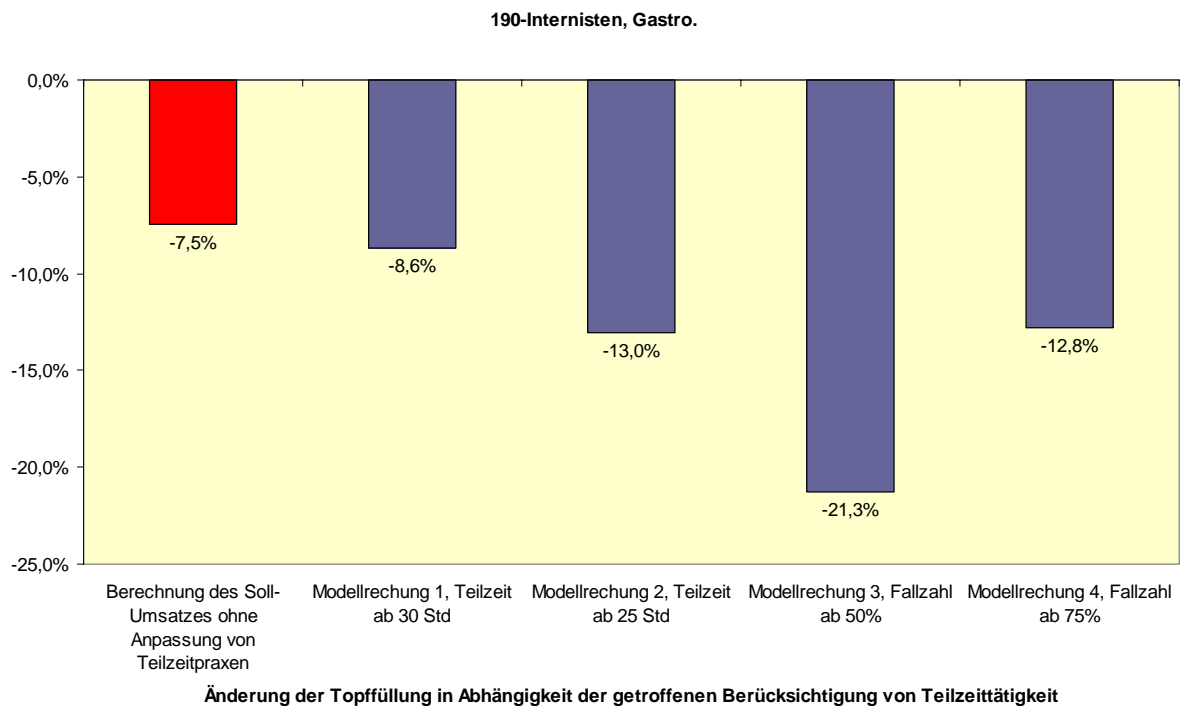


Abb. A13: Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

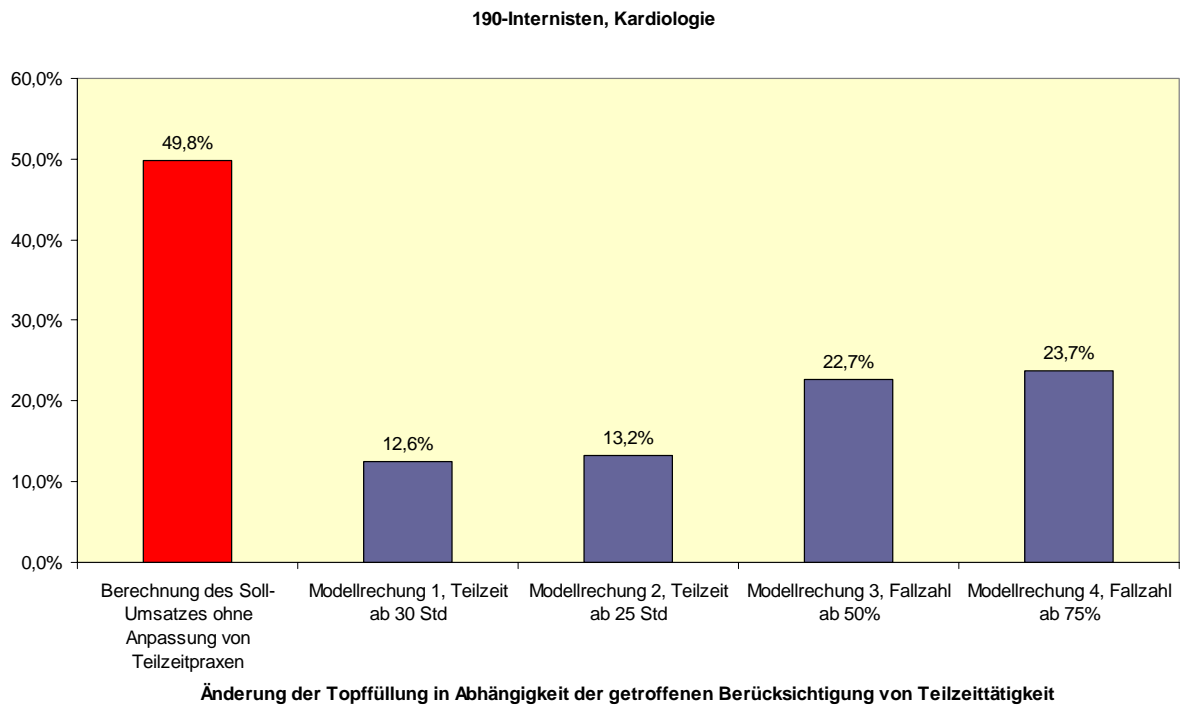


Abb. A14: Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie (invasiv) - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

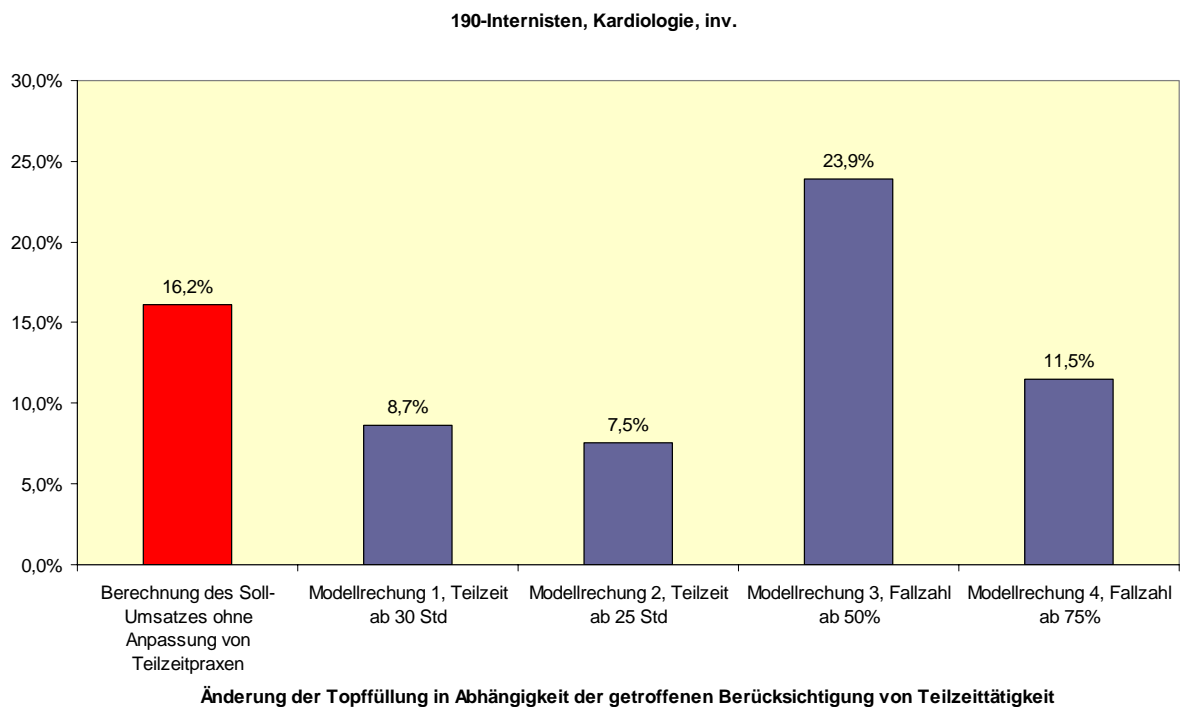


Abb. A15: Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

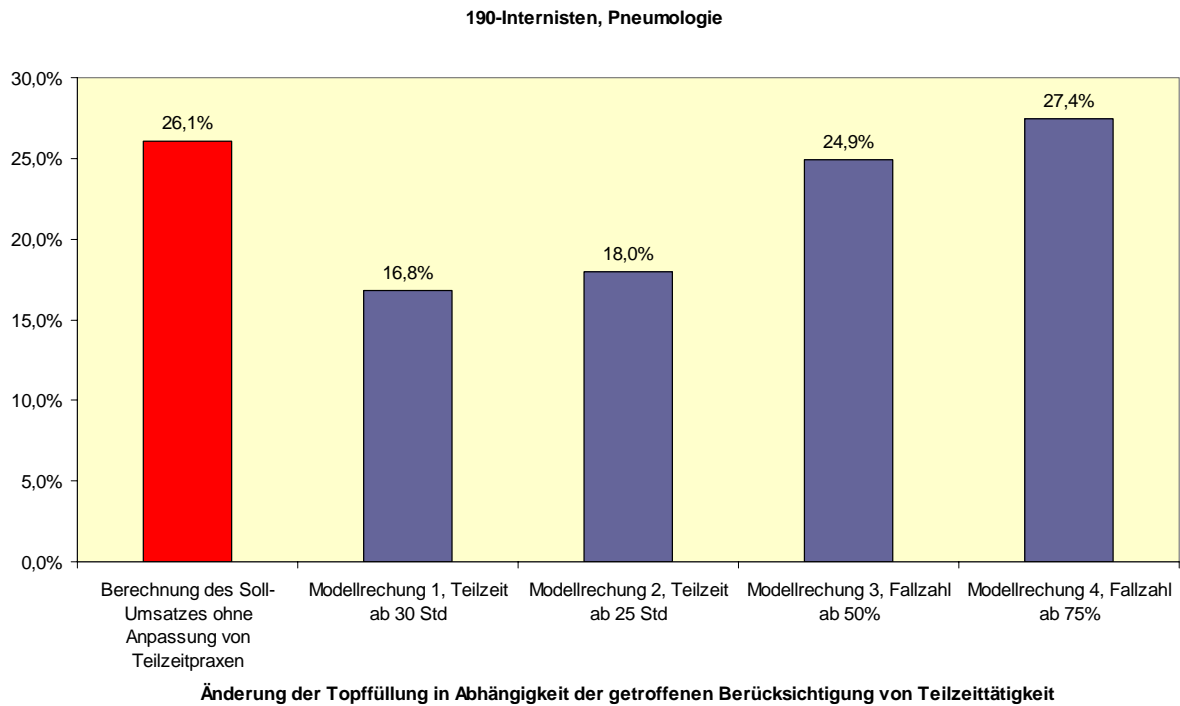


Abb. A16: Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

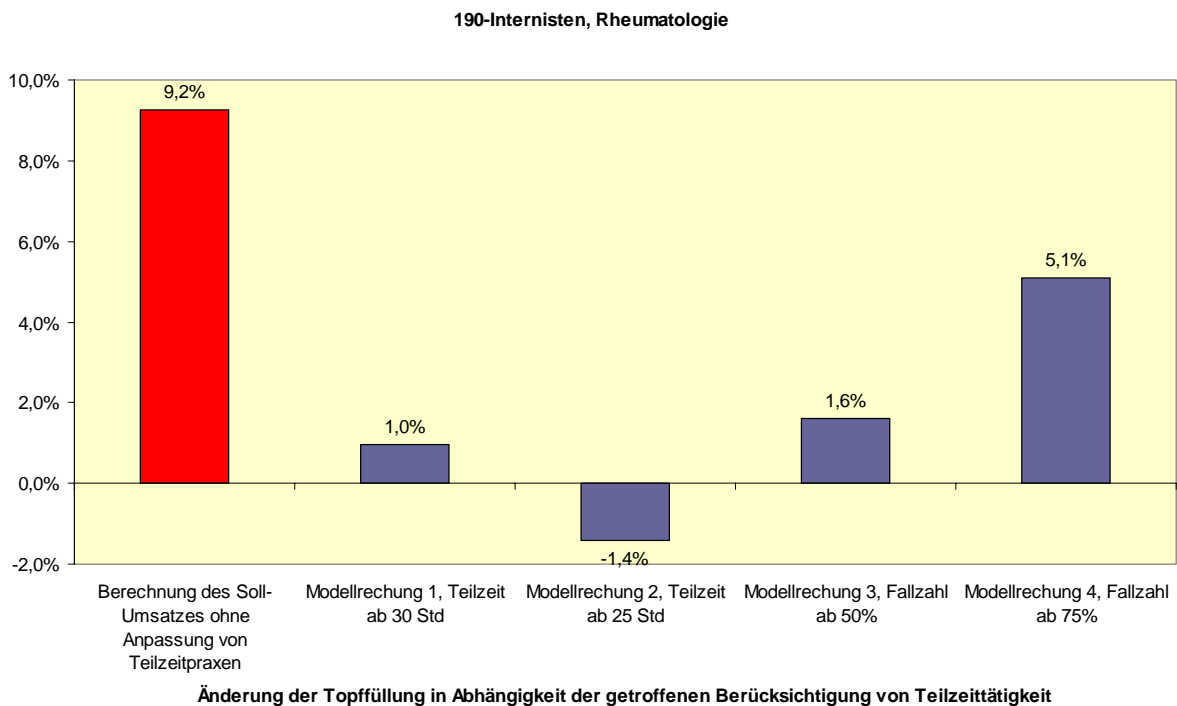




Abb. A17: Internisten mit Schwerpunkt Onkologie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

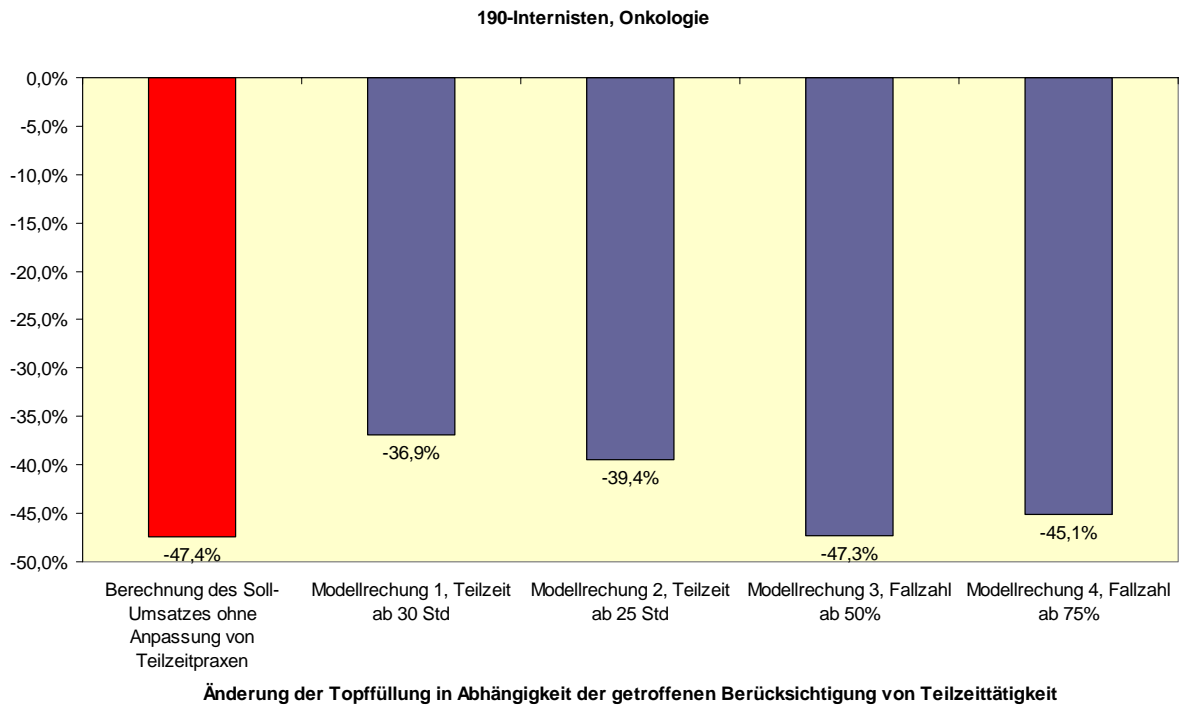


Abb. A18: Kinderärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

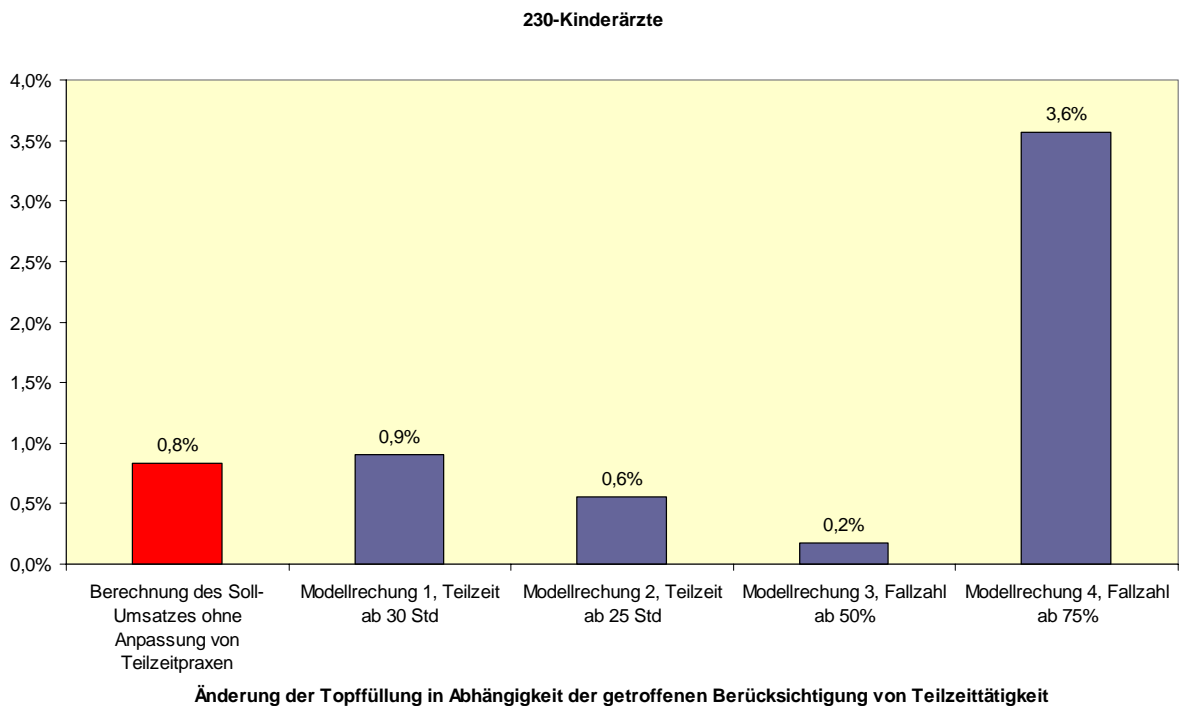


Abb. A19: Lungenärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

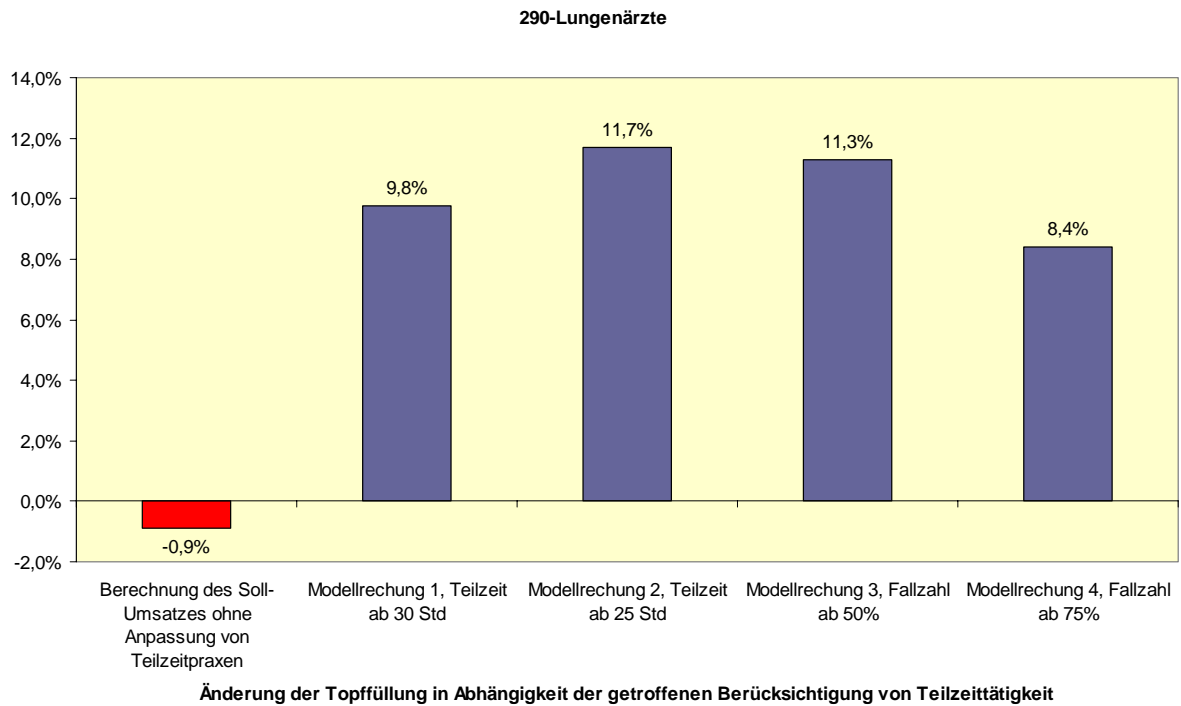


Abb. A20: Mund- Kiefer- Gesichtschirurgen - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

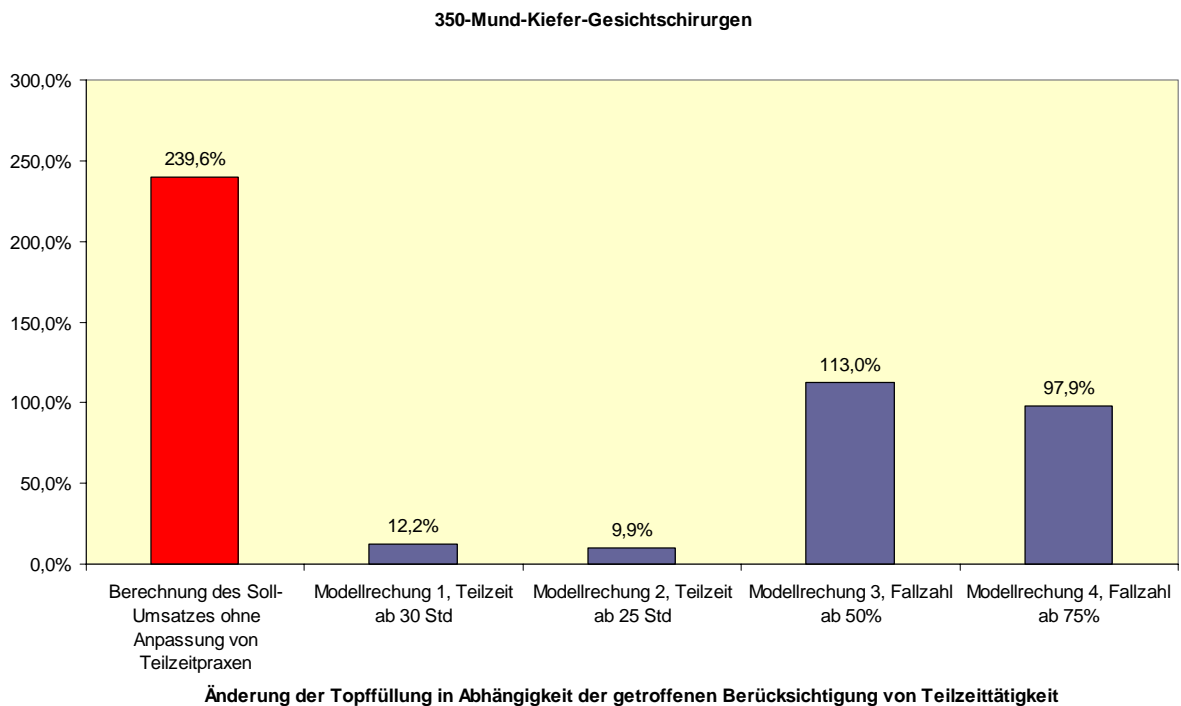


Abb. A21: Nervenärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

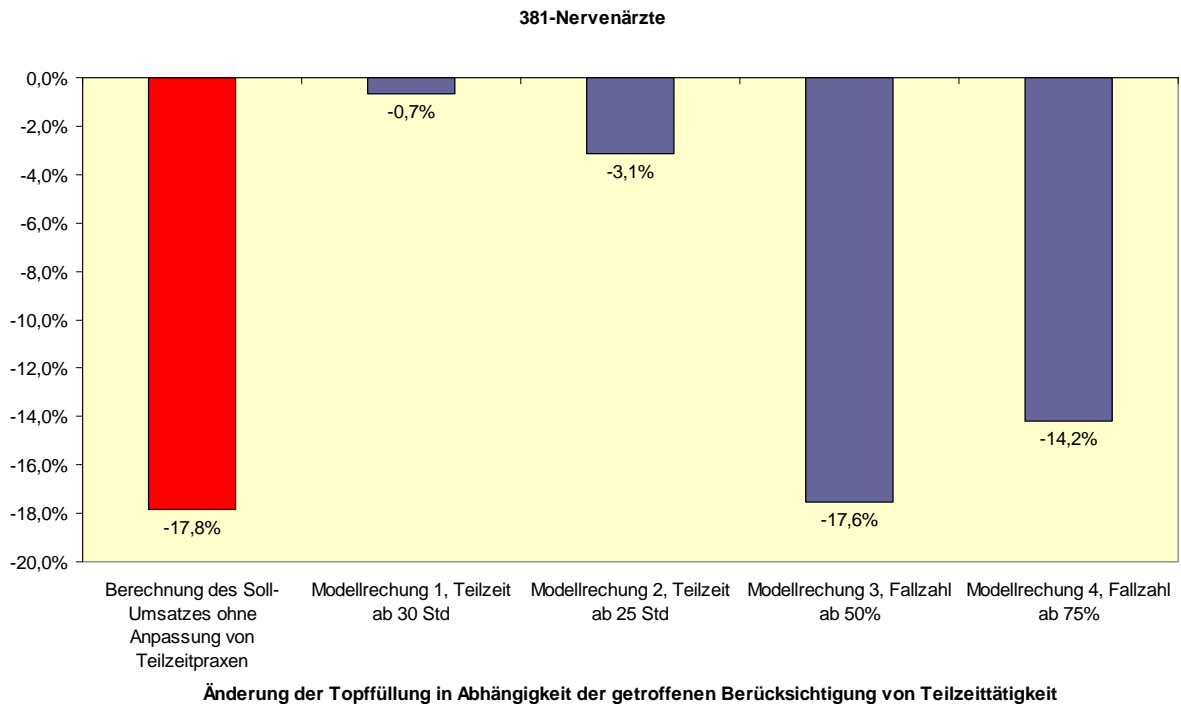


Abb. A22: Neurologen - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

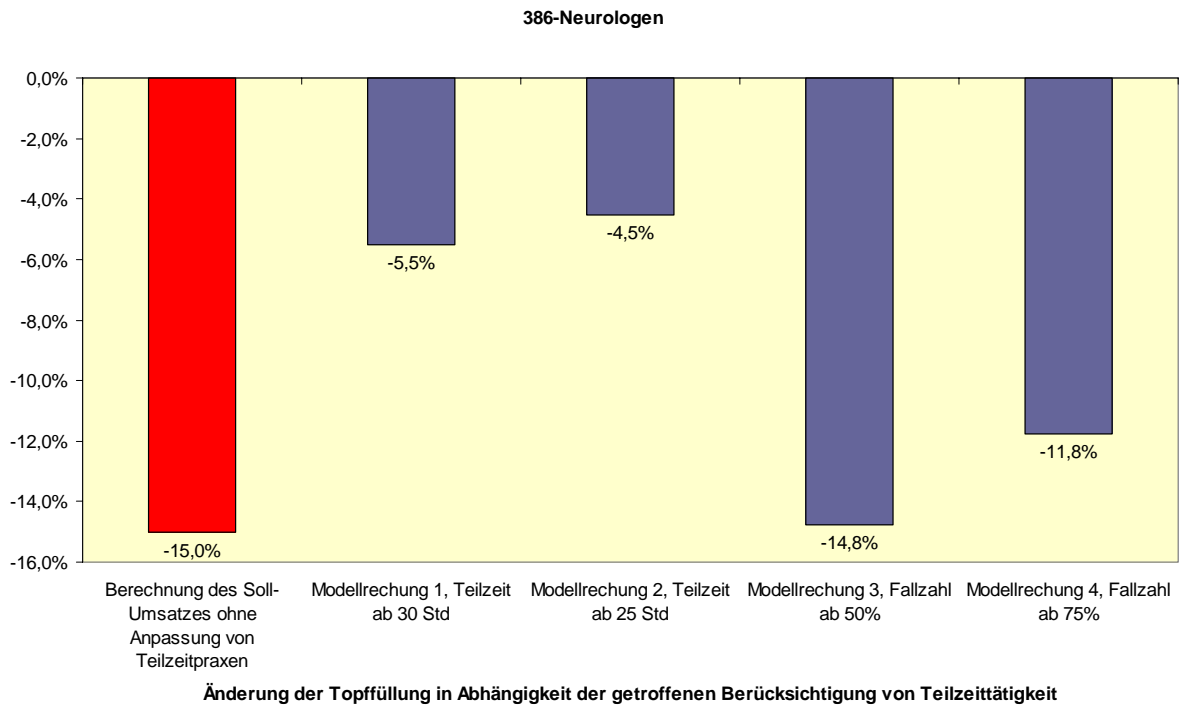


Abb. A23: Psychiater - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

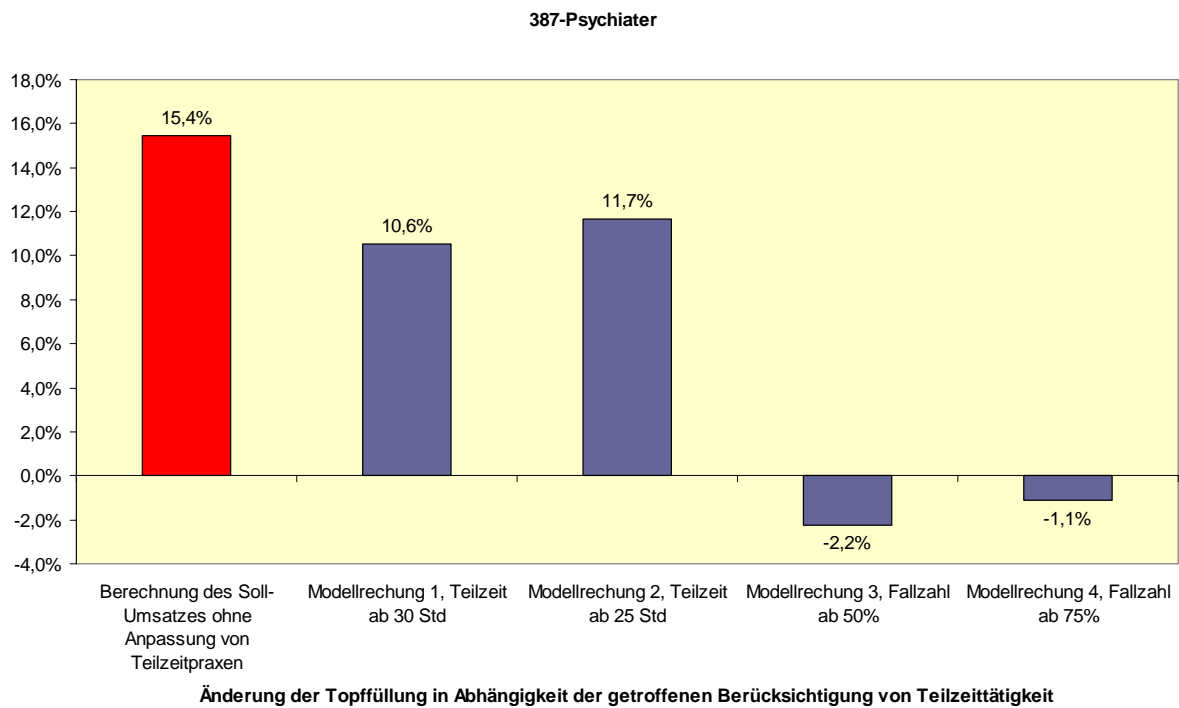


Abb. A24: Kinder- und Jugendpsychiater - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

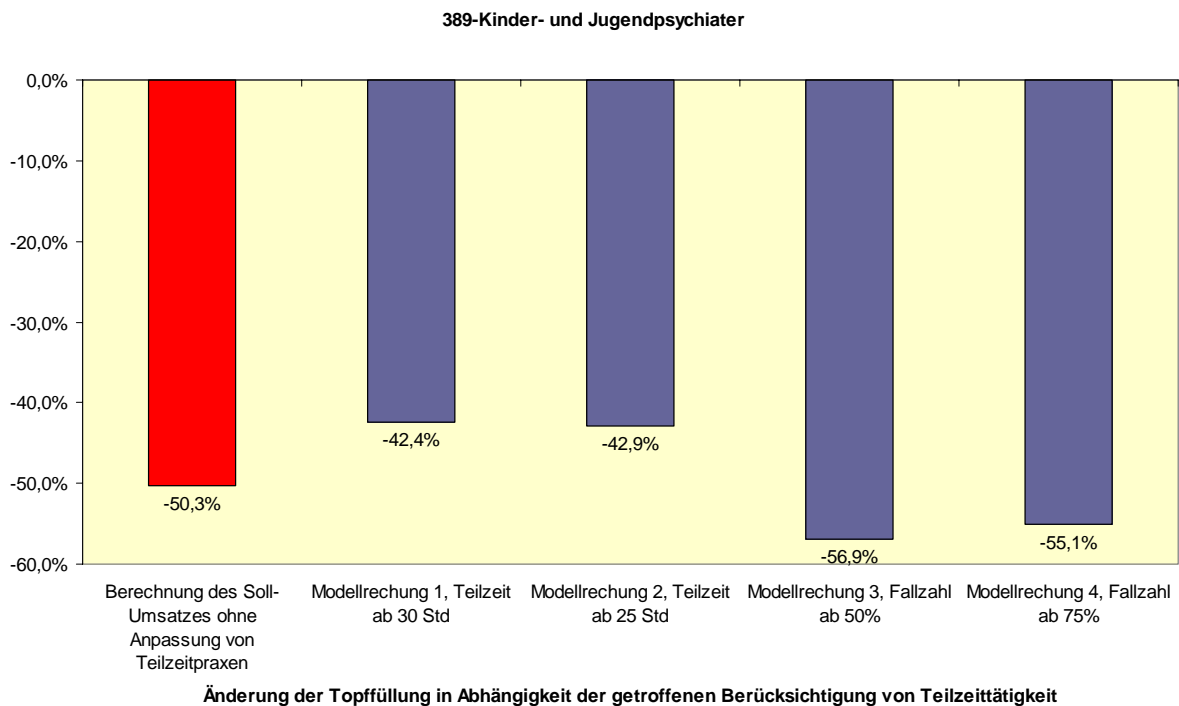


Abb. A25: Orthopäden - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

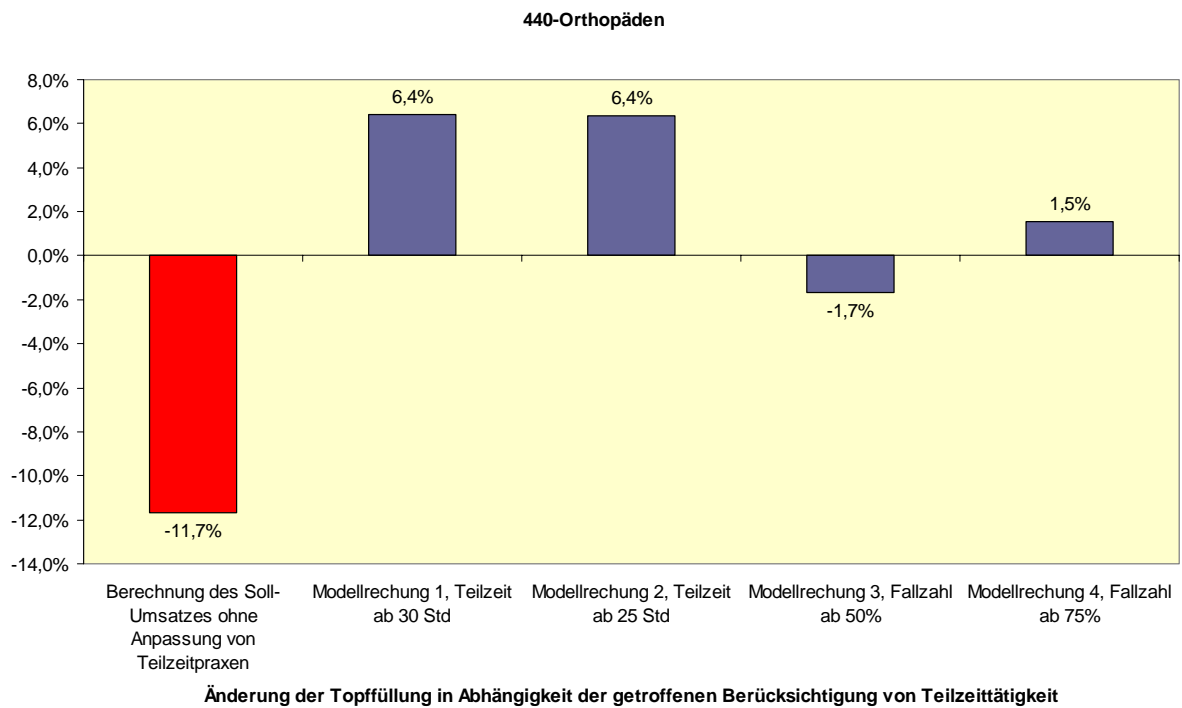


Abb. A26: Radiologen - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

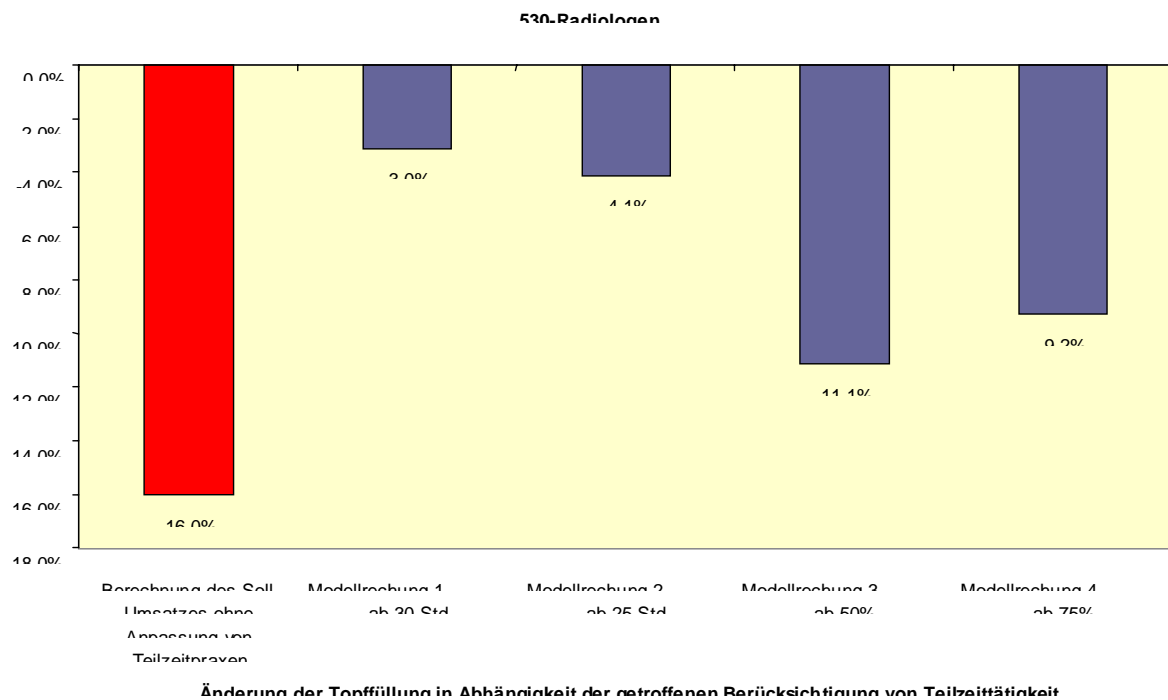


Abb. A27: Radiologen ohne CT und ohne MRT - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

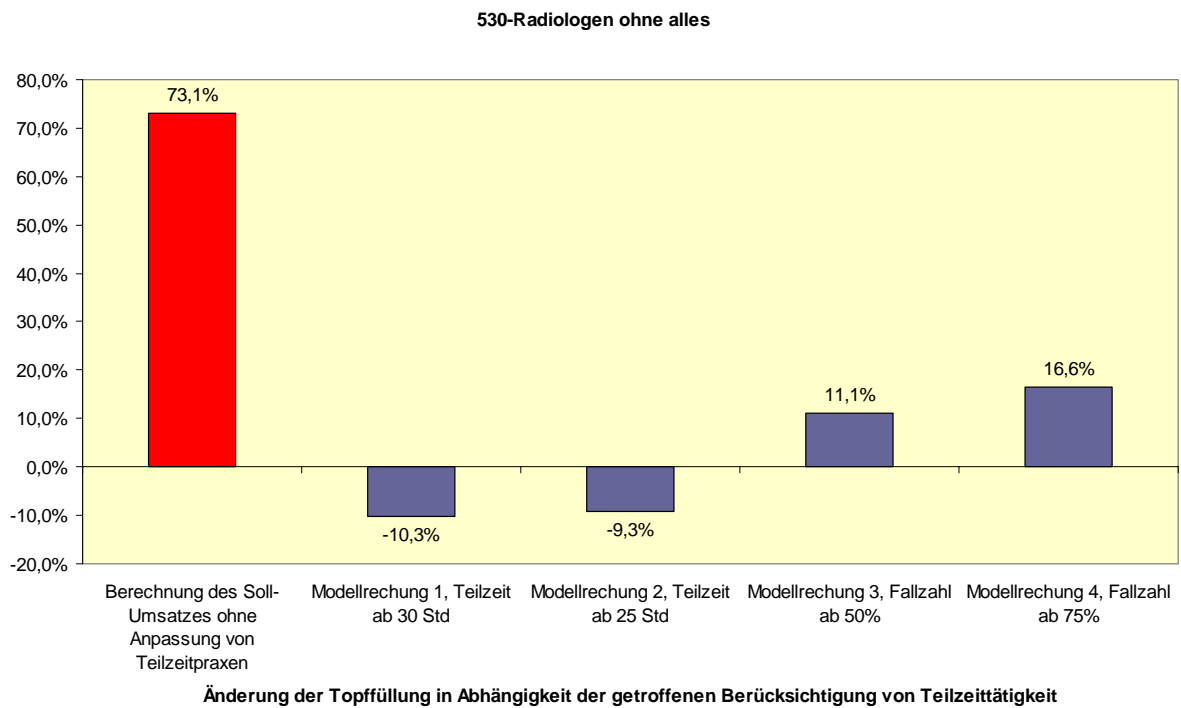


Abb. A28: Radiologen mit CT ohne MRT - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

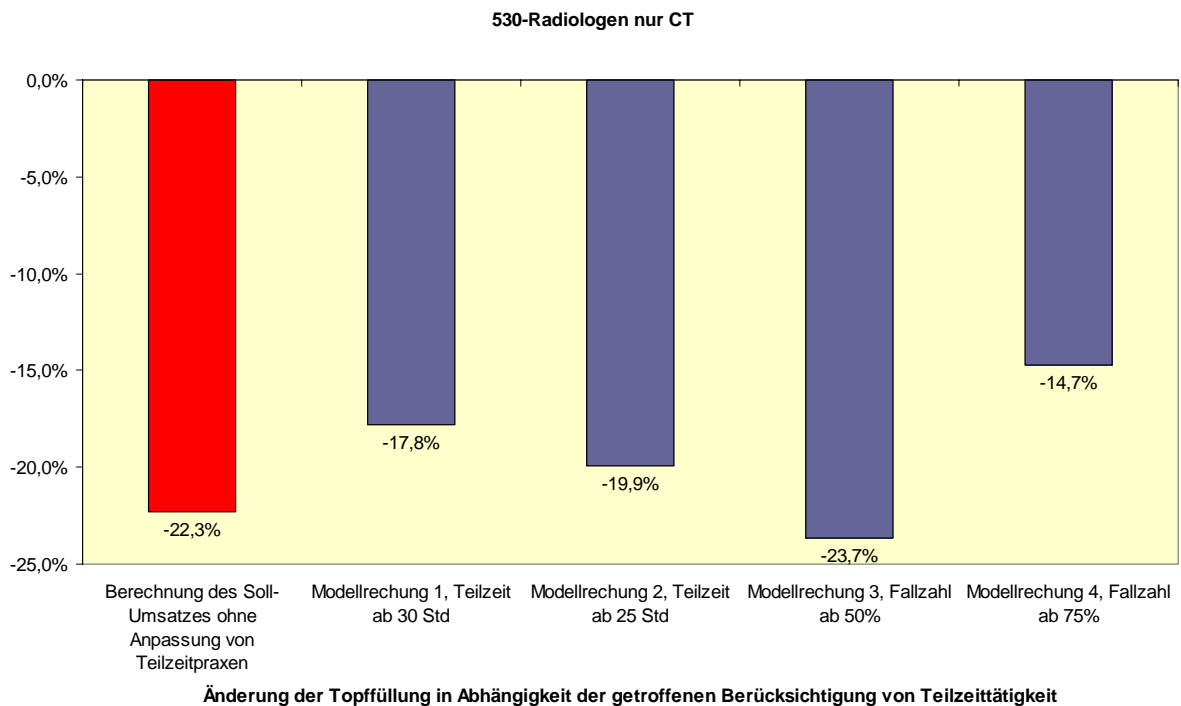


Abb. A29: Radiologen mit MRT ohne CT - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

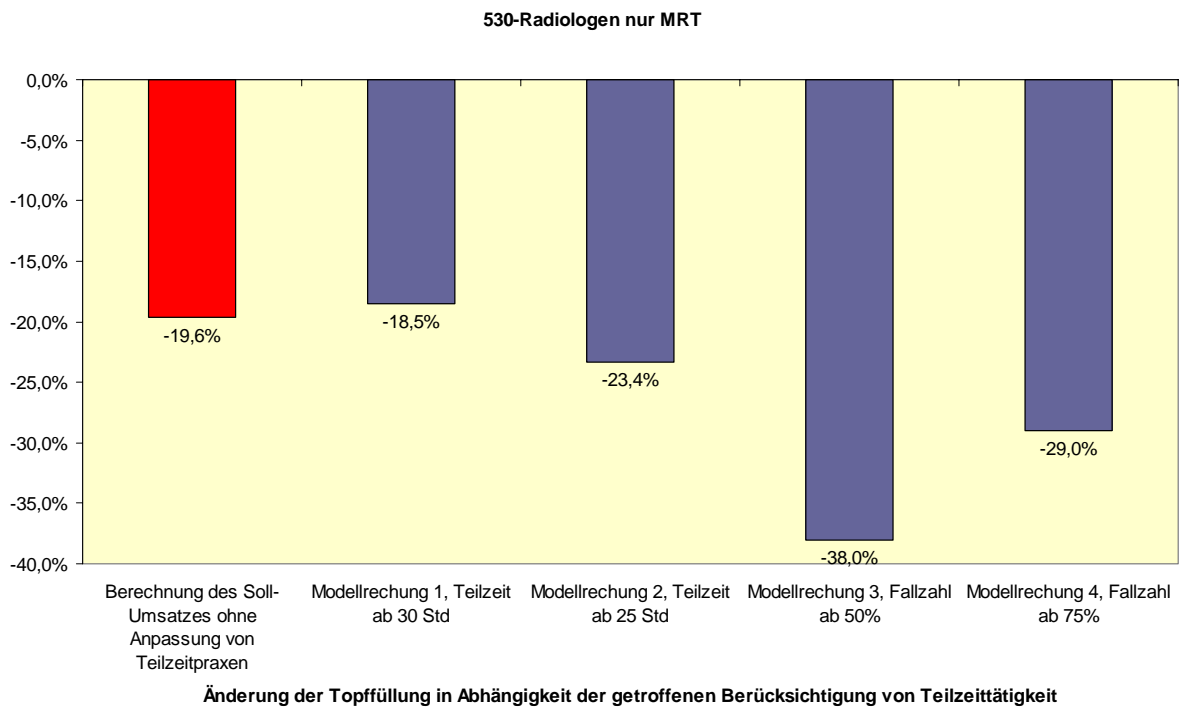


Abb. A30: Radiologen mit CT und MRT - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

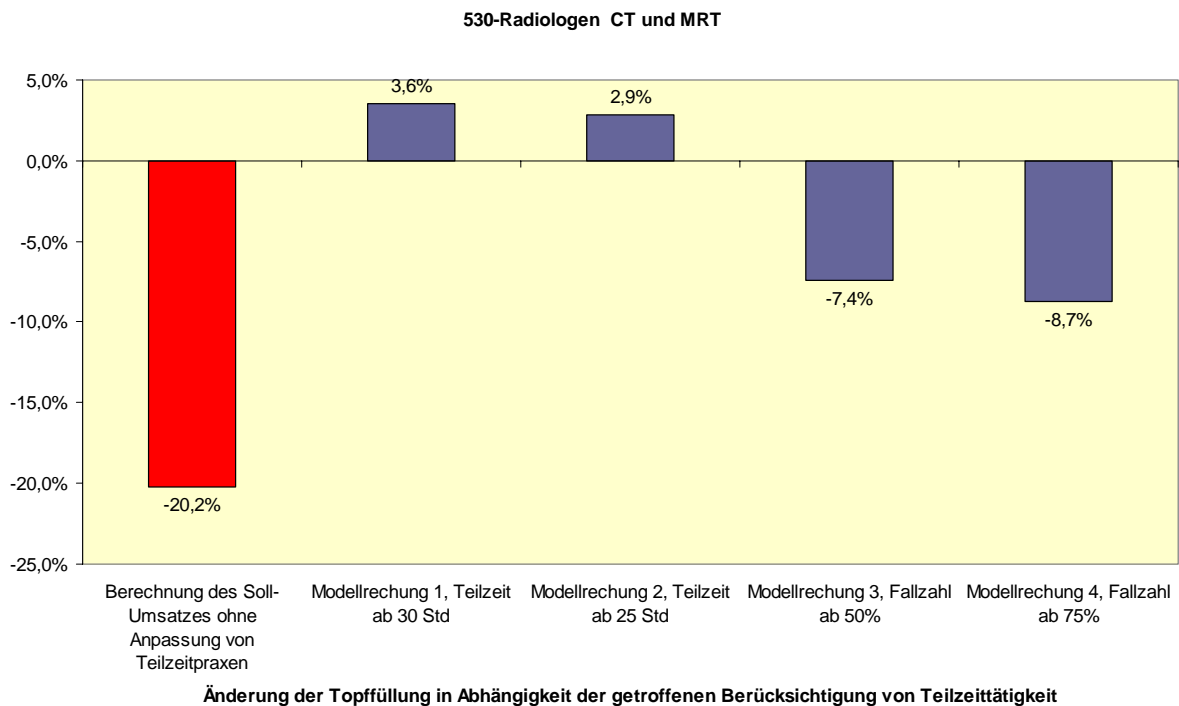


Abb. A31: Urologen - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

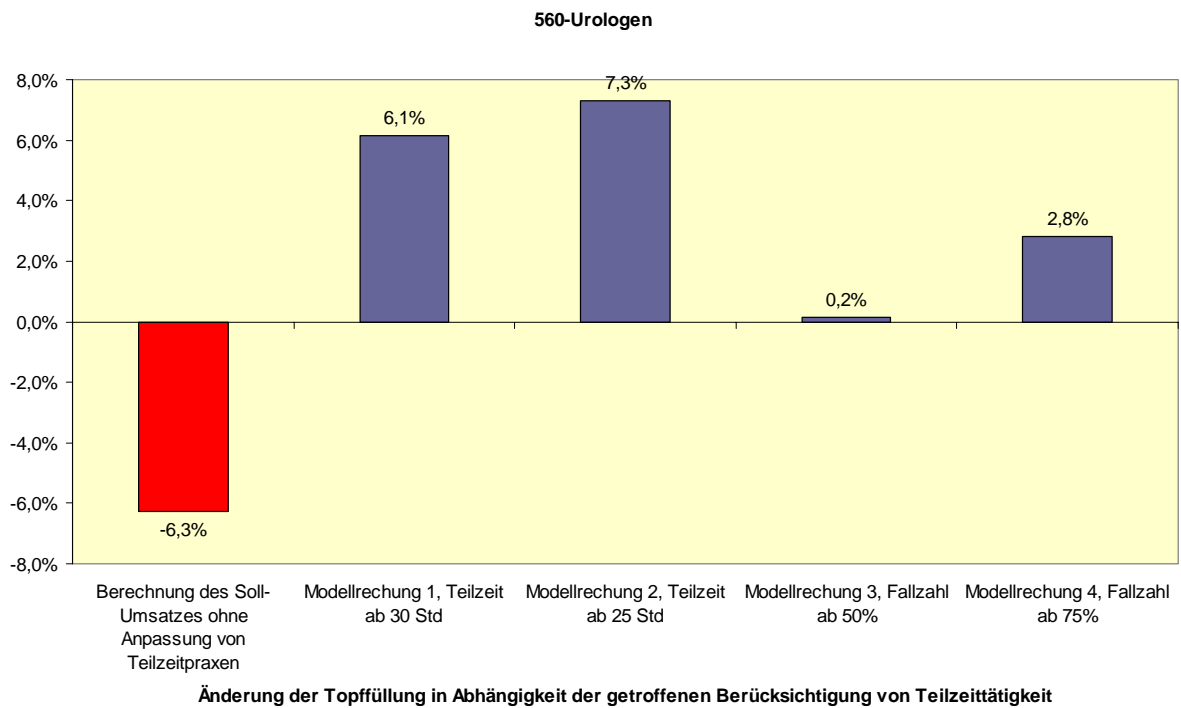


Abb. A32: Nuklearmediziner - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

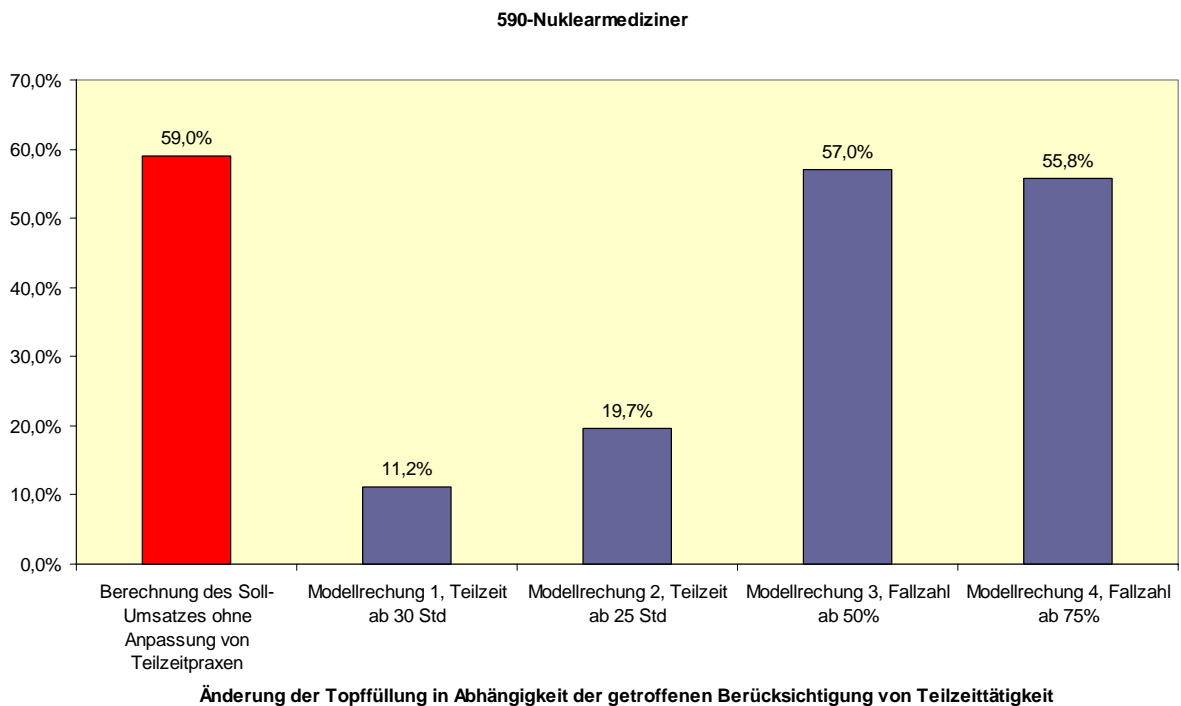




Abb. A33: Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

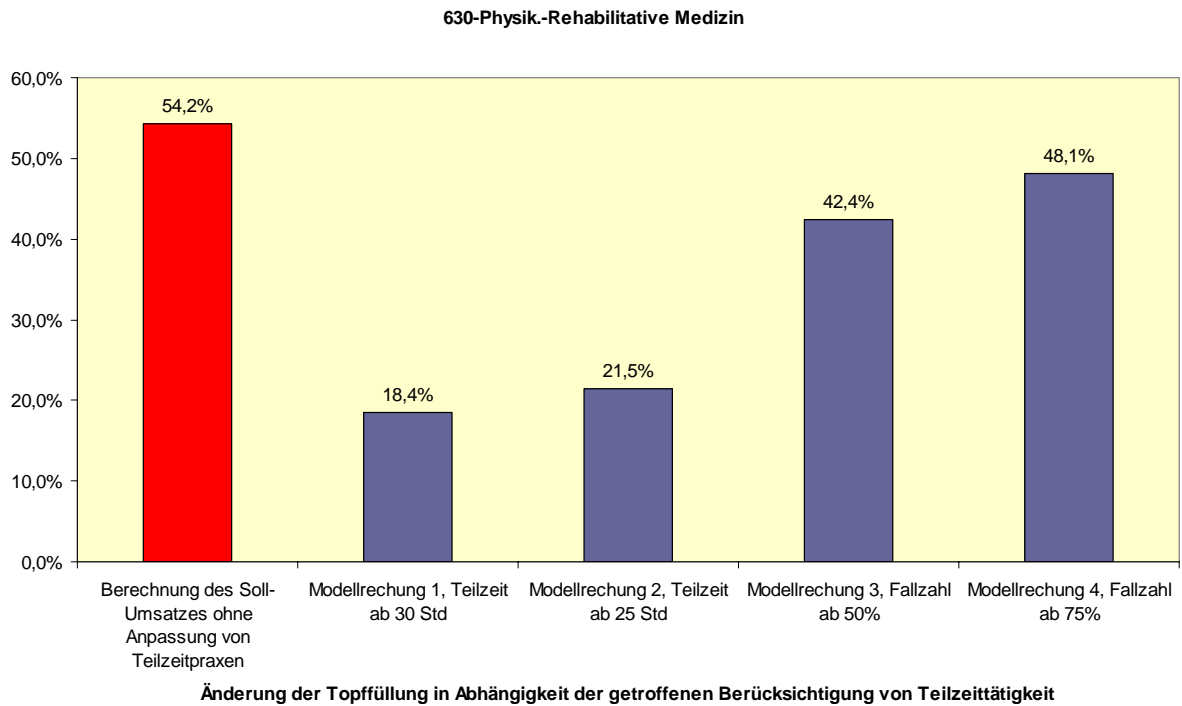


Abb. A34: Psychotherapeutisch tätige Ärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

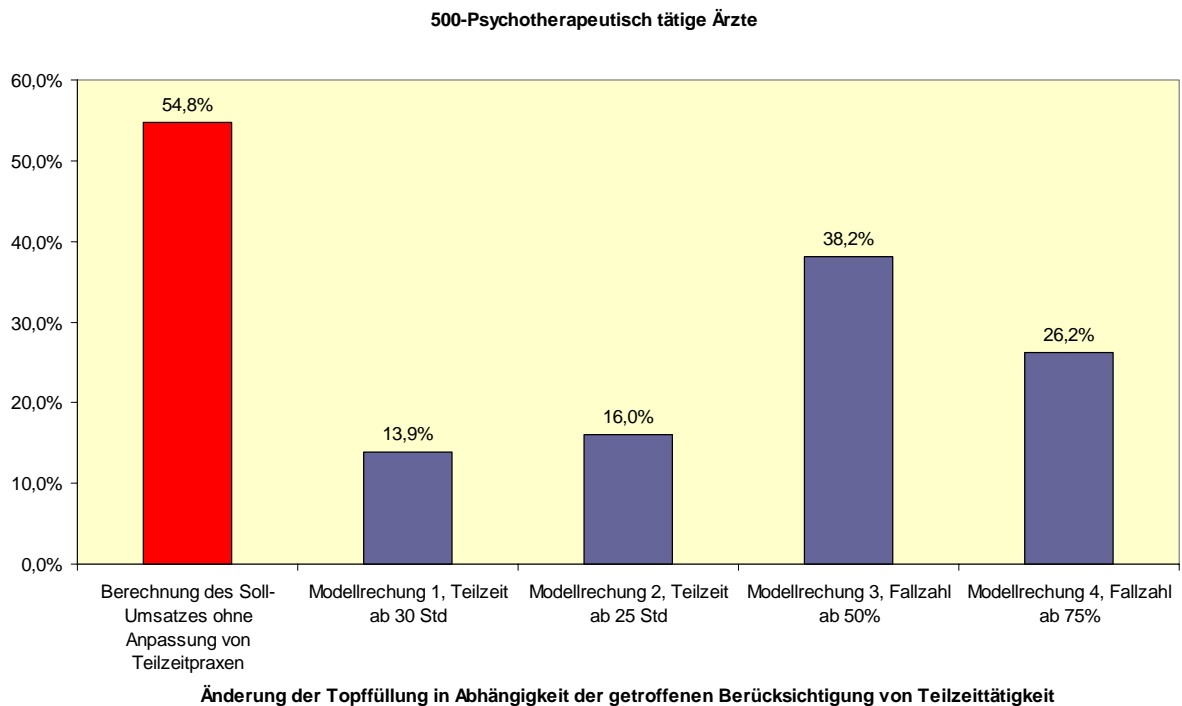


Abb. A35: Psychologische Psychotherapeuten/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Verhaltenstherapie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

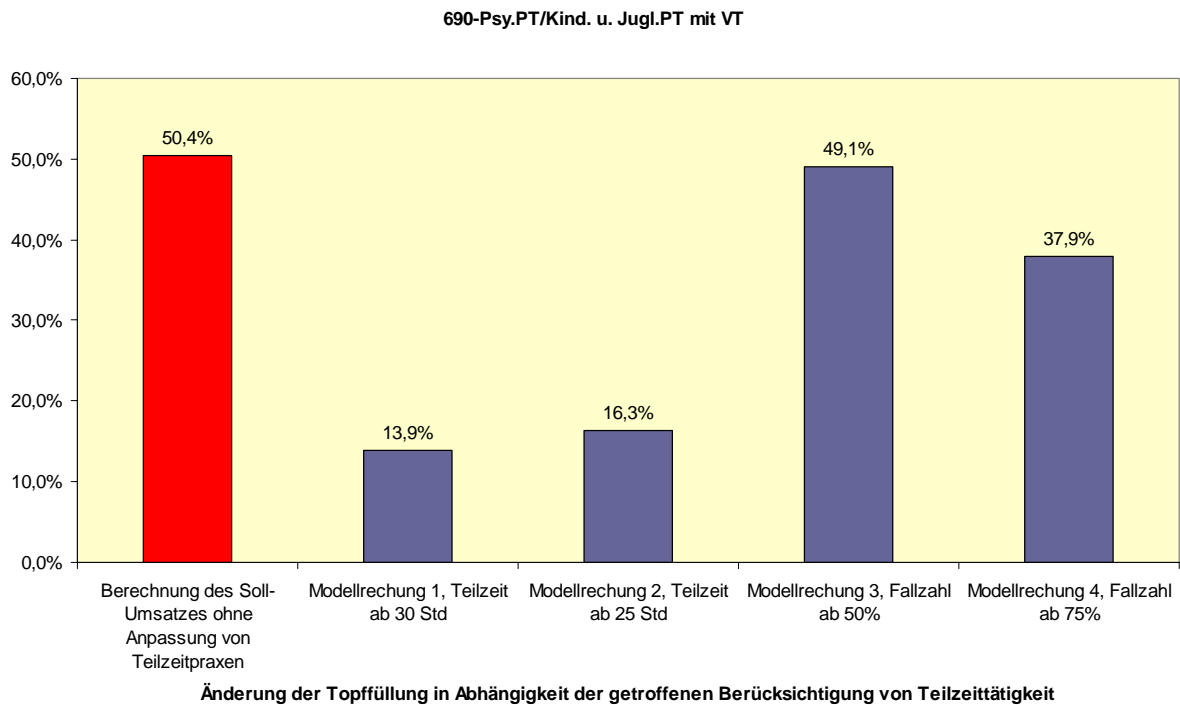


Abb. A36: Psychologische Psychotherapeuten ohne Verhaltenstherapie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

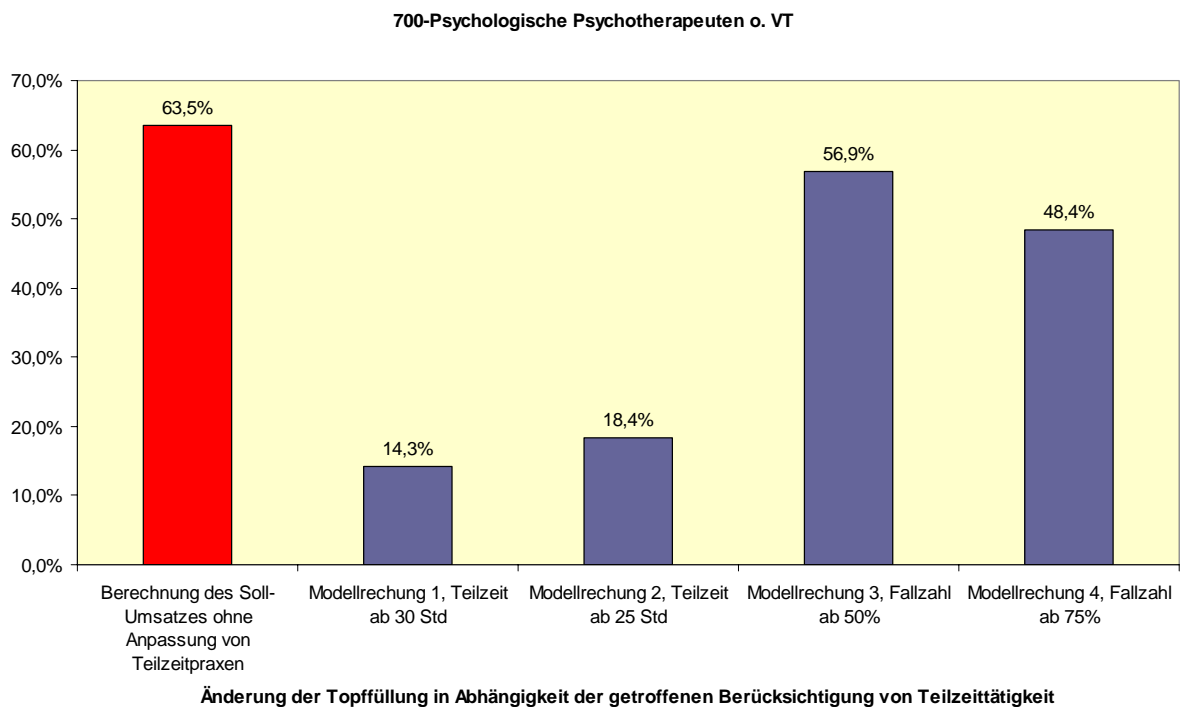


Abb. A37: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne Verhaltenstherapie - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

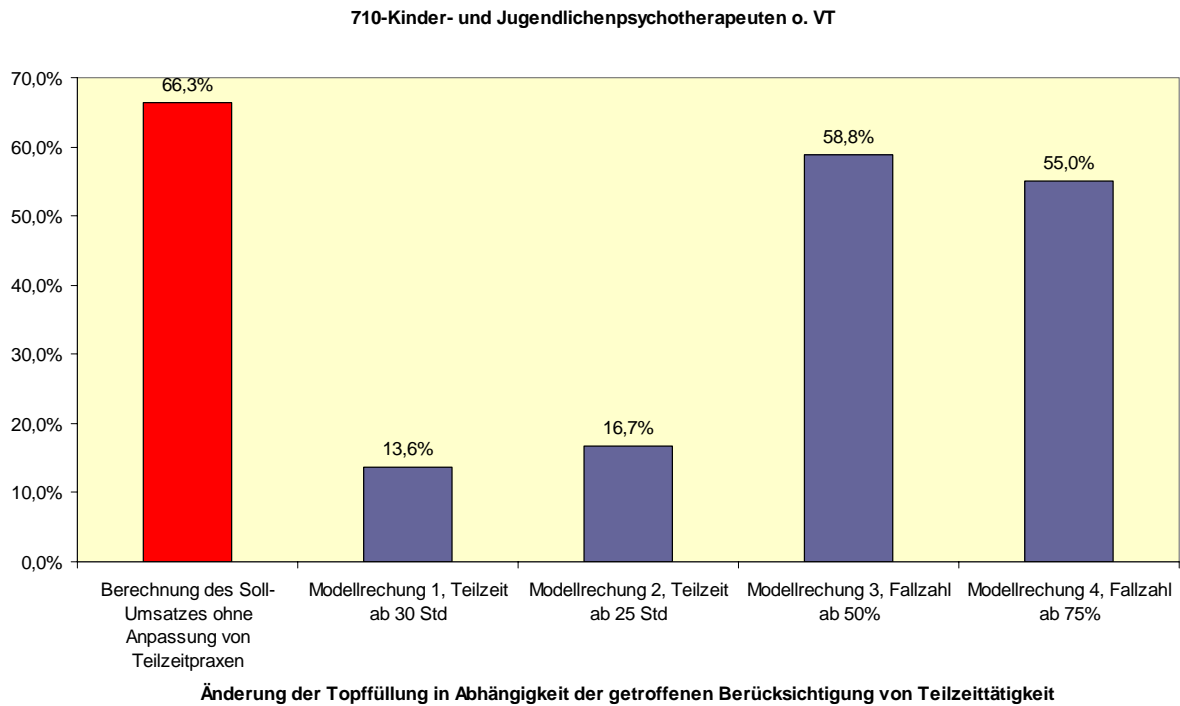


Abb. A38: Allgemeinärzte/Praktische Ärzte - Änderung der Topffüllung in Abhängigkeit der getroffenen Berücksichtigung von Teilzeittätigkeit

