

# Dr. Bodo von Ehrlich

## Facharzt für Innere Medizin

87435 Kempten

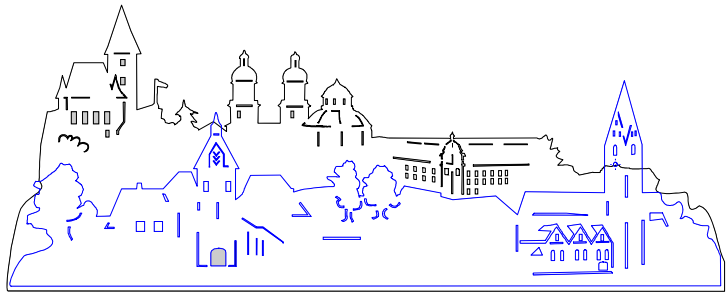
Immenstädter Str. 79b

Tel. 0831/18191 Fax 0831/27307

e-mail: [von-ehrich-internist@t-online.de](mailto:von-ehrich-internist@t-online.de)

[www.Dr-Bodo-von-Ehrlich.de](http://www.Dr-Bodo-von-Ehrlich.de)

Vorsitzender Medi-Bayern  
Stv.Vors. VV-Bayern



### EBM 2002 - : Standard-Bewertungssystem Kritik:

Der EBM 2002 beruht nach Bekunden der KBV auf einem Standardbewertungssystem das von dem in der Schweiz erworbenen (und umstrittenen) Tarmed System abgeleitet ist. Die KBV versucht, den EBM „plus“ der Ärzteschaft schmackhaft zu machen mit der Behauptung dieser EBM sei betriebswirtschaftlich kalkuliert. Der Entwickler des EBM Herr Dr. Köhler blieb auf meine Frage nach den Prämissen der Kalkulation die Antwort in der bayerischen KV Vertreterversammlung am 22.6.2002 schuldig.

Wer diese Frage nicht stellt nährt den Verdacht der großen Mehrheit der Vertragsärzte, wonach viele KV-Vertreter die Interessen der Ärzte gegenüber der politik nicht effizient vertrete. (DÄBL 5.Juli 2002 S A1872 NAV Umfrage unter 5700 Vertragsärzten) Nachdem die VV der bayerischen Ärzte weitblickend einen ablehnenden Beschluß des EBM plus gefasst hatte sollten wir uns nun nicht auf ein Eis locken lassen auf dem wir einbrechen werden. Warum ? Stellen Sie sich den analytischen Fragen, die von Herrn Kollegen Schnetzer (RA) in stetiger Diskussion mit Vertretern der Vertragsärztl. Vereinigung formuliert wurden!

Die im Rundschreiben von Herrn Dr. Hoppenthaler vom 17.7. angekündigte Rundfrage zur Erhebung von Praxiskosten ist **verdienstvoll, geht in die richtige Richtung.** Um methodisch nicht zu kurz zu greifen sollte aber nicht die steuerliche Kalkulation allein gesehen werden. Lesen Sie auch dazu die nachfolgenden Überlegungen zu einer **e c h t e n b e t r i e b s w i r t s c h a f t l i c h e n** Kalkulation.

Sie finden nachfolgend Überlegungen zum **Risikomanagment (RM)**, für deren verpflichtende Aufnahme in die KV Satzung ich gekämpft habe, und dem Sie in der bekannten Kompromissformel dankenswerterweise mit großer Mehrheit zugestimmt haben.

1. Das Standard-Bewertungssystem beruht nach eigenen Angaben **angeblich** auf einer **Vollkostenrechnung**. Frage: *Wo werden die Kosten vertraglicher Verpflichtungen des Vertragsarztes, welche von denen der Industrie gravierend abweichen, kalkuliert.* Anmerkung: Vertragliche Verpflichtungen werden in der Industrie entweder **begrenzt (Haftungsschluss, Haftungsbegrenzung, Leistungsbegrenzung)** oder **kalkuliert** (Forderung von Zuschlägen nach Aufwand). Vergleiche Aufsatz: „Die eigentlichen Leistungen des Vertragsarztes“ (Schnetzer).
2. In Analogie zur Industrie wird auf das „Kostengerüst Praxis“ ein „**kalkulatorischer Arztlohn**“ aufgeschlagen. Frage: Der kalkulatorische Arztlohn dient in Analogie zum kalkulatorischen Unternehmerlohn nach dem Opportunitätsprinzip als **Entschädigung für den Einsatz der eigenen Arbeitskraft** im eigenen Betrieb (Verzicht auf Bezahlung der eingesetzten Arbeitskraft in einem Arbeitsverhältnis). **Davon unabhängig trägt der Vertragsarzt aber das Risiko** der wirtschaftlichen Scheiterns seiner Investitionen. **Wo ist hier die Risiko-Prämie ausgewiesen?** (Gewinn?: oder soll der kalkulatorische Arztlohn identisch sein – kalkulatorischer Unternehmerlohn + Gewinn).
3. Angeblich gleicher Arztlohn für alle Ärzte bzw. gleichem Lebensarbeitszeitlohn. Was bedeutet diese Aussage, wenn zu unterstellen ist, dass die **verschiedenen Arzttypen** (Psychotherapeut: Honorierung in **Zeittakten** ohne investitive personelle oder grössere Haftungsrisiken) verglichen

wird mit Internisten, Orthopäden oder Chirurgen mit ganz anders gearteter Leistungs- oder Risiko- und Haftungsstruktur.

4. Im **Gegensatz zur Industrie** unterliegt der Vertragsarzt der **persönlichen Leistungserbringungspflicht**, d.h. weder durch Verpachtung, Einstellung eines Geschäftsführers noch Einstellung Gleichqualifizierter gelingt es ihm, bei *nachlassender Arbeitskraft* in zunehmendem Alter finanzielle Ausfälle zu *kompensieren*. Dies ist in der Industrie nicht üblich. **Wo wird diese Risikostruktur in der Kalkulation des Standard-Bewertungssystem ausgewiesen?**
5. Das Standard-Bewertungssystem entspricht seiner Struktur nach einer **analytischen Bewertung der Arbeitszeit** ( additiv zu rechnende einzelne Leistungseinheiten). Durch persönliche Leistungserbringungspflicht wird durch Einführung eines Tages-Arbeitsobergrenze (physiologische Leistungsfähigkeit) eine künstliche Einkommensbegrenzung eingeführt. In der **Vergangenheit galt die Fiktion im EMB**: Blickdiagnostik, Mischkalkulation und Verdünnerefälle). Durch die **Einführung nicht kalkulierter Zeittakte in den gegenwärtigen EMB** erfolgt eine vollständige **Änderung der Tarifstruktur, ohne dass diese Veränderung als solche in Verträgen oder Prüfvereinbarungen fixiert wurde.**

Eine **Kompensation** unzureichend bezahlter Einzelleistungen **wie in anderen freien Berufen** (Rechtsanwalt, Architekt – durch Streitwert oder durch Auftragsvolumen) ist **nicht vorgesehen.**

6. Laut Standard-Bewertungssystem sollen der kalkulatorische Arztlohn „großzügig“ ausfallen, weil Besitz und Betrieb der Praxis nicht gesondert kalkuliert werden. **Wo ist hier der Gewinn als Risikoprämie für die wirtschaftlichen Investitionen?**
7. In der Industrie gilt mit Ausnahme von Monopolunternehmen kein Kontrahierungszwang (Vertragsabschlusspflicht). Dem **Vertragsarzt** wird die **Fiktion eines Kontrahierungszwangs** unterstellt (vergl. § 13 Abs. 7 und 8 Bundesmantelvertrag). Durch Konfrontation mit **nicht gegenfinanzierten medizinische Risiken eines einzelnen Schwerkranken würden zu unkalkulierbaren ökonomischen Risiken des Versorgers.**
8. **Angeblich** ist die Honorierung des Vertragsarztes abgegriffen von der Honorierung eines **Krankenhausarztes**. Dieser **unterliegt jedoch ganz anders gearteten rechtlichen Rahmenbedingungen und ökonomischen Strukturen**. Beispiel: Bei Zunahme von übergewälzter Nebenpflicht (Dokumentation ..... Qualitätssicherung ...) erfolge eine Zunahme der Arbeitsbelastung. Im stationären Bereich werden hierfür **neue Stellen** ausserhalb der ärztlichen Berufsgruppe oder durch Vermehrung von an angestellten Ärzten veranlasst. Diese Stellenvermehrung schlägt sich primär in Personalkostenschlüsseln des Krankenhauses nieder, nicht in der Honorierung des einzelnen Arztes. Im Gegensatz dazu führt die **Überwälzung nicht kalkulierter Nebenpflichten in der individuellen Kassenarztpraxis zu einer Erhöhung der Opportunitätskosten (erzwungener Verzicht auf Auslastung vorhandener Leistungskapazitäten bei vorhandener Nachfrage durch unverschuldete Bindung der Leistungskapazität an nicht honorierte bürokratische Anforderungen).**
9. Beim **Standard-Bewertungssystem** handelt es sich somit nicht um eine betriebswirtschaftlich kalkulierte, kostendeckende Einzelleistungshonorierung, sondern um eine **Abschöpfungsmassnahme von Rationalisierungsgewinnen sowie Mengenbegrenzungen.**
10. Darüber hinaus handelt es sich eingestandenermassen beim Standard-Bewertungssystem um ein **Umverteilungskonzept ohne klare kalkulatorische Gegenrechnung.**

Im Zweifelsfall müsste ein Krankenhausarzt damit zufrieden sein, bei seiner Niederlassung das Gehalt eines Krankenhausarztes zu beziehen, freiwillig jedoch sämtliche Risiken des niedergelassenen Kassenarzt ohne Gegenkalkulation zu übernehmen.

11. Es wird eine **hochgradige Auslastung der „Vertragsarztpraxis“ postuliert**, die darüber hinaus über die Auslastung hinaus gehende Leistungsdifferenz als „**Overheadkosten**“ eingestuft. Eine konsequente **Kalkulation der Overheadkosten unterbleibt** jedoch. Hierdurch werden unkalkulierte Nebenpflichten und deren Kostenfolge übersehen. Spätestens bei der Einführung der ICD Kodierung wurden Praxen mit einem bürokratischen Mehraufwand konfrontiert, ohne dass diese Kostenfolge monetär abgebildet wurde. Im Krankenhaus führen die Anforderungen von Diagnose bzw. Fallpauschalen und Qualitätssicherung zu einer Erhöhung der Stellenzahl. Eine derartige Darstellung unterbleibt im niedergelassenen Bereich, sondern wird durch **unbezahlte Mehrarbeit des Praxisinhabers und seiner Angehörigen abgedeckt**.
12. Das aus der Schweiz stammende Tarifgerüst wurde von Seiten der KBV mit deutschen Werten aus dem EBM gefüttert. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass die EBM in der Vergangenheit eine **Mischung aus Einzelleistungen und Komplexziffern** darstellte. Dies bedeutet, dass er **nicht das faktische Leistungsspektrum** der Praxen darstellte, sondern **lediglich das zugestandene Abrechnungsvolumen** wiedergibt. Somit **wurden falsche Datenmengen und Qualitäten in die Struktur des Standard-Bewertungssystems eingegeben**. Insgesamt stellt der gegenwärtige EBM eine **Mischung aus formalen inhaltlichen, willkürlichen und zeitlichen Kriterien** dar ( verg. Diverse Ausschluss- und Zuordnungsbestimmungen). Durch Rückgriff auf die Abrechnungslogik wird eine scheinbar objektive Erbringungslogik vorgetäuscht. (*Erbringungslogik > Abrechnungslogik > Bezahllogik (=Blickrichtung des Arztes) Umkehrschluß Köhler KBV (Bezahllogik > Abrechnungslogik > Erbringungslogik ) ist offensichtlich falsch.*)
13. In dem Standard-Bewertungssystem ist davon die Rede, dass ein **Abschlag zur Sicherung der Kostenneutralität** auf den kalkulatorischen Arztlohn vorgenommen werden soll. Dies ist in der Industrie nicht üblich, abgesehen davon, dass in der **Industrie auch kein Dogma der Beitragsstabilität existiert**. Mit der Einführung eines vergleichbaren Dogmas würde in der Industrie eine **Vertragsprüfung** (vgl. meine Anträge zum Risikomanagement!) der jeweiligen **Geschäftsgrundlage und Nachkalkulation** einsetzen bzw. **Verschuldens unabhängiges Entschädigungssystem** eingefordert.
14. Im Kassenarztbereich findet eine **Inflation des Krankheitsbegriffs** statt. Krankheit heißt für den Arzt ein Zustand, der **normabweichend, behandlungsbedürftig und behandlungsfähig** ist. **Welcher dieser Zustände leistungsverpflichtend der GKV und somit der Kassenärzteschaft auslösen soll, ist keine medizinische Entscheidung**. Mit der durch **Sozialgerichte** und Rechtssprechung ausgelösten **Inflation des Leistungsversprechens** wird die kassenärztliche Selbstverwaltung mit einem **Leistungsvolumen ohne Gegenkalkulation** konfrontiert.
15. Wenn im Zusammenhang mit dem Standard-Bewertungssystem auf **Qualitätssicherungsansätze** hingewiesen wird, so bedeutet dies, dass besonders Anforderungen an Leistungsumfang und Leistungsqualität formuliert werden. In der Industrie ist Qualitätssicherung jedoch eine Untergruppierung des Qualitätsmanagements (Qualitätsplanung, Förderung, Lenkung, dann erst Qualitätssicherung).

An erster Stelle steht jedoch auch hier das Thema der **Vertragsprüfung: welche Qualität zu welchem Preis?** Hierbei ist festzuhalten, dass die Folgekosten von Qualitätsstandards nirgendwo kalkuliert und ausgewertet werden. Abgesehen davon fehlt eine Klärung des Rechtsstatus des Vertragsarztes.

Ca. 95 % der niedergelassenen Ärzte sind Vertragsärzte, gekennzeichnet durch das Dogma der Beitragsstabilität, Fiktion eines Kontrahierungszwangs ... im Gegensatz zu einem Privatarzt oder einem sonstigen privaten Dienstleister. **Figur der Industrie zum Thema Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung basieren auf der Basis der Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB)**. Die *rechtlichen Rahmenbedingungen des Vertragsarztes* werden hingegen durch Überlagerung und Sonderbestimmungen des **Sozialrechtes** bestimmt. Eine vor dem Hintergrund der

**Qualitätsmanagementdiskussion** zu forderne Vertragsprüfung unter Berücksichtigung dieser *Besonderheiten fehlt bislang.*

16. Eine **Vollkostenrechnung** wird in der Regel in der **Industrie auf 1 Jahr** bezogen. Der Kassenarzt bei persönlicher Leistungserbringungspflicht verschleisst jedoch über die Jahre. Mit der Ausweisung von 10 Krankheitstagen pro Jahr wird dem **faktischen Risiko der Leistungsminderung durch Alter und zunehmender gesundheitlicher Risiken nicht Rechnung getragen.**

Wurde der Kassenarzt diese Risiken selber versichern wollen, kämen erhebliche Risikoprämien zustande, welche in der Kostenstrukturanalyse der KBV oder den Prämissen des Standard-Bewertungssystems nicht ausgewiesen werden.

17. Die **Forderung nach Auslastung einer Musterpraxis entspricht industriellen Vorgaben eines Maschinenbetriebes.** Eine Praxis kann problemlos mit Routinemassnahmen ausgelastet werden. Dies bedeutet nicht gleichzeitig die Erfüllung des Versorgungsauftrages. Der Versorgungsauftrag bedeutet die Übernahme unkalkulierte medizinischer Risiken durch den Patienten, welche für die Praxen zu unkalkulierten ökonomischen Risiken werden.

An dieser Stelle wird übersehen, dass **Risikomanagement in der Industrie eine zentrale Funktion besitzt. Risikomanagement heißt**

- A) **Risiken zu identifizieren,**
- B) **zu quantifizieren (groß oder klein),**
- C) **Risiken zu qualifizieren (bedrohlich oder noch bedrohlich)**
- D) **Risikoverlagerung oder Schadensbegrenzung.**

Für die Konzeption des **Standard-Bewertungssystem** bedeutet die **Ökonomisierung bzw. Industrialisierung der ärztlichen Tätigkeit in der niedergelassenen Kassenpraxis den Zwang, in gleichen Strukturen unter ökonomischen Druck zu handeln und zu entscheiden**, wie sie von den Rahmenbedingungen vorgegeben werden. Dieses steht jedoch im Widerspruch zu kodifizierten Berufsrecht bzw. Selbstverständnis der Kassenärzte. Wenn Ärzte ein medizinisches Risikomanagement betreiben (Selektion und Bewältigung ungünstiger medizinischer Risiken), bedeutet dieses für sie bei wirtschaftlicher Selbständigkeit eine Katastrophe im Rahmen des zu fordernden ökonomischen Risikomanagements (Selektion leicht zu versorgender Patientengruppen mit geringen Risiko und Kostenaufwand.)

18. Als **Beispiel für die Kalkulation von Nebenpflichten sei auf ein aktuelles Urteil** außerhalb der Medizin und Sozialgerichtsbarkeit hingewiesen, demzufolge **ein unerwünschtes Fax Bearbeitungskosten in Höhe von Euro 10** auslöst. Man betrachte unter diesen Gesichtspunkten die Folgekosten vertraglicher Nebenpflichten, die Berichtsanforderungen, Dokumentationen ... Ähnliches gilt für die Einführung der ICD-Kodierung und die daraus resultierenden Folgekosten in der Vergangenheit.

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Ihr

Dr. Bodo v. Ehrlich  
Mitglied der Vertreterversammlung KV Bayern