

AGENON

Gesellschaft für Forschung und
Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Veränderung der Kosten- und Versorgungs- struktur von Zahnarztpraxen (§ 85 Abs. 3 SGB V)

**Expertise zu den empirischen Grundlagen und weiter-
führende Vorschläge**

im Auftrag des Verbandes der Ersatzkassen (vdek)

24. November 2015

AGENON

Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen
Kaunstr. 21 · 14163 Berlin · 030-921.045-70 · agenon@agenon.de

Impressum

AGENON

Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH

Kaunstr. 21

14163 Berlin

Tel. 030 – 921 045 70

agenon@agenon.de

Autoren Wilhelm F. Schröder
 Steffen Bohm
 Laura Nölke
 Dr. Robert Paquet (Mitarbeit)

Version 24-11-2015

Executive Summary

A Zusammenfassung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

Zur gegenwärtigen Praxis der Vereinbarungen zur Gesamtvergütung

Mit Ausnahme einzelner KZV-Bezirke - hier werden Vergütungspauschalen geleistet - bemisst sich die Vergütung, die eine Krankenkasse für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 4 an die jeweilige KZV entrichtet,

- (1) nach der Leistungsbewertung in Punkten nach BEMA,
- (2) der Leistungsmenge in der Rechnungsperiode und
- (3) nach den vereinbarten (Vertrags-) Punktwerten.

Dabei wird so verfahren, dass ein Punktwert für Leistungen der BEMA-Teile 1 (KCH¹, ohne IP/FU), 2 (KB) und 4 (PAR), ein weiterer Punktwert für IP/FU-Leistungen sowie schließlich ein Punktwert für Leistungen des BEMA-Teil 3 (KFO) vereinbart wird. Die Punktwerte werden ermittelt, indem eine Veränderungsrate auf den entsprechenden Punktwert des Vorjahres angewendet wird. Um das mit wachsenden Leistungsmengen verbundene Ausgabenrisiko zu begrenzen, werden mit Ausnahme der IP/FU-Leistungen Obergrenzen für die Gesamtvergütung vereinbart. Der Punktwert für Leistungen des BEMA-Teil 5 (ZE) wird auf Bundesebene vereinbart und ist insoweit für die Verhandlungen auf der KZV-Bezirksebene ohne Relevanz.

Für die Ermittlung der auf die Punktwerte anzuwendenden Veränderungsrate/n wird in den regionalen Verhandlungen nach den vorliegenden Unterlagen verschiedentlich auf die Entwicklung der Betriebsausgaben einer Zahnarztpraxis - entspricht dem Kostenbegriff in § 85 Abs. 3 SGB V - Bezug genommen. Die analytische Betrachtung zeigt, dass für die Verhandlungen eine Zerlegung der Veränderung der Betriebsausgaben in eine Mengenkomponekte und in eine Preiskomponekte erforderlich ist. Dies schon allein deshalb, weil sich eine Erhöhung der Betriebsausgaben be-

¹ Bedeutung der verwendeten Abkürzungen: KCH = Konservierende und chirurgische und Röntgenleistungen; IP/FU = Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen; KB = Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe); KFO = Kieferorthopädische Behandlung; PAR = Systematische Behandlung von Parodontopathien; ZE = Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

reits dann ergibt, wenn unter sonst vollständig unveränderten Bedingungen nur die an der Leistungsmenge gemessene Praxisgröße zunimmt. Eine im Durchschnitt aller Praxen zunehmende Praxisgröße ist seit Jahren als Trend erkennbar.

Da unter dem oben angesprochenen Vergütungsregime seitens der Krankenkassen die Leistungsmengen der Rechnungsperiode (bis zur Obergrenze) vergütet werden, sind Mengenveränderungen insoweit bereits berücksichtigt. Die Zunahme der Praxisgröße mit entsprechend erhöhten Betriebsausgaben begründet für sich genommen deshalb noch keine Erhöhung des Punktwertes. Soweit die Veränderungsrate der Betriebsausgaben dennoch für die auf den Punktwert des Vorjahres (und ggf. auf die Obergrenze) anzuwendende Veränderungsrate herangezogen wird, führt dies dazu, dass der Faktor aus der Mengenveränderung je Praxis doppelt berücksichtigt wird.

Etwas anderes gilt für die Preiskomponente, die angibt, wie sich die Kosten respektive die Betriebsausgaben *je Leistung* bzw. *je Mengeneinheit* (z.B. je BEMA-Bewertungspunkt) verändert haben. Gegenwärtig besteht aus Erhebungen keine empirische Grundlage für eine Zerlegung der Veränderung der Betriebsausgaben in eine Mengenkomponekte und in eine Preiskomponekte: Die Leistungsmengen je Praxis können nur für über die KZV abgerechnete Leistungen zuverlässig bestimmt werden, während sich die Betriebsausgaben auf die Ausgaben für *alle* erbrachten Leistungen - also für GKV-Versicherte und nicht GKV-Versicherte - einer Praxis beziehen. Es wird demnach nicht nach Ausgaben für über die KZV abgerechnete Leistungen und nicht über die KZV abgerechnete Leistungen unterschieden.

Berücksichtigung der Kosten- und Versorgungsstruktur

Bezogen auf die vom Gesetzgeber geforderte Berücksichtigung der Kosten- und Versorgungsstruktur ergibt sich basierend auf Statistiken der KZBV und einer Sonderauswertung aus den Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes der Jahre 2007 und 2011 folgender Sachstand:

- Immer mehr Zahnärzte sind behandelnd in der zahnärztlichen Versorgung tätig, so dass die Zahl der Einwohner je Zahnarzt seit Jahren kontinuierlich abnimmt: Kamen im Jahr 1994 noch 1.377 Einwohner auf einen behandelnd tätigen Zahnarzt, waren es im Jahr 2005 1.265 Einwohner und im Jahr 2013 nur noch 1.158 Einwohner.

- Die vertragszahnärztliche Versorgung erfolgt in zunehmendem Maße in größeren Betriebseinheiten (Gemeinschaftspraxen², Praxisgemeinschaften, Praxen mit angestellten Zahnärzten und seit jüngerer Zeit auch Medizinischen Versorgungszentren).
- Die Leistungsmengen je Praxis steigen im Durchschnitt. Dies kann basierend auf Angaben der KZBV für Leistungen des BEMA-Teil 1 (KCH) und Leistungen des BEMA-Teil 3 (KFO) gezeigt werden.
- Praxen unterschiedlicher Größe weisen unterschiedliche Kostenstrukturen auf. Die Kosten insgesamt (Betriebsausgaben gesamt) und die verschiedenen Kostenbestandteile verändern sich über die Zeit in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Praxisgröße) unterschiedlich.
- Die Anzahl der ausschließlich fachzahnärztlich als Kieferorthopäden tätigen Vertragszahnärzte steigt seit Jahren³. Zu den hier bestehenden Kostenstrukturen und ihrer Veränderung über die Zeit kann auf der Grundlage der zugänglichen Informationen keine Aussage getroffen werden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass sich die Kosten insgesamt, die Kostenstrukturen und ihre Veränderung über die Zeit anders darstellen als bei Praxen der allgemeinen zahnärztlichen Versorgung.
- Auf der Grundlage der für diese Untersuchung verwendeten Quellen war eine vertiefende Untersuchung dieser Veränderungen in den Kosten- und Versorgungsstrukturen auf KZV-Bezirksebene nicht möglich. Durchgeführte Ost-West-Vergleiche zeigen aber regionale Unterschiede in diesen Entwicklungen bzw. diesen Veränderungen auf. Eine Vertiefung auf KZV-Bezirksebene ist teilweise auf Grundlage von Informationen möglich, die jährlich von der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) publiziert werden. Eine kursorische Sichtung zeigt, dass die Entwicklungen auf KZV-Bezirksebene durchaus unterschiedlich verlaufen.
- Der Einnahmen-Überschuss (= Reinertrag) je Praxisinhaber steigt mit zunehmender Betriebsgröße relativ deutlich. Das gilt unabhängig davon, ob man die Betriebsgröße über die Praxisumsätze, die Praxisform (Einzel- oder Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft) oder die Anzahl der Zahnärzte im Anstellungsverhältnis einer Praxis bestimmt. Das deutet daraufhin, dass Betriebsgrößen- bzw. Produk-

² Seit 2007: Berufsausübungsgemeinschaften. Der Einfachheit halber wird nachfolgend weiter der Begriff „Gemeinschaftspraxen“ verwendet.

³ Des Weiteren werden dem fachzahnärztlichen Bereich Fachzahnärzte für Oralchirurgie zugeordnet. Soweit sie ganz oder weit überwiegend fachzahnärztlich tätig sind, gelten für sie die Ausführungen analog.

tivitätsvorteile in größeren Einheiten bestehen, die auch in zunehmendem Maße erschlossen werden. Die Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes zeigen allerdings, dass den nicht über die KZV erzielten Einnahmen bei größeren Betriebseinheiten (Praxen) eine höhere Bedeutung zukommt als bei kleineren. Inwieweit der höhere Einnahmen-Überschuss je Praxisinhaber größerer Praxen auf einen erhöhten Anteil privatärztlicher Abrechnung zurückzuführen und insofern preisbedingt ist, und inwieweit er auf einer erhöhten Produktivität im Sinne geringerer Kosten je erstellter Leistung beruht (sog. Kostendegression), konnte im Rahmen der Untersuchung nicht aufgeklärt werden. Dazu sind weiterführende Analysen und (Modell-) Berechnungen erforderlich, die den GKV-finanzierten Leistungsanteil fokussieren.

- Gleichwohl zeigen die nach Anteilswerten für über die KZV und nicht über die KZV erzielten Einnahmen differenzierten Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes, dass sich über die Zeit nicht nur eine Zunahme bei Praxen mit höheren Anteilen bei den nicht über die KZV erzielten Einnahmen ergeben hat; sie zeigen auch, dass die Zuwächse bei den Betriebsausgaben in diesen Praxen höher ausfallen als bei Praxen mit hohem Anteil über die KZV erzielter Einnahmen. Vor diesem Hintergrund sollten weiterführende Analysen auf einer hinreichend detaillierten betriebswirtschaftlichen Datenbasis gezielt der Frage nachgehen, wie sich die Kosten im GKV-finanzierten und im nicht GKV-finanzierten Bereich der zahnärztlichen Versorgung entwickeln. Sollte sich zeigen, dass die Zuwächse im nicht GKV-finanzierten Bereich höher ausfallen als im GKV-finanzierten Bereich, würde das für die bisherige Praxis der Gesamtvergütungsvereinbarung bedeuten, dass in der Veränderungsrate nicht nur die Mengenentwicklung doppelt berücksichtigt wird, sondern dass auch Kostenentwicklungen eingeflossen sind, die nicht originär allein dem GKV-finanzierten Bereich der zahnärztlichen Versorgung zuzurechnen sind.

Anhand der zur Verfügung gestellten Unterlagen und ergänzend geführter Gespräche kann zur derzeitigen und vom Gesetzgeber geforderten Berücksichtigung des Kriteriums „Kosten- und Versorgungsstruktur“ in den Verhandlungen als Stand festgehalten werden:

- Kostenstrukturen bzw. ihre Veränderungen werden in den Verhandlungen derzeit überwiegend berücksichtigt, indem für die verschiedenen Kostenblöcke (Personalaufwendungen, Aufwendungen für Mieten/Leasing etc.) Indizes bzw. Steigerungsraten aus anderen, idealerweise nah verwandten Branchen oder auch Tarifabschlüsse als Referenz herangezogen werden. Eine wichtige Rolle kommt i.d.R.

den Ergebnissen der jährlichen Kostenstrukturerhebung der KZBV zu (siehe dazu auch nachfolgend zu den empirischen Grundlagen).

- Versorgungsstrukturen bzw. ihre Veränderungen über die Zeit und die *damit* zusammenhängenden Veränderungen auf der Kostenseite werden in den Verhandlungen nur in Ansätzen thematisiert. Das dürfte damit zusammenhängen, dass der Gesetzgeber offen gelassen hat, wie diese Berücksichtigung operationalisiert werden kann bzw. soll. Eine systematische Aufbereitung von hier relevanten regionalbezogenen Informationen (Veränderungen in den Betriebsgrößen etc.) sind in den bisherigen Erhebungen der zahnärztlichen Berufsvertretungen nicht enthalten und wurden gemäß Information des Auftraggebers bislang auch auf Nachfrage der Kassenseite nicht bereitgestellt.
- Da keine adäquate analytische und empirische Grundlage (s.u.) besteht, können insbesondere Effekte, die sich ausgehend von Veränderungen in den regionalen Versorgungsstrukturen in der Wirtschaftlichkeit der Versorgung niederschlagen, bislang allenfalls in allgemeiner Form angesprochen werden.

Empirische Grundlagen

Eine wesentliche Quelle, aus der für die regionalen Verhandlungen zentrale Parameter – und hier insbesondere die Entwicklung der Betriebsausgaben einer Zahnarztpraxis - abgeleitet werden, bilden Ergebnisse der jährlichen Kostenstrukturerhebung der KZBV. Für die Verhandlungen wird sie den KZVen auch regionalisiert auf KZV-Bezirksebene aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Über die Methodik der KZBV-Erhebung liegen nur rudimentäre Informationen vor. Ferner liegen keine Angaben zu den stichprobenbedingten Fehlern vor. Die Repräsentativität und damit die Belastbarkeit der KZBV-Erhebung auch für die Auswertungen auf KZV-Bezirksebene kann ohne diese Informationen hier nicht weiter beurteilt werden. Nach wissenschaftlichen Standards sind die Zahlen, die aus dieser Erhebung gewonnen werden, ohne die ergänzende Bereitstellung dieser Informationen deshalb eigentlich nicht verwertbar.

Eine weitere empirische Grundlage bilden die im Vierjahresturnus durchgeführten Kostenstrukturerhebungen des Statistischen Bundesamtes, die für Deutschland gesamt und (teilweise) in der Differenzierung nach Ost und West publiziert werden. Über das methodische Vorgehen und qualitative Aspekte besteht Transparenz. Wissenschaftliche Standards sind eingehalten.

Des Weiteren werden für die Verhandlungen verschiedene Indizes, Verbrauchs- und Einkommensstatistiken herangezogen. Soweit für einzelne Berufsgruppen Tarifabschlüsse vorliegen, werden sie in den Verhandlungen

gen berücksichtigt. Verschiedentlich werden auch Abschlüsse für vergleichbare Berufsgruppen bzw. Branchen herangezogen. Bezogen auf die herangezogenen Indizes haben ihre Analyse und eine ergänzende Recherche gezeigt, dass weitere und besser geeignete Indizes zur Verfügung stehen.

B Empfehlungen

Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser Untersuchung können als Empfehlungen gegeben werden:

1. Da die Vergütungen für Zahnersatz entsprechend den gesetzlichen Vorgaben auf der Bundesebene vereinbart werden, existieren aktuell zwei Verhandlungsebenen, in denen auf die Entwicklung der Betriebsausgaben Bezug genommen wird. Da es sich auf beiden Ebenen um die Betriebsausgaben identischer Zahnarztpraxen handelt, sollte ein abgestimmtes Verfahren über die Ebenen sichergestellt werden.
2. Auswertungen der Erhebung der KZBV zur Kostenstruktur sollten in Zukunft in den Vergütungsverhandlungen nur noch akzeptiert werden, wenn sie den differenzierten Anforderungen des § 85 Abs. 3 SGB V genügen und bezogen auf die Transparenz der Methoden der Erhebung und Auswertung die allgemeinen wissenschaftlichen Standards eingehalten sind.
3. Die Krankenkassen bzw. ihre Verbände sollten darauf hinwirken, dass die bisher herangezogenen Erhebungen zur Kostenstruktur der Zahnarztpraxen - namentlich der KZBV und des Statistischen Bundesamtes - entsprechend den Erfordernissen der Vergütungsverhandlungen angepasst bzw. weiterentwickelt werden. Im Einzelnen:
 - a. Die Anpassungen sollten gewährleisten, dass die Veränderung der (Betriebs-) Ausgaben danach differenziert werden kann, inwieweit sie auf Mengenveränderungen oder auf eine Veränderung der Ausgaben respektive der Kosten je Leistung zurückzuführen ist.
 - b. Die dazu erforderlichen Angaben sollten differenziert nach der Größe der Praxen und nach ggf. vorliegender Spezialisierung sowie nach Möglichkeit in einer nach dem GKV-finanzierten und dem nicht GKV-finanzierten Bereich der zahnärztlichen Versorgung differenzierbaren Form erhoben werden und ausgewertet werden können.

- c. Die Stichproben sollten so gestaltet werden, dass eine Auswertung auf der Ebene der Länder bzw. der KZV-Bezirke statistisch möglich ist.
 - d. Die Angaben zu den Beschäftigten (Anzahl und Ausgaben) sollten so differenziert werden, dass sie mit den Tarifverträgen kompatibel sind. Die Ausgaben für die angestellten Zahnärzte sollten gesondert ausgewiesen werden.
4. Für die Berechnung der auf die Punktwerte des Vorjahres anzuwendenden Veränderungsrate/n und Obergrenzen ist die Veränderung der Betriebsausgaben keine geeignete Größe, da sie ceteris paribus zu einer doppelten Berücksichtigung der Veränderungsrate der Leistungsmenge je Zahnarztpraxis führt. Diese doppelte Berücksichtigung wirkt sich insbesondere dann aus, wenn die Leistungsmenge je Praxis über die Zeit zunimmt.
5. Letztendlich finden alle Veränderungen der Versorgungsstruktur mit ihren Wirkungen auf die Kostenstruktur ihren Niederschlag in der Höhe des Produktivitätsgewinns. Die Forderung des Gesetzgebers, in den Verhandlungen über die Vergütung neben der Veränderung der Kostenstruktur auch die Veränderung der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen, bedeutet dann, dass die Berücksichtigung von Produktivitätsgewinnen - oder ausgedrückt in der Sprache des Sozialversicherungsrechts: von Verbesserungen in der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung - expliziter Gegenstand der Vereinbarung der Gesamtvergütung und damit der Verhandlungen ist bzw. sein soll. Diese Deutung stimmt auch mit dem für den gesamten Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 12 SGB V formulierten Wirtschaftlichkeitsgebot überein. Vor diesem Hintergrund sollte die relativ und absolut stark anwachsende Position „Reinertrag“ für die Verhandlungen in mehrere Komponenten zerlegt werden können, um die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass über die Verteilung von Produktivitätsgewinnen (= Verbesserung der Wirtschaftlichkeit) verhandelt werden kann.

Inhaltsverzeichnis

1	Zielsetzung der Expertise	12
2	Ausgangslage - das gegenwärtige Vorgehen	14
2.1	Änderungen durch das GKV-VStG	14
2.2	Die Berechnung der vertragszahnärztlichen Vergütung	15
2.3	Die Berücksichtigung der Veränderung der „Kosten- und Versorgungsstruktur“	17
2.4	Die Berücksichtigung des Kriteriums der Beitragssatzstabilität.....	18
2.5	Die Berechnung der Obergrenze der vertragszahnärztlichen Vergütung für die einzelne Krankenkasse.....	19
3	Berücksichtigung von Veränderungen der Praxiskosten – empirische Grundlagen.....	21
3.1	Die Kostenstrukturerhebung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu den Praxiskosten.....	21
3.2	Die Kostenstrukturerhebung der Zahnarztpraxen des Statistischen Bundesamtes	28
3.3	Preisindizes	29
3.4	Einkommensstatistiken	32
3.5	Zusammenfassung	33
4	Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Veränderungen der Versorgungsstruktur	36
4.1	Praxisgröße nach Umsatz	37
4.2	Praxisgröße nach der Zahl der behandelnden Ärzte	39
4.3	Spezialisierung der Versorgung.....	43
4.4	Veränderung der Zahnarztliche	45
4.5	Veränderung der Finanzierung: Unterschiedliche Entwicklung der über die KZV vereinnahmten bzw. nicht über die KZV vereinnahmten Beträge.....	46
5	Veränderungen der Wirtschaftlichkeit bzw. Produktivität der Versorgung	52
5.1	Differenzierung des Reinertrags (Unternehmerlohn): Darstellung der Veränderung der Produktivität.....	53
5.2	Berücksichtigung der Veränderung der Produktivität.....	55
6	Anhang A: Quellen und Literatur	56
6.1	Quellen	56
6.2	Gesetze	57
6.3	Literatur	57

7	Anhang B: Übersicht über die empirischen Grundlagen zu den einzelnen Kostenpositionen	60
7.1	Übersicht Personalkosten	62
7.2	Übersicht Sachkosten	63
7.3	Übersicht Reinertrag („Unternehmerlohn“)	69
8	Anhang C: Vergleich der Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Statistischen Bundesamtes	70
8.1	Übersicht: Vergleich der Merkmale aus der Erhebung der KZBV und des Statistischen Bundesamtes	70
8.2	Übersicht: Vergleich der Stichproben aus der Erhebung der KZBV und des Statistischen Bundesamtes	73
8.3	Übersicht: Anzahl der Zahnärzte in Deutschland 2011	76
8.4	Übersicht: Abschätzung der Auswahlsätze bzw. der Rücklaufquoten der Erhebung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung	77
9	Anhang C: Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes	80

1 Zielsetzung der Expertise

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) von 2011 haben sich die Rahmenbedingungen für die Vergütungsverhandlungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) mit den gesetzlichen Krankenkassen ab dem Jahr 2013 wesentlich verändert. Das bezieht sich vornehmlich auf die Parameter, die bei der Festsetzung der Veränderungsrate der Gesamtvergütung zu berücksichtigen sind (§ 85 Abs. 3 SGB V) und gilt insbesondere für das Kriterium „Veränderung der Kosten- und Versorgungsstruktur“.

Zielsetzung der vorliegenden Expertise ist es, darzustellen, welche empirischen Grundlagen in diesen Verhandlungen herangezogen werden, und zu beurteilen, inwieweit sich diese Unterlagen zur Bestimmung der Veränderungsrate der Kosten- und Versorgungsstruktur eignen, um ggf. auch Vorschläge für die weitere Entwicklung zu formulieren.

Die Expertise ist auf eine Analyse ausgewählter Verhandlungsunterlagen des Jahres 2014 gegründet, insbesondere auf eine Analyse der Anträge für Landesschiedsamsverfahren in Nordrhein, Thüringen und Bayern an die jeweiligen Schiedsämter, der Bescheide dieser Schiedsämter und eines ersten Urteils des Landessozialgerichts Bayern zu einem Schiedsamsverfahren. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse einer Sonderauswertung der Kostenstrukturanalyse der Zahnarztpraxen 2007 und 2011 des Statistischen Bundesamtes herangezogen.

Ausgangspunkt der Expertise ist ein Überblick über die Berechnung der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen sowie die Berechnung von Vergütungs-Obergrenzen (Kapitel 2).

Hauptgegenstand der Verhandlungen über die Veränderung der Kosten- und Versorgungsstruktur ist bisher die Entwicklung der Praxiskosten. Deshalb soll zunächst untersucht werden, auf welche empirischen Unterlagen sich die Beteiligten hier stützen. Dabei wird auch die Kostenstrukturerhebung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) hinsichtlich ihrer Belastbarkeit diskutiert (Kapitel 3).

Durch das GKV-VStG wurde der Begriff der Praxiskosten durch den Begriff der Kosten- und Versorgungsstruktur ersetzt. Es soll also nicht nur die Veränderung der Praxiskosten, sondern auch die Veränderung der Versorgungsstruktur berücksichtigt werden. Auf diese erweiterte Vorschrift des Gesetzgebers wurde in den bisherigen Verhandlungen nur am Rande und nicht systematisch eingegangen. Deshalb werden hier Überlegungen

angestellt, wie die neue Vorschrift des Gesetzgebers in Zukunft berücksichtigt werden kann (Kapitel 4).

Die Berücksichtigung von regionalen Unterschieden und von Veränderungen in der Versorgungsstruktur berührt allgemeiner auch die Frage von Unterschieden in der Wirtschaftlichkeit der Versorgung oder ökonomisch formuliert in der Produktivität. Im 5. Kapitel wird herausgearbeitet, wie Unterschiede in der Produktivität dargestellt werden können.

Im Anhang zu diesem Bericht ist eine Aufstellung wiedergegeben, die differenziert nach den einzelnen Positionen für die Ausgaben von Zahnarztpraxen die verwendeten Quellen aufführt (Kapitel 7). Es folgen einige Übersichten zum Vergleich der Erhebungen der KZBV und des Statistischen Bundesamtes (Kapitel 8). Schließlich sind die Tabellen der Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes wiedergegeben (Kapitel 9).

Für die Zusammenfassung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse, Empfehlungen und die noch ausstehenden Entwicklungsarbeiten kann auf die Executive Summary verwiesen werden, die diesem Bericht vorangestellt ist.

2 Ausgangslage - das gegenwärtige Vorgehen

Bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG zum 01.01.2013 vereinbarten die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderung der Gesamtvergütung nach § 85 Abs. 3 SGB V unter Berücksichtigung

- der Praxiskosten,
- der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie
- der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen.

Bis zum 01.01.2013 musste der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) bei der Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütung „beachtet“ werden und hatte damit Vorrang vor den anderen Kriterien. Im Zentrum der Vergütungsverhandlungen stand bis zum Jahr 2013 demzufolge die Grundlohnsummenentwicklung (§ 71 Abs. 3 SGB V).

2.1 Änderungen durch das GKV-VStG

Seit Januar 2013 gilt in der vertragszahnärztlichen Versorgung, dass die Vertragsparteien des Gesamtvertrages die Veränderungen der Gesamtvergütungen vereinbaren unter Berücksichtigung

- (1) der Zahl und Struktur der Versicherten,
- (2) der Morbiditätsentwicklung,
- (3) der Kosten- und Versorgungsstruktur,
- (4) der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie
- (5) der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen.

Diese Liste von Kriterien ist abschließend.

Neu aufgenommen wurden mithin die Kriterien „Zahl und Struktur der Versicherten“, „Morbiditätsentwicklung“ und „Kosten und Versorgungsstruktur“.

Mit dem GKV-VStG wurde auch die Bedeutung der Grundlohnsummenentwicklung relativiert: „Bei der Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Be-

zug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach Satz 1 zu berücksichtigen“ (§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V). Für die vertragszahnärztliche Vergütung (ohne Zahnersatz) hat also der Grundsatz der Beitragssatzstabilität keinen Vorrang mehr. Alle Kriterien stehen nunmehr gleichberechtigt nebeneinander.

2.2 Die Berechnung der vertragszahnärztlichen Vergütung

Das Verfahren zur Berechnung der Gesamtvergütung für die vertragszahnärztlichen Leistungen an die KZVen ist nicht einheitlich für alle KZV-Bezirke und zum Teil auch innerhalb der KZV-Bezirke nach Kassenarten und einzelnen Kassen unterschiedlich.

Mit Ausnahme einiger weniger KZV-Bezirke bemisst sich die Vergütung, die eine Krankenkasse für die vertragszahnärztliche Versorgung mit Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 4 an die jeweilige KZV entrichtet, jedoch

- (1) nach der Leistungsbewertung in Punkten nach BEMA,
- (2) der Leistungsmenge in der Rechnungsperiode und
- (3) nach den vereinbarten (Vertrags-) Punktwerten.⁴

Dabei wird so verfahren, dass ein Punktwert für Leistungen der BEMA-Teile 1 (KCH⁵, ohne IP/FU), 2 (KB) und 4 (PAR), ein weiterer Punktwert für IP/FU sowie schließlich ein Punktwert für Leistungen des BEMA-Teil 3 (KFO) vereinbart wird. Die Punktwerte werden ermittelt, indem eine Veränderungsrate auf den entsprechenden Punktwert des Vorjahres angewendet wird. Um das mit wachsenden Leistungsmengen verbundene Ausgabenrisiko zu begrenzen, werden mit Ausnahme der IP/FU-Leistungen Obergrenzen für die Gesamtvergütung vereinbart. Der Punktwert für Leistungen des BEMA-Teil 5 (ZE) wird auf Bundesebene vereinbart und ist insoweit für die Verhandlungen auf der KZV-Bezirksebene ohne Relevanz.

⁴ In einigen KZV-Bezirken wird für einzelne Leistungsbereiche eine Mitglieder- respektive eine Versichertenpauschale in Euro vereinbart. Eine materielle Abweichung zu dem hier geschilderten Verfahren liegt in diesen Fällen gleichwohl nur dann vor, wenn diese Veränderung ohne Berücksichtigung der Mengenentwicklung zwischen dem Vorjahr und dem Rechnungsjahr berechnet wird.

⁵ Bedeutung der verwendeten Abkürzungen: KCH = Konservierende und chirurgische und Röntgenleistungen; IP/FU = Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen; KB = Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe); KFO = Kieferorthopädische Behandlung; PAR = Systematische Behandlung von Parodontopathien; ZE = Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.

Die Gesamtvergütung für Leistungen der BEMA-Teile 1 bis 4 folgt damit der Grundlogik

$$V = \sum_i (l_i * p_i * w_i * (1+r_i))$$

l_i Menge der in einer Abrechnungsperiode erbrachten vertragszahnärztlichen Leistungen für die BEMA-Position i

p_i Bewertungspunktzahl der Leistungsposition i gemäß BEMA

w_i Punktwert für die Leistungsposition i im Vorjahr in Euro

r_i Veränderungsrate für die Leistungsposition i gegenüber Vorjahr (in Hundertstel)

Soweit handelt es sich im Kern um eine reine Einzelleistungsvergütung bei administrierten Preisen.⁶ Auf die Obergrenzen wird vertiefend in Kapitel 2.5 eingegangen.

Die Leistungsmenge ergibt sich aus dem Versorgungsgeschehen in der Rechnungsperiode. Die Punktzahl ist durch den BEMA festgelegt. Variabel ist hier die Veränderungsrate, die auf den Punktwert angewendet wird. Sie ist damit zentraler Gegenstand der Vergütungsverhandlungen.

Bezogen auf die fünf im Gesetz (§ 85 Abs. 3 SGB V) genannten Kriterien, die bei der Bestimmung der Veränderungsrate berücksichtigt werden müssen, ergibt sich das folgende Bild:

- Die Kriterien (1) „Zahl und die Struktur der Versicherten“, (2) „Morbiditätsentwicklung“ sowie (5) „ggf. gesetzliche oder satzungsmäßige Änderungen des Leistungsumfangs“ finden bereits in der in Rechnung gestellten Menge der Leistungen Berücksichtigung.
- Das Kriterium (4) „Arbeitszeit für vertragszahnärztliche Leistungen“, ist bereits indirekt über die Punktzahl in den BEMA-Gebührenpositionen enthalten. Außerordentliche Entwicklungen der Arbeitszeit, die sich auf einzelne Positionen des BEMA beziehen, könnten damit grundsätzlich zum Gegenstand der Verhandlung gemacht werden, sollen in dieser Untersuchung aber nicht betrachtet werden.
- Es bleibt das Kriterium (3) „Kosten- und Versorgungsstruktur“ (ehemals Praxiskosten), auf dessen Berücksichtigung sich die Verhandlungen über die Veränderungsrate fokussieren.

⁶ Das ändert auch die in § 85 Abs. 4b bis 4f SGB V geregelte Degression nicht grundsätzlich, weil sie in einem System der Einzelleistungsvergütung betriebswirtschaftlich konsistent ist. Im Übrigen ist sie ökonomisch von geringer Relevanz.

2.3 Die Berücksichtigung der Veränderung der „Kosten- und Versorgungsstruktur“

Zu der Komponente „Kosten- Versorgungsstruktur“ findet sich in der Begründung des GKV-VStG folgender Hinweis:⁷

„Anstelle des bisherigen Kriteriums der Praxiskosten wird das auch im ärztlichen Bereich maßgebliche Kriterium der Kosten- und Versorgungsstruktur gesetzt. Damit kann regionalen Unterschieden und auch Veränderungen sowohl in der Kostenstruktur (wie z.B. das Lohn- und Gehaltsniveau der Praxisangestellten, Mietniveau) als auch in der Versorgungsstruktur – wie z.B. Veränderungen der Praxisstrukturen (z.B. Zunahme von Gemeinschaftspraxen), der Angebotsstrukturen (z.B. aufgrund von Spezialisierungen), der Zahnarztdichte – Rechnung getragen werden.“

Wenn man davon ausgeht, dass in der Begründung die wichtigsten im Gesetzgebungsverfahren diskutierten Aspekte genannt worden sind, bedeutet das, dass mit dem Begriff „Kostenstruktur“ Veränderungen bzw. auch regionale Unterschiede

- z.B. des Lohn- und Gehaltsniveaus der Praxisangestellten und
- z.B. des Mietniveaus,

mithin der verschiedenen Personal- und Sachkosten sowie der kalkulatorischen Kosten in den zahnärztlichen Praxen gemeint sind. Das entspricht weitgehend der bisherigen Vorstellung vom Begriff der Praxiskosten. Hinsichtlich einer Präzisierung des Begriffs kann an die bisherige Diskussion angeknüpft und die betriebswirtschaftliche Literatur zur Klärung herangezogen werden.

Bei dem Begriff „Versorgungsstruktur“ wird in der Begründung exemplarisch auf Veränderungen hinsichtlich dreier Aspekte verwiesen:

- z.B. Praxisstrukturen (z.B. Gemeinschaftspraxen),
- z.B. Angebotsstrukturen (z.B. Spezialisierungen) und
- z.B. Zahnarztdichte.

Hier ist die Begründung nicht nur sprachlich undeutlich. Offensichtlich war die Diskussion auch im Gesetzgebungsverfahren nicht sehr präzise. In der Literatur wurden keine Anknüpfungspunkte für eine Präzisierung des Begriffs „Versorgungsstruktur“ gefunden.

Aus den Unterlagen der Schiedsverfahren in Bayern, Nordrhein und Thüringen geht hervor, dass in den gegenwärtigen Vergütungsverhandlungen

⁷ SGB V-Handbuch mit Begründungen, 17. Auflage 2012, S. 119.

der Vertragszahnärzte Veränderungen der Praxiskosten bzw. K o s t e n - s t r u k t u r e n in Zahnarztpraxen diskutiert werden. Änderungen in den V e r s o r g u n g s s t r u k t u r e n sowie den weiteren im GKV-VStG benannten Kriterien (Morbidität, Struktur der Versicherten, Art und Umfang der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfanges beruhen) sind nicht oder nur sporadisch und am Rande Gegenstand der Verhandlungen⁸.

Seitens der KZVen wird hauptsächlich auf die Ergebnisse der jährlich durchgeführten Kostenstrukturerhebung der KZBV (und KZV-spezifische Sonderauswertungen letzterer) Bezug genommen, um Veränderungsrate der Praxiskosten abzuleiten. Dabei werden weniger Veränderungen in einzelnen Kostenpositionen, sondern vielmehr die Veränderung der Betriebsausgaben insgesamt betrachtet. Die Krankenkassen beziehen sich hingegen im Wesentlichen auf länderspezifische Preisindizes zur Ableitung von Veränderungsrate für einzelne Kostenpositionen in den Zahnarztpraxen.

Eine ausführliche Beschreibung und Bewertung der verwendeten empirischen Grundlagen findet sich in Kapitel 3.

2.4 Die Berücksichtigung des Kriteriums der Beitragssatzstabilität

Bei der Vereinbarung der Veränderungsrate (r) der Gesamtvergütungen ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz *n e b e n* den zuvor behandelten Kriterien zu berücksichtigen.

Überschreitet die Veränderungsrate der Gesamtvergütung die vom BMG veröffentlichte Veränderungsrate der Grundlohnsumme⁹, so ist zu begründen, warum nur so eine angemessene Berücksichtigung der im GKV-VStG genannten Kriterien möglich ist.

⁸ Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurden nicht nur die Rahmenbedingungen für die zukünftigen Verhandlungen über die Veränderung der Gesamtvergütungen modifiziert. Es wurde auch das mit den Jahren immer drängender gewordene Problem der Unterschiede der Punktwerte zwischen den Kassenarten bzw. den einzelnen Krankenkassen angegangen. Für die Angleichung der Punktwerte zwischen den Krankenkassen mussten Verrechnungsverfahren vereinbart werden, wodurch die Verhandlungen für 2013 stark belastet waren.

⁹ Durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen je Mitglied.

2.5 Die Berechnung der Obergrenze der vertragszahnärztlichen Vergütung für die einzelne Krankenkasse

Neben der Veränderungsrate (r) vereinbaren die Vertragsparteien eine Obergrenze der Vergütungssumme (OG), die die einzelne Krankenkasse j an die jeweilige KZV maximal zu leisten hat. Wird diese „kassenindividuelle“ Obergrenze überschritten, ist der Differenzbetrag von der KZV an die jeweilige Kasse zurückzuzahlen (oder die Punktwerte werden im Folgejahr entsprechend reduziert). Die Verteilung des Differenzbetrages auf die betroffenen Zahnärzte regelt die KZV im Honorarverteilungsmaßstab.

Bei der Berechnung der Obergrenze wird bzw. wurde in der Vergangenheit insbesondere die Entwicklung der Zahl der Mitglieder (M) der einzelnen Krankenkasse berücksichtigt. Nach den Änderungen im VStG sollten bei der Berechnung der Obergrenze seit 2013 statt der Veränderung der Mitgliederzahl die Veränderung der Zahl und der Struktur der Versicherten und die Morbidität berücksichtigt werden. In den Verhandlungen einzelner Regionen wird im Jahr 2014 diese Forderung des Gesetzgebers inzwischen insoweit umgesetzt, als zumindest nicht mehr die Zahl der Mitglieder, sondern die Zahl der Versicherten nach der KM6 verwendet wird. Die Umstellung von Mitgliedern auf Versicherte erfolgt dabei aufkommensneutral. Unter Berücksichtigung dieser Umstellung ergibt sich folgendes Rechenmodell:

$$OG_j = OG_j^{VJ} * (1+r) * V_j / V_j^{VJ}$$

OG_j Obergrenze der maximal zu leistenden Vergütung der Krankenkasse j

OG_j^{VJ} dito, im Vorjahr

r Veränderungsrate (in Hundertstel); bei mehreren Veränderungsraten (für Teilbereiche der BEMA) wird die nach Ausgaben gewichtete mittlere Veränderungsrate gewählt

V_j Zahl der Versicherten der Krankenkasse j im Rechnungsjahr

V_j^{VJ} dito, im Vorjahr

Statt der Obergrenze der Vergütung in Euro (OG_j) wird in den Verhandlungen häufig auch ein kassenspezifischer Indikator verwendet: die Mitgliederpauschale oder seit jüngster Zeit in verschiedenen KZV-Bezirken auch die Versichertenpauschale VP_j , also die mittlere Vergütung je Versichertem der Krankenkasse j :

$VP_j = OG_j / V_j$ bzw. für das Vorjahr

$VP_j^{VJ} = OG_j / V_j^{VJ}$

Die Berechnung der Versichertenpauschale der einzelnen Krankenkasse erfolgt analog zur Berechnung der Obergrenze für die Vergütung:

$$VP_j = VP_j^{VJ} * (1+r)$$

Die Versichertenpauschale ermöglicht einen besseren Vergleich der Verhandlungsergebnisse zwischen den Krankenkassen, indem die Auswirkungen berücksichtigt werden, die sich infolge einer unterschiedlichen Zahl von mitversicherten Familienangehörigen der einzelnen Krankenkassen ergeben. Darüber hinaus ist aus vielen statistischen Auswertungen bekannt, dass auch die unterschiedliche Alters- und Geschlechtsstruktur der einzelnen Krankenkassen eine Auswirkung auf die Menge der in Anspruch genommenen Leistungen sowie der Ausgaben einen Einfluss haben¹⁰.

¹⁰ RSA-Profile Hauptleistungsbereich Zahnärzte (zahnärztliche Leistungen und Festzuschüsse für Zahnersatz), (jährlich); Niehaus 2015, Rädcl 2015.

3 Berücksichtigung von Veränderungen der Praxiskosten – empirische Grundlagen

In den Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2014, die auf der Grundlage von ausgewählten Verhandlungsunterlagen näher betrachtet werden konnten, hat sich gezeigt, dass hinsichtlich des neuen Kriteriums der „Kosten- und Versorgungsstruktur“ die Entwicklung der Praxiskosten im Vordergrund der Verhandlungen stand. Aspekte der Veränderung der Versorgungsstruktur wurden bei der Ermittlung der Veränderungsrate nur am Rande angesprochen.

Die ökonomische Begründung für die Berücksichtigung der Veränderung der Kostenstruktur bei der Bestimmung der Vergütung für die vertragszahnärztliche Versorgung ist darin zu sehen, dass die Punktzahlen für die einzelnen Positionen der Gebührenordnung nicht jährlich empirisch neu ermittelt werden können, weil der dafür erforderliche Aufwand als zu hoch eingeschätzt wird. Stattdessen besteht die Vorstellung, dass für die zahnärztlichen Leistungen insgesamt bzw. für Teilbereiche der zahnärztlichen Leistungen aktuell geschätzt werden kann, um wieviel Prozent sich die Kosten für die Erbringung der Leistungen in den letzten zwölf Monaten verändert haben. Es soll also ein Kostenindex ermittelt werden, auf dessen Grundlage der Punktwert angepasst werden soll. Aus der Sicht der Krankenkassen handelt es sich um einen Preisindex, wenn dieser Kostenindex für die Bestimmung der Veränderung der Vergütung übernommen wird.

Die wichtigste empirische Grundlage in den Verhandlungen über die Veränderung der Praxiskosten ist die Kostenstrukturerhebung, die jährlich von der KZBV durchgeführt wird (dazu nachfolgendes Kapitel 3.1). Eine inhaltlich vergleichbare Erhebung wird alle vier Jahre vom Statistischen Bundesamt im Rahmen der Unternehmens- und Arbeitsstättenstatistik durchgeführt: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (Kapitel 3.2). Schließlich werden amtliche Preisindizes angeführt (Kapitel 3.3) und Einkommensstatistiken zum Vergleich herangezogen (Kapitel 3.4)

3.1 Die Kostenstrukturerhebung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zu den Praxiskosten

Die KZBV führt seit vielen Jahren eine Erhebung zur Kostenstruktur der Praxen von Vertragszahnärzten durch. Neben allgemeinen Angaben zur Praxis (Fachrichtung, Gründung, Praxisform, Anzahl, Geschlecht, Alter und Arbeitszeit der Inhaber) werden Angaben zur Fläche der Praxis, Miete oder Eigentum, Zahl der Behandlungsstühle, zum Zahnarztlabor sowie zur

Zahl der Beschäftigten nach Berufsgruppen erhoben. Im Kern der Erhebung stehen die Angaben zu den Einnahmen aus selbstständiger zahnärztlicher Tätigkeit und zu den Betriebsausgaben. Die Einnahmen sind danach differenziert, ob sie über die KZV oder nicht über die KZV erfolgen. Die Betriebsausgaben unterscheiden Personalausgaben (nur insgesamt) und Sachkosten (Raumkosten, Materialkosten, Fremdlabor) sowie Zinsen und Abschreibungen. Eine ausführliche Übersicht findet sich in Kapitel 8.1.

Qualität der Stichprobe für die Auswertung auf KZV-Ebene

Die Teilnahme an der Erhebung ist für die Praxen freiwillig. Über die Methodik der Erhebung liegen so gut wie keine Informationen vor. Das gilt für

- die Auswahl der angeschriebenen Praxen,
- ihre Schichtung,
- die allgemeinen und speziellen Rücklaufquoten und
- eine Responderanalyse.

Es gibt keine Angaben zu den systematischen und den zufälligen (stichprobenbedingten) Fehlern¹¹. Da die Daten der Erhebung von der KZBV auch für Auswertungen auf der Ebene der einzelnen KZV herangezogen werden, müssen diese Informationen zur Bewertung dieser Zahlen auch für die Ebene der einzelnen KZVen vorliegen. Über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Erhebung ist nichts bekannt. Nach wissenschaftlichen Standards sind die Zahlen, die aus dieser Erhebung gewonnen werden, ohne diese Informationen eigentlich nicht verwertbar.

Zum Hochrechnungsverfahren ist bekannt¹², dass für alle in der Stichprobe erhobenen Werte (Einnahmen, Ausgaben, Personal etc.) Durchschnittswerte je Praxis errechnet werden und zwar differenziert nach Honorarklassen für jede einzelne KZV. Das erfolgt auch für die „über die KZV vereinnahmten Beträge“. Die KZVn melden jährlich je Honorarklasse das praxisdurchschnittliche Honorar, das tatsächlich ausgezahlt wurde. Aus diesem Wert und dem Praxisdurchschnitt der „über die KZV vereinnahmten Beträge“ aus der Stichprobe wird ein Quotient gebildet, mit dem *alle* Werte aus der Stichprobe differenziert nach Honorarklassen für jede einzelne KZV hochgerechnet werden. Die jeweiligen Mittelwerte je KZV sind nach der Zahl der Praxen je Honorarklasse gewichtet. Die jeweiligen Bun-

¹¹ Eine entsprechende Untersuchung liegt für das ZI-Praxis-Panel vor, vgl. Lippe 2012.

¹² Schriftliche Mitteilung der KZBV auf Anfrage des vdek.

deswerte sind nach der Zahl der Praxen in den einzelnen KZVn gewichtet berechnet.

Nach den sporadisch vorliegenden Informationen zum Rücklauf kann man davon ausgehen, dass die Rücklaufquote weniger als 5% beträgt. Das Statistische Bundesamt, das eine ähnliche Erhebung durchführt (siehe Kapitel 3.2) geht davon aus, dass erst bei einer qualifizierten Stichprobe von 5% der Zahnarztpraxen eine Auswertung für Deutschland gesamt und auf der Ebene Alte Länder / Neue Länder möglich ist, eine Auswertung auf der Ebene der einzelnen Länder aber aus statistischen Gründen nicht möglich ist. Wenn man diese Bewertung der qualifizierten Stichprobe des Statistischen Bundesamtes auf die Erhebung der KZBV überträgt, ist eine Auswertung auf der Ebene der einzelnen KZVen aus statistischen Gründen nicht möglich.

Ermittlung der Veränderung der Ausgaben je Praxis

Einleitend zu diesem Kapitel wurde darauf verwiesen, dass die Begründung für die Berücksichtigung der Kostenentwicklung darin zu sehen ist, dass die Kosten je Leistung im administrierten Preissystem nicht jährlich ermittelt werden können, sondern dass stattdessen jährlich eine Veränderungsrate für die mit der Leistungserstellung verbundenen Kosten insgesamt oder auch für die Kosten einzelner Leistungsgruppen vereinbart werden soll.

Mit der Erhebung der KZBV werden die mit der Leistungserstellung verbundenen Kosten respektive die Betriebsausgaben für die in die Erhebung einbezogenen zahnärztlichen Praxen im laufenden Jahr nach einzelnen Ausgabenpositionen erfasst, aufsummiert und auf die Anzahl der teilnehmenden Praxen bezogen. Sie werden mit den Betriebsausgaben des Vorjahres verglichen, um eine Veränderungsrate zu ermitteln.

Zerlegung der Veränderung der Ausgaben je Praxis in eine Mengen- und Strukturkomponente sowie in eine Preiskomponente

In die ermittelte Veränderungsrate fließen dabei unterschiedliche Veränderungen ein. Angelehnt an übliche statistische Vorgehensweisen können unterschieden werden

- die Veränderung der Mengen und der Struktur der Leistungen einer Praxis (r^M)
- die Veränderung der (Betriebs-) Ausgaben je Leistung (r^P)

Diese Unterscheidung entspricht der Differenzierung einer Ausgabenveränderung nach einer Mengen- und Strukturkomponente¹³ (erster Spiegelstrich) sowie nach einer Preiskomponente (zweiter Spiegelstrich). Dabei wird zunächst berechnet, welche Ausgaben unter Berücksichtigung der Leistungsmengen im Rechnungsjahr bei Preisen aus dem Vorjahr entstanden wären. Die daraus ableitbare Veränderungsrate stellt die Mengen- und Strukturkomponente dar. Die Differenz zwischen der Veränderungsrate der Ausgaben und der Mengen- und Strukturkomponente ist die Preiskomponente.

Diese Komponentenerlegung setzt allerdings voraus, dass die Leistungsmengen und ihre Struktur bekannt sind. Diese Kenntnis ist für die Leistungsmengen der über die KZV finanzierten Leistungen grundsätzlich gegeben, weil für jede Praxis eine Statistik der erbrachten Leistungen vorliegt. Die Erhebung der Betriebsausgaben durch die KZBV bezieht sich allerdings nicht nur auf die Leistungen, die über die KZVen abgerechnet werden, sondern auf die Gesamtheit der in den Praxen erbrachten Leistungen, also auch auf die Leistungen, die ganz oder teilweise nicht über die KZV abgerechnet werden. Über diese Leistungen gibt es jedoch keine systematische Statistik für die einzelnen Praxen. Das bedeutet, dass eine Zerlegung in eine Preis- und in eine Mengenkomponekte nicht durchgeführt und damit die Veränderungsrate der Ausgaben je Leistung zurzeit nicht bestimmt werden kann.

Doppelte Berücksichtigung der Veränderung der Leistungsmenge je Zahnarztpraxis

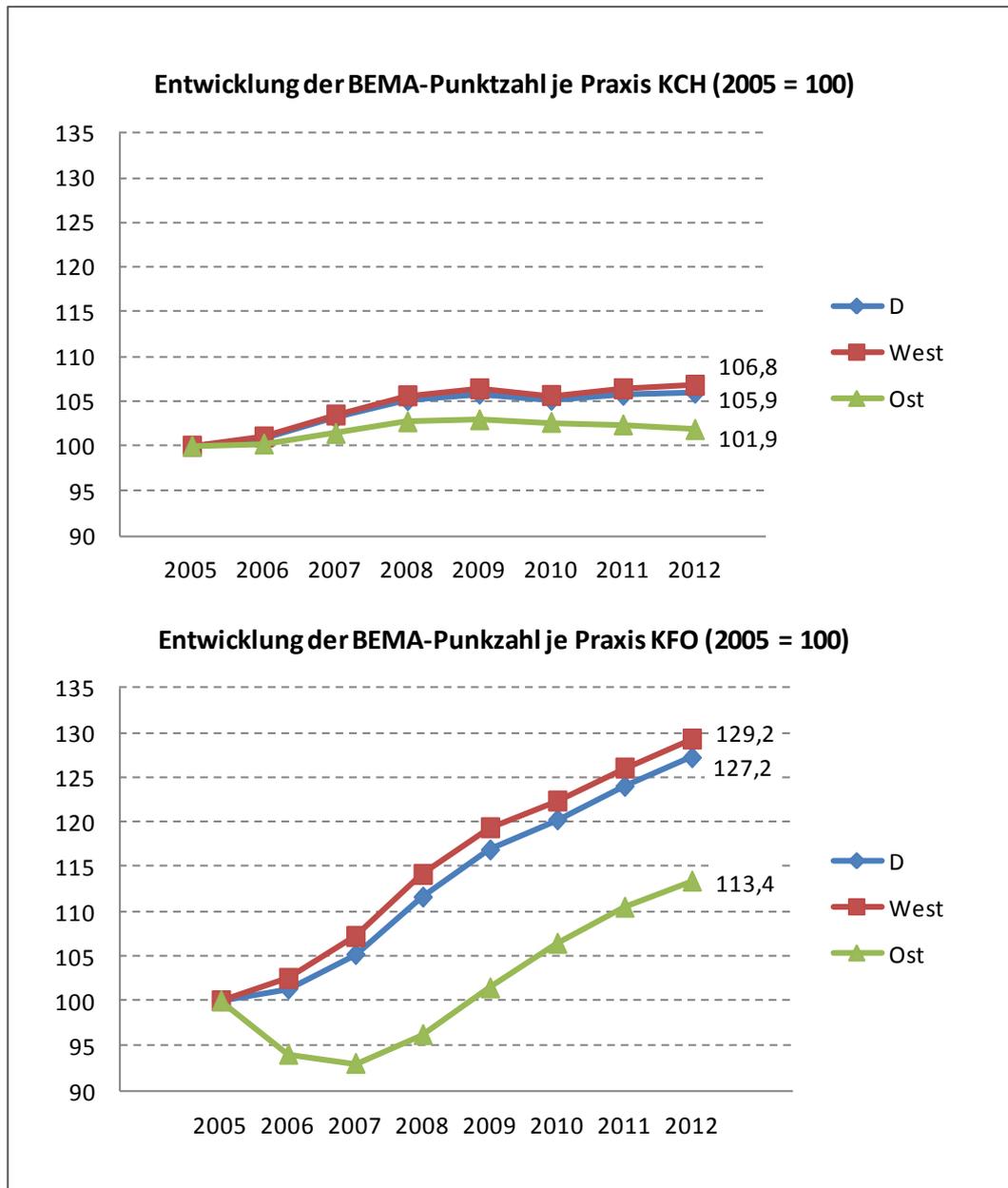
Wenn diese Zerlegung nicht erfolgen kann und deshalb die Veränderungsrate der Betriebsausgaben insgesamt für die Berechnung der Vergütung herangezogen wird, wird die Mengenentwicklung je Zahnarztpraxis doppelt berücksichtigt: Wird die Leistungsmenge der Abrechnungsperiode (und nicht der Vorperiode) für die von der Krankenkasse an die KZV zu entrichtende Vergütung zu Grunde gelegt, ist die Mengenentwicklung insgesamt bereits abgegolten. Oben wurde festgehalten, dass die Mengenentwicklung je Zahnarztpraxis neben der Preiskomponente als Mengenkomponekte in der Veränderungsrate der Betriebsausgaben enthalten ist. Geht letztere in die Berechnung der Vergütung ein, wird diese Mengenentwicklung entsprechend ein weiteres Mal berücksichtigt.

¹³ Wenn in einem Ausgabenindex die Ausgaben für heterogene Leistungen berücksichtigt sind, kann neben einer Mengenkomponekte auch noch eine Strukturkomponente berücksichtigt werden, die angibt, inwieweit die Veränderung der Ausgaben auf den Effekt zurückzuführen ist, dass Verschiebungen zwischen den unterschiedlichen Leistungen stattgefunden haben.

Diese doppelte Berücksichtigung ist nur dann ohne wesentliche Auswirkung, wenn sich die Leistungsmenge je Praxis über die Zeit kaum verändert, die Praxisgröße, gemessen an den Leistungsmengen, also nicht wächst. Ein Effekt tritt aber auf, wenn sich - wie in den letzten Jahren geschehen und für die nächsten Jahre weiter zu erwarten steht - die Praxen gemessen an ihrer Leistungsmenge vergrößern, weil die Zahl der angestellten Zahnärzte zunimmt und/oder mehr Zahnärzte Gemeinschaftspraxen oder Medizinische Versorgungszentren bilden. In diesen Fällen steigen die Betriebsausgaben einer Praxis schon allein aus diesem Grund.

Abbildung 1 zeigt anhand der BEMA-Punktzahlen je Praxis für die BEMA-Teile 1 (KCH) und 3 (KFO), wie sich die Punktzahlsummen je Praxis im Zeitraum 2005 bis 2012 entwickelt haben. Die Relation zwischen BEMA-Punkten des Teils 1 und BEMA-Punkten des Teils 3 beträgt 7,4 : 1 (2012). Ein Anstieg der BEMA-Punkte für Leistungen des BEMA-Teil 1 um 5,9% (Deutschland gesamt) entspricht einem absoluten Anstieg der Punktmenge je Praxis um gut 10.000 Punkte, ein Anstieg der BEMA-Punkte für Leistungen des BEMA-Teil 3 um 27,2% entspricht einem Zuwachs um 5.200 Punkte je Praxis.

Abbildung 1: Entwicklung der BEMA-Punktzahlen je Praxis für Leistungen des BEMA-Teil 1 (KCH) und des BEMA-Teil 3 (KFO) im Zeitraum 2005 bis 2012



Quelle: KZBV 2015, e.B.

Der gleiche Effekt tritt auf, wenn die Berechnung der Obergrenze der Vergütung auf der Grundlage der aus der KZBV-Erhebung gewonnenen Veränderungsrate erfolgt (Kapitel 2.5).

Weitere Begrenzungen der Aussagekraft der KZBV-Erhebung für die Veränderung der Praxiskosten.

Es können noch zwei weitere Punkte genannt werden, die die grundsätzliche Beschränkung der Aussagekraft der KZBV-Erhebung betreffen, auf die in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird:

1. Die Vergütungsverhandlungen zwischen den KZVen und den gesetzlichen Krankenkassen haben die Vergütung der Leistungen zum Gegenstand, die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung finanziert und über die KZVen abgerechnet werden. Bezogen auf den Gesamtumsatz der Praxen ist dieser Anteil in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken und beträgt inzwischen weniger als die Hälfte des Umsatzes. Die Erhebung der KZBV bezieht sich allerdings auf die Kostenstruktur, die für die Erstellung der Leistungen insgesamt entsteht. Die daraus abgeleiteten Veränderungsdaten werden undifferenziert auf den GKV-Bereich angewendet, was unter der Annahme zulässig ist, dass die Veränderungsprozesse im GKV-finanzierten und nicht GKV-finanzierten Bereich gleichlaufend sind. Dem widersprechen aber die gegenläufigen Veränderungen der jeweiligen Umsatzanteile.
2. Die mit Abstand größte Einzelposition in der KZBV-Erhebung ist das „Steuerliche Ergebnis“, errechnet als Differenz von Gesamteinnahmen und Betriebsausgaben. Diese Position beläuft sich ohne nähere Differenzierung inzwischen auf ca. 40% des Gesamtumsatzes der Praxen (nach Bereinigung um Fremdlaboraausgaben). Die Konzeption für diese Position geht zurück auf die Entstehungszeit der KZBV-Erhebung. Seinerzeit war das vorherrschende Betriebskonzept der Zahnarztpraxis der freiberuflich tätige Zahnarzt in der Einzelpraxis. Inzwischen wird ein großer Teil der zahnärztlichen Leistungen in anderen Versorgungsformen erbracht: in Praxen mit angestellten Zahnärzten in Gemeinschaftspraxen und in Medizinischen Versorgungszentren. Für diese Betriebsformen entspricht die verwendete Position des „Steuerlichen Jahresergebnisses“ nicht mehr dem betriebsorganisatorischen Entwicklungsstand und bedarf einer Differenzierung (siehe Kapitel 4).

3.2 Die Kostenstrukturerhebung der Zahnarztpraxen des Statistischen Bundesamtes

Zur Begründung der Veränderung der Kosten in den Zahnarztpraxen wird neben der Erhebung der KZBV auch eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes herangezogen. Das Amt führt alle vier Jahre eine Erhebung der Kostenstrukturen in Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Erhebungsmerkmale sind vergleichbar mit denen der KZBV-Kostenstrukturerhebung (Kapitel 8.1).

Ausgangspunkt ist eine geschichtete Zufallsstichprobe von 5% der Zahnarztpraxen, die aus dem statistischen Unternehmensregister gezogen wird. Es wird eine Schichtung nach Ost/West, Wirtschaftszweigen, Facharztgruppen und der Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter vorgenommen. In die Stichprobe fließen sowohl vertragszahnärztliche als auch privat Zahnärztliche Praxen ein. Für die Unternehmen besteht eine Auskunftspflicht nach dem Kostenstrukturstatistikgesetz - mit Ausnahme von Existenzgründern in den ersten drei Jahren. Zu der Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich liegt ein ausführlicher Qualitätsbericht mit Angaben zu Qualitätsmaßnahmen, Hochrechnungsverfahren, Fehlerschätzern etc. vor. Das methodische Vorgehen entspricht den allgemeinen wissenschaftlichen Standards.

Die Ergebnisse der Erhebungen werden vom Statistischen Bundesamt in der Fachserie 2 Reihe 1.6.1 veröffentlicht, zuletzt im Jahr 2013 für die Erhebung, die sich auf die Kostenstruktur der Zahnarztpraxen im Jahr 2011 bezieht. Zur Zeit wird die nächste Erhebung vorbereitet, die im Jahr 2016 für die Kostenstruktur des Jahres 2015 durchgeführt werden soll.

Die Ergebnisse werden seit 2013 nur noch für Deutschland insgesamt veröffentlicht, während in früheren Jahren auch regionalisierte Ergebnisse für das „Frühere Bundesgebiet“ bzw. die „Neuen Länder einschließlich Ost-Berlin“ veröffentlicht wurden. Eine darüberhinausgehende Regionalisierung, z.B. nach einzelnen Ländern, hält das Statistische Bundesamt aus methodischen Gründen wegen der auf 5% der Praxen begrenzten Stichprobe für nicht möglich.

Im Rahmen der hier vorgelegten Expertise hat das Statistische Bundesamt die Auswertung Ost/West (Früheres Bundesgebiet/Neue Bundesländer) sowie Sonderauswertungen, differenziert nach der Anzahl der angestellten Ärzte bzw. nach dem Anteil der über die KZV abgerechneten Leistungen erstellt, die dem Auftraggeber vorliegt (vgl. Anhang D, Kapitel 9).

3.3 Preisindizes

Verbraucherpreisindex (VPI)

In den Verhandlungen zur vertragszahnärztlichen Vergütung wird der VPI von den Kassen häufig zur Bestimmung der Veränderung der Sachkosten in Zahnarztpraxen herangezogen.

Der VPI basiert auf einer monatlichen Erhebung der Preise aller Waren und Dienstleistungen, die in Deutschland von privaten Haushalten für Konsumzwecke gekauft werden. Rechtsgrundlagen der Erhebung sind das Preisstatistikgesetz und die Europäische Verordnung zum Harmonisierten Verbraucherpreisindex. Der VPI gibt die durchschnittliche prozentuale Preisveränderung der Waren und Dienstleistungen gegenüber einem Basisjahr an und stellt somit einen zentralen Indikator zur Beurteilung der Geldwertentwicklung in Deutschland dar. Der „Warenkorb“ mit Waren und Dienstleistungen wird alle fünf Jahre aktualisiert. Die zu beobachtenden Waren und Dienstleistungen werden nach ihrer Bedeutung im Hinblick auf die gesamten Konsumausgaben privater Haushalte ausgewählt: alle Güterarten mit einem Anteil von über 0,1% an den Konsumausgaben werden im Warenkorb berücksichtigt. Dabei werden immer dieselben Produkte in denselben Geschäften beobachtet (ein Austausch gegen ein anderes Produkt erfolgt nur dann, wenn ein Artikel nur noch selten oder gar nicht mehr verkauft wird).

Für die Preiserhebung wird zunächst das gesamte Bundesgebiet in 16 Bundesländer mit insgesamt 94 Regionen unterteilt. Im Anschluss daran werden durch eine gezielte Auswahl in jeder dieser Regionen repräsentative Städte und Gemeinden und dort dann repräsentative Geschäfte ausgewählt. Die unterschiedlichen Marktanteile der Geschäftstypen (zum Beispiel Warenhäuser, Supermärkte, Fachgeschäfte, Online-Shops) werden durch Schichtung berücksichtigt. Es werden verschiedene Wege zur Datengewinnung genutzt: Erhebung vor Ort, Auswertung von Katalogen, Erhebung im Internet, etc.

Zur Berechnung des Gesamtindex müssen die Preise von etwa 300.000 Waren und Dienstleistungen zunächst zu Teilindizes für etwa 600 Gütergruppen aggregiert werden. Die Klassifikation der Gütergruppen erfolgt basierend auf der Systematik der „Einnahmen und Ausgaben der privaten Haushalte“ in einer tiefer gegliederten und angepassten Version.

Da das Ziel der Inflationsmessung im Vordergrund steht, sollen reine Preisveränderungen gemessen werden. Deshalb werden beispielsweise Änderungen der Mengen und Qualitäten der beobachteten Güter aus den Preisentwicklungen unter Verwendung international anerkannter Methoden herausgerechnet.

Für den VPI insgesamt wird eine Genauigkeit von 0,1 Prozentpunkten angestrebt, bei den Teilindizes sind größere Ungenauigkeiten nicht zu vermeiden. Die Erhebung wird umfassenden Qualitätsprüfungen unterzogen.

In der Gesamtbetrachtung ist die Qualität der Erhebung und Berechnung des Verbraucherpreisindex als hoch einzustufen. Mit Blick auf die Vergütungsverhandlungen gilt allerdings, dass die Preise für Waren und Dienstleistungen, die private Verbraucher für private Zwecke kaufen bzw. in Anspruch nehmen, anderen Bestimmungen und Entwicklungen unterliegen als Waren und Dienstleistungen, die von Gewerbetreibenden (Zahnarzt) für gewerbliche Zwecke (Praxisbetrieb) eingekauft bzw. in Anspruch genommen werden. Die Teilindizes des VPI können dementsprechend nicht ohne Weiteres auf die Kostenpositionen Abschreibungen, Raumkosten und Nebenkosten sowie übrige Sachkosten in Zahnarztpraxen übertragen werden.

Das gilt auch für den Teilindex für „Medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen“, der in den Vergütungsverhandlungen für die Kostenposition Materialkosten (Praxis- und Laborbedarf) herangezogen wird. Auch er stellt die Ausgaben (gesetzlich und privat) Versicherter für Medizinprodukte im Zahnbereich dar.

Erzeugerpreisindex

Bei den „Erzeugerpreisindizes für unternehmensnahe Dienstleistungen“ handelt es sich um eine repräsentative vierteljährliche Erhebung der durchschnittlichen Preisentwicklung für Dienstleistungen in Deutschland, die in bestimmten Branchen für gewerbliche und private Kunden erbracht werden. Rechtsgrundlagen der Erhebung sind das Preisstatistikgesetz, das Bundesstatistikgesetz und die EU-Konjunkturstatistikverordnung. Es werden Unternehmen, Selbständige und Freiberufler aus den folgenden Wirtschaftszweigen befragt:

- Telekommunikation
- Rechtsberatung
- Notare
- Wirtschaftsprüfung
- Steuerberatung
- Unternehmensberatung
- Architektur- und Ingenieurbüros
- Technische, physikalische und chemische Untersuchungen
- Werbekreation & -beratung
- Werbeplatz
- Datenbanken
- Marktforschung

- Personalvermittlung und Arbeitnehmerüberlassung
- Wach- und Sicherheit
- Gebäudereinigung
- Schornsteinreinigung
- Glasreinigung

Für die Erhebung besteht eine gesetzliche Auskunftspflicht. Erhoben werden Dienstleistungspreise einschließlich Verbrauchssteuern ohne Mehrwertsteuer. Die Befragung wird zentral vom Statistischen Bundesamt schriftlich oder über das Internet durchgeführt. Ergänzend dazu werden in wenigen Fällen auch Daten aus allgemein zugänglichen Quellen (Internet, Preislisten, Tarifwerke, Gebührenordnungen) hinzugezogen. Im Ergebnis liegen die Indizes auf Bundesebene vor.

Bei dem Stichprobenverfahren handelt es sich um eine mehrstufige geschichtete Stichprobe. Zunächst werden Unternehmen auf Basis von Auswertungen zu den jährlichen Umsätzen aus dem Unternehmensregister ausgewählt. In der zweiten Stufe werden diese Unternehmen nach ihren Leistungen und den entsprechenden Umsätzen befragt, die dann zu einem Warenkorb zusammengestellt werden. In der dritten Stufe bestimmen die ausgewählten Unternehmen anhand festgelegter Kriterien in Absprache mit dem Statistischen Bundesamt repräsentative Dienstleistungen der entsprechenden Warenkorbpositionen, für die Preise gemeldet werden sollen.

In fünfjährigem Abstand werden die Preisstatistiken i.d.R. einer grundlegenden Neuberechnung unterzogen.

Die Qualität der Erhebung des Statistischen Bundesamtes zur Berechnung der Erzeugerpreisentwicklung ist im Allgemeinen als sehr hoch zu bewerten.

Von der KZV-Seite wird der Erzeugerpreisindex zum Teil als Datengrundlage zur Ermittlung der Veränderungsrate der Kostenposition „Unternehmerlohn“ in den Verhandlungen zur vertragszahnärztlichen Vergütung angeführt. Da Unternehmen des Gesundheits- und Sozialwesens (inkl. Zahnarztpraxen) nicht Bestandteil der Erhebung für die Berechnung der Erzeugerpreisindizes sind, wurde auf die Ergebnisse für die Wirtschaftszweige „Wirtschaftsprüfung, Rechts-, Steuer- und Unternehmensberatung“ zurückgegriffen. Erstens ist hier kritisch anzumerken, dass zwischen Unternehmen dieser Wirtschaftszweige und Zahnarztpraxen von Vertragszahnärzten große Differenzen hinsichtlich der Bedingungen der Dienstleistungserbringung und der Preisentwicklung bestehen. Zweitens liegen die Ergebnisse lediglich auf Bundesebene und nicht auf der Ebene

der einzelnen KZV-Regionen vor, sodass keine länderspezifischen Entwicklungen berücksichtigt werden können.

3.4 Einkommensstatistiken

Verdiensterhebung der Landesämter für Statistik

Bei der Verdiensterhebung, die im vierteljährlichen Turnus von den Statistischen Landesämtern durchgeführt wird, handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe von Betrieben im produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008. In der Erhebung werden Bruttoverdienste und Arbeitszeiten erfasst. Nicht einbezogen in die Erhebung werden die Beschäftigtengruppen Ein-Euro-Jobber, Auszubildende, Beschäftigte in Altersteilzeit, Beamte sowie Familienangehörige ohne Arbeitsvertrag. Mit Hilfe des Verbraucherpreisindex wird für einige ausgewählte Bundesländer und das Bundesgebiet auch die reale Verdienstentwicklung (Reallohnindex) berechnet.

Für die Teilnahme an der Erhebung besteht eine gesetzliche Auskunftspflicht der Inhaber nach dem Verdienststatistikgesetz. Seit 2012 findet jährlich ein Teilaustausch der Stichprobenbetriebe statt. Vor der Einführung dieser Regelung gab es einen mehrjähriger Komplettaustausch. Auf Basis von Daten aus dem Unternehmensregister findet eine einstufige, geschichtete Stichprobenziehung statt. Die Schichtung erfolgt nach den Merkmalen Bundesland, Wirtschaftszweig und Betriebsgrößenklasse (Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigter). Als Hochrechnungsverfahren wird die freie Hochrechnung verwendet. Der stichprobenbedingte relative Standardfehler bei den Bundesergebnissen für den Bereich Gesundheits- und Sozialwesen liegt zwischen 0,2% und 1,6% für ausgewählte erhobene Merkmale. Es finden umfassende Qualitätssicherungsmaßnahmen statt (Personalschulungen, Plausibilitätsprüfungen, Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Erhebung).

Nach dem Qualitätsbericht des Statistischen Bundesamtes wurde 2013 bundesweit ein Auswahlsatz von 7,5% der Betriebe befragt (n=40.500).

Der Abschnitt „Q86: Gesundheits- und Sozialwesen“ in der Klassifikation der Wirtschaftszweige 2008 umfasst u.a. Arzt- und Zahnarztpraxen. In den statistischen Berichten zur Verdiensterhebung erfolgt die Darstellung der Daten lediglich bis auf die zweite Gliederungsebene, d.h. Arzt- und Zahnarztpraxen sind gemeinsam angegeben. Somit kann nicht zwischen der Gehaltsentwicklung der Beschäftigten in Arztpraxen auf der einen Seite und in Zahnarztpraxen auf der anderen Seite unterschieden werden.

In der Verdiensterhebung erfolgt keine Differenzierung nach einzelnen Berufsgruppen innerhalb von Arzt- und Zahnarztpraxen. Über alle Wirt-

schaftszweige hinweg wird jedoch jeweils differenziert nach fünf Leistungsgruppen von Beschäftigten mit ähnlichen Tätigkeits- und Qualifikationsprofilen.

Grundsätzlich werden nur solche Betriebe in die Erhebung einbezogen, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung zehn und mehr Arbeitnehmer beschäftigen. Für eine ausreichende Repräsentativität werden in einigen Wirtschaftsbereichen (jedoch nicht bei den Arzt- und Zahnarztpraxen) auch Betriebe mit fünf und mehr Mitarbeitern befragt. Da in einer Zahnarztpraxis nach der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes durchschnittlich 8,5 Beschäftigte und nach der Kostenstrukturerhebung der KZBV durchschnittlich 5,52 Beschäftigte arbeiten, können nur sehr umsatzstarke und große Praxen in die Stichprobe eingeschlossen werden. Es kommt somit zu einer Verzerrung der Stichprobe und letztlich der Ergebnisse, wodurch sich begründete Zweifel an der Repräsentativität ergeben.

Die Qualität der Verdiensterhebung ist insgesamt als sehr hoch zu bewerten. Jedoch ist sie aufgrund der oben angeführten Gründe nur eingeschränkt als Datenbasis zur Bestimmung der Veränderung der Personalkosten von in Zahnarztpraxen Beschäftigten geeignet.

Lohnerhebung durch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege als Träger der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) für nicht-staatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege erhebt jährlich die Löhne der über sie versicherten Arbeitnehmer. Die betroffenen Unternehmen sind gesetzlich verpflichtet, einen Entgeltnachweis (gezahlte Arbeitsentgelte und geleistete Arbeitsstunden) für ihre Beschäftigten bis zum Ende des Kalenderjahres zu erbringen (§165 Abs.1 SGB VII).

Aufgrund der gesetzlichen Meldepflicht der Unternehmen ist die Qualität der Erhebung als sehr hoch einzustufen. Die Löhne sind differenziert nach verschiedenen „Gefahrtarifstellen“ anzugeben, jedoch nicht differenziert nach Berufsgruppen. Trotz ihrer hohen Qualität ist die Lohnerhebung der BGW nur eingeschränkt geeignet für die Bestimmung der Veränderung der Personalkosten in Zahnarztpraxen, da Löhne nicht berufsgruppenspezifischen erfasst werden.

3.5 Zusammenfassung

Die Erhebung der KZBV zur Kostenstruktur der Zahnarztpraxen entspricht bedingt durch die Intransparenz des methodischen Vorgehens nicht den

allgemeinen wissenschaftlichen Standards. Die Repräsentativität der Stichproben für die einzelnen KZV-Bezirke, für die Veränderungsdaten abgeleitet werden, kann nicht beurteilt werden.

Auch ist eine sachgerechte Zerlegung von Veränderungen in den Betriebsausgaben in eine Mengen- und in eine Preiskomponente basierend auf der KZBV-Erhebung nicht möglich.

Soweit deshalb für die auf den Punktwert und ggf. auch auf die Obergrenze anzuwendende Veränderungsrate in den Verhandlungen auf die Veränderung der Betriebsausgaben abgestellt wird, gilt, dass bei einer Bemessung der seitens der Krankenkasse an die KZV zu entrichtenden Vergütung nach dem tatsächlichen Leistungsvolumen in der Rechnungsperiode die Veränderung der Leistungsmenge je Zahnarztpraxis doppelt berücksichtigt wird.

In ihrer gegenwärtigen Form ist die KZBV-Erhebung als empirischer Ausgangspunkt für die Berechnung von Veränderungsdaten der Praxiskosten mithin nicht geeignet.

Die Erhebung des Statistischen Bundesamtes entspricht zwar wissenschaftlichen Standards. Allerdings liegen die Ergebnisse nur alle vier Jahre vor. Die Interpolation auf Jahresergebnisse ist grundsätzlich möglich. Allerdings ist eine Regionalisierung der Ergebnisse auf der Ebene der Länder oder der KZV-Bezirke bei einer Stichprobengröße von 5% nicht möglich. Überdies gilt auch für die Erhebung des Statistischen Bundesamtes, dass eine Zerlegung der Veränderungsdaten in eine Mengen- und in eine Preiskomponente auf der Grundlage der bislang erhobenen Merkmale nicht möglich ist.

Der Verbraucherpreisindex ist als empirische Grundlage zur Abbildung der Preisentwicklung von Sachkosten in Zahnarztpraxen nur bedingt geeignet.

Es sind inhaltlich „passgenauere“ Statistiken des Statistischen Bundesamtes verfügbar, die hier herangezogen werden können. So kann die Materialkostenentwicklung (Labor- und Praxisbedarf) auf Basis des Index der Großhandelsverkaufspreise und/oder der Erzeugerpreisindizes für gewerbliche Produkte ermittelt werden. Der Index der Großhandelsverkaufspreise wird u.a. angegeben für „Großhandel mit pharmazeutischen Erzeugnissen“ und „Großhandel mit medizinischen und orthopädischen Artikeln, Dental- und Laborbedarf“. Bei den Erzeugerpreisindizes für gewerbliche Produkte wird die Preisentwicklung u.a. dargestellt für „(Zahn-) medizinische Apparate und Materialien“, „Medizinische, chirurgische und zahnärztliche Instrumente, Apparate und Geräte“, „Andere Instrumente, Apparate und Geräte, für zahnärztliche Zwecke, Teile oder Zubehör“. Die

Preisentwicklung wird in diesen Statistiken auf Bundesebene erfasst und dargestellt. Dies ist jedoch nicht problematisch, da eine länderspezifische Ermittlung der Preisentwicklung für die Materialkosten nicht notwendig ist.

Die untersuchten Einkommensstatistiken sind grundsätzlich zur Bestimmung der Veränderungsraten geeignet, allerdings unterliegen auch sie Einschränkungen in der Aussagekraft.

4 Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Veränderungen der Versorgungsstruktur

Der Gesetzgeber ist bei der Neufassung des § 85 Abs. 3 SGB V davon ausgegangen, dass die *K o s t e n* für die Erstellung der Leistungen in unterschiedlichen Versorgungsformen unterschiedlich hoch sind. So ist z.B. evident, dass Gemeinschaftspraxen andere Kosten bzw. eine andere Kostenstruktur aufweisen als Einzelpraxen. Wenn sich nun die Versorgungsstruktur in der Weise verändert, dass z.B. Gemeinschaftspraxen relativ zunehmen, dann verändern sich *ceteris paribus* damit auch die Kosten insgesamt.

Ein weiterer Wirkungszusammenhang ist dann gegeben, wenn man davon ausgeht, dass die *V e r ä n d e r u n g s r a t e* der Kosten in unterschiedlichen Versorgungsformen unterschiedlich ist. Wenn z.B. die medizinisch-technische oder die medizinbetriebswirtschaftliche Entwicklung im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung anders verläuft als in der allgemeinen Zahnmedizin, dann können sich die Veränderungsrate der Kosten unterscheiden.

Soweit sich diese Unterschiede in der Entwicklung der Leistungsmengen niederschlagen, sind sie unter der praktizierten Einzelleistungsvergütung berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind sie, soweit sie sich auf die Kosten der einzelnen Leistungen und deren Veränderung auswirken.

Der Gesetzgeber hat offen gelassen, wie die Veränderung der Versorgungsstruktur berücksichtigt werden kann. Hier stellen sich zwei Fragen:

- Wie können die Veränderungen der Versorgungsstruktur bei der Bestimmung der Veränderungsrate berücksichtigt werden?
- Welche Eigenschaften der Versorgungsstruktur sind für Unterschiede der Kosten der einzelnen Leistungen relevant?

Die erste Frage kann allgemein beantwortet werden. Die Kosten und ihre Veränderungsrate müssen differenziert nach relevanten Unterschieden der Versorgungsformen rechnerisch berücksichtigt werden. Ein alternatives Vorgehen wird im 5 Kapitel erörtert.

Die zweite Frage richtet sich auf die Eigenschaften der Versorgungsstruktur, die in einem engen Zusammenhang mit der Höhe der Kosten stehen, die aufgewendet werden müssen, um die einzelnen Leistungen zu erstellen. Damit rückt der Begriff „Versorgungsstruktur“ ins engere Blickfeld. Wissenschaftliche oder justiziable Definitionen für den Begriff „Versorgungsstruktur“ sind nicht verfügbar. In der Begründung zum Gesetz (siehe Kap. 2.1) finden sich einige Anhaltspunkte.

Hier sollen fünf Aspekte der Versorgungsstruktur angesprochen werden, für die gezeigt werden kann, dass sie in einem engen Zusammenhang mit der Höhe der Kosten der Leistungserstellung und der Veränderung der Kosten stehen:

- die Größe der Praxen nach der Höhe des Umsatzes,
- die Größe der Praxen nach der Zahl der tätigen Ärzte,
- die Spezialisierung der Praxen,
- die Angebotsdichte und
- die Finanzierung der Leistungen.

Es sind also immer zwei Fragen zu behandeln:

- Stehen die Eigenschaften der Versorgungsstruktur überhaupt in einem Zusammenhang mit den Kosten für die Leistungserstellung?
- Verändern sich die Kosten in unterschiedlichen Versorgungsstrukturen unterschiedlich?

4.1 Praxisgröße nach Umsatz

Die nächstliegende Hypothese über einen Zusammenhang zwischen der Versorgungsstruktur in der zahnärztlichen Versorgung und den Kosten der Leistungserbringung kann hinsichtlich der Größe der Praxen formuliert werden.

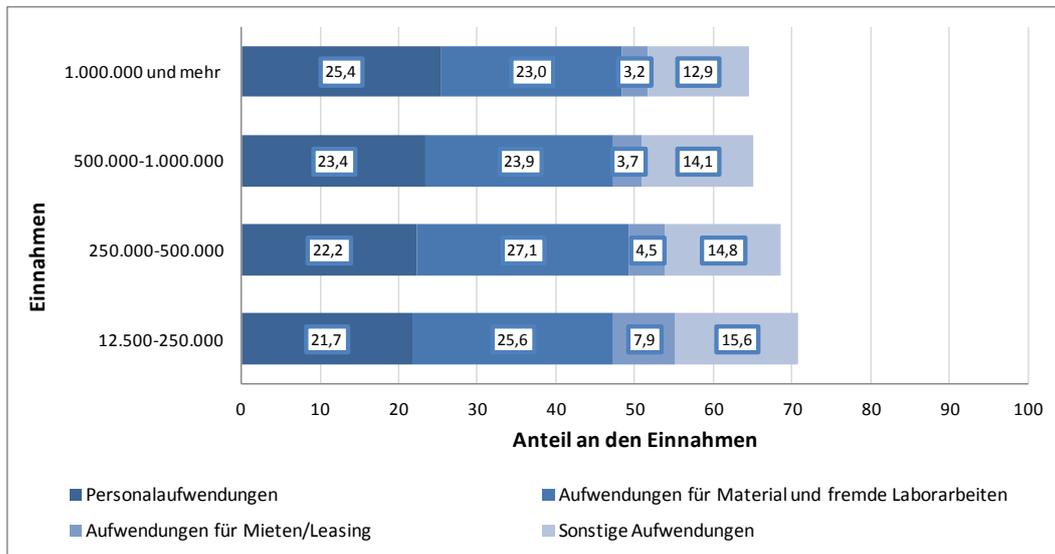
Die Betriebsgröße von Praxen kann aus vorliegenden Erhebungen nach der Höhe des Umsatzes, dargestellt in den „Einnahmen insgesamt“, abgebildet werden.

Die Darstellungen des Statistischen Bundesamtes rücken dieses Kriterium in das Zentrum der Auswertungstabellen.

Schon im Jahr 2010 haben Taubmann/Harrer auf der Grundlage der Erhebung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 diesen Zusammenhang nachgewiesen. Sie haben gezeigt, dass der Anteil der Betriebsausgaben an den Einnahmen umso geringer ist, je größer die Praxen gemessen an ihren Gesamteinnahmen sind.

Abbildung 2 zeigt die Ergebnisse einer analogen Auswertung und Darstellung für das Jahr 2011.

Abbildung 2: Kostenstruktur nach Einnahmenklassen 2011, Deutschland gesamt



Quelle: Statistisches Bundesamt 2013, e.B.

Die zweite Frage ist, ob sich die Kosten der Leistungserbringung je nach der Größe der Praxis unterschiedlich verändern.

Die Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes (vgl. Tabelle 1) zeigen, dass sich in Abhängigkeit von der Praxisgröße (Einnahmenklasse) die einzelnen Kostenpositionen sowie die Betriebsausgaben insgesamt im zeitlichen Verlauf unterschiedlich entwickeln. Nach den Ergebnissen der Sonderauswertung sind die Entwicklungen auch in regionaler Hinsicht (hier Ost-West) stark unterschiedlich.

Tabelle 1: Veränderung der Kosten nach der Praxisgröße 2011 gegenüber 2007

Einnahmen	Personal- aufwen- dungen	Aufwen- dungen für Material u. fremde Labor- arbeiten	Aufwendun- gen für Mie- ten/Leasing	Sonstige Aufwendun- gen	Aufwen- dungen gesamt
West					
12.500- 250.000	-3,2%	-8,2%	k.A.	k.A.	-3,4%
250.000- 500.000	+3,6%	+12,0%	+8,0%	-5,5%	+4,6%
500.000- 1.000.000	+3,4%	+3,8%	+9,4%	-1,3%	+2,8%
1.000.000 und mehr	+10,4%	+9,9%	+8,5%	-3,5%	+7,0%
Ost					
12.500- 250.000	-6,6%	+13,6%	-1,1%	+0,1%	+3,2%
250.000- 500.000	+7,3%	+13,7%	-16,3%	-17,8%	+2,4%
500.000- 1.000.000	+34,5%	+11,5%	+4,7%	-1,3%	+15,3%
1.000.000 und mehr	k.A.	+26,8%	+1,3%	k.A.	+20,1%

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

4.2 Praxisgröße nach der Zahl der behandelnden Ärzte

Das zweite auf die Praxisgröße bezogene Kriterium betrifft die Zahl der in der Praxis tätigen Zahnärzte. Die hierzu durchgeführten Erhebungen berücksichtigen dabei aber nur die Zahnärzte, die zugleich Inhaber der Praxis sind. Nicht berücksichtigt werden die angestellten Zahnärzte.

In den Erhebungen, die nur die Anzahl der Praxisinhaber berücksichtigen, wird in der Regel auch nur zwischen der Einzelpraxis und der Gemeinschaftspraxis unterschieden, in der mehr als ein Praxisinhaber tätig ist. Für den Unterschied zwischen Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis wurde ebenfalls nachgewiesen, dass der Anteil der Betriebsausgaben an den Einnahmen in Praxen mit mehr als einem Praxisinhaber geringer ist.

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen hat in den vergangenen 20 Jahren stark zugenommen, während die Zahl der Einzelpraxen leicht rückläufig ist (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Entwicklung der Anzahl der Zahnarztpraxen nach Praxisformen im Zeitraum 1995 bis 2012, Deutschland gesamt

Jahr	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis (2 Inhaber)	Gemeinschaftspraxis (> 2 Inhaber)	Praxen gesamt
1995	37.626	5.304	493	43.423
2000	38.427	6.530	799	45.756
2005	37.532	7.461	1.215	46.207
2012	35.800	7.138	1.162	44.100
Veränderung 2012 ggü. 1995	-4,9%	+34,6%	+135,8%	+1,6%

Quelle: KZBV 2015, e.B.

Seit der Neuregelung zur vollen Berücksichtigung angestellter Zahnärzte bei der Berechnung der degressionsfreien Punktmengen sowie der Genehmigungsfähigkeit einer zusätzlichen Tätigkeit als angestellter Zahnarzt 2007 ist die Zahl der in Praxen angestellten Zahnärzte stark gestiegen: Im Zeitraum IV/2007 bis IV/2013 hat sich die Anzahl der bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte von 1.559 auf 7.733 und damit um 6.174 bzw. um knapp 400% erhöht (vgl. Tabelle 3). Allgemein wird davon ausgegangen, dass sich dieser Trend in den nächsten Jahren weiter fortsetzen wird.

Tabelle 3: Entwicklung der Anzahl der Vertragszahnärzte und der bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte im Zeitraum IV/2007 bis IV/2013

	Vertragszahnärzte und angestellte Ärzte	Vertragszahn- ärzte	bei Vertragszahn- ärzten angestellte Zahnärzte
IV/07	56.907	55.348	1.559
IV/13	60.997	53.264	7.733
Veränderung IV/13 ggü. IV/07	+7,2%	-3,8%	+396,0%

Quelle: KZBV 2015, e.B.

Bezogen auf die Leistungsfähigkeit angestellter Zahnärzte, insbesondere gemessen im Verhältnis zur Leistungsfähigkeit der Praxisinhaber, wurden keine Untersuchungen gefunden. Eine Aussage dazu findet sich in einem Artikel im „Zahnärzte Wirtschaftsdienst“ (Nies/Nies 2013): In der Regel erwirtschaftet ein angestellter Zahnarzt demnach maximal bis zwei Drittel des Umsatzes, den ein Praxisinhaber erzielt.

Auch zur Vergütung von angestellten Zahnärzten liegen keine Ergebnisse aus Untersuchungen vor. Man kann aber davon ausgehen, dass die Vergütung der angestellten Zahnärzte deutlich unter der Vergütung liegt, die bei der Kalkulation der BEMA-Positionen für die Arztminute zugrunde gelegt wurde. Die Tatsache, dass die Zahl der angestellten Zahnärzte rasch zunimmt, lässt darauf schließen, dass die Kosten bzw. die Ausgaben je Leistung mit einer zunehmenden Anzahl angestellter Zahnärzte sinken.

Neben rein ökonomischen Gründen wirken auch weitere gesellschaftliche Faktoren auf eine Zunahme der angestellten Zahnärzte hin. Dazu gehören z.B. der Wunsch nach Vereinbarkeit von Familie bzw. Pflege und Beruf wie auch eine abnehmende Bedeutung erwerbsbezogener Werte.¹⁴

Wie in Kapitel 3.1 dargelegt, kann der Indikator „Kosten bzw. Betriebsausgaben je Leistung“ derzeit allerdings nicht ermittelt werden. Anhand der Ergebnisse der Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes kann aber zumindest gezeigt werden, dass der als Differenz zwischen den Praxiseinnahmen gesamt und den gesamten Betriebsausgaben berechnete Einnahmen-Überschuss (= Reinertrag) bei Praxen mit einem oder mehr angestellten Zahnärzten und Assistenzzahnärzten¹⁵ deutlich höher ausfällt als bei Praxen ohne angestellte Zahnärzte und Assistenzzahnärzte (vgl. Tabelle 4). Bei Praxen mit einem angestellten Zahnarzt oder Assistenzzahnarzt liegt er um das 1,4-fache höher als bei Praxen ohne angestellte Zahnärzte und Assistenzzahnärzte, bei Praxen mit mehr als einem angestellten Zahnarzt oder Assistenzzahnarzt um das 2,8-fache.

Dieser höhere Einnahmen-Überschuss bzw. Reinertrag dieser Praxen wird auch nicht durch eine größere Anzahl von Praxisinhabern vollständig aufgezehrt. Auch je Praxisinhaber verbleibt in Praxen mit angestellten Zahnärzten und Assistenzzahnärzten ein deutlich höherer Einnahmen-Überschuss als in Praxen ohne angestellte Zahnärzte und Assistenzzahnärzte. Je Praxisinhaber verbleibt in Praxen mit einem angestellten Zahnarzt oder Assistenzzahnarzt ein um den Faktor 1,4 und in Praxen mit mehr als einem angestellten Zahnarzt und Assistenzzahnarzt ein um den Faktor 1,9 höherer Einnahmen-Überschuss.

¹⁴ Vgl. z.B. Schwartz/Angerer 2009.

¹⁵ Die Erhebung des Statistischen Bundesamtes unterscheidet nicht zwischen angestellten Zahnärzten und Assistenzärzten, die in der Versorgung eine unterschiedliche Funktion haben. Diese Unterscheidung kann nicht berücksichtigt werden.

Tabelle 4: Einnahmen, Betriebsausgaben und Einnahmen-Überschuss nach der Anzahl angestellter Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte 2011, Deutschland gesamt

Angestellte Zahnärzte u. Assistenz-zahnärzte	Einnahmen ges. (KZV und nicht KZV)	Betriebsausgaben ges.	Einnahmen-Überschuss (= Reinertrag)	Einnahmen-Überschuss (= Reinertrag) je Praxisinhaber
Absolute Beträge in Tsd. Euro				
0	444	289	155	127
1	714	490	224	174
> 1	1.426	988	438	247
X-faches des jeweiligen Betrages einer Zahnarztpraxis ohne angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte				
0	1,0	1,0	1,0	1,0
1	1,6	1,7	1,4	1,4
> 1	3,2	3,4	2,8	1,9

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

Tabelle 5: Aufschlüsselung der Betriebsausgaben für Zahnarztpraxen nach der Anzahl angestellter Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte 2011, Deutschland gesamt

Angestellte Zahnärzte u. Assistenz-zahnärzte	Personalaufwendungen	Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten	Aufwendungen für Mieten/ Leasing	Sonstige Aufwendungen
Absolute Beträge in Tsd. Euro				
0	93	114	19	63
1	192	171	26	101
> 1	438	297	53	201
X-faches der jeweiligen Aufwendungen einer Zahnarztpraxis ohne angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte				
0	1,0	1,0	1,0	1,0
1	2,1	1,5	1,3	1,6
> 1	4,7	2,6	2,8	3,2

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

Die Aufschlüsselung der Betriebsausgaben in Tabelle 5 zeigt, dass die höheren Betriebsausgaben in Praxen mit einem oder mehr angestellten Zahnärzten und Assistenz Zahnärzten maßgeblich auf Personalkostenstei-

gerungen zurückgehen, in die die Ausgaben für angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte eingehen.

Inwieweit die erhöhten Einnahmen-Überschüsse bzw. Reinerträge bei Praxen mit angestellten Zahnärzten und Assistenz Zahnärzten auf verminderte Kosten bzw. Betriebsausgaben *je Leistung* – und im vorliegenden Kontext allein bezogen auf die GKV-finanzierten Leistungen - zurückzuführen sind, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Wie Tabelle 6 ausweist, kommt den Einnahmen jenseits der KZV bei Praxen mit einem und mehr als einem angestellten Zahnarzt und Assistenz Zahnarzt eine größere Bedeutung zu als bei den Praxen ohne angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte. Zwar sind bei den nicht über die KZV vereinnahmten Beträgen nicht allein die rein privatärztlich abgerechneten Leistungen maßgeblich; sie spielen hier aber die mit Abstand größte Rolle, sodass davon ausgegangen werden kann, dass ein an dieser Stelle nicht weiter bezifferbarer Teil des höheren Einnahmen-Überschusses preis- und nicht durch günstigere Erstellungskosten bedingt ist.

Tabelle 6: Aufschlüsselung der Einnahmen für Zahnarztpraxen nach der Anzahl angestellter Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte 2011, Deutschland gesamt

Angestellte Zahnärzte u. Assistenz-zahnärzte	Einnahmen ges.	Einnahmen über KZV vereinnahmt	Einnahmen nicht über KZV vereinnahmt	Anteil über KZV vereinnahmt	Anteil nicht über KZV vereinnahmt
	Absolute Beträge in Tsd. Euro			Anteile in %	
0	444	223	221	50,2	49,8
1	714	328	386	45,9	54,1
> 1	1.426	595	831	41,7	58,3

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

Gleichwohl legen nicht nur Plausibilitätsüberlegungen sondern auch die dargestellten Ergebnisse nahe, dass eine Berücksichtigung der Kosten- und Versorgungsstruktur auch bedeutet, dass als Indikator zukünftig nicht die Anzahl der Praxisinhaber je Praxis verwendet wird, sondern die Anzahl der in der vertragszahnärztlichen Versorgung tätigen Zahnärzte.

4.3 Spezialisierung der Versorgung

Weitere Unterschiede in der Versorgungsstruktur ergeben sich aus der Zusammensetzung der in der zahnärztlichen Versorgung tätigen Ärzte nach Fachgebieten. Das betrifft insbesondere den Anteil der Kieferorthopäden an den insgesamt behandelnden Ärzten.

Anhand der Ausweisungen der KZBV lässt sich der Anteil der in der vertragszahnärztlich Versorgung *tätigen* Kieferorthopäden und die Entwicklung dieses Anteils über die Zeit nicht bestimmen. Ausgewiesen wird die Anzahl der ausschließlich an der KFO-Versorgung teilnehmenden Vertragszahnärzte, die in Tabelle 7 im Kontrast zur Anzahl der Vertragszahnärzte ausgewiesen wird. Das heißt, bei Vertragszahnärzten angestellte Ärzte sind in keinem der ausgewiesenen Werte berücksichtigt.

Tabelle 7 zeigt, dass sich die Anzahl der Vertragszahnärzte, die nur an der kieferorthopädischen Versorgung teilnehmen, im Verlauf der Jahre 2005 bis 2013 von 2.490 Zahnärzten auf 2.628 und damit um +5,5% erhöht hat.

Tabelle 7: Entwicklung der Anzahl der nur an der KFO-Versorgung teilnehmenden Vertragszahnärzte im Zeitraum 2005 bis 2013

Jahr	Vertragszahnärzte	
	Insgesamt	Nur an der KFO-Versorgung teiln. Vertragszahnärzte
2005	45.703	2.490
2006	45.798	2.526
2007	45.453	2.536
2008	45.093	2.542
2009	44.903	2.539
2010	44.787	2.588
2011	44.614	2.589
2012	44.335	2.604
2013	44.065	2.628
Veränd. 2013 ggü. 2005	-3,6%	+5,5%

Anmerkung: Anhand der Ausweisungen im Statistischen Jahrbuch der KZBV kann hier nur die Entwicklung der Vertragszahnärzte angegeben werden; bei Vertragszahnärzten angestellte Ärzte sind hier entsprechend nicht berücksichtigt

Quelle: KZBV 2015, e.B.

Zudem unterscheiden sich die Kostenstrukturen der Kieferorthopäden von denen der allgemeinen Zahnärzte, für die andere Rahmenbedingungen für

die Erstellung der Leistungen maßgeblich sind. Daraus können andere Veränderungsraten bei den Kosten resultieren¹⁶.

Soweit die abweichenden Kosten darauf zurückzuführen sind, dass die Kieferorthopäden andere Leistungen nach Art und Menge erbringen als die allgemeinen Zahnärzte, ist diese Abweichung zwischen den Fachgebieten im Vergütungssystem berücksichtigt. Nicht der Fall ist das, wenn sich die Kosten für die Erbringung der einzelnen Leistungen bei den Kieferorthopäden anders verändern als in der allgemeinen Zahnheilkunde.

Empirisch können dazu aktuell keine Aussagen getroffen werden, weil die Stichproben in den vorliegenden Erhebungen zu klein sind.

4.4 Veränderung der Zahnärztdichte

Als eine weitere Eigenschaft der Versorgungsstruktur wird in der Begründung zum Gesetz exemplarisch die Zahnärztdichte genannt. Der Indikator Zahnärztdichte beschreibt für eine Region, wie viele Zahnärzte je 1.000 Einwohner dieser Region tätig sind.

Über den Zusammenhang zwischen der Zahnärztdichte und den Kosten der Leistungserbringung wurden keine empirischen Belege, noch nicht einmal schriftlich formulierte Hypothesen gefunden.

In der Diskussion zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung spielt die These eine Rolle, dass eine hohe Arztdichte mit einer angebotsinduzierten Inanspruchnahme von Leistungen einhergeht, also von Leistungen, deren Inanspruchnahme medizinisch zumindest fragwürdig ist. Die empirische Darstellung dieses Zusammenhanges und die Berücksichtigung eines möglichen Zusammenhanges in den Vergütungsverhandlungen kann nur durch Instrumente der Mengensteuerung gelöst werden.

Eine zweite These spielt in der ärztlichen Versorgung eine Rolle, die indirekt mit der Dichte im Zusammenhang steht: In dünn besiedelten Gebieten sollen Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung zwar in einer Mindestentfernung zur Wohnbevölkerung vorgehalten werden. Das könnte jedoch dazu führen, dass selbst eine einzelärztliche Praxis nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann.

Auf diese Sonderfälle der Versorgungsstruktur wird hier nicht näher eingegangen.

¹⁶ Des Weiteren werden dem fachzahnärztlichen Bereich Fachzahnärzte für Oralchirurgie zugeordnet. Soweit sie ganz oder weit überwiegend fachzahnärztlich tätig sind, gelten für sie die Ausführungen analog.

4.5 Veränderung der Finanzierung: Unterschiedliche Entwicklung der über die KZV vereinnahmten bzw. nicht über die KZV vereinnahmten Beträge

Ein grundlegendes Strukturmerkmal der Versorgung ist ihre Finanzierung. Sie erfolgt auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen und einer Vielzahl unterschiedlicher Verträge, die sich hinsichtlich der Definition der Leistungsinhalte und der Bewertung der Leistungen stark unterscheiden.

Die gesetzlichen und vertraglichen Regelungen der Finanzierung haben einen großen Einfluss auf die Kosten und ihre Entwicklung, weil sie in der Regel Anreize für das wirtschaftliche Verhalten der Leistungserbringer setzen.

Die Vergütungsverhandlungen zwischen den KZVen und den gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 85 Abs. 3 SGB V haben die Vergütung der Leistungen zum Gegenstand, die im Rahmen der GKV finanziert und über die KZVen abgerechnet werden.

Hinter der Unterscheidung zwischen „GKV-finanziert“ und „nicht GKV-finanziert“ verbirgt sich eine große Zahl unterschiedlicher Formen der Finanzierung: Leistungen,

- die vollständig GKV-finanziert werden,
- für GKV-Versicherte, die teilweise GKV-finanziert werden,
- für GKV-versicherte Selbstzahler, die teilweise über die GKV finanziert werden (GKV-Leistungen ersetzende Leistungen),
- für GKV-versicherte Selbstzahler, die über private Zusatzversicherungen ganz oder teilweise finanziert werden,
- für (nicht GKV-versicherte) Selbstzahler, die über private Versicherungen ganz oder teilweise finanziert werden,
- für (nicht GKV-versicherte) Selbstzahler, die (teilweise) über die Beihilfe finanziert werden und
- die vollständig direkt privat finanziert werden.

Je nach Finanzierungsform ergeben sich für vergleichbare Leistungen zusätzlich unterschiedliche Wirkungen auf die Einnahmen.

Auf der Grundlage der Informationen, die über die Kostenstrukturerhebungen der KZBV und des Statistischen Bundesamtes vorliegen, ist es bei den Einnahmen allerdings nicht exakt und bei den Ausgaben überhaupt nicht möglich, eine Trennung nach der GKV-finanzierten und der nicht GKV-finanzierten zahnärztlichen Versorgung vorzunehmen. Bei den Einnahmen kann basierend auf den Kostenstrukturerhebungen aber immerhin danach unterschieden werden, ob sie über die KZV – und damit in je-

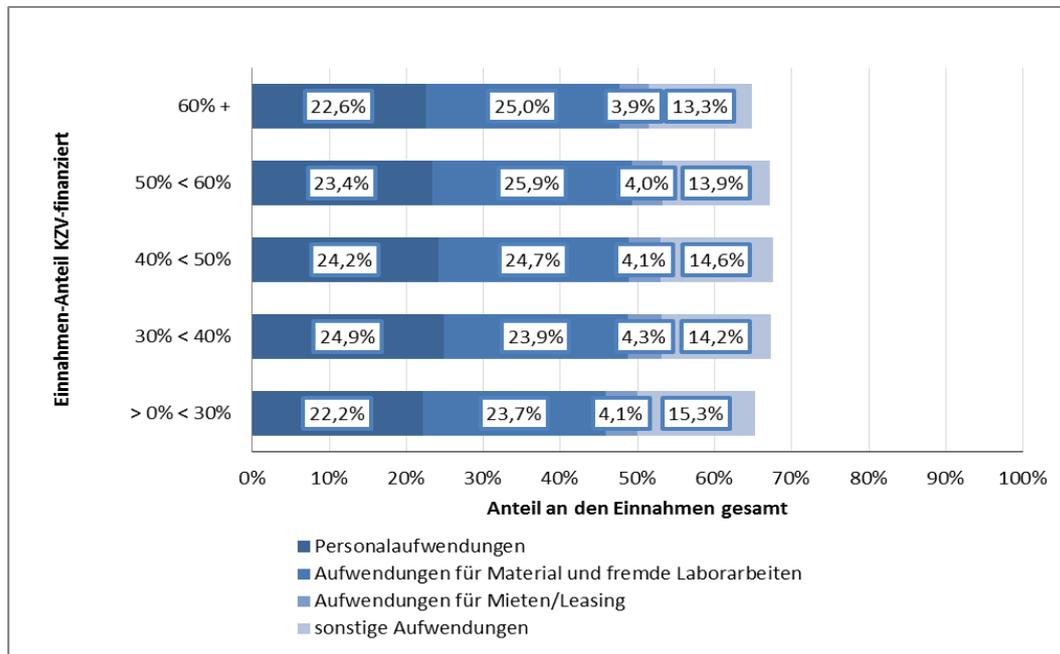
dem Fall GKV-finanziert – vereinnahmt worden sind oder nicht. Eine entsprechende Unterscheidung ist bei den Ausgaben nicht möglich. Da den Versicherten insbesondere im Fall der andersartigen Versorgung mit Zahnersatz die Kosten in Höhe des Festzuschusses direkt von den Krankenkassen erstattet werden, liegen die GKV-finanzierten Einnahmen allerdings leicht höher als die über die KZV vereinnahmten Beträge. Eine analoge Konstellation ergibt sich, soweit weitere zunächst von den Versicherten direkt zu bezahlende Leistungen nachträglich von der Krankenkasse erstattet werden.

Unter Berücksichtigung dieser Limitationen kann zunächst festgehalten werden, dass - bezogen auf die Gesamteinnahmen der Praxen - der Anteil „über die KZV vereinnahmt“ in den letzten Jahren kontinuierlich gesunken ist. Er beträgt inzwischen weniger als die Hälfte der Gesamteinnahmen.

Bedingt durch die Datenlage wird zur Beantwortung der Frage, ob für die Gesamtvergütungsvereinbarungen relevante Unterschiede in den Kosten- und Versorgungsstrukturen in Abhängigkeit von der Finanzierungsform bestehen, nachfolgend auf eine Differenzierung der Praxen nach der Bedeutung der über die KZV und der nicht über die KZV vereinnahmten Umsätze abgestellt. Basis dafür bildet wiederum die Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes aus den für die Jahre 2007 und 2011 erhobenen Informationen.

Abbildung 3 zeigt für das Jahr 2011 zunächst, dass sich die Kostenstrukturen von Zahnarztpraxen mit unterschiedlich hohem Anteil über die KZV bezogener Einnahmen unterscheiden. Der Anteil der Betriebsausgaben an den Einnahmen gesamt ist in Praxen mit geringem Anteil KZV-finanzierter Einnahmen höher. Eine Ausnahme bilden der Sonderauswertung zufolge Praxen mit einem Anteil von 0 bis 30 Prozent über die KZV bezogener Einnahmen.

Abbildung 3: Kostenstrukturen nach dem Anteil der über die KZV bezogenen Einnahmen 2011, Deutschland gesamt



Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

Mit Blick auf die Relevanz für die Gesamtvergütungsvereinbarungen sind des Weiteren zwei Fragen von Belang:

- Verändert sich die Versorgungsstruktur in dem Sinne, dass sich über die Zeit die Zusammensetzung der Praxen nach dem Anteil der über die KZV bezogenen und nicht über die KZV bezogenen Einnahmen verändert?
- Entwickeln sich auch die Betriebsausgaben gesamt zwischen den anhand der über die KZV bzw. der nicht über die KZV bezogenen Einnahmen unterschiedenen Praxen uneinheitlich?

Nach den Ergebnissen der Sonderauswertung sind beide Fragen zu bejahen (vgl. Tabelle 8): Zum einen hat die Anzahl der Praxen mit hohem Anteil über die KZV bezogener Umsätze im Zeitraum 2007 bis 2011 abgenommen, während andererseits die Anzahl der Praxen mit geringeren Anteilen über die KZV vereinnahmter Umsätze zugenommen hat.

Es zeigt sich außerdem, dass sich auch die Betriebsausgaben gesamt uneinheitlich entwickelt haben: In Praxen mit einem geringeren KZV-Anteil steigen die Betriebsausgaben gesamt stärker an als in Praxen mit einem hohen KZV-Anteil. Dieser Sachverhalt gilt unverändert auch dann, wenn die Betriebsausgaben ohne Berücksichtigung der Aufwendungen Material und fremde Laborarbeiten betrachtet werden. Es trifft auch für die Entwicklung in den einzelnen Kostenpositionen zu.

Tabelle 8: Veränderung der Kosten und Einnahmen nach dem Anteil der über KZV bezogenen Einnahmen 2011 gegenüber 2007, Deutschland gesamt

	Anteil der über die KZV bezogenen Einnahmen (KZV-Anteil)				
	> 0% < 30%	30% < 40%	40% < 50%	50% < 60%	60% +
Anzahl der Praxen	+103,3%	+4,8%	+5,3%	+2,6%	-8,1%
Einnahmen gesamt	k.A.	+17,5%	+8,3%	+10,9%	+9,5%
Reinertrag	k.A.	+12,4%	+3,8%	+4,8%	+10,8%
Reinertrag je Praxisinhaber	k.A.	+8,0%	+4,3%	+4,8%	+14,0%
Aufwendungen gesamt	k.A.	+20,2%	+10,6%	+13,9%	+8,7%
davon:					
Personalaufwendungen	k.A.	+28,9%	+11,1%	+13,8%	+15,7%
Aufwendungen Material und fremde Laborarbeiten	k.A.	+19,5%	+17,3%	+20,2%	+12,2%
Aufwendungen für Mieten/Leasing	k.A.	+33,0%	+11,0%	+19,9%	+1,7%
sonstige Aufwendungen	k.A.	+5,6%	+0,1%	+2,7%	-4,8%
Aufwendungen gesamt ohne Aufwendungen Material und fremde Laborarbeiten	k.A.	+20,6%	+7,1%	+10,3%	+6,6%

k.A.: Die Veränderung der Aufwendungen und Einnahmen der Praxen mit > 0% < 30% KZV-Anteil werden hier nicht dargestellt, da ihr Aussagewert aufgrund statistisch relativ unsicherer Zahlenwerte für das Jahr 2007 eingeschränkt ist.

Quelle: Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes, e.B.

Wertet man die deutlich höheren Steigerungsraten bei den Betriebsausgaben (mit und ohne Berücksichtigung der Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten) in Praxen mit nur geringem KZV-Anteil als Indiz dafür, dass höhere Umsätze im nicht GKV-finanzierten Bereich mit vergleichsweise höheren Zuwächsen bei den Betriebsausgaben einhergehen, würde sich für die gegenwärtige Praxis der Gesamtvergütungsvereinba-

rungen als mögliche Konsequenz ergeben, dass auch nicht originär dem Bereich der GKV-finanzierten Versorgung zuzurechnende Kostensteigerungen bei den Betriebsausgaben in der Veränderungsrate mit berücksichtigt werden. Näheren und für die Vergütungsverhandlungen hinreichend belastbaren Aufschluss können nur weiterführende Analysen geben, die vor allem auf entsprechend ausdifferenzierte betriebswirtschaftliche Daten aufsetzen können.

Auch mit Blick auf das folgende Kapitel ist ein weiteres Ergebnis aus der Sonderauswertung interessant: Für Praxen mit einem KZV-Anteil von 60 Prozent und mehr deuten die Auswertungen darauf hin, dass sich die Rentabilität im erfassten Zeitraum deutlicher verbessert hat als bei Praxen mit geringerem KZV-Anteil. So ist der Reinertrag je Praxisinhaber mit einem Zuwachs von +14,0 Prozent bei Praxen mit einem KZV-Anteil von 60 und mehr Prozent gegenüber Raten in einer Spanne von +4,3 Prozent bis +8,0 Prozent bei Praxen mit geringerem KZV-Anteil höher ausgefallen.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieser Zuwachs von einem deutlich niedrigeren Niveau aus erfolgt ist. Im Ergebnis dieses Zuwachses wird bei Praxen mit einem KZV-Anteil von 60 Prozent und mehr im Jahr 2011 ein Reinertrag je Praxisinhaber in Höhe von 114T Euro erreicht, während die Reinerträge bei Inhabern von Praxen mit geringerem KZV-Anteil höher gelegen haben (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Einnahmen, Ausgaben und Einnahmen-Überschuss nach dem KZV-Anteil 2011, Deutschland gesamt

KZV-Anteil	Reinertrag	Reinertrag je Praxisinhaber	Betriebsausgaben gesamt	Einnahmen gesamt
Absolute Beträge in Tsd. Euro				
60% +	133	114	246	379
50% < 60%	174	130	356	530
40% < 50%	190	146	396	586
30% < 40%	235	176	483	718
> 0% < 30%	275	223	518	794
X-faches des jeweiligen Betrages einer Praxis mit einem KZV-Anteil von 60% und mehr				
60% +	1,0	1,0	1,0	1,0
50% < 60%	1,3	1,1	1,4	1,4
40% < 50%	1,4	1,3	1,6	1,5
30% < 40%	1,8	1,5	2,0	1,9
> 0% < 30%	2,1	2,0	2,1	2,1

Quelle: Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes, e.B.

5 Veränderungen der Wirtschaftlichkeit bzw. Produktivität der Versorgung

In Kapitel 4 wurde gezeigt, dass unterschiedliche Formen der zahnärztlichen Versorgung und Finanzierung dazu führen, dass der Anteil der Kosten einer Praxis an ihren Einnahmen unterschiedlich hoch ist.

Es stellt sich nun die Frage, wie die verschiedenen Veränderungen der Versorgungsstruktur und ihre vielfältigen Auswirkungen auf die Kosten im Rahmen der Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden können.

In der Einleitung zu Kapitel 4 wurde darauf verwiesen, dass die Kosten und ihre Veränderungsdaten nach relevanten Unterschieden der Versorgungsformen rechnerisch differenziert berücksichtigt werden müssen. Die Lösung dieser Aufgabe ist mit einem erheblichen methodischen Entwicklungsaufwand und ergänzenden empirischen Erhebungen verbunden. Dazu wird hier ein alternativer Vorschlag skizziert, der ggf. mit einem geringeren Entwicklungsaufwand verbunden ist.

Ausgangspunkt ist die These, dass alle unterschiedlich verursachten Veränderungen der Kosten- und Versorgungsstruktur letztendlich ihren Niederschlag in dem Anteil finden, den die Summe der Kosten an der Summe der Einnahmen der Praxis ausmacht. Diese Differenz ist ein Ausdruck für die Wirtschaftlichkeit einer Praxis oder auch für ihre Produktivität. Ein höherer Anteil des Reinertrags weist *ceteris paribus* auf eine höhere Produktivität hin. Dasselbe gilt auch bei einer Veränderung dieser Differenz über die Zeit. Die Produktivität kann zunehmen und abnehmen.

Wenn sich die vielen heterogenen Veränderungen in der Kosten- und Versorgungsstruktur in den Zahnarztpraxen in einer Veränderung der Produktivität der Praxen niederschlagen, dann könnte - statt der vielen einzelnen Veränderungen¹⁷ - die Veränderung der Produktivität insgesamt in den Vergütungsverhandlungen berücksichtigt werden.

Voraussetzung dafür ist, dass die Veränderung der Produktivität insgesamt zweckmäßig abgebildet werden kann, und dass ein Modell zur Berücksichtigung der Produktivitätsveränderung gefunden werden kann. Ein solches Modell wird nachfolgend entwickelt und vorgestellt.

¹⁷ Vgl. dazu die im vorangegangenen Kapitel aufgezeigten Möglichkeiten zur Berücksichtigung von Veränderungen der Versorgungsstruktur..

5.1 Differenzierung des Reinertrags (Unternehmerlohn): Darstellung der Veränderung der Produktivität

In der Erhebung der Praxiskosten der KZBV wird die Differenz zwischen den Einnahmen und den Kosten der Praxis als „Steuerliches Ergebnis (= Gesamteinnahmen – Betriebsausgaben)“ bezeichnet. Der vergleichbare Wert wird in den Auswertungen des Statistischen Bundesamtes als „Reinertrag“ bezeichnet und errechnet sich aus der Differenz der „Einnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit“ und „Aufwendungen, soweit sie die selbständige zahnärztliche Tätigkeit betreffen“.

Dieser Wert wird auch als „Einnahmenüberschuss“ oder umgangssprachlich als „Unternehmerlohn“ bezeichnet. Letztere Bezeichnung geht darauf zurück, dass sowohl die Kostenstrukturerhebung der KZBV als auch die des Statistischen Bundesamtes zu einer Zeit konzipiert wurden, als der vorherrschende Unternehmenstyp die einzelärztliche Praxis war. Eine differenzierte Betrachtung des „Überschusses“ erübrigte sich hier, weil der Betrag, der von den Einnahmen übrig blieb nachdem alle Kosten für die nichtärztlichen Mitarbeiter und die weiteren Kosten, die steuerlich berücksichtigt werden konnten, abgezogen waren, das Bruttoeinkommen des Praxisinhabers bildeten. Inzwischen beläuft sich diese Position auf ca. 40% der Einnahmen (nach Bereinigung um Fremdlaborausgaben) und ist damit die größte Einzelposition.

In den vergangenen zwanzig Jahren haben sich die Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen in der ärztlichen, aber auch in der zahnärztlichen Versorgung grundlegend verändert. Zwar ist immer noch die Praxis mit einem Praxisinhaber das vorherrschende Betriebsmodell für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung. Ein immer größerer Anteil der zahnärztlichen Versorgung wird aber in anderen Betriebsmodellen und anderen Beschäftigungsformen für die Ärzte erbracht. Zur betriebswirtschaftlichen Führung und zur Darstellung der betriebswirtschaftlichen Entwicklung reicht die in einer Position vorgenommene Zusammenfassung heterogener Positionen nicht mehr aus.

Unter der Position „Reinertrag“ (RE) werden tatsächlich zusammengefasst:

- zunächst natürlich die Ausgaben bzw. die Kosten für die zahnärztliche Behandlung von Patienten durch den bzw. die Praxisinhaber selbst (A^{PI})¹⁸,
- dann die Ausgaben bzw. die Kosten für die medizinbetriebliche Leitung des Unternehmens (L^{PI}), die in der Regel von den Praxisinhabern wahrgenommen wird,
- sodann die Kosten für das durch den oder die Praxisinhaber bereitgestellte (Eigen-) Kapital (EK^{PI}) und
- schließlich für den Unternehmerlohn im engeren Sinne ein Betrag für das Wagnis des Betriebs eines Unternehmens mit dem Risiko des Untergangs.

Dieser vom Reinertrag verbliebene Gewinn (Unternehmerlohn im engeren Sinne) kann weiter aufgegliedert werden in einen kalkulatorischen Gewinn (G1), indem die bestehenden Risiken auf empirischer Grundlage bestimmt werden¹⁹, und den Differenzbetrag zum kalkulatorischen Gewinn (G2). Der Differenzbetrag beschreibt den über den kalkulatorischen Unternehmerlohn hinausgehenden „besonderen Gewinn“, der positive und negative Werte annehmen kann.

$$RE = A^{PI} + L^{PI} + EK^{PI} * z + G1 + G2$$

RE	Reinertrag/Einnahmen-Überschuss
A^{PI}	Ausgaben für den/die Praxisinhaber i.S. des Lohns für die zahnärztliche Behandlung von Patienten
L^{PI}	Ausgaben für die medizinbetriebliche Leitung der Praxis
EK^{PI}	Eigenkapital Praxisinhaber
z	Zinsrate Eigenkapital
G1	kalkulatorischer Gewinn (Lohn für unternehmerisches Risiko)
G2	besonderer Gewinn

Für die zuvor genannten kalkulatorischen Positionen (A^{PI} , z und G1) wurden von Seidel et al. (2006) Vorschläge entwickelt, die seinerzeit ihren Niederschlag bei der Bewertung der Honorarordnung für Zahnärzte ge-

¹⁸ Im inneren Verhältnis zwischen den Inhabern von Gemeinschaftspraxen müssen diese Positionen schon heute dokumentiert und berücksichtigt werden, wenn eine faire Verteilung des Reinertrags zwischen den Praxisinhabern berechnet werden soll. Das gilt in Zukunft bei einer weiteren Konzentration des Angebots in der zahnärztlichen Versorgung für eine immer größer werdende Zahl von Praxen bzw. MVZ.

¹⁹ Steuerlich wird hier häufig ein Wert von 4% angenommen. Es lässt sich aber auch empirisch ein branchenüblicher Wert ermitteln.

funden haben. Insofern folgt es einer betriebswirtschaftlichen Logik, wenn hier für die Ausdifferenzierung der Position „Reinertrag“ die gleichen kalkulatorischen Grundlagen verwendet werden, die bei der Bewertung der Leistungspositionen der Gebührenordnung verwendet wurden.

Der besondere Gewinn G2 ist der spezifizierte Ausdruck der Produktivität einer Praxis oder einer Gruppe von Praxen, insofern alle im Reinertrag enthaltenen Kostenpositionen, die sich kalkulatorisch abbilden lassen, aus dem Reinertrag herausdefiniert worden sind. Lediglich der „besondere Gewinn“ entzieht sich der Kalkulation. Der besondere Gewinn kann auch als Produktivitätsgewinn bezeichnet werden. Damit werden die Praxen bezogen auf ihre Produktivität untereinander vergleichbar. Schließlich wird auch die Veränderung der Produktivität über die Zeit darstellbar. Das gilt für die einzelne Praxis, aber auch für die Summe aller Praxen in einem KZV-Bezirk.

Die Klärung, welche Möglichkeiten bestehen, den Reinertrag differenziert nach einem GKV-finanzierten Bereich und einem nicht GKV-finanzierten Bereich zu ermitteln und in der hier vorgeschlagenen Weise zu zerlegen, sodass die Produktivitätsgewinne spezifisch ermittelt werden können, muss an dieser Stelle Folgearbeiten überlassen werden.

5.2 Berücksichtigung der Veränderung der Produktivität

Prinzipiell lässt die vorgestellte differenziertere Betrachtung des Reinertrags und die Definition der Position „besonderer Gewinn“ oder „Produktivitätsgewinn“ eine spezifische Berücksichtigung der Veränderung der Produktivität in der zahnärztlichen Versorgung in den Vergütungsverhandlungen zu.

Letztendlich finden alle Veränderungen der Versorgungsstruktur mit ihren Wirkungen auf die Kostenstruktur ihren Niederschlag in der Höhe des Produktivitätsgewinns.

Die Forderung des Gesetzgebers, in den Verhandlungen über die Vergütung neben der Veränderung der Kostenstruktur auch die Veränderung der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen, bedeutet dann, dass die Berücksichtigung von Produktivitätsgewinnen - oder ausgedrückt in der Sprache des Sozialversicherungsrechts: von Verbesserungen in der Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung - expliziter Gegenstand der Vereinbarung der Gesamtvergütung und damit der Verhandlungen ist bzw. sein soll. Diese Deutung stimmt auch mit dem für den gesamten Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 12 SGB V formulierten Wirtschaftlichkeitsgebot überein.

6 Anhang A: Quellen und Literatur

6.1 Quellen

Bayerisches Landessozialgericht (2014): Urteil in dem Rechtsstreit AOK Bayern (Klägerin) gegen Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern (Beklagter). Beigeladen: Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns. 17.12.2014.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012a): Fragebogen zur Erhebung der Praxiskosten 2012.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012b): Herleitung der Punktwertforderung für 2013. KZBV Statistik.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (o.J.): Kostenstrukturerhebung. Repräsentativität und Hochrechnungsverfahren.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein (2014): Antrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein vom 25.02.2014 im Schiedsverfahren zur Festsetzung der Punktwerte in der vertragszahnärztlichen Versorgung für das Kalenderjahr 2014 sowie entsprechende Anhebung der Gesamtvergütung.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Thüringen (2014): Antrag der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Thüringen vom 30.09.2014 im Schiedsverfahren zur Festsetzung der Vereinbarung über die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen in den Gebührentarifen der BEMA-Teile 1,2,3 und 4 einschließlich der Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen in Thüringen für das Jahr 2014.

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayern (2014): Antrag vom 03.12.2014 auf die Durchführung eines Verfahrens vor dem Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern wegen der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die Ersatzkassen in Bayern.

Rechtsanwälte Gleiss Lutz (2014): Antrag der Kassen Nordrhein vom 30.04.2014 im Schiedsverfahren zur Festsetzung der Punktwerte für die Vergütungsvereinbarungen für das Kalenderjahr 2014.

Verband der Ersatzkassen e.V. (o. J.): Tabellarische Übersicht Kostenstrukturerhebung der KZBV im Vergleich zur Erhebung durch das Statistisches Bundesamt.

Verband der Ersatzkassen e. V. (2014a): Antrag der vdek-Landesvertretung Thüringen (ambulante Versorgung) beim Landesschiedsamt

für die vertragszahnärztliche Versorgung in Thüringen vom 20.11.2014 im Schiedsverfahren bezüglich der Festsetzung der Vereinbarung über die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen in den Gebührentarifen der BEMA-Teile 1,2,3 und 4 einschließlich der Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennungsuntersuchungen in Thüringen für das Jahr 2014.

Verband der Ersatzkassen e.V. (2014b): Antrag der vdek-Landesvertretung Bayern (ambulante Versorgung) beim Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 22.12.2014 im Schiedsverfahren wegen der Vergütung für vertragszahnärztliche Leistungen im Jahr 2014.

Internetquellen

<http://www.bdi.eu/Herbstgutachten.htm>

<http://www.cesifo-group.de/de/ifoHome/facts/Forecasts/Gemeinschaftsdiagnose.html>

<http://www.fmh.de/>

https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw-grundlagen/U010-Satzung_Download.pdf?__blob=publicationFile

6.2 Gesetze

Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) vom 12. Mai 1959, zuletzt geändert am 7. September 2007.

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

6.3 Literatur

Bundeszahnärztekammer & Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (2013): Statistisches Jahrbuch 2012/2013. Berlin.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2012c): KZBV Geschäftsbericht 2011/2012. Balance. Köln.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014a): KZBV Geschäftsbericht 2013/2014. Dynamik. Köln.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014b): Jahrbuch 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschließlich GOZ-Analyse. Köln.

- Klein, R., Resnischek, C. (2015): Der „Arztlohn“ und die Anpassung des Orientierungswertes. Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Prognos, Berlin.
- Lippe, P. M. von der (2012): ZI-Praxis-Panel und amtliche Kostenstruktur-erhebung: ein Methodenvergleich. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg) ZI-Paper 1/2012 Berlin.
- Niehaus, F., Keßler, T., Finkenstädt, V. (2011): Ein Vergleich der zahnärztlichen Vergütung nach GOZ und BEMA. WIP-Diskussionspapier 2/2011.
- Niehaus, F. (2015): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2013. WIP-Diskussionspapier 2/2015.
- Nies, D., Nies, K. (2013): Bei der Anstellung eines Zahnarztes: Welches Gehalt soll der Kollege erhalten? Zahnärzte Wirtschaftsdienst 09/2013: S.1.
- Rädel, M. u.a. (2015): BARMER GEK Zahnreport 2015; in: Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 31, Hrsg. BARMER GEK, Berlin.
- Schulze Ehring, F. (2011): Die Bedeutung der GOZ für das Einkommen der Zahnärzte. WIP-Diskussionspapier 1/2011.
- Schwartz, F.W., Angerer P. (Hrsg.) (2009): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten, Band 2 der Reihe ‚Report Versorgungsforschung‘, Köln.
- Seidel, A., Riedel, W., Hölterhoff, M., Comte, C., Feuerstein, S. (2006): Gutachten im Auftrag der Bundeszahnärztekammer. Bewertung einer Honorarordnung für Zahnärzte (HOZ). Kalkulation auf Basis betriebswirtschaftlicher Grundsätze. Prognos AG, Düsseldorf.
- Statistisches Bundesamt (2006): Qualitätsbereinigung in der Verbraucherpreisstatistik. Themenkasten der Preisstatistik Nr. 35. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007. Fachserie 2 Reihe 1.6.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012): Erzeugerpreisindizes für unternehmensnahe Dienstleistungen. Qualitätsbericht. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013a): Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich. Berichtsjahr 2011. Qualitätsbericht. Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2013b): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011. Fachserie 2 Reihe 1.6.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2013c): Einnahmen und Ausgaben der privaten Haushalte. Systematisches Verzeichnis. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2014): Vierteljährliche Verdiensterhebung (VVE): Qualitätsbericht. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015): Preise. Verbraucherpreisindex. Qualitätsbericht. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015a): Preise. Index der Großhandelsverkaufspreise. Fachserie 17 Reihe 6. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2015b): Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise). Fachserie 17 Reihe 2. Wiesbaden.
- Taubmann, D., Harrer, K. (2010): Kostenstrukturen bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2007. *Wirtschaft und Statistik* 4/2010: 333-344.
- Wasem, J. (2012): Reform des Vertragszahnärztlichen Vergütungssystems. In: Halbe, Orłowski, Preusker, Schiller, Wasem (Hrsg.), *Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) - Auswirkungen auf die Praxis*. Heidelberg: medhochzwei Verlag, S.121-130.
- Wölbing, R., Riedel, W., Feuerstein, S. (2012): Analyse im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Bestimmung des Orientierungswertes 2013 für die vertragsärztliche Vergütung. Prognos AG, Basel.

7 Anhang B: Übersicht über die empirischen Grundlagen zu den einzelnen Kostenpositionen

Als Grundlage für die folgende Übersicht dienten Unterlagen aus Schiedsverfahren in Bayern, Nordrhein und Thüringen aus dem Jahr 2013.

Im Folgenden wird für die in den gesichteten Verhandlungsunterlagen diskutierten Kostenpositionen (in Anlehnung an die Kostenstrukturerhebung der KZBV) je Position eine Übersicht gegeben über:

- Erläuterung zur Position, ggf. Aufspaltung in Unterpositionen
- Bedeutung der Position, z.B. Größenordnung des Anteils an den Ausgaben insgesamt
- Empirie und Quelle (empirische Erhebungen und andere von den Vertragspartnern herangezogene Grundlagen)

Die folgenden Kostenpositionen werden im Einzelnen näher betrachtet:

- Personalkosten
- Raumkosten (inkl. Nebenkosten)
- Materialkosten
- Zinsen
- Abschreibungen
- Übrige Sachkosten
- „Kosten für gestiegene Hygieneanforderungen“
- „Unternehmerlohn“

Abkürzung der Fundstellen der empirischen Grundlagen

- KZV-T** Antrag der KZV Thüringen vom 30.09.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung im Jahr 2014
- KZV-N** Antrag der KZV Nordrhein vom 25.02.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung im Jahr 2014
- KZV-B** Antrag der KZV Bayern vom 03.12.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung im Jahr 2014
- KN** Antrag der Kassen Nordrhein vom 30.04.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung im Jahr 2014
- vdek-B** Antrag des vdek Bayern vom 22.12.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung im Jahr 2014
- vdek-T** Antrag des vdek Thüringen vom 20.11.2014 im Schiedsverfahren zur Festlegung der vertragszahnärztlichen Vergütung 2014

7.1 Übersicht Personalkosten

Erläuterung zur Position

Gezahlte (Aushilfs-)Löhne, Gehälter, gesetzliche und freiwillige Sozialleistungen, Honorare für Zahnarztvertreter

Bedeutung der Position

- 34,2% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 46,9% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Beschäftigten-Gruppen und Anteile an allen Beschäftigten in der Zahnarztpraxis (voll- und teilzeitbeschäftigte Angestellte):

- Angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte (4,0%)
- Zahntechniker (3,8%)
- Zahnarthelferinnen (inklusive ZMF, ZMV, ZMP) (63,9%)
- Auszubildende (11,1%)
- unentgeltl. besch. Familienangehörige (1,8%)
- sonstiges Personal (15,4%)

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Bundesweiter Tarif für medizinische Fachangestellte

- Fundstelle: KZV-B
- Quelle: Verband Medizinischer Fachberufe e.V.

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-T, KZV-N
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Lohnerhebung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

- Fundstelle: KZV-N
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Länderspezifische Tarifabschlüsse ZFA

- Fundstelle: KN
- Quelle: Landeszahnärztekammern

Verdiensterhebung der Landesämter für Statistik

- Fundstelle: vdek-B
- Quelle: Landesämter für Statistik

Empfehlungen der Landeszahnärztekammern zur Weiterentwicklung der Gehälter von ZFAs

- Fundstelle: vdek-T
- Quelle: Landeszahnärztekammern

7.2 Übersicht Sachkosten

Raumkosten

Erläuterung zur Position

Gezahlte Miete für Praxisräume (inklusive Labor) sowie Nebenkosten (Strom, Gas, Wasser, Reinigung, etc.), bei Eigentum: Angabe der anteiligen Hauskosten sowie Nebenkosten

Bedeutung der Position

- 7,1% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 9,9% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-T und KZV-N (nur für Sachkosten insgesamt), KZV-B
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Länderspezifischer Verbraucherpreisindex (für Miet- und Nebenkosten)

- Fundstellen: KN, vdek-B, vdek-T
- Quelle: Landesämter für Statistik

Materialkosten

Erläuterung zur Position

Ausgaben für Praxismaterialien, Medikamente und Labormaterialien

Bedeutung der Position

- 10,1% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 13,8% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Länderspezifischer Verbraucherpreisindex (für medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen)

- Fundstellen: KN, vdek-B, vdek-T
- Quelle: Landesämter für Statistik

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-N und KZV-T (nur für Sachkosten insgesamt)
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Gutachten der Projektgruppe „Gemeinschaftsdiagnose“ vom Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI)

- Fundstelle: KZV-B
- Quelle: Bundesverband der Deutschen Industrie

Zinsen

Erläuterung zur Position

Gezahlte Zinsen für praxisbedingte Darlehen (ohne Tilgungsraten), ohne Darlehenszinsen für bauliche Maßnahmen

Bedeutung der Position

- 2,0% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 3,2% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: vdek-B, KN
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Länderspezifischer Verbraucherpreisindex

- Fundstelle: KZV-B
- Quelle: Landesämter für Statistik

FMH-Finanzberatung: Zinsen für Hypothekendarlehen und einfache Ratenkredite

- Fundstelle: vdek-T
- Quelle: FMH-Finanzberatung

Abschreibungen

Erläuterung zur Position

Absetzbare Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung (inkl. Labor) einschließlich Sofortabschreibungen auf geringwertige Wirtschaftsgüter, ohne Gebäudeabschreibungen und ohne praxisbedingte Kfz-Abschreibungen

Bedeutung der Position

- 5,1% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 7,1% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Länderspezifischer Verbraucherpreisindex (für medizinische Erzeugnisse, Geräte und Ausrüstungen)

- Fundstellen: vdek-B, KN, vdek-T, KZV-B
- Quelle: Landesämter für Statistik

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-N und KZV-T (nur für Sachkosten insgesamt)
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Übrige Sachkosten

Erläuterung zur Position

Alle nicht bereits in den anderen Kostenpositionen erfassten steuerlich absetzbaren Betriebsausgaben (praxisbedingte Kfz-Abschreibungen, Praxisversicherungen, Beiträge zur Berufsorganisationen, Telefon, etc.)

Bedeutung der Position

- 13,8% der gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- 18,9% der gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Länderspezifischer Verbraucherpreisindex

- Fundstellen: vdek-B, vdek-T, KN
- Quelle: Landesämter für Statistik

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-N und KZV-T (nur für Sachkosten insgesamt), KZV-B
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Sonderfaktor „Kosten für gestiegene Hygieneanforderungen“

Erläuterung

- Auslöser der von den KZVen angegebenen gestiegenen Hygiene-Kosten: Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aus dem Jahr 2012
- Von den KZVen angegebene zusätzliche Hygiene-Kosten: u.a. Anschaffung von Thermodesinfektoren, Dental Autoclaven (DAC) und zusätzlichen Übertragungsinstrumenten, Personal-Schulungen.
- Bereits 2001 wurden die Hygieneanforderungen vom RKI gestellt. In den Jahren 2006 und 2012 wurden sie lediglich konkretisiert, aber nicht inhaltlich verändert. Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung wurde seit 2001 nicht angepasst.

Empirie und Quellen

Vereinbarung zwischen KZBV, Bundesministerium des Innern und Bundesministerium der Verteidigung zur zahnärztliche Versorgung von Heilfürsorgeberechtigten für das Jahr 2014 (Anlage 1 zur Vereinbarung: Mehrbelastung durch RKI-Empfehlung zur Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten 2012)

- Fundstelle: KZV-N

Online-Befragung der KZV Nordrhein von 4.000 Zahnärzten in Nordrhein (Rücklauf n=447) zu Betriebsausgaben für QM, EDV, Hygiene, QS, Barrierefreiheit

- Fundstelle: KZV-N
- Quelle: nicht frei zugänglich (Datenhalter: KZV Nordrhein)

Markterhebung in Hessen

- Fundstelle: KZV-B
- Quelle: keine weiteren Angaben zur Erhebung und Quelle

Untersuchung des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene der Technischen Universität Dresden zur Validierung der manuellen Reinigung und Desinfektion von als „kritisch B“ eingestuftem zahnärztlichen Übertragungsinstrumenten im Rahmen der Aufbereitung (MAZI) 2013 im Auftrag der Bundeszahnärztekammer

- Fundstelle: vdek-B
- Quelle: Bundeszahnärztekammer

7.3 Übersicht Reinertrag („Unternehmerlohn“)

Erläuterung zur Position

Steuerliches Ergebnis (= Gesamteinnahmen aus selbständiger zahnärztlicher Tätigkeit – Betriebsausgaben), Einnahmen-Überschuss, Reinertrag

Bedeutung der Position

- 32 % an den gesamten Ausgaben mit Fremdlabor
- ca. 38% an den gesamten Ausgaben ohne Fremdlabor

Quelle: KZBV-Jahrbuch 2013, Angaben für 2011

Empirie und Quellen

Bundesweiter Tarif für medizinische Fachangestellte

- Fundstelle: KZV-B
- Quelle: Verband Medizinischer Fachberufe e.V.

Kostenstrukturerhebung der KZBV (bzw. KZV-spezifische Sonderauswertungen)

- Fundstellen: KZV-N, KZV-T
- Quelle: KZBV-Jahrbuch (Bundesergebnisse)

Erzeugerpreisindex für unternehmensnahe Dienstleistungen

- Fundstellen: KZV-T, KZV-N
- Quelle: Statistisches Bundesamt

Länderspezifische Tarifabschlüsse ZFA

- Fundstellen: KN
- Quelle: Landeszahnärztekammern

8 Anhang C: Vergleich der Kostenstrukturerhebungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und des Statistischen Bundesamtes

8.1 Übersicht: Vergleich der Merkmale aus der Erhebung der KZBV und des Statistischen Bundesamtes

Fragebogeninhalte	KZBV Items und Ausprägungen	Stat. BA Items und Ausprägungen
Allgemeines		
KZV-Bereich	Freitext	<i>nicht erfasst</i>
Bestätigung der Angaben durch den Steuerberater	Unterschrift	<i>nicht erfasst</i>
Allgemeine Praxisdaten		
Facharztgruppe	Zahnarzt/Allg.Stomat. Kieferorthopäde Oralchirurg MKG-Chirurg Sonstiges (Freitext)	<i>nicht erfasst</i>
Praxisgründung	Monat & Jahr	<i>nicht erfasst</i>
Abrechnungszeitraum im Erhebungsjahr	nach Quartalen	<i>nicht erfasst</i>
Betriebsform der Praxis	Einzelpraxis Praxis mit Zweigpraxis BAG/Gemeinschaftspraxis ÜBAG Praxisgemeinschaft	Einzelpraxis BAG/Gemeinschaftspraxis Praxisgemeinschaft MVZ sonstige Praxisform
Inhaber		
Praxisinhaber	Anzahl	Anzahl
Geschlecht	m/w (je Inhaber)	<i>nicht erfasst</i>
Alter	in Jahren (je Inhaber)	<i>nicht erfasst</i>
Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit	für Behandlung (in Std.) für Praxisverwaltung (in Std.) für sonstige Arbeiten (in Std.)	<i>nicht erfasst</i>
Praxisgröße/-ausstattung		
Praxisräume	Größe in qm (inkl. Labor)	<i>nicht erfasst</i>

Fragebogeninhalte	KZBV Items und Ausprägungen	Stat. BA Items und Ausprägungen
Eigentum oder Miete	Miete/Eigentum	Mietwert im eigenen Haus (in vollen €) für Praxisräume und Garage (anteilige Hauskosten oder ortsübliche Vergleichsmiete als Jahresbetrag)
Mietpreis	in € (ohne NK) zum 01.07 & für Vorjahr	in vollen € (ohne NK) für Praxisräume und Garagen
Behandlungsstühle	Anzahl zum 01.07.	<i>nicht erfasst</i>
Zahnarztlabor	vorhanden/nicht vorhanden	<i>nicht erfasst</i>
Beschäftigte/Personal		
Angestellte Zahnärzte	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09. (Angestellte Zahnärzte und Assistenzzahnärzte zusammen)
Assistenz Zahnärzte	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09. (Angestellte Zahnärzte und Assistenzzahnärzte zusammen)
Zahntechniker	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09.
Sonstige nur im Labor Beschäftigte	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	<i>nicht separat erfasst</i>
Zahnarztshelferinnen (ZFA)	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	ZFA und dergleichen zum 30.09.
ZMF	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	<i>nicht separat erfasst</i>
ZMP	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	<i>nicht separat erfasst</i>
ZMV	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	<i>nicht separat erfasst</i>
Auszubildende	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09.
Sonstiges Personal	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09.
Unentgeltlich mithelf. Fam. Ang.	in Vollzeitäquivalenten zum 01.07.	Tätige zum 30.09.
weibliche Beschäftigte	<i>nicht erfasst</i>	Anzahl
in Teilzeit Beschäftigte	<i>nicht erfasst</i>	Anzahl & davon weibliche Beschäftigte
Veränderungen zum Vorjahr (Gesamtzahl Beschäftigte)	Ja/Nein & Freitext	<i>nicht erfasst</i>
Einnahmen		
über KZV vereinnahmte Beträge	in €	in €
nicht über KZV vereinnahmte Beträge	in € & davon Privatpatienten in €	in €
Gesamtsumme vereinnahmter Beträge aus selbst. zahnärztl. Tätigkeit	in €	in €

Fragebogeninhalte	KZBV Items und Ausprägungen	Stat. BA Items und Ausprägungen
Betriebsausgaben/Aufwendungen		
Personalausgaben	in € ((Aushilfs-) Löhne, Gehälter, Sozialleistungen, Honorare für Zahnarztvertreter)	Bruttoentgelte, in vollen € (ohne Arbeitgeberanteile zur gesetzlichen Sozialversicherung) gesetzliche Sozialaufwendungen des Arbeitgebers (in vollen €) übrige Sozialaufwendungen des Arbeitgebers, in vollen € (keine Beiträge des Inhabers zu Lebens-, Alters-, Krankenversicherung und dergleichen für sich und seine Familie)
Aufwendungen für Honorare (Assistenz und Praxisvertretung)	<i>nicht separat erfasst</i>	in vollen €
Ausgaben für Arbeiten von Fremdlaboren	in €	in vollen €
Miet-/Leasingkosten für Apparate, EDV-Einrichtungen u. Ä.	<i>nicht separat erfasst</i>	in vollen € für Apparate, EDV-Einrichtungen und dergleichen (soweit praxisbedingt)
Raumkosten	in € (Miete, anteilige steuerlich absetzbare Hauskosten, Strom, Gas, Wasser, Reinigung etc., inkl. Labor), bei Eigentum: anteilige Hauskosten	in vollen € (ohne NK) für Praxisräume und Garagen
Nebenkosten	<i>nicht erfasst</i>	Heizung, Strom, Gas, Wasser (in vollen €)
Materialkosten	in € (Praxis & Labor, auch Medikamente)	in vollen € (Praxis & Labor)
Höhe der Praxisdarlehen	in € (zum 31.12. & Vorjahr)	<i>nicht separat erfasst</i>
Zinsen für Fremdkapital	in € (für Praxisdarlehen, ohne Tilgungsraten und Darlehenszinsen für bauliche Maßnahmen)	in vollen € (soweit praxisbedingt, ohne Darlehenszinsen für bauliche Maßnahmen)
Abschreibungen	in € (ohne Gebäudeabschreibungen und praxisbedingte Kfz-Abschreibungen)	Abschreibungen auf Praxis-einrichtung mit Anschaffungswert über 150 €, in vollen € (auch Sonderabschreibungen, inkl. Labor, ohne Gebäudeabschreibungen und praxisbedingte Kfz-Abschreibungen) absetzbare geringwertige Wirtschaftsgüter unter 150 € (in vollen €)

Fragebogeninhalte	KZBV Items und Ausprägungen	Stat. BA Items und Ausprägungen
Aufwendungen Versicherungen, Beiträge, Gebühren	<i>nicht separat erfasst</i>	in vollen € (ohne KZV-Verwaltungskosten und Kfz-Versicherung)
Kosten Kraftfahrzeughaltung	<i>nicht separat erfasst</i>	in vollen € (soweit praxisbedingt)
Übrige Betriebsausgaben	in € (alle nicht bereits erfassten, steuerlich absetzbaren Ausgaben)	in vollen € (alle nicht bereits erfassten, steuerlich absetzbaren Aufwendungen, nicht: Einkommenssteuer und betriebsfremde oder außerordentliche Aufwendungen)
Anteil Inhaber bei Praxisgemeinschaften an nicht nach Ausgabenarten aufteilbaren Betriebskosten	in €	<i>nicht separat erfasst</i>
Steuerliches Ergebnis		
Gesamteinnahmen minus Betriebsausgaben	in €	Reinertrag je Praxis und Inhaber errechenbar

8.2 Übersicht: Vergleich der Stichproben aus der Erhebung der KZBV und des Statistischen Bundesamtes

Stichprobe	KZBV-Erhebung	Stat. BA-Erhebung
Auswahl Praxen		
Grundgesamtheit	Zahnarztpraxen nach dem Zahnarztregister der KZBV	Zahnarztpraxen mit Gesamteinnahmen von mehr als 12.500 € im Berichtsjahr nach der Klassifikation der Wirtschaftszweige (Nr. 86.23.0); Statistisches Unternehmensregister als Datenbasis (auch rein private Zahnarztpraxen enthalten)
Auswahlgesamtheit	<i>kein Hinweis</i>	im Erhebungszeitraum aktive Zahnarztpraxen aus dem statistischen Unternehmensregister
Schichtung	Zufallsstichprobe (<i>keine weiteren Hinweise</i>)	Geschichtete Zufallsstichprobe von max. 5% der Auswahlgesamtheit. 1. Schichtung nach der Gebietszugehörigkeit (alte und neue Bundesländer mit Berlin-Ost), 2. Schichtung nach dem Wirtschaftszweig und der Facharztbezeichnung und 3. Schichtung nach der Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten; separate Stichprobe je Schicht; "optimale Auswahl nach Neyman-Tschuprow" (unterschiedlich große Auswahlätze je Schicht nach der Anzahl der Praxen je Schicht und der Varianz der Variable Umsatz), bei geringer Anzahl von Praxen in einer Schicht: Totalerhebung, ansonsten repräsentative Stichprobe

Stichprobe	KZBV-Erhebung	Stat. BA-Erhebung
Stichprobenbedingte (zufällige) Fehler	<i>kein Hinweis</i>	Angabe des relativen Standardfehlers für Einnahmen, Aufwendungen und Reinertrag, je für Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften (relativer Standardfehler unter 5% bei Kernmerkmalen der Zahnarztpraxen, bei Praxisgemeinschaften oft über 15%, da viele Praxisinhaber nicht auf weitere Mitglieder der Praxisgemeinschaft hinweisen)
Nicht-Stichprobenbedingte (systematische) Fehler	<i>kein Hinweis</i>	Untererfassung von Arztpraxen ohne sozialversicherungspflichtig Angestellte (nicht genau abzuschätzen, aber: geringer Einfluss auf Gesamtergebnis), da nur Arztpraxen mit mehr als 0 Beschäftigten im Unternehmensregister aufgeführt sind.
Maßnahmen Qualitätssicherung	<i>kein Hinweis</i>	Plausibilitätskontrollen bei fehlenden oder unplausiblen Angaben: Rückfragen und in Ausnahmefällen sorgfältige Schätzungen für einzelne Items; Vermeidung von Antwortausfällen durch Abgleich der Adressen mit Daten der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen und Landeszahnärztekammern; Kontakt zu Hauptnutzern (Zahnarzt-Verbände) zur Optimierung der Fragenformulierung
Rücklaufquoten		
allgemeine Rücklaufquote	<i>kein Hinweis</i> (Anmerkung: Teilnahme ist freiwillig)	Anteil verwertbarer Fragebögen (Anmerkung: es besteht eine Auskunftspflicht nach § 5 Abs. 1 KoStrukStatG in Verbindung mit § 15 BStatG, ausgenommen Existenzgründer im 1. Kalenderjahr und in den beiden darauf folgenden Jahren, wenn der Umsatz unter 500.000 € liegt)
Rücklauf nach Facharztgruppen	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Rücklauf nach Praxisgröße	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Rücklauf je KZV	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Rücklauf nach Facharztgruppen je KZV	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Rücklauf nach Praxisgröße je KZV	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Antwortausfälle	<i>kein Hinweis</i>	Differenzierung zwischen echten und unechten Ausfällen (Anteil an Stichprobe); echte Ausfälle: mangelhafte Angaben, atypische Angaben, Ordnungswidrigkeitsverfahren; unechte Ausfälle: Adressat unbekannt, verzogen, Praxis erloschen, Adressat stand, anderer Teilbereich, untere Umsatzgrenze, Neugründung

Stichprobe	KZBV-Erhebung	Stat. BA-Erhebung
Non-Responder-Analyse	<i>kein Hinweis</i>	<i>kein Hinweis</i>
Hochrechnung		
Verfahren	"geeigneter Hochrechnungsrahmen" (<i>kein weiterer Hinweis</i>)	freie Hochrechnung; Hochrechnungsfaktor: Kehrwert des Auswahlrates je Schicht (korrigiert um echte Antwortausfälle), Praxen einer Totalschicht erhalten den Hochrechnungsfaktor 1
Quellen		
	<p>Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e.V. (2013): Statistisches Jahrbuch 2012/2013.</p> <p>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): Jahrbuch 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschließlich GOZ-Analyse. KZBV Jahrbuch Jahr 2013, Köln.</p> <p>Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): KZBV Geschäftsbericht 2013/2014. Köln.</p>	<p>Statistisches Bundesamt (2013): Qualitätsbericht Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich. Berichtsjahr 2011, Wiesbaden.</p> <p>Taubmann, D. & Harrer, K. (2010): Kostenstrukturen bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten 2007. <i>Wirtschaft und Statistik</i> 4/2010: 333-344.</p> <p>Statistisches Bundesamt (2013): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. <i>Fachserie 2 Reihe 1.6.1</i>, Wiesbaden.</p> <p>Hauschild, W. & Klose, A. (2006): Kostenstrukturen bei Arzt- und Zahnarztpraxen 2003. <i>Wirtschaft und Statistik</i> 11/2006: 1151-1159.</p>

8.3 Übersicht: Anzahl der Zahnärzte in Deutschland 2011

		2011			
		Stat. BA	BZÄK	KZBV	KZBV c)
		1	2	3	4
1	Zahnärzte insgesamt		87.539	87.539	
2	nicht zahnärztlich bzw. behandelnd tätige		19.037	19.037	
3	zahnärztlich bzw. behandelnd tätige Zahnärzte		68.502	68.502	
4	außerhalb von Zahnarztpraxen zahnärztlich bzw. behandelnd tätige Zahnärzte		3.000		
5	in Zahnarztpraxen zahnärztlich bzw. behandelnd tätige Zahnärzte		65.502 a)		
6	in Zahnarztpraxen angestellte Zahnärzte (ohne Assistenz Zahnärzte)		6.703 d)		
7	in Zahnarztpraxen angestellte Assistenz Zahnärzte		4.513 d)		
8	Mitglieds Zahnärzte e) (hier: über alle KZVen summiert)			59.755	
9	niedergelassene Zahnärzte=Praxisinhaber (ohne angestellte Zahnärzte und Assistenz Zahnärzte)		54.286	54.286	53.992
10	niedergelassene Fach Zahnärzte für Kieferorthopädie		3.027		
11	niedergelassene Fach Zahnärzte für Oralchirurgie		1.918		
12	Zahnarztpraxen (inkl. Gemeinschaftspraxen (GP) = BAG = Betriebe)	42.383		44.571	
13	Niedergelassene Zahnärzte in Einzelpraxen			36.263	
14	Niedergelassene Zahnärzte in GP mit 2 Inhabern			14.332 b)	
15	Niedergelassene Zahnärzte in GP mit > 2 Inhabern			3.691 b)	

Anmerkungen

- a) müssen für die KZV-Regionen noch selbst berechnet werden.
- b) müssen für Ost/West noch selbst berechnet werden.
- c) an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Zahnärzte (4. Quartal)
- d) fehlende Daten für Assistenz Zahnärzte in SH, SA und NS wurden geschätzt.
- e) KZBV Geschäftsbericht 2011/2012 (S. 59), alle niedergelassenen Zahnärzte und alle mindestens halbtags tätigen angestellten Zahnärzte je KZV (hier: über alle KZVen summiert).

Datenquellen

- 1) Statistisches Bundesamt (2013): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten. Fachserie 2 Reihe 1.6.1. Wiesbaden.
- 2) Bundeszahnärztekammer (2013): Statistisches Jahrbuch 2012/2013. Berlin.
- 3) Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2014): Jahrbuch 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung.

Legende

Daten liegen nur differenziert nach Ost/West vor
 Daten liegen differenziert nach KZV-Regionen vor

8.4 Übersicht: Abschätzung der Auswahlsätze bzw. der Rücklaufquoten der Erhebung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung 2011

KZV-Region	niedergelassene Zahnärzte nach Facharztgruppen 1)				Praxen 2)	Auswahlsatz (von Gesamt)		Rücklauf		
	Gesamt	Zahnärzte	KFO	Oralch.		absolut	relativ	absolut	relativ 1 (von Auswahlsatz)	relativ 2 (von Gesamt)
	1	2	3	4	5	3)	4)	5)		
Gesamt	54.286	49.362	2.963	1.961	44.571	33.000	60,79	5.099	15,45	3,86
Ost	9.389	8.817	433	139	8.255					
West	44.897	40.545	2.530	1.822	36.316					
Baden-Württemberg	6.664	5.838	450	376						
Bayern	8.644	7.821	500	323		2.161	25			
Berlin	3.042	2.811	147	84						
Brandenburg	1.639	1.531	80	28						
Bremen	407	360	21	26						
Hamburg	1.435	1.310	78	47						
Hessen	4.188	3.713	261	214						
Mecklenburg-Vorpommern	1.203	1.137	48	18						
Niedersachsen	5.288	4.939	233	116						
Nordrhein	5.801	5.196	332	273		1.450	25	224	15,45	3,86
Westfalen-Lippe	4.774	4.301	298	175						
Rheinland-Pfalz	2.242	2.131	55	56						
Saarland	542	478	34	30		542	100			
Sachsen	3.124	2.909	153	62						
Sachsen-Anhalt	1.664	1.586	70	8		832	50			
Schleswig-Holstein	1.870	1.647	121	102						
Thüringen	1.759	1.654	82	23						

Datenquellen

- 1) BZÄK (2013): Statistisches Jahrbuch 2012/2013. Berlin.
- 2) KZBV (2014): Jahrbuch 2013. Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Einschließlich GOZ-Analyse. Köln.
- 3) vdek (o.J.): Tabellarische Übersicht Kostenstrukturerhebung KZBV und Statistisches Bundesamt; KZBV (2014): Geschäftsbericht 2013/2014. Dynamik. Köln.
- 4) vdek (o.J.): Tabellarische Übersicht Kostenstrukturerhebung KZBV und Statistisches Bundesamt (Angaben für Saarland, Sachsen-Anhalt, Bayern); KZV Nordrhein (2013): Schreiben an die AOK Rheinland/Hamburg vom 20.01.2013 mit dem Betreff "Vergütungsverhandlungen 2014".
- 5) KZV Nordrhein (2013): Schreiben an die AOK Rheinland/Hamburg vom 20.01.2013 mit dem Betreff "Vergütungsverhandlungen 2014".

Anmerkungen

Zahl der Zahnärzte selbst berechnet als Differenz zwischen Gesamt und Anzahl der Kieferorthopäden und Oralchirurgen.

Legende

relativer Auswahlsatz bekannt (vdek)

Kommentar:

Da im Hinblick auf die jährliche Kostenstrukturerhebung für Zahnarztpraxen durch die KZBV beinahe keine methodischen Informationen vorliegen, ist lediglich eine Abschätzung der Stichprobengröße (Auswahlsatz) sowie des Rücklaufs (für die einzelnen KZV-Regionen) möglich. Letzteres kann auf Basis von Informationen der KZV Nordrhein zum absoluten Rücklauf bei der Erhebung 2012 in der Region Nordrhein realisiert werden (unter Annahme einer konstanten Rücklauf-

quote über die KZV-Regionen). Die Informationen sind nicht öffentlich zugänglich, sondern entstammen einem Schreiben der KZV Nordrhein an die AOK Rheinland/Hamburg vom 20.01.2013. Bei vier der 17 KZV-Regionen ist der relative Auswahlatz bekannt (Informationen des vdek), für die anderen 13 Regionen kann er nur geschätzt werden.

Im Antrag der Landesvertretung Ambulante Versorgung des vdek Thüringen an das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Thüringen vom 20.11.2014 wird in Bezug auf die Stichprobe sowie den Rücklauf der KZBV-Kostenstrukturerhebung Folgendes angeführt: *„Die Erhebung der Kostenstrukturdaten beruht auf einer freiwilligen stichprobenhaften Auskunft der Vertragszahnärzte, wobei höchstens 50 Prozent aller niedergelassenen Zahnärzte angeschrieben werden. Die Rücklaufquote liegt laut Angaben von verschiedenen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen deutlich unter 50 Prozent.“*

Im Geschäftsbericht der KZBV 2014 wird die Anzahl der im Rahmen der Kostenstrukturerhebung 2011 angeschriebenen Zahnärzte/Praxis-Inhaber mit „rund 33.000“ beziffert. Bezogen auf die Gesamtzahl der Zahnarztpraxen im Jahr 2011 nach dem KZBV-Jahrbuch 2013 (n=44.571) ergibt dies einen relativen Auswahlatz von 74%, bezogen auf die Anzahl der Praxisinhaber im Jahr 2011 (n=54.286) einen Auswahlatz von 60,8%. Dieses Ergebnis steht im Kontrast zu der Aussage, dass max. 50% der Zahnärzte je KZV-Region angeschrieben werden. Zudem liegen dem vdek Informationen vor, wonach in kleinen KZV-Regionen wie dem Saarland 100% der Zahnärzte angeschrieben werden.

Als Grundgesamtheit für die Schätzungen wird die Anzahl der Zahnarztpraxen nach KZV-Regionen benötigt. In den statistischen Jahrbüchern der KZBV und BÄK findet sich jedoch keine Auflistung der Anzahl an Zahnarztpraxen nach KZV-Regionen oder nach Landeszahnärztekammern; lediglich eine Darstellung für Deutschland insgesamt sowie getrennt für die alten und neuen Bundesländer ist zu finden.

Somit muss auf die Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte (=Praxisinhaber) als Proxy-Indikator zurückgegriffen werden. Die Anzahl der Zahnarztpraxen kann damit jedoch nur mit Einschränkungen abgebildet werden, da Gemeinschaftspraxen mit mehreren Inhabern als eine Praxis zählen, sodass es durch die Verwendung des Indikators niedergelassene Zahnärzte zu einer Überschätzung der Anzahl der Zahnarztpraxen kommt. Die absolute Differenz zwischen der Anzahl der niedergelassenen Zahnärzte und der Anzahl der Zahnarztpraxen in Deutschland im Jahr 2011 beträgt nach dem KZBV-Jahrbuch 2013 9.715. Auch in den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes findet sich keine Darstellung der Anzahl an Zahnarztpraxen nach KZV-Regionen, Landeszahnärztekammern oder Bundesländern. Hinzu kommt, dass in den Erhebungen des Statistischen Bundesamtes nicht nur Praxen von Vertragszahnärzten, sondern auch rein private Zahnarztpraxen nicht zugelassener Zahnärzte einbezogen sind. Letzteres ist ebenfalls der Fall in den Statistiken der Bundeszahnärztekammer. Da die Datenbasis der KZBV-Kostenstrukturerhebung nur Vertragszahnärzte beinhaltet und der Anteil rein privater Zahnarztpraxen in den Erhebungen des Stat. BA und der BZÄK unbekannt ist, sind die Angaben nur mit Einschränkungen geeignet als Schätzgrundlage.

Im Statistischen Jahrbuch der BZÄK finden sich im Gegensatz zum statistischen Jahrbuch der KZBV und den Erhebungen des Stat. BA Angaben zu der Anzahl der Praxisinhaber nach KZV-Regionen, was eine Schätzung der Auswahlätze und Rücklaufquoten je KZV-Region erlauben würde.

Auf der Grundlage der vorliegenden Informationen kann keine Angabe über die Höhe des Rücklaufs der KZBV gemacht werden. Nimmt man die Mitteilung der KZV Nordrhein für 2012 zum Ausgangspunkt, ergibt sich ein relativer Rücklauf von 15,45% bezogen auf den Auswahlatz von 33.000 angeschriebenen Praxisinhabern (3,86% bezogen auf die Gesamtzahl der Zahnärzte) und ein absoluter Rücklauf von 5.099 Erhebungsbögen.

9 Anhang C: Sonderauswertungen des Statistischen Bundesamtes

Seitens des Statistischen Bundesamtes lagen für diese Untersuchung Sonderauswertungen vor

- nach Ost – West
- nach der Anzahl angestellter Zahnärzte (einschl. Assistenzärzte)
- nach dem Anteil KZV-finanzierter Einnahmen an den Einnahmen insgesamt (inkl. Auswertung für alle Praxen, aber ohne reine Privatpraxen)

Die Ergebnisse dieser Sonderauswertungen wurden seitens des Statistischen Bundesamtes im Excel-Format bereitgestellt und liegen dem Auftraggeber vor.