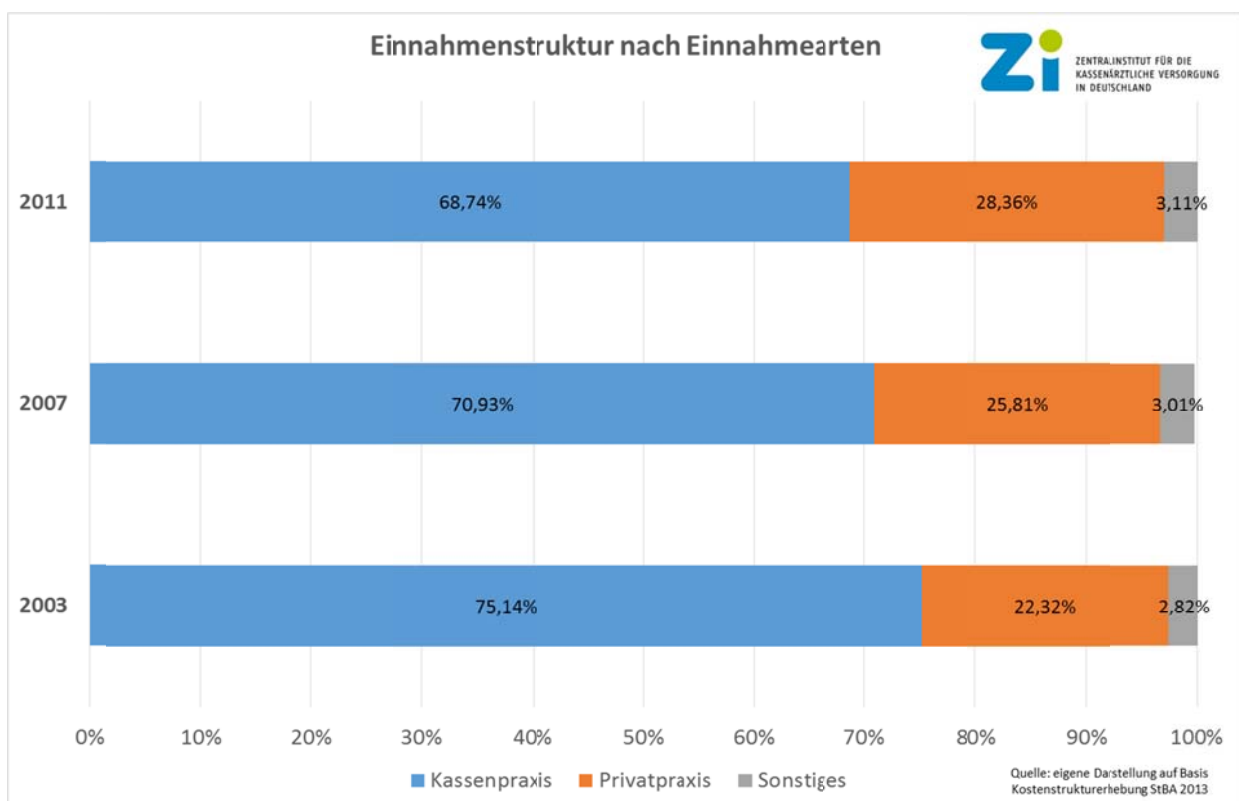


Ökonomische Analyse zur ärztlichen Vergütung im ambulanten Bereich

Wenn es um die Vergütung ärztlicher Leistungen geht, verweist der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Spitzenverband) gern auf einen Jahresüberschuss von durchschnittlich 166.000 Euro je Vertragsarzt. Doch wieviel zahlen die gesetzlichen Krankenkassen wirklich für die ambulante medizinische Versorgung ihrer Versicherten und was steckt hinter den 166.000 Euro, die das Statistische Bundesamt für das Jahr 2011 ermittelt hat? Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat sich die Zahlen genauer angesehen und die Honorarentwicklung der vergangenen Jahre analysiert.

GKV-Anteil an Einnahmen sinkt

Die Gesamteinnahmen der niedergelassenen Ärzte sind laut Statistischem Bundesamt zwischen den Jahren 2007 und 2011 um 17 Prozent gestiegen (2003-2007: 8 Prozent). Die Einnahmen aus GKV-Leistungen nahmen aber nur um 13 Prozent zu (2003-2007: 2 Prozent). Dies erklärt, warum der Anteil der gesetzlichen Krankenkassen an den Einnahmen der Arztpraxen kontinuierlich sinkt: Während der GKV-Anteil im Jahr 2003 noch 75 Prozent betrug, lag er im Jahr 2011 nur bei 69 Prozent.



Anstieg der Betriebskosten nicht kompensiert

Die Betriebskosten stiegen nach den Daten des Statistischen Bundesamtes im selben Zeitraum um 17 Prozent (2003-2007: 4 Prozent). Damit sind die Aufwendungen in den letzten acht Jahren kontinuierlich stärker gewachsen als die Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter.

Notwendige Honorarverbesserung aufgezehrt

Dass die Einnahmen aus GKV-Leistungen zwischen 2007 und 2011 um 13 Prozent gestiegen sind, geht zum überwiegenden Teil auf einen notwendigen und politisch gewünschten Einmaleffekt aus dem Jahr 2008 zurück. Grundlage war die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). In diesem Zusammenhang hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss im Jahr 2008 einen erheblichen Anpassungsbedarf der Vergütung festgestellt. Die GKV-Einnahmen je Arzt stiegen in der Folge um durchschnittlich 10 Prozent.

Hiermit sollten vor allem Vergütungslücken aus der Vergangenheit kompensiert werden. Denn bis zu dieser Reform wurden bis zu 30 Prozent der Untersuchungen und Behandlungen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht honoriert. Mit der Anhebung der Gesamtvergütung sollte eine größere Menge an Leistungen honoriert werden. Der Vorsitzende des Erweiterten Bewertungsausschusses, Prof. Jürgen Wasem, bezeichnete das Ergebnis deshalb auch als „gute Nachricht auch für die Patienten“.¹ Ohne diesen vom Gesetzgeber veranlassten Einmaleffekt hätten sich die GKV-Einnahmen je Arzt zwischen 2007 und 2011 lediglich um 3 Prozent verändert.

Preisverfall ärztlicher Leistungen für gesetzlich Versicherte

Der Orientierungswert, aus dem die Preise in der Gebührenordnung für kassenärztliche Leistungen gebildet werden, wurde seit 2008 durch den Bewertungsausschuss nur um insgesamt 2,2 Prozent angehoben. Im selben Zeitraum betrug der Anstieg des Verbraucherpreisniveaus laut Statistischem Bundesamt 8,2 Prozent. Im Vergleich zur Entwicklung des allgemeinen Preisniveaus wurde die Vergütung je vertragsärztlicher Leistung demnach real weniger wert. Es ist offensichtlich, dass für die Praxisinhaber die ambulante Behandlung von GKV-Versicherten finanziell immer unattraktiver geworden ist.

Niedergelassene Ärzte erreichen mit GKV-Leistungen nicht die gleichen Verdienstmöglichkeiten wie Oberärzte im Krankenhaus

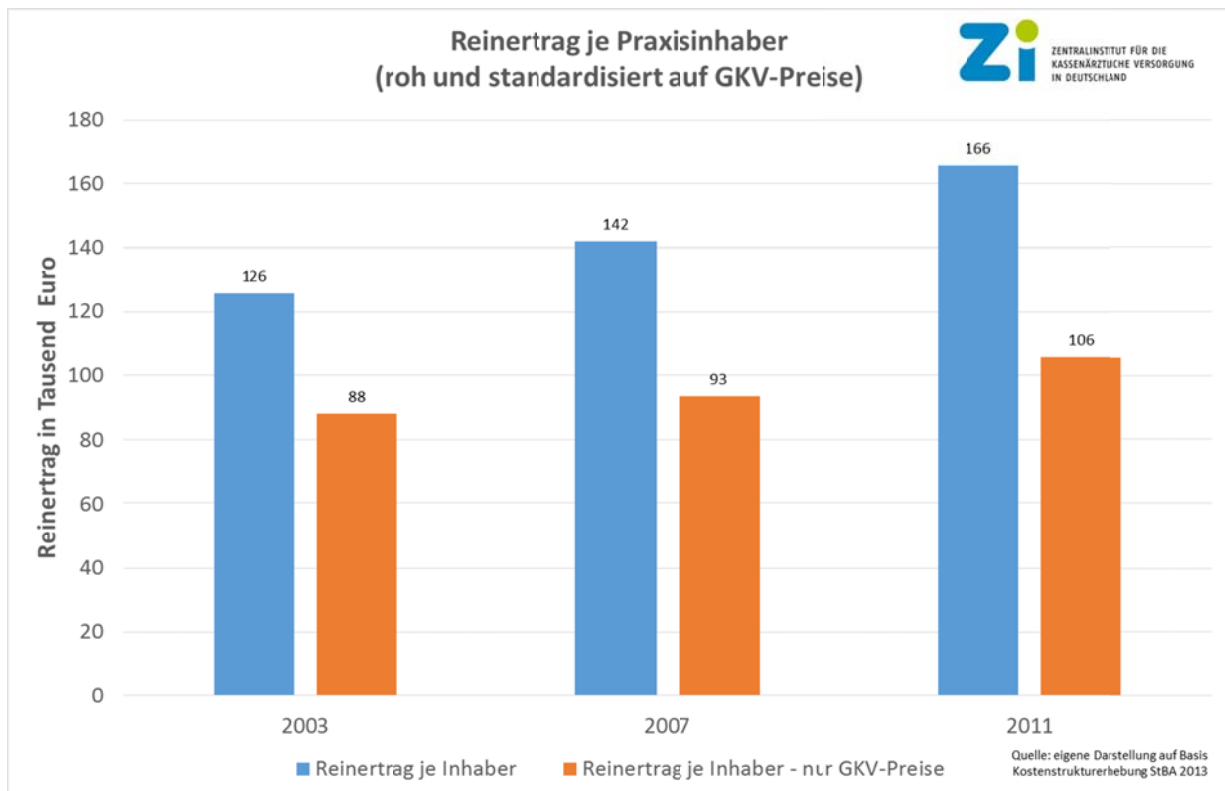
Vertragsärzte sollen mit GKV-Leistungen etwa gleiche Verdienstmöglichkeiten wie gleich qualifizierte Ärzte an Krankenhäusern haben. Das haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Krankenkassen als Grundsatz vereinbart. Für das Jahr 2008 hatten sich KBV und Krankenkassen darauf verständigt, dass Vertragsärzte einen Jahresüberschuss von rund 106.000 Euro erzielen sollten, wenn sie ihre gesamte Arbeitszeit (rund 51 Wochenstunden) auf die Behandlung von GKV-Versicherten verwenden.

Zwischenzeitlich sind die Referenzeinkommen der Oberärzte an Krankenhäusern pro Jahr im Mittel um 3 Prozent angestiegen. Der Referenzwert müsste somit bei rund 133.000 Euro liegen. Nach der jüngsten Erhebung des Zi zur wirtschaftlichen Situation von Arztpraxen erreichten im Jahr 2010 jedoch rund 60 Prozent der Praxen nicht einmal den Referenzwert von 106.000 Euro.

Der vom GKV-Spitzenverband zitierte Reinertrag je Praxisinhaber von 166.000 Euro resultiert zu einem erheblichen Teil aus Privateinnahmen. Er entspricht daher nicht dem, was die gesetzlichen Krankenkassen zahlen.

¹ http://www.deutschlandfunk.de/das-ist-auch-eine-gute-nachricht-fuer-patienten.694.de.html?dram:article_id=66165

Für die Berechnung des Überschusses, den Praxen mit GKV-Leistungen erzielen können, müssen Privateinnahmen auf das Preisniveau der gesetzlichen Krankenversicherung umgerechnet werden. Hierfür lässt sich näherungsweise der Faktor 2,3 heranziehen, der aus einer Studie des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen² ermittelt wurde. Teilt man die vom Statistischen Bundesamt erhobenen Einnahmen, die nicht aus der Versorgung von GKV-Versicherten stammen, durch diesen Faktor, reduziert sich der Jahresüberschuss je Praxisinhaber von 166.000 Euro auf 105.800 Euro im Jahre 2011. Somit stammt jeder dritte Euro aus diesem viel zitierten Reinertrag nicht aus GKV-Einnahmen.



Bisher erhebt das Statistische Bundesamt nicht die geleistete Arbeitszeit der Ärzte. Berücksichtigt man diese, erwirtschafteten Vertragsärzte bei einer Arbeitszeit von durchschnittlich 51 Wochenstunden – ausschließlich für die Behandlung GKV-Versicherter – rund 100.000 Euro Jahresüberschuss. Unterstellt man eine 40-Stunden-Woche waren im Durchschnitt 78.000 Euro Jahresüberschuss erreichbar (vgl. Tabelle).

Auf GKV-Preise standardisierter Jahresüberschuss je Praxisinhaber				
	Jahresüberschuss in Tsd. Euro im Jahr 2010			Anteil der Praxen mit Jahresüberschuss < 105 Tsd. Euro bei 51 h Wochenarbeitszeit
	Arbeitszeit pro Woche			
	51 Stunden	40 Stunden	35 Stunden	
	100	78	68	59%

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis Zi-Praxis-Panel, Erhebung 2012

² Walendzik A, Manouguian M, Groß S, Wasem J. Vergütungsunterschiede im ambulanten Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt 2009; 2009 (4): 63-9.

Im Vergleich zu dem vom Bewertungsausschuss gewählten Vergleichswert besteht also ein spürbarer Anpassungsbedarf bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte. Das zeigt, dass niedergelassene Ärzte mit den Preisen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes kaum das Einkommen vergleichbar qualifizierter Ärzte im Krankenhaus erzielen können.

Tatsache ist: Der vom GKV-Spitzenverband zitierte Jahresüberschuss von durchschnittlich 166.000 Euro wird von den gesetzlichen Krankenkassen so nicht finanziert. Um die Differenz zwischen 166.000 Euro und 105.800 Euro auszugleichen, müssten Vertragsärzte rund 60.000 Euro mehr Überschuss durch GKV-Leistungen erzielen. Damit die Vertragsärzte einen Überschuss in der Höhe von 166.000 Euro mit GKV-Leistungen erzielen können, müssten die Kassen ihre Ausgaben deutlich steigern.

Nur Privateinnahmen ermöglichen steigende Überschüsse in den Praxen

Das Statistische Bundesamt schließt aus dem Vergleich seiner Erhebungen 2007 und 2011, dass die Überschüsse je Praxisinhaber um 17 Prozent gestiegen sind. Aus Sicht des Zi bestehen zwar methodische Zweifel, ob aus zwei Querschnitterhebungen (mit jeweils unterschiedlicher Stichprobensammensetzung) eine solche Veränderungsrate zutreffend ermittelt werden kann.

Nimmt man aber diesen Wert der amtlichen Mitteilung als gegeben, muss festgehalten werden, dass dies nur möglich war, weil die Praxen bei Privateinnahmen deutlich stärkere Zuwächse erzielen konnten (Zunahme von 28 Prozent zwischen 2007 und 2011).

Steigende Überschüsse geben die Praxen in Form steigender Personalkosten weiter. Diese sind gemäß Angaben des Statistischen Bundesamts je Praxisinhaber zwischen 2007 und 2011 um 23 Prozent gestiegen.

Schwindende GKV-Vergütung führt zu Investitionsstau in der ambulanten Versorgung

Nicht eingelöste Vergütungsversprechen und der Wertverfall der vertragsärztlichen Vergütung bleiben nicht ohne Spuren. Investitionsentscheidungen sind von langfristigen Entwicklungen geprägt. Nach den Daten des Statistischen Bundesamts stiegen die GKV-Einnahmen je Praxisinhaber von 2003 bis 2011 um 15 Prozent. Im selben Zeitraum erhöhte sich das Verbraucherpreisniveau um 18 Prozent. Dies sind keine vertrauenserweckenden Rahmenbedingungen für Praxen mit geringen Privateinnahmen, um in die Versorgung für GKV-Versicherte zu investieren. So hat das Zi auf Basis seiner Erhebungen zur wirtschaftlichen Situation in den Arztpraxen festgestellt, dass Investitionen in Arztpraxen insgesamt, insbesondere aber in ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung rückläufig waren. Untersuchungen des Zi aus den Jahren 2010 bis 2011 ergaben einen Investitionsstau von insgesamt rund zwei Milliarden Euro.³

Fehlende Berücksichtigung ökonomischer Gesetzmäßigkeiten entwertet die vertragsärztliche Arbeitszeit

Nach Darstellung des GKV-Spitzenverbands haben die Ärzte unter den freien Berufen eine herausragende Stellung im Hinblick auf ihre Einkommen. Die zugrunde gelegte Lohn- und Einkommensstatistik bildet den Mittelwert des zu versteuernden Einkommens je Steuerfall und Einkunftsart ab. Sie berücksichtigt nicht die dafür aufgewandte Arbeitszeit. Ein Fehler, denn die höchsten Einkommen erzielen Berufsgruppen, deren gesamte Arbeitszeit in die jeweilige Tätigkeit einfließt. Dazu gehören beispielsweise auch Notare (rd. 261.000 Euro), Patentanwälte (rd. 186.000 Euro) und Lotsen (rd. 149.000 Euro).⁴

Dies führt zu der Frage, wie Arbeitszeit bewertet wird. Abgesehen von der absoluten Höhe der Vergütung je Arbeitsstunde äußert sich die Wertschätzung für die Leistungen in den personalintensiven Dienstleistungsbereichen – wie in der Medizin – vor allem darin, wie deren Vergütung sich von Jahr zu Jahr entwickelt. Werden diese Dienstleistungen persönlich erbracht, bestehen in der Regel kaum Möglichkeiten, die Effizienz arbeitszeitsparend zu verbessern. So können Ärzte die Zahl der Behandlungen je Stunde nicht beliebig steigern und damit ihre „Produktivität“ erhöhen.

³ <https://www.zi-pp.de/meinzipp.php>

⁴ Lohn- und Einkommensstatistik Statistisches Bundesamt, Fachserie 14 Reihe 7.1, Berichtsjahr 2007, S. 21

Steigt die Arbeitsproduktivität in der Volkswirtschaft, wird die Bevölkerung reicher, da je geleisteter Arbeitsstunde mehr Güter erworben werden können. Die Ärzte können ihre Arbeitszeit pro Leistung aber nur begrenzt verkürzen, ohne dass die Qualität darunter leidet. Sie haben am steigenden Reichtum der Volkswirtschaft nur dann teil, wenn ihre Vergütung je Stunde in dem Maße angehoben wird, wie die Arbeitsproduktivität in der Volkswirtschaft steigt. Am einfachsten gelingt dies, wenn die Entwicklung der Bruttolöhne vergleichbarer Berufsgruppen herangezogen wird.⁵ Deshalb will die KBV erreichen, dass niedergelassene Ärzte die gleichen Verdienstmöglichkeiten haben wie Oberärzte im Krankenhaus.

Zusammenfassung

Nur mit zusätzlichen Privateinnahmen können niedergelassene Ärzte derzeit ein ähnliches Einkommen erzielen, wie vergleichbar qualifizierte Oberärzte im Krankenhaus. Um dem zwischen KBV und Krankenkassen vereinbarten Grundsatz gleicher Verdienstchancen in der Niederlassung und im Krankenhaus in der Versorgung gesetzlich Versicherter gerecht zu werden, müssen die gesetzlichen Krankenkassen nachlegen. Im Zeitablauf müssten die Preise vertragsärztlicher Leistungen stärker steigen als die Verbraucherpreise (Inflationsrate). Dass die Preise in der Gebührenordnung für die Behandlung gesetzlich Versicherter im Vergleich zur allgemeinen Preisentwicklung dauernd an Wert verlieren, mindert das Vertrauen in die GKV und verbessert nicht die ambulante medizinische Versorgung.

Ihr Ansprechpartner:

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland
Dr. Dominik Graf von Stillfried
E-Mail: dstillfried@zi.de
Tel.: 030 / 4005 2400
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

14. August 2014

Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung (Zi):

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland ist das Forschungsinstitut der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Das Institut wurde im Jahre 1973 gegründet. Es wird finanziert durch jährliche Zuwendungen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Forschungsarbeiten und Studien des Zentralinstituts beschäftigen sich vorwiegend mit der vertragsärztlichen Versorgung unter Nutzung der von den Trägern dafür zur Verfügung gestellten Routinedaten. Mehr Informationen im Internet unter: www.zi.de. Das Zi übernimmt auch die Redaktion des Webportals www.versorgungsatlas.de

⁵ Von Stillfried, Czihal T. Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen, Deutsches Ärzteblatt 01/2014 <http://www.aerzteblatt.de/archiv/153134/Verguetung-in-der-ambulanten-Versorgung-Aerztliche-Arbeitszeit-beim-Orientierungswert-beruecksichtigen?src=search>