

Zi-Forum ‚Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit‘, Berlin, 12. November 2014

Anforderungen an die Preisgestaltung ärztlicher Leistungen

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal

© Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland



Ausgangspunkt: Die vertragsärztliche Vergütungssystematik

$$\text{Vergütung} = \text{notwendige Leistungsmenge} \times \text{kostendeckender Preis}$$

Quelle: Eigene Darstellung gemäß §§ 87 und 87a SGB V

Ausgangspunkt: Die vertragsärztliche Vergütungssystematik

Versichertenbezug

notwendige Leistungsmenge

Leistungsbezug

kostendeckender Preis

Vergütung = **notwendige Leistungsmenge** × **kostendeckender Preis**

Kriterien:

- Anzahl der Versicherten
- Risikostruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität)
- Versorgungsstruktur
- Leistungsverlagerung

Kriterien:

- aufgewendete Zeit
- kalkulatorisches Gehalt
- Betriebs- und Investitionskosten
- Produktivität/Auslastung

Quelle: Eigene Darstellung gemäß §§ 87 und 87a SGB V

SEITE 3
Zi-Forum , Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit' / Berlin / 12.11.2014 / www.zi.de

Ausgangspunkt: Die vertragsärztliche Vergütungssystematik

Versichertenbezug

notwendige Leistungsmenge

Leistungsbezug

kostendeckender Preis

Vergütung = **notwendige Leistungsmenge** × **kostendeckender Preis**

Kriterien:

- Anzahl der Versicherten
- Risikostruktur (Alter, Geschlecht, Morbidität)
- Versorgungsstruktur
- Leistungsverlagerung

Kriterien:

- aufgewendete Zeit (EBM)
- kalkulatorisches Gehalt
- Betriebs- und Investitionskosten
- Produktivität/Auslastung

Regionsbezug

Regionale Besonderheit?

Zuschlag für Förderungswürdigkeit

Regionale Bewertung?

Regionale Besonderheit?

Zuschlag für Förderungswürdigkeit

Regionale Bewertung?

Quelle: Eigene Darstellung gemäß §§ 87 und 87a SGB V

SEITE 4
Zi-Forum , Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit' / Berlin / 12.11.2014 / www.zi.de

Anforderungen an die Bewertung ärztlicher Leistungen

Die Preise ärztlicher Leistungen müssen so gestaltet werden, dass nach Abzug der (Standard-) Kosten ein angemessener Überschuss entsteht.



Anforderungen an die Bewertung ärztlicher Leistungen

Die Preise ärztlicher Leistungen müssen so gestaltet werden, dass nach Abzug der (Standard-) Kosten ein angemessener Überschuss entsteht.

Technischer Leistungsanteil

Ärztlicher Leistungsanteil



Entspricht gängiger Auffassung und derzeitiger Rechtslage
– birgt aber Probleme



Anforderungen an die Bewertung ärztlicher Leistungen

Besser

Die Preise ärztlicher Leistungen müssen so gestaltet werden, dass

- a) die **(Norm-)Kosten ausgeglichen** werden und
- b) die **ärztliche Arbeitszeit angemessenen vergütet** wird.

Bei einzelnen Praxen kann durch unternehmerischen (Miss-)Erfolg ein Verlust/Überschuss entstehen.

Technischer Leistungsanteil

- u.a. Überschussanteil zum Ausgleich für wirtschaftliches Risiko bzw. alternative Kapitalverzinsung (ex ante)

Ärztlicher Leistungsanteil

- Streng zeitgebundene ärztliche Leistung (Bewertung ex ante)
- Managementleistung (Bewertung ex ante)

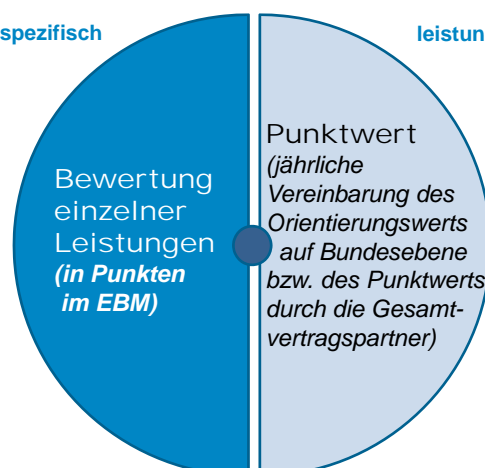
Überschuss als Residuum (ex post)



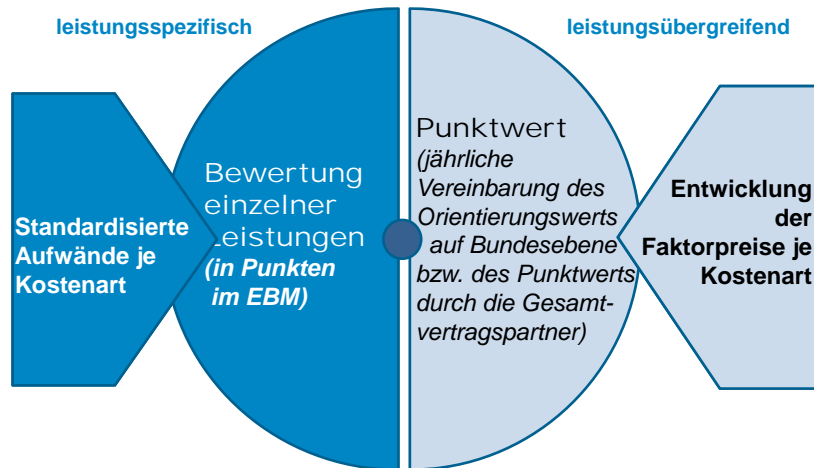
2 Elemente des Preises vertragsärztlicher Leistungen

leistungsspezifisch

leistungsübergreifend



Anwendung des Normkostenansatzes



Welche Kosten haben Arztpraxen?

| | 2010 | Anteil an Gesamtkosten |
|---------------------------------------|---------|------------------------|
| Gesamt | 127,7 € | |
| Personal | 60,4 € | 47,3% |
| Material und Labor | 6,5 € | 5,1% |
| Miete einschl. Nk. Für Praxisräume | 16,4 € | 12,8% |
| Versicherungen, Beiträge und Gebühren | 6,6 € | 5,2% |
| Abschreibungen | 9,1 € | 7,1% |
| Leasing und Mieten von Geräten | 2,3 € | 1,8% |
| Fremdkapitalzinsen | 3,7 € | 2,9% |
| Wartung und Instandhaltung | 3,1 € | 2,4% |
| Nutzung externer Infrastruktur | 0,8 € | 0,6% |
| Sonstiges | 18,8 € | 14,7% |

Kostenstruktur technischer Leistungsanteil

Quelle: ZiPP Jahresbericht 2012 (März 2014)



Weiterentwicklung des technischen Leistungsanteils

| | |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Material und Labor | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 2: Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise); Index für (Zahn-)medizinische Apparate und Materialien |
| Miete und Praxisräume | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 7: Verbraucherpreisindizes für Deutschland: Wohnungsmiete |
| Energiekosten | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 7: Haushaltsenergie (Strom, Gas und andere Brennstoffe) |
| Versicherungen, Beiträge, Gebühren | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 7: Verbraucherpreisindex für Deutschland; Gliederung nach dem Verwendungszweck |
| Fremdkapitalzinsen | Deutsche Bundesbank: Effektivzinssätze Banken Deutschland, Neugeschäft, Sonstige Kredite an private Haushalte, anfängliche Zinsbindung über 5 Jahre |
| Kfz-Kosten | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 7: Preise / Verbraucherpreisindizes für Deutschland: Kraftfahrer-Preisindex |

**Normkostenansatz:
Jährliche Weiterentwicklung
anhand öffentlicher Preisindizes.**

| | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Leasing und Miete von Geräten | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 2: Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise); Index für (Zahn-)medizinische Apparate und Materialien |
| Abschreibungen | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 2: Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise); Index für (Zahn-)medizinische Apparate und Materialien |
| Fortbildungen | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 7: Verbraucherpreisindizes für Deutschland: Dienstleistungen nicht einstuftbarer Bildungseinrichtungen |
| Sonstige Kosten | Statistisches Bundesamt, Fachserie 17, Reihe 2: Preise und Preisindizes für gewerbliche Produkte (Erzeugerpreise); Index Konsumgüterproduzenten |



Weiterentwicklung des technischen Leistungsanteils

Bruttostundenlöhne von Praxisangestellten

| | Bruttostundenlohn Veränderung 2013 geg. 2012 |
|------------------------|-------------------------------------------------|
| Schleswig-Holstein | 5,51% |
| Hamburg | 4,74% |
| Niedersachsen | 4,39% |
| Bremen | 4,98% |
| Nordrhein-Westfalen | 4,48% |
| Hessen | 4,04% |
| Rheinland-Pfalz | 3,84% |
| Baden-Württemberg | 4,84% |
| Bayern | 4,23% |
| Saarland | 6,31% |
| Berlin | 6,02% |
| Brandenburg | 4,55% |
| Mecklenburg-Vorpommern | 4,94% |
| Sachsen | 7,19% |
| Sachsen-Anhalt | 5,79% |
| Thüringen | 5,67% |
| ohne Bundesland | 15,14% |
| Gesamt | 4,76% |

Quelle: Umlagerechnung der BGW; 2013, 2012



Problem: Erhöhung der Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen

Tarifgehälter für Medizinische Fachangestellte in Arztpraxen wurden in zwei Stufen erhöht:

- zum 1. September 2013 um 4,5% und
- zum 1. April 2014 um 3%

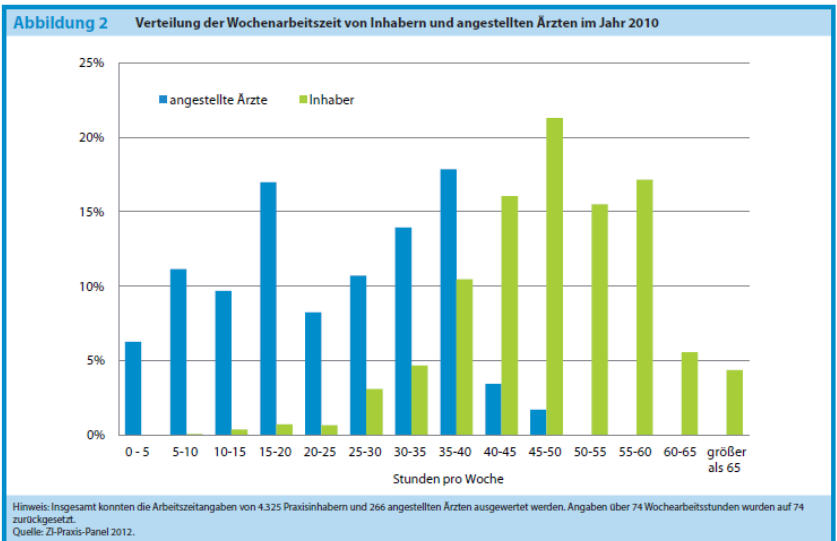
Insgesamt ergab sich eine Erhöhung um 7,6% zum 01.04.2014.

**Um alleine diese Kostensteigerungen für Praxen
(bei einem Anteil der Personalkosten am TL-Anteil von 47%)
auszugleichen,
hätte der Punktwert in 2014 um rd. 1,9% angehoben werden müssen.**

Zur Erinnerung: Anpassung betrug 1,3%
inkl. Berücksichtigung übriger Kostensteigerungen und einer Steigerung der
Vergütung der ärztlichen Arbeitszeit.



Ärztliche Arbeitszeit - Ein Überblick



Quelle: ZiPP Jahresbericht 2012 (März 2014)

Ärztliche Arbeitszeit - Ein Überblick

Tabelle 14 Wochenarbeitszeit der Praxisinhaber differenziert nach Regionstyp, Fachbereich und Organisationsform im Jahr 2010

| | Praxen | Wochenarbeitszeit gesamt | in Stunden | | | | Praxismanagement |
|-----------------------------------------------------|--------|-----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------|-----|------------------|
| | | | Arbeit mit Patienten | Arbeit ohne Patienten | Notfalldienste | | |
| Gesamt | 4.325 | 49,1 | 34,9 | 8,3 | 1,8 | 4,1 | |
| Regionstyp | | | | | | | |
| Stadt | 1.570 | 47,4 | 33,6 | 8,4 | 0,9 | 4,4 | |
| Land | 943 | 52,0 | 36,3 | 8,4 | 3,4 | 3,9 | |
| Umland | 1.812 | 49,6 | 35,6 | 8,1 | 2,0 | 3,9 | |
| Fachbereich | | | | | | | |
| Hausärztlicher Bereich | 764 | 51,3 | 36,9 | 7,7 | 2,9 | 3,7 | |
| Fachärztlicher Bereich I | 1.286 | 48,1 | 35,1 | 7,0 | 1,9 | 4,2 | |
| Fachärztlicher Bereich II | 700 | 52,9 | 37,0 | 9,5 | 1,7 | 4,6 | |
| Internistischer Bereich | 277 | 54,4 | 38,4 | 10,5 | 1,1 | 4,4 | |
| Neurologisch-psychiatrischer Bereich | 492 | 51,2 | 36,9 | 9,6 | 0,6 | 4,1 | |
| Psychotherapeutischer und psychosomatischer Bereich | 797 | 42,6 | 28,7 | 9,3 | 0,2 | 4,5 | |
| Organisationsform | | | | | | | |
| Einzelpraxis | 3.579 | 49,6 | 35,0 | 8,6 | 1,8 | 4,2 | |
| Gemeinschaftspraxis, örtlich | 722 | 47,1 | 34,5 | 7,0 | 1,9 | 3,6 | |
| Gemeinschaftspraxis, überörtlich | 24 | 55,9 | 36,9 | 9,0 | 4,8 | 5,2 | |

Hinweis: Arbeitszeitangaben in Stunden je Woche je Praxisinhaber.
Quelle: Zi-Praxis-Panel 2012.



Quelle: ZiPP Jahresbericht 2012 (März 2014)

Ärztliche Arbeitszeit - Anforderungen an die Bewertung

- Wird der kalkulatorische „**Arztlohn**“ als Kostenblock betrachtet, ergibt sich ein Anteil an den Gesamtkosten von ca. 50%.
→ **gemessen an den anderen Kostenarten die wichtigste Größe.**
- Die Bewertung ist am **Opportunitätskostenprinzip** auszurichten (wie vom Bewertungsausschuss 2007 erstmals praktiziert)
→ **Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit** sollte gegenüber anderen Wahlmöglichkeiten (Tätigkeit im Krankenhaus, PKV, IGeL etc.) nicht schlechter gestellt werden.



Ärztliche Arbeitszeit - Anforderungen an die Bewertung

- Wird der kalkulatorische „**Arztlohn**“ als Kostenblock betrachtet, ergibt sich ein Anteil an den Gesamtkosten von ca. 50%.
→ **gemessen an den anderen Kostenarten die wichtigste Größe.**
- Die Bewertung ist am **Opportunitätskostenprinzip** auszurichten (wie vom Bewertungsausschuss 2007 erstmals praktiziert)
→ **Attraktivität der vertragsärztlichen Tätigkeit** sollte gegenüber anderen Wahlmöglichkeiten (Tätigkeit im Krankenhaus, PKV, IGel etc.) nicht schlechter gestellt werden.

Relevante Informationsgrundlagen („Korridor“):

1. Entwicklung Verbraucherpreise
2. Entwicklung Bruttolöhne insgesamt
3. Entwicklung Bruttolöhne vergleichbarer Berufsgruppen



Überblick über die Entwicklung des Orientierungswertes, der Verbraucherpreise und der Bruttolöhne

| Entwicklung Orientierungswert | | Entwicklung | | |
|----------------------------------|-------------|---------------|-------------------|--------------|
| | | | Verbraucherpreise | Nominallohn |
| zu 2015 | 1,4% | zu 2013 | 1,5% | 1,4% |
| zu 2014 | 1,3% | zu 2012 | 2,0% | 2,5% |
| zu 2013 | 0,9% | zu 2011 | 2,1% | 3,3% |
| zu 2012 | 0,0% | zu 2010 | 1,1% | 2,7% |
| zu 2011 | 0,0% | zu 2009 | 0,3% | 0,1% |
| zu 2010 | 0,0% | zu 2008 | 2,6% | 3,1% |
| Gesamt | 3,6% | Gesamt | 10,0% | 13,8% |

Quellen: Beschlüsse des BA, Destatis

Ergebnis: schleichender Preisverfall vertragsärztlicher Leistungen



Überblick: Entwicklung der Nominallöhne

Entwicklung der Nominallöhne nach verschiedenen Gliederungsarten

| Gliederungsart | 2007 bis 2013 | Jahr 2013 | 1. Quartal 2013 | 2. Quartal 2013 | 3. Quartal 2013 | 4. Quartal 2013 | 1. Quartal 2014 | 2. Quartal 2014 |
|------------------------------------|------------------|-----------|-------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Veränderung in % | | Veränderung gegenüber dem Vorjahresquartal in % | | | | | |
| Insgesamt | 13,8 | 1,4 | 1,4 | 1,5 | 1,3 | 1,2 | 2,6 | 2,3 |
| Nach Gebietsstand | | | | | | | | |
| Früheres Bundesgebiet | 13,4 | 1,3 | 1,5 | 1,3 | 1,3 | 1,2 | 2,4 | 2,4 |
| Neue Länder | 15,8 | 1,7 | 1,1 | 2,4 | 1,5 | 1,6 | 3,3 | 2,1 |
| Nach Beschäftigungsart | | | | | | | | |
| Vollzeitbeschäftigte | 13,3 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 2,6 | 2,4 |
| Teilzeitbeschäftigte | 16,1 | 2,2 | 2,6 | 2,6 | 1,9 | 1,5 | 2,3 | 2,1 |
| Geringfügig Beschäftigte | 14,8 | 6,0 | 5,1 | 5,7 | 6,5 | 6,8 | 4,6 | 4,5 |
| Nach Geschlecht | | | | | | | | |
| Frauen | 15,1 | 2,0 | 2,3 | 2,4 | 1,7 | 1,4 | 2,4 | 2,1 |
| Männer | 13,1 | 1,0 | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 1,1 | 2,6 | 2,5 |
| Nach Leistungsgruppen ¹ | | | | | | | | |
| Arbeitnehmer in leitender Stellung | 18,0 | 2,2 | 1,5 | 2,8 | 2,2 | 2,2 | 4,1 | 3,9 |
| Herausgehobene Fachkräfte | 14,1 | 1,1 | 1,5 | 1,2 | 0,5 | 1,0 | 2,2 | 2,1 |
| Fachkräfte | 11,9 | 0,9 | 0,9 | 0,7 | 1,0 | 0,7 | 2,3 | 1,9 |
| Angelernte Arbeitnehmer | 11,6 | 1,5 | 1,7 | 0,9 | 1,7 | 1,5 | 1,5 | 1,5 |
| Ungelernte Arbeitnehmer | 12,9 | 2,9 | 3,0 | 2,4 | 3,5 | 2,7 | 1,3 | 1,1 |

¹ Ohne geringfügig Beschäftigte.

Quelle: Statistisches Bundesamt



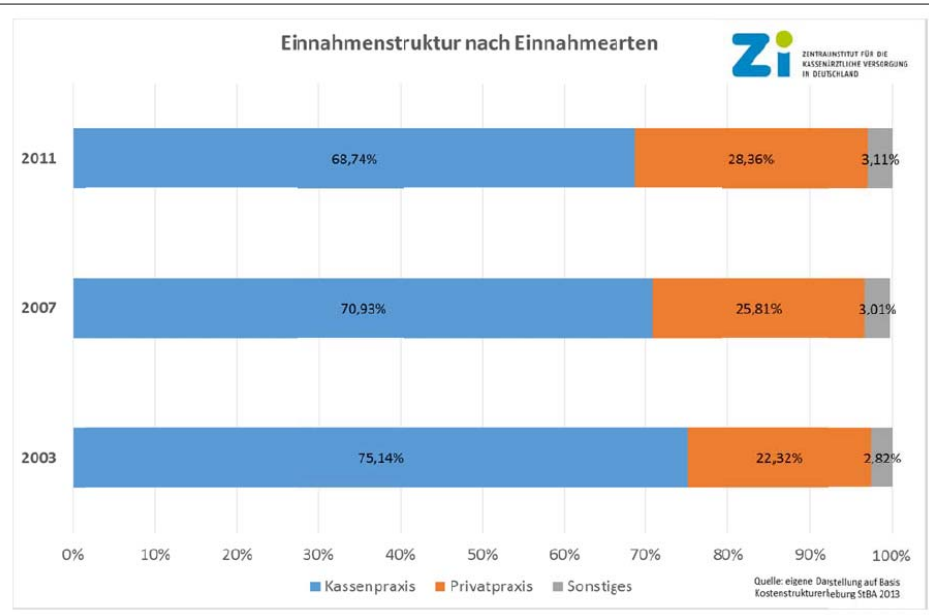
Opportunitäten: Tarifabschlüsse Marburger Bund

| Tarifpartner | Anpassung | Besonderheiten |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Asklepios | 2,6% zum 1.1.2014 2,6% zum 1.1.2015 | 3,8% Erhöhung der Bereitschaftsdienstvergütung (Ärzte ohne Facharztausbildung) Erhöhung der Urlaubstage für Fachärzte von 29 auf 30 Tage Erhöhung der Urlaubstage für Ärzte ohne FA von 26 auf 30 |
| Helios | 2,6% zum 1.1.2013 2,6% zum 1.1.2014 | Erhöhung der Urlaubstage um 1 Tag pro Jahr |
| TdL (Uniklinika) | 2,6% zum 1.3.2013 2,0% zum 1.3.2014 | Erhöhung der Urlaubstage um 1 Tag pro Jahr Zuschlag für Samstagsarbeit von 10% |
| Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) | 2,6% zum 1.1.2013 2,0% zum 1.1.2014 | Erhöhung der Bereitschaftsdienstvergütung um durchschnittlich 8 Prozent |
| BG Kliniken | 2,4% zum 1.10.2013 2,8% zum 1.7.2014 | Erhöhung Nachtzuschlag um 5% |
| KMG-Kliniken | 3,4% zum 1.10.2012 | Einmalzahlung von 1.800€ für das Jahr 2012 |
| Rhön | 2,1% zum 1.4.2013 2,6% zum 1.5.2012 | Nachtzuschlag von 20% |
| BG Kliniken | 3,4% zum 1.4.2012 | |

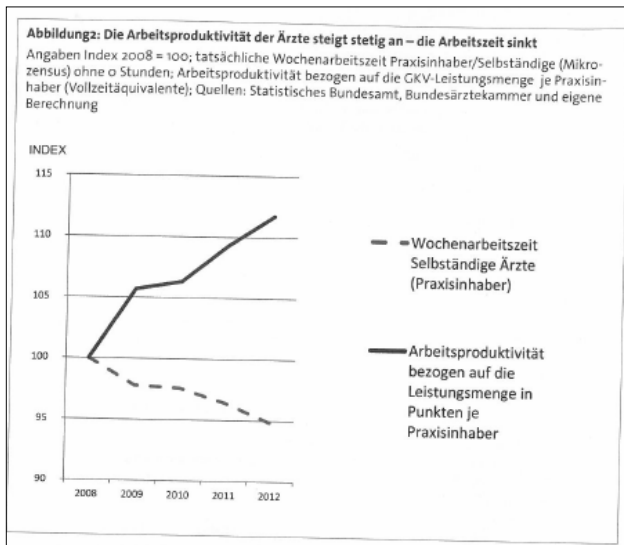
Quelle: Marburger Bund



Umsatzanteile GKV im Zeitverlauf – Anlass zur Sorge?



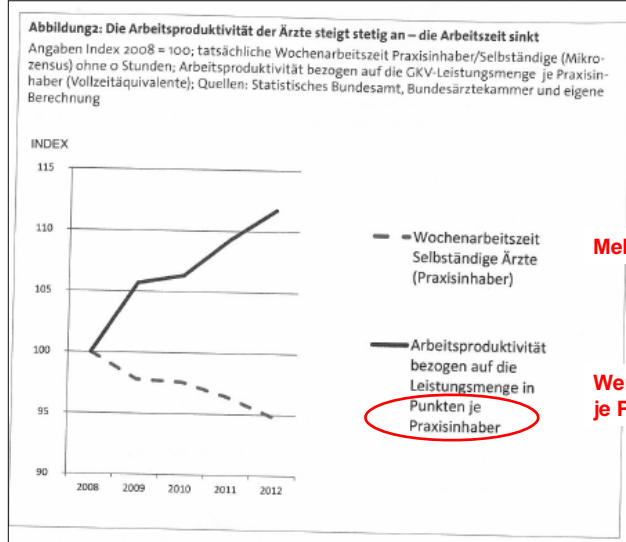
Alles kein Problem – denn die Produktivität vertragsärztlicher Leistungen steigt ja (oder?)



Quelle: Kaiser in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2014



Alles kein Problem – denn die Produktivität vertragsärztlicher Leistungen steigt ja (oder?)



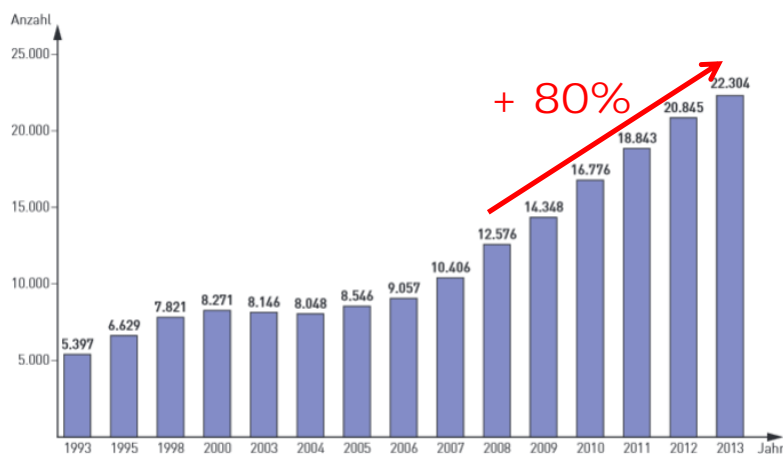
Mehr Leistung je Praxis

Weniger (Arbeits-) Input je Praxis?

Quelle: Kaiser in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2014



Mehr Produktivität oder mehr Input? Angestellte Ärzte nehmen zu



Entwicklung der im ambulanten Bereich angestellten Ärzte, Quelle: Statistik der BÄK/KBV



Grenzen der Produktivitätsentwicklung und ihre Implikationen (Baumolsche Kostenkrankheit)

Die „baumolsche Kostenkrankheit“ (nach William J. Baumol, 1967) bezeichnet die Problematik der schlechten Rationalisierbarkeit von arbeitszeitgebundenen Dienstleistungen - im Gegensatz zu Sektoren mit steigender Arbeitsproduktivität (Automatisierung).

Steigende Arbeitsproduktivität führt zu Reallohnzuwächsen und damit zu Wohlstand.

Um die Qualität der Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, müssen die Löhne jedoch mit der allgemeinen Lohnerhöhung der Bevölkerung mithalten. Hier besteht ein Dilemma.

Wegen der geringen Arbeitsproduktivität müssen steigende Wohlstandsanteile auf arbeitszeitgebundene Dienstleistungen verwendet werden.



Baumol fordert dazu auf, genau hinzuschauen

„Die Qualität solcher Dienstleistungen ist direkt abhängig von der Menge der Arbeit, die investiert wird.

Irgendwann wird es schwierig, die Zeit zu reduzieren, die notwendig ist, um bestimmte Aufgaben auszuführen, ohne dabei gleichzeitig die Qualität zu reduzieren.

Wer versucht, die Arbeit von Chirurgen, Lehrern oder Musikern zu beschleunigen, hat gute Chancen, eine verpfuschte Operation, schlecht ausgebildete Schüler oder ein sehr merkwürdiges Konzert zu bekommen.“

Baumol 2013

Welche Leistungen können ohne Qualitätsverlust z.B. durch Technikerunterstützung schneller erbracht werden?



Analoge Diskussion in der Pflege

Substanziell und solidarisch – Zur Zukunft der Pflegeversicherung

Heinz Rothgang
Klaus Jacobs

Prof. Dr. Heinz Rothgang,
Zentrum für Sozialpolitik der
Universität Bremen

Prof. Dr. Klaus Jacobs, Wissen-
schaftliches Institut der AOK
(WiDO), Berlin

G+S 4/2011

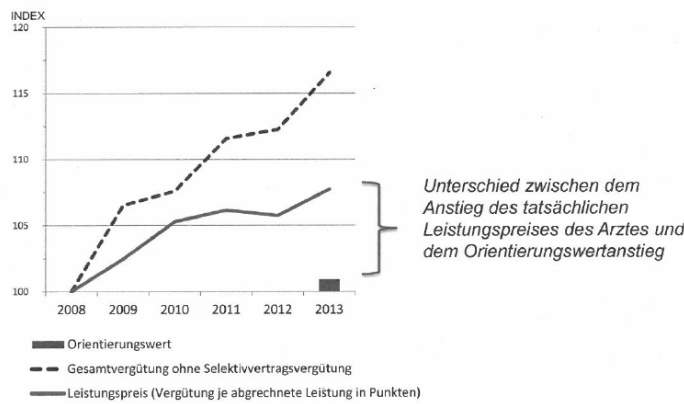
Nun ist davon auszugehen, dass die Preise langfristig der Kostenentwicklung folgen. Personalintensive Dienstleistungen unterliegen aber generell der Baumol'schen »Kostenkrankheit« (Baumol 1967; Baumol/Oates 1972): Da personenbezogene Dienstleistungen nicht in gleichem Maße rationalisiert werden können wie Industrieprodukte, übersteigt deren Kostensteigerung (und damit dann annahmegemäß auch die Preissteigerung) regelmäßig die Inflationsrate. Da angesichts der zukünftigen Arbeitsmarktentwicklung von steigenden Reallöhnen auszugehen ist, würde eine Leistungsdynamisierung in Anlehnung an die Inflationsrate und unterhalb der Lohnsteigerungsrate zu einem fortgesetzten Kaufkraftverlust führen, der langfristig zu einer Delegitimierung dieses Sicherungssystems führen wird.



In der vertragsärztlichen Versorgung kein Thema - Je Leistung steigt die Vergütung stärker als der Punktwert (oder?)

Abbildung 1: Vergleich Entwicklung der Gesamtvergütung (GKV), des Leistungspreises und des Orientierungswertes

Angaben Index 2008 = 100; GKV-Gesamtvergütung ohne Selektivvertragsvergütung bezogen auf Punktleistungen, Leistungspreise für Punktleistungen unter Berücksichtigung des EBM-Katalogeffektes (eigene Berechnung) und Orientierungswertanhebung 2013; Schätzung 2013 auf Basis 1 Hj. 2013 sowie der Vergütungsabschlüsse zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen



Unterschied zwischen dem Anstieg des tatsächlichen Leistungspreises des Arztes und dem Orientierungswertanstieg

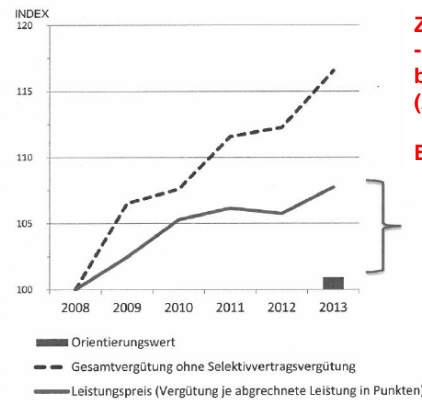
Quelle: Kaiser in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2014



In der vertragsärztlichen Versorgung kein Thema - Je Leistung steigt die Vergütung stärker als der Punktwert (oder?)

Abbildung 1: Vergleich Entwicklung der Gesamtvergütung (GKV), des Leistungspreises und des Orientierungswertes

Angaben Index 2008 = 100; GKV-Gesamtvergütung ohne Selektivvertragsvergütung bezogen auf Punktleistungen, Leistungspreise für Punktleistungen unter Berücksichtigung des EBM-Katalogeffektes (eigene Berechnung) und Orientierungswertanhebung 2013; Schätzung 2013 auf Basis 1 Hj. 2013 sowie der Vergütungsabschlüsse zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen



**Zwar steigt die Vergütung je Leistung - bislang steigt aber nur der Anteil der bezahlten an allen erbrachten Leistungen (Auszahlungsquote MGV&EGV: 2009 92%; 2013 ca. 96%)
Ergo: keine Produktivitätssteigerung**

Unterschied zwischen dem Anstieg des tatsächlichen Leistungspreises des Arztes und dem Orientierungswertanstieg

Quelle: Kaiser in: Gesundheits- und Sozialpolitik 3/2014



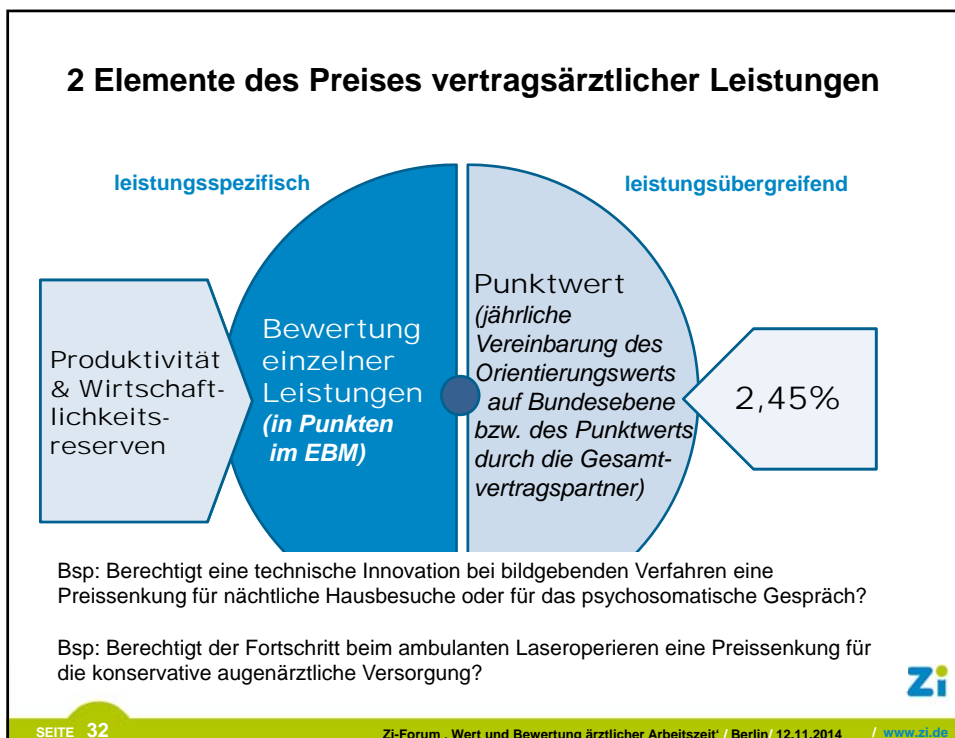
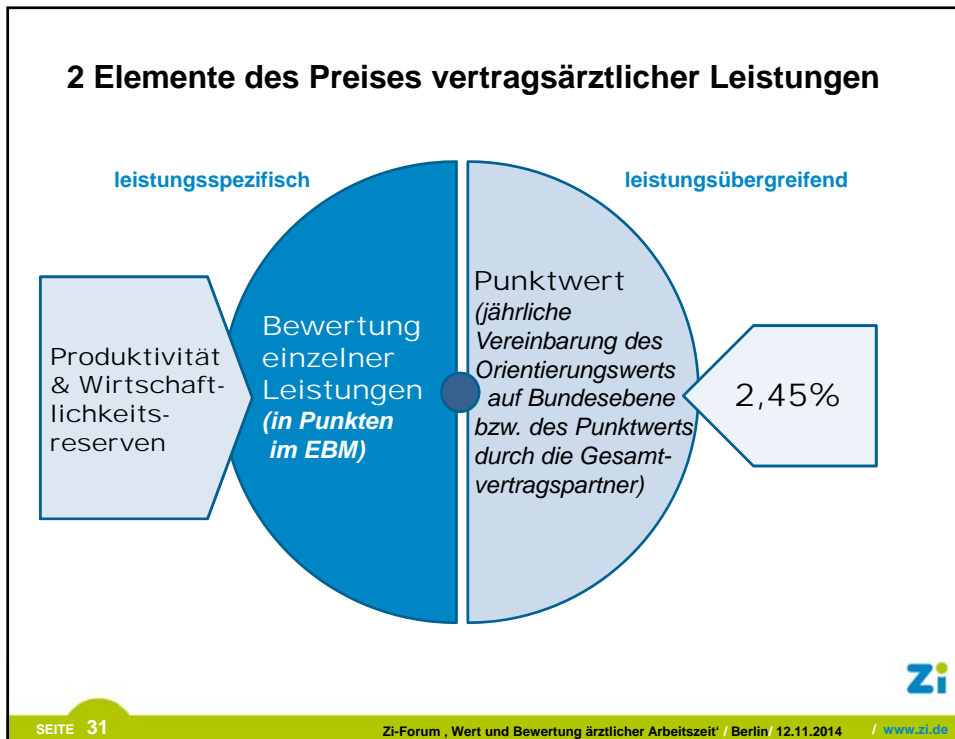
Anforderungen an die Bewertung ärztlicher Leistungen

- Trennung von Mengen- und Preiskomponente essentiell für funktionierendes Vergütungssystem
- Bei der Weiterentwicklung der Preiskomponente ist eine getrennte Bewertung der Kosten und der Arbeitszeit notwendig – bisher fehlt eine ausreichende Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit

z.B. Berücksichtigung arbeitszeitgebundener Leistungen für 2015

| Kostenart | Anteil | Anpassungsfaktor | Bezugsgröße | Anpassung OW |
|-------------------------------------------|--------|------------------|----------------------------------------------|--------------|
| AL | 0,5 | 2,7 | Tarifvereinbarung MB | 1,35 |
| TL1 | 0,25 | 3,0 | Tarifvereinbarung MFA | 0,75 |
| TL2 | 0,25 | 1,5 | Preisindex Lebenshaltungskosten ¹ | 0,375 |
| Gesamt | | | | 2,475 |
| ¹ oder aggregierte Teilindizes | | | | |





Anforderungen an die Bewertung ärztlicher Leistungen - Fazit

- Eine ausreichende Bewertung ärztlicher Arbeitszeit sowie der Arbeitszeitkomponente in TL (Delegation) ergänzen den bisher praktizierten Normkostenansatz.
- Dieser Schritt ist zu Sicherung der Attraktivität der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich.
- Der bisher praktizierte pauschale Abschlag für Produktivitätssteigerungen bzw. potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven trifft zu oft die Falschen. Statt im OW / Punktwert müssen diese je Leistung/Leistungsbereich abgebildet werden.
- Prüfstein: wird ein Referenzwert für das kalkulatorische Arztgehalt (nach Berücksichtigung der Opportunitäten) erreicht?
- Innovatoren benötigen Produktivitätsgewinne als Anreiz – erst nach einem angemessenen Zeitraum sind die Fortschritte flächendeckend umsetzbar. Im EBM ist zur Sicherstellung von Kalkulations- und Versorgungssicherheit eine zeitliche Perspektive zu vereinbaren, wann eine Anpassung wirksam wird.



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de



Back Up



Was bleibt vom Überschuss?

| Tabelle 6 Beispielrechnung – Jahresüberschuss und Nettoeinkommen je Praxisinhaber im Jahr 2010 (Mittelwert und Median) | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| | Mittelwert | Median |
| Jahresüberschuss | 138.003 € | 122.300 € |
| - Ärztliche Altersvorsorge* | 18.283 € | 18.283 € |
| - Kranken- und Pflegeversicherung** | 7.425 € | 7.425 € |
| - Einkommensteuer*** | 43.584 € | 36.628 € |
| Verfügbares Nettoeinkommen im Jahr | 68.708 € | 59.964 € |
| Monatlich verfügbares Nettoeinkommen | 5.726 € | 4.997 € |
| Nettostundensatz**** | 30 € | 27 € |

* Allgemeine Versorgungsabgabe eines voll zahlenden Mitglieds; 18.283 Euro/Jahr, Ärzteversorgung Aktuell 2010 Niedersachsen, S. 9.
 ** Beiträge zu Kranken- und Pflegeversicherung als freiwillig gesetzlich Versicherter (kinderlos).
 *** Steuerklasse 1; abzugsfähige Vorsorgeaufwendungen 70% der Versorgungswerkbeiträge plus Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge.
 **** Bei 46 Arbeitswochen pro Jahr und einer Wochenarbeitszeit von 49 Stunden (siehe Tabelle 50, Seite 143).
 Quelle: Eigene Berechnung basierend auf ZI-Praxis-Panel 2012.



Indikatoren zur Investitionslage in den Praxen

Tabelle 4: Veränderung der Investitionen zwischen 2006 und 2008 nach Regionstypen

| | Anzahl Praxen | Investitionen je Praxis (Mittelwert) | Investitionen je Inhaber (Mittelwert) | Investitionen je Inhaber (Median) | Investitionen je Inhaber (Maximum) |
|---------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|
| | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| Gesamt | 3.325 | -31,5% | -31,8% | -6,0% | -52,3% |
| Kernstadt | 1.177 | -33,7% | -34,0% | -10,8% | -52,3% |
| Ländliche Region | 831 | -40,7% | -40,7% | -20,4% | -87,2% |
| Verdichteter Kreis | 1.317 | -25,6% | -25,9% | 2,5% | -46,8% |

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2010



Indikatoren zur Investitionslage in den Praxen

Tabelle 16 Investitionen in Tausend Euro je Praxis, je Inhaber und je Arzt differenziert nach Fachbereich in den Jahren 2008 bis 2010

| Fachbereich | Praxen | Investitionen in Tsd. Euro | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|--------|----------------------------|------|-------|------------|------|------|---------|------|------|
| | | je Praxis | | | je Inhaber | | | je Arzt | | |
| | | 2008 | 2009 | 2010 | 2008 | 2009 | 2010 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Gesamt | 3.465 | 14,6 | 11,5 | 13,7 | 11,6 | 9,1 | 10,8 | 11,1 | 8,6 | 10,2 |
| - Einzelpraxis | 2.795 | 11,8 | 8,0 | 9,6 | 11,7 | 8,0 | 9,6 | 11,2 | 7,6 | 9,0 |
| - Gemeinschaftspraxis | 670 | 24,8 | 24,2 | 28,5 | 11,4 | 10,9 | 12,8 | 11,0 | 10,4 | 12,1 |
| Hausärztlicher Bereich | 653 | 12,3 | 8,3 | 10,9 | 9,5 | 6,4 | 8,4 | 9,0 | 6,0 | 7,9 |
| - Einzelpraxis | 491 | 12,1 | 7,1 | 11,0 | 11,9 | 7,1 | 11,0 | 11,1 | 6,7 | 10,1 |
| - Gemeinschaftspraxis | 162 | 12,9 | 11,7 | 10,8 | 6,2 | 5,4 | 5,1 | 6,0 | 5,2 | 4,8 |
| Fachärztlicher Bereich I | 1.066 | 18,1 | 14,8 | 14,7 | 14,1 | 11,4 | 11,4 | 13,4 | 10,8 | 10,6 |
| - Einzelpraxis | 864 | 15,4 | 12,2 | 11,0 | 15,3 | 12,1 | 11,0 | 14,6 | 11,4 | 10,2 |
| - Gemeinschaftspraxis | 202 | 27,2 | 23,6 | 27,5 | 12,1 | 10,3 | 11,9 | 11,7 | 9,9 | 11,3 |
| Fachärztlicher Bereich II | 586 | 41,4 | 38,1 | 49,9 | 28,9 | 26,2 | 34,1 | 27,2 | 24,5 | 31,7 |
| - Einzelpraxis | 413 | 24,4 | 14,9 | 16,3 | 24,2 | 14,8 | 16,3 | 22,9 | 13,8 | 15,0 |
| - Gemeinschaftspraxis | 173 | 77,3 | 87,4 | 121,3 | 33,2 | 36,3 | 49,4 | 31,1 | 34,2 | 46,5 |
| Internistischer Bereich | 207 | 35,4 | 28,7 | 23,4 | 25,7 | 20,9 | 16,8 | 23,1 | 18,7 | 14,4 |
| - Einzelpraxis | 160 | 33,7 | 27,3 | 20,2 | 33,4 | 27,3 | 20,2 | 28,7 | 23,2 | 16,6 |
| - Gemeinschaftspraxis | 47 | 39,9 | 32,2 | 31,6 | 17,2 | 13,8 | 13,2 | 16,3 | 13,1 | 11,8 |
| Neurologisch-psychiatrischer Bereich | 392 | 11,2 | 6,2 | 7,8 | 9,2 | 5,2 | 6,5 | 8,8 | 4,9 | 6,2 |
| - Einzelpraxis | 334 | 10,6 | 5,4 | 6,6 | 10,5 | 5,4 | 6,6 | 10,1 | 5,1 | 6,2 |
| - Gemeinschaftspraxis | 58 | 14,2 | 10,2 | 13,7 | 6,4 | 4,6 | 6,3 | 6,2 | 4,5 | 6,1 |
| Psychotherapeutischer und psychosomatischer Bereich | 543 | 3,0 | 2,8 | 4,1 | 2,9 | 2,7 | 4,0 | 2,9 | 2,7 | 3,9 |
| - Einzelpraxis | 530 | 3,0 | 2,8 | 4,1 | 3,0 | 2,8 | 4,1 | 3,0 | 2,7 | 4,0 |
| - Gemeinschaftspraxis | 13 | 1,9 | 2,4 | 3,8 | 0,9 | 1,2 | 1,9 | 0,9 | 1,2 | 1,9 |
| Übergreifend tätige Praxen | 18 | 17,7 | 19,2 | 10,0 | 7,8 | 8,5 | 4,4 | 7,3 | 7,5 | 3,8 |
| - Einzelpraxis | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| - Gemeinschaftspraxis | 15 | 18,6 | 20,0 | 10,5 | 8,0 | 8,6 | 4,5 | 7,5 | 7,6 | 3,8 |

Hinweis: Graumarkierungen basierend auf relativem Standardfehler der Investitionen je Praxis. Nicht enthalten sind Investitionen je Arzt und je Inhaber für das Jahr 2011, da für 2011 die Zahl der Inhaber und angestellten Ärzte nicht vorliegt. Die Anzahl der Praxen ist für das Jahr 2010 angegeben. Durch Organisationsformwechsel kann die Aufteilung auf Einzel- und Gemeinschaftspraxen zwischen den Berichtsjahren abweichen.
Quelle: Zi-Praxis-Panel 2012.



Indikatoren zur Investitionslage in den Praxen

Tabelle 17 Buch- und Anschaffungswerte in Tausend Euro differenziert nach Fachbereich im Jahr 2010

| Fachbereich und Organisationsform | Praxen | Buchwert | | AK-Anlagevermögen | | Buchwert zu AK in % |
|-----------------------------------------------------|--------------|-------------|-------------|-------------------|--------------|---------------------|
| | | je Praxis | je Inhaber | je Praxis | je Inhaber | |
| Gesamt | 3.772 | 47,2 | 37,3 | 198,6 | 157,1 | 23,7% |
| - Einzelpraxis | 3.027 | 34,2 | 34,2 | 153,3 | 153,3 | 22,3% |
| - Gemeinschaftspraxis | 745 | 94,3 | 42,4 | 362,5 | 162,9 | 26,0% |
| Hausärztlicher Bereich | 697 | 40,9 | 31,1 | 177,6 | 135,1 | 23,0% |
| - Einzelpraxis | 510 | 32,7 | 32,7 | 156,1 | 156,1 | 21,0% |
| - Gemeinschaftspraxis | 187 | 62,2 | 29,1 | 233,7 | 109,3 | 26,6% |
| Fachärztlicher Bereich I | 1.115 | 50,4 | 39,9 | 250,1 | 197,6 | 20,2% |
| - Einzelpraxis | 902 | 42,5 | 42,5 | 221,4 | 221,4 | 19,2% |
| - Gemeinschaftspraxis | 213 | 80,7 | 35,5 | 359,0 | 157,7 | 22,5% |
| Fachärztlicher Bereich II | 621 | 137,0 | 92,4 | 543,0 | 366,2 | 25,2% |
| - Einzelpraxis | 437 | 65,9 | 65,9 | 312,8 | 312,8 | 21,1% |
| - Gemeinschaftspraxis | 184 | 286,6 | 114,5 | 1026,5 | 410,2 | 27,9% |
| Internistischer Bereich | 236 | 84,4 | 60,1 | 370,9 | 264,1 | 22,8% |
| - Einzelpraxis | 174 | 74,2 | 74,2 | 321,4 | 321,4 | 23,1% |
| - Gemeinschaftspraxis | 62 | 107,9 | 46,2 | 485,0 | 207,5 | 22,3% |
| Neurologisch-psychiatrischer Bereich | 426 | 32,0 | 25,1 | 127,3 | 99,9 | 25,2% |
| - Einzelpraxis | 355 | 25,1 | 25,1 | 108,3 | 108,3 | 23,2% |
| - Gemeinschaftspraxis | 71 | 57,0 | 25,0 | 195,5 | 85,9 | 29,2% |
| Psychotherapeutischer und psychosomatischer Bereich | 658 | 18,9 | 18,6 | 44,7 | 43,9 | 42,4% |
| - Einzelpraxis | 645 | 18,9 | 18,9 | 44,1 | 44,1 | 42,9% |
| - Gemeinschaftspraxis | 13 | 20,4 | 9,7 | 81,1 | 38,6 | 25,1% |

Hinweis: Zur Definition der Fachbereiche siehe Tabelle 33, Seite 113.
Quelle: Zi-Praxis-Panel 2012.

