

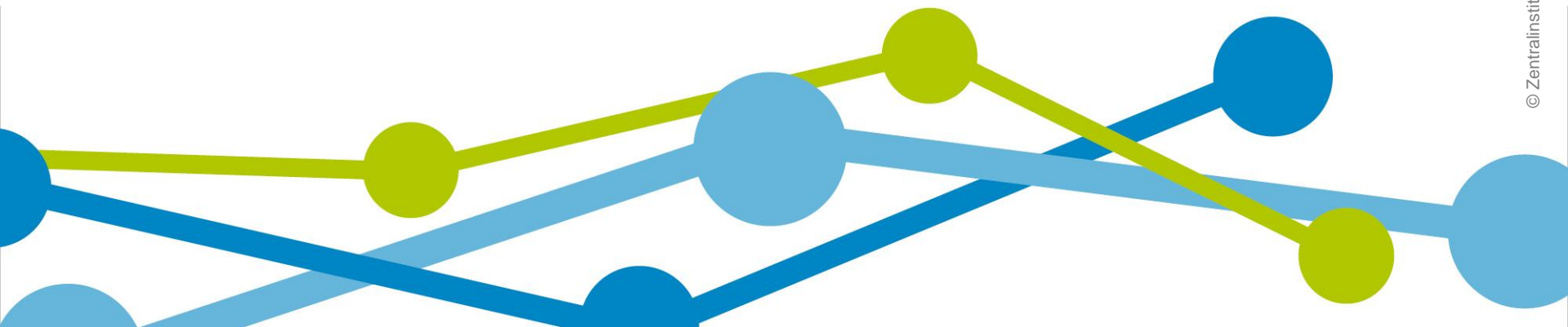


ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Zi-Praxis-Panel und wirtschaftliche Situation der Vertragsarztpraxen
Fachtagung, Berlin, 20.11.2012

Kostendegression und Wirtschaftlichkeitsreserven in Vertragsarztpraxen - Contra

Dr. Dominik von Stillfried



Hintergrund

Systematik der ärztlichen Vergütung seit GKV-WSG (2007)

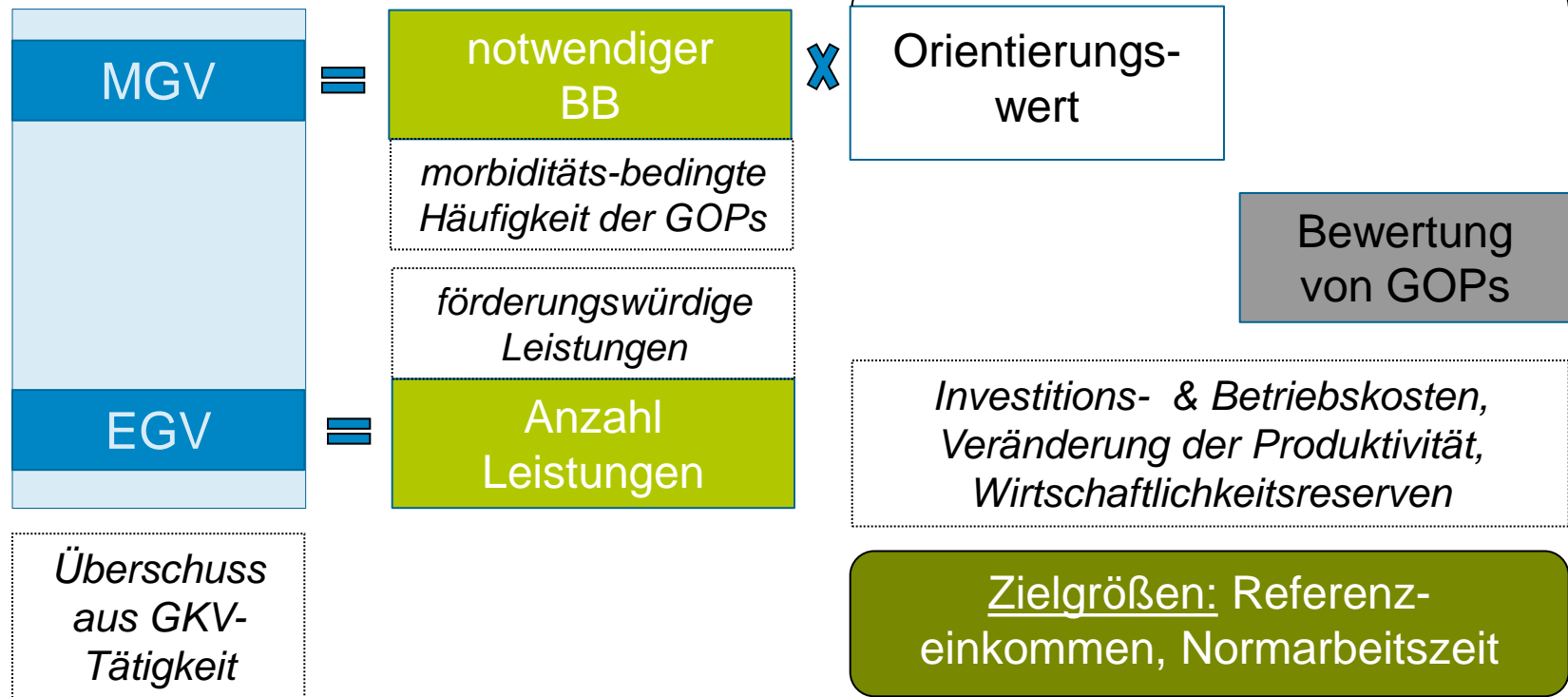
Rechtsgrundlage: §§ 87 und 87a SGB V

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

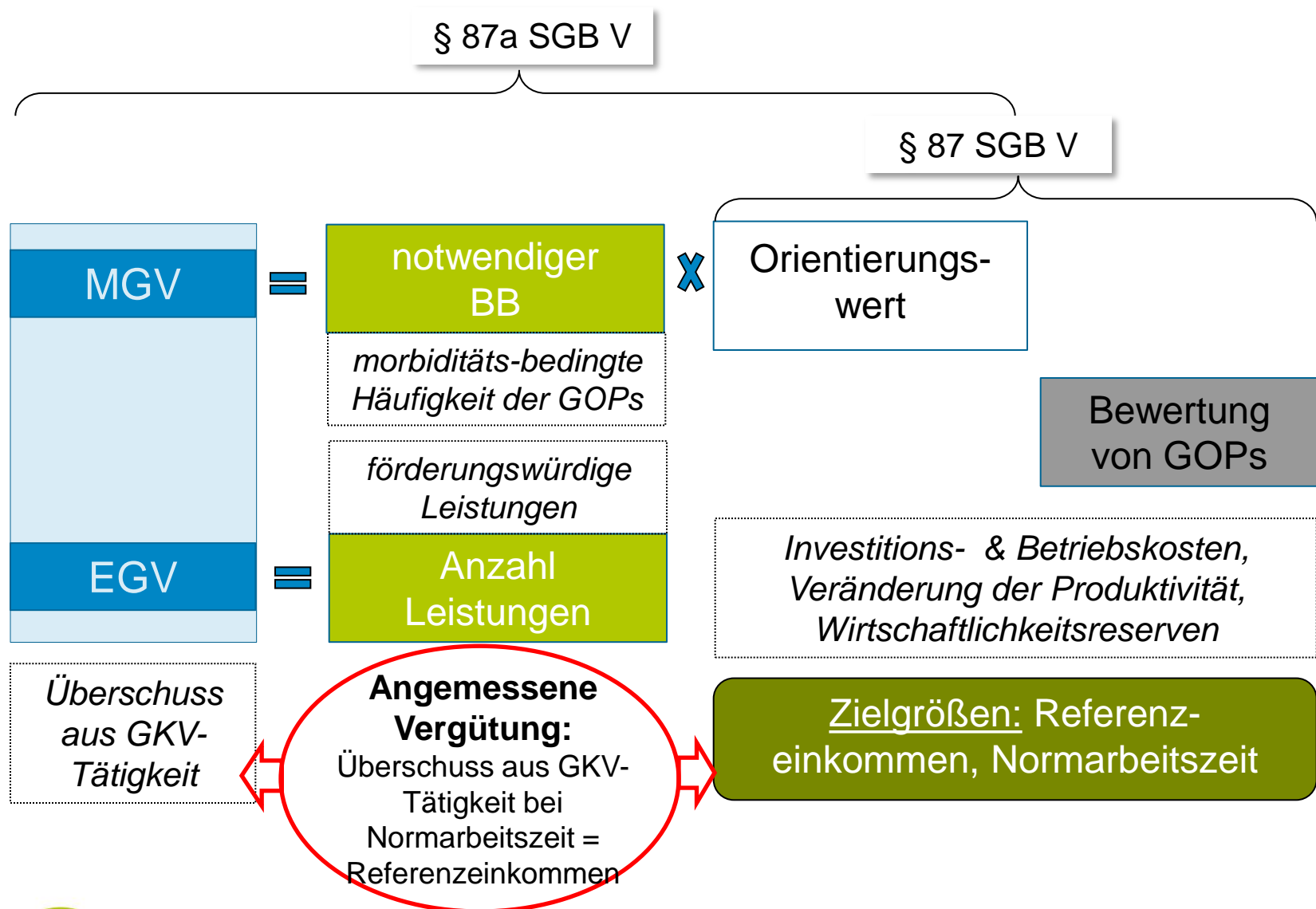
Systematik der ärztlichen Vergütung

§ 87a SGB V (Mengen- und Preisvereinbarung auf Landesebene)

§ 87 SGB V (EBM und OW)



Systematik der ärztlichen Vergütung



Systematik der ärztlichen Vergütung

Grundsätze / Thesen

1. Entwicklung der Mengenkomponekte und der Preiskomponekte sind getrennt zu betrachten

Grundlage ist Zielsetzung des Gesetzgebers: Krankenkassen tragen das Morbiditätsrisiko im Umfang des notwendigen Behandlungsbedarfs zu festen Preisen

2. Maßstab zur Bewertung der Angemessenheit der Vergütung ist das Referenzeinkommen bei Normarbeitszeit

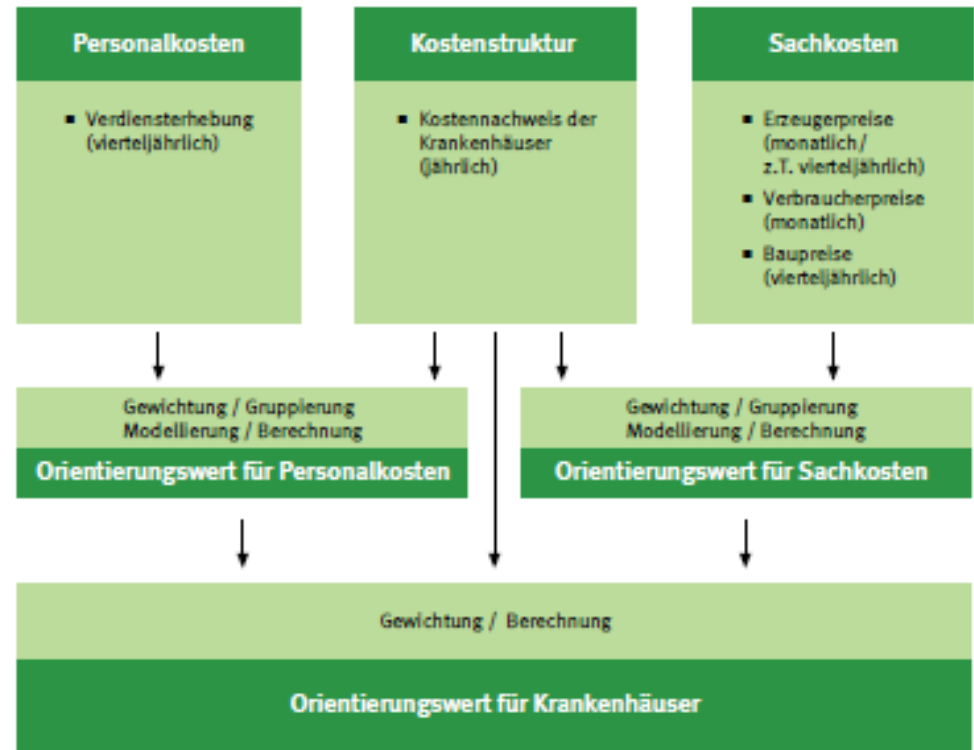
- a) So lange der Überschuss aus GKV-Tätigkeit (bezogen auf die Normarbeitszeit) das Referenzeinkommen nicht überschreitet, ist die Entwicklung der Betriebs- und Investitionskosten voll anzuerkennen; Effizienzgewinne sind den Praxen zu belassen
- b) Höhere Arbeitszeiten rechtfertigen höhere Praxisumsätze
- c) Gewollte Zunahme der Leistungsmenge darf nicht durch Preiskomponekte komplett kompensiert werden
- d) Preisabschläge infolge von Mengensteigerungen sind nur bei nachgewiesener *allgemeiner* Produktivitätssteigerung zulässig (ansonsten ggf. Berücksichtigung in der Bewertung einzelner GOPs).

Systematik der Krankenhaus-Vergütung

Neueinführung eines Orientierungswerts (2013)

- OW ersetzt Budgetierung gemäß Grundlohnrate (*um wieviel darf Vergütung steigen?*)
- basiert auf Kostenstrukturen in Krankenhäusern und deren Entwicklung
- StBa errechnet getrennte Preisindizes für Personal- und für Sachkosten und gewichtet diese gemäß deren Anteil an Gesamtkosten gemäß letztverfügbarem Kostennachweis
- N.B.: 2007 = 100

Abb. 2.1 Orientierungswert für Krankenhäuser



Für die Messung der Kostenveränderung wird nach Prüfung möglicher Alternativen aus methodischen Gründen ein Preisindex verwendet, der allein die Preisveränderungen berücksichtigt.

Quelle: Statistisches Bundesamt,
Orientierungswert für Krankenhäuser, September 2012

Kann der Euro-EBM sein Versprechen halten?

Kernfragen

- Ist das Referenzeinkommen erreicht?
- Stimmt die Annahme, dass die Kosten der Praxen größtenteils Fixkosten sind? Gibt es eine allgemeine Kostendegression?
- Sind Gemeinschaftspraxen bzw. MVZ per se wirtschaftlicher als Einzelpraxen?
- Haben die Krankenkassen grundsätzlich einen Anspruch auf Teilhabe an steigenden Überschüssen in Vertragsarztpraxen oder muss die Kosten-entwicklung (Faktoreinsatz und Faktorpreisentwicklung) vollständig berücksichtigt werden, bis das Referenzeinkommen erreicht ist?

War das Referenzeinkommen 2007 erreicht?

1. Das InBA hat auf Basis einer Unterstichprobe des DESTATIS geprüft, ob das kalkulatorische Arztgehalt von 105T€ im Jahr 2007 erreicht wurde (Bericht vom 04.07.2010).
2. Problem: die Analysen erfolgten ungewichtet, so dass sie nicht Verhältnisse im Bundesarztregister berücksichtigen (umsatzstarke Praxen Übergewichtet, umsatzschwache untergewichtet. Psychotherapie nicht berücksichtigt).
3. Werden die Daten entsprechend der Niederlassungshäufigkeit nachgewichtet und die Psychotherapie berücksichtigt, zeigt sich auch hier ein Nachholbedarf in der Vergütung in Größenordnung wie im ZiPP-Jahresbericht 2010 veröffentlicht.

Strukturunterschiede

zwischen der Stichprobe des InBA und dem Bundesarztregister

Arztgruppenbezeichnung gem. InBA-Bericht	InBA-Bericht		Bundesarztregister	
	Stichproben- umfang	Anteil in der Stichprobe	Anzahl Praxen	Anteil Praxen
Augenheilkunde	198	7,68%	3.454	4,89%
Chirurgie - Allgemeine Chirurgie	65	2,52%	1.445	2,05%
Chirurgie - Unfallchirurgie	33	1,28%	733	1,04%
Gynäkologie	288	11,17%	7.142	10,12%
Hausarzt	740	28,70%	36.776	52,12%
Hautarzt	136	5,28%	2.380	3,37%
HNO	185	7,18%	2.733	3,87%
Int, ohne Schwerpunkt	29	1,12%	608	0,86%
Int, Endokrinologie	16	0,62%	55	0,08%
Int, Gastroenterologie	27	1,05%	320	0,45%
Int, Kardiologie	37	1,44%	649	0,92%
Int, Nephrologie	68	2,64%	293	0,42%
Int, Pneumologie	25	0,97%	548	0,78%
Kinderheilkunde	155	6,01%	4.035	5,72%
KJPP	16	0,62%	510	0,72%
Neurologie	27	1,05%	263	0,37%
Neurologie und Psychiatrie	88	3,41%	2.803	3,97%
Nuklearmedizin	16	0,62%	146	0,21%
Radiologie	65	2,52%	620	0,88%
Radiologie und Nuklearmedizin	26	1,01%	186	0,26%
Orthopädie	194	7,53%	3.131	4,44%
Urologie	144	5,59%	1.733	2,46%
Gesamt	2.578	100%	70.563	100%

Gewichtung der Stichprobe des InBA

	Ergebnisse gem. InBA-Bericht 2010	Ergebnisse des InBA-Bericht 2010 ohne sonstige Praxen ...			
		ohne Psychotherapie		mit Psychotherapie	
		ungewichtet	gewichtet	ungewichtet	gewichtet
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Anzahl ärztlicher Praxen	2673	2578	2578	2578	2578
Anzahl psychoth. Praxen	0	0	0	545	545
Umsatz	259	290	252	253	219
Aufwendungen	126	147	123	125	104
Überschuss	133	144	130	128	116
Überschuss (kalkulatorisch)	105	109	103	98	93

Quellen: eigene Berechnungen des ZI; InBA-Bericht vom 04.06.2010; ZiPP-Jahresbericht 2010; Bundesarztregister

Spalte 1: standardisierte Jahresüberschüsse (Privateinnahmen/2,3)

Spalte 2: Bereinigung um „sonstige Praxen“

Spalte 3: Gewichtung der Stichprobe (Spalte 2) gemäß Bundesarztregister

Spalte 4: Hinzunahme der Psychotherapeuten zu Spalte 2

Spalte 5: Gewichtung der Stichprobe (Spalte 4) gemäß Bundesarztregister

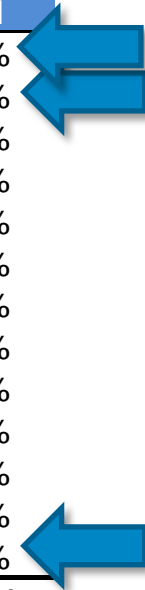
Ergebnis: Referenzeinkommen war 2007 um rd. 12% unterschritten

Sonderanalyse zum Unternehmensregister des Statistischen Bundesamts (DESTATIS)

InBA-Analyse konnte korrekt gewichtet werden, da Praxen aus dem Bereich Innere Medizin im Unternehmensregister nicht weiter differenziert werden

Folge: große Abweichungen des Unternehmensregisters zum Bundesarztregister und zu Abrechnungsdaten (VDX)

Fachgruppenzugehörigkeit	Statistisches Unternehmensregister		Bundesarztregister	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
_ Allgemein-/Praktischen Ärzten	26.741	32,5%	36.776	42,1%
_ Internisten	11.487	14,0%	3.381	3,9%
_ Frauenheilkunde	6.872	8,4%	7.153	8,2%
_ Kinderheilkunde	4.095	5,0%	4.035	4,6%
_ Augenheilkunde	3.548	4,3%	3.454	4,0%
_ HNO-Heilkunde	2.898	3,5%	2.733	3,1%
_ Orthopädie	3.368	4,1%	3.131	3,6%
_ Chirurgie	2.656	3,2%	2.178	2,5%
_ Haut- und Geschlechtskrankheiten	2.413	2,9%	2.380	2,7%
_ Radiologie und Nuklearmedizin	939	1,1%	766	0,9%
_ Neurol., Psych., Kinderpsych., Psycho.	3.243	3,9%	3.576	4,1%
_ Urologie	1.750	2,1%	1.733	2,0%
_ Psychol. Psychotherapeuten	12.256	14,9%	16.057	18,4%
Teilgesamtheit	82.266	100,0%	87.353	100,0%



Zwischenergebnisse

- Das ZI-Praxis-Panel zeigt, dass das kalkulatorische Arzteinkommen (GKV-Überschuss bei GKV-Tätigkeit und Normarbeitszeit) im Jahr 2008 nur rund **92.000 Euro** erreichte (**13% geringer als der Referenzwert**).
- Eine Sonderauswertung auf Daten des Statistischen Bundesamtes, die dem Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zugrunde liegen, zeigt, dass das kalkulatorische Arzteinkommen für das Jahr 2007 rund **93.000 Euro** nicht überschritt (**12% geringer als Referenzwert**).
- Was passierte seither?

1. Seit 2008 wurde weder die Kostenentwicklung noch die Veränderung des Referenzeinkommen berücksichtigt.
2. Preisindizes des Statistischen Bundesamts belegen, dass zwischenzeitlich (2008 – 2013) von einem Betriebskostenanstieg von rund 11% auszugehen ist.
3. Das ZiPP zeigt, dass in Gemeinschaftspraxen der Anstieg der Betriebskosten 2006 – 2008 ca. 1,5-Fache der Inflationsrate betrug. Zudem weisen die Ergebnisse auf rückläufige Investition in Einzelpraxen und einen Investitionsstau von rund 2 Mrd. Euro hin.
4. Tarifliche Weiterentwicklung der Oberarztgehälter in Krankenhäusern seit 2008: ca. 12%.

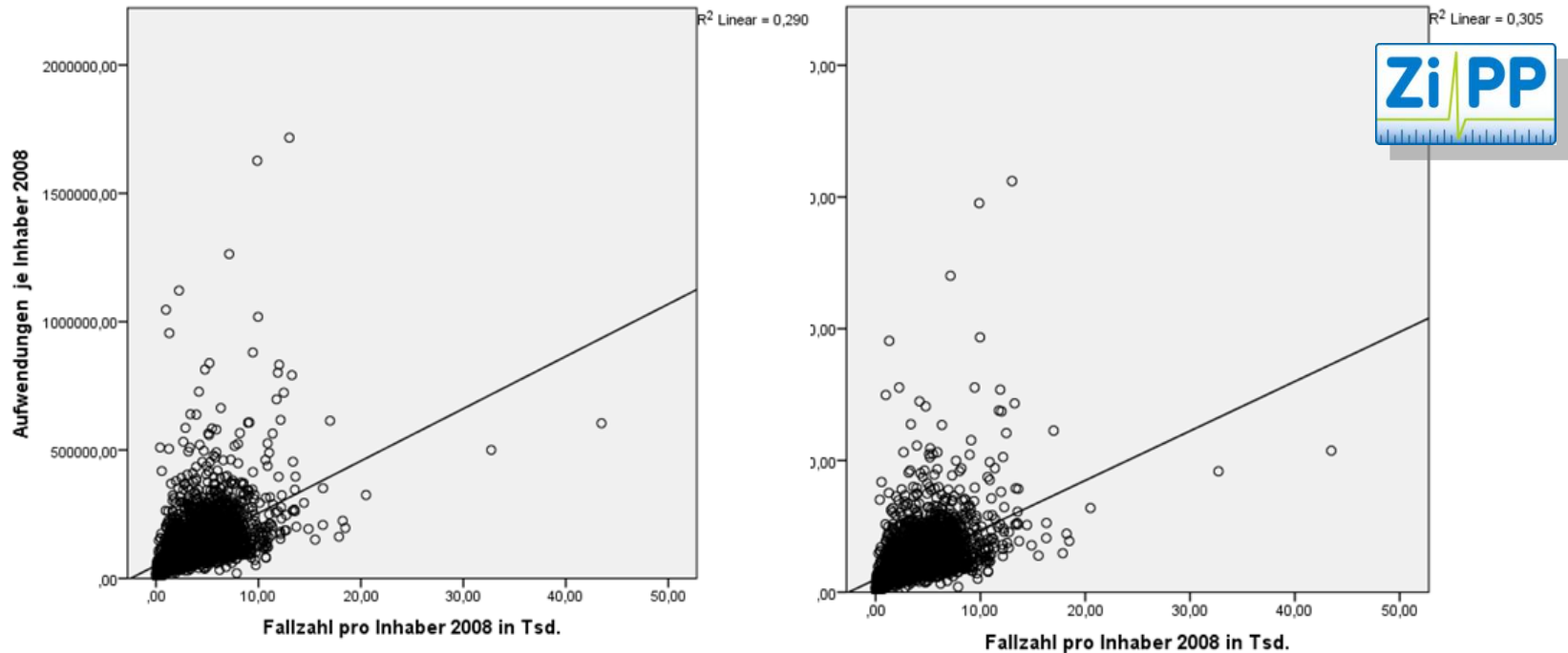
Weitere Kriterien zur Anpassung des Orientierungswerts? **Gibt es eine allgemeine Kostendegression?**

1. **Annahme:** Mit zunehmender Fallzahl sinken die Praxiskosten je Fall
2. **Voraussetzung:** Hoher und stabiler Fixkostenanteil (nahezu gleiche Gesamtkosten bei höherer Fallzahl)
3. **Kernfrage:** Besteht ein Zusammenhang zwischen Fallzahl und Kosten-niveau? Können/müssen Praxen ihre Kosten an die Auslastung anpassen? (Ist die Antwort ja, dann ist eher von „intervall-fixen“ Kosten auszugehen)

Gibt es eine allgemeine Kostendegression?

Ergebnisse

Zusammenhang zwischen Gesamtaufwand und Fallzahl (alle Praxen)



N = 3.308 ZiPP-Praxen; rund 30% der Unterschiede im Gesamtaufwand je Praxis werden durch die Fallzahl erklärt

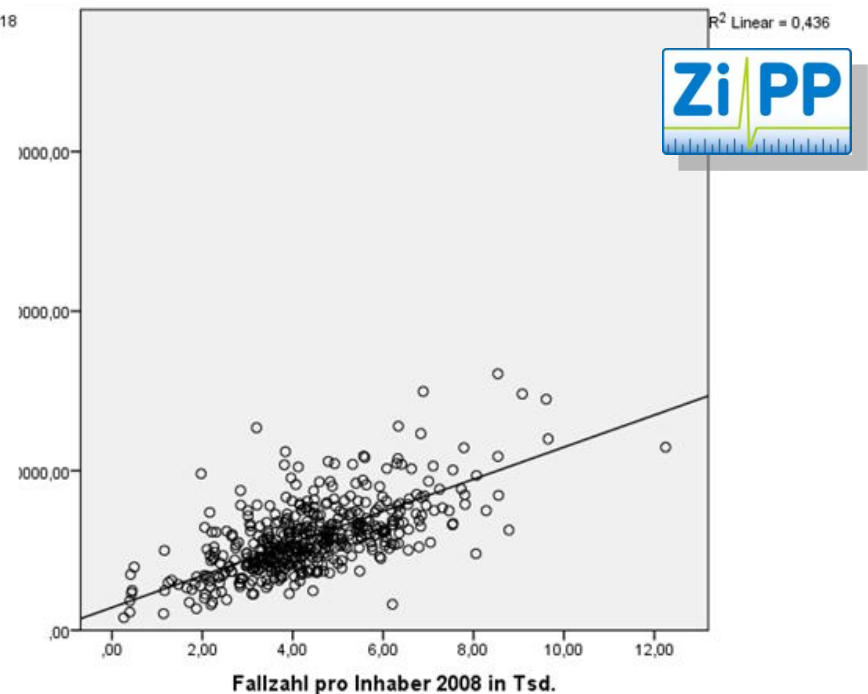
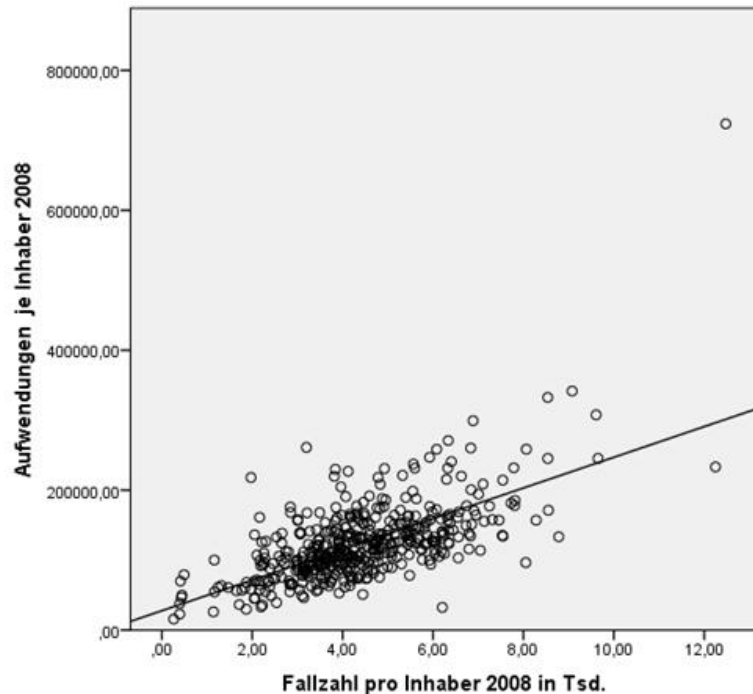
Herausnahme von Material- und Laborkosten (rechte Grafik) führt zu einem leicht verbesserten Zusammenhang

Verzerrung durch Zusammenfassung der Fachgruppen und durch Extremwerte fachgruppenübergreifender Praxen

Gibt es eine allgemeine Kostendegression?

Ergebnisse

Zusammenhang zwischen Gesamtaufwand und Fallzahl (Hausarztpraxen)



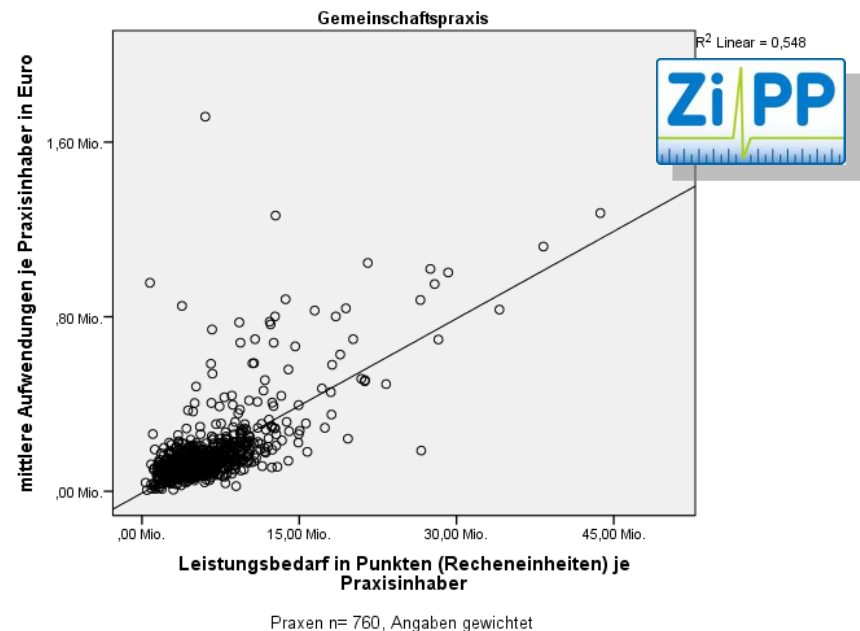
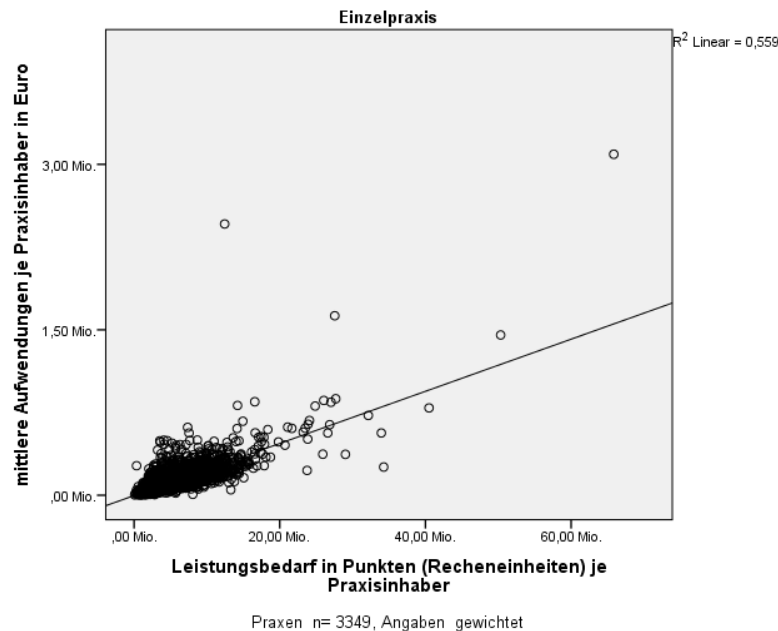
N = 452 ZiPP-Praxen; rund 42% der Unterschiede im Gesamtaufwand je Praxis werden durch die Fallzahl erklärt

Herausnahme von Material- und Laborkosten (rechte Grafik) führt zu einem leicht verbesserten Zusammenhang

Gibt es eine allgemeine Kostendegression?

Ergebnisse

Zusammenhang zwischen Gesamtaufwand und Fallzahl getrennt nach Einzel- und Gemeinschaftspraxen



N = 3.349 Einzelpraxen; 760 Gemeinschaftspraxen (ZiPP); rund 55% der Unterschiede im Gesamtaufwand je Praxis werden durch die Fallzahl erklärt

Zwischenfazit: Befunde sprechen für intervall-fixe Kosten

Gibt es eine allgemeine Kostendegression?

Weitere empirische Prüfung

Es ist bekannt, dass regionale Versorgungsstrukturunterschiede, z.B.

- in überregionalen Mitversorgungsbeziehungen
 - in der Arbeitsteilung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung
 - in der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung
- sowie regionale Unterschiede in der Morbiditätsstruktur bestehen

Diese Strukturunterschiede haben Auswirkungen auf die Fallstruktur in Praxen und müssen bei der Erklärung von Kostenunterschieden als mögliche Confounder ausgeschlossen werden.

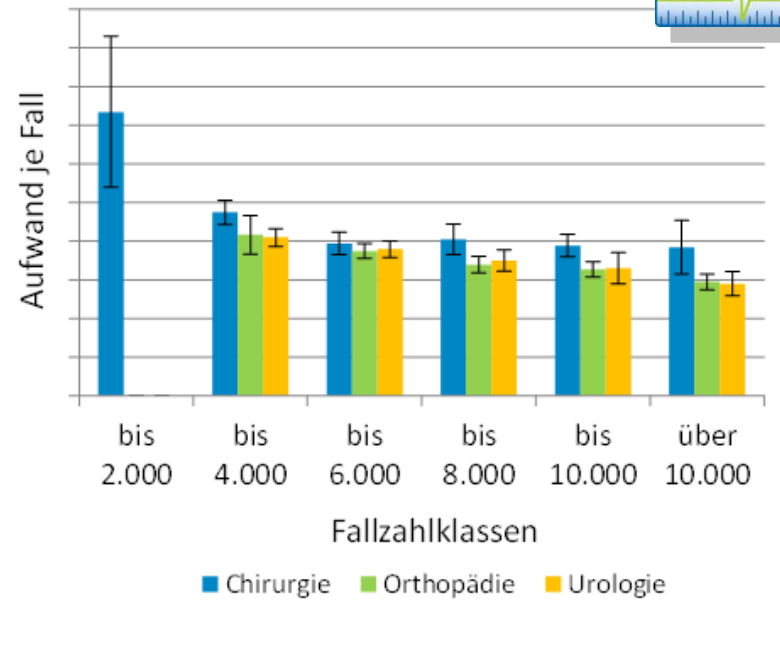
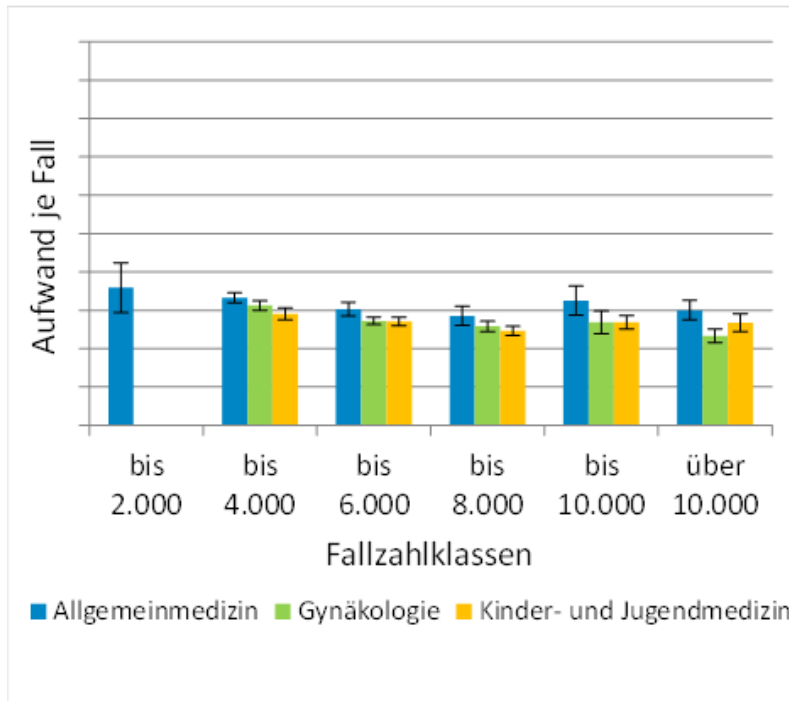
Fallzahlen vergleichener Praxen müssen daher standardisiert werden.

Einfachste Variante:

1. Abweichung des Fallwerts der Praxis vom Fachgruppendurchschnitt.
2. Regressionsanalyse je Fachgruppe: Gesamtkosten der Praxis erklärt durch Fallzahl, Anzahl Praxisinhaber, Regionstyp de Standorts

Gibt es eine allgemeine Kostendegression?

Weitere empirische Prüfung



Kein einheitlicher Verlauf sichtbar – somit **keine allgemeine Kostendegression**

Variabler Kostenanteil (Grenz-Fallkosten/Median-Fallkosten) beträgt je Fachgruppe **zwischen 64% und 95%** (intervall-fixe Kosten!)

Weitere Kriterien zur Anpassung des Orientierungswerts? **Sind Gemeinschaftspraxen wirtschaftlicher?**

Effizienzmaß (nach Prognos):

Stückkosten je Organisationsform gewichtet mit Bruttoleistung
(eine andere Form des Arguments der Fixkostenwirkung)

Empirische Prüfung: Aufwand je Leistungspunkt 2008

- in Einzelpraxen: 2,3 Cent,
- in Gemeinschaftspraxen 2,6 Cent



Gemeinschaftspraxen erscheinen entgegen der Erwartung ineffizienter
Aber: Ergebnis wurde nicht nach Fachgruppenszusammensetzung und
Fallstruktur gewichtet

Sind Gemeinschaftspraxen wirtschaftlicher?

Weitere empirische Prüfung

Kernfrage:

Sind die **Aufwände** in Gemeinschaftspraxen tatsächlich höher, wenn Fachgruppenzusammensetzung und Standort berücksichtigt werden?

Ergebnis:



Versorgungsbereich	Organisationsform	Mittelwert	95%-Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Hausärztlich	Einzelpraxis	123.780	120.906	126.654
	Gemeinschaftspraxis	112.179	107.759	116.598
Fachärztlich	Einzelpraxis	187.566	179.296	195.837
	Gemeinschaftspraxis	191.417	176.398	206.436
Psychotherapeutisch	Einzelpraxis	30.293	28.731	31.855
	Gemeinschaftspraxis	31.669	17.770	45.568

hausärztliche Gemeinschaftspraxen haben signifikant niedrigere Kosten

Sind Gemeinschaftspraxen wirtschaftlicher?

Weitere empirische Prüfung

Sind die **Einnahmen** in Gemeinschaftspraxen höher, wenn FachgruppENZusammensetzung und Standort berücksichtigt werden?

Ergebnis:



Versorgungsbereich	Organisationsform	Mittelwert	95%-Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Hausärztlich	Einzelpraxis	236.308	231.663	240.953
	Gemeinschaftspraxis	235.081	227.939	242.223
Fachärztlich	Einzelpraxis	337.351	325.459	349.242
	Gemeinschaftspraxis	354.104	332.509	375.699
Psychotherapeutisch	Einzelpraxis	95.796	93.171	98.422
	Gemeinschaftspraxis	72.720	49.359	96.080

Einige fachärztliche Gemeinschaftspraxen deutlich höhere Einnahmen

Sind Gemeinschaftspraxen wirtschaftlicher?

Weitere empirische Prüfung

Sind die (unstandardisierten) **Überschüsse** in Gemeinschaftspraxen höher, Wenn Fachgruppenzusammensetzung und Standort berücksichtigt werden?

Ergebnis:



Versorgungsbereich	Organisationsform	Mittelwert	95%-Konfidenzintervall	
			Untergrenze	Obergrenze
Hausärztlich	Einzelpraxis	112.528	109.642	115.414
	Gemeinschaftspraxis	122.903	118.466	127.340
Fachärztlich	Einzelpraxis	149.784	142.901	156.668
	Gemeinschaftspraxis	162.687	150.186	175.188
Psychotherapeutisch	Einzelpraxis	65.504	63.525	67.482
	Gemeinschaftspraxis	41.050	23.447	58.654

**hausärztliche Gemeinschaftspraxen sind effizienter als Einzelpraxen
im fachärztlichen Versorgungsbereich resultieren Unterschiede
offensichtlich aus unterschiedlichen Leistungsstrukturen;
psychotherapeutische Gemeinschaftspraxen sind weniger effizient**

Fazit

1. **Verfügbare Kennzahlen zur wirtschaftlichen Situation der Arztpraxen weisen einen zweistelligen Nachholbedarf in der Vergütung aus.**
2. **Preisindizes weisen daraufhin, dass in der Preiskomponente nach wie eine zweistellige „Lücke“ gegenüber 2008 besteht.**
3. **Empirische Prüfung zeigt keine Belege für allgemeine Kostendegression.**
4. **Wirtschaftlichkeitsreserven durch größere Organisationsformen sind nicht eindeutig zu belegen. Soweit vorhanden - haben die Krankenkassen Anspruch auf die Effizienzgewinne einzelner Organisationsformen/Fachgruppen?**
5. **Erforderliche Trennung der Mengen- und der Preiskomponente erfordert:**

Keine Gegenrechnung mutmaßlicher Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Anpassung des OW, solange die im EBM vereinbarte Referenzgröße für die Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung nicht klar überschritten ist.

**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

