



Kassennärztliche  
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

### *Fachtagung Zi-Forum*

Wert und Bewertung ärztlicher Arbeitszeit – nimmt der Abstand zwischen beiden zwingend weiter zu?

Berlin, 12. November 2014

*Begrüßung und Einführung von  
Dr. Andreas Gassen*

Vorstandsvorsitzender der Kassennärztlichen Bundesvereinigung



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, Sie heute zu diesem Zi-Forum begrüßen zu dürfen.

Sie haben sich ausdrücklich die Zeit dafür genommen, hier anwesend zu sein. Sie und ich verzichten zugunsten dieser Veranstaltung darauf, anderswo Probleme zu lösen, Entscheidungen zu treffen, Patienten zu behandeln, sich mit Vertrags- oder Geschäftspartnern zu treffen, ja eventuell verzichten Sie sogar darauf, jetzt Umsatz zu generieren oder Geld zu verdienen. In jedem Fall geben Sie dieser Veranstaltung ihren Wert durch die Zeit, die Sie ihr widmen.

Und dies bringt mich direkt zu unserem heutigen Thema: Ob wir wollen oder nicht – wir bewerten unsere Arbeitszeit nicht allein durch das Gehalt oder den Umsatz, der damit direkt verbunden ist, sondern auch durch die Alternativen, auf die wir jeweils verzichten.

Die Ökonomen nennen dies Opportunitätskosten; der Volksmund sagt einfach „Zeit ist Geld“. Dieser Grundsatz gilt vor allem für Dienstleistungen, die in der Regel an die persönliche, d. h. zeitliche Verfügbarkeit desjenigen gebunden sind, der diese Dienstleistungen erbringt.

Bestimmte arbeitszeitgebundene Dienstleistungen sind deshalb nicht beliebig vermehrbar. Sie eignen sich nicht für eine maschinell unterstützte Multiplikation der investierten Arbeitszeit. Dies gilt immer dann, wenn die persönliche Kompetenz des Dienstleisters im konkreten Einzelfall eingebracht werden muss und das Ergebnis der Dienstleistung ohne diese Kompetenz ein anderes wäre oder gar nicht zustande kommt.

Die Bindung an die Arbeitszeit gilt nicht für alle Dienstleistungen, wie uns z. B. die Erfindung des Geldautomaten oder der Online-Bestellung zeigt. Vielleicht besteht diese Option ja auch bald für das Fliegen von Flugzeugen oder Fahren eines Zuges. Bis dahin bleiben diese Tätigkeiten arbeitszeitgebundene Dienstleistungen. Auch die Möglichkeit, ein Musikstück elektronisch aufzuzeichnen ermöglicht es, die unverzichtbare momentane zeitgebundene Leistung eines Dirigenten und seines Orchesters zu vervielfältigen. Die Wiedergabe steigert insofern die Arbeitsproduktivität des

Orchesters bezüglich der Anzahl der mit der investierten Zeit erreichbaren Endkunden.

Es bleibt jedoch dabei, das z. B. die Forschung, die Lehre, die Pflege kranker Menschen, die ärztliche Leistung in ihrem Kern kompetenz- und zuwendungsgebundene und damit zeitgebundene Dienstleistungen darstellen, die nicht beliebig oft reproduziert werden können.

Die Produktivität ärztlicher Arbeitszeit mag partiell durch schnellere diagnostische Verfahren, neue Arzneimittel, Telematikunterstützung und in geringerem Maße auch durch Delegation und organisatorische Verbesserungen gesteigert werden können. Das, was sich die Patienten in der überwiegenden Mehrheit wünschen, nämlich die persönliche Zuwendung und das ärztliche Gespräch, ist aber streng zeitgebunden und nicht beliebig vermehrbar.

Bis hierhin werden Sie mir zustimmen. Kommen wir jetzt zur Frage der ökonomischen Bewertung der Arbeitszeit. In einer modernen Volkswirtschaft, in der die Arbeitsstunde durch eine steigende Arbeitsproduktivität stetig mehr wert wird, müssen zeitgebundene Dienstleistungen stetig teurer werden. Diese Erkenntnis verdanken wir dem renommierten US-amerikanischen Ökonomen William Baumol. Baumol hat hierzu erstmals in den 60er-Jahren des letzten Jahrhunderts veröffentlicht – unter dem bezeichnenden Titel „Die Kostenkrankheit“.

Seine Erkenntnis stellt eines der wichtigsten gesundheitspolitischen Paradigmen in Frage. In fast allen Industrieländern – und da ist Deutschland keine Ausnahme – ist die Politik bemüht, den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt mit sogenannten Kostendämpfungsmaßnahmen konstant zu halten. In Deutschland geht dies sogar noch weiter, denn das Sozialrecht zielt insbesondere seit Ende der 70er-Jahre auf die Beitragssatzstabilität, also auf ein konstantes Verhältnis der Leistungsausgaben der Krankenkassen zu den beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen bleibt aber bekanntermaßen hinter der Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts zurück.

Dennoch gibt es aufgrund des Produktivitätsfortschritts in der deutschen Volkswirtschaft eine positive Reallohnentwicklung, d. h. über einen längeren Zeitraum betrachtet steigen die Löhne und Gehälter stärker als die Inflationsrate. Anders gesagt: Die Deutschen werden wohlhabender.

Und dieser produktivitätsbedingte Wohlstand ist die Grundlage dafür, dass sich die Deutschen steigende Ausgaben für wichtige Dienstleistungen auch leisten können. Das ist im Übrigen eine der verblüffenden Schlussfolgerungen William Baumols: Der Produktivitätsfortschritt, der einerseits Ursache steigender Preise für arbeitszeitgebundene Dienstleistungen ist, ermöglicht es auch, diese zu finanzieren. Das allerdings bedeutet, dass der Ausgabenanteil hierfür von Jahr zu Jahr real, d. h. nach Abzug der Inflation, ein wenig ansteigt.

Welche Folgen hat es andererseits, wenn die Preise für arbeitszeitgebundene Dienstleistungen konstant gehalten werden? Es kommt zu einer schleichenden Entwertung der Arbeitszeit der Dienstleister. Im Gegensatz zur allgemeinen Bevölkerung würden sie dadurch nicht am Produktivitätsfortschritt teilnehmen und im Vergleich zu ihren Freunden und Nachbarn von Jahr zu Jahr ein wenig ärmer werden.

Dies mag über einen gewissen Zeitraum ohne Folgen bleiben. Mittel- und langfristig wird das Angebot an diesen Dienstleistungen aber schrumpfen, denn immer mehr Dienstleister werden sich nach anderen Tätigkeiten umsehen, ihre Arbeitszeit zu einem steigenden Teil auf höherwertige Leistungen verwenden; sie werden versuchen, den Zeitaufwand je Leistung zu kürzen, die Qualität der Leistung wird geringer, der Nachwuchs wird zurückgehen. Wenn Ihnen Einiges davon mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung vage vertraut klingen sollte, dann sollten Sie dies ernst nehmen. Baumol warnt uns daher explizit davor, diese ökonomische Gesetzmäßigkeit zu unterschätzen.

Lassen Sie uns nun einen Blick auf die vertragsärztliche Vergütungssystematik werfen. Seit einigen Jahren, genau seit 2009, unterscheiden wir explizit zwischen einer Mengenkomponekte und einer Preiskomponekte. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sollen eine notwendige Leistungsmenge und einen angemessenen Preis vereinbaren. Die Preisvereinbarung schlägt sich in einer Euro-

Gebührenordnung je KV-Region nieder. Demnach schulden die Krankenkassen eine Gesamtvergütung als Produkt aus der Menge der erbrachten Leistungen bis zur vereinbarten Obergrenze, multipliziert mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung. Das ist soweit eingängig. Das SGB V führt nun an verschiedenen Stellen Kriterien auf, nach denen die Mengenkomponekte und die Preiskomponekte bestimmt bzw. weiterentwickelt werden sollen. Wir wollen in der heutigen Veranstaltung den Fokus auf die Weiterentwicklung der Preiskomponekte legen.

Der Preis einer vertragsärztlichen Leistung resultiert aus der Bewertung der Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Einschätzungen hinsichtlich der benötigten ärztlichen Arbeitszeit und des relevanten Sachaufwands fließen dort mit ein. Dies wird in einer Punktzahl ausgedrückt. Der Geldwert entsteht erst durch Multiplikation mit dem Punktwert, den Krankenkassen und KVen jedes Jahr neu vereinbaren. Als Grundlage für diese Vereinbarungen auf Landesebene legen der GKV-Spitzenverband und die KBV im Bewertungsausschuss jährlich den sogenannten Orientierungswert fest.

Bei unveränderten Punktzahlrelationen im EBM beschreibt also die Entwicklung dieses Orientierungswerts die Preisentwicklung für vertragsärztliche Leistungen. Die allgemeine Inflationsrate ist seit 2008 um etwa 9,5 Prozent gestiegen. Der Orientierungswert hingegen nur um 3,6 Prozent. Real sind vertragsärztliche Leistungen damit seit 2008 weniger wert geworden.

Lassen Sie mich dies hinterfragen.

Der wesentliche Grund für den unterproportionalen Anstieg des Orientierungswerts ist die Berücksichtigung sogenannter Wirtschaftlichkeitsreserven, welche die Krankenkassen jährlich einfordern. Aber steigt die Arbeitsproduktivität aller Vertragsärzte jährlich so stark an, dass sie den Krankenkassen jährlich Preisnachlässe geben können? In einzelnen Leistungsbereichen mag das möglich sein; für das Gros der medizinischen Grundversorgung trifft dies nicht zu.

Wie reagieren Vertragsärzte auf verordnete Preisnachlässe? Sind diese verordneten Preisnachlässe nicht Ursache einer Verknappung des Zeitangebots niedergelasse-

ner Ärzte für die Behandlung gesetzlich Versicherter? Unter Ökonomen dürfte kein Zweifel daran bestehen, dass Phänomene wie ein zunehmendes Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) oder die terminliche Bevorzugung von Privatpatienten durch den Preisverfall im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erklärt werden können.

Unbestritten dürfte sein, dass der vertragsärztliche Bereich auf diese Weise im Vergleich zur Alternative einer Angestelltentätigkeit im Krankenhaus langsam aber sicher an Attraktivität verliert. Denn die Tarifverträge für angestellte Ärzte enthalten eine positive Reallohnentwicklung.

Meine Damen und Herren,

wenn Sie sich in anderen Ländern umsehen, werden Sie mir beipflichten, dass die wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung und die durch sie gebotenen Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung für die Bevölkerung einen hohen Wert darstellen, den wir nicht leichtfertig aufs Spiel setzen dürfen. Um diese Versorgungsmöglichkeiten für die gesetzlich Versicherten zu erhalten, müssen wir in die ambulante Versorgung investieren.

Diese Investition erfordert letztlich auch der medizinische Fortschritt, der einen immer größeren Anteil medizinischer Leistungen ambulant erbringbar macht.

Die Rahmenbedingungen für die entsprechende Entwicklung der ambulanten Versorgung könnten spürbar verbessert werden, indem der gesetzliche Auftrag zur jährlichen Festsetzung des Orientierungswerts inhaltlich ergänzt wird. Neben die Berücksichtigung der Entwicklung der Betriebs- und Investitionskosten müsste in § 87 Abs. 2 g SGB V als weiteres Kriterium auch die Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit treten. Dies könnte z. B. durch einen Verweis auf die Produktivitäts- bzw. die Reallohnentwicklung in Deutschland operationalisiert werden. Vor dem Abzug potenzieller Wirtschaftlichkeitsreserven sollte zudem geprüft werden, ob die Mittel nicht zur Investitionsförderung in bestimmten Bereichen der ambulanten Versorgung Verwendung finden sollten.

Bevor aber ein konkreter Vorschlag auf den Tisch gelegt wird, wollen wir heute verschiedenen Fragen und Kontroversen auf den Grund gehen. Ich freue mich, dass wir hierzu hochkarätige Referenten gewinnen konnten.

Dr. Hermann Gartner vom Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg wird die Baumol'schen Thesen mit Blick auf die Lohnentwicklung und Dienstleistungen auf dem deutschen Arbeitsmarkt näher beleuchten.

Prof. Alexander Karmann von der TU Dresden, Mitautor einer jüngst veröffentlichten und vom Bundeswirtschaftsministerium in Auftrag gegebenen Studie zur Produktivitätsentwicklung in Deutschland und im deutschen Gesundheitswesen wird prüfen, welche Implikationen sich daraus für die Bewertung ärztlicher Arbeitszeit ergeben.

Prof. Günter Neubauer, Ihnen allen aufgrund seiner gesundheitsökonomischen Arbeiten u. a. zum Thema Vergütung von Krankenhausleistungen bekannt, wird die Kriterien vorstellen, die aus ökonomischer Sicht zur Bewertung des angemessenen Einkommens aus vertragsärztlicher Tätigkeit herangezogen werden sollten.

Und Dr. von Stillfried, Geschäftsführer des Zi, wird darstellen, welche Anforderungen sich aus Sicht der Wissenschaft an die Preisgestaltung ärztlicher Leistungen definieren lassen.

Nach einer Mittagspause wollen wir diese Vorlage von wissenschaftlicher Seite einem politischen Härtetest unterziehen. Ich freue mich, dass wir hierzu prominente Vertreter von Seiten der Krankenkassen sowie der Parteien gewinnen konnten. Als wissenschaftlicher Schiedsrichter wird Herr Prof. Neubauer moderieren.

Wenn Sie diese Veranstaltung dann heute Nachmittag verlassen, geschieht dies – so hoffe ich – mit einer Vorstellung davon, dass etwas getan werden muss, um Wert und Bewertung ärztlicher Leistungen wieder in Harmonie zu bringen. Sie gehen hoffentlich auch mit einer klaren Vorstellung, welche Schritte notwendig sind. Und selbst, wenn Sie keiner unserer Überlegungen zustimmen sollten, so hoffe ich, werden Sie es wertvoll finden, heute hier gewesen zu sein.