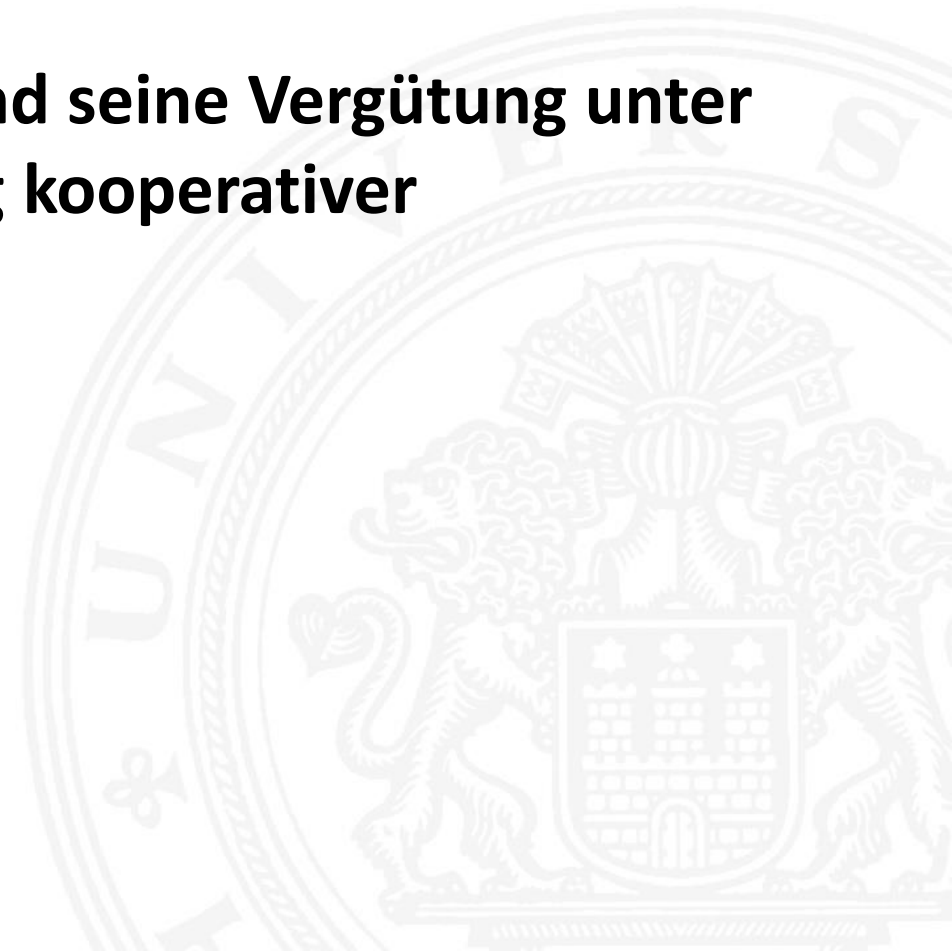


Unternehmerisches Risiko und seine Vergütung unter besonderer Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen

ZI Forum,
Fachtagung am 26.4.2017,
Berlin

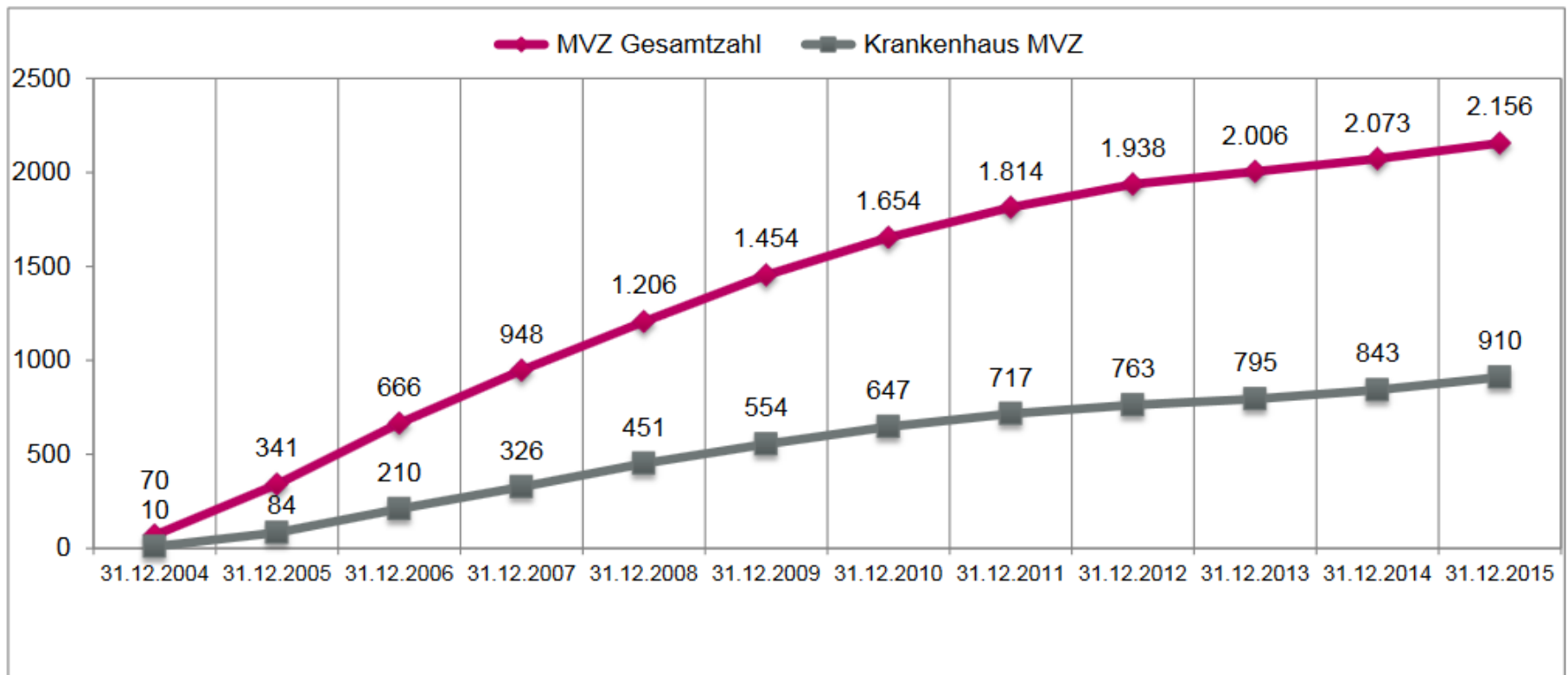
Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg



Hintergrund

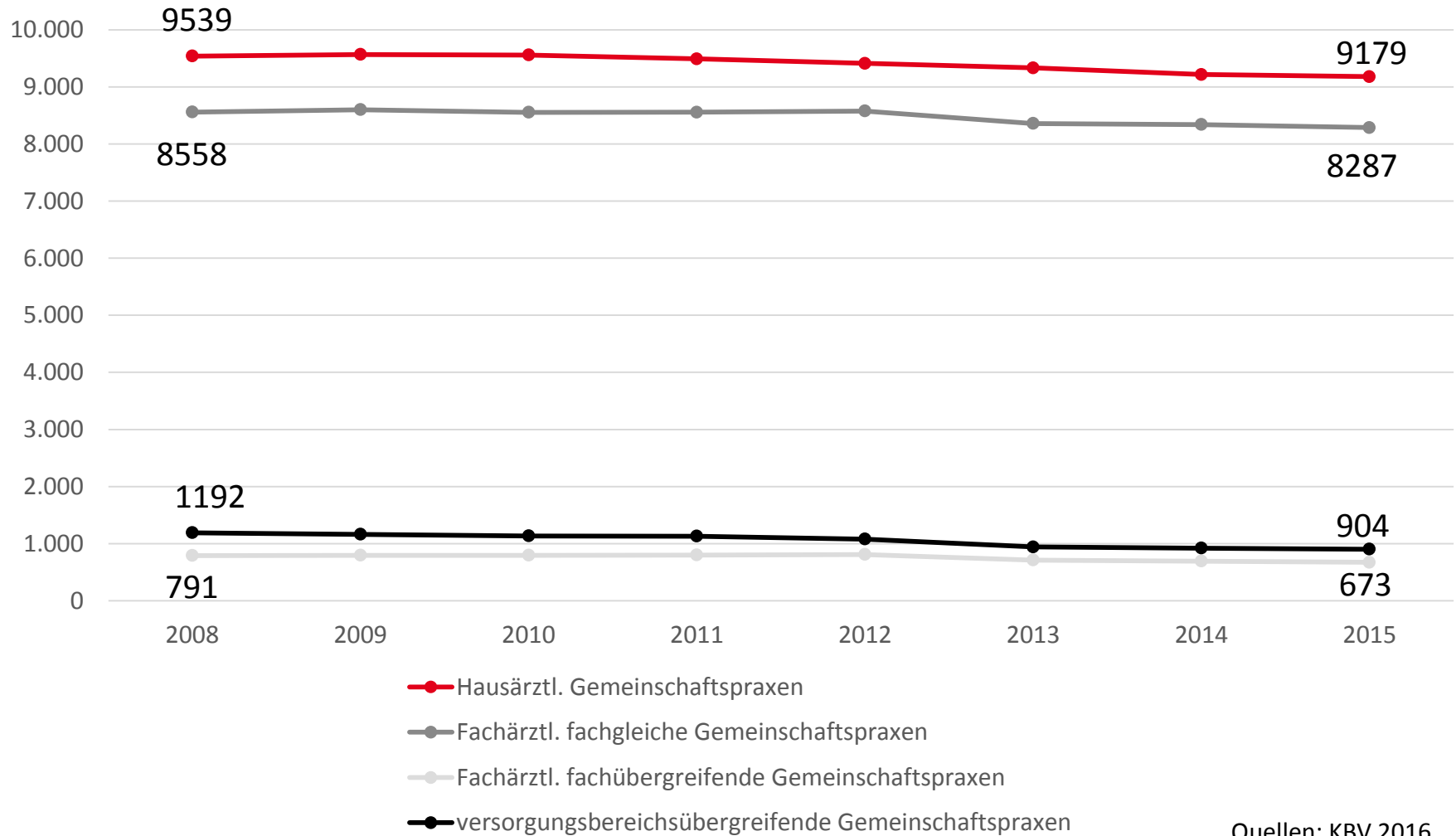
- Gemeinschaftspraxen und MVZ erbringen Skaleneffekte für die ambulante Versorgung
- Politik und Entscheidungsträger möchten kooperative Versorgungsformen fördern
- In den letzten Jahren stagniert allerdings diese Entwicklung
- Dies ist sehr wahrscheinlich auch auf die höhere unternehmerische Verantwortung bzw. das Risiko zurückzuführen

Das Wachstum der MVZ stagniert bzw. wird in den letzten Jahren durch Krankenhaus-MVZ getragen



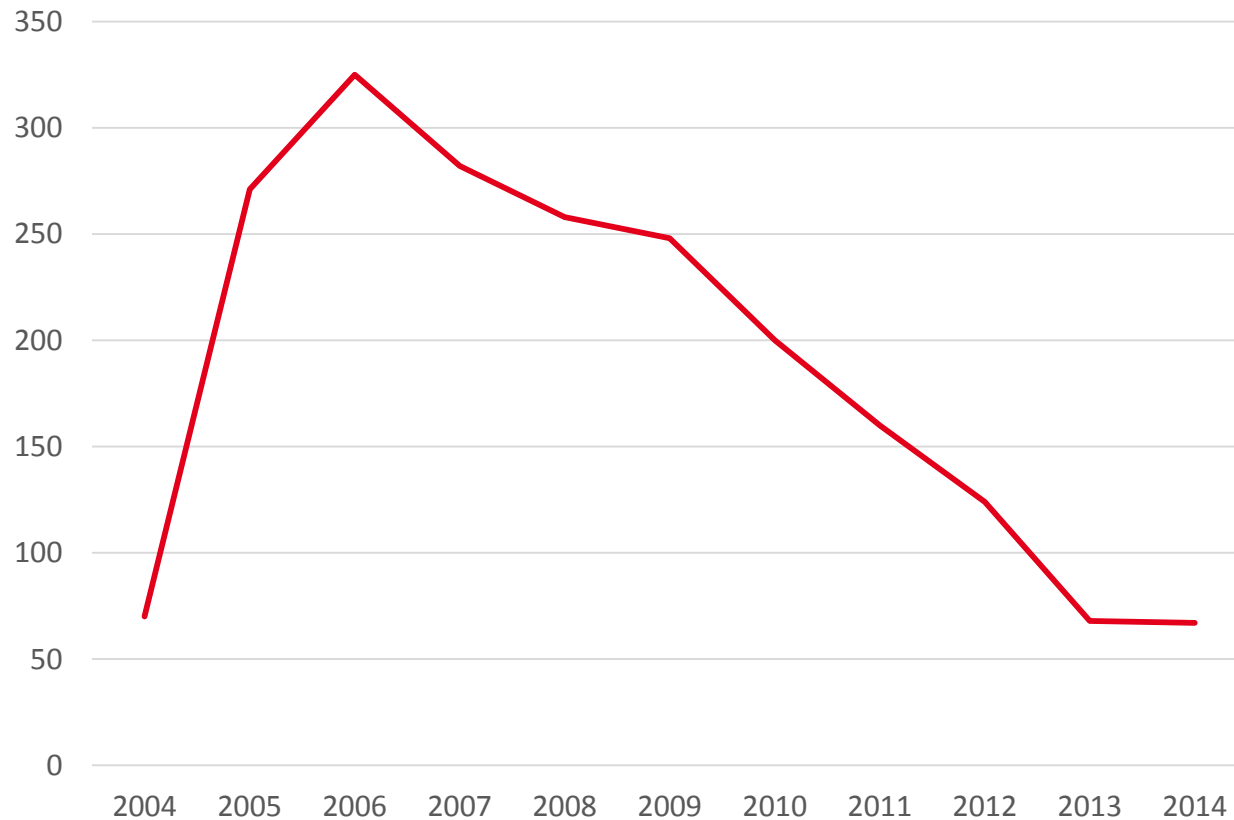
Quellen: KBV 2016

Die Zahl der Gemeinschaftspraxen geht sogar zurück



Quellen: KBV 2016

Die Zahl der MVZ Neuzulassungen nimmt seit Jahren ab – wird in den letzten Jahren durch Krankenhaus MVZ getragen



Quellen: KBV 2015

Motive zur Gründung eines MVZ (MVZ Survey der KBV - Auswahl)

Stark ausgeprägte Motive:

- Bessere Wettbewerbsfähigkeit
- Klinikstandort langfristig sichern
- Einweiserbindung
- breiteres Leistungsangebot

Eher keine Motive:

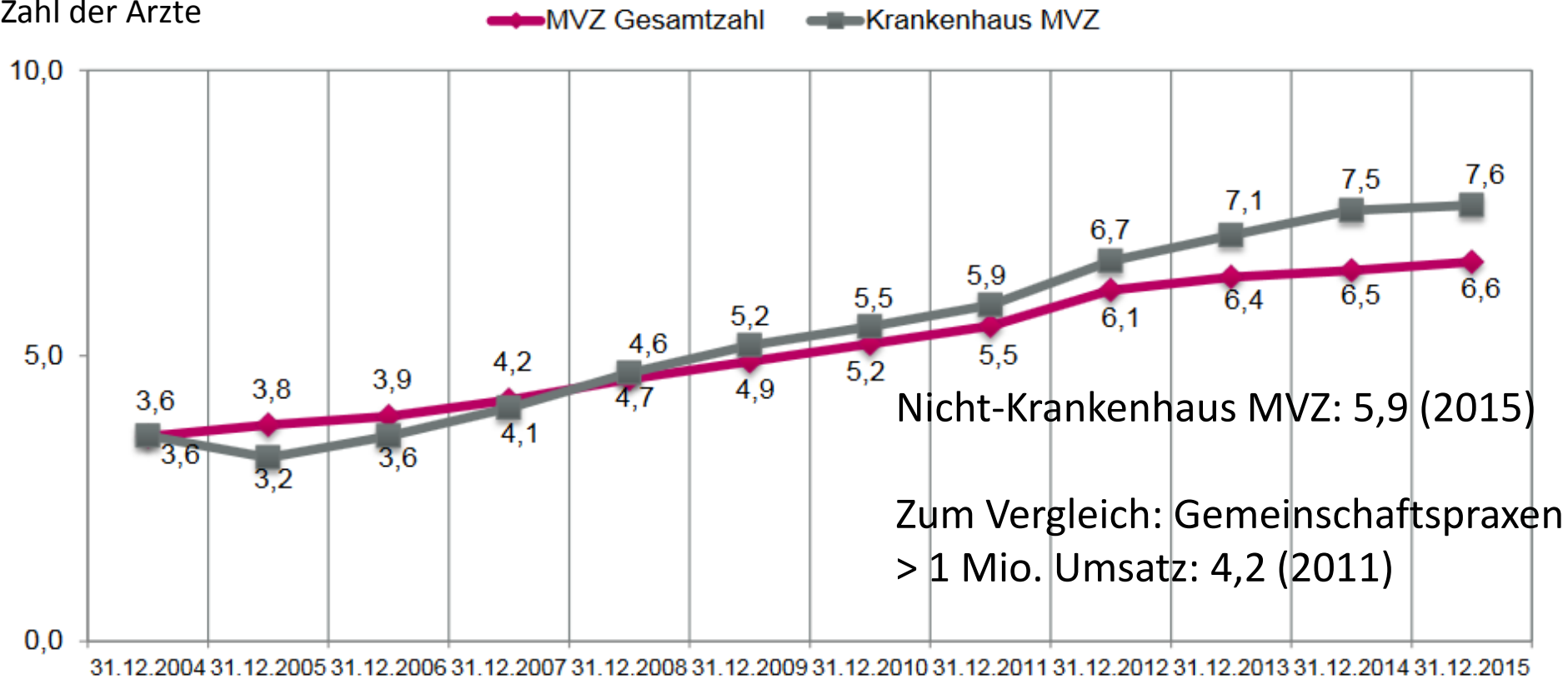
- Verringerung des Investitionsrisiko
- Entlastung von Verwaltungsaufgaben
- Wertsteigerung der Praxen

-> Investitionsrisiko und damit auch die Übernahme der unternehmerischen Verantwortung ist für Krankenhäuser überschaubar

-> kann allerdings bei MVZ nicht in KH-Trägerschaft eine Hürde darstellen

MVZ in Deutschland sind vergleichsweise klein

Zahl der Ärzte



-> Grund dürfte u.a. das mit der Größe wachsende unternehmerische Risiko sein

Quellen: KBV 2016; Greß 2016 nach Statistisches Bundesamt 2013

Was wissen wir aus der Empirie über große Praxen/MVZ?

- Mit zunehmender Größe steigt der Managementanteil; ab einer bestimmten Größe benötigt man eine(n) GeschäftsführerIn
- Angestellte Ärzte sind tendenziell weniger produktiv (Fälle pro Arzt) als Vertragsärzte
- Größere Praxen decken in der Regel ein anderes Leistungsspektrum mit komplexeren Fällen ab -> benötigen daher relativ mehr Investitionen

Dies muss kompensiert werden durch:

- Skaleneffekte bei Infrastruktur (ein gemeinsames Wartezimmer oder technische Geräte)
- Mehr Fälle (ist bisher empirisch nicht festzustellen)
- Mehr Honorar pro Fall (Ja leicht, allerdings auch im Durchschnitt komplexere Fälle)

-> Das heißt, derzeit müssen MVZ/Gemeinschaftspraxen zusätzliche Kosten primär über Skaleneffekte kompensieren

-> de facto kein monetärer Anreiz zu Gem.praxen/MVZ

Quellen: Schreyögg & Kwietniewski 2016;
Kwietniewski, Heimeshoff & Schreyögg 2017

Kalkulatorischer Unternehmerlohn vs. Kalkulatorische Wagnisse

Beides geht zurück auf den Begriff der entgangenen Erlöse: vorhandene Möglichkeiten zur Nutzung von Ressourcen werden nicht wahrgenommen

-> Quantifizierung entgangener Alternativen

- Kalkulatorischer Unternehmerlohn: Arzt hätte alternativ die Möglichkeit, im Krankenhaus als Oberarzt zu arbeiten
- Kalkulatorische Wagnisse: Berücksichtigung unvorhersehbarer Risiken unternehmerischer Tätigkeiten, die einen Werteverzehr nach sich ziehen können

-> Erweiterter Bewertungsausschuss hat 105.571,50 Euro zur Kompensation des kalkulatorischen Unternehmerlohns sowie der kalkulatorischen Wagnisse festgelegt

Kalkulatorischer Unternehmerlohn

- Annahme eines Oberarztgehaltes als kalk. Unternehmerlohn ist umstritten
 - KBV fordert höheres Oberarztgehalt, um Referenzeinkommen erreichen zu können
 - Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes (Greß 2015) bezweifelt, dass Oberarzteinkommen adäquater Vergleichsmaßstab, wegen durchschnittlich geringerer Personalverantwortung

- Plädoyer für stärkere Differenzierung der Diskussion

- Oberarzt kann ggü. sehr unterschiedlich vielen Personen aufsichts- und weisungsbefugt sein + (informell) stellvertretende Aufsichts- und Weisungspflichten

Kalkulatorischer Unternehmerlohn

- In der vertragsärztlichen Versorgung ist das Kontinuum der Aufsichts- und Weisungspflichten mindestens so groß wie für Krankenhäuser
- In großen Gemeinschaftspraxen und MVZ nimmt geschäftsführende Tätigkeit einen erheblichen Umfang ein
- Sinnvoll wäre: Differenzierung des kalkulatorischen Unternehmerlohnes nach Aufsichts- und Weisungspflichten (Stufenkonzept)
- BGH Urteil im Unternehmenskontext: pauschal angesetzter kalkulatorischer Unternehmerlohn ist unzulässig; muss individuellen Verhältnissen/Größe angepasst werde
- Höhe des kalkulatorischen Unternehmerlohnes würde sinnvollerweise über einen Warenkorb für Einkaufspreise von Produkten und Dienstleistungen in deutschen Krankenhäusern ermittelt (z.B. analog USA Medicare Wage Index)

Kalkulatorische Wagnisse

1. Allgemeines Unternehmerrisiko:

- u.a. Nachfrageschwankungen und Inflation;
- in der Regel nicht kalkulierbar
- > Sollte pauschal durch Gewinn abgedeckt werden

2. Einzelwagnisse:

- Versicherte Risiken: u.a. Unfälle und Haftungsrisiken
- Forderungsausfälle
- Ausfallzeiten für Geräte
- Personalrekrutierung und -auswahl
- > kann durch Durchschnittssätze ermittelt werden

- > Neben der Größe erscheint hier eine Differenzierung nach Facharztgruppen besonders relevant
- > Facharztgruppen wie Radiologie- und Nuklearmedizin haben deutlich höhere Risiken als Hausärzte

Kalkulatorische Wagnisse

- Empirische Berechnung kalk. Wagnisse wäre möglich und sinnvoll
- Notwendig wäre ein Praxispanel analog zum ZIPP, das von beiden Seiten (KVen und Kassen) akzeptiert wird/Alternative: Anerkennung ZIPP
- Einzelwagnisse können auf Basis von Daten der Vergangenheit (eingetretene Wagnisse) geschätzt werden (üblich in Unternehmen)
- Dann Prüfung, fachgruppenspezifisch und nach Größenklassen, ob Praxen im Status Quo in der Lage sind, zusätzlich zu einem äquivalentem Oberarztgehalt, Rücklage für unternehmerisches Risiko zu tätigen

Fazit

- Derzeit keine ausreichenden Vergütungsanreize für kooperative Versorgungsformen
- Schlüssel zu mehr kooperativen Versorgungsformen liegt in der differenzierteren Berücksichtigung des kalkulatorischen Unternehmerlohns sowie der kalkulatorische Wagnisse
- Sollte der erhöhten Verantwortung und dem Risiko kooperativer Versorgungsformen gerecht werden
- Förderung dieser Kooperationsformen kann künftig auch bei der Gewinnung von Ärzten für die ambulante Versorgung zentral sein

Kontakt

Prof. Dr. Jonas Schreyögg
Hamburg Center for Health Economics
Universität Hamburg
Esplanade 36 · 20354 Hamburg

Tel: +49 40 428 38 - 8041

Fax: +49 40 428 38 - 8043

jonas.schreyoegg@uni-hamburg.de
www.hche.de

hche | Hamburg Center
for Health Economics

