VERGÜTUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG

Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen

Wie muss der Preis für ärztliche Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angepasst werden? Darüber entscheidet alljährlich der Bewertungsausschuss. Die Autoren fordern eine angemessene Bewertung der Arbeitszeit.

Alljährlich entscheidet der Bewertungsausschuss darüber, in welchem Umfang die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung angepasst werden soll. Die entsprechenden Bundesempfehlungen werden dann auf Landesebene zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassenverbänden umgesetzt und können für die Region modifiziert werden. Eine entscheidende Größe ist der Orientierungswert in Euro, häufig auch als Preis sämtlicher Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) bezeichnet. Seine jährliche Anpassung erfolgt auf der Basis bestimmter Kriterien in Paragraf 87 Absatz 2g Sozialgesetzbuch V, zu denen unter anderem die Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten zählt. Regionale Unterschiede in Höhe und Struktur der Kosten sowie in der regionalen Versorgungsstruktur können Abweichungen vom Orientierungswert auf der Landesebene begründen.

Indirekt wird durch die jährliche Weiterentwicklung des Orientierungswerts auch entschieden, wie die ärztliche Arbeitszeit in der ambulanten Versorgung bewertet wird. In den letzten Jahren lag die Anpassung des Orientierungswerts stets unterhalb der Inflationsrate. Im Ergebnis hat das zu einer schleichenden Abwertung der vertragsärztlichen Arbeitszeit geführt. Diese Entwicklung gefährdet aber mittelfristig die Sicherstellung der ambulanten Versorgung und konterkariert das Bestreben, eine Niederlassung für den ärztlichen Nachwuchs attraktiv zu gestalten. Um diese Entwicklung umzukehren, muss die Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit in die Liste der Kriterien zur Weiterentwicklung des Punktwerts gemäß § 87 aufgenommen werden.

Dies ist auch deshalb zu fordern, weil im Kalkulationsansatz des heutigen EBM ein ganz bestimmter Bezug auf ärztliche Arbeitszeit genommen wird: Für das Jahr 2008 hatte der Bewertungsausschuss als Kalkulationsbasis ein sogenanntes Referenzeinkommen von 105 000 Euro festgelegt. Dieses Referenzeinkommen sollte – nach Abzug der Betriebskosten – in der ambulanten Versorgung zu erreichen sein, wenn eine Ärztin oder ein Arzt ein Jahr lang in circa 51 Wochenarbeitsstunden gesetzlich Krankenversicherte versorgen.

Referenzeinkommen: Anpassung ist nicht erfolgt

Bei der Festlegung des Referenzeinkommens für 2008 wendete man das Opportunitätskostenprinzip an. Das bedeutet: Ein Vertragsarzt sollte ein vergleichbares Einkommen wie ein Kollege mit gleichwertiger Qualifikation und gleichwertigem Arbeitseinsatz in einem anderen Tätigkeitsbereich erzielen können. Deshalb zog man zur Festlegung die Oberarztgehälter an Kliniken heran und gelangte so zu den 105 000 Euro.

Allerdings hätte das Referenzeinkommen bereits im Jahr 2009 etwa 114 000 Euro betragen müssen. Eine regelmäßige Anpassung ist aber seit 2008 nicht erfolgt. Nach der bisherigen Entscheidungspraxis des Erweiterten Bewertungsausschusses reicht das Preisniveau im EBM bis heute nicht aus, um das Referenzeinkommen zu erreichen. Denn die beschlossenen jährlichen Anpassungssätze für den Orientierungswert liegen – nachdem der Gesetzgeber für die Jahre 2011 und 2012 die Anpassung grundsätzlich ausgeschlossen hat – deutlich unterhalb der Inflationsrate. Im Vergleich zu den allgemeinen Lebenshaltungskosten ist der Preis für vertragsärztliche Leistungen damit sogar gesunken. Während die Verbraucherpreise von 2010 bis 2012 um 5,2 Prozent gestiegen sind, betrug der Anstieg des Orientierungswerts nur 2,2 Prozent. Im Vergleich dazu stiegen die Nominallöhne um 8,5 Prozent.

Nach dem Opportunitätskostenprinzip müsste aber der Orientierungswert Jahr für Jahr so erhöht werden, dass ein Vertragsarzt mit dem entsprechenden Arbeitseinsatz das tatsächliche Referenzeinkommen, also das jeweilige Durchschnittseinkommen von Oberärzten, errei-

chen kann. Deren Gehälter steigen im Übrigen – wie die Nominallöhne insgesamt – deutlich stärker als die Inflationsrate.

Um die Forderung nach angemessener Berücksichtigung der vertragsärztlichen Arbeitszeit besser nachvollziehen zu können, muss man zurückblicken. Die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen arbeitet noch immer an der Umsetzung der Vergütungsreform, die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 vorgegeben wurde. Erklärtes Ziel war und ist es, die Honorarentwicklung kalkulierbar zu machen und dafür zu sorgen, dass die Krankenkassen die Kosten der notwendigen medizinischen Versorgung vollständig übernehmen. Demnach ist die Gesamtvergütung jährlich im Voraus als Produkt aus Leistungsmenge (Punktzahlmenge) mal Preis (Orientierungswert) zu vereinbaren.

Die zu vereinbarende Leistungsmenge soll den Versorgungsbedarf der Bevölkerung je KV-Region berücksichtigen. Dafür sind insbesondere die Anzahl der Versicherten, deren Alter, Geschlecht sowie bereits bekannte Krankheiten zu berücksichtigen, aber auch der gesetzliche Leistungskatalog sowie gegebenenfalls neue Leistungen oder die Veränderung der Arbeitsteilung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Die Leistungsmenge, die KV und Krankenkassen nach diesen Kriterien auf Landesebene vereinbaren, gilt als notwendige Versorgung, die von den Kassen uneingeschränkt mit festen Preisen zu vergüten ist. Zusätzlich können Leistungen definiert werden, die förderungswürdig und deshalb von jeglicher Mengensteuerung ausgenommen sind. Steigenden Ausgaben der Krankenkassen für einen höheren Versorgungsbedarf der Versicherten steht insofern eine höhere Leistungsmenge, also Mehrarbeit, der Vertragsärzte gegenüber.

Das Wesen der ärztlichen Dienstleistung erlaubt keine kontinuierlich zunehmende Produktivität.

Ärztliche Leistungen sind nicht beliebig rationalisierbar

Die Bestimmung des Preises beruht, wie schon beschrieben, auf dem nach bestimmten Kriterien zu entwickelnden Orientierungswert. Neben der Entwicklung relevanter Investitions- und Betriebskosten werden in Paragraf 87 Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie eine mögliche Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen aufgeführt.

Ob und wie der Entwicklung der Produktivität in den Praxen bei der jährlichen Bestimmung des Orientierungswerts angemessen Rechnung getragen werden kann, hängt eng damit zusammen, nach welchen Kriterien die ärztliche Arbeitszeit beziehungsweise der „Unternehmerlohn“ des Praxisinhabers bewertet wird. Da die Vergütung der Tätigkeit des Praxisinhabers in der vertragsärztlichen Versorgung fast die Hälfte der Gesamtkosten ausmacht, ist deren angemessene Weiterentwicklung von besonderer Relevanz.

Ginge es nach den Krankenkassen, wäre die Tätigkeit des Praxisinhabers als Residuum zu vergüten: als Überschuss nach Abzug der Betriebskosten sowie gegebenenfalls einer Wirtschaftlichkeitsreserve. Damit wären die geleistete ärztliche Arbeitszeit sowie der „Unternehmerlohn“ pauschal abgegolten. Diese Sichtweise hält jedoch einer tieferen Analyse nicht stand.

Die medizinische Versorgung ist eine personalintensive Leistung, deren wesentlicher Teil die ärztliche Arbeitszeit darstellt. Diese muss folglich auch Eingang in die Leistungsbewertung finden. Nach dem Kalkulationsmodell des EBM wird folgerichtig unterschieden zwischen den Komponenten ärztliche Leistung (AL) und technische Leistung (TL). Hierbei umfasst die AL-Komponente die ärztliche Arbeitszeit, die TL-Komponente einer EBM-Leistung den kalkulatorischen Aufwand der Leistungserstellung im Sinne der erforderlichen Betriebs- und Investitionskostenanteile. Berücksichtigt man bei der jährlichen Anpassung des Orientierungswerts ausschließlich die Entwicklung der Betriebs- und Investitionskosten, wird die ärztliche Leistung bestenfalls konstant gehalten. Bei Inflation führt dies zu einer schleichenden Entwertung.

Dass der Preis für die eigentliche vertragsärztliche Arbeitsleistung sich in keinem Jahr erhöht hat, widerspricht volkswirtschaftlichen Gesetzmäßigkeiten. Ärztliche Leistungen müssen in der Regel persönlich erbracht werden, sie können nicht durch maschinelle Produktion ersetzt und nur zum Teil delegiert werden. Diese Eigenschaft mangelnder Rationalisierungsfähigkeit haben ärztliche Leistungen mit anderen personalintensiven Dienstleistungen gemeinsam. Während deshalb in der verarbeitenden Industrie mit gleicher oder sogar rückläufiger Arbeitszeit jährlich beispielsweise mehr oder aufwendigere Autos produziert werden können, benötigen Musiker für die Aufführung eines Violinkonzerts von Mozart nach wie vor die gleiche Arbeitszeit wie zu Lebzeiten des Komponisten.

Die Unterschiede in der Arbeitsproduktivität könnten theoretisch bewirken, dass Arbeiter in der Automobilindustrie von Jahr zu Jahr besser bezahlt werden, weil ihre Produktivität sich erhöht, Dienstleister jedoch nicht. Denn die Arbeitsproduktivität bestimmt mittel- und langfristig das Lohnniveau. Doch wie der Princeton-Ökonom William Baumol erstmals beobachtet hat, werden auch die Einkommen in per-

Abbildung: Fotolia/style-photography

In der Industrie bestimmt die Arbeitsproduktivität mittel- und langfristig das Lohnniveau.

Abbildung: Fotolia/frank peters

sonalintensiven Dienstleistungsbereichen, also auch im Gesundheitswesen, von der Einkommenswicklung infolge einer steigenden Arbeitsproduktivität anderer Branchen der Volkswirtschaft mitbestimmt.

Das hat damit zu tun, dass insbesondere den persönlichen Dienstleistungen, für die eine hohe Qualifikation erforderlich ist, eine hohe Wertschätzung entgegengebracht wird. Ihre Qualität ist in der Regel aber direkt abhängig von der Menge der investierten Arbeitszeit. Sie wird aber nur dann geleistet, wenn die Höhe der Bezahlung hierfür nicht systematisch hinter alternativen Möglichkeiten, ein Einkommen zu erzielen, zurückbleibt.

Schleichende Abwertung ärztlicher Arbeitszeit

Daraus folgt: Im Lauf der Zeit müssen sich personalintensive Dienstleistungen im Verhältnis zu Industrieprodukten verteuern, da der Preis pro Arbeitsstunde, nicht aber die in dieser Zeit produzierte Menge an Dienstleistungen steigt. Der Effekt ist umso ausgeprägter, je stärker die Produktivität in der gesamten Volkswirtschaft ansteigt. Dies muss zwingend zu steigenden Kosten für Bildung und Kultur, medizinische Versorgung, anwaltliche Beratung et cetera führen – auch wenn die erstellte Leistungsmenge gleich bleibt. Aus diesem Zusammenhang lässt sich aber ebenfalls eine gute Botschaft herausfiltern: je größer die Zunahme der Produktivität, desto größer die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer. Ein höherer Ausgabenanteil für personalintensive Dienstleistungen kann innerhalb einer Volkswirtschaft somit grundsätzlich verkraftet werden.

Aus diesen Zusammenhängen leiten sich konkrete Handlungsempfehlungen für die Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit im EBM ab:

- Würde der Preis für die ärztliche Arbeitszeit allein nach Maßgabe des Inflationsausgleichs weiterentwickelt, käme es ohne eine zusätzliche Berücksichtigung der Produktivitätsentwicklung zu einer schleichenden Abwertung ärztlicher Arbeitszeit. In Deutschland liegt die Entwicklung der Arbeitsproduktivität im Schnitt um ein bis zwei Prozentpunkte über der Inflationsrate.
- Nach dem Opportunitätskostenprinzip müsste die Bewertung der vertragsärztlichen Arbeitszeit in ihrer Höhe mindestens ein Bruttoeinkommen ermöglichen, wie es für den Arzt in einer Tätigkeit mit gleichwertiger Qualifikation erzielbar ist. Dieser Grundsatz ist bereits im Kalkulationsansatz des EBM realisiert; er muss jedoch konsequent fortgeführt werden.
- Nähme man als Referenzeinkommen tatsächlich die Gehälter angestellter Oberärzte, würde dennoch das unternehmerische Risiko der niedergelassenen Ärzte nicht explizit berücksichtigt. Ein selbstständiger Arzt muss über Investitionen entscheiden und diese letztlich aus Überschüssen finanzieren. Das Referenzeinkommen bewertet hingegen ausschließlich die ärztliche Arbeitszeit.
- Die Berücksichtigung der unternehmerischen Komponente der vertragsärztlichen Tätigkeit erfordert andererseits auch, Produktivitätsfortschritte in Praxen einzubeziehen. Generell lässt sich in der medizinischen Versorgung trotz des personalintensiven Charakters der Leistungen ein gewisses Potenzial für Produktivitätsfortschritte ausmachen, wenn auch nur in geringem Umfang. Zum einen ermöglicht es der medizinisch-technische Fortschritt, dass zum Beispiel zeitaufwendige Untersuchungen durch neue diagnostische Verfahren abgekürzt werden oder dass ärztliche und pflegerische Leistungen durch verbesserte Arzneimittel reduziert werden können. Zum anderen ermöglichen es Veränderungen organisatorischer Abläufe in der Praxis, die Behandlungsleistung des Praxisteams pro eingesetzter Arbeitsstunde zu erhöhen.

Produktivitätsfortschritt muss berücksichtigt werden

Da Produktivitätsfortschritte ermöglichen, dass in der gleichen Zeit mehr Leistungen erbracht werden können, rechtfertigt dies nach Auffassung der Krankenkassen eine Herabsetzung des Preises. Schließlich seien dadurch die Kosten pro einzelner Leistung gesunken. Auf Basis des Dargelegten würde aber eine Gegenrechnung von Wirtschaftlichkeitsreserven voraussetzen, dass mindestens das Referenzeinkommen erreicht und die Reallohnentwicklung für das Folgejahr berücksichtigt worden ist. Außerdem wäre die unternehmerische Leistung zu bewerten.

Dabei geht es auch um die Frage, wem die Ergebnisse eines Produktivitätsfortschritts zugutekommen sollen. Von Produktivitätsfortschritten aufgrund von Investitionen, zum Beispiel in neue technische Geräte, muss der Investor profitieren. Anderenfalls bestünde kein Anreiz zu investieren. Gleiches gilt für die Übernahme von innovativen Behandlungsverfahren, die zwar möglicherweise kein zusätzliches Kapital binden, aber Umstellungen im Praxisablauf nach sich ziehen und somit organisatorischen Aufwand erzeugen, bevor Effizienzsteigerungen wirksam werden.

Da in der ambulanten Versorgung die Preise für ärztliche Leistungen durch den EBM und die Leistungsmengen durch Honorarverteilungsmaßstäbe festgesetzt werden, führen in diesem Rahmen pauschale Preisminderungen zu einer Bestrafung

innovativer Ärztinnen und Ärzte. Sie haben durch Innovationen einen höheren Aufwand als Kollegen, die von der Substanz ihrer Praxis leben. Deshalb lässt sich die Vorgabe in Paragraf 87 SGB V, Wirtschaftlichkeitsreserven zu berücksichtigen, nur so verstehen, dass gezielt zwischen förderungswürdigen und „substitutionsfähigen" Leistungen differenziert wird. Für letztere wären Preisminderungen akzeptabel, weil sie perspektivisch durch innovative Versorgungsangebote ersetzt werden sollen. Deshalb sind gezielte Neubewertungen erforderlich, um Investitionsanreize zu setzen. Hierfür müssten Krankenkassen und Vertreter der Vertragsärzte nachvollziehbare Entscheidungskriterien vorlegen.

Fazit: Wird das Referenzeinkommen weiterhin nicht erreicht und das unternehmerische Risiko des Vertragsarztes nicht ausreichend berücksichtigt, so hat dies Folgen für die vertragsärztliche Versorgung. Der beobachtbare Rückgang der Investitionen, insbesondere in Einzelpraxen, ist in diesem Zusammenhang ein ernster Warnhinweis.

Eine explizite und regelgebundene Bewertung ärztlicher Arbeitszeit bei der Anpassung des Orientierungswerts ist erforderlich. Um eine weitere schleichende Entwertung der ärztlichen Arbeitszeit zu vermeiden, müssen zunächst die Anforderungen des Opportunitätskostenprinzips erfüllt sein. Auf dieser Basis müsste die jährliche Anpassung der Bewertung der ärztlichen Arbeitszeit mindestens dem allgemeinen Produktivitätsfortschritt entsprechen, kann sich aber auch zum Beispiel an den Tarifabschlüssen im Krankenhausbereich orientieren.

Der Unternehmerlohn wäre getrennt davon zu bewerten und sollte die gewünschten Produktivitätsfortschritte in der Versorgung belohnen und gezielt Investitionsanreize setzen. Eine pauschale Gegenrechnung von Wirtschaftlichkeitsreserven scheidet dagegen als sinnvolles Steuerungsinstrument aus. ■

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Herbert-Lewin-Platz 3, 10623 Berlin

KOMMENTAR

Dr. PH Joseph Kuhn, Dachau

ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST 2013

Ein verlorenes Jahr

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist eine merkwürdige Institution. Einerseits werden die Politik und er selbst nicht müde, bei jeder Gelegenheit darauf hinzuweisen, wie wichtig er ist; andererseits verliert er seit Jahren kontinuierlich an Personal und realen Handlungsmöglichkeiten. Es ist ein wenig wie mit einem gebrechlichen alten Mann, der Besuch vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bekommt und sich so fit zeigen will, wie er eigentlich gar nicht mehr ist – mit der Folge, dass ihm die notwendige Pflegestufe verweigert wird.

Der ÖGD ist längst auch pflegebedürftig. Im Prinzip hat das ebenso die Politik erkannt, will aber dafür kein Geld ausgeben. Symptomatisch dafür ist der Beschluss zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, den die 86. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder 2013 gefasst hat:

„Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist neben der ambulanten und stationären Versorgung die dritte tragende Säule des Gesundheitswesens. Er nimmt bevölkerungsmedizinische Aufgaben wahr und ist sozialkompensatorisch tätig. Die GMK stellt fest, dass die Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst eine zunehmende Herausforderung darstellt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss für Ärztinnen und Ärzte attraktiver werden. . . ."

Wenn gesundheitspolitische Formulierungen mit „tragenden Säulen" anfangen, wird die Erkennungsmelodie der symbolischen Politik gespielt – das ist beim ÖGD nicht anders als bei der Prävention. Aber dieser Beschluss ist zudem schlechte symbolische Politik. Er trägt zwar dem Problem Rechnung, dass die Bezahlung von Ärzten im ÖGD derzeit nicht sonderlich konkurrenzfähig ist; aber es kann bei der Stärkung des ÖGD – so ist der Beschluss ja überschrieben – doch nicht nur um die Ärztebezahlung gehen. Keine Frage: Ärzte bilden das Rückgrat des öffentlichen Gesundheitsdienstes, man sollte in der Tat nicht riskieren, hier durch tarifpolitische Restriktionen eine Negativauslese anzusammeln. Und natürlich sollten – wie auch im GMK-Beschluss gefordert – fachliche Inhalte des öffentlichen Gesundheitsdienstes mehr als bisher in der Ausbildung vorkommen.

Aber es gibt auch andere Berufsgruppen im ÖGD, die dringend Zuspruch und Unterstützung benötigen, weil ihre Aufgaben in den letzten Jahren zugenommen haben – Sozialarbeiter zum Beispiel. Und sollte nicht vor jeder tarifpolitischen Initiative eigentlich eine gesundheitspolitische Standortbestimmung stehen, die deutlich macht, was der ÖGD heute im Konzert mit seinen Partnern im Versorgungssystem leisten soll, wo sein spezifisches Profil ist und was das für seine Personalausstattung bedeutet? Und außerdem – an wen richtet sich der Appell der Landesgesundheitsminister eigentlich? Zuständig für die genannten Fragen sind doch die Länder.

Der GMK-Beschluss dokumentiert wohl eher, dass die „Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes" – eine Aufgabe, die Konflikte mit den Finanzministern und den Staatsabbaupredigern bedeutet – wieder einmal in die Zukunft verschoben worden ist. Politik als Kunst des Möglichen kann eben auch bedeuten, Möglichkeiten als solche zu belassen.