Wohin fließen die Euro-Milliarden?

DIRK BÜRGER

Dirk Bürger ist Referent im Geschäftsbereich Politik/Unternehmensentwicklung im AOK-Bundesverband

Will die KBV die bewährte Strategie des Jahres 2006 reaktivieren, um einen Anstieg des Honorars zu erreichen? Denn mit dieser war es ihr gelungen, durch das GKV-WSG zusätzliche 3,5 Mrd. Euro für die ärztliche Vergütung zu erhalten. Die Vergütung stieg so um rd. 21 % auf 33,69 Mrd. Euro in 2011 an. Mit dem Praxis-Panel (ZIPP) wird jetzt erneut versucht zu belegen, dass für eine »faire« ärztliche Vergütung 3,5 Mrd. Euro fehlen. Begründet wird dies mit einer Bilanz aus 2008 – genau dem Jahr, bevor die Honorarreform des GKV-WSG finanziell wirksam wurde. Das ZIPP spiegelt zudem nicht die Realität wider, denn das statistische Bundesamt wies schon 2007 deutlich höhere Praxiseinnahmen nach.

Rechnen sich die Vertragsärzte arm?

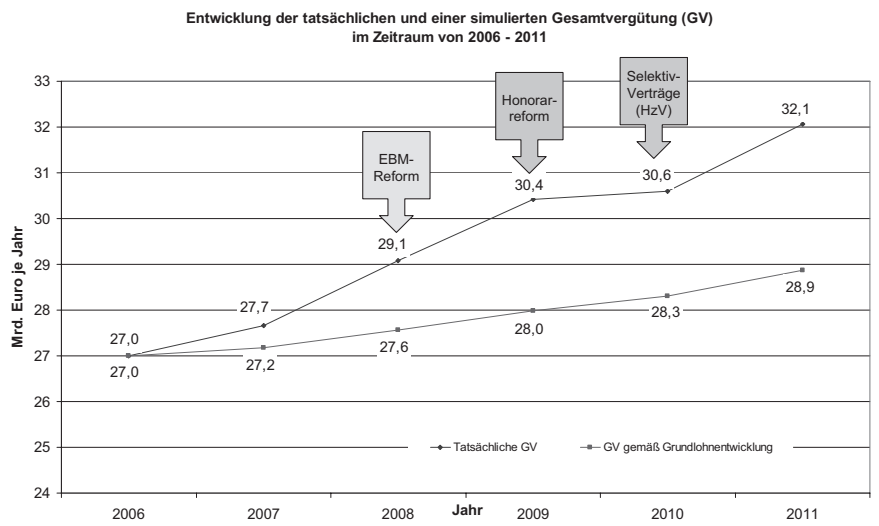
Mit dem Praxis-Panel des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZIPP)[1], will die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erneut eine Unterfinanzierung der Praxen und einen weiteren Nachholbedarf beim ärztlichen Honorar nachweisen. Dieser »Nachholbedarf« soll dadurch befriedigt werden, dass zusätzlich mindestens 3,5 Milliarden Euro durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) überwiesen werden[2]. – Jeder, der schon etwas länger die Honorarforderungen der KBV begleitet, erlebt nun ein Déjà-vu. Denn diese Forderungen klingen genau so wie 2007, als die Bundespolitik über das »*Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung*« (GKV-WSG) beriet. Dass GKV-WSG, das dann für eine Honoraranhebung um durchschnittlich zehn Prozent sorgte, wurde daher auch als die »*höchste Steigerung des Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung*« vom KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Köhler bejubelt[3] … – Aber zurück zur Realität, zum ZIPP und seiner originären Erkenntnis: »(…) In 2008 habe ein Praxisinhaber statt der ursprünglich vereinbarten rd. 105.000 Euro nur durchschnittlich 92.000 Euro aus GKV-Einahmen erlöst. Dies bei einer Brutto-Arbeitszeit von durchschnittlich 52 Stunden/Woche.«

Vereinbarte GKV-Arbeitszeit

Apropos Brutto-Arbeitszeit: Der Erweiterte Bewertungsausschuss hatte mit seinem Anpassungsbeschluss vom 11./12. Oktober 2007 den kalkulatorischen Arztlohn auf 105.571,80 Euro im Jahr angepasst. Die wöchentliche Arbeitszeit blieb – wie bereits schon am 10. Dezember 2003 gemeinsam vereinbart – bei 51 Stunden pro Woche, welche der Arzt für die *unmittelbare und mittelbare* Patientenversorgung in und außerhalb seiner Praxis aufzuwenden (d. h. zu leistende

1 ZI-Praxis-Panel – Jahresbericht 2010; 1. Jahrgang, Berlin, März 2012
2 Quelle: Ärzte Zeitung vom 19.03.2012; »KBV will Honorar-Aufschlag von 3,5 Milliarden Euro«
3 Quelle: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 17.03.2009; »Der lange Kampf ums Honorar«

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-66
Generiert durch IP '3.141.25.201', am 12.10.2024, 05:19:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.



Quelle: Bericht des Bewertungsausschuss an das BMG; Formblatt 3 für die GKV von der KBV; Hochrechnung des Jahres 2011 auf Basis von drei Abrechnungsquartalen; Eigene Berechnungen.

GKV-Arbeitszeit) hat. Laut Pressemitteilung der KBV vom 4. April 2011 sind davon 44,6 Stunden für die patientenunmittelbare Tätigkeit und 6,4 Stunden für die Praxisorganisation vorgesehen[4].

Wird die Vereinbarung zur Arbeitszeit aus dem Erweitertem Bewertungsausschuss zu Grunde gelegt, sollen niedergelassen Ärzte, die wöchentlich 51 Stunden für die Versorgung ihrer GKV-Versicherten und die damit zusammenhängende Administration aufwenden, ein Brutto-Gehalt von rd. 105.000 Euro im Jahr erzielen können. Aus dem ZIPP geht jedoch deutlich hervor, dass die hohe Arbeitszeitleistung der niedergelassenen Ärzte nicht nur zur Versorgung der GKV-Versicherten eingesetzt wird, sondern auch zur Betreuung von privat Krankenversicherten sowie zur Bewerbung, Erbringung und Abrechnung von so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Geringere GKV-Arbeitszeit führt zur Minderung der GKV-Einnahmen

Würde dann bei der Einkommensermittlung nur ein 20%-iger Arbeitszeitanteil an nicht GKV-Leistungen – dies entspräche 10,4 Stunden/Woche – berücksichtigt, so dürften nur noch 41,6 Stunden/Woche als Berechnungsgrundlage für das GKV-Honorar herangezogen werden. Dies würde dann einem Vergütungsanspruch von rd. 81% des vereinbarten Honorars oder in Euro: 85.050 nach sich ziehen. Aber dies ist nicht der einzige Schwachpunkt des ZIPPs.

Repräsentative Belastbarkeit des ZIPP eher zweifelhaft

Betrachtet man die Aussagen des ZIPPs zu den Praxisumsätzen genauer, so entstehen weitergehende Zweifel an der repräsentativen Belastbarkeit. Denn das Statistische Bundesamt (Destatis) weist mit seiner fundierten Datenerhebung zur »Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen« bereits für das Jahr 2007 einen durchschnittlichen Gesamtumsatz pro Arzt-Praxis von rund 399.000 Euro aus. Dass ZIPP nimmt für den gleichen Zeitraum gerade mal rund 311.000 Euro an. Vergleichbare Unzulänglichkeiten finden sich auch bei den Aussagen zu den Gesamtumsätzen der Praxisinhaber. Laut Destatis lag dieser bei rund 294.000 Euro, das ZIPP führt rund 244.000 Euro an. Der Grund für die Unterschiede könnte darin bestehen, dass für die Auswertung des Statistischen Bundesamtes eine Auskunftspflicht der Befragten besteht. Dem gegenüber sind die Befragten im Rahmen des ZIPP nicht verpflichtet umfassend Auskunft zu erteilen.

Reinertrag bei durchschnittlich 165.000 Euro im Jahr

Legt man nun die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zu Grunde, so sieht die finanzielle Situation der niedergelassenen Ärzte realistischer aus: Der durchschnittliche Reinertag einer Praxis dürfte derzeit bei rund 165.000 Euro/Jahr liegen. Vor dem Hintergrund, dass davon gut 2/3 aus der GKV-Versorgung kommen, liegt der durchschnittlich »GKV-Ertrag« bei über 110.000 Euro/Jahr.

Fakten zur Honorarentwicklung

Mit dem GKV-WSG ist nicht nur die »*höchste Steigerung des Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung*« zu verbinden, sondern es wurden auch weitere Forderungen der deutschen Ärzteschaft erfüllt: Das Honorarvolumen für die ambulante Behandlung wurde von der Grundlohnsummenanbindung entkoppelt, das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen und die Kostenübernahme für den Sicherstellungszuschlag zu 100% auf die GKV verfügt. Mit in Kraft treten des GKV-WSG hat sich das vertragsärztliche Vergütungsvolumen dann auch kontinuierlich von 27,74 Mrd. Euro in 2007 auf 33,69 Mrd. Euro in 2011 laut BMG-Pressemitteilung Nr. 16 vom 7. März 2012 erhöht. Dies bedeutet eine Zunahme von rd. sechs Mrd. Euro bzw. eine Steigerung um mehr als 21 % in nur vier Jahren.

Grundlohnbindung versus Honorarreform a'la GKV-WSG

Wie hätte sich denn das Volumen der vertragsärztlichen Vergütung entwickelt, wenn nicht die Große Koalition das GKV-WSG beschlossen hätte? Doch deutlich geringer als heute, denn die Grundlohnsummenanbindung wäre als maßgebliche Orientierung erhalten geblieben und hätte die Anstiege des Vergütungsvolumens stark abgemildert!

Im Jahr 2011 hätten dann nur rd. 28,9 Mrd. Euro – ohne Selektivverträge (HzV) und Institutsambulanzen

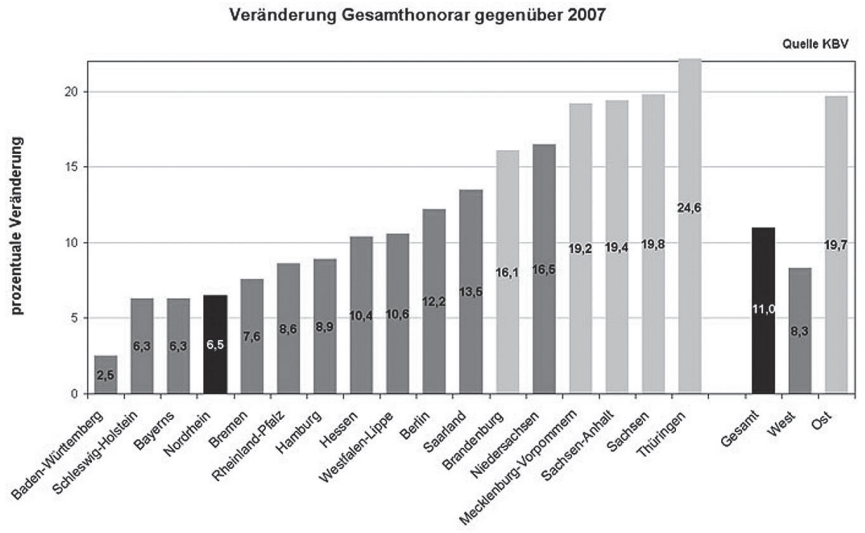
4 Quelle PM der KBV vom 4. April 2011; »(...) Der sogenannte Erweiterte Bewertungsausschuss von Ärzten und Krankenkassen hat seinerzeit das Zeitbudget für die vertragsärztliche Tätigkeit mit 51 Wochenstunden kalkuliert. Davon umfassen 44,6 Stunden patientenunmittelbare Tätigkeiten. Dies sind nicht die Sprechstundenzeiten im engeren Sinne, sondern die abrechnungsfähigen Zeiten – zum Beispiel Befundungen oder andere Zeiten – die zwar für den Versicherten zu erledigen sind, aber ohne dessen Anwesenheit durchgeführt werden können. Die restlichen 6,4 Stunden stehen für die Praxisorganisation (Einweisung des Personals, Besprechung von Praxisabläufen etc.) zur Verfügung.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-66
Generiert durch IP '3.141.25.201', am 12.10.2024, 05:19:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

– an Gesamtvergütung den KVen zur Verfügung stehen können. Dies wäre im Vergleich zu 2007 zwar noch immer ein Zuwachs um 1,7 Mrd. Euro bzw. mehr als sechs Prozent, aber dennoch deutlich weniger als das 21%ige Plus durch die Honorarreform des GKV-WSG.

Größter Rückgang beim Bruttoinlandsprodukt seit der Nachkriegszeit

Nur am Rande sei hier angemerkt, dass die Bundesrepublik Deutschland in diesem Zeitraum auch den stärksten Rückgang beim Bruttoinlandsprodukt (- 5,0%) seit der Nachkriegszeit verkraften musste – welcher bei vielen anderen Berufsgruppen zu erheblichen Einbußen bei den Einkommen führte.



Die Grafik zeigt die prozentuale Veränderung des Gesamthonorars der einzelnen KVen gegenüber 2007

Mal mehr, mal weniger an Mehr – aber immer Mehr

Auch die im Zusammenhang mit dem GKV-WSG getätigte Zusage der Bundesregierung, dass es in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu Honorarzuwächsen kommen würde, ist erfüllt worden. Betrachtet man diesbezüglich z. B. die von der KV Nordrhein veröffentlichte Grafik zur Honorarentwicklung 2007 zu 2009, so ist festzustellen, dass sämtliche KVen ein Honorarplus ausweisen (West: ø + 8,3%, Ost: ø + 19,7%), welches allerdings in den einzelnen KVen unterschiedlich hoch ausgefallen ist. So haben die Vertragsärzte in Baden-Württemberg »nur« ein Mehr von 2,5% realisieren können, währenddessen die Vertragsärzte in Thüringen mit einem »ordentlichen« Mehr von 24,6% ihre Vergütungssituation endlich verbessern konnten. Dieses »Nachholen« bei der vertragsärztlichen Vergütung in den Neuen Bundesländern war auch so von der ärztlichen Selbstverwaltung gegenüber der Bundespolitik über viele Jahre eingefordert worden.

Vergütungsrealität – Landarztehepaar

Dr. Viola und Dr. Hans-Otto Wagner, ein Arzt-Ehepaar, das 25 Jahre lang auf dem Land niedergelassen war, widerlegt im Gespräch mit der »Ärzte Zeitung« eine Reihe von Vorurteilen[5]:

- **Geringe Verdienstmöglichkeiten?** Falsch, sagen die beiden. Im Jahr 2010 erzielten sie ohne IGeL und Zusatzdienste Einnahmen von 376.000 Euro mit ihrer Praxis, wobei Viola Wagner nicht Vollzeit gearbeitet hat. Nach Abzug der Kosten blieb ihnen ein Gewinn von 178.000 Euro, im Jahr zuvor waren dies 172.000 Euro.
- **Früher war es für Ärzte leichter, Geld zu verdienen?** Falsch! »Wir haben nie so gut verdient wie in den letzten Jahren«, sagt Hans-Otto Wagner. Seine Erfahrung: Abrechnungsoptimierern wurde das Leben erschwert, heute ist die Verteilung gerechter.
- **In anderen Berufen können Akademiker leichter Geld verdienen?** Falsch. Im Gegensatz zu vielen anderen in ihrem Freundeskreis haben Wagners ihren Beruf mit deutlich weniger Druck und Ängsten ausüben können. »Wir kennen keine Existenzängste«, sagt Viola Wagner. Ausstehende Forderungen in fünfstelliger Höhe, mit denen Selbstständige in anderen Berufen zu kämpfen haben, sind Vertragsärzten im KV-System fremd.

Weitsichtiger Kommentar in der Ärzte Zeitung

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch der Kommentar des Redakteurs der Ärzte Zeitung Dirk Schnack[6]: »Die Verdienstmöglichkeiten sind bescheiden, die Arbeitsbelastung zu hoch, Nachfolger sind schwer zu finden: Diese Darstellung der Rahmenbedingungen für Hausarzt-Praxen schrecken nach Ansicht des Hausarztehepaares Dr. Viola und Hans-Otto Wagner viele angehende Ärzte ab. Sie sorgen dafür, dass manche gar nicht erst mit dem Gedanken spielen, überhaupt in die Allgemeinmedizin zu gehen. Sie selbst haben die Hausarzttätigkeit Jahrzehnte lang anders wahrgenommen: Mit ihrem Verdienst waren sie immer zufrieden (…) Das Beispiel sollte besonders Funktionäre in der Standespolitik nachdenklich stimmen: Kritik an den Rahmenbedingungen ist wichtig und sollte nicht unterbleiben. Aber sie darf auch nicht undifferenziert erfolgen – dann kann sie das Gegenteil bewirken und den eigenen Nachwuchs abschrecken.

DIW: Ärzte sind Spitzenverdiener unter den Akademikern

Zahnmediziner und Ärzte sind beim Verdienst pro Stunde unter Akademikern führend. Das zeigt die Untersuchung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW)[7]. Der durchschnittliche Nettostundenlohn von Abiturienten nach der Ausbildung über das gesamte Berufsleben beträgt laut DIW-Studie zwölf Euro für Männer

5 Quelle: Ärzte Zeitung vom 12. März 2012; »Wir waren gerne Landärzte«
6 Quelle: Ärzte Zeitung vom 12. März 2012; »Überzeugende Werbebotschaften«
7 DIW Wochenbericht Nr. 13; 2012

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-66
Generiert durch IP '3.141.25.201', am 12.10.2024, 05:19:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

und neun Euro für Frauen.

Zahnärzte nehmen mit einem Nettostundenlohn von 19,33 Euro die Spitzenposition ein, gefolgt von Ärzten mit 17,77 Euro, Betriebswirten mit 16,58 Euro und Juristen mit 15,86 Euro. Zahnärztinnen und Ärztinnen liegen ebenfalls auf den Plätzen eins und zwei, erzielen allerdings mit 15,50 Euro und 13,36 Euro geringere Nettostundenlöhne als ihre jeweiligen Kollegen. Zahnmedizin und Medizin sind zudem Fächer mit geringer Lohnspanne und damit geringem Risiko, einen unterdurchschnittlichen Lohn zu erzielen.

Auch die Sparkassen bewerten die ärztliche Branchenentwicklung als gut

Die positive Vergütungsentwicklung aus GKV-Honoraren spiegelt sich auch in den guten wirtschaftlichen Bewertungen von ärztlichen Praxen wider. So beschreibt z. B. der Sparkassen BranchenReport 2011-Fachärzte: »(…) das Ausfallrisiko in fachärztlichen Praxen im Jahr 2010 bei sehr geringen 0,33% und prognostiziert für 2011 sogar ein Absinken auf 0,28%. Im Vergleich zu den Werten der Gesamtwirtschaft (2,25%) repräsentieren die ambulanten Arztpraxen somit ein sehr geringes Kreditausfallrisiko. Im Jahr 2010 waren nur 82 von insgesamt 24.734 erfassten fachärztlichen Praxen von einer Insolvenz betroffen.«

Ebenso kommt der BranchenReport 2011-Allgemeinärzte beim Insolvenzrisiko von Hausärzten zu folgender, durchaus nachdenklich stimmender Erkenntnis: »(…) Dass Insolvenzrisiko bei Hausärzten ist gering. Kommt es jedoch zu Liquiditätsengpässen, sind häufig die Gründe im privaten bzw. steuerlichen Bereich zu suchen. Insgesamt waren bundesweit nur 93 Hausarztpraxen (Vorjahr: 80 Praxen) von einer Insolvenz betroffen. Das tatsächliche Ausfallrisiko steht damit im starken Gegensatz zu den Zahlen, die teilweise auch von ärztlichen Interessengruppen veröffentlicht werden und davon ausgehen, dass rund ein Drittel aller Arztpraxen große wirtschaftliche Probleme hat.«

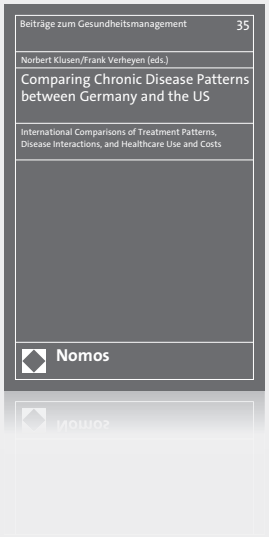
Fazit

Entgegen den Klagen vieler Ärzte-Funktionäre hat es in den vergangenen Jahren keine Honorareinbußen bei der Gesamtvergütung aus den GKV-Mitteln gegeben. Jede Kassenärztliche Vereinigung verfügt über mehr Geld als jemals zuvor – nur die innerärztliche Verteilung des Honorars ist immer unübersichtlicher geworden und wird, auch Dank der gesetzgeberischen Vorgaben aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz, noch weniger für den einzelnen Arzt, den Patienten, den handlungswilligen Politiker oder die zahlende Krankenkassen nachvollziehbar. Die KVen bzw. die Vertreterversammlungen sind hier gefordert, für Transparenz über den Verbleib der GKV-Honorare zu sorgen. Dies gilt vor allem für die Transparenz über die Verteilung innerhalb der einzelnen Arztgruppen einer jeden KV. Nur dies kann für eine nachhaltige Vergütungsgerechtigkeit sorgen.

Entgegen den Klagen vieler Ärzte-Funktionäre hat es in den vergangenen Jahren keine Honorareinbußen bei der Gesamtvergütung gegeben.

Nach den repräsentativen Erhebungen des Statistischen Bundesamtes haben die Ärztinnen und Ärzte auch in den Jahren vor dem GKV-WSG deutliche Zuwächse verzeichnen können. So betrug laut Statischem Bundesamt im Jahr 2007 der durchschnittliche Reinertrag eines niedergelassen Arztes 142.000 Euro im Jahr. Das ist im Vergleich zur letzten Erhebung aus dem Jahr 2002 ein Plus von 12,7%. Damit sind die Honorare stärker angestiegen als die Bruttoverdienste der Arbeitnehmer in Deutschland. ■

Ländervergleich: Patientenversorgung



Comparing Chronic Disease Patterns between Germany and the US

International Comparisons of Treatment Patterns, Disease Interactions and Healthcare Use and Costs

Herausgegeben von Norbert Klusen und Frank Verheyen

2012, 179 S., brosch., 24,– €
ISBN 978-3-8329-7477-0

(Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 35)

Ländervergleich USA-Deutschland: Welche Unterschiede existieren in der Versorgung chronischer Krankheiten? Worin unterscheiden sich Qualität und Kosten? Was können wir voneinander lernen? Ausgehend von Hunderttausenden an Abrechnungsdaten diesseits und jenseits des Atlantiks werden erstmals Behandlungsmuster und -ergebnisse miteinander verglichen.

www.nomos-shop.de/14664

Nomos

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2012-2-66
Generiert durch IP '3.141.25.201', am 12.10.2024, 05:19:36.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.