

Peter von der Lippe

Standardisierung der Einnahmen einer Arztpraxis

Methoden der Honorarumrechnung auf Einnahmen einer "Normpraxis", die ausschließlich EBM-Leistungen (für GKV Patienten) in Vollzeit erbringt

Zusammenfassung

Es gibt einen Bedarf an Zahlen zur Kosten- und Erlössituation, die für solche Arztpraxen gelten würden, die in einer jährlichen Arbeitszeit von $A^* = 140.148$ Minuten ausschließlich Leistungen für GKV-Patienten erbringen. Zu diesem Zweck werden erhobene Daten tatsächlich bestehender Arztpraxen in Einnahmen (Umsätze) und Reinerträge einer solchen fiktiven "Normpraxis" umgerechnet ("standardisiert"). Eine bei der Standardisierung bezüglich der Struktur (GKV/PKV) der Patienten bisher verbreitet angewandte Methode, besteht in der Division der Einnahmen E durch einen Faktor η , der definiert ist als $\eta = u/p$. Hierin ist u der Anteil der PKV-Einnahmen an den gesamten Einnahmen und p der Anteil der PKV-Patienten an den Gesamtzahl der Patienten einer Praxis.

Der Beitrag zeigt, dass diese " η Methode" erhebliche Mängel hat und nicht zu rechtfertigen ist. Die Größe η ist nicht nur in den Grenzfällen $p = 0$ (reine Privatpraxis) und $p = 1$ (nur "Kassenpatienten") offensichtlich unsinnig, sie kann auch in den zwischen den Extremen liegenden Fällen in die falsche Richtung weisen. Es ist davon auszugehen, dass ein Arzt wegen der Vergütungsunterschiede zwischen PKV und GKV im Durchschnitt pro PKV-Patient ein höheres Honorar erhält als pro GKV Patient. Das Verhältnis dieser beiden Pro-Kopf-Einnahmen (der "Aufschlagfaktor" α) wird also in der Regel größer als 1 sein, mit der Folge, dass sich die Einnahmen einer Praxis mit zunehmendem Privatpatientenanteil p immer weiter nach oben entfernen von den Einnahmen, die eine "Nur-GKV-Praxis" (als Norm) hätte. Der Koeffizient, durch den bei der Standardisierung dividiert werden muss, um von den erhobenen (tatsächlichen) Einnahmen zu den (fiktiven) Standardeinnahmen zu gelangen sollte also (sofern $\alpha > 1$ ist) mit wachsendem p zunehmen. Das ist bei η nicht gesichert, η kann sogar mit zunehmenden p abnehmen (weil u weniger als p zunimmt) und in diesem Sinne – wie gesagt – genau in die falsche Richtung weisen.

Die Arbeit verwirft die η Methode und plädiert für die " λ Methode" mit einem allein aus Definitionsgleichungen hergeleiteten Koeffizienten λ (statt η). Die Zusammenhänge zwischen η , α und λ sowie die zur Diskussion der Eigenschaften der beiden Methoden entwickelten Gleichungen erscheinen auf dem ersten Blick etwas verwickelt. Man erhält aber im Endeffekt folgenden einfachen Zusammenhang $\lambda_i = \frac{1-p_i}{1-u_i}$ im Unterschied zu $\eta_i = \frac{u_i}{p_i}$. Hat man für eine Praxis i (mit $i = 1, \dots, n$) die Größen (Anteile) u_i und p_i um $\eta_i = u_i/p_i$ zu berechnen, dann hat man somit offensichtlich auch alle Daten, die nötig sind, um λ_i zu berechnen.

Die λ Methode verlangt also nicht mehr oder andere Daten als die für die abzulehnende η Methode erforderlichen Daten. Mit ihr erhält man aber quasi als Nebenprodukt auch den Auf-

schlagfaktor α_i der i -ten Praxis; denn λ_i ist eine Funktion von α_i . Anders als η_i hängt λ_i in einer unmittelbar plausiblen Weise von α_i und p_i ab: Bei gegebenem Wert für α_i steigt λ_i mit zunehmendem Privatpatientenanteil p_i und entsprechend steigt λ_i bei gegebenem p_i wenn α_i zunimmt.

Die Größe α_i , die zeigt, um wie viel ein Arzt (die Praxis i) im Schnitt bei einem Privatpatienten mehr verdient als bei einem Kassenpatienten ist auch als solche von Interesse. Es ist insbesondere von Interesse α_i über die n Praxen einer Gruppe von Praxen (z.B. die Gruppe der Hausärzte) zu aggregieren, und so z.B. einen Aufschlagfaktor für Hausärzte zu berechnen, der mit anderen Schätzungen (auf Basis anderer Methoden und anderer Daten) verglichen werden kann. Da es für die Aggregation verschiedene Möglichkeiten gibt und die entsprechenden Zusammenhänge nicht einfach sind, habe ich sie in einer gesonderten Ausarbeitung dargestellt.

Die vorliegende Arbeit und auch eine darauf aufbauende Arbeit über mögliche Schätzungen des Aufschlagfaktors α (durch Aggregation der α_i) habe ich, im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI-Berlin) verfasst. Letztere ist unveröffentlicht und für interne Zwecke des ZI gedacht. Die Veröffentlichung des vorliegenden Papiers wurde vom ZI-Vorstand Ende Oktober 2011 genehmigt.