

# Evaluation der ärztlichen Jahresarbeitszeit und des Referenzeinkommens

TARDOC-Entwicklungskonzept zuhanden des Bundesrats

---

## 1 Hintergrund

### 1.1 Situation im TARDOC 1.3.1

Der TARDOC 1.3.1 geht von einer tarifwirksamen Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte von 208,7 Tagen pro Jahr aus. Dieser Wert entspricht den Annahmen des TARMED und berücksichtigt geplante wie auch ungeplante Absenzen im Jahresverlauf (Wochenenden, Ferien, Krankheitstage, Weiterbildung usw.). Dieser Wert wird mit einer Normalarbeitszeit von 9,2 Stunden pro Tag multipliziert und führt somit zur Jahresarbeitszeit von 1920 Stunden. Gemeinsam mit dem hinterlegten Referenzeinkommen von 234 887 Franken und dem spartenspezifischen Tarifwirksamkeitsindex (TWI) ergibt sich der Minutenkostensatz der ärztlichen Leistung (AL).

Beim **Referenzeinkommen** in der Höhe von 234 887 Franken handelt es sich nicht um ein effektiv realisierbares Einkommen, sondern – wie bei allen Preis- und Kosteninformationen im TARDOC – um eine rein **kalkulatorische Grösse** für die Berechnung der Taxpunkte. Das effektive Einkommen liegt aufgrund des External Factor (0,83) und des kantonalen Taxpunktswerts deutlich tiefer. Bei einem mittleren Taxpunktswert von 88 Rappen ergibt sich ein realisierbares Einkommen von 171 561 Franken.

Die getroffenen Annahmen hinsichtlich der **Jahresarbeitszeit** und des **Referenzeinkommens** haben im Rahmen des Genehmigungsprozesses immer wieder für Diskussionen gesorgt. Im Brief des Bundesrats vom 3. Juni 2022 fordert dieser, dass der im TARDOC hinterlegte Referenzlohn an die kürzere Arbeitszeit der Ärztinnen im praxisambulanten Sektor angepasst wird. Dies würde jedoch zu einer substanziellen Abwertung der AL im TARDOC führen und widerspräche der Logik der für den TARDOC gewählten Methode zur Bestimmung des Referenzeinkommens.

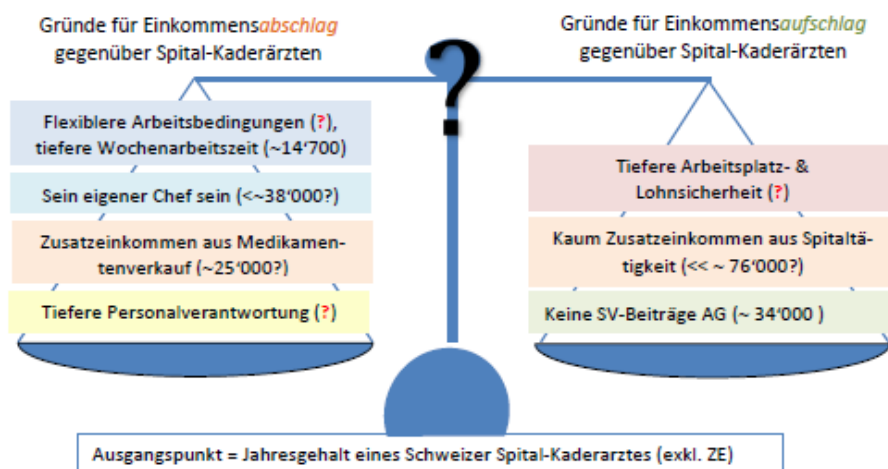
Die Grundlagenstudie von Wieser u.a. (2017) stützt sich auf das sogenannte **Opportunitätskostenprinzip im engeren Sinn**. Dabei steht die Frage im Zentrum, was ein frei praktizierender Arzt als Arzt in einem Anstellungsverhältnis unter vergleichbaren Bedingungen hätte verdienen können. Im konkreten Fall der Schweiz ist damit eine typische Karriere im Spital gemeint, die mit einer Anstellung als Oberarzt beginnt und ggf. als leitender Arzt bzw. Chefarzt beendet wird. Das Opportunitätskostenprinzip im engeren Sinn basiert auf der Überlegung, dass ein Arzt indifferent ist zwischen einer Anstellung im Spital und einer Tätigkeit in der freien Praxis. Die Verwendung der Löhne von Spitalärzten in Kaderpositionen erscheint unter Berücksichtigung aller Umstände (Exogenität, Vergleichbarkeit, Transparenz und Verfügbarkeit von Daten) der bestgeeignete Ansatz zu sein und wird von den Tarifpartnern nicht zur Disposition gestellt.

Das Abstützen auf das Opportunitätskostenprinzip bedeutet nicht, dass der Durchschnittslohn einer Spitalärztin 1 zu 1 als Referenzeinkommen übernommen werden kann. Das von Prof. Simon Wieser (ZHAW) errechnete Referenzeinkommen des TARDOC berücksichtigt verschiedene **Gründe für einen Einkommensauf- und -abschlag** einer Tätigkeit in der freien Praxis gegenüber einer Anstellung im Spital (vgl. Abbildung 1). Darunter fällt auch die tiefere Wochenarbeitszeit der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu den angestellten Ober-, Chef- sowie leitenden Ärzten im Spital. Würde das errechnete Referenzeinkommen – wie vom Bundesrat gefordert – an die kürzere Wochenarbeitszeit

angepasst, kippte die unten dargestellte Waage zu Gunsten der Spitalkaderärztinnen. Genauso ändert sich die Neigung der Waage, wenn ein anderer Teil des Zusatzeinkommens anders gewichtet wird.

Damit der Forderung des Bundesrats Rechnung getragen werden kann, müssen die **Faktoren** des Referenzeinkommens möglichst exakt **quantifiziert** werden. Dabei sind pekuniäre Elemente (Zusatzeinkommen, Arbeitszeit, Sozialversicherungsbeiträge) von jenen Faktoren zu unterscheiden, die in der subjektiven Wahrnehmung unterschiedlich wertgeschätzt werden (selbständige Erwerbstätigkeit, Führungsfunktion, Personalverantwortung). Sollte sich durch die Quantifizierung der Faktoren herausstellen, dass sich die Waage im Ungleichgewicht befindet, so ist das kalkulatorische Referenzeinkommen entsprechend nach oben / unten anzupassen.

**Abbildung 1:** Lohnrelevante Unterschiede einer Anstellung im Spital ggü. einer Tätigkeit in der freien Praxis



Quelle: ZHAW (2019)

Das kalkulatorische Referenzeinkommen  $Y_{RE}$  ist als das **um die pekuniären Zu- resp. Abschläge und der kürzeren Arbeitszeit einer praxisambulanten Tätigkeit bereinigte Einkommen eines durchschnittlichen Spitalarztes** definiert oder formal:

$$Y_{RE} = (w_{spital} \times h_{spital} + SV_{spital} + ZE_{spital} - ZE_{praxis}) \times \frac{h_{praxis}}{h_{spital}}$$

$Y_{RE}$	Kalkulatorisches Referenzeinkommen
$w_{spital}$	Stundenlohn eines Spitalarztes in CHF
$h_i$	Durchschnittliche Jahresarbeitszeit im Spital / in der freien Praxis in Stunden
$ZE_i$	Erzielbares Zusatzeinkommen im Spital / in der freien Praxis in CHF
$SV_{spital}$	Arbeitgeberseitige Sozialversicherungsbeiträge für Spitalärzte in CHF

Im einfachsten Fall mit identischer Arbeitszeit ( $h_{spital} = h_{praxis}$ ) und ohne strukturelle lohnrelevante Unterschiede zwischen den Sektoren ( $ZE_{spital} + SV_{spital} = ZE_{praxis}$ ) entspricht das Referenzeinkommen dem Jahreseinkommen im Spital ( $w_{spital} \times h_{spital}$ ). In allen anderen Fällen ist eine Korrektur nach oben oder unten nötig. So ist das Referenzeinkommen nach unten anzupassen, falls die pekuniären Vorteile einer Tätigkeit in der freien Praxis überwiegen ( $ZE_{spital} + SV_{spital} < ZE_{praxis}$ ) und/oder die Arbeitszeit kürzer ausfällt als im Spital ( $h_{spital} > h_{praxis}$ ). Im gegenteiligen Fall ist ein höheres Referenzeinkommen erforderlich.

## 1.2 Ziele des Projekts

- Überprüfung der lohnrelevanten Unterschiede eines Spitalarztes und eines frei praktizierenden Arztes im Hinblick auf die Berechnung des ärztlichen Referenzeinkommens.
- Quantifizierung der lohnrelevanten Unterschiede anhand einer Analyse wissenschaftlicher Quellen und anschliessende Neuberechnung des ärztlichen Referenzeinkommens.
- Als lohnrelevante Unterschiede werden folgende Faktoren bezeichnet: Jahresarbeitszeit im Spital, Jahresarbeitszeit in der freien Praxis, Zusatzeinkommen aus der direkten Medikamentenabgabe in der Praxis, Zusatzeinkommen aus der spitalärztlichen Tätigkeit (z.B. variable Lohnbestandteile, Honorare, Einnahmen aus ambulanter Tätigkeit, Fondsbeteiligungen, Boni), arbeitgeberseitige Sozialversicherungsbeiträge im Spital.

## 1.3 Grundlegendokumente

Geiser, Th. (2021): «Stellungnahme zur tarifarisch festgelegten ärztlichen Jahresarbeitszeit im Arzttarif TARDOC».

Wieser, S., Brunner, B. und Schmidt, M. (2017): «Schlussbericht Ärztliches Referenzeinkommen: Datengrundlagen und Berechnungsmethoden - Studie im Auftrag der FMH», Anhang 1a des Tarifierungshandbuchs.

Wieser, S. und Thommen, Ch. (2021): «Aktualisierung Ärztliches Referenzeinkommen für das Jahr 2019 - Kurzstudie im Auftrag der ats-tms AG», Anhang 1b des Tarifierungshandbuchs.

## 2 Vorgehensvorschlag

In einem ersten Schritt werden gemeinsam mit externen Experten die lohnrelevanten Unterschiede überprüft (vgl. Abbildung 1). Davon wird eine Teilmenge an Faktoren bestimmt, die sich anhand geeigneter Daten explizit quantifizieren lassen. Aus heutiger Sicht sind ausschliesslich die folgenden lohnrelevanten Faktoren quantifizierbar (potenzielle Erhebungsmethoden in Klammern):

- (1) Ärztliche Arbeitszeit (Nutzung von Sekundärdaten aus dem Spitalbereich, Arbeitszeiterhebung zusammen mit der Erhebung des TWI mittels Multimomentaufnahme, vgl. TARDOC-Entwicklungskonzept TWI)
- (2) Zusatzeinkommen aus Medikamentenverkauf (Nutzung vorhandener Auswertungen, Analyse von SASIS-Daten)
- (3) Zusatzeinkommen aus Spitaltätigkeit in Form von Honoraren, Fonds- und Gewinnbeteiligungen (Nutzung vorhandener Auswertungen, Repräsentative Erhebung bei Spitalern)
- (4) Effektive bezahlte Sozialversicherungsbeiträge in den Spitalern (Repräsentative Umfrage bei Spitalern)

### 2.1 Phase 1: Festlegung des Analyserahmens

Die Projektorganisation nimmt in einem ersten Schritt eine eng gefasste Definition der lohnrelevanten Unterschiede zwischen einem Spital-Kaderarzt und einem frei praktizierenden Arzt auf der Basis der obigen Ausführungen vor (vgl. Kap. 1.2). Basis für die Diskussion bildet die Studie von Wieser u.a. (2017). Die Autoren der Studie nehmen Einsitz in die PrO und stellen ihre Expertise in diesem Bereich zur Verfügung.

---

<sup>1</sup> Da die Erhebung der ärztlichen Arbeitszeit im Rahmen des TWI-Projekts erfolgt, wird an dieser Stelle auf weitere Erläuterungen verzichtet.

Die Studienautoren werden zudem eine Machbarkeitsanalyse vornehmen, welche Auskunft darüber geben wird, inwiefern die notwendigen Daten aus bestehenden Erhebungen benutzt werden können und wo aufgrund einer mangelnden oder qualitativ ungenügenden Datenlage Primärerhebungen nötig sind.

## 2.2 Phase 2: Datenerhebung und -auswertung

Stand heute sollte es möglich sein, die **Zusatzeinkünfte aus der Selbstdispensation von Medikamenten** anhand bestehender Daten auszuwerten. So kommt bspw. der Krankenversicherer Helsana zum Schluss, dass der Reingewinn der SD-Arztpraxen im Jahr 2017 rund 330 Mio. Franken betragen dürfte.<sup>2</sup> Heruntergebrochen auf die einzelne SD-Arztpraxis ergibt dies einen Wert von rund 61 000 Franken pro Jahr. Dieser Wert ist für die gesamte Ärzteschaft jedoch nicht repräsentativ, da bei weitem nicht alle Arztpraxen in der Schweiz Medikamente abgeben dürfen. Daher führt eine Berücksichtigung der SD-Erträge immer zu einer Benachteiligung eines Teils der Ärzteschaft. Für eine schweizweit repräsentative Analyse alle SD- und Nicht-SD-Arztpraxen können u.a. die Daten des SASIS-Datenpools herangezogen werden.

Die effektiven **Sozialversicherungsbeiträge** in den Spitälern und **Zusatzeinkommen aus der Spitaltätigkeit** können vermutlich nicht aus bestehenden, öffentlichen Erhebungen abgeleitet werden, sondern bedingen eine Befragung der Arbeit gebenden Stellen. Die Projektorganisation wird hierfür einen Stichprobenplan definieren für eine repräsentative Erhebung bei den Schweizer Spitälern. Für die Durchführung der Erhebung wird ein zweiteiliger Fragebogen (SV-Beiträge, Zusatzeinkommen) erstellt, welcher den teilnehmenden Spitälern in elektronischer Form übermittelt wird. Damit der Aufwand für die Spitäler möglichst gering gehalten werden kann und Missverständnisse verhindert werden können, wird der Fragebogen in einem kurzen Pilotversuch vorab von einigen Spitälern getestet. Die erhaltenen Daten werden nach Ende des Befragungszeitraums plausibilisiert und danach die Durchschnittswerte berechnet.

## 2.3 Phase 3: Endauswertung der lohnrelevanten Faktoren und Festlegung des Referenzeinkommens

Sobald alle quantifizierbaren Faktoren erhoben wurden, wird mithilfe der aktuellen Version der Krankenhausstatistik das neue Referenzeinkommen berechnet. Sollte die Projektsteuerungsgruppe zum Schluss kommen, dass nicht quantifizierbare Faktoren bestehen, welche als lohnrelevant eingestuft werden, sind diese bei der abschliessenden Festlegung des Referenzeinkommens zu berücksichtigen.

Die Projektorganisation wird die Ergebnisse diskutieren und daraufhin eine Empfehlung zuhanden des Verwaltungsrats formulieren. Falls die Projektorganisation die Genauigkeit der Ergebnisse als ungenügend einstuft oder sie Zweifel hegt bezüglich der Repräsentativität und Validität der Ergebnisse, kann sie Nachbefragungen und zusätzliche Auswertungen vorsehen.

Die Empfehlung der Projektorganisation hält fest, ob und wie das ärztliche Referenzeinkommen für eine künftige Tarifversion angepasst werden soll. Zudem wird die Projektorganisation dem Verwaltungsrat einen Vorschlag unterbreiten, in welchem Zyklus das Referenzeinkommen künftig aktualisiert werden soll.

---

<sup>2</sup> Die Auswertung bezieht sich auf eine Stichprobe von 5046 SD-Grundversorger und SD-Spezialisten für das Jahr 2017, vgl. Helsana (2021): «Standpunkt – Magazin zur Gesundheitspolitik von Helsana», Nr. 2/2021, S. 6-7.

### 3 Administratives

#### 3.1 Projektorganisation

##### Projektsteuerungsgruppe

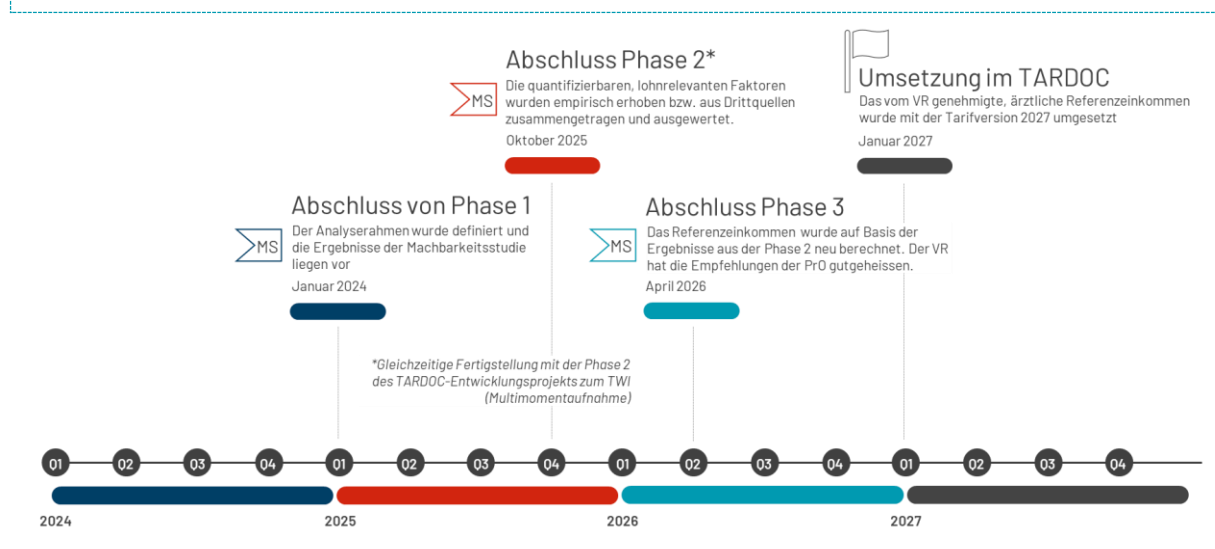
Person	Institution	Rolle
Dr. Christof Haudenschild	ats-tms AG	Projektleitung
Kristina Mircetic	ats-tms AG	Projektmitarbeiterin
Christian Oeschger	FMH	Vertreter Leistungserbringer
Kerstin Schutz	FMH	Vertreter Leistungserbringer
n.n.	H+	Vertreter Leistungserbringer
Maja Eckold	curafutura	Vertreter Kostenträger
Philippe Hayoz	MTK	Vertreter Kostenträger
n.n.	santésuisse	Vertreter Kostenträger

##### Externe Fachpersonen

Person	Institution	Rolle
Prof. Dr. Simon Wieser	ZHAW	Gesundheitsökonomische Beratung
<b>Weitere Vertretungen nach Absprache</b>		

#### 3.2 Zeitplan und Meilensteine

Abbildung 2: Zeitplan mit frühestmöglichem Umsetzungszeitpunkt



Quelle: ats-tms (2022)

#### 3.3 Budget

Kostenart	Phase 1	Phase 2	Phase 3	Total
Personalkosten <sup>1</sup>	1 600 CHF	3 200 CHF	4 000 CHF	8 800 CHF
Honorare für externe Fachpersonen <sup>2</sup>	11 200 CHF	40 000 CHF	4 800 CHF	56 000 CHF

Sachkosten/IT (Online-Befragung)	-	2 000 CHF	-	2 000 CHF
<b>Total</b>	<b>12 800 CHF</b>	<b>45 200 CHF</b>	<b>8 800 CHF</b>	<b>66 800 CHF</b>

<sup>1</sup>Für das interne Personal wurde ein Tagessatz von 800 Franken angenommen. <sup>2</sup>Für die externen Fachpersonen wurde ein Tagessatz von 1600 Franken angenommen.