



EXPERIMENT BÜRGERVERSICHERUNG –

BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR

Was beim Einbezug der Privatversicherten in den
Gesundheitsfonds auf dem Spiel steht

Dr. Hans-Joachim Kaiser
Dr. Michael Klinger

Dr. Hans-Joachim Kaiser
Dr. Michael Klinger

EXPERIMENT BÜRGERVERSICHERUNG – BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR

Was beim Einbezug der Privatversicherten in den
Gesundheitsfonds auf dem Spiel steht

ZUM GELEIT

Der deutsche Gesundheitsmarkt befindet sich in Veränderung. Das betrifft auch die Bedeutung privatärztlicher Leistungen für die Sicherstellung der Versorgung in der Praxis. Denn der medizinische Fortschritt und veränderte Patientenansprüche haben die Inhalte und den Aufwand der ärztlichen Arbeit in großen Teilen bereits neu definiert. Das wird allein schon beim Vergleich der typischen Leistungen einer Praxis in den 90er Jahren und heute deutlich. Und dieser Veränderungsprozess schreitet mit der zunehmenden Erosion der Finanzierungsbasis im GKV-System unaufhaltsam weiter fort.

Der privatärztliche Leistungsbereich hat längst eine zentrale Bedeutung für das weitere Funktionieren des gesamten Gesundheitssystems gewonnen. Er ermöglicht allen Patientinnen und Patienten die Teilhabe am medizinischen Fortschritt, weil er einen erheblichen Anteil wichtiger Investitionsaufwendungen in der Praxis finanziert. Gleichwohl weckt dieser Umstand auch seit vielen Jahren politische Begehrlichkeiten, über eine Vereinheitlichung der Finanzierungsbasis eine vermeintliche Zukunftsfestigkeit des Gesundheitswesens herstellen zu wollen. Die konkreten Ausgestaltungen und Ansätze, ja die Transmissionsriemen dieser Idee verändern sich von Wahl zu Wahl. Gemein ist ihnen die Grundidee. Deshalb erscheint und erschien es uns immer als Aufgabe der Privatärztlichen Verrechnungsstellen, die Bedeutung der privatärztlichen (Mehr-)Umsätze für die einzelnen Facharztgruppen zu beziffern und einer sachlichen politischen Diskussion zur Verfügung zu stellen.

Ich habe dieses Projekt in der Federführung erstmals im Jahre 2013 – auch in meiner Funktion als Stellvertretender Vorsitzender des PVS Verbandes – gerne übernommen. Den Staffelstab reiche ich nun weiter an meinen Kollegen, Dr. med.

Michael Klinger, der mit dieser mittlerweile dritten und völlig überarbeiteten Neuauflage neue Akzente setzt, aber auch wertvolle Erkenntnisse zur Bedeutung der privatärztlichen Tätigkeit in einem sich verändernden Gesundheitswesen beisteuert.

Aurich/Berlin im August 2021

Dr. med. Hans-Joachim Kaiser

Übersicht

Zum Geleit5
Vorwort9
1 Die medizinische Versorgung in Deutschland	11
2 Die Vergütung der Ärzte in der Bürgerversicherung	13
3 „Bedrohte“ Vergütung der Ärzte in Zahlen.	17
3.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen	17
3.1.a Bedrohte Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit.	17
3.1.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit	19
3.1.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit	21
3.2 Fachärztliche Betrachtungen	22
3.2.a Bedrohte Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit.	23
3.2.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit	25
3.2.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit	27
4 BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR.	29
4.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen	29
4.2 Fachärztliche Betrachtungen	30
5 Zusammenfassung und Fazit	33
 Impressum	 39

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bedrohte Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit in der Bürgerversicherung . . .	18
Tabelle 2: Verlust von Arzthonoraren im Fall einer Bürgerversicherung	20
Tabelle 3: Jährliche Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen	24
Tabelle 4: Jährliche Verluste von Arzthonoraren nach Facharztgruppen	27
Tabelle 5: Verluste von Arzthonoraren in Gegenwerten	30

VORWORT

Grüne, SPD und DIE LINKE positionieren sich im Vorfeld der Bundestagswahl 2021 offensiv für eine Bürgerversicherung. Im Falle einer Realisierung würde dies weitreichende Folgen haben.

Der PVS Verband ist mit der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen, welche konkreten Auswirkungen der – mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene – Vergütungswegfall für die Ärzte, die medizinische Infrastruktur und letztlich für die Versicherten haben würde. Eine besondere Beachtung findet dabei das Bürgerversicherungs-Modell der Grünen, demzufolge die Privatversicherten einkommensabhängige Beiträge in den Gesundheitsfonds der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einzahlen müssten. Das zeitnahe Ende der Privaten Krankenversicherung (PKV) wäre die Folge.

Die Ergebnisse zeigen: Im Fall einer Bürgerversicherung entspräche – voraussichtlich schon nach einer Legislaturperiode – der Verlust bei den Arzthonoraren im Schnitt einem Minus von mehr als 55.000 Euro für jeden in Deutschland ambulant niedergelassenen Mediziner. Besonders hart trifft der Einnahmenrückgang den fachärztlichen Bereich. Einem HNO-Arzt beispielsweise, dessen Umsatz aus privatärztlicher Tätigkeit gut ein Drittel seiner Gesamteinnahmen ausmacht, würde nach den Berechnungen des PVS Verbandes ein jährlicher Verlust von etwa 114.000 Euro drohen. Ähnlich erginge es den Internisten und Gynäkologen, die mit Einbußen von mehr als 57.000 beziehungsweise 51.000 Euro zu rechnen hätten. Praxisinvestitionen würden damit kaum mehr finanzierbar sein. Die fachärztliche Versorgung würde zunehmend in die Krankenhäuser verlagert werden. Klassische Facharztpraxen wären betriebswirtschaftlich zunehmend nicht mehr tragbar.

Auch die Befürworter der Bürgerversicherung erkennen an, dass die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung („GKV für alle“) zu Honorarverlusten bei den Ärzten führen würde. Aber konkrete Vorschläge, wie diese Honorarverluste ohne Beitragssprünge oder Leistungskürzungen für die Versicherten kompensiert werden könnten, sind nicht existent. Im Gegenteil: Aus Sicht der Bürgerversicherungs-Befürworter bietet gerade das Modell der Grünen den „Charme“, sowohl in den Koalitionsverhandlungen politisch anschlussfähig zu sein als auch die Fragen nach der ärztlichen Vergütung auf „kaltem Wege“ zu erledigen. Das Vehikel heißt „Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds“. Mit dem Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds würden immer mehr Menschen aus der PKV mehr oder weniger freiwillig in eine Bürgerversicherung gezwungen. Entsprechend schnell würde für immer mehr Menschen nicht die Gebührenverordnung für Ärzte (GOÄ), sondern der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) Grundlage der ärztlichen Behandlung sein.

1 DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem sehr gut ab. Unabhängig von der Einkommenssituation erhalten alle Menschen schnellen Zugang zur ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Zu diesem Schluss kommen zahlreiche internationale Organisationen, wissenschaftliche Einrichtungen und Institutionen¹. Zum deutschen Gesundheitssystem gehören 409.121 berufstätige Ärzte², über 19.000 Apotheken³ und 1.914 Krankenhäuser⁴. Diese und andere Gesundheitsdienstleister gewährleisten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Auch in der Corona-Pandemie konnten und können sich die Menschen in Deutschland auf eine leistungsstarke medizinische Infrastruktur verlassen. Das gilt für die ambulante und stationäre Betreuung von COVID-Patienten genauso wie für den Impffortschritt, der vor allem von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten getragen wird.

Finanziert wird die medizinische Infrastruktur auch und in besonderem Maße von den Privatpatienten. Die Privatpatienten leisten für das medizinische Versorgungssystem in Deutschland einen hohen, von Finanz- und Wirtschaftskrisen unabhängigen und stabilen Finanzierungsbeitrag. Denn Ärzte erhalten für die Behandlung von privat versicherten Patienten eine angemessene(re) Vergütung.

¹ Vgl. z. B. Commonwealth Fund International Health Policy Survey (2020).

² Angaben der Bundesärztekammer für das Jahr 2020.

³ Angaben der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände für das Jahr 2019.

⁴ Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft für das Jahr 2019.

Budgetierungen sind dabei unbekannt. So können die niedergelassenen Ärzte in Deutschland zum Beispiel in medizinische Geräte, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne sowie personell gut ausgestattete Praxisinfrastruktur investieren.

Der Beitrag der Privatpatienten zur medizinischen Infrastruktur sowohl in der Stadt als auch auf dem Land wird indes von unterschiedlichen politischen Akteuren immer wieder in Frage gestellt. Das Leitmotiv heißt „Bürgerversicherung“. Dabei wird mal von Schritten in Richtung eines „integrierten Systems“ gesprochen, mal ist vom „Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds“ die Rede. Alle Vorschläge liefen auf ein schnelles Ende des deutschen Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV zugunsten einer Einheitsversicherung („GKV für alle“) hinaus. Vor allem der Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds – das Bürgerversicherungs-Modell der Grünen – würde die Existenz der PKV voraussichtlich schon nach einer Legislaturperiode grundsätzlich in Frage stellen (vgl. Abschnitt 2). Dies hätte Konsequenzen, denn ohne die Privatpatienten entfielen auch ihr überproportionaler Finanzierungsbeitrag. Je mehr, je schneller Menschen aus der PKV mehr oder weniger freiwillig in eine Bürgerversicherung gezwungen werden, desto häufiger ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab beziehungsweise desto weniger häufig ist die Gebührenverordnung für Ärzte Grundlage der ärztlichen Behandlung. Dies hätte Auswirkungen auf die Höhe der ärztlichen Vergütung und damit auf die betriebswirtschaftliche Führung einer ärztlichen Praxis. Vor allem aber stünde – zum Nachteil aller – die im internationalen Vergleich führende medizinische Infrastruktur auf dem Spiel.

2 DIE VERGÜTUNG DER ÄRZTE IN DER BÜRGERVERSICHERUNG

Grüne, SPD und DIE LINKE fordern unter dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ eine Radikalreform des deutschen Gesundheitswesens. Trotz Unterschieden im Detail verpflichteten sich die Parteien dabei einem übergeordneten Ziel. Der in der GKV pflichtversicherte Personenkreis soll auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet und die PKV in ihrer heutigen Ausprägung praktisch abgeschafft werden.

Zur Idee der Bürgerversicherung gehört auch eine einheitliche, allgemeingültige ärztliche Honorar- und Vergütungsordnung. Heute sind in der ärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland zwei Vergütungsordnungen fest etabliert: der EBM und die GOÄ. Der EBM ist ein Verzeichnis, nach dem nahezu alle ambulanten Leistungen zulasten der GKV abgerechnet werden. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen. Für Privatpatienten gilt die GOÄ. Die GOÄ ist Abrechnungsgrundlage in der PKV.

Wer eine einheitliche Bürgerversicherung etablieren will, muss eine neue (einheitliche) Gebührenordnung schaffen oder – als Alternative – Schritt für Schritt die Bedeutung der geltenden GOÄ marginalisieren. Die einheitliche Gebührenordnung setzt voraus, dass die GOÄ und der EBM von der Höhe der Vergütung, der Funktionalität und der Abrechnungsarithmetik her vollends vereinheitlicht werden. Dass diese Vereinheitlichung möglich ist, das hat die von der Bundesregierung beauftragte KOMV im Januar 2020 verneint. Angesichts der bestehenden, sehr unterschiedlich gestalteten Versicherungssysteme empfiehlt die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) ausdrück-

lich KEINE gemeinsame Honorarordnung mit einheitlichen Preisen⁵. Eine Schritt für Schritt marginalisierte GOÄ dagegen ist das Ziel des Bürgerversicherungs-Modells der Grünen. Die Beschlusslage der Partei zur Bundestagswahl zielt dabei nicht nur, aber insbesondere auf den Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds der GKV ab.

DIE GRÜNEN

Im Entwurf des Bundestagswahlprogramms der Grünen heißt es: „Unser Ziel ist eine solidarisch finanzierte Bürgerversicherung, in der jede*r unabhängig vom Einkommen die Versorgung bekommt, die er oder sie braucht. Die Bürgerversicherung bezieht alle in die Finanzierung eines leistungsstarken Versicherungssystems ein. [...] Neben Löhnen und Gehältern sollen Beiträge auf Kapitaleinkommen erhoben werden.“⁶ Was das im Detail heißt, das wird im Fraktionspapier zur grünen Bürgerversicherung – beschlossen am 23.03.2021 – konkretisiert. Dort heißt es: „Privat Versicherte zahlen künftig ebenso wie bisher gesetzlich Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag. Bei privat Versicherten fließt dieser an den Gesundheitsfonds. [...] Gleichzeitig [...] erhalten [Privatversicherte] aus dem Fonds einen Zuschuss, mit dem sie ihre Prämien in der privaten Krankenversicherung begleichen können. Er entspricht in der Höhe etwa der Zuweisung, die gesetzliche Krankenkassen für vergleichbare Versicherte aus dem Gesundheitsfonds erhalten.“⁷

Der Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds würde unmittelbar zum Ende der PKV führen. Privatversicherte müssten Doppel-Beiträge zahlen – einen einkommensabhängigen Beitrag in den Gesundheitsfonds minus einer Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds plus den regulären PKV-Beitrag. Konkret sähe das dann wie folgt aus: Zunächst müssten Privatversicherte bis zum GKV-Höchstbeitrag in Höhe von 769 Euro in den Gesundheitsfonds einzahlen.⁸ Ebendiesen Höchstbeitrag hätten i. d. R. angestellte Privatversicherte und viele Selbstständige zu zahlen. Aus dem Gesundheitsfonds wiederum würden sie in der Regel einen deutlich niedrigeren Zuschuss zurückerhalten. Im Durchschnitt lag diese Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten in der GKV im

5 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Pressemitteilung zur Vorlage des KOMV-Gutachtens, 28.01.2020.

6 Vgl. Entwurf des Wahlprogramms zur Bundestagswahl 2021 von Bündnis 90/Die Grünen, S. 66 f.

7 Vgl. Positionspapier der Bundestagsfraktion der Grünen zur Bürgerversicherung: Für alle solidarisch. Mit der Bürgerversicherung mehr Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Wahlfreiheit in unserer Krankenversicherung schaffen, 23.03.2021.

8 Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV liegt 2021 bei 58.050 Euro (monatlich 4.837,50 Euro). Bei einem durchschnittlichen Beitragssatz zur GKV in Höhe von 15,9 Prozent liegt der Höchstbeitrag bei 769,16 Euro.

Jahr 2020 bei 3.279 Euro.⁹ Das entspricht monatlich rund 273 Euro. Mit diesem Zuschuss wäre dann von den Versicherten der PKV-Beitrag zu zahlen, der zum Beispiel laut einer PKV-Langzeitstudie des IGES-Instituts bei einem Angestellten oder Selbständigen auf 563 Euro monatlich veranschlagt werden kann.¹⁰ Unter dem Strich entsteht für Privatversicherte ein beträchtliches Minusgeschäft, das zu massiven Beitragserhöhungen – hier plus 88,1 Prozent¹¹ – führen würde. Als finanzieller Ausweg würden die Versicherten mehr oder minder freiwillig aus der PKV und der damit verbundenen Vergütung der Ärzte nach der GOÄ „vertrieben“. Es käme zu einer Erosion der Privatversicherten in die GKV beziehungsweise in den EBM. Die Bürgerversicherung würde somit durch die „Hintertür“ zur Realität.

Die „erodierende“ Wirkung des Bürgerversicherungs-Modells der Grünen ist schon im Jahre 2016 vom wissenschaftlichen IGES-Institut bestätigt worden. Die IGES-Studie – beauftragt von der „bürgerversicherungsfreundlichen“ Hans-Böckler-Stiftung – hat die (zeitlichen) Auswirkungen auf die Zahl der Versicherten analysiert. IGES geht davon aus, dass den Privatversicherten bei Verbleib in der PKV und dem gleichzeitigen Einbezug in den Gesundheitsfonds erhebliche Mehrbelastungen entstehen. Im Ergebnis ginge – so IGES – in diesem Transformationsmodell zur Bürgerversicherung der Versicherungsbestand in der PKV innerhalb eines kurzen Zeitraums um mehr als 50 Prozent zurück. Das entspräche einer „erzwungenen“ Flucht von rund 4,4 Mio. Versicherten.¹²

SPD

Das konkrete Konzept für die Bürgerversicherung, mit dem die SPD in den Bundestagswahlkampf ziehen wird, liegt nicht vor. Die SPD hält sich – nach zahlreichen politischen Rückschlägen in den vergangenen Legislaturperioden – bewusst vage. Im Wahlprogramm der SPD heißt es lediglich: „Wir werden eine Bürgerversicherung einführen. Das bedeutet: Gleich guter Zugang zur medizinischen Versorgung für alle.“ Als Vorbild dieser „Ein-Satz-Bürgerversicherung“ dient die Funktionalität und Vergütungsarithmetik der GKV. Dabei würden die im Sachleistungsprinzip angelegten Formen der leistungsbegrenzenden Budgetierung sowie der EBM zum Maßstab und zur Vergütungsgrundlage für den gesamten ambulanten Bereich.

⁹ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020). Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds; www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614UEbersicht_Endgueltige_RE2016-2020.pdf; demnach betragen die Zuweisungen an den Gesundheitsfonds im Jahre 2020 genau 240.243.342.999,88 Euro. Teilt man diese Größe durch die Zahl der Versicherten in der GKV im Jahre 2020 (73.274.131), ergeben sich Zuweisungen von monatlich 273 Euro.

¹⁰ Vgl. IGES (2020), Beitragsentwicklung in der PKV, https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/beitragsentwicklung-in-der-pkv/index_ger.html.

¹¹ $(769 \text{ €} + 563 \text{ €} - 273 \text{ €}) / 563 \text{ €} = 1,88099467 = 88,1 \%$

¹² IGES (2016), Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung, S. 45 f. und S. 48.

DIE LINKE

Die LINKE reduziert das Gesundheitswesen auf öffentliche Daseinsvorsorge. Wenn man ein offenes Wort zur Vergütung der Ärzte im Wahlprogramm auch vergebens sucht, so macht die LINKE die GOÄ doch eindeutig verantwortlich für eine ungerechte Zwei-Klassen-Medizin. Folgerichtig heißt es im Leitantrag zum Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021: „Schluss mit der Zweiklassenmedizin. Wir wollen die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung abschaffen. In die Solidarische Gesundheitsversicherung zahlen alle mit ihren gesamten Einkünften (Erwerbs-, Kapital- und anderen Einkommen) ein.“ Im Kern soll die Finanzierung auf neue Füße gestellt werden. Vorbild ist die Gesetzliche Krankenversicherung. Folgerichtig ist abzusehen, dass die einheitliche Vergütung der Ärzte in der Solidarischen Gesundheitsversicherung einer Vergütung nach dem EBM entspricht.

WAS STEHT IN DER (GRÜNEN) BÜRGERVERSICHERUNG AUF DEM SPIEL?

Die Höhe und die Arithmetik der Vergütung in der Bürgerversicherung bedroht das Einkommen der Ärzte und damit deren Möglichkeit, in eine moderne medizinische Infrastruktur sowohl zum Nutzen der gesetzlich als auch privat versicherten Patienten zu investieren. Das gilt sowohl für eine „Über-Nacht-Bürgerversicherung“ nach den wenig konkreten Vorstellungen von SPD und DIE LINKE als auch für den Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds, dem schon konkreteren Bürgerversicherungs-Modell der Grünen. Die dabei gefährdeten Vergütungen für medizinische Leistungserbringer und der damit einhergehende „Stau“ von Investitionen in die medizinische Infrastruktur lassen sich quantifizieren. Im Mittelpunkt stehen in diesem Zusammenhang die Erlöse der ambulanten Ärzte aus der privatärztlichen Vergütung sowie die Bedeutung der Privatpatienten für die Ärzte im Status quo. Um sie als Voraussetzung für die medizinische Infrastruktur „bildhaft“ zu machen, werden sie anhand von Daten- und Zahlenmaterial des Statistischen Bundesamtes und des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) nicht nur in Euro, sondern auch als Objektwert aus dem Bereich „Medizintechnologie“ betrachtet. Die Angaben erfolgen tabellarisch sowohl in Euro als auch in Prozent. Dabei wird in einer facharztübergreifenden und facharztspezifischen Betrachtung zwischen allen (niedergelassenen) Facharztgruppen unterschieden.

3 „BEDROHTE“ VERGÜTUNG DER ÄRZTE IN ZAHLEN

3.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen

3.1.a Bedrohte Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit

Um sich der Bedeutung der Privatpatienten für die ambulanten Ärzte im vom GKV und PKV geprägten Gesundheitssystem zu nähern, lohnt sich ein Blick in eine Studienreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP).¹³ Diese Studienreihe gibt ein vollständiges und realistisches Bild vom Umsatz der Ärzte mit Privatpatienten wieder. Sie weist die Arzthonorare der privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen und der bei Privatversicherten weit verbreiteten Selbstbehalte aus. Im Jahr 2019 lag die Summe aller ambulanten ärztlichen Honorare bei 11,95 Milliarden Euro.¹⁴ Teilt man diese Leistungen der Selbstzahler, Beihilfestellen und privaten Krankenversicherungen für ambulante Arzthonorare auf die 116.276 im Jahr 2019 ambulant niedergelassenen Ärzte auf,¹⁵ ergibt sich ein Umsatz von 102.773 Euro je ambulant niedergelassenen Arzt (vgl. Tabelle 1). Diesen Betrag erwirtschaften die ambulant niedergelassenen Ärzte – folgt man einer Erstbetrachtung ohne Blick auf die unterschiedlichen Arztgruppen – im Gesundheitssystem mit der Behandlung von vollversicherten Privatpatienten im Durchschnitt pro Jahr.

¹³ Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Die Gesundheitsausgaben der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, verschiedene Jahrgänge, zuletzt: Sonja Hagemeister, Frank Wild, WIP-Analyse April 2021, Jahresbericht 2021.

¹⁴ Sonja Hagemeister, Frank Wild (2021), WIP-Analyse April 2021, Jahresbericht 2021, S. 7.

¹⁵ Angaben der Bundesärztekammer für 2019.

	Bedrohte (jährliche) Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit – insgesamt, je Arzt/Praxisinhaber und als Anteil an den Gesamtumsätzen		
	Gesamtumsätze in €	Umsätze je niedergelassenen Arzt/je Praxisinhaber	Anteil an den Gesamtumsätzen aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahlung
1) ambulante Arzthonorare (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbstbehalten) Quelle: WIP (2021)	11,95 Mrd. €	102.773 €* 97.641 €# (106.932 €)**	22,5 % 24,3 %# (26,6 %)***
2) ambulante Arzthonorare (Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit) Quelle: Statistisches Bundesamt (2018)	k. A.		

* je ambulant niedergelassenen Arzt

** je Praxisinhaber inklusive IGeL-Leistungen

*** inklusive IGeL-Leistungen; # ohne IGeL-Leistungen

Tabelle 1: Bedrohte Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit in der Bürgerversicherung

Mit den Umsätzen der Ärzte aus der privatärztlichen Behandlung lässt sich ein direkter Bezug auf die relative Bedeutung der Privatpatienten für die niedergelassenen Ärzte herstellen. Dafür werden die Ausgaben der Selbstzahler, Beihilfestellen und Krankenversicherungen für Arzthonorare in Höhe von 11,95 Milliarden Euro als Anteil an den Gesamthonoraren aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahlung betrachtet. Das Ergebnis: Im deutschen Gesundheitssystem verursachen rund 10,5 Prozent Privatversicherte 22,5 Prozent der ambulant ausgelösten Jahresumsätze (vgl. Tabelle 1).¹⁶

Auswertungen des Statistischen Bundesamtes – bezogen auf Praxisinhaber – bestätigen die Größenordnungen der bisher skizzierten Zahlen.¹⁷ Aus den Daten des Statistischen Bundesamtes geht hervor, dass der Anteil der Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit (ambulant und ambulant-stationär) an den Gesamteinnahmen der Arztpraxen bei 26,6 Prozent liegt. Im Durchschnitt ergibt sich damit je Praxisinhaber aus der Privatpraxis ein Vergütungshonorar von

¹⁶ Sonja Hagemeister, Frank Wild (2021), WIP-Analyse April 2021, Jahresbericht 2021, S. 22.

¹⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2015.

106.932 Euro.¹⁸ Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass in den Werten auf Datenbasis des Statistischen Bundesamtes sogenannte IGeL-Leistungen enthalten sind.

Eine Bereinigung um die IGeL-Leistungen ist annäherungsweise möglich. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) quantifiziert den IGeL-Markt auf jährlich rund eine Milliarde Euro.¹⁹ Berücksichtigt man dieses IGeL-Marktvolumen, ergibt sich ein um IGeL-Leistungen bereinigter Umsatzanteil von 24,3 Prozent. Das entspricht je Praxisinhaber bereinigten Umsätzen aus der Privatabrechnung in Höhe von 97.641 Euro. Diese jährlichen Umsätze beziehungsweise relativen Umsatzanteile stünden u. a. beim Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds als Schritt in eine Bürgerversicherung – voraussichtlich innerhalb einer Legislaturperiode – für jeden niedergelassenen Arzt beziehungsweise für jeden Praxisinhaber auf dem Spiel.

METHODENBOX

Die hier und im Folgenden ausgewiesenen Größen sind als Durchschnittswerte zu betrachten. Es liegt im Wesen von Durchschnitten, dass die Beobachtungseinheiten in der Vergütungspraxis der Ärzte und Praxen vom Durchschnitt – zum Teil auch erheblich – abweichen. Das gilt umso mehr, wenn häufig fehlerhaft die Zähler (Umsätze, Mehrumsätze & Zusatzvergütungen) auf unterschiedliche, nicht immer gleiche Nennergrößen bezogen werden. Zu diesen unterschiedlichen Nennergrößen gehören unter anderem die Zahl der niedergelassenen Ärzte, die Zahl der ambulant tätigen Ärzte oder die Zahl der Praxisinhaber (mit und ohne MVZ). Von Durchschnitten zu unterscheiden sind sogenannte Medianwerte. Der Median unterteilt einen Datensatz in zwei große Hälften. Zur Ermittlung des Medians liegen unter anderem im Datensatz des Statistischen Bundesamtes keine ausreichenden Informationen vor.

3.1.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit

Von den Umsätzen aus privatärztlicher Tätigkeit zu unterscheiden sind die sogenannten Mehrumsätze der ambulant niedergelassenen Ärzte. Bei Behandlung eines Privatversicherten stellen die Mehrumsätze diejenigen Zusatzvergütungen im Umsatz dar, die nur deshalb entstehen, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich versichert, sondern Selbstzahler, beihilfeberechtigt und/oder in der PKV versichert sind. Die Unterscheidung zwischen Umsätzen und Mehrum-

¹⁸ Inklusive IGeL-Leistungen und ambulant-stationäre Privatpraxis.

¹⁹ Vgl. WIdO-Monitor, Ausgabe 1/2019, Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, S. 9.

sätzen (Zusatzvergütungen) ist von Relevanz. In einer Bürgerversicherung würden die Ärzte „nur“ diese Zusatzvergütungen einbüßen. Eine Vergütung auf EBM-Niveau bliebe stets erhalten.

Um zu ermitteln, wie viel Zusatzvergütungen Privatpatienten im Gesundheitssystem auslösen, werden vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) Daten aus dem Risikostrukturausgleich der GKV (RSA) beziehungsweise aus den Kopfschadenstatistiken der PKV herangezogen. Das Ergebnis: Die zusätzlichen Vergütungen allein im Bereich der ambulant niedergelassenen Ärzte, die nur deshalb entstehen, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, lagen in Deutschland bei 6,43 Milliarden Euro (2019).²⁰ Diese Zusatzvergütungen gingen den Ärzten jährlich nicht anteilig, sondern vollständig verloren, wenn in der Bürgerversicherung der Privatpatient nicht mehr nach der heutigen GOÄ bezahlt würde. Je ambulant niedergelassenen Arzt (2019: 116.276)²¹ entspräche das im Durchschnitt rund 55.299 Euro. Das sind über 53,8 Prozent der heutigen Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit. Der abschließende Blick auf die Umsätze und Zusatzvergütungen aus der privatärztlichen Tätigkeit ergibt damit folgendes Bild:

	Verlust von jährlichen Zusatzvergütungen (Mehrumsatz)		
	Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit	davon: Zusatzvergütungen in Euro	Verlust als Anteil an den Privathonoraren in %
insgesamt (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbst-behalten)	11,95 Mrd. €	6,43 Mrd. €	
je ambulant niedergelassenen Arzt (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbst-behalten)	102.773 €	55.299 €	53,8 %

Tabelle 2: Verlust von Arzthonoraren im Fall einer Bürgerversicherung

²⁰ Sonja Hagemeister, Frank Wild (2021), WIP-Analyse April 2021, Jahresbericht 2021, S. 23.

²¹ Angaben der Bundesärztekammer für 2019.

3.1.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit

Der Verlust von jährlichen Zusatzvergütungen in Euro und Prozent im Fall einer Bürgerversicherung stellt immer noch eine Umsatzgröße dar. Vom Mehrumsatz sind die (Betriebs)-Kosten abzuziehen, um einen Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit auszuweisen. Die Betriebskosten umfassen üblicherweise Aufwendungen für angestelltes und praxisexternes Personal, für Material und Labor, für Mieten für Praxisräume, für Energie, für Versicherungen, für Leasing und Miete von medizinischen Geräten, für Fremdkapitalzinsen und sonstige betriebliche Aufwendungen.

Bei Betrachtung der Kostenarten entfällt der größte Anteil auf Personal und Mieten für Praxisräume. In der Regel sind damit sogenannte Fixkosten betroffen, die auch dann vollständig erhalten bleiben, wenn im Rahmen einer Bürgerversicherung heute Privatversicherte den Status eines gesetzlich Versicherten innehaben würden. Als Kosten wären nur variable Kosten von den von der Bürgerversicherung bedrohten Zusatzvergütungen abzuziehen, die direkt etwas mit dem Status des Versicherten (gesetzlich oder privat versichert) zu tun haben. Das könnten zum Beispiel (Finanzierungs-)Kosten für medizinische Geräte sein, die beim ambulanten Haus- oder Facharzt nur deshalb vorgehalten werden, weil sie mit dem bisherigen Anteil von Privatpatienten finanziert worden sind. Diese Kosten wird der Haus- oder Facharzt aber nur dann „einsparen“ können, wenn mit Beginn der Bürgerversicherung die betreffenden medizinischen Geräte problemlos aus der Infrastruktur der ambulanten Praxis wieder herausgelöst werden könnten.

Letzteres wird kein realistisches Szenario sein. In der Konsequenz wird der Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit sehr nahe an der Höhe des Verlustes von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit liegen. In der Summe wären das für die ambulante ärztliche Versorgung Einbußen von 6,43 Mrd. Euro (2019) jährlich. Je ambulant niedergelassenen Arzt würde das im Durchschnitt eine jährliche Gewinneinbuße von rund 55.299 Euro bedeuten.

3.2 Fachärztliche Betrachtungen

Die Bedeutung der Privatpraxis für die Honorierung der Ärzte liegt – wie dargestellt – je nach Quelle zwischen 22,5 Prozent und 24,3 Prozent. Von den drohenden Honorar- und Gewinneinbußen im einheitlichen Rechtsrahmen (Bürgerversicherung) wären die Fachrichtungen der Ärzte allerdings höchst unterschiedlich berührt. Aus der Studienreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP) lassen sich dazu allerdings keine Ergebnisse ableiten. Aussagekräftiger sind dagegen die Zahlen des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2015.²² Anders als die Studienreihe des WIP weist das Statistische Bundesamt nämlich in der Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen aus. Der Bezug ist dabei nicht der ambulant niedergelassene Arzt, sondern der Praxisinhaber. Um auch Zahlen und Ergebnisse für das Jahr 2019 zu generieren, werden im Folgenden die Ergebnisse für das Jahr 2015 hilfsweise mit dem Anstieg des Honorarumsatzes aus der Kassenabrechnung fortgeschrieben. Als Quelle werden hier die Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung herangezogen. Diese erscheinen quartalsweise und liegen für das 2. Quartal bis einschließlich 2019 vor. Daraus ergibt sich, dass die Honorarumsätze aus der Kassenabrechnung zwischen 2015 und 2019 um 5,9 Prozent angestiegen sind.²³

²² Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2015.

²³ Die Honorarumsätze je Arzt in Euro lagen im 2. Quartal 2019 bei 57.357 Euro, im 2. Quartal 2015 bei 54.145 Euro. Daraus ergibt sich ein Anstieg in Höhe von 5,93 Prozent, vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Honorarberichte, verschiedene Jg.

3.2.a Bedrohte Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit

Anders als in der Studienreihe des WIP sind beim Statistischen Bundesamt in den Angaben zu den Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit die sogenannten IGeL-Leistungen enthalten. Dementsprechend sind in einigen Facharztgruppen die in Tabelle 3 ausgewiesenen Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit „überzeichnet“. Die Arztgruppen, die relativ häufig IGeL-Leistungen abrechnen, sind in Tabelle 3 mit einem * gekennzeichnet. Zu diesen Arztgruppen gehören nach Auskunft des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) insbesondere Augenärzte, Hautärzte, Urologen, Gynäkologen und Orthopäden.²⁴ Bei diesen Fachärzten muss bei den Privat-Umsätzen eine entsprechende Bereinigung vorgenommen werden.

Eine Bereinigung der Einnahmen aus der Privatpraxis um die IGeL-Leistungen ist annäherungsweise – mit Bezug auf zwei Quellen – möglich. Das Wissenschaftliche Institut der WiDO quantifiziert den IGeL-Markt auf jährlich rund eine Milliarde Euro.²⁵ Davon entfallen rund 28 Prozent auf die Frauenheilkunde, 22 Prozent auf die Augenheilkunde, 13 Prozent auf die Orthopädie, 6 Prozent auf die Hautärzte sowie 3 Prozent auf die Urologie.²⁶ Diese Anteile lassen sich wiederum auf die beim Statistischen Bundesamt zugrunde gelegte Zahl der Praxisinhaber in den jeweiligen Fachbereichen herunterbrechen. Dabei ergeben sich zum Beispiel für die Augenheilkunde oder die Gynäkologie IGeL-Bereinigungen in Höhe von jährlich 44.770 Euro beziehungsweise 31.786 Euro.

Unter Berücksichtigung dieser Bereinigungen ergibt sich folgendes Bild: Den geringsten Anteil der Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit an den Gesamthonoraren weisen im Jahr 2015 die Allgemeinärzte mit 14,5 Prozent (= 43.065 Euro p. a.) auf. Im Jahr 2019 wären das rund 45.606 Euro. Einen Mittelwert nehmen unter anderem die Gynäkologen ein. Der höchste (bereinigte) Wert findet sich bei den Ärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 41,5 Prozent (= 178.549 Euro p. a.).²⁷ Hilfsweise hochgerechnet wären das im Jahr 2019 rund 189.083 Euro. Wenngleich Umsätze keine Zusatzvergütungen sind, stünden im Falle der Bürgerversicherung diese Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit zur Disposition. Einen Gesamtüberblick nach ärztlichen Fachgebieten bietet Tabelle 3:

²⁴ Vgl. WiDO-Monitor, Ausgabe 1/2019, Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis.

²⁵ Vgl. WiDO-Monitor, Ausgabe 1/2019, Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis, S. 9.

²⁶ Vgl. WiDO, www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/igel/.

²⁷ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit – je Praxisinhaber in € und als Anteil an den Gesamteinnahmen			
Facharztgruppen	absolut in € (2015)	Anteil an den Gesamteinnahmen (2015)	absolut in € (2019)**
Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte	43.065 €	14,5 %	45.606 €
Internisten	92.868 €	21,8 %	98.347 €
Frauenheilkunde*	106.572 €	32,1 %	112.860 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	74.786 €	22,5 %	79.198 €
Kinderheilkunde	50.071 €	16,1 %	53.025 €
Augenheilkunde*	195.667 €	38,9 %	207.211 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	150.897 €	30,0 %	159.800 €
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	132.588 €	38,1 %	140.411 €
Orthopädie*	193.159 €	41,9 %	204.555 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	167.563 €	36,3 %	177.449 €
Chirurgie	159.354 €	35,1 %	168.756 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten*	197.370 €	45,9 %	209.015 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	178.549 €	41,5 %	189.083 €
Radiologie und Nuklearmedizin	393.078 €	38,2 %	416.270 €
Neurologie, Psychiatrie & Psychotherapie	44.506 €	15,4 %	47.132 €
Urologie*	167.348 €	42,8 %	177.222 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	155.981 €	39,9 %	165.184 €
Sonstige Fachgruppen	125.244 €	28,4 %	132.633 €

* In diesen Facharztgruppen wird häufig „geigelt“.

** Die Aktualität für das Jahr 2019 wird hilfsweise durch die Multiplikation mit dem Anstieg des Honorarumsatzes aus der Kassenabrechnung gewährleistet. Die Honorarumsätze aus der Kassenabrechnung zwischen 2015 und 2019 sind um 5,9 % angestiegen.

Tabelle 3: Jährliche Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen

3.2.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit

Von den Umsätzen aus privatärztlicher Tätigkeit zu unterscheiden sind auch hier die Zusatzvergütungen der unterschiedlichen Facharztgruppen. Diese Zusatzvergütungen als Teil vom Umsatz entstehen nur deshalb, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich versichert, sondern Selbstzahler, beihilfeberechtigt und/oder in der PKV versichert sind. In einer Bürgerversicherung würden die Facharztgruppen „nur“ die Zusatzvergütungen einbüßen. Eine Vergütung auf dem Niveau des EBM bliebe stets erhalten.

Anhand der Zusatzvergütungen lässt sich konkret in Euro bestimmen, was für die Fachärzte in Deutschland tatsächlich verloren ginge, wenn in einer Bürgerversicherung Ärzte auf das Vergütungsniveau der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt würden. Den Zusatzvergütungen der Fachärzte durch die Behandlung von Privatpatienten nähert man sich über die Einnahmen aus der Versorgung der GKV-Versicherten je Praxisinhaber in den einzelnen Facharztgruppen. Diese Daten sind beim Statistischen Bundesamt verfügbar und lassen sich der Fachserie 2, Reihe 1.6.1, entnehmen (vgl. Tabelle 4, Spalte 1).²⁸ Multipliziert man die Einnahmen aus der Versorgung der GKV-Versicherten je Praxisinhaber (Spalte 1) in den einzelnen Facharztgruppen mit dem Verhältnis der PKV-Versicherten zu den GKV-Versicherten – nämlich 0,12 –,²⁹ erhält man die Einnahmen, die in einer Bürgerversicherung zu heutigen GKV-Vergütungsbedingungen auf Privatversicherte entfallen würden (vgl. Tabelle 4, Spalte 3). Zieht man diese Einnahmen aus Privatversicherten zu GKV-Bedingungen wiederum von den heutigen Vergütungen (ebenfalls Fachserie 2, Reihe 1.6.1.) aus der Privatpraxis ab (Spalte 2–Spalte 3), lassen sich für die ambulant praktizierenden Ärzte die Einbußen an Zusatzvergütungen im Fall der Bürgerversicherung je nach Facharztgruppe bestimmen. Dabei können die Verluste absolut in Euro (Spalte 4), als Anteil an den heutigen Privathonoraren (Spalte 5) oder als Anteil an den Gesamthonoraren aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahlungen dargestellt werden (Spalte 6). Um auch hier Größen für das Jahr 2019 zu quantifizieren, werden im Folgenden die Werte für 2019 mit Hilfe des Anstiegs des Honorarumsatzes aus der Kassenabrechnung generiert (Spalte 7). Die Datengrundlage dafür bieten die Quartalsberichte der KBV von 2015 bis 2019.

Tabelle 4 fasst die unbereinigten und um IGeL-Leistungen bereinigten Ergebnisse für alle Arztgruppen zusammen. Dabei zeigt sich, dass sich die Verluste für die Fachärzte im Fall einer Bürgerversicherung – auf Basis von Zahlen aus dem Jahr 2019 – zwischen 14.128 Euro je Praxisinhaber beim Allgemeinarzt bis hin

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

²⁹ 2015 waren in der PKV (GKV) 8.787.300 Personen (70.728.398 Personen) krankenversichert.

zu 343.957 Euro beim Radiologen bewegen. Dazwischen liegen die Verlust-Werte der Gynäkologie (51.184 Euro), Augenheilkunde (122.406 Euro), Orthopädie (147.338 Euro), Kinderheilkunde (20.380 Euro), HNO-Heilkunde (114.186 Euro) oder Urologie (137.955 Euro).

Verlust von Zusatzvergütungen pro Jahr in einer Bürgerversicherung – je Praxisinhaber							
Facharztgruppen	Einnahmen aus GKV-Vergütung	Einnahmen aus der Privatpraxis	Einnahmen aus der Privatpraxis zu EBM-Bedingungen	Verlust von Zusatzvergütungen			
				in € (2015)	als Anteil an den Privathonoren	als Anteil an den Gesamthonoren	in € (2019)**
				Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7
Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7	
Allgemeinmediziner / Prakt. Ärzte	247.698 €	43.065 €	29.724 €	13.341 €	31,0 %	4,6 %	14.128 €
Internisten	322.482 €	92.868 €	38.697 €	54.171 €	58,3 %	13,0 %	57.367 €
Frauenheilkunde*		106.572 €		80.118 €	75,2 %	24,5 %	84.845 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	220.448 €	74.786 €	26.454 €	48.332 €	64,6 %	14,8 %	51.184 €
Kinderheilkunde	256.886 €	50.071 €	30.826 €	19.245 €	38,4 %	6,3 %	20.380 €
Augenheilkunde*		195.667 €		160.356 €	82,0 %	32,7 %	169.817 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	294.255 €	150.897 €	35.311 €	115.586 €	76,6 %	23,6 %	122.406 €
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	206.364 €	132.588 €	24.764 €	107.824 €	81,3 %	31,8 %	114.186 €
Orthopädie*		193.159 €		164.725 €	85,3 %	38,3 %	174.444 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	236.954 €	167.563 €	28.434 €	139.129 €	83,0 %	32,3 %	147.338 €
Chirurgie	252.424 €	159.354 €	30.291 €	129.063 €	81,0 %	31,3 %	136.678 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten*		197.370 €		170.590 €	86,4 %	40,6 %	180.655 €
bereinigt um IGeL-Leistungen	223.170 €	178.549 €	26.780 €	151.769 €	85,0 %	36,1 %	160.723 €
Radiologie und Nuklearmedizin	569.037 €	393.078 €	68.284 €	324.794 €	82,6 %	33,8 %	343.957 €

Verlust von Zusatzvergütungen pro Jahr in einer Bürgerversicherung – je Praxisinhaber							
Facharztgruppen	Einnahmen aus GKV-Vergütung	Einnahmen aus der Privatpraxis	Einnahmen aus der Privatpraxis zu EBM-Bedingungen	Verlust von Zusatzvergütungen			
				in € (2015)	als Anteil an den Privathonoraren	als Anteil an den Gesamthonoraren	in € (2019)**
	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7
Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	226.865 €	44.506 €	27.224 €	17.282 €	38,8 %	6,4 %	18.302 €
Urologie*	214.268 € bereinigt um IGeL-Leistungen	167.348 €	25.712 €	141.636 €	84,6 %	37,1 %	149.993 €
		155.981 €		130.269 €	83,5 %	34,1 %	137.955 €
Sonstige Fachgruppen	286.209 €	125.244 €	34.345 €	90.899 €	72,6 %	22,1 %	96.262 €

* In diesen Facharztgruppen wird häufig „geigelt“.

** Die Aktualität für das Jahr 2019 wird hilfsweise durch die Multiplikation mit dem Anstieg des Honorarumsatzes aus der Kassenabrechnung gewährleistet. Die Honorarumsätze aus der Kassenabrechnung zwischen 2015 und 2019 sind um 5,9 % angestiegen.

Tabelle 4: Jährliche Verluste von Arzthonoraren nach Facharztgruppen

3.2.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit

Bei Betrachtung der Kostenarten entfällt der größte Anteil auf Personal und Mieten für Praxisräume. In der Regel sind damit sogenannte Fixkosten betroffen, die auch dann vollständig erhalten bleiben, wenn im Rahmen einer Bürgerversicherung heute Privatversicherte den Status eines gesetzlich Versicherten innehaben werden. Als Kosten wären nur variable Kosten von den von der Bürgerversicherung bedrohten Zusatzvergütungen abzuziehen, die direkt etwas mit dem Status des Versicherten (gesetzlich oder privat versichert) zu tun haben.

Als Beispiel hierfür sind medizinische Geräte zu betrachten, die in der Praxis vorgehalten werden können, weil ihre Finanzierung bisher durch den Anteil der Privatversicherten ermöglicht wird. Mit der Bürgerversicherung wird man diese Geräte aber nicht einfach zurückgeben können – damit laufen die Kosten für die Gerätefinanzierung weiter. In der Konsequenz wird sich der Verlust von

Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit an der Höhe des Verlustes von Zusatzvergütungen aus der privatärztlichen Tätigkeit orientieren (vgl. Tabelle 4). Je Praxisinhaber würde das – bezogen auf das Jahr 2020 – zum Beispiel im Bereich der Gynäkologie eine jährliche Gewinneinbuße von 51.184 Euro bedeuten. Die Hautärzte lägen mit Gewinnverlusten in Höhe von rund 160.723 Euro jährlich im oberen Bereich der Statistik. Am unteren Ende wären die Allgemeinmediziner und Kinderärzte zu finden. Sie verlören in einer Bürgerversicherung rund 14.000 Euro (20.000 Euro) jährlich. Als Zwischenfazit lässt sich damit Folgendes feststellen. Die Bürgerversicherung führt zu schmerzlichen Verlusten bei allen niedergelassenen Ärzten, existenziell bedroht wäre aber insbesondere die fachärztliche Versorgung. Für die ambulant tätigen Fachärzte steht sehr viel auf dem Spiel.

4 BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR

4.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen

Wie wichtig für die niedergelassenen Ärzte beziehungsweise Praxisinhaber diejenigen Umsätze und Gewinne sind, die nur deshalb entstehen, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, wurde in den vorausgegangenen Abschnitten hinreichend aufgezeigt. Ebendiese Mehrumsätze und Gewinne lassen sich als wichtige Voraussetzung für den Erhalt oder die fortlaufende Modernisierung der medizinischen Infrastruktur betrachten. Die Umsätze und Gewinne aus privatärztlicher Tätigkeit nutzen die Ärzte, um in medizinisches Personal, neue Diagnose- und Behandlungsmethoden und in eine serviceorientierte Praxisausstattung zu investieren. Das kommt somit auch den gesetzlich versicherten Patienten zugute. In der Bürgerversicherung wäre genau diese moderne Praxisinfrastruktur bedroht. Um die konkreten Rückwirkungen einer einheitlichen Bürgerversicherung auf die medizinische Infrastruktur „bildhaft“ zu betrachten, werden im Folgenden die Umsatz- und Gewinneinbußen der ambulant niedergelassenen Ärzte nicht nur in Euro – wie im Abschnitt 3 –, sondern auch als Gegenwert aus dem Bereich „Medizintechnologie“ und „medizinisches Personal“ betrachtet.

Die Bürgerversicherung stellt in Deutschland allein im ambulanten Bereich ärztliche Honorare in Höhe von 6,43 Milliarden Euro jährlich in Frage (vgl. Abschnitt 3.1.1). Je niedergelassenen Arzt sind das rund 55.299 Euro jährlich. Landesweit entspricht das dem Objektwert von 2.143 neu angeschafften Geräten zur

Magnetresonanztomographie (MRT)³⁰ oder dem Gegenwert von 126.700 vollzeitbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten.³¹ Anders formuliert: 54 Ärzte könnten zusammen innerhalb eines Jahres ein Gerät zur Magnetresonanztomographie (MRT) finanzieren (vgl. Tabelle 5).

	Verlust von Zusatzvergütungen (Mehrumsatz)	
	gesamt	je niedergelassenen Arzt
Deutschland	6,43 Mrd. €	55.299 €
entspricht Gegenwert von	Anschaffung von 2.143 neuen Geräten zur Magnetresonanztomographie (MRT)*	54 Ärzte können innerhalb 1 Jahres 1 Gerät zur Magnetresonanztomographie (MRT)* finanzieren
alternativ	Anstellung von 126.700 beschäftigten Medizinischen Fachangestellten**	1 Arzt könnte jährlich 1,1 vollbeschäftigte Medizinische Fachangestellte finanzieren

* MRT-Geräte kosten bei Neuanschaffung zwischen 850.000 und 3,5 Mio. €. Hier seien 3,0 Mio. € angesetzt.

** Eine Medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsgruppen verdient 2020 rund 3.441 € (41.292 €) monatlich (jährlich). Das entspricht einem Arbeitgeber-Brutto von ungefähr 50.750 €.

Tabelle 5: Verluste von Arzthonoraren in Gegenwerten

4.2 Fachärztliche Betrachtungen

Die Bedrohung der medizinischen Infrastruktur durch die Bürgerversicherung lässt sich auch aus Sicht der unterschiedlichen Facharztgruppen betrachten. Der Tabelle 4 in Abschnitt 3.2.2 können die ärztlichen Einbußen an Zusatzvergütungen im Fall der Bürgerversicherung je nach Facharztgruppe in Euro für das Jahr 2015 und hilfsweise – analog zur Entwicklung der Kassenhonorare – aktualisiert für das Jahr 2019 entnommen werden. Als Gegenwert der facharztspezifischen Mehrumsätze werden im Folgenden die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme³² in den jeweiligen Facharztgruppen hinzugezogen.

30 MRT-Geräte kosten bei Neuanschaffung zwischen 850.000 und 3,5 Mio. Euro. Dabei gilt: Je leistungsstärker die Geräte sind, desto teurer. Hier seien 3,0 Mio. Euro angenommen.

31 Eine Medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsjahren verdient 2020 rund 3.441 Euro (41.292 Euro) monatlich (jährlich). Das entspricht einem Arbeitgeber-Brutto von ungefähr 50.750 Euro; vgl. Tarifvertrag Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen und Medizinischen Fachangestellten, gültig bis zum 31.03.2021.

32 Praxisinvestitionen bei Praxisübernahme: Praxisinvestitionen + Übernahmepreis.

ALLGEMEINMEDIZINER

Die Allgemeinmediziner verlören in einer Bürgerversicherung 14.128 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Hausärzten rund 145.000 Euro.³³ Das heißt im Umkehrschluss, dass allein die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 10,3 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Hausarztpraxis decken.

AUGENHEILKUNDE

Die Augenärzte verlören in einer Bürgerversicherung 122.406 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Augenärzten rund 265.000 Euro.³⁴ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 2,2 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Augenarztpraxis decken.

ORTHOPÄDIE

Die Orthopäden verlören in einer Bürgerversicherung 147.338 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Orthopäden rund 365.000 Euro.³⁵ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 2,5 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Praxis für Orthopädie decken.

UROLOGIE

Die Urologen verlören in einer Bürgerversicherung 137.955 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Urologen rund 380.000 Euro.³⁶ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 2,8 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Praxis für Urologie decken.

GYNÄKOLOGIE

Die Gynäkologen verlören in einer Bürgerversicherung 51.184 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Gynäkologen rund 235.000 Euro.³⁷ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 4,6 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Praxis für Urologie decken.

33 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

34 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

35 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

36 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

37 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

DERMATOLOGIE

Die Hautärzte verlören in einer Bürgerversicherung 160.723 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Dermatologen rund 205.000 Euro.³⁸ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 1,3 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Hautarztpraxis decken.

HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

HNO-Ärzte verlören in einer Bürgerversicherung 114.186 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei HNO-Ärzten rund 295.000 Euro.³⁹ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 2,6 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue HNO-Praxis decken.

INTERNISTEN

Fachärztliche Internisten verlören in einer Bürgerversicherung 57.367 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Internisten rund 237.000 Euro.⁴⁰ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 4,1 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Internisten-Praxis decken.

KINDERHEILKUNDE

Kinderärzte verlören in einer Bürgerversicherung 20.380 Euro jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme betragen bei Kinderärzten rund 160.000 Euro.⁴¹ Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 7,9 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Kinderarztpraxis decken.

38 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

39 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

40 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

41 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

Im internationalen Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem sehr gut ab. Unabhängig von der Einkommenssituation erhalten alle Menschen schnellen Zugang zur ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Auch in der Corona-Pandemie konnten und können sich die Menschen in Deutschland auf eine leistungsstarke medizinische Infrastruktur verlassen. Das gilt für die ambulante und stationäre Betreuung von COVID-Patienten genauso wie für den Impffortschritt, der vor allem von den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten getragen wird.

(Finanziell) getragen wird das deutsche Gesundheitssystem sowohl von der GKV als auch (überproportional) von den Versicherten der PKV. Trotzdem wird der Systemwettbewerb zwischen GKV und PKV und damit der Beitrag der Privatpatienten zur medizinischen Infrastruktur von SPD, Grünen und DIE LINKE – bevorzugt vor Bundestagswahlen – in Frage gestellt. Das Leitmotiv heißt „Bürgerversicherung“. Dabei wird mal von Schritten in Richtung eines „integrierten Systems“ gesprochen, mal ist vom Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds – das Bürgerversicherungs-Modell der Grünen – die Rede. Immer liefe es auf ein Ende des deutschen Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV zugunsten einer Einheitsversicherung („GKV für alle“) hinaus.

Das Ende des Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV hätte Konsequenzen, denn ohne die Privatpatienten entfielen auch ihr Finanzierungsbeitrag. In einem Einheitssystem gäbe es nur noch eine Gebührenordnung. Maßstab wären dann der EBM und die Budgetierung der GKV. Dies hätte Auswirkungen auf die medizinisch-technische und personelle Ausstattung der Haus- und Facharztpraxen, die Attraktivität des Arztberufs und die betriebswirtschaftliche Führung einer Praxis.

Vor allem aber stünde – zum Nachteil aller – die im internationalen Vergleich führende medizinische Infrastruktur in Deutschland auf dem Spiel.

Die in einer Bürgerversicherung drohenden Umsatz- und Gewinneinbußen wurden in der vorliegenden Arbeit für die ambulant niedergelassenen Ärzte facharztspezifisch quantifiziert. Um die Mehrumsätze der Privatpatienten als Voraussetzung für den Erhalt oder die fortlaufende Modernisierung der medizinischen Infrastruktur zu visualisieren, wurden die Umsätze und Gewinne aus privatärztlicher Tätigkeit nicht nur in Euro, sondern auch als Gegenwert aus dem Bereich „Medizintechnologie“ oder „fachärztliche Praxisinvestitionen“ oder „Medizinisches Personal“ vorgelegt.

Einige Ergebnisse im Überblick:

- ▶ Im deutschen Gesundheitssystem verursachen rund 10,5 Prozent Privatversicherte 22,5 Prozent der ambulant ausgelösten Jahresumsätze. Damit sind Privatpatienten als unverzichtbare Voraussetzung für den Erhalt beziehungsweise die fortlaufende Modernisierung der medizinischen Infrastruktur in Deutschland zu betrachten.
- ▶ In einer Bürgerversicherung entfielen in Deutschland im ambulanten Sektor ärztliche Zusatzhonorare (Mehrumsätze) in Höhe von 6,43 Mrd. Euro jährlich. Das entspricht je niedergelassenem Arzt rund 55.299 Euro. Landesweit entspricht das dem Gegenwert von 2.143 neu angeschafften Geräten zur Magnetresonanztomographie (MRT) oder dem Gegenwert von 126.700 vollzeitbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten. Anders formuliert: 1 Arzt könnte jährlich 1,1 vollzeitbeschäftigte Medizinische Fachangestellte finanzieren.
- ▶ Die in der Bürgerversicherung entfallenden Zusatzhonorare werden sich fast vollständig auf die Gewinne der Ärzte auswirken, weil im Praxisbetrieb Fixkosten (u. a. Mieten für Praxisräume) die Regel sind. Sie blieben auch dann erhalten, wenn in einem einheitlichen Rechtsrahmen heute Privatversicherte den Status von gesetzlich Versicherten innehätten.
- ▶ Praxisinhaber wenden rund 27,5 Prozent ihrer Einnahmen für Personal auf.⁴² Davon ausgehend kann man vermuten, dass wenigstens ein gutes Viertel der durch eine Bürgerversicherung entstandenen Umsatzeinbußen durch den Abbau vorhandener Teil- und Vollzeitstellen aufgefangen

42 Vgl. Statistisches Bundesamt (2018), Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

werden muss. In Summe gingen so etwa 34.800 Vollzeitstellen⁴³ oder eine entsprechend größere Anzahl von Teilzeitstellen in den ambulanten Praxen verloren.

- ▶ Von den Einbußen in einer Bürgerversicherung wären die ärztlichen Fachgruppen unterschiedlich betroffen. Während je Praxisinhaber für die Allgemeinmediziner rund 14.000 Euro jährlich auf dem Spiel stünden, verlören zum Beispiel Ärztinnen und Ärzte in der Gynäkologie rund 51.000 Euro. Bei den Internisten und den Ärztinnen und Ärzte in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde wären es schon über 57.000 Euro beziehungsweise 114.000 Euro jährlich. Damit ließen sich – bei Praxisübernahme – innerhalb von 4,1 Jahren (2,6 Jahren) die Praxisinvestitionen⁴⁴ für eine neue Internisten-Praxis (HNO-Praxis) decken. Angaben zu weiteren ambulant tätigen Facharztgruppen lassen sich der Tabelle 4 und dem Abschnitt 4.2 entnehmen.

Die Ergebnisse und Zahlen der vorliegenden Arbeit beleuchten die Konsequenzen einer Bürgerversicherung für die medizinische Infrastruktur und die fachärztliche Versorgung. Für die ambulant tätigen Fachärzte steht genauso wie für die Patienten viel auf dem Spiel. Mit der Bürgerversicherung würden der spezialisierten Facharztversorgung die finanziellen Voraussetzungen zunehmend entzogen. Das Ziel: ein budgetiertes Gesundheitswesen mit dem EBM als (dominierendem) Vergütungsmaßstab.

Diesem Urteil werden die Befürworter der Bürgerversicherung entgegnetreten. Sie würden zum Beispiel gegenüber den ambulant niedergelassenen Ärzten argumentieren, dass die Vergütung durch ein überarbeitetes Vergütungssystem – zum Beispiel durch eine einheitliche Gebührenordnung – die hier skizzierten Verluste der Leistungserbringer kompensieren könnte. Die gesetzlich Krankenversicherten müssten dann die (ambulanten) Mehrumsätze der PKV-Versicherten tragen. Das ginge allerdings nur zu Lasten der Beitragszahler. Mehrere namenhafte GesundheitsökonomInnen stellten dazu schon Anfang 2018 fest, dass sich der Beitragssatz zur GKV in diesem Falle um 0,5 Prozentpunkte und mehr auf über 16,5 % erhöhen müsste.⁴⁵ Rund 4 Jahre später ist angesichts steigender Mehrumsätze davon auszugehen, dass ein derartiger Beitragsanstieg in der GKV zur Kompensation der Mehrumsätze in einem überarbeiteten Vergütungssystem nicht reichen würde. Die Grünen argumentieren wiederum, dass die PKV im

⁴³ Eine Medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsgruppen verdient 2020 rund 3.441 Euro (41.292 Euro) monatlich (jährlich). Das entspricht einem Arbeitgeber-Brutto von ungefähr 50.750 Euro.

⁴⁴ Praxisinvestitionen bei Praxisübernahme: Praxisinvestitionen + Übernahmepreis.

⁴⁵ Thüsing, G.; Ulrich, V.; Wille, E. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO) S. 14 f.

Bürgerversicherungs-Modell der Grünen zunächst erhalten bliebe und die Privatversicherten „nur“ in den GKV-Gesundheitsfonds einbezogen würden. Konkret hieße das nach den Vorstellungen der Grünen: „Privat Versicherte zahlen künftig ebenso wie bisher gesetzlich Versicherte einen einkommensabhängigen Beitrag. Bei privat Versicherten fließt dieser an den Gesundheitsfonds. ... Gleichzeitig ... erhalten [Privatversicherte] aus dem Fonds einen Zuschuss, mit dem sie ihre Prämien in der privaten Krankenversicherung begleichen können. Er entspricht in der Höhe etwa der Zuweisung, die gesetzliche Kassen für vergleichbare Versicherte aus dem Gesundheitsfonds erhalten.“⁴⁶

Der Einbezug der Privatversicherten in den Gesundheitsfonds würde unmittelbar zum Ende der PKV führen. Zunächst müssten Privatversicherte bis zum GKV-Höchstbeitrag in Höhe von 769 Euro in den Gesundheitsfonds einzahlen.⁴⁷ Aus dem Gesundheitsfonds wiederum würden sie meist einen deutlich niedrigeren Zuschuss zurückerhalten. Im Durchschnitt lag diese Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds je Versicherten in der GKV im Jahr 2020 bei 3.279 Euro.⁴⁸ Das entspricht monatlich 273 Euro. Mit diesem Zuschuss wäre dann von den Versicherten der PKV-Beitrag zu zahlen, der laut einer PKV-Langzeitstudie des IGES-Instituts bei einem Angestellten oder Selbstständigen auf 563 Euro monatlich veranschlagt werden kann.⁴⁹ Unter dem Strich entsteht für Privatversicherte ein beträchtliches Minusgeschäft, das zu massiven Beitragserhöhungen – hier plus 88,1 Prozent –⁵⁰ führen würde. Als finanziellen Ausweg würden die Versicherten mehr und minder freiwillig aus der PKV und der damit verbundenen Vergütung der Ärzte nach der GOÄ „vertrieben“. Es käme zu einer Erosion der Privatversicherten in die GKV. Die Bürgerversicherung würde durch die „Hintertür“ – wahrscheinlich schon innerhalb einer Legislaturperiode – zur schnellen Realität.

Am Ende würden die „Bürgerversicherer“ – hier die Grünen – die Vergütung beziehungsweise Vergütungshöhe nach der GOÄ „auf kaltem Wege“ marginalisieren. Sie würde nicht abgeschafft, sondern von den Protagonisten der Bürgerversicherung politisch „ausgehebelt“ und „kaltgestellt“. An ihre Stelle würde die Funktionalität und Abrechnungsarithmetik des EBM treten. Neben den im

⁴⁶ Vgl. Positionspapier der Bundestagsfraktion der Grünen zur Bürgerversicherung: Für alle solidarisch. Mit der Bürgerversicherung mehr Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Wahlfreiheit in unserer Krankenversicherung schaffen, 23.03.2021.

⁴⁷ Die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV liegt 2021 bei 58.050 Euro (monatlich 4.837,50 Euro). Bei einem durchschnittlichen Beitragssatz zur GKV in Höhe von 15,9 Prozent liegt der Höchstbeitrag bei 769,16 Euro.

⁴⁸ Vgl. Bundesamt für Soziale Sicherung (2020). Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds; www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614UEbersicht_Endgueltige_RE2016-2020.pdf; demnach betragen die Zuweisungen an den Gesundheitsfonds im Jahre 2020 genau 240.243.342.999,88 Euro. Teilt man diese Größe durch die Zahl der Versicherten in der GKV im Jahre 2020 (73.274.131), ergeben sich Zuweisungen von monatlich 273 Euro.

⁴⁹ Vgl. IGES (2020), Beitragsentwicklung in der PKV, https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/beitragsentwicklung-in-der-pkv/index_ger.html.

⁵⁰ (769 € + 563 € – 273 €) / 563 € ≈ 88,1 %

vorliegenden Papier für die niedergelassenen Ärzte quantifizierten Umsatz- und Gewinneinbußen in Höhe von 6,43 Mrd. Euro jährlich würden damit in der Bürgerversicherung die im EBM und im Sachleistungsprinzip angelegten Formen der leistungsbegrenzenden Budgetierung (u. a. arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina) zum Maßstab und zur Vergütungsgrundlage für den gesamten ambulanten Bereich. Das Ergebnis: Der niedergelassene Arzt und damit die Modernisierung der medizinischen Infrastruktur bliebe auf der Strecke. Der ambulanten ärztlichen und fachärztlichen Versorgung würde wirtschaftlich und qualitativ die Grundlage entzogen.

Literaturverzeichnis

Albrecht, M.; Möllenkamp, M.; Nolting, H.-D.; Hildebrandt, S. (2016)
**Transformationsmodelle einer Bürgerversicherung,
Gestaltungsoptionen aus Sicht von Versicherten und Beschäftigten der
Krankenversicherungen, IGES im Auftrag der Böckler-Stiftung.**

Bundesärztekammer (2020), Ärzttestatistik, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2020> (Stand: 20.05.2021).

Bundesamt für Soziale Sicherung
Jährliche Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds

www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Gesundheitsfonds/20210614UEbersicht_Endgueltige_RE2016-2020.pdf

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Pressemitteilung zur Vorlage des KOMV-Gutachtens

28.01.2020, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/bericht-komv.html> (Stand: 20.05.21).

Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (2020),
Apothekenstatistik

<https://www.abda.de/aktuelles-und-presse/zdf/> (Stand: 20.05.2021).

Commonwealth Fund (2020)
International Health Policy Survey

<https://www.commonwealthfund.org/trending/international-health-policy-survey> (Stand: 20.05.2021).

Deutsche Krankenhausgesellschaft (2020)
Krankenhausstatistik

<https://www.dkgev.de/service/zahlen-fakten/> (Stand 20.05.2021).

Grüne (2021)
Programmwurf Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021

<https://www.gruene.de/artikel/wahlprogramm-zur-bundestagswahl-2021> (Stand: 20.05.2021).

Grüne (2021)
**Positionspapier der Bundestagsfraktion der Grünen zur
Bürgerversicherung: Für alle solidarisch. Mit der Bürgerversicherung
mehr Gerechtigkeit, Verlässlichkeit und Wahlfreiheit in unserer
Krankenversicherung schaffen**

(Stand 23.03.2021).

Hagemeister, S.; Wild, F. (2021)

Die Gesundheitsausgaben der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, verschiedene Jahrgänge, zuletzt WIP-Analyse April 2021

Jahresbericht 2021.

IGES (2020)

Beitragsentwicklung in der PKV

https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2020/beitragsentwicklung-in-der-pkv/index_ger.html

Statistisches Bundesamt (2018)

Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

Verband der Ersatzkassen (2021)

GKV – Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds, je Versicherten in EUR

2019, https://www.vdek.com/presse/daten/c_einnahmen-ausgaben.html

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

www.wido.de/news-events/aktuelles/2019/igell

Wissenschaftliches Institut der AOK (2019)

WIdO-Monitor

Ausgabe 1/2019, Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis.

Impressum

AUSGABE

September 2021

HERAUSGEBER

PVS Verband
Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.
Stabsstelle – PVS-Statistik
Marienstraße 30
10117 Berlin

REALISIERUNG

Layout/Satz: FGS Kommunikation, Berlin
Titelbild: [istockphoto.com/AnnaStills](https://www.istockphoto.com/AnnaStills)
Druck: trigger.medien, Berlin

Printed in Germany

Die Pläne zur Bürgerversicherung liegen vor.

Grüne, SPD und DIE LINKE treten für eine Bürgerversicherung ein. Im Falle einer Realisierung würde dies weitreichende Folgen haben. Der PVS Verband ist mit der vorliegenden Untersuchung der Frage nachgegangen, welche konkreten Auswirkungen der – mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene – Vergütungswegfall für die Ärzte, die medizinische Infrastruktur, die personelle Ausstattung der Praxen und letztlich die Versicherten haben würde. Eine besondere Beachtung findet dabei das Bürgerversicherungs-Modell der Grünen, demzufolge die PKV-Versicherten einkommensabhängige Beiträge in den Gesundheitsfonds der GKV einzahlen müssten.