



# EXPERIMENT BÜRGERVERSICHERUNG –

## BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR

Oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte  
und ihre Patienten auf dem Spiel steht!

Dr. Hans-Joachim Kaiser



Dr. Hans-Joachim Kaiser

# **EXPERIMENT BÜRGERVERSICHERUNG – BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR**

Oder: Was für die ambulant tätigen Ärzte  
und ihre Patienten auf dem Spiel steht!



## Übersicht

<b>Vorwort</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>1 Die medizinische Versorgung in Deutschland</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2 Die Vergütung der Ärzte in der Bürgerversicherung</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3 „Bedrohte“ Vergütung der Ärzte in Zahlen</b> . . . . .	<b>15</b>
3.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen . . . . .	15
3.1.a „Bedrohte“ Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit. . . . .	15
3.1.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit . . . . .	17
3.1.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit . . . . .	19
3.2 Fachärztliche Betrachtungen . . . . .	19
3.2.a „Bedrohte“ Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit. . . . .	20
3.2.b Verlust von Mehrumsätzen (Zusatzvergütungen) aus der privatärztlichen Tätigkeit . . . . .	21
3.2.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit . . . . .	24
<b>4 Bedrohung der medizinischen Infrastruktur</b> . . . . .	<b>27</b>
4.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen . . . . .	27
4.2 Fachärztliche Betrachtungen . . . . .	28
<b>5 Zusammenfassung und Fazit</b> . . . . .	<b>33</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bedrohte (jährliche) Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit in der Bürgerversicherung . . . . .	17
Tabelle 2: Verlust von Arzthonoraren pro Jahr im Fall einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) . . . . .	18
Tabelle 3: (Bedrohte) jährliche Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen . . . . .	21
Tabelle 4: Jährliche Verluste von Arzthonoraren nach Facharztgruppen in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) . . . . .	23
Tabelle 5: Jährliche Verluste von ambulanten Arzthonoraren in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) . . . . .	28

## VORWORT

**SPD, Bündnis 90/Grüne und DIE LINKE haben sich auch im Vorfeld der Bundestagswahl 2017 offensiv für eine Bürgerversicherung positioniert. Im Falle einer Realisierung würde dies weitreichende Folgen haben.**

Der PVS Verband ist mit der vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung der Frage nachgegangen, welche konkreten Auswirkungen der – mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene – Honorarwegfall für die Ärzte, die medizinische Infrastruktur und letztlich die Versicherten haben würde.

Die Ergebnisse zeigen: im Fall eines einheitlichen Vergütungssystems entspräche der Verlust bei den Arzthonoraren im Schnitt einem Minus von mehr als 49.000 Euro für jeden in Deutschland ambulant niedergelassenen Mediziner. Besonders hart trifft der Einnahmenrückgang den fachärztlichen Bereich.

Für einen 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 77.000 Euro drohen. Ähnlich erginge es den Kinderärzten, die mit Einbußen von mehr als 30.000 Euro zu rechnen hätten. Praxisinvestitionen würden damit kaum mehr finanzierbar sein. Die fachärztliche Versorgung würde in die Krankenhäuser verlagert werden müssen, da eine klassische Facharztpraxis nicht mehr tragbar wäre.

Auch die Befürworter der Bürgerversicherung erkennen an, dass die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung zu Honorarverlusten bei den Ärzten führen würde. Aber konkrete Modelle, wie diese Honorarverluste kompensiert werden könnten, sind nach wie vor rar. Das ist nicht verwunderlich. Denn für einen adäquaten Ausgleich der Verluste fehlt es jedoch bereits an grundlegenden Voraussetzungen. Die Verhandlungs- und Vergütungssysteme innerhalb der gesetzlichen

Krankenkassen sind viel zu komplex und speziell ausgestaltet, als dass eine analoge Anwendung auf Privatversicherte realisiert werden könnte.

Doch selbst wenn dies gelänge, bliebe die Frage, woher das Geld für Kompensationszahlungen kommen sollte. Die Optionen hießen Beitragserhöhungen, eine Kürzung des Leistungskataloges oder Steuerfinanzierung – allesamt höchst unpopulär und recht unwahrscheinlich.

Wohl auch deshalb bleibt jeder Versuch einer Kompensation eine Wunschvorstellung der Bürgerversicherungsbefürworter.

**Dr. Hans-Joachim Kaiser**

Stv. Vorsitzender des PVS Verbandes

Leiter Stabsstelle – PVS-Statistik



# 1 DIE MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEUTSCHLAND

**D**ie Realität ist: Im internationalem Vergleich schneidet das deutsche Gesundheitssystem sehr gut ab. Zu diesem Schluss kommt nicht nur die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD)<sup>1</sup>. Zum deutschen Gesundheitssystem gehören 371.300 berufstätige Ärzte<sup>2</sup>, über 20.000 Apotheken<sup>3</sup> und 1.956 Krankenhäuser<sup>4</sup>. Diese und andere Gesundheitsdienstleister gewährleisten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in Deutschland. Eine gute medizinische Infrastruktur für alle schafft Wohlstand und soziale Sicherheit. Dazu kommt, dass die Gesundheitswirtschaft inzwischen ein sehr bedeutender Wirtschaftszweig mit Zukunftspotential geworden ist. Der Gesundheitsmarkt ist schon heute mit mehr als 7 Mio. Arbeitnehmern größter Wirtschaftssektor in Deutschland. Der Gesundheitsmarkt zeigt sich für 12,0 % des Bruttoinlandsproduktes (BIP) verantwortlich.<sup>5</sup>

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 Be-

---

1 Health at a Glance 2015: OECD Indicators

2 Angaben der Bundesärztekammer für das Jahr 2015.

3 Angaben der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände für das Jahr 2015.

4 Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft für das Jahr 2015.

5 Quelle: Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi), Gesundheitswirtschaft, Fakten & Zahlen (2017).

handlung von privat versicherten Patienten eine gerechte Vergütung. 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 wird indes von unterschiedlichen politischen Akteuren immer wieder in Frage gestellt, mal unter dem Leitmotiv einer einheitlichen „Bürgerversicherung“, mal unter dem des „einheitlichen Rechtsrahmens“ oder der „Konvergenz“. Beides liefe auf ein Ende des deutschen Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV zugunsten einer Einheitsversicherung („GKV für alle“) hinaus.<sup>6</sup> Dies hätte Konsequenzen, denn ohne die Privatpatienten entfele auch ihr überproportionaler Finanzierungsbeitrag. In einem Einheitssystem gäbe es nur noch eine Gebührenordnung. Eine vollständige Kompensation dieser überproportionalen Finanzierungsbeiträge etwa in Form einer entsprechenden Anhebung des EBM ist selbst in SPD-Kreisen ausgeschlossen<sup>7</sup>. Dies hätte Auswirkungen auf die Höhe der ärztlichen Vergütung und damit auf die betriebswirtschaftliche Führung einer ärztlichen Praxis. Vor allem aber stände – zum Nachteil aller – die im internationalen Vergleich führende medizinische Infrastruktur auf dem Spiel.

---

6 Lauterbach, MdB: „Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will wie Herr Spahn, der will die Bürgerversicherung.“, in: Tageszeitung Die Rheinpfalz 15.3.2012.

7 Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung zur Bundestagswahl, „Der Weg zur Bürgerversicherung“.

## 2 DIE VERGÜTUNG DER ÄRZTE IN DER BÜRGERVERSICHERUNG

**S**PD, Grüne und die LINKE fordern unter dem Schlagwort „Bürgerversicherung“ eine Radikalreform des deutschen Gesundheitswesens. Trotz Unterschiede im Detail verpflichten sich die Parteien dabei einem übergeordneten Ziel. Der in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversicherte Personenkreis soll auf die gesamte Bevölkerung ausgeweitet und die Private Krankenversicherung (PKV) in ihrer heutigen Ausprägung praktisch abgeschafft werden.

Zur Idee der Bürgerversicherung gehört zwingend auch eine einheitliche, allgemein gültige ärztliche Honorar- und Vergütungsordnung. Heute sind in der ärztlichen Versorgung der Bundesrepublik Deutschland zwei Vergütungsordnungen fest etabliert: der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Der EBM ist ein Verzeichnis, nach dem nahezu alle ambulanten Leistungen zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Der EBM bestimmt als Honorarordnung den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen. Für Privatpatienten gilt die GOÄ. Die GOÄ ist Abrechnungsgrundlage in der Privaten Krankenversicherung (PKV).

Wer eine einheitliche Bürgerversicherung oder einen einheitlichen Rechtsrahmen („GKV für alle“) etablieren will, muss **eine** Gebührenordnung schaffen. Dafür reicht es nicht aus, dass sich GOÄ und der EBM zeitlich oder inhaltlich einander annähern. Die GOÄ und der EBM müssen von der Höhe der Vergütung, der Funktionalität und der Abrechnungsarithmetik her vollends vereinheitlicht werden. Die vom Verordnungsgeber anvisierte Vergütungshöhe kann sich dabei

theoretisch am Niveau der heute geltenden GOÄ oder des EBM (oder dazwischen) orientieren.

#### DIE SPD

Das konkrete Konzept für die Bürgerversicherung, mit dem die SPD in den Bundestagswahlkampf ziehen wird, liegt noch nicht vor. Allerdings hat sich die SPD-Programmkommission Ende letzten Jahres mit einem Impulspapier geäußert. Hier werden nicht nur das Ziel „Bürgerversicherung“ und damit das Ende der „Zwei-Klassen-Medizin“ bekräftigt, es wird auch skizziert, wie die ärztliche Vergütung aussehen wird.<sup>8</sup> Mit der Bürgerversicherung werde eine neue, einheitliche Honorarordnung für Ärztinnen und Ärzte eingeführt. Tatsächlich lässt die SPD bisher offen, wie diese einheitliche Gebührenordnung aussehen soll. Hilde Matheis, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, antwortete der Ärzte Zeitung auf die Frage, ob die Ärztevergütung einer Bürgerversicherung eher beim heutigen EBM oder beim vorliegenden Entwurf der neuen GOÄ liegen würde: „Das muss man im politischen Prozess miteinander aushandeln.“<sup>9</sup>

Allerdings hat die SPD schon im Vorfeld der Bundestagswahl 2013 einige Kernforderungen formuliert. So soll die neue einheitliche Gebührenordnung auch dazu führen, dass die Honorierung ambulanter und stationärer Leistungen angeglichen wird.<sup>10</sup> Dabei setzt die SPD auf das Sachleistungsprinzip. „Stärkung der Qualität der Versorgung ... erfolgt über die flächendeckende Anwendung des Sachleistungsprinzips.“<sup>11</sup> Sieht man sich zudem die jüngsten Vorschläge der Friedrich-Ebert-Stiftung genauer an, wird das Bild klarer. „Ein reines Einzelleistungssystem ... scheidet a priori für eine Bürgerversicherung aus“, heißt es in dem aktuellen Positionspapier der Stiftung zur Einführung der Bürgerversicherung. Empfohlen wird vielmehr ein Mischsystem aus Fall- und Komplexpauschalen mit begrenzten Einzelleistungsvergütungen.<sup>12</sup> Das spricht eindeutig für eine Vergütung in der Nähe des EBM. Gleichzeitig hat der Vize-Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Prof. Karl Lauterbach wiederholt betont, dass „eine einheitliche Honorarordnung nicht insgesamt zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führt.“ Dem System solle kein Geld entzogen werden.<sup>13</sup> Ein Versprechen, das eher einer Illusion entspricht, wenn man sich vergegenwärtigt, dass in diesem Fall die gesetzlichen Kassen die Ärzte erheblich höher honorieren müss-

8 Impulspapier der SPD-Programmkommission, Gerechtigkeit für alle, Dezember 2016.

9 Ärzte Zeitung, 10.10.2016, Ich bin auf keinem Basar, Interview mit Hilde Matheis zur AMNOG-Novelle.

10 Entwurf zum SPD-Regierungsprogramm, März 2013.

11 Vgl. Bericht der Projektgruppe Bürgersozialversicherung beim SPD-Parteivorstand, Oktober 2011.

12 Quelle: Friedrich Ebert Stiftung, Positionspapier 24/2016, Der Weg zur Bürgerversicherung.

13 Ärzte Zeitung, 23.02.2017, Lauterbach verspricht Komfort-EBM.

ten, nur um damit im Gegenzug die Honorare für die Behandlung der ehemals privat Versicherten auf das gleiche Niveau absenken können.

Entscheidend ist aber, dass im Bürgerversicherungsmodell der SPD der EBM Vorbild für die Funktionalität und Abrechnungsarithmetik der einheitlichen Vergütung ist. Die im EBM und im Sachleistungsprinzip angelegten Formen der leistungsbegrenzenden Budgetierung würden in der Bürgerversicherung zum Maßstab und zur Vergütungsgrundlage für den gesamten ambulanten Bereich. Zu erwartende Kürzungen in der Vergütung der Ärzte wären dann ohne größere Schwierigkeiten aus der Politik und Selbstverwaltung heraus umsetzbar. Denn das Korrektiv, die auf den EBM disziplinarisch wirkende GOÄ, gäbe es nicht mehr.

### DIE GRÜNEN

Im Entwurf des Bundestagswahlprogramms der Grünen heißt es: „Es gibt keine Unterschiede mehr bei den Arzthonoraren. Mit der Bürgerversicherung wäre Gesundheit stabil und fair finanziert und alle Kassen würden um die beste Versorgung konkurrieren.“<sup>14</sup> Das Konzept der grünen Bürgerversicherung steht und ist für die Partei nach wie vor alternativlos. Denn: Allzu oft seien Wartezeiten auf einen Arzttermin und auch die Therapieentscheidungen in Arztpraxen von der Art des Krankenversicherungsschutzes abhängig. Über-, Unter- und Fehlversorgung seien die Folge. Das Ziel der Grünen ist deshalb die Egalisierung der Gebührenordnungen. Die Vergütungshöhe soll dabei offenkundig auf dem Niveau des heutigen EBM liegen. Dafür sprechen zwei Fakten. Erstens, die Grünen fordern das Sachleistungsprinzip. Dazu heißt es: „Die Regeln, die für alle Krankenversicherungen [in der Bürgerversicherung, Ergänzung] gelten sollen, sind: ... Sachleistungsprinzip.“<sup>15</sup> Zweitens, nur bei einer Vergütung auf GKV-Niveau (und bei der Modellannahme, dass alle heute Bestandsversicherten der PKV keinen verfassungsrechtlich gebotenen Bestands- und Vertrauensschutz genießen) ließe sich die von den Grünen immer wieder öffentlich für ein Bürgerversicherungs-Szenario prognostizierte Senkung des allgemeinen Beitragssatzes in Höhe von 1,5 Beitragssatzpunkten realisieren. Nachzulesen ist das unter anderem im von den Grünen in Auftrag gegebenen Gutachten zur Bürgerversicherung (Rothgang, 2010). Dort heißt es: Für die Berechnung der Beitragssatzentwicklung in der Bürgerversicherung „wurde unterstellt, dass die ärztlichen Leistungen für die bislang Privatversicherten nach deren Einbeziehung in die Bürgerversicherung ebenfalls nach GKV-Tarifen abgerechnet werden.“<sup>16</sup>

---

14 Vgl. Entwurf zum Bundestagswahlprogramm von Bündnis 90/Die Grünen, 2017.

15 Quelle: Bündnis 90 / Die Grünen: Bürgerversicherung – Eine für Alle. Die grüne Bürgerversicherung.

16 Quelle: Rothgang (2010), Gutachten im Auftrag der Grünen, S. X.

## DIE LINKE

Die LINKE reduziert das Gesundheitswesen auf öffentliche Daseinsvorsorge. Wenn man ein offenes Wort zur Vergütung der Ärzte auch vergebens sucht, so macht die LINKE die GOÄ doch eindeutig verantwortlich für eine ungerechte Zwei-Klassen-Medizin. Eine einheitliche Gebührenordnung würde dem ein Ende setzen. Solange die Ärzteschaft für Private mehr bekäme als für gesetzlich Versicherte, werde Bevorzugung beziehungsweise Benachteiligung Alltag in den Praxen sein.<sup>17</sup> Es ist absehbar, dass bei der LINKEN die einheitliche Vergütung der Ärzte eine einseitige Angleichung der Vergütung nach unten – auf das Niveau des heutigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) – sein wird. Das ist deshalb zu erwarten, weil man in den Positionen der LINKEN zur Gesundheitspolitik immer wieder auf den Grundsatz „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ stößt. So heißt es unter anderem: Prinzipiell ist die LINKE „für eine Reform der GOÄ. Die Frage lautet aber natürlich, in welche Richtung diese Reform gehen soll. Für uns steht dabei das Prinzip, „gleicher Lohn für gleiche Arbeit“ im Mittelpunkt der Überlegungen.“<sup>18</sup>

## WAS STEHT IN DER BÜRGERVERSICHERUNG AUF DEM SPIEL?

Die Höhe und die Arithmetik der Vergütung in der Bürgerversicherung bedroht das Einkommen der Ärzte und damit die Möglichkeit der Ärzte, in eine moderne medizinische Infrastruktur sowohl zum Nutzen der gesetzlich als auch privat versicherten Patienten zu investieren. Die in einem einheitlichen Krankenversicherungsmarkt („GKV für alle“) gefährdeten Vergütungen und der damit einhergehende „Investitionsstau“ in die medizinische Infrastruktur lassen sich für Deutschland quantifizieren. Im Mittelpunkt stehen dabei 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 Zahlenmaterialien 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 Prozent. Dabei wird in einer facharztübergreifenden und facharztspezifischen Betrachtung zwischen allen (niedergelassenen) Facharztgruppen unterschieden.

---

17 Quelle: Gebührenordnung für Ärzte sorgt weiter für Zwei-Klassen-Medizin, Pressemitteilung von Harald Weinberg, 13.11.2013.

18 Quelle: Die LINKEN (2012), Landtagswahl 2012, Positionen, Wahlprüfstein Freie Ärzteschaft.

# 3 „BEDROHTE“ VERGÜTUNG DER ÄRZTE IN ZAHLEN

## 3.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen

### 3.1.a „Bedrohte“ Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit

**U**m 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).<sup>19</sup> Diese Studienreihe gibt ein vollständiges und realistisches Bild vom Umsatz der Ärzte mit Privatpatienten wider. Sie weist die Arzthonorare der privaten Krankenversicherungen, Beihilfestellen und der bei Privatversicherten weit verbreiteten Selbstbehalte aus. Im Jahr 2014 lag die Summe aller Honorare bei 10,44 Milliarden Euro.<sup>20</sup> Teilt man diese Leistungen der Selbstzahler, Beihilfestellen und privaten Krankenversicherungen für Arzthonorare auf die 121.641 im Jahr 2014 ambulant niedergelassenen Ärzte auf,<sup>21</sup> ergibt sich ein Umsatz von ca. 85.826 € je ambulant niedergelassenen Arzt (vgl. Tabelle 1). Diesen Betrag setzen jährlich allein die ambulant niedergelassenen Ärzte – folgt man einer Erstbetrachtung ohne Blick auf die unterschiedlichen Arztgruppen – im Gesundheitssystem mit der Behandlung von Privatpatienten im Durchschnitt um.

<sup>19</sup> Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Die Gesundheitsausgaben der PKV- und GKV-Versicherten im Vergleich, verschiedene Jahrgänge.

<sup>20</sup> Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Mehrausgaben und Leistungsausgaben in der PKV – eine Analyse auf Basis der Daten 2016 bis 2014, Diskussionspapier 1/2016.

<sup>21</sup> Angaben der Bundesärztekammer für 2014.

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 10,44 Milliarden Euro als Anteil an den Gesamthonoraren aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahlung betrachtet. Das Ergebnis: Im deutschen Gesundheitssystem verursachen rund 11,0 % Privatversicherte 24,0 % der ambulant ausgelösten Jahresumsätze (vgl. Tabelle 1).<sup>22</sup>

Auswertungen des Statistischen Bundesamtes – bezogen auf Praxisinhaber – bestätigen die Größenordnungen der bisher skizzierten Zahlen.<sup>23</sup> 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 (ohne MVZ) bei 28,3 % liegt. Im Durchschnitt ergibt sich damit je Praxisinhaber aus der Privatpraxis ein Vergütungshonorar von 96.786 € (vgl. Tabelle 1).<sup>24</sup> Diese jährlichen Umsätze beziehungsweise relativen Umsatzanteile ständen in der Bürgerversicherung mit einheitlichem Rechtsrahmen („GKV für alle“) ohne Privatpatienten für jeden niedergelassenen Arzt beziehungsweise für jeden Praxisinhaber auf dem Spiel.

---

22 Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Mehrausgaben und Leistungsausgaben in der PKV – eine Analyse auf Basis der Daten 2016 bis 2014, Diskussionspapier 1/2016.

23 Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2011.

24 Inklusive IGeL-Leistungen und ambulant-stationäre Privatpraxis.



Herkunft und Quelle	Bedrohte (jährliche) Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit – insgesamt, je Arzt/Praxisinhaber und als Anteil an den Gesamtumsätzen –		
	Gesamtumsätze in €	Umsätze je niedergelassenen Arzt bzw. Praxisinhaber	Anteil an den Gesamtumsätzen aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstzahlung
1) Ambulante Arzthonorare (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbstbehalte)	10,44 Mrd. €	85.826 €*	24,0 %
2) Ambulante Arzthonorare (Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit)	k. A.	96.786 €**	28,3 %

\* je ambulant niedergelassenen Arzt

\*\* hier je Praxisinhaber inklusive IGeL-Leistungen und inklusive ambulant-stationäre Privatpraxis (ohne MVZ)

Tabelle 1: Bedrohte (jährliche) Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit in der Bürgerversicherung<sup>25</sup>

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

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

<sup>25</sup> Quellen: 1) Mehrumsatzstudien des Wissenschaftliches Instituts der PKV (WIP), (2016) / 2) Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

deshalb entstehen, weil die zu behandelnden Personen nicht gesetzlich, sondern privat versichert sind, lagen in Deutschland bei 5,99 Milliarden Euro (2014).<sup>26</sup> Mindestens 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 (2014: 121.641)<sup>27</sup> entspräche das im Durchschnitt rund 49.243 €. Das sind über 57 % der heutigen Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit. Gemessen an den Gesamthonoraren aus GKV, PKV, Beihilfe und Selbstbehalten würden die Ärzte 13,7 % ihrer Vergütungen in einer Bürgerversicherung einbüßen. Der abschließende Blick auf die Umsätze und Zusatzvergütungen aus der privatärztlichen Tätigkeit ergibt damit folgendes Bild:

Deutschland	Verlust von Zusatzvergütungen pro Jahr im Fall einer Einheitsversicherung (Bürgerversicherung/ einheitlicher Rechtsrahmen / „GKV für alle“)			
	Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit	davon: Zusatzvergütungen in €	Verlust als Anteil an den Privathonoraren in %	Verlust als Anteil an den Gesamthonoraren in %
insgesamt (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbstbehalte)	10,44 Mrd. €	5,99 Mrd. €		
je ambulant niedergelassenen Arzt (finanziert aus PKV, Beihilfe und Selbstbehalte)	85.826 €	49.243 €	57,4 %	13,7 %

Tabelle 2: Verlust von Arzthonoraren pro Jahr im Fall einer Bürgerversicherung („GKV für alle“)<sup>28</sup>

<sup>26</sup> Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Die Mehrausgaben und Leistungsausgaben in der PKV – eine Analyse auf Basis der Daten 2016 bis 2014, Diskussionspapier 1/2016.

<sup>27</sup> Angaben der Bundesärztekammer für 2014.

<sup>28</sup> Quelle: Bundesärztekammer (2016); Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP), Zahlenberichte des Verbandes der Privaten Krankenversicherung.

### 3.1.c Verlust von Gewinnen aus der privatärztlichen Tätigkeit

Der Verlust von jährlichen Zusatzvergütungen in Euro und Prozent im Fall einer Einheitsversicherung („GKV für alle“) 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, Gebühren, 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 („GKV für alle“) heute Privatversicherte den Status eines gesetzlich Versicherten inne haben 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. 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 entfernt 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 Einbußen von 5,99 Mrd. € (2014) jährlich. Je ambulant niedergelassenen Arzt würde das im Durchschnitt eine jährliche Gewinneinbuße von rund 49.250 € bedeuten.

## 3.2 Fachärztliche Betrachtungen

Die Bedeutung der Privatpraxis für die Honorierung der Ärzte liegt – wie dargestellt – im Durchschnitt je nach Quelle zwischen 24 % und 28 %. 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 2011.<sup>29</sup> Anders als die Studienreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (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 2016 zu generieren, werden im Folgenden die Ergebnisse für das Jahr 2011 **hilfsweise** mit dem Anstieg der Verbraucherpreise aktualisiert. Zwischen 2011 und 2016 sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Verbraucherpreise um 5,2 % angestiegen.

### 3.2.a „Bedrohte“ Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit

Den geringsten Anteil der Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit an den Gesamthonoraren weisen im Jahr 2011 die Allgemeinärzte mit 18,4 % (= 48.000 € p. a.) auf. Im Jahr 2016 wären das rund 50.500 €. Einen Mittelwert nehmen unter anderem die Gynäkologen ein (vgl. Tabelle 3). Der höchste Wert findet sich bei den Ärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit 47,6 % (= 174.700 € p. a.).<sup>30</sup> Hier dürfte ein Teil der Einnahmen aus der Privatpraxis auch auf GKV-Versicherte zurückzuführen sein, die Behandlungen in Anspruch nehmen, die dem kosmetischen Bereich zuzuordnen sind und nicht von der GKV gezahlt werden. Anders sind die Zusammenhänge bei den Radiologen/Nuklearmedizinern zu bewerten. Der hohe Anteil (36,8 % = 322.000 €) aus der Privatpraxis wird insbesondere im Zuge der Behandlung von Privatversicherten realisiert. Hilfsweise hochgerechnet wären das im Jahr 2016 rund 339.000 €. Wenngleich Umsätze keine Zusatzvergütungen sind, stünden im Falle der Bürgerversicherung diese Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit zur Disposition.

---

29 Vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1.; Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2011.

30 Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

<b>Umsätze aus der privatärztlichen Tätigkeit</b> – je Praxisinhaber in € und als Anteil an den Gesamteinnahmen –			
<b>Facharztgruppen</b>	<b>absolut in € (2011)</b>	<b>Anteil an den Gesamt- einnahmen (2011)</b>	<b>absolut in € (2016)*</b>
Allgemeinmediziner / Hausärzte	48.024 €	18,4 %	50.521 €
Internisten	91.200 €	22,8 %	95.942 €
Frauenheilkunde	98.154 €	34,2 %	103.258 €
Kinderheilkunde	56.576 €	20,8 %**	59.518 €
Augenheilkunde	154.258 €	34,9 %	162.279 €
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	96.652 €	33,1 %***	101.678 €
Orthopädie	160.800 €	40,0 %	169.162 €
Chirurgie	108.324 €	30,6 %	117.315 €
Haut- und Geschlechtskrankheiten	174.692 €	47,6 %	183.776 €
Radiologie und Nuklearmedizin	322.000 €	36,8 %	338.744 €
Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	58.316 €	23,9 %	63.156 €
Urologie	139.518 €	41,4 %	146.773 €

\* Die Aktualität für das Jahr 2016 wird hilfsweise durch Multiplikation mit der Inflationsrate (Verbraucherpreise) gewährleistet. Zwischen 2011 und 2016 sind die Verbraucherpreise um 5,2 % angestiegen.

\*\* Wert aus 2007, Wert für 2011 ist max. 22,7 %.

\*\*\* Wert aus 2007, Wert für 2011 ist max. 35 %.

**Tabelle 3:** (Bedrohte) jährliche Umsätze aus privatärztlicher Tätigkeit nach Facharztgruppen<sup>31</sup>

### 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, sondern Selbstzahler, beihilfeberechtigt und/oder in der PKV versichert sind. In einer Bürgerversicherung würden die Fach-

<sup>31</sup> Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1; Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2011.

arztgruppen „nur“ die Zusatzvergütungen einbüßen. Eine Vergütung auf EBM-Niveau 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 oder in einem einheitlichen Rechtsrahmen die Vergütung der Ärzte auf das Vergütungsniveau der Gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt würde. 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).<sup>32</sup>

Multipliziert man die Einnahmen aus der Versorgung der GKV-Versicherten je Praxisinhaber (Spalte 1) in den einzelnen Facharztgruppen mit dem Verhältnis<sup>33</sup> der PKV-Versicherten zu den GKV-Versicherten – nämlich 0,13 –,<sup>34</sup> 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 Ärzte die Einbußen an Zusatzvergütungen im Fall der Bürgerversicherung je nach Facharztgruppe bestimmen. Dabei können die Verluste absolut in € (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 Verluste für das Jahr 2016 zu quantifizieren, werden im Folgenden die Werte für 2016 mit Hilfe des Anstiegs der Verbraucherpreise generiert (Spalte 7). Zwischen 2011 und 2016 sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes die Verbraucherpreise um 5,2 % angestiegen.

---

32 Vgl. Statistisches Bundesamt (2013), Fachserie 2, Reihe 1.6.1

33 ambulante und stationäre Kassenpraxis

34 2011 waren in der PKV (GKV) 8.976.400 Personen (69.637.000 Personen) krankenversichert.

Verlust von Zusatzvergütungen pro Jahr im Fall einer Einheitsversicherung (Bürgerversicherung/einheitlicher Rechtsrahmen/ „GKV für alle“) – je Praxisinhaber –							
Facharztgruppen	Einnahmen aus GKV- Vergütung	Einnahmen aus der Privatpraxis	Einnahmen aus der Privatpraxis zu EBM- Bedingungen	Verlust von Zusatzvergütungen			
				in € (2011)	als Anteil an den Privat Honoraren	als Anteil an den Gesamthonoraren	in € (2016)**
	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5	Spalte 6	Spalte 7
Allgemein- mediziner/ Prakt. Ärzte	206.973 €	48.024 €	26.906 €	21.118 €	44,0 %	8,1 %	22.216 €
Internisten	298.400 €	91.200 €	38.792 €	52.408 €	57,5 %	13,1 %	55.133 €
Frauenheilkunde	185.115 €	98.154 €	24.065 €	74.089 €*	75,5 %	25,8 %	77.942 €*
Kinderheilkunde	210.256 €	56.576 €***	27.333 €	29.243 €	51,7 %	10,8 %	30.764 €
Augenheilkunde	278.460 €	154.258 €	36.200 €	118.058 €*	76,5 %	26,7 %	124.197 €*
Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	183.960 €	96.652 €	23.915 €	72.737 €	75,3 %	24,9 %	76.519 €
Orthopädie	219.894 €	160.800 €	28.586 €	132.413 €*	82,2 %	32,9 %	139.298 €*
Chirurgie	218.064 €	108.324 €	26.168 €	82.156 €	75,8 %	25,2 %	88.975 €
Haut- und Geschlechts- krankheiten	184.601 €	174.692 €	23.998 €	150.694 €*	86,3 %	41,1 %	158.530 €*
Radiologie und Nuklearmedizin	503.125 €	322.000 €	65.406 €	256.594 €	79,7 %	29,3 %	269.937 €
Neurologie, Psychiatrie, Kin- derpsychiatrie, Psychotherapie	170.068 €	58.316 €	20.408 €	37.908 €	65,0 %	16,6 %	41.054 €
Urologie	190.405 €	139.518 €	24.753 €	114.765 €*	82,3 %	34,1 %	120.773 €*

\* In diesen Facharztgruppen wird häufig „geigelt“. In diesen Facharztgruppen müssen die privatärztlich abrechneten IGeL-Leistungen von den hier in Spalte 4 und 7 angegebenen Werten abgezogen werden.

\*\* Die Aktualität für das Jahr 2012 wird hilfsweise durch Multiplikation mit der Inflationsrate (Verbraucherpreise) gewährleistet. Zwischen 2011 und 2016 sind die Verbraucherpreise um 5,2 % angestiegen.

\*\*\* Wert basiert auf einer Hochrechnung aus 2007.

Tabelle 4: Jährliche Verluste von Arzthonoraren nach Facharztgruppen in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“)<sup>35</sup>

35 Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1., S. 16f. Die aktuellsten Angaben beziehen sich auf 2011; eigene Berechnungen.

Die Zahlen lassen sich für das Jahr 2011 wie folgt zusammenfassen. Die Facharztgruppen sind sehr unterschiedlich vom Wegfall der GOÄ-Vergütung („GKV für alle“) betroffen. Die Verluste variieren zwischen 21.118 € je Praxisinhaber beim Allgemeinarzt bis hin zu 256.594 € beim Radiologen. Der Radiologe (Hausarzt) würde damit fast 29,3 % (8,1 %) seiner gesamten Honorare aus privat- und kassenärztlicher Tätigkeit verlieren. Dazwischen liegen zum Beispiel die Kinder- und Jugendärzte mit 29.243 €, Internisten (52.408 €) oder Gynäkologen (74.089 €). Sie verlören 10,8 % beziehungsweise 13,1 % beziehungsweise 25,8 % der gesamten Honorare aus privat- und kassenärztlicher Tätigkeit. Dabei gilt: Die Euro-Beträge sind als jährliche Verluste zu betrachten und haben sich inzwischen weiter nach oben entwickelt. Anhaltspunkte liefern dabei die Aktualisierungen für das Jahr 2016 (Spalte 7). Die Verluste für die Fachärzte werden sich 2016 zwischen 22.216 € je Praxisinhaber beim Allgemeinarzt bis hin zu 269.937 € beim Radiologen bewegen. Dazwischen liegen auch hier die Kinder- und Jugendärzte (30.764 €), Gynäkologen (77.942 €) oder Internisten (55.133 €).

In einigen Facharztgruppen sind die in Tabelle 4 ausgewiesenen Verluste in einer Bürgerversicherung „überzeichnet“. Denn anders als in der Studienreihe des Wissenschaftlichen Instituts (WIP) sind beim Statistischen Bundesamt bei den Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit die sogenannten IGeL-Leistungen enthalten. Und es gibt Arztgruppen, die relativ häufig sogenannte IGeL-Leistungen abrechnen. Sie sind in Spalte 4 und 7 mit einem \* gekennzeichnet. Zu diesen Arztgruppen gehören insbesondere Augenärzte, Hautärzte, Urologen, Gynäkologen und Orthopäden. In diesen Facharztgruppen müssen die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen von den hier in Spalte 4 und 7 angegebenen Werten abgezogen werden. Denn auch in der Bürgerversicherung wird der Arzt die Möglichkeit haben, IGeL-Leistungen zu erbringen. Die IGeL-Leistungen in den jeweiligen Facharztgruppen lassen sich seriös nicht quantifizieren.

### 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 („GKV für alle“) heute Privatversicherte den Status eines gesetzlich Versicherten inne haben 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 hatten wir medizinische Geräte genannt, die in der Praxis vorgehalten werden können, weil ihre Finanzierung bisher durch den Anteil der Privatversicherten gesichert ist. 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 2016 – zum Beispiel im Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde eine jährliche Gewinneinbuße von 76.500 €<sup>36</sup> bedeuten. Die Radiologen lägen mit Gewinnverlusten in Höhe von rund 270.000 €<sup>37</sup> jährlich an der Spitze der Statistik. Am unteren Ende wären die Allgemeinmediziner zu finden: Sie verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) rund 22.000 €<sup>38</sup> jährlich. Als Zwischenfazit lässt sich damit folgendes feststellen. Die Bürgerversicherung („GKV für alle“) führt zu schmerzlichen Verlusten bei allen niedergelassenen Ärzten, existentiell bedroht wäre aber insbesondere die fachärztliche Versorgung. Für die ambulant tätigen Fachärzte und damit für die ambulante medizinische Infrastruktur steht sehr viel auf dem Spiel.

---

36 IGEL-Gewinne müssen abgezogen werden.

37 IGEL-Gewinne müssen abgezogen werden.

38 IGEL-Gewinne müssen abgezogen werden.



## 4 BEDROHUNG DER MEDIZINISCHEN INFRASTRUKTUR

### 4.1 Ärzteübergreifende Betrachtungen

**W**ie 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, ist im vorausgegangenen Abschnitt hinreichend aufgezeigt worden. Eben diese 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 versetzen die Ärzte in die Lage, in medizinisches Fachpersonal, fortschrittliche Behandlungsmethoden und in eine moderne Praxisinfrastruktur zu investieren. Das nutzt auch den gesetzlich versicherten Patienten. In der Bürgerversicherung wäre genau diese moderne Praxisinfrastruktur bedroht. Um die konkreten Rückwirkungen einer einheitlichen Bürgerversicherung („GKV für alle“) 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 5,99 Mrd. € jährlich in Frage (vgl. Abschnitt 3.1.b). Je niedergelassenen Arzt sind das 49.243 € jährlich. Landesweit entspricht das dem Objektwert von 2.400 neu angeschafften Geräten zur Magnetresonanztomo-

graphie (MRT)<sup>39</sup> oder dem Gegenwert von 135.364 vollzeitbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten.<sup>40</sup> Anders formuliert: 51 Ärzte könnten zusammen innerhalb eines Jahres ein Gerät zur Magnetresonanztomographie (MRT) finanzieren (vgl. Tabelle 5).

<b>Verlust von Arzthonoraren pro Jahr im Fall einer Einheitsversicherung („GKV für alle“)</b>		
	<b>gesamt</b>	<b>je niedergelassenen Arzt</b>
<b>Deutschland</b>	5,99 Mrd. €	49.383 €
<b>entspricht Gegenwert von</b>	Anschaffung von 2.396 neuen Geräten zur Magnetresonanztomographie (MRT)*	51 Ärzte könnten innerhalb 1 Jahres 1 Gerät zur Magnetresonanztomographie (MRT)* finanzieren
<b>alternativ</b>	Anstellung von 135.364 vollbeschäftigten Medizinischen Fachangestellten **	1 Arzt könnte jährlich 1,1 vollbeschäftigte Medizinisch Fachangestellte finanzieren.

\* MRT-Geräte kosten bei Neuanschaffung zwischen 900.000 und 3,5 Mio. €. Hier seien 2,5 Mio. € angenommen.

\*\* Eine Medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsjahren verdient 2016 3.073 € (36.876 €) monatlich (jährlich). Das entspricht einem Arbeitgeberbrutto von ungefähr 44.250 €.

**Tabelle 5:** Jährliche Verluste von ambulanten Arzthonoraren in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“)

## 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.b kann man die Einbußen an Zusatzvergütungen im Fall der Bürgerversicherung je nach Facharztgruppe in Euro für das Jahr 2007 und hilfweise – im Rahmen der Entwicklung der Verbraucherpreise – aktualisiert für das Jahr 2012 entnehmen. Als Gegenwert der facharztspezifischen Mehrumsätze werden im Folgenden die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme<sup>41</sup> in den jeweiligen Facharztgruppen hinzugezogen.

39 MRT-Geräte kosten bei Neuanschaffung zwischen 900.000 und 3,5 Mio. €. Hier seien 2,5 Mio. € angenommen.

40 Eine Medizinische Fachangestellte der Tarifgruppe VI mit 15 Berufsjahren verdient 2016 3.073 € (36.876 €) monatlich (jährlich). Das entspricht einem Arbeitgeberbrutto von ungefähr 44.250 €.

41 Praxisinvestitionen bei Praxisübernahme: Praxisinvestitionen + Übernahmepreis.

### ALLGEMEINMEDIZINER

Die Allgemeinmediziner verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 22.216 € jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Hausärzten rund 160.000 €. <sup>42</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 7,2 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Hausarztpraxis decken.

### AUGENHEILKUNDE

Die Augenärzte verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 124.197 € jährlich. <sup>43</sup> Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Augenärzten rund 270.000 €. <sup>44</sup> 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 („GKV für alle“) 139.298 € jährlich. <sup>45</sup> Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Orthopäden rund 350.000 €. <sup>46</sup> 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 („GKV für alle“) 120.753 € jährlich. <sup>47</sup> Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Urologen rund 360.000 €. <sup>48</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 3,0 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Praxis für Urologie decken.

---

42 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

43 Bei den Augenärzten wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Augenärzten ist nicht möglich.

44 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

45 Bei den Orthopäden wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Orthopäden ist nicht möglich.

46 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

47 Bei den Urologen wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Urologen ist nicht möglich.

48 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

### GYNÄKOLOGIE

Die Gynäkologen verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 77.942 € jährlich.<sup>49</sup> Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Gynäkologen rund 215.000 €. <sup>50</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 2,8 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Praxis für Urologie decken.

### DERMATOLOGIE

Die Hautärzte verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 158.530 € jährlich.<sup>51</sup> Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Dermatologen rund 180.000 €. <sup>52</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 1,1 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Hautarztpraxis decken.

### HALS-NASEN-OHRENHEILKUNDE

HNO-Ärzte verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 76.519 € jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei HNO-Ärzten rund 235.000 €. <sup>53</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 3,1 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue HNO-Praxis decken.

### INTERNISTEN

Fachärztliche Internisten verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 55.133 € jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Internisten rund 190.000 €. <sup>54</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Mehrumsätze der Privatpatienten innerhalb von 3,5 Jahren die Praxisinvestitionen für eine neue Internisten-Praxis decken.

### KINDERHEILKUNDE

Kinderärzte verlören in einer Bürgerversicherung („GKV für alle“) 30.764 € jährlich. Die Praxisinvestitionen für eine Einzelpraxisübernahme beträgt bei Kin-

---

49 Bei den Gynäkologen wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Gynäkologen ist nicht möglich.

50 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

51 Bei den Dermatologen wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Dermatologen ist nicht möglich.

52 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

53 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

54 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.

derärzten rund 170.000 €. <sup>55</sup> Das heißt im Umkehrschluss, dass die heutigen Meh-  
rumsätze der Privatpatienten innerhalb von 5,5 Jahren die Praxisinvestitionen  
für eine neue Kinderarztpraxis decken.

---

55 Quelle: Mitteilung ausgewählter Fachärzte.





## 5 ZUSAMMENFASSUNG UND FAZIT

**D**ie Dualität aus GKV und PKV und damit der Beitrag der Privatpatienten zur medizinischen Infrastruktur wird von SPD, Grüne und LINKE in Frage gestellt, mal unter dem Schlagwort einer einheitlichen „Bürgerversicherung“, mal unter dem des „einheitlichen Rechtsrahmens“ oder „Konvergenz“. Beides liefe auf ein Ende des deutschen Zwei-Säulen-Modells aus GKV und PKV zugunsten einer Einheitsversicherung („GKV für alle“) hinaus.<sup>56</sup> Dies hätte Konsequenzen, denn ohne die Privatpatienten entfielen auch ihr Finanzierungsbeitrag. In einem Einheitssystem gäbe es nur noch eine Gebührenordnung. Maßstab wäre dann der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und die Budgetierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies hätte Auswirkungen auf die medizinisch-technische und personelle Ausstattung der Praxen, die Attraktivität des Arztberufs und die betriebswirtschaftliche Führung einer Praxis. Vor allem aber stände – zum Nachteil aller – die im internationalen Vergleich führende medizinische Infrastruktur in Deutschland auf dem Spiel.

Die in einer Bürgerversicherung drohenden Umsatz- und Gewinneinbußen sind in dem vorliegenden Papier für die ambulant niedergelassenen Ärzte facharztspezifisch quantifiziert worden. Um die Mehrumsätze der Privatpatienten als Voraussetzung für den Erhalt oder die fortlaufende Modernisierung der medizinischen Infrastruktur zu visualisieren, sind 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 worden.

---

<sup>56</sup> Lauterbach, MdB: „Wer einen einheitlichen Versicherungsmarkt will wie Herr Spahn, der will die Bürgerversicherung“, in: Tageszeitung Die Rheinpfalz 15.3.2012.

Einige Ergebnisse im Überblick:

- ▶ Im deutschen Gesundheitssystem verursachen **rund 11,0 % Privatversicherte 24,0 %** 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 **5,99 Mrd. € jährlich**. Das entspricht je niedergelassenem Arzt **rund 49.200 €**. Landesweit entspricht das dem Gegenwert von 2.396 neu angeschafften Geräten zur Magnetresonanztomographie (MRT) oder dem Gegenwert von 135.364 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 eines gesetzlich Versicherten inne hätten.
- ▶ Praxisinhaber wenden rund 25 % ihrer Einnahmen für Personalaufwendungen auf.<sup>57</sup> Davon ausgehend kann man vermuten, dass auch wenigstens ein Viertel der durch eine Bürgerversicherung entstandenen Umsatzeinbußen durch den Abbau vorhandener Teil- und Vollzeitstellen aufgefangen werden muss. In Summe gingen so etwa 34.000 Vollzeitstellen oder eine entsprechend größere Anzahl von Teilzeitstellen in den ambulanten Praxen verloren.
- ▶ Von den Gewinneinbußen im einheitlichen Rechtsrahmen wären die ärztlichen Fachgruppen höchst unterschiedlich betroffen. Während je Praxisinhaber für die Allgemeinmediziner **rund 22.000 €** jährlich auf dem Spiel stünden, verlören z. B. Ärzte in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde **rund 76.500 €** jährlich. Damit ließen sich innerhalb von 3,1 Jahren die Praxisinvestitionen für eine HNO-Praxis decken. Angaben zu weiteren Facharztgruppen finden Sie in Tabelle 4 und Abschnitt 4.2.
- ▶ Orthopäden (Kinderärzte) verlören in einer Bürgerversicherung **32,9 %** (10,8 %) der Honorare aus privat- und kassenärztlicher Tätigkeit. Das entspricht – bezogen auf 2016 – **139.000 €**<sup>58</sup> (30.700 €) jährlich. Damit

57 Statistisches Bundesamt, Fachserie 2, Reihe 1.6.1.

58 Bei den Orthopäden wird häufig „geigelt“. Die privatärztlich abgerechneten IGeL-Leistungen müssen von den hier angegebenen Werten abgezogen werden. Eine Quantifizierung der durchschnittlichen IGeL-Leistungen bei den Orthopäden ist nicht möglich.

ließen sich innerhalb von 2,5 Jahren (5,5 Jahren) die Praxisinvestitionen (einschließlich Übernahmepreis) für eine Praxis der Orthopädie (Kinderarztpraxis) zum Beispiel in Regionen mit Fachärztemangel decken. Angaben zu weiteren Fachärzten finden Sie in Tabelle 4 und Abschnitt 4.2.

- ▶ Die Radiologen lägen mit Verlusten in Höhe von **rund 270.000 €** jährlich an der Spitze der Statistik. Der Radiologe würde damit rund 29 % seiner gesamten Honorare aus privat- und kassenärztlicher Tätigkeit verlieren.

Die Bürgerversicherung („GKV für alle“) bedroht die medizinische Infrastruktur in der fachärztlichen Versorgung. Für die ambulant tätigen Fachärzte steht genauso wie für die Patienten sehr viel auf dem Spiel. Mit der Bürgerversicherung würden der hochspezialisierten Facharztversorgung die finanziellen Voraussetzungen endgültig entzogen. Das Ziel: Ein zentral gesteuertes, budgetiertes Gesundheitswesen unter staatlicher Aufsicht.

Diesem Urteil werden die Verfechter der Bürgerversicherung entgegneten. Sie werden gegenüber den ambulant niedergelassenen Ärzten argumentieren, dass die einheitliche Honorarordnung in einem einheitlichen Rechtsrahmen insgesamt nicht zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führen soll.<sup>59</sup> Gleichzeitig werden sie auf den verfassungsrechtlich zu akzeptierenden Bestands- und Vertrauensschutz der heute Privatversicherten hinweisen<sup>60</sup> und damit implizit versprechen wollen, dass in Teilschritten zur Bürgerversicherung zum Beispiel nur das Neugeschäft der Unternehmen der PKV unterbunden wird und beim Bestand der fast 9 Mio. Privatversicherten durch fortgesetzte GOÄ-Vergütung „alles beim alten bleiben soll“. Doch das ist ein Trugschluss: Denn sowohl die SPD als auch die Grünen wollen allen heute Privatversicherten ein Wahlrecht für den Wechsel aus der PKV in die Bürgerversicherung einräumen. Das Ziel dieser Wahlrechte ist selbsterklärend. Mit Wechselrechten soll die Umsetzung der Bürgerversicherung zu Bedingungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) beschleunigt werden.

Und die Zahl der Wechsler wird aus mehreren Gründen ein relevantes Ausmaß erreichen. Zunächst einmal stellen die Wechselrechte eine Einladung zum „Vorteilshopping“ dar. Da die Bürgerversicherung einkommensabhängige Beiträge, die PKV dagegen risikoadäquate Beiträge erhebt, werden sich viele Privatversicherte – je nach Einkommen – mit einem Wechsel in die Bürgerversicherung optimieren wollen. Das ist naheliegend, weil in der Bürgerversicherung die bei-

---

59 „Eine einheitliche Honorarordnung wird insgesamt nicht zu weniger Mitteln für die ambulante Versorgung führen. Stattdessen treffen sich die Honorare in der Mitte: Bei den gesetzlich Versicherten werden sie steigen, bei den privaten Versicherten auf das gleiche Niveau sinken. Dem System wird kein Geld entzogen.“ (Prof. Karl Lauterbach, 23.02.2017).

60 Vgl. SPD-Präsidiumsbeschluss 2011.

tragsfreie Mitversicherung für Familienmitglieder und/oder im Rentenalter reduzierte, von den Erwerbstätigen subventionierte Versicherungsbeiträge locken.

Die Wechselrechte kennen nur eine Richtung: Raus aus der PKV, rein in die Bürgerversicherung zu Bedingungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Mit jedem Wechsler geht ein Patient verloren, bei dessen Behandlung die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zugrundegelegt wird. Am Ende würde die Vergütung beziehungsweise Vergütungshöhe nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vollends ihre Bedeutung verlieren. Sie würde nicht abgeschafft, sondern von den Protagonisten der Bürgerversicherung mit leeren Versprechen politisch „ausgehebelt“ und „kaltgestellt“. An dessen Stelle würde die Funktionalität und Abrechnungsarithmetik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) treten. Neben den im vorliegenden Papier für die niedergelassenen Ärzte quantifizierten Umsatz- und Gewinneinbußen in Höhe **von 5,99 Mrd. €** jährlich würde 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. Weitere, über das hier quantifizierte Ausmaß hinausgehende Kürzungen in der Vergütung der Ärzte wären dann ohne größere Schwierigkeiten aus der Politik und Selbstverwaltung heraus zu erwarten und umsetzbar. Das Ergebnis: Der niedergelassene Arzt und damit die Modernisierung der medizinischen Infrastruktur bleibt auf der Strecke. Der ambulanten ärztlichen und fachärztlichen Versorgung würden wirtschaftlich und qualitativ die Grundlage entzogen.



## **Impressum**

### **AUSGABE**

Mai 2017

### **HERAUSGEBER**

PVS Verband

Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e. V.

Stabsstelle – PVS-Statistik

Straßmann-Haus

Schumannstraße 18

10117 Berlin

### **REALISIERUNG**

Layout/Satz: FGS Kommunikation, Berlin

Titelbild: poplasen/iStock.com

Druck: trigger.medien, Berlin

Printed in Germany



## **Die Pläne zur Bürgerversicherung liegen vor.**

SPD, Bündnis 90/Grüne und DIE LINKE haben sich klar positioniert. Im Falle einer Realisierung würde dies weitreichende Folgen haben.

Der PVS Verband ist mit der vorliegenden wissenschaftlichen Untersuchung der Frage nachgegangen, welche konkreten Auswirkungen der – mit der Einführung einer Bürgerversicherung verbundene – Honorarwegfall für die Ärzte, die medizinische Infrastruktur, die personelle Ausstattung der Praxen und letztlich und letztlich die Versicherten haben würde.