

Ausgewählte Daten & Fakten ambulanten ärztlichen Versorgung

Wird die ambulante ärztliche Versorgung „kaputtgespart“? Wie hat sich das Einkommen der Praxen wirklich entwickelt? Sind die Praxen „unterfinanziert“? Wieviel verdienen Praxisinhaber im Durchschnitt?

- Auf Basis der Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die ambulante ärztliche Versorgung sowie der Angaben des Statistischen Bundesamtes sind die Vorwürfe nicht nachvollziehbar.
- Grundsätzlich ist die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung auch angesichts steigender Praxiskosten gewährleistet. Die für Praxen relevanten Kostenentwicklungen (z.B. Inflation) sind Gegenstand der jährlichen Honorarverhandlungen zwischen den Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zur Anpassung des Orientierungswertes (Preiskomponente). Eine Obergrenze besteht dabei nicht. Daneben wird auch der notwendige Anstieg der abrechnungsfähigen Behandlungsleistungen vereinbart (Mengenkomponente).
- GKV-Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung (Quelle: KJ 1 Daten):
 - Die GKV-Ausgaben für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sind in den letzten Jahren enorm gestiegen. Während die Krankenkassen im Jahr 2013 hierfür noch insgesamt rund 32 Mrd. Euro ausgaben, waren es 2022 rund 46,1 Mrd. Euro. Das ist ein Anstieg von mehr als 44 Prozent und damit z.B. ein höherer Anstieg als im Bereich Krankenhaus (weniger als 36 Prozent).

| GKV-Ausgaben ambulante ärztliche Versorgung in Mrd. Euro (gerundet) | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 32,0 | 33,4 | 34,9 | 36,5 | 38,1 | 39,4 | 41,1 | 44 | 44,8 | 46,1 |

- Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes:
 - betrug im Jahr 2019 der jährliche durchschnittliche Reinertrag einer Arztpraxis 296.000 Euro (Kostenstrukturerhebung). Im Jahr 2015 lag der Reinertrag bei 258.000 Euro. Der Reinertrag ist nicht mit dem Gewinn bzw. dem Einkommen der Ärzte gleichzusetzen. Er ist die Differenz aus sämtlichen Erträgen und Aufwendungen (z.B. für Personal) einer Arztpraxis. Zusätzliche Aufwendungen z.B. für die Alters- und Krankenversicherung der Praxisinhaber sind im Reinertrag nicht berücksichtigt.
 - entfielen im Jahr 2021 auf die Arztpraxen Ausgaben (von GKV und PKV) in Höhe von fast 63 Mrd. Euro. Pro Arztpraxis entspricht dies durchschnittlichen Ausgaben i.H.v. ca. 626.000 Euro (Gesundheitsausgabenrechnung).

- Im Vergleich zum Jahr 2019 stiegen die Ausgaben (GKV und PKV) damit um fast 5 Milliarden Euro bzw. pro Arztpraxis um rd. 60.000 Euro. Maßgeblich zum Anstieg tragen Corona-Testungen und -Impfungen bei. Das statistische Bundesamt schätzt für 2022 einen weiteren Anstieg der Gesundheitsausgaben um 5,1 Prozent.

Stimmt der Vorwurf der KBV, dass die Entbudgetierung versprochen war, aber nicht voran kommt?

- Es ist nicht geplant, den Grundsatz der Finanzierung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung über die von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) aufzulösen. Über die Höhe der MGV müssen sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Grundlage des notwendigen Behandlungsbedarfes einigen (s.o., Preis- und Mengenkompente).
- In den vergangenen Jahren hat sich der Anteil der extrabudgetär vergüteten Leistungen an der gesamten vertragsärztlichen Vergütung stetig erhöht. Er lag nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes im Jahr 2009 bei 22,2 % und im Jahr 2022 bei 42,9 %. Der Umfang der ambulanten ärztlichen Leistungen, die extrabudgetär mit festen Preisen vergütet wurden, betrug im Jahr 2022 19 Milliarden Euro.
- Darüber hinaus hat der Gesetzgeber sichergestellt, dass ab dem 1. April 2023 die Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin (KJM) sowie Leistungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu festen Preisen vergütet werden und damit entbudgetiert sind.
- Die Bundesregierung hat damit unter anderem auf die angespannte Versorgungssituation in der KJM reagiert und eine Tätigkeit in der KJM dauerhaft attraktiv gestaltet.
- Die Aufhebung der Budgetierung der Honorare im hausärztlichen Bereich ist im Koalitionsvertrag vereinbart. Herr Minister hatte zuletzt mehrfach betont, dass die Entbudgetierung der Hausärztinnen und Hausärzte vollzogen wird. Die Umsetzung wird derzeit vorbereitet.
- Eine vollständige Entbudgetierung aller vertragsärztlichen Leistungen ist nicht Gegenstand des Koalitionsvertrages.

Wie wurden niedergelassene Ärzte in der Pandemie vergütet?

- Durch zahlreiche gesetzliche Änderungen und Rechtsverordnungen wurde sichergestellt, dass die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte die besonderen pandemiebedingten Aufgaben erfüllen konnten und hierfür zusätzliche Einnahmen

erhielten. So wurden zum Beispiel über die Coronavirus-Impfverordnung und die Coronavirus-Testverordnung gesonderte und über den Bund finanzierte Vergütungen für Test- und Impfleistungen eingeführt.

- Beispielsweise betrug die Vergütung für Corona-Impfungen grundsätzlich 28 Euro und an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen 36 Euro und lag damit von Beginn an erheblich über den Beträgen, mit denen Impfungen üblicherweise vergütet werden. Insgesamt wurden mehr als 97 Mio. Corona-Impfungen in Arztpraxen durchgeführt. Damit haben die Praxisinhaber einen **Mehrumsatz von insgesamt mindestens 2 Milliarden Euro** erzielt.
- Weiterhin wurden zeitweise alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des Verdachts oder einer nachgewiesenen Covid-Infektion erbracht wurden, extrabudgetär vergütet. Weitere Mehreinnahmen wurden durch die Vertragsärzte mit der Durchführung von Corona-Testungen oder pandemiebedingten Sicherstellungsmaßnahmen (z.B. Finanzierung von Schutzausrüstung) erzielt. Darüber hinaus wurden Ausgleichszahlungen für Arztpraxen etabliert, die während der Pandemie Umsatzeinbußen zu verzeichnen hatten.

Wie aufwändig ist das Ausstellen von E-Rezepten für Ärzte?

Das E-Rezept ist in mehr als 90% aller Praxissoftware-Systemen (PVS) implementiert. Der Arzt muss beim Umstieg auf das E-Rezept dieses nur einmal in seinem System „einschalten“.

Medizinische Fachangestellte sowie Ärztinnen und Ärzte können in ihrer Praxissoftware (PVS) E-Rezepte erstellen. Sie können die Stammdaten der Versicherten für das E-Rezept aus dem PVS übertragen und Informationen zum Medikament digital erfassen. Die elektronische Gesundheitskarte der Versicherten muss dafür nicht im Kartenterminal stecken. Das E-Rezept wird automatisch auf Vollständigkeit geprüft.

Das E-Rezept muss elektronisch signiert werden. Ärztinnen und Ärzte müssen das Rezept nicht mehr händisch unterschreiben, sondern mittels einer qualifizierten elektronischen Signatur (QES). Dafür benötigen sie einen eigenen elektronischen Heilberufsausweis (HBA). Den stecken Sie in ein Kartenlesegerät und geben anschließend die Signatur-PIN ein.

Wird die Digitalisierung der Arztpraxen bezahlt?

- Seit Juli 2023 erhalten Ärzte eine monatliche Pauschale, um die Installation und den Betrieb der TI zu finanzieren.
- Diese Pauschale deckt im Regelfall alle Kosten für die Komponenten und Dienste der TI ab.
- Die TI-Pauschale ist transparent und bietet jedem Arzt die Flexibilität, das Angebot am Markt zu wählen, das für seine Bedürfnisse am passendsten ist.
- Für die restliche EDV (insbesondere Primärsysteme) sind die Praxisinhaber - wie in der Vergangenheit auch - selbst verantwortlich.

Wie laufen die digitalen Anwendungen in den Arztpraxen?

- Die Anwendungen funktionieren gut und Ärzte, die mit den Anwendungen vertraut sind, bewerten diese auch im Allgemeinen als positiv.
- Es wurde bereits Kommunikationsdienst im Medizinwesen (KIM) etabliert, der es Arztpraxen ermöglicht, medizinische Dokumente elektronisch und sicher über die Telematikinfrastruktur (TI) zu versenden und zu empfangen. KIM wird sehr gut angenommen und bis jetzt wurden 130 Mio. elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (eAU) per KIM versendet.
- Das eRezept ist seit Juli 2023 im Rollout. Allein binnen des ersten Monats hat die Nutzung um 38% gegenüber dem Vormonat zugenommen.
- Wir stellen jetzt gesetzlich die Weichen dafür, dass die elektronische Patientenakte mit der Umstellung auf Opt-Out im Jahr 2025 noch nutzerfreundlicher in der Anwendung wird und mit Daten – zuerst Medikationsdaten – durch die Ärzte befüllt wird. Für die Ärzte vereinfachen wir radikal den Befüllungsvorgang, indem wir diesen weitestgehend automatisiert umsetzen und auf Daten des E-Rezepts zurückgreifen.
- Wir führen noch in diesem Quartal den TI Messenger für die Kommunikation von Leistungserbringer zu Leistungserbringer ein. Damit bieten wir allen Leistungserbringer ein Tool an, um einfach, schnell und sicher untereinander kommunizieren zu können.

Wie profitieren Ärzte im Arbeitsalltag von der Digitalisierung?

Ärztinnen und Ärzte profitieren bereits heute von der Digitalisierung: Telekonsilien und Videosprechstunden helfen im Alltag, Wege zu vermeiden und die knappe Zeit effizient zu nutzen. Digitale Terminvermittlungen helfen, den Praxisalltag besser zu organisieren. Die Nachrichtendienste KIM (Kommunikation im Medizinwesen) und demnächst TIM (TI Messenger) sind Instrumente, um sicher und volldigital von Arzt zu Arzt zu kommunizieren. Mit der elektronischen Patientenakte werden den Ärztinnen und Ärzten auf einen Blick behandlungsrelevante Informationen zur Verfügung stehen. Das E-Rezept ist die Basis dafür, um zukünftig eine vollständige Transparenz über alle verordneten Medikamente eines Patienten zu erhalten und damit die Arzneimitteltherapiesicherheit zu stärken. Darüber hinaus haben wir mit der Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitssystem und die Pflege unter Beteiligung der Ärzteschaft die Weichen für die Zukunft der Digitalisierung gestellt. Ein zentrales Anliegen der Strategie ist dabei, die Bedürfnisse der Nutzer im Rahmen der Umsetzung und bei der Weiterentwicklung noch stärker in den Fokus zu nehmen. Hier ist die Ärzteschaft aufgefordert, aktiv beizutragen.