Analyse der Einkommenssituation der Vertragsärzte und der vertragsärztlichen Vergütung in Bayern

Gutachten für die

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)

– Module 2 bis 4 –

Univ.-Prof. Dr. G. Neubauer

Dr. C. Minartz

INSTITUT FÜR GESUNDHEITSÖKONOMIK

München

September 2015

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis 2
1 Ausgangslage und Zielsetzung 6
2 Berechnung der Höhe des notwendigen durchschnittlichen Fallwerts für ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern 8
3 Analyse der vertragsärztlichen Honorarsituation im Hinblick auf Kostendeckung unter Einbeziehung von Privateinnahmen und der Berücksichtigung verschiedener Datenerhebungen 18
3.1 Datengrundlagen 18
3.1.1 Datenquellen und Vorgehensweise 18
3.1.2 Datenqualität und -zweckmäßigkeit 19
3.2 Einbeziehung von Privateinnahmen und Prüfung auf Kostendeckung 24
3.2.1 Fachbereich Allgemeinmedizin 25
3.2.2 Fachbereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 28
3.2.3 Fachbereich Frauenheilkunde 30
3.2.4 Fachbereich Dermatologie 33
3.2.5 Fachbereich Urologie 35
3.2.6 Fachbereich Augenheilkunde 37
3.2.7 Fachbereich Orthopädie 40
4 Analyse der Spannweite der Honorare differenziert nach regionaler Lage und zugehöriger Siedlungsstruktur 43
4.1 Fachbereich Allgemeinmedizin 45
4.2 Fachbereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 49
4.3 Fachbereich Frauenheilkunde 53
4.4 Fachbereich Dermatologie 57
4.5 Fachbereich Urologie 61
4.6 Fachbereich Augenheilkunde 65
4.7 Fachbereich Orthopädie 69
4.8 Ansätze zur Modellierung eines Kompensations- / Attraktivitätskoeffizienten für Landarztpraxen 73
5 Fazit 80
Literaturverzeichnis 86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Berechnung des SOLL-Honorarvolumens für ländliche Einzelpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen 6
Tabelle 2: Durchschnittliche Fälle je Arzt im Jahr differenziert nach Fachrichtungen 9
Tabelle 3: Berechnung des notwendigen Fallwerts differenziert nach Fachrichtungen (2010) 10
Tabelle 4: Berechnung des notwendigen Fallwerts differenziert nach Fachrichtungen (2013) 11
Tabelle 5: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010) und tatsächlicher Fallwert (konservativ, 2010) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen 12
Tabelle 6: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013) und tatsächlicher Fallwert (konservativ, 2013) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen 13
Tabelle 7: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010) und tatsächlicher Fallwert (gesamt, 2010) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen 15
Tabelle 8: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013) und tatsächlicher Fallwert (gesamt, 2013) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen 16
Tabelle 9: Deckungslücke der Musterpraxis für Allgemeinmedizin zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 26
Tabelle 10: Deckungslücke der Musterpraxis für Allgemeinmedizin zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 27
Tabelle 11: Deckungslücke der Musterpraxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 28
Tabelle 12: Deckungslücke der Musterpraxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 29
Tabelle 13: Deckungslücke der Musterpraxis für Frauenheilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 31
Tabelle 14: Deckungslücke der Musterpraxis für Frauenheilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 32
Tabelle 15: Deckungslücke der Musterpraxis für Dermatologie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 33

Tabelle 16: Deckungslücke der Musterpraxis für Dermatologie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 34
Tabelle 17: Deckungslücke der Musterpraxis für Urologie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 35
Tabelle 18: Deckungslücke der Musterpraxis für Urologie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 36
Tabelle 19: Deckungslücke der Musterpraxis für Augenheilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 38
Tabelle 20: Deckungslücke der Musterpraxis für Augenheilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 39
Tabelle 21: Deckungslücke der Musterpraxis für Orthopädie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens 41
Tabelle 22: Deckungslücke der Musterpraxis für Orthopädie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens 42
Tabelle 23: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) 45
Tabelle 24: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) 46
Tabelle 25: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) im Jahr 2010 47
Tabelle 26: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 49
Tabelle 27: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 50
Tabelle 28: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 51
Tabelle 29: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde 53

Tabelle 30: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde 54
Tabelle 31: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde 55
Tabelle 32: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie 57
Tabelle 33: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie 58
Tabelle 34: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie 59
Tabelle 35: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie 61
Tabelle 36: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie 63
Tabelle 37: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie 64
Tabelle 38: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde 65
Tabelle 39: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde 66
Tabelle 40: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde 67
Tabelle 41: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie 69
Tabelle 42: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie 70
Tabelle 43: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie 71
Tabelle 44: Neun-Felder-Matrix zur Differenzierung des Kompensationskoeffizienten 77
Tabelle 45: Beispiel für eine konkrete Bezifferung des Kompensationskoeffizienten 78

Tabelle 46: Angemessenes Arzteinkommen in Bayern nach Anwendung des Kompensationskoeffizienten..... 79

1 Ausgangslage und Zielsetzung

In dem Modul 1 der „Analyse der Einkommenssituation der Vertragsärzte und der vertragsärztlichen Vergütung in Bayern“ wurde anhand von „synthetischen Musterpraxen“ ermittelt, wie hoch das SOLL-Honorarvolumen sein muss, damit die Praxisführung kostendeckend ist und die niedergelassenen Ärzte ein angemessenes Einkommen erzielen können. Die Musterpraxen sind konservativ tätige Einzelpraxen in ländlichen Gebieten Bayerns, die die Grundversorgung der Patienten sicherstellen. Es wurden hierbei sieben versorgende Fachrichtungen in die Analyse einbezogen. Die berechneten SOLL-Honorarvolumina der einzelnen Fachrichtungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 1: Berechnung des SOLL-Honorarvolumens für ländliche Einzelpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen

Fachrichtung		Angemessenes Arzteinkommen	Kosten der synthetischen Musterpraxis	SOLL-Honorarvolumen
Allgemeinmedizin	**uG**	159.544 €	147.400 €	**306.944 €**
	oG	175.136 €		**322.536 €**
HNO	**uG**	159.544 €	168.500 €	**328.044 €**
	oG	175.136 €		**343.636 €**
Frauenheilkunde	**uG**	159.544 €	166.100 €	**325.644 €**
	oG	175.136 €		**341.236 €**
Dermatologie	**uG**	159.544 €	167.300 €	**326.844 €**
	oG	175.136 €		**342.436 €**
Urologie	**uG**	159.544 €	185.100 €	**344.644 €**
	oG	175.136 €		**360.236 €**
Augenheilkunde	**uG**	159.544 €	153.500 €	**313.044 €**
	oG	175.136 €		**328.636 €**
Orthopädie	**uG**	159.544 €	219.400 €	**378.944 €**
	oG	175.136 €		**394.536 €**

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

In der vorliegenden Fortsetzung der Analyse (*Module 2 bis 4*) werden auf Grundlage der in *Modul 1* ermittelten Ergebnisse ergänzend die folgenden Fragestellungen untersucht:

1) Wie hoch ist für die untersuchten Fachrichtungen der notwendige durchschnittliche Fallwert, damit die Praxiskosten gedeckt werden und ein angemessenes Arzteinkommen erzielt werden kann? (*Modul 2*)

2) Sind die Praxen heute kostendeckend unter Berücksichtigung der herrschenden Kosten- und Einnahmenstrukturen (inklusive Privateinnahmen) aus verschiedenen Datenerhebungen (Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes, ZI-Praxis-Panel, Analysen der apoBank, Auswertungen von DATEV) und des ermittelten angemessenen Arzteinkommens? (*Modul 3*)

3) Wie ist heute die Spannweite der Honorare differenziert nach Fachrichtungen, regionaler Lage und Praxisorganisation/-größe? (*Modul 4*)

4) Welche Faktoren sind für eine Niederlassung als grundversorgende Praxis im ländlichen Bereich ausschlaggebend und müssen bzw. können diese monetär erfasst werden? (*Modul 4*)

2 Berechnung der Höhe des notwendigen durchschnittlichen Fallwerts für ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern

Um für die einzelnen Fachrichtungen den notwendigen durchschnittlichen Fallwert zu berechnen, werden neben dem angemessenen Arzteinkommen und den ermittelten Kosten der synthetischen Musterpraxen die durchschnittlichen Fallzahlen in den bayerischen Praxen der einzelnen Fachrichtungen benötigt. Als ein angemessenes Arzteinkommen für einen niedergelassenen Arzt in Deutschland wurde im Rahmen dieser Analyse eine Spanne von 159.544 Euro bis 175.136 Euro ermittelt. Das genannte Einkommen ist unabhängig von der Fachrichtung und bezieht sich unter Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos auf einen niedergelassenen Vertragsarzt, der seine vertragsärztliche Tätigkeit in Vollzeit (mit vollem Versorgungsauftrag) ausübt. Zudem müssen die Kosten und damit die entsprechenden SOLL-Honorarvolumina der synthetischen Musterpraxen in den einzelnen Fachrichtungen einbezogen werden, die in der obigen Tabelle 1 dargestellt sind.

Die durchschnittlichen Fallzahlen der Arztpraxen werden aus den Umsatzstatistiken der vier Quartale des Jahres 2010 bzw. 2013 berechnet. Neben dem GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern sind dort die Anzahl der Fälle und die Anzahl der Ärzte je Fachgruppe enthalten. In der folgenden Tabelle sind die daraus berechneten durchschnittlichen Fälle pro Arzt und Jahr differenziert nach den untersuchten Fachrichtungen für die Jahre 2010 und 2013 dargestellt.

Tabelle 2: Durchschnittliche Fälle je Arzt im Jahr differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung	Durchschnittliche Fälle pro Arzt und Jahr	
	2010	2013
Allgemeinmedizin	**2.398***	**2.980***
HNO gesamt	4.110	4.426
HNO konservativ	**3.275**	**3.710**
Frauenheilkunde gesamt	4.361	4.447
Frauenheilkunde konservativ	**4.302**	**4.306**
Dermatologie gesamt	5.445	5.809
Dermatologie konservativ	**5.767**	**6.015**
Urologie gesamt	3.368	3.483
Urologie konservativ	**2.306**	**2.483**
Augenheilkunde gesamt	5.342	5.311
Augenheilkunde konservativ	**4.459**	**4.419**
Orthopädie gesamt	4.077	4.124
Orthopädie konservativ	**3.987**	**3.989**

*: Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) Verträge bei vielen Krankenkassen

Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2010, 2010a, 2011, 2011a, 2013, 2013a, 2014 und 2014a), o. S., eigene Berechnungen.

Bei den Fachärzten wurde eine Differenzierung nach allen Ärzten der jeweiligen Fachgruppe und nach den jeweils nur konservativ tätigen Ärzten vorgenommen. Es zeigt sich, dass bis auf den Bereich der Dermatologen die Fallzahlen bei den konservativ tätigen Ärzten niedriger liegen als der Durchschnitt aller Ärzte der jeweiligen Fachgruppe. Da für unsere synthetischen Musterpraxen konservativ tätige Ärzte unterstellt wurden, sind für die weiteren Berechnungen die Fallzahlen der konservativ tätigen Ärzte von Bedeutung.

Setzt man die ermittelten SOLL-Honorarvolumina pro Jahr in Relation zu den jeweiligen durchschnittlichen jährlichen Fallzahlen der konservativ tätigen Ärzte, so erhält man den notwendigen durchschnittlichen Fallwert differenziert nach den einzelnen Fachgruppen. In den beiden folgenden Tabellen sind die für die einzelnen Fachgruppen notwendigen Fallwerte dargestellt, damit bei den genannten Fallzahlen des Jahres 2010 bzw. 2013 das ermittelte SOLL-Honorarvolumen erreicht wird.

Tabelle 3: Berechnung des notwendigen Fallwerts differenziert nach Fachrichtungen (2010)

Fachrichtung		Durchschnittliche Fälle pro Arzt und Jahr (2010)	SOLL-Honorarvolumen je Arzt und Jahr	Notwendiger Fallwert
Allgemeinmedizin	uG	2.398	306.944 €	128,00 €
	oG	2.398	322.536 €	134,50 €
HNO konservativ	uG	3.275	328.044 €	100,17 €
	oG	3.275	343.636 €	104,93 €
Frauenheilkunde konservativ	uG	4.302	325.644 €	75,70 €
	oG	4.302	341.236 €	79,32 €
Dermatologie konservativ	uG	5.767	326.844 €	56,67 €
	oG	5.767	342.436 €	59,38 €
Urologie konservativ	uG	2.306	344.644 €	149,46 €
	oG	2.306	360.236 €	156,22 €
Augenheilkunde konservativ	uG	4.459	313.044 €	70,20 €
	oG	4.459	328.636 €	73,70 €
Orthopädie konservativ	uG	3.987	378.944 €	95,04 €
	oG	3.987	394.536 €	98,96 €

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Tabelle 4: Berechnung des notwendigen Fallwerts differenziert nach Fachrichtungen (2013)

Fachrichtung		Durchschnittliche Fälle pro Arzt und Jahr (2013)	SOLL-Honorarvolumen je Arzt und Jahr	Notwendiger Fallwert
Allgemeinmedizin	uG	2.980	306.944 €	103,00 €
	oG	2.980	322.536 €	108,23 €
HNO konservativ	uG	3.710	328.044 €	88,42 €
	oG	3.710	343.636 €	92,62 €
Frauenheilkunde konservativ	uG	4.306	325.644 €	75,63 €
	oG	4.306	341.236 €	79,25 €
Dermatologie konservativ	uG	6.015	326.844 €	54,34 €
	oG	6.015	342.436 €	56,93 €
Urologie konservativ	uG	2.483	344.644 €	138,80 €
	oG	2.483	360.236 €	145,08 €
Augenheilkunde konservativ	uG	4.419	313.044 €	70,84 €
	oG	4.419	328.636 €	74,37 €
Orthopädie konservativ	uG	3.989	378.944 €	95,00 €
	oG	3.989	394.536 €	98,91 €

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Wie die Tabellen zeigen, werden im Fachbereich Dermatologie die geringsten Fallwerte (57 Euro bis 59 Euro (2010) bzw. 54 Euro bis 57 Euro (2013)) und im Fachbereich Urologie die höchsten Fallwerte (149 Euro bis 156 Euro (2010) bzw. 139 Euro bis 145 Euro (2013)) benötigt, um das SOLL-Honorarvolumen zu erreichen.

Vergleicht man die notwendigen Fallwerte zur Erreichung des SOLL-Honorarvolumens mit den tatsächlichen Fallwerten in Bayern im Jahr 2010 bzw. 2013, so wird deutlich, dass eine beträchtliche Deckungslücke besteht. In den beiden folgenden Tabellen sind die Abweichungen vom tatsächlichen zum notwendigen Fallwert im Jahr 2010 bzw. 2013 differenziert nach den untersuchten Fachrichtungen der konservativ tätigen Ärzte dargestellt.

Tabelle 5: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010) und tatsächlicher Fallwert (konservativ, 2010) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung		Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010)	Tatsächlicher Fallwert (2010) (konservativ)	Differenz	Differenz in %
Allgemeinmedizin	uG	128,00 €	55,19 €	-72,81 €	-131,93%
	oG	134,50 €	55,19 €	-79,31 €	-143,71%
HNO konservativ	uG	100,17 €	38,82 €	-61,35 €	-158,03%
	oG	104,93 €	38,82 €	-66,11 €	-170,29%
Frauenheilkunde konservativ	uG	75,70 €	39,75 €	-35,95 €	-90,43%
	oG	79,32 €	39,75 €	-39,57 €	-99,55%
Dermatologie konservativ	uG	56,67 €	21,40 €	-35,27 €	-164,84%
	oG	59,38 €	21,40 €	-37,98 €	-177,47%
Urologie konservativ	uG	149,46 €	48,38 €	-101,08 €	-208,92%
	oG	156,22 €	48,38 €	-107,84 €	-222,90%
Augenheilkunde konservativ	uG	70,20 €	26,55 €	-43,65 €	-164,43%
	oG	73,70 €	26,55 €	-47,15 €	-177,60%
Orthopädie konservativ	uG	95,04 €	48,15 €	-46,89 €	-97,39%
	oG	98,96 €	48,15 €	-50,81 €	-105,52%

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Tabelle 6: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013) und tatsächlicher Fallwert (konservativ, 2013) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung		Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013)	Tatsächlicher Fallwert (2013) (konservativ)	Differenz	Differenz in %
Allgemeinmedizin	uG	103,00 €	65,28 €	-37,72 €	-57,77%
	oG	108,23 €	65,28 €	-42,95 €	-65,78%
HNO konservativ	uG	88,42 €	38,80 €	-49,62 €	-127,86%
	oG	92,62 €	38,80 €	-53,82 €	-138,69%
Frauenheilkunde konservativ	uG	75,63 €	40,90 €	-34,73 €	-84,91%
	oG	79,25 €	40,90 €	-38,35 €	-93,77%
Dermatologie konservativ	uG	54,34 €	22,79 €	-31,55 €	-138,39%
	oG	56,93 €	22,79 €	-34,14 €	-149,75%
Urologie konservativ	uG	138,80 €	49,88 €	-88,92 €	-178,29%
	oG	145,08 €	49,88 €	-95,20 €	-190,88%
Augenheilkunde konservativ	uG	70,84 €	27,51 €	-43,33 €	-157,49%
	oG	74,37 €	27,51 €	-46,86 €	-170,32%
Orthopädie konservativ	uG	95,00 €	46,62 €	-48,38 €	-103,77%
	oG	98,91 €	46,62 €	-52,29 €	-112,16%

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Die tatsächlichen, durchschnittlichen Fallwerte aus den Jahren 2010 und 2013 liegen in den einzelnen Fachrichtungen deutlich unter den berechneten notwendigen Fallwerten für unsere synthetischen Musterpraxen. Der absolute Zuschlag zum tatsächlichen Fallwert, der notwendig ist, um Kostendeckung und ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern zu erreichen, bewegt sich zwischen 35,27 Euro (2010, untere Grenze für den Fachbereich Dermatologie) bzw. 31,55 Euro (2013, untere Grenze für den Fachbereich Dermatologie) und 107,84 Euro (2010, obere Grenze für den Fachbereich Urologie) bzw. 95,20 Euro (2013, obere Grenze für den Fachbereich Urologie). Bezogen auf die relativen Zuschläge, die auf den

tatsächlichen Fallwert zur Kostendeckung und für ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern notwendig sind, nehmen im Jahr 2010 die Frauenärzte mit einem notwendigen Zuschlag in Höhe von 90,43% und im Jahr 2013 die Allgemeinärzte mit einem notwendigen Zuschlag in Höhe von 57,77% die Untergrenze ein. Die Obergrenze nehmen jeweils die Urologen mit einem notwendigen Zuschlag in Höhe von 222,90% im Jahr 2010 und 190,88% im Jahr 2013 ein.

Da die tatsächlichen, durchschnittlichen Fallwerte aus den Jahren 2010 und 2013 für die nur konservativ tätigen Fachärzte niedriger liegen als die Fallwerte für alle Ärzte der jeweiligen Fachgruppe, wird in den beiden folgenden Tabellen aus Vollständigkeitsgründen der Vergleich zwischen dem notwenigen Fallwert für konservativ tätige Ärzte und dem tatsächlichen Fallwert für alle Ärzte der jeweiligen Fachgruppe für das Jahr 2010 bzw. 2013 dargestellt. Allerdings ist dieser Vergleich problematisch, da für die konservativ tätigen Ärzte nicht nur die Fallwerte niedriger liegen, sondern auch die Praxiskosten. Somit wird die Deckungslücke für die konservativ tätigen Ärzte beim Vergleich mit den höheren Fallwerten aller Ärzte eines Fachbereichs unterschätzt.

Tabelle 7: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010) und tatsächlicher Fallwert (gesamt, 2010) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung		Notwendiger Fallwert (konservativ, 2010)	Tatsächlicher Fallwert (2010) (gesamt)	Differenz	Differenz in %
Allgemeinmedizin	uG	128,00 €	55,19 €	-72,81 €	-131,93%
	oG	134,50 €	55,19 €	-79,31 €	-143,71%
HNO	uG	100,17 €	45,33 €	-54,84 €	-120,97%
	oG	104,93 €	45,33 €	-59,60 €	-131,47%
Frauenheilkunde	uG	75,70 €	44,40 €	-31,30 €	-70,49%
	oG	79,32 €	44,40 €	-34,92 €	-78,65%
Dermatologie	uG	56,67 €	37,05 €	-19,62 €	-52,97%
	oG	59,38 €	37,05 €	-22,33 €	-60,27%
Urologie	uG	149,46 €	59,54 €	-89,92 €	-151,02%
	oG	156,22 €	59,54 €	-96,68 €	-162,37%
Augenheilkunde	uG	70,20 €	53,66 €	-16,54 €	-30,83%
	oG	73,70 €	53,66 €	-20,04 €	-37,35%
Orthopädie	uG	95,04 €	59,07 €	-35,97 €	-60,90%
	oG	98,96 €	59,07 €	-39,89 €	-67,52%

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Tabelle 8: Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013) und tatsächlicher Fallwert (gesamt, 2013) im Vergleich differenziert nach Fachrichtungen

Fachrichtung		Notwendiger Fallwert (konservativ, 2013)	Tatsächlicher Fallwert (2013) (gesamt)	Differenz	Differenz in %
Allgemeinmedizin	uG	103,00 €	65,28 €	-37,72 €	-57,77%
	oG	108,23 €	65,28 €	-42,95 €	-65,78%
HNO	uG	88,42 €	44,08 €	-44,34 €	-100,59%
	oG	92,62 €	44,08 €	-48,54 €	-110,12%
Frauenheilkunde	uG	75,63 €	44,29 €	-31,34 €	-70,76%
	oG	79,25 €	44,29 €	-34,96 €	-78,94%
Dermatologie	uG	54,34 €	38,60 €	-15,74 €	-40,79%
	oG	56,93 €	38,60 €	-18,33 €	-47,50%
Urologie	uG	138,80 €	59,02 €	-79,78 €	-135,18%
	oG	145,08 €	59,02 €	-86,06 €	-145,82%
Augenheilkunde	uG	70,84 €	50,55 €	-20,29 €	-40,15%
	oG	74,37 €	50,55 €	-23,82 €	-47,13%
Orthopädie	uG	95,00 €	55,39 €	-39,61 €	-71,51%
	oG	98,91 €	55,39 €	-43,52 €	-78,57%

Quelle: Eigene Berechnungen (uG = untere Grenze, oG = obere Grenze).

Es zeigt sich, dass bei Betrachtung der tatsächlichen, durchschnittlichen Fallwerte für alle Ärzte der jeweiligen Fachrichtung aus den Jahren 2010 und 2013 die Deckungslücke geringer ausfällt. Der absolute Zuschlag zum tatsächlichen Fallwert, der notwendig ist, um Kostendeckung und ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern zu erreichen, bewegt sich zwischen 16,54 Euro (2010, untere Grenze für den Fachbereich Augenheilkunde) bzw. 15,74 Euro (2013, untere Grenze für den Fachbereich Dermatologie) und 96,68 Euro (2010, obere Grenze für den Fachbereich Urologie) bzw. 86,06 Euro (2013, obere Grenze für den Fachbereich

Urologie). Bezogen auf die relativen Zuschläge, die auf den tatsächlichen Fallwert zur Kostendeckung und für ein angemessenes Arzteinkommen in Bayern notwendig sind, nehmen jeweils die Augenärzte mit einem notwendigen Zuschlag in Höhe von 30,83% im Jahr 2010 und 40,15% im Jahr 2013 die Untergrenze ein. Die Obergrenze nehmen jeweils die Urologen mit einem notwendigen Zuschlag in Höhe von 162,37% im Jahr 2010 und 145,82% im Jahr 2013 ein. Obwohl die höheren tatsächlichen Fallwerte angesetzt werden, welche die Honorarsituation der konservativ tätigen Ärzte überschätzen, besteht weiterhin eine deutliche Deckungslücke zu den ermittelten notwendigen Fallwerten unserer synthetischen Musterpraxen.

Allerdings müssen die ermittelten Deckungslücken auch relativiert werden, da in der Versorgungsrealität nicht nur GKV-Patienten behandelt werden, sondern auch PKV-Patienten und somit von insgesamt höheren Gesamthonoraren sowie höheren Fallzahlen auszugehen ist. Da in der Versorgungsrealität durch die Privateinnahmen, die aufgrund der Abrechnung über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Durchschnitt vergleichsweise höher als die GKV-Honorare ausfallen, Deckungslücken kompensiert werden, müssen die Privateinnahmen in der vorliegenden Untersuchung zusätzlich Berücksichtigung finden. Es wird jedoch bereits an dieser Stelle deutlich, dass die meisten konservativ tätigen Praxen ohne die Behandlung von Privatpatienten und die Erbringung von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) betriebswirtschaftlich nicht tragfähig sind. Damit GKV-Patienten in diesen Praxen versorgt werden können, ist folglich eine Quersubventionierung durch Privatpatienten notwendig. Eine Umschichtung der Finanzmittel aus der PKV in die GKV dürfte das Problem der konservativ tätigen Praxen wiederum nicht beseitigen, da dann nicht sichergestellt wäre, dass die Versorgerpraxen ausreichend an den Finanzmitteln partizipieren.

3 Analyse der vertragsärztlichen Honorarsituation im Hinblick auf Kostendeckung unter Einbeziehung von Privateinnahmen und der Berücksichtigung verschiedener Datenerhebungen

3.1 Datengrundlagen

3.1.1 Datenquellen und Vorgehensweise

In einem nächsten Schritt werden die Einnahmen von Arztpraxen aus verschiedenen Datenerhebungen einbezogen, um zu prüfen, ob unsere Musterpraxen der unterschiedlichen Fachrichtungen im Status quo alleine aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ihre Kosten decken sowie das ermittelte angemessene Arzteinkommen erzielen können. Falls dies nicht der Fall ist, wird ermittelt, wie hoch jeweils die Unterdeckung ist. Es werden in diesem Kapitel, wie im *Modul 1,* die folgenden Datenerhebungen berücksichtigt:

- Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (Erhebungsjahr 2011),
- ZI-Praxis-Panel (ZIPP; Erhebungsjahr 2010),
- Analysen der apoBank (Erhebungsjahr 2012) sowie
- Auswertungen von DATEV (Erhebungsjahr 2013).

Es sollen jeweils Daten von Einzelpraxen herangezogen werden. Hierbei zeigten sich die Daten von DATEV dahingehend problematisch, dass die Differenzierung nach Einzelpraxen nicht bei allen Fachgruppen sicher gelingt. Auswertungen von DATEV für Einzelpraxen lagen z. B. nur für die Fachbereiche Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und Orthopädie vor. Bei den Daten des ZIPP hingegen werden die Zahlen für konservativ tätige Einzelpraxen ausgewiesen und für die vorliegende Analyse verwendet, da es sich bei unseren Musterpraxen ebenfalls um konservativ tätige Praxen handelt. Bei den anderen Datengrundlagen wird keine Differenzierung nach operativ und konservativ tätigen Ärzten vorgenommen, so dass die Zahlen Durchschnittswerte darstellen, die tendenziell höher liegen als beim ZIPP, weil auch potentiell operativ tätige Praxen einfließen können. Da die Daten zu den ärztlichen Einkommen in den genannten Statistiken nur auf Bundesebene in einer ausreichenden Repräsentativität vorliegen, wird an dieser Stelle keine Differenzierung für das Bundesland Bayern vorgenommen, sondern es werden Durchschnittswerte der Einnahmen aus dem gesamten Bundesgebiet herangezogen.

Die **Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit** der Vertragsärzte müssen zwingend in die Analyse einbezogen werden, da die Ärzte neben ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit auch Privatpatienten behandeln und somit zusätzliche Einnahmen erzielen. Um zu prüfen, ob mit den heutigen GKV-Einnahmen zusammen mit den heutigen Privateinnahmen das als angemessen ermittelte Arzteinkommen in den synthetischen Musterpraxen erzielt werden kann, werden in einem nächsten Schritt zusätzlich die Privateinnahmen in die Untersuchung einbezogen.

Es werden zudem Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße einbezogen. Da die durchschnittlichen Umsätze von konservativ tätigen Ärzten gegenüber allen Ärzten der jeweiligen Fachgruppe zum Teil stark auseinandergehen, werden bei den Fachärzten sowohl GKV-Umsätze von nur konservativ tätigen als auch von allen Ärzten einbezogen.

Der Vergleich der bundesdurchschnittlichen GKV-Einnahmen aus den genannten Datenquellen mit den durchschnittlichen GKV-Umsätzen in Bayern dient dazu, die Güte der Datenquellen im Hinblick auf die untersuchte Fragestellung besser beurteilen zu können. Da der Untersuchungsgegenstand darin besteht, die betriebswirtschaftliche Tragfähigkeit von konservativ tätigen Praxen in ländlichen Gebieten in Bayern zu beurteilen, bilden die realen bayerischen Umsatzdaten aus dem Jahr 2013 eine geeignete Vergleichsbasis. Unter Einbeziehung dieser Vergleichsbasis kann beurteilt werden, wie aussagekräftig die einbezogenen Datenquellen für die hier untersuchte Fragestellung sind.

3.1.2 Datenqualität und -zweckmäßigkeit

Wenn man die Daten der einzelnen Quellen gegenüberstellt, wird deutlich, dass bei einzelnen Fachrichtungen keine homogenen Aussagen möglich sind, da die Ergebnisse stark voneinander abweichen. Dies betrifft insbesondere die Fachrichtungen Augenheilkunde und Dermatologie. Um die Darstellung der unterschiedlichen Ergebnisse möglichst transparent zu gestalten, werden aber die Daten aller zur Verfügung stehenden Quellen einbezogen und in Tabellen

präsentiert, auch wenn es teilweise zu deutlichen Abweichungen zwischen den einzelnen Datenquellen kommt.

Wie bereits in *Modul 1* dargelegt, kommen die Kosten- und Einnahmenunterschiede zwischen den einzelnen Datenquellen aus unterschiedlichen Gründen zustande. Die wichtigste Ursache ist hierbei, dass die Daten des ZIPP am detailliertesten selektiert werden können und u. a. explizit die Werte für konservativ tätige Praxen ausgewiesen werden. Deshalb sind die aus dem ZIPP herangezogenen Werte für konservativ tätige Praxen stets niedriger als die der anderen Datenquellen, da letztere auch operativ tätige Praxen mit höheren Kosten und Einnahmen in den ausgewiesenen Durchschnittswerten enthalten können. Dies wird insbesondere deutlich, wenn man die Umsatzstatistiken der KVB des Jahres 2013 analysiert. Hier werden die Unterschiede zwischen konservativ tätigen Ärzten und allen Ärzten der jeweiligen Fachgruppe besonders evident. Es zeigt sich, dass die GKV-Umsatzdaten der KVB für konservative Ärzte gut vergleichbar sind mit den Daten des ZIPP, die ebenfalls GKV-Einnahmen für konservativ tätige Ärzte ausweisen.[1] Hingegen sind die GKV-Umsatzdaten der KVB für alle Ärzte einer Fachgruppe tendenziell mit den Ergebnissen der anderen Datenquellen vergleichbar, die mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Durchschnittswert aus sowohl operativ als auch aus konservativ tätigen Ärzten enthalten.

Ein weiterer Teil der Unterschiede zwischen den einzelnen Werten lässt sich durch die verschiedenen Erhebungsjahre der einzelnen Datenquellen erklären. Des Weiteren ist die Erhebung des Statistischen Bundesamtes gemäß Rechtsgrundlage verpflichtend, während die anderen Erhebungen auf freiwilliger Basis beruhen, d. h. es besteht keine Auskunftspflicht. Dies kann zu einer Selektion der Teilnehmer an den freiwilligen Erhebungen führen. Somit kann es bei den einzelnen Datenquellen auch zu unterschiedlichen Abweichungen von der tatsächlichen Grundgesamtheit kommen. Auch wenn bei der Stichprobenziehung eine geschichtete Zufallsstichprobe nach Fachgruppen gezogen wird, kann eine geringe Rücklaufquote zu Verzerrungen

[1] Eine einzige Ausnahme bildet die Fachgruppe der Urologen. Die Einnahmen der Urologen liegen bei den Daten des ZIPP deutlich höher als dies die KVB für konservativ tätige Urologen in Bayern ausweist.

innerhalb einzelner Fachgruppen führen. Deshalb ist es letztlich auch wichtig, wie groß die die Anzahl der auswertbaren Fragebögen bei den einzelnen Erhebungen ist. Die Datengrundlage des aktuellen Berichts des ZI-Praxis-Panels konnte beispielsweise durch die Beteiligung von über 6.200 Ärzten und Psychotherapeuten geschaffen werden. In der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes waren 6.925 rückübermittelte Fragebögen verwertbar. Damit sind die beiden Statistiken bezogen auf die Größe der Stichprobe in etwa vergleichbar. Ein wichtiger Aspekt ist zudem, wie die Durchschnittsberechnung durchgeführt wird, d. h. was für Hochrechnungsfaktoren bzw. Gewichtungen der Stichproben z. B. nach Größenverteilung der Umsätze vorgenommen werden. Letzen Endes führen die unterschiedlichen Erhebungs- und Berechnungsmethoden, die unterschiedlichen Stichproben, die unterschiedlichen Erhebungsjahre sowie vor allem die unterschiedlichen Leistungsspektren der einbezogenen Ärzte zu abweichenden Ergebnissen.

Aufgrund dieser zum Teil stark abweichender Ergebnisse, die keine homogenen Aussagen ermöglichen, muss die Frage beantwortet werden, welche Daten für den hier zu beleuchtenden Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten sind. Grundsätzlich sollte angestrebt werden, möglichst aktuelle Daten zu verwenden. Hier liegt der Vorteil der Daten der apoBank und von DATEV, allerdings werden diese Daten zu anderen Zwecken als einer statistischen Analyse erhoben und sind damit nur zur Orientierung bzw. Verifizierung nutzbar. Die Daten des ZIPP und des Statistischen Bundesamtes sind zwar älter, aber dafür wird die Erhebungsmethodik klar dargelegt, weshalb diese Datenquellen besser beurteilt werden können.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen ZIPP und der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes liegt im Erhebungszweck. Während die Kostenstrukturstatistik in die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung (VGR) eingebettet ist, dient das ZIPP vielmehr den spezifischen Zwecken des SGB V. Deshalb ist das ZIPP bezogen auf die Aussagekraft, ob die vertragsärztliche Vergütung ausreichend hoch bemessen ist, um ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen, höher einzustufen als die Kostenstrukturstatistik. Des Weiteren werden in die Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes auch reine Privatpraxen

einbezogen, die kein vertragsärztliches Honorar beziehen und deshalb andere Einnahmenstrukturen als vertragsärztliche Praxen haben, weshalb die Relevanz und Aussagekraft dieser Daten für die hier durchgeführte Untersuchung eingeschränkt ist.

Vor allem hat das ZIPP für die hier durchgeführte Analyse einen entscheidenden Vorteil, der in dem hohen Differenzierungsgrad der Daten insbesondere im Hinblick auf das ärztliche Leistungsspektrum liegt. Dies bedeutet vor allem, dass es möglich ist, zwischen konservativ und operativ tätigen Ärzten zu differenzieren. Da dieses Unterscheidungskriterium einen wesentlichen Einfluss auf die Einnahmen und Kosten von niedergelassenen Ärzten hat, kann es zu Fehlinterpretationen kommen, wenn nicht zwischen operativ und konservativ tätigen Ärzten unterschieden wird. Im Mittelpunkt dieser Untersuchung stehen konservativ tätige Ärzte, die die medizinische Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Bereich sicherstellen. Um zuverlässige Aussagen im Hinblick auf die Einnahmesituation von konservativ tätigen Praxen treffen zu können, ist es deshalb zwingend notwendig, bei den Daten zwischen konservativ und operativ tätigen Ärzten zu unterscheiden. Da dies nur bei den Daten des ZIPP der Fall ist und nicht bei den anderen vorliegenden Datenquellen, sind die ZIPP-Daten für die hier durchgeführte Analyse am zweckmäßigsten. Deshalb werden die Daten des ZIPP in den folgenden Tabellen dieses Kapitels mittels einer grauen Markierung optisch hervorgehoben.

Zusammenfassend können die vier Datenquellen im Hinblick auf unseren Untersuchungsgegenstand wie folgt bewertet werden. Die DATEV-Daten stammen von Praxen, die von Steuerberatungskanzleien vertreten werden, die tendenziell für große Praxen tätig sind. Damit werden hier Daten von Praxen mit potentiell hohen Umsätzen ausgewiesen, d. h. es ist bei den Umsätzen eine Verzerrung nach oben zu erwarten. Zudem ermöglichen die DATEV-Daten keine ausreichende Differenzierung zwischen konservativ und operativ tätigen Praxen, weshalb sie für unseren Untersuchungsgegenstand weniger geeignet sind. Dies gilt ebenfalls für die Daten der apoBank. Hierbei handelt es sich darüber hinaus zum Großteil um fremdfinanzierte Praxen, die zumeist von jüngeren bzw. neu niedergelassenen Ärzten stammen. Diese Praxen weisen im Vergleich zu etablierten Arztpraxen

höhere Kosten auf, weshalb es hier im Hinblick auf den Durchschnitt ebenfalls zu Verzerrungen kommen kann.

Ein wesentlicher Nachteil der Daten der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes gegenüber den Daten des ZIPP liegt darin, dass keine eindeutige Differenzierung zwischen konservativ und operativ tätigen Praxen möglich ist. Des Weiteren muss bedacht werden, dass es sich zwar um eine Pflichterhebung handelt, aber nicht nur Vertragsärzte, sondern auch reine Privatpraxen einbezogen werden. Zusätzlich kann es zu weiteren Verzerrung kommen, da angestellte Ärzte als Praxispersonal gezählt werden und teilweise bei kleineren Fachgruppen nur sehr kleine Stichproben vorliegen. Aufgrund der hohen Differenzierungsmöglichkeiten sind die ZIPP-Daten für die vorliegende Fragestellung letztlich am besten geeignet. Dies zeigt sich insbesondere auch durch den Vergleich mit den tatsächlichen GKV-Umsätzen der bayerischen Ärzte, welche die KVB für das Jahr 2013 ausgewiesen hat. Dennoch muss bei den ZIPP-Daten berücksichtigt werden, dass es sich um eine freiwillige Erhebung handelt und deshalb eine Selektion der teilnehmenden Praxen möglich ist.

3.2 Einbeziehung von Privateinnahmen und Prüfung auf Kostendeckung

Im Folgenden werden die Privateinnahmen aus den vier genannten Statistiken einbezogen und für die synthetischen Musterpraxen in voller Höhe berücksichtigt. Es wird für die einzelnen Fachrichtungen die Summe aus GKV- und Privateinnahmen gebildet und überprüft, ob das angemessene Arzteinkommen (untere bzw. obere Grenze) erreicht wird. Auf diese Weise kann ermittelt werden, ob die vergleichsweise höhere GOÄ-Vergütung dazu führt, dass die synthetischen Musterpraxen kostendeckend geführt werden können.

3.2.1 Fachbereich Allgemeinmedizin

Für die Fachgruppe der Allgemeinärzte wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von Einzelpraxen für Allgemeinmedizin (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen[2] der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Allgemeinärzten[3] in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt.[4]

[2] Da in der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes keine Zahlen für „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Privatpraxis“ von Einzelpraxen von Allgemeinmedizinern/Praktischen Ärzten ausgewiesen wurden, wurden diese als Differenz von „Gesamteinnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit“ minus der „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Kassenpraxis“ ermittelt. Hierbei wurde unterstellt, dass es keine „Einnahmen aus der sonstigen selbständigen ärztlichen Tätigkeit“ gegeben hat. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Privatpraxis“ von Einzelpraxen von Allgemeinmedizinern/Praktischen Ärzten an dieser Stelle leicht überschätzt wurden.

[3] Es erfolgt hierbei keine Berücksichtigung des Honorars, das im Rahmen der Selektivverträge außerhalb der KVB abgerechnet wird, z. B. im Rahmen von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung. Somit bleibt ein Teil des hausärztlichen Honorars unberücksichtigt und die GKV-Einnahmen werden an dieser Stelle unterschätzt.

[4] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 9: Deckungslücke der Musterpraxis für Allgemeinmedizin zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	219.248 €	64.752 €	284.000 €	306.944 €	-22.944 €
ZIPP (2010)	211.650 €	29.880 €	241.530 €	306.944 €	-65.414 €
apoBank (2012)	238.885 €	51.087 €	289.972 €	306.944 €	-16.972 €
DATEV (2013)	261.544 €	46.624 €	308.168 €	306.944 €	1.224 €
KVB (2013)	194.523 €	-	-	306.944 €	-112.421 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 10: Deckungslücke der Musterpraxis für Allgemeinmedizin zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	219.248 €	64.752 €	284.000 €	322.536 €	-38.536 €
ZIPP (2010)	211.650 €	29.880 €	241.530 €	322.536 €	-81.006 €
apoBank (2012)	238.885 €	51.087 €	289.972 €	322.536 €	-32.564 €
DATEV (2013)	261.544 €	46.624 €	308.168 €	322.536 €	-14.368 €
KVB (2013)	194.523 €	-	-	322.536 €	-128.013 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die höchste Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt **65.414 Euro**. Allerdings werden auch Überschüsse nach Abzug der Praxiskosten und eines angemessenen Arzteinkommens in Höhe von bis zu **1.224 Euro** erzielt. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens werden ausschließlich Deckungslücken verzeichnet, die sich zwischen **32.564 Euro und 81.006 Euro** bewegen. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **bis zu 25% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der allgemeinärztlichen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Allerdings können auch Überschüsse erzielt werden, die um **bis zu 0,4% höher liegen** als die Summe aus Praxiskosten und angemessenem Arzteinkommen.

3.2.2 Fachbereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Für die Fachgruppe der HNO-Ärzte wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von HNO-Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von HNO-Ärzten in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen HNO-Ärzten.[5]

Tabelle 11: Deckungslücke der Musterpraxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	191.216 €	131.784 €	323.000 €	328.044 €	-5.044 €
ZIPP (2010)	155.720 €	64.120 €	219.840 €	328.044 €	-108.204 €
apoBank (2012)	190.616 €	130.207 €	320.823 €	328.044 €	-7.221 €
KVB (2013) alle Ärzte	195.156 €	-	-	328.044 €	-132.888 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	144.107 €	-	-	328.044 €	-183.937 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

[5] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 12: Deckungslücke der Musterpraxis für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	191.216 €	131.784 €	323.000 €	343.636 €	-20.636 €
ZIPP (2010)	155.720 €	64.120 €	219.840 €	343.636 €	-123.796 €
apoBank (2012)	190.616 €	130.207 €	320.823 €	343.636 €	-22.813 €
KVB (2013) alle Ärzte	195.156 €	-	-	343.636 €	-148.480 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	144.107 €	-	-	343.636 €	-199.529 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt zwischen **5.044 Euro und 108.204 Euro**. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die Deckungslücke zwischen **20.636 Euro und 123.796 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **2% bis 36% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der HNO-Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen.

3.2.3 Fachbereich Frauenheilkunde

Für die Fachgruppe der Gynäkologen wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von frauenärztlichen Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Frauenärzten in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen Frauenärzten.[6]

[6] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 13: Deckungslücke der Musterpraxis für Frauenheilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	193.488 €	80.620 €	274.108 €	325.644 €	-51.536 €
ZIPP (2010)	187.440 €	68.640 €	256.080 €	325.644 €	-69.564 €
apoBank (2012)	207.502 €	102.369 €	309.871 €	325.644 €	-15.773 €
DATEV (2013)	215.027 €	103.897 €	318.924 €	325.644 €	-6.720 €
KVB (2013) alle Ärzte	196.937 €	-	-	325.644 €	-128.707 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	176.115 €	-	-	325.644 €	-149.529 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 14: Deckungslücke der Musterpraxis für Frauenheilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	193.488 €	80.620 €	274.108 €	341.236 €	-67.128 €
ZIPP (2010)	187.440 €	68.640 €	256.080 €	341.236 €	-85.156 €
apoBank (2012)	207.502 €	102.369 €	309.871 €	341.236 €	-31.365 €
DATEV (2013)	215.027 €	103.897 €	318.924 €	341.236 €	-22.312 €
KVB (2013) alle Ärzte	196.937 €	-	-	341.236 €	-144.299 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	176.115 €	-	-	341.236 €	-165.121 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt zwischen **6.720 Euro und 69.564 Euro**. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die Deckungslücke zwischen **22.312 Euro und 85.156 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **2% bis 25% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der frauenärztlichen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen.

3.2.4 Fachbereich Dermatologie

Für die Fachgruppe der Dermatologen wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von dermatologischen Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Dermatologen in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen Dermatologen.[7]

Tabelle 15: Deckungslücke der Musterpraxis für Dermatologie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	192.647 €	175.305 €	367.952 €	326.844 €	41.108 €
ZIPP (2010)	164.500 €	61.100 €	225.600 €	326.844 €	-101.244 €
apoBank (2012)	221.455 €	182.144 €	403.599 €	326.844 €	76.755 €
KVB (2013) alle Ärzte	224.312 €	-	-	326.844 €	-102.532 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	138.164 €	-	-	326.844 €	-188.680 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

[7] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 16: Deckungslücke der Musterpraxis für Dermatologie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	192.647 €	175.305 €	367.952 €	342.436 €	25.516 €
ZIPP (2010)	164.500 €	61.100 €	225.600 €	342.436 €	-116.836 €
apoBank (2012)	221.455 €	182.144 €	403.599 €	342.436 €	61.163 €
KVB (2013) alle Ärzte	224.312 €	-	-	342.436 €	-118.124 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	138.164 €	-	-	342.436 €	-204.272 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die höchste Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt **101.244 Euro**. Allerdings werden auch Überschüsse nach Abzug der Praxiskosten und eines angemessenen Arzteinkommens in Höhe von bis zu **76.755 Euro** erzielt. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die höchste Deckungslücke **116.836 Euro** und der höchste Überschuss liegt bei **61.163 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **bis zu 34% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der dermatologischen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Allerdings können auch Überschüsse erzielt werden, die um **bis zu 23% höher liegen** als die Summe aus Praxiskosten und angemessenem Arzteinkommen.

3.2.5 Fachbereich Urologie

Für die Fachgruppe der Urologen wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von urologischen Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Urologen in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen Urologen.[8]

Tabelle 17: Deckungslücke der Musterpraxis für Urologie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	188.020 €	144.840 €	332.860 €	344.644 €	-11.784 €
ZIPP (2010)	208.370 €	77.750 €	286.120 €	344.644 €	-58.524 €
apoBank (2012)	226.403 €	152.992 €	379.395 €	344.644 €	34.751 €
KVB (2013) alle Ärzte	205.675 €	-	-	344.644 €	-138.969 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	123.548 €	-	-	344.644 €	-221.096 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

[8] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 18: Deckungslücke der Musterpraxis für Urologie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	188.020 €	144.840 €	332.860 €	360.236 €	-27.376 €
ZIPP (2010)	208.370 €	77.750 €	286.120 €	360.236 €	-74.116 €
apoBank (2012)	226.403 €	152.992 €	379.395 €	360.236 €	19.159 €
KVB (2013) alle Ärzte	205.675 €	-	-	360.236 €	-154.561 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	123.548 €	-	-	360.236 €	-236.688 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die höchste Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt **58.524 Euro**. Allerdings werden auch Überschüsse nach Abzug der Praxiskosten und eines angemessenen Arzteinkommens in Höhe von bis zu **34.751 Euro** erzielt. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die höchste Deckungslücke **74.116 Euro** und der höchste Überschuss liegt bei **19.159 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **bis zu 21% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der urologischen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Allerdings können auch Überschüsse erzielt werden, die um **bis zu 10% höher liegen** als die Summe aus Praxiskosten und angemessenem Arzteinkommen.

3.2.6 Fachbereich Augenheilkunde

Für die Fachgruppe der Augenärzte wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von augenärztlichen Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt.[9] Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Augenärzten in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen Augenärzten.[10]

[9] Da in der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes keine absoluten Zahlen für die „Gesamteinnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit“ von Einzelpraxen von Augenärzten ausgewiesen wurden, wurde an dieser Stelle der Wert der Gesamteinnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit je Praxisinhaber von allen Arztpraxen (Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften) herangezogen. Es ist deshalb davon auszugehen, dass obwohl jeweils die relativen Anteile von Einzelpraxen von Augenärzten verwendet wurden, die Einnahmen jeweils etwas überschätzt wurden.

[10] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 19: Deckungslücke der Musterpraxis für Augenheilkunde zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	284.206 €	149.838 €	434.044 €	313.044 €	121.000 €
ZIPP (2010)	143.360 €	67.200 €	210.560 €	313.044 €	-102.484 €
apoBank (2012)	239.375 €	203.666 €	443.041 €	313.044 €	129.997 €
KVB (2013) alle Ärzte	268.525 €	-	-	313.044 €	-44.519 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	121.785 €	-	-	313.044 €	-191.259 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 20: Deckungslücke der Musterpraxis für Augenheilkunde zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	284.206 €	149.838 €	434.044 €	328.636 €	105.408 €
ZIPP (2010)	143.360 €	67.200 €	210.560 €	328.636 €	-118.076 €
apoBank (2012)	239.375 €	203.666 €	443.041 €	328.636 €	114.405 €
KVB (2013) alle Ärzte	268.525 €	-	-	328.636 €	-60.111 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	121.785 €	-	-	328.636 €	-206.851 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die höchste Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt **102.484 Euro**. Allerdings werden auch Überschüsse nach Abzug der Praxiskosten und eines angemessenen Arzteinkommens in Höhe von bis zu **129.997 Euro** erzielt. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die höchste Deckungslücke **118.076 Euro**. Der höchste Überschuss liegt bei **114.405 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **bis zu 36% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der augenärztlichen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Allerdings können auch Überschüsse erzielt werden, die um **bis zu 42% höher liegen** als die Summe aus Praxiskosten und angemessenem Arzteinkommen.

3.2.7 Fachbereich Orthopädie

Für die Fachgruppe der Orthopäden wird in den beiden folgenden Tabellen die Summe der Jahresumsätze von orthopädischen Einzelpraxen (Bundesdurchschnitt) bestehend aus GKV-Einnahmen und Privateinnahmen[11] der unteren bzw. oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens der synthetischen Musterpraxis gegenübergestellt. Zusätzlich werden Daten von der KVB zum GKV-Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit von Orthopäden in Bayern für das Jahr 2013 als Vergleichsgröße dargestellt. Hierbei erfolgt eine Differenzierung nach konservativ tätigen sowie allen Orthopäden.[12]

[11] Da in der Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamtes keine Zahlen für „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Privatpraxis“ von Einzelpraxen von Orthopäden ausgewiesen wurden, wurden diese als Differenz von „Gesamteinnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit“ minus der „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Kassenpraxis“ ermittelt. Hierbei wurde unterstellt, dass es keine „Einnahmen aus der sonstigen selbständigen ärztlichen Tätigkeit“ gegeben hat. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Privatpraxis“ von Einzelpraxen von Orthopäden an dieser Stelle leicht überschätzt wurden. Des Weiteren ist Aussagewert der „Einnahmen aus der ambulanten und stationären Kassenpraxis“ eingeschränkt, da der Zahlenwert statistisch relativ unsicher ist.

[12] Die Umsatz-Daten der KVB werden im Folgenden nicht als Vergleichsmaßstab im Hinblick auf das SOLL-Honorarvolumen herangezogen, da keine entsprechenden Daten zu den Privateinnahmen der Vertragsärzte vorliegen. Vielmehr dienen die Daten der KVB als Vergleichsmaßstab, inwieweit die bundesdurchschnittlichen Honorare der anderen Quellen mit den bayerischen Daten vergleichbar sind, und welche Datenquelle für den Untersuchungsgegenstand am zweckmäßigsten ist (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1).

Tabelle 21: Deckungslücke der Musterpraxis für Orthopädie zur unteren Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Untergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	210.273 €	188.727 €	399.000 €	378.944 €	20.056 €
ZIPP (2010)	193.440 €	99.840 €	293.280 €	378.944 €	-85.664 €
apoBank (2012)	246.706 €	167.027 €	413.733 €	378.944 €	34.789 €
DATEV (2013)	249.003 €	152.866 €	401.869 €	378.944 €	22.925 €
KVB (2013) alle Ärzte	228.484 €	-	-	378.944 €	-150.460 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	185.954 €	-	-	378.944 €	-192.990 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 22: Deckungslücke der Musterpraxis für Orthopädie zur oberen Grenze des SOLL-Honorarvolumens

Datenquelle und Erhebungsjahr	GKV-Einnahmen	Privat-einnahmen	GKV- und Privat-einnahmen	SOLL-Honorar-volumen (Obergrenze)	Differenz der Einnahmen zum SOLL-Honorarvolumen
Kostenstruktur-statistik (Destatis) (2011)	210.273 €	188.727 €	399.000 €	394.536 €	4.464 €
ZIPP (2010)	193.440 €	99.840 €	293.280 €	394.536 €	-101.256 €
apoBank (2012)	246.706 €	167.027 €	413.733 €	394.536 €	19.197 €
DATEV (2013)	249.003 €	152.866 €	401.869 €	394.536 €	7.333 €
KVB (2013) alle Ärzte	228.484 €	-	-	394.536 €	-166.052 €
KVB (2013) konservativ tätige Ärzte	185.954 €	-	-	394.536 €	-208.582 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die höchste Deckungslücke zur Untergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt **85.664 Euro**. Allerdings werden auch Überschüsse nach Abzug der Praxiskosten und eines angemessenen Arzteinkommens in Höhe von bis zu **34.789 Euro** erzielt. Zur Obergrenze des SOLL-Honorarvolumens beträgt die höchste Deckungslücke **101.256 Euro** und der höchste Überschuss liegt bei **19.197 Euro**. Damit liegen die Einnahmen aus der Patientenbehandlung um **bis zu 26% zu niedrig**, um eine kostendeckende Führung der orthopädischen Musterpraxis und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Allerdings können auch Überschüsse erzielt werden, die um **bis zu 9% höher liegen** als die Summe aus Praxiskosten und angemessenem Arzteinkommen.

4 Analyse der Spannweite der Honorare differenziert nach regionaler Lage und zugehöriger Siedlungsstruktur

Bei der Ermittlung der Kosten für unsere synthetischen Musterpraxen hat sich gezeigt, dass zum Teil deutliche Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Praxen bezüglich der Praxiskosten bestehen (siehe *Modul 1*). Da in der vorliegenden Analyse (*Module 2 bis 4*) neben den Praxiskosten die Honorare der niedergelassenen Ärzte in den Vordergrund gestellt wurden, ist es zielführend zu untersuchen, inwieweit sich die regionale Lage der Praxen und die damit verbundene Siedlungsstruktur auch auf die Honorarsituation auswirken. Obwohl sich die Honorare für eine bestimmte Leistung innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung nicht unterscheiden, kann es in der Summe sein, dass es durch ein unterschiedliches Patientenklientel und durch unterschiedliche Patientenzahlen zu merklichen Unterschieden zwischen städtischen und ländlichen Praxen bei der Gesamthonorarhöhe kommt.

Aus den vier unterschiedlichen Datenquellen, die im Kapitel 3 (*Modul 3)* für die Analyse der vertragsärztlichen Honorarsituation verwendet wurden, findet nur im ZI-Praxis-Panel eine differenzierte Auswertung statt, welche die regionale Lage der einzelnen Praxen berücksichtigt. Deshalb wird an dieser Stelle nur auf Daten des ZI-Praxis-Panels zurückgegriffen. Dort werden die folgenden drei Siedlungsstrukturtypen unterschieden: Kernstadt, verdichteter Kreis und ländliche Region. Die beiden zentralen Bestimmungsfaktoren, welche die Dimension Siedlungsstruktur charakterisieren, sind die „Zentralität“ und die „Verdichtung“. Die Typisierung der Raumordnungsregionen nach diesen Kriterien führt gemäß dem Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) zu den folgenden Definitionen der drei siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen:[13]

- Regionsgrundtyp 1: Agglomerationsräume („Kernstadt“)
  Oberzentrum über 300.000 Einwohner oder Dichte um 300 Einwohner/km²

[13] Vgl. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2014), o. S.

- Regionsgrundtyp 2: Verstädterte Räume („verdichteter Kreis“)
  Dichte größer als 150 Einwohner/km² oder Oberzentrum über 100.000 Einwohner bei einer Mindestdichte von 100 Einwohner/km²

- Regionsgrundtyp 3: Ländliche Räume („ländliche Region“)
  Dichte über 150 Einwohner/km² und ohne Oberzentrum über 100.000 Einwohner; mit Oberzentrum über 100.000 Einwohner und Dichte unter 100 Einwohner/km².

Im Folgenden wird differenziert nach den bereits zuvor einbezogenen Fachrichtungen untersucht, wie sich die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber zwischen Praxen in den drei genannten Regionstypen unterscheiden. Hierbei werden sowohl Honorare aus der GKV als auch aus der PKV einbezogen. Da im ZIPP keine entsprechend nach den drei Regionstypen differenzierten Werte für konservativ tätige Ärzte vorliegen, werden in diesem Kapitel die **Zahlen für alle im jeweiligen Fachbereich tätigen Ärzte** herangezogen, d. h. es findet an dieser Stelle **keine Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten** statt.

Neben den im Jahr 2010 erzielten Einnahmen werden auch die Fallzahlen aus dem 4. Quartal 2010 in die Analyse einbezogen, um beurteilen zu können, inwieweit die Honorarunterschiede zwischen den Praxen in den drei genannten Regionstypen auf Mengeneffekte zurückzuführen sind. Schließlich wird auch der durchschnittliche Honorarumsatz pro Patient und Quartal sowie die in diesem Bereich festzustellenden Unterschiede zwischen den Praxen in den drei Regionstypen analysiert.

4.1 Fachbereich Allgemeinmedizin

Da für den Fachbereich Allgemeinmedizin keine nach den Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber ausgewiesen werden, sondern nur für den Bereich Allgemeinmedizin zusammen mit dem Bereich Innere Medizin (hausärztlich) werden an dieser Stelle hilfsweise die entsprechenden Zahlen herangezogen. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 23: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)

Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	216.630 € 86,5%	33.930 € 13,5%	250.560 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	200.860 € 86,5%	31.460 € 13,5%	232.320 € 100,0%	-7,3%	-7,3%	-7,3%
Ländliche Region	249.050 € 88,5%	32.230 € 11,5%	281.280 € 100,0%	15,0%	-5,0%	12,3%
Verdichteter Kreis	210.740 € 85,4%	35.980 € 14,6%	246.720 € 100,0%	-2,7%	6,0%	-1,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014).

Es zeigt sich, dass im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) die GKV-Honorare in ländlichen Regionen im Durchschnitt 15,0% über dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In den Kernstädten (-7,3%) und in den verdichteten Kreisen (-2,7%) hingegen fallen die GKV-Honorare unterdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den

ländlichen Regionen mit -5,0% unterdurchschnittlich hoch. Dies gilt auch für Praxen in den Kernstädten (-7,3%), während Praxen in den verdichteten Kreisen (6,0%) überdurchschnittlich hoch ausfallen. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in den ländlichen Regionen mit 12,3% dennoch überdurchschnittlich hoch, während für die Praxen in den Kernstädten (-7,3%) und in den verdichteten Kreisen (-1,5%) das Umgekehrte gilt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 24: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)

Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	894 91,8%	79 8,2%	973 100,0%	-	-	-
Kernstadt	855 90,9%	86 9,1%	941 100,0%	-4,3%	7,6%	-3,4%
Ländliche Region	963 92,9%	74 7,1%	1.037 100,0%	7,7%	-6,8%	6,5%
Verdichteter Kreis	896 90,9%	90 9,1%	985 100,0%	0,2%	12,7%	1,2%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014).

Bei den Patientenzahlen ergeben sich bei den Praxen in ländlichen Regionen ähnliche Effekte wie bei den Einnahmen, wenn auch diese nicht ganz so ausgeprägt sind. Die dortigen Patientenzahlen liegen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (7,7%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-6,8%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen im Durchschnitt mehr Patienten als in den Praxen der anderen Regionstypen behandelt (6,5%). In den Praxen in verdichteten Kreisen (1,2%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-3,4%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 25: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) im Jahr 2010

Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	56 €	104 €	-	-
Kernstadt	54 €	106 €	-3,6%	1,9%
Ländliche Region	58 €	97 €	3,6%	-6,7%
Verdichteter Kreis	56 €	106 €	0,0%	1,9%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich überdurchschnittlich (3,6%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-6,7%) hoch ist. Bei den Praxen in den Kernstädten ist es umgekehrt, d. h. GKV-Praxis (-3,6%) und Privat-Praxis (1,9%). Die Praxen in den verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal im GKV-Bereich auf Durchschnittsniveau (0,0%) und im PKV-Bereich leicht überdurchschnittlich (1,9%).

4.2 Fachbereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Zunächst werden für den Fachbereich HNO die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 26: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	196.310 € 69,1%	87.900 € 30,9%	284.210 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	177.920 € 66,7%	88.960 € 33,3%	266.880 € 100,0%	-9,4%	1,2%	-6,1%
Ländliche Region	182.160 € 75,0%	60.720 € 25,0%	242.880 € 100,0%	-7,2%	-30,9%	-14,5%
Verdichteter Kreis	214.200 € 69,4%	94.500 € 30,6%	308.700 € 100,0%	9,1%	7,5%	8,6%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014a).

Es zeigt sich, dass im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde die GKV-Honorare sowohl in ländlichen Regionen (-7,2%) als auch in Kernstädten (-9,4%) im Durchschnitt unter dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In den verdichteten Kreisen (9,1%) hingegen fallen die GKV-Honorare überdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den

ländlichen Regionen mit -30,9% deutlich unter dem Durchschnitt aller HNO-Praxen. Bei Praxen in Kernstädten (1,2%) und Praxen in verdichteten Kreisen (7,5%) fallen die Privateinnahmen je Praxisinhaber überdurchschnittlich hoch aus. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen mit -14,5% dennoch unter dem Durchschnitt. Bei Praxen in Kernstädten (-6,1%) liegen diese Einnahmen ebenfalls unter dem Durchschnitt, wenn auch nicht ganz so unterdurchschnittlich wie bei den ländlichen Praxen, während bei Praxen in verdichteten Kreisen (8,6%) das Umgekehrte gilt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 27: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.252 88,8%	158 11,2%	1.410 100,0%	-	-	-
Kernstadt	1.191 87,9%	164 12,1%	1.355 100,0%	-4,9%	3,8%	-3,9%
Ländliche Region	1.316 89,9%	148 10,1%	1.464 100,0%	5,1%	-6,6%	3,8%
Verdichteter Kreis	1.296 88,8%	164 11,2%	1.460 100,0%	3,5%	3,5%	3,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014a).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (5,1%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-6,6%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen im Durchschnitt mehr Patienten als in den Praxen der anderen Regionstypen behandelt (3,8%). In den Praxen in verdichteten Kreisen (3,5%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-3,9%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 28: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	35 €	133 €	-	-
Kernstadt	34 €	128 €	-2,9%	-3,8%
Ländliche Region	35 €	98 €	0,0%	-26,3%
Verdichteter Kreis	37 €	147 €	5,7%	10,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014a).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich auf Durchschnittsniveau (0,0%) und dieser im PKV-Bereich deutlich unterdurchschnittlich hoch (-26,3%) ist. Bei den Praxen in Kernstädten sind beide Bereiche unterdurchschnittlich, d. h. GKV-Praxis (-2,9%) und Privat-Praxis (-3,8%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (5,7%) als auch im PKV-Bereich (10,5%) überdurchschnittlich hoch.

4.3 Fachbereich Frauenheilkunde

Wie zuvor bei den Allgemeinärzten und den HNO-Ärzten werden für den Fachbereich Frauenheilkunde zunächst die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 29: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde

Frauenheilkunde	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	205.620 € 71,1%	83.440 € 28,9%	289.060 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	190.080 € 66,0%	98.010 € 34,0%	288.090 € 100,0%	-7,6%	17,5%	-0,3%
Ländliche Region	219.040 € 77,9%	62.160 € 22,1%	281.200 € 100,0%	6,5%	-25,5%	-2,7%
Verdichteter Kreis	219.000 € 74,5%	75.000 € 25,5%	294.000 € 100,0%	6,5%	-10,1%	1,7%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014b).

Es zeigt sich, dass im Bereich Frauenheilkunde die GKV-Honorare sowohl in ländlichen Regionen (6,5%) als auch in verdichteten Kreisen (6,5%) im Durchschnitt über dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In den Kernstädten (-7,6%) hingegen fallen die GKV-Honorare unterdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den ländlichen Regionen mit -25,5% deutlich unter dem Durchschnitt aller gynäkologischen Praxen. Auch bei

Praxen in verdichteten Kreisen (-10,1%) sind die Privateinnahmen unterdurchschnittlich. Bei Praxen in Kernstädten (17,5%) hingegen fallen die Privateinnahmen je Praxisinhaber überdurchschnittlich hoch aus. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen mit -2,7% leicht unter dem Durchschnitt. Bei Praxen in Kernstädten (-0,3%) liegen diese Einnahmen ebenfalls leicht unter dem Durchschnitt, wenn auch nicht ganz so unterdurchschnittlich wie bei den ländlichen Praxen, während bei Praxen in verdichteten Kreisen (1,7%) das Umgekehrte gilt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 30: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde

Frauenheilkunde	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.055 87,0%	158 13,0%	1.213 100,0%	-	-	-
Kernstadt	937 84,8%	167 15,2%	1.104 100,0%	-11,2%	6,1%	-9,0%
Ländliche Region	1.172 91,0%	116 9,0%	1.288 100,0%	11,1%	-26,5%	6,2%
Verdichteter Kreis	1.134 88,0%	155 12,0%	1.289 100,0%	7,5%	-1,9%	6,3%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014b).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (11,1%) und im PKV-Bereich deutlich unterdurchschnittlich hoch (-26,5%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen mehr Patienten als im Durchschnitt in den gesamten Praxen (6,2%) je Praxisinhaber behandelt. In den Praxen in verdichteten Kreisen (6,3%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-9,0%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 31: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Frauenheilkunde

Frauenheilkunde	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	48 €	128 €	-	-
Kernstadt	50 €	135 €	4,2%	5,5%
Ländliche Region	46 €	129 €	-4,2%	0,8%
Verdichteter Kreis	47 €	121 €	-2,1%	-5,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014b).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-4,2%) und dieser im PKV-Bereich leicht überdurchschnittlich hoch (0,8%) ausfällt. Bei den Praxen in Kernstädten sind beide Bereiche überdurchschnittlich hoch, d. h. GKV-Praxis (4,2%) und Privat-Praxis (5,5%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (-2,1%) als auch im PKV-Bereich (-5,5%) unterdurchschnittlich hoch.

4.4 Fachbereich Dermatologie

Wie zuvor bei den anderen Fachrichtungen werden für den Fachbereich Dermatologie zunächst die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 32: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie

Dermatologie	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	187.200 € 63,8%	106.080 € 36,2%	293.280 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	171.000 € 60,6%	111.000 € 39,4%	282.000 € 100,0%	-8,7%	4,6%	-3,8%
Ländliche Region	190.440 € 77,5%	55.200 € 22,5%	245.640 € 100,0%	1,7%	-48,0%	-16,2%
Verdichteter Kreis	208.620 € 64,2%	116.280 € 35,8%	324.900 € 100,0%	11,4%	9,6%	10,8%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014c).

Es zeigt sich, dass im Bereich Dermatologie die GKV-Honorare sowohl in ländlichen Regionen (1,7%) als auch in verdichteten Kreisen (11,4%) im Durchschnitt über dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In Kernstädten (-8,7%) hingegen fallen die GKV-Honorare unterdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den ländlichen Regionen mit -48,0% deutlich

unter dem Durchschnitt aller dermatologischen Praxen. Bei Praxen in Kernstädten (4,6%) und Praxen in verdichteten Kreisen (9,6%) fallen die Privateinnahmen je Praxisinhaber überdurchschnittlich hoch aus. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen mit -16,2% unter dem Durchschnitt. Bei Praxen in Kernstädten (-3,8%) liegen diese Einnahmen ebenfalls unter dem Durchschnitt, wenn auch nicht ganz so unterdurchschnittlich wie bei den ländlichen Praxen, während bei Praxen in verdichteten Kreisen (10,8%) das Umgekehrte gilt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 33: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie

Dermatologie	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.506 83,8%	290 16,2%	1.797 100,0%	-	-	-
Kernstadt	1.381 82,8%	286 17,2%	1.667 100,0%	-8,3%	-1,4%	-7,2%
Ländliche Region	1.650 87,9%	228 12,1%	1.878 100,0%	9,6%	-21,6%	4,5%
Verdichteter Kreis	1.595 83,8%	308 16,2%	1.903 100,0%	5,9%	5,9%	5,9%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014c).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (9,6%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-21,6%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen mehr Patienten als im Durchschnitt in den gesamten Praxen (4,5%) je Praxisinhaber behandelt. In den Praxen in verdichteten Kreisen (5,9%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-7,2%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 34: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Dermatologie

Dermatologie	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	31 €	95 €	-	-
Kernstadt	31 €	92 €	0,0%	-3,2%
Ländliche Region	29 €	76 €	-6,5%	-20,0%
Verdichteter Kreis	33 €	104 €	6,5%	9,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014c).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich (-6,5%) und im PKV-Bereich (-20,0%) unterdurchschnittlich hoch ist. Bei den Praxen in Kernstädten ist der GKV-Bereich (0,0%) auf Durchschnittsniveau und der PKV-Bereich leicht unterdurchschnittlich (-3,2%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (6,5%) als auch im PKV-Bereich (9,5%) überdurchschnittlich hoch.

4.5 Fachbereich Urologie

Wie zuvor bei den anderen Fachrichtungen werden für den Fachbereich Urologie zunächst die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 35: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie[14]

Urologie	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	225.000 € 63,2%	131.250 € 36,8%	356.250 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	214.500 € 56,7%	163.800 € 43,3%	378.300 € 100,0%	-4,7%	24,8%	6,2%
Ländliche Region	235.980 € 71,9%	92.340 € 28,1%	328.320 € 100,0%	4,9%	-29,6%	-7,8%
Verdichteter Kreis	227.530 € 64,9%	123.090 € 35,1%	350.620 € 100,0%	1,1%	-6,2%	-1,6%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014d).

[14] Im Rahmen der Fachgruppenauswertung Urologie des ZI-Praxis-Panels liegt bei den Praxen in Kernstädten der relative Standardfehler der einzelnen Kennzahlen jeweils über 10%, d. h. es liegt eine statistische Unsicherheit vor.

Es zeigt sich, dass im Bereich Urologie die GKV-Honorare sowohl in ländlichen Regionen (4,9%) als auch in verdichteten Kreisen (1,1%) im Durchschnitt über dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In Kernstädten (-4,7%) hingegen fallen die GKV-Honorare unterdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in ländlichen Regionen mit -29,6% deutlich unter dem Durchschnitt aller urologischen Praxen. Dies gilt auch für Praxen in verdichteten Kreisen (-6,2%), wenn auch dort nicht ganz so deutlich wie bei ländlichen Praxen. Bei Praxen in Kernstädten (24,8%) liegen die Privateinnahmen je Praxisinhaber deutlich über dem Durchschnitt. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen mit -7,8% unter dem Durchschnitt. Bei Praxen in verdichteten Kreisen (-1,6%) liegen diese Einnahmen ebenfalls unter dem Durchschnitt, wenn auch nicht ganz so unterdurchschnittlich wie bei den ländlichen Praxen, während bei Praxen in Kernstädten (6,2%) das Umgekehrte gilt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 36: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie

Urologie	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.106 85,9%	182 14,1%	1.288 100,0%	-	-	-
Kernstadt	1.084 84,0%	207 16,0%	1.291 100,0%	-1,9%	13,4%	0,2%
Ländliche Region	1.158 90,0%	129 10,0%	1.287 100,0%	4,7%	-29,3%	-0,1%
Verdichteter Kreis	1.114 85,0%	197 15,0%	1.311 100,0%	0,8%	8,0%	1,8%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014d).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (4,7%) und im PKV-Bereich deutlich unterdurchschnittlich hoch (-29,3%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen im Durchschnitt etwas weniger Patienten als in den Praxen der anderen Regionstypen behandelt (-0,1%). In den Praxen in Kernstädten (0,2%) sowie in verdichteten Kreisen (1,8%) werden überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010. Allerdings sind die Unterschiede bezogen auf die Gesamtpatientenzahl sehr gering, d. h. die Praxen in den drei unterschiedlichen Regionstypen liegen im Durchschnitt in etwa auf demselben Niveau.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 37: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Urologie[15]

Urologie	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	48 €	156 €	-	-
Kernstadt	52 €	184 €	8,3%	17,9%
Ländliche Region	39 €	91 €	-18,8%	-41,7%
Verdichteter Kreis	48 €	156 €	0,0%	0,0%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014d).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich (-18,8%) und im PKV-Bereich (-41,7%) deutlich unterdurchschnittlich hoch ist. Bei den Praxen in Kernstädten hingegen sind beide Bereiche überdurchschnittlich, d. h. GKV-Praxis (8,3%) und Privat-Praxis (17,9%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (0,0%) als auch im PKV-Bereich (0,0%) auf dem Durchschnittsniveau.

[15] Im Rahmen der Fachgruppenauswertung Urologie des ZI-Praxis-Panels liegt bei den Praxen in Kernstädten der relative Standardfehler der einzelnen Kennzahlen jeweils über 10%, d. h. es liegt eine statistische Unsicherheit vor.

4.6 Fachbereich Augenheilkunde

Zunächst werden für den Fachbereich Augenheilkunde wie bei den anderen Fachrichtungen zuvor die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 38: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde

Augenheilkunde	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	183.600 € 65,2%	97.920 € 34,8%	281.520 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	146.640 € 56,5%	112.800 € 43,5%	259.440 € 100,0%	-20,1%	15,2%	-7,8%
Ländliche Region	215.280 € 72,6%	81.120 € 27,4%	296.400 € 100,0%	17,3%	-17,2%	5,3%
Verdichteter Kreis	193.980 € 67,0%	95.400 € 33,0%	289.380 € 100,0%	5,7%	-2,6%	2,8%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014e).

Es zeigt sich, dass im Bereich Augenheilkunde die GKV-Honorare sowohl in ländlichen Regionen (17,3%) als auch in verdichteten Kreisen (5,7%) im Durchschnitt über dem Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In Kernstädten (-20,1%) hingegen fallen die GKV-Honorare unterdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den ländlichen Regionen mit -17,2% und in verdichteten Kreisen mit -2,6% unter dem Durchschnitt aller augenärztlichen Praxen.

Bei Praxen in Kernstädten (15,2%) hingegen fallen die Privateinnahmen je Praxisinhaber überdurchschnittlich hoch aus. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen (5,3%) ähnlich wie die Praxen in verdichteten Kreisen (2,8%) über dem Durchschnitt. Bei Praxen in Kernstädten (-7,8%) liegen diese Einnahmen hingegen unter dem Durchschnitt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 39: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde

Augenheilkunde	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.562 84,7%	282 15,3%	1.844 100,0%	-	-	-
Kernstadt	1.380 81,8%	307 18,2%	1.687 100,0%	-11,6%	8,7%	-8,5%
Ländliche Region	1.658 88,7%	212 11,3%	1.870 100,0%	6,1%	-24,9%	1,4%
Verdichteter Kreis	1.638 84,7%	296 15,3%	1.934 100,0%	4,8%	4,8%	4,8%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014e).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (6,1%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-24,9%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen mehr Patienten als im Durchschnitt in den gesamten Praxen (1,4%) je Praxisinhaber behandelt. In den Praxen in verdichteten Kreisen (4,8%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-8,5%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 40: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Augenheilkunde[16]

Augenheilkunde	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	34 €	107 €	-	-
Kernstadt	27 €	95 €	-20,6%	-11,2%
Ländliche Region	36 €	102 €	5,9%	-4,7%
Verdichteter Kreis	38 €	115 €	11,8%	7,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014e).

[16] Im Rahmen der Fachgruppenauswertung Augenheilkunde des ZI-Praxis-Panels liegt bei den Praxen in ländlichen Regionen sowie bei den Gesamt-Wert der Praxen der relative Standardfehler der einzelnen Kennzahlen jeweils über 10%, d. h. es liegt eine statistische Unsicherheit vor.

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal im GKV-Bereich überdurchschnittlich (5,9%), aber im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-4,7%) ist. Bei den Praxen in Kernstädten sind beide Bereiche unterdurchschnittlich, d. h. GKV-Praxis (-20,6%) und Privat-Praxis (-11,2%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (11,8%) als auch im PKV-Bereich (7,5%) überdurchschnittlich hoch.

4.7 Fachbereich Orthopädie

Abschließend werden für den Fachbereich Orthopädie zunächst die nach den drei genannten Regionstypen differenzierten Einnahmen je Praxisinhaber analysiert. Es findet hierbei eine Unterscheidung nach Einnahmen aus der GKV sowie nach Privateinnahmen statt. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Einnahmen je Praxisinhaber und Jahr differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen (ohne Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten) dargestellt.

Tabelle 41: Durchschnittliche Einnahmen je Praxisinhaber im Jahr 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie

Orthopädie	GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV-Praxis	Privat-Praxis	GKV- und Privat-Praxis
Gesamt	238.140 € 67,7%	113.400 € 32,3%	351.540 € 100,0%	-	-	-
Kernstadt	250.110 € 67,7%	119.100 € 32,3%	369.210 € 100,0%	5,0%	5,0%	5,0%
Ländliche Region	206.580 € 70,2%	87.640 € 29,8%	294.220 € 100,0%	-13,3%	-22,7%	-16,3%
Verdichteter Kreis	240.030 € 67,0%	118.110 € 33,0%	358.140 € 100,0%	0,8%	4,2%	1,9%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014f).

Es zeigt sich, dass im Bereich Orthopädie die GKV-Honorare in ländlichen Regionen mit -13,3% unter dem durchschnittlichen Gesamt-Wert für alle Praxen in diesem Fachbereich liegen. In Kernstädten (5,0%) sowie in verdichteten Kreisen (0,8%) hingegen fallen die GKV-Honorare überdurchschnittlich hoch aus. Bei den Privathonoraren liegen die Praxen in den ländlichen Regionen mit -22,7% deutlich unter dem Durchschnitt aller orthopädischen Praxen. Bei Praxen in Kernstädten

(5,0%) und Praxen in verdichteten Kreisen (4,2%) fallen die Privateinnahmen je Praxisinhaber überdurchschnittlich hoch aus. Insgesamt, d. h. bei Bildung der Summe der Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und PKV-Patienten je Praxisinhaber, liegen die Honorare der Praxen in ländlichen Regionen mit -16,3% unter dem Durchschnitt. Bei Praxen in Kernstädten (5,0%) liegen diese Einnahmen ähnlich wie bei Praxen in verdichteten Kreisen (1,9%) über dem Durchschnitt.

Um zu untersuchen, ob diese Unterschiede bei den Einnahmen auf einen Mengeneffekt zurückzuführen sind, wird die Anzahl der behandelten und abgerechneten Patienten im 4. Quartal 2010 betrachtet. In der folgenden Tabelle werden die durchschnittlichen Patientenzahlen je Praxisinhaber und Quartal differenziert nach den Praxen in den drei Regionstypen dargestellt.

Tabelle 42: Durchschnittliche Patientenzahlen je Praxisinhaber im 4. Quartal 2010 differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie

Orthopädie	GKV	Privat	GKV und Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert		
				GKV	Privat	GKV und Privat
Gesamt	1.248 88,8%	158 11,2%	1.405 100,0%	-	-	-
Kernstadt	1.227 88,7%	157 11,3%	1.384 100,0%	-1,6%	-0,5%	-1,5%
Ländliche Region	1.272 89,9%	143 10,1%	1.415 100,0%	1,9%	-9,4%	0,7%
Verdichteter Kreis	1.255 88,8%	159 11,2%	1.413 100,0%	0,6%	0,6%	0,6%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014f).

Bei den Patientenzahlen je Praxisinhaber liegen die Praxen in ländlichen Regionen im GKV-Bereich überdurchschnittlich (1,9%) und im PKV-Bereich unterdurchschnittlich hoch (-9,4%). Insgesamt werden in den ländlichen Praxen im Durchschnitt etwas mehr Patienten als in den Praxen der anderen Regionstypen behandelt (0,7%). In den Praxen in verdichteten Kreisen (0,6%) werden auch überdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber versorgt, während es in Kernstädten (-1,5%) unterdurchschnittlich viele Patienten je Praxisinhaber sind – zumindest bezogen auf das 4. Quartal 2010. Allerdings sind die Unterschiede bezogen auf die Gesamtpatientenzahl sehr gering, d. h. die Praxen in den drei unterschiedlichen Regionstypen liegen im Durchschnitt in etwa auf demselben Niveau.

Abschließend wird analysiert, wie sich der durchschnittliche Umsatz pro Patient im Quartal zwischen den Praxen in den einzelnen Regionstypen unterscheidet. In der folgenden Tabelle werden die entsprechenden Zahlen differenziert nach GKV und PKV dargestellt.

Tabelle 43: Durchschnittlicher Umsatz pro Patient im Quartal differenziert nach Regionstypen im Bereich Orthopädie

Orthopädie	GKV	Privat	Abweichung zum Gesamt-Wert	
			GKV	Privat
Gesamt	46 €	183 €	-	-
Kernstadt	51 €	196 €	10,9%	7,1%
Ländliche Region	44 €	143 €	-4,3%	-21,9%
Verdichteter Kreis	44 €	184 €	-4,3%	0,5%

Quelle: Eigene Berechnungen. Datenquelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014f).

Es zeigt sich, dass in ländlichen Praxen der Umsatz je Patient im Quartal sowohl im GKV-Bereich (-4,3%) als auch im PKV-Bereich (-21,9%) unterdurchschnittlich hoch ist. Bei den Praxen in Kernstädten sind beide Bereiche hingegen überdurchschnittlich, d. h. GKV-Praxis (10,9%) und Privat-Praxis (7,1%). Die Praxen in verdichteten Kreisen liegen beim Umsatz pro Patient im Quartal im GKV-Bereich (-4,3%) unterdurchschnittlich, aber im PKV-Bereich (0,5%) leicht überdurchschnittlich.

4.8 Ansätze zur Modellierung eines Kompensations- / Attraktivitätskoeffizienten für Landarztpraxen

Es konnte gezeigt werden, dass bei einigen Fachgruppen der Honorarumsatz aus der Behandlung von GKV-Patienten bei ländlichen Praxen überdurchschnittlich hoch, sogar höher als in den Kernstädten ist. Dennoch reicht dieser Anreiz nicht aus, um Ärzte für die Versorgung in ländlichen Praxen zu gewinnen. Bereits heute ist der ländliche Bereich nach der aktuellen Bedarfsplanung stärker von Unterversorgung bedroht und die Nachwuchsgewinnung für die dortigen Praxen gestaltet sich schwierig. Je mehr Ärzte in den nächsten Jahren aus der vertragsärztlichen Versorgung altersbedingt ausscheiden, umso schwieriger dürfte es sein, die freiwerdenden Arztsitze in den ländlichen Gebieten zu besetzen.

Obwohl auch die Praxis- und die Lebenshaltungskosten in den ländlichen Gebieten niedriger sind als in Kernstädten bzw. verdichteten Kreisen, reichen die bestehenden Einkommensunterschiede nicht aus, um den Niederlassungswillen auf dem Land zu steigern. Die Attraktivitätsvorteile der Kernstädte, die sich u. a. in einem breiteren kulturellen Angebot und einem höheren Freizeitwert, besseren Arbeitsmöglichkeiten für Familienangehörige, einem breiteren Betreuungs- und Bildungsangebot für Kinder etc. niederschlagen, sind für viele Ärzte nicht aufzuwiegen. Deshalb lassen sich Ärzte statt in ländlichen Gebieten bevorzugt in Kernstädten oder verdichteten Kreisen nieder. Vertragsarztsitze können nicht oder nur nach längerer Suche mit einem Nachfolger neu besetzt werden, so dass die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten immer stärker bedroht wird.

In unterschiedlichen Untersuchungen bzw. Befragungen der KBV, der Bundesärztekammer und des Hartmannbundes wurden Faktoren für die mangelnde Attraktivität des ländlichen Bereichs bei Weiterbildungsassistenten und Medizinstudierenden ermittelt. Bei den Befragungen wurde als einer der einflussreichsten Faktoren für die Niederlassung im ländlichen Bereich das monatliche, gesicherte Nettoeinkommen genannt.

Im Jahr 2007 führte die Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Universität Leipzig das Projekt *„Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten mit*

besonderer Berücksichtigung der Versorgung in strukturschwachen Regionen" durch, welches die Anreizwirkung von monetären und nicht-monetären Merkmalen auf die Niederlassungsentscheidung von Ärzten untersuchte. Im Rahmen einer qualitativ orientierten Analyse mittels Interviews junger Assistenzärzte und eines entwickelten Modells, konnte ermittelt werden, dass ein zusätzliches Nettoeinkommen in Höhe von 7.700 Euro pro Monat notwendig wäre, um Weiterbildungsassistenten zu einer Niederlassung in ländlichen Bereich zu bewegen. Weitere entscheidende Faktoren waren die Anzahl von Bereitschaftsdiensten und die Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Wenn sich die Anzahl der Bereitschaftsdienste auf zwei pro Monat beschränkt und sich das Schul- und Betreuungsangebot für Kinder direkt vor Ort befindet, sinkt das notwendige zusätzliche Nettoeinkommen um 2.700 Euro auf 5.000 Euro pro Monat.[17]

Der Hartmannbund führte im Jahr 2012 eine Befragung von Medizinstudierenden unter dem Titel *„Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?"* durch. Diese sahen in einem hohen Bürokratieaufkommen, einer starken Arbeitsverdichtung und wenig Zeit für die Patienten die Hauptprobleme im Hinblick auf die ärztliche Tätigkeit. Deshalb planten nur 27% der Befragten eine primäre Niederlassung in eigener Praxis. Allerdings konnten sich 85% der Befragten als zweiten Schritt nach einer Anstellung auch eine eigenverantwortliche Praxistätigkeit vorstellen. Als besonders hinderlich für eine Niederlassung wurden wiederum die (finanzielle) Unsicherheit, ein hohes Maß an Bürokratie und mangelnde Teamarbeit eingestuft. Bei den Niederlassungswilligen gaben 72% das finanzielle Risiko, 63% zu wenig Zeit für die Familie und 62% zu viel Bürokratie an, weshalb sie die Arbeit in einer Berufsausübungsgemeinschaft einer Einzelpraxis vorziehen. Als fördernde Faktoren für die ärztliche Arbeit auf dem Land wurden vor allem Unterstützung bei der Kinderbetreuung (63%), kostenlose Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten (59%) und ein Arbeitsplatz für den Ehe-/Lebenspartner (51%) genannt.[18]

Im Rahmen des *„Berufsmonitors der KBV"* befragte im Jahr 2014 die Universität Trier 11.462 Medizinstudierende nach den Erwartungen an den ärztlichen Beruf. Hierbei wurden vor allem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf (94,7%), das Arbeiten auf

[17] Vgl. Günther et al (2010), Deutsches Ärzteblatt (2011).

[18] Vgl. Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (2012), S12ff.

wissenschaftlich neuestem Stand (94,7%), Abwechslung im Job (92,5%), geregelte Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeiten (84,0% bzw. 83,6%) sowie ein gutes Einkommen (82,2%) als wichtige Faktoren genannt.[19]

Zusammenfassend kann gefolgert werden, dass finanzielle Aspekte eine wichtige Rolle bei der Niederlassungsentscheidung spielen. Da gerade ländliche Gebiete von Unterversorgung bedroht sind, sind die vertragsärztlichen Honorare dort nicht hoch genug, um die ambulante Versorgung auf dem Land langfristig sicherzustellen. Deshalb sollte versucht werden, die Attraktivitätsnachteile der ländlichen Gebiete über monetäre Anreize zu kompensieren. Beispielsweise gaben in der Befragung des Hartmannbundes 35% der Medizinstudierenden an, sich einen Kompromiss zwischen einer Praxistätigkeit auf dem Land und dem Leben in einer Stadt vorstellen zu können.[20] Eine solche Pendlertätigkeit wäre mit monetären Anreizen zu hinterlegen, da hieraus das Vorhalten eines Fahrzeugs sowie die damit verbundenen Wegegelder inklusive des Zeitverlustes des Arztes resultieren würden.

Als „harter“ direkt monetär messbarer Faktor für eine Niederlassung im ländlichen Bereich kann die Höhe des gesicherten Nettomonatseinkommens dienen. Darüber hinaus sind aber auch „weichere“ Faktoren wie ein Arbeitsplatz für den Lebenspartner, eine Möglichkeit für die Kinderbetreuung, eine geringe Frequenz von Bereitschaftsdiensten sowie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf von großer Bedeutung für die Niederlassungsentscheidung junger Ärzte. Hier ist es notwendig, diese Faktoren ebenfalls monetär zu bewerten, was allerdings umso schwerer fällt, je „weicher“ die Faktoren werden (z. B. Vereinbarkeit von Familie und Beruf). Zudem sind weitere Faktoren zu nennen, die in den oben genannten Untersuchungen bzw. Befragungen nicht thematisiert wurden. Dies können u. a. kulturelle Angebote und der höhere Freizeitwert sowie bessere Bildungsangebote in den städtischen Gebieten sein.

[19] Vgl. Jacob (2014), S. 7ff.

[20] Vgl. Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (2012), S. 23.

Die genannten Faktoren sollten in einen Kompensations- / Attraktivitätskoeffizienten für Landarztpraxen einfließen, der die einzelnen Faktoren adäquat abbildet und monetär bewertet. Hierbei ist zu diskutieren,

- ob einmalige Anreize, wie z. B. eine Studienförderung durch Stipendien oder eine einmalige Förderprämie bei Niederlassung ausreichend sind,
- ob eine solche Kompensation befristet sein kann oder von längerer, anhaltender Dauer sein muss oder
- ob hier mehr ökonomische Anreize wie ein höheres Einkommen und entsprechende strukturverbessernde Maßnahmen im ländlichen Bereich dauerhaft angeboten werden müssen.

Im Folgenden werden erste Ansätze zur Modellierung eines Kompensationskoeffizienten entwickelt, der das angemessene Einkommen je Praxisinhaber in ländlichen Gebieten erhöht, um so die Attraktivität der ländlichen Gebiete für niederlassungswillige Ärzte zu steigern. Es wird davon ausgegangen, dass der Kompensationskoeffizient zeitlich begrenzt und nur für sich neu niederlassende Ärzte Anwendung findet, aber nicht für bereits auf dem Land tätige Ärzte. Da junge Ärzte ihre akademische Ausbildung in Kernstädten beginnen und dort die Vorzüge des Lebens in der Stadt kennenlernen, sollte zumindest versucht werden, die mangelnde Attraktivität der ländlichen Gebiete monetär zu kompensieren. Ziel ist es, junge Ärzte auf diese Weise für Landarztpraxen zu gewinnen und mittels höherer Honorare zu gewährleisten, dass die Investitionen, die die jungen Ärzte bei Übernahme bzw. Gründung einer Landpraxis tätigen müssen, durch das höhere Honorarvolumen ausgeglichen werden.

Es kann angenommen werden, dass je höher die Honorarzulage ausfällt, die niederlassungswilligen Ärzten im ländlichen Gebieten gewährt werden soll, desto schneller Umverteilungseffekte bezogen auf die Arztniederlassungen zwischen Stadt und Land zu erwarten sind. Zudem ist es wichtig, dass der Kompensationskoeffizient im Hinblick auf die Höhe flexibel ausgestaltet wird, d. h. ausreichend Differenzierungsspielraum bietet. Aus unserer Sicht sollte die Differenzierung mindestens nach zwei Dimensionen erfolgen. Zum einen sollte nach den drei siedlungsstrukturellen Regionsgrundtypen (Kernstadt, verdichteter Kreis und

ländliche Region), die in diesem Kapitel herangezogen wurden, und zum anderen nach der Arztdichte bzw. dem Versorgungsgrad differenziert werden. Hierbei können z. B. die arztgruppenspezifischen allgemeinen Verhältniszahlen von Ärzten zu Einwohnern aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie und die entsprechende Einteilung von Planungsbereichen in unterversorgte, bedarfsgerechte und überversorgte Regionen herangezogen werden. Hierbei sollte prospektiv gehandelt werden, so dass unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und der Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte die Arztdichte in den nächsten zehn Jahren Berücksichtigung findet. Es ergibt sich damit eine Neun-Felder-Matrix mit den Differenzierungskriterien siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen und Versorgungsgrad, wie die folgende Tabelle zeigt.

Tabelle 44: Neun-Felder-Matrix zur Differenzierung des Kompensationskoeffizienten

	unterversorgte Regionen	**bedarfsgerecht versorgte Regionen**	**überversorgte Regionen**
Kernstadt	I	II	III
verdichteter Kreis	IV	V	VI
ländliche Region	VII	VIII	IX

Quelle: Eigene Darstellung.

In einem nächsten Schritt gilt es den Kompensationskoeffizienten konkret zu beziffern. In Kernstädten und in überversorgten Regionen besteht keine Notwendigkeit zu einer monetären Kompensation, so dass der Kompensationskoeffizient in den Felder I, II, III, VI und IX 1 betragen und damit kein Zuschlag Anwendung finden sollte. In den Feldern IV, V, VII und VIII halten wir einen Kompensationskoeffizienten zwischen 1,1 und 1,2 für angemessen und notwendig, damit sich überhaupt erste Effekte auf die Niederlassungsbereitschaft junger Ärzte hin zu ländlichen Regionen einstellen können. Ein Aufschlag von mindestens zehn Prozent auf die bisherige Einkommenssituation ist notwendig, um einen Anreiz für einen Jobwechsel (z. B. weg von einem Arbeitsverhältnis als Angestellter in einem Krankenhaus) in ein ländliches Gebiet zu schaffen. Laut einer Studie des Instituts für

Arbeitsmarkt- und Berufsforschung konnten Arbeitnehmer, die freiwillig den Job wechselten, die Lohnhöhe durchschnittlich um rund 15 Prozent steigern.[21] Wenn ein monetärer Zuschlag von unter zehn Prozent Anwendung findet, sind deshalb keine nennenswerten Effekte auf das Niederlassungsverhalten junger Ärzte zu erwarten. Damit könnte der Kompensationskoeffizient, wie in der folgenden Tabelle beispielhaft dargestellt, konkret beziffert werden.

Tabelle 45: Beispiel für eine konkrete Bezifferung des Kompensationskoeffizienten

	unterversorgte Regionen	bedarfsgerecht versorgte Regionen	überversorgte Regionen
Kernstadt	1	1	1
verdichteter Kreis	1,15	1,1	1
ländliche Region	1,2	1,15	1

Quelle: Eigene Darstellung.

Wir schlagen vor, den Kompensationskoeffizienten für einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren für die neu zu besetzenden Arztsitze zum Einsatz zu bringen. Wendet man diesen Kompensationskoeffizienten auf das als angemessen ermittelte jährliche Arzteinkommen an, das im Bereich von 159.544 Euro bis 175.136 Euro beziffert wurde, ergibt sich ein Zuschlag in einer Spanne von 15.954 Euro bis 35.027 Euro pro Jahr. In der folgenden Tabelle wird diese Spanne auf die Neun-Felder-Matrix des Kompensationskoeffizienten übertragen und das gesamte angemessene Arzteinkommen pro Jahr in den einzelnen Feldern dargestellt.

[21] Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2012).

Tabelle 46: Angemessenes Arzteinkommen in Bayern nach Anwendung des Kompensationskoeffizienten

	unterversorgte Regionen	bedarfsgerecht versorgte Regionen	überversorgte Regionen
Kernstadt	159.544 € bis 175.136 €	159.544 € bis 175.136 €	159.544 € bis 175.136 €
verdichteter Kreis	183.476 € bis 201.406 €	175.498 € bis 192.650 €	159.544 € bis 175.136 €
ländliche Region	191.453 € bis 210.163 €	183.476 € bis 201.406 €	159.544 € bis 175.136 €

Quelle: Eigene Darstellung.

Die hier genannten Ansätze zur Ausgestaltung eines Kompensationskoeffizienten stellen ein erstes Beispiel dar. Des Weiteren sind auch andere Differenzierungskriterien denkbar. So könnte neben der regionalen Lage und der Versorgungssituation unter Berücksichtigung der zukünftigen demografischen Entwicklung z. B. die Mortalität in einzelnen Regionen ein Kriterium für notwendige Zuschläge sein. Eine flexible Ausgestaltung ist grundsätzlich notwendig, damit ein solches monetäres Kompensationskonzept wirkungsvoll eingesetzt werden kann. So sollte nach einem angemessenen Zeitraum (z. B. nach fünf Jahren) geprüft werden, ob der Kompensationskoeffizient weiter angehoben werden muss oder ggf. abgesenkt werden kann. Letztlich muss aber stets bedacht werden, dass monetäre Aspekte nicht allein ausschlaggebend sind für eine ärztliche Niederlassungsentscheidung und Attraktivitätsunterschiede zwischen Stadt und Land nicht gänzlich monetär kompensiert werden können.

Ob die im Rahmen des postulierten Kompensationskoeffizienten skizzierte monetäre Anreizstruktur in Anbetracht der oben geschilderten Untersuchungen und Befragungen ausreicht, sollte durch weitergehende Analysen geprüft werden. Dies gilt ebenfalls für die eingeführten Anreizsysteme und Stipendien in unterversorgten Gebieten. Weiterhin dürfte auch für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung auf dem Land entscheidend sein, dem medizinischen Nachwuchs die generellen Vorteile einer Niederlassung nahe zu bringen.

5 Fazit

Bei der Berechnung der Höhe des notwendigen **durchschnittlichen Fallwerts** zur Erzielung eines angemessenen Arzteinkommens hat sich gezeigt, dass die Fallwerte in Bayern deutlich höher liegen müssten als im Jahr 2010 bzw. 2013 bei Berücksichtigung der zugehörigen Fallzahlen, damit Kostendeckung sowie ein angemessenes Einkommen erreicht wird. Hierbei wurden jeweils die Kosten unserer konservativ tätigen Musterpraxen der einzelnen Fachrichtungen und ein angemessenes Arzteinkommen in einer Spanne von 159.544 Euro bis 175.136 Euro als unterer bzw. oberer Wert für die Berechnung herangezogen. Mit den Fallwerten und Fallzahlen des Jahres 2010 bzw. 2013 kann dieses angemessene Arzteinkommen im Durchschnitt in keiner Fachgruppe erreicht werden. Es ergeben sich bei **reiner GKV-Tätigkeit** je nach Fachgruppe deutliche **Deckungslücken** von **90% bis 223% (2010)** bzw. von **58% bis 191% (2013)**, d. h. die Fallwerte müssten bei den gegebenen Fallzahlen um 90% bis 223% (2010) bzw. um 58% bis 191% (2013) höher liegen, damit ein angemessenes Einkommen von konservativ tätigen Ärzten in ländlichen Gebieten erzielt wird (vgl. Tabelle 5 bzw. Tabelle 6). Die alleinige Behandlung von GKV-Versicherten reicht damit nicht aus, um die Kosten der synthetischen Musterpraxen zu decken und ein angemessenes Arzteinkommen zu erzielen. In der Behandlungsrealität werden allerdings nicht nur GKV-Patienten behandelt, sondern auch Privatpatienten, so dass die Zahl der insgesamt behandelten Patienten größer ausfällt als die alleinigen GKV-Fallzahlen.

Deshalb wurden in einem nächsten Schritt die **durchschnittlichen Privateinnahmen** von Einzelpraxen in den einzelnen Fachrichtungen in die Analyse einbezogen. Da die Einnahmen in den unterschiedlichen Statistiken relativ stark voneinander abweichen, wurde nicht nur nach Fachgruppen differenziert, sondern auch nach Datenquellen. Insgesamt wurden vier verschiedene Datenquellen mit verschiedenen Erhebungsjahren einbezogen (Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (Erhebungsjahr 2011), ZI-Praxis-Panel (ZIPP; Erhebungsjahr 2010), Analysen der apoBank (Erhebungsjahr 2012) sowie Auswertungen von DATEV (Erhebungsjahr 2013)). Die verwendeten Daten sind jeweils bundesdurchschnittliche Werte und nicht wie bei der Berechnung bzw. beim Vergleich der Fallwerte rein bayerische Daten. Es wird mit Ausnahme der ZIPP-

Daten zudem keine Differenzierung nach konservativ und operativ tätigen Ärzten sowie keine Differenzierung nach ländlichen und städtischen Praxen vorgenommen. Da im Vordergrund der vorliegenden Analyse konservativ tätige Praxen stehen, welche die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung in ländlichen Gebieten sicherstellen, sind die ZIPP-Daten für die untersuchte Fragestellung am besten geeignet.

Bei der Einbeziehung von Privateinnahmen in die vorliegende Untersuchung ist jedoch zu beachten, dass die Fallzahlen der PKV-Patienten vergleichsweise niedrig sind. Des Weiteren ist eine Fallzahlerhöhung im GKV-Bereich nicht möglich, ohne die durchschnittliche Behandlungszeit je Patient weiter zu verringern. Wenn es in den Arztpraxen im Durchschnitt zu Deckungslücken kommt, ist deshalb letztlich eine Erhöhung des Fallwertes notwendig.

Es wurde des Weiteren festgestellt, dass die Ergebnisse nicht nur zwischen den Fachgruppen, sondern auch zwischen den verwendeten Datengrundlagen divergieren. Dabei konnte ermittelt werden, dass es auch unter Einbeziehung von Privateinnahmen **meistens zu Deckungslücken** kommt. Allerdings konnte vor allem in der synthetischen Praxis für Augenheilkunde bei einigen Datengrundlagen ein Einkommen erzielt werden, das deutlich über dem von uns als angemessenes Arzteinkommen ermittelten Wert liegt. In den Durchschnittswerten der entsprechenden Datengrundlagen sind allerdings auch operative Praxen enthalten, die insbesondere bei den Augenärzten die Einnahmen nach oben verzerren, so dass dieses Ergebnis dadurch erklärt werden kann. So werden hingegen bei der Datengrundlage ZIPP, aus der jeweils nur die Angaben für konservativ tätige Ärzte herangezogen wurden, die Werte für ein angemessenes Arzteinkommen durchgängig nicht erreicht. Insgesamt muss festgehalten werden, dass bei Berücksichtigung von bundesdurchschnittlichen Daten, die auch operativ tätige Ärzte beinhalten, die Vergleichbarkeit zu unseren konservativ tätigen synthetischen Arztpraxen in Bayern verzerrt wird.

Dennoch lässt sich aus unserer Analyse deutlich die Tendenz ableiten, dass bei zusätzlicher Berücksichtigung von Privateinnahmen das **angemessene**

Arzteinkommen in den synthetischen Musterpraxen zumeist weiterhin deutlich unterschritten wird. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass das heutige Niveau der GKV-Honorare in Bayern zu gering ist, um eine betriebswirtschaftlich tragfähige Praxisführung in ländlichen Praxen sicherzustellen und ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Dies gilt auch, wenn man die zusätzlichen Fallzahlen und Einnahmen einbezieht, die sich aus Privatpatienten und Selbstzahlern ergeben. Deshalb kann die alleinige Einbeziehung von Privatversicherten in eine sogenannte Bürgerversicherung kein geeigneter Weg sein, um die bestehende Unterdeckung insbesondere in der ambulant-ärztlichen Versorgung zu beseitigen.

Schließlich wurde noch analysiert, wie sich die **Honorare** nach der regionalen Lage und der zugehörigen **Siedlungsstruktur** unterscheiden, d. h. zwischen **ländlichen** und **städtischen Arztpraxen**. Hierbei wurden drei siedlungsstrukturelle Regionsgrundtypen unterschieden: Kernstädte, verdichtete Kreise und ländliche Regionen. Zusätzlich wurde zwischen GKV- und Privateinnahmen sowie zwischen den einzelnen in die Analyse einbezogenen Fachgruppen differenziert. Die Ergebnisse fielen dabei zwischen den einzelnen Fachgruppen recht unterschiedlich aus. Es kann festgehalten werden, dass die Höhe der Honorare zwischen Praxen in Kernstädten bzw. in verdichteten Kreisen und Praxen in ländlichen Regionen zum Teil deutlich abweicht. Bei den GKV-Honoraren liegen die ländlichen Praxen in den meisten Fachgruppen (allgemeinärztliche, frauenärztliche, dermatologische, urologische und augenärztliche Praxen) **über dem Durchschnitt** für alle Praxen der jeweiligen Fachgruppe. Zwei Fachgruppen (HNO-Praxen und orthopädische Praxen) liegen unter diesem Durchschnitt. Bei den Privateinnahmen hingegen sind die Werte für die ländlichen Praxen stets unterdurchschnittlich. Es ist deshalb davon auszugehen, dass momentan viele Praxen im städtischen Bereich über eine Quersubventionierung durch Privatpatienten betriebswirtschaftlich tragfähig sind, während dies im ländlichen Bereich nicht adäquat möglich ist.

Zum Teil beruhen die im GKV-Bereich meistens höheren und die im PKV-Bereich stets niedrigeren Einnahmen in ländlichen Praxen auf einem **Mengeneffekt**. Dies bedeutet, dass in ländlichen Praxen überdurchschnittlich viele GKV-Patienten behandelt werden, während die Anzahl der PKV-Patienten unterdurchschnittlich ist.

Zudem ist der durchschnittliche Umsatz je Privatpatient in ländlichen Praxen mit Ausnahme der Praxen für Frauenheilkunde unterdurchschnittlich hoch. Bei den durchschnittlichen Umsätzen je GKV-Patient hingegen gibt es bei den ländlichen Praxen Fachgruppen (allgemeinärztliche und augenärztliche Praxen), die überdurchschnittlich hohe Umsätze erzielen, und Fachgruppen (frauenärztliche dermatologisch, urologische und orthopädische Praxen), die unterdurchschnittlich hohe Umsätze erzielen. HNO-Praxen liegen bei den durchschnittlichen Umsätzen je GKV-Patient genau auf dem Durchschnittsniveau aller Praxen dieser Fachgruppe. Insgesamt sind die Abweichungen vom Durchschnitt hinsichtlich der Erlöse je GKV-Patient bei den ländlichen Praxen gering, d. h. stets im einstelligen Prozentbereich. Deshalb ist es insgesamt schwer zu beurteilen, inwieweit sich die GKV-Erlöse der ländlichen Praxen aufgrund von unterschiedlichen Patientenstrukturen gegenüber städtischen Praxen unterscheiden. Um hier eindeutige Aussagen über den **Struktureffekt** treffen zu können, sind weiterführende regionalisierte Untersuchungen der Honorare auf Ebene der KV Bayern notwendig. Es bleibt aber festzuhalten, dass die PKV- und Selbstzahler-Umsätze als Quersubventionierung für die Arztpraxen notwendig sind, damit dort GKV-Patienten behandelt werden können.

Die Ergebnisse der einzelnen Analysen führen zu der **Schlussfolgerung**, dass ein **konservativ tätiger Arzt**, der in einer ländlichen Einzelpraxis in Bayern in Vollzeit GKV-Patienten behandelt, **im Durchschnitt kein als angemessen ermitteltes Arzteinkommen erreichen kann**. Die Fallwerte in Rahmen der GKV-Vergütung sind deutlich zu gering, um ein angemessenes Arzteinkommen zu ermöglichen. Auch wenn man die Privatpatienten und die Einnahmen aus deren Behandlung einbezieht, wird die Spanne für ein angemessenes Arzteinkommen meistens unterschritten.

Um einem angemessenen Einkommen näher zu kommen, haben niedergelassene Ärzte im Wesentlichen zwei Möglichkeiten: Sie können entweder versuchen, Ihre Praxiskosten zu senken oder die Erlöse zu steigern. Das Senken der Praxiskosten ist allerdings nur bedingt möglich und geht zu Lasten der personellen Ausstattung. Zudem führt es zu einem Investitionsstau, was sich darin manifestiert, dass die Ausstattung in den niedergelassenen Arztpraxen zum Großteil bereits abgeschrieben

ist.[22] Damit geht das Senken der Praxiskosten auch zu Lasten der apparativen Ausstattung. Durch Zusammenschlüsse in Berufsausübungsgemeinschaften können zuvor allein praktizierende Ärzte größere Praxiseinheiten bilden, um ihre Kostenstrukturen zu verbessern. Allerdings gerät diese Maßnahme auch an ihre Grenzen, wenn die Effizienzpotentiale ausgeschöpft sind und keine weiteren Kostensenkungen durch Konsolidierungsprozesse möglich sind. Des Weiteren werden in bevölkerungsschwachen Gebieten kleine Betriebseinheiten für die flächendeckende Versorgung benötigt. Ohne Einzelpraxen in ländlichen Regionen würden die Wege für viele Patienten länger werden, so dass eine wohnortnahe medizinische Versorgung nicht mehr überall möglich wäre. Damit können Praxiszusammenschlüsse für eine flächendeckende Versorgung nachteilig sein, da sie zu einer Zentralisierung der Versorgung führen.

Wenn Arztpraxen versuchen, Ihre Kosten zu senken, indem auf Investitionen verzichtet wird oder diese verzögert werden, kann dem medizinisch-technischen Fortschritt nicht mehr gefolgt werden, was mittel- und langfristig zu Lasten der Behandlungsqualität geht. Damit dies nicht der Fall ist, ist es notwendig, dass niedergelassene Ärzte höhere Honorare erzielen können. Die Analyse der Einnahmeunterschiede zwischen ländlichen und städtischen Praxen hat gezeigt, dass bereits heute bei einigen Fachgruppen in ländlichen Praxen höhere GKV-Erlöse erzielt werden. Dies ist vor allem auf einen Mengeneffekt zurückzuführen, d. h. es werden in ländlichen Praxen mehr GKV-Patienten behandelt. Wenn ein Arzt allerdings mehr Patienten behandelt, sinkt dadurch die durchschnittliche Behandlungszeit für den einzelnen Patienten.[23] Um hingegen mehr ärztliche Zeit für die Patienten zu ermöglichen, müssten die Fallzahlen reduziert werden, was im Umkehrschluss zu einer kompensatorischen Fallwerterhöhung führen müsste.

Die Fallzahlen können nicht beliebig ausgeweitet werden, da sie zum einen von der Nachfrage der Patienten abhängen und zum anderen die Arbeitszeit eines

[22] Vgl. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014g), S. 13.

[23] Die durchschnittliche Behandlungszeit ist in Deutschland mit 7,8 Minuten je Patientenkontakt bereits heute vergleichsweise gering. In den Niederlanden beispielsweise liegt der Wert bei 13,2 und in den USA sogar bei 19,1 Minuten je Patientenkontakt (vgl. Schölkopf (2010), S. 131).

freiberuflich tätigen Arztes begrenzt ist. Zudem wird im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung über die Regelleistungsvolumen (RLV) und die Qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) eine Budgetierung vorgenommen. Damit ländliche Arztpraxen insbesondere für junge Ärzte nicht weiter an Attraktivität verlieren und dort ein angemessenes Arzteinkommen erzielt werden kann, ist es deshalb unumgänglich, dass die GKV-Honorare angehoben werden. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die medizinische Versorgungssituation in ländlichen Gebieten weiter ausgedünnt wird.

Literaturverzeichnis

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2014), Laufende Raumbeobachtung - Raumabgrenzungen, Siedlungsstrukturelle Regionstypen, online verfügbar: URL: http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Regionstypen/regionstypen.html (letzter Abruf: 13.11.2014).

DATEV (2014), Kanzlei-Rechnungswesen pro V.4.24, Übersicht Branchenunterteilung Januar bis Dezember 2013, Arztpraxen für Allgemeinmedizin.

DATEV (2014a), Kanzlei-Rechnungswesen pro V.4.25, Übersicht Umsatzklassen Januar bis Dezember 2013, Frauenheilkunde.

DATEV (2014b), Kanzlei-Rechnungswesen pro V.4.21, Übersicht Branchenunterteilung Januar bis Dezember 2013, Orthopädie.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank (2014), Einnahmen-/Kostenstrukturdaten, Eine Analyse der apoBank, Juli 2014, Düsseldorf.

Deutsches Ärzteblatt (2011), Anreize für die Niederlassung, Jahrgang 108, Heft 9, 4. März 2011, S. A446-A447, online verfügbar, URL: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Niederlassung_Dtsch_Aerztebl_108_9_A446-447.pdf (letzter Abruf: 14.04.2015).

Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G., König, H. H. (2010), Analyse von Anreizen für die Niederlassung von Ärzten, in: Fuchs, C., Kurth, B. M., Scriba, P. C. (Reihen-Hrsg.) und Schwartz, F. W., Angerer, P. (Hrsg.). Report Versorgungsforschung (Band 2). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 419-436.

Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschland e. V. (2012), Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation, Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“, online verfügbar, URL: http://www.hartmannbund.de/uploads/HB-Media/umfragen/2012_Umfrage-Medizinstudierende.pdf (letzter Abruf: 14.04.2015).

Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (2012), Berufswechsler in Deutschland und Großbritannien, IAB-Kurzbericht 1/2012, Nürnberg.

Jacob, R. (2014), Berufsmonitoring Medizinstudenten. 2. Welle 2014 Ergebnisse einer bundesweiten Befragung, Universität Trier, Pressekonferenz Berlin, 1.9.2014, online verfügbar, URL: http://www.kbv.de/media/sp/01_09_2014_KBV_Ergebnisse_der_Medizinstudentenbefragung.pdf (letzter Abruf: 14.04.2015).

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2010), UMSATZSTATISTIK 1/2010: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2010a), UMSATZSTATISTIK 2/2010: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2011), UMSATZSTATISTIK 3/2010: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2011a), UMSATZSTATISTIK 4/2010: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2013), UMSATZSTATISTIK 1/2013: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, Stand: August 2013, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2013a), UMSATZSTATISTIK 2/2013: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, Stand: Oktober 2013, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2014), UMSATZSTATISTIK 3/2013: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, Stand: Januar 2014, München.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2014a), UMSATZSTATISTIK 4/2013: GKV Honorarumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit in Bayern, Stand: Mai 2014, München.

Schölkopf, M. (2010), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleiche und die europäische Gesundheitspolitik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2013), Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011, Fachserie 2, Reihe 1.6.1, Wiesbaden.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich), Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014a), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014b), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Gynäkologie, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014c), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Dermatologie, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014d), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Urologie, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014e), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Augenheilkunde, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014f), ZI-Praxis-Panel, Fachgruppenbericht 2012, Orthopädie, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2014g), ZI-Praxis-Panel, Jahresbericht 2012, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010, Berlin, online verfügbar, URL: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2012.pdf (letzter Abruf: 14.04.2015).