

Studie

# **Wirtschaftlichkeitsreserven im Rahmen der Bestimmung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V**

Schätzung von Wirtschaftlichkeitsreserven  
Update 2011

Auftraggeber  
GKV Spitzenverband

Ansprechpartner  
Dr. Ronny Wölbing

Berlin, 04.08.2014  
27765

**Das Unternehmen im Überblick****Geschäftsführer**

Christian Böllhoff

**Präsident des Verwaltungsrates**

Gunter Blickle

Berlin HRB 87447 B

**Rechtsform**

Aktiengesellschaft nach schweizerischem Recht

**Gründungsjahr**

1959

**Tätigkeit**

Prognos berät europaweit Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik. Auf Basis neutraler Analysen und fundierter Prognosen werden praxisnahe Entscheidungsgrundlagen und Zukunftsstrategien für Unternehmen, öffentliche Auftraggeber und internationale Organisationen entwickelt.

**Arbeitsprachen**

Deutsch, Englisch, Französisch

**Hauptsitz**

Prognos AG

Henric Petri-Str. 9

CH - 4010 Basel

Telefon +41 61 32 73-200

Telefax +41 61 32 73-300

info@prognos.com

**Weitere Standorte**

Prognos AG

Goethestr. 85

D - 10623 Berlin

Telefon +49 30 520059-200

Telefax +49 30 520059-201

Prognos AG

Schwanenmarkt 21

D - 40213 Düsseldorf

Telefon +49 211 887-3131

Telefax +49 211 887-3141

Prognos AG

Sonnenstr. 14

D - 80331 München

Telefon +49 89 515146-170

Telefax +49 89 515146-171

Prognos AG

Wilhelm-Herbst-Str. 5

D - 28359 Bremen

Telefon +49 421 2015-784

Telefax +49 421 2015-789

Prognos AG

Square de Meeûs 37, 4. Etage

B - 1000 Brüssel

Telefon +32 2 791-7734

Telefax +32 2 791-7900

Prognos AG

Friedrichstr. 15

D - 70174 Stuttgart

Telefon +49 711 49039-745

Telefax +49 711 49039-640

**Internet**

www.prognos.com

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Hintergrund und Ziel der Studie</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Vorgehensweise</b>	<b>2</b>
2.1	Vorüberlegungen zum Thema „Wirtschaftlichkeitsreserven in Arztpraxen“	2
2.2	Die verwendeten Daten	5
<b>3</b>	<b>Auswertungsergebnisse</b>	<b>11</b>
3.1	Deskriptive Analyse der Wirtschaftlichkeit	11
3.2	Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven – Modellrechnungen	17
<b>4</b>	<b>Diskussion</b>	<b>21</b>
4.1	Methodische Einschränkungen der Studie	21
4.2	Interpretation und Bewertung der Wirtschaftlichkeitsreserven	23
<b>5</b>	<b>Anhang</b>	<b>26</b>
5.1	Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten	26
5.2	Praxen von Internisten	27
5.3	Praxen für Augenheilkunde*	28
5.4	Praxen für Chirurgie*	29
5.5	Praxen für Frauenheilkunde	30
5.6	Praxen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	31
5.7	Praxen für Haut-/Geschlechtskrankheiten	32
5.8	Praxen für Kinderheilkunde	33
5.9	Praxen für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	34
5.10	Praxen für Orthopädie	35
5.11	Praxen für psychologische Psychotherapie	36
5.12	Praxen für Radiologie und Nuklearmedizin	37
5.13	Praxen für Urologie	38

## Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Effiziente Leistungserbringung, effiziente Behandlung und Effektivität der Behandlung	2
Übersicht 2: Faktoren, die die Wirtschaftlichkeit beeinflussen	3
Übersicht 3: Was sind Wirtschaftlichkeitsreserven?	5
Übersicht 4: (Ungewichtete) Anzahl der in der Untersuchung eingeschlossenen und ausgeschlossenen Praxen	10
Übersicht 5: Zuordnung und Bezeichnung der gebildeten Wirtschaftlichkeitsklassen	10
Übersicht 6: Verteilung des Quotienten bereinigte Einnahmen zum Aufwand* – Sortiert nach 1. Quartil	11
Übersicht 7: Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten	12
Übersicht 8: Praxen von Internisten	15
Übersicht 9: Regressionsergebnisse* nach Fachgruppen – Geschätzte standardisierte Koeffizienten (Beta**)	16
Übersicht 10: Berechnung der potenziellen Wirtschaftlichkeitsreserven durch Orientierung an den wirtschaftlichsten Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten	18
Übersicht 11: Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven nach Fachgruppen	19
Übersicht 12: Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven durch Erhöhung der Zahl der Praxisinhaber auf im Durchschnitt zwei Inhaber je Praxis	20

# 1 Hintergrund und Ziel der Studie

Nach § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V sind bei der Festlegung des Orientierungswertes Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung zu berücksichtigen. Über die Weiterentwicklung des Orientierungswertes entscheidet jährlich der Bewertungsausschuss, dessen Institut (InBA) dazu die empirischen Grundlagen liefern soll. Es herrscht allerdings derzeit noch Unsicherheit darüber, wie in einem datengestützten Verfahren Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt werden können.

Um § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V gerecht zu werden, müsste regelmäßig ermittelt werden, in welchem Umfang in der vertragsärztlichen Versorgung die Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung steigt (realisierte Wirtschaftlichkeitsreserven) und zum anderen in welchem Umfang weitere Reserven bestehen, die potenziell gehoben werden könnten (potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven).

Eine von Prognos durchgeführte Machbarkeitsanalyse ergab, dass durch Benchmarking von Arztpraxen *potenzielle* Wirtschaftlichkeitsreserven identifiziert werden könnten. Die Vergütung der erbrachten Leistungen würde sich danach an den besonders wirtschaftlich arbeitenden Praxen orientieren und nicht an der Durchschnittspraxis, wodurch dem Wirtschaftlichkeitsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen würde.

Die Machbarkeitsanalyse ergab weiterhin, dass bei der derzeitigen Datenlage, lediglich die Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (KSE) als Grundlage für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich herangezogen werden kann. Sie ist repräsentativ für Deutschland und aufgrund der Auskunftspflicht nicht wie das ZI-Praxis-Panel (ZIPP) durch einen möglichen Selektionsbias belastet.

Das Ziel der vorliegenden Studie für den GKV Spitzenverband ist es, auf Basis der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes, ein Benchmarking der Arztpraxen durchzuführen, um so den Umfang potenzieller Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland abzuschätzen.

In dieser Studie werden die ursprünglichen Ergebnisse mit Datenbasis 2007 auf die Datenbasis 2011 geändert.

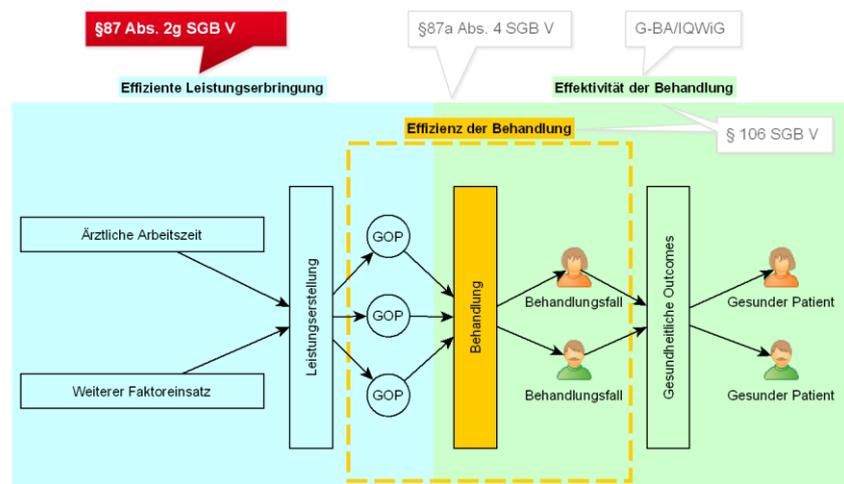
## 2 Vorgehensweise

### 2.1 Vorüberlegungen zum Thema „Wirtschaftlichkeitsreserven in Arztpraxen“

Im **SGB V** wird an zahlreichen Stellen eine effiziente und effektive medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten eingefordert. Auf der Basis des Wirtschaftlichkeitsgebots in § 12 SGB V ist insbesondere in den §§ 71 (Beitragsatzstabilität), 87 und 87a von der „Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven“ die Rede.

Wirtschaftlichkeitsreserven können sich an verschiedenen Stellen im Prozess der Leistungserbringung ergeben. In der folgenden Übersicht 1 ist dieser Prozess schematisch dargestellt.

Übersicht 1: Effiziente Leistungserbringung, effiziente Behandlung und Effektivität der Behandlung



SGB: Sozialgesetzbuch, GOP: Gebührenordnungsposition, G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss, IQWiG: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen  
Quelle: Prognos AG (2014).

Die medizinische Behandlung von Patientinnen und Patienten lässt sich danach in **verschiedene Prozessschritte** zerlegen. Ärztliche Arbeitszeit und weitere Inputfaktoren fließen in die Erstellung einzelner Leistungen bzw. Leistungskomplexe, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als Gebührenordnungspositionen (GOP) gelistet sind. Die Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten erfolgt durch eine geeignete Auswahl an GOPs und soll schließlich in der Gesundheit bzw. der Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Patientin bzw. des Patienten münden.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Ähnlich in Lucht, T., Amshoff, B. (2012): Sektorenübergreifendes Performance Measurement zur Beurteilung der Versorgungseffizienz, In: Rebscher, H./Kaufmann, S. (Hrsg.): Effizienzmanagement in Gesundheitssystemen, Heidelberg, S. 263-291.

Der Wert einer GOP wird in Punkten ausgedrückt. Der Wert eines Punktes in Euro wird wiederum maßgeblich vom Orientierungswert bestimmt. Wenn der Gesetzgeber in § 87 Abs. 2g SGB V fordert, bei der Bestimmung des Orientierungswertes die Möglichkeit der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven zu berücksichtigen, lässt sich daher argumentieren, dass diese Reserven in einer **effizienten Leistungserbringung** zu suchen sind. Eine effiziente Leistungserbringung unterscheidet sich von einer effizienten *Behandlung*, welche durch die Auswahl bedarfsgerechter Leistungen bzw. Leistungskomplexe gekennzeichnet ist, und von einer *effektiven* Behandlung, die auch gesundheitliche Outcomes einbezieht. Effiziente und effektive Behandlungen sind eher das Ziel weiterer Bestimmungen im SGB V. So wird bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs in § 87a Abs. 4 Nr. 5 SGB V ebenfalls die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gefordert. Und auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung (§ 106 SGB V) zielen eher auf eine effiziente Behandlung denn auf eine effiziente Leistungserbringung. Schließlich sollen die Qualitätssicherungsmaßnahmen durch den G-BA und die Nutzenbewertungen durch das IQWiG zu einer effektiveren Behandlung beitragen.

**Wenn in dieser Studie von Wirtschaftlichkeitsreserven gesprochen wird, soll sich dies somit auf eine effiziente Leistungserstellung begrenzen.** Das heißt, es geht um die Frage eines effizienteren Einsatzes der Inputfaktoren, inkl. der ärztlichen Arbeitszeit, bei der Erbringung von Leistungen.

Die Wirtschaftlichkeit, Produktivität und Effizienz der Leistungserbringung in Arztpraxen wird von zahlreichen Faktoren beeinflusst (Übersicht 2).

*Übersicht 2: Faktoren, die die Wirtschaftlichkeit beeinflussen*

Effizienz und Wirtschaftlichkeit		Variable	ist beeinflusst von
Wirtschaftlichkeit		Überschuss einer Praxis	$= 1 \times 2 \times 5 - 3 \times 4$
	Administrative Vorgaben	1 Punktwert	Orientierungswert, Regelleistungsvolumen (RLV) etc.
		2 Punktrelationen	EBM
	Ökonomische Effizienz	3 Preise für Inputfaktoren	Inflation, Lage, Marktmacht, Verhandlungen
		Technische Effizienz, Produktivität	4 Menge und Art der eingesetzten Inputfaktoren
5 Abgerechnete GOPs			Nachfrage (Morbidität, Lage, Versorgungsdichte), Kapazität, Fachgruppe

Quelle: Prognos AG (2014).

Von **technischer Effizienz**<sup>2</sup> wird gesprochen, wenn mit einer Menge an Inputfaktoren ein maximaler Output erzielt wird (Maximalprinzip) bzw. wenn ein gegebener Output mit minimalem Faktoreinsatz erbracht wird (Minimalprinzip). Zum Vergleich der technischen Effizienz werden Faktoreinsatz- und Outputmengen ins Verhältnis gesetzt.

Zur Beurteilung der **ökonomischen Effizienz** werden die Faktoreinsatzmengen mit ihren Preisen bewertet. So könnte es ökonomisch sinnvoller sein, günstigere Geräte einzusetzen, die zwar einen höheren Materialverbrauch aufweisen, aber in der Summe geringere Kosten verursachen.

In dieser Studie soll mit dem **Begriff „Wirtschaftlichkeit“** das Verhältnis der Gesamteinnahmen zum Gesamtaufwand einer Arztpraxis bezeichnet werden. Eine Praxis gilt danach als wirtschaftlicher, wenn es ihr gelingt, ihre Einnahmen stärker zu steigern als den Aufwand; bzw. den Aufwand bei gleichbleibenden Einnahmen zu senken. Damit ist die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis auch von zahlreichen Faktoren abhängig, die sie selbst nicht beeinflussen kann. So beeinflussen bspw. auch administrative Vorgaben, wie die Bestimmung des Orientierungswertes und des Punktwertes oder Änderungen an den Punkterelationen im EBM, die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis, da davon die Einnahmehöhe der Praxis direkt betroffen ist.

#### **Was lässt sich unter Wirtschaftlichkeitsreserven verstehen?**

Es lassen sich zwei Varianten unterscheiden: realisierte und potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven (Übersicht 3).

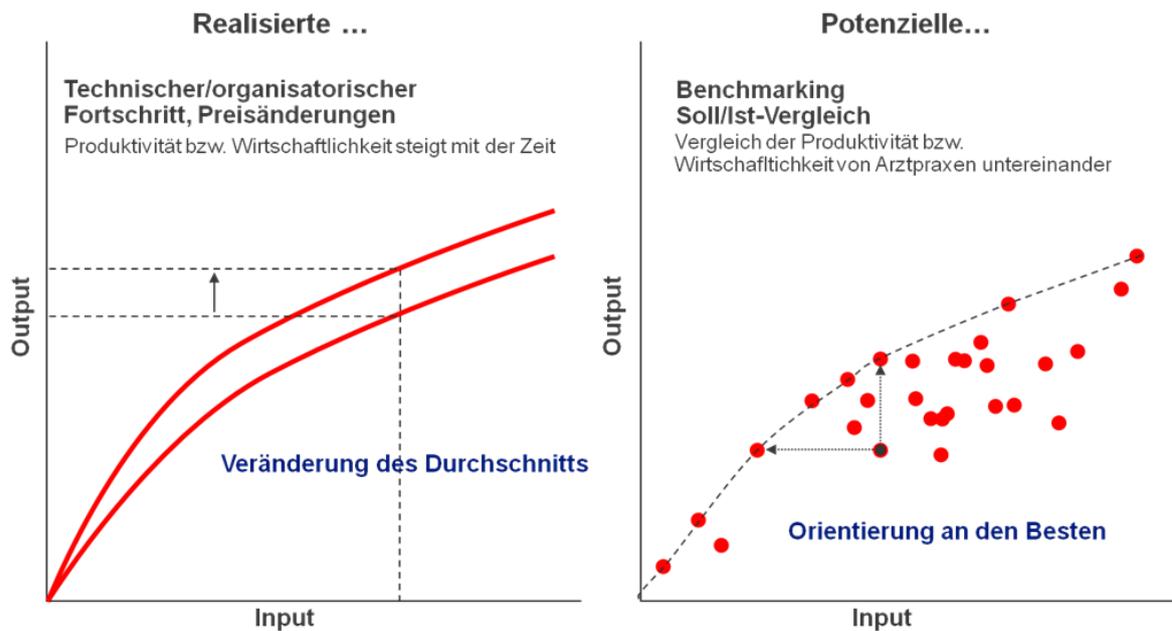
- **Realisierte Wirtschaftlichkeitsreserven** würden sich ergeben, wenn es den Arztpraxen im Zeitablauf (im Durchschnitt) gelingt, das Verhältnis von Einnahmen zum Aufwand zu erhöhen, etwa indem durch die zunehmende Verbreitung von Gemeinschaftspraxen das Personal und Geräte einer Praxis besser ausgelastet werden können.
- **Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven** sind dagegen gerade noch nicht realisiert. Sie ließen sich jedoch aus einem Benchmarking bzw. einem Soll/Ist-Vergleich ableiten. Dabei geht es um die Frage, ob Praxen aufgrund bspw. einer vergleichsweise geringen Auslastung Kostendegressionseffekte nicht so ausschöpfen, wie es andere Praxen schaffen. Zu diesem Zweck wären zunächst die wirtschaftlicheren Praxen zu identifizieren, um festzustellen, in welchem Ausmaß sich diese Praxen von den weniger wirtschaftlichen Praxen unterscheiden. Durch Vergleich lässt

---

<sup>2</sup> Zu den Begriffsabgrenzungen vgl. bspw. Ronald Gleich (2011): Performance Measurement: Konzepte, Fallstudien und Grundschema für die Praxis, 2. Auflage, Vahlen.

sich dann ermitteln, wie viel Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung bestehen. Die Höhe der Wirtschaftlichkeitsreserven entspräche nach dem Minimalprinzip dem Aufwand, der eingespart werden könnte, würde die Wirtschaftlichkeit aller Arztpraxen auf das Niveau der Praxen gehoben, die sich bereits heute durch eine hohe Wirtschaftlichkeit auszeichnen.

### Übersicht 3: Was sind Wirtschaftlichkeitsreserven?



Quelle: Prognos AG (2014).

In dieser Studie wird eine Schätzung dieser potenziellen Wirtschaftlichkeitsreserven vorgestellt, die Prognos auf der Basis der Kostenstrukturstatistik bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2011 unternommen hat.<sup>3</sup>

## 2.2 Die verwendeten Daten

### Die Kostenstrukturstatistik der Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen

Die Kostenstrukturstatistik bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen (EVAS-Nr.: 52571) des Statistischen Bundesamtes (KSE) ist eine Bundesstatistik. Erhebungseinheit ist in diesem Bereich der Freien Berufe die Praxis mit einem Mindestumsatz von 12.500 EUR. In die Erhebungsgesamtheit wurden alle Praxen einbezogen, die im Jahr 2011 aktiv waren. Aus der KSE lassen sich die in den Praxen erwirtschafteten Einnahmen und der dafür erforderliche Leistungsaufwand sowie dessen Zusammensetzung entnehmen. Erfasst

<sup>3</sup> Zum Zeitpunkt der Auswertungen lag die Statistik noch nicht für das Jahr 2011 vor.

werden auf der Aufwandsseite die anfallenden Aufwendungen nach Personalaufwand (z. B. Bruttolöhne und -gehälter, Sozialaufwendungen des Arbeitgebers) und Sachaufwand (z. B. Aufwendungen für Material und fremde Laborarbeiten, Aufwendungen für Mieten/Leasing, Fremdkapitalzinsen und Abschreibungen). Die Einnahmen sind nach der Art der selbstständigen ärztlichen Tätigkeit unterschieden (Kassenpraxis, Privatpraxis, Sonstige Einnahmen). Außerdem enthält der Fragebogen die Kennzeichnung der Praxis (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Sonstige Praxisform), das Merkmal „Tätige Personen“ und die Facharztbezeichnung der Praxisinhaber(in).<sup>4</sup> Die KSE stellt eine Stichprobenerhebung mit Auskunftspflicht dar.<sup>5</sup>

### Aufbereitung der Daten

Die Einzeldaten wurden per Datenfernverarbeitung auf Antrag beim Forschungsdatenzentrum (FDZ) ausgewertet.

Zur Beschreibung der Wirtschaftlichkeit und zur Schätzung der Wirtschaftlichkeitsreserven wurden weitere Variablen aus den Merkmalen der KSE berechnet:

Zunächst werden die **Einnahmen** um Privateinnahmen **bereinigt**. Die Analyse der Wirtschaftlichkeit bezieht sich in dieser Studie auf die Erbringung von Leistungen für die Gesetzliche Krankenversicherung. Aufgrund der erhöhten Abrechnungssätze bei Privatpatientinnen und -patienten sowie bei Selbstzahlerleistungen, würde im Vergleich ein höherer Anteil an Privateinnahmen die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis überschätzen. Aus diesem Grunde werden analog zur InBA-Methode die Einnahmen aus Privatpraxis um den Faktor 2,3 bereinigt:<sup>6</sup>

$$\begin{aligned} \text{Bereinigte Einnahmen} = & \\ & \text{Einnahmen aus Kassenpraxis} \\ & + \text{Einnahmen aus Privatpraxis}/2,3 \\ & + \text{sonstige Einnahmen} \end{aligned}$$

Als **Maß für die Wirtschaftlichkeit** sind verschiedene Kennzahlen denkbar. Für die Auswertungen in dieser Studie wird dafür das Verhältnis der bereinigten Einnahmen zum Aufwand verwendet. Je mehr Einnahmen eine Arztpraxis im Verhältnis zum Aufwand erzielt, desto höher würde somit die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis bewertet. Dabei sind allerdings mehrere Aspekte zu berücksichtigen:

---

<sup>4</sup> Eine Übersicht der Merkmale in der Statistik befindet sich im Anhang 5.14.

<sup>5</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt (2009): Qualitätsbericht zur Kostenstrukturstatistik bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen.

<sup>6</sup> Vgl. Institut des Bewertungsausschusses (2010): Überprüfung der EBM-Kalkulationsgrundlagen, S. 7.

1. Der Aufwand zur Erbringung von Leistungen setzt sich in der vertragsärztlichen Versorgung aus einem **technischen** und einem **ärztlichen Leistungsanteil** zusammen. In den Daten der KSE kann jedoch nur der technische Leistungsanteil beobachtet werden. Dieser setzt sich aus dem Sach- und Personalaufwand zusammen. Die Arbeitszeit der Praxisinhaber und damit der ärztliche Leistungsanteil kann der KSE nicht direkt entnommen werden. Dies hat zwei Implikationen:
  - i. Der technische Leistungsanteil der erbrachten Leistungen hängt vom **Leistungsspektrum der Arztpraxis** ab. So erfolgt in Hausarztpraxen typischerweise ein geringerer technischer Einsatz in der Behandlung der Patientinnen und Patienten als bspw. in radiologischen Praxen. Ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen muss daher die Unterschiede im Leistungsspektrum der Praxen berücksichtigen. Idealerweise sollten diese Unterschiede über die abgerechneten Leistungen Berücksichtigung finden. Diese Daten können jedoch der KSE nicht entnommen werden. Annähernd lassen sich die Unterschiede mit der KSE nur erfassen, indem die Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen ausschließlich zwischen Arztpraxen derselben Facharztbezeichnung verglichen wird. Dabei kann jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass sich Wirtschaftlichkeitsunterschiede allein daraus ergeben, dass bspw. bei internistischen Arztpraxen kardiologische mit gastroenterologischen Praxen verglichen werden.
  - ii. Ein „reales“ Wirtschaftlichkeitsmaß müsste den bewerteten **ärztlichen Leistungsanteil** eigentlich als Aufwand berücksichtigen. Denn unter sonst gleichen Bedingungen wird eine Praxis mit dem gewählten Wirtschaftlichkeitsmaß als wirtschaftlicher eingestuft, wenn mehr ärztliche Arbeitszeit eingesetzt wird. Dies ergibt sich aus dem Umstand, dass die bereinigten Einnahmen einer Arztpraxis u.a. von der Menge abgerechneter Leistungen abhängen. Je mehr Leistungen eine Ärztin bzw. ein Arzt erbringen, desto höher sollten auch die bereinigten Einnahmen ausfallen. Solange ein Teil des technischen Leistungsanteils fixe Kosten darstellen, sodass sich der Aufwand nicht weiter mit der erbrachten Leistungsmenge erhöht, würde somit das gewählte Wirtschaftlichkeitsmaß (bereinigte Einnahmen/Aufwand) für diese Arztpraxis höher ausfallen. Sind die Preise für die erbrachten Leistungen und die ärztliche Arbeitszeit je erbrachte Leistungseinheit fest, würde unter diesen Umständen auch die „reale“ Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis aufgrund von Kostendegressionseffekten steigen. Für einen Vergleich der Wirtschaftlichkeit zwischen den Arztpraxen dürfte insofern das gewählte Wirtschaftlich-

keitsmaß von der Richtung her zu ähnliche Rangfolgen führen, wie ein „reales“ Wirtschaftlichkeitsmaß. Verzerrungen könnten allerdings aufgrund der Regelleistungsvolumina auftreten. Diese führen ab einer bestimmten Menge (nicht ausgedeckelter) Leistungen zu abgestaffelten Preisen, wodurch aus Sicht der Praxisinhaber ab einem bestimmten Punkt die „reale“ Wirtschaftlichkeit sinken könnte. Dagegen steigt das hier gewählte Wirtschaftlichkeitsmaß weiter, solange die abgestaffelten Preise nicht unter die variablen Kosten des technischen Leistungsanteils fallen. In welchem Umfang dieser Umstand tatsächlich den Vergleich der Wirtschaftlichkeit zwischen den Arztpraxen verzerrt, kann nicht beurteilt werden. Zumindest dürfte jedoch davon ausgegangen werden, dass die Praxisinhaber ab einem bestimmten Punkt sinkender „realer“ Wirtschaftlichkeit keine weiteren Leistungen erbringen würden.

2. Neben dem Leistungsspektrum kann die Wirtschaftlichkeit einer Arztpraxis auch von zahlreichen **anderen Faktoren** beeinflusst werden, wie etwa der Nachfrage vor Ort, dem Lohnniveau, den Mietpreisen etc. (vgl. Übersicht 2). Der überwiegende Teil dieser Faktoren kann der KSE nicht entnommen werden, wodurch das Wirtschaftlichkeitsmaß auch nicht entsprechend angepasst werden kann. Zudem stellt ein Teil dieser Faktoren für den Praxisinhaber exogene Größen dar, die nicht ohne Weiteres beeinflusst werden können. Die Folgen, die sich daraus für die Interpretation der Ergebnisse ergeben, werden in Kapitel 4 diskutiert.
3. Aus der KSE lassen sich die Aufwendungen für Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen und für die Miete bzw. das Leasen von technischen Geräten entnehmen. Diese Aufwandsarten dürften stark vom **Investitionsverhalten** der Praxisinhaber abhängig sein. Um zu vermeiden, dass Arztpraxen im Vergleich nur deshalb als wirtschaftlicher eingestuft werden, weil sie nicht mehr investieren, wird in der Berechnung des Wirtschaftlichkeitsmaßes vom Gesamtaufwand der Aufwand für Abschreibungen, Fremdkapitalzinsen und für die Miete/Leasing abgezogen. Das heißt, das hier verwendete Wirtschaftlichkeitsmaß wird folgendermaßen berechnet:

$$\text{Wirtschaftlichkeit} = \frac{\text{bereinigte Einnahmen}}{\text{Gesamtaufwand} - \text{Abschreibungen} - \text{Fremdkapitalzinsen} - \text{Miete/Leasing}}$$

Zur Analyse der Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung wurden auch **Regressionsrechnungen** vorgenommen, um den Einfluss verschiedener Faktoren auf die Wirtschaftlichkeit aus den Daten der KSE zu beschreiben. Dazu wurden folgende Variablen gebildet:

$$\text{Anteil Kassenpraxis} = \frac{\text{Einnahmen aus Kassenpraxis}}{\text{bereinigte Einnahmen}},$$

$$\text{Anteil Personalaufwand} = \frac{\text{Löhne und Gehälter}}{\text{Gesamtaufwand}},$$

$$\begin{aligned} \text{Anzahl Vollzeitäquivalente} = & \\ & \text{Summe Tätige Personen} \\ & - 0.5 \times \text{Tätige Personen in TZ.} \end{aligned}$$

In die Untersuchung sollten **nicht alle Arztpraxen einbezogen** werden. Zunächst wurden nur Arztpraxen und Praxen von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten berücksichtigt und somit keine Zahnarzt- bzw. Tierarztpraxen.<sup>7</sup> Zudem wurden alle Praxen mit überwiegend privater Leistungserstellung aus der Untersuchung ausgeschlossen. Einschlusskriterium war, dass der Anteil aus Kassenpraxis an den bereinigten Einnahmen mindestens 50 % betragen musste.

Darüber hinaus wurde Praxen ausgeschlossen, die **angestellte Ärztinnen bzw. Ärzte** beschäftigten. Der Grund ist, dass die Arbeitszeit der angestellten Ärztinnen und Ärzte als „Löhne und Gehälter“ im Aufwand der Praxis einfließt, während dies nicht der Fall ist für die ärztliche Arbeitszeit der Praxisinhaber. Um daraus resultierende Verzerrungen zu vermeiden, wurden diese Praxen ausgeschlossen. Auch Praxen, die **Familienangehörige** beschäftigten, wurden ausgeschlossen, da nicht eindeutig ist, in welchem Umfang deren Arbeitsleistung in den Praxen entlohnt wird. **Medizinische Versorgungszentren** sind ebenfalls aus der Untersuchung ausgeschlossen wurden.

Die Übersicht auf der nächsten Seite beschreibt die Zahl der ausgeschlossenen Praxen.

---

<sup>7</sup> Medizinische Versorgungspraxen wurden ebenfalls aus der Untersuchung ausgeschlossen.

#### Übersicht 4: (Ungewichtete) Anzahl der in der Untersuchung eingeschlossenen und ausgeschlossenen Praxen

Filter		Anzahl*	Ungewichtete Anzahl
Anteil Kassenpraxis >= 0.5 (FILTER)	Ausgeschlossen	4.685	276
	Eingeschlossen	70.219	3.990
angestellte Ärzte (FILTER)	Ausgeschlossen	11.297	1.631
	Eingeschlossen	63.608	2.635
mithelfende Familienangehörige (FILTER)	Ausgeschlossen	5.211	233
	Eingeschlossen	69.694	4.033
alle Filter gemeinsam (FILTER)	Ausgeschlossen**	19.487	1.899
	Eingeschlossen	55.417	2.367

\* „Anzahl“ ist die Zahl der Praxen nach Hochrechnung auf die Grundgesamtheit aller Arztpraxen. „Ungewichtete Anzahl“ entspricht der Zahl der Praxen in der Stichprobe.

\*\* Da bei einer Praxis mehrere Filterkriterien gleichzeitig gelten können, entspricht die Summe der ausgeschlossenen Praxen (alle Filter gemeinsam) nicht unbedingt der Summe der bei Anwendung eines Filters ausgeschlossenen Praxen.

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

### Benchmarking und Bildung von Wirtschaftlichkeitsklassen

Mit dem Benchmarking wird das Ziel verfolgt, die Arztpraxen zu identifizieren und zu beschreiben, die besonders wirtschaftlich arbeiten. Dazu werden innerhalb jeder Fachgruppe<sup>8</sup> zunächst die **Quartile der Verteilung des gewählten Wirtschaftlichkeitsmaß** berechnet. Die Quartile bilden in jeder Fachgruppe eine von vier Wirtschaftlichkeitsklassen (Übersicht 5). Aufgrund dieser Zuordnung sind die Klassen annähernd gleich besetzt: In jeder Wirtschaftlichkeitsklasse finden sich ein Viertel der Praxen einer Fachgruppe wieder.

#### Übersicht 5: Zuordnung und Bezeichnung der gebildeten Wirtschaftlichkeitsklassen

Wirtschaftlichkeit (w)	Wirtschaftlichkeitsklasse
$0 \leq w \leq 1.$ Quartil	„sehr niedrig“
1. Quartil < $w \leq$ Median	„niedrig“
Median < $w \leq$ 3. Quartil	„hoch“
3. Quartil < $w$	„sehr hoch“

Quelle: Prognos AG (2014).

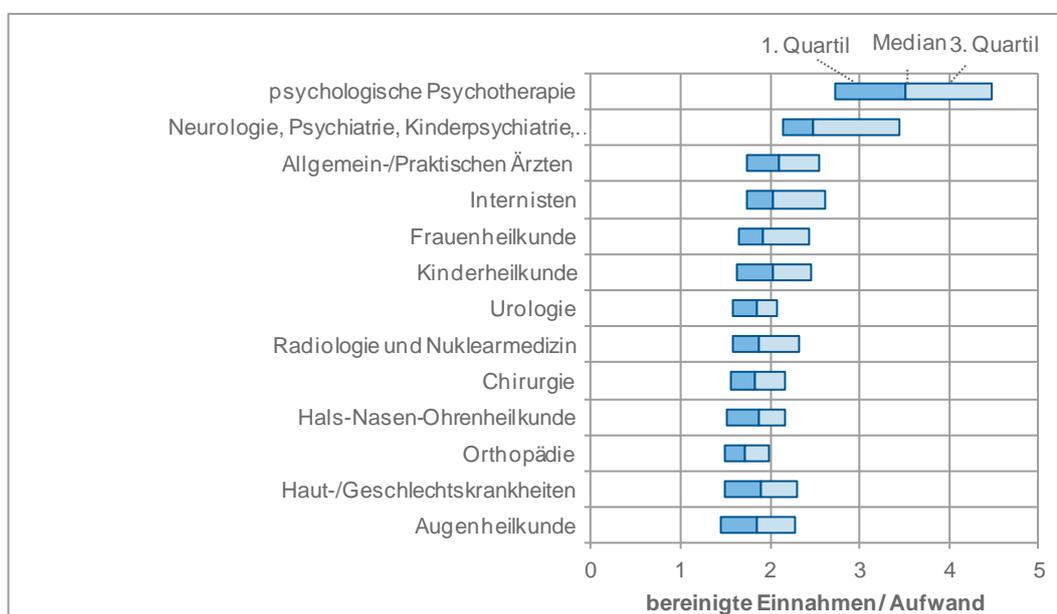
<sup>8</sup> Insgesamt werden in der KSE ohne Zahn- und Tierärzte 13 Fachgruppen unterschieden: Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten und Internisten; für Frauenheilkunde; Kinderheilkunde; Augenheilkunde; Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Orthopädie; Chirurgie; Haut-/Geschlechtskrankheiten; Radiologie und Nuklearmedizin; Neurologie, Psychiatrie; Urologie; psychologische Psychotherapie.

### 3 Auswertungsergebnisse

#### 3.1 Deskriptive Analyse der Wirtschaftlichkeit

In Übersicht 6 sind für alle Fachgruppen in der KSE Boxplots des Quotienten aus bereinigten Einnahmen und Aufwand abgetragen. Wie erwähnt, zeigt sich, dass im **Vergleich zwischen den Fachgruppen**, die Fachgruppen mit einem erhöhten technischen Aufwand erwartungsgemäß einen niedrigeren Quotienten aufweisen. Das Benchmarking der Wirtschaftlichkeit findet daher in dieser Studie ausschließlich innerhalb der jeweiligen Fachgruppe statt.

Übersicht 6: Verteilung des Quotienten bereinigte Einnahmen zum Aufwand\* – Sortiert nach 1. Quartil

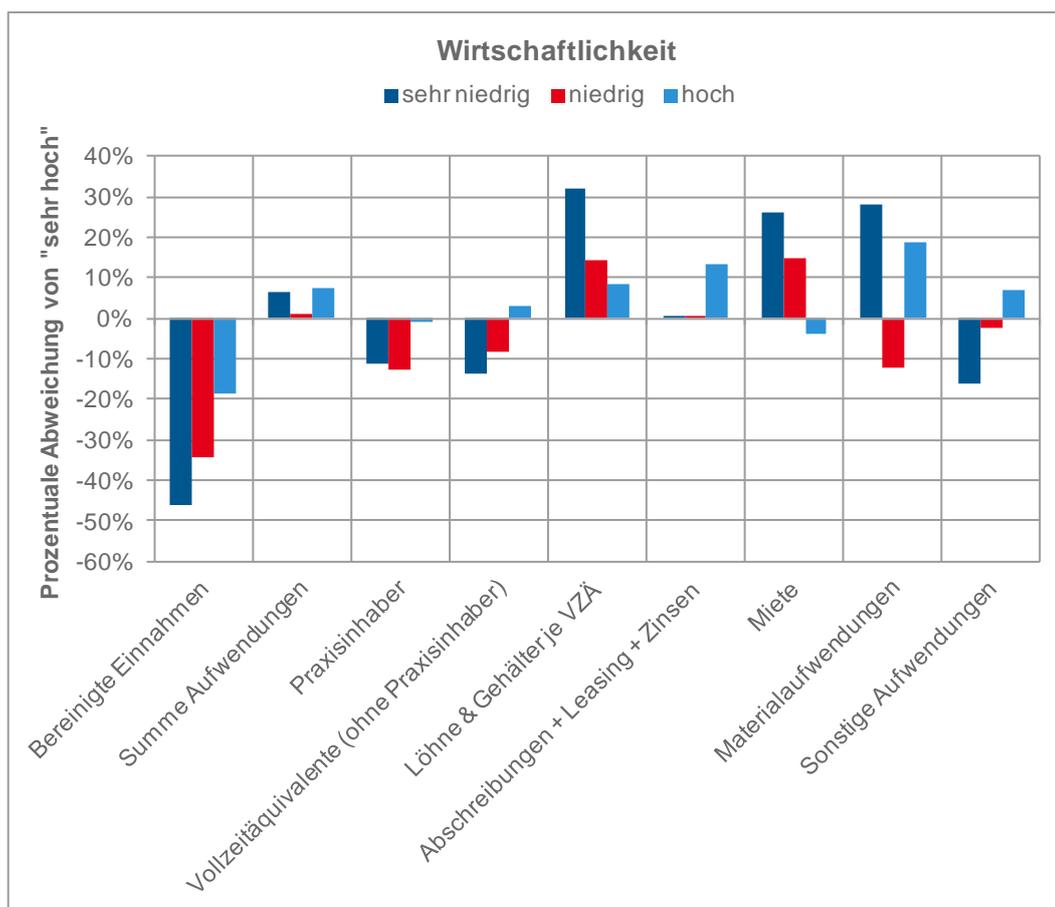


\*Der Aufwand entspricht hier dem Gesamtaufwand - Abschreibungen - Fremdkapitalzinsen - Miete/Leasing.  
Hinweis: Aufgrund der Datenschutzbestimmungen des FDZ konnten Angaben zu Minimum, Maximum und Extremwerten nicht in die Darstellung einfließen.  
Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

Auffällig ist in Übersicht 6, dass die Spannweite (3. Quartil - 1. Quartil) bei den **Praxen für psychologische Psychotherapie** mit Abstand den größten Wert aufweist. Das heißt, dass der relative Unterschied in der Wirtschaftlichkeit zwischen dem Viertel der Praxen mit der niedrigsten zum Viertel der Praxen mit der höchsten Wirtschaftlichkeit deutlich höher ausfällt als in den anderen Fachgruppen. Dies liegt an den vergleichsweise niedrigen absoluten Werten der bereinigten Einnahmen und dem Aufwand in dieser Fachgruppe. Zwischen den anderen Fachgruppen sind die Unterschiede in der Spannweite dagegen nicht so ausgeprägt.

## Übersicht 7: Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten

Wirtschaftlichkeitsklassen					
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
1	Zahl der Praxen	5.425	5.390	5.558	5.358
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,4	1,8	2,1	2,8
3	Bereinigte Einnahmen	199.150	243.201	302.154	370.808
4	Summe Aufwendungen	141.883	134.953	143.627	133.342
5	Praxisinhaber	1,2	1,2	1,3	1,4
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	47.520	91.434	117.523	174.920
7	Reinertrag je Praxisinhaber	68.713	112.917	135.285	191.361
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	89%	90%	93%	94%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	14%	15%	22%	30%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	2,9	3,1	3,4	3,3
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.215	19.285	18.272	16.835
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	9.307	9.344	10.530	9.274
13	Miete	13.691	12.469	10.475	10.873
14	Materialaufwendungen	4.721	3.243	4.378	3.685
15	Sonstige Aufwendungen	18.769	21.913	23.950	22.414



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

In der Übersicht 7 sind für die Praxen der **Allgemein-/Praktischen Ärzte** deskriptive Statistiken zum Vergleich der vier Wirtschaftlichkeitsklassen tabellarisch sowie grafisch dargestellt.

In dieser Fachgruppe erklärt sich der Unterschied in der Wirtschaftlichkeit sehr deutlich über die **Höhe der bereinigten Einnahmen**. Während in jeder Wirtschaftlichkeitsklasse der Gesamtaufwand je Praxis sich kaum unterscheidet, sind die bereinigten Einnahmen in der höchsten Klasse fast doppelt so hoch wie in der niedrigsten Klasse. Zwar ist auch im Durchschnitt die Zahl der Praxisinhaber leicht höher (1,4 vs. 1,2), doch verbleiben je Praxisinhaber rund das Dreifache an bereinigten Einnahmen (175 vs. 48 Tausend Euro). Der real erzielte Reinertrag je Praxisinhaber, also ohne Bereinigung der Einnahmen aus Privatpraxis, liegt in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse bei rund 69 Tausend Euro.

Die Angaben zum Personaleinsatz, den Lohnkosten und weiteren Aufwendungen lassen nicht erkennen, dass die Praxisausstattung oder das Preisniveau einen großen Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit in dieser Fachgruppe aufweisen. Offenbar erzielt ein Teil der Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten schlicht nicht in dem Umfang Einnahmen, wie es für eine hohe Wirtschaftlichkeit notwendig wäre, und ohne dass dadurch die **Kosten des Praxisbetriebs** reduziert würden, was für hohe Fixkosten sprechen könnte. Es können dabei keine Aussagen getroffen werden, ob sich die Unterschiede in der Höhe der Einnahmen durch verkürzte Öffnungszeiten der Praxen, durch eine zu geringe Nachfrage nach den Leistungen dieser Praxen oder auch ein anderes **Leistungsspektrum** aufgrund von Spezialisierung o.ä. erklären. Dazu würden weitere Angaben benötigt, wie Art und Umfang der abgerechneten Leistungen und die Lage der Praxen. So ließe sich aus der Lage der Praxen ableiten, wie hoch das Einwohner/Arzt-Verhältnis in der Region ist, was ein Indikator für den potenziellen Bedarf an hausärztlichen Leistungen darstellt. Eine zu prüfende Hypothese wäre etwa, dass in Regionen mit sehr hohen Versorgungsgraden, wie in vielen Ballungszentren, die wirtschaftliche Auslastung der Praxen weniger oft gelingt, als in Regionen mit niedrigen Versorgungsgraden und hohem Patientenaufkommen.

Kann man einen deutlichen Unterschied in der Art der erbrachten Leistungen zwischen den Praxen in den Wirtschaftlichkeitsklassen ausschließen, ließen sich **potenziell Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen**. Entweder indem die Praxisinhaber deutlich mehr Leistungen erbringen und somit ihre Praxen besser auslasten; oder, wenn der Bedarf in dieser Region zu gering ist, ein Teil der Praxen geschlossen würden, um die Auslastung umliegender Praxen zu erhöhen. Dies gilt sicherlich nur für den städtischen Bereich. Sollten im ländlichen Raum schlicht nicht genügend potenzielle Patientinnen und Patienten im Umkreis wohnen, müssten solche Praxen über Zuschläge nach § 87a Abs. 2 SGB V auf den Orientierungswert erhalten und die Versorgung weiter sicherge-

stellt werden. Die Höhe des Orientierungswertes selbst muss sich daran jedoch nicht orientieren, da dieser die Vergütung aller Praxen bestimmt.

In der Übersicht 8 sind die Auswertungen für die Praxen der **Internisten** dargestellt.

Bei den internistischen Praxen zeigt sich ein anderes Bild als bei den Allgemein-/Praktischen Ärzten. Hier weisen die Praxen in der höheren Wirtschaftlichkeitsklassen z.T. niedrigere bereinigte Einnahmen auf. Doch in dieser Fachgruppe unterscheiden sich die **Aufwendungen** erheblich. Die Praxen in der höchsten Wirtschaftlichkeitsklasse weisen rund ein Drittel niedrigere Gesamtkosten auf als die Praxen in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse. Ein Teil dieses Unterschieds lässt sich wahrscheinlich auf ein geringeres Preisniveau zurückführen. So liegt der Anteil der Praxen, die im Osten Deutschlands liegen, in der höchsten Wirtschaftlichkeitsklasse bei 73%, in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse nur bei 11%. Das könnte die niedrigen Lohn- und Sozialkosten je Vollzeitäquivalent und das niedrigere Mietniveau erklären, wobei aus der KSE keine Angaben zur Größe der Praxisräume entnommen werden können.

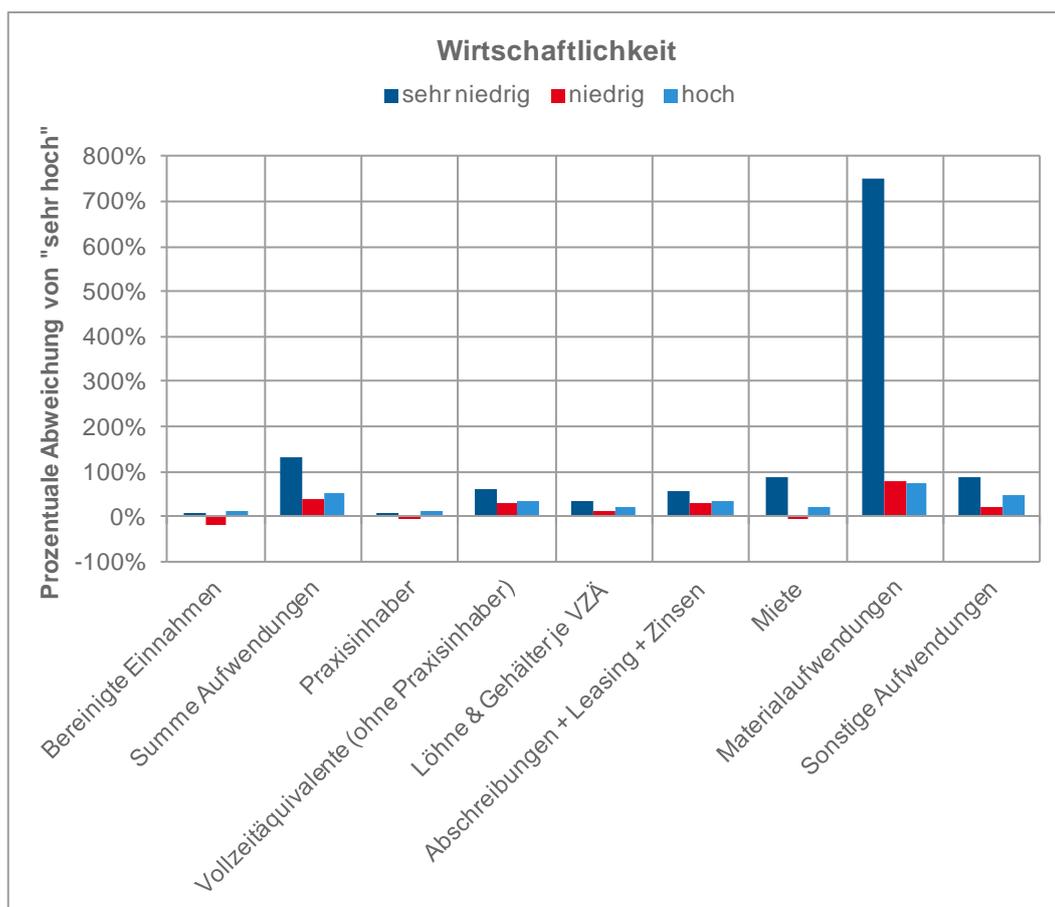
Auffällig sind darüber hinaus die deutlichen Unterschiede in den Material- und den sonstigen Aufwendungen. An dieser Stelle kann nur spekuliert werden, woraus sich diese erklären. Es ist jedoch anzunehmen, dass das vergleichsweise sehr heterogene Leistungsspektrum internistischer Praxen hier eine Rolle spielt – allein schon aufgrund der Unterscheidung in hausärztlich und fachärztlich tätige Internisten. Mit der KSE können keine Aussagen dazu getroffen werden, in welchem Umfang und in welche Richtung dieses **heterogene Leistungsspektrum** zu den Unterschieden in der Wirtschaftlichkeit beiträgt. Dazu wären Angaben zu den abgerechneten Leistungen der Praxen erforderlich.

Eine weitere Erklärung für den hohen Aufwand in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse könnten die Unterschiede im Anteil der **Einnahmen aus Kassenpraxis** liefern. Dieser kann sich zum einen daraus erklären, dass im Osten Deutschlands weniger Privatpatientinnen und -patienten behandelt werden, weshalb der Anteil aus Kassenpraxis in der höchsten Wirtschaftlichkeitsklasse auch höher ist. Denkbar wäre aber ebenfalls, dass eine stärkere Ausrichtung auf Privatpatientinnen und -patienten eine aufwendigere Praxisausstattung und teurere Lage der Praxis nach sich zieht, wodurch der Gesamtaufwand höher ausfällt. Schließlich fällt der **Personaleinsatz** in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse höher als in den anderen Klassen aus.

Für alle anderen Fachgruppen finden sich diese Auswertungen im Anhang.

### Übersicht 8: Praxen von Internisten

Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	2.075	1.963	2.024	2.012
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,3	1,7	2,1	2,8
3	Bereinigte Einnahmen	457.196	349.323	464.463	420.678
4	Summe Aufwendungen	343.655	205.377	225.855	149.723
5	Praxisinhaber	1,4	1,3	1,5	1,3
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	79.662	109.706	162.354	205.783
7	Reinertrag je Praxisinhaber	126.068	136.967	198.072	245.205
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	77%	90%	91%	88%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	11%	10%	27%	73%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	5,3	4,2	4,5	3,3
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.990	19.597	20.794	17.319
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	22.759	18.703	19.435	14.617
13	Miete	32.641	16.810	20.901	17.248
14	Materialaufwendungen	63.301	13.230	12.854	7.455
15	Sonstige Aufwendungen	48.054	30.938	38.519	25.870



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## Regressionsergebnisse

Aus dem Vergleich der deskriptiven Statistiken zwischen den Wirtschaftlichkeitsklassen lassen sich bereits Informationen über den Einfluss der in der KSE enthaltenen Merkmale auf die Wirtschaftlichkeit der Praxen entnehmen. Um einen **weiteren Einblick** zu gewinnen, in welchem Maße verschiedene Einflussfaktoren auf die Wirtschaftlichkeit wirken, wurden für jede Fachgruppe Regressionsrechnungen durchgeführt – mit der abhängigen Variable „Wirtschaftlichkeit“ und verschiedenen unabhängigen Variablen (Übersicht 9).

Übersicht 9: Regressionsergebnisse\* nach Fachgruppen – Geschätzte standardisierte Koeffizienten (Beta\*\*)

Praxen von/für	Unabhängige Variable				Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	Anteil Personal an Gesamtaufwand	R <sup>2</sup>
	Bereinigte Einnahmen	Vollzeit-äquivalente	Praxisinhaber	Praxis im Osten			
Allgemein-/Praktischen Ärzten	0,78	-0,45	***	***	0,20	-0,21	,353
Internisten	0,52	-0,65	0,20	0,55	-0,06	0,17	,370
Augenheilkunde	0,93	-0,88	***	0,40	-0,12	0,10	,457
Chirurgie	1,06	-0,87	-0,10	0,06	<u>-0,04</u>	***	,321
Frauenheilkunde	0,78	-0,67	0,21	0,10	0,24	0,04	,294
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,65	-0,66	0,36	0,09	0,13	0,16	,265
Haut-/Geschlechtskrankheiten	1,05	-0,94	0,32	0,19	0,18	0,16	,492
Kinderheilkunde	0,65	-0,58	0,13	0,19	0,38	-0,10	,470
Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	0,30	-0,82	0,56	0,06	0,33	-0,34	,498
Orthopädie	0,84	-0,79	0,21	0,09	0,23	***	,308
Psychologische Psychotherapie	0,37	-0,40	0,11	-0,04	0,18	-0,16	,195
Radiologie und Nuklearmedizin	0,92	-1,07	***	0,21	***	0,14	,269
Urologie	0,89	-0,79	0,25	0,23	0,11	-0,07	,359

\* Multivariate OLS-Schätzung mit SPSS und der Methode „Stepwise“ zum Einbezug der unabhängigen Variablen.

\*\* Koeffizienten, die unterstrichen sind, weisen ein Signifikanzniveau von p<5% auf. Alle anderen Koeffizienten sind auf einem Niveau von p<1% signifikant.

\*\*\* Leere Zellen bedeuten, dass diese Variable bei der Fachgruppe keinen wesentlichen Erklärungsbeitrag lieferte und daher nicht im Modell enthalten ist bzw. kein Schätzwert vorliegt.

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

Danach steigt die Wirtschaftlichkeit einer Praxis in allen Fachgruppen mit den bereinigten Einnahmen, der Zahl der Praxisinhaber (Ausnahme: Chirurgie), wenn die Praxis im Osten Deutschlands liegt (Ausnahme: Psychologische Psychotherapie) und wenn der Anteil der Einnahmen aus Kassenpraxis höher ist (Ausnahme: Internisten, Augenheilkunde und Chirurgie). Dagegen sinkt die Wirtschaftlichkeit in allen Fachgruppen, wenn die Zahl des eingesetzten Personals steigt (Vollzeitäquivalente). Nicht eindeutig ist der Einfluss des Anteils der Personalaufwendungen am Gesamtaufwand über alle Fachgruppen hinweg.

Die Höhe der **bereinigten Einnahmen** könnten als Indikator dafür interpretiert werden, wie stark eine Praxis ausgelastet ist und damit Kostendegressionseffekte zum Tragen kommen. Ähnliches gilt auch für die **Zahl der Praxisinhaber**. Offenbar kann die Praxisausstattung in den meisten Fachgruppen besser ausgelastet werden, wenn die Praxis eine gewisse Größe erreicht.

Eine Schätzung der **Praxiskostenfunktion von Schreyögg (2012)**<sup>9</sup> kam zwar zu dem Ergebnis, dass die Kosten pro Fall mit der Zahl der Praxisinhaber steigen, allerdings wurde dabei nicht die Einnahmeseite berücksichtigt. Als Kosten wird überdies von Schreyögg auch die ärztliche Arbeitszeit angesetzt. Welchen Anteil die ärztliche Arbeitszeit an den gestiegenen Fallkosten hat, bleibt dabei unklar. Auch ist in Frage zu stellen, wie valide durch eine Abfrage der Praxisinhaber der zeitliche Aufwand im ZI-Praxis-Panel erhoben werden kann. Es stellt sich die Frage, ob die Fallkosten der relevante Bezugspunkt sind, und nicht stattdessen die Kosten je erbrachten Leistungspunkt als abhängige Variable verwendet werden sollten, da die abgerechneten Leistungen je Fall sehr unterschiedlich sein könnten. Schließlich fehlt eine plausible Erklärung dafür, dass die Kosten je Fall mit der Zahl der Praxisinhaber so massiv steigen, wie es die Schätzung der Praxiskostenfunktion nahelegt. Auf der anderen Seite kann die Schätzung von Schreyögg auf eine deutlich differenziertere Datenbasis zurückgreifen, die offenbar auch die Berücksichtigung der verschiedenen Leistungsspektren der Arztpraxen erlaubt. In der hier vorliegenden Studie konnten die unterschiedlichen Leistungsspektren nur über die Fachgruppen annähernd berücksichtigt werden.

Die Auswertung der KSE in dieser Studie zeigt einen **erkennbaren Zusammenhang zwischen einer Zunahme der Zahl der Praxisinhaber und einer erhöhten Wirtschaftlichkeit**. Es kann dabei aber auch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Zunahme überkompensiert wird, durch eine Erhöhung des ärztlichen Arbeitseinsatzes. Das wäre einer Abnahme der bereinigten Reinerträge je eingesetzte ärztliche Arbeitsstunde gleichzusetzen. Dieser Wert lässt sich jedoch nicht beobachten. Rational wäre es aus Sicht der Praxisinhaber nicht, die ärztliche Arbeitszeit soweit auszuweiten.

### 3.2 Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven – Modellrechnungen

Ein Ziel der Studie ist es, potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung zu schätzen. Die deskriptive Analyse und die Regressionsrechnungen geben dafür einige Anhaltspunkte.

---

<sup>9</sup> Schreyögg, J. (2012): Einflussfaktoren auf die Kostenstrukturen: Warum haben Arztpraxen unterschiedlich hohe Kosten? Vortrag auf der Fachtagung „ZI-Praxis-Panel und wirtschaftliche Situation der Vertragsarztpraxen“, Berlin, 20.11.2012.

Aufgrund der beschriebenen Einschränkungen der KSE-Daten können die hier ermittelten Wirtschaftlichkeitsreserven **lediglich eine Modellrechnung** darstellen. Diese kann dazu dienen, einen Anhaltspunkt zu geben, in welchem Maße sich die Wirtschaftlichkeit der Arztpraxen unterscheidet und eine Methodendiskussion in Gang zu setzen. In Kapitel 4 wird diskutiert, wie sich die hier berechneten potenziellen Wirtschaftlichkeitsreserven interpretieren und bewerten lassen.

Es werden **zwei Modellrechnungen** durchgeführt: ein Benchmarking und eine Berechnung der Wirtschaftlichkeitsreserven, wenn die Zahl der Praxisinhaber sich im Durchschnitt je Praxis erhöhen würde.

### Benchmarking

In der **ersten Modellrechnung** wird ermittelt, in welchem Maße sich der Aufwand in der vertragsärztlichen Versorgung reduzieren würde, wenn alle Arztpraxen eine Wirtschaftlichkeit erreichen, die dem Median bzw. dem 3. Quartil der Verteilung der Wirtschaftlichkeit innerhalb der Fachgruppe entspricht. Dabei wird unterstellt, dass die Höhe der bereinigten Einnahmen sich in der Summe der Praxen nicht verändert, dass also im Umkehrschluss die Menge der erbrachten Leistungen konstant bleibt. Die Regressionsanalyse legt nahe, dass dies bedeuten kann, dass sich Praxen zu größeren Einheiten zusammenschließen oder Praxen aus der Versorgung ausscheiden müssten, um die Auslastung anderer Praxen zu erhöhen.

In der Übersicht 10 sind die Ergebnisse der Modellrechnung für die Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten dargestellt.

*Übersicht 10: Berechnung der potenziellen Wirtschaftlichkeitsreserven durch Orientierung an den wirtschaftlichsten Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten*

Kennzahlen	Wirtschaftlichkeitsklassen			
	sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Zahl der Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten	5.425	5.390	5.558	5.358
Ø Leistungen in Tsd. Punkten*	5.690	6.949	8.633	10.595
Ø Aufwand** je Punkt in Cent	2,33	1,81	1,54	1,17
Ø Differenz zum Median der Stückkosten in Cent	0,67	0,14	-	-
Wirtschaftlichkeitsreserven in Mio. Euro	205	54	-	-
<b>Summe in Mio. Euro</b>				<b>259</b>
Ø Differenz zum 3. Quartil der Stückkosten in Cent	0,96	0,43	0,17	-
Wirtschaftlichkeitsreserven in Mio. Euro	295	163	81	-
<b>Summe in Mio. Euro</b>				<b>539</b>

\* Geschätzt durch bereinigte Einnahmen / 3,5 Cent.

\*\* (Gesamtaufwand-Abschreibungen-Fremdkapitalzinsen-Miete/Leasing)/Leistung in Punkten

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

Zur besseren Interpretierbarkeit wird die Wirtschaftlichkeit (bereinigte Einnahmen/Aufwand) in Aufwand je Punkt transformiert.<sup>10</sup> Dazu werden aus den bereinigten Einnahmen durch Division mit dem Punktwert 3,5 Cent die erbrachten Leistungen<sup>11</sup> in Punkten ermittelt.

Demnach würden **Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten** in der niedrigsten Wirtschaftlichkeitsklasse im Durchschnitt je Punkt einen um 0,67 Cent höheren Aufwand aufweisen als der Median bzw. 50% aller Praxen der gleichen Fachgruppe. Der Median liegt in dieser Fachgruppe bei 1,66 Cent. Würden diese Praxen zu den Kosten der Medianpraxis Leistungen erbringen, ergeben sich somit Einsparungen in Höhe von knapp 205 Mio. Euro. In der Wirtschaftlichkeitsklasse „niedrig“ würden sich diese Einsparungen auf noch rund 54 Mio. Euro belaufen. In der Summe ergäbe sich so ein Einsparpotenzial von knapp 259 Mio. Euro. Legt man die Messlatte noch etwas höher – vom Median auf das 3. Quartil – würden sich die Einsparungen in der Summe auf rund 539 Mio. Euro belaufen.

Diese Modellrechnungen wurden für alle Fachgruppen durchgeführt (Übersicht 11).

#### Übersicht 11: Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven nach Fachgruppen

Praxen von/für	Mediankriterium		3. Quartil-Kriterium	
	Ø Praxis*	Summe je Fachgruppe in Mio. Euro	Ø Praxis**	Summe je Fachgruppe in Mio. Euro
Allgemein-/Praktischen Ärzten	23.893	259	28.206	539
Internisten	54.417	224	66.625	468
Augenheilkunde	29.023	32	32.659	63
Chirurgie	45.875	45	50.347	85
Frauenheilkunde	23.078	69	32.642	170
Hals-/Nasen-/Ohrenheilkunde	39.550	47	40.155	81
Haut-/Geschlechtskrankheiten	39.135	36	41.787	65
Kinderheilkunde	36.868	64	40.981	116
Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	40.852	61	51.775	125
Orthopädie	43.779	58	47.262	103
Psychologische Psychotherapie	11.300	55	11.177	87
Radiologie und Nuklearmedizin	205.024	49	239.241	94
Urologie	36.570	23	37.641	40
<b>Summe</b>		1.023		2.036

\* Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven pro Praxi, nur Praxen im 1. und 2. Quartil, ohne Praxen im 3. und 4. Quartil..

\*\* Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven pro Praxis, nur Praxen im 1., 2. und 3. Quartil, ohne Praxen im 4. Quartil.

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und

<sup>10</sup> Die Transformation erhält die nach Wirtschaftlichkeit sortierte Rangfolge der Arztpraxen.

<sup>11</sup> Die real erbrachte Leistungsmenge lässt sich der KSE nicht entnehmen. Die reale Leistungsmenge sollte aber aufgrund der Regelleistungsvolumina etwas höher liegen als die hier hochgerechnete Leistungsmenge.

Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

Demnach würden sich die Einsparungen auf bis zu **2 Mrd. Euro** belaufen, wenn alle Praxen in den Fachgruppen jeweils Leistungen zu den Aufwendungen je Punkt erbringen würden, die 25 % der Praxen derselben Fachgruppe mindestens erzielen konnten (3. Quartil). Die Höhe dieser Einsparungen ist in der Summe bei den Fachgruppen am höchsten, die die größte Zahl an Praxen aufweisen.

### Erhöhung der Zahl der Praxisinhaber

In der **zweiten Modellrechnung** steht die Frage im Vordergrund, in welchem Maße sich der Aufwand in der vertragsärztlichen Versorgung reduzieren würde, wenn alle Arztpraxen im Durchschnitt zwei Inhaber je Praxis aufweisen würden (Übersicht 12).

*Übersicht 12: Potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven durch Erhöhung der Zahl der Praxisinhaber auf im Durchschnitt zwei Inhaber je Praxis*

Praxen von/für	Praxisinhaber 2011	Koeffizient Praxisinhaber*	Wirtschaftlichkeitsreserven in Mio. Euro
Allgemein-/Praktischen Ärzten	1,3		
Internisten	1,4	0,20	99
Augenheilkunde	1,2		
Chirurgie	1,5	-0,07	-9
Frauenheilkunde	1,2	0,18	52
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	1,5	0,33	37
Haut-/Geschlechtskrankheiten	1,3	0,26	27
Kinderheilkunde	1,3	0,13	21
Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie	1,5	0,69	49
Orthopädie	1,5	0,12	22
Psychologische Psychotherapie	1,1	0,31	21
Radiologie und Nuklearmedizin	2,4		
Urologie	1,6	0,12	6
<b>Summe</b>			<b>319</b>

\* Geschätzter, nicht standardisierter Regressionskoeffizient (im Unterschied zu Übersicht 9, wo der standardisierte Koeffizient (Beta) dargestellt ist).

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

Die **geschätzte Regressionsgleichung** wird dazu genutzt, zu ermitteln, in welchem Maße die Wirtschaftlichkeit steigt, wenn die Zahl der Inhaber je Praxis von der durchschnittlich beobachteten Zahl im Jahr 2011 auf zwei Inhaber je Praxis gesteigert würde. Je nach Fachgruppe ist der Einfluss der Variable „Praxisinhaber“ unterschiedlich, wie den geschätzten Regressionskoeffizienten entnommen werden kann (Übersicht 12). Wieder wird unterstellt, dass die Höhe der bereinigten Einnahmen bzw. die erbrachte Leis-

tungsmenge in der Summe der Praxen unverändert bleibt. Mit dieser Annahme lässt sich ermitteln, in welchem Umfang der Aufwand gesenkt werden könnte, wenn die Wirtschaftlichkeit aufgrund einer höheren Zahl an Inhabern je Praxis steigt. Dies kann allerdings bei fixem Leistungsvolumen je Fachgruppe nur erreicht werden, wenn sich Praxen zu größeren Einheiten zusammenschließen oder Praxen aus der Versorgung ausscheiden, um die Auslastung anderer Praxen zu erhöhen.

In der Summe ergeben die Modellrechnungen, dass über alle Fachgruppen der Aufwand pro Jahr theoretisch um **319 Mio. Euro** pro Jahr sinken würde, wenn die Zahl der Inhaber je Praxis auf durchschnittlich zwei Inhaber gesteigert würde.

## 4 Diskussion

### 4.1 Methodische Einschränkungen der Studie

Die hier vorgestellte Schätzung der Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung weist **methodische Einschränkungen** auf, die an dieser Stelle zusammenfassend diskutiert werden sollen.

In dieser Studie wurde eine repräsentative Kostenstrukturerhebung der Arztpraxen und Praxen der psychologischen Psychotherapie mit **Auskunftspflicht** verwendet. Die KSE stellt eine valide Basis für die Beurteilung der wirtschaftlichen Situation dieser Praxen dar.

Für den hier verfolgten Zweck – der Schätzung möglicher Wirtschaftlichkeitsreserven – fehlen in der KSE jedoch insbesondere differenzierte Angaben zum **Leistungsspektrum** der enthaltenen Praxen. Der einzig enthaltene Indikator sind die Angaben zur Facharztbezeichnung. Innerhalb einer Fachgruppe kann das Leistungsspektrum relativ stark variieren, wie etwa bei den Internistinnen und Internisten, die zum Teil hausärztlich und zum anderen Teil fachärztlich tätig sind. Die fachärztlich tätigen Internistinnen und Internisten unterteilen sich weiter in Schwerpunkte wie Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie etc. Diese Spezialisierungen könnten sich systematisch auf den hier verwendeten Indikator für Wirtschaftlichkeit auswirken, was im Extremfall dazu führen könnte, dass sich die Wirtschaftlichkeitsklassen aus den Spezialisierungen ergeben und nicht aus der effizienten Erbringung der Leistungen. Das würde wiederum im Extremfall bedeuten, dass die hier geschätzten Wirtschaftlichkeitsreserven nur gehoben werden könnten, wenn bestimmte Leistungen nicht mehr angeboten würden. Wie schwerwiegend dieses Problem tatsächlich ist, kann auf der Basis der KSE allein nicht beantwortet werden. Die internistischen Praxen stellen hier sicherlich eine Besonderheit dar, während andere Fachgruppen homogener im Leistungsspektrum sein dürften. Somit kann die vorliegende Schätzung der Wirtschaftlich-

keitsreserven nur eine Modellrechnung darstellen, die einen Einblick in die Unterschiede der Wirtschaftlichkeit und erste Erklärungen dieser Unterschiede liefert. Für weitergehende Analysen, vor allem der internistischen Praxen, müssten insbesondere Art und Umfang der abgerechneten Leistungen der Praxen bekannt sein, um so eine feinere und treffsichere Abgrenzung der Praxen nach Leistungsspektren vornehmen zu können. Überdies ließe sich so der Aufwand zu den erbrachten Leistungen in Punkten in Relation setzen. Verzerrungen in der Wirtschaftlichkeit durch die Abstufung der Preise bei zu großen Leistungsmengen (Regelleistungsvolumina) könnten so erkannt und bereinigt werden. Auch Verzerrungen der Wirtschaftlichkeit von Praxen aufgrund unrealistisch gesetzter Punkterelationen im EBM, die nicht den tatsächlichen Aufwandsunterschieden entsprechen, ließen sich so systematischer aufdecken und bereinigen.

Eine weitere Variable kann der KSE nicht entnommen werden: **die ärztliche Arbeitszeit**. Wie schon diskutiert, stellt die ärztliche Arbeitszeit ebenfalls Aufwand dar, der bei der Erbringung von Leistungen anfällt. Und so sind für die im EBM enthaltenen Gebührenordnungspositionen neben dem technischen Aufwand auch Werte hinterlegt, die den ärztlichen Arbeitszeitaufwand abbilden und mit Hilfe eines kalkulatorischen Arztlohns bewertet werden.<sup>12</sup> In dem hier verwendeten Wirtschaftlichkeitsmaß kann jedoch nur der technische Aufwand<sup>13</sup> einfließen. Praxisinhaber, die durch eine effizientere Prozessgestaltung die ärztliche Arbeitszeit je GOP reduzieren konnten, können so nicht direkt identifiziert werden. Nur wenn diese Praxisinhaber durch eine größere Menge an Leistungen auch höhere Einnahmen erzielen, würden sie als wirtschaftlicher eingestuft. Für eine differenziertere Analyse, die prinzipiell auch zur Validierung der Normzeiten im EBM genutzt werden könnte, wären Angaben zur eingesetzten ärztlichen Arbeitszeit notwendig. Indirekt ließe sich die eingesetzte ärztliche Arbeitszeit schätzen, wären die abgerechneten Leistungen je Praxis bekannt. Dann könnte über den ärztlichen Anteil an den jeweiligen abgerechneten GOPs zumindest die eingesetzte ärztliche Normzeit ermittelt werden.

In der KSE ist der **Standort der Praxis** lediglich nach Ost (neue Bundesländer und Berlin) und West (Früheres Bundesgebiet ohne Berlin-West) unterschieden. Da für die KV-Regionen der Punktwert festgelegt wird, der vom Orientierungswert abweichen kann, sind unterschiedliche Preise für gleiche GOPs denkbar, wodurch direkt die Höhe der bereinigten Einnahmen und damit die Wirtschaftlichkeit beeinflusst werden. Es können jedoch keine Aussagen getroffen werden (bis auf Ost vs. West), ob bestimmte Wirtschaftlich-

---

<sup>12</sup> Vgl. IGES (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands.

<sup>13</sup> Der technische Aufwand umfasst auch den Personalaufwand für das Praxispersonal.

keitsklassen überproportional mit Praxen aus bestimmten KV-Regionen besetzt sind. Auch auf der Aufwandsseite könnte die Lage eine Rolle spielen. In Städten könnten sowohl Lohn- als auch Mietniveau sich deutlich von ländlichen Regionen unterscheiden. Differenziertere Daten würden zumindest erlauben für solche regionalen Disparitäten zu kontrollieren.

## 4.2 Interpretation und Bewertung der Wirtschaftlichkeitsreserven

Vor dem Hintergrund der benannten methodischen Einschränkungen kann die Höhe der hier geschätzten Wirtschaftlichkeitsreserven nur **ein erster Anhaltspunkt** sein. Weitere Forschung mit differenzierten Datensätzen ist notwendig, um validere Ergebnisse zu erhalten.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, wie die auf dem hier vorgeschlagenen Weg ermittelten Wirtschaftlichkeitsreserven eigentlich ausgeschöpft und bei der **Bestimmung des Orientierungswertes** berücksichtigt werden könnten – selbst wenn die benannten methodischen Einschränkungen behoben würden?

### **Wer schöpft potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven aus?**

Es lassen sich **zwei Sichtweisen** unterscheiden: die Sicht der Praxisinhaber und die gesamtwirtschaftliche Sicht. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht könnte die Zusammenlegung von Praxen dazu beitragen, dass eine gleich große Menge an Leistungen bei geringerem Aufwand und mit weniger Praxisinhabern erbracht würde. Aus der Sicht der Praxisinhaber stößt die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aber spätestens an ihre Grenzen, wenn die eigene Praxis überflüssig würde.

Bei der Bestimmung des Orientierungswertes geht es jedoch nicht um die Frage, *ob* die Leistungen einer bestimmten Praxisform und -größe finanziert werden. Vielmehr geht es um das *Preisniveau*, das die Gesetzliche Krankenversicherung bereit ist zu finanzieren. Bei der Bestimmung dieses Preisniveaus verlangt der Gesetzgeber nach § 87 Abs. 2g Nr. 2 (aber auch Nr. 3) SGB V Wirtschaftlichkeitsüberlegungen anzustellen. Daraus ließe sich ableiten, dass sich das Preisniveau an den wirtschaftlichsten Praxen und nicht an der Durchschnittspraxis orientieren sollte. Insofern würde ein Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht erfordern, dass unwirtschaftliche Praxen geschlossen werden – sondern lediglich, dass der Orientierungswert im Durchschnitt die **Kosten der wirtschaftlichsten Praxen deckt** und eine angemessene Entlohnung für deren eingesetzte ärztliche Arbeitszeit sicherstellt. Den Praxisinhabern als freie Berufe bleibt es somit selbst überlassen, wie sie unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine angemessene Entlohnung der eigenen Arbeitszeit erwirtschaften können und was sie dabei als angemessene Entlohnung ansehen.

## **Verfahren zur Anrechnung potenzieller Wirtschaftlichkeitsreserven auf den Orientierungswert**

Bei der Bestimmung des Orientierungswertes können *realisierte* Wirtschaftlichkeitsreserven direkt der Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten gegengerechnet werden. Wie sollte jedoch mit *potenziellen* Wirtschaftlichkeitsreserven umgegangen werden? Bislang wurden diese nicht berücksichtigt. Würden potenzielle Wirtschaftlichkeitsreserven ab sofort vollständig angerechnet werden, könnte der Orientierungswert innerhalb eines Jahres evtl. deutlich sinken. Um einen solchen Preisschock zu vermeiden, wäre es denkbar, die Anrechnung potentieller Wirtschaftlichkeitsreserven über mehrere Jahre zu strecken. Dadurch ließe sich eine gewisse Planungssicherheit gewährleisten und die Praxisinhaber hätten die Möglichkeit, mittelfristig die Organisation der eigenen Praxis an die Situation anzupassen. Technisch ließen sich die Wirtschaftlichkeitsreserven anrechnen, indem die im StaBs zu Grunde gelegten Auslastungen der Arztpraxen entsprechend angehoben werden. Dies hätte den Vorteil, dass man für einzelne Facharztgruppen unterschiedliche Auslastungsgrade in Abhängigkeit der ermittelten Wirtschaftlichkeitsreserven unterstellen könnte.

## **Versorgungsziele: Orientierungswert vs. Punktwert**

Die Ergebnisse der Regression und des Vergleichs der Wirtschaftlichkeitsklassen lassen erkennen, dass die Größe und der Umsatz einer Praxis wesentlich zu einer hohen Wirtschaftlichkeit beitragen. Im Umkehrschluss würde dies bedeuten, dass Praxen, die nicht eine bestimmte Größe bzw. Umsatz erreichen, weniger wirtschaftlich sind. Dies könnte einmal der Fall sein, wenn die Konkurrenz im Umkreis zu groß ist und damit pro Praxis zu wenige Patientinnen und Patienten behandelt werden. Zum anderen könnte die Praxis auch ohne Konkurrenz in einer Region liegen, in der zu wenige Patientinnen und Patienten wohnhaft sind. In beiden Fällen könnte die Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Bestimmung des Orientierungswertes dazu führen, dass die Praxis ihre Kosten nicht mehr ausreichend deckt. Doch nur im letzteren Fall könnte dies dazu führen, dass die Versorgung der Bevölkerung vor Ort nicht mehr sichergestellt würde, wenn der Praxisinhaber die Praxis schließt. Auch sollte eine Praxis, die zur Sicherstellung der Versorgung in einer Region notwendig ist, nicht schlechter gestellt sein als andere Praxen.

In § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V hat der Gesetzgeber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen daher die Möglichkeit gegeben, Zuschlüsse auf den Orientierungswert zu vereinbaren, wenn regionale Besonderheiten das erforderlich machen und insbesondere wenn Unterversorgung droht. Im Umkehrschluss muss bei der Bestimmung des Orientierungswertes die Kostensituation von Praxen in

unterversorgten Regionen nicht berücksichtigt werden. Insofern braucht es bei der Schätzung der Wirtschaftlichkeitsreserven zur Bestimmung des Orientierungswertes auch keiner Korrektur für Praxen, die aufgrund ihres Sicherstellungsauftrages weniger wirtschaftlich arbeiten. Diese Korrektur würde sachgerecht in den KV-Regionen durch Zuschläge auf den Orientierungswert erfolgen.

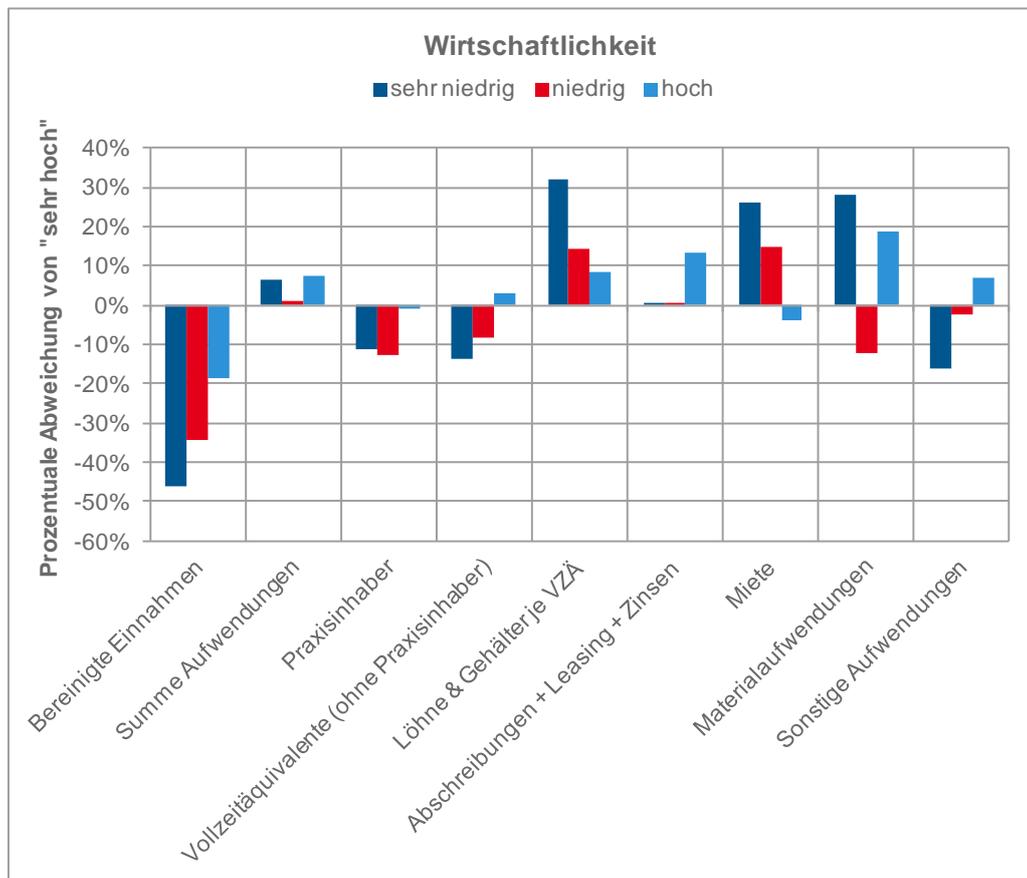
### **Unterschiedliche Kostenniveaus in den Regionen**

Ähnlich lässt sich für mögliche Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit aufgrund unterschiedlicher Lohn- und Mietniveaus etc. argumentieren. Denn § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V gestattet ebenso Zu- und Abschläge bei besonderen regionalen Kosten- und Versorgungsstrukturen. Insofern ließe sich rechtfertigen, bei der Schätzung der Wirtschaftlichkeitsreserven zur Bestimmung des Orientierungswertes für unterschiedliche Preisniveaus ebenfalls nicht zu kontrollieren.

# 5 Anhang

## 5.1 Praxen von Allgemein-/Praktischen Ärzten

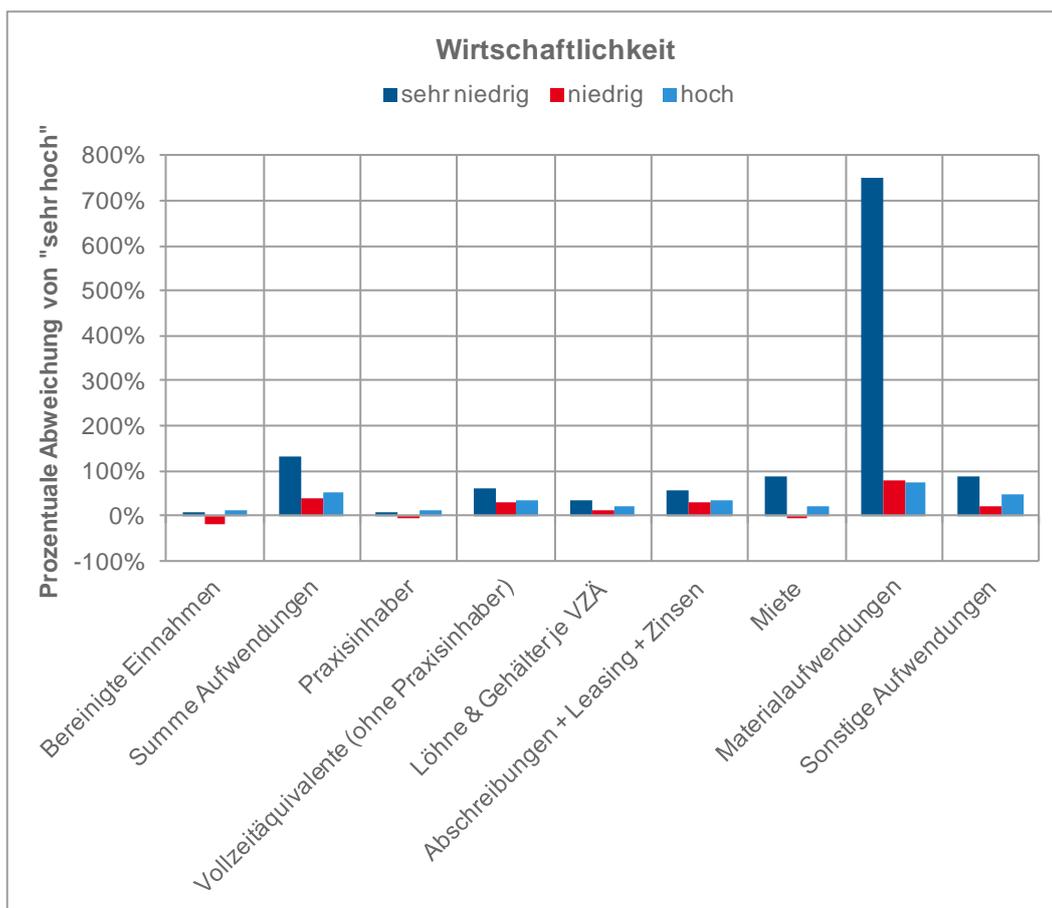
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	5.425	5.390	5.558	5.358
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,4	1,8	2,1	2,8
3	Bereinigte Einnahmen	199.150	243.201	302.154	370.808
4	Summe Aufwendungen	141.883	134.953	143.627	133.342
5	Praxisinhaber	1,2	1,2	1,3	1,4
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	47.520	91.434	117.523	174.920
7	Reinertrag je Praxisinhaber	68.713	112.917	135.285	191.361
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	89%	90%	93%	94%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	14%	15%	22%	30%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	2,9	3,1	3,4	3,3
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.215	19.285	18.272	16.835
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	9.307	9.344	10.530	9.274
13	Miete	13.691	12.469	10.475	10.873
14	Materialaufwendungen	4.721	3.243	4.378	3.685
15	Sonstige Aufwendungen	18.769	21.913	23.950	22.414



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.2 Praxen von Internisten

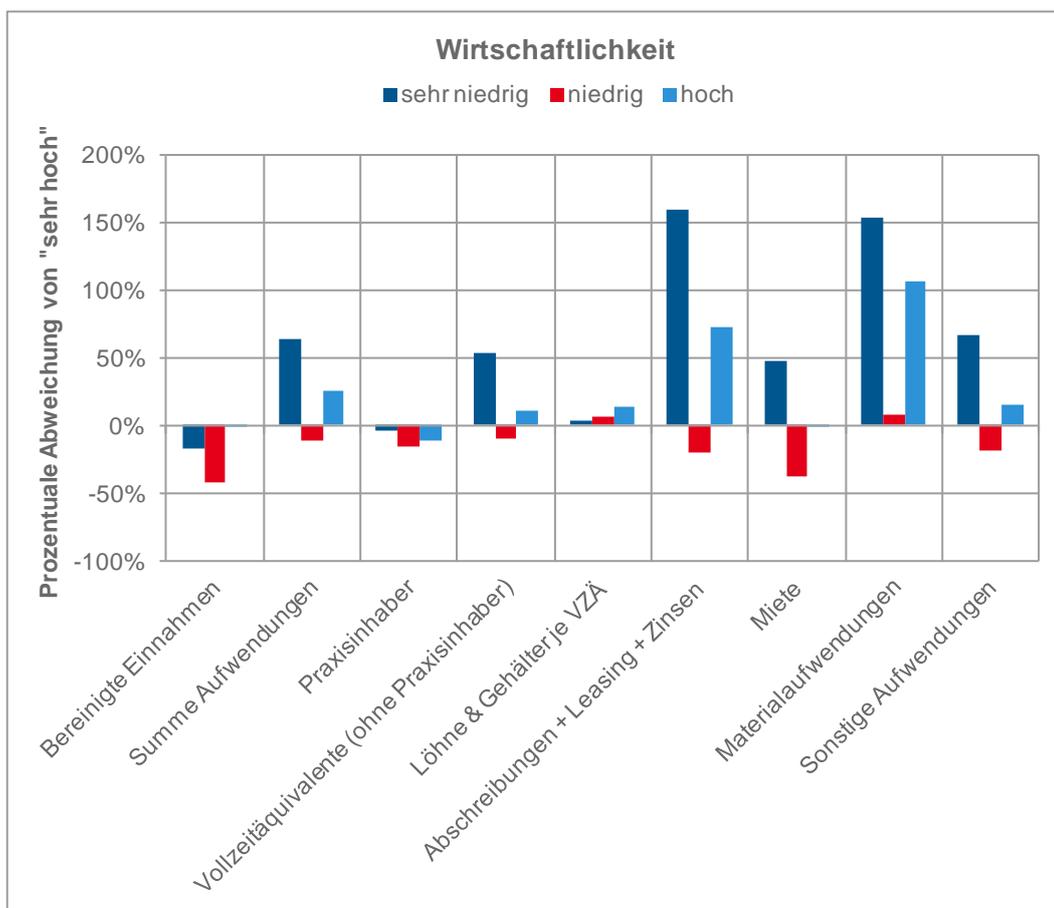
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	2.075	1.963	2.024	2.012
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,3	1,7	2,1	2,8
3	Bereinigte Einnahmen	457.196	349.323	464.463	420.678
4	Summe Aufwendungen	343.655	205.377	225.855	149.723
5	Praxisinhaber	1,4	1,3	1,5	1,3
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	79.662	109.706	162.354	205.783
7	Reinertrag je Praxisinhaber	126.068	136.967	198.072	245.205
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	77%	90%	91%	88%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	11%	10%	27%	73%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	5,3	4,2	4,5	3,3
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.990	19.597	20.794	17.319
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	22.759	18.703	19.435	14.617
13	Miete	32.641	16.810	20.901	17.248
14	Materialaufwendungen	63.301	13.230	12.854	7.455
15	Sonstige Aufwendungen	48.054	30.938	38.519	25.870



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

### 5.3 Praxen für Augenheilkunde\*

Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	538	577	563	555
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,6	1,9	2,4
3	Bereinigte Einnahmen	224.016	156.325	266.604	270.485
4	Summe Aufwendungen	187.274	100.553	143.709	113.841
5	Praxisinhaber	1,3	1,1	1,2	1,3
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	29.384	51.399	106.722	121.386
7	Reinertrag je Praxisinhaber	71.164	79.410	164.452	165.324
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	81%	84%	77%	82%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	NA	NA	NA	59%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	4,3	2,5	3,1	2,8
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	16.910	17.526	18.698	16.378
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	19.947	6.153	13.252	7.660
13	Miete	25.171	10.570	16.796	16.975
14	Materialaufwendungen	7.785	3.292	6.313	3.061
15	Sonstige Aufwendungen	29.146	14.109	20.058	17.406

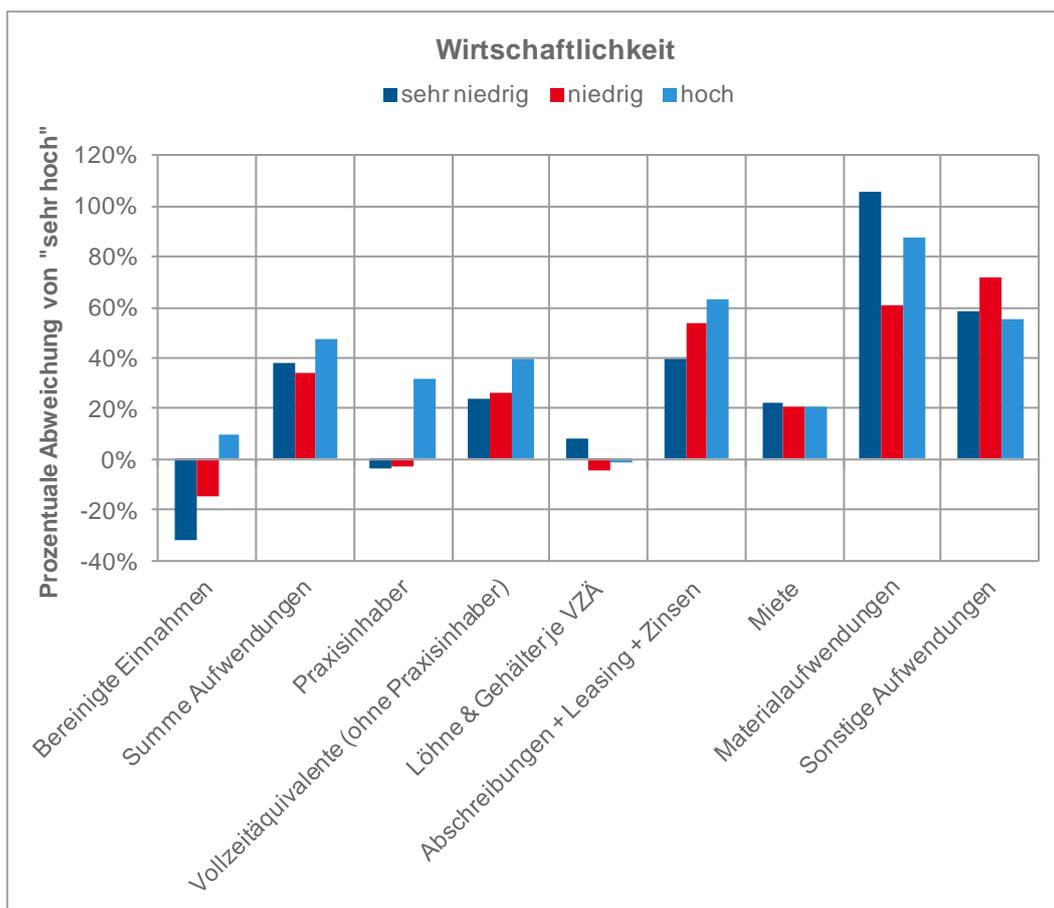


\*Ohne Praxen mit Umsätzen oberhalb von 500.000 Euro pro Praxisinhaber im Jahr 2011.

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.4 Praxen für Chirurgie\*

Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	493	488	486	491
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,5	1,8	2,4
3	Bereinigte Einnahmen	324.878	407.491	523.482	477.709
4	Summe Aufwendungen	272.634	264.775	291.450	197.250
5	Praxisinhaber	1,3	1,3	1,8	1,4
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	39.359	106.727	128.222	203.950
7	Reinertrag je Praxisinhaber	82.506	138.818	152.395	239.206
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	85%	73%	86%	79%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	24%	31%	16%	29%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	4,9	4,9	5,5	3,9
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	20.314	17.903	18.453	18.709
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	21.639	23.828	25.268	15.506
13	Miete	29.716	29.289	29.276	24.277
14	Materialaufwendungen	27.455	21.467	25.010	13.359
15	Sonstige Aufwendungen	39.390	42.722	38.477	24.814

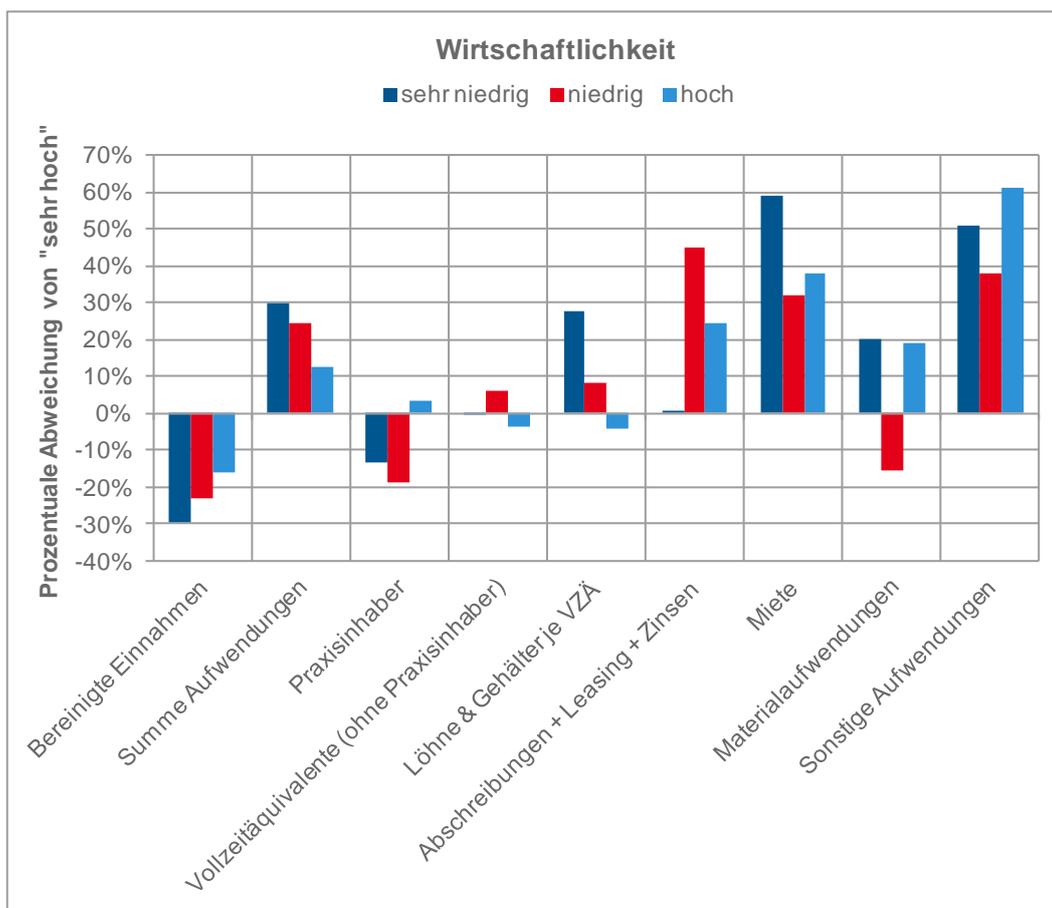


\*Ohne Praxen mit Umsätzen oberhalb von 750.000 Euro pro Praxisinhaber im Jahr 2011.

Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.5 Praxen für Frauenheilkunde

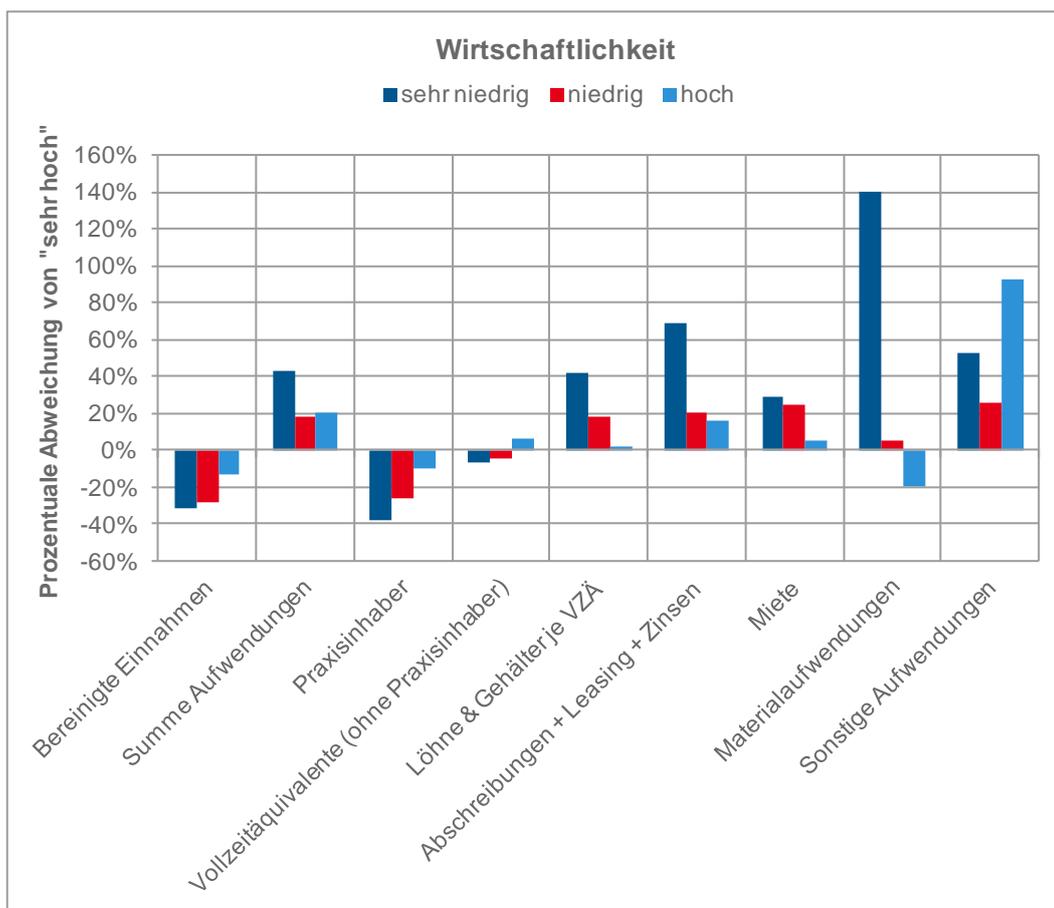
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	1.494	1.486	1.496	1.482
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,3	1,5	1,8	2,5
3	Bereinigte Einnahmen	229.112	248.726	271.762	324.204
4	Summe Aufwendungen	171.278	164.066	148.513	131.623
5	Praxisinhaber	1,2	1,1	1,4	1,3
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	50.172	78.386	89.452	144.657
7	Reinertrag je Praxisinhaber	93.401	126.369	134.562	176.554
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	84%	83%	83%	89%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	NA	NA	24%	27%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	2,9	3,1	2,8	2,9
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.074	18.711	16.514	17.247
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	16.646	24.075	20.638	16.586
13	Miete	22.800	18.904	19.719	14.311
14	Materialaufwendungen	9.419	6.649	9.374	7.854
15	Sonstige Aufwendungen	24.743	22.644	26.474	16.396



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.6 Praxen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

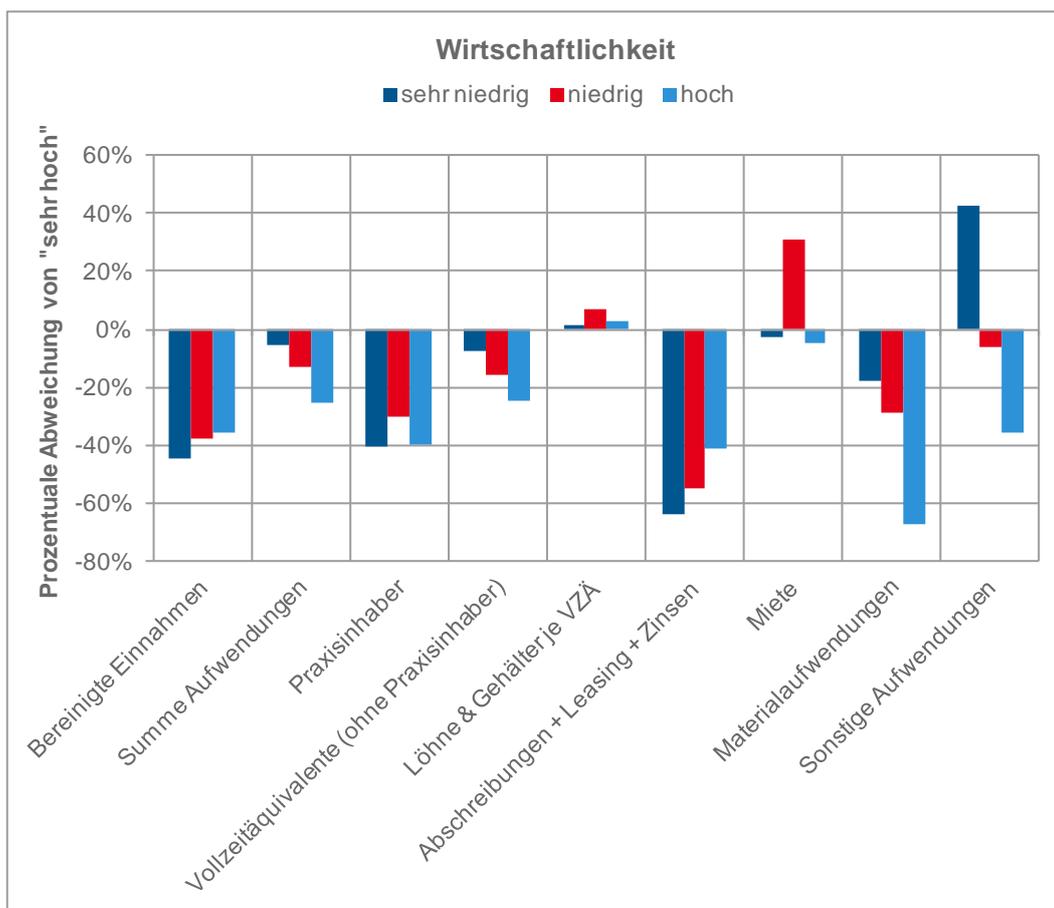
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	598	603	595	599
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,5	1,8	2,5
3	Bereinigte Einnahmen	276.556	290.344	354.166	405.574
4	Summe Aufwendungen	229.523	189.727	193.480	160.960
5	Praxisinhaber	1,1	1,3	1,6	1,8
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	41.991	75.391	99.461	135.660
7	Reinertrag je Praxisinhaber	121.687	118.359	129.187	178.426
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	73%	85%	85%	82%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	NA	20%	NA	29%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	3,9	4,0	4,5	4,2
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	22.347	18.569	15.947	15.688
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	21.796	15.493	14.993	12.909
13	Miete	25.973	25.094	21.242	20.165
14	Materialaufwendungen	14.529	6.366	4.864	6.047
15	Sonstige Aufwendungen	38.339	31.433	48.434	25.085



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.7 Praxen für Haut-/Geschlechtskrankheiten

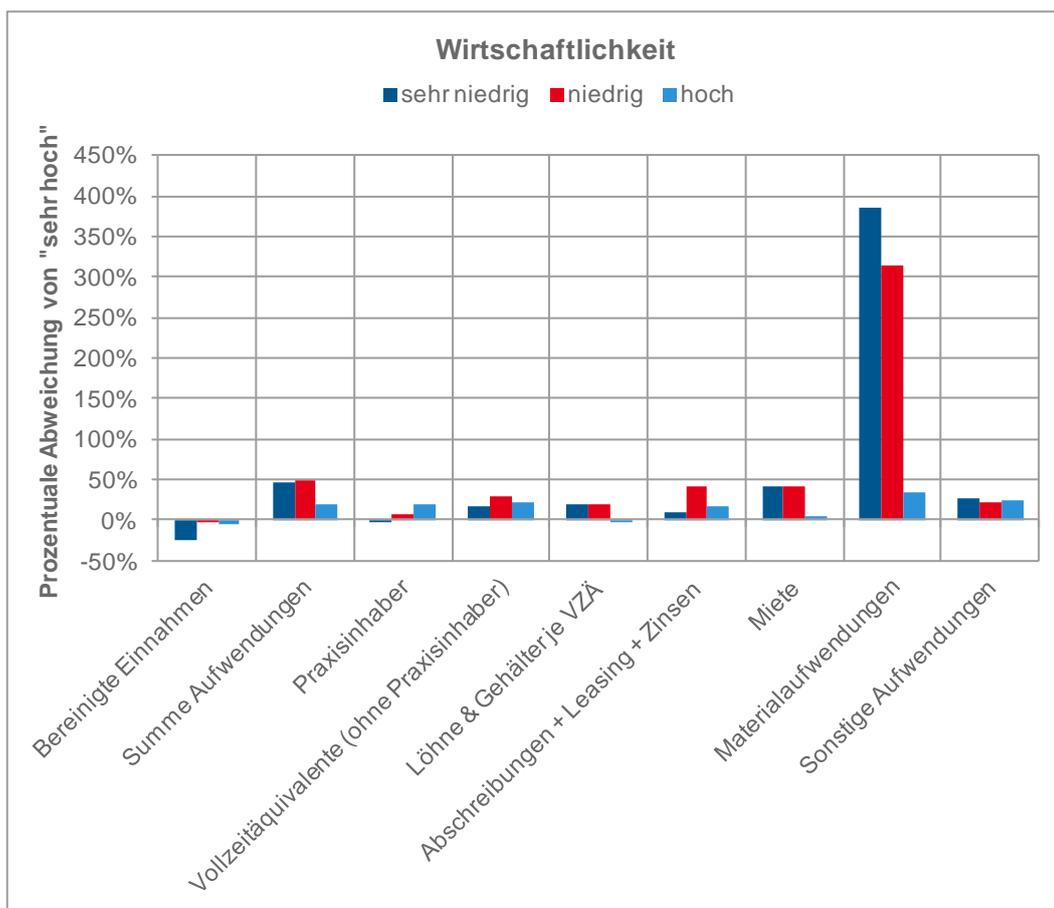
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	461	476	432	540
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,5	1,8	2,1
3	Bereinigte Einnahmen	230.155	260.926	269.467	417.496
4	Summe Aufwendungen	188.715	174.004	148.651	199.554
5	Praxisinhaber	1,1	1,3	1,1	1,8
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	38.826	69.438	111.442	121.534
7	Reinertrag je Praxisinhaber	96.492	137.273	148.539	177.000
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	78%	79%	88%	79%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	NA	NA	30%	28%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	4,3	3,9	3,5	4,6
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	17.072	17.940	17.235	16.789
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	10.879	13.601	17.757	30.123
13	Miete	16.076	21.573	15.661	16.502
14	Materialaufwendungen	13.391	11.674	5.289	16.335
15	Sonstige Aufwendungen	36.913	24.309	16.566	25.869



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.8 Praxen für Kinderheilkunde

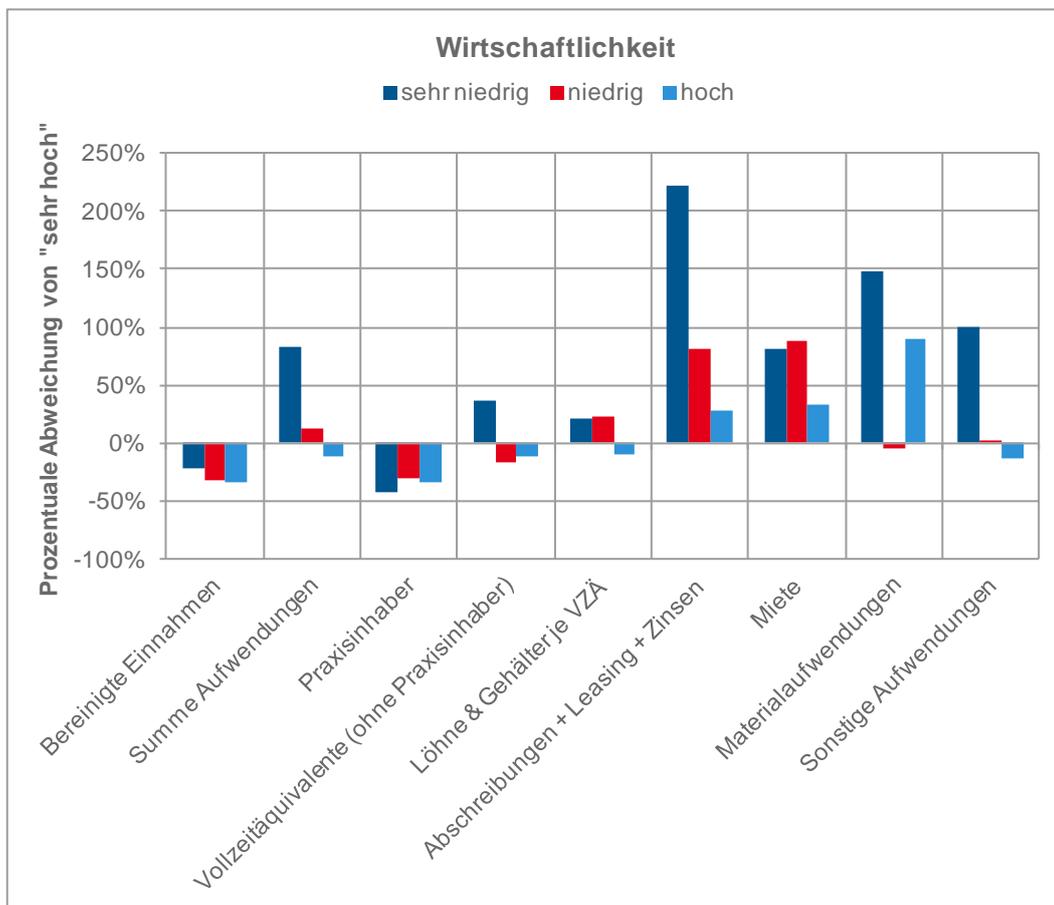
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	914	732	920	862
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,3	1,7	2,1	2,6
3	Bereinigte Einnahmen	241.050	314.724	307.492	323.558
4	Summe Aufwendungen	184.869	188.513	149.905	125.963
5	Praxisinhaber	1,2	1,4	1,5	1,3
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	45.405	92.169	103.949	155.015
7	Reinertrag je Praxisinhaber	87.762	137.349	122.743	172.357
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	82%	84%	92%	94%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	10%	NA	NA	48%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	3,8	4,2	3,9	3,2
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	18.381	18.488	15.275	15.524
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	10.936	14.189	11.752	10.075
13	Miete	21.294	21.207	15.768	14.930
14	Materialaufwendungen	18.941	16.127	5.270	3.902
15	Sonstige Aufwendungen	26.662	25.490	26.062	21.075



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.9 Praxen für Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie

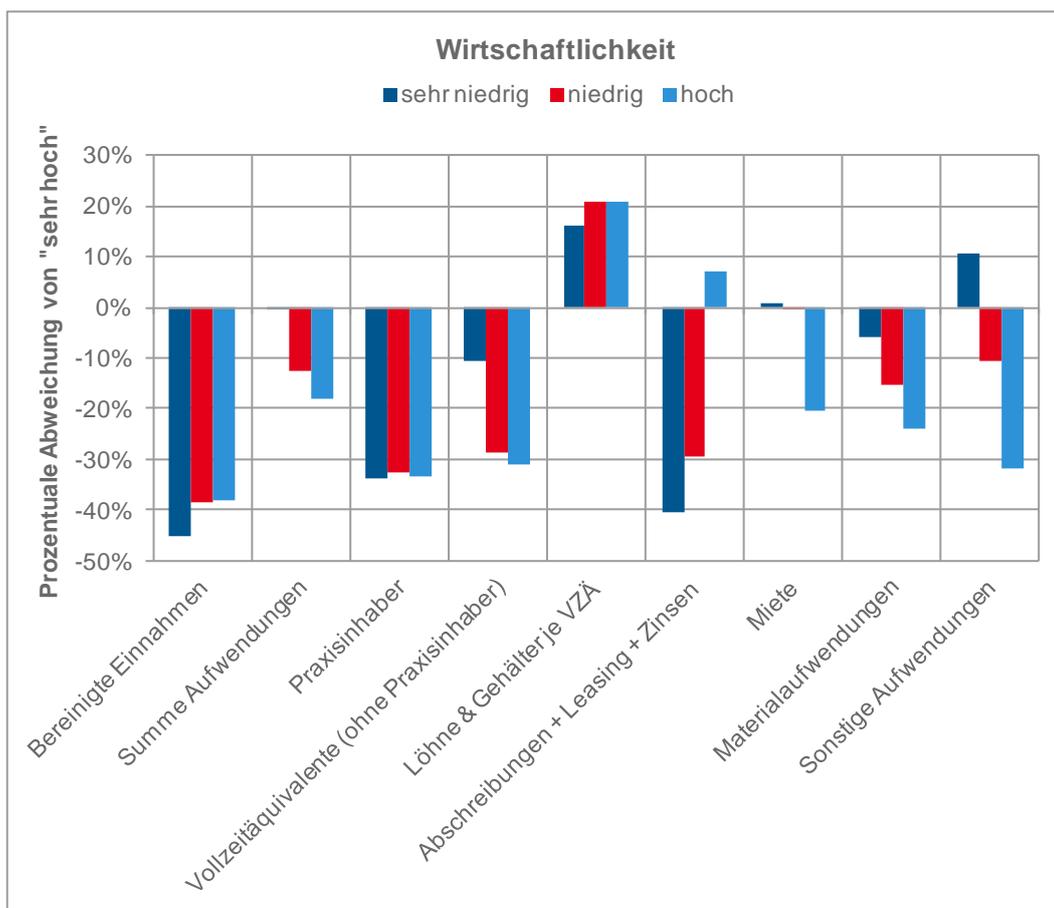
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	763	601	729	713
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,5	2,1	2,6	3,5
3	Bereinigte Einnahmen	351.731	304.349	299.774	451.552
4	Summe Aufwendungen	234.120	143.314	113.348	128.158
5	Praxisinhaber	1,2	1,5	1,4	2,1
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	99.831	110.456	137.681	155.377
7	Reinertrag je Praxisinhaber	129.942	144.287	153.937	175.008
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	83%	74%	88%	89%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	13%	NA	16%	NA
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	4,2	2,6	2,7	3,1
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	21.253	21.590	15.856	17.561
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	19.899	11.196	7.877	6.170
13	Miete	21.330	22.067	15.540	11.742
14	Materialaufwendungen	3.863	1.478	2.956	1.561
15	Sonstige Aufwendungen	52.982	26.583	23.007	26.571



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.10 Praxen für Orthopädie

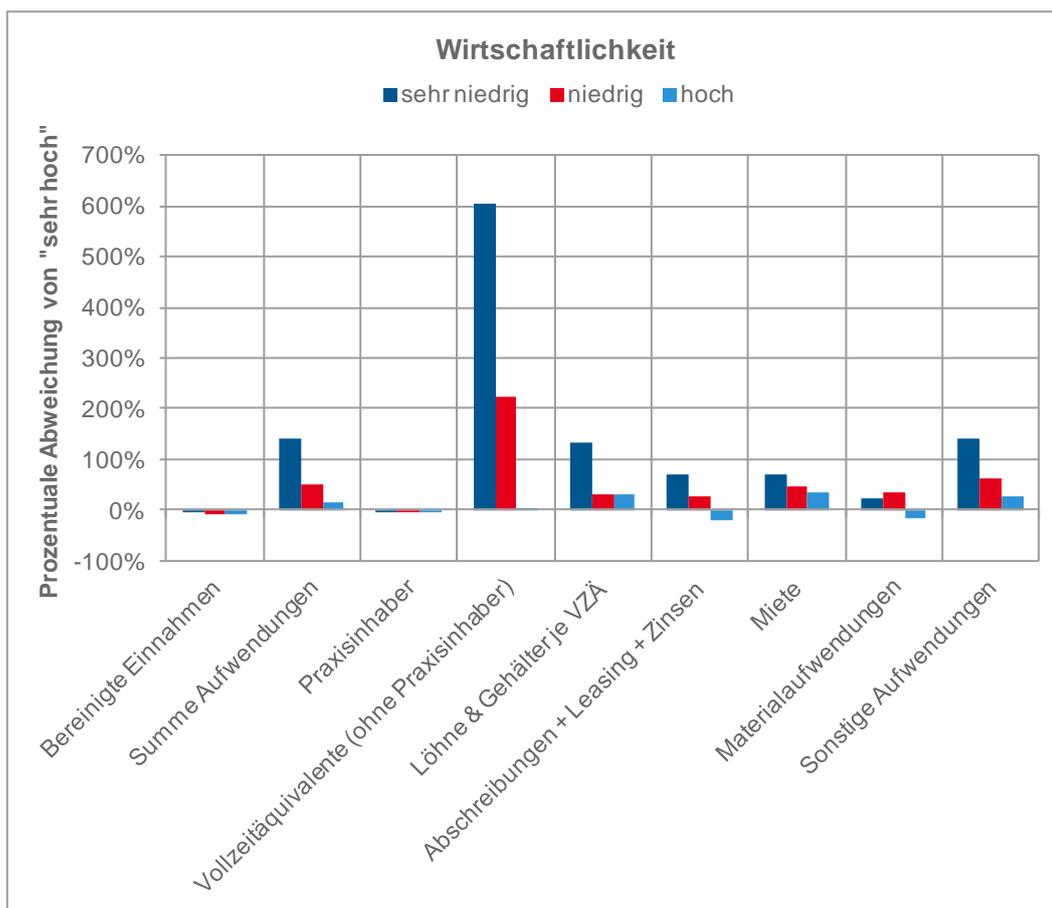
Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	660	669	647	659
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,5	1,6	2,1
3	Bereinigte Einnahmen	325.595	364.793	366.076	592.526
4	Summe Aufwendungen	281.928	246.771	231.480	282.707
5	Praxisinhaber	1,3	1,3	1,3	2,0
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	33.784	89.656	103.570	158.826
7	Reinertrag je Praxisinhaber	111.530	146.697	158.639	212.164
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	75%	82%	80%	83%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	15%	18%	25%	32%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	5,9	4,7	4,5	6,5
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	18.385	19.130	19.104	15.814
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	18.343	21.724	32.925	30.756
13	Miete	31.505	31.129	24.839	31.212
14	Materialaufwendungen	20.493	18.371	16.567	21.725
15	Sonstige Aufwendungen	46.832	37.805	28.947	42.364



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.11 Praxen für psychologische Psychotherapie

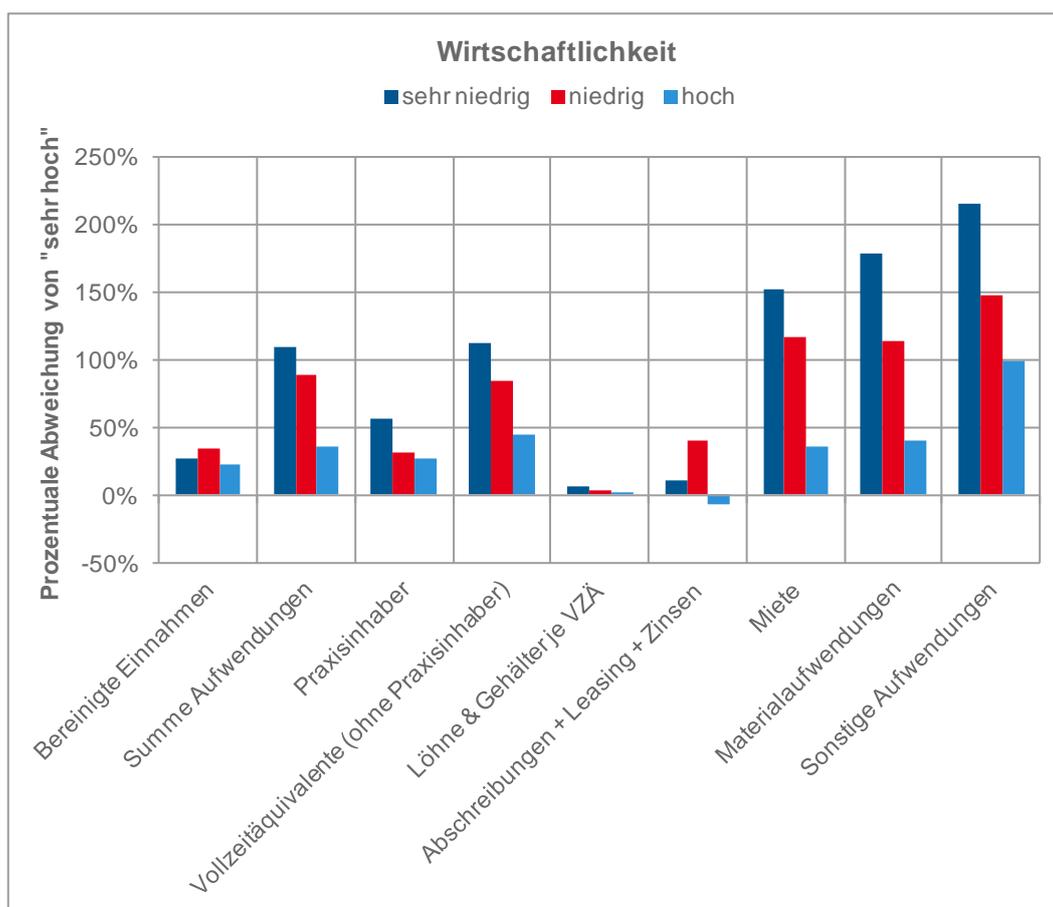
Wirtschaftlichkeitsklassen					
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
1	Zahl der Praxen	2.425	2.447	2.426	2.428
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,9	2,9	3,7	4,8
3	Bereinigte Einnahmen	90.535	86.379	86.086	95.105
4	Summe Aufwendungen	48.586	30.288	23.278	20.019
5	Praxisinhaber	1,1	1,1	1,1	1,2
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	37.278	49.170	56.666	64.812
7	Reinertrag je Praxisinhaber	47.347	55.082	61.101	69.252
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	88%	92%	94%	94%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	11%	10%	10%	7%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	0,6	0,3	0,1	0,1
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	13.481	7.549	7.538	5.738
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	3.335	2.471	1.583	1.961
13	Miete	7.141	6.292	5.637	4.237
14	Materialaufwendungen	596	653	403	481
15	Sonstige Aufwendungen	15.602	10.434	8.185	6.447



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.12 Praxen für Radiologie und Nuklearmedizin

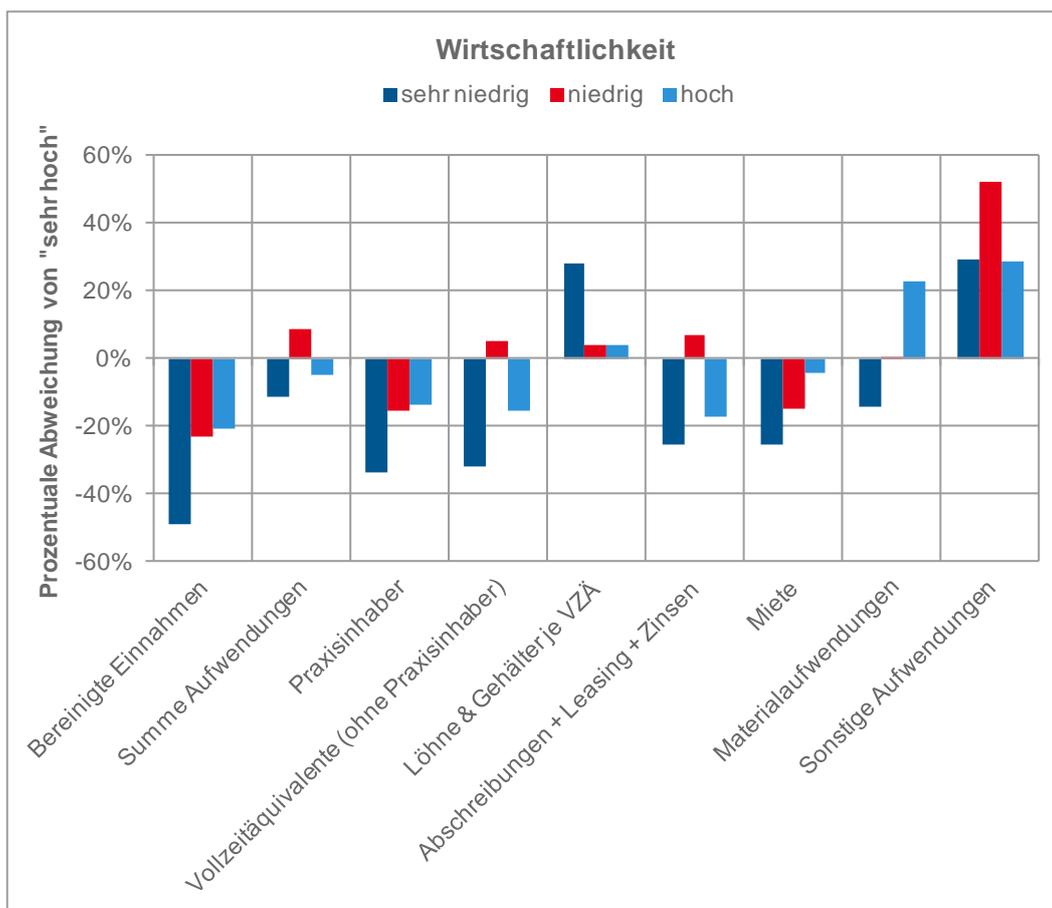
Wirtschaftlichkeitsklassen					
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
1	Zahl der Praxen	120	121	123	119
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,1	1,3	1,6	1,8
3	Bereinigte Einnahmen	1.496.821	1.592.362	1.444.268	1.179.577
4	Summe Aufwendungen	1.354.646	1.220.118	877.530	647.717
5	Praxisinhaber	2,9	2,5	2,4	1,9
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	48.588	151.340	236.417	283.404
7	Reinertrag je Praxisinhaber	191.949	297.523	345.436	375.782
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	77%	79%	78%	85%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	12%	11%	32%	36%
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	14,8	12,7	10,0	6,9
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	25.240	24.552	24.195	23.648
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	231.704	291.665	193.735	207.846
13	Miete	106.918	91.999	57.457	42.458
14	Materialaufwendungen	147.563	113.625	74.579	52.953
15	Sonstige Aufwendungen	290.523	227.646	182.856	91.828



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.

## 5.13 Praxen für Urologie

Wirtschaftlichkeitsklassen		sehr niedrig	niedrig	hoch	sehr hoch
Kennzahlen (Klassenmittelwerte)					
1	Zahl der Praxen	301	362	371	307
2	Wirtschaftlichkeit (=3/(4-12))	1,2	1,5	1,8	2,2
3	Bereinigte Einnahmen	274.453	412.788	427.078	539.705
4	Summe Aufwendungen	219.986	270.359	235.888	248.532
5	Praxisinhaber	1,3	1,6	1,7	1,9
6	bereinigter Reinertrag je Praxisinhaber	42.392	86.816	113.863	149.903
7	Reinertrag je Praxisinhaber	102.472	163.063	174.899	211.987
8	Anteil Einnahmen aus Kassenpraxis	78%	76%	82%	79%
9	Anteil Praxen in Ostdeutschland	9%	NA	22%	NA
10	Vollzeitäquivalente (ohne Praxisinhaber)	3,7	5,7	4,5	5,4
11	Löhne & Gehälter je VZÄ	21.260	17.211	17.304	16.614
12	Abschreibungen + Leasing + Zinsen	19.788	28.332	21.890	26.538
13	Miete	25.289	28.982	32.554	34.095
14	Materialaufwendungen	20.796	24.307	29.792	24.232
15	Sonstige Aufwendungen	35.271	41.584	35.193	27.346



Quelle: FDZ der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, der Kostenstrukturerhebung der Arzt- und Zahnarzt- und Tierarztpraxen 2011, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse wurden auf der Grundlage von Daten der amtlichen Statistik berechnet; es handelt sich aber nicht um amtliche Ergebnisse.