

Uwe Repschläger

Die Gesamthonorare für ambulant tätige Ärzte in Deutschland

Die Vergütung niedergelassener Ärzte ist Anlass zahlreicher Diskussionen. Die gesetzlich festgelegte Steigerung der Honorare führte überraschenderweise nicht zu einer Beruhigung der Situation, sondern hat anscheinend sogar neues Öl ins Feuer gegossen. Dabei geht es einerseits um die Höhe der Vergütung insgesamt, andererseits auch um die Verteilung zwischen Arztgruppen und Regionen. Außerdem werden Ärztemangel und zunehmende Insolvenzen thematisiert. Die Zahlen sprechen allerdings eine andere Sprache.

Einleitung

Neben den zum 1. Januar 2009 durchgeführten Finanz- und Organisationsreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht seit Monaten die Höhe der Vergütung der niedergelassenen Ärzte im Brennpunkt der gesundheitspolitischen Diskussion. Zwischenzeitlich kann man angesichts entsprechender Medienberichte und Presseerklärungen häufig den Eindruck gewinnen, dass die niedergelassenen Ärzte in Deutschland knapp werden („Ärztemangel“) beziehungsweise von einer Insolvenzwelle bedroht sind. Nach Ansicht des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein droht jeder fünften Praxis in Nordrhein der Bankrott, im Bund sind es angeblich noch mehr (Arzt und Wirtschaft 2009: 1). Diejenigen, die noch nicht pleite sind, haben ihre Praxis mehrheitlich aus rein idealistischen Gründen noch nicht geschlossen. „Niedrigverdiener“, „13 Euro für einen Hausbesuch“, „zwei Quartale wird umsonst gearbeitet“, „ärztliche Arbeit wird verramscht“, „nur 13,81 Euro ist die kranke Frau pro Quartal wert“ (Berufsverband der Frauenärzte 2009), so oder so ähnlich lauten die vielfältigen und laut vernehmbaren Botschaften der organisierten Ärzteschaft in Richtung Öffentlichkeit und Politik. Auch wenn sich weder alle Ärzte noch alle Arztgruppen gleichermaßen zu Wort melden (und einzelne Ärzte durchaus zufrieden mit ihrem Einkommen sind) (Stern 2003, Der Spiegel 2009), zeigen die Heftigkeit und anhaltende Dauer der Ärzteproteste

und -streiks, dass eine nennenswerte Zahl niedergelassener Ärzte mit ihrer aktuellen Arbeits- und Einkommenssituation extrem unzufrieden ist. Mit öffentlichkeitswirksam inszenierten Kampagnen bleibt die Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte ein Dauerthema für Gesundheitsreformen.

Dies ist in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: Zum einen beschert die aktuelle Honorarreform den Ärzten einen Zuwachs von etwa 3,8 Milliarden Euro innerhalb von zwei Jahren allein aus dem Topf der gesetzlichen Krankenkassen – die „höchste Steigerung der Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung“ (KBV 2008a, VdEK 2009). Zudem zählen die niedergelassenen Ärzte in den amtlichen Statistiken regelmäßig sowohl zu einer stetig wachsenden, wie auch unbestritten zur Gruppe der absoluten Spitzenverdiener in Deutschland (Mitteilung der bayrischen Krankenkassen 2009). Ein Widerspruch, der nur schwer aufzulösen ist, an den man sich aber inzwischen offenbar so gewöhnt hat, dass er kaum mehr ernsthaft hinterfragt wird. Dass eine Berufsgruppe eine zweimalige Lohnerhöhung von weit über 10.000 Euro pro Jahr entrüstet als nicht ausreichend ablehnt, bleibt jedoch bemerkenswert (Arzt und Wirtschaft 2008: 33) (basierend auf der Honorarsteigerung von 2007 bis 2009 von etwa 3,8 Milliarden Euro beziehungsweise durchschnittlich 1,9 Milliarden Euro pro Jahr).

Schließlich, und auch das ist bemerkenswert, liegt die Zahl der niedergelassenen Ärzte aktuell auf ihrem historischen Höchststand (KBV 2008b). Vor diesem Hintergrund mutet der öffentlich beklagte „Ärztmangel“ vieler Ärztenverbände erstaunlich an. Es stellt sich die Frage, an welchem definierten „erforderlichen Bedarf“ sich der festgestellte „Ärztmangel“ bemisst. Dabei ist die Debatte um zu wenig Ärzte und zu geringe Arzthonorare alles andere als neu. Bereits 1992 beklagte beispielsweise der Hartmannbund die dramatische Situation bayerischer Arztpraxen: Zahlreiche Praxen in den Ballungszentren stünden vor dem Bankrott, 30 Prozent der Praxen drohe die Bankenaufsicht (Süddeutsche Zeitung 1992). Eine Mitteilung, die so auch heute noch nahezu täglich

von Ärztefunktionären formuliert wird. Die Zahl der an der GKV-Versorgung teilnehmenden Ärzte hat in Bayern seit 1992 um 32 Prozent zugenommen.

Das eigentlich erstaunliche und bezeichnende an der aktuellen Diskussion ist dabei, dass praktisch die gesamte Auseinandersetzung im luftleeren Raum geführt wird. Weder gibt es im Rahmen der Diskussion eine auch nur annähernd hinreichende Transparenz über die tatsächlich gezahlten (Gesamt-)Honorare an Arztpraxen, noch über die realen Einkommensverhältnisse der niedergelassenen Ärzte – dabei existiert durchaus eine Reihe von verlässlichen Quellen, aus denen sich zumindest die Gesamt- und Durchschnittshonorare der niedergelassenen Ärzte verlässlich ableiten lassen. Selbstverständlich muss ärztliche Leistung angemessen honoriert werden; von einer konstruktiven gesellschaftlichen Debatte darüber, welche Einkommenshöhe von Ärzten für ausreichend und angemessen erachtet wird, ist man jedoch offenkundig weit entfernt. Es dominieren Halbwahrheiten, Schwarzmalerei und Polemik, und so werden meist interpretationsbedürftige und falsche Zahlen unreflektiert in die Welt gesetzt, zitiert und kommentiert. Die Geschichte der Arzthonorare ist ganz offenbar eine „Geschichte von Missverständnissen, überzogenen Erwartungen und gezielter Stimmungsmache“ (VdEK 2009).

Ziel dieses Artikels ist es, Transparenz hinsichtlich der tatsächlich gezahlten Honorare an niedergelassene Ärzte zu schaffen und damit einen Beitrag zu einer Versachlichung der Debatte um die Honorarsituation zu leisten. Dabei kann es zwar nicht darum gehen, eine „angemessene Höhe“ der Honorare zu bestimmen, aber erste Grundvoraussetzung für eine rationale Diskussion um die Forderung nach „mehr“ ist das Wissen um den Status quo.

Überblick über die Ergebnisse

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Deutschland steigt ausnahmslos jedes Jahr, während die Bevölkerungszahl (82 Millionen) und die Zahl

der GKV-Versicherten (70 Millionen) seit zehn Jahren nahezu konstant sind (Statistisches Bundesamt 2008; BMG 2008). Die Zahl der niedergelassenen Ärzte ist seit Anfang der 1990er-Jahre um über ein Drittel gestiegen (KBV 2008a). Die Zahl der je Arzt betreuten Personen hat so seit Anfang der 1990er-Jahre um über ein Viertel abgenommen. Während Anfang der 1990er-Jahre noch von einer Ärzteschwemme gesprochen wurde, wird heute, bei einem Drittel mehr an Ärzten, wie selbstverständlich ein allgemeiner Ärztemangel unterstellt.

Die Honorarzahlungen der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) an die niedergelassenen Ärzte sind seit Beginn der 1990er-Jahre bis heute (2009) um etwa 14 Milliarden Euro beziehungsweise etwa 90 Prozent gestiegen (KJ1 und eigene Berechnungen). Durchschnittlich steht den aktuell etwa 137.000 abrechnenden KV-Ärzten rein rechnerisch ein GKV-Honorarvolumen in Höhe von 216.000 Euro zur Verfügung. Bei einem – von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung angegebenen – Praxiskostenanteil von etwa 54 Prozent des GKV-Honorars (BMG 2009) ergibt dies bereits einen durchschnittlichen „GKV-Überschuss“ je Arzt in Höhe von knapp 99.000 Euro für das Jahr 2009.

Insgesamt erzielen die ambulant tätigen Ärzte neben den GKV-Honoraren noch zusätzliche Honorareinnahmen, beispielsweise von der PKV, über Privatliquidationen, von sonstigen Versicherungsträgern, den öffentlichen Haushalten und den Arbeitgebern. Realistisch liegt die Gesamtsumme der Einnahmen der Arztpraxen im Jahr 2009 bei weit über 40 Milliarden Euro beziehungsweise bei deutlich über 300.000 Euro je Arzt. Abzüglich der durchschnittlichen Praxiskosten ergibt sich ein aktueller Gesamtüberschuss vor Steuern in Höhe von durchschnittlich über 190.000 Euro je Arzt. Im Vergleich zu den Einkommen aller Arbeitnehmer in Deutschland liegen die zu versteuernden Einkommen der niedergelassenen Ärzte im Durchschnitt damit um ungefähr das Siebenfache höher.

Selbstverständlich schwanken die durchschnittlichen Einnahmen und Überschüsse der niedergelassenen Ärzte dabei sowohl stark zwischen Regionen und zwischen Fachgruppen wie auch innerhalb von Regionen und Fachgruppen. Insofern gibt es auch Arztpraxen mit niedrigen Einnahmen und geringen Überschüssen. Der hohe Durchschnittswert über alle Regionen und Fachgruppen hinweg belegt jedoch eindeutig, dass die Probleme bei der Honorierung der niedergelassenen Ärzte erst bei der Verteilung des Geldes und auf keinen Fall bereits bei der Gesamtsumme des bereitgestellten Geldes beginnen.

Entwicklung von Bevölkerung, GKV-Versicherten und Arztzahlen 1991 bis 2008 (Bund)

Von den Anfang 2008 etwa 315.000 in Deutschland berufstätigen Ärzten sind 138.000 (44 Prozent) im ambulanten Sektor tätig, 151.000 im stationären Sektor (48 Prozent) und 26.000 (acht Prozent) in sonstigen Bereichen (Körperschaften, Behörden etc.) (KBV 2008b).

Innerhalb des ambulanten Sektors lässt sich zwischen „GKV-Vertragsärzten (rund 120.000)“, „angestellten Ärzten“, „Partner-Ärzten“ und „Privatärzten“ unterscheiden. Mit der GKV können neben den Vertragsärzten auch ermächtigte Krankenhausärzte (rund 11.000) und Psychologische Psychotherapeuten (rund 13.000) ambulante Leistungen abrechnen. Insgesamt rechnen aktuell etwa 137.000 Ärzte und Psychotherapeuten ambulante Leistungen ab. „Vertragsärzte“, „ermächtigte Krankenhausärzte“, „Partner-Ärzte“ und „angestellte Ärzte“ zusammen bilden die sogenannte Gruppe der „an der Versorgung teilnehmenden Ärzte“ (insgesamt rund 135.000).

Die Zahl der ambulant tätigen Ärzte nimmt dabei seit Anfang der 1960er- Jahre bis heute kontinuierlich zu (KBV 1997, KBV 2008b). Die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung (für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen) teilnehmenden Ärzte hat von 1991 bis 2008 um ein Drittel zugenommen. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der GKV-Versicherten nahezu konstant geblieben. Die

Gesamtbevölkerung ist im gleichen Zeitraum mit einem Plus von drei Prozent leicht gestiegen.

Tabelle 1: Ambulante Ärzte, Versicherte und Bevölkerung 1991 bis 2008 (Bund)

	Vertrags- ärzte (1.000)	teilnehmende Ärzte (1.000)*	abrechnende Ärzte und Psy- chotherapeuten (1.000)**	GKV-Ver- sicherte (Millionen)	Einwohner (Millionen)
1991	89,7	100,1		71,3	80,3
1992	94,9	105,9		72,0	81,0
1993	104,6	115,5		72,2	81,4
1994	106,9	118,3		71,7	81,5
1995	107,5	119,9		71,9	81,8
1996	109,1	121,9	107,1	72,1	82,0
1997	110,4	123,3	108,7	71,6	82,1
1998	112,7	125,1	110,3	71,4	82,0
1999	113,0	125,3	121,9	71,3	82,2
2000	114,0	126,8	126,5	71,3	82,2
2001	115,4	128,5	128,3	70,9	82,4
2002	116,1	129,0	131,3	70,8	82,5
2003	116,7	130,1	130,0	70,5	82,5
2004	117,0	131,1	130,3	70,3	82,5
2005	117,5	131,8	133,2	70,5	82,4
2006	118,3	132,9	134,8	70,2	82,3
2007	118,9	134,2	135,6	70,3	82,2
2008	119,5	134,5	136,6	70,3	82,4
Veränderung 1991 bis 2008 (in Prozent)	+33	+34		-1	+3

Datenquelle: KBV 2008b, KBV 1997, Statistisches Jahrbuch 2008, Statistisches Jahrbuch 2001, KM 6 2008 und eigene Berechnung

* an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte

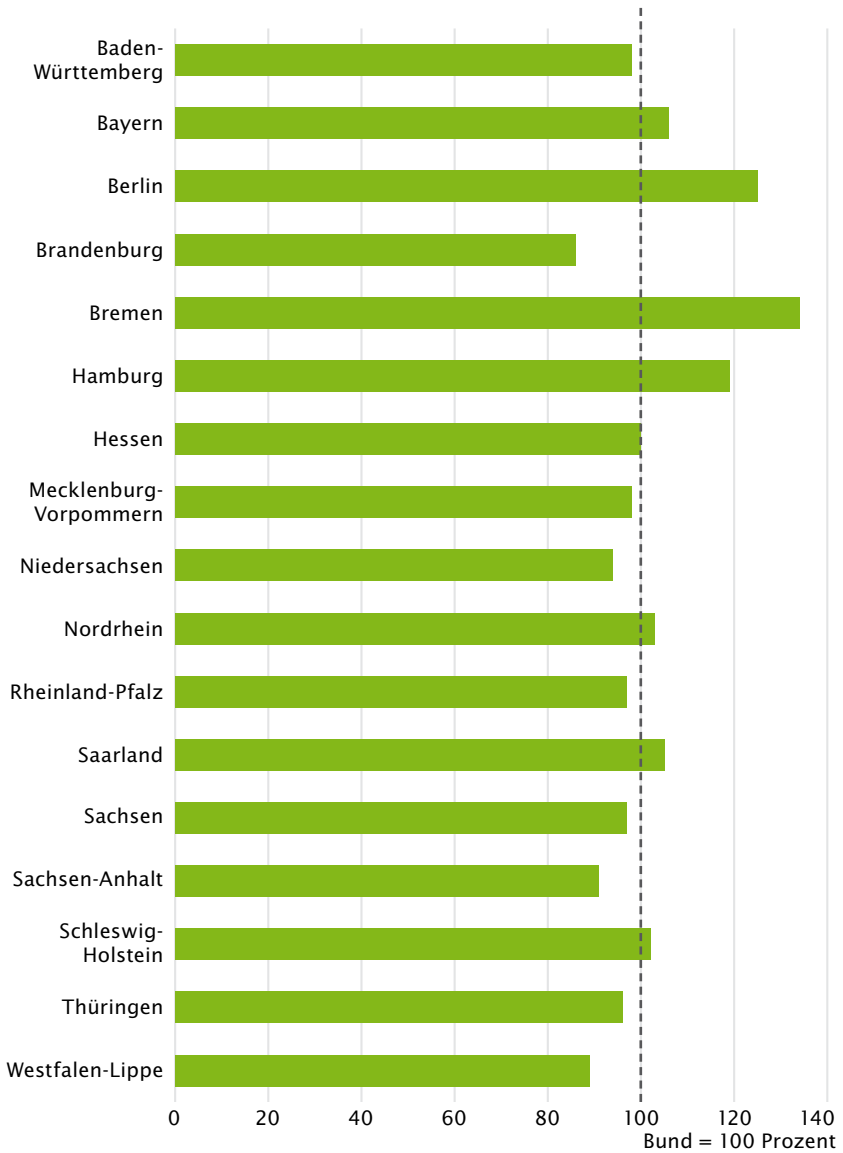
** mit der GKV abrechnende Ärzte, ab 1999 inklusive Psychologische Psychotherapeuten

Die Arztdichte in Deutschland hat so in den letzten Jahren deutlich zugenommen – betreute ein teilnehmender Arzt im Jahr 1991 rein rechnerisch noch 800 Einwohner, so sind es heute noch 612. Die (ambulante) Arztdichte hat sich somit seit Anfang der 1990er-Jahre um 25 Prozent erhöht. Interessant ist dabei, dass die um ein Drittel erhöhte Ärztezahl, beziehungsweise die um ein Viertel erhöhte Arztdichte, heute als Indikator für einen Ärztemangel herangezogen wird, während Anfang der 1990er-Jahre noch über eine Ärzteschwemme diskutiert wurde (BMG 2009).

Da es keine Belege dafür gibt, dass die Morbidität der Gesamtbevölkerung in den letzten beiden Dekaden um über 25 Prozent gestiegen ist, passen die tatsächlichen Verhältnisse kaum zur Behauptung eines zwischenzeitlichen allgemeinen Ärztemangels im ambulanten Sektor. Zwar wird insgesamt durchaus von einem gestiegenen Leistungsbedarf aufgrund der veränderten Altersstruktur der Bevölkerung ausgegangen. So ist die Veränderung der Altersstrukturen zwischen 1990 und 2008 bereits gut sichtbar (Anteil der über 60-Jährigen 1990 etwa ein Fünftel, 2008 etwa ein Viertel).

Letztlich ist die Frage, was als „bedarfsgerechte“ Versorgung anzusehen ist, nicht objektiv zu beantworten und die Einschätzung ist stark von subjektiven Erwägungen abhängig (BMG 2005). Insgesamt kommt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) jedoch in einer aktuellen Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass „die Versorgungssituation mit ambulant tätigen Ärzten in Deutschland sehr gut ist“ und es keinen „allgemeinen Ärztemangel“ in Deutschland gibt (BMG 2009). Lediglich in einzelnen Orten in den neuen Bundesländern ist aufgrund von Praxisaufgaben ein Mangel, insbesondere an Hausärzten, zu verzeichnen (BMG 2005).

Abbildung 1: Arztdichte 2007/2008 nach KV-Bezirken (Ärzte insgesamt)



Datenquelle: KBV 2008b, Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnung

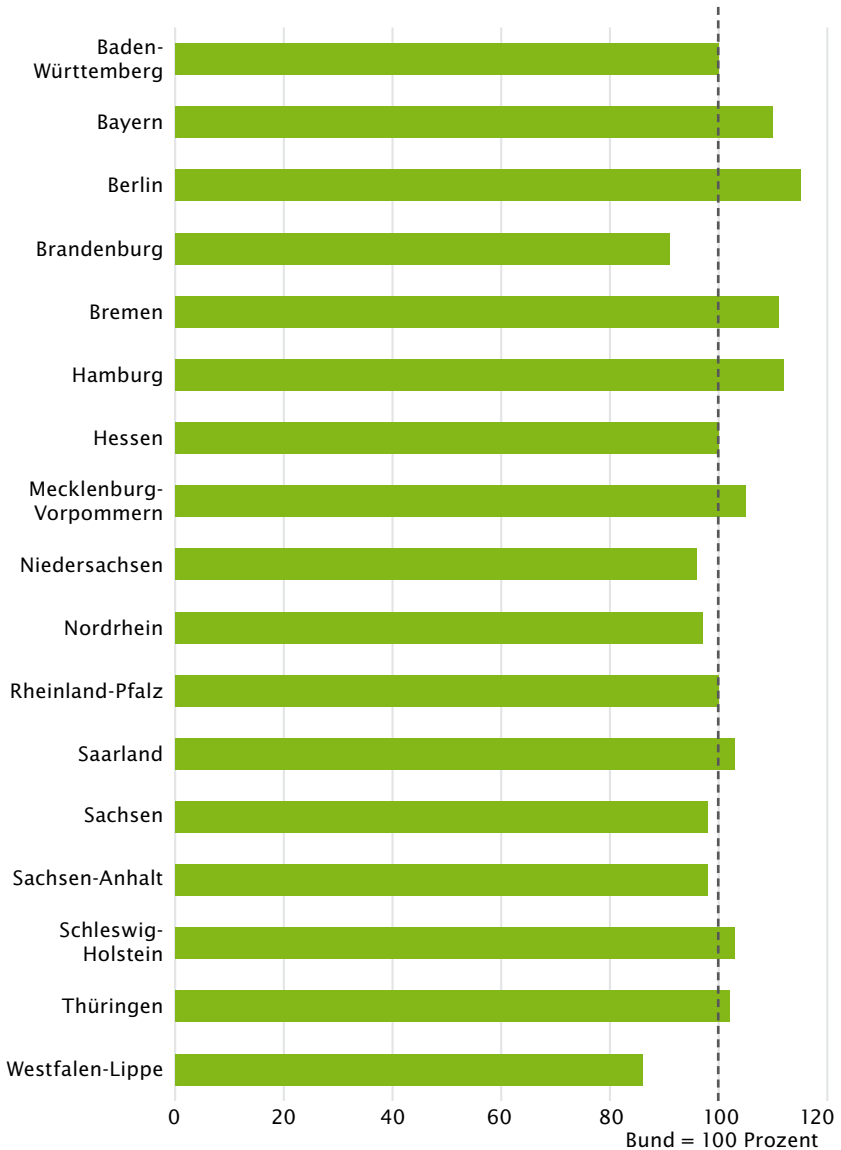
Zwar sind internationale Statistiken aufgrund der gegenwärtig unterschiedlichen Organisation der ambulanten ärztlichen Versorgung nur eingeschränkt vergleichbar, insgesamt weist Deutschland jedoch im europäischen Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Arztdichte bei ambulant tätigen Ärzten auf. Andere Länder versorgen ihre Bevölkerung mit deutlich weniger Ärzten (BMG 2009). Im internationalen Vergleich von 17 Industrieländern mit ähnlicher Versorgungsstruktur belegt Deutschland hinsichtlich der Ärztedichte den dritten Platz (WIDo 2003: 6). Bei der Facharztdichte belegt Deutschland international einen der Spitzenplätze (OECD 2007).

Innerhalb Deutschlands schwankt die durchschnittliche Arztdichte – gemessen an der Bevölkerung je an der Versorgung teilnehmenden Arzt – zwischen den Bundesländern nicht besonders stark (mit Ausnahme der Stadtstaaten). Die Werte liegen zwischen 86 Prozent (Brandenburg) und 134 Prozent (Bremen). Ähnlich „niedrige“ Arztdichten wie in den neuen Bundesländern gibt es auch in Westfalen und in Niedersachsen.

Bei der Diskussion um einen Ärztemangel steht insbesondere die hausärztliche Versorgung im Fokus. Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil der Hausärzte an allen an der Versorgung teilnehmenden Ärzten bei 44 Prozent (KBV 2008b). Die Schwankungen zwischen den Bundesländern sind hier einerseits geringer als über alle Fachgruppen, zum anderen liegt die Arztdichte im Osten auf Bundesniveau.

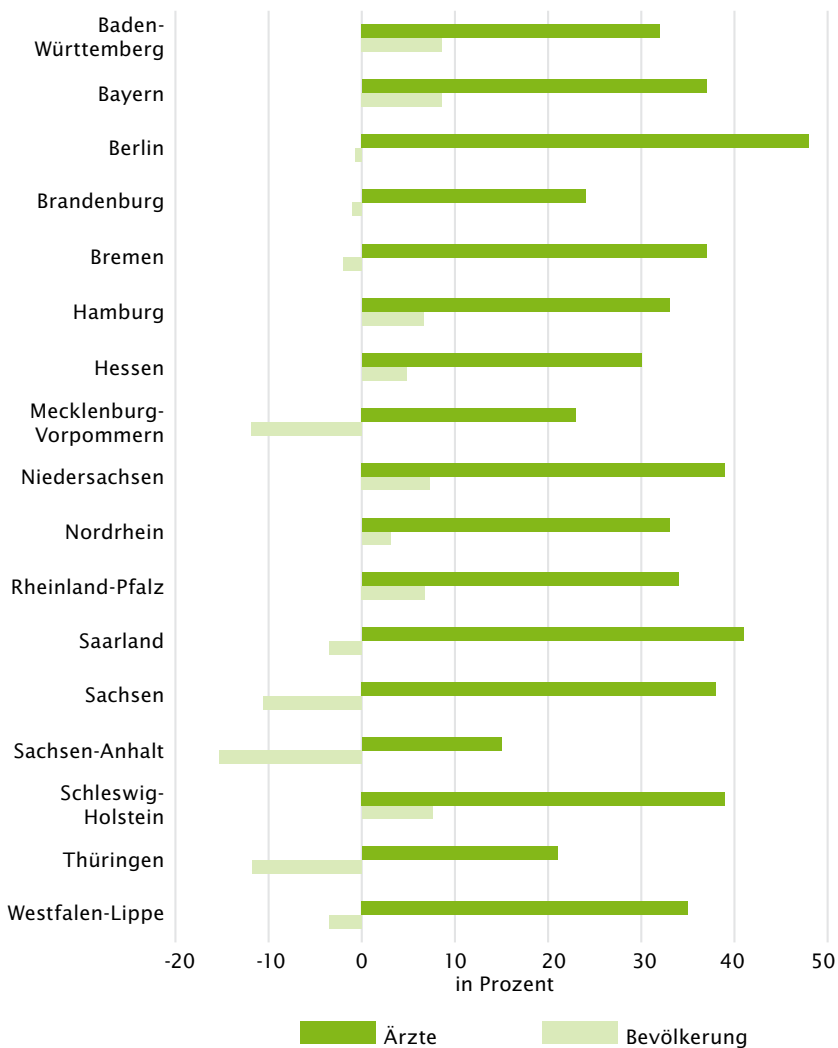
Auch bezogen auf die Gruppe der Hausärzte kann insofern kaum pauschal von einem Ärztemangel in einzelnen Bundesländern gesprochen werden. Die geringe Schwankungsbreite bei den Hausärzten (86 Prozent bis 115 Prozent) im Vergleich zur Schwankungsbreite bei allen Ärzten (86 Prozent bis 134 Prozent) verdeutlicht, dass die Schwankungen bei den Fachärzten größer sind als bei den Hausärzten.

Abbildung 2: Arztdichte 2007/2008 nach KV-Bezirken (nur Hausärzte)



Datenquelle: KBV 2008b, Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnung

Abbildung 3: Veränderung der Arzt- und Bevölkerungszahlen 1991 bis Anfang 2008 nach KV-Bezirken



Datenquelle: KBV 2008b, Statistisches Bundesamt 2008, eigene Berechnung

Der deutlichen Zunahme der Arztzahlen in den letzten beiden Jahrzehnten steht umgekehrt eine im Bund relativ konstante Bevölkerungszahl (plus drei Prozent) gegenüber. Während daraus im Bund eine um 25 Prozent höhere Arztdichte gegenüber Anfang der 1990er-Jahre resultiert, unterscheidet sich die Entwicklung in den einzelnen Bundesländern erheblich. Zwar sind in allen Bundesländern die Arztzahlen deutlich gestiegen, die Bevölkerungsentwicklung verlief jedoch sehr unterschiedlich.

Aufgrund der massiven Bevölkerungsrückgänge in den neuen Bundesländern und den gleichzeitig deutlich steigenden Arztzahlen hat sich die Arztdichte in den neuen Bundesländern sogar stärker erhöht als in den alten Bundesländern (mit Ausnahme von Brandenburg). Zwar ist die Zahl der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte in Sachsen-Anhalt, der Region mit dem geringsten Anstieg bei den Arztzahlen, „lediglich“ um 15 Prozent gestiegen, gleichzeitig ist die Bevölkerung im Betrachtungszeitraum jedoch um über 15 Prozent zurückgegangen.

Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung

Aufgrund der allgemeinen Unzufriedenheit aller Beteiligten mit der Struktur der ärztlichen Vergütung hat der Gesetzgeber eine umfangreiche Reform in die Wege geleitet.

Die Reform der ärztlichen Vergütung vollzieht sich dabei in vier Schritten:

1. Januar 2008 neuer EBM mit (mehr) Pauschalen für Haus- und Fachärzte für die Abrechnung der GKV-Leistungen
1. Januar 2009 einheitlicher Punktwert für Ärzte und Kassen und bundeseinheitliche Kriterien zur Honorarverteilung (Regelleistungsvolumina)
1. Januar 2010 Verwendung eines Patientenklassifikationssystems zur Bestimmung morbiditätsorientierter Gesamtvergütungen
1. Januar 2011 Einführung von Fallpauschalen für Fachärzte für die Abrechnung der GKV-Leistungen

Mit der dritten Stufe wird unter Umständen eine weitgehende Abkopplung der Arzthonorare von der Einnahmeentwicklung der Kassen vollzogen. Bei einer alternden und kränker werdenden Gesellschaft verspricht die (zusätzliche) Bindung der Honorare an den Faktor „Morbiditätsentwicklung“ den Ärzten künftig höhere Steigerungsraten als die bisherige (hauptsächliche) Bindung an den Faktor „Einnahmeentwicklung“.

Zwar bilden auch andere Ziele, wie beispielsweise die Erhöhung der Transparenz und verbesserte Verteilungsgerechtigkeit, den Hintergrund der Reform. Letztlich fokussieren sich jedoch die Kritik und die Forderungen der Ärzte nahezu ausschließlich auf die Höhe ihrer Vergütung. Insofern ist zu erwarten, dass jede Reform, die nicht die erwarteten Steigerungsraten und Gesamthonorare für jede einzelne Arztgruppe garantiert, in den Augen der Ärzte als gescheitert gilt.

Höhe und Entwicklung der Honorare für Arztpraxen

Mit Blick auf die widersprüchlich und ungenau geführte Diskussion um die Höhe der Arzthonorare ist es hilfreich, fünf Fragen konsequent auseinanderzuhalten:

1. Wie viel Geld erhalten die ambulant tätigen Ärzte von der GKV insgesamt?
2. Wie viel Geld erhalten die ambulant tätigen Ärzte aus sonstigen Quellen?
3. Wie viel Geld erhalten die ambulant tätigen Ärzte insgesamt?
4. Wie viel Geld verbleibt den Arztpraxen nach Abzug der Kosten (also vor Steuern)?
5. Was besagen Durchschnittswerte und Vergleiche von Durchschnittswerten?

Die Beantwortung dieser Fragen hat mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, mit Regelleistungsvolumina und mit morbiditätsorientierter Vergütung erst einmal wenig zu tun und lässt sich vergleichsweise einfach lösen. Trotzdem verlaufen Darstellung und Diskussion hier bereits

aus mehreren Gründen häufig unstrukturiert und irreführend. Geradezu klassisch sind die folgenden „Statistiklügen“:

- Es wird nicht transparent, ob es sich um Gesamthonorare oder nur um Teilbereiche davon handelt; teilweise werden sogar nur Teilmengen der GKV-Honorare in Darstellungen verwendet.
- Es werden unrealistische Praxisüberschüsse berechnet, indem die vollen Praxiskosten nur von den GKV-Honoraren abgezogen werden.
- Es werden Steigerungsraten für einzelne Arztgruppen verwendet, so dass die bei steigenden Arztzahlen gleichzeitig steigenden Gesamthonorare „verschwinden“.
- Es werden „Stundenlöhne“ berechnet, die den Eindruck vermitteln, dass die Honorierung der niedergelassenen Ärzte zwischenzeitlich weit unter dem Niveau anderer Berufe liegt (Schütze-Brief 2007).

Insgesamt erhalten die Arztpraxen in Deutschland ihre Honorare aus unterschiedlichen Quellen:

Tabelle 2: Einnahmeherkünfte von Arztpraxen

	Anteil in Prozent (2007)	
Gesetzliche Krankenversicherung	68	
Private Krankenversicherung	13	
Private Haushalte	9	beispielsweise IGeL, Praxisgebühr
Arbeitgeber, öffentliche Haushalte	8	beispielsweise Beihilfen
Unfall- und Rentenversicherung	2	

Quelle: Statistisches Bundesamt 2008

Die GKV-Honorare betragen in 2007 insgesamt 25,9 Milliarden Euro (KBV 2008b; KJ 1-Statistik 2007). Die Honorarzahungen erfolgen dabei nicht nur über Kopfpauschalen beziehungsweise für budgetierte Leistungen (21,6 Milliarden Euro), sondern zusätzlich für weitere Leistungsbereiche

wie beispielsweise Ambulantes Operieren, Früherkennungsmaßnahmen, Integrierte Versorgung, Disease-Management-Versorgung, Hausarztverträge etc. Für das Jahr 2009 beträgt die Anhebung gegenüber 2007 insgesamt 3,8 Milliarden Euro (Schütze-Brief 2009). Dies entspricht einem GKV-Gesamthonorar in 2009 von 29,7 Milliarden Euro und einem aktuellen Durchschnittswert in Höhe von 216.000 Euro je abrechnenden Arzt. Dass das vereinbarte Mehrhonorar bei den Kassenärztlichen Vereinigungen tatsächlich ankommt, verdeutlicht der Anstieg der Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung im ersten Quartal 2009 in Höhe von rund neun Prozent je Versicherten (Schütze-Brief 2009).

Tabelle 3: GKV-Honorare 1996 bis 2009

	GKV-Honorare (Milliarden Euro)	Veränderung zum Vorjahr (in Prozent)		je abrechnender Arzt (inklusive Psycho- therapeuten)
1996	20,1			188.000
1997	20,4	+ 1,5		188.000
1998	20,6	+ 0,9		187.000
1999	21,7	+ 5,1	ab 1999 inklusive Psychotherapeuten	178.000
2000	22,5	+ 3,7		181.000
2001	23,2	+ 3,4		181.000
2002	23,8	+ 2,5		186.000
2003	24,2	+ 1,5		186.000
2004	24,1	- 0,3	Praxisgebühr!	185.000
2005	24,8	+ 2,9		186.000
2006	25,6	+ 3,0		190.000
2007	25,9	+ 1,4		191.000
2008	27,8	+ 7,3		203.000
2009	29,7	+ 6,8		216.000

Datenquelle: KBV 2008b, KJ 1, eigene Berechnung

Anmerkung: Verteilung der Honorarsteigerung von insgesamt 3,8 Milliarden Euro (2007 bis 2009) hier gleichmäßig auf die Jahre 2008 und 2009.

Insgesamt steigen die GKV-Honorare für Arztpraxen seit 1996 sowohl absolut als auch trotz ständig steigender Arztzahlen seit 2005 je Arzt an. Ausnahmen bildeten lediglich die Jahre 2004 (rein rechnerische Absenkung der GKV-Honorare durch Einführung der Praxisgebühr beziehungsweise Verlagerung auf diese) und 1999 (Aufnahme der Psychotherapeuten in die Statistik der abrechnenden Ärzte). Zu den GKV-Honoraren in Höhe von knapp 25,9 Milliarden Euro kommen in 2007 weitere 12,5 Milliarden Euro Honorare aus anderen Quellen hinzu (Statistisches Bundesamt 2009).

Tabelle 4: Gesamthonorarzahlungen an Arztpraxen 2005 bis 2009
(in Milliarden Euro)

	2005	2006	2007	2008	2009
GKV	24,8	25,5	25,9	27,8	29,7
PKV	4,7	4,7	k. A.	k. A.	k. A.
private Haushalte	3,3	3,3	k. A.	k. A.	k. A.
öffentliche Haushalte und Arbeitgeber	2,8	2,9	k. A.	k. A.	k. A.
Renten- und Unfall- versicherung	0,7	0,7	k. A.	k. A.	k. A.
Summe	35,1	36,4	38,4	40,6	42,7

Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008 und eigene Berechnung

Anmerkung: Für die Jahre 2007 bis 2009 liegen nur die Zahlungen der GKV und die Gesamtsumme vor.

Die Ausgaben der privaten Haushalte umfassen insbesondere die Praxisgebühr (rund 1,5 Milliarden Euro) und sogenannte „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) (rund eine Milliarde Euro) (WIdO 2005). Insgesamt betragen die Honorare für Arztpraxen in 2006 36,4 Milliarden Euro und im Jahr 2007 38,4 Milliarden Euro (Statistisches Bundesamt 2009). Bei konservativer Fortschreibung der Nicht-GKV-Honorare/-Zahlungen um lediglich zwei Prozent pro Jahr ergeben sich für das Jahr 2009 Gesamthonorarzahlungen an Arztpraxen in Höhe von 42,7 Milliarden Euro

(29,7 Milliarden Euro GKV plus 13 Milliarden Euro sonstige Honorarzah-
lungen). Der durchschnittliche Gesamtumsatz je teilnehmenden Arzt
liegt damit bei etwa 310.000 Euro. Die Gesamthonorarzahlungen an
Arztpraxen sind, genau wie die Teilmenge der GKV-Honorare, seit 1992
kontinuierlich gestiegen (Statistisches Bundesamt 2008).

Tabelle 5: Honorarentwicklung 1992 bis 2009

	Honorare absolut (Milliarden Euro)	Steigerung (in Prozent)	Honorare je Arzt (1.000 Euro)	Steigerung (in Prozent)
1992	21,9			
1993	23,3	6,7		
1994	24,7	5,9		
1995	26,1	9,3		
1996	27,0	3,5	261	
1997	28,4	1,5	261	-0,1
1998	29,2	2,8	264	+0,3
1999	30,1	3,3	247	-6,6
2000	30,8	2,1	243	-1,6
2001	31,8	3,5	248	2,0
2002	32,8	2,9	249	0,6
2003	34,0	3,8	262	4,8
2004	34,6	1,7	265	+1,4
2005	35,1	1,7	262	-0,6
2006	36,4	3,7	270	+2,5
2007	38,4	5,4	283	+4,7
2008	40,6	5,6	297	+4,9
2009	42,7	5,3	310	+4,6

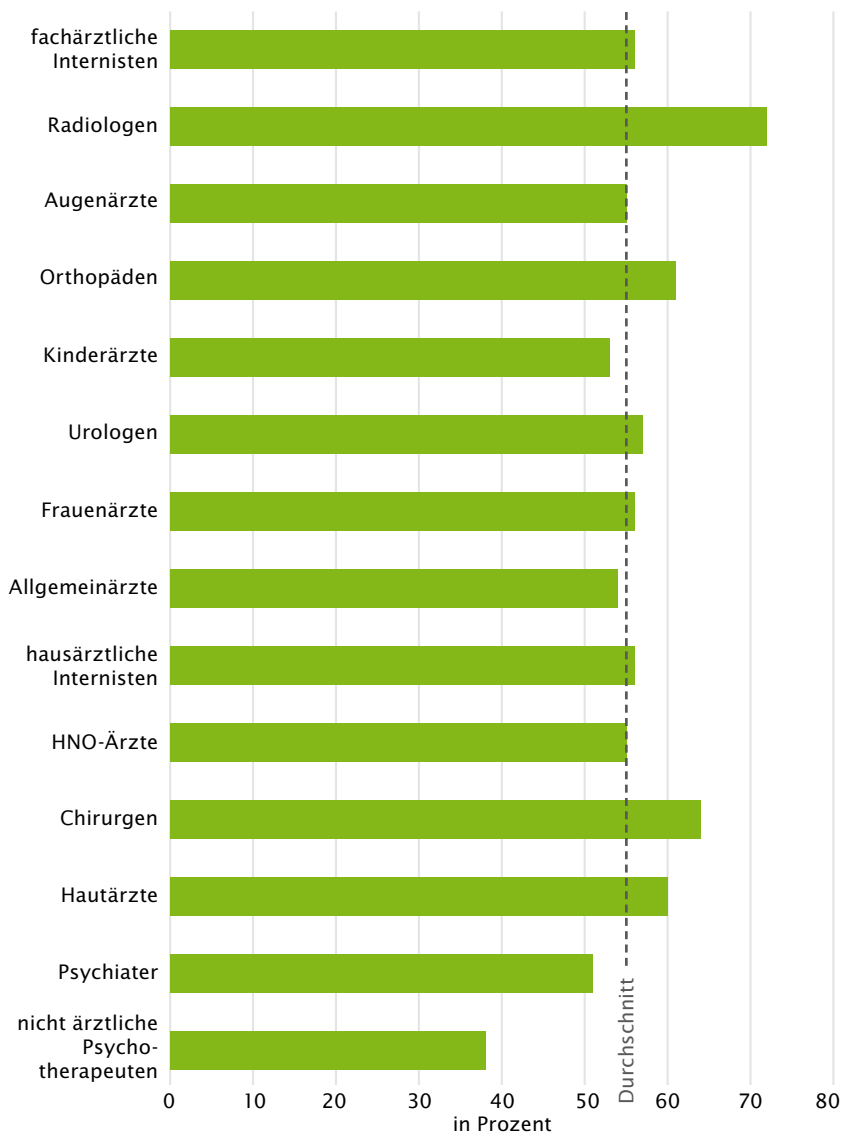
Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2008 und Statistisches Bundesamt 2001,
KBV 2008b und eigene Berechnung

Aussagen, dass die niedergelassenen Ärzte seit Jahren keine Zuwächse
oder keine Ausgleiche erhalten (Focus 2009), entbehren der Grundlage,
das Gegenteil ist der Fall – die Honorare je Arzt steigen seit vier Jahren

(wieder), und zwar erheblich und stärker als die Inflation. Selbst in den Jahren 1996 bis 2005, in denen die Gesamthonorare je Arzt nicht gestiegen sind, kam es zu einem deutlichen Anstieg der ärztlichen Gesamtvergütung (plus 8,1 Milliarden Euro). Die erheblichen Steigerungen der Gesamtvergütungen wurden lediglich durch den parallelen Anstieg der Arztzahlen „kompensiert“. Die Forderung der Ärzteschaft, im Minimum eine Einkommenssteigerung analog der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung je Arztpraxis zu erhalten, spiegelt die Erwartung wider, dass die Steigerung der Arztzahlen quasi „on top“ zu finanzieren ist. Zieht man vom durchschnittlichen Gesamtumsatz in Höhe von 310.000 Euro die durchschnittlichen Praxiskosten in Höhe von 117.000 Euro (54 Prozent des GKV-Umsatzes) ab, so verbleibt ein durchschnittlicher Gewinn (vor Steuer) je abrechnenden Arzt in Höhe von etwa 193.000 Euro. Nach der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt 2006) lag der durchschnittliche Reinertrag je Praxisinhaber in 2003 bereits bei 126.000 Euro (bei einem Reinertrag je Praxis von 164.000 Euro). Seit dem Jahr 2003 sind die Gesamthonorare um insgesamt 8,7 Milliarden Euro (das entspricht 26 Prozent) gestiegen.

Dieser Wert ist aus zwei Gründen noch ungenau: Zum einen betragen die Praxiskosten etwa 54 Prozent des GKV-Praxisumsatzes und nicht etwa 54 Prozent des durchschnittlichen GKV-Umsatzes je abrechnendem Arzt. Den etwa 137.000 abrechnenden Ärzten stehen deutlich weniger Praxen gegenüber, da alleine etwa ein Drittel der Ärzte in Gemeinschaftspraxen tätig ist (KBV 2008b). Zum anderen lag der Anteil der durchschnittlichen Praxiskosten am GKV-Gesamtumsatz vor den erheblichen Honorarsteigerungen der Jahre 2008 und 2009 bei etwa 54 Prozent. Da die durchschnittlichen Praxiskosten kaum mit den hohen Steigerungsraten der Honorare in diesen beiden Jahren Schritt gehalten haben, muss der Anteil der Praxiskosten am GKV-Gesamtumsatz zwischenzeitlich unter 54 Prozent gesunken sein. Beide Faktoren führen somit dazu, dass die Höhe der Praxiskosten hier leicht überschätzt wird.

Abbildung 4: Anteil der Praxiskosten am GKV-Umsatz



Datenquelle: Bewertungsausschuss 2009

Der Anteil der Praxiskosten an den GKV-Umsätzen schwankt, je nach Fachgruppe, zwischen 38 Prozent (nicht ärztliche Psychotherapeuten) und 72 Prozent (Radiologen).

Selbstverständlich sagt ein Wert von durchschnittlich 193.000 Euro nichts über regionale Verteilungen oder Verteilungen zwischen Arztgruppen und Arztpraxen aus. Und sicher gibt es Arztpraxen, die am Rande des Existenzminimums wirtschaften. Der Wert verdeutlicht jedoch, dass die Honorarsituation im Durchschnitt über alle Ärzte äußerst komfortabel ist. Logischerweise stehen Praxen mit unterdurchschnittlichem Gewinn Praxen mit noch höherem Gewinn gegenüber. Doch selbst das Viertel der Arztpraxen mit dem niedrigsten Einkommen erzielte im Jahr 2003 noch ein Einkommen in Höhe von 6.350 Euro brutto im Monat (Stern 2008).

Angesichts der Höhe der durchschnittlichen Praxisüberschüsse bestehen erhebliche Spielräume für Umverteilungen, um benachteiligte Regionen und/oder Fachgruppen zu entlasten. Allein aufgrund zu geringer Überschüsse einiger Praxen 30 Prozent oder 50 Prozent mehr Honorare für alle Ärzte zu fordern (bestehende Forderung der Ärzteschaft ist es, den Punktwert von 3,5 Cent auf 5,1 Cent zu erhöhen), ist, insbesondere vor dem Hintergrund der hohen Durchschnittsüberschüsse, problematisch. Kaum jemand käme auf die Idee, 30 Prozent mehr Honorar beispielsweise für alle Architekten zu fordern, nur weil einige Architekten zu wenig verdienen.

Der GKV-Umsatz schwankt nach Arztgruppen und Regionen erheblich. Bezogen auf einen Durchschnittsumsatz von 191.000 Euro (2007) liegen die Extremwerte zwischen 65.000 Euro (nicht ärztliche Psychotherapeuten) und 402.000 Euro (Radiologen). Zieht man von den GKV-Umsätzen die je nach Arztgruppe unterschiedlich hohen Praxiskosten ab, so kommt man zu den GKV-Überschüssen vor Steuer (ohne die Umsätze aus PKV, privaten Haushalten etc.). Der bundesdurchschnittliche GKV-Praxisüberschuss lag im Jahr 2007 bei 92.000 Euro. Den höchsten

GKV-Überschuss je Arzt erzielen die fachärztlich tätigen Internisten (175.000 Euro), den geringsten GKV-Überschuss die nicht ärztlichen Psychotherapeuten (40.000 Euro) (Bewertungsausschuss 2009).

Tabelle 6: Durchschnittlicher GKV-Überschuss je Arzt nach Fachgruppe (2007)

	GKV-Umsatz (1.000 Euro)		GKV-Überschuss (1.000 Euro)	
	(absolut)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (in Prozent)	(absolut)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (in Prozent)
Bundesdurchschnitt	206	Basis = 100	92	Basis = 100
fachärztliche Internisten	396	192	175	190
Radiologen	402	195	113	123
Augenärzte	222	108	100	109
Orthopäden	237	115	93	101
Kinderärzte	193	94	90	98
Urologen	198	96	85	92
Frauenärzte	190	92	84	91
Allgemeinärzte	181	88	84	91
hausärztliche Internisten	189	92	84	91
HNO-Ärzte	174	84	78	85
Chirurgen	202	98	73	79
Hautärzte	168	82	67	73
Psychiater	133	65	65	71
nicht ärztliche Psychotherapeuten	65	32	40	43

Datenquelle: Bewertungsausschuss 2009 und eigene Berechnungen

Anmerkung: Durchschnittswert beim GKV-Umsatz von 206.000 Euro ohne nicht ärztliche Psychotherapeuten; inklusive nicht ärztlichen Psychotherapeuten ergibt sich ein Durchschnittswert von 193.000 Euro.

Zu den GKV-Werten für das Jahr 2007 sind die Honorarsteigerungen für die Jahre 2008 und 2009 hinzuzurechnen sowie die insgesamt etwa

13 Milliarden Euro Honorare aus sonstigen Quellen. Regionalisiert liegen hierzu keine genauen Daten vor.

Tabelle 7: Durchschnittlicher GKV-Überschuss je Arzt nach Kassenärztlichen Vereinigungen (2007)

	GKV-Umsatz (1.000 Euro)		GKV-Überschuss (1.000 Euro)	
	(absolut)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (in Prozent)	(absolut)	Abweichung vom Bundesdurchschnitt (in Prozent)
Bundesdurchschnitt	206	Basis = 100	92	Basis = 100
Nord-Württemberg	239	111	106	115
Mecklenburg-Vorpommern	223	108	99	108
Niedersachsen	221	107	98	107
Bremen	221	107	98	107
Bayern	220	107	98	107
Süd-Württemberg	216	105	96	104
Nordbaden	215	104	96	104
Westfalen-Lippe	215	104	96	104
Sachsen-Anhalt	215	104	96	104
Brandenburg	211	102	94	102
Saarland	209	101	93	101
Sachsen-Anhalt	205	100	91	99
Hamburg	201	98	89	97
Südbaden	199	97	88	96
Rheinland-Pfalz	198	96	88	96
Schleswig-Holstein	197	96	88	96
Nordrhein	193	94	86	93
Thüringen	191	93	85	92
Hessen	184	89	82	89
Berlin	163	79	73	79

Datenquelle: Bewertungsausschuss 2009 und eigene Berechnungen

Anmerkung: Durchschnittswert beim GKV-Umsatz von 206.000 Euro ohne nicht ärztliche Psychotherapeuten; inklusive nicht ärztliche Psychotherapeuten ergibt sich ein Durchschnittswert von 191.000 Euro.

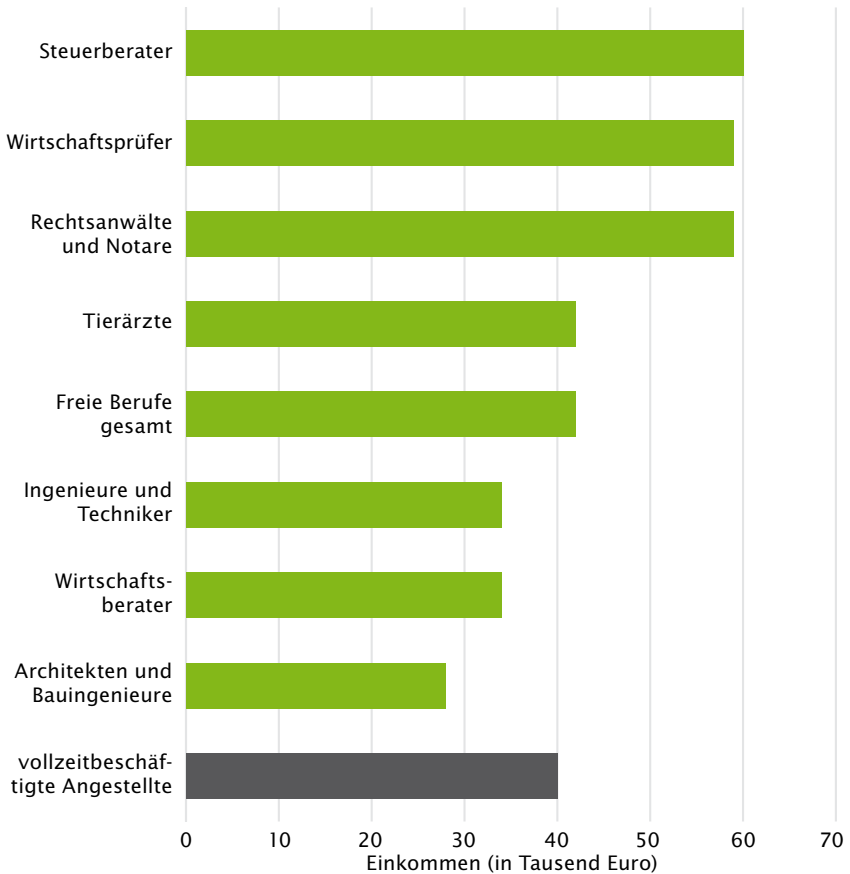
Insgesamt liegen die Privateinnahmen in den alten Bundesländern höher als in den neuen Bundesländern. Nach Arztgruppen liegen die Privateinnahmen bei Chirurgen, Augenärzten, HNO-Ärzten und Frauenärzten deutlich höher als in anderen Arztgruppen. Nach KV-Regionen werden die höchsten GKV-Umsätze und Überschüsse in Nord-Württemberg erzielt, die niedrigsten Werte weist Berlin auf.

Die erzielten Praxisüberschüsse stehen damit nach wie vor in einem guten Verhältnis zu den durchschnittlichen Kosten einer Einzelpraxisgründung in Höhe von etwa 182.000 Euro (Westdeutschland) beziehungsweise etwa 105.000 Euro (Ostdeutschland) (mittleres Gesamtfinanzierungsvolumen 2005/2006 für eine Einzelpraxis aus Praxisneugründungen und Praxisübernahmen über alle Fachgebiete). Einen detaillierten Überblick hierzu bietet die „Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2005/2006“ der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (apoBank/Zi-Berlin 2007).

Ein Vergleich mit den Durchschnittseinkommen der Bevölkerung und ausgewählten Berufsgruppen belegt die sehr gute Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte. Der durchschnittliche Bruttolohn der Arbeitnehmer liegt in Deutschland bei etwa 28.000 Euro (Mitteilung der bayrischen KK 2009), das durchschnittliche steuerpflichtige Einkommen der freien Berufe aktuell bei etwa 49.000 Euro (berechnet als eigene Hochrechnung des Durchschnittswertes des Jahres 2004 in Höhe von 42.000 Euro (BMG 2009) mit jährlich drei Prozent Steigerung bis zum Jahr 2009).

Das Durchschnittseinkommen der niedergelassenen Ärzte liegt damit aktuell etwa viermal höher als der Durchschnitt aller freien Berufe und etwa siebenmal höher als das durchschnittliche Einkommen aller Arbeitnehmer. Anders als bei einem Vergleich innerhalb der freien Berufe ist bei einem Vergleich mit den Durchschnittseinkommen abhängig Beschäftigter zu beachten, dass bei den freien Berufen zusätzliche Aufwände durch Kranken- und Rentenversicherung entstehen.

Abbildung 5: Freie Berufe, steuerpflichtige Einkommen 2004



Datenquelle: BMG 2009

Angesichts der hohen durchschnittlichen Praxisüberschüsse ist das Insolvenzrisiko für niedergelassene Ärzte, trotz mancher öffentlich vortragener Befürchtung seitens der ärztlichen Interessenvertretungen, äußerst gering. Ausgehend von etwa 110.000 Praxen bedeutet dies eine Insolvenzquote von etwa 0,1 Prozent (Statistisches Bundesamt 2009).

Von etwa 135.000 Ärzten arbeiten knapp 47.000 in Gemeinschaftspraxen, die Anzahl der Praxen liegt damit deutlich unter der Zahl der Ärzte. Aussagen, die Zahl der „Ärztepleiten“ steige rapide an (Arzt und Wirtschaft 2008: 33), entbehren der Grundlage. Es gibt keinen Berufsstand, bei dem weniger Pleite gegangen wird – und gleichzeitig so intensiv über Pleiten gesprochen wird.

Tabelle 8: Anzahl der Insolvenzen von Arztpraxen in Deutschland

	Fachärzte	Hausärzte	Insolvenzquote (in Prozent)
2007	62	58	0,1
2008	43	42	0,1

Datenquelle: Statistisches Bundesamt 2009, schriftliche Auskunft zu Insolvenzverfahren vom 6. März 2009 und 6. März 2008, Mitteilung der Bayrischen KK 2009

Anmerkung: Insolvenzquote je 10.000 Praxen; anderen Angaben zufolge liegt die Zahl der jährlichen Insolvenzen von Arzt- und Zahnarztpraxen bei insgesamt 223 (2007) beziehungsweise 165 (2008). Gegenüber 2004 (155) und 2005 (240) bleiben die Zahlen danach konstant (dpa 2006).

Nach Angaben der Creditreform liegt das Insolvenzrisiko bei Zahnärzten und Ärzten mehr als viermal niedriger als bei anderen Unternehmen (Mitteilungen der bayrischen KK 2009, Der Spiegel 2009). In 2008 betrug die Insolvenzquote mit 96 je 10.000 Unternehmen etwa ein Prozent (Creditreform 2008).

Dass die Situation der niedergelassenen Ärzte bei Weitem nicht so dramatisch ist, wie sie von Ärztefunktionären zuweilen beschrieben wird, verdeutlicht auch der Umstand, dass es keine zunehmende Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland gibt. Der Hinweis auf starke Abwanderungstendenzen deutscher Ärzte ins Ausland erfolgt häufig gerade auch vor dem Hintergrund der vermeintlich schlechten ökonomischen Rahmenbedingungen. Tatsächlich ist die Zahl der abwandernden Ärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl gering. Jedes Jahr nehmen etwa gleich

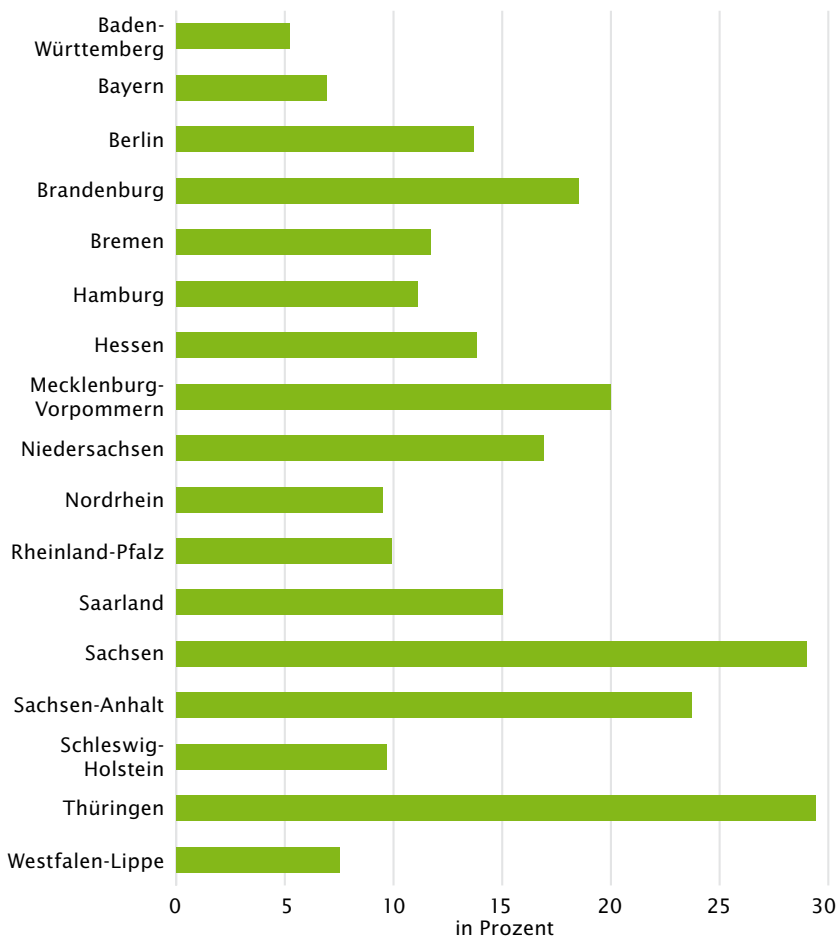
viele deutsche Ärzte eine Tätigkeit im Ausland auf wie ausländische Ärzte in Deutschland. In 2007 sind laut Bundesärztekammer etwa 2.400 Ärzte ins Ausland abgewandert, umgekehrt sind in den letzten Jahren jährlich zwischen 1.400 und 2.000 Ärzte aus dem Ausland zugewandert (BMG 2009). Von einer „Ärzteflucht aus Deutschland“ (Der Spiegel 2006) kann keine Rede sein. Entgegen immer wieder geäußerten Behauptungen ist auch die Zahl der berufstätigen Ärzte außerhalb der kurativen Versorgung über die Jahre konstant und hat zuletzt sogar abgenommen. Dass Ärzte zunehmend in nicht kurative Tätigkeitsfelder abwandern, wird durch die Statistik der Bundesärztekammer widerlegt (Bewertungsausschuss 2009).

Dass die finanziellen Auswirkungen der aktuellen Vergütungsreform auf die Honorare in allen Regionen positiv sind und nicht zu negativen Entwicklungen in einzelnen Regionen führen, verdeutlicht die nachfolgende Tabelle. Selbst für die Region mit den geringsten positiven Auswirkungen bewirkt die Reform noch eine Anhebung der GKV-Honorare um rund fünf Prozent.

Die regional unterschiedlichen Honorarzuwächse ergeben sich dabei folgerichtig insbesondere aus dem erklärten Ziel der Reform, die bisherigen Preisunterschiede bei der Vergütung der ärztlichen Leistungen zu nivellieren. In Folge dieser Angleichung profitieren tendenziell die Länder am stärksten, in denen bisher weit unterdurchschnittliche Preise gezahlt wurden. Mit einer Schieflage oder gar einem Versagen der Reform hat dies nichts zu tun, auch wenn nicht ausgeschlossen werden kann, dass es im Vergleich zum Vorjahr für einzelne ausgedeckelte Leistungen zu negativen Preiseffekten kommen kann. Zu Verschiebungen kann es selbstverständlich auch zwischen und innerhalb von Arztgruppen kommen. Solche Effekte lassen sich aber bei einer grundlegenden Honorarreform nicht vermeiden – da es ja gerade darum geht, die Vergütung anders zu gestalten.

Abbildung 6: Simulierter Honorarzuwachs 2008 und 2009

(Angaben in Prozent; Basis 2007 = 100)



Datenquelle: Bewertungsausschuss 2009

Anmerkung: nur GKV, insgesamt = inklusive ausgedeckelter Leistungen. In den Zahlen von Hamburg und Westfalen-Lippe ist ein statistischer Effekt enthalten, der sich aus der zwischen 2007 und 2009 geänderten Zuordnung der von einigen Krankenkassen (Knappschaft, Seekasse) geleisteten Zahlungen ergibt.

Fazit

In Deutschland kann angesichts der hohen Versorgungsdichte weder von einem bestehenden noch von einem drohenden allgemeinen Ärztemangel ernsthaft gesprochen werden. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte in Deutschland steigt ausnahmslos jedes Jahr, während die Bevölkerungszahl praktisch konstant ist. Lediglich in einzelnen – insbesondere ostdeutschen – ländlichen Gebieten ist die hausärztliche Versorgung nicht nachhaltig gesichert, da hier einerseits der Anteil älterer Menschen deutlich steigt und andererseits die sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen für niederlassungswillige Ärzte deutlich unattraktiver sind als in Ballungsgebieten.

Die Honorarzahungen für die niedergelassenen Ärzte steigen seit Beginn der 1990er-Jahre jedes Jahr kontinuierlich an; dabei lagen und liegen die Einkommen der Ärzte sowohl weit über dem Durchschnitt aller Arbeitnehmer wie auch weit über dem Durchschnitt aller Freiberufler. Für pauschale Klagen wie „ärztliche Leistungen müssten endlich angemessen honoriert werden“ (KVSH 2009) fehlt, insbesondere nach einer Honorarsteigerung von durchschnittlich über 25.000 Euro je Arzt innerhalb von zwei Jahren allein aus dem Topf der GKV, jede empirische Grundlage.

Vor diesem Hintergrund müssen die aktuellen Proteste und zusätzlichen Honorarforderungen der niedergelassenen Ärzte kritisch bewertet werden. Dies gilt gerade vor dem Hintergrund der noch zu erwartenden weiteren Auswirkungen der schweren Finanzkrise, die die Einkommen der die Ärzteeinkommen finanzierenden Beitragszahler negativ beeinflussen werden. Hier ist die Übernahme gesamtstaatlicher Verantwortung durch die zu den Spitzenverdienern gehörende Ärzteschaft in der finanzwirtschaftlichen Krise gefordert.

Literatur

- „10.000 Euro sind nicht genug“. Stern. 14. August 2008. S. 23.
- Berufsverband der Frauenärzte e.V. (2009): Die Kampagne für Frauen. 06/2009.
- Bewertungsausschuss (2009): Bericht des Bewertungsausschusses. 12. März 2009. www.bnfi.de/fileadmin/Dokumente/2009/mer09/g_politik/Situation_Aerzte12032009.pdf (Download 20. Juli 2009).
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2005): Bedarfssituation niedergelassener Ärzte in Deutschland. Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2008): KM 1. 01. Juli 2008.
- Bundesministerium für Gesundheit – BMG (2009): Fragen und Antworten zur Honorarreform der niedergelassenen Ärzte. 26. März 2009.
- Creditreform Wirtschafts- & Konjunkturforschung (2008): Insolvenzen, Neugründungen, Löschungen. Jahr 2008. Neuss.
- Deutsche Apotheker- & Ärztebank – apoBank und Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland – Zi-Berlin (2007): Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2005/2006. Düsseldorf/Berlin. www.apobank.de/60beratung/10existenzgruendung/40investitionen/pdf/investitionsanalyse_aerzte.pdf (Download 20. Juli 2009)
- Deutsche Presseagentur – dpa: Pressemitteilung vom 20. Januar 2006. „Editorial“. Arzt und Wirtschaft. Ausgabe 03/2009. S. 1.
- „Flucht aus Deutschland“. Der Spiegel. Heft 6/2006.
- „Jetzt sind höhere Honorare fällig“. Focus. Heft 13/2009. S. 125.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (1997): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 1997.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2008a): Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung 2008. Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV (2008b): Höchste Steigerung der Gesamtvergütung seit Bestehen der ärztlichen Selbstverwaltung. August 2008. Pressemeldung vom 28. August 2008. www.kbv.de/presse/print/12856.html (Download 20. Juli 2009).
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein – KVSH (2009): Nordlicht aktuell. Ausgabe 04.

- KJ 1-Statistik (2007): Gesetzliche Krankenversicherung: Rechnungsergebnisse sowie Angaben zum Ausgleich der Krankenversicherung der Rentner (Beitragspflichtige Einnahmen). www.bmg.bund.de/cIn_100/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Finanzergebnisse/kj1-10-Jahre.html (Download 20. Juli 2009).
- KM 6-Statistik (2008): Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort, Kassenart zum 1. Juli 2008. www.bmg.bund.de/cIn_100/nn_1168278/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken/Gesetzliche-Krankenversicherung/Mitglieder-und-Versicherte/KM6-juli-08.html (Download 20. Juli 2009).
- „Mir geht's gut“. Der Spiegel. Heft 13/2009.
- Mitteilung der bayrischen KK – BKK LV Bayern, Signal Iduna IKK, Knappschaft, LKK und vdek (Hrsg.) (2009): Fakten zur ärztlichen Versorgung in Bayern. Stand: 2. Juni 2009. München. www.bkk-lv-bayern.de/bkk-barrierefrei/seiten/aktuelles/faktenpapier.pdf (Download 20. Juli 2009).
- OECD (2007): Health Data 2007.
- Schütze-Brief (2007): Ambulante Versorgung und Verbraucherpreise im Vergleich. 14.06.2007.
- Schütze-Brief (2009): Honorarreform Ärzte: KBV und Kassen beraten nächste Reformstufe. Nummer 44/2009.
- Statistisches Bundesamt (2001): Statistisches Jahrbuch 2001. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2006): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, schriftliche Auskunft zu Insolvenzverfahren vom 06. März 2009 und 06. März 2008. In: Mitteilung der Bayerischen Krankenkassen, Fakten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Bayern, 06. April 2009.

Statistisches Bundesamt (2009): o. T. Mai 2009.

Süddeutsche Zeitung vom 16. März 1992.

Verband der Ersatzkassen e. V. – VdEK (2009): Report Niedersachsen. Mai 2009.

„Vorbeugen ist besser als Pleite“. Arzt und Wirtschaft. Ausgabe 01/2008. S. 33.

„Wir verdienen genug“. Stern 14/2003.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen – WiDO (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme. Bonn. S. 6.

Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen – WiDO und Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen e.V. (2005): Studie schätzt IGeL-Umsatz auf eine Milliarde. In: Ärzte Zeitung vom 11. Oktober 2005.

