

tergegeben, auch in MVZ Angestelltensitze mit Hausärzten/-ärztinnen nicht wiederbesetzt werden konnten und damit erloschen sind. Die Entsperrung der Anästhesistsitze geht auf das Bevölkerungswachstum zurück (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.2-1](#)).

Behandlungsfälle

Nach der Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 hat 2009 die Menge der ambulanten **ärztlichen Behandlungsfälle** erstmals wieder das Niveau von 2003 (24.295.443 Fälle) mit insgesamt 24.817.616 Fällen übertroffen und verharrte auch 2010 mit 24.708.707 Fällen auf diesem Niveau (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.19-1](#)).

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden die Fallzahlen von 2003 mit 8.049.972 Fällen nach wie vor nicht wieder erreicht, nähern sich doch allmählich wieder an - 2009 waren es 7.328.294 Fälle. Anders sieht es im **fachärztlichen Bereich** aus: Die 16.245.471 Behandlungsfälle aus dem Jahr 2003 wurden erstmals 2009 mit 17.489.322 Fällen übertroffen. In beiden Versorgungsbereichen stagnierte die Inanspruchnahme im Jahr 2010 (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.20-1](#)).

Demgegenüber nahm die Anzahl der **psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsfälle** weiter zu. 2003 erbrachten Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (PPT, KJPT), ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte, psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte mit mehr als 90 % ihrer Leistungen in der Psychotherapie, ermächtigte psychologische Ausbildungsinstitute sowie Fachärztinnen/-ärzte (FÄ) für Psychosomatik und Psychotherapie 208.628 Fälle. Allein in den letzten drei Jahren stieg deren Inanspruchnahme von 259.612 (2008) über 378.784 (2009) auf insgesamt 390.112 Fälle im Jahr 2010 an - ein bisheriger Höchststand. Dieser enormen Zunahme der Behandlungsfälle innerhalb kurzer Zeit liegt die Ausweitung der psychosomatischen Leistungen zugrunde.

gestiegene Fallzahl
aufgrund der Aus-
weitung psychoso-
matischer Leistungen

Im Hinblick auf diese Entwicklung ist zunächst zu berücksichtigen, dass im Zuge der Honorarreform ab 01.01.2009 die beiden **Honorargruppen der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer neu zusammengesetzt** worden sind. Waren bis zum 31.12.2008 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie/Nervenärzte) mit den FÄ für Psychosomatik und Psychotherapie in derselben Honorargruppe zusammengefasst, so wechselten zum 01.01.2009 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte in die andere Honorargruppe, wo sie sich seither zusammen mit den PPT, KJPT und Ärztinnen/Ärzten mit mehr als 90 % Psychotherapie-Leistungserbringung befinden. Die Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie bilden hingegen nun allein eine Honorargruppe, denn sie verstehen sich in der Ausrichtung ihres Fachgebietes anders als die anderen Fachgruppen dahingehend, die psychische und die somatische Verfassung ihrer Patientinnen und Patienten in einem ganzheitlichen Zusammenhang zu sehen und daraus therapeutische Lösungen zu finden. Aufgrund der strikten Budgetierung ihrer Leistungen bis Ende 2008 war es ihnen jedoch nur in eingeschränktem Maße möglich, neben der Psychotherapie auch psychosomatisch tätig zu werden.

Berücksichtigt werden muss also zudem, dass ihnen ihr Honorarbudget seit der Honorarreform erlaubt, in weitaus stärkerem Maße Patientinnen und Patienten auch **psychosomatisch** zu behandeln. Dies schlägt sich in deutlich gestiegenen Fallzahlen nieder: Erbrachten 2008 ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik zusammen 42.168 vor allem **psychotherapeutisch** orientierte Fälle, so wurden 2009 allein im Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie 133.687 Behandlungsfälle gezählt, im Jahr 2010 waren es sogar 135.224 Fälle. Damit sind hier die durchschnittlichen Fallzahlen pro Quartal nahezu dreimal höher als die der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen. Auch daran wird erkennbar, dass diese Fachärztinnen/-ärzte nun verstärkt

psychosomatische Krankheitsbilder unter Anwendung der Methoden, die in ihrem Gebührenordnungs-Abrechnungskapitel stehen, behandeln (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [7.19-1](#) und [7.22-1](#)).

Ambulanter Notfalldienst und Service-Leistungen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist gemäß §§ 75 Abs. 1, 311 (4 d) SGB V für die *Sicherstellung eines Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten* verantwortlich.

ÄBD führte 2010
über 153.000 Haus-
besuche durch

Der **Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD)** der KV Berlin ist darüber hinaus ein zentral geregelter Hausbesuchsdienst mit KV-eigener Leitstelle. Er steht der Bevölkerung auch weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung. Im ÄBD sind insgesamt 26 Fahrzeuge eines externen Dienstleisters im Einsatz. Im fahrenden Dienst wurden im Jahr 2010 die derzeit rd. 300 Ärztinnen und Ärzte (275 vertragsärztlich, davon überwiegend hausärztlich Tätige sowie rd. 25 nicht vertragsärztlich Beschäftigte aus Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zu rd. 153.000 Einsätzen gerufen. Sie sind schichtweise im Einsatz. Für den seit 2004 bestehenden eigenständigen Leichenschauendienst im ÄBD (Todesfeststellung und Leichenschau) sind 30 Ärztinnen und Ärzte tätig.

Neben den Hausbesuchsdiensten wird in der KV-Leitstelle täglich ein **telefonischer Beratungsdienst** von einem/einer der 30 Beratungsärzte/Beratungsärztinnen durchgeführt. Als weiteren Service bietet die ÄBD-Leitstelle Auskünfte über Adressen von wohnortnahen Haus- und Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen an (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-1](#)).

Die **KV Berlin** betreibt derzeit noch eine **eigene Erste-Hilfe-Stelle**. Diese befindet sich in Lichtenberg am Krankenhaus Lindenhof. Dort bietet die KV ausschließlich einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst mittwochs 15 bis 22 Uhr, am Wochenende und feiertags 8 bis 22 Uhr an. Alle anderen KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen wurde sukzessive wegen zu geringer Auslastung und wachsender Defizite geschlossen.

Weiterhin bestehen **zwischen der KV Berlin und Berliner Kliniken Kooperationsverträge** für Dienste niedergelassener Kinder- und Hausärzte/ärztinnen in den dortigen Rettungsstellen: eine allgemeinmedizinische und internistische Erstversorgung sowie einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in den DRK-Kliniken Mark Brandenburg (Wedding), ausschließlich kinderärztliche Bereitschaftsdienste in den DRK-Kliniken Westend (Charlottenburg) sowie im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-2](#)).

4.1.2 Kostenstrukturen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Praxen

Einen Überblick über Einkommenssituation und Wirtschaftlichkeit von ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen in Deutschland gibt die **Kostenstrukturstatistik**, die das Statistische Bundesamt im vierjährigen Turnus durchführt. Die Stichprobenerhebung mit einem Auswahlatz von 5 % der Einrichtungen erfasst die **in den Praxen erwirtschafteten Umsätze** bzw. die Einnahmen und die für die Leistungserbringung erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung. Die aktuell zur Verfügung stehenden Daten betreffen das Jahr 2007¹; Ergebnisse für das Erhebungsjahr 2011 werden voraussichtlich nicht vor 2013 vorliegen.

Arztpraxen

In der Kostenstrukturstatistik liegen für 2007 aus der Stichprobe hochgerechnete Daten für **70.917 Arztpraxen** vor, davon waren 51.673 Einzel- und 17.071 Gemeinschaftspraxen mit 51.673 bzw. 39.569 Praxisinhaberinnen und -inhabern. Für die in der Gesamtzahl enthaltenen 2.174 Praxisgemein-

¹ Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Im Internet abrufbar unter www.destatis.de/publikationen, Suchbegriff: Arztpraxen.

schaften konnten keine vollständigen Werte ermittelt werden, wegen des eingeschränkten Auswertungswerts werden die Daten im Folgenden nicht berücksichtigt. Erstmals waren Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der Erhebung beteiligt, deren Ergebnisse wurden jedoch nicht in die Kostenstatistik aufgenommen. Die MVZ gehören zu den **neuen ärztlichen Kooperationsformen**, die sich Ärztinnen und Ärzten durch das Vertragsrechtsänderungsgesetz bieten (vgl. oben Abschnitt 4.1.1). Diese vielfältigen Möglichkeiten der Berufsausübung werden zunehmend genutzt und sollen in die nächste Kostenstrukturserhebung für das Berichtsjahr 2011 einbezogen werden.

Die **Einnahmen aus selbständiger ärztlicher Tätigkeit** betrugen im Durchschnitt, d. h. im arithmetischen Mittel, 399.000 EUR je Praxis; der Median lag hingegen deutlich niedriger: die Hälfte aller Arztpraxen erwirtschafteten höchstens Einnahmen von 284.000 EUR, damit wird eine erhebliche Ungleichverteilung der Einnahmen offenbar. Das zeigt sich mehr oder weniger ausgeprägt bei allen Fachrichtungen; der relativ größte Einfluss weniger auf die Höhe der durchschnittlichen Einnahmen aller Praxen ist bei Innerer Medizin und Augenheilkunde (arithmetisches Mittel / Median in Tsd. EUR: 489 / 315 bzw. 433 / 282) festzustellen. Die höchsten Einnahmen je Praxis wurden mit durchschnittlich 2,106 Mio. EUR (Median: 1,564 Mio. EUR) in der Fachrichtung Radiologie und Nuklearmedizin erzielt, die niedrigsten in der Allgemeinmedizin und bei Praktischen Ärztinnen und Ärzten mit durchschnittlich 296.000 EUR (Median: 248.000 EUR).

Einnahmenhöhe je Praxis lässt eine erhebliche Ungleichverteilung erkennen

Die **kassenärztliche Tätigkeit** erbrachte 71 %, die **privatärztliche** 26 % der Einnahmen. 2007 wurden weniger Einnahmen auf vertragsärztlicher Basis erzielt als das im **vorangegangenen Erhebungsjahr 2003** (75 %) der Fall war, der Anteil der Einnahmen durch privatärztliche Tätigkeit hat dagegen zugenommen (2003: 22 %). Auch hier unterscheiden sich die Fachrichtungen deutlich voneinander: In der Allgemeinmedizin und bei praktischen Ärztinnen/Ärzten machte 2007 Kassenarztztätigkeit 82 % der Einnahmen aus, während sie in Praxen für Haut- und Geschlechtskrankheiten nur etwa zur Hälfte (51 %) an den Einnahmen beteiligt war.

Die Ergebnisse der Kostenstrukturstatistik sind im Wesentlichen durch die 57.397 Arztpraxen im **früheren Bundesgebiet** (einschließlich Berlin-West) geprägt, die 81 % der Gesamtmenge ausmachten, während nur etwa jede fünfte Praxis (19 % bzw. 13.520) in den **neuen Bundesländern und Berlin-Ost** zu finden war. So lagen die Einnahmen je Praxis im früheren Bundesgebiet mit 425.000 EUR verhältnismäßig nah am Bundesdurchschnittswert, dagegen ist mit 286.000 EUR ein erhebliches Gefälle zum Niveau in den neuen Ländern und Berlin-Ost zu erkennen.

Auch in der Verteilung der Einnahmequellen unterschieden Ost und West sich markant voneinander: In den Arztpraxen im früheren Bundesgebiet wurden gut zwei Drittel der Einnahmen (69 %) durch kassenärztliche Tätigkeit erwirtschaftet, der Einnahmeanteil aus privatärztlicher Tätigkeit lag bei 28 %. Eine als Einnahmequelle weitaus größere Bedeutung erlangte die Kassenarztztätigkeit in den neuen Bundesländern mit 84 % der Einnahmen, während die privatärztliche Tätigkeit hier mit einem Anteil von 12 % nur eine geringe Rolle spielten.

Durchschnittlich 52 % ihrer Einnahmen (206.000 EUR je Praxis) mussten Arztpraxen **für die Kosten aufwenden**, die ihnen durch ihr Angebot und ihre Leistungserbringung entstehen, 2003 hatte der Anteil an den Einnahmen mit 54 % (190.000 EUR je Praxis) noch um 2 %-Punkte höher gelegen. Zu den Aufwendungen gehören solche für das Personal, für Material und fremde Laborarbeiten, für Mieten und Leasing sowie für sonstige betriebliche Aufwendungen. Der größte Posten war für **Personalkosten** (einschließlich Honorare für gelegentliche Assistenz und Praxisvertretung) zu verbuchen, sie machten fast die Hälfte der Aufwendungen bzw. 2007 und 2003 gleichermaßen annähernd ein Viertel der Einnahmen (24 %) aus. Auch die Fachrichtungen wiesen nur eine geringe Spannbreite bei den Personalaufwendungen auf (niedrigster Anteil: Urologie 21 % / höchster: Kinderheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Praktische Ärztinnen/Ärzte: 25 %), und das, obwohl der statistische Mittelwert der **in den Praxen tätigen Personen** (einschließlich der

für Personalaufwendungen wurde fast ein Viertel der Einnahmen ausgegeben

Praxisinhaber und -inhaberinnen) von Fachgebiet zu Fachgebiet stark variiert, er reicht von 6,2 in den Praxen Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie und Psychotherapie bis zu durchschnittlich 22,2 Beschäftigten in Radiologie- und Nuklearmedizinpraxen. Auf alle Fachrichtungen bezogen wurden je Arztpraxis im Schnitt 7,4 Arbeitskräfte ermittelt.

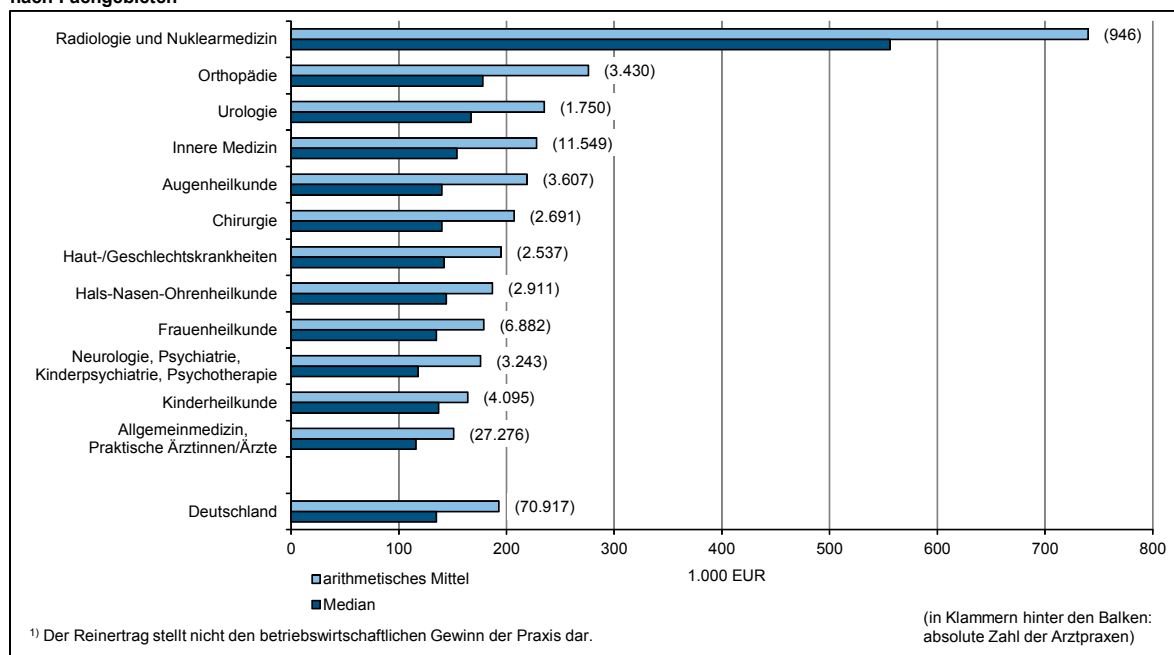
Mit Blick auf die **Aufwendungen insgesamt** sind im Gegensatz zu den Personalaufwendungen wieder große Unterschiede zwischen den Fachgebieten zu beobachten: Während ihr Anteil in Praxen der Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Kinderpsychiatrie, Psychotherapie mit 47 % der Einnahmen zu Buche schlug, war in Radiologie- und Nuklearmedizinpraxen mit 65 % ein weitaus höherer Anteil für die Leistungserbringung aufzuwenden.

Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen wird der durchschnittliche **Reinertrag einer Praxis** errechnet. Der so ermittelte Reinertrag stellt nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Praxis dar, da aus diesem Überschuss noch Zahlungen für die private Vorsorge (z. B. Alters- und Krankenversicherung der Praxisinhaber/innen und Familienangehöriger), für Versorgungseinrichtungen der Ärztinnen/Ärzte, zur Einkommens- und Kirchensteuer sowie eventuelle Aufwendungen für eine Praxisübernahme u. a. geleistet werden müssen.

Als Reinertrag blieb einer Praxis 2007 durchschnittlich etwas weniger als die Hälfte der Einnahmen (48 %), was entsprechend dem **gegenüber 2003** niedriger ausgefallenen Aufwandsanteil ein Reinertragsplus von 2 %-Punkten bedeutete. Bezogen auf die in EUR bezifferten Durchschnittswerte je Praxis (2003: 164.000 EUR / 2007: 193.000 EUR) konnten die Arztpraxen innerhalb von vier Jahren eine Zunahme des Reinertrags um 18 % verbuchen.

Wie schon bei den Einnahmen beobachtet ist auch in Bezug auf den Reinertrag eine erhebliche Ungleichverteilung festzustellen, abzulesen an der Differenz zwischen arithmetischem Mittel und Median, deren Werte 2007 je Praxis insgesamt 193.000 bzw. 135.000 EUR betrugen (vgl. Abbildung 4.1).

Abbildung 4.1:
Durchschnittlicher Reinertrag¹⁾ je Arztpraxis (in EUR) in Deutschland 2007
nach Fachgebieten



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Die Betrachtung der Praxen nach Fachgebieten zeigt für die Radiologie/Nuklearmedizin mit 35 % den niedrigsten an den Einnahmen gemessenen Reinertragsanteil, gleichwohl war hier der mit gro-

ßem Abstand höchste Reinertrag je Praxis mit durchschnittlich 740.000 EUR (Median: 556.000 EUR) zu verzeichnen. Für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte/Ärztinnen wurde mit 51 % ein über dem Durchschnitt liegender Reinertragsanteil an den Einnahmen und gleichzeitig der niedrigste Reinertrag je Praxis (151.000 EUR) ermittelt.

Ogleich 2007 in den Arztpraxen der **neuen Bundesländer und von Berlin-Ost** mit der Hälfte der Einnahmen (50 %) anteilig ein höherer Reinertrag erzielt wurde als im **früheren Bundesgebiet**, lag der dort je Praxis ermittelte Wert im Schnitt bei 142.000 EUR und damit fast ein Drittel unter dem der alten Bundesländer, für die ein durchschnittlicher Reinertrag von 205.000 EUR je Praxis errechnet wurde (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#), [11.1-2](#) und [11.1-3](#)).

Zahnarztpraxen

Im Berichtsjahr 2007 lagen hochgerechnete Daten für **40.964 Zahnarztpraxen** vor, davon hatten 32.456 ihren Standort im **früheren Bundesgebiet** (einschließlich Berlin-West) und 8.508 waren in den **neuen Bundesländern und Berlin-Ost** beheimatet. Ähnlich sah die Verteilung nach Praxisart aus: Es gab deutschlandweit 31.749 Einzel- und 8.384 Gemeinschaftspraxen.

Als durchschnittlich je Praxis erzielte **Einnahmen** wurde für 2007 ein Betrag von 462.000 EUR ermittelt, der naturgemäß bei den Gemeinschaftspraxen mit 757.000 EUR höher lag als bei Einzelpraxen mit rund 377.000 EUR. Etwa je zur Hälfte wurden die Einnahmen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV) bzw. nicht über die KZV vereinnahmt: der KZV-Anteil betrug insgesamt 52 %, in Einzelpraxen 53 % und in Gemeinschaftspraxen 50 %.

Die **Aufwendungen**, die die Zahnarztpraxen zu begleichen hatten, machten auf alle Praxen bezogen zwei Drittel (66 %) der Einnahmen aus, die Einzelpraxen mussten mit 68 % etwas mehr, die Gemeinschaftspraxen mit 62 % etwas weniger ihrer Einnahmen aufwenden. Wie bei den Arztpraxen war auch bei den Zahnarztpraxen ein erheblicher Teil der Einnahmen (23 %) für **Personalaufwendungen** zu veranschlagen, anders als bei den Arztpraxen war dies jedoch nicht der größte Kostenfaktor, sondern in Zahnarztpraxen war der durchschnittliche Aufwendungsanteil für Material und fremde Laborarbeiten sogar noch höher als der für das Personal. Im Schnitt waren im Jahr 2007 in einer Zahnarztpraxis acht **Personen tätig**, 6,7 in Einzel- und 12,4 in Gemeinschaftspraxen.

Der nach Abzug der Aufwendungen von den Einnahmen verbleibende **Reinertrag**, der nicht den betriebswirtschaftlichen Gewinn der Zahnarztpraxis darstellt (vgl. oben den Abschnitt „Arztpraxen“), ergab für 2007 einen Durchschnittswert je Praxis von insgesamt 159.000 EUR; damit konnten die Zahnarztpraxen einen um 11 % höheren Reinertrag erzielen als **vier Jahre zuvor** (143.000 EUR). Die in Einzelpraxen erwirtschafteten Reinerträge betrugen im arithmetischen Mittel 123.000 EUR und in Gemeinschaftspraxen 286.000 EUR. Die auf **regionaler Ebene** für 2007 ermittelten Werte ergaben durchschnittliche Reinerträge von 172.000 EUR im früheren Bundesgebiet und von 110.000 EUR in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#) und [11.2-1](#)).

2007 erzielten Zahnarztpraxen im Schnitt einen um 11 % höheren Reinertrag als vier Jahre zuvor

Psychotherapeutenpraxen

Die in der Kostenstrukturstatistik für 12.256 Psychotherapeutenpraxen hochgerechneten Daten betreffen **Praxen von Psychologischen** sowie von **Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen**. Psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sind nicht hier, sondern in der Wirtschaftsgruppe der Arztpraxen (siehe oben) erfasst.

In der Mehrzahl wurden die Psychotherapeutenpraxen als Einzelpraxen (11.011) geführt, die 551 Gemeinschaftspraxen machten nur einen Anteil von 4,5 % der Gesamtzahl aus. Daher unterscheidet sich die Anzahl der Praxisinhaberinnen und -inhaber (13.971) weniger von der Praxisgesamtzahl als das im ärztlichen (96.190 Inhaber/innen, 70.917 Praxen) und zahnärztlichen (51.704 Inhaber/innen, 40.964 Praxen) Bereich der Fall ist.

Mit 9.972 Praxen überwog der Bereich Psychologische Psychotherapie, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie wurde in 2.285 Praxen angeboten.

Durchschnittlich erwirtschaftete eine Psychotherapeutenpraxis im Jahr 2007 **Einnahmen** von rund 85.000 EUR, die zu 82 % als Kassenpraxis über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet wurden.

Ein Drittel der Einnahmen wurde für Personal- und Betriebskosten aufgewendet, darunter 3 % für **Personal**; damit lag der Personalkostenanteil bedeutend niedriger als bei Arzt- und Zahnarztpraxen. Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass in einer Psychotherapeutenpraxis im Mittel 1,9 Personen tätig waren, während es in einer ärztlichen Praxis durchschnittlich 7,0 und in einer zahnärztlichen 8,0 Personen gab.

Reinertrag je Inhaber/in in Psychotherapeutenpraxen fast ein Drittel niedriger als in Arztpraxen

Aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen errechnete sich ein durchschnittlicher **Reinertrag** je Praxis von 57.000 EUR (Median: 51.000 EUR). Die Berechnung je Praxisinhaber/je Praxisinhaber ergab im arithmetischen Mittel einen im Vergleich zu ärztlichen und zahnärztlichen Praxisinhaberinnen und -inhabern niedrigen Reinertrag von 50.000 EUR, im ärztlichen und zahnärztlichen Bereich lag das entsprechende Reinertragsniveau durchschnittlich 2,8-fach (142.000 EUR, ärztlich) bzw. zweieinhalbfach (126.000 EUR, zahnärztlich) höher. Auch hier ist zu beachten, dass der Reinertrag - wie oben unter Arztpraxen beschrieben - nicht gleichzusetzen ist mit dem betriebswirtschaftlichen Gewinn (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [11.1-1](#) und [11.3-1](#)).

4.2 Ambulante Morbidität

Daten über ambulante Behandlungsanlässe erstmalig personenbezogen in der Berliner GBE

Mit dem Berichtsteil „Ambulante Morbidität“ werden erstmalig im Rahmen der Berliner Gesundheitsberichterstattung Informationen zu personenbezogenen Diagnosehäufigkeiten und Behandlungsanlässen aus **Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin** präsentiert (vgl. im Anhang den Abschnitt Erläuterungen / Ambulante Morbidität). Bislang konnten zur ambulanten Morbidität nur fallbezogene

Diagnosedaten des jeweils ersten Quartals jedes Jahres ausgewertet werden. Aus diesen Daten lässt sich jedoch kein Personenbezug ableiten. Beispielsweise werden mehrere Arztbesuche einer Person aufgrund derselben Erkrankung als mehrere Behandlungsfälle gezählt. Dadurch ist die Aussagefähigkeit der fallbezogenen Diagnosedaten eingeschränkt.

Im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zwischen der KV Berlin und der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz wurden für das Abrechnungsjahr 2007 auch **anonymisierte Personendaten** zur Verfügung gestellt, mit denen die Abrechnungsdiagnosen einzelnen Patientinnen und Patienten zugeordnet werden können.

Zur **Auswertung** kamen die zur Leistungsbegründung verschlüsselten Diagnosedaten aller vier Quartale des Abrechnungsjahres 2007. Dabei wurden Diagnosehäufigkeiten nach Alter und Geschlecht sowie in der regionalen Verteilung (Planungsräume) für mehr als 2,7 Millionen Berlinerinnen und Berliner ausgewertet. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei nur um Personen handelt, die in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied oder mitversichert sind (in Berlin waren dies im Jahr 2007 87,6 % der Bevölkerung) und im Jahr 2007 mindestens einmal eine Ärztin oder einen Arzt aufgesucht haben. Diagnosen oder Behandlungsanlässe, die für eine Person mehrmals im Jahr abgerechnet wurden, wurden dabei nur einmal gezählt.

Aufgrund des bekannten **Zusammenhangs zwischen der gesundheitlichen und der sozialen Lage** wurden anhand der Systematik der lebensweltlich orientierten Räume (LOR) die Informationen zur ambulanten Morbidität mit Erkenntnissen aus den sozialstrukturellen Untersuchungen für Berlin verknüpft.