

Angestellte Ärzte in der ambulanten Versorgung – Trends, Status quo und Auswirkungen

Employed Physicians in Outpatient Care – Trends, Status Quo and Impact

Autoren

Ursula Hahn^{1, 2}, T. Müller³, B. Awe⁴, J. Koch⁵

Institute

- 1 OcuNet Verwaltungs GmbH, Düsseldorf
- 2 Institut für medizinische Biometrie und Epidemiologie, Universität Witten-Herdecke
- 3 Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Dortmund
- 4 Augenärzte am Meer, Wilhelmshaven
- 5 Augenärzte am St. Franziskus-Hospital, Münster

Schlüsselwörter

ambulante Versorgung, angestellte Ärzte, Betriebsformen, Fachgebiete

Key words

outpatient care, employed physicians, types of out-patient offices, medical specialties

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-113352>

Online-Publikation: 23.08.2016 | *Gesundh ökon Qual manag* 2017; 22: 93–103 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Dr. rer. medic. Ursula Hahn
Tannenstraße 37
40476 Düsseldorf
Tel.: ++49/1 77/5 50 24 29
Fax: ++49/2 11/30 03 91 25
Ursula.hahn@uni-wh.de

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung Der aktuelle und perspektivische Versorgungsbeitrag angestellter Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung soll insgesamt, für einzelne Betriebsformen sowie für die Fachgruppen quantifiziert werden. Quantitative wie qualitative Konsequenzen für die Versorgung werden diskutiert.

Methode Die Analyse nutzt die „Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt per 31.12.2015“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und berücksichtigt Personenzahlen und Bedarfsplanungsgewichte (BPG) (als Maß der geleisteten Arbeitszeit) angestellter und selbstständiger Ärzte in den Betriebsformen Einzelpraxen

(EP), Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sowie in den Fachgruppen.

Ergebnisse Von den per 31.12.2015 insgesamt tätigen 135 365 Ärzten entfielen auf angestellte Ärzte 19 % (nach Personen) bzw. 14 % (nach BPG). In 2015 kamen insgesamt 7537 Ärzte neu hinzu, davon 65 % (Personen) bzw. 54 % (BPG) angestellt. In EPs waren 7336 (11 %) der 69 860 dort tätigen Ärzte, in BAG 6325 (12 %) der 51 679 Ärzte, in MVZ 12 430 (90 %) der 13 826 Ärzte als Angestellte tätig. Der Anteil angestellter Ärzte in der Urologie (13 %) und in der hausärztlichen Versorgung (14 %) war am geringsten, der in der Humangenetik (69 %) und Labormedizin (81 %) am höchsten.

Diskussion und Schlussfolgerung Innerhalb weniger Jahre hat sich ein massiver Wandel in den Teilnahmeformen von Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung vollzogen. Angestellte Ärzte sind ubiquitär im Einsatz, sie sind auch in den traditionellen Betriebsformen EP und BAG und in der hausärztlichen Versorgung tätig. Allerdings variiert ihre Versorgungsrelevanz nach Betriebsformen und Fächern z. T. erheblich. Der Anteil wird übergreifend perspektivisch deutlich weiter steigen.

Angestellte Ärzte arbeiten sehr viel häufiger in Teilzeit als selbstständige Ärzte, die Arztzahl (Personen) muss zur Aufrechterhaltung des Versorgungs-Status-quo steigen. Es fehlen Studien zu möglichen qualitativen Versorgungskonsequenzen z. B. aus der Ausdifferenzierung der ärztlichen Rollen von „Kollegen“ in „Chefs“ und „Angestellte“. Diskutiert wird, dass die Versorgung in der Fläche möglicherweise besser mit angestellten Ärzten sichergestellt werden kann.

ABSTRACT

Aim The current and future relevance by employed physicians in out-patient medical care is to be illustrated on the whole, for different types of out-patient offices and for the different medical specialties. Quantitative and qualitative impact will be discussed.

Method The analysis is based on „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt per 31.12.2015“, National Association of Statutory Health Insurance Physicians, taking into account the number of persons and the working time equivalent according to the need-based planning mechanism (BPG) for employed and independent physicians. The analysis considers physicians in individual practices (EP), group practices profession (BAG) and medical care centers (MVZ) and in the different medical specialties.

Results By 31.12.2015 135 365 social health insurance-authorized physicians were registered, thereof employed 19 % (count of persons) and 14 % (count according time equivalents). 7537 physicians were newly admitted in 2015, whereof 65 % (persons) and 54 % (BPG) were employed. In EPs 7336 (11 %) of 69 860 physicians, in BAGs 6325 (12 %) of 51 679 physicians, in MVZ 12 430 (90 %) of 13 826 physicians worked as employees. The proportion of employed physicians is lowest in urology (13 %) and general practicing (14 %) and highest in human genetics (69 %) and laboratory medicine (81 %).

Discussion and conclusion Within a few years a substantial change in the occupational status of physicians participating in the outpatient medical care took place. Employed physi-

cians are by now ubiquitously; they work even in the traditional types of firm EP and BAG and in the general practitioner practices. However the quantitative relevance varies according to type of outpatient practices and medical speciality. The proportion of employed physicians will increase perspective.

Employed physicians work more often in part-time than independent physicians, to keep up the actual level of care the total number of physician (persons) must rise. Studies investigating possible qualitative consequences (e. g. because of the differentiation in roles of “colleagues” to “employer” and “employees”) are missing. Employment has been posited as having possible positive effects on regional distribution of physicians.

Ambulante Versorgung lag über Jahrzehnte nahezu ausschließlich in den Händen selbstständiger Vertragsärzte. Seit einigen Jahren steigt jedoch die Zahl angestellter Ärzte deutlich [1]. Der folgende Beitrag erläutert auf der Basis von Sekundärdaten die Entwicklung sowie den Status quo des auf angestellte Ärzte entfallenden Versorgungsanteils. Betrachtet wird die Versorgung im Überblick, nach Betriebsformen und nach Fachgruppen. Die Diskussion beleuchtet ferner die Auswirkungen auf die quantitative und qualitative Versorgung sowie Versorgungsstrukturen und geht auf Herausforderungen ein, die aufgrund des Wandels in den Teilnahmeformen neu entstehen.

Material und Methoden

Die Analyse erfolgte auf der Basis der Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt, Stand 31.12.2015“ [2]. Folgende Teilnahmeformen von Ärzten an der ambulanten Versorgung wurden unterschieden: Vertragsarzt, Partnerarzt und angestellter Arzt. Die Angaben zu Vertragsärzten und Partnerärzten wurden z. T. schon in der Basisstatistik, zum Teil aber auch in der Auswertung im Rahmen der Analyse jeweils zusammengefasst. In die Auswertung flossen nicht die Daten zu Psychotherapeuten und ermächtigten Ärzten ein.

Die KBV-Statistik verwendet unterschiedliche Abgrenzungen für Betriebsformen: In der Zählung nach kooperativen Teilnahmeformen wird zwischen Einzelpraxen (EP), Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Einrichtungen differenziert. Die Altersstruktur wird in einer abweichenden Differenzierung – nach Einrichtungen und freien Praxen – beschrieben, die Kategorie „freie Praxis“ umfasst dabei EP und BAG. Soweit vorhanden, wurde in dieser Analyse entsprechend der weitergehenden Differenzierung nach EP, BAG und Einrichtungen ausgewertet.

Die Betriebsform „Einrichtungen“ umfasst Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), Einrichtungen nach § 311 SGB V (Einrichtungen des ehemaligen Beitrittsgebiets) und kommunale Eigeneinrichtungen. Innerhalb dieser Kategorie dominieren mit großem Abstand MVZ; Tabelle 9 der ausgewerteten KBV-Statistik zeigt,

dass in 2015 von den insgesamt 12 430 in Einrichtungen tätigen Ärzten 11 840 (95 %) in einem MVZ arbeiteten. Die hohe Relevanz der MVZ in dieser Kategorie verdeutlicht auch der Abgleich der Arztlizenzen mit denen in einer weiteren speziellen Berichterstattung der KBV zu MVZ [3]. Im Folgenden wird aus Gründen der Klarheit daher statt „Einrichtungen“ der Begriff „Einrichtungen/MVZ“ verwendet.

Der Versorgungsbeitrag von Ärzten kann sowohl nach Personenzahl als auch mithilfe von sogenannten Bedarfsplanungsäquivalenten dargestellt werden: Die KBV-Statistik berichtet zu beiden Abgrenzungen. Der genehmigte zeitliche Umfang der Tätigkeit eines Arztes in der ambulanten Versorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie [4] ist Gegenstand der Genehmigung: Laut § 21 in Verbindung mit § 51 der Bedarfsplanungsrichtlinie hat ein vollzeitbeschäftigter vertragsärztlicher oder angestellter Arzt ein Bedarfsplanungsgewicht von 1, eine Vollzeitbeschäftigung (bezogen auf Kassenpatienten) setzt eine ärztliche Tätigkeit von mindestens 30 Stunden voraus. Teilzeitbeschäftigung löst Abschläge in definierten Stufen aus. Für einige der Analysen wurden im Folgenden sowohl die Werte nach Personenzahl als auch nach Bedarfsplanungsgewichten herangezogen.

Die Auswertung nach Fachgruppen greift auf die in der Bedarfsplanungsrichtlinie definierten Versorgungsebenen zurück [4]. Versorgungsebene 1 steht für „Hausärztliche Versorgung“ und umfasst Hausärzte (auch Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten); zu der „Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung“ der Ebene 2 gehören Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, ärztliche Psychotherapeuten, Urologen. Die „spezialisierte fachärztliche Versorgung“ (Versorgungsebene 3) bezieht Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen ein. Die Fachärzte der Versorgungsebene 4 „gesonderte fachärztliche Versorgung“ sind Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner.

Im Folgenden sind die in der Analyse im Detail bearbeiteten Fragestellungen und die als Quelle jeweils herangezogenen Tabellenblätter der KBV-Statistik aufgeführt.

► **Tab. 1** Vertragsärzte/Partnerärzte und angestellte Ärzte in der Abgrenzung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten absolut und in % per 31.12.2015 und Zugang in 2015; Verhältnis Bedarfsplanungsgewicht zu Personenzahl.

	Nach Personen	Nach Bedarfsplanungsgewicht	Gewicht/Personenzahl
Gesamtzahl der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte (ohne Ermächtigte), per 31.12.2015	135 365	121 222	
davon Vertragsärzte/Partnerärzte	109 274	104 267	95 %
davon angestellte Ärzte	26 091	16 955	65 %
in %	19 %	14 %	
Zugänge in 2015	7537	6266	
davon Vertragsärzte	2637	2911	110 %
davon angestellte Ärzte	4900	3355	68 %
in %	65 %	54 %	

- Ärzte gesamt nach Teilnahmeformen
 - per 31.12.2015; Abgrenzung nach Personen Tabelle 1.0, Abgrenzung nach Bedarfsplanungsgewichten Tabelle 1.0B
 - Zugang in 2015: Abgrenzung nach Personen Tabelle 7, Abgrenzung nach Bedarfsplanungsgewichten Tabelle 7.B
- Angestellte Ärzte nach Betriebsformen
 - per 31.12.2015; Abgrenzung nach Personen Tabelle 5.0
- Alter nach Teilnahmeformen und Betriebsformen, Abgrenzung nach Personen
 - Durchschnittsalter per 31.12.2015, Tabelle 3.A
 - Altersstruktur per 31.12.2015; Tabellen 3.1, 3.2, 3.3, 3.4
- Ärzte nach Teilnahmeform und Fachgruppen, Abgrenzung nach Personen
 - nach Betriebsformen per 31.12.2015; Tabelle 5
 - Zugang in 2015, Tabelle 7.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet seit 2013 (Berichtsjahr) in der dieser Auswertung zugrunde gelegten Abgrenzung nach Tätigkeitsform und Personen bzw. Bedarfsplanungsgewichten. Zur Darstellung der Dynamik im Zeitablauf erfolgt die Analyse zu „Ärzten gesamt nach Teilnahmeformen“ auch für das Jahr 2013.

Ergebnisse

Stand und Entwicklung von Ärzten nach Teilnahmeformen (Personenzählung)

In der Zählung nach Personen haben in 2015 insgesamt 135 365 Vertragsärzte, Partnerärzte und angestellte Ärzte an der ambulanten Versorgung teilgenommen (► **Tab. 1**, Spalten nach Personen, ohne Ermächtigte), davon waren 26 091 oder 19 % angestellt. Auf einen angestellten Arzt kamen in 2015 4,2 Vertragsärzte. Angestellte Ärzte waren bis 2006 eine kleine Gruppe in der ambulanten Versorgung: Zum 31.12.2006 meldete die KBV 2266 angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung [5]. Innerhalb von 9 Jahren bis 2015 hat sich ihre Zahl mehr als

verzehnfacht. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Vertragsärzte von 118 277 auf 109 247 um 8 % geschrumpft.

Entwicklung im Zeitablauf: Von den in 2013 insgesamt in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen 133 122 Ärzten waren 16 % angestellt, ihr Anteil hat damit innerhalb von 2 Jahren um 18 % zugenommen.

In 2015 waren 65 % der neu in die ambulante Versorgung kommenden Ärzte angestellt tätig (► **Tab. 1**, Spalte „nach Personen“). Der Anteil angestellter Ärzte im Zugang hat sich in den letzten 2 Jahren nur geringfügig erhöht: Schon in 2013 lag er bei 62 % und ist damit bis 2015 nur um 3 Prozentpunkte angestiegen. Die Dominanz angestellter Ärzte in der Entwicklung verschärft sich noch dadurch, dass nahezu alle ausscheidenden Ärzte (Abgänge) selbstständige Vertragsärzte waren.

Stand und Entwicklung von Ärzten nach Teilnahmeformen (nach Bedarfsplanungsgewichten)

Die genehmigte Arbeitszeit von Ärzten ist Gegenstand der Spalte „nach Bedarfsplanungsgewicht“ (► **Tab. 1**). In 2015 waren insgesamt 121 222 Ärzte nach Bedarfsplanungsäquivalenten in der vertragsärztlichen Versorgung tätig (► **Tab. 1**), gegenüber dem Berichtsjahr 2013 entspricht das einem Minus von 0,2 %. Der auf angestellte Ärzte entfallende Teil lag in 2015 bei 14 % (► **Tab. 1**) nach 12 % in 2013.

Sowohl für Vertragsärzte als auch für angestellte Ärzte gilt, dass die über Bedarfsplanungsäquivalente ausgedrückten akkumulierten Arbeitszeitäquivalente hinter der Personenzahl zurückbleiben. Die Abweichung für Vertragsärzte ist jedoch gering, das Verhältnis von Personenzahl zu akkumuliertem Bedarfsplanungsgewicht per 31.12.2015 beträgt 95 %; selbstständige Vertragsärzte sind zu einem hohen Prozentsatz in Vollzeit tätig. Der Vergleichswert für angestellte Ärzte beträgt hingegen nur 65 %. Die genehmigte Arbeitszeit für angestellte Ärzte liegt damit deutlich unter Vollzeit. Die Konsequenz aus der geringeren genehmigten Arbeitszeit angestellter Ärzte im Vergleich zu selbstständigen Vertragsärzten ist, dass der faktische quantitative Versorgungsanteil von angestellten Ärzten mit 14 % geringer ist, als es das Verhältnis nach Kopfzahl (19 %) suggeriert (► **Tab. 1**).

► **Tab. 2** Vertragsärzte/Partnerärzte und angestellte Ärzte nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten absolut und in % differenziert nach Betriebsformen per 31.12.2015, Verhältnis Bedarfsplanungsgewicht zu Personenzahl.

	Nach Personen	Nach Bedarfsplanungsgewicht	Gewicht/Personenzahl
Gesamtzahl der an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Ärzte (ohne Ermächtigte), per 31.12.2015			
Ärzte in Einzelpraxis	69 860	65 013	
davon Vertragsärzte	62 524	60 615	97 %
davon angestellt	7 336	4 398	60 %
in %	11 %	7 %	
Ärzte in Berufsausübungsgem	51 679	46 290	
davon Vertragsärzte/Partnerärzte	45 354	42 361	93 %
davon angestellt	6 325	3 929	62 %
in %	12 %	8 %	
Ärzte in Einrichtungen/MVZ	13 826	9 937	
davon Vertragsärzte	1 396	1 306	94 %
davon angestellt	12 430	8 631	69 %
in %	90 %	87 %	

Auch auf der Basis von akkumulierten Bedarfsplanungswerten bestätigt sich, dass die Mehrheit der neu in die ambulante Versorgung kommenden Ärzte als Angestellte tätig werden; der zeitliche Versorgungsbeitrag dieser Teilnahmeform an den Zugängen lag in 2015 weitgehend auf dem Niveau von 2013 (2015: 54%, 2013: 52%). Auch im Zugang blieb der ärztliche Versorgungsbeitrag nach Bedarfsplanungsgewichten hinter dem nach Kopfzählung zurück.

Angestellte Ärzte nach Betriebsformen

Angestellte Ärzte waren in 2015 in allen ambulanten Betriebsformen – Einzelpraxen (EP), Einrichtungen/MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) – tätig (► **Tab. 2**). Nach Personenzahl wie nach Bedarfsplanungsgewicht beschäftigten Einrichtungen/MVZ absolut die meisten angestellten Ärzte (► **Tab. 2**), gefolgt von EPs und BAG. In Einrichtungen/MVZ dominierte auch relativ die Anstellung, von allen dort tätigen Ärzten waren 90 % nach Personenzählung und 87 % nach Bedarfsplanungsgewicht angestellt. Im Verhältnis dazu waren die Anteile angestellter Ärzte bei EP und BAG (11 % respektive 12 % nach Personenzählung und 7 % respektive 8 % nach Bedarfsplanungsgewicht) gering. In EP kam damit ein angestellter Arzt auf 8,5 Vertragsärzte, in BAG war es ein angestellter Arzt auf 7,2 Vertragsärzte.

Das Durchschnittsalter von Vertragsärzten lag bei 54,8, von Partnerärzten bei 47,8 Jahren. Angestellte Ärzte in Einrichtungen/MVZ waren im Schnitt 50,8 und die in freier Praxis im Schnitt 50,1 Jahre alt (Tabelle 3a der KBV-Statistik).

Die prozentuale Altersverteilung nach Altersgruppen der Vertragsärzte/Partnerärzte, angestellten Ärzten in Einrichtungen/MVZ und angestellten Ärzten in freier Praxis nach Personen ist in ► **Abb. 1** wiedergegeben. Vertragsärzte wiesen die größte

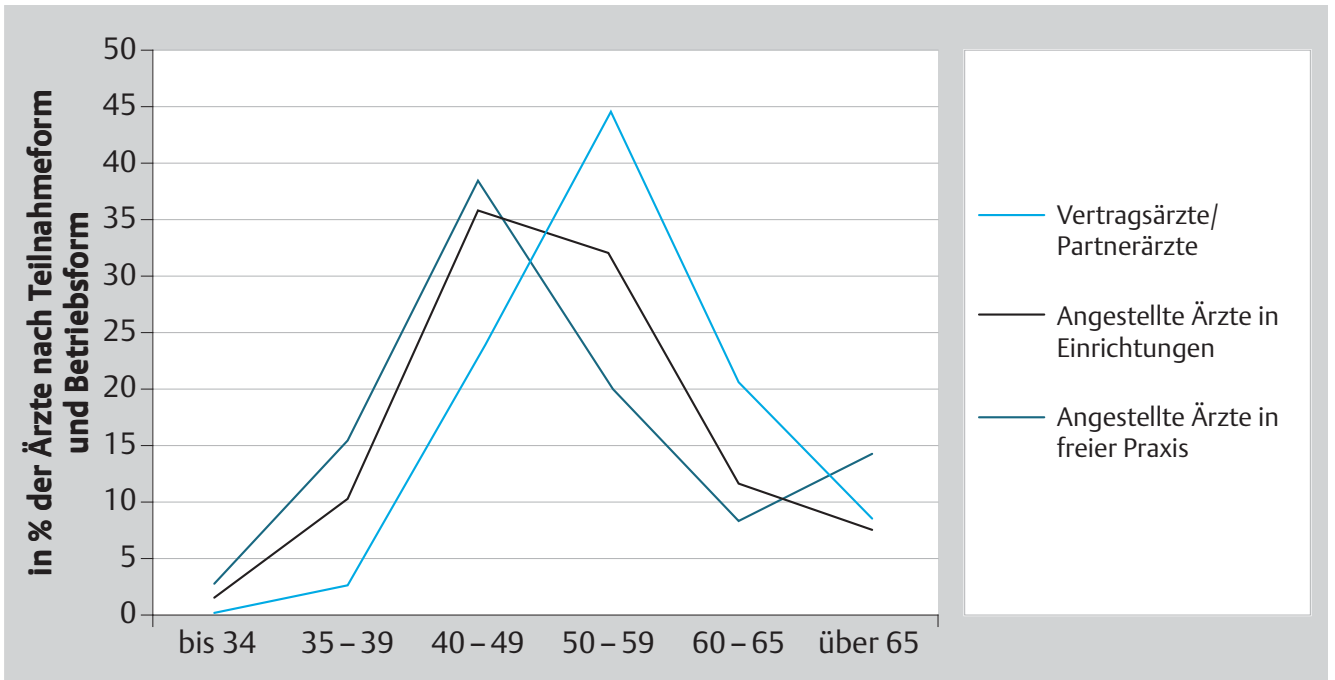
Häufigkeit in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen auf, bei den Angestellten beider hier differenzierten Betriebsformen war die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen am stärksten besetzt. Allerdings gab es bei angestellten Ärzten auch Unterschiede nach Betriebsformen: In Einrichtungen/MVZ fand sich ein höherer Anteil in der Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen. Die relative Gruppengröße der über 65-jährigen Angestellten in freier Praxis stieg leicht an.

Angestellte Ärzte nach Fachgruppen

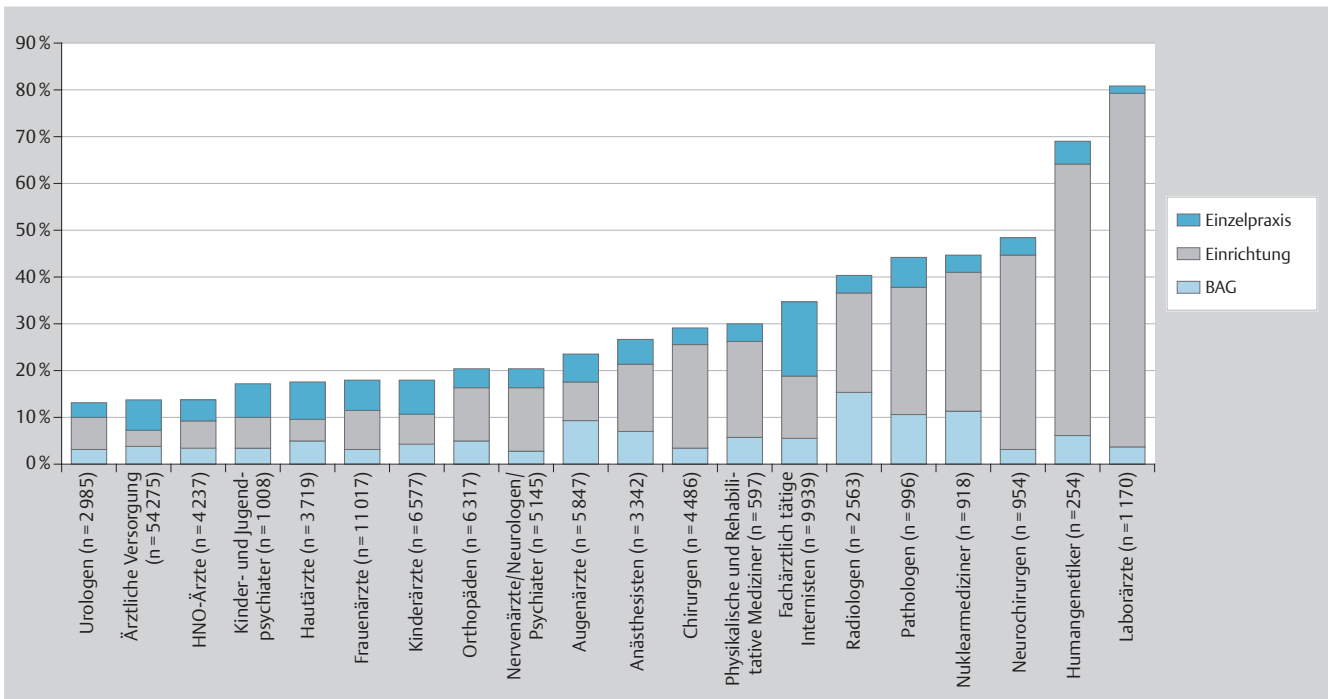
► **Abb. 2** zeigt die Anteile angestellter Ärzte (nach Personen) der Fächer untergliedert nach Betriebsformen für 2015. Die Fächer mit dem geringsten Durchdringungsgrad an angestellten Ärzten waren Ärzte der hausärztlichen Versorgung (ohne Kinderärzte), Urologen und HNO-Ärzte mit Anteilen von 13 % bis 14 %. Deutlich überdurchschnittliche Anteile von angestellten Ärzten wiesen fachärztlich tätige Internisten, Anästhesisten und Chirurgen (Anteile zwischen 27 % und 35 %) auf.

Die angestellten Ärzte waren in nahezu allen Fachgruppen mehrheitlich in Einrichtungen/MVZ tätig (► **Abb. 2**). Ein Beschäftigungsschwerpunkt in Einzelpraxen fand sich bei Fachärzten der hausärztlichen Versorgung und – in geringerem Umfang – bei Kinder- und Jugendpsychiatern, Hautärzten und fachärztlich tätigen Internisten. Ein Beschäftigungsschwerpunkt angestellter Ärzte in BAGs bestand bei Augenärzten und Radiologen.

Das Verhältnis von Bedarfsplanungäquivalenten zur Personenzahl unterscheidet sich nach Versorgungsebene: Es liegt in den Versorgungsebenen 1 (hausärztliche Versorgung) und 4 (gesonderte fachärztliche Versorgung) in beiden Ebenen 75 % über dem der Versorgungsebene 2 (allgemeine fachärztliche Versorgung (64 %) und der Versorgungsebene 3 (spezialisierte fachärztliche Versorgung (61 %).



► **Abb. 1** Altersstruktur von Vertragsärzten/Partnerärzten, angestellten Ärzten in Einrichtungen und in freier Praxis (2015).



► **Abb. 2** Anteil angestellter Ärzte nach Personenzahl nach Fachgruppe und Betriebsform (2015).

In 2015 machten angestellte Ärzte bei allen Fächern – auch denen mit geringem Durchdringungsgrad im Bestand – mehr als die Hälfte der neu in die Versorgung kommenden Fachärzte aus, der Durchschnitt über alle Fächer lag bei 65%. Die Anteile betragen bei Fachärzten für Allgemeinmedizin 63%, bei Urologen 55% und bei HNO-Ärzten 65%. Den Spitzenwert erreichten Strahlenthera-

peuten: Nahezu alle neu hinzukommenden Ärzte (konkret 98%) wurden angestellt. Nach Versorgungsebenen ergibt sich folgendes Bild: In Versorgungsebene 1 (hausärztliche Versorgung) lag der Anteil Angestellter bei neu in die vertragsärztliche Versorgung kommenden Ärzten bei 64%, in Versorgungsebene 2 (allgemeine fachärztliche Versorgung) bei 59%, in der spezialisierten fachärzt-

lichen Versorgung bei 74 % und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung bei 90 %.

Diskussion

Innerhalb weniger Jahre hat sich ein massiver Wandel in den Teilnahmeformen von Ärzten in der ambulanten Versorgung vollzogen. Früher waren nahezu alle Ärzte selbstständig als Vertragsärzte tätig, für neu hinzukommende gab es dazu keine wirkliche Alternative. Das hat sich spätestens seit 2006 fundamental geändert – die Anstellung ist in der ambulanten Versorgung angekommen. Anstellung gehört in allen Betriebsformen und Fachgruppen zum Alltag, dabei verbleiben Unterschiede im Detail. Anstellung ist auch nicht (mehr) nur ein Phänomen junger Mediziner. Die Altersverteilungen von selbstständigen Vertragsärzten/Partnerärzten und angestellten Ärzten nähern sich an, das Durchschnittsalter angestellter Ärzte liegt nur wenige Jahre unter dem ihrer selbstständigen Kollegen (► **Abb. 1**).

Noch beeindruckender als der Bestandsanteil angestellter Ärzte per ultimo 2015 war ihr prozentuales Gewicht bei den Zugängen zur ambulanten Versorgung mit Abschluss der Facharztprüfung: Nur ungefähr jeder Dritte aus dieser Gruppe wählte die Selbstständigkeit. Diese Tendenz zeigt sich schon in den Daten aus 2013. Selbst in Fächern mit bislang prozentual geringerem Angestelltenbestand entscheiden sich deutlich mehr als die Hälfte für die abhängige Beschäftigung. Diese deutliche Priorität für angestellte Tätigkeit im Zugang ist einer der maßgeblichen Einflussfaktoren, warum sich die relative Bedeutung der Tätigkeitsformen verschiebt: Der Anteil angestellter Ärzte (Abgrenzung nach Personen) stieg innerhalb von nur 2 Jahren (2013 bis 2015) um 18 % von 16 % auf 19 %.

Zwar ist der Startteilnahmestatus in die ambulante Versorgung nicht bei allen Ärzten von Dauer: Es ist durchaus üblich, dass Ärzte, die nach einer Weiterbildung in einer Klinik als selbstständige Vertragsärzte in eine Berufsausübungsgemeinschaft einsteigen wollen, erst mal dort eine „Probezeit“ im Angestelltenstatus absolvieren. Andererseits wechseln niederlassungswillige Ärzte mit Weiterbildung in der ambulanten Versorgung nach Abschluss der Facharztprüfung nicht sofort den Teilnahmestatus: Sie bleiben erst mal Angestellte, bis sich eine geeignete Gelegenheit ergibt. Außerdem finden sich vereinzelt Berichte von Kassenärztlichen Vereinigungen, dass Berufsneulinge nach einer Zeit der Anstellung in einer Eigeneinrichtung der KV in die Selbstständigkeit wechseln [6, 7]. Diese Effekte lassen sich jedoch nicht quantifizieren, es fehlen entsprechende Daten. Aber selbst wenn die Anstellung für viele der Zugänge nur ein transitorischer Zustand ist, in Anbetracht der insgesamt überwältigenden Tendenz zur Anstellung werden viele auch perspektivisch im Anstellungsstatus verbleiben.

Vereinzelt ist zu hören, dass Niederlassungswillige bei der Vergabe von Sitzen nicht zum Zuge kommen, weil größere arbeitgebende Betriebe bessere (finanzielle) Möglichkeiten hätten, frei werdende Praxissitze zu kaufen, um sie anschließend mit angestellten Ärzten zu besetzen [8, 9]. In Abhängigkeit von Region, Fach und konkreter Wettbewerbsslage ist auch diese Konstellation durchaus vorstellbar. Allerdings spricht wenig dafür, dass es sich

dabei um einen relevanten Trend handelt. Die Studienlage und die praktische Erfahrung abgabewilliger Praxisinhaber stützen die ungebrochen hohe Präferenz junger Ärzte zur Anstellung (siehe unten). Zudem werden niederlassungswillige Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) deutlich und nachdrücklich unterstützt [10]; die KVen respektive die Zulassungsausschüsse nutzen dazu auch gesetzliche Möglichkeiten: So können sich MVZ nur nachrangig nach selbstständigen Vertragsärzten um frei werdende Sitze bewerben (103 Abs. 4c S. 3 + 4, Sozialgesetzbuch V).

Ein Ende des Trends zur Anstellung der Nachwuchsärzte ist nicht zu erkennen. Alle Befragungen aus jüngster Zeit von Studenten, Weiterbildungsassistenten und Fachärzten berichten konstant, dass sich die nachrückende Medizinergeneration mehrheitlich Vereinbarkeit von Familie und Beruf, eine planbare zeitliche Belastung, ein geringes (finanzielles) Risiko und Teamarbeit wünscht [17 – 22], alles Merkmale, die mit Selbstständigkeit nur schwer vereinbar sind. Aufgrund der hohen Nachfrage nach Ärzten [23] sind die Bedingungen gut, die eigenen Vorstellungen auch durchzusetzen. Die geringe Neigung, sich niederzulassen, zeigen viele Erfahrungsberichte von Praxisinhabern, die vergeblich selbstständige Nachfolger suchen [13, 24].

Die Gruppe der angestellten Ärzte speist sich nicht nur aus den Nachwuchsärzten: Auch unter den heute schon älteren und in der ambulanten Versorgung bereits selbstständigen Ärzten kann sich ein kleiner Teil eine Anstellung vorstellen [11]. Das bestätigen auch Befragungen von Vertragsärzten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus 2012 und 2014 [12, 13]. Zudem geht die Umwandlung von BAGs in MVZ insbesondere in der Rechtsform der GmbH regelhaft mit einem Wechsel im Teilnehmerstatus von der Selbstständigkeit zur Anstellung einher [14 – 16]. Auch bei der Gründung von MVZ durch Krankenträger kommen ältere (vormalige Krankenhaus-)Ärzte als Angestellte neu in die vertragsärztliche Versorgung [15].

Die ambulante Versorgung ist mitten in einem Umbruch der Teilnahmeformen. Es verwundert, dass eine so gravierende Änderung bislang weitgehend ohne öffentlich ausgetragene Konflikte erfolgte. Dabei sind die Felder für potenzielle Konflikte zahlreich: im Rollenverständnis von „Kollege Chef“ und „Kollege Angestellter“ [1], im kollektiven beruflichen Selbstverständnis, aufgrund von natürlichen Interessenunterschieden zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern, zwischen arbeitgebenden und nicht arbeitgebenden selbstständigen Vertragsärzten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) werben zwar für die Selbstständigkeit [10], öffnen sich aber mittlerweile institutionell auch für angestellte Ärzte [1, 25] u. a. durch Gründung von „beratenden Fachausschüssen für angestellte Ärzte“ (http://www.kbv.de/media/sp/Satzung_der_KBV.pdf).

In allen Betriebsformen arbeiten angestellte Ärzte

Selbstständige Vertragsärzte beschäftigen in allen Betriebsformen ärztliche Kollegen. Prozentual waren angestellte Ärzte 2015 in Einrichtungen/MVZ häufiger anzutreffen als in den klassischen Betriebsformen EP und BAG (► **Tab. 2**). Diese Verteilung über-

rascht nicht: Die 2004 eingeführte Betriebsform MVZ wurde u. a. auf das Ziel hin konzipiert, die Teilnahmeform für ärztliche Berufsausübung zu flexibilisieren [26]. Aber auch in EP und BAG arbeiteten angestellte Ärzte, sie erreichen auch in diesen Betriebsformen mit 11%/12% (nach Personen) bzw. 7%/8% (nach Arbeitszeitäquivalenten) einen relevanten quantitativen Versorgungsanteil [1]. Immerhin 8% der Einzelpraxisinhaber (n = 5632, Tabelle 5 der KBV-Statistik) betrieben faktisch keinen „Ein-Arzt-Betrieb“ mehr, der durchschnittliche arbeitgebende Einzelpraxisinhaber beschäftigte mit 1,3 ärztlichen Mitarbeitern dabei im Schnitt sogar mehr als einen Kollegen. Wie hoch der Prozentsatz der anstellenden BAGs bzw. der Einrichtungen/MVZ war, lässt sich nicht quantifizieren; die Berichterstattung der KBV berücksichtigt ausschließlich die Zahl der Ärzte nach Betriebsform und nicht die Zahl der Betriebe. KVen berichten, dass angestellte Ärzte auch in Arztnetzen tätig waren. Das gilt immer dann, wenn ein am Netz beteiligter ambulanter Betrieb angestellte Ärzte beschäftigt.

Auf lediglich graduelle Unterschiede im Einsatz von Angestellten nach Betriebsformen weisen die Altersstrukturen (► **Abb. 1**) hin: Der durchschnittliche angestellte Arzt in einer Einrichtung/MVZ war 2015 kaum älter als der in freier Praxis (► **Abb. 2**), und das, obwohl Einrichtungen/MVZ schon länger auf Anstellung von Ärzten setzen als klassische Betriebsformen. Ein Spezifikum der Angestellten in freien Praxen dürfte zu dieser Nivellierung beitragen: Die Zahl der angestellten Ärzte jenseits von 65 Jahren nahm in freier Praxis wieder (leicht) zu (► **Abb. 1**). Es spricht viel dafür, dass es sich dabei um eine überleitende Mitarbeit des Althinhabers ohne perspektivische Versorgungsrelevanz bzw. Strukturwandel handelt.

Ob ein ärztlicher Betrieb anstellt, hängt auch von den rechtlichen, steuerlichen und finanziellen Rahmenbedingungen dafür ab. In der Vergangenheit hat sich der Gesetzgeber als Schrittmacher für die Flexibilisierung der Zulassungsbedingungen betätigt, so dass Anstellung mittlerweile betriebsformübergreifend leichter möglich ist. Trotzdem sind derzeit noch Hürden vorhanden. So ist in EP, BAG und MVZ in der Rechtsform der GbR die Zahl angestellter Ärzte begrenzt, sie ist an die Person eines selbstständigen Vertragsarztes gebunden. Der in Person arbeitgebende selbstständige Arzt hat gegenüber seinen selbstständigen Kollegen einen strategischen Vorteil. Wechselt er die Berufsausübungsgemeinschaft, dann nimmt er angestellte Sitze mit. Auch steht die Harmonisierung mit dem Steuer- und dem Sozialversicherungsrecht aus. Ein selbstständiger Vertragsarzt ist als Angehöriger eines freien Berufs von der Gewerbesteuer befreit, wenn er „aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird“ (§ 18 Abs. 1 Nr. 1 S. 3 Einkommensteuergesetz (EStG)). Er bleibt es auch bei Anstellung von Kollegen, wenn er aufgrund seiner Fachkenntnisse durch regelmäßige und eingehende Kontrolle maßgeblich auf die Tätigkeit des angestellten Fachpersonals Einfluss nimmt (16.07.2014, Az.: VIII R 41/12). Wenn das Motiv für die Anstellung eine Erweiterung des fachlichen Spektrums der Praxis oder der Betrieb eines zusätzlichen peripheren Standorts ist, können steuerliche Normen und Versorgungsaspekte kollidieren. Die Konsequenzen sind wettbewerbsrelevant: Eine eventuelle Gewerbesteuerpflicht erstreckt sich auf den gesamten Gewinn der Berufsausübungsgemeinschaft und nicht nur auf die Umsätze, die der angestellte Arzt erwirtschaftet hat.

Für den arbeitgebenden Arzt bzw. die Einrichtung ist die Beschäftigung von angestellten Ärzten zudem mit höherem zeitlichem Aufwand respektive Kosten verbunden: Dazu gehören neben den fachlich und disziplinarisch kontrollierenden und disponierenden Aufgaben die Umsetzung von gesetzlichen Vorschriften, z. B. die Einhaltung von Arbeitnehmerrechten (in Anbetracht des hohen Anteils von Frauen unter den angestellten Ärzten sind hier insbesondere auch die Arbeitsschutzgesetze speziell mit Blick auf Schwangerschaft und Geburt hoch relevant), Haftungsübernahme und Beratungsleistungen. Dieser Aufwand wird in den Gebührenordnungen derzeit nicht abgebildet und ist damit potenziell ein Wettbewerbsnachteil gegenüber nicht anstellenden ambulanten Betrieben.

Angestellte Ärzte in allen Fachgruppen

Die Anstellung von Ärzten durchdrang alle hier betrachteten Fachgruppen (► **Abb. 2**), es lässt sich jedoch eine gewisse mit den Versorgungsebenen der Bedarfsplanungsrichtlinie korrespondierende Relevanz von Anstellung feststellen. In den von Ärztemangel besonders betroffenen Fächern der Versorgungsebenen 1 (hausärztliche Versorgung, konkret hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internisten) und 2 (allgemeine fachärztliche Versorgung, konkret Urologen, HNO, Kinderärzte, Hautärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Nervenärzte/Neurologen/Psychiater, Augenärzte und Chirurgen) lag der Anteil angestellter Ärzte (nach Personen) 2015 bei 14% respektive 18% [27 – 29]. In Fächern der Versorgungsebene 3 (Kinder- und Jugendpsychiater, fachärztlich tätige Internisten, Anästhesisten, Radiologen) erreichte der Anteil angestellter Ärzte 29% und in der Versorgungsebene 4 (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner) 73%.

Im Zugang waren die Unterschiede in den Anteilen angestellter Ärzte nach Versorgungsebenen weniger gravierend als bei den Bestandswerten (Bandbreite von 64% bis 90%). In der hausärztlichen Versorgung lag er sogar noch leicht über dem der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (64% versus 59%). Perspektivisch kommt angestellten Ärzten in allen Versorgungsebenen eine wachsende Bedeutung zu. Die Daten zeigen dabei jedoch Unterschiede: Schon heute sind in der Versorgungsebene 4 die angestellten Ärzte der Regelfall und selbstständige Ärzte die Ausnahme. Eine in diese Richtung zeigende Umschichtung ist in der Versorgungsebene 3 bereits zu erkennen. In den Versorgungsebenen 1 und 2 geht die Entwicklung zwar langsamer vonstatten, aber auch hier entwickelt sich die Tätigkeitsform Anstellung zulasten der Selbstständigkeit.

Die Gründe, warum selbstständige Vertragsärzte Kollegen einstellen, dürften fachspezifisch Unterschiede aufweisen. Alle Fachgruppen sind mit den geänderten Präferenzen der nachrückenden Medizinergeneration konfrontiert: Scheidet ein selbstständiger Arzt z. B. aus Altersgründen aus einer BAG aus, wird er ggf. nur durch einen angestellten Arzt ersetzt werden können. Die Möglichkeit zur Anstellung wird aber von einigen Ärzten auch als Chance zum Wachstum verstanden. Die Komplexität gemein-

samer Unternehmensführung steigt mit der Zahl der Mitunternehmer. In der Vergangenheit mussten die Partner von Gemeinschaftspraxen entweder die Nachteile fehlender Entscheidungsfähigkeit des Wachstums tragen oder alternativ mit kleineren Organisationseinheiten vorlieb nehmen. Über die Anstellung von Ärzten kann die operative Tätigkeit ausgedehnt werden, ohne dass die Abstimmungserfordernisse mit Mitgesellern im gleichen Maße ansteigen. Andere Gründe für Anstellung dürften sein, dass Fächer mit breit aufgefächertem Spektrum an Diagnostik und Therapie nur mit mehreren spezialisierten Ärzten die große fachliche Bandbreite anbieten können; ein wettbewerbsintensives Umfeld verstärkt dabei noch den Druck zur Zusammenarbeit. Anstellung begünstigende Faktoren sind zudem hoher Technisierungsgrad und damit einhergehend Investitionskosten und die Skalierbarkeit von Leistungen.

Verändern angestellte Ärzte die Versorgung?

Aus dem Blickwinkel der Gestalter des Gesundheitswesens ist eine quantitative und in der Fläche ausreichende sowie gute qualitative Versorgung das wesentliche Ziel. Der Wandel in den Teilnahmeformen von Ärzten der ambulanten Versorgung ist hier nur relevant, wenn sich daraus Konsequenzen für diese Zielgrößen ergeben.

Quantitativer Versorgungsbeitrag: Angestellte Ärzte stellen weniger Versorgungszeit zur Verfügung

Ein augenfälliger Unterschied zwischen Ärzten der verschiedenen Teilnahmeformen betrifft die Arbeitszeit: Angestellte Ärzte arbeiteten 2015 deutlich häufiger in Teilzeit als selbstständige Vertragsärzte (► **Tab. 1**). Nach dieser Analyse stellte der durchschnittliche angestellte Arzt rund 1/3 weniger ärztliche Arbeitszeit bereit als der selbstständige Vertragsarzt. Die Tendenz zu Teilzeitarbeit angestellter Ärzte lässt sich nicht an bestimmten Kriterien wie z. B. gesprächs- oder technikintensiven Versorgungsinhalten festmachen: So ist das Verhältnis von BPG zu Personenzahl in der hausärztlichen Versorgung (Ebene 1) und der spezialisierten Versorgung (Ebene 4) gleich hoch und der Ausnutzungsgrad deutlich besser als in der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (Ebenen 2 und 3).

Eine noch größere Diskrepanz berichtet das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) auf der Basis einer Befragung in Vertragsarztpraxen in 2010. Demnach kommen Vertragsärzte – vergleichbar zu Selbstständigen anderer Branchen – auf eine wöchentliche Arbeitszeit von 50 Stunden [30, 31]. Die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von angestellten Ärzten betrage hingegen nur 25 Stunden. Laut ZI arbeiten angestellte Ärzte damit gerade einmal halb so viel wie selbstständige Ärzte.

Eine Ursache für die Abweichung dürfte sein, dass die Gewichte laut Bedarfsplanungsrichtlinie nicht stundengenau sind: Ab ei-

ner wöchentlichen Arbeitszeit von 30 Stunden gilt ein Arzt als voll zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen; der Arzt wird mit einem vollen Bedarfsplanungsgewicht geführt. Die Auswertung des Zentralinstituts bietet trennschärfere Angaben als das Bedarfsplanungsgewicht und bildet damit vermutlich die Realität besser ab. Teilzeitarbeit als prägendes Element ist damit in der ambulanten Versorgung sogar stärker ausgeprägt als im stationären Sektor: Die in dieser Analyse zur Bemessung der ärztlichen ambulanten Arbeitszeit herangezogenen „Bedarfsplanungsäquivalente“ spielen für stationär tätige Ärzte keine Rolle und werden daher nicht berichtet. Hilfsweise kann jedoch das vom Statistischen Bundesamt erfasste Verhältnis von Personenzahl im Krankenhaus tätiger Ärztinnen und Ärzte (169 528) zu „Vollkräften“ (150 757) (Basisjahr 2014) herangezogen werden [32]. Es lag mit 89% deutlich über dem Verhältnis von Personenzahl zu Bedarfsplanungsäquivalenten von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung (65%, ► **Tab. 1**).

Das vermeintliche Paradoxon der persistierenden Unterversorgung in der ambulanten Versorgung trotz steigender Zahl dort tätiger Ärzte löst sich im Lichte der Ergebnisse dieser Analyse auf: Bei steigender Zahl angestellter Ärzte mit im Schnitt deutlich niedrigeren Arbeitszeiten muss die Zahl der Versorger zur Aufrechterhaltung des Status quo der Versorgung [27, 33–37] ansteigen. Sollte sich zeigen, dass angestellte Ärzte im Schnitt auch eine geringere Produktivität haben – dazu fehlen allerdings derzeit noch aussagekräftige Studien –, begründete dies eine weitere Versorgungslücke.

Unterschiede im qualitativen Versorgungsbeitrag?

Ob die Art der Teilnahmeformen (also Selbstständigkeit versus Anstellung) Auswirkungen auf die qualitative Versorgung hat, war bislang nicht Gegenstand wissenschaftlicher Studien. Die Qualität der medizinischen Versorgung wird von vielen Faktoren beeinflusst. Neben Zustand und Güte der technischen Ausrüstung, Verfügbarkeit und Strukturen sowie Qualifikation aller an der Versorgung Beteiligten kommt den Rahmenbedingungen der Tätigkeit und der Motivation von Ärzten sicher eine wichtige Rolle zu. Zu erwarten wäre, dass die Teilnahmeform ein relevanter Einflussfaktor des beruflichen Verhaltens ist [38], Rollencharakteristika, finanzielle Anreize, organisatorische Einflüsse und in Grenzen auch politische Rahmenbedingungen unterscheiden sich stark.

Die Verhaltensökonomie hat die vereinfachende Annahme, der Mensch sei als homo oeconomicus ein allein rational egoistisch handelnder Mensch [39], ad acta gelegt. Auch auf ärztliches Versorgungsverhalten wirken zahlreiche Einflussfaktoren. Versuche, ärztliches Verhalten über finanzielle Anreize zu steuern, wie es viele Qualitätssicherungsprogramme im Rahmen von Pay-for-Performance (P4P) versuchen [38, 40–43], zeigen bisher keine eindeutigen Ergebnisse: „Eine kritische Sichtung der Literatur mit den Schwerpunkten hausärztlicher Bereich und Krankenhausbereich sowie Kosteneffektivität von P4P kommt – auch unter Berücksichtigung der neueren Literatur von 2010 und 2011 – zum gleichen Ergebnis wie andere Reviews zuvor: Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-

Projekten nachzuweisen“ [44]. Eine Ausarbeitung des Commonwealth Fund identifiziert einen ganzen Strauß von Einflussfaktoren [45]: Neben finanziellen Anreizen sind das intrinsische Motivation und berufliches Selbstbild, organisatorische Einflüsse und politische Rahmenbedingungen.

Das Versorgungsverhalten von angestellten Ärzten in der ambulanten Versorgung lässt sich auch nicht unmittelbar von in Krankenhäusern beschäftigten Ärzten extrapolieren, die sektorenspezifischen Versorgungsspezifika sind so unterschiedlich, dass abweichende Verhaltensimplikationen wahrscheinlich auftreten. Ambulant tätige Ärzte betreuen unabhängig von der Teilnahmeform Patienten i. d. R. über einen längeren Zeitraum, sie betreuen zudem viele Patienten (der durchschnittliche zugelassene Arzt im fachärztlichen Versorgungsbereich hatte 2013 3058 Behandlungsfälle [46]). Kontinuität ist für die stationäre Versorgung i. d. R. nicht das prägende Merkmal, gleichzeitig werden deutlich weniger Patienten betreut (2013 im Schnitt 179 Patienten, Summe aus vollstationären Aufnahmen, vor- und nachstationärer Fallzahl, Fallzahl ambulante Operationen zu ärztlichen Vollkräften im Jahresdurchschnitt [47]). Weitere Unterschiede betreffen die Betriebsebene: Ambulante Betriebsformen sind kleiner als Krankenhäuser, häufig monodisziplinär und im Regelfall im Eigentum von Ärzten: Eine Arbeitsteilung zwischen verschiedenen akademischen Berufsgruppen (konkret Management und medizinische Versorgung), wie sie in Krankenhäusern die Regel ist, ist in der ambulanten Versorgung nicht üblich.

Versorgungsstrukturen in der Fläche

Als eine Herausforderung des Gesundheitswesens wird die asymmetrische regionale Verteilung von ambulant tätigen Ärzten zu lasten ländlicher Regionen beklagt [34, 48]. Es scheint plausibel, dass eine Versorgung in der Fläche mit angestellten Ärzten leichter zu organisieren ist: Angestellte haben nicht die finanziellen und vertraglichen Bindungen eines Selbstständigen an einen Ort und können grundsätzlich die Arbeitsstelle wechseln, wenn sie mit den externen oder betriebsinternen Rahmenbedingungen nicht einverstanden sind [49]. Die vermeintlichen Nachteile einer Tätigkeit z. B. in einem ländlichen Raum sind damit für angestellte Ärzte weniger gravierend als für Selbstständige.

Es existieren keine öffentlich zugänglichen Daten darüber, welchen Beitrag angestellte Ärzte bei der Versorgung von peripheren Regionen schon heute leisten. Die KBV veröffentlicht zwar Informationen zu den Hauptstandorten von MVZ, es fehlen jedoch Angaben, wo eventuelle Zweigstellen mit angestellten Ärzten lokalisiert sind [3]. Für BAG und Einzelpraxen fehlen jegliche Angaben zur Aufstellung im Raum; zusätzlich wäre es notwendig, die Zahl von angestellten und selbstständigen Ärzten an den jeweiligen Standorten zu kennen. Bislang werden fach- und planungsbereichsspezifisch die Sitze und eventuelle Über- oder Unterversorgung nach Bedarfsplanungsrichtlinie berichtet [34, 50].

Das komplexe Zulassungssystem ist zudem ein möglicher Hinderungsgrund für den Einsatz von angestellten Ärzten an peripheren Standorten und damit letztlich auch für die Übernahme von Sitzen in der Fläche durch größere ambulante Betriebe. Die Disposition ärztlicher Arbeitskraft ist engen Grenzen unterworfen: Jeder

Arzt hat nur einen genehmigten Hauptstandort, an dem er auch überwiegend tätig sein muss. Der Tätigkeitsumfang eines angestellten Arztes in der Filiale ist im Voraus genehmigungsrelevant; eine Abweichung davon ist nicht zulässig. An keinem Standort – egal ob Hauptstandort oder Filiale – darf in der Summe mehr ärztliche Arbeitszeit erbracht werden, als genehmigt wurde. Zu Kontrollzwecken müssen filialisierende Betriebe der KV regelmäßig melden, welcher Arzt zu welchem Prozentsatz an welchem Standort tätig war. Die Personalplanung in filialisierenden Einrichtungen, um Ärzte mit den jeweils benötigten Qualifikationen im Rahmen der arbeitsvertraglichen und KV-rechtlichen Möglichkeiten an den jeweiligen Standorten einzusetzen, gleicht einem schwer handhabbaren Puzzle. Anders herum kann es sich ein ambulanter Betrieb auch nicht erlauben, Stellen vakant zu lassen. Ein genehmigter Sitz verfällt nach 12 Monaten, wenn kein Arzt die Tätigkeit dort aufgenommen hat. In Zeiten des Ärztemangels ist eine kurzfristige Nachbesetzung jedoch schwierig. Gelegentlich wird zudem die Genehmigungspraxis der Zulassungsausschüsse als weiterer Grund angeführt, warum Standorte nicht von filialisierenden Betrieben übernommen werden.

Kritische Würdigung der Datenqualität dieser Analyse

Die verwendete Datenbasis arbeitet in Abhängigkeit vom Berichtsgegenstand mit teilweise abweichenden Merkmalen. So ist die in der Analyse vorgenommene summarische Gegenüberstellung der Zählung nach Personen einerseits und Bedarfsplanungsäquivalenten andererseits methodischen Problemen unterworfen. Die Grundgesamtheit in der Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten ist teilweise kleiner und teilweise größer als in der Zählung nach Personen: Die Daten nach Bedarfsplanungsäquivalenten erfassen nicht die Ärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, da dieses als einziges Fach nicht der Bedarfsplanung unterworfen ist. Dieses Fach ist jedoch mit insgesamt 1211 teilnehmenden Ärzten vergleichsweise klein. Weist ein Arzt Zulassungen in zwei Fachgebieten auf, wird in der Zählung nach Personen nur sein Erstfach zugeordnet, in der Zählung nach Bedarfsplanungsäquivalenten werden jedoch die für beide Fächer genehmigten Zeitkontingente erfasst. Die Zahl der Ärzte mit mehreren Zulassungen wird nicht berichtet, das Ausmaß der Verzerrung ist also nicht näher bestimmbar. Die Zählung nach Personen berücksichtigt zudem Ärzte mit Leistungsbeschränkungen (in einem geschlossenen Planungsgebiet wird ein Angestellter beschäftigt, ohne dass es zu einer Ausdehnung des Leistungsumfangs der Praxis führt), in der Darstellung nach Bedarfsplanungsäquivalenten sind Ärzte mit Leistungsbeschränkung nicht berücksichtigt.

Die Daten des Tabellenblatts 8 der KBV-Statistik „Vertragsärzte und -psychotherapeuten, angestellte Ärzte und Psychotherapeuten nach dem Umfang der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zählung nach Personen)“ bestätigen jedoch die Größenordnung des summarisch im Ergebnisteil berichteten Verhältnisses der Zählung nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewichten. Laut Tabellenblatt 8 waren 2015 55 % der angestellten Ärzte in Teilzeit beschäftigt bei einer Arbeitszeit nach Bedarfspla-

nungsäquivalenten von 70 % der (theoretischen) Arbeitszeit bei Vollbeschäftigung.

In den Angaben zu Zugängen fällt auf, dass der kumulierte Wert in der Zählung nach Bedarfsgewicht bei Vertragsärzten über dem nach Personenzahl liegt (► **Tab. 1**). Die Ursache sind auch hier abweichende Abgrenzungen: Eine Änderung des bedarfsplanungsrelevanten Umfangs der Tätigkeit (im Wesentlichen die Aufstockung der genehmigten Arbeitszeit) fließt zwar nicht in die Zählung nach Bedarfsplanungsgewichten, aber in die nach Personen ein. Vor allem selbstständige Vertragsärzte haben nach telefonischer Auskunft der KBV demnach im Berichtszeitraum 2015 ihren Tätigkeitsumfang nach Bedarfsplanungsrichtlinie ausgeweitet.

Schlussfolgerung

Der Wandel in der Art der Teilnahme von Ärzten an der ambulanten Versorgung – weg von selbstständiger Tätigkeit als Vertragsarzt hin zu Anstellung – vollzieht sich in großem Ausmaß und mit hoher Geschwindigkeit. Vor allem infolge der klaren Priorität des ärztlichen Nachwuchses für angestellte Tätigkeit ist innerhalb weniger Jahre der Anteil angestellter Ärzte in der ambulanten Versorgung von null auf 19 % bzw. nach Arbeitszeitäquivalenten auf 14 % hochgeschwungen, neu in die vertragsärztliche Versorgung kommende Ärzte wählten zu rund 65 % eine Anstellung (Werte 2015). Eine Trendwende pro Anstellung ist nicht in Sicht, alle aktuellen Befragungen von Nachwuchsärzten zeigen die hohe Affinität für diese Tätigkeitsform, die sie aufgrund der angespannten Arbeitsmarktsituation auch durchsetzen können.

Anstellung ist inzwischen in allen Fachgruppen und allen Betriebsformen etabliert. Im Detail zeigen sich allerdings Unterschiede: 2015 war der Anteil angestellter Ärzte bei Einrichtungen/MVZ am höchsten, ihre jeweiligen Anteile in Einzelpraxen und in Berufsausübungsgemeinschaften lagen mit rund einem Zehntel (Zählung nach Personen) in etwa gleich auf. Für die Fachgruppen gilt etwas vereinfachend, dass in den Ebenen der allgemeinen hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung weniger angestellte Ärzte tätig waren als in Fächern der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung. Den Trend seit 2013 extrapoliert, werden perspektivisch zwar Unterschiede nach Fachgruppen bestehen bleiben, da aber in nahezu allen Fächern die Mehrheit der neu in die vertragsärztliche Versorgung kommenden Ärzte abhängig tätig wird, wird die Relevanz dieser Tätigkeitsform in der gesamten ambulanten Medizin zunehmen.

Die Entwicklung hat verschiedene versorgungsrelevante Konsequenzen: Über 50 % der angestellten Ärzte arbeiten in Teilzeit, damit geht ein steigender Bedarf bei der Zahl tätiger Ärzte einher. Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen für arbeitgebende ärztliche Betriebe sind teilweise insuffizient. Um Ärzte in die ambulante Versorgung zu bringen, sollten Hürden in der Anstellung abgebaut werden. Es spricht einiges dafür, dass eine flächendeckende Versorgung eher mit angestellten als mit selbstständigen Ärzten darstellbar ist.

Es fällt auf, dass der Wandel in den Tätigkeitsformen der ambulanten Versorgung weitgehend lautlos geschieht und wissen-

schaftlich wenig begleitet wird. Für die Steuerung und das Verständnis der ambulanten Versorgung wären aber Daten etwa dazu, woher sich angestellte Ärzte rekrutieren (Berufsanfänger, Wechsler aus selbstständiger Tätigkeit), in welchem Umfang angestellte Tätigkeit nur ein Übergangsphänomen ist, wie viele Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ angestellte Ärzte beschäftigen, welche strukturellen Unterschiede zwischen arbeitgebenden und nicht arbeitgebenden ärztlichen Betrieben existieren (z. B. auch mit Blick auf die Versorgung in der Fläche) bzw. ob und ggf. welche Unterschiede im qualitativen Versorgungsverhalten zwischen angestellten und selbstständigen Ärzten existieren, wünschenswert.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe. Kollege Chef und Kollege Mitarbeiter. In: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, editor Versorgungsbericht 2015: Innovation durch Engagement. Dortmund: Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe; 2015: 10–13
- [2] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Kerndaten aus dem Bundesarztregister zum Stichtag 31.12.2015. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2016
- [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren 31.12.2014. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2015. Available from: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
- [4] Bedarfsplanungs-Richtlinie Stand: 14. April 2014 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. 2014
- [5] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister Bundesgebiet insgesamt 2006. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2007
- [6] vdek Sachsen. Fehlende Praxisnachfolger: Ärztenachwuchs durch Eigenrichtungen unterstützen! Von KVS getragene Praxis öffnet heute in Görlitz. Pressemitteilung. Dresden, 2015
- [7] Büsow R. Ärztemangel; Thüringen gibt vorsichtig Entwarnung. Ärztezeitung. 2014
- [8] Eckert G. Kommentar: Augenärztliche Strukturen. Klin Monbl Augenheilkd 2015; 232 (3): 1145
- [9] Mißlbeck A. Auch wenn die Selbstverwaltung noch bremst; MVZ werden hoffähig. Schmerzmedizin 2015; 31 (5): 8
- [10] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Nachwuchskampagne: „Chefarzt werden? Lieber Arzt und Chef.“. In: Kassenärztliche Bundesvereinigung, editor Praxisnachrichten. Berlin, 2015
- [11] Bertram B, Gante C. Umfrage des BVA: Was wollen die jungen Augenärzte? Der Augenarzt 2012; 46 (6): 284
- [12] infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. Ärztemonitor 2012, Tabellenbank. Bonn, Berlin: Infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. 2012. Available from: http://www.kbv.de/media/sp/120605_aerztemonitor_tabellenband.pdf.pdf
- [13] infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. Ärztemonitor 2014, Tabellenbank. Bonn, Berlin: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH. 2014. Available from: http://www.kbv.de/media/sp/infas_Tabellenband_Aerztemonitor_AE_20140630.pdf

- [14] Gibis B, Lubs S, Reuschenberg R et al. MVZ-Survey 2008; Die strategische Positionierung Medizinischer Versorgungszentren. In: Bundesvereinigung K, editor MVZ-Survey. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2009
- [15] Müller S. VStG: MVZ am Wendepunkt; Bedeutung der MVZ für die ambulante Versorgung. *Arzt und Krankenhaus* 2012; 3: 69–74
- [16] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2014. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2015. Available from: http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf
- [17] Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands. Assistenzarzt (m/w) 2012 HB Umfrage [serial on the Internet]. 2012. Available from: http://www.hartmannbund.de/uploads/Downloads/2012_Umfrage-AS-SI2012.pdf
- [18] Ärzte- und Apothekerbank. Vorbehalte gegen die Selbständigkeit oft unbegründet; Apo-Bank Studie. *Chance Niederlassung*. 2014. Available from: <https://www.apobank.de/ueber-uns/presse/pressemitteilungen/140603.html>
- [19] Herr D, Götz K. Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 2014; 14 (3): 7–15
- [20] Hucklenbroch C. Generation y; Der alte Arzt hat ausgedient. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 2012. 25.04.2012;Sect. N5.
- [21] Hucklenbroich C. Ärzte der Generation Y; Selbstbewusst, gut bezahlt und gern in Teilzeit faznet. 2013
- [22] Kasch R. Generation Y; Leistungsbereitschaft bei geregelter Arbeitszeit. *Deutsches Ärzteblatt* 2015; 112 (45): C1509–C1511
- [23] Bundesagentur für Arbeit. Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Fachkräftengpassanalyse. In: Beckmann R, Klaus A, editors Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit; 2015
- [24] Fischer J. Der Ärztemonitor 2014: Zwischen Lust und Frust an Rhein und Ruhr. *Rheinisches Ärzteblatt* 2014; 9: 17–19
- [25] Visarius J. Bundesverband Managed Care – Ambulante Versorgung: Vom Arztnetz bis zum großen MVZ nach dem GKV-VSG. *Highlights Magazin* 2015; 13/15: 25–26
- [26] Zwingel B, Preißler R. Das medizinische Versorgungszentrum. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2005
- [27] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin, 2014
- [28] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Wie viele Ärzte braucht das Land? Wie die neue Bedarfsplanungsrichtlinie eine patientennahe Versorgung schafft. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2013: 5
- [29] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Offene Planungsbereiche 4. Quartal 2014. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2015
- [30] Leibner M, Bogumil W, Folle J et al. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2008 bis 2010. In: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, editor. ZI-Praxis-Panel – Jahresbericht 2012. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland; 2014
- [31] Körner T, Puch K, Wingert C. Qualität der Arbeit. *Wirtschaft und Statistik*. 2012; 2012: 990–1001
- [32] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2014; Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden, 2015
- [33] Clade H. Hausärzte; der Mangel nimmt zu. *Deutsches Ärzteblatt* 2014; 111: 84–85
- [34] Etgeton S. Ärztedichte; Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei. In: Bertelsmann Stiftung, editor *Faktencheck Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015
- [35] Kopetsch T. Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, editors Berlin: Bundesärztekammer; 2010
- [36] Lanz F. Bessere Verteilung der Ärzte angehen. In: GKV- Spitzenverband, editor *Pressemitteilung*. Berlin: GKV-Spitzenverband; 2015
- [37] Bundesärztekammer Abteilung Statistik. Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. In: Bundesärztekammer editor *Analyse*. Berlin, 2009
- [38] Feldmann S. Doktoren zwischen Herz und Knete. *Gesundheit und Gesellschaft* 2015; 18 (11): 19–23
- [39] Shiller R, Akerlof G. *Animal Spirits: how human psychology drives economy and why it matters for global capitalism*. New Jersey, USA: Campus; 2009
- [40] Scherer M, Niebling W, Szecsenyi J. Qualitätsdiskussion in Deutschland – ein Gemisch aus Ängsten, Partikularinteressen und unterschiedlichen Perspektiven. *Z Allg Med* 2009; 85: 340–344
- [41] Abholz H, Egidi G. Qualitätsindikatoren in der Hausärztlichen Versorgung – ein Provokationspapier. *Z Allg Med* 2010; 85: 260–263
- [42] Kotter T, Schaefer F, Blozik E et al. Developing quality indicators: background, methods and problems. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)* 2011; 105 (1): 7–12
- [43] Doran T, Kontopantelis E, Valderas JM et al. Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework. *BMJ* 2011; 342: d3590
- [44] Veit C, Hertle D, Bungard S et al. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. *Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. 2012
- [45] Zezza M, Audet AM, Hall D. Incentives 2.0: A synergistic approach to provider Incentives. In: *The CommonwealthFund*, editor *The Commonwealth Fund Blog*. New York: The Commonwealth Fund; 2014
- [46] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Kennzahlen der Abrechnungsgruppen Berlin; Kassenärztliche Bundesvereinigung; 2014
- [47] Statistisches Bundesamt. Grunddaten der Krankenhäuser 2013; Fachserie 12 Reihe 6.1. Wiesbaden, 2014
- [48] Demary V, Koppel O. Der Arbeitsmarkt für Humanmediziner und Ärzte in Deutschland – Zuwanderung verhindert Engpässe. In: *Institut der deutschen Wirtschaft*, editor *IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft; 2013
- [49] OcuNet Gruppe. *Medizinischer Jahresbericht 2013*. Gruppe O, editor Düsseldorf: OcuNet; 2014
- [50] Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R. Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). In: Bertelsmann Stiftung, editor *Faktencheck Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2014