

Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung

THOMAS CZIHAL,
DOMINIK VON STILLFRIED

Thomas Czihal ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) im Arbeitsbereich Querschnittsaufgaben und Klassifikationssysteme

Dr. Dominik von Stillfried ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hat das Zulassungsrecht maßgeblich reformiert. Damit sollte die vertragsärztliche Berufsausübung „effizienter und damit wettbewerbsfähiger“ gestaltet werden. Konnten diese Ziele erreicht werden? Zehn Jahre nach Inkrafttreten der Reform können die Auswirkungen analysiert werden. Insbesondere die Produktivität bzw. die Arbeitszeit je Arzt hat sich erheblich verändert. Die Planungsinstrumente in der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen die Reformauswirkungen jedoch nicht ausreichend.

Hintergrund

Die vertragsärztliche Versorgung wird durch zahlreiche Gesetzgebungsverfahren regelmäßig verändert. Zumeist wird die strukturelle Wirkung von Gesetzesänderungen erst mit mehrjähriger Verzögerung sichtbar. So wird die Wirkung des vor zehn Jahren beschlossenen und zum Jahr 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) jetzt erst richtig sichtbar. Durch das VÄndG wurde das Zulassungsrecht für die vertragsärztliche Versorgung an vielen Stellen reformiert. Wesentliche Eckpunkte waren:

- *Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen*

Bis dato konnten Vertragsärzte andere Ärzte nur im so genannten „Job-Sharing“ anstellen. Nunmehr können in nicht gesperrten Planungsbereichen Ärzte ohne die sonst übliche Leistungsbeschränkung angestellt werden.

In geschlossenen Planungsbereichen kann ein Vertragsarzt auf seine Zulassung verzichten, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen. Die aufgegebenen Praxis kann dabei jedoch nicht ausgeschrieben werden.

- *Teilzulassungen*

Das VÄndG eröffnete die Möglichkeit, die vertragsärztliche Tätigkeit auf die Hälfte zu beschränken. Dies kann sowohl bei der Erteilung einer Erstzulassung als auch später auf Antrag des Arztes erfolgen. Die spätere Vollzulassung ist jedoch nur dann möglich, wenn der Planungsbereich nicht für Zulassungen gesperrt ist.

- *Gleichzeitige Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus/in Rehabilitationseinrichtung*

Nunmehr wurde es dem Vertragsarzt gestattet, neben der vertragsärztlichen Tätigkeit auch als angestellter Arzt in einem zugelassenem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung tätig zu sein. Allerdings gilt auch für

diese Nebenbeschäftigungen eine zeitliche Höchstgrenze in Höhe von wöchentlich 13 Stunden.

- **Einführung von Zweigpraxen**
Die Genehmigung zum Führen einer Zweigpraxis wurde wesentlich erleichtert. So ist die Genehmigung nunmehr zu erteilen, wenn die Versorgung am Ort verbessert wird und am Hauptpraxissitz die ordnungsgemäße Versorgung gewährleistet bleibt. Es wurde zudem auch möglich, Zweigpraxen außerhalb des KV-Bereiches zu betreiben.
- **Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften**
Um in einer Gemeinschaftspraxis tätig zu sein, müssen sich Ärzte seit dem VÄndG nicht mehr an einem Ort in einer gemeinsamen Praxis niederlassen. Der Zusammenschluss kann somit auch überregional erfolgen, d.h. selbst über Landesgrenzen hinweg.

Erklärtes Ziel der Gesetzgebung war es, für die ärztliche Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung Alternativen zur bis dato vorherrschenden Form der inhabergeführten Einzel- oder Gemeinschaftspraxis zu schaffen. Die Nutzung der 2007 geschaffenen Möglichkeiten erfordert Verhaltensänderungen. Fast zehn Jahre nach Inkrafttreten dieser Reformmaßnahmen bildet sich die Wirkung des Gesetzes in zahlenmäßigen Veränderungen der Tätigkeit von Ärzten und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung ab. Eine der wesentlichen Konsequenzen ist eine abnehmende Produktivität je „Kopf“. Die Arztzahlentwicklung muss daher neu bewertet werden.

Entwicklung der Arztlizenzen und Tätigkeitsumfänge

Die Zahl der angestellten Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, ist seit dem Jahr 2006 erheblich angestiegen. Waren im Jahr 2006 erst ca. 3.800 Angestellte zu verzeichnen, sind es im Jahr 2015 ca. 27.200. Damit hat sich die Zahl der Angestellten innerhalb von neun Jahren mehr als versechsfacht. Die Zahl der selbständigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten ist hingegen um 2% gesunken. Insgesamt ergibt sich eine Veränderung der Kopffzahlen um 12,8%; dies entspricht einem durchschnittlichen jähr-

Tabelle 1: Anzahl Ärzte/ Psychotherapeuten nach Teilnahmestatus

	31.12.06	31.12.15	Veränderung in Prozent
Vertragsärzte bzw. -PT	131.644	129.442	-1,7%
Partnerärzte bzw. -PT	1.543	1.104	-28,5%
Angestellte Ärzte bzw. PT in Einrichtungen	1.456	12.879	784,5%
Angestellte Ärzte bzw. PT in freier Praxis	2.332	14.295	513,0%
Ermächtigte Ärzte bzw. PT	11.353	9.596	-15,5%
Insgesamt	148.328	167.316	12,8%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der KBV-Gesundheitsdaten

lichen Zuwachs von 1,4% (Tabelle 1). Zugleich ist der Anteil der Angestellten von 2,6% im Jahr 2006 auf 16,2% im Jahr 2015 angestiegen.

Neben der deutlichen Zunahme von Angestelltenverhältnissen ist eine starke Zunahme von Ärzten/Psychotherapeuten zu beobachten, die keinen vollen Versorgungsauftrag wahrnehmen. Der Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten in Teilzeit (halber Versorgungsauftrag oder Anstellung mit weniger als 30 Stunden pro Woche) ist in den vergangenen sechs Jahren von knapp 4% (2009) auf gut 17% (2015) gestiegen (Tabelle 2).

Die erhebliche Verschiebung in Richtung einer im Umfang reduzierten Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verdeutlicht bereits, dass die Entwicklung der Kopffzahlen immer weniger über die wahre Veränderung der Angebotskapazitäten in der ambulanten Versorgung aussagt. Zwar hat die Kopffzahl seit dem Jahr 2009 um ca. 10% zugenommen, jedoch steht pro Kopf im Durchschnitt ein geringerer Teilnahmeumfang zur Verfügung. Werden die Teilnahmeumfänge berücksichtigt, beträgt die Zunahme der ärztlichen Kapazität innerhalb von sieben Jahren nur 2,8%.

Hierbei bestehen erhebliche Unterschiede nach Fachgruppen. Deutliche Zuwächse sind insbesondere bei den stark spezialisierten Ärzten der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung und den Psychotherapeuten zu beobachten. Bei Hausärzten, Kinder-

ärzten, Chirurgen, Hautärzten und Nervenärzten ist hingegen ein Rückgang zu beobachten (Tabelle 3).

Der medizinisch-technische Fortschritt fördert eine Ambulantisierung der Medizin. Immer mehr Behandlungen müssen nicht mehr zwingend im Kontext der stationären Versorgung erbracht werden. Außerdem verändern sich die Sensibilität gegenüber Krankheitssymptomen sowie die Wahrnehmung bestimmter Krankheitsleiden in der Bevölkerung, sodass häufiger aufwändigere Diagnostik durchgeführt und Therapien eingeleitet werden. Ersteres ist vermutlich eine Ursache für die deutlichen Zuwächse in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Letzteres wahrscheinlich eine Ursache für den Zuwachs im Bereich der Psychotherapeuten.

Bedenklich ist der Rückgang bzw. die Stagnation im Bereich der Basisversorgung zuzuordnenden Fachgruppen. Kontinuierlich nimmt z.B. die nach Teilnahmeumfang gewichtete Zahl der Hausärzte ab. Im Zuge des demografischen Wandels wäre zwischen 2009 und 2015 eine Zunahme der Hausärzte um 3,75% nötig gewesen, um für alle Altersgruppen die gleiche Versorgungsintensität wie im Jahr 2009 zu gewährleisten. De facto ist die Zahl der Hausärzte gewichtet nach Teilnahmeumfang aber um 2,2% gesunken. Zusammen genommen ergibt sich damit ein demographie-adjustierter Rückgang um fast 6% innerhalb von sechs Jahren.

Tabelle 2: Anteil Ärzte/Psychotherapeuten nach Teilnahmeumfang

	31.12.09	31.12.15
Anstellung ≤10 Std pro Woche	0,9%	2,7%
Anstellung >10-20 Std pro Woche	1,5%	4,9%
hälfziger Versorgungsauftrag Vertragsarzt	0,9%	8,4%
Anstellung >20-30 Std pro Woche	0,5%	1,3%
Anstellung >30 Std pro Woche	3,8%	6,9%
voller Versorgungsauftrag Vertragsarzt	92,3%	75,8%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der KBV-Gesundheitsdaten

Tabelle 3: Entwicklungen der Arzt- und Psychotherapeutenzahlen gewichtet nach Teilnahmeumfang von 2009 bis 2015

	2009 - 2010	2010 - 2011	2011 - 2012	2012 - 2013	2013 - 2014	2015 - 2014	2015 - 2009
gesonderte fachärztl. Versorgung/ sonstige	6,8%	4,3%	10,2%	4,5%	-0,4%	0,0%	27,7%
Kind.-Jug.-Psychiater	4,3%	6,3%	9,2%	4,3%	-0,6%	-2,6%	22,2%
psycholog. Psychotherapeuten	3,4%	2,9%	1,3%	2,8%	3,8%	2,3%	17,6%
MKG-Chirurgen	3,0%	1,1%	0,7%	1,1%	1,6%	0,2%	8,0%
(Fach-)Internisten	0,9%	1,1%	1,9%	1,5%	1,3%	0,5%	7,4%
Orthopäden	0,5%	0,5%	0,8%	1,1%	0,9%	0,9%	4,8%
Radiologen	1,0%	0,2%	1,1%	1,3%	-0,4%	0,1%	3,3%
Urologen	0,4%	0,5%	0,7%	0,5%	0,4%	0,5%	3,1%
ärztl. Psychotherapeuten	0,0%	-0,6%	-0,3%	-0,8%	1,4%	2,2%	1,9%
Augenärzte	0,4%	0,6%	0,2%	-0,1%	0,2%	-0,4%	0,9%
HNO-Ärzte	0,0%	-0,2%	0,1%	-0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
Frauenärzte	0,3%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,2%	-0,1%	0,1%
Anästhesisten	0,7%	-0,5%	0,3%	-0,1%	-0,4%	-0,1%	0,0%
Hautärzte	0,2%	-0,3%	0,0%	-0,4%	-0,1%	-0,2%	-0,8%
Kinderärzte	-0,3%	-0,2%	0,0%	0,0%	-0,3%	-0,2%	-1,0%
Nervenärzte	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%	-0,7%	-1,8%	-1,8%
Hausärzte	-0,2%	-0,4%	-0,4%	-0,1%	-0,5%	-0,5%	-2,2%
Chirurgen	0,2%	-0,1%	-0,2%	-0,8%	-1,1%	-0,9%	-2,9%
alle Ärzte/Psychotherapeuten	0,7%	0,4%	0,5%	0,6%	0,4%	0,1%	2,8%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der KBV-Gesundheitsdaten

Ein ähnlicher Befund ergibt sich für eine Reihe der grundversorgenden Fachärzte wie z.B. Nervenärzte, Chirurgen, Hautärzte oder Augenärzte. Unter diesen Voraussetzungen erscheint es zumindest als schwierig, für die Patienten die gleiche wahrgenommene Versorgungsqualität wie in der Vergangenheit aufrecht zu erhalten. Die Erschließung von zusätzlichen Potenzialen in der ambulanten Versorgung, insbesondere in Bezug auf die Vermeidung von unnötigen Krankenhausaufenthalten ist so deutlich erschwert.

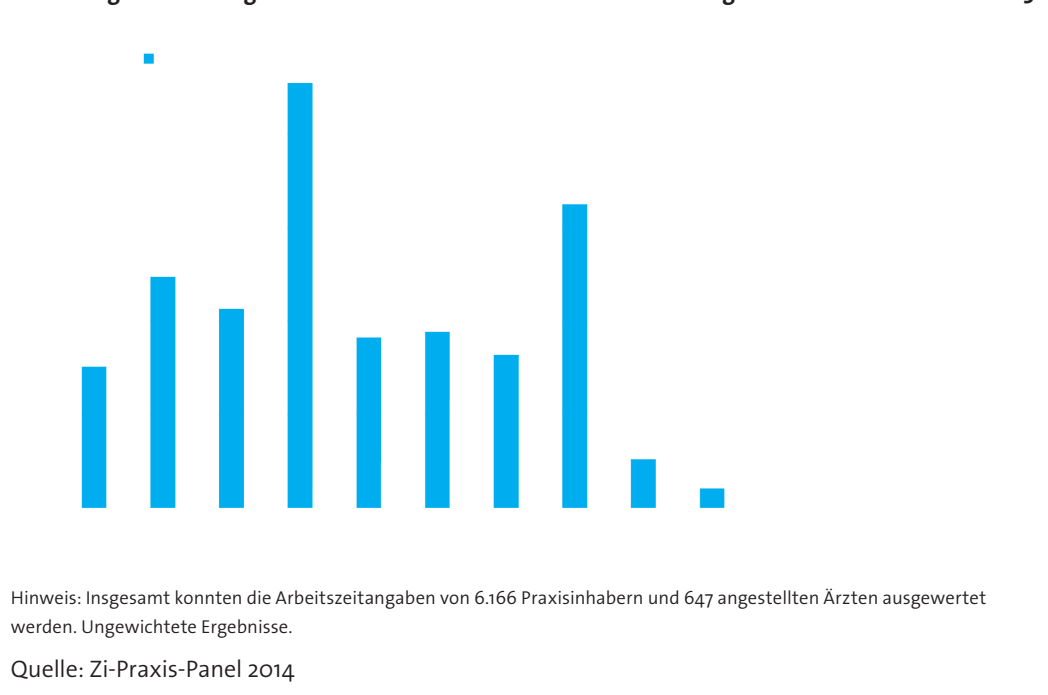
Wenig Beachtung haben bisher auch Verschiebungen im Arbeitsangebot gefunden, die sich aus dem steigenden Anteil Angestellter in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben. Näherungsweise kann dies durch die Angaben zur Arbeitszeit in Befragungen ermittelt werden oder durch Berücksichtigung der Prüf- und Kalkulationszeiten, die den abgerechneten Leistungen zugrunde liegen.

Konkrete Angaben zur Arbeitszeit von Praxisinhabern und Angestellten in der vertragsärztlichen

Versorgung werden insbesondere im Zi-Praxis-Panel erhoben. Hierbei zeigt sich, dass die Arbeitszeit in Stunden bei Praxisinhabern im Schnitt deutlich höher als bei den Angestellten ist. In einer durchschnittlichen Arbeitswoche im Jahr 2013 arbeiteten niedergelassene Vertragsärzte (ohne psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung) nach eigenen Angaben ca. 51 Stunden pro Woche. Diese Angaben entsprechen

den auch in anderen Erhebungen ermittelten Durchschnittswerten. Für angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung ergeben sich deutlich geringere Arbeitszeiten. Im Zi-Praxis-Panel liegt der Durchschnitt der angestellten Ärzte bei rund 23 Stunden und damit bei weniger als der Hälfte der Wochenarbeitszeit der Praxisinhaber. Abbildung 1 zeigt die Verteilung nach Wochenarbeitsstunden.

Abbildung 1: Verteilung der Wochenarbeitszeit von Inhabern und angestellten Ärzten im Jahr 2013



Ursache für diese deutlichen Unterschiede sind zum einen die im Durchschnitt geringen Teilnahmeumfänge bei angestellten Ärzten und Psychotherapeuten. So beträgt im Jahr 2015 der durchschnittliche Teilnahmeumfang von zugelassenen Hausärzten 99% pro Kopf und bei Angestellten 78% pro Kopf. Noch deutlicher sind die Unterschiede bspw. bei Chirurgen, wo der durchschnittliche Teilnahmeumfang der Angestellten nur 62% des Niveaus der Zugelassenen erreicht (Tabelle 4).

Allerdings ist bei einer durchschnittlichen Arbeitszeit der Zugelassenen von mehr als 50 Stunden nicht davon auszugehen, dass Angestellte, deren Arbeitsverträge nur in Ausnahmefällen Wochenarbeitszeiten von mehr als 45 Stunden beinhalten, auch bei vollem Versorgungsauftrag eine vergleichbare Versorgungszeit anbieten, wie es Zugelassene tun. Diese Vermutung wird durch eine Analyse der Abrechnungsdaten aus dem vierten Quartal 2014 bestätigt. Auf Basis der Kalkulations- bzw. Prüfzeiten aus Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) können für jeden Arzt auf Basis der abgerechneten Leistungen die Versorgungszeiten bestimmt werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass auch bei gleichem Teilnahmeumfang (in diesem Fall ein voller Versorgungsauftrag) Angestellte deutlich weniger Versorgungszeit aufweisen als Zugelassene. Über alle Fachgruppen hinweg erreichen Angestellte ca. 70% des Niveaus der Zugelassenen. Am Beispiel der Hausärzte lässt sich daraus verallgemeinern, dass im Durchschnitt durch die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis bei formal gleichem Tätigkeitsumfang trotzdem eine Reduktion der Versorgungszeit um fast 40% eintritt (Abbildung 2).

Diskussion

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz intendierte Flexibilisierung der vertragsärztlichen Tätigkeit durch Ärzte und Psychotherapeuten in großem Umfang und in zunehmendem Maße genutzt werden. Dies war und ist zur Steigerung der Attraktivität des Arztberufs unter veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen weiterhin notwendig, da dadurch u.a. eine

Tabelle 4: Durchschnittlicher Tätigkeitsumfang je Kopf von Zugelassenen und Angestellten im Jahr 2015

	Zugelassene	Angestellte	Verhältnis Angestellte zu Zugelassene in %
Hausärzte	99,1%	78,4%	79,1%
Anästhesisten	95,2%	64,0%	67,2%
Augenärzte	98,0%	73,1%	74,6%
Chirurgen	95,6%	59,0%	61,7%
Frauenärzte	97,3%	65,5%	67,3%
HNO-Ärzte	98,4%	74,9%	76,1%
Hautärzte	97,4%	71,3%	73,2%
(Fach-) Internisten	96,3%	70,0%	72,7%
Kinderärzte	97,1%	63,7%	65,6%
Kind.-Jug.-Psychiater	98,1%	76,2%	77,6%
MKG-Chirurgen	99,0%	70,1%	70,8%
Nervenärzte	97,2%	68,6%	70,6%
Orthopäden	95,5%	64,3%	67,3%
Radiologen	93,4%	64,9%	69,5%
Urologen	97,1%	68,8%	70,9%

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Bundesarztregisters der KBV für das Jahr 2015

verbesserte Vereinbarung von Beruf und Familie oder Freizeit möglich ist. Eine volkswirtschaftliche Konsequenz sollte aber bei der Diskussion nicht unberücksichtigt bleiben: Die Produktivität eines „Kopfes“ in der vertragsärztlichen Versorgung ist seit Inkrafttreten des VÄndG deutlich gesunken.

Insbesondere bei den Hausärzten aber auch in vielen fachärztlichen Fachgruppen hat dies zu einer effektiven Reduktion der vertragsärztlichen Angebotskapazitäten geführt. Dieser Trend muss dringend umgekehrt werden, damit die vertragsärztliche Versorgung den Herausforderungen des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritts mit der einhergehenden steigenden Nachfrage nach ambulanten ärztlichen Leistungen gerecht werden kann.

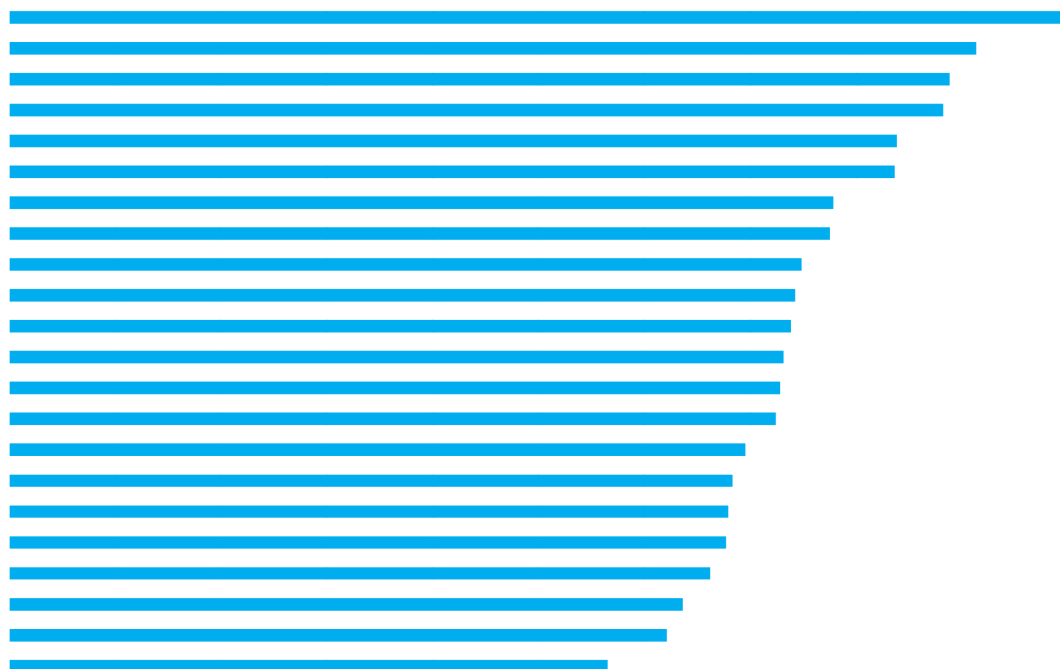
Konkret sollten dafür Maßnahmen im Bereich der Bedarfsplanung, des Bürokratiekostenabbaus und der Vergütung ergriffen werden.

Die Bedarfsplanung unterteilt derzeit nur nach formalen Kriterien des Tätigkeitsumfanges. Angestellte, die trotz gleichem Tätigkeitsumfang in der Regel weniger Zeit für die Versorgung aufwenden, werden nicht besonders berücksichtigt. Da die Bedarfsplanung den Anspruch haben sollte, die Versorgungslage in einer Region möglichst exakt darzustellen, ist eine besondere Berücksichtigung der angestellten Ärzte über den Tätigkeitsumfang hinaus zu erwägen. Da die Ergebnisse bzgl. des

Unterschiedes von Angestellten und Zugelassenen jedoch deutliche regionale Unterschiede aufweisen, sollte diese Berücksichtigung auf der Landesebene erfolgen. Ohne eine solche Adjustierung nach realen Vollzeitäquivalenten auf Basis der Versorgungszeiten besteht die Gefahr, dass Regionen als überversorgt und damit für Neuzulassungen gesperrt sind, obwohl das effektive Angebot an Versorgungszeit geringer ausfällt als die Nachfrage der Patienten.

Nicht zu unterschätzen sind zudem Maßnahmen zum Bürokratieabbau. Eine Untersuchung des Normenkontrollrates aus dem Jahr 2015 zeigt, dass in den Arzt- und Zahnarztpraxen Bürokratiekosten von über vier Milliarden Euro jährlich anfallen. In jeder Arztpraxis werden im Schnitt pro Jahr mehr als 2.800 Überweisungen, 600 Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und 300 Heilmittelverordnungen ausgestellt. Das allein entspricht 16,5 Personentagen pro Jahr. Hinzu kommen Behandlungspläne und zahlreiche weitere Informationspflichten, die durch Arzt-, Psychotherapeuten- und Zahnarztpraxen zu erfüllen sind. Durchschnittlich ist eine Person 96 Tage pro Jahr und Praxis mit der Bewältigung bürokratischer Vorgaben nach Angaben des Normenkontrollrates beschäftigt. Da Befragungen der Medizinstudenten verdeutlichen, dass auch zukünftig ein angemessenes Arbeits-/Freizeitverhältnis ein entscheidendes Kriterium bei der Wahl der Tätigkeit darstellen wird, muss die Zeit der Ärzte in

Abbildung 2: Verhältnis der Versorgungszeiten für Angestellte mit vollem Tätigkeitsumfang im Vergleich zu Zugelassenen mit vollem Tätigkeitsumfang auf Basis der Kalkulations- und Prüfzeiten des Anhangs 3 des EBM für das vierte Quartal 2014 in %



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus dem vierten Quartal 2014

dem Bereich eingesetzt werden, wo sie die meiste Wirkung entfaltet: in der direkten Patientenversorgung. Die oben dargestellten Zahlen lassen erahnen, dass die Gesellschaft zukünftig um jede Minute Versorgungszeit kämpfen muss, damit die zukünftigen Herausforderungen gemeistert werden können. Dies kann durch eine Reduktion der Zeiten für Bürokratie maßgeblich unterstützt werden.

Nicht zuletzt ist die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung ein wesentliches Kriterium für die Attraktivität der Niederlassung. Ergebnisse des Zi-Praxis-Panels zeigen, dass für 2013 der rechnerische GKV-Überschuss im Schnitt über alle Vertragsärzte bei rund 117.100 Euro liegt (81% des berichteten Jahresüberschusses von 145.400 Euro, einschließlich der Privateinnahmen). Um das Arzteinkommen zu ermitteln, müssen vom Praxisüberschuss noch Steuern, Kranken- und Rentenversicherung etc. abgezogen werden. Allein mit der Behandlung von GKV-Versicherten läge das Arzteinkommen deutlich unter den Arztgehältern, die mit vergleichbarer Qualifikation im Krankenhaus erzielt werden können. Bei vergleichbarer Arbeitszeit (52 Wochenstunden) beträgt

das Bruttogehalt (inklusive des Arbeitgeberanteils zur Sozialversicherung) eines Oberarztes in der Klinik mehr als 135.000 Euro. Bei einer durchschnittlichen Betrachtung ist also die Tätigkeit im Krankenhaus für einen Facharzt aus ökonomischer Sicht der Arbeit in der vertragsärztlichen Versorgung (GKV) vorzuziehen. Vermutlich ist das auch einer der Gründe, warum die Arztzahlentwicklung (nach Köpfen) in der ambulanten und stationären Versorgung deutlich auseinander gehen. Seit dem Jahr 2006 ist die Zahl der stationär tätigen Ärzte um mehr als 25% gestiegen. Fast 40.000 Ärzte sind dadurch zusätzlich in der stationären Versorgung tätig. Der Anstieg ist gegenüber der Entwicklung im ambulanten Bereich mehr als doppelt so hoch. Dies sollte als Warnzeichen interpretiert werden, das zeigt, dass die niveauhafte Anpassung der Preise im EBM und darauf aufbauend die kontinuierliche Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes in Anlehnung an die Tarifabschlüsse für Krankenhausärzte dringend notwendig ist. Ohne dies kann die Attraktivität der vertragsärztlichen Versorgung nicht sichergestellt werden. Dies hätte auch Konsequenzen für die

angestellten Ärzte. Ohne eine Anpassung der Preise im EBM wird kaum ein Arbeitgeber in Zukunft in der Lage sein, in der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbare Gehälter wie in der stationären Versorgung zu zahlen. Dies ist jedoch die Grundvoraussetzung, damit in der vertragsärztlichen Versorgung die Herausforderungen durch den demographischen Wandel bewältigt und die Chancen der Ambulantisierung der Medizin genutzt werden können. ■

Literatur

Deutscher Bundestag (2006): Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG). Drucksache 16/2474

KBV (2016): KBV Gesundheitsdaten. <http://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php>; letzter Aufruf am 21. Juli 2016

KBV (2014): Anhang 3 des EBM für das vierte Quartal 2014; <http://www.kbv.de/html/ebm.php>; letzter Aufruf am 21. Juli 2016

Zi (2016): Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2014; 5. Jahrgang; Berlin