

**Mag. Katharina Wieser**

**Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Linzer Institut  
für Gesundheitssystem-Forschung LIG**

# Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Deutschland

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text immer nur die männliche Form verwendet, auch wenn beide Geschlechter gemeint sind.

## **1. Einleitung**

## **2. Grundsätzliches**

## **3. Fächer mit Leistungsbeschränkung – gesperrter Planungsbereich**

## **4. Fächer ohne Leistungsbeschränkung – offener Planungsbereich**

## **5. Rechte und Pflichten**

## **6. Anstellung fachfremder Ärzte**

## **7. Umwandlung von Anstellung in Vertragsarztstelle**

## **8. Anstellung von Ärzten in Weiterbildung**

## **9. Versorgungslandschaft**

## **Literaturverzeichnis**

*Dieser Beitrag stellt die derzeitigen Regelungen zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten in Deutschland dar. Es wird beschrieben, wie in unserem Nachbarland auf mögliche Probleme reagiert, welche rechtlichen Vorkehrungen getroffen und welche Einschränkungen vorgenommen wurden. Aber auch welche Möglichkeiten geschaffen wurden, die aus österreichischer Perspektive eher gewagt erscheinen, wie etwa die Anstellung von fachfremden Ärzten oder die „Lehrpraxis“ für Fachärzte (nicht nur Allgemeinmedizin). Zuletzt wird auf die derzeitige Versorgungslandschaft im Hinblick auf Anstellung, Organisationsformen und Teilzeitquote eingegangen.*

# 1. Einleitung

Das Bild des Kassenarztes hat sich in den letzten Jahrzehnten stark gewandelt. In früheren Zeiten war der Kassenarzt meist männlich, Einzelunternehmer und nicht nur von Beruf Arzt, sondern auch als Person. Von Politik, Kassen und den Bürgern genoss der Stand hohes Ansehen. Die einzige Angestellte in der Ordination war eine Sprechstundenhilfe, die in vielen Fällen die eigene Ehefrau war. Der Kassenvertrag war begehrt und wurde deshalb auch nicht so schnell aufgegeben. Heute ist vieles anders. Die Menschen haben andere Vorstellungen vom Leben. Flexibilität, Anpassbarkeit des beruflichen Umfeldes an die momentanen Lebensbedingungen, Freizeit und Vereinbarkeit mit der Familie stehen viel mehr im Vordergrund.

Eine Studie des Beratungsunternehmens Deloitte<sup>1</sup> aus dem Jahre 2011 zeigt, wie sich die Werte in der Arbeitswelt über die Zeit hinweg geändert haben: Die Nachkriegsgeneration (1945–1955) legte großen Wert auf Führung, Fairness, Arbeitsinhalt und Reputation, die Babyboomer (1956–1969) schätzen Eigenständigkeit und Unabhängigkeit – aber auch Führung. Die Generation X (1970–1982) setzt bereits auf Fairness, Sicherheit und Individualität – aber auch auf monetäre Vergütung, während sich die jüngste Generation am Arbeitsmarkt (Generation Y) für Flexibilität, Spaß an der Arbeit, nette Kollegen und die Anerkennung von Leistungen ausspricht. Auch das Zukunftsinstitut<sup>2</sup> schreibt über die Generation Y, dass sich die Werte klar in Richtung immaterieller Dinge verschoben haben. Gute Atmosphäre und eine funktionierende Teamarbeit, sozial vernetztes Arbeiten, die psychosoziale Gesundheit, Sinn in der Arbeit, gute Planbarkeit, erfüllbare Ziele und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie rangieren ganz oben auf der Prioritätenliste. Es geht den jungen Menschen nicht mehr so sehr darum, was sie im Beruf darstellen, sondern vielmehr darum, wie es ihnen dabei geht und wie es sie persönlich weiterbringt. Alte Rollenmuster haben damit auch im Berufsleben ausgedient. Geld ist kein allzu großer Motivator mehr – lediglich 55 % reizt dieser Faktor, und andere materielle Anreize, wie Firmenhandy und Firmenwagen, liegen gar an letzter Stelle der Anreizmechanismen (nur 34 % Zustimmung). Dabei gleichen sich die Rollenbilder zwischen Männern und Frauen immer mehr an, was bedeutet, dass Unternehmen nicht nur wegen des höheren Frauenanteils in der Arbeitswelt andere Rahmenbedingungen schaffen müssen, sondern auch die Männer heute von anderen Werten geleitet werden. Immer mehr Männer ziehen in Erwägung, eine Zeit lang Teilzeit zu arbeiten. Der Stellenwert der Familie ist gestiegen. Außerdem

1 Kurier (2013)

2 Signium International (2013)

wird die Gefahr des Burnouts als sehr real wahrgenommen und man legt deshalb einen größeren Fokus auf das eigene Wohlbefinden im Arbeitsleben. Zudem sind Brüche in der eigenen Arbeitsbiografie normaler und es wird nicht mehr darauf gesetzt, ein Leben lang denselben Beruf auszuüben oder im selben Unternehmen zu bleiben.

Im Jahr 2013 stellte das LIG gemeinsam mit dem Ärztlichen Qualitätszentrum<sup>3</sup> die Frage an die Ärzteschaft, welche Maßnahmen die Politik ergreifen muss, um wieder mehr junge Ärzte für eine Niederlassung – speziell am Land – zu gewinnen. Dabei fanden die Aspekte „Die Arbeitszeiten verbessern (reduzieren, flexiblere Gestaltungsmöglichkeiten)“ und „bessere Organisationsformen schaffen (z.B. Gruppenpraxen)“ hohe Zustimmungswerte<sup>4</sup>. Das zeigt auch, dass die Ärzte keineswegs eine Ausnahme zum allgemeinen Trend bilden.

Aber nicht nur auf der Seite der Ärzte zeigt sich ein Bedarf an flexiblen Öffnungszeiten, sondern durchaus auch von Seiten der Patienten. Denn in allen Bereichen des täglichen Lebens weiten sich die Erreichbarkeiten aus: Einkaufsmöglichkeiten, Servicezeiten etc. Und natürlich sind wir heute durch das Internet den Rund-um-die-Uhr-Service gewohnt. Da passen die beschränkten Öffnungszeiten einer Einzelpraxis nicht mehr so recht zur sonstigen Lebenswelt dazu. Man erwartet auch hier bessere Erreichbarkeiten. Hier stehen sich also der Trend zu längeren Öffnungszeiten und der Trend zu kürzeren Arbeitszeiten gegenüber und bilden ein Dilemma, zu dessen Lösung die klassische Einzelpraxis nicht fähig ist. Um die Bedürfnisse beider Seiten zu bedienen, bedarf es daher guter Kooperationsformen von Ärzten.

Ein weiteres Problem bilden häufig die hohen Investitionskosten, die bei der Gründung oder der Übernahme einer Einzelpraxis anfallen und auch zwischendurch für eine moderne technische Ausstattung, etwa für diagnostische und therapeutische Zwecke, immer wieder notwendig werden. Nachdem sich junge Menschen auch nicht mehr so gerne an einen Arbeitsort binden wollen, sinkt auch die Bereitschaft, in einen Standort viel Geld zu investieren. Auch hier helfen Kooperationsformen. Im Falle einer Anstellung würden diese Kosten überhaupt wegfallen.

Die Ärztekammer für Steiermark stellte 2017 die Frage „Sollen in kassenärztlichen Einzel- und Gruppenpraxen Ärztinnen und Ärzte angestellt werden können?“ an ihre Mitglieder. Ganze 79 % stimmten zu, weitere 12 % sind zumindest bei Gruppenpraxen dafür und nur 4 % sprachen sich dagegen aus.<sup>5</sup> Die Frage nach

---

3 Riedler (2014)

4 1,8 bzw. 1,9 (Wert auf einer 7-teiligen Skala; 1 = stimme völlig zu; 7 = stimme gar nicht zu)

5 Ärztekammer für Steiermark (2017)

einer Möglichkeit der Anstellung von Ärzten bei Ärzten ist nicht neu. In vielen europäischen Ländern gibt es sie nämlich schon länger, und auch in Österreich wurde schon des Öfteren eine diesbezügliche Anfrage im Parlament gestellt – und abgelehnt. Wie man das Thema in Deutschland gelöst hat, sollen die folgenden Kapitel zeigen.

## 2. Grundsätzliches

Seit dem 1. Jänner 2007 gibt es in Deutschland, nach einer Anpassung im Vertragsänderungsgesetz (VÄndG), für niedergelassene Vertragsärzte die erweiterte Möglichkeit, andere Ärzte und Psychotherapeuten in ihrer Praxis anzustellen. Das Gesetz wurde hauptsächlich aus dem Grund erlassen, um die vertragsärztliche Leistungserbringung durch die Erweiterung der möglichen Kooperationsformen zu erleichtern und damit die Versorgungssicherheit der Bevölkerung zu erhöhen. Bei der Anstellung von Ärzten sind seither selbstständige Ärzte mit Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gleichgestellt, um denselben Wettbewerbsbedingungen zu unterliegen. Für die Entscheidung, ob für die einzelne Ordination eine Anstellung oder die klassische Gemeinschaftspraxis zu bevorzugen ist, gilt es zahlreiche Aspekte zu berücksichtigen. Darunter fallen etwa:<sup>6</sup>

- Wegfall gesellschaftsrechtlicher Abstimmungen,
- Erleichterung des Betriebs von Zweigstellen,
- Anstellung für eine Probephase, ohne dass der zweite Arzt gleich Anteile der Praxis erwerben muss,
- Ausweitung des Leistungsangebotes der Praxis (Öffnungszeiten, medizinische Schwerpunkte),
- mehrere teilzeitbeschäftigte Ärzte sind möglich,
- spätere Umwandlung der Anstellung in eine Partnerschaft ist möglich,
- Bindung zusätzlicher Arztstellen an die Praxis,
- keine Tarifbindung bei Lohnzahlung, eventuell Zahlung umsatzbezogener Zulagen,
- Arbeitsentlastung,
- Teamarbeit.

6 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

Jedoch auch folgende Nachteile:

- unternehmerische Führung durch den Praxisinhaber, Kontroll- und Überwachungspflichten,
- umfangreiche Haftung durch den Arbeitgeber,
- Sozialversicherungsbeiträge und sonstige Abgaben,
- Lohnfortzahlung bei Krankheit, Karenz, Kündigungsschutz,
- Praxisverkauf bei höherem Praxiswert eventuell schwerer.

Grundvoraussetzungen für eine Anstellung sind die Eintragung des angestellten Arztes ins Arztregister und die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss. Diese Genehmigung wird personenbezogen vergeben und einem Vertragsarzt zugeordnet. Auch innerhalb einer Betriebsausübungsgemeinschaft (BAG) muss der angestellte Arzt einem Vertragsarzt persönlich zugeordnet werden.

Im Bundesmantelvertrag ist zudem geregelt, dass die persönliche Leitung durch den Vertragsarzt in jedem Fall gewährleistet sein muss.<sup>7</sup> Angestellte Ärzte können zusätzlich im Krankenhaus arbeiten und dürfen auch in Nebenstellen der Hauptpraxis eingesetzt werden.<sup>8</sup>

---

7 Anwalt.de (2009)

8 Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2018)

### 3. Fächer mit Leistungsbeschränkung – gesperrter Planungsbereich

In Deutschland gibt es für die hausärztliche Versorgung, die allgemein fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung sogenannte Planungsbereiche. Sind die Versorgungszahlen in einem Planungsbereich erfüllt, so kommt es in diesem Planungsbereich zu einer Sperre für Neuzulassungen. Man spricht dann vom gesperrten Planungsbereich. Möchte nun ein selbstständiger Vertragsarzt in einem gesperrten Planungsbereich einen Arzt anstellen, so muss er seine eigenen Leistungen im selben Ausmaß verringern und darf insgesamt das vorige Leistungsausmaß der Praxis nicht wesentlich überschreiten (3 %-Regelung<sup>9</sup>). Man spricht hier vom Job-Sharing-Modell, das es auch für selbstständige Partner gibt. Die Anstellung im gesperrten Planungsbereich ist nur für fachgleiche Ärzte möglich, da sich ansonsten die Leistungen im eigenen Fachbereich verringern würden.

Im gesperrten Planungsbereich ist eine Anstellung daher nur für Vertragsärzte interessant, die entweder ihre eigene vertragsärztliche Tätigkeit einschränken wollen, ohne den Versorgungsauftrag der Praxis reduzieren zu müssen, oder aber für solche, die Chancen im Ausbau der Selbstzahleranteile sehen (in Deutschland gibt es kein Wahlarztsystem mit Rückerstattung wie in Österreich, sondern die meisten Ärzte betreuen sowohl gesetzlich versicherte als auch privatversicherte Patienten).<sup>10</sup>

Eine Ausnahme im gesperrten Planungsbereich bildet der Fall, wenn ein Vertragsarzt freiwillig auf seine Zulassung verzichtet, um sich bei einem anderen Vertragsarzt anstellen zu lassen. Auch hier ist die Anstellung durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen. Die Abrechnung wird genauso durchgeführt, als wären zwei Vertragsärzte tätig. Es kommt also zu keiner Leistungsreduktion beim Vertragsarzt. Die Gesamtleistung im Planungsbereich bleibt dabei konstant.

9 Grundlage für die Berechnung der quartalsweisen Obergrenze bilden der Schnitt der mindestens vier vorausgegangenen Quartale des betreffenden Vertragsarztes plus ein Aufschlag, der 3 % des Fachgruppenschmittes beträgt. (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, 2014)

10 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

## 4. Fächer ohne Leistungsbeschränkung – offener Planungsbereich

Im sogenannten offenen Planungsbereich sind die Versorgungszahlen noch nicht erfüllt (Unterversorgung) und es ist daher prinzipiell eine Leistungsausweitung möglich und andere Ärzte in der Ordination anzustellen. Um jedoch die persönliche Führung und Beaufsichtigung des Teams durch den selbstständigen Arzt zu gewährleisten<sup>11</sup>, wurde eine Obergrenze bei der Zahl der Angestellten festgelegt, die mit drei Vollzeitstellen (bzw. mit vier Vollzeitstellen bei medizinisch-technischen Fächern) angegeben ist. Bei teilzeitbeschäftigten Angestellten erhöht sich diese Zahl entsprechend.<sup>12</sup> Verfügt der anstellende Arzt selber nur über einen halben Versorgungsauftrag, so kann er nur einen vollzeitbeschäftigten Arzt anstellen (bzw. zwei Halbtagsbeschäftigte). Wird diese Verhältniszahl nicht überschritten, so wird automatisch davon ausgegangen, dass der Vertragsarzt seine Leitungsaufgabe wahrnehmen kann. Sollen aber über diese Zahl hinausgehend Ärzte angestellt werden, so ist dem Zulassungsausschuss ein Nachweis vorzulegen, der Vorkehrungen aufzeigt, die trotz der erhöhten Angestelltenzahl eine persönliche Leitung durch den Vertragsarzt ermöglichen.

Bezüglich des Leistungskontingents ist es im nicht gesperrten Planungsbereich so, dass für den angestellten Arzt ein eigenes Budget zur Verfügung steht, der Vertragsarzt also seine eigene Leistung nicht reduzieren muss. Die Gesamtleistung im Planungsbereich steigt also, was aufgrund der dort herrschenden Unterversorgung auch wünschenswert ist. Im offenen Planungsbereich ist es zudem unter gewissen Voraussetzungen auch möglich, Ärzte mit anderen Fachbereichen anzustellen, um gemeinsam Patienten zu behandeln (genauer in Kapitel 6).

11 Lt. § 14a BMV-Ä vorgeschrieben

12 0,25 Stellen bei bis zu 10 Wochenstunden; 0,5 Stellen bei 10 bis 20 Wochenstunden; 0,75 Stellen bei 20 bis 30 Wochenstunden; 1,0 Stelle bei über 30 Wochenstunden

## 5. Rechte und Pflichten<sup>13</sup>

Der Vertragsarzt ist für die Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten in der Praxis verantwortlich und haftet in diesem Sinne für sich selbst und für seine Angestellten. Ebenso haftet der Vertragsarzt gegenüber dem Patienten für die Tätigkeit des angestellten Arztes.<sup>14</sup> Denn der Behandlungsvertrag wird mit dem Vertragsarzt geschlossen und der angestellte Arzt dient lediglich als Erfüllungsgehilfe für die Pflichten seines Arbeitgebers. Nur bei deliktischen Haftungen kann der Arbeitnehmer direkt betroffen sein und ist dem Patienten gegenüber persönlich haftbar. Arbeitgeber und Arbeitnehmer haften hier im Außenverhältnis als sogenannte Gesamtschuldner nebeneinander, also bis zur vollen Schadenssumme. Im Innenverhältnis weicht die Haftung jedoch zugunsten des Arbeitnehmers auf. Im Wesentlichen kommt es beim Umfang seiner eigenen Haftung im Innenverhältnis auf die Schwere des Vergehens an. Leichte Fahrlässigkeit wird meist vollständig vom Arbeitgeber gedeckt, bei mittlerer Fahrlässigkeit kommt es häufig zu einer Beteiligung des Arbeitnehmers am Schaden. Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit betreffen allerdings immer, auch im Innenverhältnis, den Arbeitnehmer mit.<sup>15</sup>

Und auch die Haftung bezüglich abrechnungsbezogener Belange übernimmt der Vertragsarzt für seine angestellten Ärzte mit. Kommt es etwa zu Honorarrückforderungen seitens der kassenärztlichen Vereinigung, der Versicherungen oder der Patienten aufgrund von Verletzungen von Vorgaben der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), so haftet in erster Linie der Arbeitgeber. Diese Regresse sind dann im Innenverhältnis oft nicht oder nur teilweise gegen den Arbeitnehmer durchsetzbar. Insgesamt wird von der Ärztevertretung angeraten, dass sowohl der Vertragsarzt die bei ihm angestellten Ärzte gut versichert und auch die Arbeitnehmer eine darauf abgestimmte Versicherung abschließen.<sup>16</sup>

Die Leistungen von angestellten Ärzten werden dem Vertragsarzt zugerechnet. Dies bedeutet aber auch, dass das Gebot der persönlichen Leistungserbringung nicht verletzt wird, wenn ein genehmigter angestellter Arzt diese erbringt. Dies gilt auch in Hinblick auf die freie Arztwahl des Patienten. Der angestellte Arzt darf medizinische Leistungen daher auch in Abwesenheit des Vertragsarztes erbringen – ebenso in einer Zweistelle der Praxis –, ohne das Gebot der persönlichen Leistungserbringung zu verletzen. Diese Regelung gilt auch für angestellte Ärzte

13 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

14 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016)

15 HDI Versicherungs AG (2017)

16 Halbe (2017)

eines anderen Fachbereiches, auch wenn die Leistung vom Vertragsarzt nicht mit erbracht oder beaufsichtigt wurde.

Aus Gründen der Qualitätssicherung besteht für viele Leistungen ein Genehmigungsvorbehalt (z.B. radiologische Leistungen). Diese dürfen grundsätzlich durch angestellte Ärzte erbracht werden, wenn sie die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen. Der Vertragsarzt muss diese Voraussetzungen nicht unbedingt selbst erfüllen. Die Genehmigung muss jedoch vom Vertragsarzt beantragt werden und ist an seine Person gebunden, auch wenn die betreffende Leistung nur vom angestellten Arzt erbracht wird oder erbracht werden darf.

Auch die bei Vertragsärzten angestellten Ärzte sind zur Fortbildung verpflichtet. Der Nachweis darüber muss vom Vertragsarzt erbracht werden. Wurde die Fortbildung nicht gesetzeskonform durchgeführt, so haftet dafür der Vertragsarzt – mit Honorarkürzungen oder mitunter sogar mit dem Verlust der Angestelltenstelle. Der Vertragsarzt kann den angestellten Arzt jedoch gegebenenfalls wegen des entstandenen finanziellen Schadens in Regress nehmen.

## 6. Anstellung fachfremder Ärzte

Wie bereits weiter vorne angeführt, können Vertragsärzte im offenen Planungsbereich unter gewissen Voraussetzungen auch Ärzte mit anderen Fächern und Psychotherapeuten anstellen.<sup>17</sup> Die Berufsordnung gestattet die Anstellung eines fachfremden Arztes dann, wenn regelmäßig eine Behandlung von Patienten nur von Ärzten verschiedener Fachrichtungen gemeinschaftlich durchgeführt werden kann.<sup>18</sup> Dies könnte etwa ein Orthopäde (Vertragsarzt) sein, der einen Radiologen zur radiologischen Diagnostik seiner Patienten anstellt. Aus vertragsärztlicher Sicht wäre es auch erlaubt, einen fachfremden Arzt einzustellen, der darüber hinausgehende Leistungen erbringt. Die Berufsordnung sieht dies jedoch, wie oben erläutert, (noch?) nicht vor.

Um ein Umgehen des beruflichen Verbotes der Zuweisung gegen Entgelt zu verhindern, war es vorerst nicht erlaubt, fachfremde Ärzte anzustellen, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden dürfen.<sup>19,20</sup> Im Umkehrschluss durften auch Vertragsärzte, die nur auf Überweisung konsultiert werden können, keine Ärzte anstellen. Diese Regelung ist jedoch mittlerweile außer Kraft getreten.<sup>21</sup>

Vertragsärztliche Leistungen des angestellten fachfremden Arztes werden dem Vertragsarzt zugerechnet, auch wenn diese nicht beaufsichtigt werden.<sup>22</sup> Privatärztliche Leistungen, die vom angestellten Arzt erbracht werden, können hingegen nur dann vom Praxisinhaber abgerechnet werden, wenn diese unter seiner Aufsicht und fachlichen Weisung erbracht wurden.<sup>23</sup>

17 Dies regelt §14a Abs. 2 BMV-Ärzte

18 § 19 Abs. 2 MBO-Ärzte

19 Das sind lt. § 13 Abs. 4 BMV-Ä: Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin.

20 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

21 Pinnow (2017)

22 § 15 Abs. 1 S. 3 und 4 BMV-Ärzte; Pinnow (2017)

23 § 4 Abs. 2 GOÄ; Pinnow (2017)

## 7. Umwandlung von Anstellung in Vertragsarztstelle

Seit 2012 ermöglicht das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Herauslösung von genehmigten Anstellungen aus einem Medizinischen Versorgungszentrum oder einer Praxis. Nach Antrag können diese dann also in eine Vertragsarztstelle umgewandelt werden. So können angestellte Ärzte später zu gleichberechtigten Partnern in der Praxis werden.<sup>24</sup> Voraussetzung ist, dass der zeitliche Umfang der Tätigkeit während der Anstellung einer halben oder vollen Zulassung als Vertragsarzt entsprochen hat. Genehmigte Anstellungsverhältnisse können dabei auch nur teilweise umgewandelt werden. Etwa kann eine Vollzeitstelle in eine halbe Vertragsarztstelle und eine Teilzeitanstellung modifiziert werden. Grund für die Schaffung dieser Möglichkeit war, dass man jungen Ärzten einen einfachen Einstieg in die niedergelassene Versorgung ohne finanzielles Risiko ermöglichen, jedoch die spätere Übernahme einer Vertragsarztstelle nicht erschweren wollte.<sup>25</sup>

---

24 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)

25 Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014)

## 8. Anstellung von Ärzten in Weiterbildung

Ärzte in Weiterbildung können einen Teil ihrer Ausbildung im ambulanten Bereich absolvieren. So erhalten sie Einblicke in die vertragsärztliche Tätigkeit und entscheiden sich später selber eher für eine Niederlassung. Vertragsärzte, die Ärzte in Weiterbildung beschäftigen wollen, benötigen dafür eine Anerkennung ihrer Praxis als Weiterbildungsstätte und eine Weiterbildungsbefugnis, die beide von der zuständigen Landesärztekammer erteilt werden. Vor der Anstellung eines auszubildenden Arztes ist außerdem eine Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung notwendig. Diese Form der Anstellung ist befristet.<sup>26</sup> Weiterbildungsassistenten dürfen grundsätzlich nur unter Aufsicht und Anleitung durch den Vertragsarzt tätig werden, warum der Vertragsarzt auch stets persönlich anwesend sein muss, um die Tätigkeit des Auszubildenden zu überwachen. Zwischen Auszubildender und Auszubildenden muss stets ein 1-zu-1-Verhältnis gewahrt bleiben. Das heißt, durch einen Vertragsarzt dürfen zeitgleich maximal ein Vollzeit-Assistent oder zwei Teilzeit-Assistenten<sup>27</sup> ausgebildet werden. Der Weiterbildungsassistent dient jedoch keinesfalls zur Vergrößerung der Praxis.<sup>28</sup>

Die Anstellung bei Ärzten in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird finanziell mit 4.800,- Euro monatlich gefördert, die der Vertragsarzt ausbezahlt bekommt. Zudem sind in unterversorgten Gebieten auch weitere Förderungen möglich.<sup>29</sup> Die Weiterbildungsassistenz in Deutschland ist also das analoge Modell zur österreichischen Lehrpraxis, mit dem Unterschied, dass es sie auch für andere Fächer als die Allgemeinmedizin gibt. Besonders für Mangelfächer (z.B. Kinderärzte) erscheint dies auch sehr sinnvoll, um mehr Mediziner für die Niederlassungen zu gewinnen.

---

26 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018)

27 z.B. einer vormittags, einer nachmittags – niemals aber zur selben Zeit

28 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017)

29 Kassenärztliche Vereinigung Bayern (2018)

## 9. Versorgungslandschaft

In Deutschland zeichnete sich in den letzten Jahren ein klarer Trend zur Anstellung ab. Zwischen 2008 und 2017 hat sich in Deutschland die Zahl der in der freien Praxis angestellten Hausärzte mehr als vervierfacht und auch in MVZs noch einmal fast verdoppelt. Dennoch machen unter den Hausärzten Vertragsärzte noch einen Anteil von 82,8 % aus, angestellte Ärzte bzw. Psychotherapeuten in freier Praxis 12,4 % und angestellte Ärzte in MVZs nur 4,5 %.<sup>30</sup>

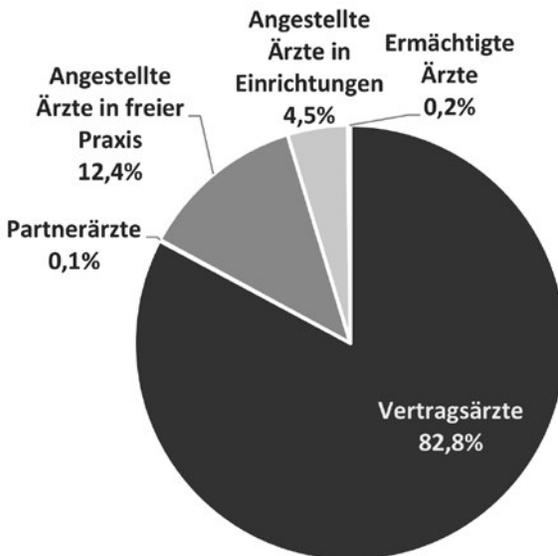


Abbildung 1: Vertragsärztliche Versorgung durch Hausärzte, Tätigkeitsformen 2017 (Kopfzahlen)

Die Organisationsform der Einzelpraxis ist im Rückgang begriffen. 2016 arbeiten 3,3 % weniger Hausärzte in Einzelpraxen als noch 2010. Hingegen nahmen die in Berufsausübungsgemeinschaften tätigen Hausärzte leicht (+2,7 %), und die in Medizinischen Versorgungszentren stark (69,8 %) zu. 2016 waren 56,6 % der Hausärzte in Einzelordinationen tätig, 39,1 % in Berufsausübungsgemeinschaften und 4,3 % in Medizinischen Versorgungszentren.<sup>31</sup> Der Löwenanteil arbeitet also immer noch in der klassischen Einzelpraxis, der Zustrom in Kooperationsformen ist aber enorm.

<sup>30</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)

<sup>31</sup> Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b)



Abbildung 2: Vertragsärztliche Versorgung, Hausärzte, Organisationsformen 2016 (Kopffzahlen)

Und auch die Teilzeitbeschäftigung wird immer beliebter. 2009 lag der Anteil der in Vollzeit tätigen Hausärzte bei 94,5 %, 2017 nur noch bei 81,3 %. Der Anteil der teilzeitbeschäftigten Hausärzte ist in dieser Zeit also analog dazu von 5,5 % auf 18,7 % gestiegen. Trotz einer Zunahme der Ärztezahlen zwischen 2009 und 2015 um 10 % hat sich die eigentliche Versorgungskapazität um lediglich 2,8 % erhöht. Bei Hausärzten ist sie sogar um 2,2 % gesunken. Um eine gleich hohe Versorgungsintensität wie 2009 zu halten, wäre in diesem Zeitraum jedoch eine Zunahme der hausärztlichen Leistungen um 3,75 % nötig gewesen (demografischer Wandel, Bevölkerungswachstum). Der Grund für diese Entwicklung sind die geringeren durchschnittlichen Arbeitszeiten pro Arzt. So ergibt eine Erhebung des ZI<sup>32</sup> bei Vertragsärzten eine durchschnittliche Arbeitszeit von 51 Stunden, während angestellte Ärzte in Praxen durchschnittlich 22 Wochenstunden arbeiteten. Natürlich bringt das für den einzelnen Mediziner mehr Freiheit und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, auf den ersten Blick scheint es jedoch die ambulante Versorgung zu untergraben. Insgesamt stellt sich jedoch die Frage, ob diese für durchschnittlich 22 Wochenstunden angestellten Ärzte überhaupt im ambulanten Bereich tätig wären, wenn es die Möglichkeit zu einer Anstellung nicht gäbe. Die Situation in der niedergelassenen Versorgung könnte also anderenfalls noch besorgniserregender aussehen.

32 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017)

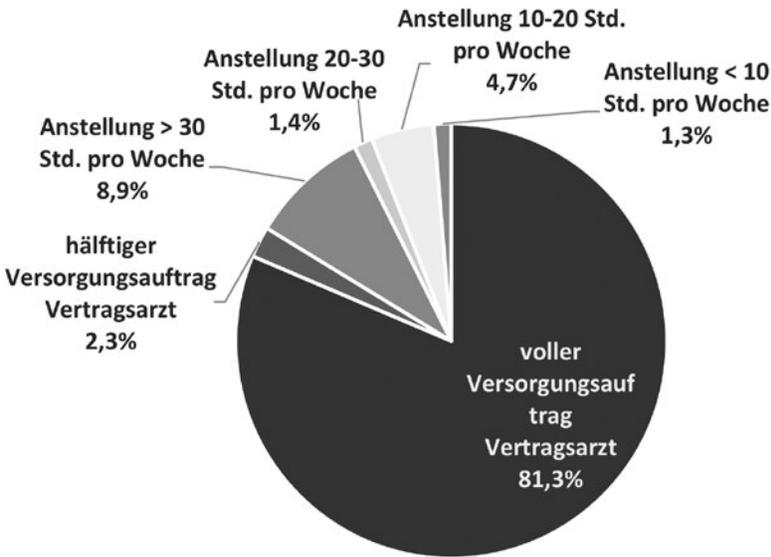


Abbildung 3: Vertragsärztliche Versorgung, Hausärzte, Versorgungsumfang 2016 (Kopfzahlen)

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schlägt jedenfalls zusätzliche Maßnahmen zur Stärkung der ambulanten Versorgung vor. Dazu gehören ein finanzieller Zuschuss bei Niederlassung, ein finanzieller Zuschuss für die Einrichtung einer Zweigpraxis, eine Praxisbauförderung und ein finanzieller Zuschuss für die Fortführung einer Praxis über das 63. Lebensjahr hinaus. Jedoch muss generell das Einkommen eines niedergelassenen Vertragsarztes mit dem Einkommen in anderen Bereichen konkurrenzfähig sein, um genügend Ärzte für die vertragsärztliche Versorgung zu gewinnen. So liegt etwa das Gehalt eines Oberarztes im Spital über dem eines durchschnittlichen Praxisinhabers (aus GKV-Tätigkeit) – obwohl dieser ein unternehmerisches Risiko trägt.<sup>33</sup>

<sup>33</sup> Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016b)

## Literaturverzeichnis

- Ärzttekammer für Steiermark (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 – Der Plan der Vieles schlechter macht. AERZTE Steiermark 06/2017.
- Halbe, Bernd (2017): Haftungsrisiken: Der angestellte Arzt in der Praxis. Deutsches Ärzteblatt 114(11). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/187007/Haftungsrisiken-Der-angestellte-Arzt-in-der-Praxis>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Arbeiten im Team. Praxis Wissen. [http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_Arbeiten\\_im\\_Team.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Arbeiten_im_Team.pdf)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): Statistische Information aus dem Bundesarztregister. Stand 31.12.2016. [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_12\\_31\\_BAR\\_Statistik.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf)
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016): Allgemeine Informationen zum Thema Anstellung eines Arztes. Stand: 12. Februar 2016
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2016b): Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen. November 2016.
- Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2017): Allgemeine Informationen zum Thema Weiterbildungsassistent. Stand 29.08.2017. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Praxisfuehrung/Zulassung/KVB-Merkblatt-Weiterbildungsassistent.pdf>
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2014): Ärzte beschäftigen Ärzte. S. 4-8. Nordlicht Aktuell Nr. 3 2014.
- Pinnow, Christian (2017): Der (fachfremde) angestellte Arzt. Deutscher Anwaltverein, Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht. 17. Herbsttagung vom 13. – 14. Oktober 2017 in Berlin. <http://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2017/10/10-pinnow-17-herbsttagung-01.pdf>
- Riedler, Katharina (2014): Befragung: Der niedergelassene (Land) Arzt – vom Aussterben bedroht? IN Linzer Institut für Gesundheitssystem-Forschung (2014): Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. Zeitschrift für Gesundheitspolitik 01/2014.
- Signium International (2013): Generation Y - Das Selbstverständnis der Manager von morgen. Zukunftsinstitut GmbH. Düsseldorf.
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2015. Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2011 bis 2014. 6. Jahrgang. Berlin. Juli 2017.

### Internetquellen

- Anwalt.de (2009): [https://www.anwalt.de/rechtstipps/teil-angestellte-aerzte\\_073823.html](https://www.anwalt.de/rechtstipps/teil-angestellte-aerzte_073823.html)  
Download am 21.02.2018
- Bundesmantelvertrag (2018): [http://www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf) Download am 21.02.2018

HDI Versicherungs AG (2017): Die Haftung angestellter Ärztinnen und Ärzte [https://www.hdi.de/downloads/de/freiberufler/kampagnen/medletter/april2017/medletter\\_april2017\\_haftung.pdf](https://www.hdi.de/downloads/de/freiberufler/kampagnen/medletter/april2017/medletter_april2017_haftung.pdf) Download am 21.03.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): <http://www.kbv.de/html/14353.php> Download am 21.02.2018

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018b): <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16399.php> Download am 21.03.2018

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2018): <https://www.kvb.de/nachwuchs/weiterbildung/foerderung-allgemeinmedizinische-weiterbildung/> Download am 28.03.2018

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2018): <http://www.kvmv.info/aerzte/27/30/index.html> Download am 21.02.2018

Kurier (2013): <https://kurier.at/wirtschaft/karriere/wertewandel-das-erfuellte-leben-zaehlt/2.956.376> Download am 14.02.2018