



„Ärzte oberhalb der Sperrgrenze“

Regionalisierte Darstellung der möglichen Auswirkungen der sogenannten „Aufkaufregelung“ auf die vertragsärztliche Versorgung in Deutschland

Czihal T • Leibner M • von Stillfried D

Hintergrund

Die derzeit kritisch diskutierte sogenannte „Aufkaufregelung“ bezieht sich auf die im Regierungsentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vorgesehene Neufassung des § 103 Abs. 3a SGB V. Demnach soll der Zulassungsausschuss ab einem Versorgungsgrad von 110% die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen. Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss in diesem Falle den Praxisinhaber mit dem Verkehrswert der Praxis entschädigen. Dies wird verkürzt als „Aufkauf“ von Praxen oder Praxissitzen bezeichnet. Nachfolgend werden die möglichen Auswirkungen der Regelung dargestellt.

Von der Kann- zur Soll-Regelung

Mit dem zum 01. Januar 2013 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) hat der Gesetzgeber den Zulassungsausschüssen erstmals die Option eröffnet, in Planungsbereichen mit Zulassungsbeschränkung (in der Regel ab einem Versorgungsgrad von 110%) die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes abzulehnen.

Gemäß § 103 Absatz 3a SGB V kann der Zulassungsausschuss den Wiederbesetzungsantrag ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Der Zulassungsausschuss beschließt mit einfacher Stimmenmehrheit. Kommt eine Mehrheit nicht zustande, ist dem Wiederbesetzungsantrag zu entsprechen. Lehnt der Zulassungsausschuss eine Nachbesetzung ab, hat die

zuständige Kassenärztliche Vereinigung den Praxisinhaber in Höhe des Verkehrswerts der Praxis zu entschädigen.

Der Wortlaut und die Wahl der „Kann-Regelung“ verdeutlichen, dass der Gesetzgeber eine Ablehnung der Nachbesetzung als Ausnahme bzw. lediglich als Möglichkeit betrachtet hat. Ausweislich der Gesetzesbegründung wurde damit beabsichtigt, „in gesperrten Planungsbereichen Überversorgung abzubauen und dadurch langfristig eine ausgewogenere räumliche Verteilung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten zu erreichen und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern“. Diese Handlungsoption wurde bereits im Folgejahr durch den Sachverständigenrat für Gesundheit als unzulänglich kritisiert. In seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“ stellt der Rat fest, dass im Jahr 2013 bundesweit lediglich ein Vertragsarztsitz aufgekauft wurde. Aus Sicht des Rates ist das eine „wenig verständliche“ Situation. Er schlägt daher einen verpflichtenden Aufkauf (gesetzliche „Muss-Regelung“) vor, sobald ein Versorgungsgrad von über 200% (doppelte Anzahl der nach Maßgabe des Bedarfsplans vorgesehenen Arztzahl) festgestellt wird [1].

Die Bundesregierung ist dem Vorschlag des Rates nicht gefolgt. Stattdessen sieht der Regierungsentwurf zum GKV-VSG eine „Soll-Regelung“ vor, die ab einem Versorgungsgrad von 110% (Zulassungssperre) greift. Tritt diese Regelung in Kraft, würde aus der bisherigen Ausnahme ein Gebot werden. Dies ist ein Paradigmenwechsel,

denn künftig würde die Fortführung einer Praxis in Gebieten mit Zulassungssperre unter Begründungspflicht stehen. In den Zulassungsausschüssen würde die Ablehnung von Anträgen zur Nachbesetzung, verbunden mit dem Aufkauf der Praxis zur Regel, von der nur in Ausnahmefällen abgewichen werden kann (z.B. wenn es sich um ein Medizinisches Versorgungszentrum handelt). Ob, welche und wie viele Ausnahmen von der Regel gemacht werden können, ist derzeit nicht im Einzelnen absehbar.

Mögliche Auswirkung

Um eine sachorientierte Diskussion dieses geplanten Paradigmenwechsels in den jeweiligen Regionen zu ermöglichen, wird in dem vorliegenden Beitrag dargestellt, wo und wie viele Vertragsarztsitze der jeweiligen Fachgruppe aufgekauft werden müssten, wenn die Zulassungsausschüsse keine Ausnahmen von der Regel machen.

Zudem sollen mögliche Konsequenzen in Bezug auf die Beschäftigungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung dargestellt werden. Hierfür wird eine Abschätzung vorgenommen, wie viele Stellen für Medizinische-Fachangestellte durch den Aufkauf der Vertragsarztsitze ebenfalls entfallen könnten

Methodik

Zum besseren Verständnis der Fachbegriffe rund um die Bedarfsplanung wird auf die Veröffentlichung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) „Die neue Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten“ vom November 2013 verwiesen[2].

Strukturdaten zur Bedarfsplanung

Dargestellt wird die Anzahl der Ärzte bzw. Psychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze nach Arztgruppe und Planungsregion in Vollzeitäquivalenten (VZÄ).

Datengrundlage der dargestellten Auswertungen sind die Planungsblätter der KVen (Anlage 2.2 der Bedarfsplanungsrichtlinie) zum Stand 31.06.2014. Die Abgrenzung der Arzt- bzw.

Psychotherapeutengruppen folgt der gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (§§11-14 BPL-RL). Gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie werden die Ärzte anteilig nach Arztgruppe mit ihrem Anrechnungsfaktor gezählt (§§19-22 BPL-RL). Nicht in der Bedarfsplanung angerechnet und damit nicht berücksichtigt werden Ärzte mit vinkulierter Zulassung (genannt Partner-Ärzte bzw. Jobsharing- Juniorpartner) und angestellte Ärzte mit Leistungsbeschränkung.

Der Zuschnitt der Planungsregionen unterscheidet sich nach Versorgungsebenen:

- Hausärzte werden auf Ebene der Mittelbereiche,
- Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf Ebene der Kreisregionen,
- Ärzte der spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf Ebene der Raumordnungsregionen und
- Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung auf Ebene der KV-Regionen beplant.

Seit dem GKV-VStG besteht gemäß § 99 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit in der Bedarfsplanung auf regionaler Ebene von der bundesweiten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abzuweichen, „soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist.“

Von diesen Abweichungsmöglichkeiten machen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowohl in Bezug auf die individuelle Anpassung von Planungsbereichen (z.B. Teilung oder Zusammenlegung von Planungsbereichen, veränderte Zuordnung von Gemeinden zu Planungsbereichen) als auch bei der Festlegung des Versorgungsgrades zur Sperrung eines Planungsbereiches Gebrauch. Die Sperrgrenze liegt in der Regel bei einem Versorgungsgrad von 110%, in Ausnahmefällen wird auch eine andere Sperrgrenze gewählt (z. B. 102% für die hausärztliche Versorgung in der KV Nordrhein).

Um eine deutschlandweite kartografische Darstellung der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze im Rahmen des Versorgungsatlas zu ermöglichen, bedurfte es daher teilweise einer Umrechnung der Bedarfsplanungsdaten in administrative regionale Einheiten. Dort wo die Planungsgebiete von den administrativen Regionen abweichen, wurden die Daten der Planungsblätter mithilfe einer bevölkerungsgewichteten Zuordnung auf Gemeindeebene (Bevölkerung Stand 31.12.2012) auf die räumlichen Ebenen des Versorgungsatlas (Mittelbereiche BBSR Stand 2010, administrative Kreise Stand 2008, Raumordnungsregionen BBSR Stand 2012, KV-Regionen) umgerechnet.

Angestelltes Praxispersonal in Arztpraxen

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat zwischen Dezember 2012 und Januar 2013 eine Befragung zu Vertragsbedingungen bei Praxispersonal speziell bei Arztshelferinnen/Medizinischen Fachangestellten durchgeführt. Dazu wurden rund 8.000 Ärzte angeschrieben, die vorher am Zi-Praxis-Panel (ZiPP) [3] teilgenommen hatten. Die Befragung erfolgte mittels eines Online-Fragebogens. Dem ZiPP liegt eine nach Fachgruppen und Regionstypen geschichtete Stichprobe zugrunde, die eine repräsentative Erhebung von Angaben zur wirtschaftlichen Situation der Vertragsarztpraxen ermöglicht[4]. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde die Vielzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachgruppen in fünf Fachgebietsgruppen zusammengefasst (siehe Anhang, Tabelle 1)

An der Befragung haben sich rund 1.300 ZiPP-Praxen beteiligt und Angaben über insgesamt 6.300 Mitarbeiter gemacht. Bezugszeitraum der Befragung war das Jahr 2011 bis zum Stichtag 31.12.2011. Eine nach Fachgruppen gewichtete Hochrechnung der Befragungsergebnisse kommt zu vergleichbaren Beschäftigtenzahlen wie die amtliche Statistik. Anhand der Befragungsdaten lässt sich beschreiben, wieviel Praxispersonal durchschnittlich von Inhabern unterschiedlicher Fachgruppen beschäftigt ist. Diese Angaben werden als Grundlage für eine Hochrechnung der mit den durch die Aufkaufregelung in Frage gestellten Vertragsarztsitzen verbundenen Arbeitsplätzen für Medizinische Fachangestellte (MFA) genutzt.

Ergebnisse

Insgesamt würden durch die Neuregelung von § 103 Abs. 3a SGB V rund 25.000 Vollzeitäquivalente (VZÄ) von Ärzten und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland in Frage gestellt und müssten bei ausnahmsloser Anwendung der Aufkauf-Regelung entfallen. Die Kartendarstellung im Atlas erlaubt eine genaue Betrachtung der räumlichen Verteilung und der jeweiligen potenziellen Betroffenheit. Die Betrachtungsweise der VZÄ fasst die faktischen Auswirkungen bereits stark zusammen. Mit der Maßeinheit VZÄ werden je nach Region mehrere derzeit praktizierende Ärzte bzw. Psychotherapeuten zusammengefasst. Eine Aufkaufregelung würde demnach mehr natürliche Personen treffen, deren Praxen jeweils zu entschädigen wären, als die VZÄ darlegen. Am Beispiel von Thüringen zeigt sich beispielsweise, dass hinter den hier ermittelten 554 VZÄ 665 Personen bzw. „Köpfe“ stehen. Aus Patientensicht bedeutet dies, dass zukünftig noch deutlich weniger Ärzte und Psychotherapeuten für die Versorgung zur Verfügung stehen sollen, als das nach der oben beschriebenen Methodik entstandene Ergebnis suggeriert.

In Tabelle 1 (siehe Anhang) ist der jeweilige Anteil der potenziell wegfallenden Vertragsarztsitze an den aktuell bestehenden Sitzen dargestellt. Deutschlandweit könnten ca. 18% aller Vertragsarzt- bzw. Psychotherapeutensitze betroffen sein. Insgesamt zeigt sich, dass nicht nur städtische Regionen von einem Wegfall der Vertragsarztsitze betroffen sein werden sondern auch ländliche Regionen, in denen heute bereits über Versorgungsengpässe geklagt wird. Dabei ergeben sich zwischen den Fachgruppen deutliche Unterschiede: Besonders ausgeprägt dürfte die Regelung sich bei den fachärztlich tätigen Internisten auswirken. Bei ausnahmsloser Anwendung würden 50% der fachinternistischen Vertragsarztsitze wegfallen (die Spanne zwischen den KV-Bereichen beträgt 35% bis 64%). Bei den Kinderärzten würden 26% der Sitze entfallen (Spanne 11% bis 46%). Die interaktiven Karten im Versorgungsatlas zeigen die Sitze oberhalb der Sperrgrenze in VZÄ nach Facharztgruppen und Regionen. Grundlage sind die jeweils der Berechnung der Versorgungsgrade zugrunde liegenden Raumeinheiten (Bundesland, KV-Bereich, Raumordnungsregion, Kreis oder Mittelbereich).

Tabelle 2: Mögliche Auswirkungen auf die Beschäftigungssituation in der vertragsärztlichen Versorgung (potenzieller Wegfall von MFA [Angaben in VZÄ] nach Facharztgruppen unter Berücksichtigung der Arztsitze oberhalb der Sperrgrenze]

Fachgruppe	Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Durchschnittliche Anzahl von MFA je Vertragsarztsitz	Anzahl MFA (VZÄ)
Hausärzte	2.218	1,5	3.327
Augenärzte	675	1,3	877
Chirurgen	1.367	1,5	2.051
Frauenärzte	1.199	1,3	1.559
HNO-Ärzte	593	1,3	771
Hautärzte	627	1,3	816
Kinderärzte	1.466	1,5	2.199
Nervenärzte	895	0,8	716
Orthopäden	1.045	1,5	1.568
Urologen	510	1,5	765
Kinder- und Jugendpsychiater	240	0,8	192
Fachinternisten	4.022	1,6	6.436
Anästhesisten	1.003	1,3	1.304
Radiologen	803	1,5	1.205
PRM-Mediziner	137	1,3	178
Summe (der betrachteten Fachgruppen)	16.801		23.963

Tabelle 2 zeigt die Hochrechnung der durch den Aufkauf der Vertragsarztsitze möglicherweise entfallenden Arbeitsplätze für MFA. Insgesamt ist mit einer Größenordnung von ca. 24.000 Voll-zeitäquivalenten zu rechnen. Da unter den ca. 25.000 aufzukaufenden Sitzen ca. 7.500 psychotherapeutische Sitze enthalten sind, die in der Mehrzahl kein angestelltes Personal aufweisen, ist die Zahl der bedrohten Arbeitsplätze für angestelltes Praxispersonal etwas geringer als die in Frage gestellten Vertragsarzt- und Vertragspsychotherapeutensitze.

Die Beschäftigung von Praxisangestellten ist je nach Fachgruppe unterschiedlich stark ausgeprägt. Aus der ZiPP-Erhebung ist ersichtlich, dass die durchschnittlichen Beschäftigungszahlen bei 1,6 MFA je Praxis (VZÄ) liegen. In grundversorgenden fachärztlichen Bereichen und in der Inneren Medizin liegen sie bei 2,1 MFA je Praxis; in Haus- und Kinderarztpraxen werden 1,9 MFA je Praxis durchschnittlich beschäftigt. Die Ergebnisse sind in Tabellen 3 (siehe Seite 5) und 4 (siehe Anhang) zusammengefasst.

Tabelle 3: Zi-Praxis-Panel (ZIPP) - Einteilung der Fachgruppen, Fach- und Versorgungsbereiche

Hinweis: Hinweis: Die Fachgruppe Innere Medizin - Angiologie - kann im vorliegenden Jahresbericht mit ausgewertet werden. Im Jahresbericht 2011 war dies aufgrund der geringen Teilnehmerzahl aus der Fachgruppe nicht möglich.

* Die Fachgruppe „Psychotherapie“ beinhaltet ärztliche und psychologische Psychotherapeuten.

** Die Gruppe „Übergreifend tätige Praxen“ beinhaltet Praxen mit fach- und versorgungsbereichsübergreifendem Leistungsspektrum.

Fachgruppe	Fachbereich	Versorgungsbereich
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich) Kinder- und Jugendmedizin	Hausärztlicher Bereich	Hausärztliche Versorgung
Anästhesiologie Augenheilkunde Dermatologie Gynäkologie Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Physikalische und rehabilitative Medizin	Fachärztlicher Bereich I	Fachärztliche Versorgung
Chirurgie Orthopädie Radiologie Urologie	Fachärztlicher Bereich II	Fachärztliche Versorgung
Innere Medizin - Angiologie Innere Medizin - Gastroenterologie Innere Medizin - Hämato-/ Onkologie Innere Medizin - Kardiologie Innere Medizin - Pneumologie Innere Medizin - Rheumatologie Innere Medizin - ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	Internistischer Bereich	Fachärztliche Versorgung
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Neurologie Nervenheilkunde Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie Psychiatrie	Neurologisch- psychiatrischer Bereich	Fachärztliche Versorgung
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Psychotherapie*	Psychotherapeutischer und psychosomatischer Bereich	Psychotherapeutische und psychosomatische Versorgung
Übergreifend tätige Praxen**	Übergreifend tätige Praxen	Übergreifend tätige Praxen

Ausblick

Aus den Daten des Bundesarztregisters der KBV geht hervor, dass zum 31.12. 2013 ca. 25% der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten 60 Jahre oder älter sind [5]. Ein erheblicher Anteil der derzeit Niedergelassenen wird folglich in absehbarer Zeit die Praxis übergeben wollen. Daraus folgt aber auch, dass nach Intention der Bundesregierung innerhalb der nächsten zwei Jahre die Zulassungsausschüsse ca. 10.000 Sitze aus der Versorgung nehmen sollen. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die ambulante Versorgungsstruktur schon kurzfristig einen erheblichen Abbau erfahren könnte.

Diskussion

Zusammengenommen verdeutlichen die Darstellungen, dass es durch die intendierte Änderung des § 103 Abs. 3a SGB V auf Basis der bestehenden Bedarfsplanung erhebliche Veränderungen in der Versorgungsstruktur im Raum stehen, die schon kurzfristig für die Patienten spürbar werden können. Der Gesetzgeber brächte dadurch die Auffassung zum Ausdruck, dass die ambulante Versorgung zukünftig mit deutlich weniger Vertragsarztsitzen und damit auch weniger Vertragsärzten und Psychotherapeuten gewährleistet werden müsste.

Die Ergebnisse zeigen insbesondere, dass die von der Politik intendierte Stärkung des ländlichen Raums durch einen Abbau der vermeintlichen Überversorgung in städtischen Räumen wenig realistisch ist. So existiert bspw. bei den fachärztlichen Internisten kein einziger Planungsbereich, der einen Versorgungsgrad von unter 110% aufweist, sodass dem Praxisaufkauf keine Möglichkeit der Neu-Niederlassung in anderen Regionen, auch nicht in ländlichen Regionen, gegenübersteht. Insgesamt übersteigt die Zahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze die Zahl der möglichen Neuniederlassungen deutlich. Selbst bei den Hausärzten stehen den 2.218 Ärzten oberhalb der Sperrgrenze nur 2.118 Neuniederlassungsmöglichkeiten gegenüber. Bei den Kinderärzten existieren derzeit 18 Neu-Niederlassungsmöglichkeiten, die 1.466 potenziell wegfallenden Kinderarztsitzen gegenüberstehen.

Die Stärkung des ländlichen Raums kann daher wohl kaum im Fokus dieser geplanten gesetzlichen Neuregelung stehen. Vielmehr muss in der Reduzierung von Vertragsarzt- und Psychotherapeutesitzen und den damit verbundenen Praxismitarbeitern ein mittelfristiger Strukturwandel gesehen werden, der einem Paradigmenwechsel in der Versorgung gleichkommt.

Dieser Strukturwandel beträfe zum einen das Verhältnis selbständiger zu angestellt tätigen Vertragsärzten. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 06.02.2015 zum Regierungsentwurf des GKV-VSG darauf hingewiesen, dass die von der Bundesregierung intendierte Regelung einseitig Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bevorteilt, da deren Sitze per se nicht in Frage gestellt werden: „Gemeinsam könnten diese Regelungen theoretisch dazu führen, dass Einzelpraxen in der Fläche in nominell überversorgten Teilbereichen nicht wiederbesetzt werden beziehungsweise entsprechende Nachbesetzungsanträge abgelehnt werden müssen, während die Anstellungen in MVZ (und die wenigen Anstellungen nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V) ungeschmälert fortbestehen. Damit könnte eine Konzentration der ambulanten Versorgung in MVZ zu Lasten der Versorgung in der Fläche verbunden sein, was gerade dem Ziel der gesetzlichen Änderung zuwiderliefe.“ [6]

Ein Strukturwandel, der insgesamt auf einem Rückbau der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen basiert, liefe zudem der Entwicklung des medizinisch-technischen Fortschritts grundsätzlich zuwider, durch den die Zahl der ambulant durchführbaren Behandlungen stetig steigt und Krankenhausaufnahmen seltener notwendig werden. Ob eine solche Entwicklung mit der vorgesehenen gesetzlichen Weichenstellung möglich bleibt, muss kritisch hinterfragt werden, denn im Rahmen des neuen § 103 Abs. 3a SGB V wäre dies die Ausnahme von der Regel. Perspektivisch wird der Grundsatz ambulant vor stationär dadurch auf den Kopf gestellt.

Diesen Überlegungen wird seitens der Befürworter des Gesetzgebungsvorschlags mit dem Hinweis begegnet, dass aufgrund der Soll-Regelung regionaler Entscheidungsspielraum gewahrt bliebe und damit keine bestehende Praxis vom Netz genommen werde. Hieraus kann vor dem Hintergrund der durchgeführten Analyse nur ei-

ner von zwei Schlüssen gezogen werden: Entweder geht die Politik davon aus, dass die neue Aufkaufregelung weitgehend wirkungslos bleiben wird, oder davon dass ein Großteil der heutigen vertragsärztlichen Inanspruchnahme ersatzlos entfallen kann. Letzteres wiederum stünde in unaufgelöstem Widerspruch zu dem Bemühen des Gesetzgebers, kürzere Wartezeiten und Termingarantien herbeizuführen.

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.2014. Link: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf (letzter Zugriff am 27.03.2015)
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die neue Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. Berlin, 2013. Link: http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschue-re.pdf (letzter Zugriff am 25.03.2015)
3. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Zi-Praxis-Panel. Berlin. Link: <http://www.zi.de/cms/projekte/zi-praxis-panel/> (letzter Zugriff am 23.03.2015)
4. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Jahresberichte. Berlin. Die Jahresberichte erscheinen jährlich seit 2010. Aktuell steht der Jahresbericht 2012 zur Verfügung. Link: https://www.zi-pp.de/pdf/ZiPP_Jahresbericht_2012.pdf (letzter Zugriff am 23.03.2015)
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Berlin, 2014. Link: http://www.kbv.de/media/sp/2013_12_31.pdf (letzter Zugriff am 27.03.2015)
6. Bundesratsdrucksache 641/14 (Beschluss), Nr. 45. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz-GKV-VSG). Link: http://www.bundesrat.de/Shared-Docs/drucksachen/2014/0601-0700/641-14%28B%29.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (letzter Zugriff am 23.03.2015)

Anhang

Auf den folgenden Seiten sind die Tabellen zum prozentualen Anteil der aufzukaufenden Arzt-sitze an allen Ärzten einer Arztgruppe sowie die Ergebnisse der Sondererhebung Praxispersonal des Zi-Praxis-Panel (ZiPP) dargestellt.

Tabelle 1: Anteil der gemäß vorgesehener Neufassung des § 103 Abs. 3a SGB V wegfallenden Vertragsarztsitze an den aktuell zugelassenen Vertragsarztsitzen nach Facharztgruppen (in %)

Fachgruppe	alle Arzt- grup- pen	Haus- ärzte	Augen- ärzte	Chirur- gen	Frauen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte	Kinder- ärzte	Ner- ven- ärzte	Ortho- päden	Psycho- thera- peuten	Urolo- gen	Kin- der- & Jugend- psychi- ater	Fach- inter- nisten	Anäs- thesis- ten	Radio- logen
KV-Bereich	Prozentualer Anteil der aufzukaufenden Arztsitze an allen Ärzten einer Arztgruppe (%)															
Baden- Württemberg	16	4	11	34	10	10	20	25	25	19	32	15	17	45	27	16
Bayern	20	7	15	36	14	18	23	22	18	29	32	20	20	53	45	29
Berlin	26	9	10	32	7	15	13	24	16	18	44	20	46	58	47	57
Brandenburg	12	2	14	44	12	16	13	40	16	11	7	19	2	45	0	31
Bremen	24	2	15	8	8	9	13	30	8	13	42	16	55	64	56	49
Hamburg	23	7	7	23	4	8	8	11	12	12	34	11	63	64	47	51
Hessen	20	4	12	40	10	11	16	20	16	17	45	18	2	48	41	29
Mecklenburg- Vorpommern	17	3	22	55	19	30	24	46	28	17	3	26	3	56	22	20
Niedersachsen	16	2	11	32	12	14	17	18	19	13	28	17	36	57	31	35
Nordrhein	19	4	11	37	14	17	18	22	21	19	35	19	24	46	45	38
Rheinland- Pfalz	14	3	16	36	10	13	21	28	21	17	19	26	18	48	26	24
Saarland	17	2	9	39	12	17	20	27	21	29	22	20	1	61	25	34
Sachsen	13	0	8	40	14	18	18	42	17	17	13	19	6	35	22	29
Sachsen- Anhalt	13	2	18	38	13	21	26	39	15	14	0	21	3	51	20	21
Schleswig- Holstein	17	4	14	38	17	14	24	27	24	25	24	19	43	46	37	24
Thüringen	15	3	16	43	18	18	24	43	20	22	4	25	18	49	26	32
Westfalen- Lippe	16	4	11	26	11	13	18	20	19	17	36	18	16	43	23	23
Bund gesamt	18	4	13	35	12	15	19	26	19	19	32	19	25	50	35	31

Tabelle 4: Sondererhebung Praxispersonal (Datenstand 18.01.2013), Kennzahlen je Fachbereich in Vollzeitäquivalenten (VZÄ)

	Anzahl Inhaber	Anzahl Praxen	Anzahl Mitarbeiter (VZÄ)	Anzahl Mitarbeiter (VZÄ) je Inhaber (Durchschnitt)	Anzahl Mitarbeiter (VZÄ) je Praxis (Durchschnitt)	Anzahl MFA (VZÄ)	Anzahl MFA (VZÄ) je Inhaber (Durchschnitt)	Anzahl MFA (VZÄ) je Praxis (Durchschnitt)	Anteil MFA an allen Mitarbeitern in %
Hausärztlich	288	224	586	2,0	2,6	425	1,5	1,9	72,5
fachärztlich I	469	370	812	1,7	2,2	588	1,3	1,6	72,4
fachärztlich II	309	221	747	2,4	3,4	471	1,5	2,1	63,1
Internistisch	189	141	443	2,3	3,1	294	1,6	2,1	66,4
neurologisch-psychiatrisch	212	171	320	1,5	1,9	173	0,8	1,0	54,1
psychotherapeutisch	170	162	50	0,3	0,3	8	0,0	0,0	16,0
übergreifend tätig (inkl. MVZ)	11	6	6	0,5	1,0	5	0,5	0,8	83,3
gesamt (gültig)	1.648	1.295	2.964	1,8	2,3	1.964	1,2	1,5	66,3

Quelle: Zi-Praxis-Panel 2013