

# Gesundheitskonferenz für den Landkreis Karlsruhe 2013

Ambulante ärztliche Versorgung

- Handlungsempfehlungen -

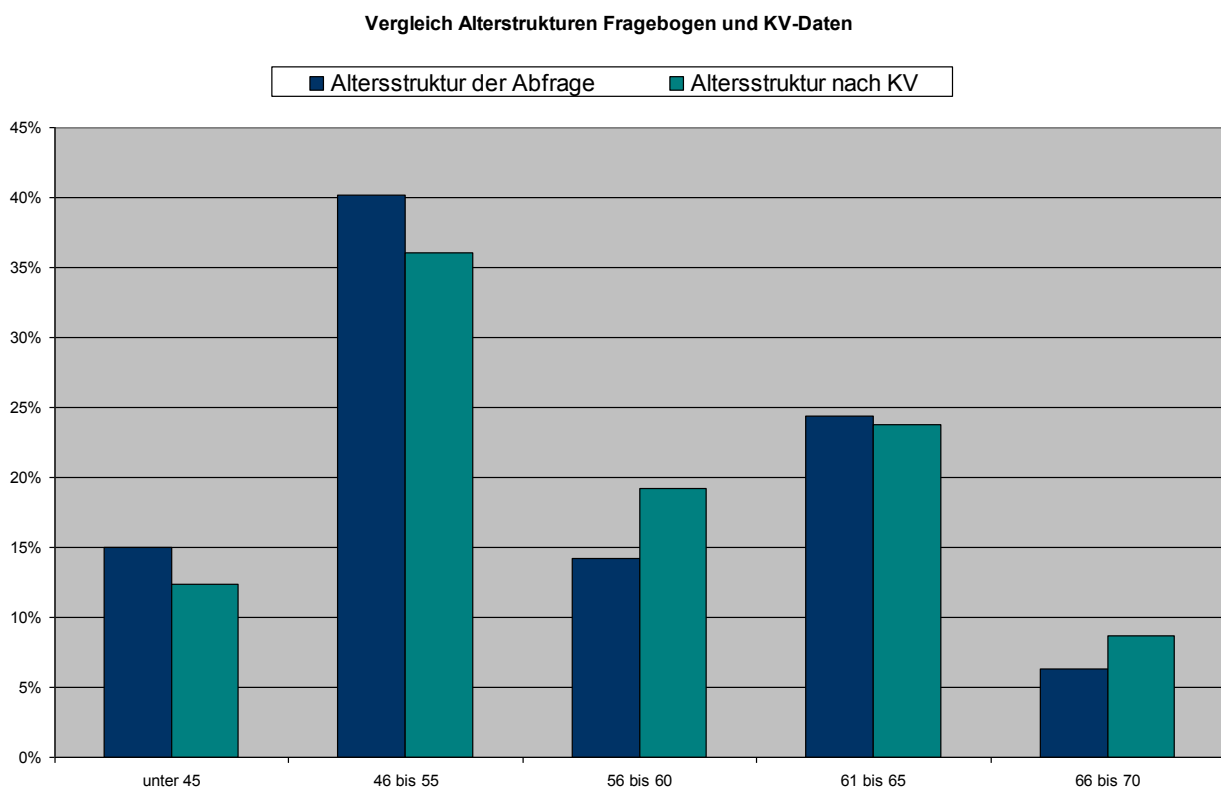
## Einführung

Im Rahmen der Gesundheitskonferenz hat sich im April 2012 die Arbeitsgruppe „Ambulante ärztliche Versorgung“ zum ersten Mal zusammengefunden. Sie stellt einen Zusammenschluss der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen im Landkreis Karlsruhe dar, nämlich der Ärzteschaft und des Hausärztesverbandes, der Vertreter der KVBW, der Krankenhäuser und Krankenkassen, der Vertreter der Gemeinden und des Landkreises sowie den Wohlfahrtsverbänden als auch politischer Interessengruppen.

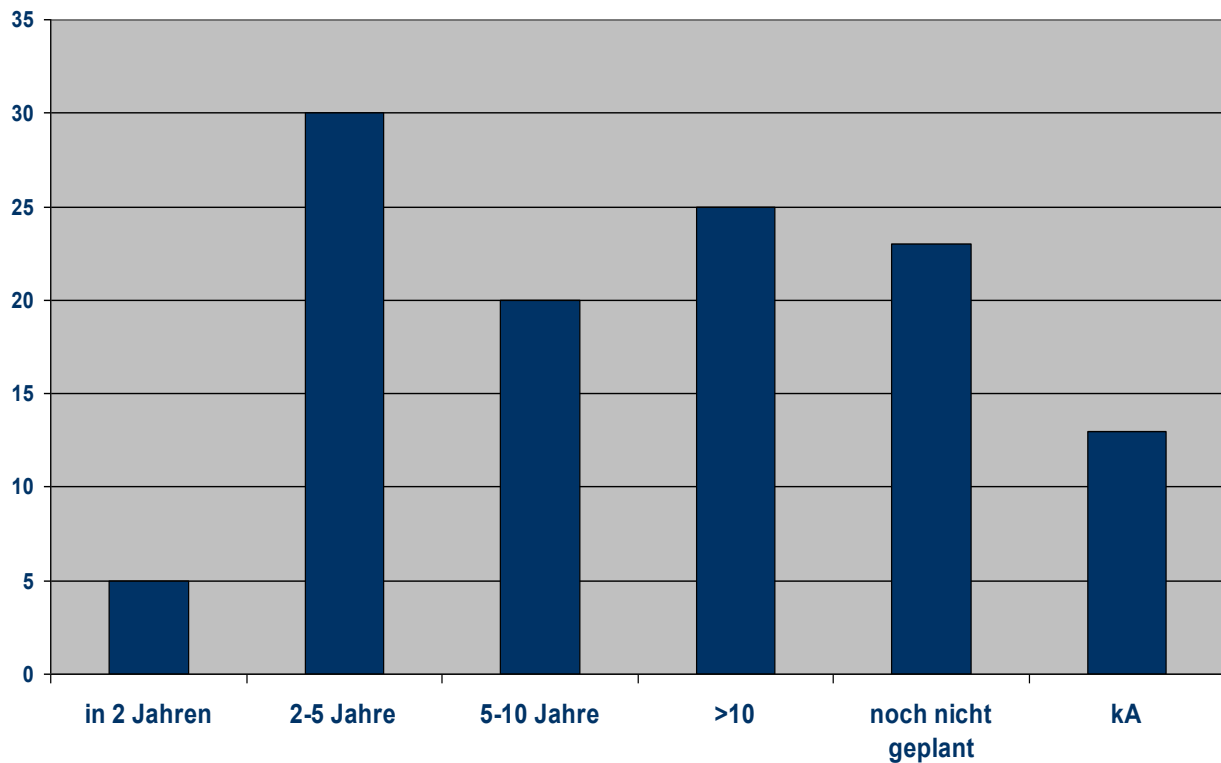
Zielsetzung der Arbeitsgruppe ist es auch in Zukunft eine wohnortnahe ambulante hausärztliche Versorgung sicherzustellen und hierfür geeignete Maßnahmen zu erarbeiten.

Als Ausgangsbasis für diese Arbeit hat die Arbeitsgruppe anhand eines selbst entwickelten Fragebogens im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2012 eine persönliche Befragung aller Hausärzte und hausärztlich tätigen Internisten im Landkreis Karlsruhe durchgeführt. Dabei wurden strukturelle Daten, Arbeitsaufwand, Alter, geplante Praxisabgabe sowie Verbesserungs- und Unterstützungsbedarfe abgefragt. Die Rücklaufquote der Fragebögen betrug ca. 60 %, entsprechend 153 niedergelassenen Ärzten und 119 Praxen.

Aufgrund dieser Datenerhebung konnte die derzeitige Alterstruktur der niedergelassenen Ärzte im Landkreis Karlsruhe ermittelt werden, die zur Einschätzung der Repräsentativität mit den Daten der KVBW abgeglichen wurde.



Des Weiteren wurde ausgewertet, wann eine Praxisabgabe in den nächsten Jahren voraussichtlich erfolgen wird.



Insgesamt konnte aufgrund der Datenerhebung die Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in den nächsten 5- 10 Jahren auf Gemeindeebene grafisch dargestellt werden. Die Strukturkarten ermöglichen es, diese Entwicklung im Landkreis Karlsruhe auf Gemeindeebene konkret einschätzen zu können. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden einzelne Gemeinden in der Darstellung zusammengefasst.

Da die Rücklaufquote der Fragebögen aus einzelnen Gemeinden unter 50 % lag, kann eine repräsentative Aussage über die Entwicklung in der jeweiligen Gemeinde nicht umfassend gewährleistet werden. Deshalb wurden diese in der Graphik mit einem Fragezeichen gekennzeichnet.

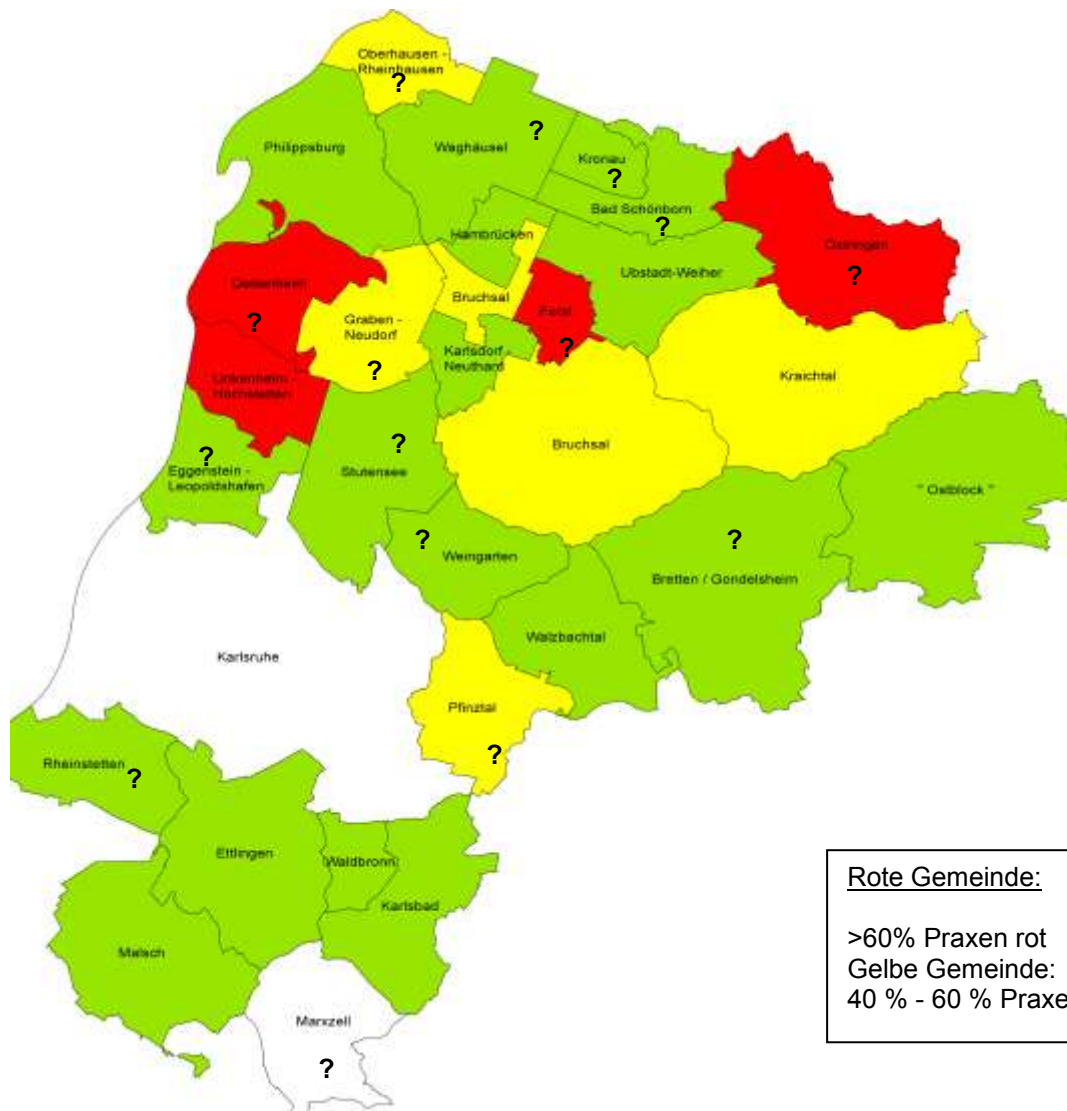
Weiterhin ergab die Auswertung der Daten, dass vor allem Ärzte mit kleinen Praxen (Scheinzahl unter 1200 Scheinen) Schwierigkeiten sehen, ihre Praxis wieder zu besetzen. Es kann nach den erfassten Daten vermutet werden, dass die Wiederbesetzung einer Praxis schwieriger wird, wenn sie sich in einer selbst genutzten Immobilie befindet.

Schließlich geben fast die Hälfte aller antwortenden Ärzte an, dass sie Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Fachärzten sehen, vor allem deshalb, weil die Wartezeiten lang seien.

Zunächst ergibt sich für den Zeitraum der nächsten 5 Jahre folgendes Bild:

Rote Praxis:

- Praxisabgabe bis in 5 Jahren oder / und
- Alter > 60



Rote Gemeinde:

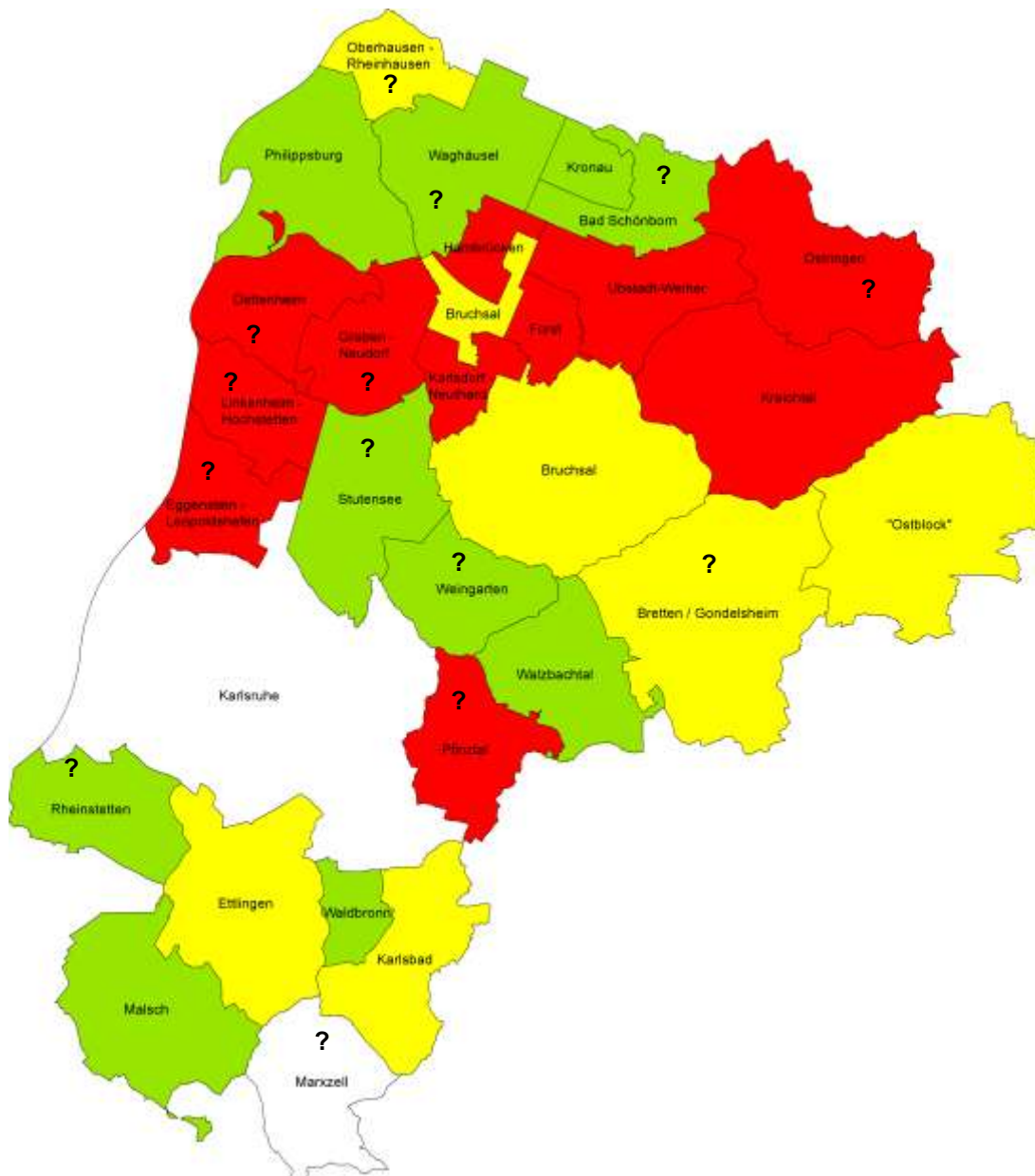
>60% Praxen rot  
 Gelbe Gemeinde:  
 40 % - 60 % Praxen rot

? bedeutet, dass die Rücklaufquote der Fragebögen aus den betreffenden Gemeinden unter 50 % lag

Die Situation im Zeitraum der nächsten 10 Jahre verdeutlicht folgende Graphik:

Rote Praxis:

- Praxisabgabe bis in 10 Jahren oder / und
- Alter > 55



Rote Gemeinde:  
 >60% Praxen rot  
 Gelbe Gemeinde:  
 40 % - 60 % Praxen rot

? bedeutet, dass die Rücklaufquote der Fragebögen aus den betreffenden Gemeinden unter 50 % lag.

Auf Grundlage dieser Daten und Erkenntnisse wurden die folgenden Handlungsempfehlungen erarbeitet.

## **Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Die Arbeitsgruppe „Ambulante ärztliche Versorgung“ hat sich im Laufe ihrer Tätigkeit auch mit dem Thema „Bedarfsplanungs-Richtlinie“ auseinandergesetzt, um eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen.

Da der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Ende 2012 eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschloss, die zum 30. Juni 2013 umgesetzt werden soll, konnten die bis dahin erarbeiteten Ergebnisse in dieser Form nicht mehr als Handlungsempfehlung formuliert werden.

Die Arbeitsgruppe hat sich jedoch Anfang 2013 darum bemüht auf die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Rahmen ihrer Möglichkeiten Einfluss zu nehmen. Sie konnte ihre Auffassung, in Abstimmung mit dem Landkreis, in dessen Stellungnahmen an die KVBW und dem Landkreistag einbringen.

Mit der Neufassung wird eine neue Grundstruktur der Bedarfsplanung definiert, die als eine von mehreren Versorgungsebenen die Arztgruppe der Hausärzte umfasst. Räumlicher Planungsbereich ist der sogenannte Mittelbereich entsprechend den Festlegungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Hierdurch wurden 883 neue Planungsbereiche definiert, die erstmals von den Raumzuordnungen der Landkreise und kreisfreien Städte abweichen.

Allerdings bestand nach § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V die Möglichkeit, zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen.

Nach § 11 Abs. 3 S. 1 Bedarfsplanungs- Richtlinie wird der Landkreis Karlsruhe in die vier Mittelbereiche Bruchsal, Bretten, Ettlingen und Karlsruhe (einschließlich Stadt Karlsruhe) aufgeteilt.

Die konkrete Aufteilung im Zeitpunkt Anfang Juni 2013 ist nach Auffassung der Arbeitsgruppe jedoch nicht geeignet eine dauerhaft wohnortnahe ambulante hausärztliche Versorgung zu erreichen. Insbesondere der Mittelbereich Karlsruhe ist gemäß dem Beschluss des G-BA zu weit gefasst, da er mit 430.000 Einwohnern deutlich größer ausgestaltet wurde, wie die anderen Mittelbereiche, z.B. Bretten mit gut 50.000 Einwohnern. Hierdurch ist zu befürchten, dass ein Großteil der Ärzte sich in den strukturell besser erschlossenen, attraktiveren Gebieten des jeweiligen Planungsbereichs, hier also in der Großstadt Karlsruhe, niederlassen wird. Die Gemeinden am Rand des Mittelbereichs sehen sich somit der Gefahr ausgesetzt, in Zukunft noch größere Schwierigkeiten zu haben, einen Hausarzt für sich zu gewinnen.

Um eine „Sogwirkung“ attraktiverer Teilbereiche zu vermeiden, sollten, unter Beachtung des Kriteriums der zeitnahen Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, die Gemeinden Graben- Neudorf und Dettenheim dem Mittelbereich Bruchsal und die Gemeinde Walzbachtal dem Mittelbereich Bretten zugeschlagen werden.

# Handlungsempfehlung

## Gesundheitskonferenz Hausärztliche Versorgung im Landkreis Karlsruhe

### **1. Abgleich von Bedarf und Bestand:**

Derzeit besteht im Landkreis Karlsruhe eine gute hausärztliche Versorgung. Im Rahmen der demographischen Entwicklung zeichnet sich hier jedoch zukünftig Handlungsbedarf ab.

### **2. Ziele**

Um die hausärztliche Versorgung zu sichern, ist eine Zusammenarbeit aller Akteure notwendig.

### **3. Vorschläge für Maßnahmen**

Aus diesem Grunde soll ein Netzwerk zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Karlsruhe mit den Akteuren Landkreisverwaltung, Kommunalverwaltung, Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhäuser und Krankenkassen gebildet werden. Eine Strukturanalyse wurde bereits im Landkreis Karlsruhe durchgeführt und entsprechende Handlungsempfehlung für die Kommunale Gesundheitskonferenz zur Beschlussfassung erarbeitet (s. Anlage: 1. Die 5 K's, 2. Ambulante ärztlich Versorgung Sicherstellung).

### **4. Zeitlicher Rahmen**

Beginnend: Ab sofort – laufender Prozess

### **5. Benennung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten**

Arbeitsgruppe ambulante Versorgung der Gesundheitskonferenz  
Kordinierungsstelle des Landkreises

### **6. Finanzierungsplan**

Koordinierungsstelle des Landkreises  
Der zusätzliche Aufwand wird mit dem bestehenden Personal abgedeckt.

### **7. Indikatoren für Evaluation**

Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung im Landkreis durch Stabilisierung der Versorgungsgrade in der hausärztlichen Bedarfsplanung.

Statistik der Bedarfsplanungs-Richtlinie – Jährlich  
Umfrage bei allen Kommunen des Landkreises in einem 3-Jahres-Rhythmus

## Netzwerk zur Verbesserung der Hausärztlichen Versorgung im Landkreis Karlsruhe

Im Rahmen der Gesundheitskonferenz wurde die hausärztliche Versorgung im Landkreis Karlsruhe analysiert. Das Ergebnis zeigt auf, dass sich die Versorgung der Bevölkerung in den nächsten Jahren wesentlich verändern kann. Grundlegende Faktoren wie die politischen Rahmenbedingungen und der demografische Wandel sind die Hauptursachen und nur bedingt beeinflussbar. Dennoch gibt es örtliche Akteure mit gleichen Zielen, aber unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten die bei einem vernetzten Vorgehen der „5 K´s“ die hausärztliche Versorgung positiv beeinflussen können.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen kann das Ergebnis der genannten Analyse leider nicht auf jeder Kommunenebene weitergegeben werden. Deshalb ist es unerlässlich, dass zunächst jede Kommune nochmals für sich die örtliche Situation analysiert. Dazu haben wir die beiliegenden Unterlagen entwickelt. Verstehen Sie bitte diese als Handreichung mit zunächst allgemeinen Informationen zur hausärztlichen Versorgung und zu den örtlichen Faktoren sowie mögliche Handlungsalternativen für Ihre Kommune. Im Weiteren ist eine Checkliste aufgeführt, die im Ergebnis und mit Unterstützung Ihrer örtlichen Ärzte aufzeigen wird, welche Versorgungsqualität in Ihrer Gemeinde aktuell vorhanden ist und welche Veränderungen zu erwarten sind. Sollte sich auf Grund der vorhandenen Struktur eine negative Veränderung ergeben und sich noch keine örtliche Lösung aufzeigen, haben Sie die Möglichkeit die Entwicklung aktiv zu begleiten. Dabei kann Ihnen das oben angesprochen Netzwerk der 5 K´s behilflich sein.

I. Die 5 K´s:	
Kreis	
Kommune	
Kassenärztliche Vereinigung	
Krankenhäuser	
Krankenkassen	



## **Kommune**

### **Ziel:**

Arztsitz/Arztdichte für Bevölkerung erhalten  
(derzeitiger Versorgungsschlüssel: 1 Arzt je 1.671 Einwohner)

### **Handlungsmöglichkeiten:**

Örtliche Analyse;  
Bereitstellung einer Immobilie;  
Bereitstellung einer guten Infrastruktur

### **Langfristige Lösungen:**

Stipendium von Gemeinde an Abiturienten – soziale Bindung an die Gemeinde;  
Vorvertrag >> 10% der Studienplätze an „Vorvertragler“ für Hausarztpraxis  
(Rektorenkonferenz)

## **Kreis**

### **Ziel:**

Ausreichende Arztdichte in den einzelnen Kreiskommunen;  
Ausgeglichene hausärztliche Versorgung

### **Handlungsmöglichkeiten:**

Bedarfsplanung;  
Unterstützung der einzelnen Kommunen bei der Suche nach einem Hausarztsitz;  
Einrichtung und Aufrechterhaltung Gesundheitskonferenz als Steuerungselement

## **Kassenärztliche Vereinigung**

### **Ziel:**

Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung bei hoher fachlicher Qualität und ausreichender Vergütung der Ärztinnen und Ärzte

### **Handlungsmöglichkeiten:**

Betreuung bei der Niederlassung;  
juristische Beratung;  
Sicherstellung der Existenzgrundlage der Praxis  
Verhältnis Arzt : Bevölkerung (gleiche Zahl wie bei Kommune erwähnt)

## **Krankenhäuser**

### **Ziel:**

Sicherstellung der stationären aber auch der Notfallversorgung der Bevölkerung;  
Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten

### **Handlungsmöglichkeiten:**

Kommunikation mit den Hausärzten;  
Ausbildung von Allgemeinärzten;  
Bindeglied zwischen Universitäten (Akademisches Lehrkrankenhaus) und  
niedergelassenen Ärzten

## **Krankenkassen**

### **Ziel:**

Ausreichende medizinische Versorgung von ambulanten und stationären Patienten;  
Effizienz in Diagnostik und Therapie;  
Einhalten der medizinischen Standards (Qualitätsmanagement, Zertifizierung)

### **Handlungsmöglichkeiten:**

Bezahlung der erbrachten Leistung;  
Beteiligung an infrastrukturellen Maßnahmen;  
Schaffung von Anreizen zur Steuerung der hausärztlichen Versorgung

## **Zusammenfassung:**

- Gesundheitskonferenz als Moderator dieses Netzwerkes der 5 K's
- Fortentwicklung der Bedarfsplanung

## II. Checkliste zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung

### **Kommunale Standortfaktoren**

Klima am Standort  
Standortprestige  
Wohnumfeld  
Umweltqualität  
Medizinische Versorgung / Einrichtungen  
Bildungsangebote  
Erholungs-, Kultur- und Freizeitangebote  
Einkaufsmöglichkeiten

### **Rahmenbedingungen**

**– nur bedingt auf kommunaler Ebene zu beeinflussen**

Bedarfsplanung  
Vergütung Hausärzte  
Altersstruktur  
Mangelndes Interesse an Allgemeinmedizin  
Feminisierung der Medizin  
Arbeitsbelastung im ländlichen Raum  
Niederlassung Anfangsinvestitionen / unternehmerisches Risiko  
Zusammenarbeit mit Kollegen  
Anstellung in Teilzeit

Die zukünftigen Versorgungsstrukturen haben sich an die Erwartungen und Bedürfnisse der jungen Mediziner anzupassen

Kooperative Tätigkeitsformen  
Teilzeitarbeit  
Kalkulierbare Arbeitszeiten  
Geregelter Bereitschaftsdienst  
Begrenzt wirtschaftliches Risiko

**Für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sind folgende Faktoren ausschlaggebend:**

Rechtzeitige Nachfolgeplanung

Aktive Begleitung durch KV, Krankenkassen, Kommunen

---

1 Hausarzt zu 1.671 Einwohner

Datenblatt Stadt / Gemeinde ...

Ist	Soll	2013
-----	------	------

Veränderung?

Ist	Soll	2014
-----	------	------

Ist	Soll	2015
-----	------	------

Ist	Soll	2016
-----	------	------

Ist	Soll	2017
-----	------	------

Ist	Soll	2018
-----	------	------

Immobilien

Praxisgröße

Bereitschaftsdienst

Steuerungsmöglichkeiten der Gemeinde

Immobilie

Ärztehaus

Vernetzung

Infrastruktur

Betreuungsangebote

**Nachfolge geregelt**

Ja

Nein

## Eigene Immobilie

Verkauf  Ja  Nein

Vermietung  Ja  Nein

### Option:

Immobilie wird beschafft

Investorenmodell

Kommunales Angebot / Hilfe

Praxis-/Raumbeschaffung

bei der

Betreuungsangebot erforderlich  Ja  Nein

Praxisgröße	< 500	schwierig
	800 - 900	Fachgruppendurchschnitt
	800 - 1200	gut
	> 1200	sehr gut

## Praxismodelle s. Anlage

Ansprechpartner KV

Ansprechpartner Krankenkasse

Ansprechpartner Kommune

Instrumente der Nachfolgesuche

Ausschreibung der Praxis

Potentielle Nachfolger ansprechen z.B. Medizinstudenten aus der Stadt/Gemeinde

## **(Rechts-)Formen medizinischer Kooperationen zur Versorgung des ambulanten Bereichs**

**HINWEIS:** Die nachfolgende Übersicht soll einen Überblick der möglichen Rechtsformen medizinischer Kooperationen geben. Diese Hilfestellung für eine erste Orientierung kann eine umfassende rechtliche Beratung im Einzelfall jedoch nicht ersetzen. Eine solche dürfen wir auf Grund der Bestimmungen des Rechtsdienstleistungsgesetzes nicht erteilen. Wir empfehlen, sich zur Klärung von Einzelfragen an die KVBW zu wenden.

Besonderheiten können sich für die einzelnen medizinischen Kooperationsformen gegebenenfalls auch aus der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg ergeben. Bei der Wahl der jeweiligen Rechtsform spielen auch Haftungsfragen eine Rolle.

Zudem erhebt diese Übersicht keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Obwohl es mit der gebotenen Sorgfalt erstellt wurde, kann keine Haftung für die Vollständigkeit und inhaltliche Richtigkeit übernommen werden.

### **1. Unterscheidung nach Organisation**

**(Wie kann der Arzt tätig werden?)**

#### **1.1 Der Arzt als Einzelunternehmer**

a. **Die Einzelpraxis**

In dieser traditionellen Organisationsform wird der Arzt, nachdem er die Zulassung zur Kassenärztlichen Versorgung erhalten hat, alleine und eigenverantwortlich in seinen eigenen Räumen tätig.

b. **Die Praxisgemeinschaft**

Die Praxisgemeinschaft ist die loseste Form der Kooperation. Sie dient in erster Linie dem Ziel, Synergieeffekte durch die gemeinsame Nutzung von Räumen, Einrichtungen, Apparaten oder Personal zu erreichen. Zu diesem Zweck gründen die Kooperationspartner eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR), bleiben im Übrigen aber selbstständig, sowohl gegenüber den Patienten als auch gegenüber der KV. Die Ärzte treten im Behandlungsvertrag und im Abrechnungsverhältnis zu der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung selbstständig auf, d.h. sie rechnen jeder für sich ab. Es besteht daher lediglich eine Kostengemeinschaft.

Die Eigenständigkeit gilt auch in Bezug auf Haftungsfragen: da der Behandlungsvertrag nur mit dem behandelnden Arzt zustande kommt, haftet auch nur dieser im Schadensfall. Die Gründung der Praxisgemeinschaft ist der KV anzuzeigen.

## 1.2 Der Arzt als Mit-Unternehmer

### a. Die Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Bei der Berufsausübungsgemeinschaft (ehemals Gemeinschaftspraxis) schließen sich mindestens zwei selbständige Ärzte zur gemeinsamen Berufsausübung zusammen. Bei dieser besteht eine deutlich engere Bindung der Kooperationspartner, die nun Gesellschafter an einem gemeinsamen Unternehmen sind. Die BAG bildet also organisatorisch, rechtlich und wirtschaftlich eine Einheit. Sie ist organisiert in der Rechtsform einer GbR oder einer Partnerschaftsgesellschaft und muss vom Zulassungsausschuss genehmigt werden. Innerhalb einer Partnerschaftsgesellschaft ist auch die Zusammenarbeit von Ärzten mit anderen „Heil- und Hilfsberufen“ möglich.

Rechtsgeschäftliche Verpflichtungen entstehen, indem die Gesellschafter selbst oder vertreten durch andere Verträge abschließen.

Die Besonderheit bei der GbR besteht darin, dass nicht nur die Gesellschaft selbst, sondern auch die einzelnen Gesellschafter als Träger dieser Verpflichtungen in Betracht kommen, da die GbR nur als teilrechtsfähig angesehen wird. Die Gesellschafter werden also auch selbst verpflichtet und haften nicht nur mit ihrem Anteil am Gesellschaftsvermögen, sondern mit ihrem gesamten Privatvermögen. Eine Beschränkung der Haftung auf das Gesellschaftsvermögen ist nur durch eine ausdrückliche individuelle Vereinbarung mit dem Geschäftspartner möglich. Bei der Partnerschaftsgesellschaft haften neben dem Vermögen der Partnerschaft die Partner als Gesamtschuldner auch persönlich. Etwas anderes gilt nur, wenn nur einzelne Partner mit der Bearbeitung eines Auftrags befasst waren und es um die Haftung für berufliche Fehler geht. Ausgenommen von dieser Einschränkung sind nur Bearbeitungsbeiträge von untergeordneter Bedeutung.

### b. Die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft

Hier versorgen selbständige Ärzte einzelne Patienten in Bezug auf bestimmte Leistungen gemeinsam bei Aufrechterhaltung der jeweiligen Einzelpraxen. Die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft ist nur dann zulässig, wenn das zeitliche begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um Patienten zu versorgen, die auch einer gemeinschaftlichen Versorgung der zusammengeschlossenen Ärzte bedürfen. Dies ist beispielsweise der Fall bei der Kooperation eines Kinderarztes mit einem Neurologen zur Behandlung kinderneurologischer Erkrankungen. Ein Zusammenwirken ist aber mit solchen Ärzten nicht erlaubt, die nur auf Überweisung tätig sein dürfen (z.B. Radiologen, Laborärzte, Pathologen). Die Ärzte müssen zudem gemeinschaftliche Sprechstunden anbieten.

### c. **Die überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft**

BAGs werden normalerweise in gemeinsamen Praxisräumen tätig, müssen aber nicht. Seit einiger Zeit gibt es auch die Möglichkeit, dass sich Praxen, die an unterschiedlichen Standorten tätig sind, zu einer ÜBAG zusammenschließen. Das hat vor allem abrechnungstechnische Gründe.

Bei ihrer Gründung müssen die Regelungen zur Präsenzpflcht ebenso beachtet werden wie die Sicherstellung der Versorgungspflicht an allen Orten. Die teilnehmenden Ärzte können entweder ausschließlich an ihrem Vertragssitz oder auch wechselseitig an allen Standorten praktizieren – vorausgesetzt, die getrennten Niederlassungen werden beibehalten.

### d. **Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)**

Das MVZ ist eine Form der BAG. Es ist eine von einem Arzt geleitete Versorgungseinrichtung mit mehr als einer Fachrichtung in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer GmbH. Wird die Rechtsform der GmbH gewählt, so ist die Haftung grundsätzlich auf das Vermögen der Gesellschaft begrenzt und die Gesellschafter müssen eine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben.

Auch ein Krankenhaus kann ein MVZ gründen, darf aber im ambulanten KV-Bereich nur dann tätig werden, wenn es dafür eine Zulassung hat. Im MVZ können sowohl selbständige als auch angestellte Ärzte tätig sein. Das MVZ als moderne Einrichtung zur Kooperation unter Medizinern gewinnt eine immer größere Bedeutung.

Die Abrechnung erfolgt folgendermaßen: Jedes MVZ bekommt einen Gesamthonorarbescheid, d.h. die Zahlungen der KV erfolgen an das MVZ als Gemeinschaft.

## 1.3 **Der Arzt als Angestellter**

### a. **In Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen**

Jeder zugelassene Arzt, egal wie er sich organisiert, darf bis zu drei Ärzte anstellen. Andere Gebiets-, Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen stellen keine Hürde dar; eine Anstellung ist auch in Teilzeit möglich.

### b. **Im MVZ**

Im MVZ dürfen unbegrenzt angestellte Ärzte tätig sein. Das ist heute besonders interessant für junge Ärztinnen und Ärzte, die entweder



das Risiko der Selbständigkeit nicht einzugehen bereit sind oder aus persönlichen Gründen nur eine Teilzeittätigkeit ausüben wollen.

#### 1.4 Der „Teilzeit“-Arzt

Neben einer Vollzulassung ist für den Arzt auch die Zulassung mit einem hälftigen Versorgungsauftrag möglich, der zu mindestens 10 Sprechstunden pro Woche verpflichtet. Dann hat er wiederum die Wahl,

- a. Als Teilzeitarzt in allen Organisationsformen (oben 1.1 bis 1.3) tätig zu werden;
- b. Neben seiner Tätigkeit im Rahmen der Teilzulassung auch noch eine Nebentätigkeit in einem Krankenhaus oder bei einem anderen Vertragsarzt auszuüben.
- c. Umgekehrt folgt daraus, dass auch ein Krankenhausarzt die Möglichkeit hat, über eine Teilzeitniederlassung zur Sicherung der ambulanten Versorgung beizutragen.

## 2. Unterscheidung nach Praxisstandort

Wo kann der Arzt tätig werden?)

- a. **Der Hauptsitz der Praxis**  
Das ist der Ort, für den der Vertragsarzt die Zulassung beantragt hat. Seit dem 1.1.13 muss der Vertragsarzt nicht mehr selbst am Sitz seiner Praxis wohnen.
- b. **Ausgelagerte Praxisräume**  
Spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können außerhalb des Vertragsarztsitzes erbracht werden; zum Beispiel wenn am Vertragsarztsitz das erforderliche Gerät fehlt. Die Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen ist der KV anzuzeigen.
- c. **Die Zweigpraxis**  
Vertragsärzte und MVZs können neben ihrem Hauptsitz auch an weiteren Orten tätig werden, sofern die KVBW diese Zweigpraxen (früher Nebenbetriebsstätten) zuvor genehmigt hat. Eine Leistungsidentität zwischen Haupt- und Nebenbetriebsstätte wird nicht mehr gefordert. Auch ist eine Anstellung von Ärzten für die Nebenbetriebsstätte möglich, deren Fachgebiet in der Hauptbetriebsstätte nicht vorhanden ist. Voraussetzung ist jedoch, dass sich die Versorgung der Versicherten am Ort der Zweigpraxis verbessert, ohne dass die Versorgung am Ort des Praxishauptsitzes beeinträchtigt wird.

## Weiteres Vorgehen der Arbeitsgruppe

Im nächsten Jahr sollen folgende Vorhaben verwirklicht werden:

- Weitere Beobachtung und Dokumentation der hausärztlichen Versorgung im Landkreis Karlsruhe mithilfe der Kassenärztlichen Vereinigung (ohne erneute Abfrage der niedergelassenen Ärzte)
- Errichtung einer einheitlichen Koordinierungsstelle zu Fragen der ambulanten ärztlichen Versorgung als Ansprechpartner für Kommunen und Interessierte
- Unterstützung der Kommunen bei der Planung und Etablierung Medizinischer Versorgungszentren als Kooperationsform der Zukunft

In den kommenden Jahren erscheint es zudem lohnenswert sich mit folgenden Themenkomplexen näher zu befassen:

- Einbeziehung des Themenkomplexes „Fachärztliche Versorgung“ in den Arbeitsschwerpunkt der AG sowie Überlegungen zu Konsequenzen/ Maßnahmen in diesem Bereich
- Lobbyarbeit für eine stärkere Gewichtung der Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten der Universitäten
- Überprüfung des Zulassungssystems zum Medizinstudium und Erarbeitung von Verbesserungsmöglichkeiten (bspw. Allgemeinarztklausel/ Quorum: Vergabe von 10 % der Studienplätze an Bewerber, die sich nach abgeschlossenem Studium zur Weiterbildung/ Praktizierung der Allgemeinmedizin in entsprechenden Kommunen verpflichten).

## Teilnehmende der Arbeitsgruppe „Ambulante ärztliche Versorgung“

	Name		Vorname	Institution	Funktion
1	Aumann		Gabriele	B'90 / DIE GRÜNEN Landkreis Karlsruhe	Kreisvorstand B'90 / DIE GRÜNEN
2	Baumann	Dr.	Horst	für Gemeinde Graben-Neudorf	Allgemeinarzt
3	Biermann		Jörg	DRK-Kreisverband Karlsruhe e.V.	Geschäftsführer
4	Brucker		Tanja	Caritasverband für den Landkreis Karlsruhe Bezirksverband Bruchsal e.V.	Bereichsleitung Alter und Gesundheit
5	Burger		Claudia	Kassenärztliche Vereinigung B-W Bezirksdirektion Karlsruhe	Geschäftsbereich Zulassung/Sicherstellung KVBW
6	Eidenmüller		Ullrich	(für IHK) EiCons Eidenmüller Consult GmbH	Geschäftsführer
7	Friebel	Dr.	Peter	Landratsamt Karlsruhe Gesundheitsamt	Amtsleitung
8	Geiger		Christine	B'90 / DIE GRÜNEN Landkreis Karlsruhe	Kreistagsfraktion
9	Hauser		Karl-Heinz	Gemeinde Kürnbach	Bürgermeister
10	Heß		Jürgen	Gemeinde Kronau	Bürgermeister
11	Holzapfel	Dr.	Martin	Kassenärztliche Vereinigung B-W Bezirksdirektion Karlsruhe	Allgemeinmedizin, Mitglied des Bezirksbeirats KA
12	Jansen		Susanne	Kliniken des Landkreises Karlsruhe gGmbH Regionaldirektion	Regionaldirektorin, Vertreterin der Geschäftsführung
13	Joggerst	Dr.	Brigitte	Landratsamt Karlsruhe Gesundheitsamt	Gesundheitsamt
14	Knodel		Rudi	Gemeinde Karlsbad	Bürgermeister

	Name		Vorname	Institution	Funktion
15	König		Heinz-Ulrich	SBK Region Südwest Arge B52-Verbändekooperation	Gemeinsamer Beauftragter der Arge B52-Verbände-kooperation für KA
16	Krämer		Elke	AWO Ambulante Dienste gGmbH Kreisverband Karlsruhe-Land e.V.	Geschäftsführerin
17	Philipp		Sabine	Gemeinde Bad Schönborn	Ordnungsamt
18	Ritter		Sarah	Landratsamt Karlsruhe Justizariat	Vorsitz der Arbeitsgruppe
19	Röcker		Harald	AOK Mittlerer Oberrhein	Geschäftsführer
20	Rupp		Markus	Gemeinde Gondelsheim	Bürgermeister, Vorsitzender SPD- Kreistagsfraktion
21	Russel		Oliver	Gemeinde Weingarten	Hauptamtsleiter
22	Schmidt		Michaela	Gemeinde Ubstadt-Weiher Hauptamt	Hauptamtsleiterin
23	Schrempp		Sebastian	Stadt Rheinstetten	Oberbürgermeister
24	Schuster		Raimund	Gemeinde Marxzell	Bürgermeister
25	Wacker	Prof. Dr. med.	Jürgen	Fürst-Stirum-Klinik Frauenklinik	Chefarzt, FDP-Kreistagsfraktion
26	Wacker		Ursula	SPD-Kreistagsfraktion	Kreisrätin
27	Weigt		Sven	Gemeinde Karlsdorf-Neuthard	Bürgermeister
28	Werner		Volker	für Gemeinde Weingarten	Hausarzt, Internist