

4. Ambulante Versorgung und Morbidität

4.1 Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

4.1.1 Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

4.1.1.1 Vielfältigere Möglichkeiten der Berufsausübung im ambulanten Bereich

Seit 2007 hat der Gesetzgeber in mehreren Schritten neue Möglichkeiten geschaffen, die **Berufsausübung** im ambulanten medizinischen und psychotherapeutischen Bereich **flexibler zu gestalten**. Dies kommt der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zugute, denn Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PT) nutzen immer stärker dieses Angebot, um Art und Umfang ihrer Berufstätigkeit auf die Erfordernisse ihrer Patientenversorgung und ihrer eigenen Lebensplanung zuzuschneiden.

Die **rechtlichen Grundlagen** bieten das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 01.07.2007 und das GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetz (GKV-OrgWG) vom Oktober 2008. Mit letzterem wurde nicht nur die bisherige **Altersgrenze** von 68 Jahren für die Kassenarztstätigkeit aufgehoben, es ermöglicht ab 2009 auch **sogenannte Teilzulassungen**, indem der volle Versorgungsauftrag einer Person auf die Hälfte beschränkt werden kann. Damit wird die Möglichkeit geboten, dass der/die Niedergelassene (Arzt/Ärztin/PT) einen halben Sitz verkaufen kann, wenn das Fachgebiet der Bedarfsplanung unterliegt, oder gründen kann, wenn das Fachgebiet nicht der Bedarfsplanung unterliegt.

Die Statistiken zu im ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Bereich Niedergelassenen und Angestellten ab 2008 spiegeln diese Entwicklung wider. Der Wandel in den Teilnahmeformen an der vertragsärztlichen Versorgung wird zunehmend deutlich. Er zeigt sich insbesondere an den Anstellungsformen.

Anstellungsformen

Die **Relation** zwischen Ärztinnen/Ärzten/PT in freier **Niederlassung mit eigenem Kassensitz** und denen, die auf einem **Angestelltensitz** arbeiten, verändert sich zugunsten der Angestellten. Der Trend zur Anstellung zeigt sich im ärztlichen Bereich deutlicher als bei den Psychologischen bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-psychotherapeuten (PPT bzw. KJPT). Bereits seit 2007 sinkt die Anzahl der niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte stetig, währenddessen die Anzahl der ärztlichen Angestellten deutlich steigt. Betrug das Verhältnis 2007 noch 6.281 Niedergelassene (einschließlich in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 Tätige) zu 276 Angestellten, so stehen 2011 5.878 Niedergelassenen bereits 825 angestellte Ärztinnen/Ärzte gegenüber. Bei den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen steigt nach wie vor sowohl die Anzahl der Niedergelassenen als auch die der Angestellten und erreicht 2011 mit 1.694 Zugelassenen und 50 Angestellten die bisher höchsten Werte (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1z-1](#)). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass mit dem GKV-OrgWG Quoten für die Sitze der KJPT eingeführt wurden (20 % der PT-Sitze für KJPT). Dies zog in Berlin eine Änderung der Bedarfsplanungsfeststellung nach sich, und die Fachgruppe der PT wurde 2010 um 81 Sitze für die Zulassung von KJPT entspert.

seit 2007 beobachteter Trend zur Anstellung im ärztlichen Bereich setzt sich weiter fort

Anstellung bei Ärztin/Arzt/PT in Niederlassung

Seit 2007 kann (bei angeordneter Überversorgung durch den Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen) ein niedergelassener Arzt/eine niedergelassene Ärztin mit eigenem Sitz auf die Zulassung

verzichten und sich auf dem bisherigen Sitz von einem anderen Arzt/einer anderen Ärztin oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) anstellen lassen. Der anstellende Kollege/die anstellende Kollegin kann fachgleich oder fachfremd sein. Seither kann der einzelne Arzt/die einzelne Ärztin auch fachfremde Kolleginnen/Kollegen und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten auf bis zu drei Vollzeitsitzen anstellen. PPT bzw. KJPT dürfen dagegen nur Angestellte der eigenen Fachgruppe beschäftigen. Der Angestelltensitz gehört nun zum Sitz der anstellenden Person (Arzt/Ärztin oder PPT/KJPT) oder zum MVZ. Die Aufteilung der **Arbeitszeiten auf dem Angestelltensitz** kann flexibel gestaltet werden, er muss aber aus Gründen der Sicherstellung voll besetzt sein (Vollzeitstelle, halbe Stelle, Viertelstelle). Es können also bis zu vier Ärztinnen/Ärzte/PT auf einem Angestelltensitz beschäftigt sein. Gerade für ältere Ärztinnen/Ärzte/PT ist diese Übertragung und Umwandlung ihres bisherigen Sitzes in eine Anstellung attraktiv. Ermöglicht sie ihnen doch, weiter vertragsärztlich/vertragspsychotherapeutisch, auch mit eingeschränktem Umfang, bei einem Kollegen/einer Kollegin oder einem MVZ bei festem Gehalt tätig zu sein, ohne weiterhin eine eigene Praxis führen zu müssen.

Anstellung im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)

Erwerb von ausgeschriebenen Kassensitzen in MVZ, um darauf Angestellte zu beschäftigen

Augenfällig wird die Veränderung zugunsten der Angestelltensitze in den MVZ. Schon seit 2004 können MVZ ausgeschriebene Sitze von Ärztinnen/Ärzten, die ihre Zulassung zurückgeben, erwerben und ärztliche Angestellte darauf beschäftigen. Von dieser Möglichkeit machen die MVZ regen Gebrauch. Hinzu kommt ab 2007 die oben beschriebene Übertragung von Sitzen mit Anstellung der bisherigen Inhaber/innen

für mindestens ein halbes Jahr. Nach dieser Frist geht dieser Sitz auf das anstellende MVZ dauerhaft über. Zu Beginn des Jahres 2011 stehen bei den MVZ der Anzahl von 169 Niedergelassenen mittlerweile 649 Angestellte gegenüber. Zum Vergleich: 2007 betrug das Verhältnis 121 Niedergelassene zu 240 Angestellten. Das rasante Wachstum der Angestelltenanzahl hält somit an (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Hälftiger Versorgungsauftrag

Seit 2009 können Ärztinnen/Ärzte und PPT/KJPT einen halben Sitz verkaufen bzw. gründen, sich also auf den hälftigen Versorgungsauftrag beschränken. Wie sich anhand der Statistik zeigt, wird diese Möglichkeit zunehmend attraktiv: waren 2009 nur 10 Ärztinnen/Ärzte/PT mit hälftigem Versorgungsauftrag tätig, so nutzen 2011 bereits 103 zur Versorgung Zugelassene diese Möglichkeit (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1z-1](#)).

Jobsharing

Jobsharing nur im Rahmen des bisherigen Leistungsumfangs eines Kassensitzes möglich

Auch das bereits seit 1999 bestehende Jobsharing wird mit den Jahren stärker genutzt. Dies ist allerdings eine Anstellungsform, die den Niedergelassenen/die Niedergelassene beschränkt, denn hier teilen sich zwei Ärztinnen/Ärzte, PPT oder KJPT jeweils desselben Fachgebietes den bisherigen Leistungsumfang des Kassensitzes, wobei dieser Umfang nicht ausgeweitet werden darf. Jobsharing gibt es als Anstellungsverhältnis

oder als Gemeinschaftspraxis mit Senior- und Juniorpartner. Gab es zum 01.01.2007 insgesamt 107 Jobsharer (nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 oder Nr. 5 SGB V), so stieg diese Anzahl über die Jahre weiter an: 2008 auf 123, 2009 auf 135, 2010 auf 147 und 2011 beträgt sie 169.

Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Die Zahl der hier angestellten Ärztinnen und Ärzte ist seit 2008 rückläufig, nachdem sie zuvor angestiegen war: von 255 im Jahr 2008 auf 226 Anfang 2011. Diese Einrichtungen umfassen derzeit 5 Gesundheitszentren, ein kleines Ambulatorium und verschiedene Gemeinschaftspraxen, die zu den Sana-Kliniken Berlin-Brandenburg gehören.

Kombinationsmöglichkeiten

Eine wachsende Zahl der in der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung Tätigen nutzt die sich bietenden Kombinationsmöglichkeiten, wie angestellt an mehreren Orten tätig zu werden: beispielsweise durch Teilzeitverträge auf einem oder mehreren Angestelltensitzen an zwei MVZ, oder einer hälftigen Zulassung und Anstellung, oder durch Anstellung im niedergelassenen Bereich und einer Nebentätigkeit am Krankenhaus.

Praxisformen

Bei den Praxisformen hält die Tendenz weg von der Einzelpraxis hin zu wirtschaftlicheren Kooperationsformen, die schon seit Jahren sichtbar wird, weiter an. Hierbei zeigt sich, dass sich in den letzten Jahren Kooperationen zu größeren Einheiten zusammenschließen.

anhaltende Tendenz
weg von der
Einzelpraxis hin zu
wirtschaftlicheren
Kooperationsformen

Einzelpraxen

Betrachtet man ausschließlich die haus- bzw. fachärztlich in Einzelpraxen Tätigen, so zeigt sich in beiden Versorgungsbereichen eine sinkende Tendenz. Die Anzahl hausärztlicher Einzelpraxen sank von 1.726 am 01.01.2009 auf 1.637 Anfang 2011, fachärztliche Einzelpraxen einschließlich Praxen der PPT/KJPT gingen leicht von 3.744 am 01.01.2009 auf 3.724 Anfang 2011 zurück (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Fachgleiche örtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Wie die Einzelpraxen nehmen auch standort- und fachgleiche örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) im hausärztlichen Bereich einschließlich darin arbeitende Ärztinnen und Ärzte seit 2009 zahlenmäßig ab - von 374 BAG mit 713 Ärztinnen/Ärzten am 01.01.2009 auf 349 mit 688 Tätigen Anfang 2011. Im fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich zeigt sich allerdings bei geringer werdender Anzahl der BAG eine größere Menge der dort Tätigen - 2009 waren es 532 Praxen mit 1.142 Ärztinnen/Ärzten/PT, 2011 sind es nur 514 Praxen, aber 1.145 dort Beschäftigte (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)).

Fachübergreifende örtliche und überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften

Fachübergreifende örtliche Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) wachsen seit 2010 wieder leicht, Anfang 2011 auf 58 Praxen mit 166 Beschäftigten, wobei ihre Anzahl 2009 (66 / 189) höher war. Demgegenüber zeigen sich die überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften (üBAG) als attraktiveres Kooperationsmodell. Anzahlmäßig erreichten sie am 01.01.2011 ihren bisherigen Höchststand mit 55 Praxen und 152 Ärzten (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.1-1](#)). Das liegt vor allem daran, dass üBAG größere Umsätze erwirtschaften können, indem die beteiligten Ärzte flexibel an den unterschiedlichen Standorten entsprechende Sprechzeiten je nach Patientenaufkommen anbieten können, was die Behandlungsfälle steigen lässt.

Alle BAG, so auch die üBAG, sind allerdings Kooperationsformen, die der gemeinsamen Behandlung derselben Patientenklientel dienen sollen. Deshalb werden ab dem 01.07.2011 bundesweit nach Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Honorarzuschläge für alle standortübergreifenden Kooperationsformen - so auch für die MVZ - vom **Kooperationsgrad**, d. h. dem Grad der gemeinsamen Behandlung der Patientinnen und Patienten durch alle jeweils beteiligten Ärztinnen und Ärzte abhängig gemacht. Damit will die KBV einer faktischen Filialisierung von Kooperationen entgegenwirken.

BAG sollen der gemeinsamen Behandlung derselben Patientenklientel dienen

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Nach raschem Wachstum seit 2004 stagniert seit 2009 die Anzahl der MVZ ebenso wie die Verteilung der Trägerschaften auf ärztliche und sonstige, es zeigt sich jedoch ein weiteres Anwachsen der bestehenden MVZ in Bezug auf die Anzahl der niedergelassenen und insbesondere der angestellten Ärztinnen/Ärzte/PT, die 2011 einen Spitzenwert erreichen: Waren es 2009 141 MVZ mit 159 Niedergelassenen und 516 Angestellten, so sind es 2011 140 MVZ mit - wie oben bereits erwähnt - 169 niedergelassenen und sogar 649 angestellten Ärztinnen/Ärzten/PT.

In jedem MVZ wird eine **ambulante fachübergreifende Versorgung in einheitlicher Trägerschaft** angeboten. Es dominiert weiterhin die vertragsärztliche Trägerschaft mit jetzt (anfang 2011) 85 MVZ gegenüber der von Krankenhäusern und sonstigen Trägern mit 55 MVZ (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 6.1-1).

Größer werdende Kooperationsformen

Konzentration von Kassensitzen in MVZ zum Nachteil der flächendeckenden Versorgung

Die Tendenz zu größer werdenden Kooperationsformen lässt sich am besten an den MVZ erkennen. Wie die Zahlen belegen, werden durch den Ankauf von ausgeschriebenen Arzt/PT-Sitzen immer mehr Sitze und mehr ärztlich und psychotherapeutisch Tätige an ihren Standorten konzentriert. Zwar wird damit das ambulante Angebot mit **unterschiedlichen Fachrichtungen „unter einem Dach“** für die Patientinnen und Patienten

deutlich verbessert. Jedoch kommen die an die MVZ verkauften Sitze einer flächendeckenden wohnortnahen ambulanten Versorgung nicht mehr in jedem Fall zugute.

Hinzu kommt mit Inkrafttreten des VÄndG ab 2007 die Möglichkeit, dass sich MVZ untereinander oder MVZ mit BAG oder mit Einzelpraxen zu üBAG zusammenschließen können. Seit 2009 ist dieser Trend erkennbar. Es bilden beispielsweise MVZ in derselben Trägerschaft eine üBAG, es gibt mehrfach den Zusammenschluss von zwei MVZ, in einem Fall sogar von vier MVZ. Bisher gibt es neun solcher üBAG- oder BAG-Kooperationen von MVZ untereinander oder mit MVZ-Beteiligung. Bei der Bildung solch großer Einheiten steht offenbar der **Effekt der Effizienzsteigerung durch Abrechnungs- und Honorarvorteile** im Vordergrund, der mit der Versorgung der Patientinnen und Patienten durch die Ärztinnen, Ärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten im flexibleren Sprechstundeneinsatz an den unterschiedlichen Standorten erreicht werden soll.

4.1.1.2 Bedarfsplanung, Inanspruchnahme und ambulanter Notfalldienst

Bedarfsplanung

Nach der derzeit gültigen Bedarfsplanung besteht in Berlin als einheitlichem Planungsbereich **in nahezu allen der Bedarfsplanung unterliegenden Zulassungsfachgebieten** - inzwischen auch bei den ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten - **Überversorgung**. Für das Jahr 2010 hat der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen eine **Mindestquote für KJPT** entsprechend dem Gesetzesbeschluss von 2008 festgelegt, wonach 20 % der Psychotherapeutesitze den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (KJPT) vorbehalten sind. Daraufhin legte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis Ende 2009 Kriterien für die Berechnung der KJPT-Sitze fest. Für den Planungsbereich Berlin wurden daraufhin 81 KJPT-Sitze entsperrt, für die das Zulassungsverfahren stattfand. Außerdem wurden 3 Sitze für das Fachgebiet Anästhesie entsperrt.

2011 Entsperrungen für 19 Hausarzt- und 4 Anästhesistsitze

Für das Jahr 2011 hat der Landesausschuss Entsperrungen für 19 Hausarztsitze und 4 Anästhesistsitze beschlossen. Diese hohe Anzahl der Hausarztsitze ergibt sich sowohl aus dem Bevölkerungswachstum als auch daraus, dass Hausarztssitze nach Zulassungsrückgabe nicht wei-

tergegeben, auch in MVZ Angestelltensitze mit Hausärzten/-ärztinnen nicht wiederbesetzt werden konnten und damit erloschen sind. Die Entsperrung der Anästhesistsitze geht auf das Bevölkerungswachstum zurück (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [6.2-1](#)).

Behandlungsfälle

Nach der Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 hat 2009 die Menge der ambulanten **ärztlichen Behandlungsfälle** erstmals wieder das Niveau von 2003 (24.295.443 Fälle) mit insgesamt 24.817.616 Fällen übertroffen und verharrte auch 2010 mit 24.708.707 Fällen auf diesem Niveau (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.19-1](#)).

Im **hausärztlichen Versorgungsbereich** werden die Fallzahlen von 2003 mit 8.049.972 Fällen nach wie vor nicht wieder erreicht, nähern sich doch allmählich wieder an - 2009 waren es 7.328.294 Fälle. Anders sieht es im **fachärztlichen Bereich** aus: Die 16.245.471 Behandlungsfälle aus dem Jahr 2003 wurden erstmals 2009 mit 17.489.322 Fällen übertroffen. In beiden Versorgungsbereichen stagnierte die Inanspruchnahme im Jahr 2010 (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.20-1](#)).

Demgegenüber nahm die Anzahl der **psychotherapeutischen und psychosomatischen Behandlungsfälle** weiter zu. 2003 erbrachten Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (PPT, KJPT), ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte, psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte mit mehr als 90 % ihrer Leistungen in der Psychotherapie, ermächtigte psychologische Ausbildungsinstitute sowie Fachärztinnen/-ärzte (FÄ) für Psychosomatik und Psychotherapie 208.628 Fälle. Allein in den letzten drei Jahren stieg deren Inanspruchnahme von 259.612 (2008) über 378.784 (2009) auf insgesamt 390.112 Fälle im Jahr 2010 an - ein bisheriger Höchststand. Dieser enormen Zunahme der Behandlungsfälle innerhalb kurzer Zeit liegt die Ausweitung der psychosomatischen Leistungen zugrunde.

gestiegene Fallzahl
aufgrund der Aus-
weitung psychoso-
matischer Leistungen

Im Hinblick auf diese Entwicklung ist zunächst zu berücksichtigen, dass im Zuge der Honorarreform ab 01.01.2009 die beiden **Honorargruppen der psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer neu zusammengesetzt** worden sind. Waren bis zum 31.12.2008 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie und Psychiatrie/Nervenärzte) mit den FÄ für Psychosomatik und Psychotherapie in derselben Honorargruppe zusammengefasst, so wechselten zum 01.01.2009 die ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte in die andere Honorargruppe, wo sie sich seither zusammen mit den PPT, KJPT und Ärztinnen/Ärzten mit mehr als 90 % Psychotherapie-Leistungserbringung befinden. Die Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie bilden hingegen nun allein eine Honorargruppe, denn sie verstehen sich in der Ausrichtung ihres Fachgebietes anders als die anderen Fachgruppen dahingehend, die psychische und die somatische Verfassung ihrer Patientinnen und Patienten in einem ganzheitlichen Zusammenhang zu sehen und daraus therapeutische Lösungen zu finden. Aufgrund der strikten Budgetierung ihrer Leistungen bis Ende 2008 war es ihnen jedoch nur in eingeschränktem Maße möglich, neben der Psychotherapie auch psychosomatisch tätig zu werden.

Berücksichtigt werden muss also zudem, dass ihnen ihr Honorarbudget seit der Honorarreform erlaubt, in weitaus stärkerem Maße Patientinnen und Patienten auch **psychosomatisch** zu behandeln. Dies schlägt sich in deutlich gestiegenen Fallzahlen nieder: Erbrachten 2008 ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen/Ärzte und Fachärztinnen/-ärzte für Psychosomatik zusammen 42.168 vor allem **psychotherapeutisch** orientierte Fälle, so wurden 2009 allein im Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie 133.687 Behandlungsfälle gezählt, im Jahr 2010 waren es sogar 135.224 Fälle. Damit sind hier die durchschnittlichen Fallzahlen pro Quartal nahezu dreimal höher als die der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen/Ärzte anderer Fachrichtungen. Auch daran wird erkennbar, dass diese Fachärztinnen/-ärzte nun verstärkt

psychosomatische Krankheitsbilder unter Anwendung der Methoden, die in ihrem Gebührenordnungs-Abrechnungskapitel stehen, behandeln (vgl. im GSI verfügbare Tabellen [7.19-1](#) und [7.22-1](#)).

Ambulanter Notfalldienst und Service-Leistungen

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) ist gemäß §§ 75 Abs. 1, 311 (4 d) SGB V für die **Sicherstellung eines Notdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten** verantwortlich.

ÄBD führte 2010
über 153.000 Haus-
besuche durch

Der **Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD)** der KV Berlin ist darüber hinaus ein zentral geregelter Hausbesuchsdienst mit KV-eigener Leitstelle. Er steht der Bevölkerung auch weiterhin rund um die Uhr zur Verfügung. Im ÄBD sind insgesamt 26 Fahrzeuge eines externen Dienstleisters im Einsatz. Im fahrenden Dienst wurden im Jahr 2010 die derzeit rd. 300 Ärztinnen und Ärzte (275 vertragsärztlich, davon überwiegend hausärztlich Tätige sowie rd. 25 nicht vertragsärztlich Beschäftigte aus Krankenhäusern und dem öffentlichen Gesundheitsdienst) zu rd. 153.000 Einsätzen gerufen. Sie sind schichtweise im Einsatz. Für den seit 2004 bestehenden eigenständigen Leichenschauendienst im ÄBD (Todesfeststellung und Leichenschau) sind 30 Ärztinnen und Ärzte tätig.

Neben den Hausbesuchsdiensten wird in der KV-Leitstelle täglich ein **telefonischer Beratungsdienst** von einem/einer der 30 Beratungsärzte/Beratungsärztinnen durchgeführt. Als weiteren Service bietet die ÄBD-Leitstelle Auskünfte über Adressen von wohnortnahen Haus- und Facharzt- bzw. Psychotherapeutenpraxen an (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-1](#)).

Die **KV Berlin** betreibt derzeit noch eine **eigene Erste-Hilfe-Stelle**. Diese befindet sich in Lichtenberg am Krankenhaus Lindenhof. Dort bietet die KV ausschließlich einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst mittwochs 15 bis 22 Uhr, am Wochenende und feiertags 8 bis 22 Uhr an. Alle anderen KV-eigenen Erste-Hilfe-Stellen wurde sukzessive wegen zu geringer Auslastung und wachsender Defizite geschlossen.

Weiterhin bestehen **zwischen der KV Berlin und Berliner Kliniken Kooperationsverträge** für Dienste niedergelassener Kinder- und Hausärzte/ärztinnen in den dortigen Rettungsstellen: eine allgemeinmedizinische und internistische Erstversorgung sowie einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst in den DRK-Kliniken Mark Brandenburg (Wedding), ausschließlich kinderärztliche Bereitschaftsdienste in den DRK-Kliniken Westend (Charlottenburg) sowie im St. Joseph-Krankenhaus (Tempelhof) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle [7.25z-2](#)).

4.1.2 Kostenstrukturen ärztlicher, zahnärztlicher und psychotherapeutischer Praxen

Einen Überblick über Einkommenssituation und Wirtschaftlichkeit von ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen in Deutschland gibt die **Kostenstrukturstatistik**, die das Statistische Bundesamt im vierjährigen Turnus durchführt. Die Stichprobenerhebung mit einem Auswahlatz von 5 % der Einrichtungen erfasst die **in den Praxen erwirtschafteten Umsätze** bzw. die Einnahmen und die für die Leistungserbringung erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung. Die aktuell zur Verfügung stehenden Daten betreffen das Jahr 2007¹; Ergebnisse für das Erhebungsjahr 2011 werden voraussichtlich nicht vor 2013 vorliegen.

Arztpraxen

In der Kostenstrukturstatistik liegen für 2007 aus der Stichprobe hochgerechnete Daten für **70.917 Arztpraxen** vor, davon waren 51.673 Einzel- und 17.071 Gemeinschaftspraxen mit 51.673 bzw. 39.569 Praxisinhaberinnen und -inhabern. Für die in der Gesamtzahl enthaltenen 2.174 Praxisgemein-

¹ Statistisches Bundesamt (2009): Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen 2007. Fachserie 2, Reihe 1.6.1. Im Internet abrufbar unter www.destatis.de/publikationen, Suchbegriff: Arztpraxen.