

Bedarfsplanung – quo vadis?*

SUSANNE OZEGOWSKI,
LEONIE SUNDMACHER

Dr. Susanne Ozegowski ist designierte Geschäftsführerin des Bundesverbands Managed Care e. V. in Berlin

Prof. Dr. Leonie Sundmacher leitet den Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München

Seit Jahren steht die ambulante Bedarfsplanung im Kreuzfeuer der Kritik seitens Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung. Vor diesem Hintergrund hat die schwarz-gelbe Bundesregierung im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes 2011 eine Reform der Bedarfsplanung angestoßen. Diese lässt erste Schritte in die richtige Richtung erkennen – doch mit der Eröffnung regionaler Gestaltungsspielräume stellt sich die Frage, welche Rolle den gesundheitspolitischen Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit und gleichwertigen Zugangschancen zur Versorgung zukommt.

1. Einleitung

„[Es] erfolgen jetzt Weichenstellungen in [den] Versorgungsstrukturen, damit unser Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann“ (Bundestag 2011: 1 f.) – mit dieser Zielsetzung wurde das Versorgungsstrukturgesetz (VStG) Ende 2011 verabschiedet. Ein Baustein des VStG bestand in der Reform der Bedarfsplanung, mit der seit 20 Jahren die Anzahl und regionale Verteilung der Vertragsärzte reguliert wird und die seit Jahren in der Kritik seitens Wissenschaft, Selbstverwaltung und Politik stand. Mit der Reform sollte auch den öffentlichen Debatten um Landarztmangel, Wartezeiten auf Termine und Praxisumzügen aus sozial schwachen in wohlhabende Stadtviertel begegnet werden.

Die Neugestaltung der Bedarfsplanung durch das VStG und anschließend durch den Gemeinsamen Bundesausschuss war von den Prämissen einer stärkeren regionalen Flexibilität und einer besseren Abbildung des Versorgungsbedarfs getragen. So wurden neue regionale Gestaltungsspielräume eröffnet, die sehr starre räumliche Planungsgrundlage stärker differenziert und Berechnungswege angepasst. Doch ist damit dem Reformbedarf Genüge getan?

Ziel dieses Artikels ist es, die Herausforderungen an die vertragsärztliche

Versorgung darzustellen, die vor diesem Hintergrund entstandene Bedarfsplanungsreform 2011/2012 zu bewerten und anschließend Optionen für eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung aufzuzeigen.

2. Die Bedarfsplanung in der Kritik: starr, ungenau und nicht mehr zeitgemäß

Zwischen 1970 und 1984 stieg die Anzahl der Kassenärzte um mehr als 30 % (Bundestag 1992). Vor diesem Hintergrund führte der Gesetzgeber 1977 die Bedarfsplanung ein, der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 auch „Zähne“ verliehen wurden (Ozegowski 2011). Fortan war die Anzahl der Zulassungen von Vertragsärzten regional begrenzt. Für die Definition der „optimalen“ Arztdichte im Sinne der Bedarfsplanung wurde ein pragmatischer Ansatz gewählt: Man legte fest, die zum 31.12.1990 in den alten Bundesländern für jede Facharztgruppe bestehende Arztdichte fortzuschreiben¹. Um

* Dieser Beitrag basiert in Teilen auf der 2013 abgeschlossenen Dissertation "Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzteverteilung" der Erstautorin an der TU Berlin.

¹ Abweichende zeitliche Aufsatzpunkte gelten für Hausärzte, fachärztlich tätige Internisten, Anästhesisten und Psychotherapeuten.

dem erheblichen Stadt-Land-Gefälle in den Arztdichten Rechnung zu tragen, wurde jeder Planungsbereich (meist der Landkreis oder die kreisfreie Stadt) auf einer Skala von sehr ländlich bis hin zu sehr städtisch einem von zehn Kreistypen zugeordnet. Die Berechnung der fortzuschreibenden Arztdichte erfolgte dann, indem die Verhältniszahl aus der Summe der Einwohner aller Kreise eines Kreistyps und der Summe der Ärzte einer Facharztgruppe in diesem Gebiet gebildet wurde. Dadurch erhielt man für jede der 14 beplanten Facharztgruppen zehn verschiedene „allgemeine Verhältniszahlen“.

„Normalversorgung“ war in einem Planungsbereich erreicht, wenn die dort vorliegende Arztdichte der allgemeinen Verhältniszahl entsprach. Das Überschreiten der allgemeinen Verhältniszahl in einem Planungsbereich um mehr als 10 % wurde als Überversorgung definiert, die zu einer Zulassungssperrung des Planungsbereichs für die betroffene Arztgruppe führte. Eine Unterschreitung um mehr als 25% (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte) entsprach einer Unterversorgung (§ 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie – BedarfsPIRL).

Diese Form der Bedarfsplanung wurde von vielen Akteuren als unzureichend bemängelt. Die Kritikpunkte betrafen im Wesentlichen drei Aspekte: Erstens wurden Unzulänglichkeiten in der initialen methodischen Ausgestaltung der Bedarfsplanung ausgemacht. Zweitens fehlte der Bedarfsplanung ein dynamisches Element, um auf veränderte Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung reagieren zu können. Drittens hatte die Bedarfsplanung keine Anpassung an gewandelte Strukturen und Bedürfnisse der Vertragsärzteschaft erfahren.

2.1 Unzulänglichkeiten in der initialen Gestaltung der Bedarfsplanung

Als willkürlich kritisiert wurde vielfach die Festlegung der Verhältniszahlen anhand eines Ist-Zustands zu einem Stichtag. Es gab keine Evidenz dafür, dass zu genau diesem Zeitpunkt eine bedarfsgerechte Versorgung bestand. Die Verwendung anderer Stichtagsregelungen für einzelne Arztgruppen, z.B. den 31.12.1995 für Hausärzte oder den 31.12.1997 für Anästhesisten, unterstreicht diese Willkür.

Darüber hinaus konservierte die Bedarfsplanung regionale Unterschiede. Die

räumlich differenzierten Verhältniszahlen implizierten erhebliche Stadt-Land-Unterschiede: So galt für städtische Räume eine doppelt so hohe Frauenarztdichte wie für ländliche Kreise; bei den Psychotherapeuten war ein bis zu 9-facher Unterschied vorgesehen (§ 8 BedarfsPIRL 2007).

Vielfach kritisiert wurde auch die einheitliche Festlegung der räumlichen Planung auf Basis der Landkreise und kreisfreien Städte. Dadurch blieb unberücksichtigt, dass die einem Patienten zumutbaren Wegzeiten zu einem Arzt sich nach Arztgruppe unterscheiden: Während ein Hausarzt möglichst wohnortnah sein sollte, ist eine größere Entfernung zu einem spezialisierten Facharzt, wie beispielsweise einem Radiologen oder Neurologen, durchaus akzeptiert.

2.2 Fehlende Anpassung an Veränderungen des Versorgungsbedarfs

Darüber hinaus hat sich auch der Bedarf für ärztliche Versorgung in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt: Die demografische Entwicklung, die Bedeutungsverchiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und Veränderungen der Morbidität durch andere Sozial- und Umweltbedingungen erfordern auch eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. Notwendig wären insbesondere eine stärkere Zusammenarbeit von Versorgungsebenen, beispielsweise der ambulanten und stationären Versorgung, eine bessere Koordination zwischen Facharztgruppen sowie eine engere Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal (Knieps et al. 2012; Uhlemann & Lehmann 2011). Diesen Anforderungen trug die Bedarfsplanung bisher kaum Rechnung. So sind beispielsweise die ambulante und stationäre Versorgung in den Planungsmechanismen (Bedarfsplanung vs. Krankenhausplanung), in der Vergütung sowie bezüglich der Ebene der politischen Zuständigkeit (Bund vs. Länder) vollständig entkoppelt.

Weitere Reformbedarfe sind durch den veränderten Bedarf an einzelnen Facharztgruppen gegeben: Insbesondere in ländlichen, strukturschwachen Gebieten, in denen sich der demografische Wandel besonders schnell vollzieht, verringert sich beispielsweise die Notwendigkeit für

Kinderärzte und Gynäkologen, während der Bedarf an geriatrischer Versorgung zunimmt (Uhlemann & Lehmann 2011). Eine andere Entwicklung ist die starke Zunahme der Prävalenz bzw. der Dokumentation psychischer Erkrankungen: So verdoppelten sich die durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage zwischen 1999 und 2012 (DAK 2013). Der Bedeutungsgewinn psychischer Erkrankungen blieb jedoch in den für Psychotherapeuten auf dem Jahr 1999 basierenden Verhältniszahlen der Bedarfsplanung unberücksichtigt.

2.3 Fehlende Anpassung an Veränderungen der Ärzteschaft

Da die Bedarfsplanung vorwiegend vor dem Hintergrund der „Ärztenschwemme“ der 80er Jahre entstanden ist, zielte sie in erster Linie auf eine Begrenzung der Arztlzahl ab, setzte jedoch wenig Anreize zugunsten einer besseren regionalen Verteilung oder Vermeidung „weißer Flecken“ in der Versorgungslandschaft. Insbesondere in den ländlichen Regionen tun sich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) schwer, freiwerdende Arztsitze neu zu besetzen, da die Landarztstätigkeit von vielen jungen Ärzten als wenig attraktiv angesehen wird (Jacob & Heinz 2010).

Insbesondere in den ländlichen Regionen tun sich die KVen schwer, freiwerdende Arztsitze neu zu besetzen.

Verschärft wird die Problematik der unbesetzten Vertragsarztsitze durch eine zunehmende Überalterung der Ärzteschaft: So hat sich der Anteil der über 60-jährigen Vertragsärzte seit 1999 mehr als verdoppelt (KBV 2011). Bisher fehlt es jedoch an Instrumenten und Anreizen für die KVen, um dieser (drohenden) Unterversorgung zu begegnen. Erst in den letzten Jahren wurden flexiblere Regelungen, beispielsweise zur Gründung von Zweigpraxen oder der Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren, getroffen.

Umgekehrt gilt eine Vielzahl an Planungsbereichen, vor allem in städtischen Gegenden, als Überversorgt. Bereits bei Inkrafttreten der Bedarfsplanung wiesen etliche Regionen erhebliche (rechnerische) Überversorgung auf, da viele Ärzte noch die Chance zur Niederlassung vom

Inkrafttreten von Zulassungssperren genutzt hatten (sogenannter „Seehofer“-Bauch) (Kopetsch 2010). Zur Bekämpfung dieser Überversorgung mangelte es bisher ebenfalls an Instrumenten und wirksamen Anreizen.

Eine weitere Veränderung für das Angebot ärztlicher Leistungen ergibt sich aus den geänderten Bedürfnissen der Ärzteschaft (Knieps et al. 2012). Immer mehr Ärzte wünschen sich größeren Spielraum in der zeitlichen Gestaltung ihrer Arbeit, beispielsweise zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf, so dass der Druck auf den Gesetzgeber steigt, mehr Spielraum für neue Arbeitsmodelle zu schaffen und diese Veränderung der Versorgungskapazitäten entsprechend zu berücksichtigen. Die Zulassung von Ärzten und die Bedarfsplanung beruhen dagegen bisher auf einer Zählung von „Köpfen“². Der tatsächliche Versorgungsbeitrag des einzelnen Arztes bleibt dagegen unberücksichtigt, was angesichts erheblicher Unterschiede in der „Produktivität“ von Ärzten zu Verzerrungen führen kann. Zahlen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) belegen zudem, dass das Ausmaß dieser Unterschiede regional sehr verschieden ist. So wies im Jahr 2010 in Berlin fast jeder vierte Hausarzt eine Fallzahl auf, die maximal der Hälfte des Bundesdurchschnitts entsprach. In Thüringen traf das nur auf jeden zehnten Hausarzt zu (Bundestag 2012).

Zusammengefasst konzentrieren sich die Kritikpunkte an der Bedarfsplanung somit auf folgende Aspekte:

- Unzulänglichkeiten in der initialen Ausgestaltung, insbesondere durch die starre Fortschreibung historischer Arztdichten mit der Folge einer Konservierung regionaler Ungleichverteilungen sowie einer fehlenden Differenzierung zumutbarer Wegstrecken,
- Unzureichende Berücksichtigung des veränderten Versorgungsbedarfs, insbesondere das Fehlen einer sektorenübergreifenden Planung und die unzureichende Einbeziehung von Veränderungen in der Morbidität,
- Unzureichende Berücksichtigung der Veränderungen in der Vertragsärzteschaft, beispielsweise durch eine Erfassung des Versorgungsbeitrags und der Einführung von regulatorischen Instrumenten und Anreizen zum Abbau von Über- und Unterversorgung.

3. Die Bedarfsplanungsreform 2012 – ein zaghafter Schritt in die richtige Richtung

Um diese Defizite zu beheben, wurde Ende 2011 das VStG verabschiedet. Den Veränderungen an der Bedarfsplanung lagen zwei Prämissen zugrunde: die Vergrößerung des regionalen Gestaltungsspielraums und die präzisere Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs. Diese flossen in eine vollständige Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den G-BA ein, die am 1.1.2013 in Kraft trat.

3.1 Der Regionalisierungsansatz der Reform

Die Prämisse der Regionalisierung übersetzt sich in die Möglichkeit für die Länder, „Gemeinsame Landesgremien“ zu schaffen, die einen beratenden Charakter in der Bedarfsplanung auf Landesebene einnehmen und somit auch den Landesregierungen ein Mitspracherecht in der Bedarfsplanung vor Ort gewähren (§ 90a SGB V). Die zweite Maßnahme der Regionalisierung besteht darin, dass die KVen (im Einvernehmen mit den jeweiligen Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen) begründet von der bundesweiten Bedarfsplanungs-Richtlinie abweichen dürfen, beispielsweise aufgrund einer besonderen Morbiditätslast, sozioökonomischen und demografischen Faktoren sowie räumlichen oder infrastrukturellen Aspekten (§ 2 BedarfsPIRL)³.

Die Öffnung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für regionale Besonderheiten erlaubt eine größere Differenzierung der Soll-Arztichten anhand des regionalen Versorgungsbedarfs. Diese Zielsetzung ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Beispielsweise wurde dies in Schleswig-Holstein dazu genutzt, von den vorgegebenen Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung in einzelnen Küstenregionen abzuweichen und stattdessen die Nordfriesischen Inseln zu gesonderten Planungsbereichen zu erklären. Begründet wurde dieser Schritt damit, dass die Inseln (mit sehr hohen Arztdichten) das Festland (mit geringerem Versorgungsgrad) nicht mitversorgen und eine Zusammenfassung dieser Regionen zu einem Planungsbereich somit ungleiche Versorgungsangebote konserviert (KV Schleswig-Holstein 2013). Diese räumliche Besonderheit ließe sich

kaum mit einer bundesweiten Vorgabe angemessen berücksichtigen.

Anders verhält es sich jedoch mit Faktoren, wie der Demografie, Morbiditätsstruktur oder Sozioökonomie, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ebenfalls als Rechtfertigungsgründe für eine regionale Abweichung von den 'allgemeinen Verhältniszahlen' benannt sind. Diese beruhen auf statistisch erfassten Daten und ließen sich daher auch durch eine bundesweite Berücksichtigung erfassen. Beispielsweise zeigen Routinedaten, dass die Inanspruchnahme von Nervenärzten mit zunehmendem Alter der Patienten ansteigt – auch noch weit über die mit dem Demografiefaktor berücksichtigte Grenze von 65 Jahren (BARMER GEK 2010)⁴. Demzufolge könnte beispielsweise der Bedarfsplan in Baden-Württemberg berücksichtigen, dass Baden-Baden einen besonders hohen Bevölkerungsanteil über 80-Jähriger hat und mit Verweis auf regionale Besonderheiten dort zusätzliche Arztsitze auszuschreiben. Doch auch viele andere Kreise haben einen hohen Anteil Hochbetagter – beispielsweise ländliche Kreise im Südosten Niedersachsens, wie Holzminden. Sofern Niedersachsen nicht denselben Ansatz wählt, stellt sich die Frage, warum ein über 80-Jähriger hier nicht ebenfalls eine höhere Dichte an Nervenärzten (und damit gleiche Zugangschancen) erwarten kann. Umgekehrt würden andere Landkreise mit einem besonders niedrigen Anteil hochbetagter Menschen nicht notwendigerweise Zulassungen für Nervenärzte reduzieren. Daher bleibt fraglich, weshalb der Einfluss von Faktoren wie Demografie, Morbidität und Sozialstruktur auf den Versorgungsbedarf nicht in allen Planungsbereichen im Bundesgebiet berücksichtigt wird und die Verhältniszahlen jedes Planungsbereichs

2 Nur bei expliziter Reduzierung des Versorgungsauftrags geht ein Vertragsarzt nur mit einem anteiligen Wert in die Bedarfsplanung ein. Von dieser Möglichkeit machten zuletzt 2 % der Vertragsärzte Gebrauch (Bundestag 2012).

3 Darüber hinaus besteht auch weiterhin die Möglichkeit, einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsgebunden Versorgungsbedarf oder einen Sonderbedarf festzustellen (§ 36 BedarfsPIRL).

4 Der modifizierte Demografiefaktor setzt die Leistungsanspruchnahme der über 65-Jährigen ins Verhältnis zu den unter 65-jährigen und führt bei einem überdurchschnittlichen Anteil an über 65-jährigen im jeweiligen Planungsbereich zu einer entsprechenden Erhöhung (bzw. Verringerung) der zuzulassenden Arztzahl (§ 9 BedarfsPIRL).

Tabelle 1: Versorgungsebenen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012

| Kriterium | Hausärztliche Versorgung | Allgemeine fachärztliche Versorgung | Spezialisierte fachärztliche Versorgung | Gesonderte fachärztliche Versorgung |
|-------------------------|---|---|--|--|
| Einbezogene Arztgruppen | Hausärzte | Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen | Anästhesisten, Radiologen, Fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater | Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikal. und Rehab.-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner |
| Planungsebene | 883 Planungsbereiche auf Basis der Mittelbereiche | 372 Planungsbereiche auf Basis der Kreise und kreisfreien Städte bzw. Kreisregionen | 96 Raumordnungsregionen | 17 KVen |
| Differenzierung | 1 Verhältniszahl | 5 Verhältniszahlen je Fachgruppe, abgestuft gemäß Großstadtregionen-Konzept | 1 Verhältniszahl je Fachgruppe | 1 Verhältniszahl je Fachgruppe |

Quellen: §§ 11 – 14 BedarfsPIRL

entsprechend modifiziert werden. Mit einer bundesweit einheitlichen Methodik in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ließe sich die Gleichwertigkeit des Versorgungsangebots für diese besonderen Bedarfe sicherstellen.

3.2 Größere Bedarfsgerechtigkeit durch neue Berechnungsansätze?

Die zweite grundlegende Änderung an der Bedarfsplanungs-Richtlinie betrifft die Berechnung der Anzahl ärztlicher Zulassungen unter Normalversorgung. Grundsätzlich wird am Mechanismus der Verhältniszahlen und der Zugrundelegung der Vertragsärztdichten vom 31.12.1990⁵ festgehalten – und damit ein wesentlicher Kritikpunkt an der Bedarfsplanung nicht aufgegriffen⁶.

Eine Neuerung erfährt die Bedarfsplanung jedoch bei den verwendeten räumlichen Planungsebenen. Der Weg für ein differenzierteres räumliches Konzept wurde durch das VStG mit der Streichung der bisherigen Fixierung auf die Kreise und kreisfreien Städte freigegeben. Dementsprechend unterteilt die G-BA die Arztgruppen nach den vier Versorgungsebenen der hausärztlichen, der allgemeinen fachärztlichen, der spezialisierten fachärztlichen und der gesonderten fachärztlichen Versorgung (s. Tabelle 1). Jede Versorgungsebene wird auf einer anderen räumlichen Ebene geplant: Je höher der Spezialisierungsgrad der Arztgruppen, desto großräumiger ist auch die räumliche Planungsebene. Somit ist positiv zu bewerten, dass die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie die Kritik an der undifferenzierten Berücksichtigung der Einzugsgebiete der Fachgruppen aufgreift und zukünftig die Zumutbarkeit

je nach Arztgruppe unterschiedlicher Wegzeiten berücksichtigt.

Positiv ist auch, dass die Differenzierung der Verhältniszahlen nach zehn verschiedenen Kreistypen mit teilweise sehr stark abweichenden Arztdichten sowohl für die hausärztliche als auch für die gesonderte und spezialisierte fachärztliche Versorgung aufgegeben und stattdessen eine einheitliche Verhältniszahl festgelegt wurde. Rechtfertigung für eine nach Kreistypen differenzierte Arztdichte war die Einbeziehung von Mitversorgungseffekten, die häufig zwischen Städten und Umland bestehen. Mit der Festlegung einer einheitlichen hausärztlichen Verhältniszahl wird jedoch berücksichtigt, dass Hausärzte meist wohnortnah aufgesucht werden: So werden durchschnittlich nur ca. 11 % der hausärztlichen Leistungen in einem Nachbarkreis in Anspruch genommen, aber 31 % der fachärztlichen Leistungen (Czihal et al. 2012). Auch die Festlegung einer einheitlichen Verhältniszahl für Arztgruppen, die auf stark aggregierten räumlichen Ebenen, wie der Raumordnungsregion oder dem KV-Bezirk, geplant werden, ist nachvollziehbar: Da diese Regionen immer Mittel- und/oder Oberzentren und das Umland umfassen, sind relevante Arzt-Pendlerströme darüber hinaus von eher untergeordneter Bedeutung. Lediglich an den Grenzen der drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen könnte es hier zu Verzerrungen kommen, da diese auch eine Mitversorgungsfunktion für ihr Umland übernehmen.

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung wurde dagegen eine Differenzierung der Verhältniszahlen vorgenommen: So wurde jeder Kreis einem von fünf Kreistypen⁷ auf Basis seiner Pendlerverflechtungen zugeordnet und

eine Verhältniszahl je Kreistyp definiert. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu befürworten, da sich auf der Ebene der Kreise für die fachärztliche Versorgung erhebliche Mitversorgungseffekte nachweisen lassen, deren Ausmaß und Richtung jedoch stark zwischen den Kreisen variieren (Czihal et al. 2012). Empirische Analysen zeigen, dass die Pendlerbewegungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ein guter Prädiktor für die Mitversorgung, also die „Arztpendler“, sind (Czihal et al. 2012). Allerdings wurde für die Zuordnung jedes Kreises zu einem Kreistyp das Konzept der Großstadtregionen verwendet, das jedoch nicht alle Pendlerströme berücksichtigt, sondern nur solche des Umlands mit Großstädten. Demzufolge zeigt sich, dass Planungsbereiche mit sehr unterschiedlichen Pendlerströmen einem Kreistyp und damit einer einheitlichen Verhältniszahl zugeordnet sind. Umgekehrt gibt es Kreise, die ähnliche Salden aus Ein- und Auspendlern haben, aber dennoch auf Basis unterschiedlicher Verhältniszahlen geplant werden. Die grafische Darstellung verdeutlicht diese Problematik (Abbildung 1): So zeigt sich, dass sich nur die Pendlersalden der Kreistypen 1 und 3 fast überschneidungsfrei voneinander unterscheiden, während die Pendlersalden der Kreise in den Kreisty-

5 Bzw. an den bereits bisher geltenden Stichtagen, die für einzelne Arztgruppen abweichen.

6 Ein alternativer Planungsmechanismus beruhend auf einem Bedarfsindex, der seitens der Patientenvertretung in den G-BA eingebracht wurde, fand keine Mehrheit.

7 Für das Ruhrgebiet gelten abweichend davon gesonderte Verhältniszahlen, um den aufgrund der hohen Verstärkung besonderen Mitversorgungsbeziehungen Rechnung zu tragen.

pen 2, 4 und 5 starke Überschneidungen haben. Damit wird die räumliche Differenzierung der Verhältniszahlen nach Kreistypen ihrer Zielsetzung, die Mitversorgung abzubilden, nicht gerecht. Stattdessen laufen sie Gefahr, eine zwischen Kreisen unterschiedliche Verfügbarkeit vorhandener Arztkapazitäten fortzuschreiben bzw. sogar Ungleichheiten zu verstärken. Somit ist die Kreistypisierung nur eingeschränkt geeignet, um der Mitversorgung tatsächlich Rechnung zu tragen. Eine Gleichwertigkeit der Versorgung ist damit nur schwer erreichbar.

Wenig Veränderung beinhaltet die Bedarfsplanungs-Richtlinie außerdem bei den beiden großen Herausforderungen einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und dem Abbau von Über- und Unterversorgung. Die letztere Fragestellung wurde lediglich dadurch angegangen, dass die Möglichkeiten der KVen zur finanziellen Förderung einer Praxisaufgabe (in überversorgten Gebieten) etwas ausgeweitet wurden. Es bleibt

jedoch bei den fehlenden Anreizen oder Auflagen für die KVen dieses Instrument tatsächlich zu nutzen. Auch die Maßnahmen zur Verhinderung von Unterversorgung werden lediglich ergänzt, indem Kommunen (bei Zustimmung der KV) berechtigt werden, Eigeneinrichtungen zu gründen und die Krankenkassen zur Ko-Finanzierung von Maßnahmen gegen Unterversorgung herangezogen werden.

Somit greift die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie zwar einzelne Aspekte bisheriger Kritik auf, sie kann jedoch letztlich nur punktuell zu Verbesserungen führen. Unbeantwortet bleibt zudem die Frage, wie trotz einer Berücksichtigung entscheidender Bedarfsprädiktoren nach Maßgabe der Länder die Gleichwertigkeit der Versorgung sichergestellt werden soll – insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Chancen, einen ausgeschriebenen Arztsitz auch tatsächlich zu besetzen, regional sehr unterschiedlich sind. Die Relevanz einer Reform der Bedarfsplanung bleibt somit erhalten.

4. Reformagenda für die Bedarfsplanung

Vor diesem Hintergrund soll ein Vorschlag für eine Neugestaltung der Bedarfsplanung aufgezeigt werden, der im Wesentlichen auf drei Elementen beruht:

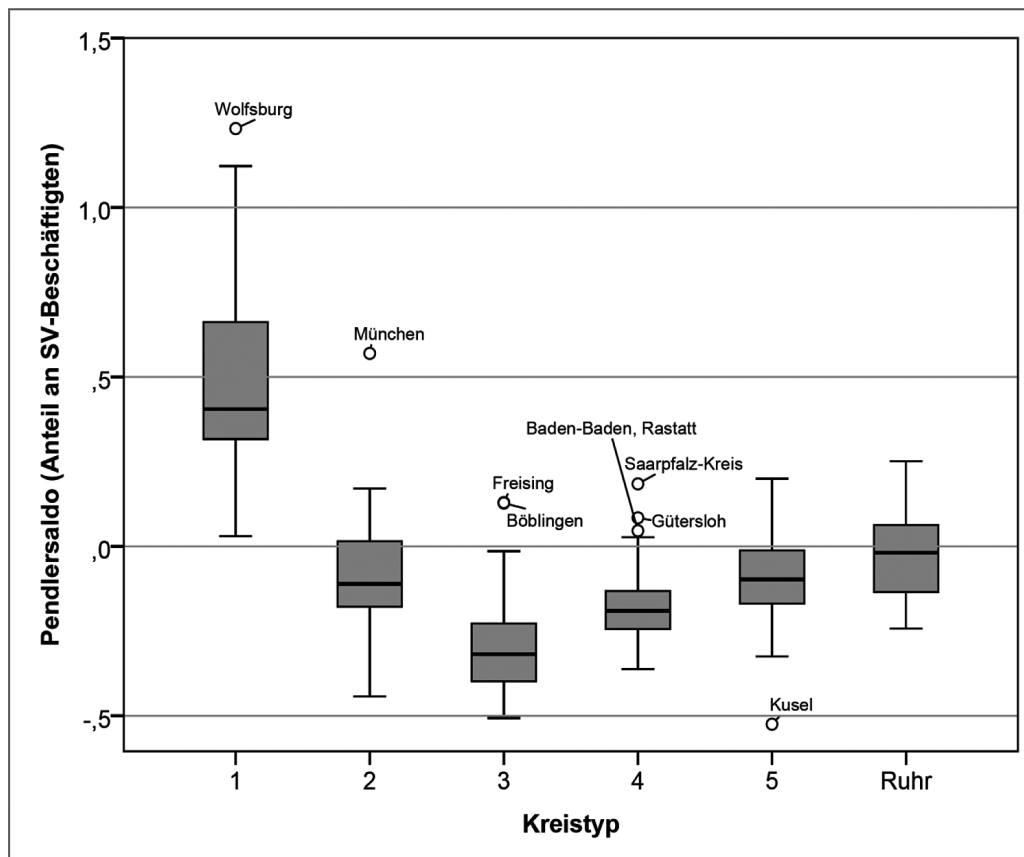
1. Feststellung notwendiger ärztlicher Kapazitäten anhand der Prognose des bundesweiten Versorgungsbedarfs
2. Bedarfsgerechte regionale Verteilung ärztlicher Kapazitäten
3. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

4.1 Prognose und Feststellung bedarfsgerechter ärztlicher Kapazitäten

Die Bedarfsplanung kombiniert derzeit zwei Funktionen: Sie ist sowohl Kapazitäts- als auch Verteilungsplanung (Fülöp et al. 2007). Sie ist kapazitätsbestimmend, da sie die absolute Anzahl an Einwohnern je Arzt definiert. Bei gegebener Einwohnerzahl wird somit eine genaue Anzahl an Ärzten im Bundesgebiet festgelegt. Sie regelt jedoch auch die geografische Verteilung, da die Einwohner-Arzt-Verhältniszahl je Planungsbereich gilt.

Obwohl die Bedarfsplanung die Arztzahl reguliert, beinhaltet sie kein Element zur Überprüfung der Bedarfsgerechtigkeit dieser fixierten Angebotskapazitäten. Die derzeitige Bedarfsplanung würde nur dann eine Erhöhung der Gesamtzahl an Ärzten vorsehen, wenn die Bevölkerung wächst, Menschen aus ländlichen in städtische Regionen wandern, aufgrund der Zunahme des Altenquotienten in der Bevölkerung mehr Zulassungen auf Basis des Demografiefaktors erteilt, eine regionale Besonderheit oder ein Sonderbedarf geltend gemacht werden. Wesentliche Trei-

Abbildung 1: Pendlersalden der 372 Planungsbereiche differenziert nach Raumtypen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (2012)



Erläuterung: Kreistyp 1: Zentrum, Kreistyp 2: Ergänzungsgebiet, Kreistyp 3: engerer Verflechtungsraum, Kreistyp 4: weiterer Verflechtungsraum, Kreistyp 5: sonstige Region; Ruhr: Sonderregion Ruhrgebiet

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010).; BedarfsPIRL; eigene Berechnung

ber für die ärztliche Kapazitätsauslastung finden somit bisher keine Berücksichtigung, wie beispielsweise eine Veränderung der ärztlichen Inanspruchnahme, eine Veränderung der Arbeitslast, z.B. aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, oder eine systematische Verlagerung von Leistungen, beispielsweise vom stationären in den ambulanten Sektor.

Demzufolge wird vorgeschlagen, die Bedarfsplanung in eine Kapazitäts- und eine Verteilungsplanung zu trennen. Modelle für die Kapazitätsprognose und -planung von Gesundheitsfachkräften werden in vielen Ländern angewendet (dazu u.a. Spycher 2004). Diesen Modellen ist gemein, dass sie das zukünftige Angebot sowie den zukünftigen Bedarf an Fachkräften approximieren und auf dieser Basis die (mögliche) Differenz zwischen beiden berechnen. Ein langfristig erkanntes, drohendes Unterangebot an Arztkapazitäten ließe sich dann beispielsweise beheben, indem die Immigration von Gesundheitsfachkräften erleichtert, das Studienplatzangebot ausgeweitet oder andere Maßnahmen ergriffen werden. Umgekehrt könnte ein erwartetes Überangebot durch eine Reduzierung von Studienplätzen oder höhere Zulassungsbarrieren verringert werden.

Da diese Modelle vorwiegend die Veränderung von Angebot und Bedarf messen, stellt sich jedoch bei erstmaliger Durchführung der Kapazitätsüberprüfung die Herausforderung, zunächst die Bedarfsgerechtigkeit der aktuellen fachgruppenspezifischen Arztdichten einzuschätzen. Es gibt keinen internationalen Konsens, welche Arztdichte optimal ist. Daher bedarf es eines Parameters, mit dem Über-/Unterversorgung gemessen werden kann. Ein

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie beantwortet weiterhin nicht die Frage, wie die Gleichwertigkeit der Versorgung sichergestellt werden soll.

möglicher Indikator, der beispielsweise in den skandinavischen Ländern eine Rolle spielt und zuletzt in Deutschland im Koalitionsvertrag der neugebildeten großen Koalition Niederschlag gefunden hat, ist die Wartezeit auf Arzttermine. Da es aus einer medizinischen

Perspektive keine maximale akzeptable Wartezeit gibt – z. B. weil diese stark von der Indikation abhängt – kann ein Schwellenwert für eine bedarfsgerechte Wartezeit nur normativ gesetzt sein. Mit einer Erhebung der bundesweit durchschnittlichen Wartezeiten lässt ein Vergleich mit dem festgesetzten Wartezeiten-Schwellenwert dann erkennen, ob und in welcher Anzahl zusätzliche Ärzte erforderlich sind. Erst nach Feststellung der erforderlichen Gesamtkapazitäten auf diesem Weg, gilt es, eine bedarfsgerechte regionale Verteilung zu finden.

4.2. Bedarfsgerechte regionale Verteilung der ambulanten Versorger

Die zweite Säule dieses Vorschlags besteht in einer Berechnung der regionalen Verteilung der Leistungserbringer entsprechend dem regionalen Versorgungsbedarf. Drei Fragestellungen gilt es dafür zu beantworten:

- Wie wird der Bedarf bemessen?
- Auf welcher räumlichen Ebene erfolgt die regionale Bedarfsberechnung?
- Wer und was wird in die Bedarfsplanung einbezogen?

4.2.1 Bestimmung des Versorgungsbedarfs nach empirischen und normativen Kriterien

Es gibt nicht *die* richtigen Kriterien für die Abschätzung des Versorgungsbedarfs. Anhaltspunkte für die Wahl geeigneter Kriterien geben epidemiologische, sozialmedizinische oder klinische Studien: Risikofaktoren für einzelne Indikationen sind, insbesondere wenn sie für viele Krankheiten als Risikofaktoren gelten, valide Bedarfsschätzer. Auch die kodierten Diagnosen geben einen Hinweis auf den zukünftigen erforderlichen Versorgungsbedarf, sofern es sich dabei um chronische oder langfristige Krankheiten handelt. Entscheidend ist, Prädiktoren zu verwenden, die den tatsächlichen Bedarf approximieren und sich damit von einer reinen Messung der Inanspruchnahme abgrenzen.

Die Auswahl der möglichen Kriterien ist zudem nicht nur eine „technische“ Entscheidung, sondern spiegelt die gesundheits- und sozialpolitischen Prämissen wider und ist somit auch normativ geprägt. Gilt es beispielsweise, sozial bedingte gesundheitliche Unterschiede auszugleichen, so sollten diese Kriterien einbezogen werden.

Zur Feststellung der Gewichtung dieser Bedarfsfaktoren bietet sich beispielsweise ein Regressionsmodell an. Damit ließe sich approximieren, welches Mehr an Leistungen mit jedem Bedarfsprädiktor einhergeht. Anhand der berechneten Bedarfsgewichte und der Bedarfsfaktoren der Bevölkerung eines Planungsbereichs lässt sich so der Bedarf an ambulanten Leistungen je Planungsbereich schätzen.

Da bei diesem Vorgehen Bedarfsunterschiede in Abhängigkeit von der tatsächlichen Inanspruchnahme ermittelt werden, bliebe jeglicher ungedeckter Bedarf unberücksichtigt, der z. B. aufgrund eines derzeit fehlenden Versorgungsangebots entsteht und häufig im Zusammenhang mit sozial bedingten Ungleichheiten diskutiert wird (Janßen et al. 2009): Empirische Analysen zeigen beispielsweise, dass bei gleicher Morbidität die Inanspruchnahme von Fachärzten durch Personen mit niedrigerem sozialen Status geringer ist als bei hohem sozialen Status (Thode et al. 2005). Daher sollte die empirische Bemessung des regionalen Bedarfs um eine normative Ressourcenverteilung ergänzt werden. Ein Vorbild dafür ließ sich bisher im englischen National Health Service finden: Die Mittelverteilung auf die lokalen NHS-Einheiten für die primärärztliche Versorgung („Primary Care Trusts“ (PCTs)) erfolgte zu 90 % anhand einer empirischen Bedarfsberechnung, u.a. basierend auf den Prädiktoren Alter, Geschlecht und Morbidität (DH Financial Planning and Allocations Division 2011)⁸. Darüber hinaus führte die Labour-Regierung im Jahr 2009 ein, dass 10 % der Mittel anhand des Indikators der gesunden Lebenserwartung verteilt wurden. Dadurch erhielten die PCTs mit der niedrigsten gesunden Lebenserwartung die höchsten Zuweisungen, um so gesundheitliche Ungleichheiten besser bekämpfen zu können.

⁸ Im Zuge einer umfassenden Gesundheitsreform wurden die PCTs im Jahr 2012 abgeschafft und damit auch die Verteilung finanzieller Mittel verändert.

nen. Eine analoge Regelung im Rahmen der Bedarfsplanung könnte so gestaltet sein, dass beispielsweise 10 % der zu verteilenden ärztlichen Zulassungen in gesundheitlich oder sozial schwächeren Regionen vergeben werden.

4.2.2 Räumliche Verteilung der ambulanten Leistungserbringer

Die Wahl der räumlichen Planungsebene beinhaltet eine Aussage darüber, welche Wegzeiten als zumutbar angesehen werden. Hausärzte und hausarztnahe Fachärzte, die möglichst schnell und einfach für den Patienten erreichbar sein sollten, sollten daher auf einer kleinräumigeren Ebene beplant werden als hochspezialisierte Fachärzte. Eine Möglichkeit der Bemessung besteht darin, die Größe der derzeitigen Einzugsbereiche von Fachgruppen anhand des derzeitigen Inanspruchnahmeverhaltens zu analysieren. Hinweise bietet insbesondere die Analyse, welcher Anteil der Personen nicht den nächstgelegenen Arzt konsultiert und welche Fahrtwege selbst dann zurückgelegt werden, wenn ein noch wohnortnäherer Arzt vorhanden wäre.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass Menschen den Weg zum Facharzt mit anderen Erledigungen oder ihrem Arbeitsort verbinden. Wie bereits in Abschnitt 3.2 dargelegt, sind die Pendlerströme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten ein guter Indikator für die Arztpendler. Auch eine eigens durchgeführte Online-Befragung ergab, dass nur 6 % der Befragten einen Hausarzt in der Nähe ihres Arbeitsorts wählen würden und weitere 5 % indifferent zwischen Arbeits- und Wohnort wären. Dagegen gaben 21 % der Befragten an, einen Augenarzt in der Nähe ihres Arbeitsorts zu suchen und weitere 38 % der Befragten indifferent zwischen Arbeits- oder Wohnortnähe des Augenarztes zu sein⁹.

4.2.3 Planung anhand der tatsächlichen ambulanten Versorgungsbeiträge

In Abschnitt 2 wurde dargelegt, dass die derzeitige Bemessung der Vertragsärzte in „Köpfen“ durch die Bedarfsplanung sehr ungenau ist, da die tatsächlichen Versorgungsbeiträge der einzelnen Ärzte sowie die ambulanten Versorgungsbei-

träge anderer Leistungserbringer nicht berücksichtigt sind.

Auch hier bietet ein Blick ins Ausland Anhaltspunkte für Alternativen: So erfolgt in Österreich eine grobe bundesweite Versorgungsplanung im Rahmen des alle zwei Jahre erscheinenden Österreichischen Strukturplan Gesundheit. Langfristiges Ziel ist eine sektorenübergreifende Planung, die derzeit noch an vergleichbaren Daten scheitert. Für die Ermittlung des Status quo der ambulanten ärztlichen Kapazitäten werden die ambulanten Leistungen (bemessen als Fallzahl) aller niedergelassenen Ärzte, der Spitalsambulanzen und Kassenambulatorien ins Verhältnis zur regional durchschnittlichen Fallzahl je

Die Auswahl der Bedarfsplanungskriterien sollte auch die gesundheits- und sozialpolitischen Prämissen widerspiegeln.

Facharztgruppe gesetzt und damit in ambulanzärztliche Vollzeitäquivalente umgerechnet (GÖG 2012). Das bietet zwei Vorteile: Zum einen wird der tatsächliche Versorgungsbeitrag des einzelnen Arztes wesentlich genauer berücksichtigt. Zum anderen werden auch die ambulanten Leistungen stationärer Einrichtungen einbezogen.

Diese Methodik ließe sich auch für die Bedarfsplanung in Deutschland nutzen: So könnte der ambulante Versorgungsbeitrag jedes Leistungserbringers – egal ob die ambulante Leistung im Krankenhaus, Hochschulambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren, MVZ oder einer Praxis erfolgt – anhand seiner abgerechneten EBM-Punkte oder Fallzahl im Vergleich zum Fachgruppennschnitt ermittelt werden. Gegebenenfalls ist zur Anwendung dieser Methodik eine stärkere Differenzierung der Fachgruppen vorzunehmen, um aussagekräftige Werte zu erhalten.

4.3 Berücksichtigung regionaler Besonderheit

Eine bundesweite Planung und entsprechende Maßnahmen und Anreize zur Umsetzung dieser Planung haben den Vorteil, dass sich dadurch eine Gleich-

wertigkeit der Versorgung in allen Regionen sicherstellen lässt.

Dennoch kommt ein solches Planungsmodell, selbst bei Einbeziehung einer Vielzahl an Variablen, an seine Grenzen, die Versorgungssituation vor Ort abzubilden. Daher kann es sinnvoll sein, die bundesweite Bedarfsplanung um einen regionalen Gestaltungsspielraum zu ergänzen. Zur Umsetzung dieses Ziels sind verschiedene Varianten denkbar: Mit der jetzigen Bedarfsplanung haben die KVen zum einen die Möglichkeit, die Anzahl der ärztlichen Zulassungen räumlich anders zu verteilen. So lassen sich beispielsweise räumliche Gegebenheiten (wie das erwähnte Beispiel der Nordfriesischen Inseln), gewachsene Versorgungsstrukturen und infrastrukturelle Voraussetzungen einbeziehen. Zum anderen bietet die derzeitige Bedarfsplanungs-Richtlinie die Möglichkeit, auch die Gesamtanzahl ärztlicher Zulassungen unter Berufung auf regionale Besonderheiten zu verändern. Dies birgt jedoch die Gefahr, sich zulasten einzelner Regionen und damit der Gleichwertigkeit der Versorgung auszuwirken. Schreiben städtische Regionen zusätzliche Arztsitze aus, so wird es für ländliche, strukturschwache Regionen ungleich schwerer einen niederlassungsbereiten Arzt zu finden.

Demzufolge ist die Gestattung eines regionalen Spielraums – sei es auf Ebene der Länder, der KVen oder der Kommunen – zwar sinnvoll, dieser sollte jedoch vorwiegend einer räumlichen Umverteilung und weniger einer Ausweitung der Anzahl an Arztsitzen dienen.

Die Umsetzung einer solchen Neuordnung der Bedarfsplanung könnte und sollte nicht zu einem Stichtag erfolgen. Um den Eigentumsrechten und der Berufsfreiheit Rechnung zu tragen, bedarf es eines schrittweisen langfristigen Übergangsprozesses, in dessen Rahmen Arztsitze in überversorgten Gebieten nicht wieder neu ausgeschrieben, sondern der jeweilige Arzt marktgerecht entschädigt wird.

⁹ Im Rahmen der Online-Befragung wurden 400 Personen aller Altersgruppen im September 2012 zur Zumutbarkeit von Wegzeiten zu Ärzten befragt. Die vollständigen Ergebnisse sind bisher nicht publiziert.

5. Fazit

Die Frage der Sicherstellung der wohnortnahen ambulanten Versorgung ist seit einigen Jahren auf der gesundheitspolitischen Agenda. Vielfach kontrovers wird dabei die Rolle der Bedarfsplanung debattiert. Das 2011 verabschiedete VStG verbesserte zwar die Ausgestaltung der Bedarfsplanung in einzelnen Aspekten, unbeantwortet bleibt jedoch die Frage, wie sich die Zielsetzungen der gleichwertigen Zugangschancen und Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung für den Patienten übersetzen (§ 70 Abs. 1 SGB V). Die gesetzlichen Festlegungen zur ambulanten Bedarfsplanung konzentrieren sich auf technische Aspekte, wie die Verwendung von Verhältniszahlen und die Beplanung von Arztgruppen, die mindestens 1.000 Ärzte umfassen (§ 101 SGB V). Der Gesetzgeber versäumt es damit, für den Patienten relevante Standards zu definieren, wie beispielsweise maximale Fahrzeiten

zum nächsten Arzt oder eine maximale Wartezeit auf einen Termin, und damit die abstrakten Rechtsbegriffe für den Patienten greifbar zu machen.

Offen bleibt auch, welche gesundheits- und sozialpolitischen Prämissen der Gesetzgeber mit der Bedarfsplanung verfolgt. Grundsätzlich offenbart jede Umverteilung von Ressourcen – seien es finanzielle Mittel im Rahmen des Morbidity-RSA oder Ärzte im Rahmen der Bedarfsplanung – ja ein normatives Verständnis dessen, was als „bedarfsgerecht“ angesehen wird. In der Bedarfsplanung werden jetzt zwar die Morbidität oder die Sozialstruktur (und damit die sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit) als zusätzliche Bedarfskriterien aufgezählt – ob und inwiefern sie berücksichtigt werden, wird jedoch den regionalen Akteuren anheimgestellt.

Vor diesem Hintergrund wurden in diesem Artikel Eckpunkte für eine

Neuordnung der Bedarfsplanung entworfen. Dieser Reformvorschlag sieht eine Aufspaltung der Bedarfsplanung in eine separate Kapazitäts- und eine Verteilungsplanung vor. Mit der Kapazitätsplanung wird zunächst die Bedarfsgerechtigkeit der gesamthaften (fachgruppenspezifischen) Arztkapazitäten anhand eines normativ festgelegten Indikators zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs geprüft. Die Verteilungsplanung wiederum approximiert den Bedarf jedes Planungsbereichs anhand geeigneter Prädiktoren. Ergänzt um eine Berücksichtigung des ungedeckten Bedarfs lassen sich dadurch die notwendigen Arztkapazitäten quantifizieren. Ergänzend dazu sollte den regionalen Akteuren ein Gestaltungsspielraum eingeräumt werden, der nicht die Gleichwertigkeit der Versorgung im Bundesgebiet in Frage stellt, sondern Flexibilität bei der regionalen Verteilung von Ärzten ermöglicht. ■

Literatur

- Barmer GEK (2010).** Barmer GEK-Arztreport 2010. Asgard-Verl, St. Augustin
- Bundestag (Hrsg.) (1992).** Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 12/3608 vom 05.11.1992
- Bundestag (Hrsg.) (2011).** Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, BT-Drs. 17/6906 vom 05.09.2011
- Bundestag (Hrsg.) (2012).** Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Tätigkeitsumfänge in der vertragsärztlichen Versorgung, BT-Drs. 17/9329 vom 17.04.2012
- Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2012).** Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. [http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20\(Langversion\)_2.pdf](http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/ID_21_22_Bericht%20(Langversion)_2.pdf) (letzter Zugriff: 25.10.2012)
- DAK (Hrsg.) (2013).** Gesundheitsreport 2013: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. http://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2013-1146388.pdf (letzter Zugriff: 15.12.2013).
- DH Financial Planning and Allocations Division (2011).** Resource Allocation: Weighted Capitation Formula. http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_124947.pdf (letzter Zugriff 24.10.2012).
- Fülöp G, Kopetsch T, Schöpe P (2007).** Bedarfsgerechte Versorgungsplanung: Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. *GuS* 61(9/10):57–63
- GÖG (2012).** Österreichischer Strukturplan Gesundheit vom 23. November 2012. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_gesamt_inkl_matrizen.pdf (letzter Zugriff 01.12.2013).
- Jacob R, Heinz A (2010).** Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung von Medizinstudenten, Frühjahr 2010. <http://daris.kbv.de/daris/link.asp?ID=1003761859> (letzter Zugriff: 02.01.2013).
- Janßen C, Grosse Frie K, Dinger H, Schiffmann L, Ommen O (2009).** Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter M, Hurrelmann K (Hrsg.). *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, 2. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S. 149–165
- KBV (2011).** Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung. http://www.kbv.de/media/sp/Grunddaten_2011.pdf (letzter Zugriff: 15.12.2013).
- Knieps F, Amelung V, Wolf S (2012).** Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definition, Problemanalyse. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 66(6):8–19
- Kopetsch T (2010).** Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen. In: Busse R, Schreyögg J, Tiemann O (Hrsg.). *Management im Gesundheitswesen*, 2. Aufl., Springer, Heidelberg, S. 308–319
- KV Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2013).** Bedarfsplan für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. <http://www.kvsh.de/admin/ImageServer.php?download=true&ID=2169@KVSH> (letzter Zugriff: 15.12.2013).
- Ozegowski S (2011).** Bedarfsgerechte Verteilung niedergelassener Ärzte: Eine Konzentrationsanalyse der ambulanten Versorgung in Deutschland. Masterarbeit, Berlin School of Public Health, Berlin
- Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie 2007; BedarfsPIRL 2007) vom 15.02.2007, BAnz. Nr. 64, S. 3491, zuletzt geändert am 06.09.2012, BAnz AT 21.09.2012, B4**
- Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 20.12.2012, BAnz AT 31.12.2012, B7**
- Spycher S (2004).** Prognose und Planung in der ambulanten Gesundheitsversorgung: Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (o.J.)** Regionaldatenbank Deutschland. <http://www.regionalstatistik.de> (letzter Zugriff: 14.12.2013)
- Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P, Kurth B (2005).** Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 48(3):296–306
- Uhlemann T, Lehmann K (2011).** Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: Neue Konzepte für Stadt und Land*. KomPart, Berlin, S. 11–34