

Die Neukonzeption der Bedarfsplanung auf der Basis des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes

THOMAS KOPETSCH,
SEBASTIAN JOHN,
BERNHARD GIBIS,
PASCAL SCHÖPE

Dr. rer. pol. Thomas Kopetsch ist Abteilungsleiter Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin

Sebastian John ist Abteilungsleiter im Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin

Dr. med. Bernhard Gibis leitet als Dezernent den Geschäftsbereich Sicherstellung und Versorgungsstruktur im Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin

Pascal Schöpe ist Senior-Referent in der Abteilung Sicherstellung im Dezernat 4 – Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin

Die zum 01.01.1993 eingeführte ambulante Bedarfsplanung wurde unter dem Primat der Ärzteschwemme und der Ausgabendeckelung in der GKV eingeführt. Die Verhältniszahlen wurden seinerzeit so konzipiert, dass das Wachstum der Arztgruppen zeitnah an seine Grenzen stoßen musste. In den vergangenen zehn Jahren war eine Verschiebung der ambulanten Versorgungssituation zu beobachten. Nunmehr können zunehmend freiwerdende Arztsitze nicht wiederbesetzt werden. Unter den Vorzeichen eines sich abzeichnenden Arztmangels war es erforderlich, die Planungs- und Steuerungsinstrumente anzupassen. Vor diesem Hintergrund hatte der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (2011) den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, eine Neukonzeption der ambulanten Bedarfsplanung vorzunehmen.

1. Die Zielsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes

Mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) sollen laut Gesetzgeber Weichenstellungen in Versorgungsstrukturen erfolgen, damit das deutsche Gesundheitswesen auch in Zukunft allen Menschen eine hochwertige, bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung gewährleisten kann. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen zielt vor diesem Hintergrund darauf ab,

- auch zukünftig eine flächendeckende wohnortnahe medizinische Versorgung zu sichern,

- das System der vertragsärztlichen Vergütung durch Zurücknahme zentraler Vorgaben zu flexibilisieren und zu regionalisieren,
- die Verzahnung der Leistungssektoren ambulant und stationär zu verbessern,
- einen schnellen Zugang zu Innovationen sicherzustellen und
- mit einer Stärkung wettbewerblicher Instrumente Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung weiter zu erhöhen.

Innerhalb dieses breiten Spektrums an Maßnahmen betrifft ein Schwerpunkt des Gesetzes den Bereich der Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung. In der Gesetzesbegründung heißt es, der Sicherung einer wohnortnahen, flächendeckenden medizinischen Ver-

sorgung diene insbesondere eine zielgenauere und regionale Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkmöglichkeiten der Länder.

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung wird in verschiedenen Bereichen, auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlicher Verantwortung ein Bündel von Maßnahmen umgesetzt. Dabei soll die Bedarfsplanung durch folgende Maßnahmen weiterentwickelt werden:

- Flexibilisierung der Planungsbereiche: Planungsbereiche müssen demnach nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sie stattdessen so zu gestalten, dass eine „flächendeckende Versorgung“ (§ 101 Abs. 1 Satz 6) sichergestellt ist.
- Bei der Anpassung der Verhältniszahlen soll die demographische Entwicklung berücksichtigt werden.
- Die sogenannte Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungsplanung soll zielgerichtet weiterentwickelt werden.
- Neben diesen Konkretisierungen in Bezug auf die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hat der Gesetzgeber im Versorgungsstrukturgesetz jedoch auch weitere Maßnahmen beschlossen, die insbesondere die Niederlassung im ländlichen Raum bzw. in weniger gut versorgten Regionen unterstützen sollen. Dazu gehören u.a.:
- Die Aufhebung der Residenzpflicht.
- Vergütungszuschläge in Regionen in denen (drohende) Unterversorgung bzw. zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde.
- Bevorzugte Berücksichtigung von Ärzten, die mindestens fünf Jahre in Regionen tätig waren, für die (drohende) Unterversorgung oder zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde, bei der Nachbesetzung von Arztsitzen in gesperrten Planungsbereichen.

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist somit insgesamt die Hoffnung verbunden, die Versorgungsstrukturen und Anreize so zu gestalten, dass die bereits bestehenden Lücken in der vertragsärztlichen Versorgung geschlossen werden können bzw. nicht größer werden.

Die konkrete Ausgestaltung der Neukonzeption der Bedarfsplanung erfolgt im

Gemeinsamen Bundesausschuss. In der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden die Vorgaben des Gesetzgebers konkretisiert. Hierzu fanden im Laufe der Jahre 2011, 2012 und 2013 intensive Verhandlungen im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung statt, die fristgerecht abgeschlossen werden konnten. Im Folgenden werden die Regelungen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie, die zum 01.01.2013 in Kraft getreten ist, dargestellt.

2. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, im Rahmen einer Neukonzeption der Bedarfsplanungsrichtlinie die vorhandenen Defizite der aktuellen Bedarfsplanung zu beheben. Bei der Neukonzeption der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss standen folgende Prämissen im Vordergrund:

- Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten medizinischen Versorgung für alle GKV-Versicherten,
- Vereinfachung der Versorgungsplanung,
- Stärkung der relativen Planungssicherheit für Vertragsärzte und -psychotherapeuten bei der Niederlassung,
- Versorgungsplanung auf Basis von empirischen Befunden aus der Versorgungs- und Regionalforschung,
- zentraler Regelungsrahmen, der gleichzeitig einen größtmöglichen regionalen Gestaltungsspielraum zulässt.

Die Neukonzeption der Bedarfsplanungs-Richtlinie muss im Wesentlichen vier Kernfragen beantworten:

1. Die Einteilung der Arztgruppen:
In welchen Gruppen werden Ärzte und Psychotherapeuten beplant?
2. Die Neugliederung der Planungsbe-
reiche:
Wie sind die Planungsräume der einzelnen Arztgruppen in Zukunft geschnitten und welche Arztgruppen werden in welchen Planungsräumen beplant?
3. Neufestlegung der Verhältniszahlen:
Welches Versorgungsniveau (ausgedrückt als Verhältnis Einwohner je Arzt bzw. Psychotherapeut) soll in Zukunft in den Planungsbereichen angestrebt werden?

4. Neuregelung des Sonderbedarfs und des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs:

Auf Basis welcher Kriterien soll in Zukunft eine Zulassung aufgrund von Sonderbedarf erfolgen? In welchen Fällen kann zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf geltend gemacht werden?

Obleich alle vier Fragestellungen stark interdependent sind, werden die grundsätzlichen Neuregelungen und die dahinter stehenden Überlegungen zu jeder der Fragen im Folgenden einzeln dargestellt.

2.1 Arztgruppeneinteilung

In einer Arztgruppe werden auf Basis fachlicher und versorgungsorientierter Erwägungen Ärzte und Psychotherapeuten bestimmter Fachgruppen zusammengefasst und gemeinsam als Gruppe beplant. Die Einteilung der Arztgruppen kann grob (viele Facharztgruppierungen werden gemeinsam beplant) oder detailliert (alle Facharztgruppen werden einzeln beplant) erfolgen. Während die Bedarfsplanung von 1993 mit 14 Arztgruppen gearbeitet hat, werden die Ärzte und Psychotherapeuten in anderen Kontexten der ambulanten Versorgung (z. B. Vergütung) in mehr als 30 Arztgruppen gegliedert. So könnten die Arztgruppen der Bedarfsplanung beispielsweise entweder auf der Ebene der Facharztkompetenzen oder entsprechend ihrer Schwerpunkte beplant werden. Neben dieser Frage der „Tiefe“ der fachlichen Beplanung kann bei der Definition der Arztgruppen auch die „Breite“ der Planung berücksichtigt werden: Wurden bisher nur Arztgruppen beplant, in denen sich mehr als 1.000 Ärzte befanden (14 Gruppen), so ist aktuell auch eine Beplanung aller Arztgruppen grundsätzlich möglich.

Die neue Richtlinie sieht vor, künftig alle Ärzte und Psychotherapeuten in die Planung einzubeziehen. Um gleichzeitig den administrativen Aufwand der Planung überschaubar zu halten, soll die Bedarfsplanung auf Ebene der Facharztkompetenzen erfolgen, so dass deren Schwerpunkte nicht weiter berücksichtigt werden. Die Sicherstellung der versorgungsadäquaten Verteilung der Schwerpunkte einer Facharztgruppe innerhalb einer Planungsregion soll Aufgabe der regionalen Zulassungsausschüsse sein. Insgesamt werden in

Tabelle 1: Versorgungstypeneinteilung

Versorgungstyp	Rolle in der Versorgung
stark mitversorgend	Größere Städte in zentraler Lage, die eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen erbringen.
Dual-Versorgung	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen (i.d.R. Kernstädte) wahr. Gleichzeitig erbringen die Dual-Versorger Mitversorgungsleistungen für das Umland.
stark mitversorgt	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.
mitversorgt	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.
Eigenversorgung	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig/keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Versorgung findet hier aus der Region heraus statt.

Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie 23 Fachgruppen berücksichtigt.

Die Beplanung dieser 23 Arztgruppen soll gemäß GKV-VStG so erfolgen, dass eine „flächendeckende Versorgung sichergestellt ist“. Diesem Ziel Rechnung tragend kann nicht für alle Arztgruppen dieselbe räumliche Planungsgrundlage gelten. Während eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung erklärtes Ziel der neuen Bedarfsplanung ist, kann dies beispielsweise aufgrund ihrer Rolle in der Versorgung für die Laborärzte kaum gewährleistet werden. Vor diesem Hintergrund werden die Arztgruppen künftig vier unterschiedlichen Versorgungsebenen zugeordnet, die vor allem den Spezialisierungsgrad der Arztgruppen innerhalb einer Versorgungsebene abbilden. Dabei soll die Größe des Planungsraums mit zunehmender Spezialisierung einer Versorgungsebene wachsen. Dies ist Voraussetzung für eine angemessene, fachgruppenbezogene Erreichbarkeit für die Patienten. Während also bspw. Hausärzte relativ kleinräumig beplant werden, werden Strahlentherapeuten einen größeren Raum versorgen. Insgesamt werden in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie die folgenden vier Versorgungsebenen identifiziert:

- die hausärztliche Versorgung
- die allgemeine fachärztliche Versorgung
- die spezialisierte fachärztliche Versorgung
- die gesonderte fachärztliche Versorgung

Die Zuordnung der 23 Arztgruppen zu den vier Versorgungsebenen erfolgt auf Basis empirischer Analysen aus den am-

bulanten Versorgungsdaten und ist in Tabelle 2 dargestellt.

2.2 Neugliederung der Planungsbereiche

Den vier Versorgungsebenen werden konkrete Raumtypen zugewiesen. Dabei stützt sich das neue Planungskonzept der Bedarfsplanung u. a. auf die Arbeiten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), dessen Konzepte auch in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen wie der Daseinsvorsorge Anwendung finden.

Aufgrund der besonderen Versorgungssituation wird das Ruhrgebiet – wie bisher auch – als Region gesondert beplant und erhält entsprechend eigene Verhältniszahlen. Nach fünf Jahren soll dort die Versorgungssituation erneut erhoben und bewertet werden, um die Sonderregelung erneut vom Gemeinsamen Bundesausschuss überprüfen zu lassen. Wird der Sonderstatus nicht bestätigt, entfällt er.

2.2.1 Die hausärztliche Versorgung

Insbesondere in der hausärztlichen Versorgung haben die Erfahrungen aus der bisherigen Bedarfsplanung gezeigt, dass die Kreise für eine Beplanung dieser Gruppe – häufig als Folge von Gebietsreformen – vielfach zu groß geschnitten sind. Gleichzeitig erweisen sich die Gemeinden meist als zu klein und im bundesweiten Maßstab als viel zu heterogen, um eine stabile Beplanung der Hausärzte zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund werden die so genannten

Mittelbereiche gewählt. Ein Mittelbereich ist der Verflechtungsbereich eines Mittel- oder Oberzentrums, welches zwingend den räumlichen Nukleus darstellt. Im Mittelbereich ist gemäß dem Konzept des BBSR der Zentralort verantwortlich, das ihm zugehörige Umland mit Funktionen der gehobenen Daseinsvorsorge zu versorgen. Vergleichbar damit sind auch Erwartungen der Bevölkerung an die hausärztliche Versorgung. Die Größe (Fläche und Einwohnerzahl) der 883 Mittelverbände ist als raumordnerisches System vergleichsweise homogen, so dass sie stabile Einheiten für die Planung der Hausärzte bilden. In wenigen Fällen, in denen sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung erstreckt, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann regional eine abweichende Raumgliederung vorgenommen werden. Beispielsweise können kleine Mittelbereiche zusammengelegt werden oder große Städte weiter in Stadt- oder Ortsteile untergliedert werden.

Empirische Untersuchungen zeigen, dass im hausärztlichen Bereich nur geringe Mitversorgungseffekte zwischen den unterschiedlichen Regionen bestehen. Das in der alten Richtlinie enthaltene Planungskonzept mit zehn regionsbezogenen Verhältniszahlen, die Mitversorgung immanent unterstellt, wird im neuen Konzept in der primärärztlichen Versorgung nicht weiter fortgeführt. Einzelne Gebiete müssen also nicht mehr Ärzte vorhalten, um andere Regionen mitzuversorgen, die dann mit weniger Ärzten ausgestattet sein können. Deshalb wird in der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie bei der Beplanung der Hausärzte eine deutschlandweit einheitliche Verhältniszahl zugrunde gelegt.

2.2.2 Die allgemeine fachärztliche Versorgung

Die allgemeine fachärztliche Versorgung in Deutschland wiederum ist von starken Mitversorgereffekten der Städte für das Umland geprägt, sodass die Städte mehr und das Umland weniger Ärzte und Psychotherapeuten dieser Versorgungsebene benötigen. Die Raumgliederung und die Verhältniszahlen müssen deshalb diese funktionsräumlichen Verknüpfungen zwischen den Gebieten möglichst genau

Tabelle 2: Zuordnung der Planungsgruppen zu den Versorgungsebenen

	Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Versorgung	Gesonderte fachärztl. Versorgung
Raumeinheit	Mittelbereich	Kreis	Raumordnungsregion	Kassenärztliche Vereinigung
Anzahl	883	372	97	17
Verhältniszahlen	Eine	Fünf	Eine	Eine
Arztgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Augenärzte ■ Chirurgen ■ Frauenärzte ■ HNO-Ärzte ■ Hautärzte ■ Nervenärzte ■ Psychotherapeuten ■ Orthopäden ■ Urologen ■ Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachinternisten ■ Anästhesisten ■ Radiologen ■ Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> ■ <i>Physikalisch- und Rehabilitativmediziner</i> ■ <i>Nuklearmediziner</i> ■ <i>Strahlentherapeuten</i> ■ <i>Neurochirurgen</i> ■ <i>Humangenetiker</i> ■ <i>Laborärzte</i> ■ <i>Pathologen</i> ■ <i>Transfusionsmediziner</i>

Anmerkung: Die bisher nicht beplanten Arztgruppen sind hier kursiv dargestellt

Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

abbilden. Obgleich die Kreise mit Blick auf ihre Größe (Fläche und Einwohner) oft eine angemessene Erreichbarkeit für die Patienten und ausreichend große Einzugsbereiche der Ärzte und Psychotherapeuten sicherstellen, bilden sie die konkreten Mitversorgereffekte aufgrund ihrer unterschiedlichen Struktur nur begrenzt ab.

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie sieht vor, dass die Kreise und kreisfreien Städte anhand ihrer Mitversorgungsfunktion einer von fünf Versorgungstypen zugeordnet werden. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadtreionen des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung, das durch den Gemeinsamen Bundesausschuss weiterentwickelt wurde.

Auch hier besteht bei Bedarf für die Landesausschüsse die Möglichkeit, größere Städte, weiter zu untergliedern oder auch Planungsbereiche zusammenzulegen.

2.2.3 Spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung

Die Fachgruppen, die der spezialisierten und der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugewiesen werden, werden in der Regel nur von einem geringen Anteil der Bevölkerung in Anspruch genommen oder sind nicht von einem direkten Patientenkontakt (bspw. Laborärzte, Pathologen) geprägt. Sie sind deshalb durch große Einzugsbereiche gekennzeichnet. Ziel der Beplanung der Ärzte dieser Gruppe ist es, eine möglichst

gute Erreichbarkeit sicherzustellen, sodass die „Zentralen Orte“ der Raumplanung hier in den Fokus rücken. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie sieht für die Beplanung der Arztgruppen dieser Versorgungsebenen die Raumordnungsregionen¹ (spezialisierte fachärztliche Versorgung) bzw. die Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (gesonderte fachärztliche Versorgung) vor. Während die Raumordnungsregionen im Wesentlichen eine Zusammenfassung von kreisfreien Städten und deren umliegenden Kreisen darstellen, bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen die flächenmäßig größtmögliche Planungseinheit der Bedarfsplanung.

Beide Raumtypen bilden in sich relativ geschlossene Raumkonstrukte, die über entsprechende „Zentrale Orte“ und das dazu gehörige Umland verfügen und die sich im Wesentlichen selbst versorgen. Vor diesem Hintergrund sind die Mitversorgereffekte bei beiden Planungstypen (außer bei den Stadt-Kassenärztlichen Vereinigungen) eher gering, sodass die Beplanung analog zum hausärztlichen Bereich auf Basis einer bundesweit einheitlichen Verhältniszahl erfolgt.

2.3 Neufestlegung der Verhältniszahlen

Basis für die Neufestlegung der Verhältniszahl kann entweder ein Stichtag sein, an dem die Versorgung als „angemessen“ definiert wird, oder ein wissenschaftliches Gutachten, das ein versorgungsadäquates Verhältnis Ein-

wohner je Arzt/Psychotherapeut (differenziert nach Arztgruppen) festlegt. Mit Blick auf Letzteres muss festgestellt werden, dass die Versorgungsforschung weltweit bisher keine evidenzbasierten Verhältniszahlen Einwohner je Arzt/Psychotherapeut definieren konnte. Vor diesem Hintergrund hat man sich für die Festlegung eines Stichtages entschieden, an dem die Zahl und die räumliche Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten einer Fachgruppe als Ausgangspunkt für die weitere Bedarfsplanung definiert wird.

Bereits im Jahr 1990, dem Aufsatzjahr für die „alte“ Bedarfsplanung, war das ambulante Versorgungsniveau in Deutschland weltweit einzigartig. Die bisherigen Soll-Versorgungsniveaus des jeweiligen Aufsatzjahres der Fachgruppen wurden deshalb weiterhin als zweckmäßig und ausreichend für eine flächendeckende Versorgung angesehen. Für bislang nicht beplante Arztgruppen werden die Arzt- und Bevölkerungszahlen des Jahres 2010 verwendet. Für alle Arztgruppen werden die bestehenden Verhältniszahlen auf Basis der aktuellen, bundesweiten Verteilung der Ärzte/Psychotherapeuten und Einwohner weiterentwickelt. Bei der Arztgruppe der Psychotherapeu-

¹ Raumordnungsregionen sind mit Ausnahme der Stadtstaaten großräumige, funktional abgegrenzte Raumeinheiten für die Raumordnungsberichterstattung des Bundes. Im Prinzip werden ein ökonomisches Zentrum und sein Umland beschrieben, wobei hierfür insbesondere Pendlerverflechtungen herangezogen werden.

ten wird ein Sonderweg gegangen. Die Ermittlung der Verhältniszahlen wie bei allen anderen Arztgruppen führt bei den Psychotherapeuten wegen der historisch begründeten stadtzentrierten Verteilung nicht zum gewünschten Ergebnis eines angemessenen Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung. Im Typ 5 wird deshalb das Soll-Versorgungsniveau für diesen Regionstyp auf das bundesweit durchschnittliche Niveau angehoben. Gleichzeitig wird das Versorgungsniveau für den Typ 4 auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 3 und 4 aller anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben. Damit wird das Versorgungsniveau der ländlichen Regionen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten aufgewertet.

Bei der Berechnung der Verhältniszahlen der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung wird das Versorgungsniveau der diese Arztgruppen umfassenden Versorgungsebene bereits als überdurchschnittlich eingeschätzt. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss dieses Versorgungsniveau mit einem Versorgungsgrad von 110 % bewertet und darauf basierend die Verhältniszahlen für den Versorgungsgrad 100 % ermittelt.

Die neuen Verhältniszahlen gestalten sich dabei wie folgt:

In der hausärztlichen Versorgung beträgt die Verhältniszahl 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern.

Die Verhältniszahlen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind in Tabelle 3 dargestellt.

Besonderheiten:

- Der Versorgungsgrad der Frauenärzte wird bezogen auf die weibliche Bevölkerung ermittelt.
- Der Versorgungsgrad der Kinderärzte wird auf der Basis der Bevölkerung bis unter 18 Jahre ermittelt.

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gelten die Verhältniszahlen wie in Tabelle 4 dargestellt.

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die unter 18-Jährigen.

Im Bereich der gesonderten fachärztlichen Versorgung lauten die Verhältniszahlen wie sie in Tabelle 5 dargestellt sind.

Tabelle 3: Verhältniszahlen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

Arztgruppe	Verhältniszahlen der Versorgungstypen				
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

Tabelle 4: Verhältniszahlen in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung

Arztgruppe	Verhältniszahl
Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

2.4 Neuregelung des Sonderbedarfs und des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

Bei der Neuregelung des Sonderbedarfes, stand die Erarbeitung von klaren, einheitlichen Regelungen im Vordergrund, die insbesondere auch die aktuelle Rechtsprechung berücksichtigen. Damit verbunden ist nun die klarere Abgrenzung des lokalen und des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs. Mit Blick auf beide Arten des Sonderbedarfs wurden die Kriterien vereinheitlicht. Sie orientieren sich nun an folgenden Punkten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage)
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u. a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über ausreichende Anzahl an Patienten ver-

fügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Neben dem Sonderbedarf stellt aber vor allem der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ein Steuerungsinstrument dar, das im Rahmen der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie substantiell weiterentwickelt wurde. Dabei sollen in einer zuvor definierten Bezugsregion, sprich: in Teilen des Planungsbereiches, die Kriterien der Unterversorgung Anwendung finden. Deutlich erweitert wurde hier das Spektrum an Kriterien, die bei einer Prüfung auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf berücksichtigt werden können. Standen bisher nur die Einwohner- und Arztstruktur im Fokus der Prüfung, spielen nun auch die Morbidität, soziodemografische Faktoren und die räumlichen Besonderheiten eine Rolle. Darüber hinaus werden Konstellationen beschrieben, bei denen der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf zur Anwendung kommen kann, um dessen Anwendungsbreite deutlich zu machen. Ziel ist die Verbesserung der Versorgungssituation in nicht unterversorgten Planungsbereichen.

Tabelle 5: Verhältniszahlen in der gesonderten fachärztlichen Versorgung

Arztgruppe	Verhältniszahl
Humangenetiker	606.384
Laborärzte	102.001
Neurochirurgen	161.207
Nuklearmediziner	118.468
Pathologen	120.910
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	170.542
Strahlentherapeuten	173.576
Transfusionsmediziner	1.322.452

Quelle: Bedarfsplanungs-Richtlinie

2.5 Demografiefaktor

Der unterschiedlichen Altersstruktur in den Planungsregionen sowie der generellen kontinuierlichen Alterung der Bevölkerung sollen über einen Demografiefaktor Rechnung getragen werden. Die allgemeinen Verhältniszahlen werden dabei mit einem Demografiefaktor modifiziert. Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor. Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.

Der Demografiefaktor basiert auf dem Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 65-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 65-Jährigen. Wobei bei den Frauenärzten nur die Frauen berücksichtigt werden und für die Arztgruppe der Psychotherapeuten der Behandlungsbedarf, der bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anfällt, herausgerechnet wird.

Durch die Anwendung des Demografiefaktors wird die Verhältniszahl korrigiert, um eine Höhergewichtung der älteren Bevölkerung, die über einen höheren medizinischen Bedarf verfügt, zu erreichen.

2.6 Regionale Abweichungsmöglichkeiten

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurde die bisherige Systematik der Bedarfsplanung um eine weitere Ebene ergänzt. Bislang wurden die Vorgaben der bundesweit einheitlich geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie in den Kassenärztlichen Vereinigungen ein-

zu eins umgesetzt. Lediglich auf lokaler Ebene bestand durch das Instrument des Sonderbedarfs die Möglichkeit der lokalen Feinststeuerung im Einzelfall. Hierzu tritt nun ein neuer regionaler Handlungsspielraum auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen, in dem von den Bundesvorgaben abgewichen werden kann. Die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie stellen einen bundeseinheitlichen Rahmen dar. Gleichwohl wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz – auch auf Bestreben der Länder hin – anerkannt, dass ein bundesweiter Regelungsrahmen nicht allen regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur Rechnung tragen kann. Für viele regionale Besonderheiten können keine abstrakt-generellen Regelungen geschaffen werden, ohne dass dadurch negative Auswirkungen in anderen Regionen ausgelöst werden würden. Aus diesem Grund gibt es nun regional auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, von den Bundesvorgaben abzuweichen und besondere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen.

Unbenommen davon beschreibt die Bedarfsplanungs-Richtlinie eine vollumfängliche funktionale Planungssystematik ohne Regelungslücken. Es ist somit möglich, auch ohne regionale Abweichungen eine rechtskonforme Bedarfsplanung umzusetzen.

Die neuen regionalen Abweichungsmöglichkeiten finden ihre rechtliche Grundlage in Paragraph 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Darin heißt es:

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden.“

In der Gesetzesbegründung wird hierzu ergänzend klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss keine Befugnis hat, zu regeln, in welchen Fällen und in welcher Form vom regionalen Abweichungsrecht Gebrauch gemacht werden kann. Insofern ist das regionale Abweichungsrecht sehr umfassend und kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht beschränkt oder konkretisiert werden. Um die Abweichungen rechtssicher zu gestalten, benennt die Bedarfsplanungs-Richtlinie in Paragraph 2 beispielhaft mögliche regionale Besonderheiten, die mittels regionaler Abweichungen berücksichtigt werden können. Damit macht der Gemeinsame Bundesausschuss keine Vorgaben, liefert aber den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen im Rahmen der Beratungen des Bedarfsplans Anregungen für die Begründung möglicher Abweichungen. Regionale Besonderheiten können sein:

1. die regionale Demografie (bspw. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (bspw. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (bspw. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf)
4. räumliche Faktoren (bspw. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln)
5. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung)

Der Gesetzgeber hat keine Einschränkungen vorgenommen, an welchen Orten, in welchen Fällen und in welcher Art und Weise von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden kann. Dennoch müssen diese Abweichungen begründet sein: Es muss deutlich werden, warum gerade die vorgenommenen Abweichungen unter Berücksichtigung „[...] der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. [...]“ (Paragraph 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Insbesondere müssen die Begründungen für die regionalen Abweichungen auch einer gerichtlichen Überprüfung standhalten. Vor diesem Hintergrund ist eine methodisch saubere und – soweit möglich – empirisch abgesicherte Argumentation zielführend.

2.7 Weitere Regelungen

2.7.1 Berücksichtigung ermächtigter Ärzte

Neu ist, dass nun auch persönlich ermächtigte Ärzte in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, wenn sie im vollen oder hälftigen Umfang eines Vollversorgungsauftrages ermächtigt sind, d. h. wenn sie für das gesamte Spektrum ihres Fachgebietes ermächtigt sind, vertragsärztliche Leistungen zu erbringen. Ermächtigte Ärzte, die nur für Teile ihres Fachgebietes ermächtigt wurden, kommen nicht zur Anrechnung.

2.7.2 Priorisierungsregel

Folgende Regelung ist für den Zeitraum von drei Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie anwendbar: Haben 20 %, mindestens jedoch zwei der Planungsbereiche einer Kassenärztlichen Vereinigung einen Versorgungsgrad kleiner 100 Prozent – wobei unterversorgte Planungsbereiche nicht zu zählen sind –, können andere Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 Prozent für Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Dabei dürfen maximal 70 % aller Planungsbereiche gesperrt werden. Diese Regelung dient dem Ziel durch Flexibilisierung der regionalen Verhältnisse, übergangsweise den maßgeblichen Gremien die Möglichkeit einzuräumen, das Ziel der flächendeckenden Versorgung in Wohnortnähe gezielter zu erreichen.

2.7.3 Streckungsregelung

Bewirken die Neuberechnungen der Verhältniszahlen für die neu geschaffenen Versorgungsebenen und die neu strukturierten Arztgruppen eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann der Zuwachs über einen Zeitraum von drei Jahren durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen gestreckt werden.

3. Fazit

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie sieht eine Beplanung aller Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland in 23 relativ weit gefassten Arztgruppen vor. Die Beplanung orientiert sich regional dif-

ferenziert an vier Versorgungsebenen. Dabei werden spezialisierte Fachgruppen großräumig, weniger spezialisierte Gruppen (bspw. Hausärzte) kleinräumiger beplant. Dort wo es erforderlich ist, werden Mitversorgereffekte abgebildet.² Sowohl die Anzahl als auch die Bandbreite der verschiedenen Verhältniszahlen werden im Vergleich zur bestehenden Bedarfsplanung deutlich reduziert. Ziel war es in der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, bei denen der Ärztemangel bereits spürbar ist, Grundlagen für eine Verteilung der Vertragsärzte zu schaffen im Sinne einer flächendeckenden, wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung. In der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung, bei denen in den letzten Jahren ein starkes Arztlwachstum zu verzeichnen war, bestand der Fokus darin, die Zuwachsraten zu begrenzen.

Zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs im Sinne einer Verhältniszahl wurde eine Stichtagsregelung realisiert, wobei die demografische Entwicklung der Bevölkerung durch einen Demografiefaktor berücksichtigt wird. Dabei wird bei der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung der Stichtag der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie beibehalten, da in diesen Bereichen das Versorgungsniveau als ausreichend erachtet wird und vor allem Verteilungsprobleme vorherrschen. Bei der spezialisierten und der gesonderten fachärztlichen Versorgung wurde der Stichtag 31.12.2010 zu Grunde gelegt.

Die regionale Ebene hat im Rahmen der Neukonzeption der Bedarfsplanungsrichtlinie zusätzliche erhebliche Gestaltungsmöglichkeiten erhalten. Regional kann von den Bundesvorgaben in begründeten Fällen, wenn regionale Besonderheiten vorliegen, abgewichen werden. Nach den bisherigen Erfahrungen hat die Landesebene bereits häufig von diesen Abweichungsmöglichkeiten Gebrauch gemacht. Zudem kann nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen gemäß § 90a SGB V für den Bereich eines Landes ein gemeinsames Landesgremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen, der Landeskrankengesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden, das

Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann.

Insgesamt betrachtet handelt es sich bei der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie nicht um eine revolutionäre Neukonzeption, sondern um eine evolutionäre Weiterentwicklung der bestehenden Bedarfsplanung, die mit der Hoffnung verbunden ist, die Verteilung der Vertragsärzte im Raum den regionalen Bedarfen entsprechend zu steuern.

Die Neukonzeption der Bedarfsplanungsrichtlinie wurde allerdings nicht unter dem Aspekt des Aufkaufs von Praxen in so genannten überversorgten Gebieten konzipiert. Durch eine entsprechende Verschärfung der Aufkaufregelung im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz konterkariert der Gesetzgeber die bisherige Bedarfsplanungssystematik, denn die bisherige Feststellung von Überversorgung ist für den geplanten verschärften Aufkauf von Arztpraxen nicht geeignet.

Vor diesem Hintergrund fordert der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, die Bedarfsplanung nochmals weiterzuentwickeln

Für die Reform der Bedarfsplanung gilt: Nach der Reform ist vor der Reform.

und anzupassen, „um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung noch besser gerecht zu werden und eine flächendeckend bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung mittels kleinräumiger Planung zu fördern.“ (Gesetzesbegründung) Diese Weiterentwicklung der Bedarfsplanung soll bis zum 31.12.2016 geleistet werden. Folglich gilt: Nach der Reform der Bedarfsplanung ist vor der Reform der Bedarfsplanung. ■

2 Mitversorgereffekte wurden in der Bedarfsplanung von 1993 durch die Berücksichtigung der zehn siedlungsstrukturellen Kreistypen zwar unterstellt, jedoch wurden diese – im Gegensatz zum jetzigen Konzept – nicht empirisch untersucht. Die Intensität der Austauschbeziehung rückt durch die aktuelle Konzeption mehr in den Mittelpunkt.