



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die
Bedarfsplanung

Berlin, 20.01.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 20.12.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neufassung des § 22 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20.12.2012 aufgefordert. Hintergrund ist die Änderung der Rechtsgrundlage für die Bedarfsplanung durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V i. V. m. § 101 Abs. 1 Satz 9 SGB V sind nun auch die ermächtigten Ärzte sowie die in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen. In der Fassung vom 20.12.2012 fehlt die Konkretisierung der Anrechnung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte; § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht derzeit die Verlagerung der Ausgestaltungskompetenz auf die Landesebene vor. Zur Neufassung des § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie liegen dissente Positionen vor.

§ 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie i. d. F. v. 20.12.2012

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht in § 22 Abs. 1 vor, dass nur in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang ermächtigte Ärzte wie zugelassene Vertragsärzte angerechnet werden. Nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes soll diese Regelung dahingehend verändert werden, dass alle Ermächtigten entsprechend des zeitlichen Umfangs ihrer Tätigkeit, mindestens mit 0,1, auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet werden.

§ 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i. d. F. v. 20.12.2012

Zur Neufassung des § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie, d. h. der Einbeziehung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte, liegen drei unterschiedliche Regelungsvorschläge vor.

Der Vorschlag der DKG sieht vor, dass nach § 116a SGB V ermächtigte Krankenhäuser entsprechend dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Ärzte des Fachgebietes der betreffenden KV-Region mit den Anrechnungsfaktoren 0,25, 0,5, 0,75 sowie 1,0 angerechnet werden. Für die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V soll eine pauschalierte Anrechnung mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung erfolgen. Dies kann unterbleiben, sofern eine Vergleichbarkeit bezüglich des Patientenspektrums bzw. des Ermächtigungsumfangs mit der jeweils maßgeblichen Arztgruppe im Planungsbereich in überwiegendem Maße nicht besteht. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sowie Einrichtungen nach § 118 Abs. 3 SGB V und § 118a SGB V sollen nicht einbezogen werden.

Die KBV wiederum schlägt gemeinsam mit den Patientenvertretern keine pauschalierte, sondern eine auf den jeweiligen Einzelfall bezogene Anrechnung vor. Übereinstimmend mit der DKG soll keine Anrechnung der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V erfolgen. Weitere Begrenzungen bestehen darin, dass eine Anrechnung nur dann erfolgen soll, wenn die Tätigkeit der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes entspricht, nicht ein spezifischer Personenkreis, dessen Versorgung einer ermächtigten Einrichtung bedarf, versorgt wird und der zeitliche Umfang dem eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag entspricht.

Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes nimmt zum einen keine ermächtigte Einrichtung aus dem Regelungsvorschlag aus. Vorgesehen ist zum anderen, dass ab einem zeitlichen Tätigkeitsumfang der Ärzte von 0,1 eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgt. Jede ermächtigte Einrichtung soll dabei mindestens mit dem Faktor 1,0 angerechnet werden. Eine Anrechnung der Tätigkeiten von Ärzten, die weniger als 0,1 Vollzeit-

äquivalente erbringen, kann kumuliert erfolgen. Zudem müssen für die Anrechnung die Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen nur Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes erbringen. Nicht notwendig ist insofern, dass die Tätigkeit, wie bei dem Regelungsvorschlag von KBV und Patientenvertretern, dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes entspricht.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

§ 116 SGB V sieht vor, dass für die Erteilung einer persönlichen Ermächtigung ein Versorgungsbedarf bestehen muss bzw. eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nicht sichergestellt wird. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die ambulante Versorgung der Versicherten in erster Linie den Vertragsärzten vorbehalten. Von daher sind Ermächtigungen zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Soweit die niedergelassenen Ärzte in der Lage sind, entsprechende Krankenbehandlungen zu erbringen, haben die in den in § 116 Satz 1 SGB V genannten Einrichtungen tätigen Ärzte keinen Anspruch auf eine Ermächtigung.

Vor dem Hintergrund des Grundsatzes, dass die ambulante Versorgung primär den Vertragsärzten vorbehalten sein soll, sieht die Bundesärztekammer die gesetzliche Neufassung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V als problematisch an. Die Berücksichtigung der Ermächtigungen bei der Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches kann zu Zulassungsbeschränkungen führen und somit dazu, dass die Zulassung von Ärzten verhindert wird, die dazu beitragen würden, dass die Versorgungsengpässe, die zu der Ermächtigung geführt haben, beseitigt werden. Die Korrekturmöglichkeit besteht nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Rücknahme von Ermächtigungen und nicht in der Beschränkung der Zulassungsmöglichkeiten. Allerdings spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, dass nach mehrmaliger Verlängerung der Ermächtigung ein Bestandsschutz für den ermächtigten Arzt eintritt, um ihm Planungssicherheit zu gewähren.

Um die Spielräume der Zulassungsausschüsse und somit die Möglichkeiten für Krankenhausärzte, bei bestehendem Bedarf in die vertragsärztliche Versorgung zu wechseln, nicht übermäßig zu begrenzen, spricht sich die Bundesärztekammer aus den oben dargestellten Gründen daher für die Beibehaltung der derzeitigen und - wie den Tragenden Gründen zu entnehmen ist - vom Bundesministerium für Gesundheit nicht kritisierten Regelung in § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie aus.

Die Vorschrift des Absatzes 2 (und in den unterschiedlichen Vorschlägen zum Teil andere weitere Absätze) regelt die Anrechnung der ermächtigten Einrichtungen. Bezüglich der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V teilt die Bundesärztekammer die Auffassung von KBV, Patientenvertretern und DKG sowie die von der DKG in den Tragenden Gründen dargelegte Begründung für die Nichteinbeziehung. Die vorgeschriebene Begrenzung auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen über Fallzahlbegrenzungen um.

Die Bundesärztekammer spricht sich ebenfalls dagegen aus, ermächtigte Einrichtungen vollständig in die Berechnung des Versorgungsgrades einzubeziehen, wenn die Versorgungsleistung primär für besondere Patientengruppen erbracht wird. Gerade Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten oder wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushaften Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich somit an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbe-

sondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden. Dies gilt ebenso für die Sozialpädiatrischen Zentren, die ihre Behandlung auf diejenigen Kinder ausrichten haben, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Nicht nachvollzogen werden kann die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Einbeziehung jeder ermächtigten Einrichtung mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 unabhängig von dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang der in der Einrichtung tätigen Ärzte. Eine nachvollziehbare Begründung für die Vorgehensweise kann auch den Tragenden Gründen nicht entnommen werden.

Inwieweit darüber hinaus eine Einbeziehung der ermächtigten Einrichtungen angesichts der ungenügenden Datengrundlage sowie eine Zuordnung der Ärzte zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe sachgerecht vorgenommen werden kann, kann von der Bundesärztekammer nicht beurteilt werden. Vor diesem Hintergrund und angesichts des hiermit verbundenen Aufwandes erscheint zum Einstieg eine „schlanke“ Lösung sinnvoll.

Berlin, 20.01.2014

i. A.



Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat 5 –
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen