



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf

Berlin, 06.05.2013

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 10.04.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung 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. Neu geregelt werden die Vorschriften zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen und zum Sonderbedarf.

Beide Bereiche waren bei der im letzten Jahr erfolgten Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zurückgestellt worden; der Gemeinsame Bundesausschuss hatte damals angekündigt, die entsprechenden Regelungen bis zum 30.04.2013 neu fassen zu wollen.

Zu den Neuregelungen im Einzelnen:

1. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V)

Die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Festlegung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesauschuss werden in § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (früher § 34a) geregelt. Dabei wird das bisherige Verfahren zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes grundsätzlich beibehalten. Neu gefasst wurden in § 35 Abs. 5 die Kriterien, die zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs herangezogen werden. Die Kriterien orientieren sich an den Kriterien für die regionalen Abweichungsmöglichkeiten in § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Zudem werden in § 35 Abs. 5 nun beispielhaft Versorgungskonstellationen genannt, in denen die Ausweisung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs sinnvoll sein könnte. Um den Ausnahmetatbestand zu verdeutlichen, wurde in § 35 Abs. 6 eine Begrenzung eingeführt, die vorsieht, dass sich die Feststellungen auf maximal 5 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region beziehen können. Neu ist ferner, dass dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden soll, sofern das Landesrecht das Gremium eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesauschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind.

2. Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

Im Unterschied zur Neufassung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geht die Änderung der Vorschriften zum Sonderbedarf auf einen gesetzlichen Auftrag zurück. Mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen zu präzisieren. Anlass hierfür war laut Gesetzesbegründung, dass von den Zulassungsausschüssen von der Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wurde. Der Gesetzgeber verbindet mit der Neuregelung die Zielsetzung, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird. Der Sonderbedarf kann entweder lokal (räumlich) begründet sein oder sich qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche beziehen.

Die Zulassungstatbestände für lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf werden in § 36 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt, die Vorgaben für den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf in § 37 konkretisiert.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 35 und lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf nach den §§ 36 und 37 stellen Instrumente der Feinsteuerung der Bedarfsplanung dar. Neben diesen Instrumenten besteht gemäß § 2 die Möglichkeit von der

Richtlinie abzuweichen, wenn und soweit regionale Besonderheiten auf Landesebene dies erfordern. Unterschiede bei der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung gehen ebenfalls über die Modifikation der Verhältniszahlen gemäß § 9 in die Festlegung des Versorgungsbedarfs ein.

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie eröffnet somit verschiedene Möglichkeiten, Besonderheiten der Versorgungssituation zu berücksichtigen und zu korrigieren. Inwieweit die unterschiedlichen Maßnahmen sinnvoll ineinandergreifen, kann von der Bundesärztekammer zum jetzigen Zeitpunkt, zumal auch die Umsetzung der zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie noch nicht abgeschlossen ist, nicht beurteilt werden. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, die Geeignetheit der Neuregelungen zu einem späteren Zeitpunkt einer Prüfung zu unterziehen.

Des Weiteren ist die Differenzierung in § 37 Abs. 2 zwischen den unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen für die Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Warum ist eine besondere Qualifikation bei Schwerpunkten, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden anzunehmen, während eine besondere Qualifikation bei Zusatz-Weiterbildungen und Facharztbezeichnungen in Gebieten mit mehreren Facharztkompetenzen vorliegen kann? Sofern keine sachlichen Gründe eine entsprechende Differenzierung begründen, regen wir eine sprachliche Vereinheitlichung an. Hinweisen möchten wir ferner darauf, dass die Bezeichnungen fakultative Weiterbildung und Fachkunde der (Muster-) Weiterbildungsordnung 1992 entstammen und nicht in die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 aufgenommen wurden.

Berlin, 06.05.2013

i.A.



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