



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Bedarfsplanung sowie Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und
Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung
(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

Berlin, den 23.04.2019

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 02.04.2019 zur Stellungnahme gemäß § 91 Absatz 5 SGB V zu einer vorgesehenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert.

Hintergrund der Änderung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss gemäß § 101 SGB V beauftragt, mit Wirkung zum 31.01.2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 (Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung, insbesondere Berücksichtigung der demografischen Entwicklung sowie der Sozial- und Morbiditätsstruktur) und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4 (überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten) zu treffen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat daraufhin ein Gutachten in Auftrag gegeben, in dem die Möglichkeiten einer entsprechenden Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie evaluiert werden sollten. Das „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ wurde im Oktober 2018 veröffentlicht. Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde die Frist für die Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie nun auf den 01. Juli 2019 verschoben.

Die maßgeblichen Änderungsvorschläge betreffen die Modifikation der Verhältniszahlen (Arzt/Einwohner) durch einen neu entwickelten **Morbiditätsfaktor**, die Eingruppierung der Kinder- und Jugendärzte, die Einführung von **Quotenregelungen** innerhalb von Facharztgruppen (Internisten und Nervenärzte) und die Berücksichtigung der **Erreichbarkeit** als Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Zu § 4 Bedarfsplan: Regelung zur Barrierefreiheit

A) Geplante Neuregelung

Die Bedarfspläne sollen zukünftig Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung enthalten. In der Anlage 2.1 werden hierzu nähere Angaben gemacht, dabei bezieht sich der GKV-SV auf die Vorgaben der DIN 18040-1, während die übrigen Bänke Aspekte darlegen, die in diesem Zusammenhang mindestens darzustellen sind.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine Berücksichtigung der Barrierefreiheit als Dimension des Zugangs zur ärztlichen Versorgung auch im Rahmen der Bedarfsplanung ist grundsätzlich begrüßenswert. Eine Konkretisierung der mindestens darzustellenden Inhalte, wie in Anlage 2.1 vorgesehen, ist sinnvoll, allerdings wird auch hieraus nicht ersichtlich, auf welche konkreten Maßnahmen bzw. Vorhaltungen in den Arztpraxen sich dies bezieht. Es erscheint hilfreich, hierzu nähere Ausführungen vorzunehmen und Kriterien für eine barrierefreie Praxis zu definieren.

Die Bundesärztekammer hatte bereits 2012 im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsplanung die systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich als notwendigen ersten Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung empfohlen. Bezüglich der Erhöhung des Anteils barrierefreier Arztpraxen sieht die Bundesärztekammer neben der Selbstverwaltung auch

den Staat in der Pflicht, dieses Ziel, etwa über entsprechende Förderprogramme, zu unterstützen.

Zu § 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Morbiditätsfaktor

A) Geplante Neuregelung

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie von 2012 sieht die Modifikation der Allgemeinen Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor vor, der sich durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte die Einführung arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfsfaktoren damit begründet, dass sich für eine Reihe von Fachgruppen deutlich gesteigerte Leistungsumfänge für die ältere Bevölkerung im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung ergeben. Mit dem Leistungsbedarfsfaktor werden von daher pro Planungsbereich und Arztgruppe die veränderten Versorgungsbedarfe der älteren im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung abgebildet.

Anstelle des Demografiefaktors soll nun der Morbiditätsfaktor treten. Dafür sollen, anstatt der bisher zwei Altersgruppen, vier Altersgruppen sowie auch das Geschlecht und die Morbidität im Faktor enthalten sein, sodass künftig insgesamt 16 Populationsgruppen im Morbiditätsfaktor berücksichtigt würden, die sich aus den vier Altersgruppen (<20, 20-<45, 45-<75, 75 und älter), zwei Geschlechtsgruppen (m/w) und zwei Morbiditätsgruppen (erhöht morbid/nicht erhöht morbid) ergeben. Die Morbidität soll mittels der „Disease-count“-Methode festgelegt werden. Dabei werden Patienten, die in den Abrechnungsdaten der KBV über mindestens zwei Quartale mehr als 6 Krankheiten (aus dem amtlichen Konzept des Bundesversicherungsamtes) aufweisen, als erhöht morbid gezählt. Die Festlegung auf sechs Krankheiten wurde gewählt, um im Ergebnis 1/3 der Bevölkerung Deutschlands als erhöht morbid einzustufen. Dies entspricht der im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung mit einer anderen Methode festgestellten Verteilung.

Der Morbiditätsfaktor wird (wie bisher der Demografiefaktor) je Planungsbereich aus den Differenzierungsfaktoren und Leistungsbedarfsfaktoren der jeweiligen Arztgruppe berechnet. Die Differenzierungsfaktoren sind die 16 oben genannten Populationsgruppen, sie werden sowohl auf Bundesebene (allgemeine Differenzierungsfaktoren) als auch für regionale Planungsgebiete (regionale Differenzierungsfaktoren) ermittelt. Die Leistungsbedarfsfaktoren spiegeln den Behandlungsaufwand innerhalb einer Arztgruppe wider.

Nicht aufgegriffen wurde die Maßgabe des § 101 SGB V, die Sozialstruktur der Bevölkerung bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen. Das Gutachten hatte hierzu ausgeführt, dass die Abrechnungsdaten keine sozioökonomischen Angaben enthalten, und somit auf aggregierte Daten hätte zurückgegriffen werden müssen, die das Risiko ökonomischer Fehlschlüsse bergen. Der G-BA sehe sich schlussfolgernd nicht in der Lage, den gesetzlichen Auftrag unmittelbar umzusetzen, geht jedoch davon aus, dass „der Großteil der Morbiditätsunterschiede auf Grundlage von sozioökonomischen Faktoren bereits in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität enthalten ist“ und lediglich „überschaubare Zugewinne“ zu erzielen wären.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine genauere und über zwei Altersgruppen hinausgehende Berücksichtigung der Morbidität im Rahmen der Bedarfsplanung ist aus Sicht der Bundesärztekammer geboten, um dem Anspruch einer Planung nach dem Bedarf der Bevölkerung besser gerecht werden zu können. Der Bundesärztekammer liegen für diese Stellungnahme keine Analysen über die

Auswirkungen des vorgeschlagenen Morbiditätsfaktors und die z.T. konkurrierenden Ausgestaltungsoptionen vor. Für eine umfassende Bewertung wäre eine Kenntnis der Auswirkungen notwendig. Daher wird im Folgenden ausschließlich auf die Konstruktion des Faktors eingegangen.

Die Ableitung des Morbiditätsfaktors aus den Abrechnungsdaten als Datengrundlage ist kritisch zu sehen, da diese Daten aus methodischer Sicht mit Mängeln behaftet sein können (Unterschiede im Kodierverhalten, Abhängigkeit von der regionalen Arztdichte, Probleme bei der Abbildung von Patientenentitäten außerhalb der Regelversorgung etc.). Gleichwohl sieht die Bundesärztekammer die Verwendung der Abrechnungsdaten als alternativlos, da keine weitere Datenquelle als Grundlage kleinräumiger regionaler Planung im Verständnis der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA bundesweit zur Verfügung steht, die eine über Alter und Geschlecht hinausgehende Charakterisierung der Morbidität der Bevölkerung erlaubt. Insofern folgt die Bundesärztekammer hier der Einschätzung der Gutachter und des G-BA.

Eine regelmäßige Aktualisierung sowohl der Leistungsbedarfsfaktoren als auch der sogenannten regionalen Differenzierungsfaktoren scheint aus Sicht der Bundesärztekammer geboten, um die jeweils aktuelle Bedarfssituation der Bevölkerung in den regionalen Verhältniszahlen abbilden zu können.

Eine gleichzeitige Aktualisierung der Referenzverteilung auf Bundes- und auf regionaler Ebene, wie sie vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagen wird, würde hingegen allein eine Verteilungswirkung entfalten, keine Anpassung der Verhältniszahlen an die Entwicklung der Morbidität im Zeitverlauf, und ist daher aus Sicht der Bundesärztekammer abzulehnen.

Trotz der in den Tragenden Gründen beschriebenen Mängel der Datengrundlage wird eine möglichst umfassende Erfassung der erbrachten (regionalen) Leistungen für die Morbiditätsbewertung als sinnvoll erachtet. Der Ausschluss von regionalen Leistungsziffern bei der Verwendung von Punkten statt Euro und die vorgeschlagene Nichtberücksichtigung von Sachleistungen gem. Kapitel 40 einerseits und gleichzeitige Berücksichtigung von Sachleistungen innerhalb pauschalierter Gebührenordnungspositionen andererseits stehen dem aus Sicht der Bundesärztekammer entgegen.

Die Bundesärztekammer folgt dem Gemeinsamen Bundesausschuss bei der Auffassung, dass aufgrund fehlender Datengrundlagen und der damit verbundenen methodischen Schwierigkeiten eine Aufnahme der sozioökonomischen Faktoren in die Bedarfsplanung derzeit nicht mit hinreichender Genauigkeit erfolgen kann. Diese Auffassung wird auch durch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gedeckt. Allerdings sollte dieser Umstand nicht dazu verleiten, auch künftig immer nur auf einen Mangel an Datenquellen zu verweisen und den Einfluss sozioökonomischer Faktoren auf diese Weise fortgesetzt auszublenden. Auch hier ist es weniger eine Aufgabe der Selbstverwaltung als vielmehr des Staates, seine Gesundheitsberichterstattung zu fördern und kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Zu § 11 bzw. § 12 Planung der Kinder- und Jugendärzte

A) Geplante Neuregelung

Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes sieht eine Zuordnung der Kinder- und Jugendärzte zur hausärztlichen Versorgung vor. Damit würde eine Beplanung auf Ebene der Mittelbereiche einhergehen. Zudem wird eine Absenkung der Verhältniszahl in allen Mittelbereichen, außer denen des Typ 1, vorgeschlagen. Die Verhältniszahl der Typen 2 bis 6 wird dabei vereinheitlicht, da Mitversorgungseffekte bei Kinder- und Jugendärzten nur sehr eingeschränkt vorhanden sind.

Der Vorschlag von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern sieht hingegen eine Beibehaltung der Planung der Kinder- und Jugendärzte auf Ebene der Kreisregionen vor. Gleichzeitig wird auch hier eine Absenkung der Verhältniszahlen vorgeschlagen, im Gegensatz zum Vorschlag des GKV-Spitzenverbands auch in Typ 1.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Unabhängig von der Verstandortung der Kinder- und Jugendärzte in der Bedarfsplanungsrichtlinie ist die vom G-BA geplante Änderung der Bezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ entsprechend der aktuellen MWBO zu begrüßen.

Die Absenkung der Verhältniszahl und die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 für die Kinder- und Jugendmediziner ist aus Sicht der Bundesärztekammer in beiden Vorschlägen zu begrüßen. Das Leistungsspektrum der Kinder- und Jugendmediziner hat sich insbesondere im Hinblick auf die Früherkennungsuntersuchungen stark ausgeweitet und schafft einen arbeitszeitintensiven neuen Tätigkeitsbereich, der insgesamt eine Ausweitung der Arztkapazitäten erforderlich macht. Eine solche Ausweitung sollte selbstverständlich mit einer Ausweitung der Vergütung einhergehen, so dass die zusätzlichen Ärztinnen und Ärzte nicht zulasten der im System befindlichen Ärztinnen und Ärzte abrechnen müssen. Die Vereinheitlichung der Verhältniszahl für die Typen 2 bis 6 ist nachvollziehbar, da in der Tat ein regelhaftes Pendlerverhalten von Eltern mit Kindern nicht anzunehmen ist. Allerdings ist angesichts einer starken und immer weiter zunehmenden Spezialisierung insbesondere der Kinder- und Jugendmediziner eine höhere Konzentration in Kernstädten des Typs 1 notwendig. Auch hier sind aber zusätzliche Kapazitäten für die „Basisleistungen“ der kinderärztlichen Versorgung vonnöten, so dass eine Absenkung der Verhältniszahl auch in Typ 1 sachgerecht erscheint.

Die Planungsebene der Mittelbereiche für die Kinder- und Jugendmediziner scheint angesichts der verfügbaren Anzahl Ärzte im Versorgungssystem ungeeignet. KBV und DKG führen in den Tragenden Gründen die Problematik der kleinen Zahlen auf regionaler Ebene überzeugend aus.

Zu § 12 Nervenärzte und Psychotherapeuten

A) Geplante Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss plant eine Angleichung der Verhältniszahl der Nervenärzte und der Psychotherapeuten (KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter schlagen eine stärkere Absenkung vor als der GKV-Spitzenverband) an die relative Verteilung über die regionalen Versorgungstypen der anderen an der allgemeinen fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte. Zudem soll das Binnenverhältnis der unter Nervenärzte subsummierten Fachärzte mithilfe von Quoten reguliert werden. Damit sollen die Differenzierungen innerhalb der Nervenärzte, insbesondere das Verhältnis von Psychiatern zu Neurologen, künftig berücksichtigt werden können.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Steuerung der Arztgruppen, die innerhalb der Nervenärzte zusammengefasst werden, ist inhaltlich zu begrüßen. Ebenso ist mit Blick auf die deutliche Ausweitung des Versorgungsspektrums im Bereich Neurologie und Psychiatrie eine Anpassung des Versorgungsniveaus zu begrüßen, die sich vornehmlich in den eher ländlich geprägten Regionen niederschlagen sollte.

Zu § 13 Fachinternisten

A) Geplante Neuregelung

Für Fachinternisten in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung soll die Verhältniszahl aufgrund „substanzieller Entwicklungen“ (umfassende Weiterentwicklung, Erweiterung und Differenzierung sowie zunehmende Ambulantisierung) abgesenkt werden. Die Absenkung soll nach dem Willen des GKV-SV deutlich geringer ausfallen, da ein Großteil der Versorgung durch ermächtigte Einrichtungen erfolge und zudem Überkapazitäten abgebaut werden müssten. Die KBV argumentiert, dass durch die vorgeschlagene Absenkung lediglich die aktuell formal bestehende deutliche Überversorgung und Vielzahl von Sonderzulassungen abgebaut würden, ohne dass neue Zulassungen entstehen würden.

Auch bei den Fachinternisten soll eine Quotierung von zunächst 5 % für Rheumatologen eingeführt werden, nach 5 Jahren soll die Quote evaluiert werden. Dissens besteht bezüglich der Geschwindigkeit der Umsetzung. Für Kardiologen, Gastroenterologen, Pneumologen und Nephrologen soll eine Maximalquote von 30% festgelegt werden. Eine Nachbesetzung bestehender Arztsitze soll jedoch möglich sein.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Eine deutliche Absenkung der Verhältniszahl ist aus Sicht der Bundesärztekammer bei der Arztgruppe der Fachinternisten dringend geboten. Sowohl die medizinische Entwicklung des Leistungs- und Diagnosespektrums der vergangenen 30 Jahre als auch die starke Spezialisierung der Arztgruppe in die unterschiedlichen Facharztbezeichnungen machen eine Anpassung der Verhältniszahl an den heutigen Stand der Versorgung notwendig. Die entsprechenden Ärzte sind bereits heute im System tätig, versorgen eine relevante Anzahl von internistischen Patienten in rein ambulanten Strukturen, werden aber aufgrund der Regelung nach §103 SGB V als „Überversorgung“ ausgewiesen. Ein Großteil dieser Versorgung über 140 % ist über Sonderbedarf über die Jahre entstanden, wobei für jeden einzelnen dieser Ärzte eine umfassende Einzelfallprüfung durch Vertreter der Krankenkassen und Ärzte vor Ort vorgenommen wurde. Die Reform der Bedarfsplanung sollte an dieser Stelle genutzt werden, die Realität auch in der Verhältniszahl nachzuvollziehen.

Die Einführung von Quoten bei den Fachinternisten ist ein für die Sicherstellung der Versorgung begrüßenswerter Schritt des G-BA. Die Möglichkeit der Abgabe einer Praxis innerhalb des eigenen Schwerpunktes bzw. der eigenen Facharztgruppe ist trotz Quote im Sinne der Versorgungskontinuität zu geben. Der G-BA liefert derzeit keine Begründung, warum eine Einzelbeplanung der Schwerpunkte, die ggf. das naheliegende Steuerungsinstrument darstellen würden, weiterhin nicht vorgesehen ist.

Die Höhe der Quoten in den konkurrierenden Vorschlägen kann anhand der vorliegenden Informationen von der Bundesärztekammer nicht bewertet werden.

Zu § 25 Quote Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie

A) Geplante Neuregelung

Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt erneut eine Quotenregelung für Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie von 50 % innerhalb der Quote für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Die Bundesärztekammer hatte hierzu bereits 2013 Stellung genommen, damals war der Beschluss jedoch wegen fehlender gesetzlicher Grundlagen vom BMG beanstandet worden.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer begrüßt diese Quote, um das entsprechende Leistungsspektrum der Psychosomatik innerhalb der ärztlichen psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen zu können.

Zu § 31 Kriterien für die Prüfung auf (drohende) Unterversorgung – Nicht-ärztliche Praxisassistenten

A) Geplante Neuregelung

Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung empfiehlt, „dass Hausärzte sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen statt nur auf einen Sitz künftig auf 1,25 Sitze bewerben können, wenn sie durch mindestens einen Anteil von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden. Alternativ können sich vier Hausärzte, die jeweils mindestens 0,5 nichtärztliche Praxisassistentinnen beschäftigen, gemeinsam auf einen weiteren Arztsitz bewerben. KBV und GKV-SV schlagen in Anlehnung hieran, neben der Prüfung von Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit, Altersstruktur und Praxisstruktur, eine Berücksichtigung des Einsatzes nichtärztlicher Praxisassistenten nach § 28 Absatz 1 Satz 2 SGB V bei der Prüfung auf Unterversorgung und drohende Unterversorgung vor.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer spricht sich ausdrücklich gegen diese Vermischung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Kapazitäten bei der Bewertung der regionalen Versorgungslage aus. Eine Kompensation ärztlicher Tätigkeit durch nicht-ärztliche Praxisassistenten findet nicht statt – die Berücksichtigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten würden Kapazitäten suggerieren, die in der Realität nicht die Versorgung der Patientinnen und Patienten auf regionaler Ebene sicherstellen.

Zu § 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

A) Geplante Neuregelung

Der G-BA sieht bei der künftigen Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs eine Berücksichtigung der Erreichbarkeit der Versorgung vor. Dabei sollen je nach Arztgruppe unterschiedliche Erreichbarkeitsstandards gelten, die je nach Auffassung der beteiligten Bänke unterschiedlich ausfallen. Nach dem Willen des GKV-SV sollen 95 % der Bevölkerung innerhalb von 20 PKW-Minuten die hausärztliche Versorgung, innerhalb von 30 PKW-Minuten die pädiatrische Versorgung und innerhalb von 40 Minuten Augenärzte und Frauenärzte erreichen können. PatV und DKG fordern für 99 % der Bevölkerung eine Erreichbarkeit der hausärztlichen Versorgung innerhalb 15 Minuten, der Kinder- und Jugendärzte sowie Frauenärzte innerhalb 20 Minuten sowie von Augenärzten, Chirurgen und Orthopäden, Hautärzten, HNO-Ärzten, Nervenärzten, Psychotherapeuten und Urologen innerhalb von 30 Minuten. Die KBV fordert, dass die versorgungsrelevante Bevölkerungszahl in der Bezugsregion, für die ein lokaler Versorgungsbedarf angemeldet wird, die hausärztliche Versorgung innerhalb von 20 Minuten sowie Augenärzte, Frauenärzte und Kinder- und Jugendärzte innerhalb von 40 Minuten erreichen können sollen.

Zudem will der G-BA die Förderung mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen aufnehmen.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer unterstützt grundsätzlich die Berücksichtigung von Erreichbarkeiten bei der Bewertung der lokalen Versorgungslage. Eine Bewertung der einzelnen Minutenangaben und ihrer Auswirkungen ist der Bundesärztekammer an dieser Stelle nicht möglich. Eine Differenzierung nach Betroffenheit bezogen auf die unterschiedlichen Arztgruppen erscheint jedoch sachlogisch. Die Bundesärztekammer erlaubt sich zudem den Hinweis, dass auch in den Krankenhausplänen der Länder sowie in Richtlinien des G-BA z. B. zu Sicherstellungszuschlägen Erreichbarkeiten definiert sind und empfiehlt hier einen Abgleich vorzunehmen.

Die Förderung der mobilen und telemedizinischen Versorgungsangebote in Regionen mit zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Die Zukunft der medizinischen Versorgung wird insbesondere in den hier benannten Regionen auch von digitalen Angeboten unterstützt werden.

Zu § 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage – Jobsharing

A) Geplante Neuregelung

Der G-BA sieht künftig eine Berücksichtigung von Weiterbildungsassistenten bei der Anpassung der Obergrenzen im Jobsharing vor. Zudem schlagen KBV, DKG und Ländervertreter ein Antragsrecht auf Anpassung der Obergrenze bei Änderungen der Vorgaben des G-BAs vor.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Beide Regelungen werden von der Bundesärztekammer begrüßt. Zum einen werden damit eine kongruente Rechtslage mit Blick auf die Förderung der Weiterbildung und des Jobsharings geschaffen und bestehende Widersprüche aufgelöst. Ebenso wird ermöglicht, dass Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses, die unmittelbar auf die Inanspruchnahme bestimmter Arztgruppen wirken (z.B. Einführung des Einladungsverfahrens bei der Koloskopie), ohne dass sie dabei mit Änderungen des EBM einhergehen, bei der Festlegung der Jobsharing-Obergrenze berücksichtigt werden.

Zu den Anmerkungen zu den Tragenden Gründen auf Seite 41 des Beschlussentwurfs

A) Geplante Neuregelung

Der Unterausschuss Bedarfsplanung des G-BA hat sich (laut einer den Tragenden Gründen angehängten Seite ohne nähere Bezeichnung) darauf verständigt, die geplanten Regelungen zum Morbiditätsfaktor, zur Erreichbarkeit, zur kinderärztlichen Versorgung sowie zu den Quotenregelungen nach einem Zeitraum von 3 Jahren zu evaluieren und eine entsprechende Regelung in § 63 vorzusehen. Auch die Ländervertretung sieht eine entsprechende Regelung als zwingend.

B) Stellungnahme der Bundesärztekammer

Angesichts der zum Teil stark modifizierten Grundlagen der Bedarfsplanung (u.a. Morbiditätsfaktor, Quotenregelungen, Anpassungen Verhältniszahlen) unterstützt die Bundesärztekammer ausdrücklich die Aufnahme eines entsprechenden Evaluationsauftrags zu den Auswirkungen der Neuerungen auf die Bedarfsplanung in die Richtlinie.

Fazit

Die Bundesärztekammer sieht in dem vorgelegten Richtlinienentwurf zur Reform der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehende Entsprechung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss.

Die Bundesärztekammer weist erneut darauf hin, dass die hier vorgeschlagenen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie die isolierte Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung darstellen. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander – trotz hinlänglich und wiederholt geäußerten Einvernehmens, dass auf Dauer ein leistungsfähiges und für Patientinnen und Patienten attraktives Gesundheitswesen in Deutschland nur durch die Überwindung von Sektorengrenzen zu erhalten ist. Angesicht der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen spricht sich die Bundesärztekammer weiterhin für eine systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung aus.