



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Berlin, 11.12.2012

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 12.11.2012 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgefordert.

Die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde insbesondere notwendig durch die Änderung der Rechtsgrundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG).

Der Gesetzgeber hat u. a. folgende Vorgaben zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gemacht:

- Stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität (§ 99 Abs. 1 SGB V)
- Einbezug der auf der Grundlage einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie der in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz Nr. 2b, § 101 Abs. 1 Satz 7)
- Berücksichtigung der spezialfachärztlichen Versorgung bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a)
- Neufassung der regionalen Planungsbereiche zum 01.01.2013 mit der Möglichkeit bei der Größe nach Arztgruppen zu differenzieren (§ 101 Abs. 1 Satz 6)
- Präzisierung der Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3)
- Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3), Wegfall des Stichtagsbezugs

Bis auf die Neufassung der Voraussetzungen für die Sonderbedarfszulassungen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss die gesetzlichen Vorgaben in der neuen Richtlinie umgesetzt. Bezüglich der Sonderbedarfszulassungen sowie der Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur gelten die bisherigen Regelungen zunächst fort. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat angekündigt, im kommenden Jahr auch diese Abschnitte der Bedarfsplanungs-Richtlinie neu zu regeln.

Die Bundesärztekammer nimmt zur beabsichtigten Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt Stellung:

Anlässlich der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erlauben wir uns zunächst zwei grundsätzliche Anmerkungen:

1. Die Bedarfsplanung begrenzt die Berufsausübungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte, indem die Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten limitiert wird. Wenngleich von Seiten der Bundesärztekammer keine grundsätzlichen Einwände gegen eine Bedarfsplanung erhoben werden, sehen wir aber doch die Notwendigkeit, die Beschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit durch die Bedarfsplanung auf das unumgängliche Minimum zu begrenzen. Zudem ist zu fordern, dass die Bedarfsplanungsregelungen frei von Missbrauchspotential sind. Insbesondere darf nicht versucht werden, über die Bedarfsplanung entgegen medizinischer Notwendigkeit auf die Leistungsmengenentwicklung Einfluss zu nehmen.

2. Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie stellt die Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung dar. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Inwieweit es über die gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V zu einer stärkeren Verzahnung kommt, gilt abzuwarten. Zumal das gemeinsame Landesgremium nur Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Angesichts der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen spricht sich die Bundesärztekammer weiterhin für eine systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung aus. Von den gemeinsamen Landesgremien erhoffen wir uns hierfür Impulse.

Nach diesen grundsätzlichen Anmerkungen nehmen wir im Folgenden zu ausgewählten Einzelaspekten der neuen Richtlinie Stellung:

- **§ 4 Bedarfsplan, hier: barrierefreie ärztliche Versorgung**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der Patientenvertreter (PatV), in die Bedarfsplanung auch Feststellungen über den bestehenden Umfang sowie Festlegungen zum angestrebten Umfang barrierefreier ärztlicher Versorgung aufzunehmen. Nach unserer Auffassung wäre die systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich der notwendige erste Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung. Bezüglich der Erhöhung des Anteils barrierefreier Arztpraxen sieht die Bundesärztekammer auch den Staat und die Selbstverwaltung in der Pflicht, dieses Ziel über entsprechende Förderprogramme zu unterstützen.

- **§ 8 Verhältniszahlen**

Eine entscheidende Stellgröße für die Bestimmung der für die Versorgung der Bevölkerung einer Planungsregion notwendigen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind die einwohnerbezogenen arztgruppenspezifischen allgemeinen Verhältniszahlen. Dabei wurden die bisher geltenden Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der aktuellen Einwohner- und Arztverteilung zugrunde gelegt und auf die neuen Planungsbereiche angepasst. Die Verhältniszahlen der bisher nicht beplanten Fachgruppen orientieren sich am Zulassungsstand im Jahr 2010.

Die Bundesärztekammer bedauert, dass für die Bestimmung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung keine andere Methodik gefunden wurde, als den Bedarf weiterhin von den zu einem bestimmten Zeitpunkt niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte abzuleiten. Inwieweit eine inhaltliche Wertung der Angemessenheit der Verhältniszahlen vorgenommen wurde, lässt sich aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie und den tragenden Gründen nicht nachvollziehen; sie wäre aber nach unserer Auffassung notwendig gewesen. Den Ansatz einer Berücksichtigung der sozioökonomischen Situation einer Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung, wie seitens der Patientenvertreter vorgeschlagen, hält die Bundesärztekammer für verfolgenswert. Dies setzt allerdings eine zuverlässige Operationalisierung voraus.

- **§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demographiefaktor**

Der Gesetzgeber schreibt die Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen vor (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Von der Bundesärztekammer wird die Berücksichtigung des demographischen Wandels der Gesellschaft und des mit der zunehmenden Anzahl der über 60-Jährigen einhergehenden Anstiegs des Versorgungsbedarfs befürwortet. Nicht nachvollziehbar ist, warum der Leistungsbedarfsfaktor fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungs-Richtlinie außer Kraft treten

soll. Nach unserer Auffassung hätte es dieser Regelung nicht bedurft, da es dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgrund seiner Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ohnehin frei steht, den Demographiefaktor weiterzuentwickeln bzw. eine Neufassung des Demographiefaktors zu beschließen, sobald ein geeigneterer Ansatz gefunden wurde.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar und in den tragenden Gründen auch nicht ausreichend erläutert ist für die Bundesärztekammer, warum der Demographiefaktor für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 nicht zur Anwendung kommen soll.

- **§ 11 Hausärztliche Versorgung**

Da Kinderärzte häufig über eine Schwerpunktbezeichnung verfügen und somit nach § 73 Abs. 1 Nr. 5 Satz 4 SGB V auch der fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden können, spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die Kinderärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zuzuordnen.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass sich in der zugesandten Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und der tragenden Gründe noch unterschiedliche Altersgrenzen finden.

- **§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Neben der Zuordnung der Kinderärzte in die allgemeine fachärztliche Versorgung (siehe Anmerkung zu § 11 Hausärztliche Versorgung) spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die beiden Arztgruppen Nr. 6 Nervenärzte und Nr. 8 Psychotherapeuten stärker zu differenzieren; die vorgenommenen Aufteilungen sind nach unserer Auffassung nicht ausreichend. Sowohl zwischen Neurologen und Psychiatern als auch zwischen Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten bestehen deutliche Unterschiede. Da entsprechend der jeweiligen Facharztkompetenz unterschiedliche Leistungsspektren abgedeckt werden, sollten diese Arztgruppen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung auch getrennt beplant werden. Dabei sprechen wir uns auch dafür aus, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständig zu beplanen. Die in der Richtlinie im Weiteren vorgesehenen, teilweise fortgeschriebenen Sonderregelungen, insbesondere die in § 25 vorgesehenen Quoten, sehen wir als Beleg für unsere Auffassung.

Die Dynamik, die sich aus der Zuordnung der Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien und der damit einhergehenden Differenzierung der Verhältniszahlen ergibt, ist für die Bundesärztekammer nicht abschätzbar.

- **§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag, die Raumordnungsregion als Planungsbereich für die unter die spezialisierte fachärztliche Versorgung fallenden Arztgruppen zu wählen. Die Notwendigkeit einer kleinräumigeren Planung wird nicht gesehen.

Unter Versorgungsgesichtspunkten wird eindeutig begrüßt, dass bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie Bewerber mit einem Versorgungsschwerpunkt in Schmerztherapie oder Palliativmedizin bevorzugt werden sollen.

- **§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung**

Die Schwierigkeit der Beplanung der hier zusammengefassten Arztgruppen hatte sich bereits bei dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 06.09.2012 zur Aufnahme bisher unbeplanter Arztgruppen und einer Übergangsregelung gezeigt.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer sind die acht der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordneten Arztgruppen unterschiedlich zu bewerten. Insbesondere für die Arztgruppen der Pathologen, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner spricht sich die Bundesärztekammer gegen eine Aufnahme in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aus. Wir befürchten hier die Zerstörung, zumindest aber deutliche Schwächung bestehender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

- **§ 29 Definition der Unterversorgung**

Um eine stärkere Eindeutigkeit zu erreichen und unnötige Ermessensspielräume zu begrenzen, spricht sich die Bundesärztekammer für den Formulierungsvorschlag von DKG, KBV und PatV aus.

- **§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad**

In § 66 Abs. 1 ist vorgesehen, dass, sofern sich eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten ergibt, dieser Zuwachs über einen Zeitraum von 10 Jahren ab dem 01.01.2013 in jährlich gleichen Anteilsschritten erfolgt.

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine deutliche Verkürzung des 10-Jahres-Zeitraums aus. Da die zusätzlichen Versorgungssitze oder Anstellungsmöglichkeiten dem auf der Grundlage der Richtlinie identifizierten Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen, sollte eine umgehende bzw. eine zumindest deutlich schnellere Bedarfsdeckung erfolgen.

Redaktioneller Hinweis:

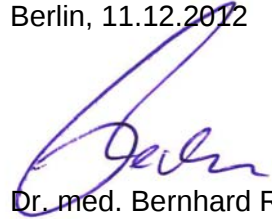
Zu der in der Richtlinie vorgenommenen Beschreibung und Zuordnung von Arztgruppen möchten wir noch folgende Hinweise geben:

- Zur Arztgruppe der **Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner** gehören die Fachärzte für ~~p~~Physikalische und ~~r~~Rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
- Zur Arztgruppe der **Laborärzte** gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für ~~experimentelle und diagnostische~~ Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
- Zur Arztgruppe der **Pathologen** gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie, *Fachärzte für Pathobiochemie und Labordiagnostik*, *Fachärzte für Pathologische Physiologie* und die Fachärzte für Pathologische Anatomie.
- Zur Arztgruppe der **Transfusionsmediziner** gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionswesen~~medizin~~ und die Fachärzte für Transfusionsmedizin

Fazit:

Die Bundesärztekammer sieht in dem vorgelegten Richtlinienentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dass der Versorgungsbedarf damit weiterhin nur innerhalb von Sektorengrenzen betrachtet wird, ist eine grundsätzliche Schwäche des Gesetzesrahmens. Auch sollte der hohe Differenzierungsgrad der neuen Regelungen nicht den Blick darauf verstellen, dass diese Art von Bedarfsplanung lediglich eine hilfsweise Annäherung an die regionale Morbidität in der Bevölkerung und ihrer Versorgung sein kann.

Berlin, 11.12.2012



Dr. med. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer