



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Einführung eines Demographiefaktors

Berlin, 15.04.2010

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 18.03.2010 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer weiteren Änderung der bestehenden „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)“ aufgefordert, nachdem die Richtlinie bereits mehrfach Gegenstand von Änderungen durch den G-BA gewesen ist (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.07, 31.08.07, 05.12.07, 28.01.08, 27.03.08, 02.09.08, 12.12.08, 11.02.09, 08.04.09, 19.11.09 und 11.03.10).

Das Ziel des jetzt vorgelegten Änderungsentwurfs liegt in einer Modifikation der Verhältniszahlen aus Einwohnern und zugelassenen Vertragsärzten durch Einführung eines Demographiefaktors.

Gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beschließt der G-BA in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung, und gemäß § 5 Abs. 2 der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie wird dieser „allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen)“ wie folgt ermittelt:

„Die Verhältniszahlen werden unbeschadet der besonderen Regelungen in den Absätzen 3 bis 6 für die Arztgruppen grundsätzlich einheitlich

- aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zur Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages)

sowie

- jeweils aus allen denjenigen Planungsbereichen, welche derselben raumordnungsspezifischen Planungskategorie nach dem Muster des § 6 zugeordnet werden,

ermittelt.“

In der von der KBV verfassten Version der tragenden Gründe - es liegt ein dissenter Beschlussentwurf mit jeweils eigenen tragenden Gründen vor - wird dazu ausgeführt, dass eine solche rein quantitative Gegenüberstellung von Vertragsärzten und Versicherten die Folgen des demographischen Wandels für die Versorgung der Versicherten unberücksichtigt ließe. Verwiesen wird insbesondere auf einen steigenden Anteil älterer Versicherter mit höherem Bedarf an ärztlicher Versorgung. Dabei zeige sich im Bundesgebiet eine unterschiedliche Intensität des Bedarfs, es werden hierbei ländliche, strukturschwache Gebiete hervorgehoben. Der somit regional unterschiedlich ausgeprägte demographische Wandel müsse künftig bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Dabei ist vorgesehen, den einzuführenden arztgruppenspezifischen demographischen Faktor nur dann zur Anwendung kommen zu lassen, wenn etwa erhöhte regionale Fallzahlen für eine Arztgruppe in Relation zum Bundesdurchschnitt auf eine demographiebedingt erhöhte Inanspruchnahme hinweisen.

In der von der GKV verfassten Version der tragenden Gründe herrscht insoweit Übereinstimmung mit dieser Darstellung, als die Bestandsaufnahme einer in ihrer aktuellen Konstruktion nur sehr bedingt tauglichen Bedarfsplanung geteilt wird. Strukturelle Veränderungen der Gesellschaft könnten nicht ausreichend aufgenommen werden, insbesondere die demographische Entwicklung.

Allerdings sieht der Entwurf der GKV vor, die Einführung eines demographischen Faktors an einen gleichzeitigen Abbau von Überversorgung zu knüpfen. Es wird argumentiert, dass die bloße Einführung eines Demografiefaktors lediglich die bestehenden Verhältniszahlen altersbezogen so modifizieren würde, dass weitere freie Arztsitze in großer Zahl ausgewiesen würden, es aber keineswegs zu der erwünschten Niederlassung von Ärzten in schlecht versorgten Planungskreisen käme. Das entsprechende Konzept der KBV wird von der GKV gar als „klassische Fehlsteuerung“ bezeichnet. Des weiteren wird kritisch konstatiert, dass es nicht nur insgesamt bereits jetzt zu viele Vertragsärzte gäbe, sondern überdies die „gesetzlich geforderte Ausgewogenheit haus- und fachärztlicher Versorgung deutlich zugunsten der ärztlichen Spezialdisziplinen und zulasten der hausärztlichen Versorgung verschoben“ sei. Der Abbau von Facharztsitzen sollte nach den Vorstellungen der GKV deshalb prioritär den hausärztlichen Bereich durch Ausweisung neuer Hausarztsitze stärken.

Weitere Bedingungen für eine demographiebezogene Anpassung der Verhältniszahlen sollen laut GKV ein über dem Bundesdurchschnitt liegender Anteil der ≥ 60 -jährigen im Bereich einer kassenärztlichen Vereinigung sowie die bevorzugte Auswahl solcher Ärzte durch die Zulassungsausschüsse sein, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologische/geriatriische Qualifikation verfügen.

Zum Abbau von Überversorgung sollen laut GKV-Entwurf die KVen einen freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom 62. Lebensjahr an finanziell fördern. Die KV würde dem freiwillig ausscheidenden Arzt den Marktpreis der Praxis auszahlen und anschließend die Praxis stilllegen, anstatt den Praxissitz wieder auszuschreiben.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

A: Allgemeiner Kommentar

Die Bundesärztekammer begrüßt den vom G-BA verfolgten Ansatz einer Überarbeitung der Richtlinie Bedarfsplanung zugunsten einer besseren Abbildung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der Versicherten. Die Einführung eines demographischen Faktors in die Berechnungsgrundlage für den Versorgungsbedarf ist dabei ein konstruktiver Schritt.

Die Bundesärztekammer sieht aber auch die Grenzen des Verfahrens, die in der Richtlinie Bedarfsplanung angelegt sind und die mittels Einführung eines weiteren rechnerischen Faktors nicht überwunden werden. Grundsätzlich zu hinterfragen ist der Ansatz der Bildung von Verhältniszahlen beziehungsweise der Rückgriff auf eine mittlerweile 20 Jahre alte Berechnungsgrundlage, die nach Kenntnis der Bundesärztekammer zu keiner Zeit empirisch belegt worden ist, jedenfalls nicht im Sinne von Evidenz, die sich an der Morbidität einer Population als Ergebnis solcher Verhältniszahlen orientiert. (Dass die Richtlinie in § 5 Abs. 2 immer noch von „Beitrittsgebiet“ spricht, wenn die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie ein Teil des Landes Berlin gemeint sind, legt einen Überarbeitungsbedarf eher an anderer Stelle der Richtlinie nahe.) Insofern kann die jetzt beabsichtigte Verfeinerung des Berechnungsverfahrens nicht den mittlerweile breit diskutierten, grundlegenden Wandel in der Versorgungsplanung bedeuten, sondern muss lediglich als Detail-Pflege eines schon im Ansatz stark limitierten Systems gewertet werden.

Bereits in ihrer letzten Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie Bedarfsplanung („Besonderer Versorgungsbedarf bei einer Facharztbezeichnung“) vom 11.03.2010 hatte die Bundesärztekammer angeregt, den Modus der Bedarfsplanung grundsätzlich zu überdenken und dabei unter anderem auf das Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 „Koordination und

Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ [1] hingewiesen, in dem die starre Orientierung an historischen Verhältniszahlen und damit an einer nur beschränkt aussagefähigen Einwohner-Ärzte-Relation kritisiert wird.

B: Spezifischer Kommentar zu den dissenten Beschlussentwürfen

Von den beiden vorgelegten Beschlussentwürfen ist der Entwurf der KBV zu bevorzugen. Den Vorstellungen der GKV kann insbesondere bei folgenden Punkten nicht gefolgt werden:

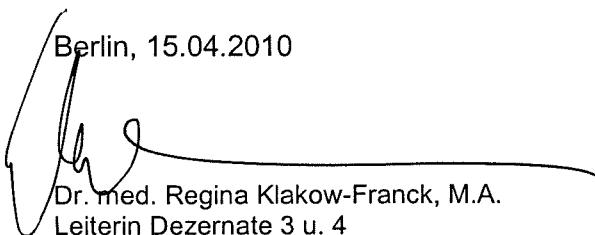
- Die Verknüpfung des Wirksamwerdens eines demographischen Faktors zugunsten einer Reaktion auf regionale Unterversorgung mit dem gleichzeitigen Abbau von Überversorgung in einer anderen Region im Sinne eines Junktims ist abzulehnen. Allein aus der Perspektive der Versicherten in unterversorgten Gebieten dürfte es kaum verständlich sein, weshalb die sachlich gebotene Verbesserung der Situation an die Zustände in einer anderen Region, auf die die betroffenen Versicherten keinen Einfluss haben, und die auch nicht von Ihnen zu verantworten ist, geknüpft werden sollte.
- Der Vorschlag der GKV, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom 62. Lebensjahr an finanziell zu fördern, würde die Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten vermutlich dramatisch verschärfen.
- Die von der GKV unterstellte quantitative „Überversorgung“ mit Vertragsärzten gibt es so nicht. Kritikwürdig ist vielmehr die Größe zahlreicher Planungsbezirke sowie die innerhalb der Planungsbezirke inhomogene Verteilung der darin zugelassenen Vertragsärzte. Diesem Missstand könnte mit dem von der KBV entwickelten Instrumentarium zur kleinräumigen Bedarfsplanung abgeholfen werden.

Fazit

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Änderung der Richtlinie Bedarfsplanung zugunsten einer besseren Abbildung der bevölkerungsbezogenen Morbidität mithilfe eines demographischen Faktors und schließt sich dem Vorschlag der KBV an. In Anbetracht des dargelegten grundsätzlichen Überarbeitungsbedarfs an der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird jedoch auch diese Maßnahme insgesamt zu kurz greifen, da die Basis der Berechnungen nach wie vor insuffizient im Sinne einer echten, am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichteten Bedarfsplanung bleibt.

Empfohlen wird eine sektorenübergreifende Planungsperspektive, ausgerichtet an der regional zu erfassenden Morbidität der Bevölkerung. Dafür wird es notwendig sein, bestehende Instrumente zur Abbildung der gesundheitlichen Lage regionaler Populationen weiterzuentwickeln bzw. neue Instrumente wie Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu entwickeln. Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter dem Dach des G-BA sollte mit den aktuellen, diesbezüglichen Überlegungen der Gesundheitsministerkonferenz abgestimmt werden.

Berlin, 15.04.2010



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Leiterin Dezernat 3 u. 4

Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. Bundesanzeiger Verlag, Köln 2009
<http://www.svr-gesundheit.de>