



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 8a SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
bzgl. Feststellung zusätzlichen Versorgungsbedarfs

Berlin, 28.01.2008

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 11.01.2008 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 8a SGB V bezüglich einer Änderung der bestehenden Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert, nachdem die Richtlinie innerhalb des vergangenen Jahres bereits mehrfach geändert worden war (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.07, 31.08.07 und 05.12.07). Der Bundesärztekammer wurde ein einheitlicher Beschlussentwurf des zuständigen Unterausschusses Bedarfsplanung vorgelegt, d. h., es waren keine dissenten Voten dargestellt. Tragende Gründe waren dem Beschlussentwurf nicht beigefügt. Die jetzt vorgelegten Änderungen betreffen die Einführung eines § 34a „Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unversorgten Planungsbereichen“ in die Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Hintergrund ist der im Zuge des GKV-WSG ins SGB V neu aufgenommene § 101 („Überversorgung“) Absatz 3a, wonach der G-BA in Richtlinien allgemeine Voraussetzungen festlegen kann, „nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unversorgten Planungsbereichen feststellen können“. Der Gesetzgeber hatte den Bedarf gesehen, abseits der Grenzen und der Größe der üblichen Planungsbereiche kleinere Bezugsregionen auf drohende ärztliche Unterversorgung prüfen lassen zu können, da selbst bei rechnerisch ausreichender Versorgung oder beim Vorliegen von Überversorgung der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe im Planungsbereich dennoch einzelne Teile dieses Planungsbereichs eine ärztliche Unterversorgung (in der Amtlichen Begründung zur Einführung des § 101 Abs. 3a SGB V wird ein Spektrum von „Versorgungsengpässen“ bis zu „erheblichen Versorgungslücken“ gezeichnet) aufweisen können. In der Amtlichen Begründung wird dabei beispielhaft eine schlechte infrastrukturelle Anbindung einzelner Regionen als Ursache genannt.

Die „Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung“ sind im Abschnitt 8 der Richtlinie Bedarfsplanung geregelt. Darin werden u. a. die Begriffe „Unterversorgung“ sowie „zu vermutende oder drohende Unterversorgung“ separat definiert (§§ 28 und 29).

Unterversorgung liegt nach §28 vor, wenn zwischen vorgesehenen und tatsächlich besetzten Vertragsarztsitzen ein Ungleichgewicht besteht **und** für die Versicherten eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt. Da insbesondere der zweite Teil dieser Bedingung einen komplexen Nachweis erfordert, beschränkt sich die Unterstellung/Vermutung einer Unterversorgung zunächst nur auf ein willkürlich festgelegtes Zahlenverhältnis besetzter/nichtbesetzter Vertragsarztsitze (25% bei hausärztlicher Versorgung, 50% bei fachärztlicher Versorgung).

Zusätzlich zur möglicherweise bereits existierenden, **vermuteten Unterversorgung** kennt § 29 noch eine zukünftige, **drohende Unterversorgung**. Hierbei ist die Altersstruktur der Ärzte das Leitkriterium.

Da die Kriterien des § 29 lediglich aus Unterlagen zu entnehmen sind, auf die reale Versorgungssituation vor Ort also nur hindeuten können („Anhalt für ...“, s. § 30), bedarf es einer genaueren Prüfung, um insbesondere den zweiten Teil der Bedingung von Unterversorgung – die unzumutbare Erschwernis der Inanspruchnahme – belegen zu können. Hierzu sind die Kriterien entsprechend komplexer (§ 31).

Ein positiver Befund der Prüfung führt zur Benachrichtigung des jeweiligen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 32), der seinerseits eine Prüfung des gemeldeten Sachverhalts anhand eingereichter Unterlagen vornimmt (§ 33). Der Landesausschuss hat dabei die Kriterien nach § 31 zu berücksichtigen.

Der neu einzufügende § 34a soll das soeben skizzierte Procedere um einen Prüfmechanismus für einen kleinräumigeren, zusätzlichen Versorgungsbedarf erweitern, d. h. die Feststellung von Unterversorgung innerhalb einer Teilmenge/-region des – im Gesamtbild ausreichend oder gar überversorgten - Planungsgebietes.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer begrüßt die Richtlinienergänzung als Mittel zur Umsetzung der Förderinitiative des Gesetzgebers, der in vielen Regionen Deutschlands zu verzeichnenden Unterversorgung mit Vertragsärzten entgegenwirken zu können. Hierzu ist ein möglichst unbürokratisches und zügig anwendbares Instrument zu bevorzugen, um in den betroffenen Regionen rasch handeln zu können. Der den Partnern der Selbstverwaltung auf Landesebene unter § 34 a Abs. 2 der Richtlinie Bedarfsplanung vorgegebene Rahmen für die Findung kleinerer Bezugsregionen als den Planungsbereich ist daher zunächst folgerichtig.

An anderer Stelle sollten aber noch Präzisierungen/Änderungen vorgenommen werden:

• §34a Abs. 1:

Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn **für einen vertragsärztlichen Planungsbereich** keine Unterversorgung im Sinne des §§ 27 -33 vorliegt.

Begründung: Die Einfügung sollte zur Verdeutlichung der Bezugsgröße für den Versorgungsgrad nochmals den eigentlichen Planungsbereich nennen, in dem nun eine Teilregion näher analysiert wird.

• §34a Abs. 3:

~~Ein Anhalt für einen lokalen~~ **Lokaler zusätzlicher Versorgungsbedarf** liegt vor, soweit in der durch den Landesausschuss nach Abs. 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 Satz 1 erfüllt sind.

• §34a Abs. 6:

Bei der Prüfung ~~des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes~~ **nach Abs. 4** sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. ~~Das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29;~~
2. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur (inklusive des Abgabearters und der zu erwartenden Neuzugänge), ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
3. bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Bei der Interpretation dieses Kriteriums kann berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte

Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;

4. Qualität der infrastrukturellen Anbindung

Begründung zu Abs. 3 u. 6:

Die Richtlinie Bedarfsplanung kennt bei der Betrachtung von Planungsbereichen die tatsächliche Unterversorgung und die drohende Unterversorgung in absehbarer Zeit. Die Landesausschüsse können separat nach § 29 Satz 1 und Satz 2 sowie nach § 31 der Richtlinie Bedarfsplanung getrennt Unterversorgung oder drohende Unterversorgung feststellen.

Dies ist auch sachgerecht, da die Verhältniszahl nur die Arzt-Einwohner-Relation aufzeigt. Parameter wie Alter der Ärzte, Morbidität der Bevölkerung, Inanspruchnahmeverhalten finden dabei keine Berücksichtigung. Daher können neben der Feststellung von tatsächlicher Unterversorgung die Landesausschüsse die Planungsbereiche auch auf in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung überprüfen. Dies ist beispielsweise in den neuen Bundesländern unter Betrachtung des hohen Durchschnittsalters der Ärzte gängige Praxis. Die von der Bundesregierung gewünschte Förderung findet in vielen Fällen nicht wegen tatsächlicher Unterversorgung, sondern wegen in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung statt.

Es stellt sich jedoch die Frage, wieso bei der Betrachtung einer anderen Bezugsregion als der des Planungsbereichs andere Regelungen gelten sollen, zumal laut § 34a Abs. 2 des vorliegenden Richtlinienentwurfs die Bezugsregion so zu wählen ist, dass eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist.

Die Landesausschüsse wären nach dem Wortlaut der Abs. 3 bis 6 des § 34a der Richtlinie Bedarfsplanung gezwungen, neben der tatsächlichen Unterversorgung in der neu gefundenen Bezugsregion auch Parameter einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung kumulativ nachzuweisen. Damit würde den Landesausschüssen Ärzte und Krankenkassen der Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs deutlich erschwert. Die Bundesärztekammer sieht hierin eine nicht angemessene Ungleichbehandlung zwischen Planungsbereich und der Bezugsregion für lokalen Versorgungsbedarf.

Auch inhaltlich ist eine solche Kumulation nicht nachzuvollziehen. Sobald die Krankenkassen oder die Kassenärztlichen Vereinigungen erkennen würden, dass in einer Region eines Planungsbereiches dringender Handlungsbedarf besteht, müssten sie vor Einleitung von Gegensteuerungsmaßnahmen zunächst Unterversorgung nachweisen und zusätzlich in absehbarer Zeit eine drohende Unterversorgung in der gefundenen Bezugsregion.

Fazit:

Die Bundesärztekammer begrüßt die Richtlinienergänzung als Instrument des Gegensteuerns lokaler Unterversorgung unterhalb des bisherigen Erfassungsniveaus vertragsärztlicher Planungsbereiche. Damit eine schnelle Abhilfe zugunsten einer lückenlosen und ungehinderten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei zusätzlichem Versorgungsbedarf auch tatsächlich erfolgen kann, sollten die genannten Änderungen berücksichtigt werden.

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Berlin, 28.01.2008

gez.

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

i. A.



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Referent
Dezernat 3