



# Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Frau Vera Ries  
Postfach 17 63

53707 Siegburg

Berlin, 01.02.2007

Fon  
030 / 40 04 56-433

Fax  
030 / 40 04 56-378

E-Mail  
Dezernat3@baek.de

Diktatzeichen  
KI/Zo/Wd

Aktenzeichen  
872.010

Seite  
1 von 1

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91. Abs. 8a SGB V zur  
Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie / Umsetzung des Ver-  
tragsarztrechtsänderungsgesetzes,  
hier: Ihr Schreiben vom 23.01.2007**

Sehr geehrte Frau Ries,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Sie übersandten uns den Änderungsentwurf der o. g. Richtlinie verbunden  
mit der Aufforderung zur Stellungnahme gem. § 91. Abs. 8a SGB V, der wir  
hiermit gern nachkommen.

Zunächst bedanken wir uns für die vollständige und sehr übersichtlich  
strukturierte Zusammenstellung des Materials.

Nach eingehender Prüfung des Richtlinienentwurfs sieht die Bundesärzte-  
kammer keinen Anlass zu inhaltlichen Änderungshinweisen.

Anmerkungen redaktioneller Natur, die vor allem die Umsetzung der vom  
G-BA beabsichtigten sprachlichen Gleichbehandlung von Männern und  
Frauen sowie eine stringente Kennzeichnung von Paragraphen, auf die im  
Richtlinientext verwiesen wird, betreffen, hatten wir Ihnen bereits vorab te-  
lefonisch mitgeteilt, so dass wir hier auf eine nochmalige schriftliche Darle-  
gung verzichten können.

Mit Dank für die gute Zusammenarbeit und freundlichen Grüßen  
i. A.

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

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

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Postfach 12 08 64  
10598 Berlin

Fon 030 / 40 04 56-0  
Fax 030 / 40 04 56-388

info@baek.de  
www.baek.de



## **Bundesärztekammer**

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

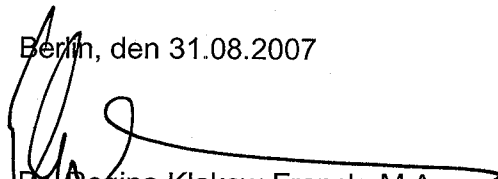
### **Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 8a SGB V zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie / Schreiben des G-BA vom 14.08.2007**

Die Bundesärztekammer hat die Änderungsvorschläge für die Bedarfsplanungs-Richtlinie geprüft und sieht in einem Punkt folgenden Änderungsbedarf:

Mit der Änderung von § 24b der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist vorgesehen, die Anwendbarkeit eines besonderen Versorgungsbedarfs nach § 24b auch auf Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in überversorgten Planungsbereichen zu übertragen. Die unterschiedliche Rechtssprechung von Landessozialgerichten, die entsprechende Anträge mit dem Hinweis abgelehnt haben, dass diese Sonderbedarfsregelung bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wegen des Wortlautes nicht anwendbar sei, hat den Unterausschuss Bedarfsplanung veranlasst, die entsprechende Änderung des § 24b vorzuschlagen, wonach die Berufsbezeichnungen Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Facharzt- und Gebietsbezeichnungen im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung entsprechend anzuwenden sind.

Es erscheint sinnvoll, bei streitigen Regelungen eine Klarstellung herbeizuführen. Allerdings trägt der vorgeschlagene Beschlussentwurf nicht den beabsichtigten Zweck der Änderung, wie er sich aus den tragenden Gründen ergibt. Um den Zweck der Änderungen zu verstehen, müssten erst die tragenden Gründe herangezogen werden. Wünschenswert wäre aber, dass der Wortlaut der Richtlinie aus sich selbst heraus erklärend ist. Hier sollte sich der Unterausschuss noch um eine klarere, zur Begründung kongruente Formulierung der Richtlinie bemühen.

Berlin, den 31.08.2007



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



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 8a SGB V  
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie  
bzgl. zulassungsfähiger Arztgruppen

Berlin, 05.12.2007

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 22.11.2007 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 8a SGB V bezüglich einer Änderung der bestehenden Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert, nachdem die Richtlinie innerhalb dieses Jahres bereits mehrfach geändert worden war (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.2007 und 31.08.2007).

Hintergrund des aktuell vorgelegten Änderungsentwurfs sind Rechtsstreitigkeiten vor Sozialgerichten mit Bezugnahme auf § 4 (Arztgruppen) Abs. 2 Nr. 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, in dem die Arztgruppen zur Bildung der „allgemeinen Verhältniszahlen“ näher definiert werden. Dort heißt es für Chirurgen:

„Zur Arztgruppe der Chirurgen gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.“

Diese Regelung wird z. T. dergestalt interpretiert, dass Fachärzte für Herzchirurgie nicht der Bedarfsplanung unterlägen.

Mit der Konkretisierung in § 1 Abs. 3 (neu) soll nun klargestellt werden, dass eine Arztgruppe nicht zulassungsfähig ist, wenn wesentliche Leistungen dieses Fachgebietes nicht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können:

§ 1 (Zweck und Regelungsbereich) Abs. 3 (neu):

„Die Richtlinie kann nur für die Arztgruppen allgemeine Verhältniszahlen bestimmen oder neue Arztgruppen zu bestehenden Arztgruppen zuordnen, wenn von dieser Arztgruppe die wesentlichen Leistungen ihres Fachgebietes auch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können und diese Arztgruppe damit zulassungsfähig ist. Arztgruppen wie z. B. der Facharzt für Herzchirurgie, der Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie oder der Facharzt für Thoraxchirurgie sind deshalb nicht zulassungsfähig.“

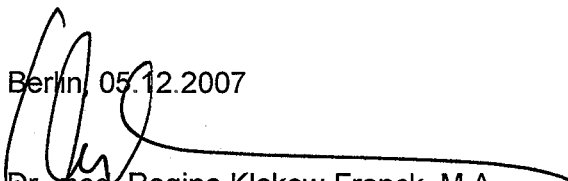
Im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung besteht Konsens über die beabsichtigte Richtlinienänderung.

### **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Die Richtlinienänderung dient der Klarstellung, dass Arztgruppen, die wesentliche Leistungen ihres Fachgebietes nicht in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringen, nicht zulassungsfähig sind und damit keiner geplanten Arztgruppe zugeordnet werden können. Diese Klarstellung erscheint vor dem Hintergrund abweichender Rechtsauslegungen sinnvoll.

Die Bundesärztekammer begrüßt daher die vorgeschlagenen Änderungen.

Berlin, 05.12.2007

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



## **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 dissidenten Voten dargestellt. Tragende Gründe waren dem Beschlussentwurf nicht beigefügt. Die jetzt vorgelegten Änderungen betreffen die Einfügung eines § 34a „Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten 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 unterversorgten 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 Einfügung 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 übertersorgten - 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 Abgabalters 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 Ärzten 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 Gegensteuerens 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.

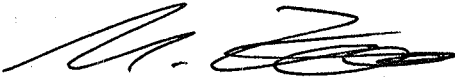


Berlin, 28.01.2008

gez.

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

i. A.



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