

KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

DIE BEDARFSPLANUNG GRUNDLAGEN, INSTRUMENTE UND UMSETZUNG



MIT DEN
NEUERUNGEN
VON 2019

REFORM DER BEDARFSPLANUNG

Die bundesweiten Vorgaben der Bedarfsplanung werden auf gesetzlichen Auftrag vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt und fortwährend an aktuelle Gegebenheiten und neuere Erkenntnisse angepasst. Anfang der 1990er Jahre zur Begrenzung des Wachstums der Arztlzahl eingeführt, hat sich die Bedarfsplanungs-Richtlinie inzwischen zum Steuerungsinstrument der regionalen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten weiterentwickelt.

Zuletzt wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2019 grundlegend angepasst. Hintergrund war der gesetzliche Auftrag, die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung bis zum 1. Juli 2019

bedarfsgerecht zu gestalten. Dabei sollten insbesondere die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur einbezogen werden. Zudem sollte die Möglichkeit einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Psychotherapeuten geprüft werden.

Um diesen Auftrag umzusetzen hat der G-BA im Jahr 2017 zunächst ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, welches im Sommer 2018 veröffentlicht wurde (Endbericht „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Sinne der §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“, Fassung vom 12. Juli 2018). Auf Basis der Empfehlungen des Gutachtens sowie unter Berücksichtigung des bis dahin vorlie-

genden Entwurfs des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) hat der G-BA die Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beraten und fristgerecht umgesetzt.

Die neue Richtlinie ist am 30. Juni 2019 in Kraft getreten. Dabei wurden insbesondere die Verhältniszahlen weiterentwickelt, indem zukünftig in der Planung Krankheitslast der Bevölkerung (Morbiditätsstruktur) und deren Veränderung in stärkerem Maße Berücksichtigung finden. Zudem wurden erstmals Quotenregelungen zur Steuerung von Spezialisierungen innerhalb der Nervenärzte und der Fachinternisten beschlossen. Darüber hinaus wurden die Quoten für Psychotherapeuten weiterentwickelt.

BEDARFSPLANUNG ALS WESENTLICHES INSTRUMENT DER SICHERSTELLUNG

Die Bedarfsplanung ist die Grundlage für die bundesweite Beplanung der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten. Grundanspruch der ambulanten Krankenversorgung ist eine patientennahe Versorgung, die für alle gesetzlich Versicherten, unabhängig vom Wohnort oder Einkommen, gleichermaßen zugänglich ist. Dies sicherzustellen ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Sicherstellungsauftrag). Ein Gesundheitssystem ohne Planung von ärztlichen Kapazitäten läuft Gefahr, dass auf der einen Seite in unattraktiveren Gegenden, insbesondere in sozial deprivierten und ländlichen Regionen mit hoher Morbidität, kein angemessener Zugang zur ärztlichen

Versorgung sichergestellt werden kann und sich auf der anderen Seite Ärzte einer Fachgruppe in einer, meist attraktiveren, Gegend häufen. Die Bedarfsplanung ist somit ein wesentliches Instrument, den sogenannten Sicherstellungsauftrag erfüllen zu können. Gleichzeitig sichert die Bedarfsplanung in einem gedeckelten Vergütungssystem die wirtschaftliche Tragfähigkeit von bestehenden Praxen und Neugründungen sowie ihre Relevanz für die Versorgung. Hiervon profitieren auch die Ärzte und Psychotherapeuten.

BUNDESWEITER RAHMEN

Die Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie stellen einen bundeseinheitlichen

Rahmen dar. Gleichwohl wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz (2012) anerkannt, dass ein bundesweiter Regelungsrahmen nicht allen regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur Rechnung tragen kann. Aus diesem Grunde gibt es seitdem regional auf Ebene der KVen die Möglichkeit, von den Bundesvorgaben abzuweichen und besondere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen.

Unbenommen davon beschreibt die Bedarfsplanungs-Richtlinie jedoch eine vollumfängliche funktionale Planungssystematik ohne Regelungslücken. Es ist somit möglich, auch ohne regionale Abweichungen eine rechtskonforme Bedarfsplanung umzusetzen.

PLANUNGSSYSTEMATIK: VERSORGUNGSEBENEN, ARZTGRUPPEN UND PLANUNGSREGIONEN

In der Bedarfsplanung wird zwischen vier Versorgungsebenen unterschieden, die die Arztgruppen der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer mit einem vergleichbaren Versorgungsspektrum zusammenfassen und jeweils dieselbe Planungssystematik aufweisen:

- › die hausärztliche Versorgung,
- › die allgemeine fachärztliche Versorgung,

- › die spezialisierte fachärztliche Versorgung und
- › die gesonderte fachärztliche Versorgung.

Bis zum 31. Dezember 2012 waren nicht alle Arztgruppen von der Bedarfsplanung erfasst. Nunmehr erstreckt sich die Planung auf alle Arztgruppen mit Ausnahme der Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgen.

Die Planung erfolgt für diese Versorgungsebenen auf unterschiedlich großen Planungsregionen. Bei der Festlegung der Größe der Planungsregionen wird die angemessene Erreichbarkeit der Versorgung der Arztgruppen berücksichtigt.

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG	ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG	GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG
› Hausärzte	› Augenärzte	› Fachinternisten	› PRM-Mediziner
	› Chirurgen und Orthopäden	› Anästhesisten	› Nuklearmediziner
	› Frauenärzte	› Radiologen	› Strahlentherapeuten
	› HNO-Ärzte	› Kinder- und Jugendpsychiater	› Neurochirurgen
	› Hautärzte		› Humangenetiker
	› Kinder- und Jugendärzte		› Laborärzte
	› Nervenärzte		› Pathologen
	› Psychotherapeuten		› Transfusionsmediziner
	› Urologen		

PRÜFUNG DER KLEINRÄUMIGKEIT

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2019 wurde die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung diskutiert. Eine kleinräumigere Planung würde dabei ein anderes räumliches Planungskonzept erfordern, dem im Zweifel andere Planungsprämissen zugrunde liegen. So wäre beispielsweise eine Planung auf Ebene der Mittelbereiche mit der Anwendung einer einheitli-

chen Verhältniszahl verbunden, da die Mittelbereiche eine Versorgungsebene für „Güter des alltäglichen Bedarfs“ beschreiben, bei denen keine Mitversorgungsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Räumen bestehen. Gleichzeitig stellt das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung jedoch fest, dass vor allem Patienten mit psychischen Erkrankungen bereit sind, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Das sogenannte „Bypassing“, das heißt die Umgehung

des nächstgelegenen Standorts bei Inanspruchnahme von Leistungen, ist dabei im Bereich der Psychotherapie häufiger erkennbar, als in allen anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die bisherigen Versorgungsstrukturen weisen auf eine starke Mitversorgung hin. Das Problem wurde eher in einem Kapazitäts- denn in einem Verteilungsengpass gesehen. Aus diesem Grunde hat der G-BA an der Planung der Psychotherapeuten auf Kreisregionsebene festgehalten, bei gleichzeitiger Anhebung des Versorgungsniveaus.



HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die kleinräumigsten Raumzuschnitte, die sogenannten Mittelbereiche, gelten für die hausärztliche Versorgung, da hier eine wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung sichergestellt werden soll. Jeder Planungsraum verfügt dabei über einen sogenannten Zentralort und seinen Verflechtungsbereich – das mitversorgte Umland.

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung gelten Kreise beziehungsweise kreisfreie Städte als räumlicher Planungsmaßstab.

Auf der Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden bei der Betrachtung der Kreise Mitversorgungsaspekte der Regionen berücksichtigt.

MITVERSORGUNG

Für den Bereich der Allgemeinen fachärztlichen Versorgung bezieht der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen Mitversorgungsbeziehungen mit ein. Im Gegensatz dazu ist die hausärztliche Versorgung planerisch wohnortnah und auf gleichem Niveau für alle Regionen angelegt.

Die Bedarfsplanung greift damit Leitziele der Raumordnungspolitik zur Sicherung der Daseinsvorsorge auf, in der „Bedarfsfrequenzen“ eine wichtige Rolle spielen. In den Raumordnungsprogrammen der Länder ist das System der zentralen Orte, die das Umland mitversorgen, fest verankert. Auf dessen Grundlage werden die Versorgungsnetze für die Sicherung der Daseinsvorsorge durch Infrastrukturangebote überörtlicher Bedeutung gebildet. Hier gilt das

Postulat, dass eine abgestufte Versorgung einer bedarfsgerechten Versorgung nicht entgegensteht. Vielmehr sichert sie die Qualität der Leistungsangebote und ihre wirtschaftlich notwendige Auslastung. Die Bedarfsplanung greift dieses Grundparadigma der Raumplanung mit dem Konzept der Versorgungsebenen auf. Die ländlichen eigenversorgten Regionen, die nicht räumlich-funktional mit urbanen Regionen verflochten sind und von den dort vorgehaltenen Angebotsstrukturen profitieren, benötigen vor diesem Hintergrund mehr Ärzte als die sogenannten Suburbanisierungszonen rund um die Kernstädte, die funktional mit dem Kern verflochten sind.

Dieser Ansatz ist im Zuge der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ende 2012 etabliert worden und wurde im Zuge der Reform 2019 bestätigt. Er spiegelt die Versorgungsrealität wider

und verdeutlicht, dass Großstädte nicht bereits deswegen einen Ärzteüberschuss haben, weil dort überproportional viele Ärzte tätig sind. Diese Ärzte leisten einen Beitrag zur Versorgung der einpendelnden Umlandbevölkerung.

Bei der Abgrenzung der Mittelbereiche sowie der Raumordnungsregionen durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) werden Mitversorgungsaspekte bereits berücksichtigt. Diese bauen auf dem Konzept der zentralen Orte auf, bei dem davon ausgegangen wird, dass die Versorgung aus zentralen Orten heraus geschieht. Die Zuschnitte werden hier so gewählt, dass Ober- beziehungsweise Mittelzentren und deren Umland immer in einem Zuschnitt zusammengefasst werden und somit Verflechtungsbeziehungen zwischen den Regionen ausreichend abgebildet werden.

VERSORGUNGSEBENEN	ROLLE IN DER VERSORGUNG
STARK MITVERSORGEND	Größere Städte in zentraler Lage erbringen eine z.T. erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen.
MITVERSORGEND UND MITVERSORGT	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in angrenzenden Großstädten wahr. Gleichzeitig erbringen die Regionen Mitversorgungsleistungen für das weitere Umland.
STARK MITVERSORGT	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein signifikanter Anteil der Bevölkerung nimmt Versorgungsangebote in der Kernstadt wahr. Für den Großteil der Bevölkerung findet dennoch die Versorgung aus der Region heraus statt.
MITVERSORGT	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise nimmt die Bevölkerung Versorgungsangebote außerhalb der Bezugsregion wahr – ansonsten findet Eigenversorgung statt.
EIGENVERSORGT	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig oder keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Die Versorgung wird hier aus der Region heraus organisiert.
POLYZENTRISCHER VERFLECHTUNGSRAUM	Regionen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen existieren und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann. Als solche Region wurde das Ruhrgebiet eingestuft, das in puncto Verdichtung, Urbanität, Krankenhausdichte und Binnenverflechtung einzigartig ist. Anders als bei anderen Kernstädten existieren für die Kernstädte des Ruhrgebiets kaum ambulante Mitversorgungseffekte für das Umland.

Der G-BA hat den einzelnen Planungsbereichen jeweils fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Seit dem Jahr 2018 gilt zudem ein weiterer Regionstyp, der sog. Polyzentrische Verflechtungsraum.

So werden die unterschiedlich ausgeprägten funktionalen Mitversorgungsbeziehungen der Regionen abgebildet.

Dementsprechend wird mitversorgten Kreisen eine etwas geringere Arztdichte, den mitversorgenden Kreisen eine etwas höhere Arztdichte zugebilligt.

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung wird auf den wiederum größeren sogenannten Raumordnungsregionen beplant.

Räumliches Zentrum dieser Regionen sind in der Regel eine große Stadt oder mehrere größere Städte, die dann mit dem großräumigen Umland gemeinsam betrachtet werden. Im Schnitt sind bundesweit etwa vier Kreise zu einer Raumordnungsregion zusammengefasst.

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNG

Der gesonderten fachärztlichen Versorgung ist das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigungen als Planungsgebiet zugeordnet.

Die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung sind entweder nicht patientennah tätig, sodass eine unmittelbare Erreichbarkeit eher nachrangig ist, oder die geringe Anzahl an Ärzten schließt einen kleinräumigeren Planungsmaßstab aus.

Darüber hinaus bieten die regionalen Steuerungsinstrumente vor Ort weitergehende Möglichkeiten, um sicherzustellen, dass auch die Ärzte dieser Gruppe angemessen im Raum verteilt sind.

VERHÄLTNISSAHLEN

Die Allgemeinen Verhältniszahlen beschreiben das Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – für die jeweilige Arztgruppe und Planungsregion. Sie stellen das zentrale Steuerungsinstrument der Bedarfsplanung dar.

Die Verhältniszahlen wurden in der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen bei der Einführung der Bedarfsplanung auf Grundlage eines historischen Stichtags festgelegt, zu dem das Versorgungsniveau als angemessen bewertet wurde.

Mit der Bedarfsplanungsreform 2019 (sowie bereits in vorhergehenden Reformbeschlüssen) wurden diese Basis-Verhältniszahlen in einigen Arztgruppen aufgrund der Entwicklung des Leistungsspektrums angepasst. Zudem werden diese Basis-Verhältniszahlen künftig durch den Morbiditätsfaktor alle zwei Jahre aufgrund der demografischen Entwicklung bundesweit (Allgemeine Verhältniszahlen) und pro Planungsbereich darüber hinaus noch an die regionale Morbiditätsstruktur (regionale Verhältniszahlen) angepasst.

ANPASSUNG DES VERSORGUNGSNIVEAUS 2019

Die Überprüfung der Allgemeinen Verhältniszahlen im Rahmen der Reform 2019 verdeutlichte die Notwendigkeit der Anpassung von Versorgungsniveaus einzelner Arztgruppen. Für folgende Arztgruppen wurden in dem Zuge die Basis-Verhältniszahlen angepasst:

KINDER- UND JUGENDÄRZTE:

Im Rahmen der Prüfung der Verhältniszahlen gelangte der G-BA zu der Auffassung, dass das angewendete Mitversorgungskonzept bei den Kinder- und Jugendärzten nur eingeschränkt gilt. Eltern kranker Kinder suchen für die allgemeine kinderärztliche Grundversorgung regelhaft nicht Kinder- und Jugendärzte an zentralen Orten, sondern in Wohnortnähe auf. Gleichzeitig zeigte sich, dass die spezialisierte kinderärztliche Versorgung (Kinder-Pneumologie, Kinder-Kardiologie etc.) vornehmlich

aus den Kernstädten erfolgt, da die Versorgung mit einer geringen Anzahl an Spezialisten und damit einhergehender größerer Einzugsgebiete am besten aus zentralen Orten heraus geschieht. Somit wurde für die Regionstypen 2 bis 6 eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl auf dem Niveau des bei Einführung der Bedarfsplanung existierenden Bundesdurchschnitts festgelegt, die Verhältniszahl in den Kernstädten des Typs 1 (stark mitversorgend) auf dem höheren Versorgungsniveau aber beibehalten.

Zudem wurden alle diese Verhältniszahlen (inklusive Regionstyp 1) in einem zweiten Schritt um 15 Prozent gesenkt, was eine Steigerung des Versorgungsniveaus mit sich bringt, um den umfangreichen Veränderungen im Versorgungsangebot und der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten (z.B. U-Untersuchungen, medizinischer Fortschritt) seit Einführung der Bedarfsplanung gerecht zu werden, die im Ergebnis eine höhere Anzahl an Kinder- und Jugendärzten je Planungsbereich erfordern.

FACHINTERNISTEN:

Auch das Leistungsspektrum der Fachinternisten hat sich seit Einführung der Bedarfsplanung stark weiterentwickelt, erweitert und differenziert. Dazu trug nicht zuletzt die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich bei. Die zusätzlich notwendigen Versorgungskapazitäten waren in der bisherigen Sollzahl an Fachinternisten nicht abgebildet. Erkennbar war jedoch ein Anstieg der Sonderbedarfszulassungen, die die Versorgungsgrade haben steigen lassen. Die Versorgungsgrade spiegelten die tatsächliche Versorgungslage nicht mehr adäquat wider. In allen Planungsbereichen wiesen die Fachinternisten einen Versorgungsgrad von über 140 Prozent aus, was im Falle der Nachbesetzung eine umfassende Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit der Praxis bedeutet, die aber aus Sicht der Ärzte und Patienten vor Ort nie in Frage stand. Aufgrund der starken Entwicklung des Leistungsspektrums und der zunehmenden Spezialisierung der Leistungserbringer wurde die Allgemeine Verhältniszahl der Fachinternisten um 30 Prozent gesenkt, das Sollversorgungsniveau dadurch angehoben. Niederlassungsmöglichkeiten entstanden dadurch kaum, die Anpassung der Verhältniszahl

reduziert die Anzahl Fachinternisten oberhalb der Sperrgrenze bzw. oberhalb von 140 Prozent aber erheblich.

PSYCHOTHERAPEUTEN UND NERVENÄRZTE:

Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wurde festgestellt, dass die relativen Versorgungsniveaus der sechs unterschiedlichen regionalen Versorgungstypen (Typen 1 – 6) bei den Psychotherapeuten und Nervenärzten von den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zum Teil deutlich abwichen. Insbesondere in den Typen 2 – 4 sank bei diesen beiden Arztgruppen das Versorgungsniveau im Vergleich zu den übrigen regionalen Typen überproportional stark ab.

Aus diesem Grunde hat der G-BA eine Anpassung der Verhältniszahlen vorgenommen. In einem ersten Schritt werden die Versorgungsniveaus der Typen 2 – 6 an das durchschnittliche Versorgungsniveau (referenziert zum Bundesdurchschnitt) der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in diesen Typen angeglichen. Im zweiten Schritt werden die aus Schritt 1 modifizierten Verhältniszahlen im Bereich der Nervenärzte um weitere 15 Prozent, bei den Psychotherapeuten um weitere 9 Prozent abgesenkt. Aufgrund der überproportional hohen Versorgungsniveaus in Kernstädten (Typ 1) bei diesen Arztgruppen wurden die Verhältniszahlen in Typ 1 nicht angepasst.

Die Niveaueinstellung bei den Nervenärzten und Psychotherapeuten wurde aufgrund der höheren Inanspruchnahme seitens der Patienten, einhergehend mit vergleichsweise langen Wartezeiten als notwendig erachtet. Hinzu kommen bei den Nervenärzten Verschiebungen innerhalb der Zusammensetzung der Facharztgruppen aufgrund höherer Versorgungsanteile von Neurologen bzw. Psychiatern im Vergleich zu Nervenärzten alter Weiterbildungsordnung bzw. doppelt Weitergebildeten. Zudem wird mit der Angleichung der typenabhängigen Verhältniszahlen die Kapazitätsausweitung dazu führen, dass die nervenärztliche und psychotherapeutische Versorgung deutlich wohnortnäher ausgestaltet werden kann. Gleichzeitig wird sich durch das höhere Niveau im Umland auch eine Entlastung in den Kernstädten einstellen.

DER MORBIDITÄTSFAKTOR

Mit der Reform 2019 wurde der bis dahin geltende Demografiefaktor, ein grober „zellen-basierter“ Ansatz zur Berücksichtigung von Morbidität in der Planung, weiterentwickelt. Anstelle von zwei Altersgruppen wird nun nach vier Altersgruppen (unter 20, 20 bis unter 45, 45 bis unter 75, 75 und älter), dem Geschlecht (m, w) sowie der Morbidität (erhöht morbide, nicht erhöht morbide) unterschieden. Anders als der Demografiefaktor kommt der Morbiditätsfaktor nun bei allen Arztgruppen zur Anwendung.

Der Morbiditätsfaktor sorgt dafür, dass eine veränderte Morbidität im Zeitverlauf und im regionalen Vergleich zu einer Anpassung der Verhältniszahlen und damit des Versorgungsniveaus führt.

Zunächst werden die bundesweiten Verhältniszahlen in der Bedarfsplanungsrichtlinie aufgrund der mit der demografischen Entwicklung einhergehenden veränderten Versorgungsbedarfe pro Arztgruppe angepasst. Dabei wird die aktuelle Bevölkerungsstruktur zukünftig alle zwei Jahre mit der Bevölkerungsstruktur zum Stichtag abgeglichen (Verteilung der Bevölkerung nach den vier Alters- und den zwei Geschlechtsgruppen im Vergleich zum historischen Stichtag 31. Dezember 2010) und führt somit je Arztgruppe zu einer Anpassung der bundesweiten Allgemeinen Verhältniszahlen. Grundsätzlich führt eine Alterung der Bevölkerung im Zeitverlauf in Arztgruppen, die vermehrt Leistungen an Älteren erbringen, zu einer Absenkung der Verhältniszahl und somit zu einem erhöhten Sollniveau an Ärzten; in Arztgruppen, die vermehrt Leistungen

an Jüngeren erbringen (z.B. Frauenärzte) ist eine Erhöhung der Verhältniszahl und somit ein geringeres Sollniveau an Ärzten die Folge.

Diese bundesweiten Allgemeinen Verhältniszahlen werden dann aufgrund der regionalen Morbiditätsstruktur (Verteilung der Patienten – anhand der vier Alters-, den zwei Geschlechtsgruppen und des Morbiditätsgrades – nach 16 Morbiditätsgruppen) im Planungsbereich im Vergleich zum Bundesdurchschnitt angepasst. Entscheidend sind auch hier die mit der Morbiditätsstruktur einhergehenden abweichenden Versorgungsbedarfe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt der Arztgruppe. Regionen mit einer ungünstigen Morbiditätsstruktur bekommen mehr Ärzte zugebilligt; Regionen mit einer günstigeren Morbiditätsstruktur entsprechend weniger Ärzte.

VERSORGUNGSGRADE

Der Versorgungsgrad einer Region wird ermittelt, indem zwischen dem Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses und dem Soll-Niveau der Verhältniszahl verglichen wird. Der Versorgungsgrad wird in Prozent ausgedrückt und von den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen genutzt, um die Versorgung in einer Region zu bewerten.

Der ermittelte Versorgungsgrad ist die Grundlage dafür, ob sich in einem Planungsbereich zusätzliche Ärzte niederlassen können, beziehungsweise welche Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung ergriffen werden können:

OFFENER PLANUNGSBEREICH

Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 110 Prozent, ist der Planungsbereich geöffnet und es können sich neue Ärzte niederlassen.

UNTERVERSORGUNG

Unterversorgung ist dann anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich unter 75 Prozent bei

Hausärzten oder unter 50 Prozent bei Fachärzten liegt. Die KVen sind dann angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten. Die nominelle Unterschreitung der Allgemeinen Verhältniszahl führt nicht automatisch zu einem Beschluss auf Feststellung von Unterversorgung durch den Landesausschuss. Zunächst erfolgt bei einer Unterschreitung eine eingehendere Untersuchung der Versorgungsstruktur und der eingeleiteten Maßnahmen der KV. Dabei kann unter anderem eine absehbar dauerhafte Unterschreitung sowie eine fehlende Kompensation durch ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen festgestellt werden. Der Landesausschuss prüft in der Regel auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihren Antrag mit Analysen zur Versorgungssituation untermauert. Als Kriterien gelten hierbei

- › das Tätigkeitsgebiet der Ärzte, deren Leistungsfähigkeit, Alters- und Praxisstruktur sowie deren Versorgungsbeitrag,
- › die Zahl der Versicherten, deren Altersstruktur sowie deren Nachfrage nach ärztlichen Leistungen einschließlich des

Orts der Inanspruchnahme (Paragraf 31 der Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Mit der Reform 2019 wurde der Einsatz nicht-ärztlicher Praxisassistenten als Charakteristikum der Praxisstruktur aufgenommen. Somit kann der Landesausschuss auf die Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung verzichten, wenn durch den flächendeckenden Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistenten im Planungsbereich die verbleibenden Ärzte dennoch eine angemessene Versorgung sicherstellen können.

Der Landesausschuss hat für die Prüfung drei Monate Zeit und muss der KV eine Frist zur Beseitigung der Unterversorgung aufgeben. Er kann zudem bestimmte Maßnahmen empfehlen, um die Unterversorgung zu beheben (Paragraf 16 Abs. 2 Ärzte-ZV). Besteht die Unterversorgung fort, können Sperrungen anderer Gebiete nach Anhörung der Zulassungsausschüsse durch den Landesausschuss angeordnet werden (Paragraf 16 Abs. 4 Ärzte-ZV). Zudem wurden die KVen mit dem TSVG verpflichtet, sechs Monate nach Feststellung einer Unterversorgung eine Eigeneinrichtung zu betreiben (Paragraf 105 SGB V).

DROHENDE UNTERVERSORGUNG

Der Landesausschuss kann für eine Region eine drohende Unterversorgung aussprechen, falls zwar noch keine manifeste Unterversorgung besteht, diese jedoch zum Beispiel aufgrund der Altersstruktur der dort tätigen Ärzte zukünftig zu erwarten ist. Damit ist die Möglichkeit zu Fördermaßnahmen gegeben. Ähnlich wie bei der Feststellung der Unterversorgung wird der Antrag auf Feststellung der drohenden Unterversorgung in der Regel durch die jeweilige KV gestellt.

GESPERRTER PLANUNGSBEREICH

Ein Planungsbereich ist für weitere Niederlassungen gesperrt, wenn das Soll-Versorgungsniveau um mindestens 10 Prozent überschritten wurde. Zusätzliche Zulassungen sind dann nur unter besonderen Voraussetzungen möglich – zum Beispiel als Sonderbedarf oder Jobsharing.

VERSORGUNGSGRAD VON 140 PROZENT ODER HÖHER

Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 gilt, dass bei einem Versorgungsgrad von 140 Prozent oder höher, der Zulassungsausschuss einer Nachbesetzung der Praxis nicht stattgeben soll, falls die Praxis aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist und die im Paragraphen 103 Absatz 3a SGB V genannten Privilegierungstatbestände (Verwandter oder Praxispartner des Arztes etc.) nicht zum Tragen kommen.

Die KV hat in diesem Falle jenen Vertragsarzt für seinen Sitz zu entschädigen.

ZUSÄTZLICHER LOKALER VERSORGUNGSBEDARF

Durch das Instrument des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs können Fördermaßnahmen für unterversorgte Gebiete in Teilregionen eines ansonsten sogar gesperrten Planungsbereiches beschlossen werden. Um das Instrument mit einer priorisierenden Steuerungswirkung auszustatten, wird diese Fördermöglichkeit auf fünf Prozent der Vertragsärzte einer Fachgruppe je KV begrenzt.

Die Förderung bezieht sich nicht auf die Einräumung zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten, sondern auf die Förderung der Tätigkeit bereits praktizierender Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Mit der Reform 2019 wurde dies insofern spezifiziert, als dass auch mobile oder telemedizinische Versorgungsangebote für Ärzte der Bezugsregionen und der barrierefreie Zugang zur Versorgung gefördert werden können.

Auf Antrag einer KV, seltener durch regionale Vertreter der Krankenkassen, können beim Landesausschuss besondere Versorgungsumstände (z. B. Morbiditätslast, Demografie, sozioökonomische Faktoren, Versorgungsstrukturen, räumliche Faktoren und infrastrukturelle Besonderheiten) geltend gemacht werden, die einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf begründen. Mit der Reform 2019 neu hinzugekommen ist die Erreichbarkeit.

Erster Schritt der Analyse der Erreichbarkeit ist die Abgrenzung des Gebietes eines Planungsbereichs, für den besondere Versorgungsprobleme geltend gemacht werden. In dem Gebiet müssen hinreichend viele Versicherte leben. Als Anhaltspunkt dient dabei die Zahl der Einwohner je Arzt, wie sie in der Allgemeinen Verhältniszahl zum Ausdruck kommt. Zur Konkretisierung des neu aufgenommenen Kriteriums der Erreichbarkeit gibt der G-BA zunächst für vier Arztgruppen Erreichbarkeitsschwellen vor, die sich an raumplanerischen Empfehlungen zur Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren:

Maßstab für die Prüfung der Erreichbarkeit sind folgende Fragen: Können 95 Prozent der Einwohner in der Bezugsregion ...

› die Hausärzte in durchschnittlich weniger als 20 PKW-Minuten erreichen?

› die Kinder- und Jugendärzte in durchschnittlich weniger als 30 PKW-Minuten erreichen?

› die Augenärzte und die Frauenärzte in durchschnittlich weniger als 40 PKW-Minuten erreichen?

Zudem wird geprüft, ob die Anzahl der betroffenen Einwohner die Allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet – und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend.

Die Kriterien zur Bestimmung der ländlichen oder strukturschwachen Teilgebiete, in denen die obersten Landesbehörden seit dem TSVG 2019 Zulassungssperren aufheben können, weisen eine hohe inhaltliche Überschneidung zu den Prüfmaßstäben für Bezugsregionen mit einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf auf. Aus Sicht des G-BA können die hier genannten Prüfkriterien als Anhaltspunkt zur Festlegung der allgemeingültigen Kriterien von ländlichen oder strukturschwachen Gebieten dienen, die im Gesetz gefordert werden (vgl. § 103 Abs. 2 SGB V).



REGIONALE ADAPTIONSMÖGLICHKEITEN

Da mit einem bundesweiten Rahmen nicht allen regionalen Strukturen Rechnung getragen werden kann, gibt es seit dem Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit, regional auf Ebene der KVen von den Bundesvorgaben abzuweichen und besondere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen.

In Paragraph 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, welcher die Grundlage zur Abweichung von der Richtlinie darstellt, hat der Gesetzgeber keine Einschränkungen hinsichtlich möglicher Abweichungen gemacht. Insbesondere die regionale Demografie und Morbidität werden als regionale Besonderheiten benannt, die eine Abweichung erforderlich machen können, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass der G-BA keine Befugnis hat, abschließend zu regeln, in welcher Form und in welchen Fällen von der Richtlinie abgewichen werden kann. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie benennt in Paragraph 2 daher beispielhaft mögliche regionale Besonderheiten. Dazu gehören:

- › die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
- › die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
- › sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
- › räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten), sowie
- › infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Regionale Besonderheiten können eine Reihe von Anpassungen der Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie erwirken. Auch hier nennt der G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Beispiele:

- › Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann (für einzelne Arztgruppen) eine abweichende Raumgliederung vorgenommen werden: zum Beispiel Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche
- › Anpassungs- oder Anrechnungsfaktoren
- › Anpassungen an Verhältniszahlen

Die Abweichungen müssen ausreichend begründet werden, um einer gerichtlichen Prüfung standzuhalten. Zentrales Instrument dafür ist der Bedarfsplan. Hier werden die regionalen Besonderheiten auf KV-Ebene dargelegt, und die Abweichungen, die damit verbunden sind, beschrieben.

DER BEDARFSPLAN

Der Bedarfsplan ist das zentrale Instrument der Bedarfsplanung in den KV-Regionen. Er dokumentiert und analysiert den aktuellen Stand der Versorgung und leitet daraus – falls erforderlich – konkrete Maßnahmen ab. Er wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt. Den zuständigen Landesbehörden für Gesundheit ist der Bedarfsplan mit der Gelegenheit zur Stellungnahme vorzulegen. Die zuständige Landesbehörde für Gesundheit hat zudem ein Beanstandungsrecht von acht Wochen. Darüber hinaus kann auf Landesebene ein sogenanntes 90a Gremium beziehungsweise Gemeinsames Landesgremium eingerichtet werden,

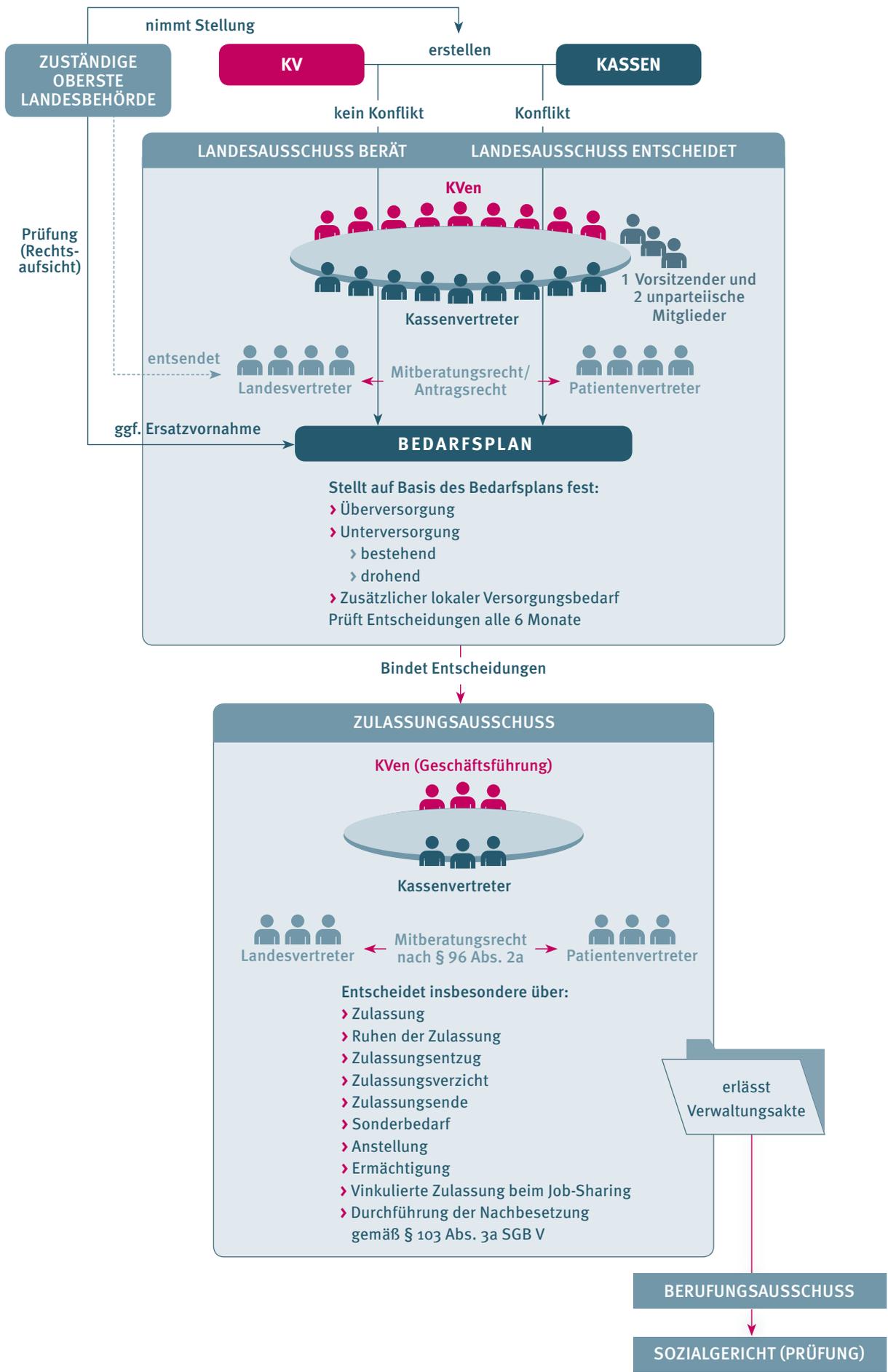
welches Stellung zum regionalen Bedarfsplan nehmen kann.

Der Bedarfsplan ist die Grundlage für die Beschlüsse des Landesausschusses, die für die Entscheidungen der zuständigen Zulassungsausschüsse vor Ort bindend sind. Damit sind sie insbesondere für die Zulassung, Anstellung und Nachbesetzung von Ärzten und Psychotherapeuten entscheidend. So bildet der Bedarfsplan unter anderem die Grundlage für Beschlüsse über die Sperrung oder partielle Öffnung von Planungsbereichen und die Feststellung von (drohender) Unterversorgung.

Der Bedarfsplan wird der Entwicklung regelmäßig angepasst. Zudem muss er der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden.

Neben dem bestehenden Vorgehen zur Festlegung von Zulassungssperren gemäß der Vorgaben der Bedarfsplanung wurde mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) von 2019 ein davon losgelöster Tatbestand zur Ausweisung offener Arztsitze im Bedarfsplan eingeführt. Demnach können die obersten Landesbehörden ländliche oder strukturschwache Gebiete bestimmen, in denen die Zulassungssperren für bestimmte Arztgruppen oder Fachrichtungen aufgehoben werden. Für die Bestimmung der ländlichen oder strukturschwachen Gebiete haben die Landesausschüsse in Einvernehmen mit den obersten Landesbehörden allgemeingültige Kriterien aufzustellen. Die zusätzlichen Arztsitze sind im Bedarfsplan auszuweisen.

DIE GREMIEN DER BEDARFSPLANUNG



WEITERE STEUERUNGSMÖGLICHKEITEN DER BEDARFSPLANUNG (IN GESPERRTEN PLANUNGSBEREICHEN)

Um die Versorgung in ansonsten gesperrten Planungsbereichen weiterzuentwickeln, haben die Zulassungsausschüsse aus Vertretern der Krankenkassen und Ärzte folgende Möglichkeiten:

SONDERBEDARFSZULASSUNG

In Ausnahmen kann der Zulassungsausschuss auch in gesperrten Planungsbereichen zusätzliche Vertragsarztsitze schaffen. Das gilt im Falle eines besonderen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs, der nicht durch die bestehende vertragsärztliche Versorgung gedeckt werden kann. Diese Zulassung erfolgt auf Antrag des Arztes im Rahmen des sogenannten Sonderbedarfs und ist örtlich zur Deckung des lokalen Versorgungsbedarfs beziehungsweise auf die ärztlichen Leistungen zur Deckung des qualifikationsbezogenen Versorgungsdefizits begrenzt.

Auf Antrag eines Arztes hat der Zulassungsausschuss zu prüfen, ob die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten. Dabei muss sie einen zusätzlichen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf decken. Der Zulassungsausschuss hat dabei eine umfassende Ermittlungspflicht. Das Prüfverfahren ist in Paragraph 36 der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschrieben:

In einem ersten Schritt wird eine Region abgegrenzt, die durch die Sonderbedarfszulassung versorgt werden soll. Im Anschluss muss in dieser Region die Versor-

gungslage mit Blick auf die Versorgung im Sinne des Sonderbedarfsantrags als unzureichend bewertet werden. Nach Abschluss dieses ersten Teils der Prüfung wird untersucht, ob der beantragte Standort für die beantragte Versorgung geeignet ist: Vom Standort aus muss eine dem beantragten Versorgungsspektrum entsprechende Zahl an Patienten versorgt werden können. Abschließend muss geprüft werden, ob mit der Sonderbedarfszulassung negative Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu erwarten sind. Bei der Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch auf geografische Informationen zurückgreifen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden.

Mit der Reform 2019 gibt der G-BA in Anlage 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinie den Zulassungsausschüssen Grundlagen zur Nutzung von Geografischen Informationssystemen (GIS) bei der Prüfung auf Sonderbedarf an die Hand. Sie beschreibt einen groben Rahmen möglicher Indikatoren, die in den regionalen Zulassungsgremien konkretisiert und weiter ausgestaltet werden können. Dabei wurde bewusst der Fokus nicht auf nur ein Modell (Gravitationsmodell als probabilistisches oder deterministisches Modell) gesetzt, sondern allein mögliche Indikatoren beschrieben, die gleichsam aus den unterschiedlichen Modellen abgeleitet werden können.

Auf den Sonderbedarf wird zurückgegriffen, wenn der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf gibt es die Möglichkeit für den Zulassungsausschuss eine Ermächtigung auszusprechen.

ERMÄCHTIGUNG VON ÄRZTEN

Ärzte, die in einem Krankenhaus tätig sind, können vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die gesetzliche Grundlage findet sich in Paragraph 116 SGB V.

Im Unterschied zum Sonderbedarf ist eine Ermächtigung ein Mittel im Falle eines vorübergehenden Versorgungsdefizits und erfolgt oft mit Blick auf die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse eines Krankenhausarztes. Sie ist demnach bedarfsabhängig sowie inhaltlich (bezogen auf bestimmte Leistungen) und zeitlich (meist zwei Jahre) begrenzt. Demnach ist eine Ermächtigung nicht gleichzusetzen mit einer Zulassung als Vertragsarzt, welche lebenslang (bzw. durch Nachbesetzung darüber hinaus) gilt und die zur Abrechnung des gesamten Leistungsspektrums des Fachgebiets berechtigt. Darüber hinaus nennt das Fünfte Sozialgesetzbuch eine Reihe institutioneller Ermächtigungen zur Übernahme von speziellen Aufgaben durch Einrichtungen.

REGIONALE VERTEILUNG DER ÄRZTE STEUERN

Seit dem Versorgungsstrukturgesetz von 2012 hat der Zulassungsausschuss die Möglichkeit, den Antrag eines Arztes auf Praxissitzverlegung oder Gründung einer Zweigpraxis abzulehnen, wenn dem Versorgungsgründe entgegenstehen.

BERÜCKSICHTIGUNG VON QUOTEN BEI ZULASSUNG, ANSTELLUNG UND NACHBESETZUNG

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde dem G-BA im Jahr 2019 die Möglichkeit gegeben, innerhalb einzelner Arztgruppen für Fachgebiete, Facharzt- oder Schwerpunktkompetenzen Mindest- oder Höchstversorgungsanteile festzulegen. Diese sind bei der Zulassung, Anstellung und Nachbesetzung zu berücksichtigen.



Mit der Reform der Bedarfsplanung 2019 hat der G-BA für folgende Arztgruppen Höchstversorgungsanteile **MAXIMALQUOTEN** festgelegt:

FACHINTERNISTEN (KARDIOLOGEN, GASTROENTEROLOGEN, PNEUMOLOGEN, NEPHROLOGEN)

In der Arztgruppe der Fachinternisten hat seit Einführung der Bedarfsplanung eine starke Spezialisierung hin zu Schwerpunkten stattgefunden. Diese sind innerhalb der Arztgruppe der Fachinternisten mit Blick auf die Gesamtanzahl und die räumliche Verteilung vergleichsweise heterogen besetzt, sodass bereits seit einigen Jahren eine differenziertere Beplanung dieser Arztgruppen gefordert wurde. Gleichwohl würde die Einzelbeplanung der Schwerpunkte der Inneren Medizin andere unerwünschte Nebeneffekte nach sich ziehen und zu einem deutlichen Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten führen, ohne dass dieser mit Blick auf die Versorgungserfordernisse gerechtfertigt wäre.

Mindestversorgungsanteile **MINDESTQUOTEN** gelten für folgende Arztgruppen:

FACHINTERNISTEN (RHEUMATOLOGEN)

Hinsichtlich ihrer heterogenen Verteilung und geringen Anzahl sah der G-BA für die Rheumatologen die Notwendigkeit, diese gezielt zu fördern und Neuzulassungen zu ermöglichen, auch wenn die fachinternistische Versorgung im Planungsbereich insgesamt als ausreichend bewertet wird. Die rheumatologische Mindestquote von acht Prozent bewirkt nun, dass sich zukünftig in für Fachinternisten in gesperrten Planungsbereichen Fachärzte für Rheumatologie niederlassen können, falls in diesem Planungsbereich die rheumatologische Quote nicht erfüllt ist.

NERVENÄRZTE (PSYCHIATER, NEUROLOGEN, NERVENÄRZTE UND DOPPELT APPROBIERTE)

Auch in der Arztgruppe der Nervenärzte hat eine Spezialisierung und Differenzierung stattgefunden. Die Nervenheilkunde

hat sich hin zu einer Binnendifferenzierung in Neurologen und Psychiatern entwickelt. Gleichwohl existieren noch Fachärzte für Nervenheilkunde, die beide Fächer in sich vereinen, sowie Ärzte mit doppeltem Weiterbildungsabschluss in Neurologie und Psychiatrie. Eine getrennte Beplanung der Neurologen und Psychiater würde die Nervenärzte und doppelt Approbierten außer Acht lassen beziehungsweise eine Zuordnung erforderlich machen. Aus Sicherstellungsgründen und zur gezielten Versorgungssteuerung ist die Verfügbarkeit von Nervenärzten beziehungsweise Ärzten mit einem Weiterbildungsabschluss in beiden Facharztgebieten anzustreben, da ein derartig weitergebildeter Vertragsarzt beide Fachgebiete abdecken kann. Deshalb wurde für diese Gruppe eine Mindestquote eingeführt. Der sich nach Abzug dieser Ärzte von der Sollanzahl Nervenärzte ergebende Teil soll jeweils mindestens 50 Prozent aus Neurologen und Psychiatern bestehen, um das bestehende Binnenverhältnis der beiden Fachgruppen beizubehalten. Auch dies wurde durch Mindestquoten geregelt.

PSYCHOTHERAPEUTEN (PSYCHOSOMATIKER)

Innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten sieht der G-BA die Notwendigkeit, den Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte über eine weitere Quote zu regeln. Die Versorgung von Patienten mit psychosomatisch zu behandelnden Erkrankungen stellt besondere Anforderungen an den Therapeuten. Für eine bestmögliche Versorgung der Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung sollten deshalb auch ausreichend viele Spezialisten für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Das Ziel der Quote bei den Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfolgt damit, wie auch bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass diese Gruppe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gefördert wird und damit zunehmend in der Regelversorgung Eingang findet. Der G-BA hat daher eine Mindestquote für Psychosomatiker von 50 Prozent innerhalb der Mindestquote für ärztliche Psychotherapeuten beschlossen.

ZUM HINTERGRUND: MINDEST- UND MAXIMALQUOTEN

Mindestversorgungsanteile haben einen öffnenden Charakter für das entsprechende Fachgebiet, beziehungsweise die Facharzt- oder Schwerpunktkompetenz. Durch die Mindestquoten können demnach zusätzliche Sitze gezielt für Fachgebiete geschaffen werden. Das gilt für die Fachgebiete, in denen das Versorgungsniveau als nicht ausreichend oder die räumliche Verteilung als zu heterogen erachtet wird, obwohl die Planungsbereiche für Neuzulassungen der Arztgruppe gesperrt sind.

Maximalquoten bei der Zulassung, Anstellung und der Nachbesetzung für die Großgruppen innerhalb der Fachinternisten wurden festgelegt, damit die Verdrängung von Kleingruppen (Angiologen, Diabetologen, Endokrinologen, Hämatologen, Onkologen etc.) eingeschränkt werden kann. Neuzulassungen gibt es im Bereich der Fachinternisten in geringem Maße, da deutschlandweit alle Planungsbereiche gesperrt sind.

Veränderungen der Versorgung ergeben sich insbesondere durch die Nachbesetzung. Aktuell ist zu beobachten, dass Arztsitze von internistischen Kleingruppen, vermehrt durch die „nachwuchsstärkeren“ Gruppen nachbesetzt werden. Zukünftig sollen diese Sitze nicht durch Schwerpunktinternisten ersetzt werden, bei denen die Maximalquote bereits erfüllt ist. Die Nachbesetzung der bestehenden Arztsitze, auch der größeren Gruppen, soll jedoch weiterhin möglich sein, sodass die Quotenregelungen hier im Sinne des Bestandschutzes und der Kontinuität der Versorgung keine Wirkung entfalten. Beispielsweise soll ein kardiologischer Sitz auch weiterhin durch einen Kardiologen nachbesetzt werden können, obwohl die Quote überschritten ist. Dies sichert die Versorgung der bestehenden Patienten und erlaubt die Weiterführung und -nutzung der Praxis.

FÖRDERUNGSMÖGLICHKEITEN

Das SGB V nennt Maßnahmen, mit denen die Sicherstellung der Versorgung gefördert werden soll.

STRUKTURFONDS

Der maßgebliche Paragraf hierfür ist der Paragraf 105 SGB V. Mit dem TSVG wurde hier festgelegt, dass die KV einen Strukturfonds zu bilden hat, für den sie mindestens 0,1 Prozent und höchstens 0,2 Prozent der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zur Verfügung stellt. Vor dem TSVG war dies als Kann-Regelung formuliert; der Betrag war auf 0,1 Prozent festgesetzt. Die Kassen haben einen Beitrag in gleicher Höhe in den Strukturfonds einzuzahlen. Darüber hinaus werden mögliche Maßnahmen genannt, für die der Fonds eingesetzt werden kann, darunter:

- › Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung, bei Praxisübernahmen oder bei der Gründung von Zweigpraxen,
- › Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung,
- › Vergabe von Stipendien,
- › Förderung von Eigeneinrichtungen nach Absatz 1c und von lokalen Gesundheitszentren für die medizinische Grundversorgung,
- › Förderung der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen,
- › Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Absatz 3a Satz 1, und Entschädigungszahlungen nach § 103 Absatz 3a Satz 13,
- › Förderung des Betriebs der Terminservicestellen.

Mit dem TSVG ist diese Liste erweitert worden. Insbesondere die Förderung von Eigeneinrichtungen, des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung, des Betriebs der Terminservicestellen, sowie der Erteilung von Sonderbedarfszulassungen wurden neu aufgenommen. Darüber hinaus hat die KV jährlich einen Bericht über die Mittelverwendung zu erstellen; die Mittel sind vollständig zur Förderung der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu verwenden.

Außerdem können KV und Krankenkassen nun vereinbaren, zusätzlich einen Betrag zweckgebunden zur Förderung der Sicherstellung der Strukturen des Notdienstes bereitzustellen.

EIGENEINRICHTUNGEN

Weiterhin nennt der Paragraf 105 SGB V die Errichtung von Eigeneinrichtungen durch die KV. Vor Inkrafttreten des TSVG konnte die KV Einrichtungen betreiben, die der unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten dienen; Voraussetzung hierfür war das Benehmen mit den Krankenkassen. Mit dem TSVG wurde diese Regelung insofern angepasst, als dass kein Benehmen hergestellt werden muss. Zudem wurde konkretisiert, dass die KVen auch durch Kooperationen untereinander und gemeinsam mit Krankenhäusern Eigeneinrichtungen betreiben können; auch Eigeneinrichtungen in Form mobiler oder telemedizinischer Versorgungsangebote sind denkbar. Darüber hinaus wurde die Regelung insofern geschärft, als dass die KVen nun verpflichtet werden, spätestens sechs Monate nach Feststellung einer Unterversorgung in einem Planungsbereich, eine solche Einrichtung zu errichten.

SICHERSTELLUNGSZUSCHLÄGE

Neben dem Strukturfonds sieht der Paragraf 105 Absatz 1 Satz 1 SGB V die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen für Regionen vor, für die der Landesausschuss eine Unterversorgung, drohende Unterversorgung oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Mit dem TSVG wird die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen in jenen Regionen verpflichtend eingeführt. Mit einem solchen Zuschlag sollen Anreize für dort tätige Ärzte geschaffen werden, in schlechter versorgten Regionen weiterhin die Sicherstellung zu gewährleisten. Anders als beim Strukturfonds entscheidet bei Sicherstellungszuschlägen der Landesausschuss über die Höhe sowie die Anforderungen, die an die berechtigten vertragsärztlichen Leistungserbringer gestellt werden. Die notwendigen Finanzmittel für Sicherstellungszuschläge werden von den Vertragspartnern jeweils zur Hälfte finanziert.

Die Entscheidung über die Nichtanwendung von Maßnahmen der Fallzahlbegrenzung oder -minderung in (drohend) unterversorgten Regionen beziehungsweise Regionen mit zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf erfolgt im Rahmen der Honorarverteilung, die im Benehmen mit den Krankenkassen festgelegt wird. Sollten diese Regelungen nicht ausreichen um die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu gewährleisten, hat die KV gemäß der Gesetzesbegründung weitere Maßnahmen zu prüfen. Beispielsweise können die von der (drohenden) Unterversorgung betroffenen Arztgruppen gänzlich von einer Abstufung der Vergütung jener Leistungen, die eine Mengensteuerung überschreiten, befreit werden.

ZUSAMMENGEFASST: DIE REFORM IM ÜBERBLICK

Im Rahmen der Reform der Bedarfsplanung 2019 wurde die grundlegende Planungssystematik der Bedarfsplanung bestätigt und im Bereich der Morbiditätsabbildung und der regionalen beziehungsweise fachgruppeninternen Steuerungsmöglichkeiten erweitert. So wurde ein zweistufiger Morbiditätsfaktor

eingeführt, der zukünftig zu einer regelmäßigen Anpassung der Allgemeinen Verhältniszahl sowie der entsprechenden regionalen Verteilung von Arztkapazitäten gemäß der Morbiditätslast führt. Außerdem wurden erstmals Mindest- und Maximalquoten eingeführt, die eine Feinsteuerung der verfügbaren Arztkapa-

zitäten verbessern sollen. Der regionale Handlungsspielraum zur Anwendung der bundesweiten Regelungen in den KVen vor Ort hat sich bewährt und wird beibehalten. An einzelnen Stellen wie der Prüfung auf Sonderbedarf beziehungsweise auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wird er ausgeweitet.

IMPRESSUM

Herausgeberin:

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Abteilung Sicherstellung der KBV

Gestaltung: 31°branddesign

Fotos: © istockphoto ipopba, nomad, gpointstudio

Stand: Januar 2020

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.