



Beratungsverfahren gemäß § 5 Abs. 1 VerfO  
i.V.m.§ 101 Abs. 1 SGB V

## **Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)**

Stand: 18. Juni 2013



Unterausschuss Bedarfsplanung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06  
10596 Berlin  
Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

## Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Tragende Gründe und Beschluss .....</b>	<b>1</b>
A-1	Rechtsgrundlagen .....	1
A-2	Eckpunkte der Entscheidung .....	1
A-2.1	Allgemeines.....	1
A-2.2	Grundlagen der Bedarfsplanung .....	2
A-2.3	Hausärztliche Versorgung .....	8
A-2.4	Fachärztliche Versorgung.....	8
A-2.5	Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung .....	12
A-2.6	Überversorgung .....	14
A-2.7	Unterversorgung .....	17
A-2.8	Sonderbedarf – Abschnitt 8 .....	19
A-2.9	Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen.....	19
A-2.10	Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten .....	19
A-2.11	Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.....	19
A-2.12	Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungs- einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Über- versorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse.....	19
A-2.13	Beschäftigung von angestellten Ärzten .....	19
A-2.14	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen.....	20
A-2.15	Anlagen .....	27
A-3	Verfahrensablauf .....	31
A-4	Fazit .....	32
A-5	Anhang .....	112

A-5.1	Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V .....	112
<b>B</b>	<b>Stellungnahmeverfahren nach 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo .....</b>	<b>114</b>
B-1	Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V .....	114
B-2	Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens .....	114
B-3	Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen .....	115
B-4	Auswertung der mündlichen Stellungnahme .....	177
B-4.1	Teilnehmer des mündlichen Stellungnahmeverfahrens .....	177
B-4.2	Auswertung der mündlichen Stellungnahme .....	177
<b>C</b>	<b>Dokumentation des Beratungsverlaufs .....</b>	<b>178</b>
C-1	Einleitung .....	178
C-2	IGES-Gutachten .....	181
C-3	Antrag der Patientenvertretung zur Verankerung eines Bedarfsindex in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (UA-BPL-Sitzung am 31. Juli 2012) .....	270
C-4	Stellungnahme der Länder zur Diskussion einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA zur Vorlage in der Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanungsrichtlinie am 22. Juni 2012 .....	274
C-5	Änderung der Tragenden Gründe .....	278

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
a.d.	An der
aaO	Am angegebenen Ort
Abs:	Absatz
Art.	Artikel
Arzte-ZV	Zulassungsverordnung für Vertragsärzte
AT	Amtlicher Teil
AVZ	Arztverhältniszahl
Az	Aktenzeichen
BAK	Bundesärztekammer
BAnz	Bundesanzeiger
BBSR	Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BfDI	Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag Ärzte
BPL-RL (BPL-RiLi)	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSG	Bundessozialgericht
BSGE	Bundessozialgerichtsentscheidung
BT-Drucks.	Bundestagsdrucksache
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
Einw.	Einwohner
EKV	Bundemantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen
Etc.	Et cetera
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GG	Grundgesetz
ggf.	Gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV- OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
HNO-Arzt	Hals-Nasen-Ohren Arzt
i.d.	In der
i.d.F.	In der Fassung
i.d.R.	In der Regel
i.S.v.	Im Sinne von
Insb.	Inbesondere
KassKomm- Hess	Kasseler Kommentar, Dr. Hess
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiater

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
KV	Kassenärztliche Vereinigung
Lfd.	Laufend
LV	Landesvertreter
MB	Mittelbereich
Nr.	Nummer
OECD	Organizaton for Economic Cooperation and Development
OP	Operation
PatV	Patientenvertretung
PzFg	Punktzahl-Fachgruppe
PzVol	Punktzahlvolumen
RdNr	Randnummer
ROR	Regionale Raumordnung
RSA	Risikostrukturausgleich
Rz	Rechtszeitschrift
S.	Seite
s.o.	Siehe oben
S3	Stufe 3
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
Sog.	So genannte
SozR	Sozialrecht Rechtsprechung und Schrifttum
Sp	Spalte
SRZ	Stadtregionale Zone
TOP	Tagesordnungspunkt
UA	Unterausschuss
v.H.	Von Hundert
VAndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA
Vgl.	Vergleich
WBO	Weiterbildungsordnung und Richtlinien
WHO	World Health Organization
z.B.	Zum Beispiel
ZD	Zusammenfassende Dokumentation

## **A Tragende Gründe und Beschluss**

### **A-1 Rechtsgrundlagen**

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983, Nr. 70), in Kraft getreten am 1. Januar 2012, hat wesentliche Änderungen dieser Rechtsgrundlage gebracht. Mit den neuen gesetzlichen Vorgaben soll eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende, flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder eingeführt werden.

Dem G-BA sind neue Aufgabenbereiche übertragen worden. Gleichzeitig wurden die bestehenden Befugnisse flexibilisiert. Insbesondere folgende Änderungen waren umzusetzen:

- Die Berücksichtigung weiterer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte ist neu aufgenommen worden. Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a, 2b und Satz 7 SGB V sind einerseits die aufgrund von Ermächtigungen tätigen Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte einzubeziehen und andererseits die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V in Abzug zu bringen.
- Die Flexibilisierung bei der Festlegung der Planungsbereiche nach § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V befugt den G-BA, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung an neue räumliche Strukturen anzuknüpfen. Dabei können die Planungsbereiche auch nach Arztgruppen getrennt normiert werden.
- Mehr Freiheit hat der G-BA ebenso hinsichtlich der Regelung der Verhältniszahlen. Der Stichtagsbezug wurde zugunsten der in § 101 Abs. 2 SGB V genannten sachgerechten Kriterien aufgegeben.

### **A-2 Eckpunkte der Entscheidung**

Der G-BA hat mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) die Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung durch das GKV-VStG umgesetzt. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte der BPL-RL näher begründet.

#### **A-2.1 Allgemeines**

Zur Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten (unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Gründen) erfolgt mit dem Instrument der Bedarfsplanung eine Steuerung des ärztlichen Angebots im Raum.

Die Bedarfsplanung legt hierbei bundeseinheitlich einen verbindlichen Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen fest, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Gleichzeitig ermöglicht die Bedarfsplanung eine Bewertung der bestehenden Versorgungssituation. Sie macht kenntlich, wo ein über- bzw. unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt.

Während bei Vorliegen eines überdurchschnittlichen Versorgungsniveaus (vgl. § 101 Abs. 1 S. 3 SGB V) ein Planungsbereich für weitere ärztliche Zulassungen gesperrt wird, greifen im Falle der drohenden oder schon eingetretenen Unterversorgung weitergehende Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA mit dem GKV-VStG Spielräume gegeben, die BPL-RL von einem bestehendem Informationssystem zu einem Steuerungsinstrument weiter zu entwickeln, das flexibler auf die geänderten Anforderungen an die ambulante Versorgung reagieren kann und z.B. besondere Probleme beim Zugang zur ambulanten Versorgung im ländlichen Raum besser berücksichtigen kann.

Innerhalb spezialisierter Fachgruppen beantragen immer noch mehr Bewerber Zulassungen, als entsprechende Kapazitäten vorhanden sind, während insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und allgemeinen fachärztlichen Versorgung erkennbare Unterschiede in der Versorgungsdichte auftreten. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt, die Bedarfsplanung insbesondere im Hinblick auf die Flexibilisierung von Verhältniszahlen, Planungsräumen sowie die Definition von Sonderbedarf weiter zu entwickeln. Zur Anpassung des bundesweiten Rahmens der Bedarfsplanung an regionale Besonderheiten sind begründete Abweichungen auf Landesebene möglich.

Um in der Zeit des Übergangs der bisher bestehenden hin in die neue Bedarfsplanung mit Blick auf die Verbesserung der Versorgung sinnvoll steuern zu können, wurden durch den G-BA Übergangsregelungen getroffen (vgl. Allgemeine Tragende Gründe zu den Übergangsregelungen).

#### *Sprachliche Gleichbehandlung - Generalklausel*

Die Verwendung der Generalklausel erfüllt die Forderung nach sprachlicher Gleichbehandlung nicht. Sie ist daher für neu zu erstellende Normtexte grundsätzlich nicht zulässig, es sein denn, dass die Verständlichkeit, Klarheit und Lesbarkeit des Textes maßgeblich beeinträchtigt ist. Dies ist nicht bereits der Fall bei zahlreichen Änderungen oder Einfügungen der vollen Paarformen; es kann jedoch der Fall sein bei einer Häufung von Kongruenzanpassungen, die zum Erhalt der grammatikalischen Richtigkeit des Textes erforderlich sind. Die Grenze für die Anwendung der Generalklausel ist fließend, sie ist nach Auffassung des G-BA für die BPL-RL erreicht, da sich die maßgeblichen Sätze nicht mehr nachvollziehbar laut lesen lassen bzw. rechtliche Uneindeutigkeiten durch verschiedene Bezugsworte auftreten würden.

## **A-2.2 Grundlagen der Bedarfsplanung**

### *§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Regelungsbereich*

Die sich aus dem SGB V ergebende Rechtsgrundlage der Richtlinie erstreckt sich auf die Definition und Zuordnung derjenigen Arztgruppen, die im Rahmen der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden. Der Terminus Arztgruppe umfasst dabei auch die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Den Arztgruppen werden Planungsräume zugeordnet, in denen – gemessen am bundesweiten Durchschnitt – für den jeweiligen Planungsraumtyp, Über- und Unterversorgung festgestellt werden kann. Die Grundlagen der Feststellung von Unter- und Überversorgung gehören ebenso dazu wie die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung von Möglichkeiten der gemeinsamen Berufsausübung und der Anstellung bei Vertragsärzten in Medizinischen Versorgungszentren. Zur Ausgestaltung der Sonderbedarfszulassung sowie Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wird der G-BA aus Zeitgründen im Jahre 2013 entsprechende Regelungen beschließen. Zur Ermöglichung

eines reibungslosen Übergangs von alter zu neuer Richtlinie sind entsprechende Übergangsregelungen Bestandteil der Richtlinie.

### *§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten*

Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Aufstellung der Bedarfspläne von der Richtlinie des G-BA abgewichen werden (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V). So können beispielsweise abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen festgelegt werden.

Während also die Richtlinie des G-BA zur Bedarfsplanung einen bundesweit vergleichbaren einheitlichen Rahmen der Bedarfsplanung darstellt, können aus vielfältigen Gründen Abweichungen von diesem einheitlichen Rahmen erforderlich werden. Hierzu gehören insbesondere die regionale Demografie bzw. Morbidität, räumliche Faktoren oder auch besondere Versorgungslagen. Gut gesichert ist auch der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Morbidität einer Bevölkerung. Im Rahmen der Erstellung der BPL-RL haben die Patientenvertreter ein Gutachten beim IGES-Institut in Berlin in Auftrag gegeben, das einen möglichen Ansatz der Berücksichtigung der regionalen sozioökonomischen Faktoren und Morbidität zum Inhalt hatte. Bedarfsbestimmende Faktoren können dabei das Einkommen oder morbiditätsbezogene Kenngrößen der Wohnbevölkerung eines Planungsbereiches sein. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Indizes, die potenziell auf regionaler Ebene Anwendung finden können. Hierzu gehört beispielsweise der Bayerische Index Multipler Deprivation, der konsistent auf den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage hinweist. Aufgrund der Vielfältigkeit dieser Ansätze wurde eine Berücksichtigung eines einheitlichen Ansatzes in der BPL-RL nicht als möglich angesehen, so dass die Einbeziehung sozioökonomischer Faktoren eine der Abweichungsmöglichkeiten auf Landesebene darstellt.

Es besteht keine Ermächtigung des G-BA für eine verbindliche Regelung der Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten (BT-Drucks. 17/6906, S. 73).

Die Vorschrift enthält daher nur eine nicht abschließende Aufzählung möglicher Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne als Richtschnur dienen können, wenn und soweit es um die Frage geht, ob regionale Besonderheiten vorliegen, bevor sich die weitere Frage anschließt, ob diese für eine bedarfsgerechte Versorgung ein Abweichen von dieser Richtlinie erforderlich machen.

Die BPL-RL dient der Sicherstellung gleichwertiger Versorgungszugänge im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Abweichungen von der BPL-RL sind zu begründen und explizit im Bedarfsplan auszuweisen. Eine reine Bezugnahme auf § 2 der Richtlinie genügt nicht. Vielmehr sind die Abweichungsentscheidungen im Einzelfall zu begründen. Nicht zuletzt aus Gründen der Rechtssicherheit sind die Abweichungen nach § 12 Abs. 3 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wäre eine gesetzliche Grundlage wünschenswert, die eine stärkere Steuerungsmöglichkeit der Arztverteilung innerhalb der Planungsbereiche gewährleisten würde.

### *§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften*

Als bundesweiter Rahmen gilt die Richtlinie bundeseinheitlich. Sofern gemäß § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV von KVen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind die abweichenden Regelungen bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

### *§ 4 Bedarfsplan*

Der Bedarfsplan stellt das der Öffentlichkeit zugängliche, umfassende Dokument der Bedarfsplanung einer KV dar und ist eine der wesentlichen Entscheidungsunterlagen für Beschlussfassungen des Landesausschusses zur Feststellung von Unter- und Überversorgung. Der Bedarfsplan gliedert sich in drei Teile. Während der erste Teil Grundsätze zur Versorgungssituation im Zuständigkeitsbereich einer KV umfasst und sich eng an den Vorgaben des § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV orientiert, ist der zweite Teil auf die Abweichungen und Besonderheiten der Anpassung der Richtlinie auf Landesebene ausgerichtet. Hierzu gehören beispielsweise Anpassungen der Planungsbereiche, der Verhältniszahlen oder aber auch die Ausweisung zusätzlich oder getrennt beplanter Fachgruppen. Ergänzende Angaben zur Versorgungssituation wie beispielsweise der Barrierefreiheit können hier dargestellt werden. Der dritte Teil des Bedarfsplans umfasst die Berichterstattung über den Versorgungsgrad der jeweiligen Planungsbereiche, gegliedert nach Arztgruppen unter Mitteilung der Beschlussfassung des Landesausschusses zur Sperrung von Planungsbereichen sowie zur Ausweisung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung. Grundlage hierfür ist der jeweils aktuelle Stand der Bevölkerungs- und Arztzahlen. Alle drei Teile unterliegen unterschiedlichen Aktualisierungszyklen. Grundsätzlich ist immer dann neu zu veröffentlichen, wenn Änderungen eingetreten sind. Unabhängig von dem Erfordernis der Aktualisierung bei Änderungen sollen der Teil eins und zwei des Bedarfsplans in Abständen von drei bis fünf Jahren überarbeitet werden. Auch wenn keine Änderungen vorliegen, ist der Stand der Versorgung für die Planungsbereiche und Arztgruppen einer KV in der Regel halbjährlich zu veröffentlichen (3. Teil des Bedarfsplans). Die Daten des Bedarfsplans sind den Vertragspartnern sowie dem Landesausschuss neben der Druckform als Spreadsheet gängiger Tabellenkalkulationsprogramme zur Verfügung zu stellen. Bei der Erstellung des Bedarfsplans und Umsetzung entsprechender Maßnahmen haben die KVen andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuzuziehen. Auch sind andere soziale Versicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften zu unterrichten, sie können bei der Bedarfsplanung hinzugezogen werden (insb. § 13 Abs. 1 Ärzte-ZV). Die Unterrichtung der Gremien nach § 90a SGB V bleibt unberührt.

Als öffentlich-rechtliche Körperschaften sind KVen und Krankenkassen unmittelbar an das Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gebunden. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages haben sie den Auftrag zu prüfen, inwiefern beim Zugang zu ärztlichen Leistungen und Einrichtungen behinderungsbedingte Benachteiligungen vorliegen und ob diese durch fördernde Maßnahmen kompensiert werden können. Der G-BA ist gemäß § 92 Abs. 1 SGB V verpflichtet, im Rahmen seiner Richtlinie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

### *§ 5 Versorgungsebenen*

Nicht zuletzt bedingt durch den technischen Fortschritt und die Ausdifferenzierung der Versorgung in weitere Fachgruppen sowie durch die Verlagerung von bislang ausschließlich stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Sektor, bedarf es neben der Definition der einzubeziehenden Arztgruppen der Gliederung derselben in Versorgungsebenen. Unterschieden werden dabei grundsätzlich die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die fachärztliche Versorgung wiederum umfasst drei Gliederungsebenen. Die bislang beplanten fachärztlichen Arztgruppen werden gegliedert in eine allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung. Neu hinzukommen diejenigen Arztgruppen, die bislang keiner Bedarfsplanung unterlagen und aufgrund ihres Wachstums und ihrer Ressourcenbedeutung einer Bedarfsplanung zugeführt werden. Diese Arztgruppen werden in der gesonderten fachärztlichen Versorgung zusammengefasst.

Die Zuordnung zu den Versorgungsebenen erfolgt grundsätzlich nach der Größe des Einzugsgebiets der jeweiligen Arztgruppe. So ist das Einzugsgebiet einer Hausarztpraxis aus Versorgungsgründen kleiner als das einer radiologischen Praxis. Insofern müssen im Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung, die ausschließlich den Kreis und die kreisfreien Stadt als Planungsraum anerkannte, geeignete Planungsbereiche den Versorgungsebenen zugeordnet werden. Ausnahmen bestehen nur bei wenigen Arztgruppen, wie den Ärzten für Physikalische und Rehabilitativmedizin und den Fachärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie, die aus Gründen der vergleichsweise kleinen Gruppengröße nicht kleineren Planungsbereichen zugeordnet werden konnten.

Für ausgewählte Arztgruppen bietet sich die Beplanung über mehrere KV-Bereiche hinweg an. Es ist deshalb zu prüfen, inwieweit von § 12 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV Gebrauch gemacht werden kann.

### *§ 6 Arztgruppen*

Die Definition der Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanung beruht weitgehend auf den Facharztbezeichnungen, die nach den geltenden Weiterbildungsordnungen erworben werden. Schon erworbene, nicht mehr in der gegenwärtigen, jeweiligen Landesweiterbildungsordnung einer Landesärztekammer existierende Facharztbezeichnungen werden nach den Maßgaben des § 6 BPL-RL den jeweiligen Arztgruppen zugeordnet. Es handelt sich dabei um eine Regelung, die schon in der vorherigen BPL-RL Bestand hatte.

### *§ 7 Planungsbereiche*

Bedingt durch die veränderten Anforderungen an die ambulante Versorgung, eine stärkere Ausdifferenzierung im ärztlichen Leistungsangebot, die Neustrukturierung der Raumbezüge (z.B. Kreisgebietsreformen mit der Bildung von Groß-Kreisen) und die veränderten Versorgungsbedürfnisse der Patienten konnte die grundsätzliche Zuordnung aller Arztgruppen zu den bisherigen Planungsbereichen nicht aufrechterhalten werden.

Während die Versorgung mit Hausärzten im Allgemeinen möglichst lokal erfolgen soll, verfügen Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad über deutlich größere Einzugsgebiete.

Aus diesem Grunde müssen zur besseren Verteilung und Steuerung eines gleichmäßigen Versorgungszuganges geeignete Planungsbereichstypen den jeweiligen Versorgungsebenen zugeordnet werden. Der G-BA hat sich entschieden,

bei der Auswahl der jeweiligen Planungsbereichstypen aus Gründen der Rechtssicherheit wie schon in der bisherigen Bedarfsplanung auf Raumplanungskonzeptionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zu verweisen, dessen Konzepte auch in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen wie der Daseinsvorsorge Anwendung finden. Grundsätzlich kommen der sog. Mittelbereich, die Kreise bzw. kreisfreien Städte, die Raumordnungsregion und das KV-Gebiet als Planungsbereiche zur Anwendung. Eine weitergehende Erläuterung der Planungsbereiche erfolgt in den die jeweiligen Arztgruppen betreffenden Paragrafen und in Anlage 6.

#### *§ 8 Verhältniszahlen*

Auf dem Wege der Bedarfsplanung werden sowohl die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten als auch deren Verteilung reguliert.

Während die Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten durch differenzierte, in ihrer Größe und Zuschnitt unterschiedliche Planungsbereiche verbessert wird, kam der G-BA im Hinblick auf die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Arztzahlen nach eingehender Prüfung und Diskussion zu dem Ergebnis, dass die Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung als bedarfsgerecht zu bewerten sind und deshalb beibehalten werden. Die schon zum damaligen Zeitpunkt festgestellte, im europäischen Vergleich außerordentlich hohe, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einzigartige Versorgungsdichte wird weiterhin grundsätzlich als ausreichend für eine flächendeckende Versorgung angesehen. Eine Absenkung der Verhältniszahlen (und damit eine Erhöhung der Arztdichte) wurde deshalb nicht vorgenommen.

Für die bislang nicht beplanten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung geht der G-BA von einer derzeit gedeckten, ausreichenden Versorgung aus. Als Grundlage der Verhältniszahlermittlung wurde das Jahr 2010 herangezogen. Für dieses Jahr liegen die erforderlichen bundesweiten, durch das Statistische Bundesamt veröffentlichten Bevölkerungsdaten vor.

Die landesspezifische, systematische Modifikation der Verhältniszahlen aufgrund regionaler Besonderheiten, beispielsweise durch die Einbeziehung weiterer Modifikationsfaktoren, bleibt von der bundesweit festgelegten Verhältniszahl genauso unberührt wie die Möglichkeit der Identifikation eines zusätzlichen, lokalen Versorgungsbedarfs im Einzelfall.

#### *§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor*

Schon in die bisherige BPL-RL eingeführt und noch einmal durch den Gesetzgeber verstärkt wird der Demografiefaktor zur Modifikation der Verhältniszahl herangezogen, um der Alterung der Bevölkerung angemessen Rechnung tragen zu können. Dabei wurden der Demografiefaktor der Richtlinie 2007 weiterentwickelt und bestehende Mängel behoben. Insbesondere konnte der Demografiefaktor in der Richtlinie 2007 ausschließlich bei überdurchschnittlichen Fallzahlen angewendet werden. Diese Regelung war vorgesehen, um zu vermeiden, dass der Demografiefaktor flächendeckend angewendet wird und damit Zulassungsmöglichkeiten in insgesamt gut versorgten Regionen entstehen, obwohl in schlechter versorgten Regionen ein viel höherer Bedarf bestünde. Diese Problematik wird durch den neuen Demografiefaktor in Kombination mit den Regelungen nach § 67 beseitigt. Eine weitere Neuerung ist die Verschiebung der Altersgrenze von 60 auf 65 Jahre. Damit trägt der G-BA der Tatsache Rechnung, dass sich auch der Anstieg der Morbidität und des Leistungsbedarfs zunehmend in Richtung dieser Altersgrenze verschiebt.

Der Demografiefaktor dieser Richtlinie löst den bislang gültigen Demografiefaktor ab. Der Leistungsbedarf der 65-Jährigen und älteren bzw. unter 65-Jährigen Wohnbevölkerung eines Planungsbereichs wird getrennt ermittelt. Berechnet wird für die beiden Altersgruppen der mittlere Leistungsbedarfsfaktor in der ambulanten Versorgung der letzten drei Jahre. Für eine Reihe von Arztgruppen ergeben sich deutlich gesteigerte Leistungsumfänge für die ältere Bevölkerung im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung. Der arztgruppenbezogene Leistungsbedarfsfaktor gilt für fünf Jahre. Aufsatzjahr ist das Jahr 2010, womit der Demografiefaktor zum einen auf die gegenwärtige Verteilung der Ärzte einwirkt, zum anderen auch auf die im Bundesgebiet unterschiedlich stattfindende Alterung der Bevölkerung reagiert und in den erforderlichen Arztbedarf übersetzt. Der Leistungsbedarfsfaktor ist abhängig von der zukünftigen Entwicklung der medizinischen Versorgung, der Gestaltung von Vergütungssystemen sowie weiteren Faktoren, so dass der G-BA den Leistungsbedarfsfaktor nach fünf Jahren wieder beraten wird. Die Überprüfung schließt die Anwendbarkeit des Demografiefaktors auf einzelne Arztgruppen ein.

Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater findet der Demografiefaktor keine Anwendung.

Da sich die Verhältniszahlen der Arztgruppen jedoch auch auf die Altersgruppe der „bis unter 18-Jährigen“ beziehen, wird auch hier der demografischen Situation einer Region (hohe oder niedrige Zahl von „bis unter 18-Jährigen“) Rechnung getragen.

Analog der Aussetzung des Demografiefaktors für die Kinderärzte wird der Leistungsbedarf der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bei der Bestimmung des Leistungsbedarfsfaktors für die Psychotherapeuten nicht angewendet.

Unbenommen der jährlichen Aktualisierung des Demografiefaktors zum 30. Juni eines jeden Jahres, kommt der Demografiefaktor erstmalig bei der Erstellung des Bedarfsplans spätestens zum 1. Juli 2013 zur Anwendung.

Auch hier gilt § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wie § 9 Abs. 1 der vorliegenden Richtlinie betont; auf § 2 wird verwiesen.

Die Zulassungsausschüsse haben nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V die Möglichkeit besondere Versorgungsbedürfnisse in einer Planungsregion bei einer Zulassung oder Genehmigung zu berücksichtigen. Die auch bisher geltende Regelung des Absatzes 8 (besondere Berücksichtigung von gerontologischen/ geriatrischen Qualifikationen) stellt in diesem Sinne einen analogen Vorschlag des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Versorgungsbedürfnisse vor Ort dar.

Bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung kommt der Demografiefaktor ebenfalls nicht zur Anwendung. Zum einen wird die Versorgung bei den betreffenden Arztgruppen grundsätzlich als ausreichend und bedarfsgerecht bewertet, zum anderen hängt die Leistungsmengenentwicklung hier deutlich weniger stark mit der allgemeinen demografischen Entwicklung zusammen, als in anderen Leistungsbereichen. Sofern durch altersspezifische Leistungsbedarfsveränderungen die Einführung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für die betroffenen Arztgruppen künftig erforderlich wird, ist die Entscheidung zur Nichtanwendung des Demografiefaktors zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

### *§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung*

Die Mitteilungen der KVen orientieren sich an dem Bedarfsplan, wie er in § 4 dargelegt wird. Auf Anfrage des Landesausschusses haben die KVen. Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

## **A-2.3 Hausärztliche Versorgung**

### *§ 11 Hausärztliche Versorgung*

Die Versorgungsebenen werden grundsätzlich in folgender Gliederung dargestellt:

- Definition der Arztgruppe
- Zugeordneter Planungsbereich und
- Festlegung der Verhältniszahl.

Der hausärztlichen Versorgung werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin einbezogen. Der zugeordnete Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der sog. Mittelbereich in der Abgrenzung des BBSR. Diese sog. Mittelbereiche stellen 883 Planungsbereiche im Bundesgebiet dar, in denen feingliedriger als dies die Kreisbetrachtung ermöglicht, hausärztliche Versorgung zukünftig erhoben und beplant wird. Versorgungslücken, aber auch Überversorgungen, werden durch das feinere Planungsraster schneller sichtbar und können gezielter adressiert werden. Mit der Überwindung der sog. Raumbblindheit der bisherigen Bedarfsplanung kann damit angemessener der hausärztlichen Versorgung Rechnung getragen werden. Sofern ein Mittelbereich die Grenzen einer KV überschreitet, was nur in sehr wenigen Fällen zutrifft, sind Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen, so dass Gemeindeverbände den jeweiligen KV-Bezirken zugeordnet werden. Im Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten der Landesebene können abweichende Raumgliederungen, Zusammenlegungen oder Untergliederungen der Mittelbereiche vorgenommen werden. Dies ist insbesondere dann prüfungswert, wenn in größeren Städten eine feingliedrigere Betrachtung der Versorgungssituation angestrebt wird.

Als Verhältniszahl wird bundeseinheitlich ein Hausarzt auf 1671 Einwohner festgelegt. Die Verhältniszahl orientiert sich an der bisherigen Sollzahl der hausärztlichen Versorgung. Die hieraus entstehende Dynamik im Hinblick auf Zuwachsmöglichkeiten begründet sich dabei weniger aus der Verhältniszahl, als vielmehr aus der Zuordnung der Arztgruppe der Hausärzte zu dem kleineren Planungsbereichstyp des Mittelbereiches.

Der G-BA hat nach Konsultation mit den betroffenen Regionen festgelegt, dass das Ruhrgebiet weiterhin als Sonderregion fortgeführt wird. Eine entsprechende Regelung für die Arztgruppen findet sich in der Übergangsregelung.

## **A-2.4 Fachärztliche Versorgung**

### *§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung*

Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die benannten Arztgruppen gezählt. Die Fachgruppenszusammensetzung orientiert sich dabei an der bisherigen Versorgungsrealität und umfasst weiterhin die Arztgruppe der Orthopäden mit den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ebenso werden die Nervenärzte weiterhin in einer Gruppe beplant.

Die Kinderärzte werden nach § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V als eigenständige Gruppe im Sinne der Bedarfsplanung verstanden. Auch sie werden der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Für diese Entscheidung waren v.a. die folgenden Gründe maßgeblich:

1. Bundesweit ist von einem Rückgang der Geburtenrate und damit auch der Zahl der zu versorgenden Kinder auszugehen. Eine sehr kleinräumige Planung könnte hier dazu führen, dass Planungsbereiche eine zu geringe Zahl an Kindern aufweisen, die für den Betrieb einer Kinderarztpraxis versorgungspolitisch nicht sinnvoll ist. Auf Ebene der Kreise ist demgegenüber mit einer hinreichend stabilen Zahl an Kindern zu rechnen, die eine langfristig stabile Versorgungsstruktur ermöglicht.
2. Die Typisierung der Kreise erfolgt auf Basis von deren Funktion für das Umland. Auch die Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs ist an diesen Funktionen ausgerichtet. Somit ist sichergestellt, dass junge Patienten im Rahmen der neuen Kreistypisierung ihren Kinderarzt mit vertretbarem Aufwand erreichen können.
3. Die bisherige Niederlassungsstruktur der Kinderärzte ist an der Versorgung des Umlands aus zentralen Orten heraus orientiert. Die neue Kreistypisierung folgt diesem Verteilungsmuster und bildet somit die bisherige Versorgungsfunktion der Kinderärzte adäquat ab.
4. Im Fachgebiet der Kinderärzte ist aktuell eine zunehmende Spezialisierung in Schwerpunkten und Teilgebieten zu beobachten. In Erwartung einer Fortsetzung und Verstärkung dieses Trends wird davon ausgegangen, dass die kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten einer Region heraus erfolgen sollte, um dort die unterschiedlichen Spezialisierungen vorhalten zu können.

Bei den Arztgruppen dieser Versorgungsebene ist festzustellen, dass Mitversorgungseffekte keine entsprechend kleinräumige Planungsraumzuordnung erfordern, wie dies bei den Hausärzten der Fall ist. Insofern wird der Kreis bzw. die Kreisregion weiterhin als angemessene Planungsbereichsgröße durch den G-BA angesehen. Um allerdings der Unterschiedlichkeit von Kreisen und kreisfreien Städten Rechnung zu tragen, wurde in Ablösung der bisherigen Differenzierung in neun Kreistypen ein Folgekonzept erarbeitet, das prinzipiell fünf Kreistypen unterscheidet. Die Differenzierung erfolgt nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 4. Großstädten wird demnach eine höhere Arztdichte zugebilligt als umliegenden Gebieten, die mit der Großstadt im unterschiedlichen Ausmaße verflochten sind (Typ 3 und 4). Typ 2 entspricht Kreisen bzw. kreisfreien Städten, die sowohl umliegende Gebiete mitversorgen, als auch selbst im Einzugsgebiet großer Städte liegen und von der dortigen medizinischen Versorgung profitieren. Klar abgegrenzt von den Kreistypen 1-4 ist der sog. Kreistyp 5, der ländlichen Regionen entspricht, in denen abseits großer Städte aus sich heraus eine vergleichbar gute Versorgung sichergestellt werden muss. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadtregion des BBSR. Eine genaue Herleitung der Methodik ist in Anlage 6 beschrieben. Die Verhältniszahlen orientieren sich dabei an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung. Sie wurden auf Basis der aktuellen Verteilung der Einwohner und Ärzte weiterentwickelt und modifiziert und damit für das neue Konzept der 5 Kreistypen anwendbar gemacht. Dabei können sich im Einzelfall über die unterschiedliche Raumtypzuordnung Veränderungen des Versorgungsgrades ergeben.

Für das Ruhrgebiet gilt gleichermaßen eine Sonderregelung (siehe Ausführungen zu § 11).

### § 13 *Spezialisierte fachärztliche Versorgung*

Aufgrund des größeren Einzugsgebietes werden Anästhesisten, Radiologen und fachärztlich tätige Internisten der sogenannten spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Kinder- und Jugendpsychiater wurden dieser Versorgungsebene zugeordnet, da aufgrund der Gruppenstärke eine Beplanung auf Kreisebene zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Gleichwohl ist festzustellen, dass schon heute erhebliche Ungleichgewichte in der Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater im regionalen Vergleich bestehen, so dass über die Einbeziehung der Gruppe in die Bedarfsplanung ein gleichmäßigerer Zugang beabsichtigt wird. Als Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hat der G-BA die sog. Raumordnungsregion des BBSR zugeordnet. Diese entspricht 96 großen, flächigen Gebieten (die Raumordnungsregion Bremerhaven umfasst die KV-Bezirke Bremen und Niedersachsen und wird deshalb getrennt beplant, so dass in der Richtlinie 97 Raumordnungsregionen ausgewiesen werden), die in der Wechselwirkung städtischer und ländlicher Gebiete weitgehend ein eigenes Versorgungsgleichgewicht herstellen. Zu beachten ist, dass insbesondere im Falle der Stadtstaaten bestehende Mitversorgungsbeziehungen in den Bedarfsplänen umliegender Länder Beachtung finden sollten.

Die Verhältniszahlen orientieren sich an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung, währenddessen für die Kinder- und Jugendpsychiater die Zahl der zugelassenen Ärzte des Jahres 2010 als Grundlage genommen wird.

Grundsätzlich gibt die derzeitige Versorgungssituation mit Anästhesisten keinen Hinweis auf einen Versorgungsmangel. Es ist vielmehr in vielen Planungsbereichen von Überversorgung auszugehen. Die entstehenden Zulassungsmöglichkeiten sollen daher durch die spezielle Ausrichtung auf Schmerztherapie oder Palliativmedizin (§ 13 Abs. 5) die Versorgung in diesen Bereichen sicherstellen. Die Zulassungsausschüsse haben nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V die Möglichkeit besondere Versorgungsbedürfnisse in einer Planungsregion bei einer Zulassung oder Genehmigung zu berücksichtigen. Der neue Absatz 5 stellt in diesem Sinne einen analogen Vorschlag des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Versorgungsbedürfnisse vor Ort dar.

#### *§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung*

Zum einen aufgrund des bislang ungebrochenen Wachstums in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, zum anderen auch mit dem bei kleinen Gruppen einhergehenden überproportionalen Ressourcenverbrauch hat der G-BA entschieden, die bislang nicht beplanten Arztgruppen, die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen können, in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Hierzu gehören die in § 14 aufgeführten Arztgruppen. Als Planungsbereich für diese Arztgruppen wird der Bezirk der KVen zugeordnet. Eingehend wurde auch die Notwendigkeit einer ggf. bundesweiten Bedarfsplanung ausgewählter Arztgruppen diskutiert, die an rechtlichen Rahmenbedingungen scheitert. Vor diesem Hintergrund ist auf Landesebene zu prüfen, ob nach § 12 Abs. 2 Ärzte-ZV mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auch ein gemeinschaftlicher Bedarfsplan für die Bereiche mehrerer KVen aufgestellt werden kann. Diese Überprüfung wird aufgrund der Besonderheit der betroffenen Arztgruppen, bspw. hinsichtlich der deutschlandweiten Tätigkeit, des geringen Patientenkontaktes oder der Spezifität der erbrachten Leistungen, als zielführend für die positive Weiterentwicklung der Versorgung angesehen. Als Verhältniszahl wird die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des Jahres 2010 herangezogen.

Dabei wird das Versorgungsniveau der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Transfusions-mediziner und der Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner zu diesem Stichtag durch den G-BA bereits als überdurchschnittlich eingeschätzt. Der G-BA bewertet dieses Versorgungsniveau somit mit dem Versorgungsgrad 110% und ermittelt darauf basierend die Verhältniszahl für den Versorgungsgrad 100%.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen werden aufgrund der für das Fachgebiet typischen berufsrechtlichen Doppelqualifikation und Doppelzulassung (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 17.11.1999, Az. B 6 KA 15/99 R) nicht berücksichtigt.

#### *§ 15 Weitere Arztgruppen*

In Anbetracht des technischen Fortschritts und der Ausdifferenzierung ambulanter Versorgung in Form weiterer Facharztgruppen behält sich der G-BA vor, in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren über die Aufnahme weiterer Arztgruppen in die Bedarfsplanung zu entscheiden.

#### *§ 16 Praxisnachfolge*

Die Beplanung der Arztgruppen erfolgt auf der Basis verschieden großer Planungsbereiche. Mit zunehmender Größe der Planungsbereiche steigt die Notwendigkeit einer sachgerechten Verteilung der einzelnen Fachgebiete, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu realisieren.

Die Gruppe der Fachinternisten deckt beispielsweise ein großes Leistungsspektrum ab, das von allen Fachinternisten erbracht wird. Aufgrund dieser Überschneidungen ist es sinnvoll die Fachinternisten trotz ihrer Schwerpunkte als eine gemeinsamen Arztgruppe zu beplanen. Dennoch sind auch die jeweiligen Schwerpunkte versorgungsrelevant.

Mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung soll daher durch die Zulassungsausschüsse bei der Nachbesetzung eines Praxissitzes im Sinne des § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 7 SGB V berücksichtigt werden, dass eine sinnvolle, ausgewogene Verteilung der Subspezialitäten, insbesondere bei Fachinternisten und Nervenärzten, erreicht wird.

## **A-2.5 Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung**

Das grundlegende Konzept der Verhältniszahlermittlung der bisherigen Richtlinie wurde mit Änderungen (siehe auch § 9 Demografiefaktor) beibehalten. Die bundesweit ermittelte Verhältniszahl je Fachgruppe und Planungsbereichstyp wird bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich einer KV. Ärzte, die vollumfänglich oder hälftig für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden - sofern Landesregelungen nichts anderes vorsehen - nach § 22 der Richtlinie wie zugelassene Ärzte in die Versorgungsgradermittlung einbezogen.

Die Verhältniszahl wird dabei um den Demografiefaktor korrigiert, um eine Höhergewichtung der älteren Bevölkerung bei ausgewählten Arztgruppen berücksichtigen zu können.

### *§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten*

Aufgrund der Definition der Gruppe der Psychotherapeuten, die sich für den Teil der ärztlichen Psychotherapeuten auf das Leistungsgeschehen des vorherigen Jahres bezieht, sind Regelungen zur Berechnung des Versorgungsgrads der Vertragspsychotherapeuten erforderlich. Die vorliegenden Regelungen entsprechen der Altregelung.

### *§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten*

Hausärzte, die ebenfalls psychotherapeutische Leistungen erbringen dürfen, sind je nach Umfang dieser Leistungen mit einem reduzierten Faktor auf die hausärztliche Versorgung anzurechnen. Gleiches gilt für Tätigkeiten von Hausärzten im fachärztlichen Gebiet, die mit einer eigenen Facharztbezeichnung wahrgenommen werden. Auch hier erfolgt eine entsprechende Anpassung des zu berücksichtigenden Faktors in der hausärztlichen Bedarfsplanung durch § 18.

### *§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet*

Fachärzte, die psychotherapeutische Leistungen erbringen, werden je nach Umfang dieser Leistungserbringung mittels eines Faktors auf ihre Fachgruppe angerechnet. Selbiges regelt der § 19.

### *§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen*

Entspricht der bisherigen Bedarfsplanungsregelung und regelt die Anrechnung angestellter und zugelassener Ärzte auf den örtlichen Versorgungsgrad. Dies gilt gleichermaßen für angestellte Ärzte gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

### *§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren*

Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, die im Rahmen eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages für ihr Fachgebiet tätig werden, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder -Psychotherapeuten angerechnet. Ermächtigte Ärzte, die nur für Teile ihres Fachgebietes ermächtigt wurden, kommen nicht zur Anrechnung.

Bei den Ermächtigten werden auch solche in kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V berücksichtigt.

Zur Abbildung der Versorgungssituation vor Ort (Abs. 2) sollen auf Landesebene einvernehmlich KVen und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen festlegen, dass eine Berücksichtigung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen vorgenommen wird. Das gleiche gilt im Rahmen der allgemeinen Abweichungsmöglichkeit auf Landesebene auch für die weitergehende Berechnung von Versorgungsanteilen ermächtigter Ärzte über den Absatz 1 hinaus, um beispielsweise den besonderen Versorgungsspektren der gesonderten fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen zu können.

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem VStG das Ziel, das Versorgungsgeschehen besser zu erfassen. Nach § 101 Abs. 2b sollen durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden. Diesem Ziel kann der § 22 dieser BPL-RL nur bedingt gerecht werden, da aufgrund fehlender Datentransparenz lediglich im Falle der Ermächtigung einzelner Ärzte bzw. Psychotherapeuten eine Berücksichtigung von vollen und hälftigen Versorgungsaufträgen praktikabel umgesetzt werden kann. Vor dem Hintergrund der derzeit fehlenden Instrumente und Möglichkeiten für institutionelle Ermächtigungen hier ein bundeseinheitliches Vorgehen vorzugeben, gibt der G-BA vor, dass die Landesebene entsprechende Regelungen treffen soll. Damit wird den Ländern, die über entsprechende Datengrundlagen verfügen, ermöglicht eine Regelung zu treffen, ohne dies für alle Länder zwingend vorzugeben. Der G-BA wird jedoch innerhalb der ersten Jahreshälfte 2013 erneut über diesen Sachverhalt beraten und dabei ggf. auch prüfen, inwiefern eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen erforderlich ist.

## A-2.6 Überversorgung

### *§§ 23 und 24 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Feststellung von Überversorgung*

Bezogen auf die bundesweite Verhältniszahl, korrigiert um den zuvor angewendeten Demografiefaktor, hat der Landesausschuss sowohl Über- wie auch Unterversorgung festzustellen. Die Feststellung von Überversorgung in den §§ 23 und 24 regelt auf der Grundlage des SGB V, dass bei einer Überschreitung der ermittelnden Verhältniszahl um 10 von 100 die Sperrung des Planungsbereichs anzuordnen ist. Die Regelungen entsprechen der bisherigen Regelung der BPL-RL.

### *§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung*

Nach § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V sind überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten in einer Planungsgruppe zusammen zu fassen. Zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung hat der Gesetzgeber in dieser Planungsgruppe Mindestquotierungen für die ärztlichen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgesehen, die bis zum 31.12.2013 befristet sind. An diesen Mindestquotierungen soll grundsätzlich festgehalten werden, um dauerhaft auf ein Versorgungsgleichgewicht zwischen den Fachgruppen hinzuwirken. Der G-BA ist von der Notwendigkeit einer solchen Regelung überzeugt und befürwortet eine gesetzliche Grundlage für die Fortsetzung der Regelung. Da Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausschließlich auf dem Wege der Zulassung als Psychotherapeut an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, wird diesen in der Mindestquote der ärztlichen Psychotherapeuten ein 50%iger Anteil eingeräumt.

Die Quotenregelung für verschiedene psychotherapeutische Versorger geht auf eine gesetzliche Regelung im Zuge der Integration der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung mit Gesetz vom 16. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) zurück und sah für die Psychologischen Psychotherapeuten und für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte einen quotierten Versorgungsanteil von jeweils 40 v.H. vor. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426) wurde die Quotenregelung an die aktuellen Versorgungsgegebenheiten angepasst. Im Ergebnis wurde ein Mindestversorgungsanteil von 25 v.H. für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und in Höhe von 20 v.H. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgelegt. Gleichzeitig wurde die ehemals auf 10 Jahre befristete Regelung verlängert. Es entsteht der Eindruck, dass es der Gesetzgeber als notwendig und sinnvoll ansah, den Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung zu regulieren. Vor dem Hintergrund der zahlenmäßigen Überlegenheit der Psychologischen Psychotherapeuten konnte nur so sicher gestellt werden, dass in jedem Planungsbereich auch für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gewisse Anzahl an Zulassungsmöglichkeiten und aus Sicht der Patienten jeweils ein angemessener Anteil spezialisierter Versorgung zur Verfügung steht.

Die gesetzliche Regelung wurde dabei bis zum 31.12.2013 befristet. Hintergrund hierfür waren weitere Regelungen des GKV-OrgWG, mit denen eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens durch Preisanreize im Rahmen der ärztlichen Vergütung erfolgen sollte (vgl. insb. § 87 Abs. 2e SGB V i.d.F. vom 15.12.2008). Wäre dies erfolgreich gewesen, hätte man ggf. auf Zulassungsbeschränkungen ganz verzichten können, womit auch die Quotenregelung obsolet geworden wäre. Der

Gesetzgeber ist von der Vorstellung der Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisreize bereits mit dem GKV-VStG vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) wieder abgerückt und hat die betreffenden Regelungen gestrichen. Da sich an dem sachlichen Hintergrund der Quotenregelung aus versorgungspolitischer Sicht nichts geändert hat und eine qualitative Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung, die durch eine Aufhebung der Quotenregelung eintreten könnte, sieht es der G-BA nach wie vor als sachgerecht und notwendig an, die Versorgungsanteile der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen einer Mindestquotenregelung zu regulieren. Folglich steht aus Sicht des G-BA eine Aufhebung der Quotenregelung im Widerspruch zu den versorgungspolitischen Zielsetzungen des Gesetzgebers durch das GKV-VStG.

Zusätzlich zu den Mindestversorgungsanteilen für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sieht der G-BA eine Notwendigkeit zur Einrichtung einer weiteren Quote für Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Auch hier muss davon ausgegangen werden, dass die Versorgung von Patienten mit psychosomatisch zu behandelnden Erkrankungen, besondere Anforderungen an den Therapeuten stellt. Ein Therapeut, der ausschließlich psychosomatische Fälle betreut, wird in aller Regel besser auf die spezifischen Fragestellungen der Patienten eingehen können, als ein Therapeut der mit diesem Fachgebiet weniger Erfahrungen hat. 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.

## Rechenbeispiel

*Annahme: Einwohner im Planungsbereich: 308.000 Personen*

*Allgemeine Psychotherapeuten-Verhältniszahl, Raumtyp1: 1 : 3.079*

*100 %-Soll-Versorgungsgrad: 100,03 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 100,5)*

*Grenze zur Überversorgung: 110,04 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 110,5)*

*In diesem Planungsbereich sind tatsächlich*

*22 ärztliche Psychotherapeuten,*

*davon 9 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*

*und 19 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie*

*68 Psychologische Psychotherapeuten,*

*also insgesamt 109 Psychotherapeuten tätig, womit dieser Planungsbereich für weitere Zulassungen offen wäre.*

*Nach der 25 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den ärztlichen Psychotherapeuten bei 25,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 25,5) Ärzten. Dieser Anteil wird um 3,5 Ärzte unterschritten. Die ab 2014 vorgesehene Zahl der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (50% Quote in der Quote = 12,504 (Aufrunden auf halbe Stellen = 13)) wird um 4 Ärzte unterschritten.*

*Nach der 20 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 20,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 20,5). Dieser Anteil wird um 1,5 Versorgungsaufträge unterschritten.*

*Die jeweiligen Versorgungsanteile sind bei der Allgemeinen Psychotherapeuten-Verhältniszahl bei der Feststellung der Überversorgung mitzurechnen.*

*Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:*

*Die Arztgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten wird mit 25,5 Versorgungsaufträgen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihrem 20 %-Anteil, also mit fiktiven 20,5 Personen und nicht etwa mit den tatsächlich tätigen 19 Personen, berechnet, was in der Summe unter Berücksichtigung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten 114 Personen ergibt – mit der Konsequenz einer grundsätzlichen Zulassungssperre für Psychotherapeuten für diesen Planungsbereich.*

*In diesem Beispiel können so lange ärztliche Psychotherapeuten trotz der Zulassungsbeschränkung zugelassen werden*

*Bis 31.12.2013: bis deren Zahl 25,5 Personen erreicht, also noch 3,5 Ärzte*

*Ab 1.1.2014: bis deren Zahl 13 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erreicht, also noch 4 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Quote für die restlichen ärztlichen Psychotherapeuten wäre in diesem Fall bereits ausgeschöpft.*

*Zudem können sich 1,5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen.*

*Für Psychologische Psychotherapeuten ist der Planungsbereich sowohl vor wie auch nach dem 31.12.2013 gesperrt.*

### *§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen*

Während in der alten Bedarfsplanung mit Unterschreitung der Sperrungsgrenze um einen Einwohner eine volle weitere Stelle im Bedarfsplan ausgewiesen wurde, wird nunmehr (§ 26 Abs. 1) eine Zulassung je nach Arzt/Einwohnerrelation auch auf eine hälftige Zulassung ausgesprochen. Damit soll der bislang sich ergebende Aufrundungseffekt auf eine ganze Stelle der tatsächlichen Versorgungslage vor Ort angemessen angepasst werden. Änderungen zur bestehenden BPL-RL ergeben sich zudem im Abs. 4 Nr. 3 vorletzter und letzter Spiegelstrich. Bei der Auswahl von mehreren Bewerbern kann der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen neben den bislang definierten Kriterien seine Entscheidung auch von Versorgungsgesichtspunkten abhängig machen. Hierzu gehört beispielsweise der geeignete Fachgebietsschwerpunkt bzw. auch Ausstattungsmerkmale der Praxis im Hinblick auf die Barrierefreiheit der Einrichtung. Bei der Bewertung der für die Versorgung erforderlichen Fachgebietsschwerpunkte können auch solche ermächtigten Ärzte einbezogen werden, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt sind. Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

## **A-2.7 Unterversorgung**

### *§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung*

Grundlage für die Feststellung von Unterversorgung ist die allgemeine Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich nach dieser Richtlinie. Bei der Überprüfung auf Unterversorgung ist insbesondere auch die mögliche Abhilfe durch ermächtigte Ärzte oder Einrichtungen zu prüfen, sowie Versorgungsfunktionen von Krankenhäusern oder angrenzender Planungsbereichen zu berücksichtigen. Kann die im Bedarfsplan als bedarfsgerecht ausgewiesene Arztdichte langfristig nicht sichergestellt werden, so ist Unterversorgung anzunehmen (vgl. § 28).

In vielen Versorgungsregionen bahnt sich eine Unterversorgung über mehrere Jahre an, ohne dass zu dem gegebenen Zeitpunkt aktuell eine Unterversorgung vorliegt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, wird festgelegt, dass von einer Unterversorgung auszugehen ist, wenn in der hausärztlichen Versorgung in den Planungsblättern der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25% unterschritten wird. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gilt die Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarfs um 50 von 100 als Unterversorgung im Sinne der Richtlinie. Zudem ist auch zu berücksichtigen, inwieweit die Altersstruktur der Ärzte eine Unterversorgung absehbar macht.

### *§ 28 Definition der Unterversorgung*

Die Feststellung von Unterversorgung in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss war bislang nicht zuletzt durch die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe erschwert. Der G-BA wird die Definition von Unterversorgung im Jahre 2013 erneut beraten.

### *§ 29 Definition von anzunehmender Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung*

Wie in der bisherigen BPL-RL wird ab einer Abweichung des allgemeinen Versorgungsgrads von 25 % bei Hausärzten und bei einer Abweichung von 50 % bei der allgemeinen fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach unten von dem möglichen Vorliegen einer Unterversorgung ausgegangen.

Um die Entscheidung für die zuständigen Landesausschüsse zu konkretisieren, wird im Unterschied zur bisherigen Richtlinie die Vermutungsregel ersetzt durch eine eindeutigere Vorschrift, wonach bei den oben genannten Unterschreitungen eine Unterversorgung anzunehmen ist.

Die Definition von Unterversorgung und drohender Unterversorgung bezieht sich auf alle Versorgungsebenen mit Ausnahme der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Diese Gruppe wurde ausgenommen, da die Sicherstellung der Versorgung in den betreffenden Arztgruppen kein Problem darstellt, sondern vielmehr zum Teil erhebliche Überkapazitäten bestehen. Diese bedürfen unter Versorgungsgesichtspunkten einer Regulierung zur Vermeidung von ungerechtfertigten Mengenausweitungen. Ein regionales Sicherstellungsproblem kann für die betreffenden Arztgruppen auch deshalb ausgeschlossen werden, weil sie ihre Leistungen in der Regel patientenfern erbringen. Zur Sicherstellung einer bundesweit ausreichenden Versorgung benötigen sie lediglich eine funktionierende Logistik (z.B. Laborärzte) oder sie sind so stark spezialisiert und die Einzugsgebiete sind entsprechend so groß, dass eine Inanspruchnahme praktisch ohnehin häufig regional übergreifend erfolgt (z.B. Humangenetik).

#### *§ 30 Prüfung auf Unterversorgung*

Auf Antrag eines Landesverbandes der Krankenkassen, der Ersatzkassen oder auf Veranlassung der KV kann eine Prüfung auf Unterversorgung vorgenommen werden. Die Prüfung darf dabei die Höchstdauer von 3 Monaten nicht überschreiten.

#### *§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung*

Bei der Prüfung auf Unterversorgung ist eine eingehende Analyse der Versorgungssituation, insbesondere im Hinblick auf Merkmale wie Praxisstrukturen, Leistungsfähigkeit der tätigen Ärzte sowie die Beschreibung der Versichertenstruktur, Voraussetzung. Hierbei können auch Tätigkeitsumfänge der im jeweiligen Fachgebiet tätigen Ärzte in die Betrachtung einbezogen werden. Absatz 2 regelt, dass trotz rechnerischer Unterversorgung aufgrund der besonderen Versorgungsstruktur vor Ort faktisch keine Unterversorgung festgestellt werden muss, sofern dies begründet werden kann.

#### *§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss*

Der Landesausschuss hat für diese Prüfung drei Monate Zeit. Sofern die vorgelegten Unterlagen nicht hinreichend den Versorgungsstand beschreiben, kann der Landesausschuss weitergehende Unterlagen anfordern.

#### *§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses*

Die tatsächlich einzuleitenden Maßnahmen richten sich nach den Vorschriften des SGB V sowie der Ärzte-ZV.

#### *§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 3a SGB V)*

Bis zum Inkrafttreten einer noch zu entwickelnden Regelung gilt der bisherige § 34a der BPL-RL i.d.F. von 2007 fort. Der G-BA wird bis zum 30. April 2013 eine Folgeregelung fertig stellen.

### **A-2.8 Sonderbedarf – Abschnitt 8**

Der Abschnitt 8 der Richtlinie 2007 gilt fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. April 2013 gesetzt.

### **A-2.9 Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen**

*§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing*

Im Unterschied zur Altregelung wird klargestellt, dass unter gemeinsamer Berufsausübung auch das Zusammenwirken von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewertet werden kann.

### **A-2.10 Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten**

Unveränderte Übernahme aus der bisherigen Richtlinie

### **A-2.11 Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur**

Die Regelung schreibt die diesbezügliche bisherige Regelung der BPL-RL fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. Juni 2013 gesetzt.

### **A-2.12 Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse**

*§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung*

§ 56 konkretisiert die privilegierte bedarfsunabhängige Zulassung nach § 103 Abs. 4a SGB V und knüpft sie an bestimmte Voraussetzungen. In § 103 Abs. 4a SGB V ist geregelt, dass der Vertragsarzt, der in einem Planungsbereich für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung verzichtet, um in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig zu werden, eine Anstellung erhält. Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in dem Medizinischen Versorgungszentrum erhält der Arzt unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem gesperrten Planungsbereich. Dies gilt nicht für Ärzte, die aufgrund einer Nachbesetzung oder erst seit dem 01. Januar 2007 in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. § 56 regelt die Einzelheiten, unter denen diese sog. bedarfsunabhängige privilegierte Zulassung erteilt wird. Voraussetzung ist, dass der Arzt in einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,75, d. h. mit einer arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit von 20 bis 30 Stunden tätig war. Entspricht die Arbeitszeit einem Faktor von 0,5, ist eine hälftige Zulassung nach § 103 Abs. 4a SGB V zu erteilen.

### **A-2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten**

Im Abschnitt 12 sind die Voraussetzungen für die Beschäftigung von angestellten Ärzten nach § 95 Abs. 9 SGB V geregelt und die Berücksichtigung der Beschäftigungsverhältnisse in der Bedarfsplanung konkretisiert. Die Regelungen entsprechen der alten Richtlinie 2007. Eine Änderung hat die Anstellung bei Psychotherapeuten in § 61 erfahren. Hier ist künftig geregelt, dass ein Beschäftigungsverhältnis sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch ein

gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig ist. Bei der Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt jedoch die Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Für die bisherige Einschränkung auf das Beschäftigungsverhältnis zwischen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits sieht der G-BA keine Notwendigkeit mehr. So hat das BSG mit Urteil vom 15. August 2012 - B 6 KA 48/11 R - die Gleichstellung zwischen beiden Berufsgruppen, nämlich Psychotherapeuten mit der Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut mit einer Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen angenommen. Diese Gleichstellung soll auch im Bereich der Anstellungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ermöglicht werden. In Planungsbereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist weiterhin Voraussetzung für die Fachidentität bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Dazu stellt § 61 Nr. 2 Satz 2 klar, dass die in § 61 Nr. 1 vorgesehenen gegenseitigen Anstellungsmöglichkeiten von § 61 Satz 1 unberührt bleiben und somit Anstellungen auch in gesperrten Planungsbereichen unter den genannten Bedingungen zwischen beiden Berufsgruppen zulässig sind.

#### **A-2.14 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

Allgemeine Begründung zu den Übergangsregelungen der BPL-RL: Wie sich auch aus der Begründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz ergibt, ist eine – die BPL-RL maßgeblich in ihrer Normenstruktur beeinflussende – Zielsetzung gewesen, eine flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Dazu sind die Instrumente für die Bedarfsplanung und für die Sicherstellung mit nachhaltiger Wirkung auch für die künftige Versorgung geändert worden. Bei der Richtlinien-Gestaltung des G-BA zum Bedarfsplan ist insbesondere maßgeblich, dass die Planungsbereiche zu flexibilisieren sind, dass die Demografie bei der Anpassung der Verhältniszahlen maßgeblich sein soll, dass eine Abgrenzung von Sonderbedarfsregelungen erfolgen soll, dass die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten verstärkt worden sind und schließlich dass ein gesetzlicher Gestaltungsraum für die Beteiligten auf Landesebene geschaffen worden ist, um gebotene Abweichungen von der Richtlinie durchführen zu können.

All dies macht deutlich, dass es sich nicht nur um eine punktuelle Anpassung des bisherigen Steuerungssystems für die Versorgung im ambulanten Bereich handelt, sondern um eine grundlegende Veränderung mit weitreichenden Auswirkungen, die für die nächsten Jahre Stabilität in der Versorgung ermöglichen sollen.

Sowohl die gesetzlichen Regelungen als auch ihre Umsetzung im Lichte der dargestellten Begründung des Gesetzes erlauben nicht, zu einem bestimmten Zeitpunkt ohne Anpassungen und Übergangsregelungen das Bedarfsplanungskonzept in Kraft zu setzen. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, für eine Übergangsphase das Verhältnis der Geltung der bisherigen Richtlinie und der auf ihr beruhenden Maßnahmen zur Geltung der neugestalteten Richtlinie auch mit den notwendigen zeitlichen Vorgaben zu regeln.

Wie zuvor dargestellt, wirken sich die Änderungen im Gesetz bei der Gestaltung der Bedarfsplanung auf die Neuordnung der Planungsbereiche, die Neubestimmung der Verhältniszahlen, die Abgrenzungen von Sonderbedarfsregelungen und die Auswirkungen der möglichen Einbeziehung weiterer Arztgruppen in das Bedarfsplanungskonzept aus. Dieses Bedarfsplanungskonzept nach der neuen

gesetzlichen Regelung dient nicht mehr vorrangig der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern nach der selbst gesetzten Motivation des Gesetzgebers nunmehr auch einer gleichwertigen Sicherung der Patientenversorgung in Wohnortnähe. Daraus ergeben sich notwendige Folgerungen zu einer möglichst gleichmäßigen Versorgung, die insbesondere unter der Zielsetzung stehen muss, Versorgungsbrüche durch abrupte Veränderungen zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, gerade die Möglichkeit der Neuregelung auszuschöpfen, um in Übergangsregelungen bei Neugestaltungen bisher nicht ausreichend versorgte Regionen in eine solche Öffnung für Niederlassungen einzubeziehen, die damit das Ziel verbindet, dass sich dort in ausreichender Zahl Ärzte niederlassen.

Mit für die aktuelle Situation der neuen gesetzlichen Regelung und ihrer Normkonkretisierung in den Richtlinien des G-BA von nach wie vor gültiger Bedeutung hat das BSG in seiner Entscheidung vom 17. Oktober 2007 (B 6 KA 45/06 R) dazu Folgendes ausgeführt, das gerade auch die zuvor beschriebenen Problematik anspricht:

„... Dieses Instrument [gemeint ist das Instrument der Bedarfsplanung] kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und vor allem die kurzzeitige völlige Freigabe von Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Das hat der Senat bereits zur Konstellation des Wegfalls der Voraussetzungen einer Überversorgung in einem Planungsbereich entschieden; die in diesem Fall erforderliche Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen darf nicht dazu führen, dass in einem kurzen Zeitraum ohne Rücksicht auf eine erneut entstehende Überversorgung alle zulassungswilligen Ärzte zugelassen werden müssen (BSGE 94, 181 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 2, jeweils RdNr 12) . Andernfalls könnte sich der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich sprunghaft erhöhen und der als bedarfsgerecht festgestellte Versorgungsgrad noch deutlicher als zuvor verfehlt werden. Dieselbe Erwägung steht einer Schaffung von Zeitfenstern für eine unbeschränkte Zulassung sämtlicher zulassungswilliger Ärzte bei Änderungen von Grundlagen der Bedarfsplanung entgegen. Deshalb müssen auch in solchen Konstellationen - seien es Änderungen der Planungsbereiche, die z.B. aufgrund einer Neugliederung der Stadt- und Landkreise erforderlich werden, oder auch Änderungen in der fachlichen Ordnung der für die Bedarfsplanung relevanten Arztgruppen - Anpassungen stets so vorgenommen werden, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung hierdurch nicht in Frage gestellt wird. Es ist eine nachhaltige Regulierung des Zugangs neuer Leistungserbringer in bereits Überversorgten Bereichen anzustreben, die gewährleistet, dass die nachrückenden Bewerbergenerationen möglichst gleichmäßige Teilhabechancen erhalten. Im hier bedeutsamen Fall einer Zusammenlegung mehrerer Planungsbereiche, von denen einzelne bereits wegen Überversorgung für weitere Zulassungen gesperrt sind, muss deshalb dafür Sorge getragen werden, dass sich eine bereits bestehende Überversorgung aufgrund der Neuordnung nicht plötzlich und unkontrollierbar weiter verschärft. ...“

Die einzelnen Folgerungen, die der Normgeber G-BA bei der BPL-RL in einer Übergangsregelungskonzeption getroffen hat, liegen in dem Gestaltungsspielraum, der die verfassungsrechtlichen Maßstäbe des Art. 12 Abs. 1 GG wahrt, zumal das BSG zulassungsbeschränkende Regelungen auf der Stufe der Berufsausübungsregelung qualifiziert, „denen keine einer Berufswahl nahekommende Bedeutung zukommt“, so dass „die Regelungstiefe im Gesetz selbst nicht besonders intensiv ausgeprägt sein“ muss (BSG, aaO, Rz. 15).

Dieser vom BSG als berechtigt anerkannten Zielsetzung der Vermeidung abrupter planungsrechtlicher Änderungen sollen die Übergangsregelungen gerecht werden. Es

ist zulässig, innerhalb des planerischen Großkonzepts mit den Möglichkeiten der Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung und bei Unterversorgung vorübergehend auch Zwischenstufen mit Versorgungssteuerungswirkung einzubeziehen. Dem dienen die nachstehend gefassten Übergangsregelungen. Sie sind unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Übrigen so gestaltet, dass flexible Übergangsregelungen getroffen werden, die nach wie vor Niederlassungsmöglichkeiten einräumen. Dennoch wird durch Flexibilisierung der regionalen Verhältnisse übergangsweise den maßgeblichen Gremien die Möglichkeit eingeräumt, das Ziel der flächendeckenden Versorgung in Wohnortnähe treffsicherer zu erreichen.

#### *§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist*

Die Richtlinie tritt am 1. Januar 2013 in Kraft. Bevor sie jedoch tatsächlich angewendet werden kann, sind umfangreiche Vorarbeiten erforderlich, da sie im Vergleich zu den bisherigen Regelungen zahlreiche Änderungen vornimmt. So wurden für viele Arztgruppen neue Planungsbereiche festgelegt, die Verhältniszahlen wurden angepasst und Arztgruppen, für die bisher keine Planung vorgenommen wurde, werden neu in die Bedarfsplanung aufgenommen. Zusätzlich wurde der Demografiefaktor neu festgelegt und die regionale Ebene kann in begründeten Einzelfällen von der Richtlinie abweichen. Bevor die neue Richtlinie angewendet werden kann, müssen also entsprechende Bedarfspläne aufgestellt und regionale Anpassungen vorgenommen werden. Die Richtlinie kann daher nicht bereits am Tag ihres Inkrafttretens umgesetzt werden. Um für den Übergang zwischen beiden Richtlinien die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen und gleichzeitig ein gewisses Maß an regionaler Flexibilität zu gewährleisten, bleibt es den Landesausschüssen überlassen, wann sie erstmals auf Grundlage der Richtlinie 2012 Beschlüsse nach § 103 Abs. 1 feststellen und zeitgleich entsprechende Zulassungsbeschränkungen erlassen. Dies wird praktisch davon abhängen wann in der jeweiligen KV-Region die Voraussetzungen vorliegen, um die neue BPL-RL anzuwenden. Spätestens bis zum 30. Juni 2013 allerdings muss dies der Fall sein, denn bis zu diesem Datum sind die Beschlüsse zwingend zu treffen. Dabei stellt der Zeitpunkt, an dem die Beschlüsse nach § 103 Abs. 1 und 2 erstmals getroffen worden sind, den Zeitpunkt dar, ab dem die Richtlinie 2012 in der jeweiligen KV zur Anwendung kommt. Damit der Landesausschuss die genannten Beschlüsse zeitgerecht treffen kann, sind ihm die Bedarfspläne auf Grundlage der Richtlinie 2012 rechtzeitig vor dem 30. Juni 2012 zur Verfügung zu stellen. Dafür sind die in § 4 Abs. 1 Satz 4 und 5 (Grundsätze und Stand der Bedarfsplanung) gesetzten Fristen entsprechend zu verkürzen.

Voraussetzung für die Anwendung der neuen Richtlinie ist, dass der Landesausschuss einen Beschluss nach § 103 Abs. 1 SGB V getroffen hat und damit auf der neuen Grundlage Überversorgung festgestellt und entsprechende Zulassungssperren angeordnet hat. Liegt keine Überversorgung vor, ist dies in diesem Fall ebenfalls zu beschließen. Der betreffende Beschluss ist mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. Um einen geordneten Verfahrensablauf zu gewährleisten, gelten im Falle des § 63 Absatz 3 die Regelungen in § 26 Abs. 2 bis Abs. 5 zum Vorgehen nach einer partiellen Entsperrung entsprechend.

Grundsätzlich können Zulassungsanträge wegen Zulassungssperren nur abgelehnt werden, wenn diese bereits bei Antragstellung angeordnet waren (vgl. § 19 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV). In dem Zeitraum zwischen Inkrafttreten der neuen Richtlinie und dem ersten Beschluss der Landesausschüsse nach § 103 Abs. 1 SGB V bestünden ohne eine entsprechende Übergangsregelung jedoch keine gültigen Zulassungssperren und

alle Planungsbereiche wäre für Niederlassungen geöffnet. Erst wenn der Landesausschuss erstmalig Versorgungsgrade und Überversorgung festgestellt hat, könnten Zulassungssperren ausgesprochen werden. In dem betreffenden Zeitraum können Zulassungsanträge, die ordnungsgemäß gestellt werden, nicht abgelehnt werden (siehe § 19 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV), auch wenn die Sperrungsgrenze überschritten wird. Sehr wahrscheinlich käme es im Ergebnis zu einer hohen Anzahl von Neuzulassungen und zu einer Verstärkung der bereits bestehenden Versorgungsdisparitäten. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, den Übergang zwischen den beiden Richtlinien zu regeln. Erst wenn der Landesausschuss die Versorgungssituation auf Basis der neuen Grundlage festgestellt hat (Feststellung von bestehender oder nicht bestehender Überversorgung und Anordnung entsprechender Zulassungsbeschränkungen), können Anträge nach der Richtlinie 2012 behandelt werden.

Das vorgesehene Verfahren zur Behandlung von Zulassungsanträgen bei offenen Planungsbereichen orientiert sich an der bestehenden Regelung zur partiellen Entsperrung gemäß § 26 und übernimmt wesentliche Bestandteile in die Übergangsregelung. Die Regelung bewirkt, analog zu § 26, dass bei einem Versorgungsgrad von unter 110 v.H. nur noch so viele ganze oder halbe Zulassungen erteilt werden können, wie zum Erreichen der Überversorgungsgrenze benötigt werden. Ohne eine solche Regelung müssten alle Zulassungsanträge, die nach den Beschlüssen der Landesausschüsse nach § 63 Abs. 2 und 3 gestellt werden und für die auf Grundlage der neuen Richtlinie keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, genehmigt werden, auch wenn die Sperrungsgrenze dadurch deutlich überschritten würde. Im Ergebnis könnte es absehbar auch hier zu einer hohen Anzahl an Neuzulassungen und zu einer Verstärkung der bereits bestehenden Versorgungsdisparitäten kommen.

Für Arztgruppen, die mit der Richtlinie neu in die Bedarfsplanung aufgenommen werden, stellt die Übergangsregelung auf das bestehende Moratorium ab und übernimmt die dortigen Regelungen in die Übergangsregelung. Da bei den Arztgruppen, die neu in die Richtlinie aufgenommen werden, bis zum Schaffen der Anwendungsvoraussetzungen nicht auf bestehende Regelungen zurückgegriffen werden kann, gilt für die betreffenden Gruppen ein verkürzter Umsetzungszeitraum bis zum 15. Februar 2013. Vorbehaltlich der Erstellung des Bedarfsplans gem. § 4 BPL-RL kann zur Umsetzung des § 63 Abs. 4 mit der Erstellung von Planungsblättern nach Anlage 2.1 ein Teil-Bedarfsplan erstellt werden, auf dessen Basis Beschlüsse gem. § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen werden können.

Für alle anderen Arztgruppen werden nach der Ärzte-ZV vollständig und ordnungsgemäß gestellte Zulassungsanträge bis zum Beschluss des Landesausschusses nach der Richtlinie 2007 und den sich hieraus ergebenden Voraussetzungen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der sich hieraus ergebenden Überversorgungsfeststellungen und Zulassungsbeschränkungen, beschieden. Die Richtlinie 2007 tritt in den KV-Bezirken jeweils außer Kraft, wenn die Beschlüsse des Landesausschusses nach Abs. 2 und 3 getroffen sind und damit die Richtlinie 2012 in Kraft tritt.

Die Regelungen gelten entsprechend für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.

Die Übergangsregelungen gemäß § 63 verfolgen das Ziel, den gesetzlichen Auftrag an den G-BA umzusetzen, in Richtlinien die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und eine ihrem Sinn und Zweck entsprechend Bedarfsplanung zu schaffen. Änderungen an der Richtlinie dürfen dabei nicht dazu führen, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung an sich in Frage gestellt wird. Die Übergangsregelung

gestaltet daher ein Verfahren zur Umsetzung von Zulassungsbeschränkungen für die Zulassungsanträge, die im zeitlichen Kontext mit den aktuellen Änderungen von Grundlagen der Bedarfsplanung gestellt werden. Wie auch vom BSG verschiedentlich ausgeführt, ist das Instrument der Bedarfsplanung nach wie vor notwendig, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (vgl. B 6 KA 45/06 R).

Absatz 5 dient dem Zweck, die Anwendung der Richtlinie 2007 auch nach dem Außerkraftsetzen zu ermöglichen, wenn dies erforderlich wird. Dies kann sich zum Beispiel ergeben, wenn sich das Verfahren aufgrund einer Beanstandung verlängert.

#### *§ 65 Planungsbereiche*

Absatz 1: Die Neufestlegung der Planungsbereiche für eine Arztgruppe nach dieser Richtlinie kann dazu führen, dass mehrere ehemalige Planungsregionen zu einer größeren Planungsregion zusammengefasst werden. Das kann jedoch zur Folge haben, dass eventuell bestehende Versorgungsdisparitäten fortbestehen oder sogar verstärkt werden. Unter Versorgungsgesichtspunkten kann dieses insbesondere problematisch sein, wenn aus mehreren heterogenen Siedlungsstrukturen (z.B. Großstadt und ländlicher Raum) ein gemeinsamer Planungsbereich wird. Es muss davon ausgegangen werden, dass städtische Regionen bei ärztlichen Niederlassungsentscheidungen grundsätzlich als attraktiver bewertet werden, als ländliche Gegenden. Werden mehrere Planungsbereiche zusammengelegt, kann einerseits ein Anreiz zur Verlegung des Praxissitzes entstehen, andererseits können sich für den größeren neuen Zulassungsbereich insgesamt - also auch in den städtischen Bereichen - neue Zulassungsmöglichkeiten ergeben, während dieses zuvor nur in den ländlichen Planungsbereichen der Fall war. Im Ergebnis könnten sich Versorgungsstrukturen bilden, die dem Bedarf an medizinischer Versorgung nur unzureichend gerecht werden. Um das zu verhindern wird eine Übergangsregelung geschaffen, die es dem Zulassungsausschuss ermöglicht, die bisherigen Planungsgrundlagen solange anzuwenden und auf dieser Grundlage bestehende Zulassungsbeschränkungen beizubehalten, bis in jedem ehemaligen Planungsbereich innerhalb des neuen Planungsbereiches ein Versorgungsgrad von mindestens 100 v.H. erreicht wird. Im Sinne einer Übergangsregelung wird diese Regelung zunächst auf 3 Jahre nach Inkrafttreten der Neufestlegung der Planungsbereiche beschränkt.

Absatz 2 regelt die Fortführung der gesonderten Beplanung des Ruhrgebietes. Mit der Regelung des Absatzes 2 verpflichtet sich der G-BA, innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet zu erheben und die Regelung zum Ruhrgebiet erneut zu überprüfen. Erforderlichenfalls müssen die Regelungen angepasst werden. Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraumes von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschlossen, so treten die Sonderregelungen außer Kraft. Dadurch soll relativ kurzfristig eine neue Bewertung der Versorgungssituation in dieser Region durch den G-BA herbeigeführt werden.

Vorerst unverändert bleibt dabei die Zuordnung von Landkreisen und kreisfreien Städten, wie in Absatz 3a geregelt. Ebenso unverändert bleiben die Verhältniszahlen, während die räumliche Systematik der Richtlinie 2012 auch im Ruhrgebiet angewendet wird.

So gilt für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich, für die allgemeine fachärztliche Versorgung der Kreis und die kreisfreie Stadt und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion.

Für die bislang nicht beplante gesonderte fachärztliche Versorgung gilt der KV-Bezirk, womit kein Sonderstatus für das Ruhrgebiet entsteht. Da die Grenzen des Ruhrgebiets nicht identisch sind mit den Raumordnungsregionsgrenzen, gelten bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Kreis Kleve und im Märkischen Kreis die Verhältniszahl des Ruhrgebiets für die jeweilige Arztgruppe.

#### *§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad*

Durch die Reform der Planungsräume sowie die Anpassung der Verhältniszahlen ergeben sich mit Anwendung der Richtlinie regional begrenzte Zuwächse von Zulassungen und Genehmigungen, die einen Übergang erfordern, um Verwerfungen der Versorgungsstruktur zu vermeiden. Über die sukzessive Anpassung von Versorgungsgraden können zeitlich gestaffelt entsprechende Strukturen aufgebaut werden. Die Entscheidung darüber, ob ein solch geregelter Übergang erforderlich ist, kann nur vor Ort regional angemessen beurteilt und entschieden werden. Aus diesem Grund hat der G-BA nach sorgfältiger Abwägung im Rahmen der Übergangsregelungen eine auf den Zeitraum von drei Jahren begrenzte Regelung vorgesehen, die der Landesebene den erforderlichen Handlungsspielraum zur Verfügung stellt. Der G-BA geht davon aus, dass die Anwendung dieser Regelung auf wenige, begründete Fälle beschränkt bleibt. Es handelt sich demnach um eine Option, von der im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden kann. Neben der verbesserten Planbarkeit, des durch die Reform bedingten strukturellen Übergangs, wird gleichzeitig die Planungssicherheit für alle Beteiligten erhöht. Der Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen wird somit regionalen Erfordernissen angepasst, sofern dies als erforderlich angesehen wird. Der G-BA wird sich über die Anwendung informieren und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen, sofern die Regelung nicht die gewünschte Wirkung entfaltet.

Ergeben sich also durch die Bedarfsplanungsreform eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann dieser Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren ab Anwendung der Richtlinie durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen im Bedarfsplan in Verbindung mit § 99 Abs. 1 SGB V und § 2 angeglichen werden. Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan der KVen auszuweisen. Die insofern angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für die Entscheidung des Landesausschusses zur Feststellung von Über- und Unterversorgung sowie zur notwendigen Feststellung von Sonderbedarf durch den Zulassungsausschuss. Der Demografiefaktor kommt bei der Berechnung der schrittweise anzupassenden Verhältniszahlen nicht zur Anwendung. Da kurzfristige Zuwächse für die Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten, insbesondere in ländlichen Gebieten, erklärtes Ziel dieser Bedarfsplanungsreform sind, werden diese von der Regelung ausgenommen.

#### *§ 67 Versorgungssteuerung*

Der Landesausschuss kann auch die Möglichkeit der Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 bis 110 v.H. bei entsprechend vorliegenden schlechteren Versorgungsgraden von anderen Planungsbereichen zur Anwendung bringen.

Die Festlegung der Sperrgrenze innerhalb eines Planungsbezirks bei 110 v.H. und somit 10 v.H. über dem „Normalniveau“, soll sicherstellen, dass trotz des Ausscheidens oder der Nachbesetzung von Praxen die mit 100 v.H. als ausreichend angesehene Versorgung grundsätzlich nicht unterschritten wird. Dieses Unterschreiten tritt in attraktiven Gebieten, wie in der Regel Städten, so gut wie nicht auf, da zeitnah Neugründungen vorgenommen oder Nachfolger gefunden werden. Wie schon bei der Einführung des bisherigen Demografiefaktors festgestellt, kann diese Regelung zu

einer Öffnung von attraktiven Zulassungsbezirken bei gleichzeitigem Fortbestand deutlich schlechterer Versorgungsgrade in weniger attraktiven Zulassungsbezirken führen.

Um diese aus Versorgungssicht unerwünschte Öffnung von vergleichsweise gut versorgten Planungsbereichen zu vermeiden sieht der G-BA eine Regelung als erforderlich an, die eine Sperrung der Bezirke mit einem Versorgungsgrad von 100-110 v.H. ermöglicht, ohne dass eine Vollsperrung eines KV-Bezirks für die jeweilige Arztgruppe eintritt. Um von der Regelung Gebrauch zu machen, müssen mehr als 20 v.H., mindestens jedoch zwei der Zulassungsbezirke einen Versorgungsgrad von 75-100 v.H. bei Hausärzten oder 50-100 v.H. bei Fachärzten aufweisen. Von dieser Regelung kann der Landesausschuss Gebrauch machen, ist hierzu aber nicht verpflichtet wie in einer sinngemäßen Regelung in § 100 Abs. 2 SGB V. Im Rahmen ihrer Entscheidung haben sich die Landesausschüsse nach pflichtgemäßem Ermessen analog zum § 100 Abs. 2 SGB V von der Versorgungssituation in den von einer möglichen Sperrung betroffenen Zulassungsbezirken zu überzeugen und ggf. die entsprechenden Zulassungsausschüsse anzuhören.

Nach eingehender Diskussion wurde die Regelung so gefasst, dass eine Sperrung aller Planungsbereiche eines KV-Bezirks wie in § 100 Abs. 2 SGB V vorgesehen, für die betroffene Arztgruppe nicht eintritt. Höchstens 70 v.H. der Bezirke einer KV dürfen nach dieser Regel gesperrt werden. Grundsätze der Niederlassungsfreiheit werden hierdurch gewahrt. Unterversorgte Gebiete werden nicht eingerechnet, da für diese eigene Steuerungskriterien z.B. § 100 Abs. 2 SGB V angelegt sind.

Der dem G-BA vom Gesetzgeber übertragene Gestaltungsspielraum wird hier auf zulässige Weise genutzt, um die Ziele des GKV-VStG sinnvoll umzusetzen. Auch das BSG hat in seiner Entscheidung vom 17.10.2007- B 6 KA 31/07- ausgeführt, dass das Instrument der Bedarfsplanung nach der Beurteilung des Gesetzgebers zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich nach wie vor notwendig ist. Dieses Instrument kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und vor allem die kurzzeitige völlige Freigabe von Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Dieser Zweck wird durch die Versorgungssteuerungsregelung erreicht. Es handelt sich hierbei um eine Konkretisierung des gesetzgeberischen Willens durch untergesetzliche Normen und um die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages an den G-BA, in der Richtlinie die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

#### **Beispiel:**

*Eine KV oder ein Zulassungsbezirk verfügt über sieben Planungsbereiche. Um zusätzliche Sperrungen zu den schon ohnehin gesperrten Gebieten vornehmen zu können, müssen mindestens zwei Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100% aufweisen, unterversorgte Planungsbereiche sind nicht zu zählen. Sind für zwei Planungsbereiche Zulassungssperren angeordnet worden und weitere drei liegen zwischen 100 und 110%, können nur zwei Planungsbereiche zusätzlich gesperrt werden, da ansonsten die Zahl der gesperrten Planungsbereiche (5 von 7) 70 v.H. aller Planungsbereiche übersteigen würde.*

*Unter mehreren Planungsbereichen, die nach dieser Regelung gesperrt werden können, ist die Auswahl unter Versorgungsgesichtspunkten zu treffen.*

## **A-2.15 Anlagen**

### **ANLAGE 2:**

Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz verbundenen Möglichkeiten, auf regionaler Ebene in der Bedarfsplanung von den Vorgaben des G-BA abzuweichen (vgl. § 99 Abs. 1 Satz 3), macht eine Weiterentwicklung des Bedarfsplans und der Planungsblätter erforderlich.

Der Bedarfsplan (Anlage 2.1) soll, ebenso wie bisher, das zentrale Dokument für Entscheidungen im Bezug zur Bedarfsplanung sein. Neben der Dokumentation des aktuellen Standes der Versorgung (Anlage 2.2 und 2.3) soll hier zukünftig v.a. die regionale Versorgungssituation genauer beschrieben werden. Dazu sollen die zuständigen Stellen im Kapitel 1 „Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ärzte-ZV)“ die für die regionale ambulante Versorgung relevanten Informationen und Daten sammeln, auswerten und aufbereiten. Mögliche Grundlagen für die hier erstellten Analysen können z.B. das Landesarztregister, der Landeskrankenhausplan, weitergehende Informationen zu ermächtigten Instituten etc. sein.

Die Analyse der regionalen Versorgungssituation in Kapitel 1 bildet die Grundlage für das Kapitel 2 - “Bedarfsplanung“. Darin sollen die regionalen Erwägungen, die sich aufgrund der Analysen in Kapitel 1 ergeben, dokumentiert werden. Dazu gehören auch die Begründungen für mögliche regionale Abweichungen von den Vorgaben des G-BA. Diese Abweichungen sollen in Kapitel 2 begründet und in der ihnen zugrunde liegenden Methodik beschrieben werden.

Obleich sich die konkrete Versorgungssituation regelhaft verändert, ist davon auszugehen, dass Grundzüge der Versorgung und der regionalen Bedarfsplanung, die in Kapitel 1 und 2 beschrieben werden, mittelfristig stabil sind. Vor diesem Hintergrund sollen diese Kapitel i.d.R. nur alle 3 bis 5 Jahre angepasst werden. Sollten besondere Umstände (z.B. neue Verkehrswege, neue größere Versorgungseinrichtungen etc.) eine Anpassung erforderlich machen, ist diese jederzeit möglich.

Die Planungsblätter in Kapitel 3 (Anlage 2.2 und 2.3) sollen dafür sorgen, eine einheitliche Dokumentation der aktuellen Versorgungssituation zu gewährleisten. Sie sind an die Planungsblätter der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 (Anlage 2, 4, 6 und 7) angelehnt und fassen diese weitestgehend zusammen. Gleichzeitig geben sie den zuständigen Stellen vor Ort die Möglichkeit die regionalen Abweichungen vor Ort abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Möglichkeit gegeben die Arztgruppen und die Zuschnitte der Planungsbereiche zu verändern. Ebenso besteht in Spalte 5 die Möglichkeit die kumulierte Wirkung regionaler Abweitungsfaktoren zu dokumentieren. Auf die Erfassung einzelner regionaler Abweitungsmöglichkeiten wurde verzichtet, da diese ggf. zu vielfältig werden können.

Auch in den Planungsblättern der Anlage 2.2. sollen die Begründungen für mögliche Abweichungen dokumentiert werden, wobei hier ggf. auf den Bedarfsplan (Kapitel 2) verwiesen werden kann.

### **ANLAGE 3.1**

Da die Abgrenzung des BBSR der Gemeinden zu Mittelbereichen zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung auf dem Gebietsstand 31.Dezember 2009 basiert, konnte keine jüngere Abgrenzung zugrunde gelegt werden.

Eine Zuordnung der rd. 12.000 Gemeinden zu Mittelbereichen hätte den Rahmen der Richtlinie gesprengt, so dass anstelle dessen ein Verweis (Weblink) eingefügt wird. Um Planungs- und Rechtssicherheit bei den für die Bedarfsplanung maßgeblichen

Raumeinheiten zu gewährleisten, wird die Referenzdatei auf die Homepage des G-BA gestellt, durch die Geschäftsstelle gepflegt und im Nachgang vom G-BA in Beschlüssen zur Raumgliederung angepasst.

### **ANLAGE 3.2**

Bereits in der Richtlinie 2007 wurde der Kreis Region Hannover aus Gründen der Versorgungssteuerung auf Basis der Altkreise Hannover, Landkreis und Hannover, Landeshauptstadt geplant - entgegen des bei der Kreistypisierung des BBSR zugrunde gelegten Gebietsstands. Da mit einer kreisscharfen Planung zu befürchten ist, dass die für die ehemalige Landkreisbevölkerung vorzuhaltenden Ärztopotenziale in die Kernstadt abwandern, wurde die getrennte Beplanung in die aktuelle Richtlinie übernommen.

Analog zur Region Hannover wurde mit der Städteregion Aachen verfahren. Die Städteregion ist seit dem 21. Oktober 2009 Rechtsnachfolger des Kreises Aachen, der aufgelöst wurde und dessen neun Gemeinden mit der kreisfreien Stadt Aachen die neue Städteregion bilden. Aus den oben genannten Gründen der Versorgungssteuerung ist die Kreisreform ebenfalls nicht in Anlage 3.2 berücksichtigt worden.

Festgehalten wurde weiterhin an den Kreiszusammenfassungen (sog. Kreisregionen) des BBSR. Kreisregionen sind funktionalräumlich orientierte Zusammenfassungen. Sie tragen dazu bei, bundesweit vergleichbare Raumeinheiten herzustellen: Kleinere kreisfreie Städte unter 100.000 Einwohnern werden mit den ihnen zugeordneten Landkreisen zu Kreisregionen zusammengefasst. Entgegen der Vorgehensweise für die Regionen Hannover und Aachen soll hier der starken Mitversorgung der kreisfreien Städte für die (kleinen) Kragenkreise Rechnung getragen werden. Die ehemaligen Landkreise Aachen und Hannover sind hingegen so groß, dass eine Zentralisierung der Versorgung, die im Zuge der Zusammenlegung zu befürchten wäre, Mitversorgerbeziehungen induzieren würde, die insgesamt zu einer schlechteren Anbindung der Bevölkerung an die allgemeine fachärztliche Versorgung führen würde.

### **ANLAGE 4:**

In der Anlage 4 werden die Leistungsbedarfsfaktoren, die Grundlage für die Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 sind, veröffentlicht. Sie werden im Abstand von 5 Jahren ggf. aktualisiert, sofern der G-BA dies beschließt. Darüber hinaus soll ein Rechenbeispiel helfen, die Anwendung des Demografiefaktors für die Praktiker der Bedarfsplanung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

### **ANLAGE 5:**

In der Anlage 5 werden die Grundlagen für die Ermittlung der Verhältniszahlen für die einzelnen Planungsgruppen transparent und nachvollziehbar dargestellt. Dabei wird deutlich, dass sich alle Verhältniszahlen systematisch herleiten lassen und keine Setzungen erfolgt sind. Der G-BA stellt damit u.a. eine klare Begründbarkeit der Verhältniszahlen sicher.

Als einzige Abweichung von dieser Systematik sind die Verhältniszahlen der Arztgruppe der Psychotherapeuten im Typ 4 und 5 (ländliche Regionen) zu nennen. Die Ermittlung einer Verhältniszahl im Rahmen der dargestellten Methodik führt hier wegen der historisch begründeten eher städtezentrierten Verteilung der Psychotherapeuten nicht zum gewünschten Ergebnis eines angemessenen Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung. Im Typ 5 wurde deshalb das Soll-Versorgungsniveau für diesen Regionstyp auf das bundesweit durchschnittliche Niveau

angehoben. Gleichzeitig wird das Versorgungsniveau für den Typ 4 auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 aller anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben. Damit wertet der G-BA bewusst das Versorgungsniveau der ländlichen Regionen auf.

Bei der Bewertung des Versorgungsniveaus der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner und der Transfusionsmediziner ist der G-BA im Rahmen seines Ermessensspielraums zur Entscheidung gelangt, dass hier bereits zum Stichtag der Ermittlung der Verhältniszahlen (31. Dezember 2010) eine überdurchschnittliche Versorgungslage vorlag. Zu keinem Zeitpunkt sind Defizite in der Versorgung der Bevölkerung durch diese Arztgruppen deutlich geworden. Stattdessen war bereits in den vorhergehenden Jahren ein dynamisches Wachstum dieser Arztgruppen zu beobachten, das sich nicht alleine durch gestiegene Erfordernisse in der Versorgung der Bevölkerung begründen lässt. Vor diesem Hintergrund ist der G-BA in seinen Beratungen zu dem Ergebnis gekommen, das Versorgungsniveau zum Stichtag 2010 mit einem Versorgungsgrad von 110% zu bewerten.

## **ANLAGE 6**

Mit der Neuausrichtung der Bedarfsplanung soll zur Herstellung von mehr Versorgungsgerechtigkeit und einer effizienteren Versorgungsorganisation den bekannten Schwächen eines gewachsenen Systems begegnet werden. Die bestehende Form der Bedarfsplanung, die auf einem nicht weiter fortgeschriebenem Raumkonzept (Siedlungsstrukturelle Kreistypen in neun Abgrenzungen) des BBSR basiert, bildet Mitversorgereffekte nur unzureichend ab. Um eine grundsätzlich flächendeckende und verteilungsgerechte fachärztliche Versorgung der Bevölkerung auch künftig sicherstellen zu können, musste ein neues Konzept entwickelt werden.

Hinsichtlich der Raumgröße wird die administrative Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für den Bereich der allgemeinen fachärztlichen (Grund-) Versorgung weiterhin als sinnvolle Planungsraumgröße angesehen. Auch wenn die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Grundgesetz verankert ist, wird im Zentrale-Orte-Konzept, welches in der Raumplanung die Versorgungsnetze für die Sicherung der Daseinsvorsorge durch Infrastrukturangebote mit überörtlicher Bedeutung bildet, der Unterschiedlichkeit des Raums Rechnung getragen. Da das Versorgungsangebot ambulanter ärztlicher Leistungen stark korreliert mit anderen Versorgungsangeboten des periodischen Bedarfs, wurden aufgrund siedlungsstruktureller Ungleichheiten weiterhin unterschiedliche Kreistypisierungen vorgenommen, wobei eine Untergliederung in fünf Typen modifiziert nach dem BBSR-Konzept der Großstadtsregionalen Zonen als angemessen angesehen wurde. Übertragen auf die Sicherstellung ambulanter Leistungen benötigt ein mitversorgter Kreis daher eine niedrigere Versorgungsdichte als eine mitversorgende Region, da sich im Ergebnis eine gegenseitige Kompensation ergibt. Hinsichtlich der Kreistypisierung, die in der Richtlinie 2007 zugrunde gelegt wurde, hatte das BBSR ein Top-down-Ansatz gewählt: der großräumige Kontext - repräsentiert durch den Regionsgrundtyp - prägt die Kategorisierung der dazu gehörigen Kreise. Der siedlungsstrukturelle Kreistyp enthielt somit implizit ein Lagekriterium. In der Neutypisierung ist die Blickrichtung geändert und ein Bottom-up-Ansatz gewählt worden. Dies bedeutet, dass für den neuen siedlungsstrukturellen Kreistyp somit nur Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen werden. Die Lagegunst oder -ungunst wird hingegen als eigenständige Dimension aufgefasst und in dem Nachfolge-Konzept der siedlungsstrukturellen Kreise nicht abgebildet. Aus Gründen der Rechtssicherheit wurde für die Bewertung der Versorgungsfunktion der Kreise weiterhin ein an ein amtliches Konzept assoziiertes Raumgliederungsmodell zugrunde gelegt. Ein für die ärztliche Bedarfsplanung

unverändert übertragbares Konzept auf Kreisebene fand sich jedoch nicht. Da das Konzept der Großstadtregionen des BBSR die Siedlungsstruktur und Lagegunst gemeinsam abbildet, allerdings in der räumlichen Abgrenzung der Gemeindeverbände, wurde dieses dergestalt modifiziert, dass auch auf Ebene der Kreise Aussagen zur Versorgungsfunktion getroffen werden können. Insbesondere der ländlich periphere Raum, dessen Eigenversorgungscharakteristik im alten Konzept nur unzureichend abgebildet wird, erfährt im neuen Konzept eine Aufwertung, um die Anbindung der Bevölkerung an die ambulante fachärztliche Versorgung zu verbessern.

Sofern es sich um Mischkreise handelt, deren Bevölkerung sich in Gemeindeverbänden mit unterschiedlicher BBSR-Typisierungen differenziert, wurde eine direkte Zuordnung der Kreise zu einem Typ vorgenommen, sofern die Bevölkerung mehrheitlich in einem der fünf Versorgungszonen liegt. Ziel war es, dass bei der Typisierung in der Richtlinie die Grundcharakteristik eines Raums wiedergespiegelt wird. Eine Typisierung auf Basis des kalkulierten einwohnergewichteten Versorgungsniveaus in den jeweiligen Versorgungszonen hätte bei Vorliegen einer Majorität aufgrund der hohen Spreizung der zugrunde gelegten Niveaus für die jeweiligen Typen nach umfassenden Analysen zu Verwerfungen geführt, die der Versorgungsfunktion dieser Räume nicht gerecht geworden wäre.

### A-3 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.01.2012		Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat in neuen gesetzlichen Vorgaben dem G-BA aufgegeben, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie insbesondere eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder einzuführen.
22.02.2011 02.05.2011 19.09.2011 11.11.2011 12.12.2011	UA BPL	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerFO zur Vorbereitung einer Neufassung
17.09.2012	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe Redaktionsarbeit
05.11.2012	UA BPL	Beratung der Ergebnisse der AG Redaktionsarbeit BPI-RL
17.01.2012 08.02.2012 27.03.2012 25.04.2012 15.05.2012 22.06.2012 31.07.2012 13./14.08.12 20.08.2012 17.09.2012 16.10.2012 05.11.2012	UA BPL	Beratungen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch das GKV-VStG insbesondere zu <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsebenen</li> <li>• Arztgruppen</li> <li>• Planungsbereichen,</li> <li>• Kreistypenmodellen,</li> <li>• Verhältniszahlen</li> <li>• Bedarfsmodifizierenden Faktoren (z.B. Demografiefaktor),</li> </ul>
12.11.2012	UA BPL	<i>Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerFO) über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) für folgende Stellungnahmeberechtigten</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Bundesärztekammer (BÄK)</i></li> <li>• <i>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)</i></li> <li>• <i>Bundesdatenschutzbeauftragter (BfDI)</i></li> </ul>
17.12.2012	UA BPL	<i>Auswertung der Stellungnahmen</i>
17.12.2012	UA BPL	<i>Anhörung</i>

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
17.12.2012	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe, ZD)</li> </ul>
20.12.2012	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der BPL-RL
21.12.2012		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
31.12.2012		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.01.2013		Inkrafttreten

#### A-4 Fazit

[Der G-BA hat am 20. Dezember 2012 die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen und nach § 94 Absatz 1 SGB V dem Bundesministerium der Gesundheit vorgelegt.]

Beschluss

Veröffentlicht im BAnz vom 31. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B7)

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2012 die Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 15. Februar 2007 (BAnz. S. 3491), zuletzt geändert am 6. September 2012 (BAnz. AT 21.09.2012 B4) beschlossen:

Die bisherige Bedarfsplanungs-Richtlinie wird wie folgt gefasst:

**„Richtlinie  
des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über  
die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur  
Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung  
in der vertragsärztlichen Versorgung  
(Bedarfsplanungs-Richtlinie)**

**Inhalt**

1. Abschnitt: Allgemeines
  - § 1 Zweck und Regelungsbereich
  - § 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten
  - § 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften
2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung
  - § 4 Bedarfsplan
  - § 5 Versorgungsebenen
  - § 6 Arztgruppen
  - § 7 Planungsbereiche
  - § 8 Verhältniszahlen
  - § 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor
  - § 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung
3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung
  - § 11 Hausärztliche Versorgung
4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung
  - § 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung
  - § 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung
  - § 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung
  - § 15 Weitere Arztgruppen
  - § 16 Praxisnachfolge
5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung
  - § 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades
  - § 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

- § 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten
- § 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet
- § 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen
- § 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren
- 6. Abschnitt: Überversorgung
  - § 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung
  - § 24 Feststellung von Überversorgung
  - § 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung
  - § 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen
- 7. Abschnitt: Unterversorgung
  - § 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung
  - § 28 Definition der Unterversorgung
  - § 29 Definition der anzunehmenden Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung
  - § 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung
  - § 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung
  - § 32 Benachrichtigung des Landesausschusses
  - § 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss
  - § 34 Maßnahmen des Landesausschusses
  - § 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)
- 8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)
  - § 36 Zulassungstatbestände
  - § 37 Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen
  - § 38 Fachgebietswechsel
  - § 39 [unbesetzt]
- 9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen
  - § 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen
  - § 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung
  - § 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens
  - § 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen
  - § 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage
  - § 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren
  - § 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung
  - § 47 Psychotherapeuten und Jobsharing
- 10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur
  - § 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung
  - § 49 Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte

§ 50 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V

12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen

§ 59 Fachidentität bei Anstellung

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: Inkrafttreten

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

§ 64 [unbesetzt]

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen

§ 65 Planungsbereiche

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

Anlagen

## **1. Abschnitt: Allgemeines**

Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. Die in diesen Richtlinien verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

### **§ 1 Zweck und Regelungsbereich**

(1) Die Richtlinie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.

(2) Zu diesem Zweck regelt die Richtlinie auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen

1. die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Absatz 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
2. Beispiele regionaler Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne zur Begründung eines Abweichens von dieser Richtlinie herangezogen werden können (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V),
3. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1, § 101 Absatz 5, § 103 Absatz 1 SGB V; § 16 b Absatz 1 Satz 3 Ärzte-ZV).
4. Maßstäbe für zusätzliche lokale sowie für qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V),
5. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V),
6. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Absatz 1 SGB V; § 16 Absatz 1 Ärzte-ZV),
7. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V),
8. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung
  - von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,
  - von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätig sind,
  - von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigt sind,
  - von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie
  - von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellt sind,

bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,

9. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V),
  10. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Absatz 4 SGB V),
  11. Übergangsregelungen für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (nachfolgend Richtlinie 2007 genannt) an die Anforderungen der Neuregelung (nachfolgend Richtlinie 2012 genannt).
- (3) Soweit sich diese Richtlinie auf Ärzte bezieht, gilt sie entsprechend für Psychotherapeuten.

## **§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten**

Von dieser Richtlinie darf mit Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V können insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
  2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
  3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
  4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)
- sowie
5. 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.).

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Absatz 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

## **§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften**

- (1) Die Richtlinie gilt bundeseinheitlich. Absatz 2 bleibt unberührt.
- (2) Sofern gemäß § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 12 Absatz 3 Satz 2

Ärzte-ZV von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind diese bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

## 2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

### § 4 Bedarfsplan

- (1) <sup>1</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. <sup>2</sup>Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion. <sup>3</sup>Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen ist bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten. <sup>4</sup>Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. <sup>5</sup>Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). <sup>6</sup>Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich, erstmals spätestens zum 30. Juni 2013 die Berichterstattung über die arztgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsregion erstellt (Stand der Bedarfsplanung). <sup>7</sup>Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 4 und 5 genannten Fristen verkürzt werden. <sup>8</sup>Absatz 3 bleibt unberührt. <sup>9</sup>Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach den jeweiligen Landesregelungen i.V.m. §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV.
- (2) <sup>1</sup>Inhalt und Form des Bedarfsplans nach Absatz 1 Satz 2 richten sich nach der Anlage 2 dieser Richtlinie. <sup>2</sup>Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt basierend auf Anlage 2 eine Datensatzbeschreibung für die elektronische Übermittlung der Daten durch die KVen.
- (3) Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen benutzen das in Anlage 2.2 niedergelegte Schema, in der nach dieser Regelung jeweils aktualisierten Form; auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

### § 5 Versorgungsebenen

- (1) Als Grundstruktur der Bedarfsplanung werden vier Versorgungsebenen bestimmt, welche für die Zuordnung der Arztgruppen, den Zuschnitt der

Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:

1. hausärztliche Versorgung;
2. allgemeine fachärztliche Versorgung;
3. spezialisierte fachärztliche Versorgung;
4. gesonderte fachärztliche Versorgung.

(2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des 5. Abschnitts festgestellt.

## § 6 Arztgruppen

(1) Die Bestimmung der Arztgruppen erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.

(2) Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z.B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).

(3) Die gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordenbar sind.

(4) Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach §§ 11 - 14 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in der sie überwiegend ärztliche Leistungen erbringen. Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

## § 7 Planungsbereiche

<sup>1</sup>Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche). <sup>2</sup>Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. <sup>3</sup>Abweichend von Satz 1 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen. <sup>4</sup>Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. <sup>5</sup>Diese sind in

Anlage 3 ersichtlich. „Eine Zuordnung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.

### **§ 8 Verhältniszahlen**

- (1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen gemäß § 11 bis 14 dieser Richtlinie ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Absatz 1 Satz 4 und 5 sowie § 101 Absatz 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Absatz 2 SGB V bestimmt werden.
- (2) Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 1 zu bestimmen. Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.

### **§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor**

- (1) Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor modifiziert. Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor. Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor gemäß den Absätzen 3 bis 4 berechnet. Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen kann vom Demografiefaktor begründet nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abgewichen werden.
- (2) Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.
- (3) Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 65-jährigen bzw. 65-jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. Sie werden für die Frauenärzte auf der Basis der Frauen berechnet. Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. Die Altersfaktoren werden in allgemeine Altersfaktoren nach Nummer 1 und regionale Altersfaktoren nach Nummer 2 unterschieden.

1. Die allgemeinen Altersfaktoren werden zum Stichtag 31.12.2010 ermittelt.

Daraus ergeben sich folgende allgemeine Altersfaktoren:

	Allgemeiner Altersfaktor unter 65	Allgemeiner Altersfaktor 65 und älter
Gesamtbevölkerung	79,4	20,6
Bevölkerung (weiblich)	76,8	23,2

2. Die regionalen Altersfaktoren werden auf der Basis des letzten amtlichen Standes der Wohnbevölkerung im Planungsbereich berechnet.
- (4) Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung für fünf Jahre berechnet. Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen gemäß §§ 11 bis 13 dieser Richtlinie, die nicht nach Absatz 2 ausgeschlossen sind und für die Altersgruppen der Versicherten unter 65 Jahren bzw. 65 Jahre und älter zu ermitteln. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf ohne Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermittelt. Die ermittelten Punktzahlen sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe zu teilen. Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf je Versicherten der 65-Jährigen und älteren durch den Leistungsbedarf je Versicherten der unter 65-Jährigen geteilt. Das Ergebnis ist der Leistungsbedarfsfaktor. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 65-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 65-Jährigen aus.
- (5) Der Demografiefaktor wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt: Es wird die Summe aus dem allgemeinen Altersfaktor der unter 65 und dem Produkt von allgemeinem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor gebildet. Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus regionalem Altersfaktor der unter 65-jährigen und dem Produkt von regionalem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor.
- (6) Die Berechnungen der Absätze 3 und 5 werden einmal pro Jahr von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.
- (7) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.

- (8) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschlossen werden, soll der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.
- (9) Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungsrichtlinie tritt der Leistungsbedarfsfaktor nach Absatz 4 außer Kraft.
- (10) Die arztgruppenbezogenen Leistungsbedarfsfaktoren sowie ein Rechenbeispiel sind in Anlage 4 aufgeführt.

### **§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung**

<sup>1</sup>Der Landesausschuss hat auf der Grundlage der Bedarfspläne gemäß § 4 und von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. <sup>2</sup>Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigung erstrecken sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß § 12 jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

## **3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung**

### **§ 11 Hausärztliche Versorgung**

- (1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte.
- (2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Absatz 5 SGB V:
1. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V vorliegt,
  2. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1a Satz 1 Nummer 3 SGB V gewählt haben,
  3. sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben: Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).
- (4) Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere

Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.

- (4) Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. Die Region nach § 65 Absatz 3 bleibt unberührt.

#### **4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung**

##### **§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung**

- (1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte

- (2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. <sup>1</sup>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. <sup>2</sup>Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
3. Zur Arztgruppe der Frauenärzte gehören die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
4. Zur Arztgruppe der Hautärzte gehören die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.
5. Zur Arztgruppe der HNO-Ärzte gehören die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.
6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie.

7. Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
  8. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Absatz 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. Die Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 19 Absatz 1, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 5 SGB V vorliegt. Als Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:
    - ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der GKV zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,
    - Ärzte und Psychotherapeuten, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. erreichen bzw. überschreiten.
  9. Zur Arztgruppe der Urologen gehören die Fachärzte für Urologie.
  10. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.
- (5) Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des BBSR. Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage 6 beschrieben. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden. Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

- (4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“. Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

- (5) Für die Region nach § 65 Absatz 3 gelten gesonderte Verhältniszahlen.

### § 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

- (1) Der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (fachärztlich tätig)
3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

- (2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
2. <sup>1</sup>Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Absatz 5 Satz 3 SGB V gehören alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. <sup>2</sup>Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der

- Regelung des § 73 Absatz 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) gehören die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
  4. Zur Arztgruppe der Radiologen gehören die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.

(3) Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann auch für einzelne Arztgruppen eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V vorgenommen werden.

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

Die Verhältniszahl der Kinder- und Jugendpsychiater bezieht sich auf die bis unter 18-Jährigen.

(5) Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie soll der Zulassungsausschuss darauf hinwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

#### **§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung**

(1) Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Humangenetiker
2. Laborärzte
3. Neurochirurgen
4. Nuklearmediziner
5. Pathologen
6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner
7. Strahlentherapeuten

8. Transfusionsmediziner

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Humangenetiker gehören die Fachärzte für Humangenetik.
2. 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.
3. Zur Arztgruppe der Neurochirurgen gehören die Fachärzte für Neurochirurgie.
4. Zur Arztgruppe der Nuklearmediziner gehören die Fachärzte für Nuklearmedizin.
5. Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie und die Fachärzte für pathologische Anatomie.
6. Zur Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-Mediziner gehören die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Strahlentherapeuten gehören die Fachärzte für Strahlentherapie.
8. Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin.

(3) Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung. § 12 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV bleibt unberührt.

- (4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

Humangenetiker	606.384
Laborärzte	102.001
Neurochirurgen	161.207
Nuklearmediziner	118.468
Pathologen	120.910
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	170.542
Strahlentherapeuten	173.576
Transfusionsmediziner	1.322.452

#### **§ 15 Weitere Arztgruppen**

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in die Planung einbezogen werden.

#### **§ 16 Praxisnachfolge**

Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt. Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (z.B. bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzten (Psychiater/Neurologen)).

### **5. Abschnitt: Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung**

#### **§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades**

- (1) Die lokale Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt.

Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.

- (2) Bei der Feststellung nach Absatz 1 ist der Demografiefaktor zu berücksichtigen.
- (3) Die Berücksichtigung ermächtigter und angestellter Ärzte erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

### **§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten**

- (1) In der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte wird für die Feststellungen des Versorgungsgrades jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim lokalen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet. Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor halbiert.
- (2) Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v.H., jedoch nicht mehr als 90 v. H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. Ab dem 1. April 2005 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nummern 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM mit Stand vom 1. April 2005. Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der

Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.

- (3) Die Berücksichtigung ermächtigter Psychotherapeuten und angestellter Psychotherapeuten erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

### **§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten**

- (1) Hausärzte, welche zum Stichtag 31.12. des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht als Hausärzte erfasst, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Gruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.
- (2) Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

### **§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet**

Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren halbiert.

### **§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen**

- (1) Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete im Sinne der (M-)WBO zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum lokalen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet. Bei Ärzten nach Absatz 2, welche in zwei Fachgebieten tätig sind, wird der Faktor halbiert.
- (2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV beschränkt haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.
- (3) Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Absatz 9 Satz 1 SGB V und die in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach den §§ 51 und 58 auf den Versorgungsgrad

angerechnet. Die Regelung findet auch Anwendung auf angestellte Ärzte in Eigeneinrichtungen nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V.

- (4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16 b Absatz 3 und 4 Ärzte-ZV, wird der angestellte Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nach dem Anrechnungsfaktor gemäß Absatz 3 berücksichtigt.
- (5) Bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung gemäß § 95 Absatz 9b SGB V wird der Arzt, der bisher als Angestellter mit dem Faktor 1 oder 0,75 gezählt wurde, voll zugelassen (mit dem Faktor 1 angerechnet). Bei einer bisherigen Anrechnung als Angestellter mit dem Faktor 0,5 erfolgt die hälftige Zulassung (mit dem Faktor 0,5 angerechnet).

## **§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren**

- (1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet. Abweichungen hiervon können einvernehmlich nach Maßgabe des Absatzes 2 Satz 1 getroffen werden.
- (2) Das Maß der Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen soll regional einvernehmlich zwischen den für die Bedarfsplanung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgelegt werden. Dabei kann der Umfang der Anrechnung nur in fachgebietsbezogenen Vollversorgungsaufträgen berechnet werden.

## **6. Abschnitt: Überversorgung**

### **§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung**

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt zu verfahren:

1. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 19 bis 22 zu berücksichtigen;
2. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 24 festzustellen.

**§ 24 Feststellung von Überversorgung**

Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten lokalen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H. (die lokale Arzt/Einwohnerrelation übersteigt um 10 Prozent die allgemeine Arzt/Einwohnerrelation), so ist Überversorgung anzunehmen. Dies gilt auch bei der Anwendung von Korrekturfaktoren.

**§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung**

- (1) Bei der Feststellung nach § 24 hat der Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Absatz 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:
1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und als Anzahl der Psychotherapeuten auszudrücken.
  2. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
  3. Anhand der Zahl der Psychotherapeuten nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Ärzte und Psychotherapeuten festzustellen, die gemäß § 12 Absatz 2 Nummer 8 der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (Quote).
  4. Bei der Beurteilung von Überversorgung sind die Quoten nach den Nummern 2 und 3 mit den zahlenmäßig voll in Betracht kommenden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde zu legen, auch soweit Quoten durch eine entsprechende Zahl der Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft sind (§ 101 Absatz 4 Satz 5 und 6 SGB V).
  5. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Absatz 4 SGB V – ausgedrückt in der Anzahl der Psychotherapeuten – in jedem Versorgungsanteil Ärzte oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
  6. Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 5 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 10 zu treffen. Die letztmalige Feststellung nach § 101 Absatz 4 Sätze 5 und 6 ist spätestens mit erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3 für das Jahr 2013 zu treffen.

- (2) Bei den Feststellungen nach den Nummern 1 bis 3 wird auf halbe Zulassungen oder Genehmigungen aufgerundet.
- (3) Ab 1. Januar 2014 gilt Absatz 1 mit folgender Maßgabe: Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nummer 2 ist ein 50 %-Anteil für Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nummer 4 gesondert einzubeziehen. Absatz 1 Nummer 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend.
- (4) Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 festgestellten nicht ausgeschöpften Zahlen an Psychotherapeuten Zulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Ärztliche Psychotherapeuten erteilen. Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26. Der Versorgungsanteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird nicht einbezogen.

**§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen**

- (1) Kommt der Landesausschuss nach einer Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht. Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Absatz 4 Ärzte-ZV geprüft werden.
- (2) <sup>1</sup>Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach den §§ 46 oder 47 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. <sup>2</sup>Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Absatz 3 Satz 2 SGB V).

- (3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfanges des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.
- (4) <sup>1</sup>Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:
1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Absatz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.
  2. <sup>1</sup>In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. <sup>2</sup>Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.
  3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
    - berufliche Eignung,
    - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
    - Approbationsalter,
    - Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
    - bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
    - Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).
- (6) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 5 SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung oder der Anstellung zu entscheiden.

## **7. Abschnitt: Unterversorgung**

### **§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung**

Bei der Feststellung von Unterversorgung für einen vertragsärztlichen Planungsbereich ist von der Allgemeinen Verhältniszahl für die jeweilige Arztgruppe nach §§ 11 bis 13 als Allgemeine Verhältniszahlen auszugehen.

### **§ 28 Definition der Unterversorgung**

Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann.

### **§ 29 Definition der anzunehmenden Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung**

Das Vorliegen einer Unterversorgung ist anzunehmen, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung (§ 11) den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ 12) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ 13) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.

### **§ 30 Prüfung auf Unterversorgung oder drohende Unterversorgung**

1Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. 2Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

### **§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung**

(1) Bei der Prüfung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:

1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxismgemeinschaft) und – soweit

- möglich – der Versorgungsbeitrag;
2. Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen;
  3. Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer Allgemein-/Praktischen Ärzten andere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
- (2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach §§ 11 bis 14 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so ist aufgrund der Prüfung vor Ort der tatsächliche Bedarf auszuweisen.

### **§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses**

Ergibt die Prüfung für die Kassenärztliche Vereinigung oder für einen Landesverband der Krankenkassen oder für die Ersatzkassen, dass eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem Planungsbereich anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.

### **§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss**

- (1) Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht.
- (2) 1Die Prüfung, ob die hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern (Stand der Bedarfsplanung Anlage 2.2) enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. 2Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder der Ersatzkassen anzufordern.

### **§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses**

Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des SGB V und der Ärzte-ZV.

**§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)**

Diese Regelung wird bis zum 30.4.2013 durch den G-BA neu gefasst. Bis dahin gilt die hier eingefügte, mit § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 6. September 2012) inhaltsgleiche Regelung.

- (1) <sup>1</sup>Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereichs in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 bis 33 vorliegt. <sup>2</sup>Die Prüfung auf einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf erfolgt auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse durch den Landesausschuss.
- (2) <sup>1</sup>Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. <sup>2</sup>Als Bezugsregionen können Altkreise, einzelne Verwaltungsgemeinschaften, Städte, Gemeinden oder andere Bezugsregionen gewählt werden. <sup>3</sup>Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist.
- (3) Das Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs ist zu prüfen, soweit in der durch den Landesausschuss nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 28 erfüllt sind.
- (4) <sup>1</sup>Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung auch dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 3 nicht erfüllt sind. <sup>2</sup>Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist -die drei Monate nicht überschreiten darf- durchzuführen.
- (5) §§ 32 und 33 gelten entsprechend.
- (6) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
  1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur (inklusive des Abgabealters 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;
  2. 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;

3. Qualität der infrastrukturellen Anbindung.

### **8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)**

Die §§ 36, 37 und 38 werden bis zum 30.4.2013 durch den G-BA neu geregelt. Bis zur Neuregelung gelten die hier eingefügten, mit dem Abschnitt 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 6. September 2012) inhaltsgleichen Regelungen.

#### **§ 36 Zulassungstatbestände**

(1) Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt:

- a) Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises.
- b) <sup>1</sup>Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist. <sup>2</sup>Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. <sup>3</sup>Voraussetzung für eine Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist. <sup>4</sup>Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. <sup>5</sup>Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.
- c) <sup>1</sup>Eine qualitätsbezogene Ausnahme kann gestattet werden, wenn durch die Zulassung eines Vertragsarztes, der spezielle ärztliche Tätigkeiten ausübt, die Bildung einer ärztlichen

- Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben ermöglicht wird (z. B. kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxen). <sup>2</sup>Buchstabe a gilt entsprechend.
- d) <sup>1</sup>Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn unbeschadet der festgestellten Überversorgung in einer Arztgruppe, welche nach ihrer Gebietsbeschreibung auch ambulante Operationen einschließt, diese Versorgungsform nicht in ausreichendem Maße angeboten wird. <sup>2</sup>Voraussetzung für eine Ausnahme ist, dass der Vertragsarzt, der sich um die Zulassung bewirbt, schwerpunktmäßig ambulante Operationen aufgrund der dafür erforderlichen Einrichtungen ausübt. <sup>3</sup>Dasselbe gilt im Falle einer Gemeinschaftspraxisbildung mit dem Schwerpunkt ambulante Operationen. <sup>4</sup>Bei der Bedarfsfeststellung bleibt das Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern gemäß § 115 b SGB V außer Betracht.
- e) <sup>1</sup>Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung
1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
  2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Absatz 1 und 2 der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge)
- die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen. <sup>2</sup>Die Zulassung in den Fällen der Buchstaben a bis d setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. <sup>3</sup>Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.
- f) Die Deckung eines Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

### § 37 Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen

- (1) <sup>1</sup>Die Zulassung gemäß § 36 ist im Falle der Buchstaben a und b an den Ort der Niederlassung gebunden und hat in den Fällen der Buchstaben b bis d mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind. <sup>2</sup>Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Absatz 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.

- (2) Im Falle von Buchstabe e wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung; diese Beschränkung endet, wenn Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten aufgehoben werden, jedoch nur im Umfang des Aufhebungsbeschlusses nach § 26 Absatz 1 und unter Beachtung der Reihenfolgeregelung nach § 26 Absatz 2 Satz 1 letzter Halbsatz und Absatz 4.
- (3) Eine Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

### **§ 38 Fachgebietswechsel**

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, für welches er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für das Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

### **§ 39 [unbesetzt]**

## **9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen**

### **§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen**

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Absatz 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).
2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 41 zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu

überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragssteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

#### **§ 41 Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung**

- (1) <sup>1</sup>Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Nummer 4 SGB V erforderlich. <sup>2</sup>Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. <sup>3</sup>Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. <sup>4</sup>Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. <sup>5</sup>Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Absatz 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. <sup>6</sup>Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.
- (2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Absatz 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein-/Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein-/Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.
- (3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,
1. wenn sich ein Facharzt für Anästhesiologie mit einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie zusammenschließt oder
  2. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit einem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zusammenschließt oder
  3. wenn sich ein Facharzt für Orthopädie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt oder
  4. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

- zusammenschließt oder
5. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
  6. wenn sich ein Facharzt für Kinderheilkunde mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zusammenschließt oder
  7. wenn sich ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammenschließt oder
  8. wenn sich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammenschließt oder
  9. wenn sich ein Facharzt für Psychiatrie mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zusammenschließt oder
  10. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt.
- (4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen.
- (5) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen.
- (6) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Chirurgie, deren Gebietsbezeichnung aus einer Schwerpunktbezeichnung hervorgegangen ist, mit Chirurgen mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen; dies gilt nicht für die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- (7) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.
- (8) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Laborarzt mit einem Arzt aus dem Gebiet der Mikrobiologie zusammenschließt, sofern die Tätigkeit des Mikrobiologen auf die Labortätigkeit beschränkt wird.

**§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens**

- (1) <sup>1</sup>Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). <sup>2</sup>Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. <sup>3</sup>Das Überschreitungsvolumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. <sup>4</sup>Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. <sup>5</sup>Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. <sup>6</sup>Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44. <sup>7</sup>Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. <sup>8</sup>Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.
- (2) Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und Punktzahlen gebildet werden.

**§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen**

<sup>1</sup>Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. <sup>2</sup>Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. <sup>3</sup>Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 42 entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis oder ein fachverschiedenes Medizinisches Versorgungszentrum, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.

#### **§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage**

<sup>1</sup>Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. <sup>2</sup>Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. <sup>3</sup>Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.

#### **§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren**

<sup>1</sup>Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). <sup>2</sup>Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. <sup>3</sup>Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:

PzVol

———— = Fakt

PzFg

<sup>4</sup>Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. <sup>5</sup>Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 42 Absatz 1 Satz 7 bleibt hiervon unberührt). <sup>6</sup>Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit.

#### **§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung**

Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach den §§ 40 und 41 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

#### **§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing**

Die Bestimmungen der §§ 40 bis 46 gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:

1. Gemeinsame Berufsausübung im Sinne des § 40 ist nur unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam zulässig.
2. Arztgruppe im Sinne des § 41 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

#### **10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur**

#### **§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung**

Die Vorschrift wird bis zum 30.06.2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss neu geregelt. Bis dahin gilt die hier eingefügte, mit § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 6. September 2012) inhaltsgleiche Regelung.

Für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung sollten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Innerhalb der einzelnen Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den in der hausärztlichen Versorgung und den in der fachärztlichen Versorgung tätigen Ärzten bestehen, wobei der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte 60 v.H. der Gesamtzahl der im Planungsbereich tätigen Ärzte betragen sollte.
2. Auch innerhalb der hausärztlichen Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis der dafür vorgesehenen einzelnen Arztgruppen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur bestehen.

#### **§ 49 Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte**

Bei der Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sind nur die Arztgruppen zu erfassen, welche gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

**§ 50 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur**

<sup>1</sup>Weicht der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in einem Planungsbereich wesentlich von dem nach § 48 Nummer 1 festgelegten Anteil ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Niederlassungsberatung auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken.  
<sup>2</sup>Das gleiche gilt, wenn ein unausgewogenes Verhältnis unter den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen besteht.

**11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse**

**§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren**

(1) <sup>1</sup>Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. <sup>2</sup>Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. <sup>3</sup>Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfangs in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

(2) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.

## **§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing**

1Für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 entsprechend; für die Anstellung von Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 mit den Maßgaben des § 47 entsprechend. 2Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder des ausgeschiedenen Psychotherapeuten möglich ist.

## **§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung**

(1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 36 und 37 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden.
2. 1Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. 2Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Absatz 4 a Satz 3 SGB V nach § 37 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

(2) Bei einem Fachgebietswechsel des aufgrund von Sonderbedarf zugelassenen oder angestellten Arztes findet § 38 Anwendung.

## **§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung**

In den zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum oder mehreren medizinischen Versorgungszentren gilt § 62 entsprechend.

## **§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen**

1Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 51, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. 2Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.

**§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung**

Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Absatz 4a Satz 2 SGB V nach Beendigung seiner Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

**§ 57 Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V**

- (1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V entsprechend.
- (2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Absatz 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Absatz 4a Satz 3 SGB V.

**12. Abschnitt: Beschäftigung von angestellten Ärzten****§ 58 Anstellungsvoraussetzungen**

- (1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
  1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
  2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
  3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.
- (2) <sup>1</sup>Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. <sup>2</sup>Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 11 bis 14. <sup>3</sup>Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des lokalen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. <sup>4</sup>Dabei gelten folgende

Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

- (3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.
- (4) <sup>1</sup>Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Absatz 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. <sup>2</sup>Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Absatz 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. <sup>3</sup>Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.
- (5) <sup>1</sup>Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 42 festzusetzen hat, anerkennt. <sup>2</sup>Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung.
- (6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Absatz 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 55 entsprechend.
- (7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

### § 59 Fachidentität bei Anstellung

<sup>1</sup>Fachidentität im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 Absatz 2 bis 7 gelten entsprechend. <sup>2</sup>Dabei genügt eine übereinstimmende

Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. <sup>3</sup>Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. <sup>4</sup>Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

## **§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens**

- (1) <sup>1</sup>Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. <sup>2</sup>Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 42 bis 45 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.
- (2) <sup>1</sup>Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. <sup>2</sup>Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftsbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Ärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Arztes – nicht erweitert werden.

## **§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten**

Die Bestimmungen der §§ 58 bis 59 gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Absatz 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt folgende Regelung: Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kinder- und Jugendlichen.

2. Fachidentität im Sinne der §§ 58 und 59 ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nummer 1 bleibt unberührt.

## **§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung**

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 21 Absatz 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

## **13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen**

### **Unterabschnitt 1: Inkrafttreten**

## **§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist**

- (1) Diese Richtlinie (Richtlinie 2012) tritt am 1. Januar 2013 mit den folgenden Maßgaben in Kraft. Zugleich tritt die Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 15. Februar 2007 (Richtlinie 2007) außer Kraft.
- (2) Der Landesausschuss trifft erstmals mit Wirkung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Richtlinie und bis spätestens zum 30. Juni 2013 gleichzeitig Beschlüsse nach § 103 Absatz 1 Satz 1 sowie Satz 2 SGB V auf Basis des nach der Richtlinie 2012 beschlossenen Bedarfsplans, der dem Landesausschuss gemäß § 4 rechtzeitig zur Verfügung gestellt wurde.
- (3) Besteht keine Überversorgung, ist die Feststellung, dass keine Überversorgung besteht, mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis Überversorgung eingetreten ist. Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. § 26 Absatz 2 bis 5 ist entsprechend anzuwenden.
- (4) Für die Arztgruppen nach § 14 und § 13 Absatz 1 Nummer 3 sollen die Beschlüsse nach Absatz 2 und 3 spätestens bis zum 15. Februar 2013 getroffen werden. Über nach dem 6. September 2012 gestellte Zulassungsanträge dieser Arztgruppen kann erst entschieden werden, wenn der Landesausschuss die Entscheidungen nach Absatz 2 und 3 getroffen hat. Anträge nach Satz 2 sind wegen Zulassungsbeschränkungen auch dann abzulehnen, wenn diese noch nicht bei der Antragsstellung angeordnet waren.

- (5) Für entsprechend der Ärzte-ZV ordnungsgemäß und vollständig gestellte Zulassungsanträge der Arztgruppen nach §§ 11, 12 und 13 Absatz 1 Nummer 1, 2 und 4, die vor den Beschlüssen des Landesausschusses nach den Absätzen 2 und 3 gestellt worden sind, gilt die Richtlinie 2007 weiter. Dies gilt insbesondere auch für den Zeitraum einer Beanstandung nach § 90 Absatz 6 SGB V.
- (6) Die Absätze 1 bis 5 gelten auch für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.
- (7) Werden Planungsbereiche abweichend von den Grundmustern der §§ 11 bis 13 von den zuständigen Gremien bestimmt, sollen sie mit Wirkung zum 1. Juli 2013 so rechtzeitig bekannt gegeben werden, dass Zulassungsbewerber entsprechende Vorbereitungen für eine Zulassung treffen können. Gibt es mehrere Zulassungsbewerber, findet das Verfahren nach § 26 Anwendung.
- (8) Der Demografiefaktor in der Fassung der Richtlinie 2012 kann ab 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 auch auf Maßnahmen und Entscheidungen angewendet werden, für die nach der Richtlinie 2007 die Anwendung vorgeschrieben ist.

#### **§ 64 [unbesetzt]**

#### **Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen**

#### **§ 65 Planungsbereiche**

- (1) Soweit nach Inkrafttreten dieser Richtlinie Planungsbereiche neu festgelegt werden und von den bisherigen Planungsbereichen nach der Richtlinie 2007 abweichen, kann der Landesausschuss in einem Zeitraum von 3 Jahren ab 1. Juli 2013 innerhalb der Planungsbereiche nach der Richtlinie 2012 Planungsbereiche nach der Richtlinie 2007 feststellen, die nach der Richtlinie 2007 überversorgt waren und für diese so lange Überversorgung feststellen, bis Planungsbereiche nach der Richtlinie 2007, die nach der Neubestimmung des Planungsbereichs bis zu einem Versorgungsgrad unter 100 v. H. versorgt sind, einen Versorgungsgrad von 100 v. H. in der Arztgruppe erreicht haben. Die Feststellung der Überversorgung endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.
- (2) Das Ruhrgebiet wird als Region gesondert beplant. Diese Region umfasst die in Absatz 4 aufgeführten kreisfreien Städte und Landkreise. Für diese Region gelten die in Absatz 5 genannten Verhältniszahlen. Innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie wird die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet erhoben und die Regelung zum Ruhrgebiet erneut im G-BA überprüft und erforderlichenfalls angepasst. Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraumes von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für

das Ruhrgebiet beschlossen, so treten die Sonderregelungen außer Kraft.

- (3) Die zur Region Ruhrgebiet zuzuordnenden kreisfreien Städte und Landkreise sind: Bochum, Stadt; Bottrop, Stadt; Dortmund, Stadt; Duisburg, Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Essen, Stadt; Gelsenkirchen, Stadt; Hagen, Stadt; Hamm, Stadt; Herne, Stadt; Mülheim an der Ruhr, Stadt; Oberhausen, Stadt; Recklinghausen; Unna; Wesel.

- (4) Für die Region Ruhrgebiet gelten die Verhältniszahlen:

<b>Arztgruppe</b>	<b>Verhältniszahl</b>
Hausärzte	2.134
Augenärzte	20.440
Chirurgen	34.591
Frauenärzte	5.555
HNO-Ärzte	25.334
Hautärzte	35.736
Kinderärzte	3.527
Nervenärzte	31.373
Orthopäden	22.578
Psychotherapeuten	8.743
Urologen	37.215
Anästhesisten	58.218
Fachärztlich tätige Internisten	24.396
Radiologen	51.392

Analog zum § 12 Absatz 3 bezieht sich die Verhältniszahl bei den Kinderärzten und Frauenärzten auf die „bis unter 18-Jährigen“ bzw. auf die weibliche Bevölkerung. Für bislang unbeplante Arztgruppen gelten die Verhältniszahlen nach den §§ 13 und 14.

- (5) Erstreckt sich eine Raumordnungsregion, die Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebiets umfasst, über die Ruhrgebietsgrenze hinaus, gelten auch dort in der Übergangszeit gemäß Absatz 3 die für das Ruhrgebiet maßgeblichen Verhältniszahlen.

#### **§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad**

- (1) Bewirken die Berechnungen der Verhältniszahlen für die vorgenannten Versorgungsebenen und den jeweiligen planungsbereichsbezogenen Versorgungsgrad im Planungsbereich und für die maßgebliche Arztgruppe eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann der Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen ab der Anwendung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 angeglichen werden. Die Angleichung erfolgt auf Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 2 mit Ausnahme der Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten und ist im Bedarfsplan auszuweisen. Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan auszuweisen.
- (2) Die Regelung des Absatzes 1 schließt weitere zulässige und begründete Anpassungen nach § 2 nicht aus.
- (3) Die angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für Entscheidungen des Landesausschusses über Unter- und Überversorgung sowie hinsichtlich der notwendigen Feststellungen zum Sonderbedarf. Bei der Berechnung der anzupassenden Verhältniszahlen werden die sich aus der Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 ergebenden Veränderungen nicht berücksichtigt. Notwendige Berechnungen aufgrund des § 9 und entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bleiben unberührt.

#### **§ 67 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen**

Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann der Landesausschuss für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgung für das Gebiet eines Zulassungsbezirkes oder des KV-Bezirks ab erstmaliger Anwendung dieser Richtlinie gemäß § 63 Absatz 3 innerhalb eines Zeitraums von 3 Jahren folgende Regelung umsetzen:

Nach Feststellung der Verhältniszahlen unter Anwendung des Demografiefaktors werden in der jeweiligen Arztgruppe die Versorgungsgrade aller Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verglichen. Planungsbereiche, in denen der Versorgungsgrad relativ am niedrigsten ist, ohne dass Unterversorgung vorliegt, sind auszuweisen. Verbleiben danach mindestens ein Fünftel aller Planungsbereiche in der Versorgungsgradstufe unter 100 v.H. für die Arztgruppe, mindestens jedoch zwei Planungsbereiche, können einzelne oder die übrigen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 v.H. und 110 v.H. für

Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Diese Planungsbereiche gelten i.S.v. § 104 SGB V als überversorgt. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche im Zulassungsbezirk oder KV-Bezirk entsprechend der Entscheidung nach Satz 1 gesperrt werden. Die Feststellung der Überversorgungen endet spätestens mit dem Auslaufen der Übergangszeit.

### **Anlagen**

**Anlage 1: Arztzahlen**

**Anlage 2: Bedarfsplan und Planungsblätter**

**Anlage 3: Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15**

**Anlage 4: Demografiefaktor**

**Anlage 5: Ermittlung der Verhältniszahlen**

**Anlage 6: Methodik der Typisierung der Kreise**

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

**Tabelle 1.0**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte <sup>1)</sup>		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99 999	99,9	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen <sup>2)</sup>												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktsbezeichnung

**Tabelle 1.1**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte <sup>1)</sup>		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl	Insgesamt Anzahl	Darunter: weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Chirurgie												
2	...												
3	...												
4	...												
5	HNO-Heilkunde												
6	...												
7	...												
8	...												
9	Innere Medizin												
10	...												
11	...												
12	...												
13	Kinderheilkunde	00 000	00,0	0 000	00 000	00,0	0 000	0 000	0 000	0 000	0 000	0 000	0 000
14	...												
15	...												
16	...												
17	Orthopädie												
18	...												
19	...												
20	...												
21	Pathologie												
22	...												
23	...												
24	Radiologie												
25	...												
26	...												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

	<b>In der vertragsärztlichen Praxis tätige ausländische Ärzte</b>	<b>Tabelle 2</b> Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	---	---

Lf. Nr.	Arztgruppe	EU-Staaten									Übrige europäische Staaten	Außer-europäische Staaten	Summe ausländische Ärzte
		Benelux-Staaten	Dänemark	Frankreich	Griechenland	Großbritannien	Italien	Spanien	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen <sup>2)</sup>												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachhät. Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

**Tabelle 3**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

### Altersstruktur der Vertragsärzte

Lf. Nr.	Arztgruppe	Bis 34		35 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		über 65	
		Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen <sup>1)</sup>												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachhät. Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

Vertragsärzte in der haus- sowie fachärztlichen Versorgung

**Tabelle 4**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

Lf. Nr.	Kassenärztliche Vereinigung	Hausärztliche Versorgung						Fachärztliche Versorgung				Versorgung gesamt	
		Allgem./-/Praktische Ärzte Anzahl	Internisten mit Hausarztentsch. Anzahl	Summe Hausärzte (Sp. 1+2) Anzahl	Kinderärzte Anzahl	Verträ.i.d.hausä.Vers. (Sp. 3+4) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Internisten ohne Hausarztentsch. Anzahl	Übrige Gebietsärzte Anzahl	Su. Verträ. i.d.fä.Vers. (Sp. 7+8) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Su. Vertragsärzte (Sp. 5+9) Anzahl	Verhältnis haus- u. fachä.Vers. in Prozent
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Baden-Württemberg												
2	Bayerns												
3	Berlin												
4	Brandenburg												
5	Bremen												
6	Hamburg												
7	Hessen												
8	Mecklenburg-Vorpommern	99 999	99 999	9 999	99 999	99 999	± 99,9	9 999	9 999	9 999	± 99,9	9 999	99 : 99
9	Niedersachsen												
10	Nordrhein												
11	Rheinland-Pfalz												
12	Saarland												
13	Sachsen												
14	Sachsen-Anhalt												
15	Schleswig-Holstein												
16	Thüringen												
17	Westfalen-Lippe												
18	Bundesgebiet insgesamt												

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten sowie hausärztliche und fachärztliche Versorgung entsprechend § 73 Abs. 1a sowie § 101 Abs. 5 SGB V

**Anmerkungen:**

- Spalte 1 Allgemein- / Praktische Ärzte ohne Facharztgenehmigung
- Spalte 2 Ohne Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
- Spalte 3 Hausärzte nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie
- Spalte 5 Hausärzte nach der EBM-Definition
- Spalte 1 bis 5 Ohne Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit
- Spalte 7 Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
- Spalte 8 Einschließlich der Allgemein- / Praktischen Ärzte mit Facharztgenehmigung  
Einschließlich der Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit  
Ohne die zusätzlich fachärztlich tätigen Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

**Tabelle 5**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

		Ärzte in Gemeinschaftspraxen (einschließlich Job-Sharing-Praxen)					
Lf. Nr.	Arztgruppe	Vertragsärzte			Partner- Ärzte <sup>1)</sup> Anzahl	Angestellte Ärzte Anzahl	Ärzte Sp. 1 + 4 + 5 Anzahl
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent			
	0	1	2	3	4	5	6
1	Allgemeinärzte						
2	Praktische Ärzte / Ärzte						
3	Anästhesisten						
4	Augenärzte						
5	Chirurgen						
6	Frauenärzte						
7	HNO-Ärzte						
8	Hautärzte						
9	Internisten						
10	Kinderärzte						
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	± 99,9	99,9	99 999	99 999	99 999
12	Laborärzte						
13	Lungenärzte						
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.						
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.						
16	Neurochirurgen						
17	Orthopädie						
18	Pathologen						
19	Ärztliche Psychotherapeuten						
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.						
21	Nuklearmediziner						
22	Urologen						
23	Übrige Arztgruppen <sup>1)</sup>						
24	Summe Arztgruppen						
25	Darunter: Hausärzte						
26	Fachhät. Internist.						
<b>Nachrichtlich:</b> Anzahl der Praxen		9 999			Darunter, Fachübergreifend:		9 999
1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V      2) <u>Enthalten:</u> Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner							

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

**Tabelle 6**  
Bundesgebiet/KV/  
Planungsbereich  
Stand:

## Ärzte mit belegärztlicher Anerkennung

Lf. Nr.	Arztgruppe	Belegärzte			Belegbare Betten					
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent	bis 10 Betten		10 bis 20 Betten		über 20 Betten	
					Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	9 999	99,9	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen <sup>1)</sup>									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachh. tät. Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Stand: 15.02.2007

Anlage 1

	<b>Zugänge und Abgänge an Vertragsärzten im Berichtsjahr</b>	<b>Tabelle 7</b> Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	--	---

Lf. Nr.	Arztgruppe	Zugang				Umschreibung		Abgang		
		Zulassungsbeginn		Veränderung in Prozent	Anteil am Gesamtzugang in %	KV-intern Anzahl	KV-extern Anzahl	Zulassungsende		Veränderung in Prozent
		Anzahl Ärzte Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr					Anzahl Ärzte Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99 999	99,9	99,9	99 999	99 999	99 999	99 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen <sup>1)</sup>									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachhä.tät.Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Anlage 1.1

	<b>An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten</b>	Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	--	---

Lf. Nr.	Berufsgruppe	Teilnehmende Psychol. Psychotherap. Sp. 2+3+4+7 Anzahl	Tätig in der Praxis			Ermächtigt		Summe Spalte 5+6 Anzahl
			Zugelassen nach § 95 Abs. 10 SGB V bzw. § 24 Ärzte-ZV Anzahl	Partner nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V Anzahl	Angestellt nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V Anzahl	nach § 95 Abs. 11 SGBV Anzahl	nach §§ 31 / 31a Ärzte-ZV Anzahl	
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	<b>Psychologische Psychotherapeuten *</b>							
1. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fundierte psychologische Psychotherapie							
1. 2	Nur tiefenpsycholog. fund. psychol. Psychoth. auch f. Kinder u. Jugendl.							
1. 3	Psychologische Verhaltenstherapie							
1. 4	Psychologische Verhaltenstherapie auch für Kinder und Jugendliche							
1. 5	Nur analytische psychologische Psychotherapie							
1. 6	Nur analytische psychologische Psychotherapie auch f. Kinder u. Jugendl.							
1. 7	Tiefenpsychologisch fundierte u. analytische psychol. Psychotherapie							
1. 8	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. auch f. Ki. u. Jugendl.							
1. 9	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie							
1.10	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
1.11	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie							
2	<b>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten *</b>							
2. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fund. psych. Psychoth. <b>nur</b> f. Kinder u. Jugendl.							
2. 2	Psychologische Verhaltenstherapie <b>nur</b> für Kinder und Jugendliche							
2. 3	Nur analytische psychologische Psychotherapie <b>nur</b> f. Kinder u. Jugendl.							
2. 4	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. <b>nur</b> f. Kind. u. Jugendl.							
2. 5	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie							
2. 6	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
2. 7	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie							
3	<b>Summe Psychologische Psychoth. und Kinder- und Jugendlichenpsychoth.</b>							

Anmerkung: \*) Tatsächliche Psychotherapeutenzahl. Die Addition der Leistungsbereiche ergibt nicht diese Summe.

## Anlage 2: Bedarfsplan und Planungsblätter

### Anlage 2.1: Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie

Der Bedarfsplan nach § 4 Abs. 1 Bedarfsplanungsrichtlinie sollte folgende Gliederung aufweisen.

<b>1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ä-ZV)</b>	<b>Grund- sätze der Bedarfs- planung</b>	alle 3 bis 5 Jahre
1.1 Ärztliche Versorgung		
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung		
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren		
1.4 Geografische Besonderheiten		
1.5 Ziele der Bedarfsplanung		
<b>2. Bedarfsplanung</b>		
Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung		
<i>systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, z.B. Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung</i>		
<b>3. Planungsblätter</b>	<b>Stand der Bedarfs- planung</b>	i.d.R. alle 6 Monate
Entsprechend Anlage 2.2		

Anlage 2.2.: Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung																	
KV-Gebiet	...		Arztgruppe														
Datum	...		Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe <sup>1</sup> (z.B. BPI-RiLi, WBO, Abrechnung etc.)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Name des Planungsbereichs	Gemeindefinanzierung der Gemeinden im Planungsbereich <sup>1</sup>	EW im Planungsbereich	Verhältniszahl im Planungsbereich	angepasste Verhältniszahl <sup>2</sup>	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte	Darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften	Versorgungsgrad <sup>3</sup>	Versorgungsgrad im Vorjahr <sup>4</sup>	Planungsbereich gesperrt <sup>1</sup>	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung <sup>3</sup>	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Unterversorgung <sup>1</sup>	drohende Unterversorgung <sup>1</sup>	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt <sup>5</sup>
								(Sp. 6 + 7 + 8)				(1 = ja / 2 = nein)			(1 = ja / 2 = nein)		
Planungsbereich 1																	
Planungsbereich 2																	

<sup>1</sup> Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

<sup>2</sup> Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor gem. § 9 etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

<sup>3</sup> Hier wird mathematisch auf eine Stelle nach dem Komma gerundet.

<sup>4</sup> Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.

<sup>5</sup> Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

**Anlage 2.3.: Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss**

**Allgemeine fachärztliche Versorgung**

KV-Gebiet		...		
Datum		...		
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich <sup>6</sup>	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

**Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

KV-Gebiet		...		
Datum		...		
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich <sup>1</sup>	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

„Für die Dokumentation der Quotenregelungen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten können regional die Planungsblätter der Anlage 2.4 der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 an-gewendet werden.“

<sup>6</sup> Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

ERGÄNZUNG: Anlage 3.1: Mittelbereiche nach § 10 Abs. 2

Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 31.12.2009

Eine Abgrenzung der Mittelbereiche seitens des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung mit der Referenz Gemeinden zu Mittelbereichen findet man unter [www.g-ba.de/.....](http://www.g-ba.de/.....)

Für die Mittelbereiche, die im Gebiet nach § 65 Abs. 3a liegen, gilt die in Abs. 3b festgelegte Verhältniszahl für Hausärzte.

Die Mittelbereiche des Ruhrgebiets sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
50105	Wesel/Hamminkeln	50332	Gladbeck
50106	Xanten	50333	Gelsenkirchen
50109	Kamp-Lintfort	50529	Hagen
50110	Rheinberg	50530	Schwerte
50111	Voerde	50531	Ennepetal
50112	Dinslaken	50532	Gevelsberg
50113	Neukirchen-Vluyn	50533	Wetter
50114	Moers	50534	Sprockhövel
50115	Oberhausen	50535	Schwelm
50116	Essen	50536	Hattingen
50117	Mülheim an der Ruhr	50537	Witten
50118	Duisburg	50538	Herdecke
50316	Haltern	50539	Bochum
50323	Dorsten	50540	Unna
50324	Marl	50541	Dortmund
50325	Herten	50542	Kamen
50326	Recklinghausen	50543	Bergkamen
50327	Oer-Erkenschwick	50544	Hamm
50328	Datteln	50545	Lünen
50329	Waltrop	50546	Werne
50330	Castrop-Rauxel	50547	Herne
50331	Bottrop		

KV übergreifende Mittelbereiche, die gemäß der Richtlinie getrennt werden müssen, sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

Anlage 3.2: Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Abs. 3

Zuordnung der Planungsbereiche im Sinne des § 12 Abs. 3 zu den Kreistypen, Gebietsstand 31.12.2009

Kreis- typ	Planungsbereich
2	Aachen <sup>1</sup>
1	Aachen, Stadt <sup>1</sup>
3	Ahrweiler
3	Aichach-Friedberg
3	Alb-Donau-Kreis
5	Altenburger Land
5	Altenkirchen (Westerwald)
5	Altmarkkreis Salzwedel
5	Altötting
5	Amberg, Stadt/Amberg- Sulzbach
3	Ammerland
5	Ansbach, Stadt/Ansbach
2	Aschaffenburg, Stadt/Aschaffenburg
3	Augsburg
1	Augsburg, Stadt
3	Bad Doberan
5	Bad Kissingen
5	Bad Kreuznach
4	Bad Tölz-Wolfratshausen
4	Baden-Baden, Stadt/Rastatt
5	Bamberg, Stadt/Bamberg
4	Barnim
5	Bautzen
5	Bayreuth, Stadt/Bayreuth
5	Berchtesgadener Land
3	Bergstraße
1	Berlin, Bundeshauptstadt
5	Bernkastel-Wittlich
5	Biberach
1	Bielefeld, Stadt
5	Birkenfeld
3	Böblingen
1*	Bochum, Stadt
5	Bodenseekreis
1	Bonn, Stadt
4	Börde
4	Borken
2*	Bottrop, Stadt
4	Brandenburg an der Havel, Stadt/Potsdam- Mittelmark

Kreis- typ	Planungsbereich
1	Braunschweig, Stadt
3	Breisgau- Hochschwarzwald
1	Bremen, Stadt
1	Bremerhaven, Stadt
4	Burgenlandkreis
3	Calw
4	Celle
5	Cham
1	Chemnitz, Stadt
5	Cloppenburg
5	Coburg, Stadt/Coburg
4	Cochem-Zell
3	Coesfeld
1	Cottbus, Stadt
4	Cuxhaven
3	Dachau
4	Dahme-Spreewald
1	Darmstadt, Stadt
3	Darmstadt-Dieburg
5	Deggendorf
4	Delmenhorst, Stadt/Diepholz
5	Demmin
5	Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld
5	Dillingen a.d. Donau
5	Dingolfing-Landau
5	Dithmarschen
5	Donau-Ries
5	Donnersbergkreis
1*	Dortmund, Stadt
1	Dresden, Stadt
1*	Duisburg, Stadt
3	Düren
1	Düsseldorf, Stadt
3	Ebersberg
4	Eichsfeld
3	Eichstätt
5	Eifelkreis Bitburg-Prüm
5	Eisenach, Stadt/Wartburgkreis
5	Elbe-Elster
5	Emden, Stadt/Aurich
4	Emmendingen

Kreis-typ	Planungsbereich
5	Emsland
2*	Ennepe-Ruhr-Kreis
3	Enzkreis
3	Erding
1	Erfurt, Stadt
1	Erlangen, Stadt
3	Erlangen-Höchststadt
4	Erzgebirgskreis
1*	Essen, Stadt
2	Esslingen
4	Euskirchen
5	Flensburg, Stadt/Schleswig-Flensburg
3	Forchheim
2	Frankenthal (Pfalz), Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz-Kreis
5	Frankfurt (Oder), Stadt/Oder-Spree
1	Frankfurt am Main, Stadt
1	Freiburg im Breisgau, Stadt
3	Freising
5	Freudenstadt
5	Freyung-Grafenau
5	Fulda
2	Fürstenfeldbruck
3	Fürth
2	Fürth, Stadt
5	Garmisch-Partenkirchen
2*	Gelsenkirchen, Stadt
1	Gera, Stadt
3	Germersheim
5	Gießen
3	Gifhorn
4	Göppingen
5	Görlitz
4	Goslar
5	Gotha
2	Göttingen
5	Grafschaft Bentheim
5	Greifswald, Hansestadt/Ostvorpommern

Kreis-typ	Planungsbereich
5	Greiz
2	Groß-Gerau
5	Günzburg
5	Güstrow
4	Gütersloh
1*	Hagen, Stadt
1	Halle (Saale), Stadt
1	Hamburg, Freie und Hansestadt
5	HamelIn-Pyrmont
2*	Hamm, Stadt
3	Hannover <sup>1</sup>
1	Hannover, Landeshauptstadt <sup>1</sup>
3	Harburg
5	Harz
5	Haßberge
4	Havelland
1	Heidelberg, Stadt
5	Heidenheim
3	Heilbronn
1	Heilbronn, Stadt
4	Heinsberg
3	Helmstedt
2	Herford
2*	Herne, Stadt
5	Hersfeld-Rotenburg
3	Herzogtum Lauenburg
5	Hildburghausen
4	Hildesheim
5	Hochsauerlandkreis
2	Hochtaunuskreis
5	Hof, Stadt/Hof
5	Hohenlohekreis
5	Holzminden
4	Höxter
4	Ilm-Kreis
1	Ingolstadt, Stadt
1	Jena, Stadt
3	Jerichower Land
5	Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern
3	Karlsruhe
1	Karlsruhe, Stadt

Kreis-typ	Planungsbereich
3	Kassel
1	Kassel, Stadt
5	Kaufbeuren, Stadt/Ostallgäu
4	Kelheim
5	Kempten (Allgäu), Stadt/Oberallgäu
1	Kiel, Landeshauptstadt
4	Kitzingen
5	Kleve
1	Koblenz, Stadt
1	Köln, Stadt
5	Konstanz
1	Krefeld, Stadt
5	Kronach
5	Kulmbach
5	Kusel
5	Kyffhäuserkreis
5	Lahn-Dill-Kreis
4	Landau in der Pfalz, Stadt/Südliche Weinstraße
4	Landsberg a. Lech
5	Landshut, Stadt/Landshut
5	Leer
4	Leipzig
1	Leipzig, Stadt
2	Leverkusen, Stadt
5	Lichtenfels
4	Limburg-Weilburg
5	Lindau (Bodensee)
4	Lippe
5	Lörrach
1	Lübeck, Hansestadt
5	Lüchow-Dannenberg
2	Ludwigsburg
1	Ludwigshafen am Rhein, Stadt
5	Ludwigslust
4	Lüneburg
1	Magdeburg, Landeshauptstadt
4	Main-Kinzig-Kreis
4	Main-Spessart
5	Main-Tauber-Kreis

Kreis-typ	Planungsbereich
2	Main-Taunus-Kreis
1	Mainz, Stadt
3	Mainz-Bingen
1	Mannheim, Universitätsstadt
5	Mansfeld-Südharz
5	Marburg-Biedenkopf
4	Märkischer Kreis
4	Märkisch-Oderland
4	Mayen-Koblenz
4	Meißen
5	Memmingen, Stadt/Unterallgäu
4	Merzig-Wadern
2	Mettmann
4	Miesbach
4	Miltenberg
4	Minden-Lübbecke
4	Mittelsachsen
1	Mönchengladbach, Stadt
5	Mühdorf a. Inn
2*	Mülheim an der Ruhr, Stadt
2	München
1	München, Landeshauptstadt
1	Münster, Stadt
5	Müritz
5	Neckar-Odenwald-Kreis
5	Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz
4	Neuburg-Schrobenhausen
4	Neumarkt i. d. OPf.
4	Neumünster, Stadt/Rendsburg-Eckernförde
2	Neunkirchen
4	Neustadt a. d. Aisch-Bad Windsheim
3	Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim
2	Neu-Ulm
3	Neuwied

Kreis-typ	Planungsbereich
5	Nienburg (Weser)
5	Nordfriesland
5	Nordhausen
4	Nordsachsen
4	Northeim
1	Nürnberg, Stadt
4	Nürnberger Land
5	Oberbergischer Kreis
2*	Oberhausen, Stadt
3	Oberhavel
5	Oberspreewald-Lausitz
4	Odenwaldkreis
2	Offenbach
2	Offenbach am Main, Stadt
3	Oldenburg
1	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
5	Olpe
5	Ortenaukreis
4	Osnabrück
1	Osnabrück, Stadt
5	Ostalbkreis
3	Osterholz
5	Osterode am Harz
4	Ostholstein
5	Ostprignitz-Ruppin
2	Paderborn
5	Parchim
5	Passau, Stadt/Passau
3	Peine
3	Pfaffenhofen a.d.Ilm
1	Pforzheim, Stadt
3	Pinneberg
5	Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz
3	Plön
1	Potsdam, Stadt
5	Prignitz
5	Ravensburg
2*	Recklinghausen
5	Regen
3	Regensburg
1	Regensburg, Stadt

Kreis-typ	Planungsbereich
2	Remscheid, Stadt
2	Rems-Murr-Kreis
5	Reutlingen
2	Rhein-Erft-Kreis
3	Rheingau-Taunus-Kreis
5	Rhein-Hunsrück-Kreis
2	Rheinisch-Bergischer Kreis
2	Rhein-Kreis Neuss
4	Rhein-Lahn-Kreis
2	Rhein-Neckar-Kreis
4	Rhein-Sieg-Kreis
5	Rhön-Grabfeld
5	Rosenheim, Stadt/Rosenheim
1	Rostock, Hansestadt
4	Rotenburg (Wümme)
5	Rottal-Inn
5	Rottweil
5	Rügen
4	Saale-Holzland-Kreis
4	Saalekreis
5	Saale-Orla-Kreis
5	Saalfeld-Rudolstadt
2	Saarlouis
4	Saarpfalz-Kreis
4	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
1	Salzgitter, Stadt
4	Salzlandkreis
4	Schaumburg
4	Schwabach, Stadt/Roth
5	Schwäbisch Hall
4	Schwalm-Eder-Kreis
5	Schwandorf
5	Schwarzwald-Baar-Kreis
5	Schweinfurt, Stadt/Schweinfurt
4	Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg
4	Segeberg
2	Siegen-Wittgenstein

Kreis-typ	Planungsbereich
5	Sigmaringen
4	Soest
2	Solingen, Stadt
5	Soltau-Fallingbostal
4	Sömmerda
5	Sonneberg
4	Spree-Neiße
4	St. Wendel
4	Stade
1	Stadtverband Saarbrücken
3	Starnberg
4	Steinburg
4	Steinfurt
5	Stendal
2	Stormarn
5	Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern
5	Straubing, Stadt/Straubing-Bogen
1	Stuttgart, Landeshauptstadt
5	Suhl, Stadt/Schmalkalden-Meinigen
4	Teltow-Fläming
5	Tirschenreuth
5	Traunstein
1	Trier, Stadt
3	Trier-Saarburg
4	Tübingen
5	Tuttlingen
5	Uckermark
5	Uecker-Randow
5	Uelzen
1	Ulm, Universitätsstadt
2*	Unna
5	Unstrut-Hainich-Kreis

Kreis-typ	Planungsbereich
5	Vechta
3	Verden
2	Viersen
5	Vogelsbergkreis
5	Vogtlandkreis
5	Vulkaneifel
5	Waldeck-Frankenberg
5	Waldshut
4	Warendorf
5	Weiden i.d. OPf., Stadt/Neustadt a. d. Waldnaab
4	Weilheim-Schongau
4	Weimar, Stadt/Weimarer Land
5	Weißenburg-Gunzenhausen
5	Werra-Meißner-Kreis
2*	Wesel
4	Wesermarsch
5	Westerwaldkreis
4	Wetteraukreis
1	Wiesbaden, Landeshauptstadt
5	Wilhelmshaven, Stadt/Friesland
5	Wittenberg
5	Wittmund
3	Wolfenbüttel
1	Wolfsburg, Stadt
3	Worms, Stadt/Alzey-Worms
5	Wunsiedel i. Fichtelgebirge
1	Wuppertal, Stadt
3	Würzburg
1	Würzburg, Stadt
5	Zollernalbkreis
5	Zwickau

**Anlage 3.3: Raumordnungsregionen**

Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen in der Abgrenzung des BBSR vom 31.12.2009<sup>7</sup>

<b>Raumordnungsregion</b>	<b>Kreis</b>
Schleswig-Holstein Mitte	Kiel, Landeshauptstadt
	Neumünster, Stadt
	Plön
	Rendsburg-Eckernförde
Schleswig-Holstein Nord	Nordfriesland
	Flensburg, Stadt
	Schleswig-Flensburg
Schleswig-Holstein Ost	Lübeck, Hansestadt
	Ostholstein
Schleswig-Holstein Süd	Pinneberg
	Segeberg
	Stormarn
	Herzogtum Lauenburg
Schleswig-Holstein Süd-West	Dithmarschen
	Steinburg
Hamburg	Hamburg, Freie und Hansestadt
Braunschweig	Gifhorn
	Braunschweig, Stadt
	Salzgitter, Stadt
	Wolfsburg, Stadt
	Helmstedt
	Peine
	Wolfenbüttel
	Goslar
Bremen-Umland	Diepholz
	Verden
	Osterholz
	Delmenhorst, Stadt
Bremerhaven_Niedersachsen	Cuxhaven
	Wesermarsch
Emsland	Grafschaft Bentheim
	Emsland
Göttingen	Göttingen
	Northeim
	Holz Minden
	Osterode am Harz

<sup>7</sup> Die Raumordnungsregion Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven\_Niedersachsen und Bremerhaven\_Bremen

Hamburg-Umland-Süd	Rotenburg (Wümme)
	Stade
	Harburg
Hannover	Nienburg (Weser)
	Schaumburg
	Region Hannover
Hildesheim	Hameln-Pyrmont
	Hildesheim
Lüneburg	Lüchow-Dannenberg
	Lüneburg
	Uelzen
Oldenburg	Ammerland
	Cloppenburg
	Oldenburg
	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
	Vechta
Osnabrück	Osnabrück
	Osnabrück, Stadt
Ost-Friesland	Emden, Stadt
	Aurich
	Leer
	Wittmund
	Wilhelmshaven, Stadt
	Friesland
Südheide	Soltau-Fallingbostal
	Celle
Bremen	Bremen, Stadt
Bremerhaven_Bremen	Bremerhaven, Stadt
Aachen	Städteregion Aachen
	Düren
	Euskirchen
	Heinsberg
Arnsberg	Soest
	Hochsauerlandkreis
Bielefeld	Bielefeld, Stadt
	Gütersloh
	Herford
	Minden-Lübbecke
	Lippe
Bochum/Hagen	Bochum, Stadt
	Hagen, Stadt
	Ennepe-Ruhr-Kreis
	Märkischer Kreis
	Herne, Stadt

Bonn	Bonn, Stadt
	Rhein-Sieg-Kreis
Dortmund	Unna
	Dortmund, Stadt
	Hamm, Stadt
Duisburg/Essen	Kleve
	Wesel
	Duisburg, Stadt
	Essen, Stadt
	Mülheim an der Ruhr, Stadt
	Oberhausen, Stadt
Düsseldorf	Krefeld, Stadt
	Mönchengladbach, Stadt
	Viersen
	Rhein-Kreis Neuss
	Mettmann
	Düsseldorf, Stadt
	Solingen, Stadt
	Wuppertal, Stadt
	Remscheid, Stadt
Emscher-Lippe	Bottrop, Stadt
	Gelsenkirchen, Stadt
	Recklinghausen
Köln	Leverkusen, Stadt
	Köln, Stadt
	Rhein-Erft-Kreis
	Oberbergischer Kreis
	Rheinisch-Bergischer Kreis
Münster	Borken
	Coesfeld
	Steinfurt
	Münster, Stadt
	Warendorf
Paderborn	Höxter
	Paderborn
Siegen	Olpe
	Siegen-Wittgenstein
Mittelhessen	Limburg-Weilburg
	Lahn-Dill-Kreis
	Marburg-Biedenkopf
	Gießen
	Vogelsbergkreis
Nordhessen	Waldeck-Frankenberg
	Schwalm-Eder-Kreis
	Werra-Meißner-Kreis

	Kassel, documenta-Stadt
	Kassel
Osthessen	Fulda
	Hersfeld-Rotenburg
Rhein-Main	Rheingau-Taunus-Kreis
	Wiesbaden, Landeshauptstadt
	Frankfurt am Main, Stadt
	Hochtaunuskreis
	Main-Taunus-Kreis
	Offenbach am Main, Stadt
	Main-Kinzig-Kreis
	Offenbach
	Wetteraukreis
Starkenburger Land	Groß-Gerau
	Darmstadt, Wissenschaftsstadt
	Bergstraße
	Darmstadt-Dieburg
	Odenwaldkreis
Mittelrhein-Westerwald	Ahrweiler
	Rhein-Hunsrück-Kreis
	Cochem-Zell
	Mayen-Koblenz
	Rhein-Lahn-Kreis
	Neuwied
	Westerwaldkreis
	Koblenz, kreisfreie Stadt
	Altenkirchen (Westerwald)
Rheinhessen-Nahe	Bad Kreuznach
	Birkenfeld
	Mainz, kreisfreie Stadt
	Worms, kreisfreie Stadt
	Alzey-Worms
	Mainz-Bingen
Rheinpfalz	Germersheim
	Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt
	Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt
	Bad Dürkheim
	Südliche Weinstraße
	Rhein-Pfalz-Kreis
	Speyer, kreisfreie Stadt
	Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt
	Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt
Trier	Trier, kreisfreie Stadt
	Berncastel-Wittlich
	Eifelkreis Bitburg-Prüm

	Vulkaneifel
	Trier-Saarburg
Westpfalz	Südwestpfalz
	Kaiserslautern, kreisfreie Stadt
	Pirmasens, kreisfreie Stadt
	Zweibrücken, kreisfreie Stadt
	Kaiserslautern
	Kusel
	Donnersbergkreis
Bodensee-Oberschwaben	Bodenseekreis
	Ravensburg
	Sigmaringen
Donau-Iller (BW)	Ulm
	Alb-Donau-Kreis
	Biberach
Franken	Heilbronn
	Heilbronn
	Main-Tauber-Kreis
	Hohenlohekreis
	Schwäbisch Hall
Hochrhein-Bodensee	Lörrach
	Waldshut
	Konstanz
Mittlerer Oberrhein	Baden-Baden
	Karlsruhe
	Karlsruhe
	Rastatt
Neckar-Alb	Zollernalbkreis
	Tübingen
	Reutlingen
Nordschwarzwald	Calw
	Pforzheim
	Enzkreis
	Freudenstadt
Ostwürttemberg	Ostalbkreis
	Heidenheim
Schwarzwald-Baar-Heuberg	Rottweil
	Schwarzwald-Baar-Kreis
	Tuttlingen
Stuttgart	Stuttgart
	Böblingen
	Esslingen
	Ludwigsburg
	Göppingen
	Rems-Murr-Kreis

Südlicher Oberrhein	Ortenaukreis
	Freiburg im Breisgau
	Breisgau-Hochschwarzwald
	Emmendingen
Unterer Neckar	Mannheim
	Heidelberg
	Neckar-Odenwald-Kreis
	Rhein-Neckar-Kreis
Allgäu	Lindau (Bodensee)
	Ostallgäu
	Kaufbeuren, Stadt
	Kempten (Allgäu), Stadt
	Oberallgäu
Augsburg	Augsburg
	Dillingen a.d.Donau
	Donau-Ries
	Augsburg, Stadt
	Aichach-Friedberg
Bayerischer Untermain	Miltenberg
	Aschaffenburg, Stadt
	Aschaffenburg
Donau-Iller (BY)	Neu-Ulm
	Memmingen, Stadt
	Günzburg
	Unterallgäu
Donau-Wald	Straubing, Stadt
	Straubing-Bogen
	Passau, Stadt
	Deggendorf
	Freyung-Grafenau
	Passau
	Regen
Industrieregion Mittelfranken	Erlangen, Stadt
	Fürth, Stadt
	Nürnberg, Stadt
	Schwabach, Stadt
	Erlangen-Höchstadt
	Fürth
	Nürnberger Land
	Roth
Ingolstadt	Neuburg-Schrobenhausen
	Ingolstadt, Stadt
	Eichstätt
	Pfaffenhofen a.d.Ilm

Landshut	Landshut
	Landshut, Stadt
	Rottal-Inn
	Dingolfing-Landau
Main-Rhön	Schweinfurt, Stadt
	Bad Kissingen
	Haßberge
	Schweinfurt
	Rhön-Grabfeld
München	Landsberg am Lech
	München, Landeshauptstadt
	Ebersberg
	Fürstenfeldbruck
	München
	Starnberg
	Dachau
	Freising
	Erding
Oberfranken-Ost	Kulmbach
	Bayreuth
	Bayreuth, Stadt
	Hof, Stadt
	Hof
	Wunsiedel i.Fichtelgebirge
Oberfranken-West	Bamberg, Stadt
	Coburg, Stadt
	Bamberg
	Coburg
	Forchheim
	Lichtenfels
	Kronach
Oberland	Garmisch-Partenkirchen
	Weilheim-Schongau
	Bad Tölz-Wolfratshausen
	Miesbach
Oberpfalz-Nord	Amberg, Stadt
	Weiden i.d.OPf., Stadt
	Amberg-Sulzbach
	Neustadt a.d.Waldnaab
	Schwandorf
	Tirschenreuth
Regensburg	Regensburg
	Kelheim
	Neumarkt i.d.OPf.

	Regensburg, Stadt
	Cham
Südostoberbayern	Altötting
	Rosenheim, Stadt
	Mühldorf a.Inn
	Rosenheim
	Traunstein
	Berchtesgadener Land
Westmittelfranken	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
	Ansbach, Stadt
	Ansbach
	Weißenburg-Gunzenhausen
Würzburg	Würzburg, Stadt
	Main-Spessart
	Kitzingen
	Würzburg
Saar	Regionalverband Saarbrücken
	Merzig-Wadern
	Neunkirchen
	Saarlouis
	Saarpfalz-Kreis
	St. Wendel
Berlin	Berlin, Stadt
Havelland-Fläming	Havelland
	Brandenburg an der Havel, Stadt
	Potsdam, Stadt
	Potsdam-Mittelmark
	Teltow-Fläming
Lausitz-Spreewald	Elbe-Elster
	Dahme-Spreewald
	Cottbus, Stadt
	Oberspreewald-Lausitz
	Spree-Neiße
Oderland-Spree	Oder-Spree
	Frankfurt (Oder), Stadt
	Märkisch-Oderland
Prignitz-Oberhavel	Prignitz
	Oberhavel
	Ostprignitz-Ruppin
Uckermark-Barnim	Uckermark
	Barnim
Mecklenburgische Seenplatte	Neubrandenburg
	Demmin
	Mecklenburg-Strelitz
	Müritz

Mittleres Mecklenburg/Rostock	Rostock
	Bad Doberan
	Güstrow
Vorpommern	Stralsund
	Greifswald
	Nordvorpommern
	Ostvorpommern
	Rügen
	Uecker-Randow
Westmecklenburg	Nordwestmecklenburg
	Schwerin
	Ludwigslust
	Wismar
	Parchim
Oberes Elbtal/Osterzgebirge	Meißen
	Dresden, Stadt
	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
Oberlausitz-Niederschlesien	Bautzen
	Görlitz
Südsachsen	Vogtlandkreis
	Zwickau
	Chemnitz, Stadt
	Erzgebirgskreis
	Mittelsachsen
Westsachsen	Leipzig, Stadt
	Leipzig
	Nordsachsen
Altmark	Altmarkkreis Salzwedel
	Stendal
Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	Dessau-Roßlau, Stadt
	Anhalt-Bitterfeld
	Wittenberg
Halle/S.	Mansfeld-Südharz
	Halle (Saale), Stadt
	Burgenlandkreis
	Saalekreis
Magdeburg	Harz
	Salzlandkreis
	Magdeburg, Landeshauptstadt
	Börde
	Jerichower Land
Mittelthüringen	Weimarer Land
	Erfurt, Stadt
	Weimar, Stadt
	Sömmerda

	Gotha
	Ilm-Kreis
Nordthüringen	Eichsfeld
	Unstrut-Hainich-Kreis
	Nordhausen
	Kyffhäuserkreis
Ostthüringen	Jena, Stadt
	Saale-Holzland-Kreis
	Gera, Stadt
	Altenburger Land
	Saalfeld-Rudolstadt
	Saale-Orla-Kreis
	Greiz
Südthüringen	Eisenach, Stadt
	Hildburghausen
	Suhl, Stadt
	Wartburgkreis
	Schmalkalden-Meiningen
	Sonneberg

#### Anlage 4: Demografiefaktor

##### Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors nach § 8a

Die Leistungsbedarfsfaktoren je Arztgruppe werden nach dem in § 8a Abs. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie beschriebenen Verfahren ermittelt. Für das 2. Quartal 2009 bis zum 1. Quartal 2012 (die letzten 12 Quartale) betragen Sie:

Arztgruppe	Leistungsbedarfsfaktor
Anästhesisten	1,801
Augenärzte	6,741
Chirurgen	1,459
Frauenärzte	0,358
Hausärzte	2,567
Hautärzte	1,862
HNO-Ärzte	1,353
Internisten	4,168
Nervenärzte	1,757
Orthopäden	2,030
Psychotherapeuten	0,135
Radiologen	1,714
Urologen	5,681

Die hier benannten Leistungsbedarfsfaktoren gelten vorbehaltlich anderer Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31.12.2017.

#### **Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 8a Bedarfsplanungsrichtlinie**

##### **1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter**

Einwohner im Mittelbereich:	18.700
Verhältniszahl je Einwohner:	1.670
Ärzte:	12
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	107,17 %
Allgemeine Altersfaktoren:	79,4% (0-65) 20,6% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	75,0% (0-65) 25,0% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	2,567

$$\frac{79,4 + (20,6 \times 2,567)}{75 + (25 \times 2,567)} = \frac{132,2802}{139,175} = 0,950459493$$

Korrigierte Verhältniszahl:  $1.671 \times 0,950459493 = 1.588,217814$

Korrigierter Versorgungsgrad:  $\frac{1.588,217814 \times 12 \times 100}{18.700} = 101,92 \%$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, soll im Planungsbereich ein Hausarzt nicht mehr 1.671 Einwohner versorgen, sondern rd. 1.588. Der Versorgungsgrad sinkt.

##### **2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter**

Einwohner im Kreis:	253.846, davon 134.557 Frauen
Planungsbereichtstyp:	2
Verhältniszahl je Frau:	5.619
Ärzte:	24
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	100,22 %
Allgemeine Altersfaktoren:	79,0% (0-65) 21,0% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	72,1% (0-65) 27,9% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	0,358

$$\frac{79,0 + (21,0 \times 0,358)}{72,1 + (27,9 \times 0,358)} = \frac{86,518}{82,0882} = 1,053963907$$

Korrigierte Verhältniszahl:  $5.619 \times 1,053963907 = 5.922,223194$

Korrigierter Versorgungsgrad:  $\frac{5.922,223194 \times 24 \times 100}{134.557} = 105,63 \%$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, soll im Planungsbereich ein Frauenarzt nicht mehr 5.619 Frauen versorgen, sondern rd. 5.922. Der Versorgungsgrad steigt.

## **Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen**

### **§ 1**

#### **Generelle Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen**

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31.12.2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 30.06.2012).

### **Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen**

#### **§ 2**

#### **Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten**

(1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 11 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Abs. 5 in Verbindung mit § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:

1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § 12 Abs. 2 Nr. 8 Bedarfsplanungsrichtlinie; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztabrechnungsnummer.
2. Die nach § 2 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
4. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter § 2 Nr. 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.

(2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember

- 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).
2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nr. 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
  3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte ergibt (vgl. § 11 Abs. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).
  4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Abs. 2 Nr. 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten ergibt (vgl. § 13 Abs. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

#### Historisches Rechenbeispiel zu § 2

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nr. 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

1. Die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte (1 : 2 269 Einw. je Arzt, z. B. für den Raumtyp 1) werden für die Arztzahl-Berechnung des Jahres 1995 herangezogen. Die Einwohnerzahl des Jahres 1995 wird dividiert durch die als Beispiel verwendeten 2 269 Einw. je Arzt (16,3 Mio. Einw. : 2 269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).
2. Die Allgemeine Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet: (16,3 Mio. Einw. : 3 679 = 4 432 Internisten).
3. Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70 % hausärztlich zu 30 % fachärztlich tätige Internisten entsprechend 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:  
 $4\,432 \times 0,7 = 3\,104$  hausärztlich tätige Internisten und  
 $4\,432 \times 0,3 = 1\,328$  fachärztlich tätige Internisten.
4. Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:  
 $7\,186$  Allgemein- / Praktische Ärzte +  $3\,104$  hausärztlich tätige Internisten =  $10\,290$  Hausärzte.

### § 3 Anästhesisten

Bei der Arztgruppe der Anästhesisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Anästhesisten und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

#### **§ 4 Radiologen**

Bei der Arztgruppe der Radiologen (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt 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 Radiologen 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)

#### **§ 5 Neu zu beplanende Gruppen**

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner (vgl. § 13 und 14 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31.12.2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31.12.2010.

Für die Arztgruppe der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Transfusionsmediziner und der Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner wird die Versorgung zum Stichtag 2010 durch den G-BA bereits als über die erforderliche Versorgung hinausgehend bewertet. Das Einwohner-Arzt-Verhältnis zu diesem Stichtag wird deshalb mit dem Versorgungsgrad 110% bewertet. Auf dieser Basis wird die Verhältniszahl für den Versorgungsgrad 100% berechnet, die im § 14 dargestellt ist.

Die Ermittlung der Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die Bevölkerung „bis unter 18-Jahre“.

#### **§ 5a Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für das Ruhrgebiet**

Die Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet (vgl. § 65 Bedarfsplanungsrichtlinie) orientieren sich an den Verhältniszahlen der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007. Für die Frauenärzte und die Kinderärzte erfolgte eine Anpassung der Verhältniszahl bezogen auf die weibliche Bevölkerung bzw. die Bevölkerung „bis unter 18 Jahren“ auf Basis der historischen Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag 31.12.1990.

#### ***Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 5 Typen***

#### **§ 6 Ermittlung der Arztzahlen**

Für die Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die 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) gezählt.

## **§ 7**

### **Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen**

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § 12 Abs. 2 Nr. 8 Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.
2. Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Abs. 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

## **§ 8**

### **Ermittlung der Einwohnerzahlen**

Bei den Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung für die Kinderärzte die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ ermittelt.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten wird die Einwohnerzahlen des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.

## **§ 9**

### **Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten**

Die Verteilung der in §§ 6 bis 7 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die 5 Typen nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31.12.2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30.06.2012.

Bei den Frauen- und Kinderärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ berücksichtigt.

## **§ 10**

### **Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 5 Typen**

Aus den nach § 8 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten je Typ wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe je Typ ermittelt.

Die Verhältniszahl der Frauen bezieht sich dabei auf die weibliche Bevölkerung, die der Kinderärzte auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der

Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 bei allen anderen Gruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33%).

**Beispielrechnung:**

*Es werden zum Stichtag 31.12.1990 6.341 Frauenärzte und 32.874.754 weibliche Einwohner gezählt.*

*Zum Stichtag 31.12.2010 leben 19,9345% der Frauen bundesweit im Typ 4.*

*Zum Stichtag 30.06.2012 sind 16,2207% der Frauenärzte im Typ 4 niedergelassen*

$$\begin{array}{rcl}
 32.874.754 \times 19,9345\% & = & 6.553.417,83613 \text{ Frauen} \\
 & \text{-----} & \\
 & & = 6.371 \text{ Frauen je Frauenarzt im Typ 4} \\
 6.341 \times 16,2207\% & = & 1.028,55459 \text{ Frauenärzte}
 \end{array}$$

## **Anlage 6: Methodik der Typisierung der Kreise**

Die Typisierung der Kreise nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie und Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31.12.2010. Der G-BA beschließt die Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen (im folgenden Kreise) gemäß Anlage 3.2. Er nutzt dabei das in dieser Anlage beschriebene Verfahren der Typisierung. Sofern der G-BA dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des BBSR erfolgt alle 5 Jahre erstmals zum 01.01.2018.

Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen. Die Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgt auf Basis der Gemeindeverbände. Es ist somit auf Basis der Typisierung der Großstadtregionen, die 5 Typen unterscheidet, nicht möglich, direkt alle Kreise eindeutig einem Typ zu zuordnen, da die Gemeindeverbände eines Kreises mitunter unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. Deswegen wurde das Konzept des BBSR weiterentwickelt, um eine eindeutige Zuordnung aller Kreise zu 5 Typen zu gewährleisten, die der ambulanten Versorgungsfunktion der Kreise im Raum gerecht werden.

Die Zuordnung der Kreise zu diesen 5 Typen erfolgt in 3 Schritten:

### **1. Schritt: Identifikation aller eindeutig zuordenbaren Kreise**

Als eindeutig zuordenbar gelten Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises demselben Typen zugeordnet sind. Somit leben 100% der Einwohner eines Kreises in ein und demselben Typ. Der Kreis wird diesem Typen zugeordnet.

### **2. Schritt: Typisierung der Kreise auf Basis der Bevölkerungsmehrheit**

Für Kreise, in denen die Gemeindeverbände jeweils unterschiedlichen Typen zugeordnet sind, erfolgt eine direkte Zuordnung zu einem Typen, wenn in einer großstadtregionalen Zone

die Mehrheit der Einwohner des Kreises (>50%) leben. Dazu wird der Anteil der Einwohner je Kreis je Typ an der Gesamtzahl der Einwohner je Kreis ermittelt.

### **3. Schritt: Typisierung von „Mischkreisen“ auf Basis des kalkulierten Versorgungsniveaus**

Für Kreise mit Gemeindeverbänden in mehr als zwei Typen und keiner Bevölkerungsmehrheit über 50% in einem Typ liefern die Schritte 1 und 2 keine eindeutige Zuordnung. Aus diesem Grund wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typen ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt. Der Kreis wird dann dem Typen zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt:

Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des BBSR der Gemeindeverbände zu den Großstadtreionen (derzeit 31.12.2010) wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen zum Stichtag der Zuordnungstabelle ergänzt. Auf Basis dieser Daten wird auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten<sup>8</sup> ermittelt. Ebenso wird das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt. Letzteres Verhältnis wird dem Typ 5 zugeordnet<sup>9</sup>.

Die Arzt- /Einwohnerrelation der Typen 1, 2, 3 und 4 wird ins Verhältnis zur Arzt- /Einwohnerrelation des Typen 5 gesetzt und in Prozent ausgedrückt. Diese Prozentwerte stellen das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ dar.

Das kalkulierte Versorgungsniveau des Mischkreises ergibt sich aus der einwohnergewichteten Addition der jeweiligen Versorgungsniveaus des Kreises. Der Kreis wird dann dem Typen zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

<sup>8</sup> Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster soll nicht zuletzt durch die Bedarfsplanungsreform 2012 korrigiert werden. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung die größte Arztgruppe dar. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.

<sup>9</sup> Viele Gemeindeverbände des Typs 5 werden z.T. durch umliegende Gemeindeverbände der Typen 2, 3 und 4 mitversorgt, die jedoch im selben Kreis liegen. Bei der kleinräumigen Kalkulation der Dichtemaße auf Ebene der Gemeindeverbände werden im Typ 5 somit überdurchschnittlich oft jene Teilregionen eines Kreises ohne Arzt gezählt. Bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt wird der Typ 5 deshalb systematisch unterschätzt. Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht.

Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typen 4

Summe der Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung  
ohne Psychotherapeuten im Typ 4

----- = Arzt- /Einwohnerrelation Typ 4

Summe der Einwohner der Gemeindeverbände des Typen 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 4

----- = Versorgungsniveau Typ 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 5

Für die fünf Typen ergeben sich nach der oben beschriebenen Methode folgende Versorgungsniveaus, die auch für künftige Kreistypenanpassungen zugrunde gelegt werden sollen:

Typ 1: 1,39  
Typ 2: 0,96  
Typ 3: 0,48  
Typ 4: 0,77  
Typ 5: 1

b) Zuordnung des Mischkreises zu einem Typ

Beispiel: Delmenhorst, Stadt / Diepholz

Typ	EW	Bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau	Kalkulation
Typ 1	0%	139%	0% x 139 %
Typ 2	37%	96%	37% x 96%
Typ 3	25%	48%	25% x 48%
Typ 4	13%	77%	13% x 77%
Typ 5	25%	100%	25% x 100%

-----  
Kalk. Versorgungsniveau des Mischkreises 83%

Geringster Abstand zum Typen 4 (77%)

Die Kreisregion Delmenhorst, Stadt / Diepholz wird als Typ 4 typisiert.

## A-5 Anhang

### A-5.1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Abs. 1 SGB V

 **Bundesministerium  
für Gesundheit**

Bundesministerium für Gesundheit - 53107 Bonn

**Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin**

**vorab per Fax: 030 – 275838105**

**Joachim Becker**  
Ministerialrat  
Leiter der Unterabteilung 22  
Krankenversicherung  
Rochusstraße 1, 53123 Bonn  
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin

HAUSANSCHRIFT  
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn  
11055 Berlin

TEL +49 (0)30 18441-2200 / 3360  
FAX +49 (0)30 18441-4667

224 - 21432 - 09  
Berlin, 21. Dezember 2012

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom  
20. Dezember 2012  
hier: Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der gemäß § 94 SGB V vorgelegte Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 20. Dezember 2012 zur Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung wird nicht beanstandet und kann daher in Kraft treten.

Die Nichtbeanstandung wird mit zwei Auflagen verbunden:

**1. Quotenregelung in der psychotherapeutischen Versorgung (§ 25)**

Dem G-BA wird aufgegeben, den § 25 der BPL-RL bis zum 31. Dezember 2013 den gesetzlichen Regelungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) anzupassen.

Begründung:  
Die Regelung ist am Maßstab von Artikel 12 Abs. 1 GG zu messen, da mit ihr die Berufsfreiheit (Berufsausübung) zulassungswilliger Leistungserbringer berührt wird. Nach Artikel 12 Abs. 1 Satz 2 GG kann in die Berufsausübung nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden. Derzeit fehlt es an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage für eine Fortführung der in § 101 Abs. 4 SGB V geregelten Quoten über die im SGB V vorgesehene Frist (31. Dezember 2013) hinaus. Gleiches gilt für die in § 25 Abs. 3 der Richtlinie ab dem 1. Januar 2014 vorgesehene Unterquote für Fachärzte für

Seite 2 von 3

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Innerhalb der Quote für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Inwieweit sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Laufe des Jahres 2013 ändern, bleibt abzuwarten. Der G-BA hat den § 25 der Richtlinie bis zum Ende des Jahres 2013 den dann geltenden Rechtsgrundlagen anzupassen.

**2. Bericht zu den Auswirkungen der Einbeziehung bislang nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung**

Dem G-BA wird aufgegeben, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 30. September 2014 (mit Stand zum 30. Juni 2014) über die konkreten Auswirkungen der Einbeziehung bisher nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung zu berichten.

Begründung:

Der G-BA hat entschieden, im Rahmen der Neufassung der BPL-RL bislang nicht geplante Arztgruppen, die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen, in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Hierzu gehören neben der in § 13 Abs. 1 Nr. 3 BPL-RL genannten Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater die in § 14 Abs. 1 BPL-RL aufgeführten Arztgruppen. Das BMG teilt die von der Bundesärztekammer in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2012 vertretene Auffassung, dass die verschiedenen Arztgruppen unterschiedlich zu bewerten sind. Nach Auffassung des BMG kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Beplanung einzelner bisher nicht beplanter Arztgruppen auch negative Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen haben kann. Es ist ständige Aufgabe des G-BA, die Auswirkungen seiner BPL-RL auf die Versorgung zu beobachten und etwaigen Fehlentwicklungen entgegenzusteuern.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Becker

**Rechtsbehelfsbelehrung**

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder elektronisch gemäß § 65a SGG in Verbindung mit der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2-6, 14482 Potsdam, Klage erhoben werden.

## B Stellungnahmeverfahren nach 1. Kapitel 3. Abschnitt Verfo

### B-1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und 5a SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Abs. 5 und Abs. 5a wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der Verfo durchgeführt.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Institution / Organisation	Beschluss des UA BPL	Unterlagen versandt	Fristende	Eingang der SN	Bemerkung
Bundesärztekammer (BÄK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	12.11.2012	12.11.2012	11.12.2012	11.12.2012	Die BÄK wurde zur Anhörung eingeladen
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V	12.11.2012	12.11.2012	11.12.2012	11.12.2012	Die BPtK wurde zur Anhörung eingeladen
Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) gemäß § 91 Abs. 5a SGB V	12.11.2012	12.11.2012	11.12.2012	11.12.2012	Der BfDI teilte am 11.12.2012 mit, dass er auf die Abgabe einer SN verzichtet

### B-2 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens

Die Stellungnahmeberechtigten erhielten die im Anhang zum Kapitel B (separates Dokument) abgebildeten Beschlussentwürfe zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit den zugehörigen Tragenden Gründen (Stand: 14.11.2012).

### B-3 Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen

Die folgende Übersicht umfasst die Argumente der Stellungnehmenden und deren Würdigung.

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1a	Bundesärztekammer (BÄK) / 11.12.2012	<p><b>§ 4 Bedarfsplan, hier: barrierefreie ärztliche Versorgung</b></p> <p>Der Vorschlag der Patientenvertretung wird unterstützt, in die Bedarfsplanung auch Feststellungen über den bestehenden Umfang sowie Festlegungen zum angestrebten Umfang barrierefreier ärztlicher Versorgung aufzunehmen. Die BÄK hält eine systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich für den notwendigen ersten Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung.</p>	<p>keine</p> <p>Seite 3 Abschnitt „§ 4 Bedarfsplan, hier: barrierefreie ärztliche Versorgung“</p>	Nein	<p><b>KBV/GKV-SV/DKG:</b> Der Barrierefreiheit der Versorgung als einer Ausprägung der Diskriminierungsfreiheit von Versorgung wird in der Richtlinie an verschiedenen Stellen Rechnung getragen. Die Bedeutsamkeit der Barrierefreiheit wurde durch den Unterausschuss Bedarfsplanung wiederholt diskutiert und entsprechende Anpassungen im Richtlinienentwurf vorgenommen. Eine weitergehende, vertiefende Berücksichtigung bis hin zur obligaten Vorhaltung barrierefreier Einrichtungen wurde nicht vorgesehen, da der Begriff Barrierefreiheit, gleichwohl im SGB I definiert, unzureichend scharf abgegrenzt ist.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					<p><b>LV:</b> Barrierefreiheit in die Tragenden Gründe aufnehmen.</p> <p><b>PatV:</b> Aufgrund der Stellungnahme der Bundesärztekammer soll die Zielvorstellung eines barrierefreien Zugangs in der Bedarfsplanung zum Beispiel als ein Entscheidungskriterium für Zulassungsausschüsse aufgenommen werden.</p>
1b		<p><b>§ 8 Verhältniszahlen</b></p> <p>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 Auffassung der BÄK notwendig gewesen.</p> <p>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</p>	keine Seite 3 Abschnitt „§ 8 Verhältniszahlen“	Nein	Ein evidenzbasierter Ansatz zur Ermittlung von Verhältniszahlen für die angemessene Versorgung einer Bevölkerung konnte nicht identifiziert werden. Alle deshalb während der Beratungsphase diskutierten Ansätze beruhten auf Stichtagsregelungen, die von einem Status quo der Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte zu einem gegebenen Zeitpunkt ausdehnen. Weder die WHO noch die OECD

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		allerdings eine zuverlässige Operationalisierung voraus.			<p>haben deshalb bislang einheitliche Verhältniszahlen für eine ausreichende Versorgung definiert. Der Unterausschuss musste deshalb an der Stichtagsregelung prinzipiell festhalten. Die wesentliche Wirkung der Reform entfaltet sich hingegen auf dem Wege der neuen Raumplanung, die den vier ambulanten Versorgungsebenen unterschiedliche Planungsbereiche, differenziert nach Einzugsgebieten der Versorgung, zuweist.</p> <p>Die Bedeutung des sozioökonomischen bzw. soziokulturellen Status einer Region wird ausführlich in den tragenden Gründen gewürdigt. Aufgrund der bislang fehlenden Operationalisierung, die eine bundeseinheitliche Vorgabe ermöglicht, wurde davon Abstand genommen,</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					diesen Faktor obligat auf Bundesebene zu verankern. <b>DKG: Problematisch, gesonderte Fachärzte</b>
1c		<p><b>§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demografiefaktor</b></p> <p>BÄK befürwortet die Berücksichtigung des demografischen Wandels der Gesellschaft aufgrund des mit der zunehmenden Anzahl der über 60-Jährigen einhergehenden Anstiegs des Versorgungsbedarfs. Nicht nachvollziehbar ist, warum der Leistungsbedarfsfaktor fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungs-Richtlinie außer Kraft treten soll. BÄK empfiehlt G-BA keine Fristsetzung, sondern zu gegebener Zeit eine Weiterentwicklung des Demografiefaktors bzw. eine Neufassung des Demographiefaktors zu beschließen, sobald ein geeigneterer Ansatz gefunden wurde.</p> <p>Ebenfalls nicht nachvollziehbar und in den tragenden Gründen auch <b>nicht ausreichend erläutert</b> ist für die Bundesärztekammer, warum der Demografiefaktor für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 nicht zur Anwendung kommen soll.</p>	keine  Seite 3f. Abschnitt „§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demografiefaktor“	Nein	Die Außerkraftsetzung des Demografiefaktors nach fünf Jahren durch die Neufassung des Leistungsbedarfsfaktors wurde eingehend und kontrovers diskutiert. Da davon auszugehen ist, dass im Verlauf von fünf Jahren sich bedeutsame Veränderungen des Leistungsbedarfsfaktors ergeben, steht damit automatisch eine Neuberechnung und Verabschiedung durch den G-BA an. Im Hinblick auf die gesonderte fachärztliche Versorgung wurde die Begründung für die Nichtaufnahme der dieser Versorgungsebene in den Demografiefaktor hergeleitet.

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1d		<p><b>§ 11 Hausärztliche Versorgung</b>                      BÄK spricht sich dafür aus, die Kinderärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zuzuordnen.</p> <p><i>Hinweis:</i> in der zugesandten Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (Version 4.3) und der tragenden Gründe (Version 3.1) finden sich noch unterschiedliche Altersgrenzen.</p>	<p>Kinderärzte verfügen häufig über eine Schwerpunktbezeichnung und können somit nach § 73 Abs. 1 Nr. 5 Satz 4 SGB V auch der fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden</p> <p>Seite 4 Abschnitt „§ 11 Hausärztliche Versorgung“</p>	Ja	<p><b>KBV/GKV-SV/ DKG:</b> haben sich auf die Aufnahme der Kinderärzte in die allgemeine fachärztliche Versorgung verständigt.</p> <p><b>LV und PatV:</b> Kreisebene führt zur weiteren Spezialisierung der Kinderärzte, Zustimmung BÄK</p>
1e		<p><b>§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung</b>                      BÄK spricht sich dafür aus, die beiden Arztgruppen Nr. 6 Nervenärzte und Nr. 8 Psychotherapeuten stärker zu differenzieren; die vorgenommenen Aufteilungen seien nicht ausreichend.</p> <p>Diese Arztgruppen sollten zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung getrennt beplant werden.</p> <p>Auch die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sollten eigenständig beplant werden. Die in der Richtlinie im Weiteren vorgesehenen, teilweise fortgeschriebenen Sonderregelungen, insbesondere die in § 25 vorgesehenen Quoten, werden als Beleg für die Auffassung gesehen.</p> <p>Die Dynamik, die sich aus der Zuordnung der Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen</p>	<p>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.</p> <p>Entsprechend der</p>	Nein	<p>Ein wesentliches Ziel der Bedarfsplanungsreform ist die Vermeidung der Versorgungsfragmentierung durch immer weitergehende Ausdifferenzierung von Fachgruppen in Subentitäten. Dieses Ziel wurde bei der Bedarfsplanung der Fachgruppen mit Schwerpunkten insofern durchgehalten, dass eine weitere Unterteilung in immer kleinere Fachgruppen nicht</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Versorgung zu fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien und der damit einhergehenden Differenzierung der Verhältniszahlen ergibt, ist für die Bundesärztekammer nicht abschätzbar.</p>	<p>jeweiligen Facharztkompetenz werden unterschiedliche Leistungsspektren abgedeckt.</p> <p>Seite 4 Abschnitt „§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung“</p>		<p>vorgenommen wurde. Eine Übernahme des Vorschlages erfolgt daher nicht. Unbenommen der Regelung in der Bedarfsplanungsrichtlinie kann auf Landesebene eine detailliertere Planung, soweit als erforderlich vorgesehen, vorgenommen werden.</p>
1f		<p><b>§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung</b>                      BÄK 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.</p>	<p>keine</p> <p>Seite 4 Abschnitt „§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung“</p>	Nein	<p>kein Änderungsbedarf, die angesprochenen Punkte wurden intensiv beraten und sind adressiert</p>
1g		<p><b>§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung</b>                      Die Schwierigkeit der Beplanung der hier zusammengefassten Arztgruppen hatte sich bereits bei dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 06.09.2012 zur Aufnahme bisher unbepannter Arztgruppen und einer Übergangsregelung gezeigt.                      Nach Auffassung der Bundesärztekammer sind die acht</p>	<p>keine</p> <p>Seite 5 Abschnitt „§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung“</p>	Nein	<p><b>KBV/GKV-SV / LV:</b>                      Aufgrund der fehlenden Begründung erschließt sich nicht, warum lediglich die Fachgruppen der Pathologen, Strahlentherapeuten und</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordneten Arztgruppen unterschiedlich zu bewerten. Insbesondere für die Arztgruppen der <u>Pathologen</u>, <u>Strahlentherapeuten</u> und <u>Transfusionsmediziner</u> spricht sich die BÄK gegen eine Aufnahme in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aus. Hier wird die Zerstörung, zumindest aber deutliche Schwächung bestehender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen befürchtet.</p>			<p>Transfusionsmediziner nicht in die Beplanung der ambulanten Versorgung aufgenommen werden sollen. Ähnliche Argumente wären auch für andere Fachgruppen heranzuziehen. Der bestehende Dissens im UA BPL in diesem Punkt kann durch die Stellungnahme nicht aufgelöst werden. In Würdigung der vorliegenden Stellungnahmen der Berufsverbände halten KBV und GKV-SV an der Beplanung der Fachgruppen fest. Die Gründe hierfür sind in den tragenden Gründen aufgeführt.</p> <p><b>DKG:</b> sieht ihre Position aufgrund der Stellungnahme der BÄK bestätigt.</p>
1h		<p><b>§ 29 Definition der Unterversorgung</b>                      BÄK spricht sich für den Formulierungsvorschlag von DKG, KBV und PatV aus.</p>	<p>Um eine stärkere Eindeutigkeit zu erreichen und unnötige Ermessensspielräume zu begrenzen.</p>	Ja	<p>Der Unterausschuss BPL hat sich darauf verständigt, dass der Begriff „vermuten“ durch den Begriff „anzunehmen“ zu ersetzen ist. Der gleiche Begriff wird</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			Seite 5 Abschnitt „§ 29 Definition der Unterversorgung“		für die Definition der Überversorgung verwendet.
1i		<p><b>§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad</b></p> <p>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.</p> <p>Die Bundesärztekammer spricht sich für eine deutliche Verkürzung des 10-Jahres-Zeitraums aus.</p>	<p>keine</p> <p>Seite 5 Abschnitt „§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad“</p> <p>Die zusätzlichen Versorgungssitze oder Anstellungsmöglichkeiten sollen dem auf der Grundlage der Richtlinie identifizierten Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen, daher sollte eine umgehende bzw. eine zumindest deutlich schnellere Bedarfsdeckung erfolgen.</p>	Ja	<p><b>KBV/GKV-SV:</b> Anpassung des § 66, um nicht zuletzt dem Anliegen der Bundesärztekammer Rechnung zu tragen.</p> <p>PatV: insbesondere eine Verkürzung des Zeitraums wird unterstützt: eher 3 Jahre</p> <p><b>LV:</b> Kinderärzte nicht ausnehmen</p> <p><b>DKG:</b> Lehnt Regelung ab</p>
1k		<p><b>Redaktioneller Hinweis:</b></p> <p>Zu der in der Richtlinie vorgenommen Beschreibung und Zuordnung von Arztgruppen möchten wir noch folgende Hinweise geben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zur Arztgruppe der Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner gehören die Fachärzte für</li> </ul>	<p>keine</p> <p>Seite 5 Abschnitt „Redaktioneller Hinweis:“</p>	Ja	

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Physikalische und Rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für <del>experimentelle und diagnostische</del> Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.</li> <li>Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie, <i>Fachärzte für Pathobiochemie und Labordiagnostik</i>, <i>Fachärzte für Pathologische Physiologie</i> und die Fachärzte für Pathologische Anatomie.</li> <li>Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionswesen<del>medizin</del> und die Fachärzte für Transfusionsmedizin</li> </ul>			
11		<p><b>Fazit:</b> 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</p>	keine Seite 6 Abschnitt „Fazit:“		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		Blick darauf verstellen, dass diese Art von Bedarfsplanung lediglich eine hilfswise Annäherung an die regionale Morbidität in der Bevölkerung und ihrer Versorgung sein kann.			
2a	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 11.12.2012	<p><b>C. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung</b></p> <p>Der vorliegende Beschlussentwurf sieht nach Auffassung der BPtK neue Planungsbereiche und Verhältniszahlen erst für den 1. Juli 2013 vor, und entspricht daher nicht den gesetzlichen Vorgaben. Die Regelungen zur Arztgruppe der Psychotherapeuten sind nicht geeignet, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Insbesondere die Ermittlung der Verhältniszahlen erfolgt nicht sachgerecht.</p>		Nein	<p><b>KBV/GKV/DKG:</b> Der Unterausschuss hat sich eingehend mit der Frage der Ermittlung von Verhältniszahlen auseinandergesetzt. Ein evidenzbasierter Ansatz konnte dabei nicht identifiziert werden. Da andere Länder grundsätzlich eine vergleichbar dichte und gute psychotherapeutische Versorgung nicht kennen konnten auch keine übertragbaren Ansätze identifiziert und adaptiert werden. Alle vorgelegten Konzepte basieren deshalb auf der Feststellung einer Verhältniszahl ausgehend von Psychotherapeuten und Einwohnern zu einem definierten Zeitpunkt. Neben der Frage der Absolutzahl an der Versorgung</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					<p>teilnehmenden Psychotherapeuten, die auf dem Wege der Verhältniszahl zum Ausdruck kommt, geht es auch um den gleichmäßigen Zugang zur Versorgung für alle GKV-Versicherten, die einkommensabhängig denselben Beitrag leisten, unabhängig von Wohnort oder anderen Faktoren. Für diesen Vergleichsmaßstab erscheinen Stichtagsregelungen nach wie vor angemessen. Unbenommen davon bestehen Möglichkeiten, auf Landesebene von der Bundesvorgabe abweichen zu können. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt schließlich mangels Alternativen eine Stichtagsregelung zur Definition einer bedarfsgerechten Versorgung vor. (Aufsatzjahr 2005)</p> <p><b>LV:</b> die Kritik an der</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					Anknüpfung der Zahlen von 1999 lässt die Anpassungen unberücksichtigt <b>PatV</b> : sieht sich durch BPtK bestätigt, Änderungsbedarf
2b		<p><b>I. Planungsbereiche</b></p> <p>Die BPtK merkt an, dass zur Zuordnung der Verhältniszahlen kein anerkanntes Modell der Raumordnung verwendet werde, sondern zwei Modelle des BBSR kombiniert werden, was zu Zuordnungsschwierigkeiten führe.</p> <p>1. Raumgliederung gewährleistet keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung</p> <p>Zur Gewährleistung der Wohnortnähe der psychotherapeutischen Versorgung sollten Psychotherapeuten analog zur hausärztlichen Versorgung auf der Ebene der Mittelbereiche oder kleinräumiger beplant werden.</p> <p>Der Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) sieht jedoch vor, dass Psychotherapeuten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet</p> <p><b>Daher sollte folgender § 12 Absatz 7 – neu – aufgenommen werden: (7) Planungsbereich für Psychotherapeuten ist abweichend von Absatz 4 der Mittelbereich nach § 11 Absatz 3.</b></p>	<p>Psychotherapie erfordert regelmäßige Kontakte (in der Regel ein- oder mehrmals pro Woche) und ist besonders auf die Gewährleistung kurzer Wegstrecken angewiesen.</p> <p>BPL-RL sieht für Psychotherapeuten als Versorgungsebene und Raumordnungsbezug die kreisfreien Städte, Landkreise oder Kreisregionen sind (§ 12 Absatz 4). Dies führt dazu, dass vor allem in flächenmäßig großen Planungsbereichen keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung gewährleistet</p>	Nein	<p>Neben der Lage eines Planungsbereiches (z. B. ländlich, städtisch) hat auch die Mitversorgungsfunktion eines Planungsbereiches für umliegende Gebiete erhebliche Bedeutung für die Bedarfsplanung der wohnortnahen, fachärztlichen Versorgung. Diese Funktion war in der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie ungenügend abgebildet, und soll in dieser Reform gezielt adressiert werden. Da das BBSR keine Fortführung der bisherigen 9er-Typisierung vorgenommen und im Gegenteil Lage und Mitversorgungsfunktion getrennt voneinander ausweist, ergab sich die Notwendigkeit der</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>werden kann – beispielsweise verfügt der Landkreis Uckermark über eine Fläche von über 3.000 km<sup>2</sup>.</p>		<p>Zusammenführung beider Funktionen. Dies gelingt überaus gut und führt nur zu vergleichsweise wenigen Ausnahmefällen, für die vor Ort auf Landesebene ggf. Anpassungen vorzunehmen sind. Der Vorschlag der Psychotherapeutenkammer, Psychotherapeuten auf Mittelbereichsebene zu beplanen, ist nicht zielführend, da dies zu einer extremen Ausweisung von Übersorgung in Städten und möglicherweise zu zahlreichen neuen Niederlassungsmöglichkeiten auf Landesebene führen würde. Während Letzteres wünschenswert wäre, ist die weitere Verschärfung der Übersorgungssituation in Städten aus Sicht des Unterausschusses nicht zielführend. Insofern verwundert der Vorschlag von Bundespsychotherapeutenk ammer. Die Alternative wäre die Bildung von</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					<p>differenzierten Verhältniszahlen für die Mittelbereiche beispielsweise auf der Grundlage der Mitversorgungsfunktion. Hierzu hat die Bundespsychotherapeutenkammer keinen Vorschlag gemacht.</p>
2c		<p><b>2. Kombination zweier BBSR-Modelle problematisch</b></p> <p>Das Modell des Entwurfs, nach dem kreisfreie Städte, Landkreise oder Kreisregionen jeweils einem Planungsbereichstyp zugeordnet werden, ist kein anerkanntes Modell der Raumforschung. Es kombiniert zwei Modelle und versucht, Kreise oder Kreisregionen in die Typologie des BBSR-Modells der „Einzugsbereiche von Großstadtregionen“ zu überführen, obwohl sich dieses Modell nicht auf Kreise und Kreisregionen bezieht, sondern auf die erheblich kleineren Gemeindeverbände. Das Ergebnis ist ein neues Modell, das kreisfreie Städte, Landkreise und Kreisregionen in fünf Typen einteilt.</p> <p>Für die Zuordnung von „gemischten Kreisen“ werden Annahmen getroffen. Kreise werden den Versorgungszonen zugeordnet, in denen die Mehrheit der Einwohner des Kreises (über 50 Prozent) leben. Dies ist</p>	<p>Die Entwicklung eines eigenen Modells ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Die Zuordnung der AVZ zu den Planungsbereichen auf Basis des Modells der „Versorgungszonen“ erfolgt nach dem Beschlussentwurf, um „die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden“ (Anlage 6). Grundsätzlich ist es überlegenswert, Mitversorgungseffekte zu berücksichtigen. Das</p>	Nein	<p>In der Tat bezieht sich das BBSR-Konzept auf gemeindeverbandsbezogene Mitversorgungseffekte, die zum Zwecke der Kreisgrenzen scharfen Abbildungen der Mitversorgung auf Kreise und kreisfreie Städte aufaggregiert wurden. Wie in zahlreichen anderen Konzepten üblich, wird dabei die Zuordnung des Kreises, sofern es sich um einen Mischtyp handelt, nach der 50%-Regel vorgenommen. Auch hier gilt, dass im Falle der Fehlzuordnung auf</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>eine willkürliche Festsetzung – allerdings mit teilweise erheblichen Konsequenzen für die Versorgungsdichte eines Planungsbereichs. Die Grenze könnte auch bei 60 Prozent, 65 Prozent oder 75 Prozent liegen. Eine weitere Typisierung von Mischkreisen ohne „Bevölkerungsmehrheit von über 50 %“ erfolgt auf Basis einer Berechnungsformel, die den Anteil der Einwohner in Großstadregionen und ein „bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau“ der Zonen (bei expliziter Nichtberücksichtigung der Psychotherapeuten) kombiniert. Der Kreis wird dann der Versorgungszone zugeordnet, deren „bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist“. Dieses Procedere der Zuordnung der „Mischkreise“ ist anhand der durch den G-BA für das Stellungnahmeverfahren zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht nachvollziehbar.</p> <p>Zur Systematik wird in der Anlage 6 ausgeführt: „(Es) ... wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typen ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt.“</p> <p>Die Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus wird dadurch bestimmt, dass „... auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite</p>	<p>BBSR-Modell der „Einzugsbereiche von Großstadregionen“ bezieht sich allerdings auf Pendlerbewegungen von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen Wohn- und Arbeitsort. Ärztliche und psychotherapeutische Mitversorgungseffekte werden nicht unmittelbar abgebildet. Auf Mitversorgungseffekte für Kinder, Rentner und Arbeitslose kann auch nicht aus den Pendlerbewegungen der arbeitenden Bevölkerung geschlossen werden. In Regionen mit einem hohen Anteil dieser Menschen wird es somit zu Fehleinschätzungen kommen.</p> <p>Weiterhin ist eine ausgewogene flächendeckende Versorgung gefährdet, wenn die dafür erforderliche kleinräumige</p>		<p>Landesebene und Erkenntnis landesspezifischer Umstände von dem Bundesvorschlag abgewichen werden kann. Eine Änderung des Ansatzes wird deshalb nicht vorgesehen. Gleiches gilt für die Ausnahmefälle, die die BPtK aufführt. Auch hier gilt, dass vom Versorgungsgeschehen betrachtet auf Landesebene eine abweichende Typisierung vorgenommen werden kann, sofern der Vorschlag der Bundesvorgabe als nicht versorgungsadäquat empfunden wird. Gleiches gilt auch für das Beispiel Berlin. Bei genauer Betrachtung ist festzustellen, dass in den mitversorgten Zonen des Typs 3 oder 4 die Bevölkerungsdichte grundsätzlich vom an Berlin angrenzenden Anteil des Kreises beginnend</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt“ und „das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt“ und „dem Typ 5 zugeordnet“ wird. Die Ergebnisse der Berechnungen (AVZ-Typ 1: 1,39; Typ 2: 0,96; Typ 3: 0,48; Typ 4: 0,77) setzen Kenntnis über die Verteilung der Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung auf Gemeindeebene voraus. Diese liegen aktuell soweit ersichtlich nur der KBV vor und sind auf Basis öffentlich verfügbarer Angaben nicht nachvollziehbar. Die BpTK hält eine Überprüfung des Ergebnisses dieser Berechnung – insbesondere mit Blick auf das äußerst niedrige Versorgungsniveau im Typ 3 – für zwingend erforderlich.</p> <p>Es stellt sich die Frage, warum die AVZ nicht für die stadtreionalen Zonen (SRZ) des BBSR berechnet und dann nach Bevölkerungsanteil individuell auf die Planungsbereiche umgelegt werden. Durch die Anwendung des Demografiefaktors entstehen bundesweit ohnehin 372 unterschiedliche AVZ für jede Arztgruppe. Selbst wenn man von dem Erfordernis ausgeht, die AVZ aus Anschaulichkeitsgründen zu vereinfachen, stellt sich, wie oben bereits erwähnt, die Frage, warum eine eindeutige Zuordnung eines Kreises bei mindestens „50 Prozent“-Anteil an einer stadtreionalen Zone vorgenommen wird und nicht bei einem anderen (höheren) Schwellenwert. Auf diese Weise wird schwer zu begründen sein, dass beispielsweise der Landkreis Fürth (Anteil SRZ</p>	<p>Raumgliederungsebene nicht verwendet wird. Dies zeigt sich bei der Zuordnung der kreisfreien Städte, Landkreise oder Kreisregionen zu diesen „Versorgungszonen“. Der Anlage 6 lässt sich entnehmen, dass das Modell des Entwurfs für „Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises denselben Typen [hier im Sinne der stadtreionalen Zonen nach der Kategorie des BBSR] zugeordnet sind“, eine identische Zuordnung zu diesem Versorgungszonentyp vorsieht.</p>		<p>kontinuierlich abnimmt bis hin zu einer geringeren Bevölkerungsdichte in Berlinfernen Teil. Sowohl der Straßenbau als auch die Nahverkehrsstruktur ist für diese Landkreise auf Berlin ausgerichtet. Das hier zur Anwendung kommende Prinzip der Zentralität von Orten wird im Übrigen auch durch den Staat im Bereich der Daseinsvorsorge grundsätzlich angewendet.</p> <p>Der Vorwurf der willkürlichen Zuordnung von Kreisen zu den 5 Kreistypen wird als unangemessen und unsachlich entschieden zurück gewiesen. Im Rahmen der im dokumentierten Verfahrensablauf vorgenommenen, differenzierten Prüfung vorhandener Konzeptionen schied das von der BpTK favorisierte Konzept siedlungsstruktureller Merkmale aufgrund seiner grundsätzlichen</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>2: 49,6 Prozent; Anteil SRZ 3: 50,4 Prozent) eine Zuordnung zu den ungünstigsten AVZ des Typs 3 erhält, wohingegen der Landkreis Saarlouis (Anteil SRZ 2: 53 Prozent, Anteil SRZ 3: 47 Prozent) die deutlich besseren AVZ des Typs 2 erhält. Weiterhin führt die Berechnungsmethodik des Entwurfs beispielsweise dazu, dass der Planungsbereich Reutlingen gemäß Anlage 3.2 als Typ 5 geführt wird – obwohl kein einziger Einwohner des Landkreises Reutlingen in der stadtreionalen Zone des „eigenversorgten“ Typs 5 lebt. Das BBSR weist für Reutlingen folgende Bevölkerungsanteile aus: Anteil SRZ 1: 39,9 Prozent; Anteil SRZ 2: 22 Prozent; Anteil SRZ 3: 27,2 Prozent; Anteil SRZ 4: 10,9 Prozent; Anteil SRZ 5: 0 Prozent.</p> <p>Nach unserer Einschätzung noch gravierender ist die absehbare Unterversorgung in Teilen großflächiger Planungsbereiche, die aufgrund der für den Entwurf eigens entwickelten Übertragung eines Modells auf Basis der Gemeindeverbände auf die Ebene von Stadt- und Landkreisen entstehen wird. So gelten fast alle Planungsbereiche, die an Berlin angrenzen als „mitversorgte“ Zonen des Typs 3 oder 4 – obwohl ein großer Teil der Einwohner weit über 50 Kilometer vom Berliner Zentrum entfernt wohnt. Diese Planungsbereiche werden gemäß siedlungsstruktureller Merkmale vom BBSR als ländliche Regionen geführt. Dies belegt, dass das BBSR-Konzept der siedlungsstrukturellen Kreistypen zu einer Typisierung der Planungsbereiche führt, die den gesetzlichen Anforderungen näher kommen und vorzuziehen sind, wenn schon auf die eigentlich erforderliche kleinräumige Planung bei Psychotherapeuten</p>			<p>Ungeeignetheit aus. Unter Adaptierung des Konzepts der stadtreionalen Zonen des BBSR ist es gelungen, eine bis auf wenige Ausnahmen passende Kreiszuordnung sowohl nach Lage als auch nach Mitversorgungsfunktion vorzunehmen. Abweichungen auf Landesebene sind selbstverständlich grundsätzlich möglich.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>verzichtet wird. Denn nach den gesetzlichen Anforderungen sind die Planungsbereiche so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird (§ 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V).</p> <p>Die Abweichungen von wissenschaftlichen, anerkannten Modellen der Raumforschung lassen sich nicht durchgängig als sachgerecht begründen. <b>Daher sollte mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die eigenständig entwickelten Modelle verzichtet werden.</b></p>			
2d		<p><b>II. Allgemeine Verhältniszahlen</b></p> <p>Neue Verhältniszahlen sind so festzulegen, dass dies der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dient (§ 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Dabei sind allein sachgerechte Kriterien zugrunde zu legen. Unabhängig vom letztlich gewählten Zuschnitt und der Typisierung der Planungsbereiche ist entscheidend, dass die zugeordneten Verhältniszahlen den gesetzlichen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung gerecht werden.</p> <p><b>1. Keine sachgerechte Festlegung der AVZ der Arztgruppe „Psychotherapeuten“</b></p> <p>Der Beschlussentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie übernimmt die Berechnungsgrundlage der alten Verhältniszahlen für Psychotherapeuten und ordnet sie anhand der derzeitigen Verteilung den fünf neuen Kreistypen zu. Die schematische Überführung alter Verhältniszahlen in die neue Raumordnungssystematik setzt allerdings voraus, dass diese sachgerecht sind – was nicht der Fall ist.</p>		Nein	<p>Der Unterausschuss Bedarfsplanung geht davon aus, dass die absolute Anzahl der am 31. August 1999 zugelassenen Psychotherapeuten grundsätzlich für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung ausreichend ist. Defizite im Hinblick auf die Versorgung in ländlichen Gebieten wurden erkannt, weshalb zusätzliche Psychotherapeuten für die Kreistypen 4 und 5 vorgesehen werden. 1999 bestand schon europaweit eine einzigartige gute Versorgungssituation im Bereich der</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Ungleichbehandlung der Arztgruppen in der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie</li> </ul> <p>Somit wurden und sollen auch im jetzigen Entwurf erneut die Verhältniszahlen anhand unterschiedlicher Raumbezüge ermittelt werden, ohne dass dies unter dem Gesichtspunkt einer bedarfsgerechten Versorgung begründet wird.</p>			<p>psychotherapeutischen Behandlung, die seitdem kontinuierlich auf dem Wege von Sonderbedarfszulassungen und Nachzulassungen ausgebaut wurde. Kein anderes Gesundheitssystem kennt eine vergleichsweise gute psychotherapeutische Versorgung. Was bleibt ist die erhebliche Fehlverteilung von Psychotherapeuten bis hin zu exzessiven Überversorgungsraten in einzelnen Städten. Da Psychotherapeuten selbst nicht durch Verlagerung ihrer Praxis an den Ort der Morbidität zu einem Abbau erkennbar beitragen können, hat der Unterausschuss von einer reinen konservierenden Betrachtung abgesehen. Weiterhin werden deshalb überdurchschnittliche Konzentrationen von Psychotherapeuten</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					ausgewiesen werden.
		<p>Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wurden und werden auch jetzt entgegen der gesetzlichen Vorgabe des § 101 Absatz 4 Satz 3 SGB V nur diejenigen Psychotherapeuten gezählt, die bis zum 31. August 1999 rechtswirksam zugelassen waren. Die gesetzliche Regelung sieht demgegenüber ausdrücklich vor, dass alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V zugelassenen Psychotherapeuten zu zählen waren. Bei den nach § 95 Absatz 10 SGB V zugelassenen Psychotherapeuten handelt es sich um die Psychotherapeuten, die bereits im Rahmen des sogenannten Delegations- oder des (damaligen) Kostenerstattungsverfahrens im Rahmen der GKV tätig waren. Diese sollten sofort zugelassen werden. § 95 Absatz 10 SGB V „regelt die Voraussetzungen, unter denen die Psychotherapeuten sofort zugelassen werden können“ (BT-Drs. 13/8035, Seite 21). Da diese bereits vorher im Rahmen der GKV tätig waren, sollten sie auch alle in die Berechnung der Verhältniszahlen mit einfließen. Durch den der gesetzlichen Regelung widersprechenden Stichtag „31. August 1999“ in der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde genau dies unterlaufen.</p> <p>Die Zulassungen erfolgten nämlich nicht „sofort“. Zum Stichtag waren die in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sehr unterschiedlich gehandhabten Zulassungsverfahren inklusive der Bearbeitung der Widersprüche und der Gerichtsverfahren noch nicht abgeschlossen. Diejenigen Psychotherapeuten, die vor 1999 im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren tätig</p>	<p>Für die die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten wurden gemäß § 7 Absatz 2 der Anlage 5 „alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst“. Dies waren nach Angaben der KBV 13.785 Psychotherapeuten und entspricht wörtlich § 5 Absatz 6 Nummer 2 der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie. Dafür sah der Gesetzgeber nicht wie im – seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz</p>	Nein	<p>Der Unterausschuss ist als Grundlage der Fortentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung von den initial 13785 zugelassenen Psychotherapeuten ausgegangen und hat diese Zahl zur gezielten Förderung der ländlichen und stadtfernen Versorgung um nahezu 10% erhöht. Die Verteilungsproblematik des Ausgangsjahres der Einführung der Psychotherapie in die Regelversorgung wurde durch Ableitung der Verteilung von Einwohnern im Jahre 2010 (letzte verfügbare amtliche Statistik) und Psychotherapeuten (Bundesarztregister 2012) aufgehoben. Die genaue Systematik in den Anlagen der Richtlinie und in den tragenden Gründen</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>waren, waren zum 31. August 1999 nur zum Teil „rechtswirksam“ niedergelassen. Allein im Bezirk der KV Nordrhein betrifft dies 1.048 Widersprüche bei 2.981 Anträgen auf Zulassung nach § 95 Absatz 10 SGB V. Die AVZ für Psychotherapeuten bilden somit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage vor 1999 ab – obwohl das Ziel des Gesetzgebers darin bestand, die Psychotherapeuten zu berücksichtigen, die bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren.</p> <p>Rechtswidrig ermittelte Verhältniszahlen aus dem Jahr 1999 sind als Berechnungsgrundlage „neuer“ und sachgerechter Verhältniszahlen nicht geeignet. Den AVZ der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie liegen die alten Verhältniszahlen zugrunde, obwohl eine bedarfsgerechte Versorgung mit den derzeit zugelassenen Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann. Angeblich ist ganz Deutschland überversorgt, dennoch liegen die Wartezeiten bei durchschnittlich drei Monaten für ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Die Vorgabe des Gesetzes ist es, Verhältniszahlen zur bedarfsgerechten Versorgung nach sachgerechten Kriterien zu ermitteln. Die Ermittlung der Verhältniszahlen anhand des Stichtags von 1999 unter Einbeziehung Ostdeutschland ist nicht sachgerecht.</p> <p>Der Entwurf räumt dies selbst ein. In der Anlage 6 heißt es wörtlich:          „Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der</p>	<p>z – geltenden Recht eine Ermittlung allein anhand sachgerechter Kriterien vor, sondern ausdrücklich eine stichtagsbezogene Berechnung (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Nach § 8 der Anlage 5 sollen die Einwohnerzahlen des gesamten Bundesgebiets zum Stichtag 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt werden. Für alle anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt der Bezug zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages). Der Beschränkung der Ermittlung auf das Bundesgebiet West bei den anderen Arztgruppen lag 1990 die Überlegung</p>		<p>hergeleitet. Auf eine erneute Darstellung wird hier verzichtet. Insofern kann von einer grundsätzlich neuen Verhältniszahl 2012 ausgegangen werden, die eine erhebliche Ausweitung des Leistungsangebots zur Folge hat. Keine andere Arztgruppe kann in gleichem Maße Zuwächse verzeichnen.</p> <p>Da die bisherige Verteilung der Psychotherapeuten erhebliche Asymetrien aufweist, wurden gezielt zusätzliche Zulassungen insbesondere im ländlich geprägten Kreistyp V eingerichtet. Sowohl die Verhältniszahl auch die Verteilung der Psychotherapeuten wurden also grundlegend reformiert mit dem Ergebnis, dass a) Psychotherapeutensitze in überversorgten Regionen leicht zurück gehen, b) die Versorgung in ländlichen Gebieten auf eine historisch höchste</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Kernstadt orientiert. .... Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.“</p> <p>Neben der Erkenntnis, dass die psychotherapeutische Versorgungslage aufgrund des Stichtagbezugs 31. August 1999 und des Raumordnungsbezugs Gesamtdeutschland defizitär ist, wird im Entwurf die Wertung vorgenommen, dass die Versorgungszonen des Typs 1 „überbewertet“ und die anderen Typen „unterbewertet“ sind. Die fachliche Basis dieser Wertung bleibt offen. Der Entwurf begründet mit dieser Wertung die Notwendigkeit, die mit dem Stichtagsverfahren ermittelten Verhältniszahlen zu korrigieren.</p> <p>Darüber hinaus wird aus den Ausführungen die Notwendigkeit abgeleitet, die Verhältniszahlen für den Typ 5 anders festzulegen. In der Anlage 6 wird ausgeführt, dass der Typ 5 bei allen Arztgruppen „bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt ... deshalb systematisch unterschätzt (wird). Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht“. Eine bedarfsgerechte Versorgung in diesen „eigenversorgten“ Regionen kann somit nur durch eine gezielte Setzung erfolgen. Hierdurch begründet sich auch</p>	<p>zugrunde, dass die über Jahrzehnte in Westdeutschland gewachsene Versorgungsstruktur als Grundlage für eine Bedarfsplanung dienen konnte. Diese Überlegung traf und trifft auf Psychotherapeuten nur mit der Einschränkung zu, dass die Versorgungsstrukturen auch in Westdeutschland für diesen neuen Heilberuf weitaus weniger entwickelt waren. In Ostdeutschland existierten hingegen aufgrund des Systemumbruchs keine in diesem Sinn gewachsenen Strukturen. Dort waren aus historischen Gründen die Ausbildungskapazitäten für Psychotherapeuten deutlich geringer und die Versorgung mit ambulanter</p>		<p>Psychotherapeutendichte angehoben wird, c) die Spreizung der Verhältniszahl zwischen städtischen und ländlichen Regionen um den Faktor zwei im Vergleich zur bisherigen Planung reduziert wird.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		die Setzung der AVZ bei Psychotherapeuten nach § 10 Satz 3 der Anlage 5. Diese kann allerdings auf Basis eines völlig ungeeigneten Stichtags nicht sachgerecht sein.	Psychotherapie fand in anderen Strukturen als der Niederlassung in eigener Praxis statt. Die Versorgung war dort zum Stichtag 31. August 1999 mindestens um den Faktor 3 schlechter als in den westlichen Bundesländern – was sogar anhand einer Analyse der Planungsblätter aus dem Jahr 2000 noch belegt ist.		
2e		<p><b>Neufestlegung der AVZ nach einheitlicher Systematik</b></p> <p>Die Tatsache, dass die AVZ für die Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung mit Bezug auf unterschiedliche Regionen (Westdeutschland gegenüber Gesamtdeutschland) ermittelt wurden, stellt eine Ungleichbehandlung dar. Diese hält verfassungsrechtlichen Anforderungen nur stand, wenn im Sinne der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung ein sachlicher Grund für die unterschiedliche Ermittlung besteht.</p> <p>Ob Verhältniszahlen für verschiedene Arztgruppen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt werden, anhand unterschiedlicher Raumbezüge ermittelt werden konnten, ist für die Frage, ob Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung heute anhand unterschiedlicher</p>	Die Berücksichtigung der Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten zum 30. Juni 2012 (nach § 9 der Anlage 5) ändert nichts an der Fragwürdigkeit des	Ja	<p>Hinweis wird aufgenommen, dass die sog. „U-Form“ auch bei Psychotherapeuten nachvollzogen werden soll.</p> <p>Der Unterausschuss wird sich mit der Frage der Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Einrichtungen im nächsten</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Raumbezüge ermittelt werden dürfen, ohne Belang. Denn § 101 Absatz 4 SGB V sah ausdrücklich die Ermittlung für Psychotherapeuten stichtagsbezogen zum Stand 1. Januar 1999 vor (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Für die anderen Arztgruppen galt ein anderer Stichtag, der 31. Dezember 1990 (§ 101 Absatz 1 Satz 4 SGB V). Die Neufestlegung der Verhältniszahlen erfolgt nunmehr für alle Arztgruppen auf einheitlicher gesetzlicher Grundlage (§ 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Eine Differenzierung ist somit nur dann möglich und erforderlich, wenn sie der bedarfsgerechten Versorgung dient. Der Verweis auf ein früheres, auf anderer rechtlicher Grundlage durchgeführtes Verfahren, erfüllt diese Anforderung nicht. Im Übrigen ist die Ungleichbehandlung auch rechtswidrig, da der Entwurf nicht zu erkennen gibt, dass er sich dieser Ungleichbehandlung und der Grundlage bewusst ist, auf der sie erfolgt. Zur Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung muss sich ein Normgeber mit der Frage der Ungleichbehandlung auseinandersetzen und darlegen, dass und warum er sie für notwendig hält. Bei der nun erfolgten Neufestsetzung der Verhältniszahlen ist nicht ersichtlich, ob dem Entwurf die Erkenntnis zugrunde liegt, dass die Verhältniszahlen für alle Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf derselben gesetzlichen Grundlage festzulegen sind. Warum nicht für alle Arztgruppen die bessere Versorgungslage in Westdeutschland zur Ermittlung von bedarfsgerechten Verhältniszahlen herangezogen wird und warum dies nicht erforderlich sein soll, ist nicht ansatzweise ersichtlich.</p>	<p>Vorgehens, da durch die Festlegung der Gesamtzahl der Psychotherapeutensitze (nach § 7 Absatz 2 der Anlage 5) die historische Unterschätzung des Versorgungsbedarfs zementiert wird. Es ist sogar damit zu rechnen, dass durch diese Art der „Korrektur“ insbesondere die Versorgungslage in städtischen Regionen verzerrt dargestellt wird. Denn eine Anpassung der Verteilung ohne Berücksichtigung des Mengenzuwachses in den Regionen, die 1999 vergleichsweise besser ausgebaute Strukturen hatten, wird zu einer Anhebung der AVZ führen. Der Versorgungsgrad in Großstädten steigt an, ohne dass auch nur eine einzige weitere Zulassung erteilt wird. Der ausgewiesene</p>		<p>Jahr erneut befassen. Die Hinweise der BPtK werden in die Beratungen einfließen.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Die Vorgaben der AVZ für Psychotherapeuten in der tabellarischen Auflistung nach § 12 Absatz 5 verdeutlichen darüber hinaus, dass die angestrebte Verteilung der Psychotherapeuten im Sinne des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb des Modells des Entwurfs nicht erreicht wird. Die Spreizung der AVZ verringert sich zwar gegenüber dem aktuell gültigen Modell, bleibt jedoch mit dem Verhältnis 3,2:1 deutlich über dem Durchschnitt der Spreizung der AVZ in den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (1,9:1). Selbst die angestrebte „U-Form“ der Versorgungsdichte wird verfehlt – vor allem, weil den „mitversorgten“ Regionen eine ungünstigere AVZ (Typ 4, 9.930) als den „stark mitversorgten“ Regionen (Typ 3, 9.103) zugeteilt wird.</p> <p>Eine Verzerrung des Versorgungsgrades wird darüber hinaus auch bei Umsetzung der Regelung des § 22 Absatz 2 (Entwurf KBV/GKV-Spitzenverband) eintreten. Danach sollen nach Maßgabe (unterschiedlicher) regionaler Vorgaben Ärzte in ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Hintergrund dafür, die Art und Reichweite einer Anrechnung auf die regionale Ebene zu verlagern und nicht in der Richtlinie selbst zu regeln, dürfte die Schwierigkeit sein, genau diese Festlegung zu treffen.</p> <p>Unabhängig von dieser Überlegung würde der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nur zu mehr Bürokratie führen, ohne einen echten Mehrwert gegenüber dem Vorschlag von KBV und GKV-</p>	<p>Versorgungsgrad der Städte des derzeitigen Kreistyps 1 steigt um knapp 20 Prozent an. Der Versorgungsgrad erreicht zum Teil absurde Größenordnungen – z. B. in Remscheid steigt er von aktuell 120 auf 340, in Fürth von 113,3 auf 329,6 oder in Offenbach sogar von 238,6 auf 694.</p> <p>Eine Verzerrung tritt deshalb ein, weil Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nun einerseits bei der Berechnung des Versorgungsgrades herangezogen werden sollen, andererseits aber nicht bei der Ermittlung der AVZ. Die AVZ gibt ein SOLL vor, an der die IST-Verhältniszahl im Planungsbereich gemessen wird. So ergibt sich der Versorgungsgrad.</p>		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		Spitzenverband zu bieten.	Werden die Vergleichsgrößen nicht auf derselben Basis ermittelt, werden zwei unterschiedliche Dinge miteinander verglichen. Es gab 1999 (und 1990) bereits ermächtigte Einrichtungen. Die dort Beschäftigten flossen aber nicht in die übernommene Verhältniszahl ein. Würden sie nun aber einseitig bei der Berechnung der IST-Verhältniszahl im Planungsbereich berücksichtigt, ist dies widersprüchlich und nicht sachgerecht. Dieses Problem lässt sich lösen, indem die IST-Verhältniszahl auf demselben Weg ermittelt wird wie die AVZ und sich der Entwurf nicht auf eine Übernahme alter AVZ beschränkt.		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme																								
2f		<p>2. <b>Verhältniszahl der Versorgungszone 5 entspricht nicht den Vorgaben des Entwurfs</b></p> <p>§ 10 der Anlage 5 sieht vor, dass die AVZ in Regionen des Typs 5 „auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 4 angehoben“ werden soll, um „der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken“. In § 12 Absatz 5 wird diese AVZ mit 6.021 angegeben. Dabei handelt es sich aber nicht um die durchschnittliche Versorgungsdichte der Typen 1 bis 4, die bei 5.166 liegt, wenn man die AVZ des Entwurfs nach § 12 Absatz 5 zugrunde legt:</p> <table border="1" data-bbox="562 799 1249 1086"> <thead> <tr> <th>Versorgungszone</th> <th>AVZ (gemäß § 12 Absatz 5)</th> <th>Einwohner (in Millionen nach BBSR, 2010; Planungsbereiche gemäß Anlage 3.2)</th> <th>Psychotherapeuten (Spalte 3/Spalte 2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Typ 1</td> <td>3.079</td> <td>22.915.556</td> <td>7.442,5</td> </tr> <tr> <td>Typ 2</td> <td>7.496</td> <td>11.528.104</td> <td>1.537,9</td> </tr> <tr> <td>Typ 3</td> <td>9.103</td> <td>9.464.658</td> <td>1.039,7</td> </tr> <tr> <td>Typ 4</td> <td>9.930</td> <td>16.375.070</td> <td>1.649,1</td> </tr> <tr> <td>Typen 1 - 4</td> <td></td> <td>60.283.388</td> <td>11.669,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>Es kann darüber hinaus ausgeschlossen werden, dass die durchschnittliche AVZ der Typen 1 bis 4 höher ausfällt als der einwohnergewichtete Durchschnitt aller aktuell gültigen AVZ (5.953). Woher der Entwurf eine AVZ für den Typ 5 von 6.021 nimmt, ergibt sich aus dem Entwurf nicht.</p> <p>Allerdings ergeben sich auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten bei einer AVZ von 6.021 für Typ 5 1.154 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten im „ländlichen“ Raum – was der Zahl</p>	Versorgungszone	AVZ (gemäß § 12 Absatz 5)	Einwohner (in Millionen nach BBSR, 2010; Planungsbereiche gemäß Anlage 3.2)	Psychotherapeuten (Spalte 3/Spalte 2)	Typ 1	3.079	22.915.556	7.442,5	Typ 2	7.496	11.528.104	1.537,9	Typ 3	9.103	9.464.658	1.039,7	Typ 4	9.930	16.375.070	1.649,1	Typen 1 - 4		60.283.388	11.669,2		Ja	<p>Im Rahmen der Qualitätssicherung des vorgelegten Konzeptes wurde ein Übertragungsfehler identifiziert, der auch in der Stellungnahme in der Bundespsychotherapeutenkammer dargelegt wird. Durch eine Anpassung der Verhältniszahl im Typ 5 wird nunmehr der ländliche Raum auf das bundesweite Versorgungsniveau angehoben. Typ 4 wird so verändert, dass die Versorgungsdichte höher ist als im Typ 3.</p>
Versorgungszone	AVZ (gemäß § 12 Absatz 5)	Einwohner (in Millionen nach BBSR, 2010; Planungsbereiche gemäß Anlage 3.2)	Psychotherapeuten (Spalte 3/Spalte 2)																										
Typ 1	3.079	22.915.556	7.442,5																										
Typ 2	7.496	11.528.104	1.537,9																										
Typ 3	9.103	9.464.658	1.039,7																										
Typ 4	9.930	16.375.070	1.649,1																										
Typen 1 - 4		60.283.388	11.669,2																										

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>entspricht, auf die sich KBV und GKV Spitzenverband in der Vereinbarung vom 9. Oktober 2012 verständigt haben.</p> <p>In der Tabelle des § 12 Absatz 5 wäre der als AVZ für Psychotherapeuten in Typ 5 angegebene Wert „6.021“ zu streichen und durch den Wert „5.166“ zu ersetzen, wenn auf die Festlegung von sachgerechten Verhältniszahlen verzichtet werden würde.</p> <p>Grundsätzlich ist der Ansatz richtig, durch eine gezielte Setzung die Defizite der psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum (bzw. in „eigenversorgten Regionen“ im Sinne der neuen Systematik) zu beheben. Allerdings sollte eine solche Setzung auf Basis einer Berechnung vorgenommen werden, die mindestens die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes gewachsene ambulante psychotherapeutische Versorgungsstruktur in Westdeutschland widerspiegelt.</p>			
2g		<p><b>3. Datengrundlage nicht nachvollziehbar</b></p> <p>Nach § 9 der Anlage 5 wird zur Ermittlung der AVZ die Verteilung der Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012 herangezogen. Die Richtigkeit dieser Angaben kann anhand der Daten, die der BPTK vorliegen, nicht nachvollzogen werden, da die Anzahl der Psychotherapeuten pro Planungsbereich zum Stichtag 30. Juni 2012 trotz Anfrage nicht zur Verfügung gestellt wurde.</p> <p><b>Die Berechnungswege zu den AVZ sollten</b></p>	<p>Die vorliegenden Planungsblätter mit „Stand Frühjahr 2011“ führen zu vergleichsweise niedrigeren AVZ im neuen Typ 1 und vergleichsweise höheren AVZ im Typ 2.</p> <p>Nach Auskunft der KBV wird die bundesweite</p>		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p><b>nachvollziehbar dargelegt werden. Dies gilt auch für die Berechnungsgrundlage.</b></p> <p>Es ist nicht plausibel, dass im Juni 2012 weniger Psychotherapeuten zugelassen gewesen sein sollen als ein Jahr zuvor.</p>	<p>Anzahl der Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012 mit 21.606 beziffert. Die Angaben mit „Stand Frühjahr 2011“ weisen bereits 21.756 Psychotherapeuten aus.</p>		
2h		<p><b>4. Keine abgesenkte Versorgungsdichte in einer Sonderregion Ruhrgebiet</b></p> <p>§ 65 Absatz 3 legt fest, dass das Ruhrgebiet als „Sonderregion“ beplant wird. § 65 Absatz 5 weist dem Ruhrgebiet die aktuell gültige AVZ von 8.743 für Psychotherapeuten für weitere fünf Jahre zu. Damit wird die erhebliche psychotherapeutische Unterversorgung fortgeschrieben. Die Menschen im Ruhrgebiet müssen auch in Zukunft mit circa einem Drittel der Psychotherapeuten auskommen, die nach der aktuell gültigen Systematik für die Versorgung von Kernstädten in großen Verdichtungsräumen für erforderlich gehalten wird.</p> <p>Es wird weder ein Grund genannt, noch ist ein solcher ersichtlich, warum im Ruhrgebiet zur bedarfsgerechten Versorgung eine andere AVZ festgelegt werden soll als in allen anderen vergleichbaren Planungsbereichen. Ein solcher Grund kann sogar ausgeschlossen werden, da die Prävalenzen im Ruhrgebiet jedenfalls bei psychischen Erkrankungen nicht niedriger sind als in strukturell vergleichbaren Regionen.</p>	<p>Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung der Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet ist – wie bei allen anderen Planungsbereichen auch – § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V. Danach müssen auch im Ruhrgebiet die Verhältniszahlen eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen. Diejenigen Städte im Ruhrgebiet, die nach der allgemeinen Systematik dem Typ 1 zuzuordnen wären (z. B. Duisburg, Essen oder Dortmund), erhalten eine AVZ für Psychotherapeuten von</p>	Nein	<p>Zur Zulassungssituation liegen grundsätzlich zwei Datenquellen vor. Zum einen das Bundesarztregister, in dem neben der Zulassung weitere Charakteristika (z.B. Zusatzqualifikationen, Praxisanschrift) geführt werden. Zusätzlich wird eine jährliche Bedarfsplanungsumfrage durchgeführt, die schlaglichtartig die Versorgungssituation zu gegebenen Zeitpunkten abbildet. Hier werden aktuellste Entscheidungen der jeweiligen Zulassungsausschüsse berücksichtigt. Aufgrund des</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Auch die Beibehaltung im Rahmen von als „Übergangsbestimmungen“ bezeichneten Regelungen ändert nichts an der Rechtswidrigkeit der Festsetzung einer abweichenden Verhältniszahl, die nicht der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dient. Denn es fehlt an einer Ermächtigungsgrundlage, für einen Übergangszeitraum Verhältniszahlen festzusetzen, die nicht der bedarfsgerechten Versorgung dienen.</p> <p>Wäre tatsächlich – was hier insbesondere mit Blick auf Demografie und Morbidität nach dem eben gesagten ausgeschlossen werden kann – für eine bedarfsgerechte Versorgung eine Abweichung erforderlich, so würde es sich um eine regionale Besonderheit handeln. Diese wäre dann richtigerweise im Bedarfsplan zu berücksichtigen und nicht in der Richtlinie selbst.</p> <p>Darüber hinaus widerspricht die Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet auch der allgemeinen Systematik. Seit dem GKV-VStG – und auch nach den Regelungen des Entwurfs – kann in den Bedarfsplänen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V).</p>	<p>8.743. Vergleichbare Städte außerhalb des Ruhrgebiets (z. B. Nürnberg, Leipzig oder Stuttgart) erhalten eine AVZ von 3.079. Im Ruhrgebiet wird also eine beinahe dreimal niedrigere Versorgungsdichte geplant. Beide AVZ sollen nach dem Gesetz demselben Ziel dienen: einer bedarfsgerechten Versorgung. Planungsbereiche des gleichen Typs müssen daher auch die gleiche Verhältniszahl erhalten, es sei denn, für eine bedarfsgerechte Versorgung ist (ausnahmsweise) etwas anderes erforderlich. Allein die bisherige Einordnung des Planungsbereichs in eine „Sonderregion“ rechtfertigt dies jedoch nicht.</p> <p>Schon der Umstand, dass</p>		<p>Aufwandes wird diese auf Abfrage einmal jährlich durchgeführt. Leichte Differenzen zum Bundesarztregister ergeben sich notwendigerweise durch den Zeitverzug bei der Erhebung.</p> <p>Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat sich eingehend mit der Situation des Ruhrgebiets auseinandergesetzt und die Stellungnahmen sowohl der KV als auch der Kassenverbände zur Kenntnis genommen. Das Land selbst hat in Form des Ministeriums Einfluss genommen und darauf gedrängt, dass dieser Sonderstatus nicht „ad infinitum“ perpetuiert würde. Der Unterausschuss hat deshalb vorgeschlagen, bis zu einem Zeitraum von längstens 5 Jahren diesen Sonderstatus erneut auf den</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>nur eine einzige „Sonderregion“ in der Richtlinie vorgesehen ist, zeigt, dass es bei der Beibehaltung der Sonderregion nicht um die bedarfsgerechte Versorgung geht, sondern allein um das Fortschreiben der nach der bisherigen Richtlinie bestehenden Sonderregion. Dabei wird verkannt, dass Planungsbereiche und Verhältniszahlen nunmehr allein nach sachgerechten Kriterien festzulegen sind und nicht nach historischen Begebenheiten.</p>		<p>Prüfstand zu stellen und ggf. Übergangsszenarien in enger Abstimmung mit den Landesvertragspartnern sowie dem Land Nordrhein-Westfalen vorzusehen. Unbenommen davon können die Beteiligten in Nordrhein-Westfalen jederzeit eine von der Bundesrichtlinie abweichende Regelung implementieren.</p>
2i		<p>5. <b>Sachgerechte Kriterien für die Festlegung der AVZ für Psychotherapeuten</b>            Für Psychotherapeuten basiert eine sachgerechte Festlegung auf dem Aufsatzjahr 2005, dem Raumbezug Westdeutschland und der Korrektur der Versorgungsdichte auf dem Land.  <b>§ 7 der Anlage 5 (Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen) sollte daher wie folgt formuliert werden:</b></p>	<p>Psychotherapeutenzahlen und Einwohnerzahlen können sich auf denselben Stichtag</p>	Nein	<p>Der Passus steht in gewissen Widerspruch zu der Anmerkung unter Punkt Zwei. Offenbar hat auch die Psychotherapeutenkammer grundsätzlich kein anderes Konzept als die Stichtagsermittlung, um den bedarfsgerechten</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p><b>„§ 7 Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) wird die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten nach Maßgabe des § 18 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Stand 31. Dezember 2005 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland, ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.“</b></p> <p><b>§ 8 Satz 2 der Anlage 5 ist entsprechend wie folgt zu fassen:</b></p> <p><b>„Für die Gruppe der Psychotherapeuten werden die Einwohnerzahlen des Bundesgebiets zum Stand 31. Dezember 2005 zugrunde gelegt.“</b></p>	<p>beziehen. Abweichende Stichtage sind allein dem Umstand geschuldet, dass die Einwohnerzahlen meist etwa zwei Jahre verzögert vorliegen.</p>		<p>Versorgungsgrad ermitteln zu können. Die Wahl des Jahres 2005 führt zu einer erheblichen Ausweitung von Niederlassungsmöglichkeiten. Überversorgungsszenarien in ausgewählten Städten werden grundsätzlich nicht beseitigt. Dem Vorschlag kann deshalb nicht gefolgt werden.</p>
2k		<p><b>III. Sicherung des aktuellen Versorgungsniveaus</b></p> <p>Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung kann nicht erreicht werden, wenn zwar in ländlichen Regionen zusätzliche Zulassungen entstehen, die Versorgung insgesamt aber durch den Verzicht auf die Nachbesetzung in anderen Regionen in der Summe deutlich verschlechtert wird. Daher spricht die Vereinbarung auch ausdrücklich von 1.150 zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten. Diese sind zusätzlich zu den derzeit 21.606 niedergelassenen Psychotherapeuten zu sehen. Würden sie nur zu den 13.785 Psychotherapeuten des 31. August 1999 hinzuaddiert, ist der Nettoeffekt negativ und über 6.000 Psychotherapeutensitze werden als abbaubar ausgewiesen.</p>	<p>Sowohl dem Gesetz als auch der Vereinbarung zwischen KBV und GKVSpitzenverband vom 9. Oktober 2012 liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die psychotherapeutische Versorgung insgesamt verbessert werden muss.</p> <p>Nach § 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V in der ab dem 1. Januar 2013</p>	Nein	<p>Die grundsätzlich nachvollziehbare, dem Besitzstand der bisher niedergelassenen Psychotherapeuten Rechnung tragende Position der Bundespsychotherapeutenkammer kann aus Versorgungsgesichtspunkten nicht übernommen werden. Auch die mittelbare Anerkennung des Status quo als Istzustand würde</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Wenn der G-BA die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten nicht unmittelbar so anpasst, dass die flächendeckende Stilllegung tausender Sitzen verhindert wird, ist eine Regelung erforderlich, die sicherstellt, dass das Ziel der Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann. <b>Dazu sollte eine neue Regelung als § 25 Absatz 5 aufgenommen werden, die es verhindert, dass sich die Versorgung durch neue Verhältniszahlen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung insgesamt durch den Verzicht auf die Nachbesetzung von bestehenden Sitzen verschlechtert.</b></p>	<p>geltenden Fassung ist vor der Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss zu prüfen, ob diese durchgeführt oder auf eine Nachbesetzung verzichtet werden soll.</p>		<p>neben einer Verfestigung der Fehlverteilung zu dem auch das falsche Signal für neue niederlassungswillige Psychotherapeuten aussenden, die weiterhin in Städte und attraktivere Gebiete drängen werden.</p>
21		<p>Es sollte vorgesehen werden, dass beim Verzicht auf eine Nachbesetzung in einem Planungsbereich gleichzeitig eine Zulassung zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Blick auf Angebot und Erreichbarkeit, in dem Planungsbereich des Bezirks derselben KV zu erteilen ist, in dem sich die Versorgungslage am schlechtesten darstellt.</p> <p>Dem Landesausschuss sollte ermöglicht werden, die Zulassung in einem anderen Planungsbereich vorzusehen, wenn dies aus Versorgungsgründen sinnvoll ist.</p> <p>Eine solche Regelung kann auf die Kompetenz des G-BA gestützt werden, in seinen Richtlinien Bestimmungen über die „Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ zu beschließen (§ 101 Absatz 1 Nummer 2 SGB V) sowie die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die</p>	<p>Eine solche Regelung dient dem Ziel einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung und greift den Rechtsgedanken von § 24 Absatz 3 Satz 1 Ärzte-ZV auf, wonach zur Verbesserung der Versorgung die Eröffnung einer Zweigpraxis auch in überversorgten Planungsbereichen zulässig ist. Aufgrund der Historie der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ ist die Verteilung der</p>	Nein	<p>Der Vorschlag, Psychotherapeutensitze, die in extrem überversorgten Gebieten durch Entschädigung nicht mehr fortgeführt werden, in weniger überversorgten Gebieten auszuweisen, entspricht einer prinzipiellen Erhaltung des Status quo, was die Gesamtzahl der Zulassungen angeht. Im Sinne der Vertretung der an Ort und Stelle niedergelassenen Mitglieder der BPtK erscheint dieser Vorschlag nachvollziehbar.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten (§ 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V), hier zur Bedarfsplanung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V), zu erlassen.</p> <p>Die Regelung kann an die Formulierung der Regelungen des § 25 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 4 angelehnt werden, die auch nach Außerkrafttreten der gesetzlichen Regelungen des § 101 Absatz 4 Sätze 5 und 6 SGB V weitergelten sollen.</p> <p><b>§ 25 Absatz 5 – neu – sollte so formuliert werden:</b>  <b>„(5) Endet die Zulassung eines Leistungserbringers der Arztgruppe Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) und lehnt ein Zulassungsausschuss die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Absatz 3a SGB V ab, hat der Landesauschuss die Feststellung zu treffen, dass in dem Planungsbereich im Bezirk derselben Kassenärztlichen Vereinigung, der den niedrigsten faktischen Versorgungsgrad ausweist, eine Zulassung zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten erteilt werden kann, auch wenn dieser Planungsbereich als überversorgt gilt. Der Zulassungsausschuss hat nach Maßgabe der Feststellung des Landesauschusses die Zulassung zu erteilen. Abweichend von Satz 1 kann sich die Feststellung aus Versorgungsgründen auf einen anderen Planungsbereich beziehen. Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für hälftige Versorgungsaufträge.“</b></p>	<p>Psychotherapeuten gegenüber anderen Arztgruppen deutlich verzerrt. Für eine angemessene Versorgung sind gegenüber dem derzeitigen Stand insgesamt mehr Psychotherapeuten erforderlich. Dementsprechend werden die Verhältniszahlen insbesondere in ländlichen Regionen so angepasst, dass dort zusätzliche Zulassungen möglich werden. Das Ziel der angemessenen psychotherapeutischen Versorgung kann aber nicht erreicht werden, wenn sich trotz dieser Zulassungen durch das Stilllegen von Praxissitzen in anderen Regionen die Versorgungssituation insgesamt verschlechtert.</p>		<p>nicht jedoch aus Versorgungsgründen.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2m		<p><b>IV. Demografiefaktor</b></p> <p>Der Demografiefaktor ist auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Nach § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V kann und darf die demografische Entwicklung nur zur „Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung“ berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten besteht jedoch in der psychotherapeutischen Versorgung kein relevanter Unterschied im Behandlungsbedarf der Altersgruppen. Der Demografiefaktor würde aufgrund der ungerechtfertigten Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme – ohne Berücksichtigung der Zugangsbarrieren – perspektivisch zu einer erheblichen Verringerung des Angebots an ambulanter Psychotherapie führen. Hierdurch wird eine leitliniengerechte Versorgung verhindert – insbesondere in Regionen mit hohem Anteil älterer Menschen. Dort wird auch das Gesundheitsziel des besseren Zugangs älterer Menschen zur Psychotherapie konterkariert – ebenso wie die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auf dem Land.</p> <p>1. Demografiefaktor verhindert leitliniengerechte Versorgung</p> <p>Nach wissenschaftlichen Studien ist Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie bei Menschen aller Altersgruppen wirksam. Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression (S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung;</p>		Nein	<p>Nach wie vor suchen ältere Patienten zu einem deutlich geringeren Anteil die psychotherapeutische Versorgung auf, als dies für jüngere Patienten festzustellen ist. Dies betrifft nicht nur den geringer anfallenden Anteil Älterer, die Psychotherapie in Anspruch nehmen, sondern auch den Umfang psychotherapeutischer Leistungen (Stundenzahl) im Falle der Inanspruchnahme. Die Gründe hierfür sind vielfältig.</p> <p>Psychotherapeuten jedoch in Regionen vorzuhalten, in denen erwartungsgemäß die Bevölkerung diese Leistungen im deutlich geringeren Umfange in Anspruch nimmt, entspräche einer Fehlplanung. Der Unterausschuss hat deshalb grundsätzlich an dem</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>www.awmf.org) beschreibt die Wirknachweise von Psychotherapie für ältere depressive Menschen auf Basis methodisch hochwertiger Studien. Psychotherapie wird dementsprechend unabhängig vom Alter der Patienten mit dem Empfehlungsgrad A zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Depressionen und mit dem Empfehlungsgrad A in Kombination mit medikamentöser Therapie für schwere Depressionen empfohlen.</p> <p>Eine leitliniengerechte Behandlung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert somit den Zugang zur Psychotherapie für diese Personengruppe. Der Demografiefaktor wird das Angebot psychotherapeutischer Leistungen jedoch gerade dort weiter verknappen, wo ältere Menschen wohnen. Dies dient nicht der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung und ist damit nicht sachgerecht.</p>			<p>Demografiefaktor festgehalten. Dieser wurde in vielfältiger Hinsicht auch für die Anwendung auf die psychotherapeutische Versorgungssituation angepasst. Als Aufsatzjahr wird das Jahr 2010 herangezogen, was die schärferen Auswirkungen des bisherigen Demografiefaktors abschwächt. Der Demografiefaktor wirkt deshalb vornehmlich in der Verteilungswirkung, weniger bis gar nicht stellenreduzierend. Der Leistungsbedarf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wird herausgenommen, um die Behandlung von Kindern nicht zu Lasten der Gesamtgruppe wirken zu lassen. Auch hier gilt, dass bei Fehlverteilungen aufgrund des Demografiefaktors auf Landesebene</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					<p>Abweichungsmöglichkeiten bewusst bestehen. Warum ältere Menschen psychotherapeutische Leistungen nicht in dem Maße in Anspruch nehmen, wie jüngere Patienten, ist Gegenstand der gegenwärtigen Forschung. Der Unterausschuss wird aufmerksam die Entwicklung in diesem Gebiet verfolgen. Aufgrund der europaweit ohnehin einzigartig hohen psychotherapeutischen Versorgungsdichte in Deutschland liegen relativ wenige Erfahrungen bzw. Vorbilder aus dem Ausland vor, wie im Rahmen einer bevölkerungsbezogenen flächendeckenden Versorgung den besonderen Umstand der Behandlung älterer Patienten wirksam Rechnung getragen werden kann.</p>
		2. Widerspruch zum Gesundheitsziel „Gesund			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p><b>älter werden“</b></p> <p>Die Trägerorganisationen des G-BA haben im Rahmen von gesundheitsziele.de ausdrücklich die Empfehlung ausgesprochen, den Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie zu verbessern. In der Begründung zu dieser Empfehlung heißt es:</p> <p>„So wird beispielsweise die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei älteren Menschen gut dokumentiert ist. ... Psychotherapien im Alter finden selten statt. Diese Behandlungsmöglichkeit sollte für ältere Menschen genauso selbstverständlich in Betracht gezogen werden wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten.“</p> <p>KBV, GKV-Spitzenverband und DKG gehen richtigerweise davon aus, dass bei älteren Menschen unter Evidenzgesichtspunkten ein höherer Behandlungsbedarf anzunehmen ist, als sich im aktuellen Inanspruchnahmeverhalten dieser Altersgruppe manifestiert. Der Demografiefaktor wird jedoch in Anbetracht der alternden Bevölkerung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu immer ungünstigeren Verhältniszahlen führen. Damit verschlechtert er den Zugang zu Psychotherapie dort, wo besonders viele ältere Menschen wohnen. Ursache ist die fachlich nicht gerechtfertigte Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme bei der Berechnung des Leistungsbedarfsfaktors.</p> <p>Die Verhältniszahlen sind seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz jedoch so anzupassen, dass</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden sollte, führt der Demografiefaktor dazu, dass sich für ältere Menschen vor allem in ländlichen Regionen der Zugang zu Psychotherapie noch weiter verschlechtern wird.</p> <p>Dem Normgeber kommt grundsätzlich eine weite Einschätzungsprärogative zu. Allerdings bewegt sich der Normgeber nur dann rechtmäßig in dem ihm zustehenden Spielraum, wenn er sich im Rahmen der ihm zugebilligten Ermächtigung bewegt und die Regelung im Einklang mit den von ihm selbst getroffenen Annahmen und zugrunde gelegten Zielen steht. Dies ist hier nicht der Fall. Das Gesetz schreibt Verhältniszahlen vor, die eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Die Trägerorganisationen des G-BA haben erkannt, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden muss und somit ein höherer Versorgungsbedarf besteht. Der Bundesgesundheitsminister unterstützt das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ausdrücklich (Gemeinsame Pressemitteilung von BMG und Gesundheitsziele. de vom 12. März 2012). Die Gesundheitsministerkonferenz am 27. und 28. Juni 2012 hat einstimmig die verstärkte Umsetzung des formulierten Gesundheitsziels gefordert (Beschluss der 85. GMK zu TOP 9.2).</p>			
		<p><b>3. Inanspruchnahme entspricht nicht Behandlungsbedarf</b></p> <p>Zur Berechnung des Demografiefaktors wird ein Leistungsbedarfsfaktor verwendet, der das Verhältnis der</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Leistungen, die an über 65-Jährigen erbracht wurden, zu den Leistungen an unter 65-Jährigen ins Verhältnis setzt. Der Demografiefaktor fußt auf zwei Annahmen. Zum einen geht er davon aus, dass die Leistungen, die derzeit für Ältere erbracht und von ihnen in Anspruch genommen werden, dem Bedarf entsprechen. Zum anderen wird vorausgesetzt, dass sich mit steigendem Alter der Behandlungsbedarf so stark ändert, dass deshalb eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich wird. Bei der Mehrzahl der somatischen Krankheiten ist es plausibel, dass sich der Behandlungsbedarf im höheren Alter erheblich verändert. Die Prävalenzen der meisten somatischen Erkrankungen sind in der älteren Bevölkerung erheblich höher als bei jüngeren Bevölkerungsgruppen.</p> <p>Die Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen zeigen jedoch, dass diese Annahme bei psychischen Erkrankungen nicht haltbar ist. Mehrere epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass psychische Erkrankungen im Alter etwa ebenso häufig auftreten wie im jüngeren Erwachsenenalter. Im Laufe eines Jahres ist etwa ein Viertel der über 65-Jährigen von einer psychischen Erkrankung betroffen (zusammenfassend Weyerer, 2011). Abrechnungsdaten einer KV zeigen in der Altersgruppe von über 70-Jährigen sogar die im Vergleich zu anderen Altersgruppen höchste Prävalenz von Depressionen (Ultes-Kaiser, 2010). Gleichzeitig zeigen die Auswertungen von Abrechnungsdaten, dass Menschen über 65 in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert sind. Der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>(BT-Drs. 17/3815) führt dazu aus:            „Die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen wird deren Behandlungsbedarf nach wie vor nicht gerecht. Auf der Grundlage vorliegender Untersuchungen ist davon auszugehen, dass bei bis zu zehn Prozent der über 60-Jährigen die Indikation einer Psychotherapie gegeben ist, ein großer Anteil dieser Personen aber keine entsprechende Behandlung erhält. Die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab: Während die 60- bis 69-Jährigen mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patienten und Patientinnen in Deutschland bereits deutlich unterrepräsentiert sind, weist der Anteil der Gruppe der über 70-Jährigen mit etwa 1,3 Prozent ein deutliches Versorgungsdefizit aus.“</p> <p>Diese Diskrepanz erklärt sich, so der Altenbericht, mit den Altersbildern der Zuweiser und Behandelnden. Die Ursache liegt aber auch bei den älteren Menschen selbst. Zum einen haben ältere Jahrgangskohorten aktuell noch größere Vorbehalte gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung. Zum anderen halten sowohl zuweisende Ärzte als auch teilweise Psychotherapeuten selbst Psychotherapie (fälschlicherweise) bei jungen Menschen für indizierter als bei älteren Menschen. Hinzu kommt der grundsätzlich erschwerte Zugang aufgrund der dramatischen Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen, in denen überproportional viele ältere Menschen leben. Im sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drs. 17/3815) wird</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>vor diesem Hintergrund gefordert:                      „Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen muss an gesundheitlichen Bedarfen und Notwendigkeiten ausgerichtet sein. Ungeprüfte Annahmen über das Alter dürfen nicht die Grundlage der Gesundheitsversorgung sein. ... Älteren Menschen muss genauso wie jüngeren Menschen Zugang zu den erforderlichen gesundheitsbezogenen Leistungen gewährt werden. Eine Rationierung solcher Leistungen aufgrund des Lebensalters ist abzulehnen.“                      Der Demografiefaktor würde dazu führen, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in Regionen mit einem hohen Anteil älterer Menschen verschlechtert – und somit genau das Gegenteil bewirkt wird.</p>			
		<p><b>4. Demografiefaktor verschlechtert die Versorgung auf dem Land</b>                      Die Anwendung des Demografiefaktors steht im Widerspruch zum Ziel, die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Die demografischen Daten zeigen, dass insbesondere die Bevölkerung auf dem Land altert. Schon 2020 werden gemäß der Prognose des BBSR 25 Prozent der Bevölkerung in ländlichen Regionen älter als 65 Jahre sein – gegenüber 21 Prozent in Großstädten. Bis zum Jahr 2030 wird diese Diskrepanz noch anwachsen (Großstädte: 25 Prozent, ländliche Regionen 31 bis 32 Prozent). Die Anwendung des Demografiefaktors führt</p>		Nein	<p>Grundsätzlich gelingt es, mit dieser Bedarfsplanungsreform die bisherige Spreizung der Verhältniszahl zwischen Stadt und Land erheblich zu reduzieren. Zu keinem Zeitpunkt wird die Versorgung auf dem Lande mit psychotherapeutischen Leistungen besser sein, als nach der Reform. Die gleichzeitig mit dem</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>somit dazu, dass die Verhältniszahlen genau dort ungünstiger werden, wo vorher von Gesetzgeber und G-BA ein höherer Versorgungsbedarf erkannt worden ist. Die Anwendung des Demografiefaktors auf die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung.</p> <p>Erschwerend kommt hinzu, dass der Demografiefaktor nicht etwa in einigen Jahren Wirkung entfaltet. Vielmehr ist der Demografiefaktor nach der Übergangsregelung des § 63 Absatz 3 Satz 3 unmittelbar anzuwenden, noch bevor die neuen Verhältniszahlen zum 1. Juni 2013 in Kraft treten. In ländlichen Regionen werden die neuen Verhältniszahlen unmittelbar verschlechtert, noch bevor die neuen Verhältniszahlen Anwendung finden.</p> <p>Anders als bei allen anderen Arztgruppen außer den Frauenärzten führt der Demografiefaktor bei Psychotherapeuten zu ungünstigeren Verhältniszahlen, wenn der Anteil der über 65-Jährigen im jeweiligen Planungsbereich höher ist als im Bundesdurchschnitt 2010. Der Leistungsbedarfsfaktor gibt das Verhältnis der Leistungen, die an über 65-Jährige erbracht wurden, zum Anteil der Leistungen an unter 65-Jährigen wider. Dabei wird die Annahme getroffen, dass dies dem Bedarf entspricht – entgegen der Erkenntnis, dass dies bei Psychotherapie nicht der Fall ist (s. o.).</p> <p>Der errechnete Leistungsbedarfsfaktor führt dazu, dass der Bedarf bei über 65-Jährigen um den Faktor 7,4 niedriger eingeschätzt wird als bei unter 65-Jährigen (Faktor 0,135). Ausgehend von den falschen Annahmen postuliert der Demografiefaktor einen fast siebeneinhalb Mal niedrigeren</p>			<p>Wegzug jüngerer Bürger Hand in Hand gehende Überalterung ländlicher Gebiete führt voraussichtlich in der Tat auch zu einer Abnahme von Psychotherapeutensitzen. Wenn aufgrund regionaler bzw. lokaler Erkenntnisse deutlich wird, dass dennoch ein erhöhter Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen vorliegt, kann auf Landesebene entweder auf dem Wege systematischer Korrekturfaktoren oder auf dem Wege dem lokalen zusätzlichen Versorgungsbedarf entsprechend gegengesteuert werden. Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses steht dem nicht entgegen.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Behandlungsbedarf in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Ein solcher „Unterschied“ im Behandlungsbedarf wird bei keiner anderen Arztgruppe erreicht, noch nicht einmal bei Arztgruppen, die im Schwerpunkt Menschen mit Erkrankungen behandeln, die im Alter erwiesenermaßen eine weitaus höhere Prävalenz aufweisen. Bei diesen Arztgruppen nimmt der Demografiefaktor zudem einen höheren Behandlungsbedarf an und er führt zu einer besseren Versorgungslage bei einer älteren Bevölkerung. Bei Psychotherapeuten verschlechtert der Demografiefaktor hingegen die Versorgung bei einer älteren Bevölkerung. Bei Augenärzten ist der Faktor mit 6,7 am höchsten, bei Urologen 5,7, bei Internisten 4,1. Bei Hausärzten, die allgemein Krankheiten behandeln, liegt der Faktor bei 2,5, bei allen andern bei 2 oder darunter.</p> <p>Es besteht keine Aussicht, dass der Demografiefaktor durch eine Veränderung bei der Inanspruchnahme durch psychisch kranke ältere Menschen in Zukunft den Leistungsbedarf korrekt abbilden kann. Denn genau dort, wo viele ältere Menschen wohnen und behandlungsbedürftig sind, wird das Angebot weiter verknappt und es besteht somit keine Möglichkeit, einen höheren Behandlungsanteil älterer Menschen zu erreichen.</p> <p>Der Demografiefaktor ist grundsätzlich auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Daher ist in der Richtlinie zu regeln, dass er auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten keine Anwendung findet.</p> <p>Der G-BA hatte bereits einen Demografiefaktor eingeführt und zu Recht mit Beschluss vom 19. Juli 2012 außer Kraft gesetzt und dies wie folgt begründet:</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>„Das allgemeine Ziel der Einführung des § 8a in die Bedarfsplanungsrichtlinie, mit modifizierten Verhältniszahlen zu gerechteren Versorgungsgraden und damit flächendeckend zu einer Versorgung zu kommen, die die Alterung der Bevölkerung und insbesondere die veränderten Versorgungsbedürfnisse alter Menschen stärker als bisher berücksichtigt, wurde in der Praxis jedoch verfehlt.“</p> <p>Die Verfehlung dieses Ziels liegt an der unzulässigen Gleichsetzung von Abrechnungsdaten mit wissenschaftlich begründetem Versorgungsbedarf. Wie aus den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19. Juli 2012 ersichtlich ist, hat insbesondere die Erkenntnis, dass der Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu absurden Ergebnissen führt, den G-BA dazu veranlasst, vom Beschlussentwurf Abstand zu nehmen und den Demografiefaktor vollständig außer Kraft zu setzen. Die Gründe, die zur Aufhebung des Demografiefaktors geführt haben, gelten fort. Daher würde der G-BA im Widerspruch zu seiner eigenen Erkenntnis handeln, wenn er den Demografiefaktor nunmehr doch ab dem 1. Januar 2013 auch für Psychotherapeuten einführt, wie es der Beschlussentwurf vorsieht (§ 63 Absatz 3 Satz 3). Nach dieser Vorschrift soll alternativ der alte, mit Wirkung zum 1. Januar 2013 durch den zitierten Beschluss aufgehobene Demografiefaktor angewandt werden können. Dies ist völlig unverständlich. Dieser Demografiefaktor wurde gerade aufgehoben, weil er sein Ziel verfehlt hat. Nun soll er für ein halbes Jahr erneut angewandt werden können, obwohl er vom G-BA selbst für</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		ungeeignet gehalten wird.			
		<p><b>V. Bedarfsindex</b></p> <p>Die Konzeption des Bedarfsindexes ist weitaus differenzierter als diejenige des Demografiefaktors. Allerdings zeigt die Regelung des vorgeschlagenen § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, dass auch er sich auf die realisierte Inanspruchnahme bzw. Diagnostik und Therapie und die hieraus entstandenen Aufwendungen bezieht. Hier stellt sich insoweit ein vergleichbares Problem wie beim Demografiefaktor. Wenn auf die derzeitige Inanspruchnahme Bezug genommen wird, so gilt auch für den Bedarfsindex, dass er den Versorgungsbedarf psychisch kranker älterer Menschen strukturell unterschätzt. Der Bedarfsindex hat den Vorteil, dass er im Ansatz auch unabhängig von den erbrachten Leistungen versucht, die Morbidität der Bevölkerung mit in die Berechnungen einzubeziehen. Da er GKV-Routinedaten nutzt, ist er jedoch retrospektiv und als Instrument prospektiver Planung noch nicht ausgereift, da diese sich auch an Gesundheitszielen, wie z. B. dem Zugang zu leitlinienorientierter Versorgung, orientieren sollte.</p> <p>Auch die BPtK forderte im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung, die nicht mit stichtagsbezogenen Verhältniszahlen arbeitet, sondern sich dem Versorgungsbedarf morbiditätsbezogen annähert. Entsprechende gesetzliche Vorgaben wurden damals nicht getroffen. Trotz der grundsätzlichen Unterstützung einer morbiditäts- und leitlinienorientierten Bedarfsplanung, die sich nicht ausschließlich am derzeitig erbrachten</p>		Nein	Der Unterausschuss begrüßt, dass die Bundespsychotherapeutenkammer ähnlich wie der Unterausschuss von der Bedeutung sozioökonomischer bzw. soziokultureller Faktoren überzeugt ist.

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Leistungsspektrums orientiert, sondern epidemiologische Daten mit einbezieht, glaubt die BPtK nicht, dass im Rahmen des derzeit laufenden Verfahrens für die Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den vorgeschlagenen Index ein abschließender und sinnvoller Weg gefunden werden kann. Gesundheitspolitisch unterstützt die BPtK jedoch solche Ansätze.</p>			
		<p><b>VI. Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht über 10 Jahre strecken</b></p> <p>§ 66 Absatz 1 des Entwurfs sieht vor, dass aufgrund der neuen Verhältniszahlen entstehende zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht unmittelbar ausgeschrieben werden. Vielmehr ist vorgesehen, den Zuwachs über einen Zeitraum von zehn Jahren in jährlich gleichen Anteilsschritten anzupassen. Gemeint ist wahrscheinlich nicht die Anpassung des Zuwachses, sondern, dass die neuen Verhältniszahlen nicht angewandt werden sollen, wenn sie zu einem Zuwachs an Niederlassungsmöglichkeiten führen würden. An ihre Stelle sollen dann andere Verhältniszahlen treten. Diese müssten jährlich neu festgelegt werden, indem der eigentlich durch die neuen Verhältniszahlen erforderliche Zuwachs ermittelt wird, um dann die Verhältniszahl so festzulegen, dass der Zuwachs in gleichen Anteilsschritten über zehn Jahre gestreckt wird.</p> <p>Die Regelung ist jedenfalls für die Arztgruppe Psychotherapeut ein Versehen, da die monetären Annahmen und Vorgaben im Bewertungsausschuss – an den sich der G-BA mit Blick auf die Verhältniszahl für den Typ 5 offenbar orientiert – die Finanzierung aller aufgrund</p>		Ja	<p>Der Unterausschuss hat nach eingehender Diskussion und Beratung auch mit dem BMG diesen Passus so abgeändert, dass Psychotherapeuten von dem dann abgeänderten Paragraphen ausgenommen sind.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>der neuen Verhältniszahlen entstehenden zusätzlichen Zulassungen für Psychotherapeuten ab 2013 ermöglicht. Es ist ausgeschlossen, dass GKV-Spitzenverband und KBV im Bewertungsausschuss vereinbaren, das Geld ab nächstem Jahr für alle Sitze bereitzustellen und im Rahmen der Beratungen im G-BA dann diese Zulassungen über einen Zeitraum von zehn Jahren strecken wollen.</p> <p>Für diese Regelung fehlt zudem eine Ermächtigungsgrundlage und sie ist als Eingriff in die Berufsfreiheit rechtswidrig. Bei den Regelungen zur Zulassung und Bedarfsplanung handelt es sich um Berufsausübungsregeln, die einer objektiven Berufszulassungsschranke nahe kommen. Zur Rechtfertigung bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage und der Eingriff müsste zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlich schwerwiegender Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut geeignet, erforderlich und angemessen sein.</p> <p>An einer Ermächtigungsgrundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit von Psychotherapeuten (Artikel 12 Absatz 1 GG) fehlt es. In Bezug auf eine unterschiedlich starke Einschränkung der Berufsfreiheit ist hier zudem eine Rechtfertigung nicht ersichtlich. In einem Planungsbereich mit ausgewiesener Überversorgung kann ein solcher Eingriff gerechtfertigt sein, wenn ein Bedarf an weiteren Leistungserbringern nicht mehr besteht. Ein Eingriff in die Berufsfreiheit durch die Verweigerung einer Zulassung ist aber dann rechtswidrig, wenn in dem betreffenden Planungsbereich in der Logik der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterer Versorgungsbedarf besteht.</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Aufgrund der neuen Verhältniszahlen legt der G-BA fest, woraus sich die Grenze ergibt, ab der keine weiteren Leistungserbringer mehr notwendig sind. Die Folge der Sperrung ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz, nämlich dann, wenn ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht oder überschritten ist (§ 101 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Es ist verfassungsrechtlich nicht hinnehmbar, die Berufsfreiheit einzuschränken, um den eigenen Annahmen nach notwendige Zulassungen abzulehnen bzw. zu strecken.</p> <p>Auch unter dem Gleichheitsgesichtspunkt ist eine solche Regelung rechtswidrig. Es ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für Planungsbereiche, in denen die Versorgungslage derzeit gerade besonders schlecht ist, ungünstigere Verhältniszahlen festgelegt werden als in allen anderen vergleichbaren Planungsbereichen. Daran ändert auch die Regelung von § 66 Absatz 3 Satz 1 nichts, wonach die angepassten Verhältniszahlen für Entscheidungen über Unter- und Überversorgung gelten sollen. Denn entscheidend ist, dass hier vergleichbaren Kreisen ohne sachlichen Grund unterschiedliche Verhältniszahlen zugeordnet werden.</p> <p>In den Tragenden Gründen zu § 66 findet sich keine Begründung zu der Frage der Ungleichbehandlung. Vielmehr handelt es sich inhaltlich nicht um eine Begründung, sondern um eine Umschreibung der Regelung, wie sie bereits unmittelbar aus dem Richtlinienentwurf ersichtlich ist. Unklar ist, warum sich der Zusatz „PatV-Regelung beschränkt sich auf die gesonderte fachärztliche Versorgung“ nur in dem Entwurf der</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Tragenden Gründe findet. Im Richtlinienentwurf ist die Forderung der Patientenvertreter nicht enthalten, obwohl dieser rechtlich maßgeblich ist.</p> <p><b>Die BPtK schlägt vor § 66 zu streichen. Gleiches gilt für § 67, der als alternatives Instrument zur Streckung auf § 39 verweist.</b></p>			
		<p><b>E. Besonderer Versorgungsbedarf</b></p> <p>Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte auch so gefasst werden, dass sie der Notwendigkeit von besonderem Versorgungsbedarf Rechnung trägt.</p> <p><b>I. Barrierefreiheit</b></p> <p>Die BPtK befürwortet die von der Patientenvertretung in § 4 Absatz 1 Sätze 2 und 3 vorgeschlagene Regelung, in den Bedarfsplänen den Umfang barrierefreier ambulanter Versorgung festzulegen. Vor allem die Festlegung eines konkreten Ziels zum Umfang der barrierefreien Versorgung im Bedarfsplan ist ein sinnvoller Ansatz. Anders als bei bundesweiten starren Festlegungen bietet die Festlegung von Zielen im Bedarfsplan durch die damit gegebene Flexibilität die Chance auf konkrete Verbesserungen.</p>		Nein	Siehe Stellungnahme BÄK
		<p><b>II. Sonderbedarf</b></p> <p>Der Abschnitt zum Sonderbedarf soll nach den Ausführungen im Entwurf später erneut überarbeitet werden. Dennoch können bereits an dieser Stelle wichtige Ergänzungen eingefügt werden.</p> <p><b>1. Nichteinhalten vereinbarter Wartezeiten</b></p> <p>Sonderbedarfszulassungen sollten dort ermöglicht werden,</p>		Nein	Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat weitergehende Regelungen zu Sonderbedarf in dieser Reform nicht vorgenommen und diese für das erste und zweite Quartal 2013 zurückgestellt. Die Hinweise

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>wo keine zeitnahe fachärztliche Versorgung gewährleistet ist. Dies kann anhand der gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V zu vereinbarenden Wartezeiten festgestellt werden. Werden die Wartezeiten nicht eingehalten, so liegt keine zeitnahe fachärztliche Versorgung mehr vor. Somit ist dem Versorgungsbedarf durch Sonderbedarfszulassung Rechnung zu tragen.</p> <p>Sonderbedarf kann dabei in der Regel angenommen werden, wenn die Wartezeiten zwar überschritten werden, das Ausmaß der Überschreitung und die Art der Fälle, in denen sie überschritten werden, noch nicht allgemein auf eine Unterversorgung, sondern einen bestimmbaren Bedarf betrifft oder auf einen zusätzlichen lokal begrenzten Bedarf schließen lässt.</p> <p><b>Bei der Auflistung von Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf sollte in § 36 Absatz 1 als neuer Buchstabe c) aufgenommen werden:</b></p> <p><b>„c) Versorgungsbedarf wegen Nichteinhaltung der gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V in den Gesamtverträgen festgelegten Wartezeiten.“</b></p>			<p>der Bundespsychotherapeutenkammer werden dabei in die Würdigung mit einbezogen.</p>
		<p><b>2. Versorgungsbedarf mit muttersprachlicher Psychotherapie</b></p> <p>Sonderbedarfszulassungen sollten dort ermöglicht werden, wo ein nicht gedeckter Bedarf an muttersprachlicher Psychotherapie besteht. Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu</p>	<p>Beispiel zur Veranschaulichung der Größenordnung: Aktuell beträgt der Anteil von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund an</p>	<p>Nein</p>	<p>Derzeit nicht Gegenstand der Beratungen</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>und ist in der Regel in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten, oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Die größte Migrantengruppe kommt aus der Türkei (2,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; Statistisches Bundesamt, 2010) und – etwas weniger häufig – aus der ehemaligen Sowjetunion. Sonderbedarfszulassungen sollten ausschließlich für den Anteil der Migranten erwogen werden, deren Deutschkenntnisse für eine psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichen. Nach einem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2008) sind bei 18 Prozent der Menschen türkischer Herkunft die Sprachkenntnisse so gering, dass eine Psychotherapie in deutscher Sprache nicht möglich wäre. Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise durch einen Mindestversorgungsanteil von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Eine ausreichend spezifische Lösung bietet jedoch die Sonderbedarfszulassung. Die Sonderbedarfszulassungen sollten an das Durchführen von Psychotherapien in der Muttersprache der entsprechenden Patienten geknüpft werden. Der Sonderbedarfstatbestand kann auf psychotherapeutische Leistungen beschränkt werden, da diese noch stärker als</p>	<p>der deutschen Bevölkerung circa drei Prozent. In Ballungsgebieten, wie z. B. in einigen Berliner Bezirken, liegt dieser Anteil um ein Vielfaches darüber. Wenn man davon ausgeht, dass bei einem noch zu definierenden Anteil einer bestimmten Migrantenpopulation an der Bevölkerung in einer Bezugsregion ein Sonderbedarf besteht (im Folgenden gehen wir exemplarisch von einem Anteil &gt; zehn Prozent aus), könnte beispielsweise in Berlin in drei Bezirken (Berlin-Mitte, Berlin-Friedrichshain- Kreuzberg und Berlin-Neukölln) ein solcher Sonderbedarf bestehen. Diese Zahlen steigen oder fallen in Abhängigkeit von der Festlegung des regionalen Anteils der</p>		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>andere medizinische Versorgungsleistungen voraussetzen, dass Patienten sich differenziert sprachlich ausdrücken können.</p> <p><b>Bei der Auflistung von Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf sollte folgendes in § 36 Absatz 1 als neuer Buchstabe d) aufgenommen werden:</b></p> <p><b>„d) Versorgungsbedarf mit Psychotherapie in einer anderen Sprache als Deutsch und die Verfügbarkeit eines entsprechenden Angebots.“</b></p>	<p>Migranten in der Bevölkerung, der den Sonderbedarf rechtfertigt.</p> <p><b>Beispiel:</b> In Berlin-Neukölln wohnten 2009 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) 34.780 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (davon 10.755 mit deutscher Staatsbürgerschaft) bei insgesamt 307.595 Einwohnern des Bezirks. Nach einem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2008) sind bei 18 Prozent, d. h. bei circa 6.200 Menschen türkischer Herkunft in Berlin-Neukölln, die Sprachkenntnisse so gering, dass eine Psychotherapie in deutscher Sprache nicht möglich wäre. Ausgehend von der AVZ (Einwohner/Psychotherapeuten) in Berlin von 2.577:1 würde dies einen Sonderbedarf von zwei</p>		

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>bis drei Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln, begründen. Für die drei genannten Berliner Bezirke würden sich damit sieben solcher Sonderbedarfszulassungen ergeben.</p>		
		<p><b>III. Mindestversorgungsanteile</b></p> <p>1. Mindestversorgungsanteil Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie</p> <p>Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche wird durch die Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesichert. Anders als der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dient der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, der Versorgung einer Patientengruppe, deren adäquate Versorgung ohne den Mindestversorgungsanteil gefährdet wäre.</p> <p>Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht auch nach dem 31. Dezember 2013 fort. Zum Schutz der ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es daher sinnvoll, der</p>		Nein	<p>Der Unterausschuss unterstützt die weitere Quotierung der Mindestversorgungsanteils der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und hält an dieser fest.</p> <p><b>PatV: Diskussion über nicht besetzte Arztsitze bei der Quote</b></p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Mindestquote eine unbefristete Gültigkeit zu verschaffen.</p> <p>.</p>			
		<p><b>2. Mindestversorgungsanteil psychotherapeutisch tätiger Ärzte</b></p> <p>Der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist keine versorgungsbezogene Quote, sondern eine Quote, die dem Schutz einer Berufsgruppe dient und die Versorgung verschlechtert, da derzeit weit über 170 nicht von Ärzten besetzte Praxissitze für die Zulassung von Psychotherapeuten gesperrt werden, obwohl es in über zwölf Jahren seit Geltung der Quote nicht gelungen ist, diese Sitze mit Ärzten zu besetzen.</p> <p>Die Quote verschärft Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen weiter, obwohl Patientinnen und Patienten monatelang auf den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung warten, mit der Folge, dass sich ihre psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren können. Insbesondere in Ostdeutschland wird die Versorgungssituation dadurch zusätzlich verschlechtert, dass freie Praxissitze, die über die Bedarfsplanung für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert sind, durch Psychologische Psychotherapeuten nicht besetzt werden können.</p> <p>Zum 1. Januar 2014 ist die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte daher aufzuheben. Der G-BA erkennt den Unterschied zwischen einer Ärztequote, die dem Schutz einer Berufsgruppe dient, und der Quote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Im Rechenbeispiel auf Seite 18</p>		Nein	<p>Der Unterausschuss lehnt den Vorschlag ab, den Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte einschließlich der Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu streichen. Im Gegenteil wird von einer steigenden Bedeutung dieser Gruppe im Rahmen der steigenden Prävalenz psychischer Erkrankungen ausgegangen.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>der Tragenden Gründe spricht er von einem „Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Eine solche Quote gibt es aber nicht. Vielmehr können sich im Rahmen der Quote alle Leistungserbringer, insbesondere auch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, niederlassen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Es geht um Versorgung, nicht um Berufspolitik.</p> <p><b><i>In § 25 Absatz 1 Nummer 2 sollte nach dem Wort „ist“ eingefügt werden: „bis zum 31. Dezember 2013“.</i></b></p>			
		<p><b>3. Keine Quote in der Quote</b></p> <p>Die Regelung in § 25 Absatz 3, wonach ab dem 1. Januar 2014 eine „Quote in der Quote“ eingeführt werden soll, verschärft die an sich schon nicht sachgerechte Ärztequote zusätzlich. Das Leistungsspektrum psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten ist identisch. Einen Unterschied zwischen im Rahmen der Arztgruppe des § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V tätigen „Ärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und anderen Ärzten der Arztgruppe, der eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen von Quoten rechtfertigen würde, ist nicht ersichtlich.</p>		Nein	<p>Der Fachgruppe der Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie kommt, wie weiter oben aufgeführt, eine zunehmende Bedeutung zu. Durch die Integration von Psyche und Somatik in einer Fachgruppe wird von einem relevanten Versorgungsbeitrag ausgegangen, der künftig an Wichtigkeit gewinnen wird. Eine Mindestquotierung erscheint deshalb sachgerecht, zumal diese Fachgruppe nur auf dem Wege der Arztgruppe der Psychotherapeuten an</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
					der Versorgung teilnehmen kann.
		<p><b>4. Sperrung von freien Sitzen abschaffen</b>            Sollte sich der G-BA aus für die BPtK nicht nachvollziehbaren Gründen für die Beibehaltung einer Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte entscheiden, so müsste in <b>§ 25 anstelle des Absatzes 4 im Entwurf ein neuer Absatz 4</b> vorgesehen werden, der ab dem 1. Januar 2014 die Besetzung von im Rahmen der Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte freigehaltener aber nicht besetzter Sitze vorsieht:  <i>„(4) In dem Umfang in dem der Versorgungsanteil für Ärzte nach Absatz 1 Nummer 2 nach der Feststellung des Landesausschusses gemäß Absatz 1 Nummer 5 nach dem 31. Dezember 2013 nicht ausgeschöpft wird, sind auch andere Psychotherapeuten als Ärzte zuzulassen, solange der faktische Versorgungsgrad 110 Prozent nicht erreicht. Die nach Satz 1 erteilten Zulassungen werden nicht auf den Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 2 angerechnet.“</i>            Damit würde verhindert, dass der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte zulasten psychisch kranker Menschen geht</p>		Nein	In Anbetracht der ungebrochenen Nachwuchssituation der psychologischen Psychotherapeuten erscheint es sachgerecht, ärztlichen Psychotherapeuten, die neben ihrer somatischen Kompetenz auch psychotherapeutische Kompetenz besitzen, einen Mindestversorgungsanteil einzuräumen. Andernfalls droht eine kontinuierliche Vernachlässigung dieses Versorgungsanteils der gesetzlichen Krankenversicherung. An der Quotierung wird deshalb festgehalten.
		<p><b>F. Anstellung und Jobsharing</b>  <b>I. Anstellungen und Jobsharing ermöglichen</b>            Die BPtK begrüßt die Regelung, dass auch nach dem Wortlaut der Bedarfsplanungs- Richtlinie zukünftig die</p>		Nein	Der Unterausschuss hat Flexibilisierungen im Jobsharing für Psychotherapeuten

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Anstellung und Jobsharing zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in gesperrten Planungsbereichen möglich ist. Allerdings kann die Anstellung von Ärzten durch Psychotherapeuten ebenso ermöglicht werden. Das Leistungsspektrum von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten ist weitestgehend identisch. Daher ist davon auszugehen, dass Fachidentität vorliegt. Das bestätigt im Übrigen auch der Umkehrschluss aus § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V, wonach alle Psychotherapeuten und Ärzte der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4 SGB V nicht fachübergreifend sind.</p> <p>Zudem ist eine Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Absatz 2 Ärzte-ZV ausdrücklich zwischen Ärzten und Psychotherapeuten erlaubt. Daher sollte die nicht gerechtfertigte und der Ärzte-ZV widersprechende Einschränkung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten aufgehoben werden.</p> <p>Auch ansonsten spricht das ärztliche Berufsrecht nicht gegen eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Zunächst regelt es nur die Kooperation zwischen Ärzten (vgl. § 18 MBO-Ärzte). Eine Auslegung dieser Vorschrift dahingehend, dass sie entgegen der Regelungen des Sozialrechts Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten und Psychotherapeuten verbietet, wäre irrelevant, da diese untergesetzliche Norm vor dem Hintergrund sozialrechtlicher Normen keinen Bestand haben kann:</p> <p>„Was gilt nun, wenn etwa das bayerische Berufsrecht eine</p>			<p>zugelassen. Im Unterschied zur bisherigen Richtlinie können Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Erwachsenenpsychotherapeuten zur Behandlung von Kindern anstellen und „vice versa“.</p> <p>Dieses Thema wird in weiteren Beratungen des UA BPL erneut aufgegriffen werden.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>Berufsausübungsgemeinschaft zwischen einem Arzt und einem Psychotherapeuten nicht gestattet, § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV diese Gestaltung aber eindeutig erlaubt? Trotz der Wendung in der Begründung der Bundesregierung zur Gegenäußerung des Bundesrates kann § 33 Ärzte-ZV in der Fassung des VÄndG nur als vertragsarztrechtliche Zulassung auch solcher Kooperationen verstanden werden, die über das Berufsrecht hinausgehen. Was das Vertragsarztrecht gestattet, kann nicht berufsrechtswidrig sein, soweit allein die vertragsarztrechtliche Tätigkeit betroffen ist (so auch Schallen Ärzte-ZV, Rn. 365, 1161)“ (Wenner in: Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München 2008, Seite 222).</p> <p>Auch das ärztliche Berufsrecht spricht nicht gegen die Anstellung von Ärzten durch Personen, die keine Ärzte sind. Lediglich die Entgegennahme von Weisungen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen ist untersagt. Es stellt sich die Frage, ob dieses Gebot überhaupt verfassungskonform so ausgelegt werden könnte, dass die Entgegennahme von Weisungen auch von entsprechend qualifizierten Personen ausgeschlossen ist. Letztlich spricht aber auch das Verbot der Entgegennahme fachlicher Weisungen ohnehin nicht per se gegen eine Anstellung von Ärzten. Ansonsten könnten Ärzte nicht in Krankenhäusern angestellt sein. Denn Arbeitgeber ist dort kein Arzt, sondern das Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger – in der Regel eine juristische Person. Dennoch bestehen Anstellungsverhältnisse z. B. zwischen einer „Krankenhaus GmbH“ und Ärzten. Die Einhaltung eines berufsrechtlichen Verbots, nur von Ärzten fachliche Weisungen anzunehmen, steht nicht der Anstellung als</p>			

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>solcher entgegen, sondern ist eine Frage der Ausgestaltung des Arbeitsvertrages. Dort kann vereinbart werden, dass Weisungen vom Arbeitgeber hinsichtlich ärztlicher Entscheidungen nicht erteilt werden. Nur die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten wäre dann ggf. nicht möglich.</p> <p><b><i>In einem neuen Absatz 9 des § 41 sollte zur Fachidentität folgende Regelung getroffen werden:</i></b></p> <p><b><i>„Übereinstimmung in den Arztgruppen besteht auch, wenn sich ein ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt mit einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammenschließt; der erste Halbsatz gilt auch für Zusammenschlüsse in beliebiger Kombination zwischen den dort genannten Berufen.“</i></b></p> <p><b><i>§ 47 kann entfallen</i></b>, da nach § 1 Absatz 3 die Regelung dann auch für Psychotherapeuten gilt. <b><i>In § 59 Satz 1 zweiter Halbsatz sollte der Verweis wie folgt ergänzt werden: „nach § 41 Absatz 2 bis 7 und 9“</i></b>. Dadurch kann § 61 dann entfallen, da nach § 1 Absatz 3 die Regelung des § 41 dann auch für Psychotherapeuten gilt.</p>			
		<p><b>II. Leistungsbeschränkung für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie</b></p> <p>Bei der Beschränkung des Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Leistungen kann auf die zeitbezogene Kapazitätsgrenze Bezug genommen werden. Diese gewährleistet aufgrund der höchstpersönlichen Leistungserbringung in der Psychotherapie eine</p>		Nein	Der Unterausschuss hat sich nicht mit weitergehenden Regelungen der Richtlinie zur Ermittlung der Leistungsbegrenzung befasst. Der Aspekt wird im Rahmen der noch

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p>ausreichende Begrenzung des Praxisumfangs. Bei den meisten anderen EBM-Leistungen kann diese Art der Begrenzung nicht herangezogen werden, da die Leistungen zum einen nicht klar zeitbezogen sind und zum anderen auch vielfach delegiert werden können. Daher bleibt es bei den übrigen Leistungen bei der Begrenzung auf den bisherigen Praxisumfang.</p> <p>Diese neue Leistungsbegrenzung ermöglicht es Psychotherapeuten, die Praxis im Falle von Jobsharing und Anstellung weiter voll auszunutzen. Damit wird der mit der Einführung hälftiger Zulassungen verbundenen Intension des Gesetzgebers Rechnung getragen, eine weitere Flexibilisierung im Bereich des Vertragsarztrechtes vorzusehen. Anders als der vollständige Verzicht auf eine halbe Zulassung ermöglicht die Anstellung, beispielsweise nach einer Phase geringerer Arbeitszeit z. B. aufgrund familiärer Verhältnisse, wieder den vollen Tätigkeitsumfang aufzunehmen. Dadurch wird das Gleichgewicht zwischen dem Interesse an der Vermeidung überflüssiger Ausweitungen von Leistungen einerseits und der flexiblen Handhabung eines festgelegten Praxisumfangs andererseits gewährleistet.</p> <p><b><i>In § 42 sollte dazu folgender neuer Absatz 3 eingefügt werden:</i></b></p> <p><b><i>„(3) Abweichend von Absatz 1 gilt als Obergrenze für psychotherapeutische Leistungen für die Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) die zeitbezogene Kapazitätsgrenze gemäß Teil F Ziffer 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V vom 26. März 2010. Bei</i></b></p>			<p>ausstehenden Reformpunkte im ersten Halbjahr 2013 aufgegriffen werden.</p>

Lf d. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<p><i>Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag gilt als Obergrenze die Hälfte und bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten ein Anteil von 0,7. Die Erklärung nach § 40 Nummer 4 bezieht sich auf diese Obergrenze.“</i></p> <p>Diese Regelung gilt dann auch gemäß § 60 Absatz 1 Satz 2 für Anstellungen und gemäß § 1 Absatz 3 für Psychotherapeuten entsprechend.</p>			

## **B-4 Auswertung der mündlichen Stellungnahme**

### **B-4.1 Teilnehmer des mündlichen Stellungnahmeverfahrens**

Teilnehmer für die Bundespsychotherapeutenkammer

- Frau Konitzer
- Frau Dr. Tophoven

### **B-4.2 Auswertung der mündlichen Stellungnahme**

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (siehe Anhang zum Kapitel B) festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Bedarfsplanung ausgewertet und gewürdigt.

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat auch nach Kenntnisnahme des Wortprotokolls keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung wahrgenommen.

## C Dokumentation des Beratungsverlaufs

### C-1 Einleitung

Bereits mit der Veröffentlichung des Referentenentwurfs zum Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) im Herbst 2011 war absehbar, dass der G-BA beauftragt werden würde, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungsrichtlinie) neu zu fassen. Vor diesem Hintergrund wurde bereits in der Sitzung am 22. Februar 2011 das Thema der Bedarfsplanungsreform erstmals im Unterausschuss beraten.

Ebenso war bereits mit dem Referentenentwurf absehbar, dass die Vertreter der Länder zukünftig an den Sitzungen des UA Bedarfsplanung beteiligt werden würden. Vor diesem Hintergrund wurden bereits zur Sitzung am 12. Dezember 2011, also vor Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes, die Ländervertreter eingeladen an den Diskussionen im G-BA teilzunehmen. Ziel war es, den Ländervertretern die Möglichkeit zu geben die gesamte Genese und Diskussion zur neuen Bedarfsplanungsrichtlinie nachvollziehen zu können.

Mit Blick auf die Arbeitsstrukturierung kam man frühzeitig darin überein, die richtungsbestimmenden, grundlegenden Diskussionen zur Bedarfsplanungsreform direkt im Unterausschuss zu führen. Vor diesem Hintergrund wurde die Bildung von Arbeitsgruppen vorerst vertagt. Diese sollten bei Bedarf einzelne Teilaspekte bearbeiten und Arbeitspakete vorbereiten, ohne Grundsatzentscheidungen zur Reform vorwegzunehmen. Um das umfangreiche Arbeitspensum der Reform bearbeiten zu können, kam der Unterausschuss darin überein, die Sitzungsfrequenz deutlich zu erhöhen (anfangs monatlich im zweiten Halbjahr 2012 z.T. alle zwei Wochen.)

Anfang des Jahres 2012 stellte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Unterausschuss Bedarfsplanung ihre Grundüberlegungen zu einem neuen Bedarfsplanungskonzept vor, die anschließend umfassend diskutiert wurden. Parallel dazu erarbeitete auch der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) sein Konzept einer neuen Bedarfsplanung, das in den folgenden Sitzungen im UA Bedarfsplanung sukzessive vorgestellt wurde. Parallel dazu hatten die Patientenvertreter bereits frühzeitig beim Berliner Beratungsunternehmen IGES ein Gutachten zu Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, dessen Ergebnisse im Unterausschuss umfassend vorgestellt wurden (siehe Kapitel C-2). Abgeleitet aus diesem Gutachten brachte die Patientenvertretung in der Sitzung des UA Bedarfsplanung am 31.07.2012 einen Antrag zur Verankerung eines Bedarfsindex in der Bedarfsplanungs-Richtlinie ein (siehe Kapitel C-3). Auch die Ländervertreter und die DKG brachten sich in die Diskussion durch Positionspapiere (siehe Kapitel C-4) und/oder Wortbeiträge in den Sitzungen umfassend ein.

Zu diesem Zeitpunkt (im Frühjahr 2012) waren bereits einige grundsätzliche Trends absehbar, zu denen über die unterschiedlichen Vorschläge hinweg Einigkeit herrschte. Beispielsweise kamen allen Beteiligten frühzeitig darin überein, dass angesichts der zunehmend differenzierteren ambulanten Versorgung eine einheitliche räumliche Planungsgrundlage für alle Arztgruppen nicht länger haltbar sein würde. Stattdessen müssten die Ärzte zukünftig unterschiedlichen Versorgungsebenen zugeordnet werden, die je nach Spezialisierungsgrad und fachlicher Ausrichtung der Arztgruppe unterschiedliche große Planungsräume versorgen würden.

Neben diesen absehbaren Gemeinsamkeiten bestanden jedoch weiterhin vielfältige konträre Positionen, für die Verhandlungslösungen im Rahmen der anstehenden Sitzungen des UA Bedarfsplanung gefunden werden mussten.

Um eine gemeinsame Grundlage für den Unterausschuss für die Neuformulierung der Bedarfsplanungsrichtlinie zu schaffen, legte die KBV frühzeitig (UA Sitzung am 25. April 2012) den Entwurf einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie vor, der die einzelnen Fragestellungen der Bedarfsplanung neu strukturierte und als „Default“ die Lösungsvorschläge der KBV beinhaltete. Eine umfassende Diskussion hierzu entwickelte sich nicht, da die Verhandlungen im Unterausschuss noch eher auf grundsätzlicher Ebene stattfanden und noch nicht den Status von konkreten Formulierungen erreicht hatten. Parallel hierzu erarbeitete der GKV-SV einen Entwurf der Bedarfsplanungsrichtlinie, der das Konzept des GKV-SV beinhaltete.

Im Rahmen der Sitzung des Unterausschusses und auch individuell auf Ebene der Bänke wurde auf die Expertise des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurückgegriffen. Hintergrund war hier, dass alle Beteiligten als Grundlage für die räumliche Planung amtliche Konzepte vorsahen. Die Bildung von eigenen „Gesundheitsregionen“ wurde als administrativ kaum leistbar und auf regionaler Ebene politisch kaum verhandelbar bewertet. Darüber hinaus kann nur auf Grundlage amtlicher Planungsregionen eine notwendige Datenverfügbarkeit gewährleistet werden. Vor diesem Hintergrund sollten aus Sicht aller Beteiligten bestehende amtliche Konzepte die Grundlage der neuen Bedarfsplanung bilden, die ggf. leicht variiert werden sollten.

Eine zweitägige Klausursitzung des UA Bedarfsplanung vom 13.-14. August 2012 brachte wesentliche Fortschritte bei der Ermittlung möglicher Konsenspositionen, sodass im Anschluss hieran mit der gemeinsamen Formulierung einer neuen Richtlinie begonnen werden konnte.

Als sich im Rahmen der Diskussionen abzeichnete, dass möglicherweise in Zukunft auch die bisher nicht beplanten Arztgruppen in die Bedarfsplanung aufgenommen werden sollten, wurde kurzfristig Handlungsbedarf festgestellt. Es sollte verhindert werden, dass mit öffentlich werden von Überlegungen bestimmte Arztgruppen zukünftig möglicherweise zu beplanen, vorab eine Zulassungswelle ausgelöst werden würde. Die Erfahrungen der alten Bedarfsplanung und der damit verbundene „Seehofer-Bauch“ an Zulassungen zeigten hier Handlungsbedarf an mit dem Ziel der Sicherung einer funktionsfähigen und deren Sinn und Zweck verwirklichenden Bedarfsplanung (vgl. BSG, 17.10.2007, B 6 KA 45/06 R).

Vor diesem Hintergrund wurde im G-BA am 6. September 2012 kurzfristig ein Moratorium in Kraft gesetzt, das für diese Arztgruppen eine Zulassungssperre vorsah, bis hier eine Entscheidung im G-BA vorlag und die entsprechenden Vorbereitungen zur Umsetzung auf Ebene der KVen abgeschlossen wären. Dieser Prozess sollte allerdings gemäß Beschlussfassung des G-BA bis spätestens 15. Februar 2013 abgeschlossen sein, um hier eine längerfristige Einschränkung der Niederlassungsfreiheit zu verhindern.

Zudem zeichnet sich im September ab, dass die Diskussionen soweit gediehen waren, dass die erarbeiteten Kompromisslinien in einen Richtlinientext überführt werden konnten. Mit den Vorarbeiten hierzu wurde eine Arbeitsgruppe beauftragt, die mit Vertretern der Beteiligten im Unterausschuss besetzt wurde. Das BMG nahm regelmäßig an der Arbeitsgruppe teil. Im Rahmen dieser AG und im Lichte der laufenden Verhandlungen wurden die unterschiedlichen Vorstellungen der Bänke als konkrete Formulierungsvorschläge gegenübergestellt. Parallel zu den Arbeiten in der AG liefen die Diskussionen im Unterausschuss weiter, um weiter bestehende dissente Punkte nach Möglichkeit zu konsentieren.

Mit Blick auf die Einhaltung der gesetzlichen Frist zu Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie beschloss der Unterausschuss am 12. November 2012 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens für eine Version der Richtlinie, in der noch nicht alle Einzelregelungen konsentiert waren. Dissente Punkte wurden dabei in einer tabellarischen Darstellung gegenübergestellt und für die Stellungnahmeberechtigten kenntlich gemacht. Um

den Stellungnahmeberechtigten die Bewertung des Richtlinienentwurfs zu erleichtern und eine Bewertung der dahinterstehenden Überlegungen vornehmen zu können, erstellte der Unterausschuss eine erste Fassung der Tragenden Gründe für die Beschlussfassung. Diese wurde ebenfalls mit in das Stellungnahmeverfahren gegeben. Auch in den Tragenden Gründen wurden dissente Positionen mit jeweils unterschiedlichen Begründungen dargestellt und somit kenntlich gemacht. Die Bundesärztekammer (BÄK) und die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) nahmen umfassend zum Entwurf der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie Stellung. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit verzichtete auf eine schriftliche Stellungnahme. Die BPtK nahm darüber hinaus ihr Recht zur mündlichen Anhörung im Stellungnahmeverfahren wahr und stellte ihre Einschätzung zum Richtlinienentwurf in der Unterausschusssitzung am 17. Dezember 2012 umfassend dar.

Die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen durch die Mitglieder des Unterausschusses erfolgte in derselben Sitzung des UA Bedarfsplanung. Die Hinweise und Vorschläge der Stellungnahmeberechtigten wurden soweit möglich und aus Sicht der Mitglieder des Unterausschusses sinnvoll berücksichtigt.

Parallel zum Stellungnahmeverfahren wurden die Diskussionen im G-BA mit dem Ziel fortgesetzt, hier fristgerecht gemeinsame Lösungsvorschläge zu erarbeiten.

Im Rahmen der Konsensfindung zeichnete sich ab, dass einige Fragestellungen nicht im Rahmen der gesetzlichen bzw. selbstgesetzten Frist konsentiert werden konnten. Für die Neuregelung des Sonderbedarfs, des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und des ausgewogenen Verhältnisses von Hausärzten und Fachärzten wurde deshalb der Beschluss gefasst, diese Punkte zunächst zurück zu stellen. Für die Regelungen hierzu sollten deshalb im ersten Halbjahr 2013 gemeinsam konsensfähige Lösungen entwickelt werden. Diese Selbstverpflichtung des G-BA sollte Teil des Richtlinienbeschlusses werden.

Auf Grundlage der Verhandlungen und unter Berücksichtigung der Hinweise der Stellungnahmeberechtigten konnte am 17. Dezember 2012 der UA Bedarfsplanung den Beschlussentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie an das Plenum des G-BA weiterleiten. Am 20. Dezember 2012 wurde die Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie mit den Stimmen der Unparteiischen, des GKV-SV und der KBV und gegen die Stimmen der DKG beschlossen.

Das Schreiben zur Nichtbeanstandung des G-BA-Beschlusses lag am 21. Dezember 2012 im G-BA vor. Auf dieser Grundlage konnte die Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungsrichtlinie) am 31. Dezember 2012 im Bundesanzeiger veröffentlicht werden und am 1. Januar 2013 in Kraft treten.

## C-2 IGES-Gutachten

### **Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung**

Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der  
Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss  
nach §140f SGB V

Abschlussbericht

Berlin, 31. Mai 2012

Martin Albrecht

Hans-Dieter Nolting

Anke Schliwen

Antje Schwinger

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: [kontakt@iges.de](mailto:kontakt@iges.de); [www.iges.de](http://www.iges.de)

<b>Inhalt</b>		
	Zusammenfassung	9
1	Hintergrund und Ziel des Gutachtens	15
2	Ausgangspunkt: Reformbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung	17
3	Ansatzpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung	23
3.1	Festlegung der Planungsbereiche	23
3.2	Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und anderer Faktoren	26
3.3	Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots	30
3.4	Entfernung und Erreichbarkeit	33
3.5	Fazit und Bewertung der gesetzlichen Neuregelungen	35
4	Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung	39
4.1	Grundlagen des Konzepts	39
4.2	Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot	42
4.2.1	Messung des regionalen Versorgungsbedarfs anhand eines Bedarfsindex	44
4.2.2	Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung	58
4.2.3	Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialisierte ärztliche Versorgung	63
4.3	Neubestimmung regionaler Planungswerte	69
4.3.1	Kinderärzte	69
4.3.2	Hausärzte	73
4.3.3	Orthopäden	78
4.3.4	Fachinternisten	80
4.4	Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung	83
4.4.1	Methodisches Vorgehen: bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs je Planungsregion	84
4.4.2	Beispielhafte Ergebnisse: Längerfristiger Bedarf an Hausärzten in Thüringen	85

4.4.3	Verfahrensvorschlag bei temporärem Mehrbedarf an Ärzten	90
4.5	Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene	92
4.6	Kapazitätsverteilung in der Fläche	94
4.6.1	Verfahrensgrundlagen	94
4.6.2	Verfahren zur Verteilung von hausärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Hausärzte)	96
4.6.3	Verfahren zur Verteilung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Fachärzte)	101
4.6.4	Realisierungsperspektiven	104
4.7	Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene	105
4.8	Berücksichtigung der Versorgungsrealität aus Sicht der Bevölkerung im Rahmen der Bedarfsplanung	111
4.9	Fazit	112
	Literaturverzeichnis	114
<b>Abbildungen</b>		
Abbildung 1:	Zentrale Elemente der Bedarfsplanung und Ansatzpunkte für Reformen	17
Abbildung 2:	Regionale Unterschiede der Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut unter der Annahme eines Versorgungsgrades von 100 % in allen kreisfreien Städten und Landkreisen	21
Abbildung 3:	Ergebnis der Faktorenanalyse	48
Abbildung 4:	RSA-Ausgabenprofil für ambulante ärztliche Leistungen	49
Abbildung 5:	Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-) Kreisen	55
Abbildung 6:	Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-) Kreisen	57
Abbildung 7:	Regionale Gliederung der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland	66
Abbildung 8:	Abweichung der Soll-Anzahl Kinderärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen	71
Abbildung 9:	Abweichung der Soll-Anzahl Hausärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen	76

Abbildung 10: Abweichung der Soll-Anzahl Orthopäden gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen	78
Abbildung 11: Abweichung der Soll-Anzahl Fachinternisten gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach Raumordnungsregionen	81
Abbildung 12: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo	88
Abbildung 13: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo	89
Abbildung 14: Anzahl der Hausärzte im Kreis Altenburger Land, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo	91
Abbildung 15: Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene	93
Abbildung 16: Verteilungsplanung/Hausärzte: Kategorisierung von Gemeinden am Beispiel des Kreises Altenburger Land (Thüringen)	98
Abbildung 17: Schematisches Beispiel zur Veranschaulichung der Verteilungsplanung/Fachärzte	104
Abbildung 18: Planungsebenen und Verfahren des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung	106
Abbildung 19: Verfahrensschritte der Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens im Überblick	109
<b>Tabellen</b>	
Tabelle 1: Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad, Vergleich Kernstadt – Ländlicher Kreis, Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2008)	19
Tabelle 2: Auswahl bedarfsbestimmender Indikatoren	47
Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse	51
Tabelle 4: Unterschiede des Zusammenwirkens der Teil-Bedarfsindizes für ausgewählte Regionen, in %-Abweichung vom Bundesdurchschnitt	53
Tabelle 5: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt	53
Tabelle 6: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt	56
Tabelle 7: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Kinderärzte	59

Tabelle 8:	Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Hausärzte	61
Tabelle 9:	Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden	62
Tabelle 10:	Norm-Verhältniszahlen im Vergleich zur aktuellen durchschnittlichen Einwohner-Arzt-Relation nach ausgewählter ärztlicher Fachgruppe	63
Tabelle 11:	Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten	67
Tabelle 12:	Verteilung der fachärztlich tätigen Internisten nach Schwerpunkten	68
Tabelle 13:	Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Kinderärzte in Schleswig-Holstein	70
Tabelle 14:	Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern	72
Tabelle 15:	Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach kreisfreien Städten bzw. Kreisen am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns	73
Tabelle 16:	Überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf am Beispiel des Kreises "Altenburger Land" (Thüringen)	74
Tabelle 17:	Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Hausärzte im Kreis Altenburger Land (Thüringen)	75
Tabelle 18:	Abweichung der Anzahl Hausärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern	77
Tabelle 19:	Abweichung der Anzahl Orthopäden (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern	79
Tabelle 20:	Abweichung der Anzahl Fachinternisten (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern	82
Tabelle 21:	Abweichung der Schwerpunkt-Anteile der fachärztlich tätigen Internisten (Auswahl) von der Planungsgrundlage, Beispiel Hessen	83
Tabelle 22:	Veränderungen der Einwohnerzahlen und Altersstrukturen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens, 2010-2025	87
Tabelle 23:	Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo	88
Tabelle 24:	Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo	90

**Abkürzungsverzeichnis**

Abkürzung	Erläuterung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BVA	Bundesversicherungsamt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

## **Zusammenfassung**

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V hat das IGES Institut zu Jahresbeginn 2011 damit beauftragt, ein Konzept für die Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung zu entwickeln. Wesentliches Ziel einer Neuordnung sollte sein, die Planung und Steuerung der ärztlichen Behandlungskapazitäten stärker als bisher am regionalen Versorgungsbedarf zu orientieren.

### ***Mängel der bisherigen Bedarfsplanung***

Hintergrund ist die seit mehreren Jahren zunehmend intensiv geführte gesundheitspolitische Diskussion über regionale Versorgungsunterschiede. Im Mittelpunkt steht hierbei das teilweise ausgeprägte Gefälle des Zugangs zu niedergelassenen Ärzten: Demnach ist die Arztdichte in Ballungsgebieten bzw. Regionen mit vergleichsweise günstiger Sozialstruktur häufig deutlich höher als in ländlichen Regionen bzw. in Regionen mit vergleichsweise ungünstiger Sozialstruktur.

Mit der Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Einwohner ein ambulant tätiger Arzt – differenziert nach Fachgruppen – normalerweise versorgen soll. Auf Basis dieses Norm-Verhältnisses wird dann festgestellt, welche Regionen als angemessen, über- oder unterversorgt gelten. In der bisherigen Bedarfsplanung entsprechen diese Soll-Zahlen historischen Einwohner-Arzt-Verhältnissen der 1990er Jahre, differenziert nach Regionstypen. Dieser Ansatz führt dazu, dass den Einwohnern ländlicher Regionen verhältnismäßig deutlich weniger Ärzte zugestanden wurden als den Einwohnern in Städten und Ballungsgebieten.

Die bisherige Bedarfsplanung – so auch die Kritik der Patientenvertretung – verhindert daher nicht, dass sich gerade dort lange Wartezeiten und Anfahrtswege ergeben, wo der Versorgungsbedarf der gesetzlich Versicherten überdurchschnittlich hoch ist. Auch fehlt es der bisherigen Bedarfsplanung an Zukunftsorientierung – sie berücksichtigt beispielsweise nicht die erwartete regionale Bevölkerungsentwicklung.

### ***Neuordnung durch Versorgungsstrukturgesetz nur eingeleitet***

Mit dem zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angestoßen und weitere Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Mit dem Gesetz ist die Neuordnung der Bedarfsplanung jedoch nicht abgeschlossen, denn es enthält vor allem allgemeine (Ziel-) Vorgaben und delegiert die erforderlichen Konkretisierungen an die Selbstverwaltung bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss. Darüber hinaus werden mit dem Gesetz die Gestaltungsspielräume auf regionaler Ebene deutlich erweitert. Bis zum 1.1.2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie zu beschließen.

### ***Zentrale Ziele des Reformkonzepts***

Ziel der Bedarfsplanung ist es, die Kapazitäten und Zugangsmöglichkeiten einer gegebenen Gesamtversorgung regional zu verteilen. Die Bestimmung des absoluten Niveaus der Gesamtversorgung ist demnach nicht Gegenstand der Bedarfsplanung, weil hierfür Faktoren von maßgeblicher Bedeutung sind, die durch das Instrument der Bedarfsplanung teilweise nicht oder zumindest nicht unmittelbar adressiert werden können, wie z. B. das Finanzierungssystem in der Krankenversicherung. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanung bezieht sich somit stets auf einen relativen Bedarf bzw. auf regionale Bedarfsunterschiede.

Auf dieser Grundlage zielt das Reformkonzept für die Patientenvertretung vor allem auf

- eine stärkere Orientierung der Planung von Arztsitzen am regionalen Versorgungsbedarf,
- die Berücksichtigung der Erreichbarkeit von Ärzten und
- eine Verbesserung der regionalen Gestaltungsmöglichkeiten zur Deckung des Versorgungsbedarfs.

### ***Ermittlung des Mehr- oder Minderbedarfs einer Region***

Für das Reformkonzept bilden die kreisfreien Städte und Landkreise weiterhin die primäre regionale Planungsebene. Damit orientiert sich das Konzept an bestehenden regionalen Gebietskörperschaften und den entsprechend vorhandenen kommunalen Selbstverwaltungsstrukturen. Der Bezug auf bestehende Verwaltungsstrukturen erleichtert die Organisation der regionalen Steuerung von Angebotskapazitäten in der ärztlichen Versorgung. Darüber hinaus bezieht sich die regionale Differenzierung der amtlichen Statistik auf die existierenden Stadt- und Landkreisgrenzen. Bei stark spezialisierten Arztgruppen ohne wohnortnahe bzw. mit überregionaler Planungsperspektive nimmt das Konzept auf größere Raumordnungseinheiten Bezug.

Zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs wurde auf der Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren ein Bedarfsindex entwickelt, und zwar getrennt für Kinder (bis 14 Jahre) und für die erwachsene Bevölkerung. Anhand dieses Bedarfsindex wird für jede kreisfreie Stadt und für jeden Landkreis ermittelt, wie stark der regionale Versorgungsbedarf vom bundesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf abweicht.

### ***Regionen mit mittlerem Bedarf bestimmen das Norm-Verhältnis***

Die Neubestimmung der Norm-Werte für das Einwohner-Arzt-Verhältnis orientiert sich an den Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf. Ausgewählt werden hierfür die Regionen, deren anhand des Bedarfsindex gemessener Versorgungsbedarf nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die allgemeine Soll-Zahl ergibt sich aus den tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnissen in diesen Regionen, über die ein mit den Einwohnerzahlen gewichteter Durchschnitt gebildet wird. Dieses Soll-Verhältnis entspricht dem Versorgungsgrad, der heute im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einer Region mit "normalem" Versorgungsbedarf faktisch zugestanden wird.

Im Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung

- beziehen sich die Verhältniszahlen einheitlich auf einen aktuellen Zeitpunkt (2010);
- fließen nur die Verhältniszahlen der Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf in die Norm ein;
- gilt die resultierende Norm als Planungsgrundlage dann einheitlich für sämtliche Regionen unabhängig vom Regionstyp, d. h. Abweichungen von dieser Norm sind nur in dem Maß begründbar, in dem ein überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher regionaler Bedarf festgestellt wird.
- Die Norm-Verhältniszahlen werden differenziert für die einzelnen ärztlichen Fachgruppen neu bestimmt. Sie geben an, wie viel Einwohner ein Arzt der jeweiligen Fachgruppe normalerweise versorgen sollte.

**Regionale Planungswerte variieren ausschließlich nach Bedarfsunterschieden**

Die regionalen Planungswerte (Soll-Ärztzahlen) für eine Fachgruppe werden in zwei Schritten ermittelt:

- die Einwohnerzahl einer Region wird zunächst durch die Norm-Verhältniszahl der jeweiligen Fachgruppe dividiert,
- die resultierende Arztlzahl wird anschließend mit dem Wert des Bedarfsindex dieser Region multipliziert; damit wird die Soll-Ärztzahl in dem Ausmaß angepasst, in dem der durch den Bedarfsindex gemessene Versorgungsbedarf der Region vom Bundesdurchschnitt abweicht.

**Zukünftige Bevölkerungsentwicklung wird fester Bestandteil der Planung**

Durch die Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen in die Bedarfsplanung zeigt sich, ob beispielsweise ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt festgestellter Ärztemehrbedarf auch längerfristig besteht oder ob längerfristig die Bevölkerungsentwicklung den Arztbedarf mindert. Hierbei ist häufig mit gegenläufigen Wirkungen zu rechnen: Während eine längerfristig sinkende Einwohnerzahl den Arztbedarf einer Region mindert, erhöht ein steigendes Durchschnittsalter ihrer Einwohner den Arztbedarf. Die Datengrundlage für die bevölkerungsbezogene Prognose des Arztbedarfs bilden die Bevölkerungsvorausrechnungen der Statistischen Ämter, deren Ergebnisse differenziert nach kreisfreien Städten und Landkreisen vorliegen.

Nach dem Reformkonzept wird der prospektiv ermittelte Arztbedarf fest in die Bedarfsplanung einbezogen. Dies betrifft insbesondere Situationen, in denen aktuell ein regionaler Mehrbedarf an Ärzten, längerfristig jedoch ein demographisch bedingter Rückgang des Arztbedarfs ermittelt wird. Vorgeschlagen wird, einen auf Sicht von zehn Jahren nur als temporär festgestellten Mehrbedarf an Ärzten durch entsprechend befristete Zulassungen sowie ggf. andere Maßnahmen (z. B. mobile Arztpraxen, Patientenbeförderungsdienste) zu decken.

**Regionale Verteilungsplanung sichert Wohnortnähe und Erreichbarkeit**

Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Steuerung der Standortwahl für Arztsitze innerhalb eines Planungsbezirks nicht vorgesehen. Diese Situation ist insofern unbefriedigend, weil sie u. U. dazu führen kann, dass sich trotz Erhöhung der Versorgungskapazität durch zusätzliche Arztsitze die Erreichbarkeit und Wohnortnähe für die Bevölkerung des Planungsbezirks nicht verbessern, wenn die zusätzlichen Praxisstandorte in unmittelbarer Nähe der bereits bestehenden errichtet werden.

Das hier vorgeschlagene Konzept enthält daher einen eigenständigen Verfahrensschritt zur Planung der Verteilung der Praxisstandorte innerhalb eines Planungsbezirks, für den die rechtlichen Grundlagen ggf. zu schaffen wären. Ziel der Verteilungsplanung ist es zu prüfen, ob und wie die Verteilung der für den gesamten Kreis festgelegten Sollzahl von Arztsitzen in der Fläche so verändert werden kann, dass sich die Wohnortnähe und Erreichbarkeit für die Patienten verbessern.

Ein Verfahren zur regionalen Verteilungsplanung ist für die hausärztliche und für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung vorgesehen. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die gemäß diesem Reformkonzept auf der Ebene größerer Raumordnungseinheiten geplant wird, wird dagegen keine Verteilungsplanung vorgeschlagen, weil hier die Wohnortnähe ein untergeordnetes Kriterium ist.

Die Verteilungsplanung verwendet ein je nach betrachteter Arztgruppe unterschiedliches Entfernungskriterium (5 km für die Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis, ca. 15 km für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung). Ausgangspunkt bilden die bestehenden Praxisstandorte der jeweils betrachteten Fachgruppe. Die Verteilungsplanung für Hausärzte erfolgt dabei auf der Ebene der Gemeinden eines Kreises bzw. bei kreisfreien Städten auf einer kleinräumigeren Ebene (z. B. Stadt-/Ortsteile). Anschließend wird nach einem regelbasierten Verfahren sukzessive geprüft und entschieden, ob das Entfernungskriterium eingehalten wird bzw. an welchen Standorten ein Zu- oder Abbau von Arztsitzen durchgeführt werden sollte oder welche bestehenden Arztsitze umgesiedelt werden sollten, um die Wohnortnähe zu verbessern.

Die perspektivische "Umsiedlung" von Praxisstandorten innerhalb einer Planungsregion ist ein zusätzliches und bisher in der Bedarfsplanung nicht bekanntes Verfahrenselement. Es dient ausschließlich der Herstellung einer größeren Wohnortnähe der – vor allem hausärztlichen – Versorgung. Dabei geht es nicht um eine Umsiedlung von Vertragsärzten mit ihrer Praxis, sondern um eine Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall einer Nachbesetzung des Arztsitzes.

### ***Stärkere Einbeziehung der regionalen Ebene in die Bedarfsplanung***

Entsprechend der Zielsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht das Reformkonzept vor, die Bedarfsplanung stärker regional zu verankern, damit regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind.

Das vorgeschlagene Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung ordnet daher die einzelnen Verfahrensstufen unterschiedlichen Planungsebenen zu. Während die erste Verfahrensstufe – die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte – auf der zentralen bzw. der Bundesebene der Selbstverwaltung vollzogen wird, sind für die Aufstellung der Bedarfspläne sowie die Verteilungsplanung innerhalb der Planungsregionen die Kassenärztlichen Vereinigungen (Landesebene) zuständig.

Als dritte Verfahrensstufe ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele sowie die beabsichtigten Konsequenzen durch die Regionen selbst geprüft werden und dass diese auch Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen können. Gegenstand dieser Verfahrensstufe sind infrastrukturelle Faktoren – wie z. B. Verkehrsanbindungen, Öffnungszeiten der Arztpraxen, Barrierefreiheit des Zugangs.

Diese infrastrukturellen Faktoren haben eine hohe Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgung, ihre Einbeziehung in die Bedarfsplanung setzt aber Kenntnisse über die örtlichen lebensweltlichen und verkehrstechnischen Gegebenheiten und Verflechtungen voraus. Informationen hierüber sind typischerweise auf einer regionalen bzw. lokalen Planungsebene leicht verfügbar, während ihre zentrale Beschaffung und Administration aufwändig und für die Bürger/innen tendenziell intransparent wäre. Die Prüfung der Planungsergebnisse auf Basis der lokalen Infrastruktur und ggf. die Einbringung von Vorschlägen soll durch die Kreistage organisiert werden, der kommunalen Volksvertretung und dem Hauptorgan der Exekutive auf Ebene der Landkreise.

Diese Verfahrensstruktur orientiert sich an dem Grundsatz, dass lokales Wissen nach Möglichkeit auch auf bzw. von lokaler Ebene in den Planungsprozess eingebracht wird. Mit diesem Grundsatz soll eine möglichst hohe Effizienz der Informationsbeschaffung und Informationsverwertung erreicht werden.

Eine zentrale Scharnier-Funktion bei der Umsetzung der Bedarfsplanung ist für die Landesausschüsse vorgesehen: Sie beraten die Bedarfspläne, entscheiden bei fehlendem

Einvernehmen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, sie übermitteln die Bedarfspläne den Kreistagen und prüfen sowie entscheiden über deren evtl. Anpassungsvorschläge. Die Patientenvertreter erhalten ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan sowie ein generelles Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen.

## 1 Hintergrund und Ziel des Gutachtens

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V hat das IGES Institut im Januar 2011 mit der Erstellung eines Gutachtens zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung beauftragt. Hintergrund war eine zunehmend intensiv geführte fachliche und öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit, die Bedarfsplanung weiter zu entwickeln. Im Vordergrund standen hierbei folgende Kritikpunkte:

- Es besteht ein teilweise ausgeprägtes Gefälle zwischen der Versorgungssituation in Ballungsgebieten bzw. Regionen mit vergleichsweise günstiger Sozialstruktur einerseits und ländlichen Regionen und in Regionen mit vergleichsweise ungünstiger Sozialstruktur andererseits.
- Mit den existierenden Steuerungsmöglichkeiten zum Abbau von Über- und Unterversorgung kann diesem Gefälle nur sehr begrenzt begegnet werden.
- Die gegenwärtigen Planungskriterien gelten als zu starr und undifferenziert. Sie orientieren sich zu wenig am lokalen Bedarf.

Vor dem Hintergrund von Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über notwendige Änderungen der Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung hatte die Patientenvertretung im Jahr 2009 zum Überarbeitungsbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung eine Reihe von Positionen formuliert.

Beim Zugang zur ärztlichen Versorgung sieht die Patientenvertretung gegenwärtig zwei wesentliche Mängel:

1. Ungleichheit und Ungerechtigkeit  
lange Wartezeiten und Anfahrtswege besonders in Regionen / Stadtbezirken mit schlechter ausgeprägter Infrastruktur und geringem Durchschnittseinkommen,
2. Orientierung der Zulassung von Ärzten an stark abstrahierten Verhältniszahlen anhand von Ist-Zahlen aus den 1990er Jahren, die dazu führt, dass
  - der reale Arbeitsumfang der niedergelassenen Ärzte nicht berücksichtigt wird,
  - sich die Verteilung von Arztsitzen nicht am Bedarf der gesetzlich Versicherten ausrichtet,
  - bedarfsrelevante Veränderungen (Demographie, medizinische Leistungserbringung) bei der Planung nicht berücksichtigt werden.

Das IGES Institut wurde damit beauftragt, unter Berücksichtigung der von der Patientenvertretung formulierten Positionen zur Bedarfsplanung zu untersuchen,

- auf welchen methodischen und datentechnischen Wegen sich eine diesen Grundpositionen entsprechende Bedarfsplanung realisieren lässt und
- wie die Umsetzung regulatorisch (bundesweite Rahmenvorgaben, Modifikation der Verhältniszahlen) sowie
- verfahrensmäßig (regionale Handlungsebene, Beteiligung der Patientenvertretung usw.) verankert werden kann.

Im April 2011 legte das Bundesministerium für Gesundheit Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz vor, gefolgt von einem Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Mai 2011. Schwerpunkte des Entwurfs waren die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sowie der Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Im Dezember 2011 wurde das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom Bundestag verabschiedet und trat zum Jahresbeginn 2012 in Kraft.

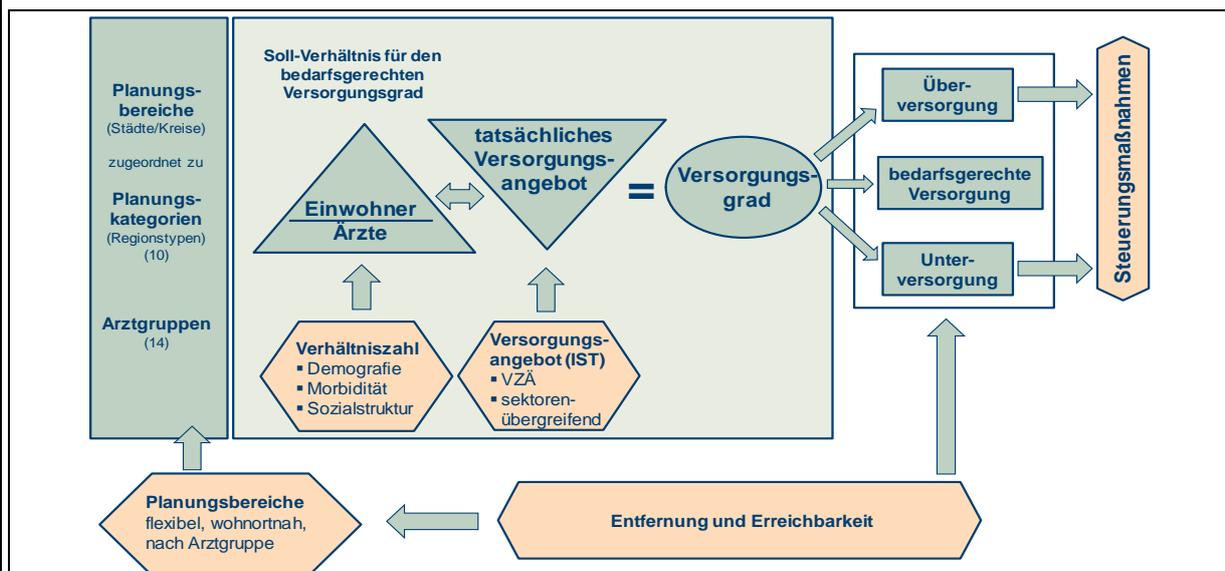
Mit dem GKV-VStG ist die Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung nicht abgeschlossen. Das Gesetz enthält zu zentralen Aspekten der Bedarfsplanung lediglich allgemeine (Ziel-)Vorgaben und delegiert die erforderlichen Konkretisierungen an die Selbstverwaltung bzw. den G-BA. Darüber hinaus werden mit dem Gesetz die Gestaltungsspielräume auf regionaler Ebene deutlich erweitert. Der G-BA hat die Planungsbereiche gemäß den Neuregelungen bis zum 1.1.2013 festzulegen.

## 2 Ausgangspunkt: Reformbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung

Eine vereinfachte Modellierung der heutigen Bedarfsplanung ergibt folgende zentrale Bestandteile (grün gefärbte Elemente in Abbildung 1):

- Festlegung bzw. Abgrenzung der Planungsbereiche in regionaler und in arzt- bzw. fachgruppenbezogener Hinsicht,
- Bestimmung eines Soll-Verhältnisses zwischen der Anzahl der Einwohner und dem Angebot an Behandlungskapazitäten (Ärzte) im jeweiligen Planungsbereich sowie für die jeweilige Arztgruppe (Versorgungsbedarf i.F.v. arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen),
- Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots (Einwohner-Arzt-Verhältnis),
- Bestimmung des Versorgungsgrades aus der Gegenüberstellung von Soll-Verhältnis und tatsächlichem Versorgungsangebot,
- Kategorisierung des ermittelten Versorgungsgrades im Hinblick auf Handlungsbedarf (Über-/Unterversorgung).

Abbildung 1: Zentrale Elemente der Bedarfsplanung und Ansatzpunkte für Reformen



Quelle: IGES

Im gegenwärtigen System der Bedarfsplanung stellen sich diese Bestandteile wie folgt dar:

- Die Abgrenzung der Planungsbereiche basiert auf Regionstypen<sup>10</sup> und Arztgruppen<sup>11</sup>.
- Das Soll-Verhältnis bezieht sich auf die Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt der betreffenden Arztgruppe innerhalb eines Planungsbereichs zu einem historischen Zeitpunkt.<sup>12</sup>
- Das tatsächliche Versorgungsangebot entspricht der aktuellen Anzahl der Einwohner (Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand) je aktuell zugelassenem Vertragsarzt der betreffenden Arztgruppe in den jeweiligen Planungsbereichen.
- Der Versorgungsgrad entspricht dem Verhältnis aus aktueller Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt zum (historischen) Soll-Wert. Seit diesem Jahr kann unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich die Altersstruktur der Einwohner (Anteil der mind. 60-jährigen) berücksichtigt werden und evtl. zu Korrekturen des festgestellten Versorgungsgrades führen.
- Planungsbereiche mit Versorgungsgraden von mehr als 110 % gelten als überversorgt und werden für Neuzulassungen gesperrt. Planungsbereiche mit Versorgungsgraden von weniger als 75 % (Hausärzte) bzw. weniger als 50 % (Fachärzte) gelten als unterversorgt. Hinsichtlich der Planungsbereiche, für die Unterversorgung festgestellt wurde, sind Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam angehalten, die ärztliche Versorgungssituation zu prüfen und erforderliche Maßnahmen zu ergreifen.

Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs mittels Verhältniszahlen im heutigen System der Bedarfsplanung soll anhand eines Beispiels illustriert werden (Tabelle 1). Betrachtet wird der Versorgungsgrad mit Psychotherapeuten in einem ländlichen Kreis (Regionstyp 9, Bsp. Hildburghausen) und in einer Kernstadt (Regionstyp 5, Bsp. Jena) im Bundesland Thüringen (Stand: 2008). Aus den Allgemeinen Verhältniszahlen (Soll-Einwohner-Arzt-Relation) der Bedarfsplanungsrichtlinie (Stand: 15. Juli 2010) ergibt sich für Hildburghausen das Verhältnis von einem Psychotherapeuten je 23.106 Einwohner als bedarfsgerechte Versorgung, für Jena ein Verhältnis von einem Psychotherapeuten auf lediglich 3.203 Einwohner. Auf der Grundlage der tatsächlichen Einwohnerzahlen resultiert hieraus für Hildburghausen eine Anzahl von etwa drei Psychotherapeuten als Versorgungs-Soll, für Jena von ca. 32 Psychotherapeuten. Würde man für Hildburghausen dieselbe Einwohner-Arzt-Relation zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ansetzen, ergäbe sich eine Soll-Anzahl von 21 (anstatt 3) Psychotherapeuten.

<sup>10</sup> Insgesamt werden neun Regionstypen – das Spektrum reicht von Kernstädten bis zu ländlichen Kreisen – plus eine Sonderregion (Ruhrgebiet) gemäß der Typisierung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung unterschieden.

<sup>11</sup> Aktuell werden 14 Arztgruppen unterschieden, wobei für Arztgruppen mit weniger als 1.000 bundesweit tätigen Ärzten keine Planungsbereiche gebildet werden.

<sup>12</sup> Überwiegend handelt es sich um den Verhältniswert zum Zeitpunkt 31.12.1990. Abweichungen gibt es für die Arztgruppen Anästhesisten und Psychotherapeuten (31.12.1997/1.1.1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (31.12.1995).

Tabelle 1: Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad, Vergleich Kernstadt – Ländlicher Kreis, Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2008)

	<b>Ländlicher Kreis</b> (Bsp. Hildburghausen)	<b>Kernstadt</b> (Bsp. Jena)	<b>Ländlicher Kreis auf Kernstadt-Niveau</b> (Bsp. Hildburghausen)
Einwohner je Psych. (Soll)	23.106	3.203	3.203
Anzahl Psych. (Soll)	3	32	21
Anzahl Psych. (Ist)	4	37	4
Einwohner je Psych. (Ist)	17.149	2.794	17.149
Versorgungsgrad	134,7 %	114,6 %	18,7 %

Quelle: IGES auf Grundlage von G-BA (2010), KV Thüringen

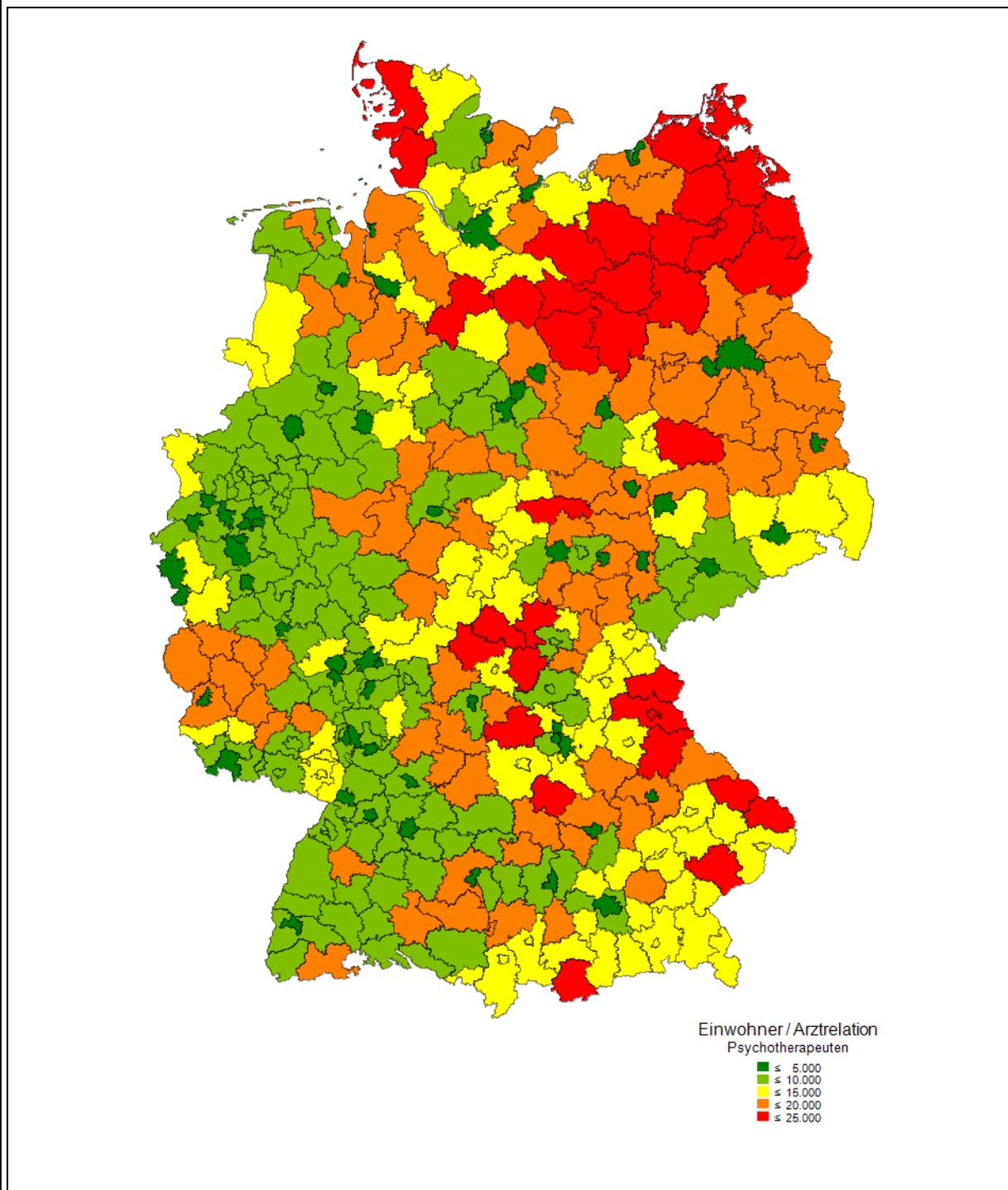
Tatsächlich gibt es in Hildburghausen vier Psychotherapeuten, so dass für diesen Planungsbezirk gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie eine deutliche Überversorgung (134,7 %) festzustellen ist. Auch Jena ist mit tatsächlich 37 Psychotherapeuten als überversorgt einzustufen, allerdings liegt es mit einem Versorgungsgrad von 114,6 % nur knapp über der Definitionsschwelle. Würde man für Hildburghausen dieselbe Einwohner-Arzt-Relation zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ansetzen wie für Jena, wäre eine drastische Unterversorgung (18,7 %) zu konstatieren.

Das Beispiel verdeutlicht, dass im Rahmen der bisherigen Bedarfsplanung "Bedarfsgerechtigkeit" in Abhängigkeit vom Regionstyp sehr unterschiedlich definiert wird und für ländliche Regionen – zunächst allein aufgrund der historischen Situation am Stichtag – im Verhältnis zur Einwohnerzahl meist deutlich weniger Vertragsärzte als angemessen gelten. Zur Rechtfertigung dieser Unterschiede könnte man anführen, dass die bisherige Bedarfsplanungssystematik gewissermaßen implizit eine Mitversorgungsfunktion von Kernstädten für die ländlichen Regionen berücksichtigt: Da die Bewohner ländlicher Kreise für die Inanspruchnahme von spezialisierten Arztgruppen ohnehin die Städte aufsuchen, wäre nach dieser Logik in den Städten eine den Bedarf allein der städtischen Bevölkerung deutlich übersteigende Arztzahl gerechtfertigt und umgekehrt eine entsprechend geringere in den ländlichen Kreisen.

Die folgende Darstellung (Abbildung 2) illustriert am Beispiel der Psychotherapeuten zum einen, wie deutlich sich die Einwohner-Arzt-Relationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen<sup>13</sup> unterscheiden, selbst wenn überall der Versorgungsgrad gemäß den bisherigen Bedarfsplanungsmaßstäben 100 % betrüge. Zum anderen zeigt die Karte auch, wie wenig tragfähig die Figur der Mitversorgung von ländlichen durch städtische Regionen in manchen Gebieten Deutschlands ist: Viele Kreise im Nordosten sollen nach der geltenden Bedarfsplanung nur sehr wenige Leistungserbringer erhalten, ohne dass eine besser versorgte städtische Region in der Nähe wäre. Darüber hinaus wäre im Hinblick auf die vermeintliche Rechtfertigung der ungleichen Bedarfsbemessung durch die Mitversorgungsfunktion von größeren Städten zu fragen, inwieweit diese Situation tatsächlich den Präferenzen der Bevölkerung in den Regionen außerhalb der Städte entspricht.

<sup>13</sup> Ein Landkreis ist nach deutschem Kommunalrecht ein Gemeindeverband und eine Gebietskörperschaft. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein lautet die Bezeichnung lediglich "Kreis".

Abbildung 2: Regionale Unterschiede der Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut unter der Annahme eines Versorgungsgrades von 100 % in allen kreisfreien Städten und Landkreisen



Quelle: IGES auf Grundlage G-BA (2010)

Anmerkung: Der Versorgungsgrad 100 % entspricht den Allgemeinen Verhältniszahlen nach den definierten Raumgliederungen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (2010).

Die heutige Form der Bedarfsplanung steht – nicht zuletzt, wie das obige Beispiel verdeutlicht, wegen ihrer starren Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Relationen – seit längerem in der Kritik. Die in diesem Zusammenhang diskutierten Reformansätze zielen dabei häufig auf eine stärkere Differenzierung der Bedarfsplanung; außerdem umfassen sie zusätzliche Steuerungsmaßnahmen, um auf eine festgestellte Unter- oder Überversorgung zu reagieren. Die wesentlichen Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der ärztlichen Bedarfsplanung lassen sich im Hinblick auf die o. a. zentralen Elementen darstellen (gelb gefärbte Elemente in (Abbildung 1):

- Für die Abgrenzung der Planungsbereiche wird eine stärkere Berücksichtigung der Wohnortnähe ("kleinräumige Planung") sowie der unterschiedlichen lokalen Versorgungssituation ("Flexibilität") diskutiert. Mit Blick auf die unterschiedlichen Arztgruppen werden stärkere bzw. andere Ausdifferenzierungen diskutiert. Beispielweise wird vorgeschlagen, zwischen Segmenten wie der hausärztlichen, allgemein- und spezialfachärztlichen Versorgung zu unterscheiden und für jedes Segment unterschiedlich weite Planungsbereiche festzulegen. Auf diese Weisen ließen sich die je nach Segment unterschiedlichen Maßstäbe für "Wohnortnähe" angemessener operationalisieren. Darüber hinaus werden teilweise eigenständige Bedarfsplanung für bislang nicht beplante Arzt(unter)gruppen gefordert.
- Hinsichtlich der Soll-Norm des Versorgungsangebots wird eine stärkere Orientierung am tatsächlichen (und zukünftigen) Versorgungsbedarf gefordert, vor allem durch die Berücksichtigung von Unterschieden der Morbiditätslast der jeweiligen regionalen Bevölkerungen, der zukünftigen demografischen Entwicklung und der Sozialstruktur. Dadurch soll die bisherige Bedarfsbestimmung durch Festschreibung einer historischen Einwohner-Arzt-Relation ersetzt werden.
- Die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots soll nicht auf bloße Arztzahlen beschränkt bleiben, sondern sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht erweitert werden. So soll z. B. neben den Arbeitszeiten (bzw. den tatsächlichen Praxisöffnungszeiten) auch die Behandlungskapazitäten angrenzender Versorgungssektoren einbezogen werden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle Vertragsärzte das komplette Leistungsspektrum ihrer Fachgruppe anbieten und sich teilweise stark eingegrenzte Tätigkeitsschwerpunkte herausbilden.
- Die Entfernung bzw. Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten soll explizites Planungskriterium werden. Ein solches Kriterium kann an unterschiedlichen Stellen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

### **3 Ansatzpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung**

Die Neuregelungen des GKV-VStG, die sich auf die Bedarfsplanung beziehen, werden den o. a. zentralen Elementen der Bedarfsplanung (vgl. Abbildung 1) zugeordnet. Ihre Darstellung und Bewertung bezieht sich somit auf die Änderungen hinsichtlich der

- Festlegung der Planungsbereiche,
- Bestimmung des Versorgungsbedarfs,
- Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots,
- Entfernung und Erreichbarkeit.

### 3.1 Festlegung der Planungsbereiche

In der bisherigen Bedarfsplanung entsprachen die regionalen Planungsbereiche den kreisfreien Städten und Landkreisen. Das GKV-VStG sieht eine "flexiblere" Gestaltung der Planungsbereiche vor: Für die (Neu-)Festlegung der regionalen Planungsbereiche bis zum 1.1.2013 gilt allein die Vorgabe, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird" (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Die Orientierung an kreisfreien Städten und Landkreisen ist damit nicht mehr obligatorisch. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass der G-BA durch die Neuregelung einen weiten Entscheidungsspielraum erhalte und dass für die Neugestaltung der Planungsbereiche die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung maßgeblich sei.

Da die Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote unterschiedliche Bedeutung hat, ermögliche die Neuregelung auch, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren (BT-Drs. 17/6906, S. 74). In der Gesetzesbegründung wird eine mögliche Differenzierung nach hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung genannt. Bereits in der vorangegangenen Reformdiskussion wurde von Seiten der Krankenkassen eine solche Differenzierung gefordert, wonach die Primärversorgung überall wohnortnah und schnell erreichbar sein sollte, während mit zunehmendem Spezialisierungsgrad die Entfernung zum nächsten Versorgungsort steigen kann (vgl. u. a. GKV-Spitzenverband 2010, Schönbach 2010). Weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung werden diese drei nach Spezialisierungsgrad differenzierten Bereiche – hausärztlich, allgemein fachärztlich und spezialisiert fachärztlich – näher definiert.<sup>14</sup>

Durch gesetzliche Bestimmungen detaillierter eingegrenzt und herausgelöst wird jedoch die "ambulante spezialfachärztliche Versorgung", welche durch die Neufassung des § 116b SGB V als neuer sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt wurde. Gemäß dem GKV-VStG umfasst die ambulante spezialärztliche Versorgung künftig die "Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern". Hierzu zählen insbesondere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Der G-BA hat den Auftrag erhalten, die konkreten Bestimmungen für die Umsetzung in einer Richtlinie bis Jahresende 2012 festzulegen. Der G-BA kann darüber hinaus den Krankheits- bzw. Leistungskatalog der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ergänzen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist selbst nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Dies ergibt sich aus § 116b Abs. 2 SGB V, wonach an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser berechtigt sind, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen, soweit sie die hierfür vom G-BA festgelegten Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber dem um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen anzeigen ("wer kann, der darf"). In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass "eine Planung, die eine konkrete Bestimmung des jeweiligen Bedarfs an spezialärztlichen Leistungserbringern für jede

<sup>14</sup> Grundsätzlich könnten ihnen Arztgruppen nach den bestehenden Fachabgrenzungen zugeordnet werden. Nach Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes sollte sich dagegen die Differenzierung an dem vom jeweiligen Arzt angebotenen Leistungsspektrum orientieren (vgl. GKV-Spitzenverband 2011, S. 2). Beispielsweise wäre demnach ein niedergelassener Augenarzt, der sich auf ambulante Katarakt-Operationen spezialisiert, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zuzurechnen, ein Augenarzt, der dagegen das gesamte ambulante Leistungsspektrum abdeckt, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

einzelne der gelisteten Krankheiten und Leistungen erfordern würde,...aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel" wäre (BT-Drs. 17/6906, S. 81 f.).<sup>15</sup>

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist aber künftig bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1, neue Nr. 2a SGB V). Gemäß der Gesetzesbegründung sollen die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug gebracht werden, da diese Ärzte dann nicht mehr in vollem Umfang für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Der G-BA erhält den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie hierzu konkrete Regelungen festzulegen (BT-Drs. 17/6906, S. 73). Dabei wird beispielsweise zu regeln sein, ob für einen Arzt, der sich spezialisiert, d. h. einen Teil seiner Arbeitszeit nur noch § 116b-Leistungen widmet und entsprechend nicht mehr vollumfänglich für die allgemeine fachärztliche Versorgung zur Verfügung steht, nachgeplant werden muss.

Die Festlegung der Planungsbereiche obliegt dem G-BA. Er hat hierbei allein die Maßgabe zu beachten, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird, und erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum. Gleichzeitig bewirkt aber das VStG durch die Änderung von § 99 SGB V, dass die regionalen Gremien<sup>16</sup> den erforderlichen Gestaltungsspielraum erhalten, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen. Hierbei geht es um regionale Besonderheiten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind: "Solche Besonderheiten können sich insbesondere aus der regionalen demographischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben, wenn sich nach Alter, Geschlecht und ergänzenden Morbiditätskriterien ein spezifischer oder überdurchschnittlicher regionaler Versorgungsbedarf ergibt" (BT-Drs. 17/6906, S. 73).

Den regionalen Gremien wird damit die Möglichkeit gegeben, hinsichtlich der Abgrenzung der Planungsbereiche von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA abzuweichen. In der Gesetzesbegründung wird allerdings klargestellt, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA maßgeblich bleibe, "wenn und soweit nicht regionale Besonderheiten die Abweichungen rechtfertigen" (BT-Drs. 17/6906, S. 73). Das GKV-VStG regelt hingegen nicht, nach welchen Kriterien bzw. von wem darüber entschieden werden soll, ob regionale Besonderheiten vorliegen, die eine Abweichung von der "maßgeblichen" Richtlinie des G-BA rechtfertigen. Der G-BA wird ausdrücklich nicht dazu ermächtigt, diesbezügliche Voraussetzungen zu regeln.

Darüber hinaus wird durch das GKV-VStG der Auftrag an den G-BA, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in einem übersorgten Planungsbereich zu machen (sog.

<sup>15</sup> Im Gesetzentwurf vom 5.9.2011 (BT-Drs. 17/6909) trug der neue, sektorenverbindende Versorgungsbereich noch die Bezeichnung "ambulante spezialärztliche Versorgung". Mit der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 30.11.2011 wurde die Bezeichnung in „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ geändert, um zu verdeutlichen, "dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikationen voraussetzt und deshalb Fachärzten vorbehalten ist" (BT-Drs. 17/8005, S. 152).

<sup>16</sup> Hierbei handelt es sich um die Landesausschüsse, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene gebildet werden (§ 90 SGB V i.V.m. § 99 Abs. 3 SGB V). Gemäß der Neufassung des § 99 Abs. 1 SGB V ist der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen, der Landesbehörde ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. Nach dem mit dem VStG eingeführten neuen § 90a SGB V kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben und – soweit es das Landesrecht vorsieht – zu den Bedarfsplänen Stellung nehmen.

Sonderbedarfszulassungen), präzisiert und erweitert (Neufassung der Nr. 3 in § 101 Abs. 1 SGB V). Demnach soll mit Sonderbedarfszulassungen ein zusätzlicher lokaler oder ein qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe gedeckt werden. Beispielsweise kann in einem Planungsbezirk die Fachgruppe "an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten" aufgrund von Überversorgung gesperrt sein, gleichzeitig aber für Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie eine Unterversorgung festgestellt werden. Gemäß der Gesetzesbegründung war für die Neuregelung ausschlaggebend, dass die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen bislang sehr unterschiedlich genutzt haben (BT-Drs. 17/6906, S. 73 f.). Der G-BA soll nun die Vorgaben in § 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie so konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird.

### **3.2 Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und anderer Faktoren**

Im bisherigen System der Bedarfsplanung hatte der G-BA nach § 101 Abs. 2 SGB V die Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Soll-Verhältnis) anzupassen oder neu festzulegen, wenn dies

- 1) wegen der Änderungen der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
- 2) weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1.000 übersteigt oder
- 3) zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung

erforderlich war. Dabei war die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen. Diese stichtagsbezogene Regelung wurde mit dem GKV-VStG aufgehoben. Außerdem ist bei der Anpassung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen "insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen" (Ergänzung der Nr. 3 in § 101 Abs. 2 SGB V). Dazu heißt es in der Gesetzesbegründung, dass die Anpassung der Verhältniszahlen zukünftig "allein nach sachgerechten Kriterien" erfolgen soll, wobei als sachgerechte Kriterien außer der demographischen Entwicklung grundsätzlich solche Faktoren in Betracht kommen, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Es werden die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich und vorhandene Versorgungsstrukturen genannt. Dadurch soll "den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden" (BT-Drs. 17/6906, S. 74).

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA in der Fassung vom 15.07.2010 sieht bereits eine Anpassung der Verhältniszahlen um einen regionalen Demografiefaktor vor (vgl. § 8a), der durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet wird. Der Demografiefaktor kommt allerdings nur in Regionen zur Anwendung, in denen die Fallzahl innerhalb eines Jahres über dem Bundesdurchschnitt der jeweiligen Arztgruppe liegt.<sup>17</sup> Der bisherige Demografiefaktor der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt lediglich die aktuelle Bevölkerungsstruktur.

Geht man davon aus, dass mit der Ergänzung der Nr. 3 in § 101 Abs. 2 SGB V infolge des VStG die *zukünftige* demografische Entwicklung besonders berücksichtigt werden soll, erhielte die Bedarfsplanung hiermit erstmals ein prospektives Planungselement. Wie und mit welchem Gewicht ein solches prospektives Element in der Bedarfsplanung eingehen soll, wird durch das GKV-VStG jedoch nicht konkretisiert. Eine nahe liegende Datengrundlage

<sup>17</sup> Ausgenommen bleiben die Kinderärzte. Die Berechnung des Faktors soll einmal im Jahr von der für eine Planungsregion zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden (§ 8a Abs. 5) und die Anpassung der regionalen Verhältniszahl erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres (§ 8a Abs. 6).

wären die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes. Darin wird die Bevölkerung nach Alter unter bestimmten Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungsbewegungen derzeit bis zum Jahr 2060 prognostiziert. Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen sind bis auf Kreisebene differenziert verfügbar und ermöglichen somit auch "kleinräumig" eine prospektiv-demografieorientierte Planung.

Sozioökonomische Einflussfaktoren des Versorgungsbedarfs (z. B. regionale Wirtschaftskraft, Pro-Kopf-Einkommen, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand etc.) wurden in der Bedarfsplanung bislang nicht berücksichtigt. In anderen Ländern (z. B. in den Niederlanden) finden sich aber Beispiele, dass auch sozioökonomische Faktoren in die Bedarfsplanung einfließen, wenn für sie ein Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder die Morbidität der Bevölkerung nachgewiesen werden kann. Voraussetzung für eine zielführende Nutzung sozioökonomischer Faktoren in der Bedarfsplanung sind allerdings fundierte theoretische und empirische Erkenntnisse über die jeweiligen Wirkungszusammenhänge. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien, existiert hierzu eine umfangreiche Forschung und Praxiserfahrung darüber, mit welchen sozioökonomischen Faktoren sich ein Versorgungsmehrbedarf bestimmen bzw. vorhersagen lässt. Darüber hinaus ist auch versorgungspolitisch zu entscheiden, welcher Versorgungsmehrbedarf oder auch -minderbedarf infolge bestimmter Faktoren im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollte.<sup>18</sup>

Durch die Neuregelungen des GKV-VStG bietet sich erstmals die Möglichkeit, die Sozialstruktur der Bevölkerung regional als Faktor hinzuzuziehen, um die Soll-Verhältniszahlen anzupassen. Konkrete Regelungen, wie und in welchem Umfang sozioökonomische Indikatoren künftig in die Bedarfsplanung einbezogen werden, enthält das Gesetz allerdings nicht.

Als für die Bedarfsplanung relevante sozioökonomische Einflussgrößen kann eine Reihe von Indikatoren in Betracht gezogen werden. Für zahlreiche Faktoren sind öffentlich zugängliche Daten auf Kreisebene verfügbar, so dass sie zumindest datentechnisch für die Abbildung der Sozialstruktur einer Region in Frage kommen. Der Einfluss der einzelnen Faktoren auf Inanspruchnahme und Gesundheitszustand ist inhaltlich und statistisch zu prüfen. Mögliche sozioökonomische Indikatoren für die Bedarfsplanung mit Datenverfügbarkeit auf Kreisebene sind

- Anzahl Ausländer
- Anzahl Arbeitnehmer
- Arbeitnehmerentgelt
- Bruttoinlandsprodukt
- Bruttolöhne und -gehälter
- Bruttowertschöpfung
- Erwerbstätige
- Öffentliche Schulden
- Primäreinkommen
- Verfügbares Einkommen
- Schulabgangsstatistik

<sup>18</sup> Beispielsweise gehen sozioökonomische Risikofaktoren häufig mit einer erhöhten Morbidität einher, die sich jedoch nicht zwangsläufig in einer entsprechend höheren Leistungsanspruchnahme manifestiert und u. U. sogar mit einer unterdurchschnittlichen Leistungsanspruchnahme einhergehen kann. In solchen Fällen ist zu entscheiden, ob für die Bedarfsplanung hieraus ein Mehr- oder ein Minderbedarf abgeleitet werden soll.

Die Berücksichtigung weiterer Faktoren des Versorgungsbedarfs wie beispielsweise der in der Gesetzesbegründung des GKV-VStG aufgeführten räumlichen Ordnung (z. B. im Sinne von Infrastruktur, Flächennutzung, Regionstypen) und der vorhandenen Versorgungsstrukturen sind regional ebenfalls möglich. Insbesondere die Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen könnte größere Spielräume bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs eröffnen. Im Vordergrund dürfte hierbei zunächst stehen, die Behandlungskapazitäten angrenzender Leistungsbereiche (z. B. ambulante Behandlungen in Krankenhäusern) in die Planung einzubeziehen. Darüber hinaus könnte sich mit der Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen auch der Erhalt eines erreichten Versorgungsniveaus als Ziel einer regionalen Bedarfsplanung verknüpfen lassen. Ausmaß und Geschwindigkeit einer Anpassung der Angebotskapazitäten an den ermittelten Versorgungsbedarf könnten somit in Abhängigkeit vom jeweiligen Niveau der Behandlungskapazitäten regional variieren.

Würden die erweiterten Spielräume zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs vor allem in diesem Sinne einer stärkeren Anknüpfung der Bedarfsplanung an vorhandene Strukturen genutzt, so könnte dies – zumindest stellenweise – auch eine Konservierung von ärztlichen Angebotsstrukturen zur Folge haben, die nach Maßgabe anderer Faktoren wie der demografischen Entwicklung als Über- oder Unterversorgung gewertet werden. Andererseits kann eine Anknüpfung der Bedarfsplanung an vorhandene Strukturen die Umsetzung von Steuerungsmaßnahmen zur Kapazitätsanpassung erleichtern, insoweit hierdurch größere "Brüche" vermieden werden können.

Nicht im GKV-VStG explizit aufgeführt ist die Berücksichtigung von Morbidität bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie. Um die Krankheitslast einer Region zu erfassen, können unter anderem Daten

- zu den dokumentierten Diagnosen (aus Routinedaten der Krankenkassen und der DRG-Statistik für den stationären Bereich),
- zu Mortalität (aus der Todesursachenstatistik) und
- zur Selbsteinschätzungen der eigenen Gesundheit (aus Befragungsdaten wie z. B. Mikrozensus, SOEP, Gesundheitssurveys)

herangezogen werden. Würde der Versorgungsbedarf künftig auf der Grundlage von GKV-Routinedaten bestimmt, bestünde allerdings ein Messproblem, denn ein auf dieser empirischen Basis ermittelter Bedarf wäre nicht "objektiv", sondern spiegelt historisch gewachsene Versorgungsstrukturen sowie die Verhaltensweisen der Leistungsanbieter und der Kostenträger. Es würden auf diese Weise implizit auch bestehende Über-, Unter- oder Fehlversorgungen in die Festlegung des Versorgungsbedarfs eingehen.<sup>19</sup>

Die mit dem GKV-VStG vorgenommenen Änderungen des § 101 Abs. 2 SGB V schaffen also die Möglichkeit, das Soll-Verhältnis für einen bedarfsgerechten Versorgungsgrad an regionale Besonderheiten des Bedarfs bezüglich der Demografie, Sozialstruktur oder anderer "sachgerechter Indikatoren" anzupassen. Es wird dem G-BA ausdrücklich vorgegeben, die erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen und damit der Bestimmung des Versorgungsbedarfs vorzunehmen. Allerdings gilt – wie bei der Festlegung der Planungsbereiche – auch hier, dass die regionalen Gremien abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad festlegen können, wenn dies durch regionale Besonderheiten begründbar ist.

<sup>19</sup> Eine ausführliche Darstellung der potentiellen Vor- und Nachteile der einzelnen Datenquellen für die Erfassung von regionaler Morbidität enthält ein separater Bericht, den das IGES Institut im Rahmen der Erarbeitung dieses Gutachtens für die Patientenvertretung im G-BA erstellt hat ("Potentielle Datengrundlagen einer modifizierten Bedarfsplanung" vom 24. Juni 2011).

### 3.3 Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots

Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich wurden bislang nur zugelassene Vertragsärzte und – bei diesen oder einem medizinischen Versorgungszentrum – angestellte Ärzte berücksichtigt. Infolge des GKV-VStG werden zukünftig auch die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung erfasst (neue Nr. 2b in § 101 Abs. 1 SGB V).<sup>20</sup> Zu diesem Zweck wird der G-BA damit beauftragt, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Regelungen zu treffen, wie die betreffenden Ärzte mit ihrem jeweiligen Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches einbezogen werden.

Die praktische Umsetzung der Berücksichtigung der Leistungsanteile von ermächtigten Ärzten birgt für den G-BA einige Herausforderungen. So erteilen die Zulassungsausschüsse Ermächtigungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten sowie zeitlich und räumlich begrenzt (vgl. § 31 Abs. 7 Ärzte-Zulassungsverordnung). Auch ist die Ermächtigung bislang an eine bestehende oder drohende Unterversorgung gekoppelt, setzt also bereits eine Bedarfsfeststellung voraus.

Ebenso sollen künftig die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V bei der Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigt werden.<sup>21</sup> Da Vertragsärzte, die spezialärztliche Leistungen nach § 116b erbringen, der Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr in vollem Umfang zur Verfügung stehen, soll bei der Berechnung des Versorgungsgrades der nach § 116b erbrachte Leistungsanteil in Abzug gebracht werden. Wie genau die Leistungsanteile, die ein Vertragsarzt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erbringt, in der Praxis festgestellt und in die Berechnung der Versorgungsgrade eingebracht werden sollen, ist noch unklar und dürfte auf einige Schwierigkeiten stoßen.

Abgesehen von der vorgesehenen Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte und der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b in der Bedarfsplanung enthält das GKV-VStG keine expliziten Vorgaben zur Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots. Eine tiefergehende Arztgruppendifferenzierung, die über die gegenwärtig 14 Arztgruppen (§ 4 der Bedarfsplanungsrichtlinie) hinausgeht, ist nicht vorgesehen. Damit bleiben Änderungen der fachlichen Ordnung der Arztgruppen sowie die Schwelle von 1.000 Ärzten (§ 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) zunächst unverändert die konkreten Aufgreifkriterien, damit eine Arztgruppe sowohl bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs (vgl. Kapitel 3.2) als auch bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots berücksichtigt wird. Dass eine Arztgruppe zahlenmäßig klein ist, erlaubt jedoch keine Aussage über ihre Versorgungsrelevanz. Gerade bei stärker spezialisierten ärztlichen Angeboten (z. B. Kinder- und Jugendpsychiater) kann der Schwellenwert dazu führen, dass Versorgungsmängel in der Bedarfsplanung nicht oder nur über Sonderbedarfszulassungen aufgegriffen werden können.

Die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots basiert gegenwärtig auf der bloßen Anzahl der Ärzte. Ihre tatsächliche Arbeitszeit und ihr tatsächlich angebotenes

<sup>20</sup> "Dies betrifft sowohl Ärztinnen und Ärzte, die über eine individuelle Ermächtigung verfügen (z. B. nach § 116 ermächtigte Krankenhausärzte) als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind" (BT-Drs. 17/6906, S. 73).

<sup>21</sup> § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V und § 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V.

Leistungsspektrum, das auch innerhalb der Arztgruppen beträchtlich variieren kann, bleibt somit unberücksichtigt.<sup>22</sup> Das GKV-VStG sieht hierfür explizit keine Änderungen vor. Eine Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten bzw. des Anteils ihrer Arbeitszeit, in der sie für die Behandlung von GKV-Versicherten zur Verfügung stehen, ist weiterhin nicht vorgesehen.

Das könnte auch darin begründet liegen, dass zur tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten bislang keine Statistik (zumindest öffentlich) verfügbar ist. Es ist davon auszugehen, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Daten zu den tatsächlichen Arbeitszeiten ihrer Ärzte haben, da die angebotene oder erbrachte Arbeitszeit nicht Bestandteil der Zulassung als Vertragsarzt oder der Abrechnung ist. Mit Hilfe von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen könnte der zeitliche und leistungsbezogene Umfang der ärztlichen Tätigkeit auf Basis der Anzahl von Behandlungsfällen jedoch zumindest näherungsweise bestimmt werden. Auch Befragungsdaten zu den Wochenarbeitsstunden von Ärzten nach Fachgruppe – etwa im Rahmen der Kostenstrukturanalyse in der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspraxis des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – können zur Messung der tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten herangezogen werden.

Eine Berücksichtigung von regionalen Unterschieden bei der Leistungsverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor (beispielsweise bezüglich des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V) ist auch in der zukünftigen Bedarfsplanung nach dem GKV-VStG für die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots nicht unmittelbar vorgesehen. Allerdings könnten regionalen Unterschiede der sektoralen Struktur ambulanter Behandlungskapazitäten bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden, denn hierfür nennt die Gesetzesbegründung die "vorhandenen Versorgungsstrukturen" als mögliches Kriterium (vgl. Kapitel 3.2 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**). Sollte der Versorgungsbedarf künftig unter Berücksichtigung der sektorenübergreifend betrachteten Versorgungsstrukturen bestimmt werden, müssten diese Strukturen folglich auch bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots erfasst werden.

Datentechnisch ließe sich das tatsächliche Versorgungsangebot sehr detailliert und wesentlich genauer erfassen, als es gegenwärtig anhand der bloßen Ärztezahlen geschieht. Dies gilt nicht nur für die sektorenübergreifende Erfassung von Angebotskapazitäten, sondern insbesondere auch für die Messung von Angebotskapazitäten anhand des Umfangs der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge und -struktur.

Mit Hilfe von GKV-Routinedaten könnte das Ausmaß und die Struktur der medizinischen Versorgungsleistungen sektorenübergreifend (ambulant und stationär) auf umfassender empirischer Basis und sehr detailliert ermittelt werden. Darüber hinaus ließe sich mit diesen Daten die dokumentierte Morbidität versicherten-, arzt- und krankenhausbezogen abbilden. Allerdings liegen keinem der Datenhalter (gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) jeweils sämtliche der hierfür notwendigen Informationen vor. Datentechnisch ließen sich diese aber miteinander verknüpfen. Die Routinedaten stehen nur den o. a. Datenhaltern für die gesetzlich definierten Zwecke zur Verfügung, so dass eine Verwendung der Daten für die Bedarfsplanung einer eigenen gesetzlichen Regelung bedürfte. Neben den GKV-Routinedaten könnten auch die jährlich durch das Statistische Bundesamt

<sup>22</sup> Allein die bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum und in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte sind bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gehen mit dem Faktor 0,5 in die Berechnung des Versorgungsgrades ein (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Für Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag gilt hinsichtlich der Arbeitszeit, dass sie mindestens 20 Stunden pro Woche "in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen" (vgl. Bundesmantelvertrag § 17 Abs. 1a).

veröffentlichte fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) und die Grunddaten der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Erfassung der tatsächlichen Versorgungsangebote im stationären Bereich herangezogen werden.

Im Unterschied zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs sieht das GKV-VStG keine prospektive Orientierung bei der Feststellung des Versorgungsangebots vor. Sachlogisch müsste aber einem Versorgungsbedarf, der auf Basis der demografischen Entwicklung prospektiv bestimmt wird, entsprechend eine Einschätzung des zukünftigen Versorgungsangebots gegenübergestellt werden. Ein erster, einfacher und datentechnisch problemloser Ansatz wäre hierfür, bei der Feststellung des Versorgungsangebots etwa die Altersstruktur der Ärzte einzubeziehen, um perspektivisch die zukünftigen Veränderungen der Angebotskapazitäten abzuschätzen.

Insgesamt enthält das GKV-VStG mit Ausnahme der Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten somit keine Änderungen bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots im Rahmen der Bedarfsplanung.

### 3.4 Entfernung und Erreichbarkeit

Die Relevanz der Entfernung bzw. Erreichbarkeit von ärztlichen Versorgungsangeboten wurde und wird in der Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung in Deutschland immer wieder betont. Unter anderen berücksichtigt das Bedarfsplanungskonzept der KBV den von Patienten akzeptierten Zeit- und Wegeaufwand, um die Erreichbarkeit der räumlich verteilten Arztstandorte für die Bevölkerung zu ermitteln (Kopetsch 2011, S. 38 f.). Auch der GKV-Spitzenverband sieht eine "Orientierung der Bedarfsplanung an Erreichbarkeits- und Entfernungsparametern der Patienten zu Ärzten und Versorgungseinrichtungen" vor (GKV-Spitzenverband 2010, S. 3).

Das Kriterium der Entfernung und Erreichbarkeit kann im Planungsprozess sowohl bei der Festlegung der Planungsbereiche als auch bei der Beurteilung von Unter- und Überversorgung zur Anwendung kommen. Die "Wohnortnähe" der Versorgung differenziert nach Arztgruppe, wie beispielsweise durch den GKV-Spitzenverband für Primärärzte vorgesehen (GKV-Spitzenverband 2011), könnte durch die Festlegung von maximalen Entfernungen oder Wegezeiten zum nächstgelegenen Arzt bei der Größe der Planungsbereiche eine Rolle spielen. Für die Bewertung des Versorgungsgrads könnten bevölkerungsbezogenen Schwellenwerte der Erreichbarkeit einbezogen werden (z. B. mindestens 80 % der Bevölkerung in einem Planungsbereich müssen einen Hausarzt innerhalb von 10 Minuten Fahrtzeit erreichen können).

Bislang ist im SGB V das Kriterium der Entfernung und Erreichbarkeit als Bestandteil der Bedarfsplanung nicht enthalten. Auch das GKV-VStG hat hieran nichts geändert. Allerdings wird in der Gesetzesbegründung des GKV-VStG zu § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V<sup>23</sup> ausgeführt, dass durch die Möglichkeiten zur Anpassung der Verhältniszahlen auch "den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote" berücksichtigt werden können (BT-Drs. 17/6906, S. 74; vgl. Kapitel 3.2).

Sollen Entfernung und Erreichbarkeit bei der Bedarfsplanung in Zukunft berücksichtigt werden, sind einige grundsätzliche Fragen zu beantworten. Zunächst ist zu klären, wie Erreichbarkeit gemessen werden soll: ob als Entfernung in Kilometer oder als Reisezeit und ob und wie bestehende Verkehrsangebote (privat und öffentlich) berücksichtigt werden

<sup>23</sup> „Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“

können. Zudem sollte der Differenzierungsgrad der Erreichbarkeit festgelegt werden, um ggf. unterschiedliche Erreichbarkeiten je nach Art des Versorgungsangebots (z. B. differenziert nach primärärztlicher und fachärztlicher Versorgung) oder nach Patientengruppen (z. B. häufigere Mobilitätsbeschränkungen von älteren Patienten) festlegen zu können.

Um die tatsächliche Erreichbarkeit von ärztlicher Versorgung zu erfassen, müssen außerdem auch ärztliche Versorgungsangebote außerhalb des regionalen Planungsbereichs einbezogen werden; denn die (freie) Arztwahl der Patienten orientiert sich nicht an Bereichs- oder Bezirksgrenzen. Insbesondere für Patienten mit Wohnorten in der Nähe der Planungsbereichsgrenzen kommen verstärkt ärztliche Angebote in angrenzenden regionalen Planungsbereichen in Betracht.

Die Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V schließt damit gemäß der Gesetzesbegründung auch die Möglichkeit ein, künftig Entfernung und Erreichbarkeit ärztlicher Versorgungsangebote in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Allerdings werden die für eine Umsetzung dieser Option notwendigen Entscheidungen – insbesondere zur Messung von Erreichbarkeit und zur Definition der Angemessenheit der Erreichbarkeit – im Gesetz offen gelassen. Um die Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung als "angemessen" oder "unangemessen" beurteilen zu können, müssten Schwellenwerte bestimmt werden, die – ggf. abhängig von Merkmalen der betroffenen Bevölkerung (wie Alter, Morbidität) oder nach Art des Versorgungsangebots – zu differenzieren wären.

### 3.5 Fazit und Bewertung der gesetzlichen Neuregelungen

Aus der gesundheitspolitischen Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung haben sich folgende wesentlichen Ziele ergeben, auf die sich auch das GKV-VStG bezieht:

- eine grundsätzlich stärkere Differenzierung und Flexibilisierung der Bedarfsplanung, so dass Unterschiede der lokalen Versorgungssituation und des lokalen Versorgungsbedarfs stärker berücksichtigt werden können;
- eine stärkere und differenzierte Einbeziehung von Wohnortnähe (Erreichbarkeit) als Planungskriterium;
- eine stärkere Orientierung der Planung am tatsächlichen Versorgungsbedarf, vor allem durch Einbeziehung von Morbiditätsfaktoren und demografischer Entwicklung;
- die Einbeziehung von relevanten Behandlungskapazitäten angrenzender Leistungssektoren.

Das GKV-VStG enthält allerdings nur sehr begrenzt konkrete und verbindliche gesetzliche Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen.

Der am weitesten reichende Reformanspruch bezieht sich im Gesetz auf die Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Mit dem GKV-VStG wurde die bisherige Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Verhältniswerten (bzw. Stichtagen) – und damit das zentrale und häufig kritisierte Charakteristikum der bisherigen Bedarfsplanung – bei Anpassungen oder Neufestlegungen der Verhältniszahlen aufgehoben. Statt dessen haben sich die Soll-Vorgaben für das ärztliche Angebot zukünftig allein an sachgerechten Kriterien zu orientieren, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Damit reagiert das Gesetz auf die verbreitete Kritik, dass historische Einwohner-Arzt-Verhältniswerte kaum etwas über den tatsächlichen bzw. zukünftigen Versorgungsbedarf aussagen können.

Allerdings lässt das Gesetz weitgehend offen, welche Kriterien mit welcher Relevanz an die Stelle der historischen Verhältniswerte treten sollen. Im Gesetz wird lediglich die demografische Entwicklung konkret benannt, in der Gesetzesbegründung werden

(unverbindlich) weitere Faktoren wie die räumliche Ordnung, die Sozialstruktur oder vorhandene Versorgungsstrukturen aufgeführt. Der Faktor Morbidität wird lediglich im Zusammenhang mit der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und damit begründbaren Abweichungen von den Richtlinien des G-BA in der Gesetzesbegründung genannt. Diese abgestufte Nennung von Kriterien zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs spiegelt ansatzweise unterschiedliche Datenverfügbarkeiten und -qualitäten:

- Die demografische Entwicklung lässt sich anhand der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen bis auf Kreisebene darstellen.
- Zur Erfassung der lokalen Sozialstruktur ist zwar eine Reihe von statistischen Daten auf Kreisebene verfügbar, allerdings sind eindeutige Einflüsse der einzelnen Faktoren auf die Morbidität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bislang nur sehr begrenzt valide nachgewiesen.
- Morbiditätsunterschiede lassen sich anhand von GKV-Routinedaten, der amtlichen Todesursachenstatistik oder von Befragungsdaten sehr detailliert darstellen. Die GKV-Routinedaten können jedoch für die Bedarfsplanung nicht ohne eigene gesetzliche Grundlage genutzt werden. Mit ihnen kann außerdem kein "objektiver" Versorgungsbedarf gemessen werden (Endogenitätsproblem).
- Ähnliches gilt für das Kriterium der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Auch diese lassen sich anhand verfügbarer Daten der Selbstverwaltung bzw. von GKV-Routinedaten sehr detailliert darstellen, z. B. im Hinblick auf angrenzende Leistungssektoren. Aus den vorhandenen Versorgungsstrukturen den tatsächlichen Versorgungsbedarf abzuleiten, trifft aber ebenfalls auf das o. a. Endogenitätsproblem, so dass u. U. bestehende Über- oder Unterversorgungen als tatsächlicher Bedarf fehlinterpretiert werden.

Trotz der aufgeführten Einschränkungen existiert also eine Fülle von Daten, die eine sehr differenzierte Bestimmung des Versorgungsbedarfs erlauben. Voraussetzung wäre die Schaffung rechtlicher Grundlagen für die Nutzung von GKV-Routinedaten für Bedarfsplanungszwecke sowie die Erarbeitung adäquater methodischer Konzepte. Gemessen an den in Frage kommenden Kriterien und den potentiellen Datenquellen sind die konkreten und verbindlichen Vorgaben im Gesetz sehr zurückhaltend.

Potentiell weitreichend ist auch die gesetzliche Neuregelung zum Zuschnitt der Planungsbereiche: Die bislang gültige Vorgabe, dass die Planungsbereiche den kreisfreien Städten und Landkreisen entsprechen *müssen*, wurde aufgehoben. Aber auch hier regelt das Gesetz nicht, ob bzw. durch was die kreisfreien Städte und Landkreise als Planungsbereiche künftig ersetzt werden. Die Vorgaben sind äußerst allgemein gehalten ("flexiblere Regelung", Festlegung so, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird"). Lediglich in der Gesetzesbegründung findet sich der Hinweis auf das Kriterium der Wohnortnähe, das je nach Arztgruppe (hausärztlich, allgemein fachärztlich, spezialisiert fachärztlich) unterschiedliche Relevanz hat. Gleichzeitig wurde mit dem Gesetz ein neuer sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt (Neufassung des § 116b SGB V), der aufgrund fehlender Praktikabilität (Aufwand) nicht der Bedarfsplanung unterliegt, aber bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug zu bringen ist.

Die Kriterien der Entfernung bzw. Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten finden zwar als ein grundsätzlich neues Planungselement Erwähnung, allerdings auch hier lediglich als unverbindliche Vorgabe in der Gesetzesbegründung. Mögliche Konkretisierungen zur Messung von Erreichbarkeit und zur Definition der Angemessenheit der Erreichbarkeit enthält weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung. Diesbezügliche Festlegungen sind aber wesentliche Voraussetzungen für eine Implementierung des Erreichbarkeitskriteriums in der Bedarfsplanung.

Hinsichtlich der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots bleibt das Gesetz deutlich hinter dem Stand der Reformdiskussion und den vorhandenen Optionen zurück. Ein

zentraler Kritikpunkt an der bisherigen Bedarfsplanung ist die Erfassung des Versorgungsangebots anhand der bloßen Arztzahlen ohne Berücksichtigung der effektiven Arbeitszeiten und des tatsächlich angebotenen Leistungsspektrums (und damit auch kleinerer spezialisierter Arztgruppen). Datentechnisch wäre eine Berücksichtigung dieser Aspekte zumindest näherungsweise möglich. Ebenso wenig wird die voraussichtliche Entwicklung des Versorgungsangebots (etwa anhand der Altersstruktur der Ärzte) bei der Erfassung des Versorgungsangebots einbezogen – analog zu einer prospektiven Bestimmung des Versorgungsbedarfs anhand der demografischen Entwicklung. Infolge des GKV-VStG wird die Erfassung des Versorgungsangebots lediglich um die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ergänzt. Im Vergleich zu den vorher genannten Aspekten greift das Gesetz damit nur ein Randthema auf.

Die weitgehende Beschränkung des GKV-VStG auf allgemein gehaltene Vorgaben lässt sich als Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips interpretieren, wonach die verbindliche Konkretisierung primär in den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung fällt. Tatsächlich weist das Gesetz an mehreren Stellen ausdrücklich dem G-BA die Aufgabe zu, in den Bedarfsplanungsrichtlinien konkrete Regelungen zu den abstrakten gesetzlichen Vorgaben zu treffen. Dies betrifft insbesondere die Festlegung der Planungsbereiche sowie die (Neu-)Bestimmung des Versorgungsbedarfs (bzw. die erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen). Gleichzeitig erhalten die regionalen Gremien durch das Gesetz deutlich erweiterte Gestaltungsspielräume, von den – generell maßgeblich bleibenden – Vorgaben des G-BA abzuweichen, um die Bedarfsplanung regionalen Besonderheiten anzupassen. Die regionalen Gestaltungsspielräume werden zusätzlich durch die erweiterten Möglichkeiten zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen ausgedehnt.

Hieraus entsteht voraussichtlich ein grundsätzliches Spannungsverhältnis, weil das Gesetz nicht festlegt, nach welchen Kriterien bzw. von wem darüber entschieden werden soll, ob regionale Besonderheiten vorliegen, die eine Abweichung von der Richtlinie des G-BA rechtfertigen. Der G-BA soll ausdrücklich nicht darüber entscheiden. Eine Kohärenz der regionalen Bedarfsplanungen im Sinne einer auf das gesamte GKV-System (und damit das gesamte Bundesgebiet) gerichteten Steuerung der Angebotskapazitäten dürfte hierdurch substantiell erschwert werden. In Verbindung mit der ebenfalls geplanten Re-Regionalisierung der Vergütungsvereinbarungen könnten sich hieraus zusätzliche Finanzierungsfragen stellen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass mit dem GKV-VStG eine Reihe von Forderungen aus der jüngeren Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung grundsätzlich aufgegriffen wurde. Überwiegend bleiben die Neuregelungen der Bedarfsplanung abstrakt. Konkretisierungen, wenn sie im Gesetz überhaupt enthalten sind, bleiben meist unverbindlich und haben eher Anregungscharakter. Somit könnte sich faktisch an der Bedarfsplanung zunächst wenig ändern. Ob weiter reichende Veränderungen stattfinden, wird entscheidend von dem Zusammenspiel zwischen zentralen Vorgaben des G-BA und den Entscheidungen der regionalen Gremien abhängen. Da dieses Zusammenspiel mit dem Gesetz nicht geregelt wird, bleibt ungewiss, ob und inwiefern die Ziele der Reform der Bedarfsplanung erreicht werden.

## 4 Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

### 4.1 Grundlagen des Konzepts

Das IGES Institut hat im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V ein Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt. Ausgangspunkt des Konzepts sind die Positionen, die die Patientenvertretung zum Überarbeitungsbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung im Jahr 2009 formuliert hatte (vgl. Kapitel 0). Im Hinblick auf diese Positionen der Patientenvertretung sind die *zentralen Ziele des Konzepts* eine

- stärkere Orientierung der regionalen Planungswerte am Versorgungsbedarf,
- Berücksichtigung der Erreichbarkeit von Ärzten,
- Verbesserung der regionalen Handlungsmöglichkeiten zur Deckung vorhandener Versorgungsbedarfe.

Das Konzept wurde zwar zeitgleich mit dem Gesetzgebungsverfahren des VStG, aber unabhängig von den damit verbundenen inhaltlichen Festlegungen entwickelt. Da – wie im Vorigen ausgeführt (vgl. Kapitel 3) – auch nach Inkrafttreten des GKV-VStG und den darin enthaltenen Neuregelungen zur Bedarfsplanung wesentliche Gestaltungsfragen zu beantworten sind, ermöglicht das vorliegende Konzept die notwendige Weiterführung der durch das Gesetz angestoßenen Neuordnung.

So werden im Folgenden konkrete Antworten auf die Fragen gegeben, anhand welcher sachgerechten Kriterien der Versorgungsbedarf bestimmt werden kann und wie die Planungsbereiche zukünftig festgelegt werden können. Der Konzeptvorschlag folgt hierbei dem Grundverständnis, dass das *Ziel der Bedarfsplanung* darin besteht, die Kapazitäten und Zugangsmöglichkeiten einer gegebenen Gesamtversorgung regional zu verteilen. Die Bestimmung des absoluten Niveaus der Gesamtversorgung ist hingegen nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Für die Entscheidung über das absolute Niveau der Gesamtversorgung spielen Faktoren eine zentrale Rolle, die durch das Instrument der Bedarfsplanung teilweise nicht oder zumindest nicht unmittelbar adressiert werden können, wie z. B. das Finanzierungssystem in der Krankenversicherung. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanung bezieht sich somit stets auf einen relativen Bedarf bzw. auf regionale Bedarfsunterschiede.

*Das Konzept gliedert sich in fünf inhaltliche Abschnitte:*

1. Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot (Kapitel 4.2)  
Die Norm-Werte für das Einwohner-Arzt-Verhältnis werden unter Berücksichtigung bedarfsbezogener – d. h. demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer – Faktoren ermittelt.
2. Neubestimmung regionaler Planungswerte (Kapitel 4.3)  
Die konkreten regionalen Planungswerte werden so festgelegt, dass sie ausschließlich nach Maßgabe regionaler Bedarfsunterschiede variieren bzw. von den Norm-Werten abweichen.
3. Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung (Kapitel 4.4)  
Um die Bedarfsplanung prospektiv auszurichten, werden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen in den Planungsprozess einbezogen.

## 4. Kapazitätsverteilung in der Fläche (Kapitel 0)

Zur Berücksichtigung der Kriterien Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ärztlichen Versorgung wird ein Verfahren entwickelt, mit dem die konkrete Standortverteilung von Ärzten innerhalb der Planungsbereiche geplant wird.

## 5. Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene (Kapitel 4.6.1)

Es wird ein Verfahren festgelegt, mit dem die Planungsergebnisse auf regionaler Ebene überprüft und ggf. angepasst werden. Bestandteil dieses Verfahrens ist eine Reihe weiterer infrastruktureller Faktoren mit potentielltem Einfluss auf den Versorgungsgrad.

Im vorliegenden Konzept bilden die *kreisfreien Städte und Landkreise* weiterhin die primäre regionale Planungsebene. Damit orientiert sich das Konzept an bestehenden regionalen Gebietskörperschaften und den entsprechend vorhandenen kommunalen Selbstverwaltungsstrukturen. Der Bezug auf bestehende Verwaltungsstrukturen erleichtert die Organisation der regionalen Steuerung von Angebotskapazitäten in der ärztlichen Versorgung. Dagegen würde die Schaffung neuartiger Raumgliederungen die Realisierung eines neuen Planungskonzepts erschweren. Für die kreisfreien Städte und Landkreise als primäre Planungsebene spricht auch das Argument der Datenverfügbarkeit: Die regionale Differenzierung der amtlichen Statistik bezieht sich auf die existierenden Stadt- und Landkreisgrenzen. Diese Daten werden wiederum zur Bestimmung der regionalen Bedarfsabweichung auf Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren benötigt, nach denen die regionalen Planungswerte variieren.

Bei großen Städten besteht die zusätzliche Option, den Bedarf auf Ebene der Stadtteile bzw. Stadtbezirke zu bestimmen. Hierdurch können unter Umständen weitere planungsrelevante Bedarfsunterschiede ermittelt werden, auf deren Basis sich stärker versorgungsadäquate Planungswerte ableiten lassen.<sup>24</sup> Voraussetzung dafür, den Bedarf großer Städte differenziert nach Stadtteilen (Stadtbezirken) zu bestimmen, ist jedoch eine vergleichbare Verfügbarkeit von Daten auf Stadtteilebene. Für die Entwicklung des hier vorgeschlagenen Konzepts konnte die Frage der Datenverfügbarkeit nicht abschließend geklärt werden, so dass die Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen sowie der regionalen Planungswerte jeweils auf die kreisfreien Städte als ganze Bezug nimmt. Im Rahmen der konkreten Standortverteilung von Ärzten nach den Kriterien Erreichbarkeit und Wohnortnähe (Kapitel 0) werden hingegen die Unterschiede berücksichtigt, die sich im Zugang zu den Versorgungsangeboten auf der kleinräumigeren Stadtteilebene zeigen.

Bei stark spezialisierten Arztgruppen ohne wohnortnahe bzw. mit überregionaler Planungsperspektive nimmt das Konzept auf größere Raumordnungseinheiten Bezug; in diesen Fällen basiert die Bedarfsermittlung auf der Aggregation der Ergebnisse für die kreisfreien Städte und Landkreise.

Infolge des GKV-VStG wurde die Festlegung der kreisfreien Städte und Landkreise als regionale Planungsbereiche aufgehoben (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Statt dessen sind die regionalen Planungsbereiche zukünftig so festzulegen, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird". Gemäß der Gesetzesbegründung wurde hiermit eine "flexiblere Regelung" erreicht (Deutscher Bundestag 2011a, S. 74). Dies bedeutet, dass eine Verwendung der kreisfreien Städte und Landkreise als regionale Planungsbereiche weiterhin möglich ist, solange hiermit eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Das hier vorgelegte Konzept ermöglicht eine stärker bedarfsorientierte Planung auf der

<sup>24</sup> Im bisherigen System der Bedarfsplanung gab es beispielsweise für Berlin zunächst mehrere Planungsbezirke, die im Jahr 2003 zu einem einzigen Planungsbezirk zusammengefasst wurden. Die Folgen für die Arztsitzverteilung wurden seitdem kontrovers diskutiert (vgl. Schönbach 2010, S. 12; Schlitt 2011).

Grundlage der kreisfreien Städte und Landkreise als primäre Planungsbereiche. Es steht daher nicht im Widerspruch zur gesetzlichen Neuregelung.

Darüber hinaus werden im nachfolgend beschriebenen Konzept teilweise bestimmte *Setzungen* vorgenommen, obwohl hierfür keine eindeutige Datenlage besteht (dies betrifft insbesondere die tatsächliche Anzahl der Ärzte auf regionaler Ebene) oder obwohl diese wissenschaftlich nicht begründet sind (z. B. maximal zumutbare Entfernung zum nächsten Arztsitz). Die Setzungen werden in diesen Fällen dennoch vorgenommen, um die prinzipielle Funktionsweise des Verfahrens zu verdeutlichen. Sie sind jedoch offen für fachliche und gesundheitspolitische Diskussionen und auf dieser Basis zu prüfen und ggf. anzupassen.

#### 4.2 Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot

In der bisherigen Bedarfsplanung wurde die Anzahl der Einwohner je Arzt zum 31.12.1990 als Norm-Verhältniszahl für das ärztliche Angebot festgelegt.<sup>25</sup> Faktisch wurde damit das ärztliche Angebot zu einem historischen Zeitpunkt ohne nähere Begründung einem "allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad" gleichgesetzt (vgl. § 101 Abs. 1 Sätze 1 und 4 SGB V). Diese Norm-Verhältniszahlen ("Allgemeine Verhältniszahlen") wurden nach Regionstypen und Arztgruppen differenziert (vgl. Kapitel 2). Die regionalen Planungswerte für eine Arztgruppe hingen somit – neben der Einwohnerzahl – allein davon ab, welchem Regionstyp die jeweilige kreisfreie Stadt bzw. der jeweilige Landkreis zugeordnet wurde bzw. welche Einwohner-Arzt-Relation es zum historischen Stichtag (überwiegend 31.12.1990) im Durchschnitt aller Regionen dieses Typs gab. Als Konsequenz galt es nach der bisherigen Bedarfsplanung als "bedarfsgerecht", dass in ländlichen Regionen – trotz typischerweise größerer Entfernungen – ein Arzt durchschnittlich deutlich mehr Einwohner zu versorgen hatte als in städtischen Regionen mit typischerweise besserer Verkehrsinfrastruktur.

Anpassungen oder Neufestlegungen der Norm-Verhältniszahlen waren möglich, insbesondere durch Aufnahme einer zusätzlich zu beplanenden Arztgruppe (vgl. § 101 Abs. 2 SGB V), allerdings hatte die angepasste oder neue Verhältniszahl dann die tatsächliche Ärztezahl zum Stand des 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen. Diese Vorgabe, dass die neue Verhältniszahl der historischen Einwohner-Arzt-Relation zum jeweiligen Vorjahresende entsprechen muss ("Stichtagsbezug"), wurde durch das GKV-VStG aufgehoben.

Nach dem hier vorgelegten Konzept sollen die regionalen Planungswerte – unabhängig vom Regionstyp – allein nach Maßgabe der regionalen Bedarfsunterschiede von den Norm-Verhältniszahlen abweichen. Die Norm-Verhältniszahlen selbst sollten dann idealerweise der Einwohner-Arzt-Relation entsprechen, die für einen durchschnittlichen Bedarf angemessen ist. Zu diesem Zweck ist also zunächst der Versorgungsbedarf zu messen und ein durchschnittliches Ausmaß des Versorgungsbedarfs zu bestimmen. Diesem Zweck dient ein Bedarfsindex, der auf Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren für das Konzept entwickelt wurde und im Folgenden näher beschrieben wird (Kapitel 4.2.1). Mit dem Bedarfsindex kann für jede kreisfreie Stadt bzw. für jeden Landkreis der relative Mehr- oder Minderbedarf im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt beziffert werden.

Im nächsten Schritt ist das Norm-Verhältnis zwischen der Anzahl der Einwohner und der Ärzte zu bestimmen, das einem durchschnittlichen Versorgungsbedarf entspricht. Wissenschaftlich lässt sich für einen – wie auch immer bestimmten – bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf eine allgemeingültige "angemessene"

<sup>25</sup> Für Anästhesisten, Psychotherapeuten, Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten werden spätere Bezugsjahre herangezogen (1997, 1999 bzw. 1995).

Einwohner-Arzt-Relation nicht eindeutig bestimmen oder begründen. Daher wird die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt herangezogen, die dem Durchschnitt der Regionen entspricht, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf gemessen wurde bzw. die nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweichen. Dieses Einwohner-Arzt-Verhältnis ist demnach als der Versorgungsgrad anzusehen, der heute im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einer Region mit "normalem" Versorgungsbedarf faktisch zugestanden wird.

Es werden also wie bei der bisherigen Bedarfsplanung ebenfalls tatsächliche Einwohner-Arzt-Relationen für die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen verwendet, abweichend von ihr

- fließen jedoch nur die Verhältniszahlen der Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf in die Norm ein,
- gilt die resultierende Norm als Planungsgrundlage dann einheitlich für sämtliche Regionen unabhängig vom Regionstyp,
- werden die Verhältniszahlen zu einem einheitlichen aktuellen Zeitpunkt ermittelt.

Dieses Vorgehen gewährleistet eine stärkere Bedarfsorientierung der Norm-Verhältniszahlen, weil zunächst ermittelt wird, welcher ärztliche Versorgungsgrad gegenwärtig in Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf durchschnittlich realisiert wird (= Norm). Abweichungen von dieser Norm sind dann allein danach begründbar, ob und in welchem Ausmaß ein überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher regionaler Bedarf festgestellt wird. Einschränkend gilt allerdings auch bei diesem Vorgehen: Insoweit in den der Norm zugrunde liegenden "bedarfsmittleren" Regionen Versorgungsdefizite bestehen, würden diese "konserviert" und auf andere Regionen ausgeweitet. Da sich jedoch, wie oben ausgeführt, eine "angemessene Versorgung" nicht allgemeingültig bzw. wissenschaftlich definieren lässt – zumindest nicht, insofern sie als Einwohner-Arzt-Verhältnis zu formulieren ist –, ist diese Einschränkung geradezu zwangsläufig. Entscheidend ist vielmehr die Stärkung der Bedarfsorientierung der Planung im Vergleich zum bisherigen System.

Bei allen folgenden Berechnungen der Einwohner-Arzt-Relation ist zu berücksichtigen, dass die kleinräumige Feststellung der bestehenden Arztzahlen mit Unsicherheiten behaftet ist. So ergeben sich, je nach Datenquelle und Abgrenzung, teilweise erhebliche Unterschiede der Anzahl der Ärzte auf Ebene der Gemeinden bzw. kreisfreien Städte und (Land-)Kreise. Diese Unterschiede sind teilweise auf unterschiedliche Zählweisen von Ärzten mit mehreren Betriebsstätten, auf unterschiedliche Abgrenzungen mehrerer Fachgruppen oder auf Abweichungen hinsichtlich der Unterscheidung von Teilzulassung und voller Zulassung zurückzuführen. Die hier verwendeten Arztzahlen stammen aus dem ZI-Versorgungsatlas. Alle folgenden Ergebnisse stehen daher unter dem Vorbehalt, dass für eine Umsetzung des Konzepts zunächst eine allgemein akzeptierte Datengrundlage zu den bestehenden Angebotskapazitäten der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden müsste.

#### **4.2.1 Messung des regionalen Versorgungsbedarfs anhand eines Bedarfsindex**

Der regionale Versorgungsbedarf wird anhand eines Bedarfsindex gemessen. In den Bedarfsindex sollten grundsätzlich Faktoren eingehen, die nachgewiesenermaßen Einfluss auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen haben. In Frage kommen hierfür insbesondere

- die Alters- und Geschlechtsstruktur der regionalen Bevölkerung sowie die voraussichtliche demographische Entwicklung in der Region,
- Faktoren, deren Ausprägung unmittelbare Rückschlüsse auf die (relative) Morbidität der regionalen Bevölkerung zulässt,
- Faktoren, die sich aus der regionalen Sozialstruktur ergeben.

Für die Konstruktion eines Index zur Messung des Versorgungsbedarfs sollten grundsätzlich

aktuelle wissenschaftliche Studien zum Zusammenhang zwischen diesen regionalen Faktoren einerseits und dem Bedarf an ärztlichen Leistungen andererseits berücksichtigt und ggf. eine Gewichtung der Faktoren vorgenommen werden. Voraussetzung für eine zielführende Nutzung vor allem sozioökonomischer Faktoren für die Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind fundierte theoretische und empirische Erkenntnisse darüber, mit welchen dieser Faktoren sich ein Versorgungsmehr- oder minderbedarf feststellen bzw. vorhersagen lässt. Inwiefern diese Erkenntnisse dann im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, kann nicht allein nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten, sondern muss auch nach versorgungspolitischen Gesichtspunkten entschieden werden.<sup>26</sup>

In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur sind es vor allem Indikatoren, die sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Rice et al. 2000, Pappa & Niakas 2006), auf Mortalität (Sheldon 1997, Birch et al 1992) und Morbidität (Andersen & Mühlbacher 2005) sowie auf die sozio-demographischen (Andersen & Mühlbacher 2004) und sozioökonomischen Strukturen (von Stillfried & Czihal 2010) beziehen, mit denen Unterschiede des (regionalen) Versorgungsbedarfs abgebildet werden. Aus den vorliegenden Studien ergibt sich nicht immer für dieselben Variablen eine statistische Signifikanz. Aufgrund der z. T. hohen Interdependenzen zwischen den verschiedenen bedarfsbeeinflussenden Faktoren kann häufig bereits mit einer nur begrenzten Anzahl an Faktoren eine relativ hohe Erklärungskraft hinsichtlich regionaler Unterschiede erreicht werden.

Eine zentrale Maßgabe der Auswahl geeigneter Faktoren für den Bedarfsindex im Rahmen des vorliegenden Konzepts ist die Exogenität, d. h. ihre weitgehende (statistische) Unabhängigkeit vom aktuellen ärztlichen Versorgungsangebot. Aufgrund dieser Maßgabe sind Faktoren, die aus Daten der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme gebildet werden, nur begrenzt geeignet. Diese Daten spiegeln nämlich die gegenwärtigen, historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen wider und werden durch die Aktivitäten sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den Kostenträgern beeinflusst ("angebotsinduzierte Nachfrage", "Leistungsrationierung"). Ein "objektiver Bedarf" kann daher auf dieser Datengrundlage nur begrenzt ermittelt werden. In den Daten ist also weniger der Bedarf als vielmehr die – faktische und u. U. vom tatsächlichen Bedarf abweichende – Inanspruchnahme von Leistungen abgebildet.

<sup>26</sup> Beispielsweise gehen sozioökonomische Risikofaktoren häufig mit einer erhöhten Morbidität einher, die sich jedoch nicht zwangsläufig in einer entsprechend höheren Leistungsanspruchnahme manifestiert und u. U. sogar mit einer unterdurchschnittlichen Leistungsanspruchnahme einhergehen kann (z. B. ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Migranten an der regionalen Bevölkerung). In solchen Fällen ist zu entscheiden, ob für die Bedarfsplanung hieraus ein Mehr- oder ein Minderbedarf abgeleitet werden soll.

**Exkurs**

In einigen europäischen Ländern erfolgt die Planung von Angebotskapazitäten in der medizinischen Versorgung heute bereits bedarfsorientiert und unter Berücksichtigung regionaler Ausprägungen von Indikatoren, mit denen sich der Versorgungsbedarf beschreiben lässt.

So enthält das Planungsmodell des National Health Service (NHS) in Großbritannien für die regionale Ressourcenallokation "needs adjustments", in die die regionale Alters- und Geschlechtsstruktur, Mortalität und Morbidität einfließen (Hole et al. 2008). Die Mortalität wird dabei anhand der standardisierten Mortalitätsrate für die unter 65-jährige Bevölkerung gemessen, die Morbidität anhand der Rate der chronischen Erkrankungen und Behinderungen in einer Region (abgeleitet aus Befragungsdaten) (Sutton et al. 2002). In einem transparenten Algorithmus werden die Ausprägungen der Indikatoren, die aus verschiedenen Datenquellen wie Bevölkerungsstatistiken, Befragungen, Todesursachenstatistik etc. entnommen werden, für jede Region zu einem Bedarfsmaß integriert und die Ressourcen entsprechend auf die regionalen Instanzen verteilt (Department of Health 2011).

In den Niederlanden bezieht sich die Kapazitätsplanung weniger auf die regionale Verteilung als auf die Gesamtkapazitäten für das Gesundheitssystem. Die Kapazitätsplanung berücksichtigt dabei demographische, epidemiologische und soziokulturelle Faktoren und andere Faktoren, die die Entwicklung der Nachfrage nach ärztlicher Versorgung beeinflussen können (technische Entwicklungen, Substitutionsmöglichkeiten) (Höppner & Maase 2003). Für die Bedarfsplanung ist ein Kapazitätsrat zuständig, der durch die Krankenversicherer, Universitäten und die medizinischen Berufsgruppen (jeweils mit acht Sitzen) besetzt und wissenschaftlich durch Forschungsinstitute unterstützt wird. Der Kapazitätsrat entwickelt eine Reihe von Szenarien für die zukünftige Entwicklung der Nachfrage und des Angebots (Capaciteitsorgaan 2011).

Auf der Grundlage der ausgewerteten wissenschaftlichen Literatur und vorliegender empirischer Studien, der Maßgabe der Exogenität sowie der Datenverfügbarkeit für die regionale Ebene (kreisfreie Städte bzw. Landkreise) wurden im Ergebnis folgende Indikatoren für die Bildung des Bedarfsindex ausgewählt (Tabelle 2):

Tabelle 2: Auswahl bedarfsbestimmender Indikatoren

<b>Indikatoren</b>	<b>Datengrundlage</b>
mit positivem Zusammenhang zum Versorgungsbedarf	(jeweils auf Kreisebene)
Alter und Geschlecht	Durchschnittsalter Frauen (2008) Durchschnittsalter Männer (2008)
Sterblichkeit (Mortalität)	Kehrwert Lebenserwartung Frauen (2008) Kehrwert Lebenserwartung Männer (2008)
Pflegebedürftigkeit	Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einw. (2007)
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenquote (2008)
Einkommensarmut	Kehrwert verfügbares Haushalts-einkommen je Einw. (2007)

Quelle: IGES

Anmerkung: Jahreszahlen in Klammern beziehen sich auf das zum Bearbeitungszeitpunkt letztverfügbare Berichtsjahr der jeweiligen Statistik.

Zum einen wurden damit Variablen gewählt, die die Morbiditätslast einer Bevölkerung beschreiben (Mortalität, Pflegebedürftige). Zum anderen wurden Variablen zur Beschreibung der sozio-ökonomischen Struktur der Bevölkerung ausgewählt (Arbeitslose, Einkommen), unter der (wissenschaftlich umfassend belegten) Hypothese, dass eine ungünstigere sozio-ökonomische Struktur mit höheren Morbiditätsrisiken und damit auch höheren Versorgungsbedarfen einhergeht (vgl. u. a. Mackenbach & Maas 1989, Hoffmeister et al. 1992, Mielck 2000, Helmert 2003).<sup>27</sup>

Die Variablen, die den ausgewählten Indikatoren zugeordnet wurden (rechte Spalte der Tabelle), wurden auf der Basis der entsprechenden Daten für alle kreisfreien Städte bzw. Landkreise einer Faktorenanalyse unterzogen. Ausgenommen hiervon war allein der Indikator Sterblichkeit, weil diese Variable aufgrund ihrer weitgehenden Exogenität für die Übertragung der regionalen Unterschiede bei sozioökonomischen Bedingungen und Morbidität in regionale Unterschiede des Versorgungsbedarfs im nachfolgenden Analyseschritt benötigt wird (s. u.). Die Faktorenanalyse ermöglicht die Ableitung unabhängiger Beschreibungs- und Erklärungsfaktoren aus einer großen Menge Variablen und ist eine gängige Methode u. a. in der Sozialforschung, um die Variablenzahl auf komplexe Hintergrundfaktoren zu reduzieren. Lassen sich mehrere Hintergrundfaktoren identifizieren, müssen diese orthogonal sein (keine Korrelation miteinander aufweisen).

Ergebnis der Faktorenanalyse ist eine Verdichtung auf zwei Faktoren (Abbildung 3): Demnach wird ein Faktor aus der Variablengruppe Alter und Geschlecht<sup>28</sup>, ein zweiter Faktor aus der Variablengruppe sozioökonomische Situation (anhand der Variablen Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut) und Morbidität (anhand der Variable Pflegebedürftigkeit) gebildet.

<sup>27</sup> Als weitere bedarfsbestimmende Indikatoren wurden unter anderem auch die Anteile der Single-Haushalte, der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, der Sozialhilfeempfänger und der Schulabgänger ohne und mit einfachem Bildungsabschluss geprüft. Aufgrund ihrer hohen Korrelationen mit den ausgewählten Indikatoren Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut und Pflegebedarf wurden diese Indikatoren nicht in das Berechnungsmodell aufgenommen. Ihre zusätzliche Erklärungskraft ist so gering, dass kein signifikanter Informationsverlust dadurch entsteht, dass sie nicht unmittelbar bei der Bildung des Bedarfsindex berücksichtigt werden.

<sup>28</sup> Bei dem Faktor "Alter und Geschlecht" handelt es sich um die Variablen "Durchschnittsalter der Frauen" und "Durchschnittsalter der Männer".

Abbildung 3: Ergebnis der Faktorenanalyse

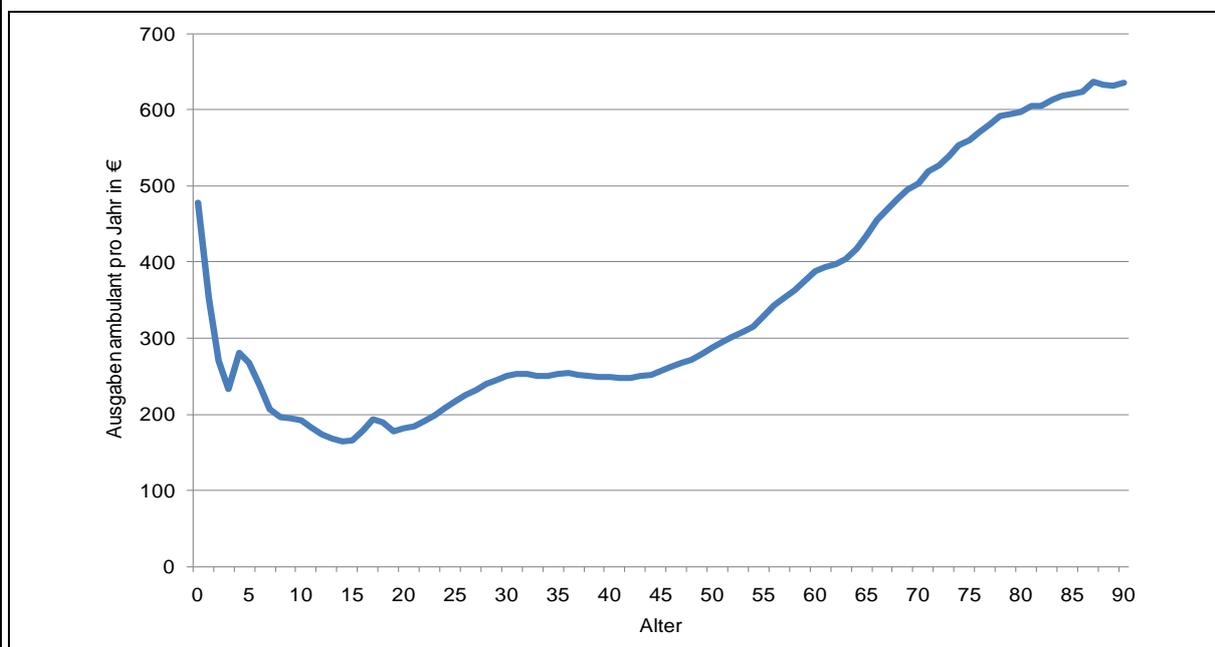


Quelle: IGES

In einem nächsten Schritt ist zu klären, welcher quantitative Zusammenhang zwischen Faktorunterschieden einerseits und regionalen Bedarfsunterschieden andererseits zugrunde zu legen ist. Konkret ist die Frage zu beantworten, in welchem quantitativen Ausmaß eine regional abweichende Altersstruktur (z. B. höheres Durchschnittsalter) und eine (z. B. nachteilhafte) regionale sozioökonomische Situation den der Planung zugrunde zu legenden Versorgungsbedarf dieser Region verändern. Für die beiden Faktoren werden hierzu unterschiedliche methodische Ansätze gewählt.

Der quantitative Zusammenhang zwischen der regionalen Altersstruktur (Faktor 1) und dem Versorgungsbedarf wird auf Basis des altersbezogenen durchschnittlichen Ausgabenprofils des Risikostrukturausgleichs (RSA) der GKV für ambulante ärztliche Leistungen bestimmt (Abbildung 4).

Abbildung 4: RSA-Ausgabenprofil für ambulante ärztliche Leistungen



Quelle: IGES auf Basis BVA

Anmerkung: Das RSA-Ausgabenprofil bezieht sich auf den Risikostrukturausgleich in der bis zum Jahr 2008 gültigen Form.

Diesem RSA-Profil lässt sich entnehmen, um wieviel Euro sich im Durchschnitt die jährlichen GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen verändern, wenn das Alter eines Versicherten um ein Jahr steigt.<sup>29</sup>

Auf der Grundlage des RSA-Ausgabenprofils wird jeder Altersstufe ein spezifischer (Euro-)Wert zugeordnet, der den durchschnittlichen GKV-Ausgaben für diese Altersstufe entspricht. Die Abweichung des Versorgungsbedarfs einer Region, die aus ihrer Altersstruktur resultiert, wird dadurch ermittelt, dass auf Basis der jeweiligen Anteile der Altersstufen an der regionalen Gesamtbevölkerung ein gewichteter Durchschnittswert berechnet wird. Folglich ergibt sich für jede Region ein altersstruktur-spezifischer Wert der durchschnittlichen jährlichen GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen. Entscheidend ist nun nicht die absolute Höhe dieses Wertes, sondern um wieviel Prozent dieser Wert vom Bundesdurchschnitt abweicht. Diese prozentuale Abweichung entspricht dem Bedarfsgewicht der regionalen Altersstruktur (Teilindex des Bedarfsindex).

Entsprechend dem uneinheitlichen Verlauf des RSA-Profiles wird die relative Belastung durch die regionale Altersstruktur für Kinder und Erwachsene getrennt berechnet. Ein Teilindex "Altersstruktur Kinder" bezieht sich auf die Altersgruppe von 0 bis 14 Jahre, ein Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" auf die Altersgruppen über 15 Jahre.

- Der Teilindex "Altersstruktur Kinder" wird im Folgenden für die Planung von Fachgruppen angewendet, die ausschließlich Kinder behandeln. Für die auf Kreisebene ermittelten Werte für diesen Teilindex ergab sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -3,4 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Kindern) bis +7,4 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Kindern).
- Der Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" findet bei der Planung aller anderen Fachgruppen Anwendung. Für die auf Kreisebene ermittelten Werte für diesen Teilindex ergab sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -6,1 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Erwachsenen) bis +6,9 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Erwachsenen).

Eine weitergehende Differenzierung des Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" nach einzelnen ärztlichen Fachgruppen ist grundsätzlich mit dem Konzeptvorschlag vereinbar, sofern eine empirisch belastbare Grundlage vorliegt, anhand derer sich systematische fachgruppenspezifische Abweichungen vom allgemeinen altersabhängigen Bedarfsprofil begründen lassen. Erforderlich wären hierfür also geeignete Datengrundlagen für den Zusammenhang zwischen der Altersstruktur von Versicherten einerseits und dem Versorgungsbedarf für eine bestimmte ärztliche Fachgruppe, beispielsweise fachgruppenspezifische RSA-Profile. So wäre etwa die Berechnung eines Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" gesondert für Frauenärzte möglich, der auf dem RSA-Profil für ambulante Ausgaben für Frauen nach Altersgruppen basiert.

Der quantitative Zusammenhang zwischen den Abweichungen der regionalen Ausprägungen der ausgewählten sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren

<sup>29</sup> Einschränkung ist zu berücksichtigen, dass im Unterschied zu den ausgewählten Faktoren das RSA-Ausgabenprofil das Kriterium der (statistischen) Unabhängigkeit vom ärztlichen Versorgungsangebot nicht erfüllt, da es die gegenwärtige Versorgungssituation (inklusive evtl. Versorgungsmängel) reflektiert. Allerdings ist diese Einschränkung für die Qualität des Bedarfsindex nur insofern relevant, als sie die Ausgabenrelationen zwischen den Altersstufen betrifft, nicht jedoch das Ausgabenniveau, weil durch den Bedarfsindex ausschließlich Bedarfsrelationen bzw. regionale Bedarfsunterschiede ermittelt werden. Als Alternative zum RSA-Ausgabenprofil, die das Exogenitäts-Kriterium weitergehend erfüllte, wurde das altersabhängige Profil der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes auf Basis von Befragungsdaten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) geprüft. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes unterliegt jedoch ebenfalls potentiell verzerrenden Einflüssen.

(Faktor 2) einerseits und dem Versorgungsbedarf andererseits wird auf Basis einer statistischen Analyse bestimmt. Anhand einer Regressionsrechnung wird der Zusammenhang zwischen den Variablen von Faktor 2 (unabhängige Variable) und der Mortalität (abhängige Variable) ermittelt. Die Mortalität wird hierbei als Proxy-Variablen für den Versorgungsbedarf verwendet<sup>30</sup> und anhand des Kehrwerts der durchschnittlichen Lebenserwartung abgebildet. Die Regression wird mit den Variablenwerten der kreisfreien Städte und Landkreise gerechnet. Zur Kontrolle wird auch Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht) als weitere unabhängige Variable in die Regressionsgleichung einbezogen.

$$\text{Regression } y_i = \alpha_i + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \varepsilon_i$$

$y_i$  = Kehrwert der durchschnittlichen Lebenserwartung

$x_1$  = Faktor 2 (Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)

$x_2$  = Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht)

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Faktor, der die regionale Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und den Pflegebedarf beschreibt, und der Mortalität. Für das Durchschnittsalter nach Geschlecht (Faktor 2) mit der Mortalität lässt sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 5\%$  kein signifikanter Zusammenhang feststellen (Tabelle 3). Die Faktoren 1 und 2 im vorliegenden Regressionsmodell erklären rund 50 % ( $R^2 = 0,493$ ) der Varianz der regionalen Mortalität.

Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	Beta	Std. Error	Beta		
(Constant)	1,296	0,001		1.433,519	0,000
Faktor 2	0,018	0,001	0,701	19,934	0,000
Faktor 1	0,001	0,001	0,034	0,972	0,332

a. Dependent Variable: Kehrwert Lebenserwartung 2008

Quelle: IGES

Anhand der mit der Regressionsanalyse ermittelten Koeffizienten lässt sich für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis schätzen, in welchem Ausmaß die regionale Mortalität – bzw. der hiermit approximierte Versorgungsbedarf – infolge der regionalen Ausprägung von Faktor 2 (unter Berücksichtigung der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur) vom Bundesdurchschnitt abweicht.<sup>31</sup> In der Zusammenschau aller Städte bzw. Landkreise ergibt sich hieraus eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -2,8 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund sozioökonomischer und morbiditätsbezogener Faktoren) bis +4,3 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund sozioökonomischer und morbiditätsbezogener Faktoren).

<sup>30</sup> Die Schätzung den Versorgungsbedarfs anhand der Mortalität ist in der wissenschaftlichen Literatur ein weit verbreitetes Verfahren (vgl. u. a. Manson-Siddle & Robinson 1998, Oliver & Thomson 1999).

<sup>31</sup> Der Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren wird – im Gegensatz zum Teil-Bedarfsindex aufgrund der Alters- und Geschlechtsstruktur – nicht für Kinder und Erwachsene getrennt berechnet. Es wird unterstellt, dass insbesondere sozioökonomische Faktoren den Versorgungsbedarf von Kindern in ähnlicher Weise beeinflussen wie den für Erwachsene.

Abschließend werden für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis die Teilergebnisse zu den jeweiligen regionalen Abweichungen des Versorgungsbedarfs aufgrund von Alter und Geschlecht, sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren zusammengeführt. Hierzu werden die beiden Teil-Bedarfsindizes aufgrund von Alter und Geschlecht (Kinder, Erwachsene) jeweils mit dem Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren gleichgewichtig (0,5) addiert. Im Ergebnis wird für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis somit ein Bedarfsindex "Kinder" und ein Bedarfsindex "Erwachsene" berechnet.

Die durch die Teilindizes gemessenen Bedarfseinflüsse können dabei auch entgegengesetzt wirken. So kann ein überdurchschnittlicher Bedarf einer Region aufgrund ihrer Altersstruktur einerseits durch einen unterdurchschnittlichen Bedarf aufgrund ihrer sozioökonomischen Verhältnisse und der Morbidität ihrer Bevölkerung andererseits ausgeglichen werden (und umgekehrt). Beispielsweise liegt der Bedarf des Landkreises Starnberg in Bayern aufgrund des sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktors um 2,8 % unter dem Bundesdurchschnitt, während die Belastung durch seine Altersstruktur 2,2 % höher als der Bundesdurchschnitt ist. Insgesamt ergibt sich so ein Bedarfsindex "Erwachsene" für Starnberg von -0,27 % im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Tabelle 4).

Tabelle 4: Unterschiede des Zusammenwirkens der Teil-Bedarfsindizes für ausgewählte Regionen, in %-Abweichung vom Bundesdurchschnitt

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Teilindex Altersstruktur Erwachsene	Teilindex Sozioökonomie & Morbidität	Bedarfsindex
Starnberg, Landkreis	+2,2%	-2,8%	-0,3%
Berlin	-2,5%	+1,6%	-0,4%
Heidelberg, Kreisfreie Stadt	-5,9%	-1,7%	-3,8%
Landkreis Görlitz	+6,3%	+3,0%	+4,7%

Quelle: IGES

In der Zusammenschau aller Städte bzw. Landkreise ergibt sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt

- für den Bedarfsindex "Kinder" zwischen -2,1 % bis +4,6 %,
- für den Bedarfsindex "Erwachsene" zwischen -4,2 % bis +4,7 %.

Dabei wurden die geringsten Werte für den Bedarfsindex "Kinder" für (Land-)Kreise in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg ermittelt, die höchsten Werte dagegen für ostdeutsche Städte (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt

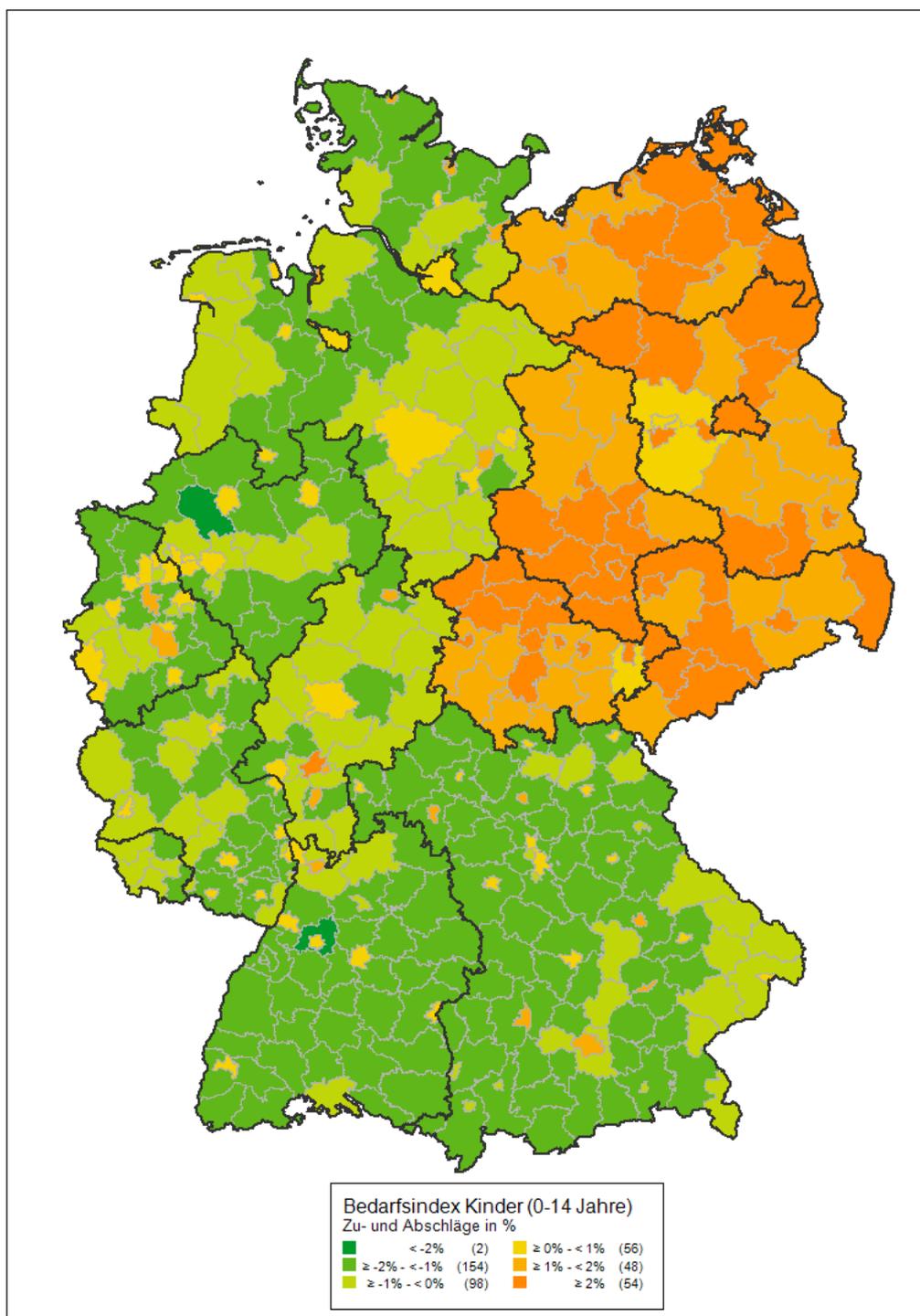
Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex
Coesfeld, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-2,1%
Enzkreis	Baden-Württemberg	-2,1%
Unterallgäu, Landkreis	Bayern	-2,0%
Olpe, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-2,0%
Landsberg am Lech, Landkreis	Bayern	-2,0%
Jena, Kreisfreie Stadt	Thüringen	+4,1%
Greifswald, Kreisfreie Stadt	Mecklenburg-Vorpommern	+4,1%
Halle (Saale), Kreisfreie Stadt	Sachsen-Anhalt	+4,2%
Leipzig, Stadt	Sachsen	+4,5%
Stralsund, Kreisfreie Stadt	Mecklenburg-Vorpommern	+4,6%

Quelle: IGES

Für die kreisfreien Städte und Landkreise in den östlichen Bundesländern zeigt sich durchgehend ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf von Kindern bzw. von Versicherten der Altersgruppen bis 14 Jahre, während die kreisfreien Städte und (Land-) Kreise in den westlichen Bundesländern ganz überwiegend einen nur unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf von Kindern aufweisen (Abbildung 5).

Dass aus der Altersstruktur der Kinder insbesondere in den ostdeutschen Regionen ein überdurchschnittlich hoher Versorgungsbedarf resultiert, gilt unabhängig davon, ob der Anteil der Kinder an der regionalen Bevölkerung über- oder unterdurchschnittlich hoch ist. Beispiel: In Leipzig haben die 0-14-Jährigen einen Anteil an der Bevölkerung von 10,9%, im Landkreis Cloppenburg dagegen von 18,5%. Unabhängig davon ist der Bedarfsindex Kinder für Leipzig höher, denn dort haben die "bedarfsintensivsten" 0-3-Jährigen einen Anteil an allen Kindern von 25,8%, im Landkreis Cloppenburg beträgt der Anteil der 0-3-Jährigen dagegen nur 16,6%.

Abbildung 5: Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Für den Bedarfsindex "Erwachsene" wurden die geringsten Werte für Städte und Landkreise in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen ermittelt, die höchsten Werte dagegen für kreisfreien Städte und (Land-)Kreise in östlichen Bundesländern und Niedersachsen (Tabelle 6).

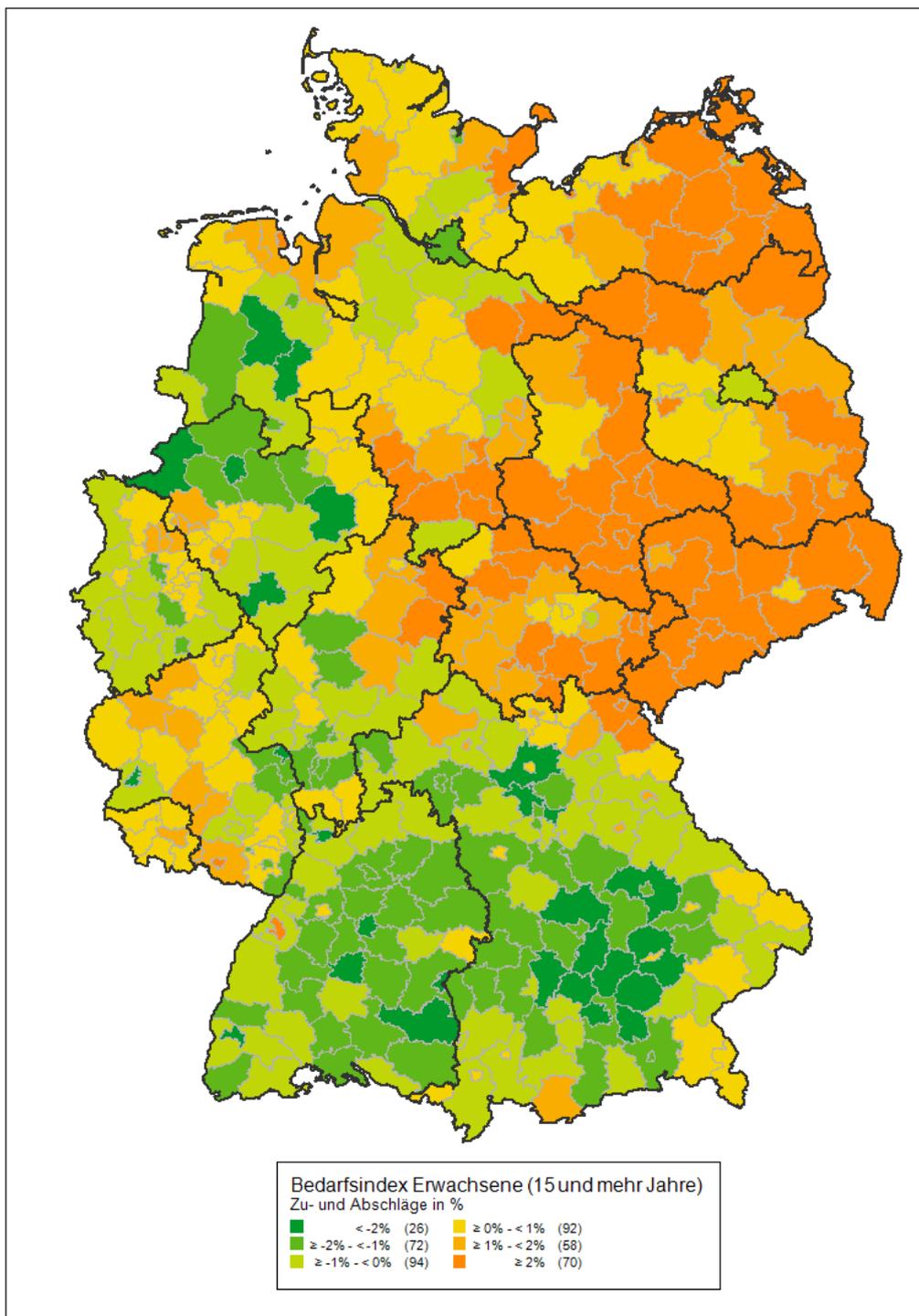
Tabelle 6: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex
Freising, Landkreis	Bayern	-4,2%
Heidelberg, Kreisfreie Stadt	Baden-Württemberg	-3,8%
Tübingen, Landkreis	Baden-Württemberg	-3,8%
Erding, Landkreis	Bayern	-3,5%
Vechta, Landkreis	Niedersachsen	-3,4%
Osterode am Harz, Landkreis	Niedersachsen	+4,2%
Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	+4,3%
Altenburger Land, Kreis	Thüringen	+4,5%
Mansfeld-Südharz, Landkreis	Sachsen-Anhalt	+4,5%
Landkreis Görlitz	Sachsen	+4,7%

Quelle: IGES

Im Unterschied zum Bedarfsindex "Kinder" zeigt die graphische Darstellung ein weniger einheitliches Bild (Abbildung 6). Ein Ost-West-Gefälle des relativen Versorgungsbedarfs lässt sich auch hier erkennen, jedoch gibt es auch zahlreiche Regionen in den westlichen Bundesländern (insbesondere in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz), für die ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf bei Erwachsenen ermittelt wurde.

Abbildung 6: Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

#### 4.2.2 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung

Als Norm-Verhältniszahl für das ärztliche Angebot wird – wie bereits einleitend zu Kapitel 4.2 ausgeführt – die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt herangezogen, die dem Durchschnitt der Regionen entspricht, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf gemessen wurde bzw. die nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweichen. Zu diesem Zweck werden in einem nächsten Schritt die kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise mit einem mittleren Versorgungsbedarf ausgewählt. Für das vorliegende Konzept wurde hierfür ein pragmatisches Vorgehen gewählt, gemäß dem sich die Norm aus dem Versorgungsgrad des "bedarfsmittleren Viertels" ableitet. Die Ausrichtung am mittleren Viertel wird als ein adäquater Kompromiss angesehen, um die Auswahl einerseits möglichst dicht am Bedarfsdurchschnitt zu halten und um andererseits die Anfälligkeit der Auswahl gegenüber Regionen mit untypischer oder extremer Bedarfssituation ("Ausreißern") möglichst gering zu halten.

Für die ärztlichen Fachgruppen, die ausschließlich Kinder behandeln, werden als "Norm-Kreise" diejenigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise ausgewählt, deren Bedarfsindex "Kinder" um maximal +/- 0,8 % vom Bundesdurchschnitt abweicht.<sup>32</sup> Mit diesen Abweichungsgrenzen erhält man für die Auswahl 97 "bedarfsmittlere" Kreise, dies entspricht ungefähr einem Viertel (23,5 %) der insgesamt 412 kreisfreien Städte bzw. Landkreise in Deutschland. Unter ihnen befinden sich lediglich zwei Landkreise in einem östlichen Bundesland (Brandenburg), die übrigen verteilen sich sämtlich auf die westlichen (Flächen-)Bundesländer (vgl. auch Abbildung 5). Für diese ausgewählten "Norm-Kreise" wird nun das durchschnittliche faktische Einwohner-Arzt-Verhältnis ermittelt. Als Referenzzeitpunkt wird der nach Datenverfügbarkeit letztmögliche gewählt, zum Bearbeitungszeitpunkt lagen die die Anzahl Ärzte je 100.000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Landkreisen und Fachgruppe zum Stand 31.12.2010 vor.<sup>33</sup>

Für Kinderärzte ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Kinderarzt 2.055 Einwohner im Alter von 0 bis 14 Jahre versorgt (Tabelle 7). Dabei handelt es sich um den Durchschnitt der tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen der "Norm-Kreise", die mit ihren jeweiligen Einwohnerzahlen gewichtet wurden.

<sup>32</sup> Alternativ ließe sich – ausgehend vom Median des Bedarfsindex – jeweils ein Achtel der Kreise auswählen, deren Bedarfsindex größer bzw. kleiner als der Median ist. Dieses Vorgehen könnte jedoch zu stärkeren Verzerrungen führen, wenn eine Hälfte der Auswahl mehr Kreise mit prozentual deutlich stärkeren Abweichungen vom Median umfasst. Die prozentual einheitlichen Abweichungsgrenzen ermöglichen somit eine ausgeglichene Auswahl.

<sup>33</sup> Die hier verwendeten Arztzahlen entsprechen der Anzahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 der KBV, wie sie im online-Versorgungsatlas des ZI veröffentlicht sind ([www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)). Da die Anzahl der Ärzte je 100.000 Einwohner dort nur als ganze Zahlen ausgewiesen werden, lassen sich aus diesen Angaben die tatsächlichen absoluten Arztzahlen je Kreis nicht exakt berechnen. Die hieraus berechneten Zahlen weichen z. B. von den im Bundesarztregister der KBV veröffentlichten Zahlen ab. Bei allen folgenden Berechnungen mit Arztzahlen nach kreisfreien Städten und (Land-)Kreisen wurde mathematisch gerundet.

Tabelle 7: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Kinderärzte

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 0-14 je Kinderarzt
Frankenthal (Pfalz), Kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	-0,4%	760
Straubing, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,7%	868
...	...	...	
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	Brandenburg	+0,3%	1.909
Region Hannover, Landkreis	Niedersachsen	+0,2%	1.915
...	...	...	
Schwalm-Eder-Kreis	Hessen	-0,6%	4.118
Cloppenburg, Landkreis	Niedersachsen	-0,7%	4.853
<b>97 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,8%</b> <b>≤ +0,8%</b>	<b>gew. Mittelwert: 2.055</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Dieser gewichtete Durchschnittswert basiert auf teilweise stark voneinander abweichenden Versorgungsgraden in den einzelnen Norm-Kreisen. Das Spektrum reicht von Frankenthal (Pfalz), wo ein Kinderarzt auf lediglich 760 Kinder bis 14 Jahren kommt, bis zum Landkreis Cloppenburg, wo ein Kinderarzt im Durchschnitt 4.853 Kinder zu versorgen hat. Damit versorgt gegenwärtig ein Kinderarzt in Frankenthal im Durchschnitt nur 15,7 % der Kinderzahl, die ein Kinderarzt durchschnittlich in Cloppenburg zu versorgen hat – obwohl beide Regionen einen ähnlichen, mittleren Versorgungsbedarf (gemäß Bedarfsindex "Kinder") aufweisen. Die Anzahl von 2.055 Kindern je Kinderarzt entspricht nun der durchschnittlichen Relation zwischen Kindern (bis 14 Jahren) und Kinderärzten in den Regionen, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf von Kindern gemessen wurde. Dabei gehen die Verhältnisse der Regionen mit relativ vielen Einwohnern entsprechend stärker ein.

Für alle anderen ärztlichen Fachgruppen werden als "Norm-Kreise" diejenigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise ausgewählt, deren Bedarfsindex "Erwachsene" um maximal +/- 0,6 % vom Bundesdurchschnitt abweicht. Mit diesen Abweichungsgrenzen erhält man für die Auswahl 103 "bedarfsmittlere" Kreise, dies entspricht exakt einem Viertel der insgesamt 412 kreisfreien Städte bzw. Landkreise in Deutschland. Unter ihnen sind mit (Land-)Kreisen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie der Stadt Dresden mehr ostdeutsche Regionen vertreten als unter den Norm-Kreisen für die pädiatrische Versorgung, allerdings mit einem Anteil von 5,2 % an allen erwachsenen Einwohnern (ab 15 Jahren) in den Norm-Kreisen ebenfalls nur unterproportional. Da auch Berlin zu den Norm-Kreisen mit einem mittleren Wert für den Bedarfsindex "Erwachsene" zählt, haben knapp 20 % der erwachsenen Einwohner der ausgewählten Regionen ihren Wohnsitz im östlichen Teil Deutschlands. Dies entspricht recht genau dem Anteil aller Einwohner in den östlichen Bundesländern (einschließlich Berlin) an der Gesamtbevölkerung Deutschlands, wenn auch damit Berlin innerhalb des östlichen Regionalanteils der Norm-Auswahl deutlich überrepräsentiert ist. Von den westlichen Bundesländern sind – mit Ausnahme von Hamburg – alle durch kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise in der Auswahl der Regionen mit

mittlerem Versorgungsbedarf Erwachsener vertreten.

Für diese ausgewählten Norm-Kreise werden nun die durchschnittlichen faktischen Einwohner-Arzt-Verhältnisse für die unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen in der Versorgung Erwachsener ermittelt. Für Hausärzte ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Hausarzt 1.368 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 8). Dabei handelt es sich um den Durchschnitt der tatsächlichen Verhältniszahlen "Einwohner je Hausarzt" in den Norm-Kreisen, jeweils gewichtet mit den Einwohnerzahlen des Kreises.

Tabelle 8: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Hausärzte

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Hausarzt
Straubing, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,5%	935
Starnberg, Landkreis	Bayern	-0,3%	1.013
...	...	...	
Ludwigslust, Kreis	Mecklenburg-Vorpommern	+0,5%	1.342
Südliche Weinstraße, Landkreis	Rheinland-Pfalz	+0,1%	1.349
...	...	...	
Wesel, Kreis	Nordrhein-Westfalen	+0,3%	1.656
Harburg, Landkreis	Niedersachsen	-0,4%	1.710
<b>103 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,6%</b> <b>≤ +0,6%</b>	<b>gew. Mittelwert:</b> <b>1.368</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Auch dieser gewichtete Durchschnittswert basiert auf teilweise stark voneinander abweichenden Versorgungsgraden in den einzelnen Norm-Kreisen. Das Spektrum reicht von der Stadt Straubing in Bayern, wo ein Hausarzt im Durchschnitt lediglich 935 Einwohner ab 15 Jahren zu versorgen hat, bis zum Landkreis Harburg in Niedersachsen, wo ein Hausarzt auf 1.710 Einwohner ab 15 Jahren kommt. Damit versorgt gegenwärtig ein Hausarzt in Straubing im Durchschnitt nur 54,7 % der Einwohnerzahl, die ein Hausarzt durchschnittlich im Landkreis Harburg zu versorgen hat – obwohl beide Regionen einen ähnlichen, mittleren Versorgungsbedarf (gemäß Bedarfsindex "Erwachsene") aufweisen. Im Vergleich zu den Kinderärzten ist die Streuung der Versorgungsgrade unter den Norm-Kreisen bei Hausärzten jedoch deutlich geringer.

Beispielhaft für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung werden die Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden bestimmt. Für diese Fachgruppe ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Orthopäde 15.302 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 9). Diesem mit den jeweiligen Einwohnerzahlen gewichteten Durchschnittswert liegen dieselben Norm-Kreise wie bei den Hausärzten zugrunde.

Tabelle 9: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Orthopäde
Bamberg, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,1%	3.617
Landshut, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,4%	4.218
...	...	...	
Lippe, Kreis	Nordrhein-Westfalen	+0,3%	16.610
Heinsberg, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-0,5%	16.723
...	...	...	
Coburg, Landkreis	Bayern	+0,2%	38.448
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	Brandenburg	+0,3%	44.466
<b>103 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,6% ≤ +0,6%</b>	<b>gew. Mittelwert: 15.302</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Allerdings streuen für die Orthopäden die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ähnlichem, mittleren Versorgungsbedarf in den Norm-Kreisen deutlich stärker als für die Hausärzte. So versorgt gegenwärtig in der Stadt Bamberg, ein Orthopäde im Durchschnitt 3.617 Einwohner (ab 15 Jahren); dies sind lediglich 8,1 % der Einwohnerzahl von 44.466, die ein Orthopäde durchschnittlich im Landkreis Potsdam-Mittelmark versorgt.

Die oben ermittelten Norm-Verhältniszahlen für die drei Fachgruppen liegen unter den tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen, die sich nach aktuellem Datenstand im bundesdeutschen Durchschnitt über alle Regionen ergeben. Um die Zahlen miteinander vergleichen zu können, sind die ermittelten Norm-Verhältniszahlen auf die gesamte Einwohnerzahl der Norm-Kreise (Kinder und Erwachsene) umzurechnen und weichen daher – insbesondere bei den Kinderärzten – von den zuvor ausgewiesenen Werten ab (Tabelle 10).

Tabelle 10: Norm-Verhältniszahlen im Vergleich zur aktuellen durchschnittlichen Einwohner-Arzt-Relation nach ausgewählter ärztlicher Fachgruppe

Fachgruppe	durchschnittliche Einwohner-Arzt-Relation 1)	Norm-Verhältniszahl Reformkonzept 2)	Abweichung Reformkonzept
Kinderärzte	14.382	15.267	6,2%
Hausärzte	1.556	1.582	1,7%
Orthopäden	16.008	17.697	10,6%

Quelle: IGES

Anmerkung: 1) auf Basis von Daten des ZI, Stand: 31.12.2010;  
2) bezogen auf alle Einwohner (Kinder + Erwachsene).

Dabei ist die Abweichung bei den Hausärzten am geringsten: Gemäß dem hier entwickelten Konzept hätten Ärzte dieser Fachgruppe mit einem Zuwachs von 1,7 % im Durchschnitt nur geringfügig mehr Einwohner zu versorgen. Alternativ formuliert liegt die aktuelle Anzahl an Hausärzten damit nur leicht über der Anzahl, die dem Norm-Verhältnis von Einwohner- zur Hausärztezahl entspräche. Größer ist die Abweichung hingegen bei den Kinderärzten, vor allem aber bei den Orthopäden. Hier entspräche es dem Norm-Verhältnis, wenn ein Orthopäde im Durchschnitt 10,6 % mehr Einwohner versorgte, als es gegenwärtig tatsächlich der Fall ist, und die Anzahl der Orthopäden insgesamt entsprechend geringer wäre. In einzelnen kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen können die tatsächlichen Ärztezahlen allerdings auch deutlich geringer sein, als es dem fachgruppenbezogenen Norm-Verhältnis entspräche. Maßgeblich hierfür ist neben der tatsächlichen regionalen Anzahl der Ärzte, in welchem Ausmaß die festgestellte regionale Bedarfssituation vom Bundesdurchschnitt abweicht (siehe hierzu im Folgenden Kapitel 4.3).

#### **4.2.3 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialisierte ärztliche Versorgung**

Für die Planung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sieht das hier entwickelte Konzept eine Orientierung an größeren regionalen Einheiten vor. Ein Versorgungssystem kann stärker spezialisierte Fachärzte typischerweise nicht flächendeckend wohnortnah vorhalten, weil bei zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung die für eine finanzierbare, wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Behandlungszahlen nur bei entsprechend größeren Einzugsgebieten erreicht werden können. Für Patienten, die eine relativ hoch spezialisierte fachärztliche Versorgung benötigen, wird daher allgemein eine größere Entfernung zum nächstgelegenen Versorgungsangebot als akzeptabel angesehen.

Wie groß eine maximal zumutbare Entfernung zum nächstgelegenen Versorgungsangebot für Patienten sein darf, bleibt letztlich eine versorgungspolitische Frage, die sich nicht allein wissenschaftlich beantworten lässt. Entscheidend für die Bedarfsplanung ist aber primär, dass sich diese Festlegung soweit wie möglich anhand sachlicher Kriterien begründen lässt und dass die Vorgaben einheitlich angewendet werden.

Konkrete Vorgaben von Maximalentfernungen finden sich derzeit nur für andere Versorgungsbereiche, beispielsweise in den Rettungsdienstgesetzen der Bundesländer oder in den Rahmenvorgaben für Krankenhauspläne in einigen Bundesländern (so wird für Nordrhein-Westfalen beispielsweise "Wohnortnähe" als Entfernung von 15 km bis 20 km definiert<sup>34</sup>). In einem jüngeren Urteil des Bundessozialgerichts über die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen vom 23.6.2010 (B 6 KA 22/09 R) wird für die Entfernung zu den nächstgelegenen Versorgungsangeboten eine Grenze von 25 km genannt, bei deren Überschreitung Versorgungsdefizite drohen. Das Urteil bezieht sich auf den Regionstyp "großräumiger Landkreis" sowie auf die vertragspsychotherapeutische Versorgung und verweist auf die Ausführungen in einem früheren Urteil. Daraus folgert das Bundessozialgericht, dass Patienten bei "allgemeinen Leistungen" (im Gegensatz zu "speziellen Leistungen mit geringer Nachfrage") nicht auf Versorgungsangebote verwiesen werden dürfen, die mehr als 25 km entfernt sind.

Vor diesem Hintergrund können Entfernungen zum nächstgelegenen Standort für nicht wohnortnahe spezialärztliche Versorgung von mehr als 25 km als durchaus akzeptabel angenommen werden. Daher erscheint es sinnvoll, die Planung des ärztlichen Versorgungsangebots stadt- bzw. (land-)kreisübergreifend auszurichten. Dafür spricht zudem, dass sich die Standorte der relativ hoch spezialisierten Fachärzte wesentlich ungleicher über die kreisfreien Städte und Landkreise verteilen, weil sie sich bereits heute zwecks größerer Einzugsgebiete und guter Erreichbarkeit bevorzugt in Zentren ("zentralen Orten") befinden. Für eine Ableitung der Norm-Verhältniszahlen auf Kreisebene ist daher zu

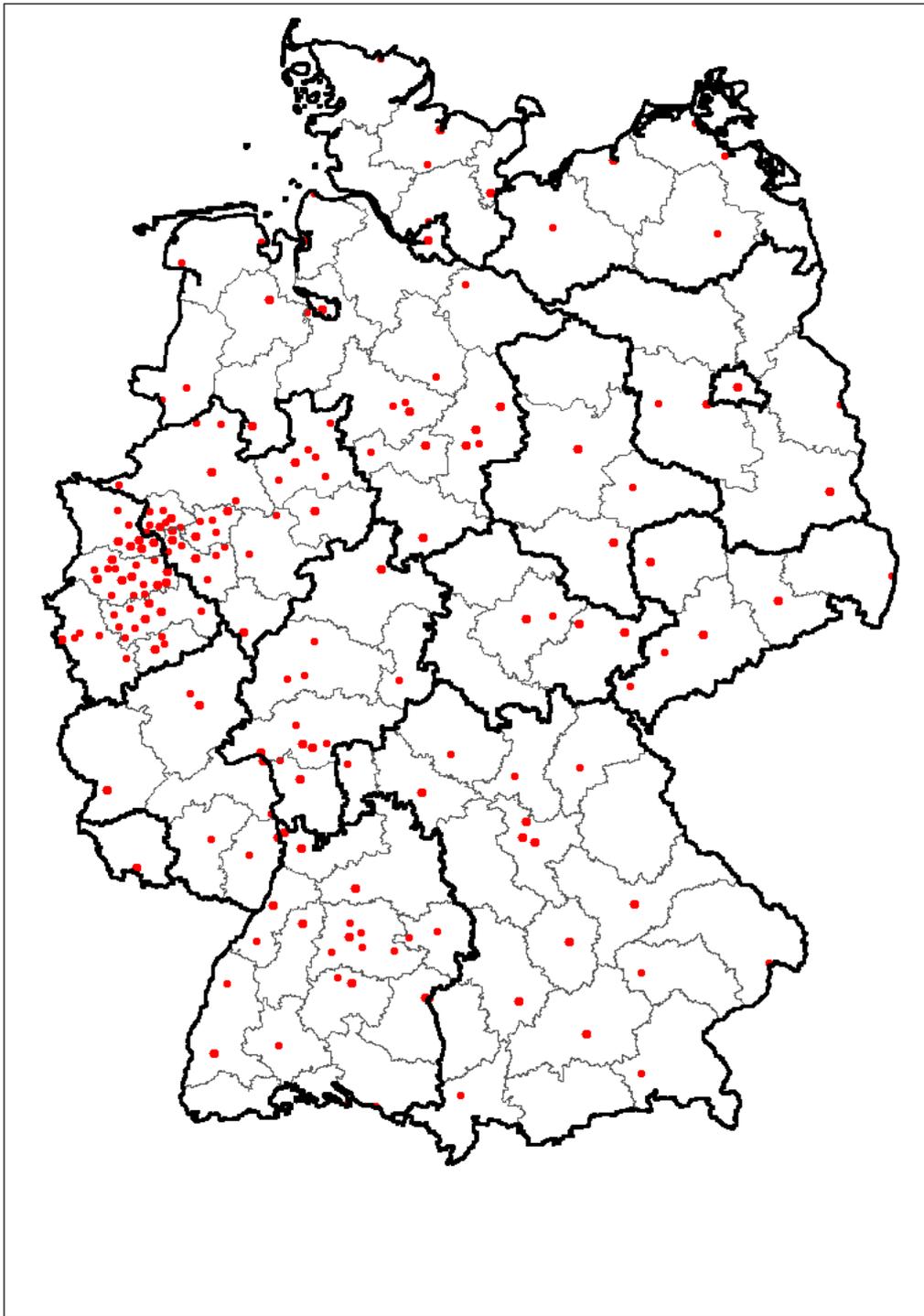
<sup>34</sup> Vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2002): Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen, Rahmenvorgaben, S. 15.

erwarten, dass die tatsächlichen Verhältniszahlen der Norm-Kreise noch deutlich stärker streuen als bei den bislang betrachteten Fachgruppen.

Aus diesen Gründen sieht das hier entwickelte Konzept eine Planung der stärker spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf Basis der 96 Raumordnungsregionen (ROR) vor. Die Raumordnungsregionen entsprechen in der Regel, aber mit Ausnahmen, den Planungsregionen der Länder und setzen sich aus den 412 kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen zusammen (Abbildung 7). Die ROR werden typischerweise über ein ökonomisches Zentrum und sein Umland (unter Berücksichtigung von Pendlerverflechtungen) definiert.

Zur Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialfachärztliche Versorgung wird für jede ROR der Durchschnitt der einwohnerzahlgewichteten Werte des Bedarfsindex "Erwachsene" der ihr zugehörigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet. Analog zur Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung wird das "bedarfsmittlere" Viertel der 96 ROR ausgewählt (vgl. Kapitel 4.2.2). Es handelt sich dabei um diejenigen ROR, deren Bedarfsindex "Erwachsene" um +/- 0,5 % vom Bundesdurchschnitt abweicht. Anhand dieser Abweichungsgrenzen erhält man 23 "Norm-ROR", dies entspricht einem Anteil von etwa 24 % aller ROR. Aus dem Ostteil Deutschlands befindet sich nur Berlin unter den ROR mit mittlerem Versorgungsbedarf, von den westlichen Bundesländern sind alle außer Baden-Württemberg, Hamburg und dem Saarland unter den Norm-ROR vertreten.

Abbildung 7: Regionale Gliederung der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland



Quelle: IGES gemäß Abgrenzung BBSR 2011

Anmerkung: Zur besseren Orientierung sind Städte mit 50.000 und mehr Einwohnern (Stand 31.12.2010) als rote Punkte in der Karte eingezeichnet.

Beispielhaft für die spezialisierte fachärztliche Versorgung werden die Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten (= fachärztlich tätige Internisten) bestimmt. Für diese Fachgruppe ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Internist 9.113 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten

Raumordnungs-region (ROR)	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Internist
Bremen	Bremen	+0,1%	6.261
Hannover	Niedersachsen	+0,4%	7.083
...	...	...	...
Allgäu	Bayern	+0,3%	9.093
Schleswig-Holstein Nord	Schleswig-Holstein	+0,4%	9.135
...	...	...	...
Aachen	Nordrhein-Westfalen	-0,5%	11.420
Bochum/Hagen	Nordrhein-Westfalen	+0,4%	11.622
<b>23 Referenzregionen</b>		<b>≥ -0,5%</b> <b>≤ +0,5%</b>	<b>gew. Mittelwert:</b> <b>9.113</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010, summiert nach ROR.

Für die Fachinternisten streuen die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ähnlichem, mittleren Versorgungsbedarf in den Norm-ROR vergleichbar stark wie bei den Hausärzten (vgl. Tabelle 8). So versorgt gegenwärtig in Bremen ein Internist im Durchschnitt 6.261 Einwohner (ab 15 Jahren); dies sind lediglich 53,9 % der Einwohnerzahl von 11.622, die ein Internist durchschnittlich Bochum/Hagen versorgt.

Rechnet man die Norm-Verhältniszahl für Fachinternisten zwecks Vergleichbarkeit auf sämtliche Einwohner aller Altersstufen um, so ergibt sich eine Relation von 10.539 Einwohnern je Internist. Die tatsächliche Relation auf Basis der aktuellen Ärztezahlen beträgt im Bundesdurchschnitt 10.298 Einwohner je Internist. Die Einwohnerzahl gemäß Norm-Verhältnis übersteigt den Ist-Wert damit nur geringfügig um rd. 2,3 %. Die aktuelle Anzahl an Internisten liegt also nur leicht über der Anzahl, die dem Norm-Verhältnis der Einwohnerzahl je Internist entspräche.

Die Fachinternisten werden im hier entwickelten Konzept der spezialisierten ärztlichen Versorgung und damit einer Planung auf Basis der 96 ROR zugeordnet, während die zahlenmäßig kleinere Fachgruppe der Orthopäden der wohnortnahen ärztlichen Versorgung und damit der Planung auf Basis der 412 kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise zugeordnet werden. Die Erklärung für diesen nur scheinbaren Widerspruch ist die größere Spezialisierung innerhalb der Gruppe der Fachinternisten im Vergleich zur Fachgruppe der Orthopäden. Die Gruppe der Fachinternisten umfasst mehrere fachliche Schwerpunkte, die teilweise sehr unterschiedliche Versorgungsbereiche bzw. Patientengruppen abdecken (z. B. Kardiologie und Rheumatologie). Aus diesem Grund werden die auf Basis der Norm-ROR abgeleiteten Verhältniszahlen ergänzt, indem die unterschiedlichen Schwerpunkte innerhalb der Fachgruppe der Internisten bei der Planung berücksichtigt werden. Hierzu werden die bundesdurchschnittlichen Anteile der Schwerpunkte an allen Ärzten der Fachgruppe bestimmt (Quoten gemäß Tabelle 12).

Tabelle 12: Verteilung der fachärztlich tätigen Internisten nach Schwerpunkten

Schwerpunkt Innere Medizin	Anteil an allen Fachinternisten
Kardiologie	25%
Nephrologie	17%
Gastroenterologie	14%
Lungen- und Bronchialheilkunde, Pneumologie	12%
Hämatologie und Onkologie	11%
Rheumatologie	7%
Andere fachärztlich tätige Internisten (mit Anteil von jeweils < 5% *)	13%

Quelle: IGES nach Bundesarztregister KBV Stand 31.12.2010

Anmerkung: \* Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, SP Angiologie, SP Diabetologie und Endokrinologie, SP Geriatrie, SP Infektiologie und Tropenmedizin.

In allen Planungsregionen wird ein Anteilsverhältnis der Schwerpunkte gemäß den Quoten der Planung zugrunde gelegt. Dabei wurden hier nur diejenigen Schwerpunkte explizit berücksichtigt, deren Anteile an der Gesamtzahl der Fachinternisten den Wert von 5 % übersteigen. Eine solche „Quoten-Regelung“ ermöglicht eine ausreichende Flexibilität, vor allem im Hinblick auf die tendenziell fortschreitende Spezialisierung und Ausdifferenzierung der ärztlichen Fachgruppen.

- So kann der Schwellenwert, ab dem ein Schwerpunkt innerhalb der Fachgruppe separat einen Anteilswert in der Quoten-Regelung zugewiesen erhält, angepasst werden.
- Bei regional starker Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Schwerpunkt-Struktur gäbe es Möglichkeit, in bestimmten Grenzen Abweichungen vom Ziel-Anteilswert zuzulassen (z. B. Zielkorridor von +/- zwei Prozentpunkten).

#### 4.3 Neubestimmung regionaler Planungswerte

Die fachgruppenspezifischen Norm-Verhältniszahlen gelten als einheitliche Planungsgrundlagen für alle kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise bezüglich der wohnortnahen Versorgung und für alle Raumordnungsregionen bezüglich der spezialisierten ärztlichen Versorgung. Die bisherige Unterscheidung der Norm-Verhältniszahlen nach Regionstypen entfällt. Statt dessen werden die Arztzahlen, die sich aus den Norm-Verhältniszahlen und der Einwohnerzahl einer Region ergeben, in Abhängigkeit vom relativen regionalen Versorgungsbedarf angepasst.

Hierzu wird für jede Planungsregion zunächst die Einwohnerzahl, differenziert nach Kindern (bis 14 Jahren) und Erwachsenen (ab 15 Jahren), durch die jeweilige Norm-Verhältniszahl der Fachgruppe dividiert. Hieraus ergibt sich eine Soll-Ärztzahl für den Fall, dass der Versorgungsbedarf in der Region dem bundesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf entspricht. Diese Soll-Ärztzahl wird nun in einem zweiten Schritt mit dem Wert des Bedarfsindex dieser Region (je nach Fachgruppe "Kinder" oder "Erwachsene") multipliziert. Dadurch wird die Soll-Ärztzahl in dem Ausmaß angepasst, in dem der durch den Bedarfsindex gemessene Versorgungsbedarf der Region vom Bundesdurchschnitt abweicht. Für Planungsbereiche mit einer überdurchschnittlichen Risikobelastung aufgrund der berücksichtigten Faktoren (Alters-/Geschlechtsstruktur, Morbidität, Sozialstruktur) und damit einem überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf sind weniger Einwohner je Arzt vorzusehen als gemäß dem Norm-Verhältniszwert. Für Planungsbereiche mit einer

unterdurchschnittlichen Risikobelastung bzw. einem unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf ergibt sich dagegen eine höhere Anzahl an Einwohnern je Arzt.

#### 4.3.1 Kinderärzte

Ein Beispiel (Tabelle 13) veranschaulicht die Vorgehensweise für eine kreisfreie Stadt sowie einen Landkreis desselben Bundeslandes, in denen gegenwärtig dieselbe Anzahl an Kinderärzten praktiziert. Während die bisherige Bedarfsplanung für Städte eine geringere Einwohnerzahl je Kinderarzt vorsah, gelten nach dem hier entwickelten Konzept für alle Regionstypen einheitliche und dem "mittleren Bedarf" entsprechende Norm-Verhältniszahlen. Vor allem diese Änderung führt in dem dargestellten Beispiel dazu, dass der neue Soll-Wert für die Anzahl der Kinderärzte für die kreisfreie Stadt unter dem Ist-Wert liegt, für den Landkreis hingegen darüber. Dabei ist bereits berücksichtigt, dass für die kreisfreie Stadt gemessene Versorgungsbedarf leicht überdurchschnittlich ist, der für den Landkreis dagegen unterdurchschnittlich. Die entsprechenden Anpassungen wirken jedoch im konkreten Beispiel dem Effekt einheitlicher Norm-Verhältniszahlen für kreisfreie Städte und Landkreise nur geringfügig entgegen.

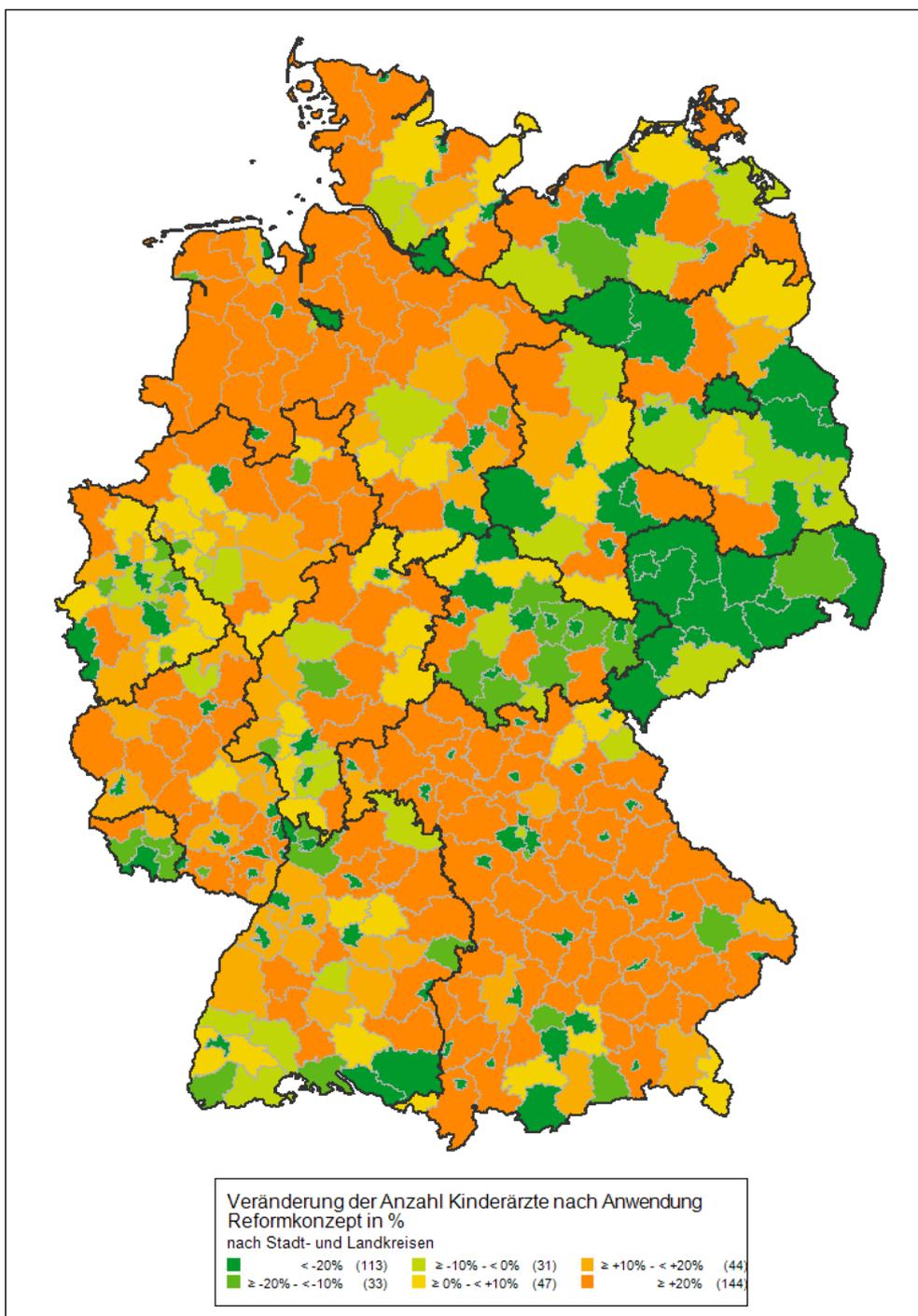
Tabelle 13: Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Kinderärzte in Schleswig-Holstein

	<b>Neumünster Kreisfreie Stadt</b> (Schleswig-Holstein)	<b>Nordfriesland Landkreis</b> (Schleswig-Holstein)
Norm-Verhältniszahl (Einwohner 0-14 je Kinderarzt)	2.055	2.055
Anzahl Einwohner (0-14 Jahre)	11.072	24.245
Anzahl Kinderärzte gem. Norm-Verhältniszahl	5,4	11,8
Bedarfsindex "Kinder"	1,007 (+ 0,7 %)	0,985 (- 1,5 %)
Anzahl Kinderärzte gem. Bedarfsindex (Soll)	5,4	11,6
Anzahl Kinderärzte (Ist)	7	7
Abweichung Soll ggü. Ist	- 1,6 (- 21,8 %)	+ 4,6 (+ 74,8 %)

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Bevölkerungsdurchschnitt nach Kreisen zum 31.12.2009), Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Kinderärzte wurden entsprechend für sämtliche kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen. Die Kartendarstellung (Abbildung 8) zeigt durch Färbung die Stärke der prozentualen Abweichungen zwischen den Soll-Zahlen des hier entwickelten Konzepts und den aktuellen Ist-Zahlen der Kinderärzte. Die regionalen Unterschiede bei diesen Abweichungen verdeutlichen eine – gemessen am festgestellten Versorgungsbedarf – überdurchschnittliche Verfügbarkeit von Kinderärzten vor allem in den östlichen Regionen Deutschlands (grüne Färbung), die vermutlich historisch bedingt ist.

Abbildung 8: Abweichung der Soll-Anzahl Kinderärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Aggregiert auf Bundeslandebene zeigt sich, dass die hier entwickelten Planungswerte für Kinderärzte überwiegend und z. T. deutlich unter der tatsächlichen Anzahl liegen (Tabelle 14). Dies betrifft insbesondere Sachsen und Berlin, hinsichtlich der relativen Abweichung auch Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Ein deutlich höherer Planungswert für die Anzahl der Kinderärzte ergibt sich hingegen für Niedersachsen. Ansonsten übersteigt die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl nur noch (leicht) für Bayern und Schleswig-Holstein. In Nordrhein-Westfalen und Hessen stimmt die aktuelle Anzahl der Kinderärzte weitgehend mit den regionalen Planungswerten des Konzepts überein.

Tabelle 14: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	757	745	-12	-1,6%
Bayern	819	851	32	3,9%
Berlin	309	209	-100	-32,4%
Brandenburg	173	141	-32	-18,5%
Bremen	66	41	-25	-37,9%
Hamburg	142	112	-30	-21,1%
Hessen	409	408	-1	-0,2%
Mecklenburg- Vorpommern	124	92	-32	-25,8%
Niedersachsen	480	550	70	14,6%
Nordrhein- Westfalen	1.218	1.215	-3	-0,2%
Rheinland-Pfalz	270	265	-5	-1,9%
Saarland	72	60	-12	-16,7%
Sachsen	346	232	-114	-32,9%
Sachsen-Anhalt	154	124	-30	-19,5%
Schleswig-Holstein	189	193	4	2,1%
Thüringen	160	122	-38	-23,8%
<b>insgesamt</b>	<b>5.688</b>	<b>5.360</b>	<b>-328</b>	<b>-6,1%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns zeigt sich, dass es innerhalb eines Bundeslandes, in dem insgesamt die tatsächliche Anzahl der Kinderärzte deutlich über der Summe der regionalen Planungswerte liegt, dennoch Regionen gibt, in denen die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl klar übersteigt (Tabelle 15). Dabei liegt der Planungswert für die Anzahl der Kinderärzte in den größeren Städten jeweils unter der tatsächlichen Anzahl, während in den ländlicheren Kreisen die Planungswerte einen relativ hohen Mehrbedarf an Kinderärzten anzeigen.

Tabelle 15: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach kreisfreien Städten bzw. Kreisen am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Greifswald, Kreisfreie Stadt	8	3	-5	-62,5%
Neubrandenburg, Kreisfreie Stadt	9	4	-5	-55,6%
Schwerin, Kreisfreie Stadt	13	5	-8	-61,5%
Rostock, Kreisfreie Stadt	26	10	-16	-61,5%
Stralsund, Kreisfreie Stad	7	3	-4	-57,1%
...	...	...	...	...
Uecker-Randow, Kreis	3	4	1	33,3%
Demmin, Kreis	3	5	2	66,7%
Bad Doberan, Kreis	4	7	3	75,0%
Nordwestmecklenburg, Kreis	4	7	3	75,0%
Mecklenburg-Strelitz, Kreis	1	4	3	300,0%
<b>insgesamt</b>	<b>124</b>	<b>92</b>	<b>-32</b>	<b>-25,8%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

### 4.3.2 Hausärzte

Hinsichtlich der Versorgung Erwachsener zeigt zunächst ein weiteres Beispiel die Ableitung des regionalen Planungswertes für Hausärzte. Ausgewählt wurde der hierfür der Kreis "Altenburger Land", für den aufgrund der bedarfsbeeinflussenden Faktoren ein deutlich überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf gemessen wurde (Tabelle 16).

Tabelle 16: Überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf am Beispiel des Kreises "Altenburger Land" (Thüringen)

	Kreis Altenburger Land	Bundesdurchschnitt
<b>Bedarfsfaktoren</b>		
Durchschnittsalter (2008)	Frauen: 49,5 Männer: 44,8	Frauen: 44,4 Männer: 41,2
Altersstruktureffekt: Ø Ausg. p.a. je Vers. gem. RSA-Profil Erwachsene (15+)	351 €	330 €
Arbeitslosenquote (2008)	17,6 %	7,8 % (insg.) 13,1 % (Ost)
monatliches verfügbares Haushaltseinkommen pro Kopf (2007)	1.235 Euro	1.540 Euro
Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner (2007)	357,6	284,4
<b>Bedarfsindex "Erwachsene"</b>	<b>1,045</b>	<b>1,000</b>

Quelle: IGES, RSA-Profil nach BVA, alle anderen Faktoren nach BBSR (2010).

Demnach übersteigt der Versorgungsbedarf Erwachsener (ab 15 Jahren) im Kreis Altenburger Land den Bundesdurchschnitt um 4,5 % und liegt damit am oberen Rand des durch den Bedarfsindex "Erwachsene" gemessenen Versorgungsbedarfs in den Regionen (vgl. Tabelle 6). Hätte der Kreis Altenburger Land hingegen nur einen durchschnittlichen Versorgungsbedarf, ergäbe sich bereits auf Basis der einheitlichen, dem mittleren Versorgungsbedarf entsprechenden Norm-Verhältniszahl eine Soll-Anzahl von 66 Hausärzten (Tabelle 17). Damit würde die aktuelle Ist-Anzahl schon um zehn Hausärzte überschritten. Durch Berücksichtigung des überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs im Kreis Altenburger Land erhöht sich der Abstand um weitere drei Hausärzte.

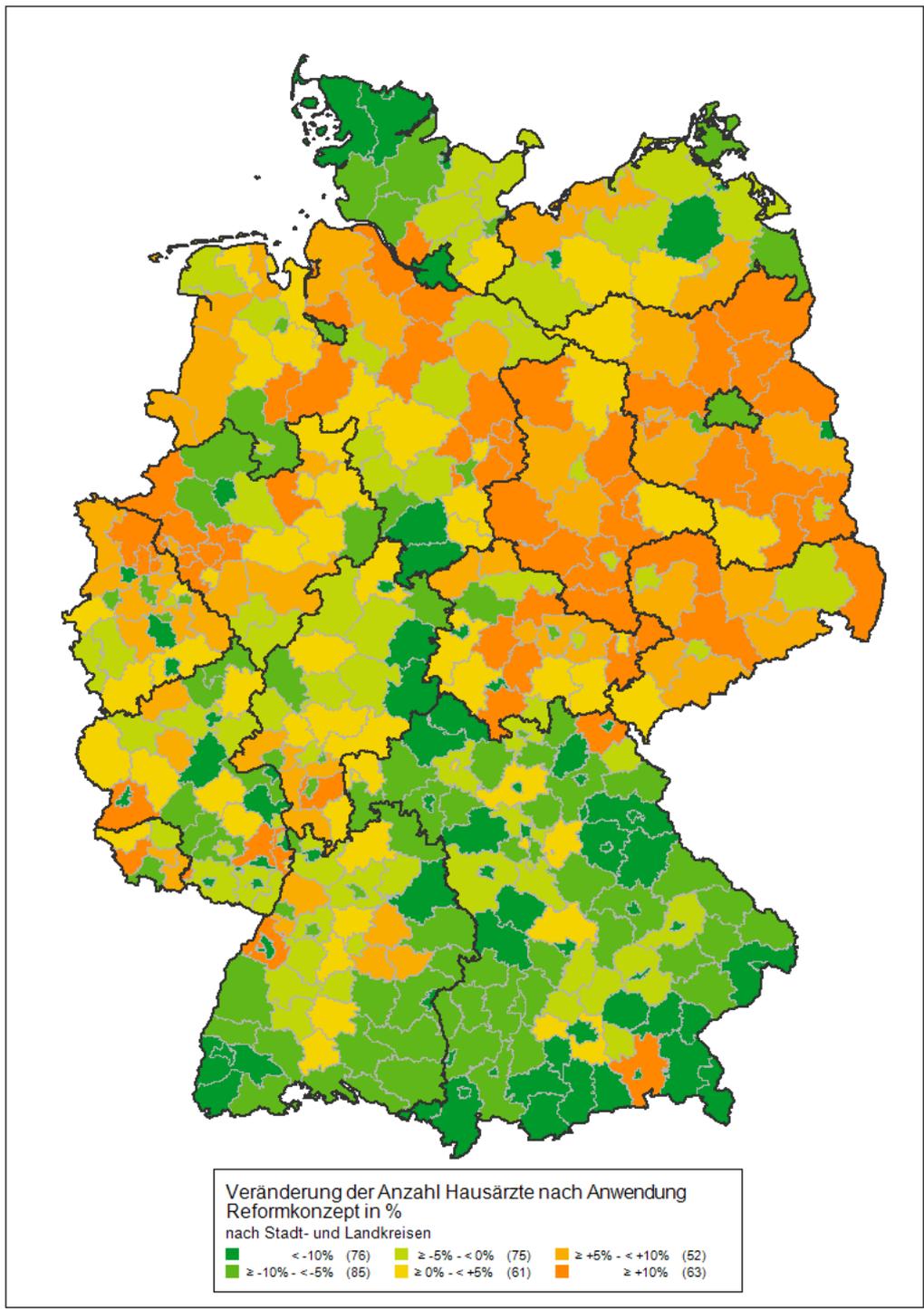
Tabelle 17: Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Hausärzte im Kreis Altenburger Land (Thüringen)

Ableitung regionaler Planungswert	Werte für Kreis Altenburger Land
Norm-Verhältniszahl (Einwohner 15+ je Hausarzt)	1.368
Anzahl Einwohner (15+)	90.353
Anzahl Hausärzte gem. Norm-Verhältniszahl	66,0
Bedarfsindex "Erwachsene"	1,045
Anzahl Hausärzte gem. Bedarfsindex (Soll)	69,0
Anzahl Hausärzte (Ist)	56,0
Abweichung Soll ggü. Ist	+ 13,0 (+ 23,2 %)

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Bevölkerungsdurchschnitt nach Kreisen zum 31.12.2009), Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Hausärzte wurden entsprechend für sämtliche kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen. Die Kartendarstellung (Abbildung 9) zeigt durch Färbung die Stärke der prozentualen Abweichungen zwischen den ermittelten Soll-Zahlen und den aktuellen Ist-Zahlen der Hausärzte. Im Vergleich zur Fachgruppe der Kinderärzte (vgl. Abbildung 8) ist der Ost-West-Gegensatz der regionalen Unterschiede bei diesen Abweichungen deutlich geringer ausgeprägt. Eine – gemessen am festgestellten Versorgungsbedarf – überdurchschnittliche Verfügbarkeit von Hausärzten zeigt sich vor allem in den südlichen Regionen Deutschlands, aber teilweise auch in der Mitte und im äußersten Norden (grüne Färbung).

Abbildung 9: Abweichung der Soll-Anzahl Hausärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreis



Quelle: IGES

Aggregiert auf Bundeslandebene zeigen sich z. T. deutliche Abweichungen der hier ermittelten Planungswerte für Hausärzte von den tatsächlichen Zahlen in beide Richtungen (Tabelle 18). Ein deutlich geringerer Planungswert für die Anzahl der Hausärzte ergibt sich für Bayern, relativ betrachtet auch für Hamburg. In Brandenburg und Sachsen-Anhalt übersteigt dagegen die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl merklich. In Hessen, im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern weicht die aktuelle Anzahl der Hausärzte nur relativ geringfügig von den regionalen Planungswerten des Konzepts ab.

Tabelle 18: Abweichung der Anzahl Hausärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

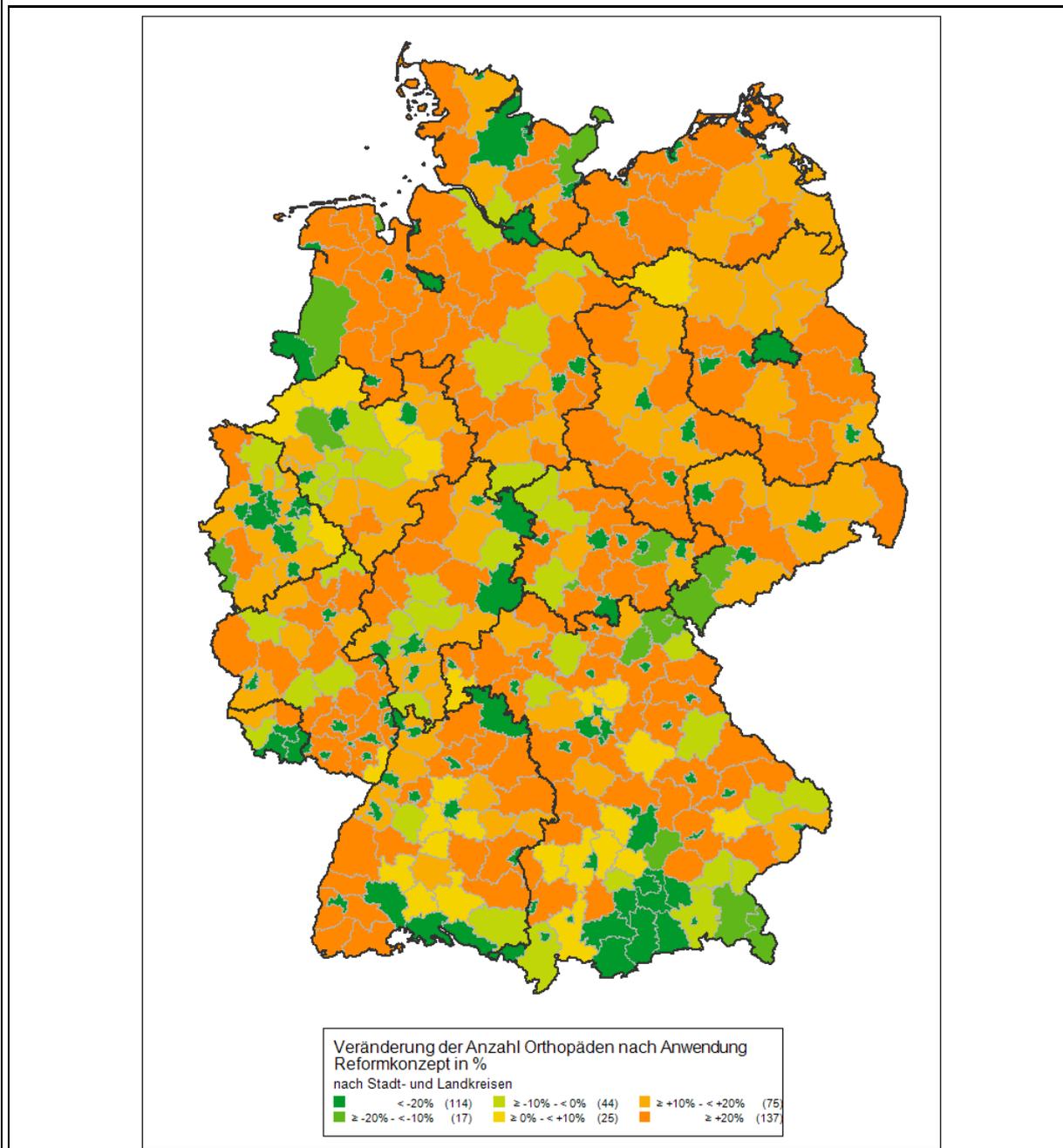
	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	6.952	6.632	-320	-4,6%
Bayern	8.845	7.773	-1.072	-12,1%
Berlin	2.368	2.202	-166	-7,0%
Brandenburg	1.494	1.655	161	10,8%
Bremen	448	425	-23	-5,1%
Hamburg	1.240	1.110	-130	-10,5%
Hessen	3.825	3.806	-19	-0,5%
Mecklenburg- Vorpommern	1.118	1.092	-26	-2,3%
Niedersachsen	4.853	4.980	127	2,6%
Nordrhein- Westfalen	10.795	11.203	408	3,8%
Rheinland-Pfalz	2.607	2.529	-78	-3,0%
Saarland	647	662	15	2,3%
Sachsen	2.626	2.782	156	5,9%
Sachsen-Anhalt	1.437	1.584	147	10,2%
Schleswig-Holstein	1.889	1.787	-102	-5,4%
Thüringen	1.431	1.495	64	4,5%
<b>insgesamt</b>	<b>52.575</b>	<b>51.717</b>	<b>-8658</b>	<b>-1,6%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

### 4.3.3 Orthopäden

Neben den Hausärzten wurden die regionalen Planungswerte auch für die Fachgruppe der Orthopäden für sämtliche kreisfreie Städte bzw. (Land-) Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen (Abbildung 10).

Abbildung 10: Abweichung der Soll-Anzahl Orthopäden gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Obwohl bereits aus der Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden hervorging, dass *insgesamt* eine im Vergleich zur tatsächlichen geringere Anzahl von Orthopäden normgerecht wäre (vgl. Tabelle 10), liegen die hier ermittelten Planungswerte in den allermeisten Kreisen über den Ist-Werten. Das bedeutet, dass die heutige Verteilung der Orthopäden sehr stark regional konzentriert ist. Aggregiert auf Bundeslandebene lässt sich diese regionale Verteilung dagegen nicht mehr erkennen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Abweichung der Anzahl Orthopäden (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	626	593	-33	-5,3%
Bayern	880	695	-185	-21,0%
Berlin	309	197	-112	-36,3%
Brandenburg	123	148	25	20,2%
Bremen	61	38	-23	-37,9%
Hamburg	142	99	-43	-30,1%
Hessen	378	340	-38	-10,0%
Mecklenburg- Vorpommern	89	98	9	9,7%
Niedersachsen	403	445	42	10,4%
Nordrhein- Westfalen	1.098	1.001	-97	-8,8%
Rheinland-Pfalz	225	226	1	0,4%
Saarland	80	59	-21	-26,0%
Sachsen	253	249	-4	-1,7%
Sachsen-Anhalt	135	142	7	4,8%
Schleswig-Holstein	176	160	-16	-9,3%
Thüringen	133	134	1	0,5%
<b>insgesamt</b>	<b>5.111</b>	<b>4.624</b>	<b>-487</b>	<b>-9,5%</b>

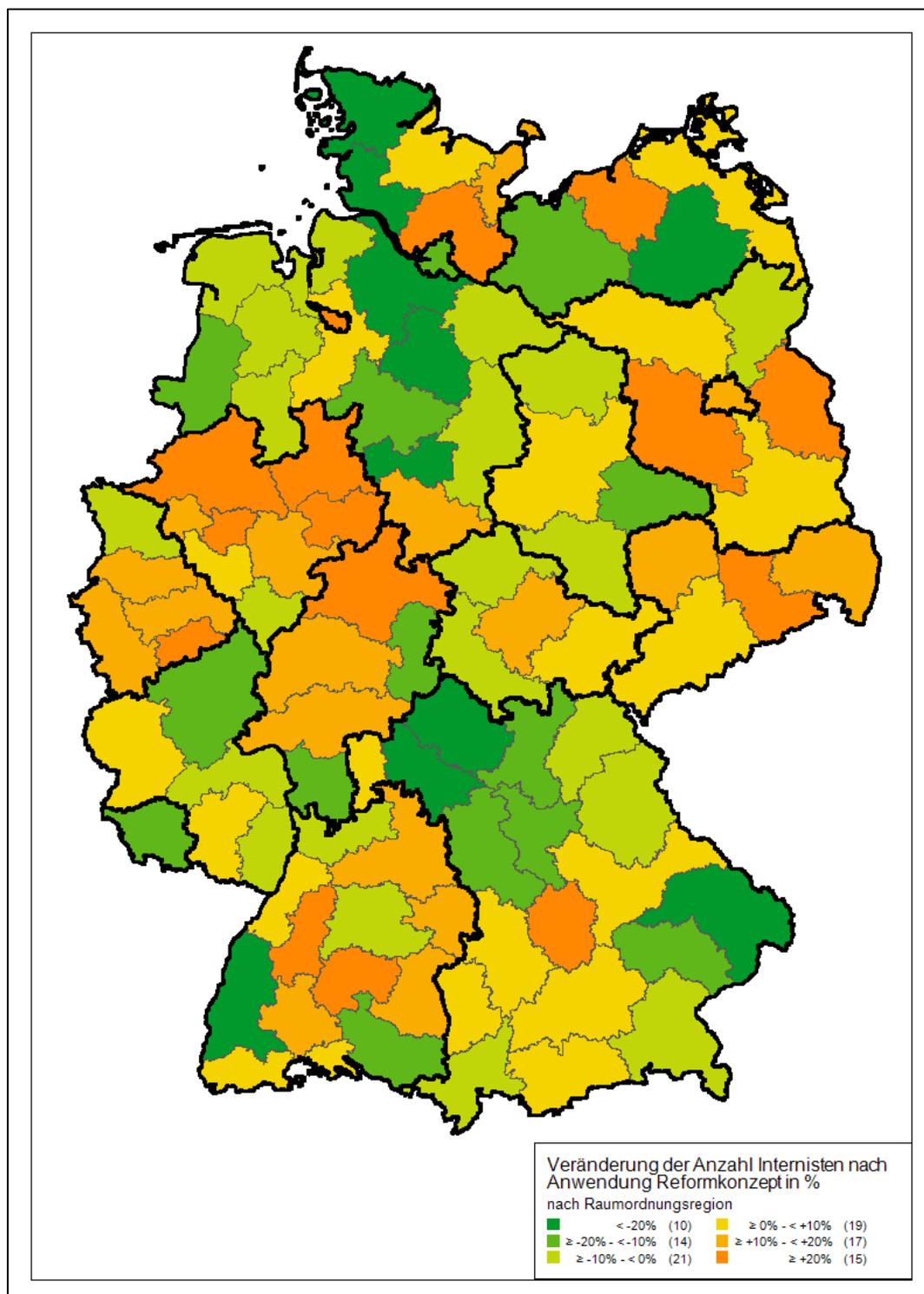
Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Mit Ausnahme von Sachsen liegen für alle östlichen Flächenländer die Planungswerte für Orthopäden über den Ist-Werten. Unter den westlichen Bundesländern übersteigt der Planungswert nur für Niedersachsen, dort aber deutlich, die aktuelle Anzahl an Orthopäden. Deutlich unter den Ist-Werten liegen die Planungswerte für Orthopäden hingegen insgesamt für Bayern und Berlin, relativ betrachtet auch in Bremen, Hamburg und dem Saarland. Für Rheinland-Pfalz und Thüringen stimmen die Planungswerte insgesamt mit der tatsächlichen Anzahl der Orthopäden nahezu überein.

#### 4.3.4 Fachinternisten

Schließlich wurden die regionalen Planungswerte für die Fachinternisten auf Ebene der Raumordnungsregionen (ROR) berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen (Abbildung 11). Die Kartenstellung zeigt eine relativ gemischte regionale Verteilung und im Gegensatz zu den oben betrachteten Fachgruppen weder ein klares Ost-West- noch ein Nord-Süd-Gefälle.

Abbildung 11: Abweichung der Soll-Anzahl Fachinternisten gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach Raumordnungsregionen



Quelle: IGES

Werden die ROR-Ergebnisse auf Bundeslandebene aggregiert (Tabelle 20), sind es dementsprechend sowohl westliche Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein) als auch östliche Bundesländer (vor allem Brandenburg, geringfügig auch Sachsen), in denen die Planungswerte z. T. deutlich über den Ist-Werten liegen. Die (relativ) stärksten Unterschreitungen betreffen vor allem die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin sowie das Flächenland Bayern, mit Thüringen aber auch ein ostdeutsches Flächenland.

Tabelle 20: Abweichung der Anzahl Fachinternisten (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	952	995	43	4,5%
Bayern	1.321	1.167	-154	-11,7%
Berlin	412	331	-81	-19,7%
Brandenburg	203	248	45	22,2%
Bremen	77	53	-24	-31,2%
Hamburg	248	167	-81	-32,7%
Hessen	585	571	-14	-2,4%
Mecklenburg- Vorpommern	166	164	-2	-1,2%
Niedersachsen	845	759	-86	-10,2%
Nordrhein- Westfalen	1.444	1.682	238	16,5%
Rheinland-Pfalz	417	380	-37	-8,9%
Saarland	134	99	-35	-26,1%
Sachsen	403	418	15	3,7%
Sachsen-Anhalt	257	238	-19	-7,4%
Schleswig-Holstein	258	268	10	3,9%
Thüringen	222	224	2	0,9%
<b>insgesamt</b>	<b>7.944</b>	<b>7.764</b>	<b>-180</b>	<b>-2,3%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Fachinternisten werden durch die Norm-Vorgaben zum Anteilsverhältnis der Schwerpunkte ("Quoten-Regelung") ergänzt (vgl. Tabelle 12). Exemplarisch wurden die tatsächlichen Anteile der vier größten Schwerpunkte unter den Fachinternisten im Bundesland Hessen mit denen aus dem Bundesdurchschnitt abgeleiteten Norm-Quoten verglichen (Tabelle 21). Für Hessen zeigt sich, dass gegenwärtig die Schwerpunkte Nephrologie und Gastroenterologie, in Osthessen auch Rheumatologie, gemessen an der "Quoten-Regelung" unterrepräsentiert sind, während die Kardiologie durchweg, vor allem in Osthessen, überrepräsentiert ist.

Tabelle 21: Abweichung der Schwerpunkt-Anteile der fachärztlich tätigen Internisten (Auswahl) von der Planungsgrundlage, Beispiel Hessen

ROR	Kardiologen	Nephrologen	Gastro- enterologen	Rheuma- tologen
Quote	25%	17%	14%	7%
Mittelhessen	35,6%	13,5%	9,6%	8,7%
Nordhessen	35,0%	25,6%	12,1%	8,1%
Osthessen	56,2%	4,0%	16,1%	4,0%
Rhein-Main	45,0%	8,2%	9,9%	13,0%
Starkenburger	35,0%	18,1%	11,3%	7,9%

Quelle: IGES auf Grundlage der online Arztsuche der KV Hessen 2012

Bei einer Prüfung der schwerpunktbezogenen Versorgungsgrade in einer Region sollten allerdings auch spezialärztliche Behandlungskapazitäten angrenzender Sektoren berücksichtigt werden. Ein vergleichsweise zu geringer Anteil eines Schwerpunktes in einer Raumordnungsregion könnte beispielsweise durch evtl. vorhandene Behandlungskapazitäten stationärer Einrichtungen, die in der ambulanten Versorgung genutzt werden können (z. B. im Rahmen von Fachambulanzen), ausgeglichen werden. Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten einer Ermächtigung von Krankenhäusern zur vertragsärztlichen Versorgung in speziellen Fachgebieten nach § 116a SGB V geprüft werden.

#### 4.4 Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung

Im Hinblick auf die Vorgabe des GKV-VStG, bei der Anpassung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen "insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen" (vgl. Kapitel 3.2), wird gemäß dem hier entwickelten Konzept die zukünftige Bevölkerungsentwicklung als fester Bestandteil in die Bedarfsplanung einbezogen. Die Datengrundlage hierfür bilden die Bevölkerungsvorausberechnungen der Statistischen Ämter, mit denen Größe und Altersstruktur der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungsbewegungen derzeit bis zum Jahr 2060 prognostiziert werden. Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen sind bis auf Kreisebene differenziert verfügbar und ermöglichen somit auch "kleinräumig" eine prospektiv-demografieorientierte Planung.

Ziel der Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen in die Bedarfsplanung ist gemäß dem Konzept, den kurzfristigen mit dem längerfristigen Handlungsbedarf für eine Anpassung der Arztsitze zu vergleichen. Dabei ergibt sich der kurzfristige Handlungsbedarf aus der Abweichung der Arzteszahlen im Status Quo von den regionalen Planzahlen gemäß der im Vorigen beschriebenen Neubestimmung (vgl. Kapitel 4.3). Um den längerfristigen Handlungsbedarf festzustellen, werden die regionalen Planzahlen in einer prospektiven Variante ermittelt, indem die regionale Altersstruktur als bedarfsbestimmender Faktor sowie die regionale Einwohnerzahl der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung für die Jahre 2020 und 2025 entnommen werden. Betrachtet werden dann die Abweichungen zwischen den resultierenden regionalen Planzahlen für die Jahre 2020 und 2025 von den entsprechenden regionalen Planzahlen für das Bezugsjahr 2010.

Im Ergebnis zeigt sich, ob – allein aufgrund der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung – damit zu rechnen ist, dass ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt durch die Planung angezeigter Ärztemehr- oder -minderbedarf auch längerfristig besteht oder ob beispielsweise ein Mehrbedarf nur kurz- bis mittelfristig besteht und längerfristig die Bevölkerungsentwicklung den Arztbedarf mindert.

#### **4.4.1 Methodisches Vorgehen: bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs je Planungsregion**

Ermittelt wird, wie sich die zuvor berechneten Bedarfsrelationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen verändern, wenn die Teilindizes "Altersstruktur Kinder" und "Altersstruktur Erwachsene" des Bedarfsindex mit der prognostizierten Altersstruktur der Jahre 2020 und 2025 neu berechnet werden. Für die Prognose der Altersstruktur der kreisfreien Städte bzw. Landkreise werden die aktuellen Bevölkerungsvorausberechnungen der Statistischen Landesämter verwendet, wobei diese je nach Bundesland zu unterschiedlichen Zeitpunkten aktualisiert werden und nicht immer die gleiche Prognosebasis und die gleichen Annahmen zugrunde liegen (teilweise gibt es landesspezifische Vorgaben, teilweise orientieren sich die Statistischen Landesämter an den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes).

Die Neuberechnung der regionalen Planzahlen gemäß der prospektiven Variante basiert auf einer Ceteris paribus-Betrachtung:

- Für die Neuberechnung der Teilindizes "Altersstruktur Kinder" und "Altersstruktur Erwachsene" werden ausschließlich die Altersstrukturen variiert. Das zugrunde gelegte RSA-Profil (vgl. Abbildung 4) bleibt hingegen unverändert, solange keine fundierte bzw. allgemein anerkannte Prognose der Veränderung des altersabhängigen Ausgabenprofils verfügbar ist. Der Wert des Teilindex "Altersstruktur Kinder" entspricht demnach der prozentualen Abweichung des Versorgungsbedarfes eines Kreises vom Bundesdurchschnitt aufgrund der Altersstruktur der 0-14jährigen im Jahr 2020 bzw. 2025, der Wert des Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" der entsprechenden Abweichung aufgrund der zukünftigen Altersstruktur der über 15jährigen.
- Der Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren bleibt – im Unterschied zu den Teilindizes für die Altersstruktur – in der Neuberechnung unverändert, solange keine fundierten Prognosen zu zukünftigen Veränderungen der regionalen Bedarfsrelationen aufgrund dieser Faktoren für den Zeitraum der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre vorliegen. Es wird somit davon ausgegangen, dass sich die Bedarfsrelationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren innerhalb des Prognosezeitraums nicht verändern.

Für die bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs werden schließlich die zuvor ermittelten Norm-Verhältniszahlen (vgl. Kapitel 4.2.2 bzw. 4.2.3) auf die für die Jahre 2020 und 2025 prognostizierten Einwohnerzahlen und Altersstrukturen der kreisfreien Städte bzw. Landkreise bezogen. Hieraus ergibt sich – bei Zugrundelegung des aktuellen Norm-Verhältnisses von Einwohnern und Ärzten – der längerfristige Mehr- oder Minderbedarf an Ärzten allein aufgrund der voraussichtlichen demographischen Veränderungen. Dabei sind zwei Effekte zu unterscheiden: die Veränderungen der Einwohnerzahlen (Mengeneffekt) und die Veränderungen der Altersstruktur (Struktureffekt). In alternden Bevölkerungen wirken diese beiden Effekte typischerweise entgegengesetzt auf den Ärztebedarf: Während eine insgesamt sinkende Einwohnerzahl den Bedarf mindert, erhöhen wachsende Anteile der älteren Bevölkerung den Bedarf.

#### 4.4.2 Beispielhafte Ergebnisse: Längerfristiger Bedarf an Hausärzten in Thüringen

Am Beispiel des Bundeslandes Thüringen werden im Folgenden die unterschiedlichen Kombinationen aus kurz- und längerfristigem Mehr- bzw. Minderbedarf an Hausärzten, differenziert nach kreisfreien Städten und Landkreisen, illustriert. Für fast alle Regionen in Thüringen zeigen die Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2025 gegenläufige Effekte auf den Hausärztebedarf, nämlich –bedarfsmindernd– eine geringere Anzahl erwachsener Einwohner (15 Jahre und älter) und –bedarfserhöhend– zunehmende Anteile älterer Einwohner und damit eine Zunahme des Teil-Bedarfsindex "Altersstruktur Erwachsene" (Tabelle 22). Ausnahmen hiervon sind lediglich Weimar und Jena mit einer für das Jahr 2025 prognostizierten Zunahme der Einwohnerzahl sowie Eisenach mit einem bedarfsmindernden Altersstruktureffekt.

Je nach Wirkungsrichtung und Relation der Veränderungen von Einwohnerzahlen und Altersstrukturen ergeben sich z. T. deutliche Unterschiede zwischen den regionalen Planzahlen gemäß der prospektiven Variante für das Jahr 2025. Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich die Entwicklung des Hausärztebedarfs ausgehend vom Status Quo in der längeren Frist (Abbildung 12 und Tabelle 23).

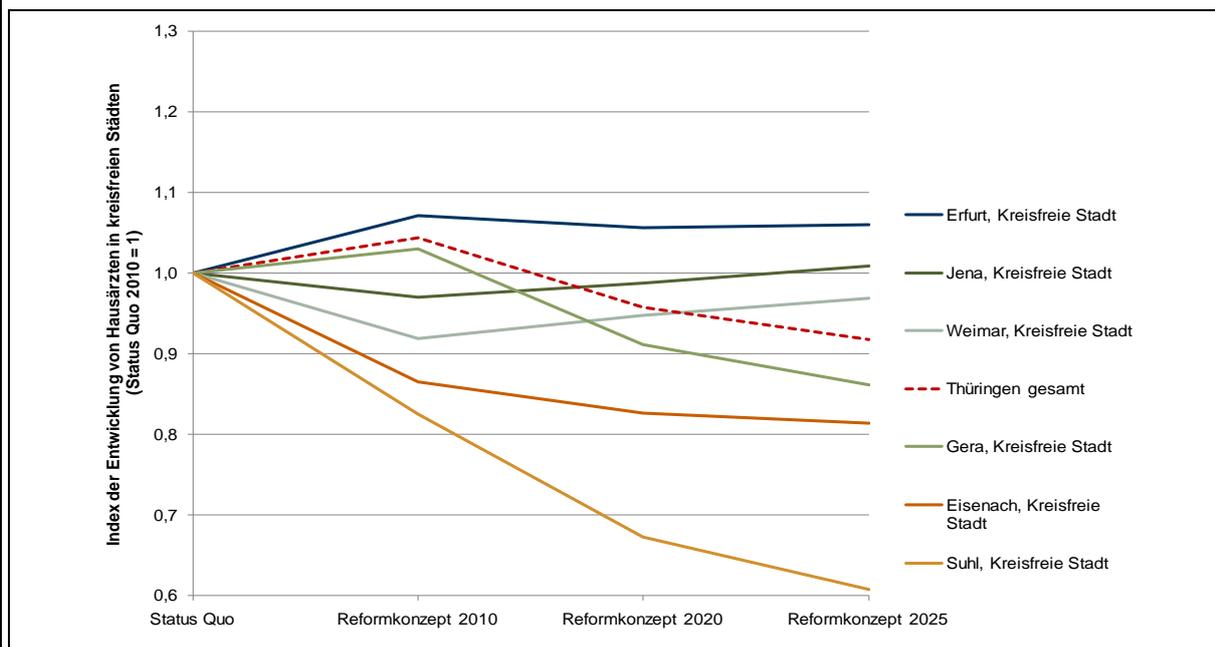
- Von den kreisfreien Städten in Thüringen ergibt sich aus der Gegenüberstellung mit dem Status Quo nur für Erfurt sowohl kurz- als auch längerfristig bis zum Jahr 2025 ein Mehrbedarf an Hausärzten. Dabei liegt der Mehrbedarf in den Jahren 2020 und 2025 etwas unter dem gegenwärtigen.
- Einzige weitere Stadt mit einem aufgrund der Bevölkerungsentwicklung erwarteten Mehrbedarf an Hausärzten im Jahr 2025 ist Jena, allerdings ergibt sich nach den hier ermittelten regionalen Planzahlen mit Bezugsjahr 2010 zunächst ein Minderbedarf an Hausärzten gegenüber dem Status Quo. Die Bedarfsentwicklung stellt sich somit für Jena spiegelbildlich zu derjenigen dar, die für Thüringen insgesamt ermittelt wurde.
- Für die Stadt Gera ergibt sich ein aktueller Mehrbedarf an Hausärzten, längerfristig jedoch ein deutlicher Minderbedarf. Für Weimar gestaltet sich die Bedarfsentwicklung ähnlich wie für Jena, jedoch erreicht die Planzahl für Hausärzte trotz eines bis zum Jahr 2025 wieder wachsenden Bedarfs nicht ganz die Hausarztzahl im Status Quo.

Tabelle 22: Veränderungen der Einwohnerzahlen und Altersstrukturen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens, 2010-2025

Kreisfreie Stadt / Landkreis	Veränderung 2010-2025	
	Anzahl erwachsener Einwohner (15+)	Teil-Bedarfsindex "Altersstruktur Erwachsene"
Erfurt, Kreisfreie Stadt	-1,1%	0,1%
Gera, Kreisfreie Stadt	-17,9%	1,9%
Jena, Kreisfreie Stadt	2,5%	1,5%
Suhl, Kreisfreie Stadt	-30,9%	6,5%
Weimar, Kreisfreie Stadt	5,4%	0,1%
Eisenach, Kreisfreie Stadt	-5,4%	-0,6%
Eichsfeld, Kreis	-12,7%	2,0%
Nordhausen, Kreis	-13,8%	1,4%
Wartburgkreis	-16,5%	2,6%
Unstrut-Hainich-Kreis	-14,0%	1,7%
Kyffhäuserkreis	-25,2%	4,0%
Schmalkalden-Meiningen, Kreis	-16,3%	2,3%
Gotha, Kreis	-11,5%	1,5%
Sömmerda, Kreis	-15,1%	3,0%
Hildburghausen, Kreis	-17,5%	2,7%
Ilm-Kreis	-8,9%	1,0%
Weimarer-Land, Kreis	-14,9%	2,9%
Sonneberg, Kreis	-18,8%	2,4%
Saalfeld-Rudolstadt, Kreis	-22,4%	2,7%
Saale-Holzland-Kreis	-11,2%	1,9%
Saale-Orla-Kreis	-17,9%	2,2%
Greiz, Kreis	-23,3%	3,2%
Altenburger Land, Kreis	-21,8%	2,3%

Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Abbildung 12: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Tabelle 23: Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo

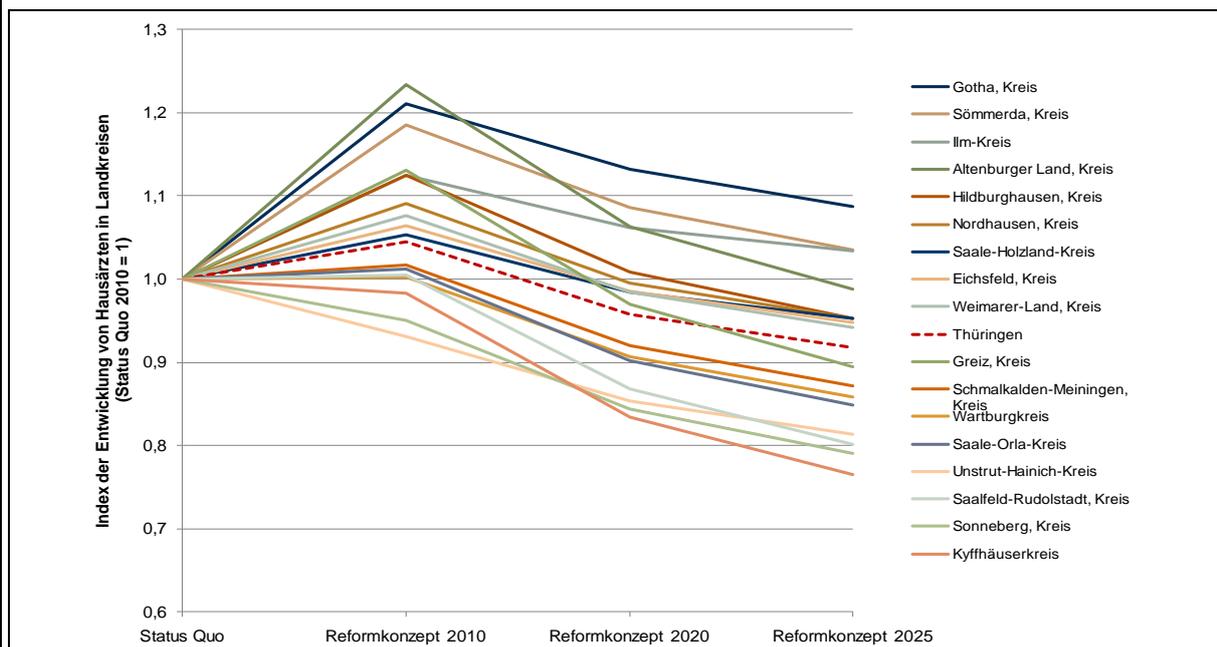
Kreis	Status Quo	Reformkonzept 2010	Reformkonzept 2020	Reformkonzept 2025
Erfurt, Kreisfreie Stadt	124	133	131	131
Gera, Kreisfreie Stad	66	68	61	57
Jena, Kreisfreie Stadt	69	67	68	70
Suhl, Kreisfreie Stadt	33	27	22	20
Weimar, Kreisfreie Stadt	46	42	44	45
Eisenach, Kreisfreie Stadt	33	29	27	27

Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Anmerkung: rot: Planzahl < tatsächliche Arztzahl (Status Quo)

Für die Mehrzahl der Landkreise Thüringens ergibt sich ein gegenwärtiger Mehrbedarf an Hausärzten (Abbildung 13 und Tabelle 24). In allen Landkreisen nimmt der für die Jahre 2020 und 2025 ermittelte Hausärztebedarf jedoch wieder ab. Für nur drei Landkreise liegt der aufgrund der Bevölkerungsprognosen ermittelte Hausärztebedarf auch noch im Jahr 2025 über der Hausärztezah im Status Quo.

Abbildung 13: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Tabelle 24: Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo

Kreis	Status Quo	Reformkonzept 2010	Reformkonzept 2020	Reformkonzept 2025
Sömmerda, Kreis	41	48	44	42
Hildburghausen, Kreis	40	45	40	38
Ilm-Kreis	67	75	71	69
Weimarer-Land, Kreis	51	55	51	48
Sonneberg, Kreis	43	41	36	34
Saalfeld-Rudolstadt, Kreis	80	81	70	64
Saale-Holzland-Kreis	55	58	54	52
Saale-Orla-Kreis	58	59	53	50
Greiz, Kreis	65	74	63	58
Altenburger Land, Kreis	56	69	59	55

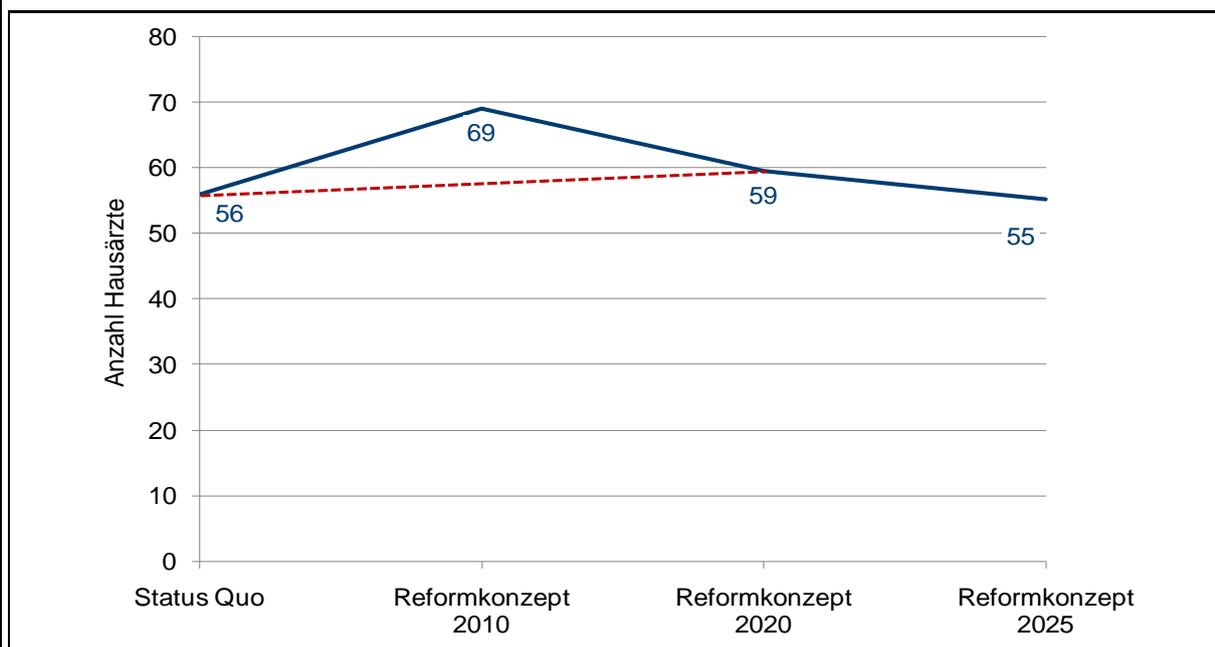
Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Anmerkung: rot: Planzahl < tatsächliche Arztzahl (Status Quo)

#### 4.4.3 Verfahrensvorschlag bei temporärem Mehrbedarf an Ärzten

Die typische Entwicklung der Hausärztebedarfs in den Landkreisen Thüringens ist durch einen aktuellen Mehrbedarf und einem längerfristigen Rückgang des Hausärztebedarfs gekennzeichnet, der bis auf wenige Ausnahmen in einen Minderbedarf im Jahr 2025 im Vergleich zum Status Quo mündet. Exemplarisch lässt sich dies anhand des Landkreises "Altenburger Land" illustrieren (Abbildung 14). Im Vergleich zum Status Quo ergibt sich in diesem Landkreis im Zeitraum 2010 bis 2025 temporär ein Mehrbedarf an Hausärzten. Der auf der Grundlage der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung c. p. für das Jahr 2025 ermittelte Planungswert für Hausärzte liegt jedoch wieder leicht unter der Hausärztezahl im Status Quo.

Abbildung 14: Anzahl der Hausärzte im Kreis Altenburger Land, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Hinsichtlich der Steuerung der ärztlichen Angebotskapazitäten stellt sich nun die Frage, ob der aktuelle Mehrbedarf oder der längerfristige Minderbedarf als maßgebliche Planungsgrundlage herangezogen werden sollte. Für den Landkreis Altenburger Land bedeutete dies konkret ein Spektrum an Planungswerten, das von 13 zusätzlichen Hausärzten (+23 %) bis zu einer Verringerung um einen Hausarzt (-2 %) reicht. Angesichts der typischerweise mehrjährigen Zulassungsperspektive und der entsprechend längerfristigen Tätigkeit von Hausärzten an ihren Arztsitzen erscheint es sinnvoll, die prospektiv ermittelten Planungswerten stärker in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Gleichzeitig sollte dies jedoch nicht dazu führen, dass der temporäre Mehrbedarf allein aufgrund des kürzeren Zeithorizonts ignoriert wird.

Das hier vorgeschlagene Konzept sieht als Lösungsansatz für eine prospektive Orientierung der Bedarfsplanung vor, dem zeitlich begrenzten Mehrbedarf primär dadurch zu entsprechen, dass die Zulassungen für Vertragsärzte stärker zeitraumbezogen differenziert werden. Das GKV-VStG hat hierfür durch Ergänzung des § 98 SGB V eine gesetzliche Grundlage geschaffen, wonach die Zulassungsverordnungen nun auch Vorschriften über die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen enthalten müssen (Abs. 2 Nr. 12). Bezogen auf das hier gewählte Beispiel, dem Landkreis Altenburger Land, bedeutet dies, dass der gegenwärtig zu konstatierende Mehrbedarf von 13 Hausärzten zum Großteil

durch zeitlich befristete Hausarztzulassungen zu decken wäre.

Konkret wird vorgeschlagen, den prospektiven Planungswert für das Jahr 2020 als Orientierungspunkt heranzuziehen. Der hiermit gewählte 10-Jahres-Zeitraum wäre ein pragmatischer Kompromiss: Angesichts des Ziels der längerfristigen Orientierung der Bedarfsplanung sollte der Zeitraum einerseits nicht zu kurz gewählt werden; andererseits nimmt mit zunehmender Länge des Zeitraums die Prognosequalität ab. Hinzu kommt die Ceteris-paribus-Annahme bei der Ableitung der prospektiven Planungswerte, insbesondere der Anwendung unveränderter Norm-Verhältniszahlen: Infolgedessen verlieren die prospektiven Planungswerte mit zunehmender Länge des Zeitraums an Aussagekraft. Schließlich ist davon auszugehen, dass die Norm-Verhältniszahlen in größeren Zeitabständen an die aktuellen Verhältnisse angepasst werden.

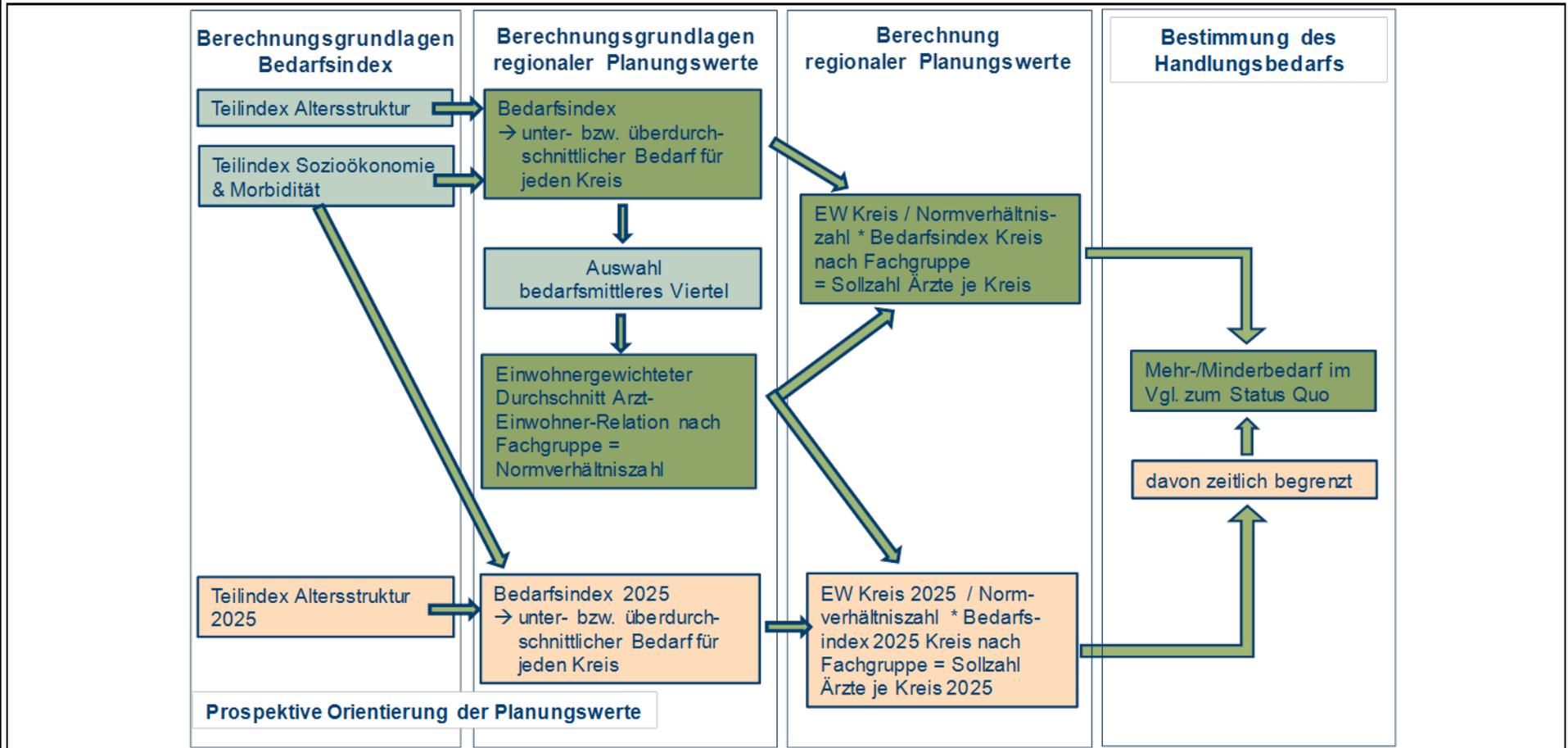
Bezogen auf den Landkreis Altenburger Land wäre demnach für die Bedarfsplanung die für das Jahr 2020 ermittelte Hausärztezahl in Höhe von 59 maßgeblich, um den Anteil der zeitlich befristeten Hausarztzulassungen zu bestimmen. Im Ergebnis würde der gegenwärtig zu konstatierende Mehrbedarf von 13 Hausärzten durch zehn auf den 10-Jahres-Zeitraum 2010 bis 2020 befristete Hausarztzulassungen und durch drei unbefristete Hausarztzulassungen gedeckt. Im Jahr 2020 würden somit zehn der 13 zusätzlichen Hausarztzulassungen ihre Gültigkeit verlieren, und der prospektive Planungswert für das Jahr 2020 von insgesamt 59 Hausärzten würde erreicht.

Um einem aller Voraussicht nach nur temporär bestehendem Mehrbedarf an Ärzten zu entsprechen, sind neben einer Ausweitung von Befristungsmöglichkeiten u. U. weitere Maßnahmen zu ergreifen. Hierzu zählt eine Reihe von Instrumenten, die bereits gegenwärtig regional entwickelt und erprobt werden, wie z. B. mobile Arztpraxen oder Patientenbeförderungsdienste. Einen möglichen Beitrag kann auch die Flexibilisierung der Arbeitsformen von Vertragsärzten leisten, wie sie insbesondere durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz seit dem Jahr 2007 angestoßen wurden, z. B. in Form von Teilzulassungen oder Zweigpraxen.

#### **4.5 Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene**

Mit der Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte sowie der prospektiven Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung wurden die Verfahrensschritte des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung beschrieben, die auf zentraler (Bundes-) Ebene vollzogen werden. Abbildung 15 stellt die einzelnen Elemente und die Abfolge der Verfahrensschritte nochmals im Überblick dar.

Abbildung 15: Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene



Quelle: IGES

Die nachfolgend dargestellten Teile des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung beziehen sich auf die Verfahrensschritte, die auf regionaler Ebene vollzogen werden. Hierbei handelt es sich um die Verteilungsplanung zu den regionalen Planungswerten, die sich aus den vorigen Verfahrensschritten auf zentraler Planungsebene ergeben.

## **4.6 Kapazitätsverteilung in der Fläche**

### **4.6.1 Verfahrensgrundlagen**

Das von IGES entwickelte Reformkonzept der Bedarfsplanung ist zweistufig angelegt: In der ersten Stufe wird für jede Planungsregion – je nach betrachteter ärztlicher Fachgruppe entweder Kreise/kreisfreie Städte oder Raumordnungsregionen (ROR) – die Sollzahl von Arztsitzen ermittelt. Dies erfolgt unter Berücksichtigung des für die jeweilige regionale Bevölkerung ermittelten Bedarfsindex einerseits (vgl. Kapitel 4.2) sowie ggf. einer prospektiven Adjustierung andererseits (vgl. Kapitel 4.4).

In der zweiten Verfahrensstufe geht es um die Verteilung der als Soll festgelegten Arztsitze bzw. Praxisstandorte über die Fläche der jeweiligen Planungsregion.

Durch die Verfahrensentwicklungen auf der ersten Stufe wird erreicht, dass die Planungswerte (Sollzahlen) für jede Region nur noch nach Maßgabe von nachvollziehbaren Unterschieden auf der Ebene der definierten Bedarfsindikatoren variieren.

Die Verfahrensentwicklung auf der zweiten Stufe soll sicher stellen, dass den aus Sicht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss besonders wichtigen Kriterien der Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig besser Rechnung getragen wird.

Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Steuerung der Standortwahl für Arztsitze innerhalb eines Planungsbezirks nicht vorgesehen. Diese Situation ist insofern unbefriedigend, weil sie u. U. dazu führen kann, dass sich trotz Erhöhung der Versorgungskapazität durch zusätzliche Arztsitze die Erreichbarkeit und Wohnortnähe für die Bevölkerung des Planungsbezirks nicht verbessern, wenn die zusätzlichen Praxisstandorte in unmittelbarer Nähe der bereits bestehenden errichtet werden.

Das hier vorgeschlagene Konzept sieht daher einen eigenständigen Verfahrensschritt zur Planung der Verteilung der Praxisstandorte innerhalb eines Planungsbezirks vor, für den die rechtlichen Grundlagen ggf. zu schaffen wären.

Eine Alternative zu dieser Vorgehensweise stellt eine kleinräumigere Bedarfsplanung dar. In diesem Fall wird die Wohnortnähe sicher gestellt, indem entsprechend kleine Planungsbezirke gewählt werden. Der – aus unserer Sicht gravierende – Nachteil dieser Vorgehensweise ist die damit einher gehende starke Erhöhung der Zahl der Planungsbezirke und damit auch der Rundungstatbestände bei der Festlegung der absoluten Arztsitzen je Planungsbezirk. Je nach gewählter Rundungsregel können bei einer kleinräumigeren Bedarfsplanung erhebliche – und sachlich eigentlich nicht begründete – Steigerungen der Arztsitzzahlen resultieren.

Das Ziel einer wohnortnahen bzw. gut erreichbaren Versorgung wird auch in einem im Jahr 2011 publizierten Reformkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verfolgt (Kopetsch 2011), das ebenfalls auf eine kleinräumige Planung abzielt. Dieses Konzept verzichtet auf eine vorgängige Ermittlung von Planungswerten für administrativ abgegrenzte Regionen und leitet statt dessen einen potenziellen zusätzlichen Versorgungsbedarf unmittelbar aus Interaktionsbeziehungen zwischen existierenden bzw. möglichen Praxisstandorten und der umliegenden Bevölkerung ab. Damit wird zwar die Rundungsproblematik vermieden, aber das vorliegende Reformkonzept präferiert aus folgenden Gründen trotzdem die zweistufige Vorgehensweise:

- Regionsbezogene Planungswerte sind u. E. weiterhin sinnvoll, weil sie nicht nur die Ermittlung von Unterversorgung, sondern auch von Überversorgung und damit die Option eines perspektivischen Abbaus von Unterversorgung in einer Region durch die Reduktion von Überversorgung in anderen Regionen ermöglichen.
- Die erste Verfahrensstufe des Reformkonzepts kann ohne großen Aufwand der Informationsbeschaffung und -verarbeitung auf einer zentralen Ebene – auf Bundes-, Landes- oder KV-Ebene – durchgeführt werden. Um eine hinsichtlich Erreichbarkeit und Wohnortnähe sachgerechte Verteilung der Arztstandorte in einer Region zu erreichen, sind jedoch Kenntnisse über die örtlichen lebensweltlichen und verkehrstechnischen Gegebenheiten und Verflechtungen erforderlich. Diese Informationen sind typischerweise auf einer regionalen bzw. lokalen Planungsebene leicht verfügbar, wogegen eine zentrale Beschaffung und Administration dieser Informationen zwar prinzipiell möglich, aber sicher aufwändig und für die Bürger/innen tendenziell intransparent wäre. Daher sieht das vorliegende Konzept in der zweiten Verfahrensstufe eine regionalisierte Verteilungsplanung vor, die sich z. B. durch eine regelhafte Beteiligung der kommunalen Organe (Kreistage) an der Planung Zugang zu den erforderlichen Informationen verschaffen kann (vgl. Kapitel 4.7).

Das im Folgenden dargestellte Verfahren zur Verteilung der ärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche verwendet u. a. ein je nach betrachteter Arztgruppe unterschiedliches Entfernungskriterium (z. B. 5 km für die Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis). Für diese methodische Vorgehensweise spricht nicht nur die vergleichsweise leichte Handhabbarkeit des Kriteriums durch die regional an der Bedarfsplanung beteiligten Instanzen, sondern auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die unter Verweis auf den Versorgungsanspruch der Versicherten feste Maximalentfernungen zwischen dem Wohnort eines Versicherten und einem Praxisstandort als Beurteilungsmaßstab heranzieht, ob in einer Region ggf. ein Sonderbedarf zu prüfen ist (vgl. Bundessozialgericht Urteil vom 23.6.2010, B 6 KA 22/09 R).

Im Folgenden werden die Verfahren zur Verteilungsplanung für die hausärztliche und die wohnortnahe fachärztliche Versorgung dargestellt. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die gemäß diesem Reformkonzept auf der Ebene der Raumordnungsregionen geplant werden soll, ist keine Verteilungsplanung vorgesehen. Das Kriterium der Wohnortnähe muss bei diesen Versorgungsangeboten aus den oben dargelegten Gründen (vgl. Kapitel 4.2.3) in den Hintergrund treten, weshalb eine Verteilungsplanung nicht sinnvoll erscheint.

#### 4.6.2 Verfahren zur Verteilung von hausärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Hausärzte)

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist eine möglichst große Wohnortnähe das zentrale Kriterium. Das Verfahren der "Verteilungsplanung/ Hausärzte" wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Es lässt sich durch folgende Eckpunkte beschreiben:

1. Aus der ersten Verfahrensstufe der Bedarfsplanung ergibt sich für den Planungsbezirk – im Fall der Hausärzte also den Kreis bzw. die kreisfreie Stadt – eine bedarfsadjustierte Einwohner-Arzt-Relation (Zielrelation) sowie (nach Multiplikation mit der Einwohnerzahl) die Sollzahl von Hausärzten. (Dabei wird zunächst nicht zwischen befristeten und unbefristeten Zulassungen unterschieden, vgl. Kapitel 4.4).
2. Die Verteilungsplanung/Hausärzte erfolgt auf der Ebene der Gemeinden<sup>35</sup> eines Kreises bzw. bei kreisfreien Städten auf einer zu definierenden kleinräumigeren Ebene (z. B. Stadt-/Ortsteile, statistische Gebiete o. ä.). Im Folgenden wird das Verfahren am Beispiel eines Landkreises und der zugehörigen Gemeinden dargestellt (vgl. Abbildung 16, Kreis Altenburger Land).
3. Auf der Ebene der Gemeinden werden die bestehenden Praxisstandorte ermittelt und berechnet, welches faktische Verhältnis „Einwohner der Gemeinde pro Arzt“ sich für jede Gemeinde des Kreises zum Stichtag der Planung ergibt.
4. Auf Basis dieser gemeindebezogenen faktischen Einwohner-Arzt-Relationen im Status quo werden die Gemeinden des Kreises folgenden vier Kategorien zugeordnet:

Kategorie A: Gemeinden, in denen die faktische Einwohner-Arzt-Relation zum Planungsstichtag der für den gesamten Kreis berechneten Zielrelation entspricht bzw. innerhalb eines definierten Intervalls um die Zielrelation liegt (hellgrün dargestellte Gemeinden in Abbildung 16). In der folgenden beispielhaften Darstellung wird für die Kategorie A das Intervall  $\geq 75\%$  der Zielrelation bis  $\leq 125\%$  der Zielrelation definiert.

Kategorie B: Gemeinden mit einer höheren Versorgungsdichte als Kategorie A ( $>125\%$  der Zielrelation) (dunkelgrün dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

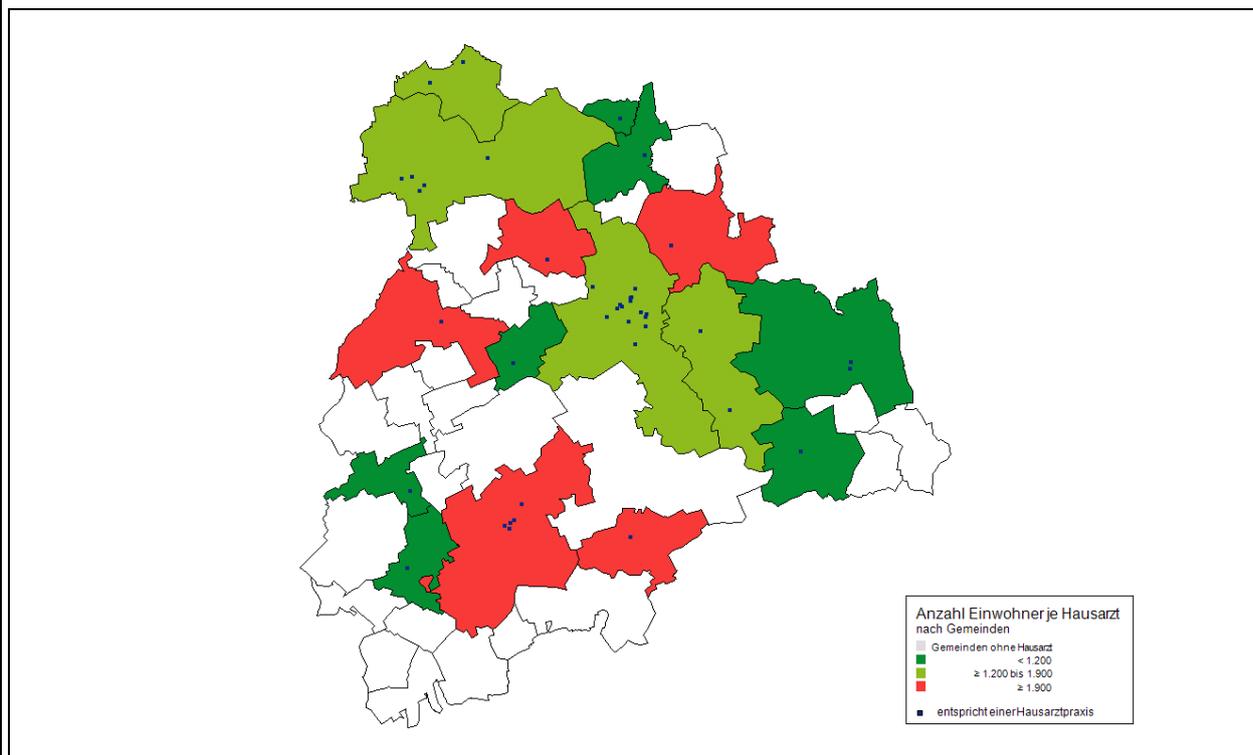
Kategorie C: Gemeinden mit einer geringeren Versorgungsdichte als Kategorie A ( $< 75\%$  der Zielrelation) (rot dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

Kategorie D: Gemeinden ohne Hausarztstandort (weiß dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

5. Anschließend wird nach einem regelbasierten Verfahren sukzessive geprüft und entschieden, in welchen Gemeinden Arztsitze angesiedelt oder abgebaut werden sollen. Übergeordneter Maßstab ist dabei die für den gesamten Kreis festgelegte Sollzahl von Ärzten.

<sup>35</sup> Zum 31.12.2010 gab es in Deutschland 11.515 Gemeinden. Insbesondere in Rheinland-Pfalz und Bayern ist die Anzahl der Gemeinden sehr hoch (mehr als 2.000), so dass auch eine Aggregation zu 4.620 Gemeindeverbänden (Stand 31.12.2010) als Betrachtungsebene vertretbar wäre.

Abbildung 16: Verteilungsplanung/Hausärzte: Kategorisierung von Gemeinden am Beispiel des Kreises Altenburger Land (Thüringen)



Quelle: IGES; Anzahl der Hausarztpraxen nach Gemeinden gemäß Online-Arztuche der KV-Thüringen, Stand: 15.12.2011.

**Fall 1:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis ist höher als die aktuelle Ist-Zahl.

In diesem Fall geht es zunächst um die Frage, in welchen Gemeinden die zusätzlichen Hausarztpraxen angesiedelt werden sollen. Darüber hinaus kann zusätzlich auch eine perspektivische „Umsiedlung“ von bereits bestehenden Hausarztpraxen in Frage kommen, um die Wohnortnähe der Versorgung für die Einwohner des Kreises zu steigern.

Im ersten Schritt muss für alle Gemeinden ohne Arzt (Kategorie D, weiße Flächen) geprüft werden, ob die dort wohnhafte Bevölkerung durch angrenzende Gemeinden mit Arztstandorten – ggf. auch in benachbarten Kreisen – in angemessener Weise mitversorgt werden kann. Dies ist der Fall, wenn folgende zwei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

- (a) Bei einer Zusammenfassung der Gemeinde ohne Hausarzt mit einer benachbarten Gemeinde mit mindestens einem Hausarzt liegt die resultierende Einwohner-Arzt-Relation für die fusionierten Gemeinden in den für den Kreis geltenden Intervallgrenzen der Kategorie A.
- (b) Die Einwohner der Gemeinde ohne Arzt können die Ärzte in der Nachbargemeinde in zumutbarer Weise erreichen. Die Zumutbarkeit wird unterstellt, wenn die Entfernung weniger als 5 km (oder ein anderer zu definierender Wert) beträgt.

Falls für eine Gemeinde ohne Arzt keine Zusammenfassung mit einer Nachbargemeinde die genannten Bedingungen erfüllt, kommt diese Gemeinde für einen neuen Arztsitz in Frage.

Das Verfahren wird für die Gemeinden der Kategorie C (geringere Versorgungsdichte als für den Kreis insgesamt vorgesehen) in analoger Weise wiederholt.

In vielen Fällen dürften die planerischen Fusionen von Gemeinden der Kategorien D und C mit besser versorgten Nachbargemeinden dazu führen, dass nur wenige Gemeinden der überdurchschnittlich versorgten Kategorie B übrig bleiben. Es ist jedoch möglich, dass die Behebung einer Unterversorgung in Kategorie D/C-Gemeinden durch Zusammenfassung mit besser versorgten Nachbarn nicht möglich ist, dass aber gleichzeitig innerhalb der Planungsregion Gemeinden der Kategorie B verbleiben. In diesen Fällen kann die Unterversorgung in D/C-Gemeinden – nach Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Neuansiedlung von Arztpraxen – durch eine perspektivische Umsiedlung von Arztsitzen aus Gemeinden der Kategorie B in D/C-Gemeinden erfolgen. (Details zum Verfahren der perspektivischen Umsiedlung von Arztsitzen sind weiter unten dargestellt.)

**Fall 2:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis ist niedriger als die aktuelle Ist-Zahl.

In diesem Fall geht es um die Frage, in welchen Gemeinden bestehende Arztsitze künftig abgebaut werden sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Gemeinde mit überdurchschnittlicher Versorgung möglicherweise eine Mitversorgungsfunktion für benachbarte Gemeinden erfüllt.

Für jede Gemeinde der Kategorie B wird geprüft, ob nach Wegnahme eines Arztsitzes in dieser Gemeinde sowie den ggf. mitversorgten Nachbargemeinden eine Versorgungssituation mindestens entsprechend der Kategorie A resultiert. Die Überprüfung der Mitversorgungsfunktion der betreffenden B-Gemeinde erfolgt analog zu der Vorgehensweise in Fall 1 durch planerische Fusion der Gemeinden und Berechnung der Einwohner-Arzt-Relation für das resultierende Aggregat.

Die Vorgehensweise wird für alle Gemeinden der Kategorie B fortgesetzt, bis die Zahl der abzubauenen Arztsitze erreicht ist.

Trotz der Überversorgung auf Ebene der gesamten Planungsregion kann es auf Gemeindeebene zu Verletzungen der definierten Kriterien für eine wohnortnahe Versorgung kommen. Daher kann ergänzend zu der Festlegung der abzubauenen Arztsitzstandorte zusätzlich auch eine die Wohnortnähe optimierende „Umsiedlungsplanung“ (vgl. Fall 3) erfolgen.

**Fall 3:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis entspricht (innerhalb definierter Toleranzgrenzen) der aktuellen Ist-Zahl.

Auch in diesem Fall sollte eine Verteilungsplanung durchgeführt werden, weil trotz Erreichen der Sollzahl auf Ebene der Planungsregion in einzelnen Gemeinden das Kriterium der Wohnortnähe verletzt sein kann.

Die Vorgehensweise erfolgt analog zu Fall 1, mit dem Unterschied, dass gemeindebezogene Unterversorgungen, die nicht durch planerische Fusionen mit Nachbargemeinden ausgeglichen werden können, nur durch perspektivische „Umsiedlungen“ von Praxisstandorten, aber nicht durch zusätzliche Ansiedlungen behoben werden können. Die Gemeinden, die für eine Abgabe von Arztsitzen in Frage kommen, werden entsprechend Fall 2 ermittelt.

Das Konzept der perspektivischen "Umsiedlung" von Praxisstandorten innerhalb einer Planungsregion ist ein zusätzliches und bisher in der Bedarfsplanung nicht bekanntes Verfahrenselement. Es dient ausschließlich der Herstellung einer größeren Wohnortnähe der – vor allem hausärztlichen – Versorgung. Dabei geht es nicht um eine Umsiedlung von Vertragsärzten mit ihrer Praxis, sondern um eine Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall einer Nachbesetzung des Arztsitzes.

- Eine perspektivische Umsiedlung von Praxisstandorten ist in Betracht zu ziehen, wenn die Verteilungsplanung für eine Planungsregion nach eventueller Verteilung zusätzlicher Arztsitze (vgl. oben Fall 1) das Fortbestehen von Gemeinden mit über- (Kategorie B) und unterdurchschnittlicher (Kategorien C, D) Versorgung innerhalb einer Planungsregion anzeigt.
- Es ist zu prüfen, ob eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in den Gemeinden der Kategorien C und D ggf. durch Mitversorgung durch Arztsitze in angrenzenden Planungsregionen (Nachbarkreise) erreicht wird.
- Ferner ist zu prüfen, ob das Ziel einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung in den Gemeinden der Kategorien C und D ggf. durch Infrastrukturmaßnahmen zu Verbesserung der Erreichbarkeit der bestehenden Praxisstandorte – z.B. durch Verbesserung der ÖPNV-Anbindung – erreicht werden kann.
- Falls keine dieser Maßnahmen zum Ziel führt, muss die KV die Umsiedlung von Arztstandorten aus Gemeinden der Kategorie B in Gemeinden der Kategorie C bzw. D veranlassen. Das bedeutet, dass die Nachbesetzung des nächsten frei werdenden Arztsitzes in einer Gemeinde der Kategorie B an die Bedingung geknüpft wird, dass der Praxisnachfolger den Standort entsprechend der Vorgabe der KV in eine C/D-Gemeinde verlegt.

Das geschilderte Verfahren ermöglicht eine Verteilungsplanung, die sich zum einen auf einheitliche formale Kriterien (bedarfsadjustierte Einwohner-Arzt-Relation des Kreises sowie Maximalentfernungskriterium) stützt, die aber unter Nutzung des lokalen Wissens über die lebensweltlichen und verkehrstechnischen Verflechtungen und Gegebenheiten in der Region flexibel angepasst werden kann. So sollte bspw. eine Verletzung des Maximalentfernungskriteriums zulässig sein, wenn die tatsächlichen Verkehrsverbindungen dies sinnvoll und begründbar erscheinen lassen. Auch das Verfahren der planerischen Zusammenfassung von benachbarten Regionen, um die Möglichkeit der Mitversorgung zu eruieren, sollte nicht schematisch erfolgen, sondern unter Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse.

Die Berücksichtigung solcher lokalen Gegebenheiten wird durch die vorgesehene Beteiligung von lokalen Akteuren – vorgeschlagen werden die Kreistage – ermöglicht: Die von der KV zunächst nach formalen Kriterien erstellte Verteilungsplanung soll den Kreistagen durch den Landesausschuss zur Stellungnahme vorgelegt werden. Diese sollen den Verteilungsvorschlag unter Berücksichtigung der lokalen lebensweltlichen Verflechtungen sowie der ÖPNV-Verbindungen prüfen und ggf. abweichende Vorschläge zur Verteilung der Arztsitze innerhalb der Planungsregion machen. Dabei sind bspw. auch Verletzungen des Entfernungskriteriums (5 km) möglich, sofern sie von der lokalen Ebene begründet werden.

Die Entscheidung über die Verteilungsplanung liegt beim zuständigen Landesausschuss, der die Modifikationsvorschläge der lokalen Akteure berücksichtigen kann (vgl. Kapitel 4.7).

#### **4.6.3 Verfahren zur Verteilung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Fachärzte)**

Die Ermittlung der Sollzahl von Ärzten erfolgt auch für die Fachgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Im Hinblick auf die Verteilung dieser Arztsitze innerhalb der Planungsregion sind jedoch andere Maßstäbe anzulegen, als bei den Hausärzten:

- Auf einen Facharzt kommen deutlich mehr Einwohner als auf einen Hausarzt, woraus zwingend folgt, dass hier eine geringere Wohnortnähe in Kauf zu nehmen ist. Das im Folgenden dargestellte Verfahren schlägt für die wohnortnahen Facharztgruppen als Entfernungskriterium eine maximale Entfernung von ca. 15 km vor.
- Bei grundsätzlich geringerer Wohnortnähe ist es ferner positiv zu bewerten, wenn sich die Arztpraxen innerhalb der Planungsregion an wenigen zentralen Orten ansiedeln, weil diese üblicherweise auch verkehrstechnisch am besten erreichbar sind. Allerdings gilt es trotzdem im Regelfall das Maximalentfernungskriterium einzuhalten. Abweichungen von dem Entfernungskriterium können auf begründete Intervention der lokalen Akteure – analog zum Verfahrensvorschlag für die Verteilungsplanung/Hausärzte – akzeptiert werden.

Die gegenwärtigen Standorte der wohnortnahen Facharztpraxen finden sich in der Regel bereits konzentriert in den größeren Orten der bestehenden Planungsregionen. Das Verfahren der Verteilungsplanung/Fachärzte nimmt daher die bestehenden Praxisstandorte der jeweils betrachteten Fachgruppe zum Ausgangspunkt und prüft sukzessive, ob das Entfernungskriterium für die Einwohner des Kreises eingehalten wird bzw. an welchen Standorten ein Zu- oder Abbau von Arztsitzen durchgeführt werden sollte oder welche bestehenden Arztsitze umgesiedelt werden sollten, um die Wohnortnähe zu verbessern.

1. Im ersten Schritt wird für jede in der Planungsregion bereits vorhandene Praxis das Einzugsgebiet – also die Region im Radius von ca. 15 km um den Praxisstandort herum – definiert.
2. Die innerhalb des Einzugsgebiets der Praxis wohnhaften Einwohner werden – beginnend mit den Einwohnern der Standortgemeinde der Praxis und ggf. mit Einwohnern der jeweils unmittelbar angrenzenden Gemeinden fortfahrend – dieser Praxis fiktiv als zu versorgende Population zugeordnet, bis das für diesen Planungsbezirk maßgebliche Einwohner-Arzt-Verhältnis erreicht ist. Zuerst werden Einwohner der Gemeinden zugeordnet, die ausschließlich im Einzugsgebiet dieser Praxis liegen, im nächsten Schritt auch Einwohner, die in den Einzugsgebieten mehrerer Praxen liegen – solange bis die Praxis „voll“ ist.
3. Jeder Einwohner kann nur genau einer Praxis zugeordnet werden. Falls einer Praxis keine innerhalb ihres Einzugsgebiets wohnenden Einwohner mehr zugeordnet werden können (z. B. weil die übrigen Einwohner bereits anderen am gleichen Standort ansässigen Praxen fiktiv zugeordnet sind), wird die Differenz zur Einwohner-Arzt-Soll-Relation als freie Kapazität dieser Praxis gekennzeichnet.
4. Bei der Zuordnung der zu versorgenden Population werden die Einwohner nicht als Köpfe gezählt, sondern mit dem Gewicht, das sich aus dem Bedarfsindex für den Planungsbezirk ergibt. In einem Planungsbezirk mit überdurchschnittlichem Bedarf würde jeder Einwohner folglich mit einem Wert größer 1 gezählt.
5. In analoger Weise wird mit allen Praxen der Fachgruppe mit Standorten im Planungsbezirk verfahren.

Durch dieses Vorgehen wird sichtbar,

- a. welche Gemeinden bzw. Einwohner des Planungsbezirks keiner Praxis innerhalb der Maximalentfernung von 15 km zugeordnet werden können (weil alle Praxen innerhalb der Maximalentfernung bereits durch andere Einwohner fiktiv ausgelastet sind oder weil innerhalb der Maximalentfernung überhaupt keine Praxis erreichbar ist);
- b. welche Arztpraxen aufgrund der bedarfsgewichteten Anzahl der innerhalb ihres Einzugsgebietes von 15 km wohnhaften Einwohner als nicht ausgelastet zu gelten haben.

Damit ist die Basis geschaffen, um – je nachdem ob die tatsächliche Arztzahl über, unter oder am Sollwert liegt – die Standorte zu bestimmen, an denen neu zu besetzende Arztsitze angesiedelt oder überzählige abgebaut oder umgesiedelt werden sollten.

Abbildung 18 verdeutlicht die Vorgehensweise an einem schematischen Beispiel: Die Rechtecke im oberen Teil des Bildes sollen die zwölf Gemeinden (A bis L) eines Planungsbezirks darstellen. Jede Gemeinde habe eine bedarfsgewichtete Anzahl von 15.000 Einwohnern. Im oberen Teil jedes Rechtecks sind die in der Gemeinde ansässigen Arztpraxen (P 1 bis P 7) dargestellt, Die maßgebliche Planzahl für den Bezirk betrage 20.000 Einwohner pro Arzt, bei insgesamt 180.000 Einwohnern beträgt die Sollzahl somit neun – statt der tatsächlich vorhandenen sieben – Arztpraxen. Ferner wird angenommen, dass das Maximalentfernungskriterium von 15 km stets für aneinander angrenzende Gemeinden gewahrt ist, d. h., eine Praxis in Gemeinde F kann theoretisch unter Wahrung des Maximalentfernungskriteriums auch Patienten aus den Gemeinden A, B, C, E, G, I, J, K (aber nicht aus D, H oder L) versorgen.

Die Vorgehensweise der Verteilungsplanung ist in der Tabelle im unteren Teil der Abbildung dargestellt: Jeder Praxis sind sukzessive Patienten aus den Gemeinden innerhalb der Maximalentfernung zugeordnet – bis zum Erreichen der Verhältniszahl von 20.000 Einwohnern.

Im Ergebnis wird deutlich, dass die Einwohner in den drei südöstlichen Gemeinden H, K und L nach den hier angelegten Verteilungskriterien am schlechtesten versorgt sind. Die zwei gemäß der Bedarfsplanung in diesem Bezirk zusätzlich zu besetzenden Arztsitze sollten somit bspw. nicht in Gemeinde F, sondern bspw. in Gemeinde G oder L angesiedelt werden.

Abbildung 17: Schematisches Beispiel zur Veranschaulichung der Verteilungsplanung/Fachärzte

<b>A 15.000 EW</b>	<b>B 15.000 EW</b>	<b>C 15.000 EW</b>	<b>P 6 P 7</b> <b>D 15.000 EW</b>
<b>E 15.000 EW</b>	<b>P 1 P 2 P 3 P 4</b> <b>F 15.000 EW</b>	<b>P 5</b> <b>G 15.000 EW</b>	<b>H 15.000 EW</b>
<b>I 15.000 EW</b>	<b>J 15.000 EW</b>	<b>K 15.000 EW</b>	<b>L 15.000 EW</b>

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Sum
<b>P 1</b>		5000				15000							20000
<b>P 2</b>	10000	10000											20000
<b>P 3</b>	5000				15000								20000
<b>P 4</b>								15000	5000				20000
<b>P 5</b>							15000		5000				20000
<b>P 6</b>			5000	15000									20000
<b>P 7</b>			10000					10000					20000
<b>Sum</b>	15000	15000	15000	15000	15000	15000	15000	10000	15000	10000	0	0	

Quelle: IGES

Bei der operativen Verfahrensdurchführung sollte die Möglichkeit bestehen, von dem Maximalentfernungswert von ca. 15 km in gewissen Grenzen abzuweichen, z. B. wenn reale Gemeindegrenzen oder geographische Gegebenheiten dies rechtfertigen.

Wie bei der Verteilungsplanung/Hausärzte ist auch für die Verteilungsplanung/Fachärzte ein Stellungnahmerecht für die lokale Ebene (Kreistage) vorgesehen, wo ggf. Modifikationen des Verteilungsvorschlags aufgrund der lokalen lebensweltlichen Zusammenhänge eingebracht werden können (vgl. Kapitel 4.7).

#### 4.6.4 Realisierungsperspektiven

Angesichts der möglicherweise fehlenden Rechtsgrundlage für eine unmittelbare Umsetzung der hier vorgeschlagenen Verteilungsplanung ist u. U. eine Zwischenlösung erforderlich. Ein Lösungsansatz könnte in einem Kompromiss zwischen dem hier präsentierten Konzept und einer kleinräumigeren Planung bestehen: Es wäre zu prüfen, ob es möglich ist, mit zwei unterschiedlichen Systematiken von Planungsbezirken zu arbeiten, einer großräumigen (z. B. Kreise) für die Bestimmung der Sollzahl von Ärzten und einer kleinräumigen (z. B. Gemeinden oder Gemeindeverbände), die nur bei festgestellter Unterversorgung wirksam wird und die sicherstellt, dass die Standorte der zusätzlichen Arztsitze so gewählt werden müssen, dass auch die Wohnortnähe und Erreichbarkeit verbessert werden.

Grundsätzlich halten wir jedoch für das Erreichen des Ziels einer angemessenen Wohnortnähe eine rechtliche Grundlage für erforderlich, die auch in Planungsbezirken ohne Unterversorgung, aber mit ungünstiger Verteilung der Praxisstandorte das beschriebene Konzept einer perspektivischen Umsiedlung ermöglicht – gemäß den in Kapitel 4.6.2 beschriebenen Grundsätzen (Bestandsschutz für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxisinhaber, Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall von Nachbesetzungen).

#### **4.7 Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene**

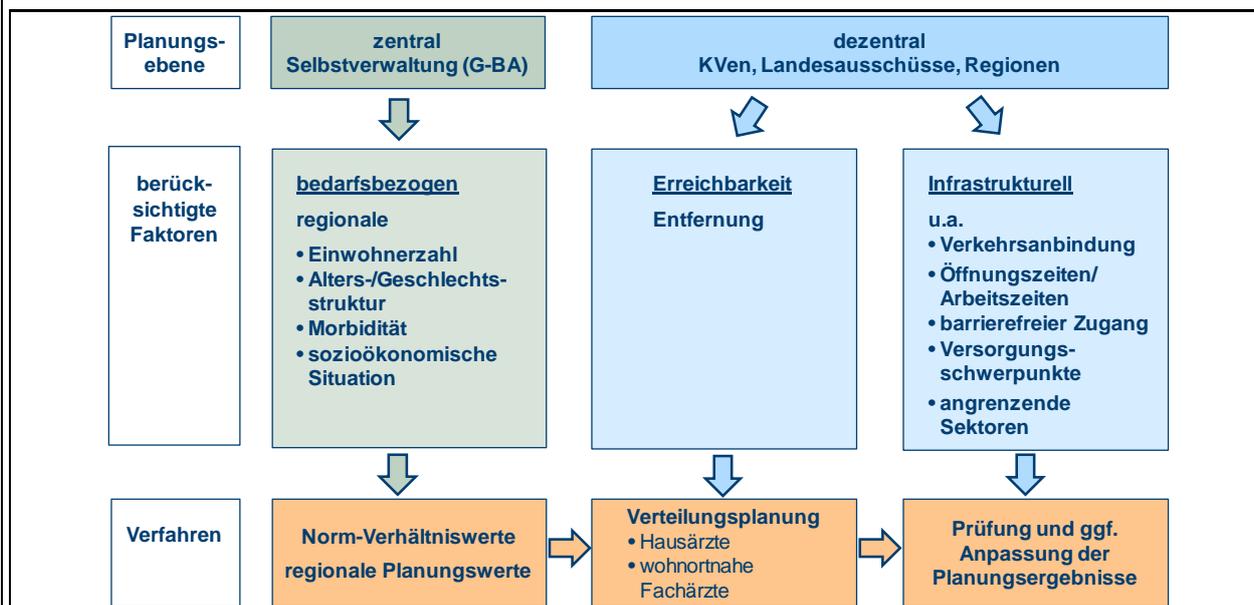
Das hier vorgeschlagene Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung lässt sich in insgesamt drei Verfahrensstufen gliedern, von denen die beiden ersten in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich dargestellt wurden (Abbildung 18):

- die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3),
- die Kapazitätsverteilung in der Fläche (konkrete Standortplanung) auf regionaler Ebene (vgl. Kapitel 4.6),
- die Prüfung und ggf. Anpassung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene.

Die Verfahrensstufen sind unterschiedlichen Planungsebenen zugeordnet. Während die erstgenannte Verfahrensstufe – die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte – auf der zentralen bzw. der Bundesebene der Selbstverwaltung vollzogen wird, werden die weiteren Verfahrensstufen – Standortplanung und Prüfung/Anpassung der Planungsergebnisse – auf dezentraler bzw. regionaler Ebene durchgeführt.

Ein wesentliches Ziel des hier vorgeschlagenen Konzeptes ist es, dass sich die Planung und Steuerung der ärztlichen Angebotskapazitäten zukünftig stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Aus dieser Zielsetzung resultiert unmittelbar, dass eine Reihe zusätzlicher versorgungsrelevanter Faktoren in das Konzept einbezogen werden, die im bisherigen System der Bedarfsplanung keine (explizite) Berücksichtigung fanden. Ein grundlegender Ansatz des Konzeptes besteht darin, dass nicht sämtliche dieser Faktoren nur im Rahmen eines einzigen Verfahrensschrittes bzw. nur auf einer Planungsebene in den Bedarfsplanungsprozess einfließen. Statt dessen gilt der Grundsatz, dass lokales Wissen nach Möglichkeit auch auf bzw. von lokaler Ebene in den Planungsprozess eingebracht wird. Mit diesem Grundsatz soll eine möglichst hohe Effizienz der Informationsbeschaffung und Informationsverwertung erreicht werden (vgl. Kapitel 4.6.1). Gleichzeitig wird damit dem gesetzlichen Ziel entsprochen, die Bedarfsplanung stärker regional zu verankern, damit regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind.

Abbildung 18: Planungsebenen und Verfahren des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung



Quelle: IGES

Orientiert an diesem Grundsatz einer möglichst effizienten Informationsnutzung wird die Verarbeitung der versorgungsrelevanten Faktoren je nach Typ den unterschiedlichen Planungsebenen bzw. Verfahrensstufen wie folgt zugeordnet:

- Die bedarfsbezogenen Faktoren (regionale Einwohnerzahl, Alters- und Geschlechtsstruktur, Morbidität, sozioökonomische Situation) bilden – wie beschrieben – die Grundlage der Bestimmung der Norm-Verhältnisswerte und der regionalen Planungswerte. Sie fließen damit auf zentraler bzw. Bundesebene in den Planungsprozess ein. Für die Legitimität eines Verfahrens der Bedarfsplanung in der GKV, deren Versicherte bundesweit identische gesetzliche Ansprüche auf medizinische Versorgung haben, erscheint es zwingend, dass die Definition und Messung des regionalen Bedarfs anhand derselben Faktoren sowie auf Basis bundeseinheitlicher Datengrundlagen und Methoden erfolgt.
- Die weiteren Faktoren beziehen sich auf grundlegende Aspekte des lokalen Zugangs: Hierbei handelt es sich um die Erreichbarkeit (Entfernung), dem zentralen Kriterium der Standortplanung, sowie um infrastrukturelle Faktoren wie Verkehrsanbindungen und auf die Versorgungsanbieter bezogene Aspekte (z. B. Öffnungs- / Arbeitszeiten, Versorgungsschwerpunkte, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Sektoren). Gemäß dem Konzept wird die Verarbeitung dieser Faktoren im Bedarfsplanungsprozess der regionalen bzw. lokalen Ebene zugeordnet. Ausschlaggebend hierfür ist, wie bereits in Kapitel 4.6.1 ausgeführt, dass Informationen und Kenntnisse über verkehrstechnische Gegebenheiten sowie spezifische lokale Charakteristika des Versorgungsangebots typischerweise auf regionaler bzw. lokaler Ebene leichter verfügbar sind. Eine zentrale Beschaffung und Administration dieser Informationen wäre zwar prinzipiell möglich, aber mit größerem Aufwand verbunden. Zudem wären im Rahmen einer zentralen Administration erwartungsgemäß die Möglichkeiten stärker begrenzt, regionale und lokale Besonderheiten bezüglich der o. a. Zugangsfaktoren zu berücksichtigen.

Die regionale und damit dezentrale Verarbeitung infrastruktureller Faktoren im Bedarfsplanungsprozess erlaubt also neben einer breiten, umfassenden Nutzung lokalen Wissens auch eine möglichst ressourcensparende Informationsbeschaffung und -auswertung. Die Auswahl der konkret zu betrachtenden infrastrukturellen Faktoren sowie die entsprechende Informationsbeschaffung und -auswertung kann nämlich regional bzw. fachbezogen auf bestimmte Planungsbereiche konzentriert werden, anstatt Informationen zu sämtlichen Faktoren für sämtliche Planungsbereiche zu verarbeiten, wie es in einem zentralisierten Verfahren der Fall wäre. Die zusätzlichen infrastrukturellen Faktoren würden insbesondere dann einbezogen, wenn eine plausible Vermutung oder Annahme besteht, dass aufgrund der spezifischen Umstände vor Ort

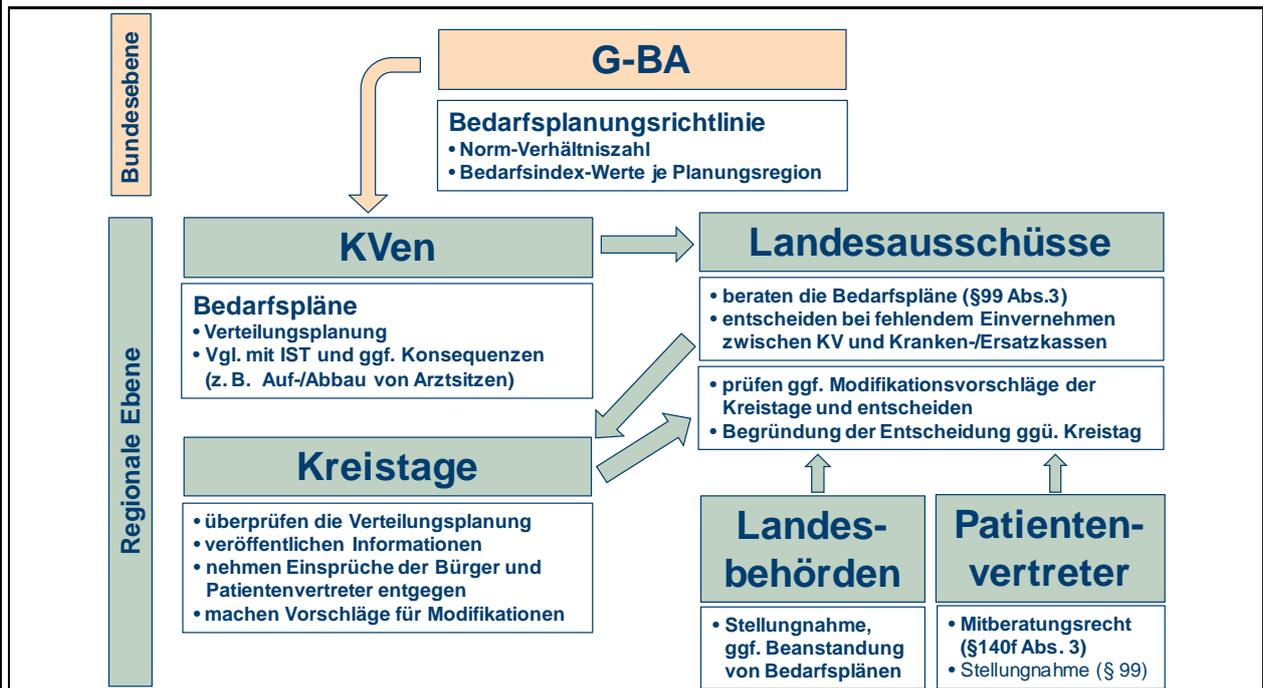
- Überschreitungen der Norm-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) oder der Maximalentfernungen kompensiert werden können  
(z. B. aufgrund günstiger Verkehrsanbindungen, von alternativen Versorgungsangeboten angrenzender Sektoren oder im Rahmen der Umlandversorgung durch zentrale Orte außerhalb des Planungsbereichs sowie aufgrund einer nachweisbaren Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgungssituation);
- trotz Einhaltung der Soll-Vorgaben für das Versorgungsangebot (Norm-Verhältniszahlen, Maximalentfernung) die medizinische Versorgung teilweise nicht gewährleistet werden kann  
(z. B. aufgrund von stark unterdurchschnittlichen Öffnungs- und Arbeitszeiten der Ärzte, eines deutlich eingeschränkten Behandlungsspektrums der Ärzte infolge von Spezialisierung, mangelnder Barrierefreiheit oder fehlender Verkehrsanbindungen).

Somit kann fallweise immer dann eine Reihe zusätzlicher infrastruktureller Faktoren in den Planungsprozess einbezogen werden, wenn vor Ort Erkenntnisse darüber vorliegen, die eine Abweichung von den zentralen Soll-Vorgaben rechtfertigen könnten. Durch diese Möglichkeit erhält der Bedarfsplanungsprozess die auch gesetzlich intendierte Flexibilität, regionalen und lokalen Besonderheiten zu entsprechen.

Eine solche Flexibilität darf allerdings nicht dazu führen, dass in der Folge die Planungsergebnisse der zentralen Ebene in unsystematischer bzw. in nicht sachlich begründbarer Weise modifiziert werden, etwa weil sich regional unterschiedliche Verfahren bei der Überprüfung zusätzlicher infrastruktureller Faktoren herausbilden. Aus diesem Grund umfasst das hier vorgeschlagene Konzept einen Vorschlag für ein Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung, in dem eindeutig geregelt ist, durch wen und nach welchem Prozedere Vorschläge zur Modifizierung der zentralen Planungsergebnisse eingebracht werden können.

Im Folgenden wird das Verfahren der Umsetzung der Bedarfsplanung grundsätzlich und gemäß der vorgeschlagenen Verfahrens-Chronologie dargestellt (Abbildung 19). Neben den beiden ersten Verfahrensstufen (Verhältnis- und Planungswerte, Standortplanung), die inhaltlich und methodisch bereits ausführlich beschrieben wurden, umfasst die folgende Darstellung auch die dritte Verfahrensstufe, die Prüfung und ggf. Anpassung der Planungsergebnisse.

Abbildung 19: Verfahrensschritte der Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens im Überblick



Quelle: IGES

1. Schritt:

Der G-BA bestimmt die Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe und die spezialisierte ärztliche Versorgung und legt diese in der von ihm erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie fest.

Darüber hinaus bestimmt der G-BA die Bedarfsindex-Werte für die einzelnen Planungsregionen (kreisfreie Städte, Landkreise bzw. Raumordnungsregionen) und übermittelt diese Werte an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

2. Schritt:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstellen gemäß § 99 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken-/ Ersatzkassen nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie und der vom G-BA übermittelten Bedarfsindex-Werte die Bedarfspläne. Die Bedarfspläne enthalten die regionalen Planungswerte. Diese werden von den KVen veröffentlicht.

Auf der Basis der regionalen Planungswerte führen die KVen die Verteilungsplanung mit dem Ziel durch, eine ausreichende Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgungsangebote im Hinblick auf das Entfernungskriterium zu gewährleisten (vgl. Kapitel 4.6.2). Die KVen vergleichen die Ergebnisse der Standortplanung (Planungsziele) mit der Ist-Situation, ermitteln Abweichungen und beschließen, welche Konsequenzen ergriffen werden sollen (z. B. Auf- bzw. Abbau von Arztsitzen).

3. Schritt:

Wie gemäß § 99 Abs. 1 SGB V vorgesehen, haben die zuständigen obersten Landesbehörden Gelegenheit, zu den Bedarfsplänen Stellung zu nehmen und – insoweit es sich um die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde handelt – diese zu beanstanden. Das Konzept zur Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens sieht darüber hinaus für die Patientenvertreter ebenfalls ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan vor.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> Ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan haben die Patientenvertreter derzeit nicht. Ein solches Recht enthält jedoch der Entwurf eines

Die Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V aus KVen, Landesverbänden der Kranken-/Ersatzkassen und den Unparteiischen beraten die Bedarfspläne in jedem Fall (§ 99 Abs. 3 SGB V). Sie werden angerufen und entscheiden, falls es nicht zu einem Einvernehmen zwischen KVen und den Landesverbänden der Kranken-/Ersatzkassen kommt. Gemäß dem Konzept zur Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens erhalten die Patientenvertreter ein generelles Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen.<sup>37</sup>

#### 4. Schritt:

Die Landesausschüsse übermitteln die (einvernehmlichen und nicht beanstandeten) Bedarfspläne an die Kreistage, der kommunalen Volksvertretung und dem Hauptorgan der Exekutive auf Ebene der Landkreise.<sup>38</sup> Die Kreistage überprüfen die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele und beabsichtigten Konsequenzen für jeweils ihre Region. Hierfür machen die Kreistage im Rahmen ihrer allgemeinen Informationspflichten gegenüber der regionalen Bevölkerung Informationen über die Bedarfsplanung zugänglich, nehmen evtl. Einsprüche der Bürger (Versicherte bzw. Patientenvertreter) entgegen und bündeln diese.

Die Kreistage können – gestützt auf die konkreten lokalen Ausprägungen infrastruktureller Faktoren sowie auf evtl. Einsprüche der regionalen Bevölkerung und Patientenvertreter – Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen. Das Stellungnahme- und Vorschlagsrecht der Kreistage bezieht sich ausschließlich auf die Verteilungsplanung, jedoch nicht auf die Festlegung der regionalen Planungswerte. Um unsystematische regionale Abweichungen von den zentralen Planungsergebnissen zu vermeiden, können und müssen die Vorschläge auf der Basis gleicher Kriterien begründet werden. Zu diesem Zweck erstellt der G-BA eine einheitliche Kriterienliste der infrastrukturellen Faktoren, die im Bedarfsplanungsprozess auf regionaler Ebene einbezogen werden können, und legt darin die Art und Weise ihrer Messung fest.<sup>39</sup>

#### 5. Schritt:

Die Kreistage übermitteln ihre evtl. Modifikationsvorschläge an die Landesausschüsse. Diese prüfen die Stichhaltigkeit der Vorschläge und entscheiden darüber, ob die Planungsziele bzw. vorgesehenen Konsequenzen entsprechend den Vorschlägen angepasst werden. Die Landesausschüsse haben ihre Entscheidung gegenüber den Kreistagen zu begründen. Die Ergebnisse der Bedarfsplanung werden schließlich durch die Zulassungsausschüsse gemäß § 96 SGB V umgesetzt.

---

Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten der Bundesregierung (Ergänzung des § 99 Abs. 1 Satz 4).

<sup>37</sup> Gegenwärtig verfügen die "auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen" gemäß § 140f Abs. 3 lediglich über ein Mitberatungsrecht bei Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen und die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen.

<sup>38</sup> Im Fall kreisfreier Städte übermitteln die Landesausschüsse die Bedarfspläne an die entsprechenden Stadtverordnetenversammlungen (je nach Land bzw. Kommunalverfassung auch Stadtrat oder Bürgerschaft).

<sup>39</sup> Der Umfang der vom G-BA festzulegenden Kriterienliste ist mit den o. a. infrastrukturellen Faktoren (vgl. Abbildung 18) nicht abschließend definiert (z. B. hinsichtlich selektivvertraglich gebundener Behandlungskapazitäten).

#### **4.8 Berücksichtigung der Versorgungsrealität aus Sicht der Bevölkerung im Rahmen der Bedarfsplanung**

Das hier vorgelegte Reformkonzept für die Bedarfsplanung geht einen ersten Schritt in die Richtung einer Berücksichtigung der auf lokaler Ebene vorhandenen Erkenntnisse zur tatsächlichen Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten durch die Bevölkerung. Indem einem regionalen Akteur, wie den Kreistagen ein Stellungnahme- und Vorschlagsrecht zu der Verteilungsplanung eingeräumt wird, besteht die Möglichkeit, die Belange der Bürgerinnen und Bürger im Planungsprozess zur Geltung zu bringen.

Voraussetzung für eine stärkere Berücksichtigung der Bürgerinteressen hinsichtlich Erreichbarkeit und Wohnortnähe sind entsprechende Erkenntnisse über evtl. vorhandene Defizite. Diese können zwar teilweise aus Infrastrukturinformation zu Verkehrsverbindungen usw. abgeleitet werden. Die Versorgungswirklichkeit – speziell auch für vulnerable Gruppen, wie bspw. Menschen mit Behinderungen – lässt sich daraus jedoch häufig nicht bzw. nur unzureichend entnehmen.

Als ein zusätzliches Instrument zur Sicherstellung einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten Versorgung ist daher anlassbezogen auch die Durchführung von Umfragen in Betracht zu ziehen, mit denen die realen Versorgungserfahrungen der Bevölkerung in Regionen erhoben wird, bei denen Zweifel an der Angemessenheit der Versorgungssituation bestehen.

Durch Befragungen können nicht nur Aspekte der Erreichbarkeit (Fahrzeiten usw.) ermittelt werden, sondern auch Fragen z. B. zu faktischen Wartezeiten oder über die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen geklärt werden.

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde für diese Zwecke ein Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen soll im Herbst 2012 in einer Pilotstudie erprobt und validiert werden. Die Ergebnisse werden anschließend in einem gesonderten Bericht veröffentlicht.

#### **4.9 Fazit**

Insgesamt gewährleistet das dargestellte Verfahren des hier vorgeschlagenen Konzepts, dass die zentralen Anforderungen der Patientenvertretung an eine Neuordnung der Bedarfsplanung erfüllt werden:

- Die Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte für das ärztliche Angebot basiert auf grundlegenden bedarfsbezogenen Faktoren. Neben der Einwohnerzahl, der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie der demographischen Entwicklung umfassen diese auch morbiditätsbezogene und sozioökonomische Faktoren. Somit wird eine stärkere Orientierung der regionalen Planungswerte am Versorgungsbedarf erreicht.
- Im Rahmen des vorgeschlagenen Verfahrens zur Standortplanung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden die aus Sicht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss besonders wichtigen Kriterien der Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig zu expliziten Planungselementen.
- Durch das vorgeschlagene Verfahren zur Überprüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene werden die regionalen Handlungsmöglichkeiten zur Deckung vorhandener Versorgungsbedarfe deutlich ausgeweitet. In diesem Kontext kann eine Reihe zusätzlicher infrastruktureller Faktoren mit spezifischer Relevanz für die lokale Versorgungssituation in die Planung einbezogen werden. Die regionale Bevölkerung (inkl. Patientenvertreter) erhalten einen Anspruch, begründete Vorschläge für

Modifikationen der Planungsziele einzubringen, die von den Landesausschüssen geprüft werden müssen.

### Literaturverzeichnis

- Andersen HH, Mühlbacher A (2004). Bedarfsplanung und demographische Entwicklung. Zum Einfluß der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung. Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe.
- Andersen HH, Mühlbacher A (2005). Morbidität, Bedarf und Vergütung. Methodische Grundlagen für Analysen über Zusammenhänge in der ambulanten Versorgung. Das Beispiel morbiditätsorientierter, regionalisierter Prognosen des Ärztebedarfs. *Gesundheit und Sozialpolitik*, 5/6: 20-30.
- Birch, S., Eyles, J., Hurley, J., Hutchinson, B., & Chambers, S. (1993). A needs based approach to resource allocation in health care. *Canadian Public Policy*, 19 (1), 68–85.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2010): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa (INKAR).
- Capaciteitsorgaan (2011). Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht: Ca-paciteitsorgaan.
- Department of Health (2011). Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (Seventh Edition). Leeds: DH Financial Planning and Allocations Division.
- Deutscher Bundestag (2011): Drucksache 17/8005, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 30.11.2011.
- Deutscher Bundestag (2011a): Drucksache 17/6906, Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 5.9.2011.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 27. November 2010.
- GKV-Spitzenverband (2011): Ärztliches Angebot am Bedarf von Patientinnen und Patienten orientieren, Pressemitteilung vom 11.05.2011.
- GKV-Spitzenverband (2010): Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung, Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, 28.04.2010.
- Helmert U (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Beiträge zur Sozialpolitikforschung. Augsburg: Marco Verlag.
- Hoffmeister H, Hüttner H, Stolzenberg H, et al. (1992). Sozialer Status und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung. bga-Schriften 2/92. MMV Medizin Verlag, München.
- Hole A, Marini G, Goddard M, Gravelle H (2008). Fairness in Primary Care Procurement Measures of Under-Doctoredness: Sensitivity Analysis and Trends. CHR Re-search Paper 35. Centre for Health Economics, University of York.
- Höppner K, Maarse JAM (2003). Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. *GGW* 3/2003, S.21-31.
- Kopetsch T (2011): Bedarfsplanung – das Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Nr. 1/2011, S. 34-42.
- Mackenbach JP, Maas PJ (1989). Social inequality and differences in health: A survey of the principal research findings. In: Gunning-Schepers LJ, Spruit IP, Krijnen JH (Ed.) *Socio economic*

- inequalities in health questions on trends and explanations. Den Haag: 25-80.
- Manson-Siddle C, Robinson M (1998). Superprofile analysis of socio-economic variations in coronary investigation and revascularization rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52: 507-512.
- Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. H. Huber.
- Oliver SE, Thomson RG (1999). Are variations in the use of carotid Endarterectomy explained by population need? A study of health service utilization in two English Health Regions. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 17: 501-506.
- Pappa E, Niakas D (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMV Health Services Research*, 6:146.
- Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberst D (2000). Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. *British Medical Journal* 320: 284-287.
- Schlitt R (2011): Die Berliner gehen gerne „fremd“, in: KV-Blatt 11, S. 12-18.
- Schönbach KH (2010). Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2/2010, S. 11-17.
- Sheldon, T (1997). Editorial. Formula fever: allocating resources in the NHS. *British Medical Journal*, 315, 964.
- Sutton M, Gravelle H, Morris S, Leyland A, Windmeijer F, Dibben C, Muirhead M. (2002). Allocation of Resources to English Areas; Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources. Report to the Department of Health. Edinburgh: Information and Statistics Division.
- von Stillfried D, Czihal T (2010). Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regionaler Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen. 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am 01. Oktober 2010 in Köln.

### **C-3 Antrag der Patientenvertretung zur Verankerung eines Bedarfsindex in der Bedarfsplanungs-Richtlinie (UA-BPL-Sitzung am 31. Juli 2012)**

Die Patientenvertretung beantragt, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im Sinne des § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, bei der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie einen Bedarfsindex einzuführen, mit dem die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen ermittelt sowie auf Ebene der Planungsbereiche Abweichungen beim Ärztebedarf berücksichtigt werden.

Gemäß § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine Verhältniszahlen anzupassen oder auch neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist. Dabei sollen Veränderungen in der Morbidität und einem daraus resultierenden Mehr- oder Minderbedarf an Vertragsärzten einer Arztgruppe bei der Festlegung von Verhältniszahlen berücksichtigt werden (KassKomm-Hess § 101 SGB V RdNr 16). Gemäß der Ergänzung durch das GKV-VStG ist auch insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.

Bei der Berücksichtigung sachgerechter Kriterien ist der G-BA jedoch nicht auf die Demografieentwicklung beschränkt. Vielmehr kommen solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben (vgl. Begründung zum GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906, S. 74).

Der Antrag der Patientenvertretung richtet sich – auch in Hinblick auf die zum 31.12.2012 anstehende Aussetzung des Demografie-Faktors in § 8a Bdpl-RL – auf eine sachgerechte Umsetzung von § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V. Er stützt sich dabei auf das Wissenschaftliche Gutachten des IGES Institut „Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung“, das dem Unterausschuss vorgestellt und übersendet worden ist.

Das Gutachten hat zum einen aufgezeigt, dass die Faktoren Alter und Geschlecht sowie sozioökonomische Faktoren und Morbidität Auswirkungen auf den Ärztebedarf im ambulanten Bereich haben. Insbesondere wird auch deutlich, dass die alleinige Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu unerwünschten Effekten führen kann, wenn nicht gleichzeitig auch die sozioökonomischen Bedingungen in Betracht genommen werden.

Darüber hinaus ist auch dargelegt worden, wie diese Faktoren mit Hilfe eines Bedarfsindex bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wissenschaftliche fundiert berücksichtigt werden können.

Auf dieser Grundlage wird für ein „Modul Bedarfsindex“ sowie für eine Einbeziehung von Bevölkerungsprognosen in der zukünftigen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf den folgenden Seiten ein Textvorschlag unterbreitet.

**Textvorschlag „Modul Bedarfsindex“****§ X****Verhältniszahlen, Versorgungsgradmessung (allgemein)**

- (1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt. Diese werden auf der Grundlage von § 101 SGB V nach dieser Vorschrift in Verbindung mit §§ .... (Versorgungsebenen und Arztgruppen) bestimmt.
- (2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des § ... festgestellt.
- (3) Erforderliche Grundlagen für die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen sind in der Anlage ... dargestellt.
- (4) Der G-BA bestimmt für jeden Planungsbereich den Bedarfsindex nach § Y, berechnet die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen und weist für jeden Planungsbereich spezifische Soll-Ärztzahlen für jede Arztgruppe aus. Norm-Verhältniszahlen und Soll-Ärztzahlen werden wie folgt bestimmt:
  1. Für die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen wird die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt der jeweiligen Arztgruppe herangezogen, die dem Durchschnitt der Planungsbereiche entspricht, für welche ein mittlerer Versorgungsbedarf nach dem Verfahren des § Y (Bedarfsindex als Mitbestimmungsgröße) gemessen wurde. Basis ist das bedarfsmittlere Viertel der Planungsbereiche (Norm-Kreise/Norm-Mittelbereiche bzw. Norm-ROR).
  2. Die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen werden in Abhängigkeit vom relativen Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich angepasst: Für jede Planungsregion werden die Einwohnerzahl, differenziert nach Kindern (bis 14 Jahren) und Erwachsenen (ab 15 Jahren) durch die jeweilige allgemeine Norm-Verhältniszahl der Fachgruppe dividiert. Die sich daraus ergebende Soll-Ärztzahl wird mit dem Wert des nach § Y ermittelten Bedarfsindex dieses Planungsbereiches (je nach Fachgruppe „Bedarfsindex Kinder“ oder „Bedarfsindex Erwachsene“) multipliziert. Das Ergebnis stellt die regionale Soll-Ärztzahl dar.
- (5) Der G-BA weist ergänzend für Maßnahmen nach § Z für jeden Planungsbereich auf Basis der Bevölkerungsprognosen der Statistischen Landesämter prospektive Planungswerte über einen 10-Jahreszeitraum aus.

**§ Y****Bedarfsindex als Mitbestimmungsgröße der Verhältniszahlen**

- (1) <sup>1</sup>Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wird zum Zwecke der Festlegung der arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahl (§ X Abs. 4 Nr. 1) sowie ihrer Modifikation in den Planungsbereichen (§ X Abs. 4 Nr. 2) der Versorgungsbedarf eines Planungsbereichs anhand des Bedarfsindex gemessen. <sup>2</sup>Der Bedarfsindex gibt, getrennt für Kinder und Erwachsene, an, in welchem prozentualen Ausmaß der Ärztebedarf in einer Region aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur, ihrer sozioökonomischen Situation und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht. <sup>3</sup>Der Bedarfsindex wird für die Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen sowie der regionalen Soll-Ärztzahlen nach § 6

Absatz 4 verwendet.

(2) <sup>1</sup>Der Bedarfsindex wird auf der Basis geeigneter demografischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren mit Einfluss auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen gemäß Absatz 3 berechnet. <sup>2</sup>Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen kann nach den Voraussetzungen des § 99 SGB V vom Bedarfsindex zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten abgewichen werden.

(3) <sup>1</sup>Der Bedarfsindex setzt sich aus zwei Faktoren zusammen. <sup>2</sup>Faktor 1 misst, in welchem Ausmaß der Versorgungsbedarf einer Region aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur vom Bundesdurchschnitt abweicht. <sup>3</sup>Faktor 2 misst, in welchem Ausmaß der Versorgungsbedarf einer Region aufgrund ihrer sozioökonomischen Situation und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht.

<sup>4</sup>Der Bedarfsindex wird in folgenden Schritten berechnet:

1. <sup>1</sup>Für den Faktor 1 wird der quantitative Zusammenhang zwischen der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur einerseits und dem Ärztebedarf andererseits auf Basis des aktuellen altersbezogenen durchschnittlichen Ausgabenprofils des Risikostrukturausgleichs (RSA) der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante ärztliche Leistungen bestimmt. <sup>2</sup>Auf der Grundlage des RSA-Ausgabenprofils wird jeder Altersstufe der Wert der GKV-durchschnittlichen Ausgaben für ambulante medizinische Leistungen für diese Altersstufe zugeordnet. <sup>3</sup>Die Abweichung des Ärztebedarfs im Planungsbereich wird dadurch ermittelt, dass die altersspezifischen Werte der GKV-durchschnittlichen Ausgaben für ambulante medizinische Leistungen mit den jeweiligen Anteilen der Altersstufen an der regionalen Bevölkerung gewichtet werden und auf dieser Basis ein gewichteter Durchschnittswert berechnet wird. <sup>4</sup>Die prozentuale Abweichung dieses Wertes vom Bundesdurchschnitt entspricht dem Ausmaß, in dem der Ärztebedarf in der Planungsregion aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur vom bundesdurchschnittlichen Ärztebedarf abweicht. <sup>5</sup>Für die Planung von Fachgruppen, die ausschließlich Kinder behandeln, wird der Teilindex „Altersstruktur Kinder“ angewendet, der sich nur auf die Altersgruppe von 0 bis 14 Jahre bezieht; bei allen anderen Fachgruppen wird der Teilindex „Altersstruktur Erwachsene“ (Altersgruppe ab 15 Jahre) angewendet.

2. <sup>1</sup>Für den Faktor 2 wird der quantitative Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation einer Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung einerseits und dem Ärztebedarf andererseits bestimmt. <sup>2</sup>Hierzu sind zunächst nachgewiesenermaßen bedarfsrelevante sozioökonomische und morbiditätsbezogene Indikatoren zu einem Faktor zu verdichten. <sup>3</sup>Anschließend wird der quantitative Zusammenhang zwischen diesem Faktor einerseits und dem Ärztebedarf andererseits anhand statistischer Verfahren bestimmt, wobei der Ärztebedarf durch die Variable Mortalität repräsentiert wird. <sup>4</sup>Dabei ist der Zusammenhang um Einflüsse von Alters- und Geschlechtsstruktur zu bereinigen. <sup>5</sup>Die Abweichung des Ärztebedarfs im Planungsbereich wird dadurch ermittelt, dass die planungsbereichsspezifische Mortalität auf Basis der regionalen Ausprägungen des Faktors 2 geschätzt wird. <sup>6</sup>Die prozentuale Abweichung der für den Planungsbereich geschätzten Mortalität von der geschätzten bundesdurchschnittlichen Mortalität entspricht dem Ausmaß, in dem der Ärztebedarf in der Planungsregion aufgrund der sozioökonomischen Situation dieser Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht.

3. <sup>1</sup>Die Teilergebnisse von Faktor 1 („Teilindex Kinder“ und „Teilindex Erwachsene“) und von Faktor 2 werden für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis gleichgewichtig (0,5) addiert. <sup>2</sup>Die Summen bilden für jede kreisfreie Stadt und jeden Landkreis einen „Bedarfsindex Kinder“ sowie einen „Bedarfsindex Erwachsene“. <sup>3</sup>Die prozentuale Abweichung vom Bundesdurchschnitt bildet den Mehr- oder Minderbedarf an ambulanter ärztlicher Leistung im Planungsbereich ab.
- (4) Die Berechnungen nach Absatz 3 werden einmal pro Jahr vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt und als Anlage zu dieser Richtlinie veröffentlicht.
- (5) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.

### **§ Z Prospektive Planung**

Zeigt sich aufgrund der vom G-BA ausgewiesenen prospektiven Planungswerte nach § X Abs. 5, dass unter Berücksichtigung der aktuellen Soll-Ärztzahl in 10 Jahren in einem Planungsbereich eine Unter- oder Überversorgung zu erwarten ist, kann der Landesausschuss Unterversorgung feststellen oder Zulassungsbeschränkungen nach den Voraussetzungen des SGB V und dieser Richtlinie anordnen. Dabei ist sicherzustellen, dass ein vorübergehender Ärztebedarf durch temporäre Maßnahmen (z.B. befristete Zulassungen, mobile Arztpraxen, Patientenbeförderungsdienste, vorübergehender Eigenbetrieb durch eine KV oder Kommune) gedeckt werden kann.

## **C-4 Stellungnahme der Länder zur Diskussion einer neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA zur Vorlage in der Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung am 22. Juni 2012**

15. Juni 2012

### **A) Vorbemerkungen**

Mit dem GKV-VStG sind auch den Ländern weitere Instrumente an die Hand gegeben worden, Angebot und Nachfrage nach medizinisch notwendigen Gesundheitsleistungen besser als heute aufeinander abzustimmen und dabei auf regionale Besonderheiten zu reagieren. Das GKV-VStG stellt damit aus Ländersicht einen ersten wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar. Die Länder werden ihre neuen Möglichkeiten umfassend für eine sektorenübergreifende, patientenorientierte und wohnortnahe Versorgung nutzen.

Die durch das GKV-VStG angestoßene Anpassung der historisch begründeten, in-zwischen aber reformbedürftigen Grundlagen und Rahmenvorgaben der Bedarfsplanung für den ambulanten ärztlichen Bereich ist ein wichtiger Schritt, um im Zusammenwirken mit den neuen Handlungsoptionen auf regionaler Ebene die Versorgungsstrukturen besser an den Versorgungsbedarf anzupassen.

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Option, ein sektorübergreifendes Gemeinsames Landesgremium einrichten zu können. § 90a SGB V lässt den Ländern den notwendigen Spielraum, entsprechend der jeweiligen landespezifischen Gegebenheiten und Notwendigkeiten ein Gremium einzurichten, das Versorgungsplanung und -gestaltung aus einem sektorübergreifenden Blickwinkel heraus beleuchten und Empfehlungen hierzu aussprechen kann. Die Länder können diese Option entsprechend ihrer spezifischen Gegebenheiten nutzen.

### **B) Anforderungen an die Ausgestaltung bundesweiter Vorgaben der BPIRiL**

#### 1. Abweichungsmöglichkeiten auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Länder betonen, dass die im SGB V vorgesehene Aufteilung der Kompetenzen bei der Bedarfsplanungsfestlegung zwischen der Ebene des Bundes (Bedarfsplanungsrichtlinie des GBA) und der Ebene der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (Bedarfsplan) mit den dort eröffneten Freiräumen bzw. eingeräumten Abweichungsmöglichkeiten eine bedarfsorientiertere Versorgung ermöglicht. Die Wahrung dieser Aufgabenteilung wird daher von den Ländern mit Nachdruckeingefordert.

Die Länder betonen ferner, dass nach geltendem Recht (vgl. Begründung zum GKV-VStG) eine Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses, in der Bedarfsplanungsrichtlinie die Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten zu regeln, nicht besteht.

Sie lehnen deshalb verbindliche Vorgaben ausdrücklich ab. Vor diesem rechtlichen Hintergrund halten sie es allerdings für sinnvoll, Erläuterungen zum Vorliegen der Voraussetzungen für regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V in den Text der Richtlinie mit aufzunehmen. Dabei sind insbesondere Aussagen zum Vorliegen kleinräumiger Unterschiede bei den sozioökonomischen Gegebenheiten, bei der Krankheitslast der Bevölkerung oder der prospektiven Entwicklung von Planungseinheiten zu treffen. Ebenso sollen Kriterien zur Erreichbarkeit der Leistungserbringer aufgenommen werden und beispielhaft andere lokale Besonderheiten konkretisiert werden.

Die Länder sind der Auffassung, dass es einer reibungslosen praktischen Umsetzung dienlich wäre, wenn bei denjenigen Vorgaben der Richtlinie, bei denen eine Abweichung aufgrund von regionalen Besonderheiten im Sinne des § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V in Betracht kommen, auch zum Vorliegen der Abweichungsmöglichkeit Aussagen in der Richtlinie getroffen würden.

Diese Konkretisierungen würden den regionalen Planungsträgern und den Ländern einen unverbindlichen Rahmen bieten, der die regionale Umsetzung erleichtern kann.

Für den Fall, dass die Anwendung der reformierten Bedarfsplanungs-Richtlinie die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen zur Folge hat, wird eine Übergangsregelung für erforderlich gehalten. Das Ziel sollte es sein, die (teilweise) Öffnung der Planungsbereiche nach dem Grad der Versorgung zu staffeln. Darüber hinaus ist insbesondere im Übergangszeitraum nach Inkrafttreten der neuen Regelungen ein stärkeres Gewicht der räumlichen Wahl des Vertragsarztsitzes und ihre Beurteilung im Hinblick auf die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Auswahlverfahren unter mehreren Bewerbern für die freien Vertragsarztsitze notwendig.

## 2. Festlegung der Verhältniszahlen

Die Verhältniszahlfestlegung durch die Bedarfsplanungsrichtlinie soll die demographischen Veränderungen seit 1990 berücksichtigen, dabei aber weder die Versorgungssituation verschlechtern noch durch eine unrealistische Ausweitung von Arztsitzen zu übermäßigen Kostensteigerungen im Gesundheitssystem führen.

Führen neue Verhältniszahlen zu einer nicht durch das Angebot an Nachwuchs gedeckten Zunahme an zusätzlichen Vertragsarztsitzen ist eine schrittweise Umsetzung erforderlich.

## 3. Generelle Grundsätze für die Beplanung

Die Länder sprechen sich dafür aus, alle Fachärzte zu beplanen, um nicht Fehlanreize für weiterbildungswillige Ärzte in Richtung nicht beplanter Facharztgruppen im spezialärztlichen Bereich zu erhöhen.

Die Bedarfsplanungsrichtlinie sollte Festlegungen zu geeigneten Planungsregionen für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung enthalten.

Ziel ist es, dass insbesondere bei häufigen Arztkontakten sowie für multimorbide und pflegebedürftige Menschen eine enge Anbindung der Versorgung an den Lebensort zum Maßstab wird. Facharztgruppen, die von den Menschen vergleichsweise seltener in Anspruch genommen werden müssen, können wohnortferner geplant werden. Dabei sind Gebiete für die Feststellungen nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen wurden oder vorgesehen sind, bei der Zulassung vorrangig zu berücksichtigen.

Überversorgung soll nicht weiter aufgebaut, sondern vermieden bzw. abgebaut werden. Dabei muss die Möglichkeit des jeweiligen Ausgleichs von Unter- und Überversorgung innerhalb der KV-Bezirke gewährleistet sein.

Sollten innerhalb überversorgter, durch die Richtlinie festgelegter Planungsgebiete größere Disparitäten in der Versorgung bestehen, so sollten Möglichkeiten geschaffen werden, in regionaler Entscheidung die in den schlecht versorgten Teilgebieten mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung einzurichtenden zusätzlichen Arztsitze mit der Verpflichtung des Abbaus (z.B. durch Praxiserwerb) in den überversorgten Teilgebieten innerhalb eines vereinbarten Zeitraums zu koppeln, sobald dies rechtlich möglich ist.

Generell sollte bereits jetzt sichergestellt werden, dass innerhalb einer Planungsregion eine Besetzung von Arztsitzen in schlechter versorgten Teilgebieten Vorrang vor einer Besetzung in besser versorgten Teilgebieten hat.

Auch bei unterversorgten, durch die Richtlinie festgelegten Planungsgebieten sollte den regionalen Planungsträgern die Möglichkeit eröffnet werden, neue klein-räumige Planungsregionen auszuweisen. Zudem sollten sie mit einer Sperrung von besser versorgten kleinräumigen Regionen zu einer Betonung der Niederlassung in besonders schlecht versorgte Teilgebiete beitragen, wenn dies regional geboten erscheint.

Bei der Festlegung der Verhältniszahlen ist zu prüfen, ob die derzeit vorhandenen Ärzte, die der Berechnung der Verhältniszahlen zugrunde liegen, auch im Umfang ihrer Zulassung an der Versorgung teilnehmen.

### **C) Zu den einzelnen Facharztgruppen**

#### 1. Hausärztliche Versorgung

Hausärztliche Versorgung ist von hoher Bedeutung für die gesundheitliche Primärversorgung. Ihre Funktionsfähigkeit entscheidet über die Zuverlässigkeit und auch Effizienz der medizinischen Versorgung insgesamt. Mängel in der hausärztlichen Versorgung, gleichgültig ob diese in ländlichen Regionen, strukturschwachen Gebieten oder sozial benachteiligten Stadtteilen von Ballungsräumen vorkommen, sind besonders prekär und gefährden die gesundheitliche Primärversorgung maßgeblich.

Daher sind die Länder besonders an einer bedarfsgerechten Verteilung von hausärztlicher Versorgung interessiert. Eine ortsferne ärztliche Mitversorgung kann für die hausärztliche Versorgung nur Ultima Ratio sein, da der Hausarzt in die regionalen sozialen und sonstigen unterstützenden Dienste vernetzt eingebunden sein sollte.

Aus dieser Erwägung heraus sollte die regionale hausärztliche Versorgung kleinräumiger geplant werden, allerdings unter Berücksichtigung sinnvoller Untergrenzen bei den Bevölkerungsbezugszahlen. Dies gilt für ländlich orientierte Gebiete und Ballungsgebiete.

#### 2. Fachärztliche Versorgung

Bei der sonstigen fachärztlichen Planung sprechen sich die Länder für eine umfassende Planung aller Facharztgebiete aus, zumindest soweit sie einen direkten Patientenkontakt haben. Dabei erscheint eine Differenzierung in wohnortnahe fachärztliche Versorgung und sonstige fachärztliche Versorgung mit einer weiteren Differenzierung der Facharztdisziplinen ohne direkten Patientenkontakt bzw. mit seltenem Patientenkontakt denkbar. Gerade die Vernetzung dieser Facharztdisziplinen mit entsprechenden Angeboten in der stationären Versorgung sollte dadurch gefördert werden. Dies erleichtert auch die vom Gesetzgeber geforderte Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte und der ambulanten Versorgung gemäß §116b SGB V.

Auch in der psychotherapeutischen Versorgungslandschaft gibt es erhebliche Verteilungsprobleme. Es ist notwendig, die psychotherapeutische Versorgung im ländlichen und strukturschwachen Raum am Versorgungsbedarf orientiert zu verstärken.

Die fachärztliche Versorgung findet oft über die gegebenen KV-Zuständigkeiten hinweg statt. Dies sollte bei der Planung, soweit sie KV-bezogen angelegt ist, durch entsprechende Abstimmungs- und Korrekturmechanismen in der Richtlinie berücksichtigt werden.

### 3. Sonderbedarf

Sonderbedarfszulassungen sollen als Instrument zur regionalen Feinsteuerung nur im Ausnahmefall zur Verfügung stehen, soweit mit den allgemeinen Regelungen zur Bedarfsplanung die Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung nicht erreicht werden kann. Dies soll in der Richtlinie zum Ausdruck kommen. Die Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen muss auf regionaler Ebene erfolgen und darf nicht durch Vorwegfestlegung von zwingenden Berechnungsvorgaben oder Hilfswerkzeugen vorbestimmt werden

## C-5 Änderung der Tragenden Gründe

Der UA Bedarfsplanung hat in der Sitzung am 18. Februar 2013 klarstellende Änderungen an den Tragenden Gründen zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20. Dezember 2012 vorgenommen. Zur Nachvollziehbarkeit werden die Änderungen in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tragende Gründe vom 20. Dezember 2012	Tragende Gründe vom 18. Februar 2013
<p>§ 9 <i>Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor</i></p> <p>[...] Analog der Aussetzung des Demografiefaktors für die Kinderärzte wird der Leistungsbedarf der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bei der Bestimmung des Leistungsbedarfsfaktors für die Psychotherapeuten nicht angewendet.</p>	<p>§ 9 <i>Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor</i></p> <p>[...]Analog der Aussetzung des Demografiefaktors für die Kinderärzte wird der Leistungsbedarf der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bei der Bestimmung des Leistungsbedarfsfaktors für die Psychotherapeuten nicht angewendet.</p> <p><b>Unbenommen der jährlichen Aktualisierung des Demografiefaktors zum 30. Juni eines jeden Jahres, kommt der Demografiefaktor erstmalig bei der Erstellung des Bedarfsplans spätestens zum 1. Juli 2013 zur Anwendung.</b></p>
<p>§ 10 <i>Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung</i></p> <p>Die Mitteilungen der KVen orientieren sich an dem Bedarfsplan, wie er in § 4 dargelegt wird. Auf Anfrage des Landesausschusses haben die KVen ggf. Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.</p>	<p>§ 10 <i>Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung</i></p> <p>Die Mitteilungen der KVen orientieren sich an dem Bedarfsplan, wie er in § 4 dargelegt wird. Auf Anfrage des Landesausschusses haben die KVen <del>ggf.</del> Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.</p>
<p>§ 13 <i>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</i></p> <p>[...] Kinder- und Jugendpsychiater wurden dieser Versorgungsebene zugeordnet, da aufgrund der Gruppenstärke eine Beplanung auf Kreisebene zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Gleichwohl ist festzustellen, dass schon heute erhebliche Ungleichgewichte in der Versorgung durch Kinder- und</p>	<p>§ 13 <i>Spezialisierte fachärztliche Versorgung</i></p> <p>[...] Kinder- und Jugendpsychiater wurden dieser Versorgungsebene zugeordnet, da aufgrund der Gruppenstärke eine Beplanung auf Kreisebene zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Gleichwohl ist festzustellen, dass schon heute erhebliche Ungleichgewichte in der Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater im regionalen Vergleich bestehen, so dass über die Einbeziehung der Gruppe in die Bedarfsplanung ein gleichmäßigerer Zugang</p>

<p>Jugendpsychiater im regionalen Vergleich bestehen, so dass über die Einbeziehung der Gruppe in die Bedarfsplanung ein gleichmäßigerer Zugang beabsichtigt wird. Als Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hat der G-BA die sog. Raumordnungsregion des BBSR zugeordnet. Diese entspricht 96 großen, flächigen Gebieten, die in der Wechselwirkung städtischer und ländlicher Gebiete weitgehend ein eigenes Versorgungsgleichgewicht herstellen. Zu beachten ist, dass insbesondere im Falle der Stadtstaaten bestehende Mitversorgungsbeziehungen in den Bedarfsplänen umliegender Länder Beachtung finden sollten. [...]</p>	<p>beabsichtigt wird. Als Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hat der G-BA die sog. Raumordnungsregion des BBSR zugeordnet. Diese entspricht 96 großen, flächigen Gebieten (die Raumordnungsregion Bremerhaven umfasst die KV-Bezirke Bremen und Niedersachsen und wird deshalb getrennt beplant, so dass in der Richtlinie 97 Raumordnungsregionen ausgewiesen werden), die in der Wechselwirkung städtischer und ländlicher Gebiete weitgehend ein eigenes Versorgungsgleichgewicht herstellen. Zu beachten ist, dass insbesondere im Falle der Stadtstaaten bestehende Mitversorgungsbeziehungen in den Bedarfsplänen umliegender Länder Beachtung finden sollten. [...]</p>
<p><i>§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung</i></p> <p>[...] In vielen Versorgungsregionen bahnt sich eine Unterversorgung über mehrere Jahre an, ohne dass zu dem gegebenen Zeitpunkt aktuell eine Unterversorgung vorliegt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, wird festgelegt, dass von einer Unterversorgung auszugehen ist, wenn in der hausärztlichen Versorgung in den Planungsblättern der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25% unterschritten wird. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gilt die Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarfs um 50 von 100 als drohende Unterversorgung im Sinne der Richtlinie. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit die Altersstruktur der Ärzte eine Unterversorgung absehbar macht.</p>	<p><i>§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung</i></p> <p>[...] In vielen Versorgungsregionen bahnt sich eine Unterversorgung über mehrere Jahre an, ohne dass zu dem gegebenen Zeitpunkt aktuell eine Unterversorgung vorliegt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, wird festgelegt, dass von einer Unterversorgung auszugehen ist, wenn in der hausärztlichen Versorgung in den Planungsblättern der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25% unterschritten wird. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gilt die Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarfs um 50 von 100 als <b>drohende</b> Unterversorgung im Sinne der Richtlinie. <b>Hierbei Zudem</b> ist auch zu berücksichtigen, inwieweit die Altersstruktur der Ärzte eine Unterversorgung absehbar macht.</p>

<p><i>2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten</i></p> <p>[...] Diese Gleichstellung soll auch im Bereich der Anstellungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ermöglicht werden. In Planungsbereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist weiterhin Voraussetzung für die Fachidentität bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.</p>	<p><i>2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten</i></p> <p>[...] Diese Gleichstellung soll auch im Bereich der Anstellungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ermöglicht werden. In Planungsbereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist weiterhin Voraussetzung für die Fachidentität bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. <b>Dazu stellt § 61 Nr. 2 Satz 2 klar, dass die in § 61 Nr. 1 vorgesehenen gegenseitigen Anstellungsmöglichkeiten von § 61 Satz 1 unberührt bleiben und somit Anstellungen auch in gesperrten Planungsbereichen unter den genannten Bedingungen zwischen beiden Berufsgruppen zulässig sind.</b></p>
<p><i>§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist</i></p> <p>[...] Für Arztgruppen, die mit der Richtlinie neu in die Bedarfsplanung aufgenommen werden, stellt die Übergangsregelung auf das bestehende Moratorium ab und übernimmt die dortigen Regelungen in die Übergangsregelung. Da bei den Arztgruppen, die neu in die Richtlinie aufgenommen werden, bis zum Schaffen der Anwendungsvoraussetzungen nicht auf bestehende Regelungen zurückgegriffen werden kann, gilt für die betreffenden Gruppen ein verkürzter Umsetzungszeitraum bis zum 15. Februar 2013. [...]</p>	<p><i>§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist</i></p> <p>[...] Für Arztgruppen, die mit der Richtlinie neu in die Bedarfsplanung aufgenommen werden, stellt die Übergangsregelung auf das bestehende Moratorium ab und übernimmt die dortigen Regelungen in die Übergangsregelung. Da bei den Arztgruppen, die neu in die Richtlinie aufgenommen werden, bis zum Schaffen der Anwendungsvoraussetzungen nicht auf bestehende Regelungen zurückgegriffen werden kann, gilt für die betreffenden Gruppen ein verkürzter Umsetzungszeitraum bis zum 15. Februar 2013. <b>Vorbehaltlich der Erstellung des Bedarfsplans gem. § 4 BPL-RL kann zur Umsetzung des § 63 Abs. 4 mit der Erstellung von Planungsblättern nach Anlage 2.1 ein Teil-Bedarfsplan erstellt werden, auf dessen Basis Beschlüsse gem. § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen werden können.</b> [...]</p>