

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
in nicht unterversorgten Planungsbereichen**

Vom 13. März 2008

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Verfahrensablauf	3
4.	Würdigung der Stellungnahmen	3
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens	8

1. Rechtsgrundlagen

Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen über „allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Abs. 3 einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können“, zu beschließen. Mit dieser auf das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz zurückgehenden Neuerung wird die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen an Vertragsärzte nach § 105 Abs. 1 Satz 1 2. HS ermöglicht, wenn der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf gemäß § 100 Abs. 3 SGB V festgestellt hat.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Ziel des neuen § 34a ist die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auf Grund des Bestehens von Versorgungslücken, obwohl rein rechnerisch der Planungsbereich ausreichend versorgt ist.

Der Landesausschuss hat zunächst nach Abs. 2 die Bezugsregion festzulegen, für die die Feststellung getroffen werden soll. Hierbei kann der Landesausschuss als Bezugsregion zum Beispiel Altkreise, einzelne Verwaltungsgemeinschaften, Städte, Gemeinden oder andere Bezugsregionen festlegen. Voraussetzung für die Bestimmung einer Bezugsregion ist weiterhin, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist.

Liegen rein rechnerisch in der Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie vor, so hat der zuständige Landesausschuss die Prüfung eines Vorliegens lokalen Versorgungsbedarfs unverzüglich einzuleiten.

Darüber hinaus hat eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung auch dann zu erfolgen, wenn andere Anhaltspunkte für einen lokalen Versorgungsbedarf bestehen. Die Prüfung erfolgt gemäß Abs. 4 analog der Prüfung auf Unterversorgung auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen mit einer Frist von maximal drei Monaten.

Durch den Verweis in Abs. 5 auf die §§ 32 und 33 der Bedarfsplanungs-Richtlinie findet das dort geregelte Verfahren zur Beurteilung von Unterversorgung entsprechende Anwendung.

Für die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind insbesondere die in Abs. 6 festgelegten Kriterien zu berücksichtigen. Nach Nr. 1 ist das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überprüfen. Demnach ist das Vorliegen einer Unterversorgung zu vermuten, wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 Prozent unterschreitet. Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere auf Grund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den vorgenannten Kriterien führen würde. Bei dieser Prüfung sind angestellte Ärzte im nicht überversorgten Planungsbereich entsprechend ihrer Arbeitszeit (vgl. § 23 i Abs. 2 - 4 dieser Richtlinie) zu erfassen, in überversorgten Planungsbereichen erfolgt entsprechend dieser Richtlinie keine gesonderte Erfassung der angestellten Ärzte.

Die Feststellung des Kriteriums nach Abs. 6 Nr. 1 durch den Landesausschuss kann mit der Einleitung eines Verfahrens nach Abs. 3 zusammenfallen.

Als weiteres Kriterium sind nach Nr. 2 bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur sowie das ergänzende Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion zu berücksichtigen. Darüber hinaus sind die ambulanten Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt, in die Prüfung einzubeziehen.

Ausweislich Nr. 3 sind weiterhin die Zahl, Altersstruktur, Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen durch die Wohnbevölkerung in die Prüfung einzustellen. Dabei kann die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Hierbei kann gegebenenfalls berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird.

Als weiteres Kriterium ist gemäß Nr. 4 die Qualität der infrastrukturellen Anbindung zu berücksichtigen.

3. Verfahrensablauf

In der Sitzung des Unterausschusses Bedarfsplanung am 17.10.2007 konnte eine einheitliche Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Bestimmung allgemeiner Voraussetzungen für die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nicht konsentiert werden. Der Unterausschuss ließ jedoch die Möglichkeit offen, im Nachgang der Sitzung einen gemeinsamen Beschlussentwurf zu entwickeln, der mit den im Unterausschuss vertretenen Seiten abgestimmt werden sollte. In mehreren Verhandlungsschritten wurde ein Entwurf von Seiten der KBV und der Spitzenverbände entwickelt und konsentiert. Bevor eine abschließende Einigung zu dem Entwurf von KBV und Spitzenverbänden festgestellt und auch mit den Patientenvertretern abgestimmt werden konnte, legte jedoch die KBV einen veränderten Beschlussentwurf vor, der von der konsentierten Fassung in einem entscheidenden Punkt (Absatz 3 der KBV-Fassung) abweicht, und von der KBV als eigener Entwurf dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorgelegt wurde. Die Spitzenverbände der Krankenkassen brachten den zuvor mit der KBV konsentierten Entwurf als ihren Entwurf in die Beratung des Sachverhaltes durch den G-BA am 20.12.2007 ein, verbunden mit der Aufforderung, die Beratung des Beschlussentwurfes an den zuständigen Unterausschuss zurückzuverweisen. Die Unparteiischen des Gemeinsamen Bundesausschusses haben daraufhin in der Sitzung einen Kompromissvorschlag vorgelegt, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde. Auch dieser Regelungsentwurf konnte im Unterausschuss Bedarfsplanung am 01.02.2008, der die Stellungnahmen zu bewerten hatte, nicht konsentiert werden. Der vorliegende Beschluss wurde daher von der Kassenseite eingebracht. Dabei behält er den Regelungsentwurf der Unparteiischen unter Berücksichtigung der Stellungnahmen im wesentlichen bei. Darüber hinaus wurde mit der Formulierung in Abs. 3 Satz 1 „Das Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs ist zu prüfen“ dem Anliegen der KBV Rechnung getragen, die verbindliche Verpflichtung zur Prüfung im Richtlinienentwurf zu unterstreichen.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Die **Bundesärztekammer** teilte mit Schreiben vom 28.01.2008 mit, dass sie die Richtlinienergänzung als Mittel zur Umsetzung der Förderinitiative des Gesetzgebers, der in vielen Regionen Deutschlands zu verzeichnenden Unterversorgung mit Vertragsärzten entgegenwirken zu können, begrüße. Nach Auffassung der Bundesärztekammer sollten aber an einigen Stellen Präzisierungen bzw. Änderungen vorgenommen werden:

In **§ 34a Abs. 1** sollte der Passus „für einen vertragsärztlichen Planungsbereich“ im zweiten Halbsatz aufgenommen werden. Die Einfügung solle zur Verdeutlichung der Bezugsgröße für den Versorgungsgrad nochmals den eigentlichen Planungsbereich nennen, in dem nun eine Teilregion näher analysiert wird.

Dem Vorschlag der Bundesärztekammer wurde inhaltlich gefolgt; die Präzisierung wurde in dem von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgeschlagenen Wortlaut (vgl. S. 6) in den Beschlussentwurf aufgenommen.

Darüber hinaus schlägt die Bundesärztekammer vor, in **§ 34a Abs. 3** die Worte „ein Anhalt für einen“ sowie in **§ 34a Abs. 6** die gesamte Nummer 1 zu streichen. Für die Bundesärztekammer stellt sich die Frage, wieso bei der Betrachtung einer anderen Bezugsregion als der des Planungsbereichs andere Regelungen gelten sollen, als bei der Feststellung von tatsächlicher oder drohender Unterversorgung. Die Landesausschüsse wären nach dem Wortlaut der Absätze 3 bis 6 des § 34 a der Bedarfsplanungs-Richtlinie gezwungen, neben der tatsächlichen Unterversorgung in der neu gefundenen Bezugsregion auch Parameter einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung kumulativ nachzuweisen. Damit würde den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen der Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs deutlich erschwert. Die Bundesärztekammer sieht darin eine nicht angemessene Ungleichbehandlung zwischen Planungsbereich und der Bezugsregion für lokalen Versorgungsbedarf. Auch inhaltlich sei eine solche Kumulation nicht nachzuvollziehen. Sobald die Krankenkassen oder die kassenärztlichen Vereinigungen erkennen würden, dass in einer Region eines Planungsbereiches dringender Handlungsbedarf besteht, müssten sie vor Einleitung von Gegensteuerungsmaßnahmen zunächst Unterversorgung nachweisen und zusätzlich in absehbarer Zeit eine drohende Unterversorgung in der gefundenen Bezugsregion.

Die Einwände der Bundesärztekammer gegen die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie verfangen nicht.

Die Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung lassen sich nicht – wie von der Bundesärztekammer gefordert – ohne Weiteres auf die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs übertragen. Diese Feststellung, die auch in überversorgten Planungsbereichen erfolgen kann, soll ausweislich der Gesetzesbegründung das bereits bestehende Instrumentarium der Sonderbedarfszulassung zur Deckung eines lokalen Versorgungsbedarfs ergänzen. Sie unterscheidet sich daher von der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie normierten Beurteilung von Unterversorgung. Insbesondere lässt sich der Gesetzesbegründung kein Hinweis entnehmen, dass durch die Neuregelung in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V die sonst auf der Ebene der Planungsbereiche durchzuführende Feststellung von tatsächlicher oder drohender Unterversorgung auf die Bezugsregion übertragen werden sollte. Die Planungsbereiche sollen den Stadt- und Landkreisen entsprechen, diesbezüglich hat es keine gesetzliche Änderung gegeben.

Zudem hätte der Regelungsvorschlag der BÄK, der dem von der KBV in der G-BA-Sitzung vom 20.12.2007 vorgelegten Entwurf entspricht, zur Folge, dass die Feststellung vorhandener lokaler Unterversorgung alleine schon durch die Unterschreitung eines Versorgungsgrades von 50 % (für Fachärzte) bzw. 75 % (für Hausärzte) ausgelöst würde. Damit würde die Regelung zum einen deutlich über die in den Bedarfsplanungs-Richtlinien für Planungsbereiche geltenden Vorgaben hinausgehen. Denn § 29 Satz 1 legt fest, dass Unterversorgung zu vermuten und nicht – wie im Vorschlag der BÄK vorgesehen – festzustellen ist, wenn „der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern

ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v. H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet.“

Zum anderen ist die von der BÄK vorgeschlagene Regelung insofern problematisch, als ein Versorgungsgrad von 50 bzw. 75 Prozent umso eher erreicht werden kann, je kleiner die betrachtete lokale Bezugsregion ist. Dem hilft auch der von der BÄK zitierte § 34 Abs. 2 des Beschlussentwurfes nicht grundsätzlich ab, demzufolge die Bezugsregion so zu wählen ist, dass eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. Denn rechnerische Verwerfungen werden immer dann auftreten, wenn die Einwohnerdichte in der lokalen Bezugsregion nicht derjenigen des Planungsbereiches entspricht. Dies dürfte jedoch häufig der Fall sein.

Die von der Bundesärztekammer monierte Kumulation des Nachweises von tatsächlicher und drohender Unterversorgung ist im Regelungsvorschlag nicht enthalten. Das Vorliegen von tatsächlicher oder drohender Unterversorgung gebietet zunächst nur die weitere Prüfung. Darüber hinaus können sich aus anderen Gründen Anhaltspunkte für die Prüfung des Vorliegens zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ergeben. Daher ist bei der Prüfung gemäß § 34 a Abs. 6 das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29 ein Kriterium für die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs.

Die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)** teilte mit Schreiben vom 28.01.2008 mit, dass sie den Regelungsvorschlag ablehne. Im Einzelnen:

Nach Ansicht der BPtK sollte in **Abs. 1** klargestellt werden, dass sich der Passus „auch wenn keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 bis 33 vorliegt“ auf den Planungsbereich bezieht. Der diesbezügliche Formulierungsvorschlag der BPtK wurde in den Richtlinien-text übernommen.

In den **Absätzen 3 bis 6 des § 34 a** der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist die gefundene Struktur zum Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs nach Ansicht der BPtK nicht sinnvoll. Der vorgesehene Absatz 3 füge sich nicht in das System der §§ 29 und 31 ein. Die BPtK kritisiert, dass die Landesausschüsse nach dem Wortlaut der Absätze 3 – 6 des § 34 a der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Ergebnis gezwungen wären, neben der tatsächlichen Unterversorgung in der neugefundenen Bezugsregion auch Parameter einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung kumulativ nachzuweisen. Auch die BPtK schlägt vor, die auf den Planungsbereich bezogene Systematik des § 29 auf die neue Bezugsregion zu übertragen. Hier gilt das bereits zur Stellungnahme der Bundesärztekammer Dargelegte: Die Einführung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz diene nicht einer Verkleinerung der Planungsbereiche, sondern der Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfs auch in überversorgten Gebieten. Die automatische Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf immer dann, wenn in der gewählten Bezugsregion der Versorgungsgrad von 50 bzw. 75 Prozent erreicht oder unterschritten wird, hätte Fehlallokationen zur Folge. Demnach kann auch die auf den Planungsbereich gemünzte Definition des § 29 für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nicht einfach - wie von der BPtK gefordert - auf die Bezugsregion übertragen werden.

Die von der BPtK geforderte Klarstellung in **Abs. 4**, dass auch dann, wenn die festgelegten Kriterien des § 29 Satz 1 und Satz 2 in der Bezugsregion nicht vorliegen, dennoch eine Prüfung auf eine Unterversorgung hin stattfinden kann, wird durch die Regelung in Abs. 4 Satz 1 gerade ermöglicht. Hier wird geregelt, dass eben auch ohne das Vorliegen

der auf den Planungsbereich abgestimmten Voraussetzungen des § 29 das Vorliegen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geprüft werden kann. Um diesen Sachverhalt eindeutiger auszudrücken, wurde die Regelung in Abs. 4 Satz 1 im Rahmen der Sitzung des G-BA am 13.03.2008 noch einmal klarer gefasst.

Die kritisierte ausdrückliche Normierung der Frist in **Abs. 4 Satz 2** neben der entsprechenden Anwendung der §§ 32 und 33 ist auf Grund der gestuften Feststellungssystematik analog zur Feststellung der Unterversorgung erforderlich.

Die Frage der BPtK zu **Abs. 4 Satz 3**, weshalb die entsprechende Geltung des § 29 Satz 2 hier umständlich und gesondert angeordnet wird und nicht gemeinsam mit § 29 Satz 1 in Abs. 3 aufgeführt wird, ist nach Auffassung der Krankenkassen berechtigt. Sie wurde berücksichtigt, indem Abs. 3 nun auf § 29 der Bedarfsplanungs-Richtlinie insgesamt verweist (die Bezugnahme auf § 29 Satz 1 wurde ebenso wie Abs. 4 Satz 3 gestrichen).

Die BPtK hält die Auflistung der Kriterien des § 29 in **§ 34 a Abs. 6 Nr. 1** für überflüssig, da diese ja schon gemäß Abs. 3 im Hinblick auf die Bezugsregion gelten würden.

Die Aufzählung ist aber erforderlich, da Abs. 3 ausschließlich regelt, wann jedenfalls eine Prüfung auf lokalen Versorgungsbedarf zu erfolgen hat, während Abs. 6 die eigentlichen Prüfungskriterien aufführt, und auch andere Gegebenheiten zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs führen können. Auch hier soll das Vorliegen der Kriterien nach § 29 ein Kriterium für das Vorliegen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bilden.

Nach Ansicht der BPtK sind die zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs vorgeschlagenen Kriterien außerdem zu ergänzen: Nr. 2 solle ergänzt werden um Kriterien der Geschlechterverteilung der Psychotherapeuten und Ärzte und der vorhandenen Therapieangebote in einer Fremdsprache, Nr. 3 solle ergänzt werden um das Kriterium der Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch, der Wartezeiten bis zur Behandlungsaufnahme und der Anzahl der Zurückweisung wegen mangelnder Behandlungskapazitäten, Nr. 4 solle dahingehend präzisiert werden, dass auch die Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten und die Anfahrtswege bzw. -zeiten berücksichtigt werden.

Die vorgeschlagenen Ergänzungen konnten nicht in die Richtlinie übernommen werden:

Zum einen ist darauf zu verweisen, dass es gesetzlicher Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses ist, in den Bedarfsplanungs-Richtlinien *allgemeine* Kriterien für die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes zu nennen. Die von der BPtK vorgeschlagenen Kriterien sind dagegen speziell; sie zu berücksichtigen, ginge über die gesetzlichen Vorgaben hinaus.

Zum zweiten sprechen folgende Argumente gegen die Aufnahme einzelner von der BPtK genannter Kriterien in die Richtlinien:

Die *Gewährleistung einer Verständigung* aller in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten mit den an der vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Leistungserbringern *auch in ihrer jeweiligen - nichtdeutschen - Muttersprache* gehört nach den gesetzlichen Regelungen nicht zum Leistungsumfang einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung. Nach der Rechtsprechung des BSG stellt Deutsch die für Behandlungen in der GKV grundsätzlich maßgebliche, alle Versicherungengruppen integrierende Sprache dar. Fremdsprachenkenntnisse der Bewerber ha-

ben deshalb im Rahmen von Zulassungs- und Ermächtigungsentscheidungen außer Betracht zu bleiben.

Die *Erreichbarkeit bzw. Anfahrtswege* können bei der Qualität der infrastrukturellen Anbindung berücksichtigt werden.

Siegburg, den 13. März 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess

5. Dokumentation des gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahrens

Die Stellungnahmen der Bundesärztekammer sowie der Bundespsychotherapeutenkammer sind im Anhang beigefügt.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

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

Berlin, 28.01.2008

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

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

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

- §34a Abs. 1:

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

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

- §34a Abs. 3:

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

- §34a Abs. 6:

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

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

Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;

4. Qualität der infrastrukturellen Anbindung.

Begründung zu Abs. 3 u. 6:

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

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

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

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

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

Fazit:

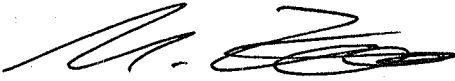
Die Bundesärztekammer begrüßt die Richtlinienergänzung als Instrument des Gegensteuerens lokaler Unterversorgung unterhalb des bisherigen Erfassungsniveaus vertragsärztlicher Planungsbereiche. Damit eine schnelle Abhilfe zugunsten einer lückenlosen und ungehinderten Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen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

Berlin, 28.01.2008

gez.

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

i. A.



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

**Beschlussentwurf zur
Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
Hier: Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
in nicht unterversorgten Planungsbereichen
(§ 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie)**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 28.01.2008**

Der vorgelegte Entwurf wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in der vorliegenden Form **abgelehnt**.

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 wurde für die Bedarfsplanung ein neues Kriterium geschaffen. Dieses ist der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf in über- versorgten Planungsbereichen. Der Gesetzgeber erkannte die Notwendigkeit, abseits der Grenzen und der Größe von Planungsbereichen **kleinere Bezugsregionen** auf drohende ärztliche und psychotherapeutische Unterversorgung zu prüfen. Dies ist richtig, da selbst bei Vorliegen von bedarfsplanungsrechtlicher „Übersorgung“ der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe im Planungsbereich dennoch einzelne Teile dieses Planungsbereiches Anzeichen von **tatsächlicher** ärztlicher oder psychotherapeutischer **Unterversorgung** aufweisen.

Folgerichtig wird auch im jetzigen Entwurf unter § 34a Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie den Partnern der Selbstverwaltung auf Landesebene ein Rahmen für die Findung kleinerer Bezugsregionen als die der Planungsbereiche vorgegeben.

Nicht sinnvoll ist jedoch die gefundene **Struktur** zum Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs in den Abs. 3 bis 6 des § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Im Folgenden werden zunächst anhand der einzelnen Absätze des Entwurfes die Änderungsvorschläge der BPTK aufgezeigt (A), ehe im Anschluss ein Vorschlag für eine stimmige Neufassung vorgestellt wird (B).

(A)

1. Zunächst sollte in Abs. 1 der Neufassung klargestellt werden, dass sich der Passus „auch wenn keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 – 33 vorliegt“ auf den *Planungsbereich* bezieht.
2. *Kein Änderungsbedarf.*
3. Der vorgesehene Abs. 3 überzeugt in der vorliegenden Form nicht, da er sich nicht in das System der §§ 29 und 31 einfügt.

Die §§ 29 ff. gehen von folgender Systematik aus: § 29 Satz 1 definiert in Bezug auf den *Planungsbereich*, wann Unterversorgung zu vermuten ist, § 29 Satz 2 benennt in Bezug auf den *Planungsbereich* die Kriterien für eine drohende Unterversorgung. Die Landesausschüsse können separat nach § 29 Satz 1 und Satz 2 sowie nach § 31 der Bedarfsplanungs-Richtlinie getrennt Unterversorgung oder drohende Unterversorgung feststellen. Dies ist auch sachgerecht, da die Verhältniszahl nur die Arzt-Einwohner-Relation aufzeigt. Parameter wie das Alter der Ärzte und Psychotherapeuten oder das Inanspruchnahmeverhalten finden dabei keine Berücksichtigung. Daher können neben der Feststellung von tatsächlicher Unterversorgung die Landesausschüsse die Planungsbereiche auch auf eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung überprüfen. Dies ist beispielsweise in den neuen Bundesländern unter Betrachtung des hohen Durchschnittsalters der Ärzte und Psychotherapeuten gängige Praxis. Die von der Bundesregierung gewünschte Förderung findet in vielen Fällen nicht wegen tatsächlicher Unterversorgung, sondern wegen in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung statt.

Es liegt nahe, dieses auf den *Planungsbereich* bezogene System nun auch auf die neu eingeführten *Bezugsregionen* innerhalb des Planungsbereiches zu übertragen. Nach dem momentanen Wortlaut der Abs. 3 bis 6 liegt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 29 Satz 1 in der Bezugsregion nicht etwa ein lokaler Versorgungsbedarf vor, sondern nur ein *Anhalt* für einen solchen. Dieser Anhalt eröffnet dann nach Abs. 4 aber erst den Einstieg in das Prüfverfahren, in dessen Rahmen dann die Kriterien nach Abs. 6 Bedeutung erlangen sollen. Im Ergebnis wären die Landesausschüsse nach dem Wortlaut der Abs. 3 bis 6 des § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie gezwungen, neben der tatsächlichen Unterversorgung in der neu gefundenen Bezugsregion auch Parameter einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung **kumulativ** nachzuweisen.

Es stellt sich die Frage, wieso bei der Betrachtung einer anderen Bezugsregion als der des Planungsbereiches nun andere Regelungen gelten sollen. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt deshalb vor, die auf den Planungsbereich bezogene Systematik des § 29 auf die neue Bezugsregion zu übertragen.

4. Abs. 4 Satz 1 ist im jetzigen Beschlussentwurf nicht verständlich: Wie soll ein „Anhalt für einen lokalen Versorgungsbedarf“ vorliegen, ohne dass die Voraussetzungen des Abs. 3 erfüllt sind? Abs. 3 normiert doch im Beschlussentwurf gerade, was ein solcher „Anhalt für einen lokalen Versorgungsbedarf“ ist. Hier zeigt sich, dass Abs. 3 stimmigerweise nicht einen *Anhalt* für einen Versorgungsbedarf normieren sollte, sondern schlicht die auf den Planungsbereich gemünzte Definition des § 29 für eine zu vermutende (Satz 1) oder drohende (Satz 2) Unterversorgung nun auf die Bezugsregion übertragen sollte.

Abs. 4 müsste klarstellen, dass auch dann, wenn die festgelegten Kriterien des § 29 Satz 1 und Satz 2 in der Bezugsregion nicht vorliegen, dennoch eine Prüfung auf eine Unterversorgung hin stattfinden kann. Dies nämlich dann, wenn die Kriterien des Abs. 6 vorliegen.

Die ausdrückliche Normierung der Frist in Abs. 4 Satz 2 ist nicht erforderlich, da bereits Abs. 5 eine entsprechende Regelung der §§ 32, 33 anordnet. Somit gilt die Frist nach § 33 Abs. 1; die zusätzliche Aufführung ist unnötig und missverständlich, da sich die Frage stellt, warum eine einzelne Regelung des insgesamt entsprechend geltenden § 33 explizit genannt wird.

Es fragt sich, weshalb die entsprechende Geltung des § 29 Satz 2 unständig und gesondert in Abs. 4 Satz 3 angeordnet wird und nicht gemeinsam mit § 29 Satz 1 in Abs. 3 aufgeführt wird.

5. *Kein Änderungsbedarf.*

6. Die Auflistung der **Kriterien** des § 29 in Nr. 1 ist überflüssig, da diese ja schon gemäß Abs. 3 im Hinblick auf die Bezugsregion gelten.

Nach Ansicht der Bundespsychotherapeutenkammer sind die zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs vorgeschlagenen Kriterien zu **ergänzen**:

- Nr. 2 sollte ergänzt werden um Kriterien der Geschlechterverteilung der Psychotherapeuten und Ärzte und der vorhandenen Therapieangebote in einer Fremdsprache,

- Nr. 3 sollte ergänzt werden um das Kriterium der Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch, der Wartezeiten bis zur Behandlungsaufnahme und der Anzahl der Zurückweisungen wegen mangelnder Behandlungskapazitäten,
- Nr. 4 sollte dahingehend präzisiert werden, dass auch die Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten und die Anfahrtswege bzw. -zeiten berücksichtigt werden.

(B)

Wir schlagen daher zusammenfassend vor, die Absätze 1; 3; 4 und 6 wie folgt zu ändern:

(1) Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf **innerhalb eines Planungsbereiches** in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn **in diesem Planungsbereich** keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 – 33 vorliegt.

(2) *Kein Änderungsbedarf.*

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

~~(4) Liegt ein Anhalt für lokalen Versorgungsbedarf in einer Bezugsregion vor, ohne dass die Voraussetzungen des Abs. 3 erfüllt sind, so ist (...) vorzunehmen. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen. § 29 Satz 2 gilt entsprechend.~~

Ungeachtet der Voraussetzungen des Abs. 3 kann bei einem Anhalt für eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung eine Prüfung entsprechend § 30 erfolgen.

(5) *Kein Änderungsbedarf*

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

~~Das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29;~~

1. Bei allen Ärzten **und Psychotherapeuten** deren Tätigkeitsgebiet, auch das **Behandlungsangebot in einer Fremdsprache**, Alterstruktur (inklu-

- sive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge), **Geschlecht**, ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten, **Psychotherapeuten** und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
2. Bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, **die Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch, die Wartezeiten bis zur Behandlungsaufnahme und die Anzahl der Zurückweisungen wegen mangelnder Behandlungskapazitäten** sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Die Feststellungen nach Satz 1 können 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, **auch der Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten und der Anfahrtswege bzw. -zeiten.**