

**Tragende Gründe zum Beschluss  
des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung  
der Bedarfsplanungs-Richtlinie:  
Einführung eines Demografiefaktors**

Vom 15. Juli 2010

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Verfahrensablauf</b>	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen</b>	<b>5</b>
<b>5.</b>	<b>Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens</b>	<b>7</b>

## **1. Rechtsgrundlagen**

Gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Gemäß § 5 Abs. 2 ÄBPL-RL werden die Verhältniszahlen aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte, sowie jeweils aus allen denjenigen Planungsbereichen, welche derselben raumordnungsspezifischen Planungskategorie nach dem Muster des § 6 ÄBPL-RL zugeordnet werden, ermittelt. Im Rahmen dieser rein quantitativen Gegenüberstellung von Vertragsärzten und Versicherten gab es bisher keine Möglichkeit, die Folgen des demografischen Wandels für die Versorgung der Versicherten bei der Festlegung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen. Dabei gewinnt der demografische Wandel zunehmend Einfluss auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Durch den fortlaufenden Rückgang der Geburten bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung (sog. natürliche Bevölkerungsbewegung) erhöht sich der Anteil älterer Versicherten, welche in der Regel einen spezifischeren und höheren Bedarf an ärztlicher Versorgung haben, als jüngere Bevölkerungsgruppen.

Dieser Effekt zeigt sich im Bundesgebiet mit einer unterschiedlichen Intensität. So sind gerade ländliche, strukturschwache Gebiete - additiv zu den natürlichen räumlichen Bevölkerungsbewegungen – hiervon betroffen. Diese Gebiete sind dadurch gekennzeichnet, dass vorwiegend Einwohner im Erwerbsalter abwandern, mit der Folge einer besonders signifikanten Erhöhung des Anteils älterer Menschen. Ein zusätzlicher Anstieg des Anteils älterer Menschen zeigt sich zudem in Gebieten, in denen bei vergleichsweise niedrigen Lebenshaltungskosten eine hohe Lebensqualität erreicht werden kann und die Zuwanderungsrate älterer Menschen höher ist, als die Zuwanderungsrate jüngerer Menschen. Somit finden sich die Ursachen des höheren, altersspezifischen Versorgungsbedarfs nicht nur in den natürlichen Bevölkerungsbewegungen, sondern auch in räumlichen Bewegungen wie oben beschrieben.

Die Bedarfsplanung für Ärzte beruht auf Verhältniszahlen von Einwohnern zu Ärzten je Planungsbereich. Mit der Orientierung an der Anzahl von Einwohnern werden weder die heterogenen demografischen Strukturen der Regionen noch der sich ebenfalls regional unterschiedlich ausgeprägte demografische Wandel erfasst. Um auf Grundlage der Bedarfsplanung auch weiterhin die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung organisieren zu können, ist es notwendig die demografische Entwicklung in die Abschätzung des Bedarfs an Vertragsärzten einzubeziehen. Im Rahmen seiner Pflicht zur Überprüfung der Verhältniszahlen gem. § 101 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V steht dem G-BA die Kompetenz zu, bei der Festlegung der Verhältniszahlen Kriterien zu berücksichtigen, anhand derer eine bedarfsgerechte Versorgung zu bestimmen ist. Hierzu gehört auch die Berücksichtigung der demografischen Entwicklung. Diese kann entsprechend in eine Anpassung der Verhältniszahlen einbezogen werden.

In Absatz 1 ist dargelegt, dass der arztgruppenspezifische demografische Faktor nicht generell zur Anwendung kommt, sondern nur dann, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass der demografische Wandel zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Ärzte in den Planungsbereichen führt. Als Hinweis einer demografiebedingten erhöhten Inanspruchnahme können erhöhte regionale Fallzahlen in Relation zum Bundesdurchschnitt gelten. Daher wird der demografische Faktor in einem Planungsbereich nur dann bei der Berechnung des Versorgungsgrades zur Anwendung kommen, wenn für die Ärzte dieser Arztgruppe die Fallzahlen über dem Durchschnitt des gesamten Bundesgebietes liegen.

Absatz 2 definiert die allgemeinen und regionalen Altersfaktoren als Relation der unter 60-Jährigen und der über 59-Jährigen an der Gesamtzahl der Bevölkerung.

In Absatz 3 wird der Leistungsbedarfsfaktor auf der Basis des Leistungsbedarfs für die einzelnen Arztgruppen definiert. Der Faktor drückt das Verhältnis des Leistungsbedarfs der über 60-Jährigen zu den bis 60-Jährigen aus.

Absatz 4 beschreibt den Demografiefaktor, der sich aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor berechnet.

In Absatz 5 ist geregelt, dass die zuständige Kassenärztliche Vereinigung die notwendigen Berechnungen einmal jährlich durchführt.

Absatz 6 besagt, dass die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres erfolgt.

Der Absatz 7 regelt, dass der Demografiefaktor nicht weiter zur Anwendung kommt, wenn die Voraussetzungen des Absatzes eins, d.h. überproportional hohe Fallzahlen im Planungsbereich, nicht mehr vorliegen.

Der Absatz 8 besagt, dass die Regelungen nach Absatz 1 bis 7 jährlich auf ihre Auswirkungen überprüft werden sollen. Zu diesem Zweck werden die Neuzulassungen, die aufgrund des Demografiefaktors ermöglicht werden, nach Arztgruppen und Planungsbereichen einschließlich ihrer kleinräumigen Verteilung erfasst.

In Absatz 9 wird der Landesebene (Zulassungsausschuss) empfohlen, bei der Ausweisung zusätzlicher Arztsitze soweit möglich darauf hinzuwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologische/geriatrische Qualifikation verfügen.

Im Ergebnis wird der tatsächliche medizinische demographische Wandel der letzten zwanzig Jahre in den Planungsbereichen berücksichtigt, die durch einen hohen Versorgungsbedarf gekennzeichnet sind. Dadurch wird ein erhöhter Ärztebedarf vor allem für Haus- und Augenärzte sowie für Urologen ausgewiesen.

Zur Umsetzung der Regelung werden der Richtlinie in den Anlagen 6.1-6.10 und Anlage 7 entsprechende Planungsblätter zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demografiefaktors angefügt. Die Übersicht der Anlagen wird entsprechend ergänzt.

### **3.           Verfahrensablauf**

In der AG Bedarfsplanungs-Richtlinie und im Unterausschuss wurde die Modifikation der Verhältniszahlen gemäß § 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie durch einen Demografiefaktor intensiv beraten. Im Grundsatz haben sowohl die Mitglieder des Unterausschusses, als auch die Patientenvertreter die Einführung eines Demografiefaktors für notwendig erachtet, um die Folgen des demografischen Wandels mit Blick auf den Versorgungsbedarf älterer Menschen und deren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen bei der Festlegung der Verhältniszahlen besser berücksichtigen zu können.

Hinsichtlich der konkreten Umsetzung vertreten die Bänke unterschiedliche Auffassungen. In der G-BA-Sitzung am 18. März 2010 haben sie jeweils eigene Be-

schlussentwürfe vorgelegt, welche per Beschluss in ein Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5 SGB V gegeben wurden.

In seiner Sitzung am 19. April 2010 hat der Unterausschuss die zwischenzeitlich eingegangenen Stellungnahmen der BÄK und der BPtK beraten, jedoch keine abschließende Auswertung vorgenommen.

Nachdem zwischen den Bänken keine Einigung für einen gemeinsamen Beschlussentwurf erzielt werden konnte, haben sich die Sprecher in ihrem Treffen am 28. Mai 2010 dafür ausgesprochen, jeweils unterschiedliche Beschlussentwürfe in den G-BA einzubringen.

Das Plenum nimmt in seiner Sitzung am 15. Juli 2010 die vorliegenden Stellungnahmen der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zur Kenntnis.

#### **4. Würdigung der Stellungnahmen**

Das Plenum hat die Stellungnahmen in seiner Sitzung am 15. Juli 2010 im Einzelnen gewürdigt. Es teilt die Einschätzung der Stellungnehmenden, dass eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber unumgänglich sei. Zu dem von der BPtK vorgetragenen Vorschlag, den Ansatz einer Steuerung der Niederlassung durch die Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs konsequent weiterzuentwickeln, wird darauf hingewiesen, dass dies nicht bundeseinheitlich umgesetzt werden könne.

Berlin, den 15. Juli 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gem. § 91 SGB V

Der Vorsitzende  
Hess



**5. Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen  
Stellungnahmeverfahrens**

## **Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hier: Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demographiefaktor**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
14. April 2010**



## I Einleitung

Die beiden vorliegenden Beschlussentwürfe sehen eine Anpassung der Verhältniszahlen durch einen demographischen Faktor vor, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Inanspruchnahme einer Arztgruppe demographiebedingt gestiegen ist. In der Ausgestaltung des Demographiefaktors unterscheiden sich die Vorschläge erheblich. Der GKV-Spitzenverband verknüpft zudem die Ausschreibung zusätzlicher Praxissitze infolge einer Anpassung der Verhältniszahlen durch einen Demographiefaktor mit rechtlich unzulässigen Zusatzkriterien.

Bei näherer Betrachtung handelt es sich jedoch bei beiden Vorschlägen um einen sehr reduzierten Demographiefaktor, da nur der Teilaspekt der Veränderung der Altersstruktur abgebildet wird. Demographisch notwendige Veränderungen der Versorgung sind nicht nur auf die alters- und zahlenmäßige Gliederung der Bevölkerung, sondern auch auf die geografische Verteilung und vor allem auf Umwelt- und soziale Faktoren zurückzuführen. Dabei zeigt sich insbesondere ein starker Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und Krankheitspanorama.

Aus Sicht der BPtK ist es nicht sinnvoll, den derzeitigen Bedarfsplanungsansatz der Angebotsplanung zur Abwendung regionaler Überversorgung um einen Demographiefaktor zu ergänzen, der sehr reduziert altersspezifisches Inanspruchnahmeverhalten abbilden soll.

Vielmehr ist eine umfassende Reform der Versorgungsplanung dringlich und angesichts der heute verfügbaren Daten auch möglich. Bis eine solche Reform umgesetzt ist, kann den Problemen einer alternden Gesellschaft mit im Prinzip bereits vorhandenen Instrumenten begegnet werden, ohne die derzeitigen Verhältniszahlen durch einen auch für sich genommen problematischen und zudem systemfremden Faktor zu modifizieren. Dazu schlägt die BPtK eine Änderung des § 34a Bedarfsplanungs-Richtlinie vor.

## II Zielsetzung und Instrumente der Bedarfsplanung

Eine Bedarfs- bzw. Versorgungsplanung bedarf normativer Setzungen, die sich aus ihrer Zielsetzung ergeben. Die derzeitige Bedarfsplanung basiert auf Verhältniszahlen, die das Soll der zulässigen Vertragsarztsitze aus der Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich vorhandenen Leistungserbringern ableitet. Dieses Vorgehen ergibt sich aus der politischen Zielsetzung. Bei Einführung der Bedarfsplanung ging es in erster Linie um die Vermeidung von Überversorgung durch Begrenzung der Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten. Es war nicht primäres Ziel, unter Versorgungsgesichtspunkten eine bestimmte Verteilung der Leistungserbringer zu gewährleisten.

Für eine Versorgungsplanung fehlten damals die erforderlichen Daten. Vor allem aber konnten diese aufgrund der beschränkten Rechenkapazitäten nicht im notwendigen Umfang verarbeitet werden. Heute stehen Daten der Leistungserbringerorganisationen bzw. Krankenkassen zur Verfügung, auf denen eine – auch sektorenübergreifende – Versorgungsplanung aufbauen kann. Andere zentrale Bereiche orientieren sich bereits an Daten zur Morbidität. Beispiel hierfür ist insbesondere der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich. Das zentrale Element der heutigen Bedarfsplanung, das vom historischen Ist und nicht vom Soll einer angemessenen Versorgung ausgeht, ist auch insofern überholt.

Die vorgelegten Beschlussentwürfe zeigen, dass auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erkennt, dass andere Faktoren für die Anzahl der für eine angemessene Versorgung notwendigen Leistungserbringer eine Rolle spielen als die Anzahl der zu einem bestimmten Stichtag im System vorhandenen Leistungserbringer.

Die vorgelegten Beschlussentwürfe sind der Versuch, ein durch die überholte Bedarfsplanung entstandenes Versorgungsproblem durch eine Anpassung der Verhältniszahlen zu lösen. Aus Sicht der BPTK muss dies im Ansatz fehlschlagen, da die der Bedarfsplanung zugrundeliegenden Annahmen nicht geeignet sind, eine angemessene Versorgung zu planen. Bis zu einer umfassenden Reform der Bedarfsplanung, die die Einbeziehung auch morbiditätsbezogener Variablen gewährleisten kann, soll-

ten die bestehenden Defizite durch die verfügbaren Instrumente der Bedarfsplanung kurzfristig gelöst werden.

Die Einführung des vorgeschlagenen Demographiefaktors birgt die Gefahr, das nicht mehr zeitgemäße System faktisch zu festigen, ohne die Probleme, die sich aufgrund der Veränderung in der Morbidität in einer alternden Gesellschaft ergeben, in ihrer Komplexität angemessen zu lösen.

### **III Defizite des geplanten Demographiefaktors**

Unabhängig von der Frage, ob ein Demographiefaktor schon allein deshalb ungeeignet ist, weil er auf ein an sich überholtes System aufbaut, ist der Demographiefaktor in der in den Beschlussentwürfen vorgesehenen Form – auch isoliert betrachtet – nicht geeignet, den Versorgungsproblemen angemessen zu begegnen. Mit beiden Ansätzen wird den Zulassungsausschüssen die Möglichkeit genommen, individuell auf Gegebenheiten vor Ort einzugehen und zu beurteilen, inwiefern tatsächlich ein zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht. Im Folgenden wird auf die mit dem jeweiligen Vorschlag verbundenen Probleme des Demographiefaktors eingegangen.

#### **1. Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV; Anlage 1)**

Die oben dargelegten Bedenken außen vor gelassen, weist dieser Demographiefaktor bzw. seine Konzeption zwei wesentliche Probleme auf. Die Verhältniszahl wird letztlich anhand einer allgemeinen Entwicklung erhöht, ohne spezifisch auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich einzugehen, da der Leistungsbedarfsfaktor aus der allgemeinen Zunahme des altersbezogenen Behandlungsbedarfs errechnet wird. Fraglich ist zudem, inwieweit künftig anhand der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen abgebildet werden kann, wenn verstärkt Selektivverträge nicht über die KVen (siehe Hausarztverträge nach § 73b SGB V) abgewickelt werden.

##### **a) Konzeption des Leistungsbedarfsfaktors**

Um den Mehrbedarf in einem bestimmten Planungsbereich zu berechnen, soll ein bundeseinheitlicher Leistungsbedarfsfaktor gebildet werden, der dazu dienen

soll, pauschal den Leistungsmehrbedarf älterer Menschen zu berücksichtigen. Ein altersspezifischer Leistungsbedarf wird aus dem mit dem vorhandenen Versorgungsangebot erbrachten arztgruppenspezifischen Leistungen abgeleitet. Daran ändert auch Absatz 1 der Vorschrift nichts, wonach der Faktor nur dann zum Tragen kommen soll, wenn in einem Planungsbereich die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle über dem arztgruppenspezifischen Bundesdurchschnitt liegt. Es wird keinerlei Bezug dazu hergestellt, welcher Versorgungsmehrbedarf bei älteren Menschen tatsächlich vor Ort besteht (soziale und Umweltfaktoren) und welche Leistungen sinnvollerweise in der ambulanten ärztlichen Versorgung durch Haus- bzw. Fachärzte oder als Teil eines Gesamtangebots zu erbringen sind. Prägend für die Inanspruchnahme ist aber nicht nur die Morbidität, sondern auch der regional spezifische Zuschnitt der haus- und fachärztlichen Versorgung bzw. das stationäre Versorgungsangebot.

Letztlich wird hier durch bundesdurchschnittlich ermittelte Ist-Leistungsdaten auf einen flächendeckend gleichmäßigen Versorgungsbedarf geschlossen, ohne zu ermitteln, ob der Versorgungsbedarf vor Ort in diesem Maße besteht. Angesichts der heute bestehenden Möglichkeiten ist dieser Lösungsansatz unzureichend. Zulassungen, die aufgrund der Versorgungssituation vor Ort erforderlich sind, sollten daher über Sonderbedarfszulassungen erfolgen und nicht durch eine nicht sachgerechte pauschale Anpassung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen.

b) Datenbasis des Leistungsbedarfsfaktors

Es werden – in Zukunft voraussichtlich verstärkt – ärztliche Leistungen, die im Rahmen von Selektivverträgen erbracht werden, nicht mehr über die KVen abgerechnet. Insbesondere die für ältere Patienten zentrale hausärztliche Versorgung ist von dieser Entwicklung betroffen. Die Daten zur Versorgung der in Hausarztverträgen eingeschriebenen Patientengruppen stehen nicht mehr flächendeckend zur Verfügung und können demgemäß bei der Anpassung der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor nicht berücksichtigt werden.

## 2. Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes (Anlage 2)

Auch der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zielt darauf ab, Verhältniszahlen durch einen Faktor anzupassen, der sich nicht an einer angemessenen Versorgung, sondern an einer Ex-Post-Betrachtung des Inanspruchnahmeverhaltens orientiert. Die Bestimmung des Demographiefaktors unter Zuhilfenahme eines Fallzahlfaktors wirft dabei noch größere Probleme auf als der Leistungsbedarfsfaktor im Vorschlag der KBV. Kontraproduktiv und rechtlich nicht zulässig erscheint die Überlegung des GKV-Spitzenverbandes, Niederlassungsmöglichkeiten, die sich unmittelbar aus der Anpassung der Verhältniszahl ergeben, nicht auszuschreiben, sondern dies von weiteren Voraussetzungen abhängig zu machen.

### a) Konzeption des Fallzahlfaktors

Beim Modell des GKV-Spitzenverbandes stellen sich im Wesentlichen die gleichen Fragen wie beim Vorschlag der KBV. Auch diesem Faktor liegen letztlich keine Daten zugrunde, die annähernd Rückschlüsse auf eine angemessene Versorgung erlauben. Zudem ergibt sich die gleiche Problematik in Bezug auf Selektivverträge wie beim Leistungsbedarfsfaktor. Das Modell des GKV-Spitzenverbandes sieht vor, dass eine Anpassung der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen nur dann erfolgen soll, wenn der Anteil der 60jährigen und älteren Bevölkerung im „Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung“ über dem Bundesdurchschnitt liegt. Die Anpassung der planungsbereichsbezogenen Verhältniszahl vom Durchschnittsalter im gesamten Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abhängig zu machen, nivelliert Unterschiede zwischen den Planungsbereichen.

Der demographische Faktor soll nach dem Vorschlag zudem nur angewandt werden, wenn der Durchschnitt der 60jährigen und älteren Bevölkerung in dem jeweiligen Bereich über dem Bundesdurchschnitt liegt. Diese Vorgabe ist inkonsequent. Der Ansatz des Demographiefaktors besteht darin, die Verhältniszahlen anzupassen, weil sich die Altersstruktur gegenüber dem Zeitpunkt der Festlegung der Verhältniszahlen verändert hat. Nach dieser Systematik müsste eine Anpassung der Verhältniszahlen also allein von einem höheren Durchschnittsalter gegenüber dem von 1990 abhängen. Wird nun die Anwendung des Demographiefaktors an ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt überdurchschnittliches Alter

geknüpft, so läuft er in weiten Teilen ins Leere. Denn das bundesweite Durchschnittsalter steigt seit 1990 kontinuierlich und wird weiter steigen.

Zusätzlich führt das Abstellen auf die Fallzahlen dazu, dass ein etwaiger Behandlungsmehraufwand und damit auch die Notwendigkeit weiterer Leistungserbringer nicht erkannt werden, wenn dieser darin besteht, dass ältere Menschen im Verlauf eines Quartals häufiger den Arzt konsultieren müssen. Es ist nicht sachgerecht, auf einen noch größeren Fallzahlfaktor abzustellen, wenn – ungeachtet der damit zusammenhängenden Probleme – die Ermittlung eines Leistungsbedarfsfaktors möglich wäre.

b) Keine Ausschreibung von Praxissitzen trotz festgestellter Notwendigkeit

Schließlich konterkariert der Entwurf das Ziel einer Anwendung des Demografiefaktors durch die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Bestimmung von § 8a Abs. 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Danach sollen sich notwendige Leistungserbringer trotz eines festgestellten Bedarfs in einem Planungsbereich nicht niederlassen können, wenn es nicht gelingt, in anderen Planungsbereichen Sitze beispielsweise unter Anwendung von § 105 Abs. 3 SGB V „abzubauen“.

Ein solcher Ansatz ist in sich inkonsequent. Im Rahmen der Bedarfsplanung ergibt sich in einem Planungsbereich entweder die Notwendigkeit der Zulassung weiterer Leistungserbringer oder sie ergibt sich nicht. Stellen die Zulassungsausschüsse einen Bedarf fest, können Zulassungen nicht davon abhängig gemacht werden, dass in anderen Planungsbereichen Leistungserbringer ihre Niederlassung aufgeben.

Die Regelung ist auch vor dem Hintergrund der Berufsfreiheit (Artikel 12 GG) rechtlich nicht haltbar. Es fehlt bereits an einer Ermächtigungsgrundlage für die angestrebte Regelung. Nach der so genannten Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts hat der Gesetzgeber alle wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen. Er kann dabei die Exekutive ermächtigen, untergesetzliche Normen zu erlassen, solange Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung ersichtlich sind (vgl. Art. 80 GG). Die in der Begründung des Entwurfs des GKV-Spit-

zenverbandes zitierte Regelung des § 16 Abs. 4 Ärzte-ZV findet ihre Ermächtigung in § 100 Abs. 2 a. E. SGB V. Dort heißt es:

*„Konnte ... die Sicherstellung ... nicht gewährleistet werden ..., haben die Landesausschüsse mit verbindlicher Wirkung für die Zulassungsausschüsse nach deren Anhörung Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten nach den Zulassungsverordnungen anzuordnen.“*

Eine Ermächtigung, Planungsbereiche trotz erkannter Notwendigkeit zusätzlicher Leistungserbringer zu sperren, weil in anderen Planungsbereichen eine ausreichende Zahl von Leistungserbringern vorhanden ist, gibt es hingegen nicht. Die Regelung des § 100 Abs. 2 SGB V ermächtigt schon ausweislich ihres Wortlauts den G-BA nicht, eine Regelung mit dem angestrebten Inhalt zu erlassen. Adressat sind die Landesausschüsse, die sich nach der nicht vom G-BA zu erlassenden Zulassungsverordnung zu richten haben.

Der mit der vorgesehenen Regelung des Entwurfs verbundene Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit ist unabhängig von der Frage der Ermächtigungsgrundlage nicht gerechtfertigt. Bei Regelungen der Bedarfsplanung, die dazu führen, dass sich ein Leistungserbringer nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung niederlassen kann, handelt es sich um Berufsausübungsregelungen, die einer Berufszulassungsregelung sehr nahe kommen. Daher ist ein besonders hohes Maß an Rechtfertigung erforderlich. Ein Eingriff muss sich am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit messen lassen. Dies setzt voraus, dass er einem legitimen Ziel dient, geeignet, erforderlich und angemessen ist.

Die Regelung im Entwurf des GKV-Spitzenverbandes will den Abbau von Unterversorgung in einem Planungsbereich mit dem Abbau von Überversorgung koppeln. Es stellt sich die Frage, ob dies ein in dieser Form legitimes Ziel darstellt, das der Normgeber im Rahmen der Bedarfsplanung heutiger Prägung verfolgen darf. Das Ziel könnte legitim sein, wenn es dem Erhalt der Finanzierbarkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung dienen würde. Dies würde jedoch voraussetzen, dass die Finanzierbarkeit durch die (wenigen) aufgrund des

Demographiefaktors zusätzlich entstehenden Niederlassungsmöglichkeiten insgesamt gefährdet wird. Voraussetzung für die Verhältnismäßigkeit einer Norm ist, dass sich der Normgeber mit der Frage der Rechtfertigung auseinandersetzt, was hier nicht der Fall ist. In der Begründung findet sich kein Anhaltspunkt für eine Gefährdung der Finanzierbarkeit des Systems insgesamt durch die Möglichkeit zusätzlicher „Demographiesitze“, wobei zu ergänzen ist, dass nicht einmal klar ist, ob diese überhaupt flächendeckend besetzt werden könnten. Es wird in diesem Zusammenhang lediglich auf die Ärztezulassungsverordnung verwiesen.

Zudem ist die Regelung zur Erreichung dieses Ziels ohnehin nicht geeignet. Eine Maßnahme ist dann geeignet, wenn das angestrebte Ziel mit diesem Mittel überhaupt erreicht werden kann. Dies ist hier nicht der Fall. Es besteht kein Zusammenhang zwischen der nominellen Überversorgung in einem Planungsbereich und der Notwendigkeit zusätzlicher Leistungserbringer in einem anderen Planungsbereich. Das SGB V sieht zu Recht keine Möglichkeit vor, Sitze zwangsweise einzuziehen. Zudem besteht weder die Möglichkeit, einen Sitz gleichsam in einen anderen Planungsbereich zu „verlegen“, noch übt die im Entwurf vorgesehene Regelung Druck auf den Inhaber einer Praxis in einem anderen Planungsbereich aus, diese Praxis aufzugeben. Mit der Regelung kann also der Abbau eines Sitzes in einem anderen Planungsbereich gar nicht erreicht werden.

Hier liegt auch der fundamentale Unterschied zur Regelung in § 16 Abs. 4 Ärzte-ZV. Denn aufgrund dieser Regelung kann eine Zulassungsbeschränkung für den Bezirk ausgesprochen werden, bis bestehende Zulassungsmöglichkeiten in unterversorgten Planungsbereichen wahrgenommen werden. Damit soll der Druck auf zulassungswillige Leistungserbringer erhöht werden, sich genau dort niederzulassen. Mit der im Entwurf des GKV-Spitzenverbandes vorgesehenen Regelung wird hier jedoch ein vergleichbarer Druck auf einen bereits tätigen Leistungserbringer, seine Praxis aufzugeben, gerade nicht begründet.

Darüber hinaus rechtfertigt sich die Regelung des § 16 Abs. 4 Ärzte-ZV nur durch die (drohende) Unterversorgung im Sinne von § 100 Abs. 1 SGB V in einem Planungsbereich. Nur um diese zu verhindern, dürfen in anderen Planungsbereichen Zulassungsbeschränkungen ausgesprochen werden. Durch die An-



passung der Verhältniszahlen aufgrund des Demographiefaktors dürfte aber regelmäßig keine Unterversorgung im Sinne von § 100 Abs. 1 SGB V entstehen oder drohen. Sollte dies doch einmal der Fall sein, können auch Zulassungsbeschränkungen nach § 16 Abs. 4 Ärzte-ZV verhängt werden. Die Regelung des § 8a Bedarfsplanungs-Richtlinie des Entwurfs des GKV-Spitzenverbandes ist zur Verhinderung von Unterversorgung somit weder geeignet noch erforderlich.

c) Prioritäre Besetzung durch Hausärzte

Auch die Vorschrift, frei werdende Arztstellen prioritär durch Hausärzte zu besetzen, ist ungeeignet. Wenn sich nach den Regelungen der Bedarfsplanung die Notwendigkeit der Niederlassung weiterer Leistungserbringer ergibt, so bestehen diese unabhängig voneinander. Es lässt sich systemimmanent nicht begründen, dass sich Fachärzte unterschiedlicher Fachrichtungen nur deshalb nicht niederlassen können sollen, weil darüber hinaus demographiebedingt die Zulassung eines Hausarztes erforderlich ist. Im Übrigen besteht die Notwendigkeit eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Fach- und Hausärzten bereits aufgrund der derzeitigen Rechtslage.

d) Gerontologisch/geriatrische Qualifikation

Es erscheint auch ungeeignet, Bewerbern mit einer geriatrischen Qualifikation generell und pauschal den Vorzug vor anderen Bewerbern unabhängig von deren zusätzlichen Qualifikationen einzuräumen. Denn es wird zwar aufgrund des Demographiefaktors generell ein weiterer Bedarf an Leistungserbringern in einem Planungsbereich festgestellt, aber dieser Bedarf wird gerade nicht in der Art festgestellt, dass der neue Leistungserbringer vorrangig oder ausschließlich ältere Menschen behandeln soll. Vielmehr ist zu erwarten, dass der neu zugelassene Leistungserbringer Patienten aller Altersgruppen behandelt. Insofern ist die Vorgabe einer altersspezifischen Qualifikation als allgemeines Kriterium ungeeignet.

#### **IV Folgerungen aus den Vorschlägen**

Die Vorschläge zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beruhen letztlich auf der Erkenntnis, dass die derzeitige Bedarfsplanung hinsichtlich Zielsetzung und Ins-

trumentarium grundlegend zu überarbeiten ist. Die Vorschläge zur Einführung eines Demographiefaktors werden dieser Ausgangslage nicht gerecht, da sie systemimmanente Lösungen für Verwerfungen suchen, die Konsequenz der Bedarfsplanung heutiger Prägungen sind und daher folgerichtig nur zu weiteren Verwerfungen und letztlich nicht problemadäquaten Lösungen führen. Eine grundlegende Reform der Bedarfsplanung durch den Gesetzgeber ist unumgänglich. Ihr kann und muss nicht vorgegriffen werden.

## **V Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer**

Der G-BA und der Gesetzgeber haben bereits in der Vergangenheit erkannt, dass die Steuerung der Niederlassung allein über Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung nicht ausreicht. Daher ist schon nach derzeit geltendem Recht die Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs anhand spezifischer Kriterien, z. B. der Altersstruktur der Wohnbevölkerung, möglich. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, diesen Ansatz konsequent weiterzuentwickeln. Die Zulassung über einen demographiebedingten, zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf bietet den Vorteil, dass darüber die tatsächlichen Begebenheiten vor Ort mit in die Überlegungen einbezogen werden können und müssen.

### **1. Zulassung aufgrund zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf**

Bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf besteht auch in gesperrten Planungsbereichen die Möglichkeit weiterer Zulassungen. Gemäß § 34a Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie sind die Landesausschüsse berechtigt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereichs festzustellen. Dabei sind als Kriterien gemäß § 34a Abs. 6 Nr. 2 bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen mit einzubeziehen.

Hier hat der G-BA erkannt, dass nicht nur die Altersstruktur für die Erfassung des Versorgungsbedarfs von Bedeutung ist, sondern auch andere Kriterien maßgeblich sind. Es existieren also bereits Ansätze, für kleinere Räume als den Planungsbereichen bei der Bedarfsplanung weitere Kriterien mit zu berücksichtigen. Die Vorschrift bietet somit die Möglichkeit, die demographische Entwicklung in Entscheidungen der

Landesausschüsse mit einzubeziehen. Sie misst aber in ihrer derzeitigen Fassung dem demographiebedingten Versorgungsbedarf noch nicht das erforderliche Gewicht bei. Problematisch ist insbesondere, dass die Altersstruktur nur eines von mehreren (gleichberechtigten) Kriterien darstellt. Nach der derzeitigen Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf verpflichtend dann zu prüfen, wenn die Kriterien der Unterversorgung in der Bezugsregion erfüllt sind (vgl. § 34a Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Die Feststellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erfolgt nicht in Bezug auf den Planungsbereich, sondern auf eine Bezugsregion unterhalb der Größe des Planungsbereichs. Dies bietet grundsätzlich die Chance, demographiebedingt notwendige Zulassungen am (auch kleinräumigen) Versorgungsbedarf vor Ort auszurichten, anstatt pauschal auf die Verhältniszahl im Planungsbereich abzustellen. Das zentrale Ziel beider hier vorliegender Beschlussentwürfe ist es in erster Linie, den mit dem demographischen Wandel verbundenen Problemen nachzukommen. Daher sollten aus Sicht der BPTK der Tatbestand und die Kriterien für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf angepasst werden.

## **2. Kriterium des demografiebedingten Versorgungsbedarfs**

Ermächtigung für die Festlegung der Kriterien durch den G-BA, nach denen sich die Frage eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beurteilt, ist § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V. Zuständig für die Feststellung sind gemäß § 100 Abs. 3 SGB V die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Auf diese Zuständigkeitsregelung verweist die Ermächtigungsgrundlage. Inhaltlich beschränkt die Ermächtigungsgrundlage den G-BA nicht, ausschließlich auf Kriterien der Unterversorgung im Sinne von § 100 Abs. 1 SGB V bzw. § 29 Bedarfsplanungs-Richtlinie abzustellen, was auch die derzeitige Regelung verdeutlicht. Danach kommt den Kriterien der Unterversorgung zwar bei der Einleitung des Verfahrens eine wichtige Bedeutung zu; letztlich sind aber bei der Beurteilung selbst weitere Kriterien entscheidend (vgl. § 34a Abs. 6 SGB V). Die BPTK schlägt vor, die Kriterien für die Beurteilung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs so zu verändern, dass sie es ermöglichen, dem demographiebedingten Versorgungsbedarf das erforderliche Gewicht beizumessen. Als gesondertes Kriterium sollten „Anhaltspunkte für einen demographiebedingten Mehrbedarf“ in die Richtlinie aufgenommen werden.

Da bei der Prüfung alle bisherigen Kriterien eine Rolle spielen, führt eine Erhöhung des Anteils älterer Menschen nicht automatisch zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs. Dies ist nur dann der Fall, wenn sich ein solcher unter Einbeziehung aller Kriterien feststellen lässt. Die Prüfung eines solchen Bedarfs soll immer dann erfolgen, wenn sich der Anteil der Menschen im Alter von 60 oder mehr Jahren deutlich gegenüber dem Anteil erhöht hat, der 1990 bei Einführung der Verhältniszahlen zugrundegelegt wurde bzw. sich seit der letzten Prüfung aufgrund der Veränderung der Altersstruktur deutlich erhöht hat. Durch letzteres wird sichergestellt, dass eine Prüfung erst dann wieder erfolgen muss, wenn erneut eine deutliche Veränderung in der Altersstruktur eingetreten ist.

Der Umstand, dass der G-BA zwei unterschiedliche Beschlussentwürfe in das Stellungnahmeverfahren einbringt, legt es nahe, dass er vor einer Reform der Bedarfsplanung einen relativ kurzfristigen Handlungsbedarf sieht. Diesem kann im Rahmen von Sonderbedarfszulassungen begegnet werden. Eine einfach anmutende Lösung der Anpassung der ohnehin wenig aussagekräftigen Verhältniszahlen durch einen pauschalen, nur bedingt versorgungsbedarfsorientierten Demographiefaktor wird der Komplexität der Aufgabe hingegen nicht gerecht.

Die BPTK schlägt daher den folgenden Beschlusstext vor:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am XX.XX.2010 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom XX.XX.XXXX [Fundstelle], zuletzt geändert am XX.XX.XXXX [Fundstelle] wie folgt zu ändern:

I. In § 34a Abs. 3 werden nach dem Wort „sind“ folgende Wörter eingefügt:

„oder wenn sich in der Bezugsregion der Anteil der Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber im Vergleich zum Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (West) im Jahre 1990 bzw. nach der letzten aufgrund der veränderten Altersstruktur durchgeführten Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs deutlich erhöht hat“.

II. In § 34a Abs. 6 wird in Nummer 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende neue Nummer 4 angefügt:

„4. Anhaltspunkte für einen demographiebedingten Mehrbedarf.“

III. „Dieser Beschluss tritt am XX.XX.2010 in Kraft.“



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:  
Einführung eines Demographiefaktors

Berlin, 15.04.2010

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 18.03.2010 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer weiteren Änderung der bestehenden „Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie)“ aufgefordert, nachdem die Richtlinie bereits mehrfach Gegenstand von Änderungen durch den G-BA gewesen ist (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.07, 31.08.07, 05.12.07, 28.01.08, 27.03.08, 02.09.08, 12.12.08, 11.02.09, 08.04.09, 19.11.09 und 11.03.10).

Das Ziel des jetzt vorgelegten Änderungsentwurfs liegt in einer Modifikation der Verhältniszahlen aus Einwohnern und zugelassenen Vertragsärzten durch Einführung eines Demographiefaktors.

Gemäß § 101 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beschließt der G-BA in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung, und gemäß § 5 Abs. 2 der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie wird dieser „allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen)“ wie folgt ermittelt:

„Die Verhältniszahlen werden unbeschadet der besonderen Regelungen in den Absätzen 3 bis 6 für die Arztgruppen grundsätzlich einheitlich

- 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 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)

sowie

- jeweils aus allen denjenigen Planungsbereichen, welche derselben raumordnungsspezifischen Planungskategorie nach dem Muster des § 6 zugeordnet werden,

ermittelt.“

In der von der KBV verfassten Version der tragenden Gründe - es liegt ein dissenter Beschlussentwurf mit jeweils eigenen tragenden Gründen vor - wird dazu ausgeführt, dass eine solche rein quantitative Gegenüberstellung von Vertragsärzten und Versicherten die Folgen des demographischen Wandels für die Versorgung der Versicherten unberücksichtigt ließe. Verwiesen wird insbesondere auf einen steigenden Anteil älterer Versicherter mit höherem Bedarf an ärztlicher Versorgung. Dabei zeige sich im Bundesgebiet eine unterschiedliche Intensität des Bedarfs, es werden hierbei ländliche, strukturschwache Gebiete hervorgehoben. Der somit regional unterschiedlich ausgeprägte demographische Wandel müsse künftig bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Dabei ist vorgesehen, den einzuführenden arztgruppenspezifischen demographischen Faktor nur dann zur Anwendung kommen zu lassen, wenn etwa erhöhte regionale Fallzahlen für eine Arztgruppe in Relation zum Bundesdurchschnitt auf eine demographiebedingt erhöhte Inanspruchnahme hinweisen.

In der von der GKV verfassten Version der tragenden Gründe herrscht insoweit Übereinstimmung mit dieser Darstellung, als die Bestandsaufnahme einer in ihrer aktuellen Konstruktion nur sehr bedingt tauglichen Bedarfsplanung geteilt wird. Strukturelle Veränderungen der Gesellschaft könnten nicht ausreichend aufgenommen werden, insbesondere die demographische Entwicklung.

Allerdings sieht der Entwurf der GKV vor, die Einführung eines demographischen Faktors an einen gleichzeitigen Abbau von Überversorgung zu knüpfen. Es wird argumentiert, dass die bloße Einführung eines Demografiefaktors lediglich die bestehenden Verhältniszahlen altersbezogen so modifizieren würde, dass weitere freie Arztstühle in großer Zahl ausgewiesen würden, es aber keineswegs zu der erwünschten Niederlassung von Ärzten in schlecht versorgten Planungskreisen käme. Das entsprechende Konzept der KBV wird von der GKV gar als „klassische Fehlsteuerung“ bezeichnet. Des Weiteren wird kritisch konstatiert, dass es nicht nur insgesamt bereits jetzt zu viele Vertragsärzte gäbe, sondern überdies die „gesetzlich geforderte Ausgewogenheit haus- und fachärztlicher Versorgung deutlich zugunsten der ärztlichen Spezialdisziplinen und zulasten der hausärztlichen Versorgung verschoben“ sei. Der Abbau von Facharztsitzen sollte nach den Vorstellungen der GKV deshalb prioritär den hausärztlichen Bereich durch Ausweisung neuer Hausarztsitze stärken.

Weitere Bedingungen für eine demographiebezogene Anpassung der Verhältniszahlen sollen laut GKV ein über dem Bundesdurchschnitt liegender Anteil der  $\geq 60$ -jährigen im Bereich einer kassenärztlichen Vereinigung sowie die bevorzugte Auswahl solcher Ärzte durch die Zulassungsausschüsse sein, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologische/geriatriische Qualifikation verfügen.

Zum Abbau von Überversorgung sollen laut GKV-Entwurf die KVen einen freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom 62. Lebensjahr an finanziell fördern. Die KV würde dem freiwillig ausscheidenden Arzt den Marktpreis der Praxis auszahlen und anschließend die Praxis stilllegen, anstatt den Praxissitz wieder auszuschreiben.

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

##### **A: Allgemeiner Kommentar**

Die Bundesärztekammer begrüßt den vom G-BA verfolgten Ansatz einer Überarbeitung der Richtlinie Bedarfsplanung zugunsten einer besseren Abbildung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der Versicherten. Die Einführung eines demographischen Faktors in die Berechnungsgrundlage für den Versorgungsbedarf ist dabei ein konstruktiver Schritt.

Die Bundesärztekammer sieht aber auch die Grenzen des Verfahrens, die in der Richtlinie Bedarfsplanung angelegt sind und die mittels Einführung eines weiteren rechnerischen Faktors nicht überwunden werden. Grundsätzlich zu hinterfragen ist der Ansatz der Bildung von Verhältniszahlen beziehungsweise der Rückgriff auf eine mittlerweile 20 Jahre alte Berechnungsgrundlage, die nach Kenntnis der Bundesärztekammer zu keiner Zeit empirisch belegt worden ist, jedenfalls nicht im Sinne von Evidenz, die sich an der Morbidität einer Population als Ergebnis solcher Verhältniszahlen orientiert. (Dass die Richtlinie in § 5 Abs. 2 immer noch von „Beitrittsgebiet“ spricht, wenn die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen sowie ein Teil des Landes Berlin gemeint sind, legt einen Überarbeitungsbedarf eher an anderer Stelle der Richtlinie nahe.) Insofern kann die jetzt beabsichtigte Verfeinerung des Berechnungsverfahrens nicht den mittlerweile breit diskutierten, grundlegenden Wandel in der Versorgungsplanung bedeuten, sondern muss lediglich als Detail-Pflege eines schon im Ansatz stark limitierten Systems gewertet werden.

Bereits in ihrer letzten Stellungnahme zur Änderung der Richtlinie Bedarfsplanung („Besonderer Versorgungsbedarf bei einer Facharztbezeichnung“) vom 11.03.2010 hatte die Bundesärztekammer angeregt, den Modus der Bedarfsplanung grundsätzlich zu überdenken und dabei unter anderem auf das Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 „Koordination und

Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ [1] hingewiesen, in dem die starre Orientierung an historischen Verhältniszahlen und damit an einer nur beschränkt aussagefähigen Einwohner-Ärzte-Relation kritisiert wird.

#### **B: Spezifischer Kommentar zu den dissidenten Beschlussentwürfen**

Von den beiden vorgelegten Beschlussentwürfen ist der Entwurf der KBV zu bevorzugen. Den Vorstellungen der GKV kann insbesondere bei folgenden Punkten nicht gefolgt werden:

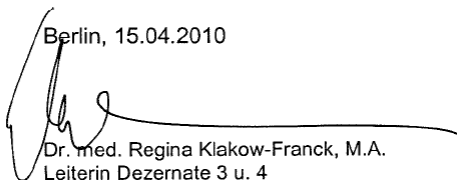
- Die Verknüpfung des Wirksamwerdens eines demographischen Faktors zugunsten einer Reaktion auf regionale Unterversorgung mit dem gleichzeitigen Abbau von Überversorgung in einer anderen Region im Sinne eines Junktims ist abzulehnen. Allein aus der Perspektive der Versicherten in unterversorgten Gebieten dürfte es kaum verständlich sein, weshalb die sachlich gebotene Verbesserung der Situation an die Zustände in einer anderen Region, auf die die betroffenen Versicherten keinen Einfluss haben, und die auch nicht von Ihnen zu verantworten ist, geknüpft werden sollte.
- Der Vorschlag der GKV, den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt vom 62. Lebensjahr an finanziell zu fördern, würde die Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten vermutlich dramatisch verschärfen.
- Die von der GKV unterstellte quantitative „Überversorgung“ mit Vertragsärzten gibt es so nicht. Kritikwürdig ist vielmehr die Größe zahlreicher Planungsbezirke sowie die innerhalb der Planungsbezirke inhomogene Verteilung der darin zugelassenen Vertragsärzte. Diesem Missstand könnte mit dem von der KBV entwickelten Instrumentarium zur kleinräumigen Bedarfsplanung abgeholfen werden.

#### **Fazit**

Die Bundesärztekammer begrüßt eine Änderung der Richtlinie Bedarfsplanung zugunsten einer besseren Abbildung der bevölkerungsbezogenen Morbidität mithilfe eines demographischen Faktors und schließt sich dem Vorschlag der KBV an. In Anbetracht des dargelegten grundsätzlichen Überarbeitungsbedarfs an der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird jedoch auch diese Maßnahme insgesamt zu kurz greifen, da die Basis der Berechnungen nach wie vor insuffizient im Sinne einer echten, am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung ausgerichteten Bedarfsplanung bleibt.

Empfohlen wird eine sektorenübergreifende Planungsperspektive, ausgerichtet an der regional zu erfassenden Morbidität der Bevölkerung. Dafür wird es notwendig sein, bestehende Instrumente zur Abbildung der gesundheitlichen Lage regionaler Populationen weiterzuentwickeln bzw. neue Instrumente wie Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu entwickeln. Die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter dem Dach des G-BA sollte mit den aktuellen, diesbezüglichen Überlegungen der Gesundheitsministerkonferenz abgestimmt werden.

Berlin, 15.04.2010



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.  
Leiterin Dezernat 3 u. 4



**Literatur**

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. Bundesanzeiger Verlag, Köln 2009  
<http://www.svr-gesundheit.de>

