

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL

Vom 16. Mai 2019

### Inhalt

1. Rechtsgrundlage .....	3
2. Eckpunkte der Entscheidung .....	3
Zu § 1 Absatz 2 Nr. 11 .....	3
Zu § 4 Absatz 1 .....	3
Zu § 7 .....	4
Zu § 8 .....	4
Zu § 9 .....	5
Zu § 11 .....	10
Zu § 12 .....	11
Zu § 13 .....	12
Zu § 14 .....	13
Zu § 16 .....	13
Zu § 17 .....	13
Zu § 18, 20 und 21 .....	13
Zu §§ 23 und 24 .....	14
Zu § 25 .....	14
Zu § 25a .....	15
Zu § 26 .....	15
Zu § 29 .....	15
Zu § 31 .....	15
Zu § 35 .....	15
Zu § 36 .....	16
Zu § 43 .....	16
Zu § 44 .....	17
Zu § 63 .....	17

<b>Zu § 65.....</b>	<b>17</b>
<b>Zu § 66.....</b>	<b>17</b>
<b>Zu § 67.....</b>	<b>17</b>
<b>Zu § 68.....</b>	<b>17</b>
<b>Anlagen.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 1.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 2.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 3.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 4.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 5.....</b>	<b>19</b>
<b>Anlage 7.....</b>	<b>23</b>
<b>3. Würdigung der Stellungnahmen.....</b>	<b>24</b>
<b>4. Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>24</b>
<b>5. Verfahrensablauf.....</b>	<b>25</b>
<b>6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....</b>	<b>26</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 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.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit dem vorliegenden Beschluss setzt der G-BA den gesetzlichen Auftrag nach § 101 Absatz 1 Satz 7 i.V.m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V zur Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) um. Danach soll der G-BA mit Wirkung zum 1. Juli 2019 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen gemäß Absatz 2 Nummer 3 und unter Berücksichtigung der Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung, insbesondere für die Arztgruppe nach Absatz 4, treffen. Nach § 101 Absatz 2 Nr.3 SGB V hat der G-BA die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und 5 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist; dabei sind insbesondere die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen.

### **Zu § 1 Absatz 2 Nr. 11**

Es erfolgt eine redaktionelle Änderung, die klarstellt, dass die BPL-RL generell Übergangsregelungen enthält und nicht nur solche, die sich auf einen spezifischen Reformzeitpunkt beziehen.

### **Zu § 4 Absatz 1**

Zu Absatz 1 Satz 2 in Verbindung mit Anlage 2.1 (Struktur des Bedarfsplans)

Bereits mit der Neufassung der BPL-RL vom 20.12.2012 hat der G-BA in § 4 Satz 3 geregelt, dass bei der Bedarfsplanung die vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung besonders zu beachten ist (vgl. auch Tragende Gründe zum „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der BPL-RL: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG vom 20. Dezember 2012, geändert am 18. Februar 2013 und am 18. Juni 2013, Seite 7).

Mit Änderungsbeschluss vom 20. August 2015 ist durch eine neu aufgenommene Fußnote in Anlage 2.1 zudem klargestellt worden, dass im analytischen Teil des Bedarfsplans sichergestellt sein soll, dass das Querschnittsthema „Barrierefreiheit und Barrierearmut“ ausreichend berücksichtigt und gewürdigt wird (vgl. Tragende Gründe zum „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der BPL-RL: Änderung der Anlagen“ vom 20. August 2015, Seite 2).

Eine Sichtung der aktuellen Bedarfspläne der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung hat gezeigt, dass bislang entweder keine bzw. uneinheitliche Ausführungen zur Barrierefreiheit in die analytischen Teile der Bedarfspläne eingeflossen sind. Mit den vorliegenden Änderungen stellt der G-BA daher in § 4 klar, dass der Bedarfsplan auch Informationen zum barrierefreien Zugang zur Versorgung umfasst. Zu diesem Zweck wird in Anlage 2.1 der analytische Teil des Bedarfsplans um den Gliederungspunkt „1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung“ ergänzt.

Die gewünschten Angaben für den Gliederungspunkt „1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung“ werden darüber hinaus über eine Fußnote konkretisiert, um den Umfang der Angaben zu vereinheitlichen und um zukünftig möglichst auch eine Vergleichbarkeit herstellen zu können. Dabei geht der G-BA davon aus, dass für die zu erstellenden Informationen keine zusätzlichen Datenerhebungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erfolgen müssen,

sondern auf bestehende Daten zurückgegriffen werden kann. Ausgangspunkt sind dabei insbesondere die von den KVen gemäß § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V i.d.F. des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) „bundeweit einheitlich“ zur Verfügung zu stellenden Informationen „über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit)“. Auf Basis dieser Informationen ist im analytischen Teil des Bedarfsplans die Entwicklung der barrierefrei zugänglichen Praxen arztgruppenspezifisch mit absoluten Zahlen und in Prozentsätzen darzustellen.

Darüber hinaus sind Angaben zur Entwicklung von Anzahl und Prozentsatz der Einwohner mit einer anerkannten Behinderung bzw. Schwerbehinderung bezogen auf die KV-Ebene zu machen. Hierbei kann auf vorhandene statistische Angaben zurückgegriffen werden. Die Angaben sollen eine Einschätzung zum potentiellen Bedarf von Patientinnen und Patienten nach barrierefreien oder zumindest barrierearmen Arztpraxen ermöglichen. Vor diesem Hintergrund können auch weitere Angaben zu anderen potentiell betroffenen Patientengruppen gemacht werden, wie z.B. zu Anzahl und Prozentsatz von Menschen mit einem anerkannten Pflegegrad oder einem Alter von über 75 Jahren.

Die Angaben sind zu ergänzen um Ausführungen zu geplanten Maßnahmen, mit denen das Ziel des barrierefreien Zugangs von Arztpraxen erreicht werden soll. Ggf. bereits erfolgte konkrete Maßnahmen für die Verbesserung der Zugänglichkeit von Arztpraxen werden dargestellt. Darüber hinaus wird informiert über Beratungsangebote für Ärztinnen und Ärzte zur Herstellung von Barrierefreiheit sowie zu ggf. über § 75 Absatz 1a Satz 2 SGB V hinausgehende weitere Serviceangebote für Patientinnen und Patienten für die Suche nach einer barrierefreien Praxis.

Ergänzend sollen Maßnahmen zur Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderungen im Rahmen von infrastrukturellen Besonderheiten nach § 2 Nr. 5 BPL-RL (Berücksichtigung regionaler Besonderheiten) oder im Rahmen des § 35 Absatz 5 BPL-RL (zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf) oder im Rahmen einer sonstigen Berücksichtigung der Belange von Menschen mit Behinderung auf Basis des § 2a SGB V dargestellt werden.

Mit dem TSVG wird den zuständigen Landesbehörden gemäß § 103 Absatz 2 Satz 5 SGB V die Möglichkeit gegeben, Gebiete und Arztgruppen auszuweisen, in denen aus ihrer Sicht zusätzliche Arztsitze erforderlich sind und die Sperrung aufzuheben ist. Obgleich die Beschlüsse der obersten Landesbehörden ggf. unabhängig von den Vorgaben der BPL-RL erfolgen können, da keine gesetzliche Vorgabe diesbezüglich besteht, weisen die Kriterien zur Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete eine starke inhaltliche Überschneidung zu den Prüfungen nach § 35 Absatz 2 BPL-RL auf und wirken sich durch die damit verbundenen Zulassungsmöglichkeiten auf die Versorgung und Sicherstellung im Planungsbereich und ggf. darüber hinaus aus. Sie sollen deshalb im Bedarfsplan abgebildet und dokumentiert werden. Die hierfür erforderliche Änderung im § 4 BPL-RL führt zu Anpassungen in den Planungsblättern der Anlage 2, in denen diese Arztsitze ebenfalls ausgewiesen werden sollen. Hierdurch soll Transparenz über die Entscheidungen der Landesbehörden und der Landesausschüsse hergestellt werden.

## **Zu § 7**

Es erfolgt eine redaktionelle Anpassung, die den aktuellen Stand der gesetzlichen Vorgaben abbildet, wonach Abweichungen von der BPL-RL mit einfacher Mehrheit durch den Landesausschuss beschlossen werden können.

## **Zu § 8**

Mit den Änderungen des Morbiditätsfaktors nach § 9 BPL-RL ergeben sich systematische Veränderungen bei den Verhältniszahlen, die nun in unterschiedlichen Arbeitsschritten angepasst

und hierfür jeweils entsprechend bezeichnet werden. Die Bezeichnungen für die unterschiedlichen Arbeitsschritte der Verhältniszahlen werden deshalb im § 8 BPL-RL nunmehr grundsätzlich erläutert. Diese Arbeitsschritte sind:

1. Die Verhältniszahlen zur Einführung der Bedarfsplanung:  
Sie bilden auch mit Blick auf die Regelungen gemäß § 101 Absatz 1 Sätze 4 und 5 SGB V die Grundlage für mögliche Beratungen zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.
2. Die Basis-Verhältniszahlen:  
Sie basieren auf den Verhältniszahlen zur Einführung der Bedarfsplanung, berücksichtigen jedoch auch mögliche grundsätzliche Anpassungen der Verhältniszahlen durch den G-BA wie beispielsweise die Anpassungen der Verhältniszahlen der Kinderärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Fachinternisten im Jahr 2019, die Anpassungen der Verhältniszahlen der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Jahr 2018, sowie die Anpassungen der Verhältniszahlen der Psychotherapeuten im Jahr 2012. Sie werden in Anlage 5 abgebildet und bilden den Referenzrahmen für Anpassungen durch den Morbiditätsfaktor gemäß § 9 Absätze 4 bis 7 BPL-RL.
3. Die Allgemeinen Verhältniszahlen im Sinne der BPL-RL:  
Die Allgemeinen Verhältniszahlen im Sinne der BPL-RL werden durch die Anpassungen gemäß den Vorgaben nach § 9 Absätze 4 bis 7 bezogen auf die Basis-Verhältniszahlen nach Anlage 5 ermittelt. Durch die Anwendung des Morbiditätsfaktors gemäß § 9 Absätze 4 bis 7 BPL-RL werden die Basis-Verhältniszahlen alle 2 Jahre angepasst, sie spiegeln damit die Veränderung des Versorgungsbedarfs aufgrund von Veränderungen der Alters- und Geschlechtsstruktur der Gesamtbevölkerung (und damit auch Morbidität) wieder. Die auf dieser Grundlage ermittelten Allgemeinen Verhältniszahlen werden in den §§ 11 bis 14 BPL-RL ausgewiesen.
4. Die regionalen Verhältniszahlen:  
Durch Anwendung der regionalen Verteilungsfaktoren des Morbiditätsfaktors gemäß § 9 Absätze 8 bis 10 BPL-RL werden die Allgemeinen Verhältniszahlen aufgrund der in den Planungsbereichen gemessenen Morbidität regional angepasst. Auf Grundlage dieser Verhältniszahl werden die Feststellungen zur Über- und Unterversorgung getroffen.
5. Die regional angepasste Verhältniszahl:  
Sofern Verhältniszahlen auf Grundlage des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V abweichend von denen in den Punkten 1 bis 4 arztgruppenspezifisch und regional festgestellt werden, bilden diese die regional angepassten Verhältniszahlen. Diese sind entsprechend in den Planungsblättern gemäß Anlage 2 anstatt der regionalen Verhältniszahlen auszuweisen.

Abgesehen von diesen definitorischen Erläuterungen erfolgen keine Änderungen in § 8 BPL-RL.

## **Zu § 9**

### **1. Hintergrund**

Mit dem GKV-VSG (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 i.V.m. Absatz 2 Nummer 3 SGB V) wurde der G-BA vom Gesetzgeber beauftragt, die Frage der Morbidität der Bevölkerung in der Bedarfsplanung adäquater zu berücksichtigen. Der G-BA hat hierzu im Jahr 2016 ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben, das im Oktober 2018 veröffentlicht wurde. Das Gutachten stellt klar, dass bereits in der bisherigen Planung über den sogenannten Demografiefaktor eine teilweise Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung erfolgt. Gleichwohl machten die Autoren auch deutlich, dass die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen kann und erarbeiteten mögliche Vorschläge. Im Wesentlichen stellten sie dabei auf regressionsbasierte Ansätze auf Basis von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung ab.

Der G-BA folgt der Einschätzung des Gutachtens, dass die Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung differenzierter erfolgen kann. Ebenso folgt der G-BA der grundsätzlichen Bewertung der Autoren, dass die ambulant versorgte Krankheitslast der Bevölkerung derzeit am besten auf Basis von Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung approximiert werden kann.

Diese Daten enthalten zwar ohne jeden Zweifel Fehleinschätzungen der Morbidität, insbesondere mit Blick auf die Versorgung durch Selektivverträge sowie die seltenere/häufigere Kodierung von Morbidität in Regionen mit niedriger/höherer Arztdichte. Gleichwohl sind dem G-BA (und auch den Gutachtern) keine besseren verfügbaren Daten bekannt, die auf Individual-ebene eine Differenzierung nach Alter, Geschlecht, kodierten Krankheiten und in Anspruch genommenen vertragsärztlichen Leistungen erlauben. Eine wissenschaftlich belastbare und rechtssichere Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung kann aus diesen Gründen derzeit nur auf Basis dieser Daten erfolgen. Der G-BA wird die wissenschaftlichen Entwicklungen zur Messung von Morbidität weiter beobachten und ggf. Anpassungen der BPL-RL vornehmen.

## 2. Methodische Grundlagen

Abweichend von dem im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vorgeschlagenen regressionsbasierten Ansatz zur Abbildung der Morbidität beschließt der G-BA einen „zellen-basierten Ansatz“ und entwickelt damit den bisher bestehenden Demografiefaktor deutlich weiter. Hintergrund dieser Entscheidung sind die Ergebnisse des Gutachtens, die nahelegen, dass ein erheblicher Anteil der Morbidität der Bevölkerung bereits in der Vergangenheit durch den „zellen-basierten“ Demografiefaktor erfasst wurde. Der Zugewinn an Genauigkeit durch einen regressionsbasierten Ansatz musste dem damit verbundenen Anstieg an Komplexität und den höheren Aufwänden auf Landes- und Bundesebene gegenübergestellt werden. In dieser Abwägung entschied der G-BA, dass eine differenziertere Abbildung von Alter, Geschlecht und insbesondere der Morbidität in einem zellenbasierten Ansatz einen ausreichenden Zugewinn an Zielgenauigkeit in der Planung mit sich bringt. Auch die Gutachter stellten fest, dass ein großer Anteil von Leistungsbedarfsunterschieden durch Alter, Geschlecht und Morbidität erklärt werden kann.

## 3. Zielsetzung des Morbiditätsfaktors

Zielsetzung des Morbiditätsfaktors ist es zum einen (analog zum bisherigen Demografiefaktor), eine Veränderung der Demografie im Zeitverlauf abzubilden und zum anderen Unterschiede in der regionalen Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt auszugleichen. Er trägt damit der Annahme Rechnung, dass eine höhere Morbidität mit einem höheren Bedarf an ambulant tätigen Leistungserbringern einhergeht. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich höheren Morbidität werden die Allgemeinen Verhältniszahlen abgesenkt, so dass sich das für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung erforderliche Ärzte-Soll erhöht. In Regionen mit einer im regionalen und zeitlichen Vergleich geringeren Morbidität werden dagegen vergleichsweise weniger Ärzte benötigt und die Verhältniszahlen entsprechend erhöht. Der Morbiditätsfaktor adressiert somit regionale sowie zeitliche Unterschiede in der Morbiditätsstruktur.

## 4. Grundsätzliche Funktionsweise

Ein Vergleich der Morbidität auf der Grundlage von Diagnosen aus ambulanten Abrechnungsdaten im Zeitverlauf kann zu Verzerrungen und Verschiebungen führen, die in keinem oder geringem Zusammenhang mit der Veränderung der Morbidität stehen, sondern beispielsweise auf saisonale Schwankungen, Kodiereffekte, Veränderungen im ICD-10 Katalog, die Einführung von Kodierrichtlinien oder Veränderungen im Vergütungssystem (wie z.B. durch eine Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)) zurückzuführen sind. Ein Vergleich der Morbidität anhand von ambulanten Diagnosen sollte deshalb lediglich auf Grundlage desselben Zeitraums geschehen. Aus diesem Grund wählt der G-BA für den Morbiditätsfaktor ein zweistufiges Vorgehen, in dem regionale und zeitliche Veränderungen der Morbiditätsstruktur getrennt betrachtet werden.

#### a. 1. Schritt

So werden in einem ersten Schritt aufgrund der Veränderung der Bevölkerungsstruktur (Alter und Geschlecht) und damit einhergehender veränderter Versorgungsbedarfe im Zeitverlauf die Allgemeinen Verhältniszahlen bundesweit angepasst. Zu diesem Zweck differenziert der G-BA in der BPL-RL künftig einerseits zwischen den Basis-Verhältniszahlen und den Allgemeinen Verhältniszahlen andererseits. Die Basis-Verhältniszahlen bilden das Versorgungs-niveau zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung bzw. entsprechende allgemeine Anpassungen der Verhältniszahlen durch den G-BA ab. Diese werden mit ihrer Herleitung künftig in Anlage 5 der BPL-RL veröffentlicht. Die bundesweiten Allgemeinen Verhältniszahlen, die den veränderten Versorgungsbedarf durch Anpassung der Basis-Verhältniszahlen im Zeitverlauf abbilden, werden in den §§ 11 bis 14 BPL-RL veröffentlicht. Durch die Neufassung des Morbiditätsfaktors ergeben sich entsprechend Folgeänderungen in den §§ 11 bis 14 BPL-RL.

Morbiditätsverschiebungen im Zeitverlauf werden somit nicht auf der Grundlage von Diagnosen, sondern eindeutiger und exogener Kriterien (Alter und Geschlecht) vorgenommen. Dadurch ist gewährleistet, dass Morbiditätsunterschiede unverzerrt, wie bisher auch im Demografiefaktor in der zeitlichen und regionalen Betrachtung, jedoch differenzierter (künftig vier statt zwei Altersgruppen sowie Differenzierung nach Geschlecht) berücksichtigt werden können. Erhebliche Anteile der Veränderung des Versorgungsbedarfs aufgrund von Morbiditätsveränderungen im Zeitverlauf können so bereits über den ersten Schritt des Morbiditätsfaktors abgebildet werden.

Zur Anpassung der Basis-Verhältniszahlen im ersten Schritt wird die aktuelle bundesweite Verteilung der Bevölkerung in acht Alters- und Geschlechtsgruppen – gebildet aus vier Altersgruppen und zwei Geschlechtern – (aktuelle Alters- und Geschlechtsfaktoren) mit deren bundesweiter Verteilung zum Stichtag 31. Dezember 2010 auf diese acht Zellen (stichtagsbezogene Alters- und Geschlechtsfaktoren) verglichen. So kann die Entwicklung der Bevölkerungsgruppen im Zeitverlauf abgebildet werden. Um zu bestimmen, welche arztgruppenspezifischen Veränderungen im Versorgungsbedarf damit verbunden sind, werden die unterschiedlichen Versorgungsbedarfe der acht Teil-Populationen bezogen auf die jeweilige Arztgruppe bestimmt. Dies geschieht durch die Alters- und Geschlechts-Leistungsbedarfsfaktoren (AG-Leistungsbedarfsfaktoren), welche das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerungsgruppe im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe in den Abrechnungsdaten abbilden. Aufgrund der mit der veränderten Bevölkerungsstruktur verbundenen veränderten Versorgungsbedarfe ergeben sich je Arztgruppe und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zusätzlich je Regionstyp neue bundesweite Allgemeine Verhältniszahlen. Dieses Vorgehen entspricht dem der Kalkulation des zuvor geltenden Demografiefaktors, differenziert dabei jedoch nach mehreren Altersgruppen und zusätzlich nach dem Geschlecht. Die regionale Betrachtung findet jedoch erst im zweiten Schritt statt.

#### b. 2. Schritt

In einem zweiten Schritt werden die Allgemeinen Verhältniszahlen aufgrund von Unterschieden der regionalen Morbiditätsstruktur (Alter, Geschlecht und Morbidität anhand ambulanter Diagnosen) und damit einhergehender unterschiedlicher Versorgungsbedarfe im Vergleich zum Bundesdurchschnitt pro Planungsbereich und Arztgruppe modifiziert.

Dabei wird die regionale Bevölkerungsstruktur mit dem Bundesdurchschnitt verglichen. Der Vergleich erfolgt lediglich regional; eine zeitliche Entwicklung wird in Schritt 2 nicht berücksichtigt. Für die Feststellung der regionalen Versorgungsbedarfe wird neben dem Alter und dem Geschlecht nun auch der Morbiditätsgrad anhand von Diagnosen aus ambulanten Abrechnungsdaten einbezogen.

Dabei wird für jeden Planungsbereich die aktuelle Verteilung der Patienten nach den vier Altersgruppen, zwei Geschlechtern sowie Personen mit erhöhter und nicht erhöhter Morbidität in 16 Morbiditätsgruppen (regionale Differenzierungsfaktoren) bestimmt und mit dem Bundesdurchschnitt der Verteilung auf diese 16 Zellen (allgemeine Differenzierungsfaktoren) verglichen. So kann abgebildet werden, ob die Bevölkerung in einem Planungsbereich im Vergleich

zum Bundesdurchschnitt älter oder jünger ist, einen höheren Anteil an Männern oder Frauen oder insgesamt eine höhere oder geringere Morbiditätslast aufweist.

## 5. Abgrenzung von erhöhter Morbidität

Bei der Abgrenzung der erhöht morbid von den nicht erhöht morbid Patienten folgt der G-BA Vorschlägen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das für die Berücksichtigung des Faktors „Multimorbidität“ die sogenannte Disease-Count-Methode zur Anwendung bringt. Im Ergebnis werden in den Abrechnungsdaten Patienten, die mindestens zwei Quartale (M2Q-Kriterium) eine bestimmte Zahl an Krankheiten überschreiten, im Gutachten als „multimorbide“ bzw. in der BPL-RL als „erhöht morbide“ betrachtet. Mit Blick auf die stetige Anwendung dieses Kriteriums wendet der G-BA dabei aber nicht die im Gutachten vorgeschlagene Liste nach Barnett et al. (2012)<sup>1</sup> an, sondern rekurriert mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA). Der G-BA zieht die Liste der Krankheitsgruppen sowie deren Zuordnung zu unterschiedlichen ICD-Codes, die dort im jeweiligen Ausgleichsjahr verwendet wird, heran. Um eine hohe Kongruenz mit der im Gutachten vorgeschlagenen Methodik nach Barnett et al. (2012) sicherzustellen, bei der etwa ein Drittel der Patienten als multimorbide erfasst wird, legt der G-BA den Grenzwert für die Zuordnung zur erhöht morbid Population auf sechs Krankheitsgruppen fest. Die Differenzierung der Patienten nach erhöht morbid und nicht erhöht morbid Population erfolgt dabei ohne Berücksichtigung bestimmter Krankheiten oder Arztgruppen. Die erhöht morbide Population ist somit die gleiche, unabhängig davon, ob es um die Versorgung von z.B. hausärztlichen, gynäkologischen oder psychiatrischen Patienten geht.

## 6. Leistungsbedarfsfaktoren

Die „Übersetzung“ der Unterschiede im Versorgungsbedarf der unterschiedlichen 16 Teil-Populationen bezogen auf die jeweilige Arztgruppe erfolgt über den Morbi-Leistungsbedarfsfaktor. Dieser bildet arztgruppenspezifisch differenziert nach Alter, Geschlecht und Morbidität das unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten im Vergleich zum Durchschnitt der Arztgruppe in den Abrechnungsdaten ab.

Um sowohl die bundeseinheitlichen, wie auch die regional spezifischen Leistungskataloge erfassen zu können, wird der Leistungsbedarf (zur Berechnung der AG-Leistungsbedarfsfaktoren sowie der Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren) in Euro herangezogen. Die Leistungen des Kapitels 40 des EBM bilden Sachkosten ab. Da diese nur in mittelbarem Zusammenhang mit einem ärztlichen Behandlungsaufwand stehen, werden sie für die Ermittlung des Leistungsbedarfs im Sinne des Morbiditätsfaktors nicht herangezogen. Regional festgelegte Gebührenordnungspositionen werden grundsätzlich in Euro, nicht jedoch in Punkten bemessen. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors anhand von Punktzahlen würde somit regionale Gebührenordnungspositionen außer Acht lassen, sodass die Ermittlung der durchschnittlichen bundesweiten Leistungsunterschiede zwischen den Teil-Populationen durch regionale Effekte arztgruppenspezifisch verzerrt werden könnte. Daher entscheidet sich der G-BA aus methodischen Gründen für die Verwendung von Euro. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors anhand der benötigten Behandlungszeit würde die Planung von Arztkapazitäten womöglich besser abbilden. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hat dazu eine Mischform aus Prüf- und Kalkulationszeiten verwendet. Diese sind jedoch nicht für alle EBM-Positionen vorhanden und eignen sich somit nicht, die benötigte Behandlungszeit adäquat abzubilden. Eine Anwendung von Behandlungszeiten hat der G-BA aus diesem Grunde nicht vorgenommen.

Um die Nachvollziehbarkeit der Daten zu gewährleisten, stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) den übrigen Mitgliedern des G-BA dauerhaft Gastarbeitsplätze mit einem freien Zugang zu den erforderlichen Daten und Berechnungsgrundlagen zur Verfügung.

---

<sup>1</sup> Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S. & Guthrie, B. 2012. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 380 (9836), 37–43.

Die regionale Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen würde z.T. erhebliche Aufwände und Anpassungsbedarfe in den KVen nach sich ziehen. Ebenso können bei der regionalen Erfassung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in den Planungsbereichen nur diejenigen Patienten erfasst werden, die von Ärzten aus der jeweiligen KV Region versorgt wurden. Die Morbidität von Einwohnern der jeweiligen KV Region, die durch Ärzte aus angrenzenden KV Regionen versorgt werden, liegt in den Abrechnungsdaten der jeweiligen KV Region hingegen nicht vor, sodass insbesondere mit Blick auf bestehende Mitversorgungseffekte regionale Verwerfungen in der erfassten Morbidität zu erwarten wären.

Der G-BA beschließt deshalb auf Basis vorliegender bundesweiter Abrechnungsdaten neben der bundesweiten Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur (allgemeine Differenzierungsfaktoren) auch die regionalen Verteilungsfaktoren, mit denen die Allgemeinen Verhältniszahlen pro Planungsbereich und Arztgruppe angepasst werden. Darüber hinaus stellt er die regionale Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Patienten pro Postleitzahl (PLZ) (gemäß der Berechnungen der regionalen Differenzierungsfaktoren) sowie die regionalen Verteilungsfaktoren je Arztgruppe pro PLZ zur Verfügung. Dadurch wird der regionalen Ebene die Möglichkeit gegeben, regionale Abweichungen insbesondere mit Blick auf die räumliche Abgrenzung der Planungsbereiche leichter umsetzen zu können. Diese werden in der Anlage 4 veröffentlicht.

Die regionalen und zeitlichen Verschiebungen im Versorgungsbedarf sollten einen möglichst aktuellen Stand abbilden. Für die Veränderung im Zeitverlauf bedeutet dies, die aktuellen Alters- und Geschlechtstfaktoren an ein aktuelleres Betrachtungsjahr anzupassen. Analog müssen die Differenzierungsfaktoren (sowie die regionalen Verteilungsfaktoren) auf das gleiche Betrachtungsjahr angepasst werden, um die aktuellen regionalen Verschiebungen zu berücksichtigen. Da auch gemäß dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung eine Änderung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Planungsbereiche nur langsam erfolgt, sieht der G-BA von einer jährlichen Anpassung der aktuellen Alters- und Geschlechtstfaktoren, der Differenzierungsfaktoren sowie der regionalen Verteilungsfaktoren ab und plant stattdessen eine Aktualisierung alle zwei Jahre. Ebenso ist regelhaft eine Anpassung der Leistungsbedarfsfaktoren vorzunehmen um Verschiebungen in der Inanspruchnahme der unterschiedlichen Populationen bezogen auf die einzelnen Arztgruppen abzubilden. Allerdings geht der G-BA hier von längeren Veränderungszyklen aus, sodass eine Anpassung alle 6 Jahre als ausreichend angesehen wird. Die in Absatz 13 vorgesehene zeitliche Lücke zwischen den Beschlüssen des G-BA sowie der Anwendung in den Landesausschüssen erfolgt mit Blick auf die ggf. zeitaufwändige Berücksichtigung von regionalen Anpassungen in den Gremien der Landesausschüsse, sodass dort hinreichend Zeit für die erforderlichen Anpassungen und ggf. Verhandlungen gewährleistet ist.

Hinsichtlich der Berücksichtigung von sozioökonomischen Faktoren in der Planung folgt der G-BA der Einschätzung des Gutachtens, wonach sich deren Berücksichtigung in der Bedarfsplanung als ausgesprochen schwierig darstellt. Das Gutachten führt hierzu aus:

*„Die bei der KBV vorliegenden ambulanten Abrechnungsdaten enthalten keine Information zu der sozioökonomischen Position der GKV-Mitglieder, sodass nur der Bezug von aggregierten sozioökonomischen Indikatoren zum Versorgungsbedarf innerhalb der Planungsbereiche hergestellt werden konnte. Dies eröffnet allerdings die Möglichkeit ökologischer Fehlschlüsse, die auch in den durchgeführten Schätzungen nicht ausgeschlossen werden konnten. Der psychotherapeutische Versorgungsaufwand steht zum Beispiel in den geschätzten Modellen in keinem positiven Zusammenhang mit aggregierten sozioökonomischen Indikatoren. Auch in Anbetracht der existierenden Literatur kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte mit niedrigerem sozioökonomischen Status einen höheren Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung verbunden mit höherem Versorgungsaufwand aufweisen (Mewes et al. 2013; Albrecht et al. 2016; Rodero-Cosano et al. 2016). **Vor diesem Hintergrund kann die Aufnahme von aggregierten sozioökonomischen Variablen in die vorgeschlagene***

***Modellierung nicht empfohlen werden, da die Ungleichbehandlung von Arztgruppen in der Modellierung infolge von ökologischen Fehlschlüssen nicht vertretbar wäre. [Hervorhebungen durch den G-BA]“ (S. 313).***

Dieser Einschätzung folgend sieht sich der G-BA nicht in der Lage, den gesetzlichen Auftrag aus § 101 Absatz 2 Nr. 3 SGB V unmittelbar umzusetzen. Gleichwohl geht der G-BA davon aus, dass ein Großteil der Morbiditätsunterschiede auf Grundlage von sozioökonomischen Faktoren bereits in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität enthalten ist, so dass hier nur überschaubare Zugewinne an Planungsgenauigkeit zu erwarten wären.

## **Zu § 11**

Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen sind eine Folgeänderung zu § 9 BPL-RL, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird.

## Zu § 12

Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen sind eine Folgeänderung zu § 9 BPL-RL, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird. Darüber hinaus werden die Kinderärzte in „Kinder- und Jugendärzte“ umbenannt und damit an die aktuelle Bezeichnung in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer angepasst.

Quotenregelungen bei den Nervenärzten:

Mit dem TSVG wurden dem G-BA weitgehende Kompetenzen für die Bildung von differenzierten Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen (Quoten) innerhalb von Arztgruppen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V übertragen. Auf die Notwendigkeit zur Schaffung einer Rechtsgrundlage zur Bildung von Quoten als Instrument zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung hatte der G-BA u.a. mit Blick auf die Zusammensetzung der Arztgruppe der Nervenärzte in Stellungnahmen gegenüber dem Gesetzgeber hingewiesen. So hat sich in den vergangenen Jahrzehnten die Spezialisierung und Differenzierung innerhalb der Nervenheilkunde hin zu einer Binnendifferenzierung in Neurologen und Psychiatern entwickelt. Die überwiegende Zahl der neu hinzukommenden Ärzte ist derzeit einer dieser beiden Gruppen zuzuordnen.

Aus Sicherstellungsgründen und zur gezielten Versorgungssteuerung ist die Verfügbarkeit von Nervenärzten bzw. Ärzten mit einem Weiterbildungsabschluss in beiden Facharztgebieten anzustreben, da ein derartig weitergebildeter Vertragsarzt beide Fachgebiete abdecken kann. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten in Pflegeeinrichtungen. Aus diesem Grund räumt der G-BA den Nervenärzten und Ärzten mit doppelter Weiterbildung bei der Besetzung der Quotensitze eine eigene Mindestquote von 25 % ein, bezogen auf das sich durch Anwendung der regionalen Verhältniszahl ergebenden Ärzte-Soll. Die Festlegung der Quote als Mindestquote führt dazu, dass auch in gesperrten Planungsbereichen Quotensitze ausgewiesen werden, sofern diese nicht erfüllt ist.

Wenngleich die Anzahl der Absolventen mit beiden Weiterbildungsabschlüssen (Neurologie und Psychiatrie) gering ist, ist bei diesen dennoch in letzter Zeit ein Anstieg zu verzeichnen. Gleichzeitig besteht die Arztgruppe der Nervenärzte weiterhin mehrheitlich aus Fachärzten für Nervenheilkunde, die weder der einen noch der anderen Gruppen zugeordnet werden könnten, so dass eine getrennte Bepanung der Fachgebiete Neurologie und Psychiatrie in der Praxis ausscheidet. Um gleichwohl die Verteilung von Neurologen und Psychiatern im Zuge der Nachbesetzung künftig besser steuern zu können, führt der G-BA für diese Arztgruppen ebenfalls Mindestquoten ein. Die Quoten beziehen sich entsprechend den gesetzlichen Regelungen auf die Soll-Zahl an Ärzten unter Anwendung der regionalen Verhältniszahl bei einem Versorgungsgrad von 100 %. Sie adressieren dabei explizit ausschließlich die Verteilung der Neurologen und Psychiater.

Vor diesem Hintergrund sieht die Regelung einen Abzug der Zahl der Nervenärzte sowie der doppelt weitergebildeten Neurologen und Psychiater von der Soll-Arztzahl vor und bezieht mögliche Quotensitze ausschließlich auf den nach Abzug verbleibenden Anteil. Die Festlegung der Quoten als Mindestquoten führt in Analogie zu den Quoten für Nervenärzte bzw. Ärztinnen und Ärzten mit einem Weiterbildungsabschluss in beiden Facharztgebieten dazu, dass auch in gesperrten Planungsbereichen Quotensitze besetzt werden können, sodass der vom G-BA festgelegte Mindestanteil an Neurologen und Psychiatern in jedem Fall besetzt werden kann. Da die Verfügbarkeit von Nervenärzten bzw. Fachärzten mit einer Weiterbildung in beiden Fachgebieten zur Sicherstellung der Versorgung bevorzugt wird, ändern sich die Quotensitze, sofern diese oder Sitze aufgrund der eigenständigen Quote für Fachärzte für Nervenheilkunde sowie doppelt weitergebildete Neurologen und Psychiater durch diese besetzt werden. Gleichzeitig entfalten die Quoten auch Wirkung bei der partiellen Entsperrung sowie der Nachbesetzung.

Bei der Festlegung der Quote für Nervenärzte bzw. Fachärzte mit einer Weiterbildung in beiden Fachgebieten orientiert sich der G-BA am derzeitigen Anteil der Fachärzte mit einer Weiterbildung in beiden Fachgebieten an der Anzahl der Neurologen und Psychiater in der vertragsärztlichen Versorgung. Dieses Verhältnis sollte beibehalten werden.

Bei der Festlegung der Quoten für die Neurologen und Psychiater orientiert sich der G-BA an dem derzeitigen Verhältnis in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Zahl der Weiterbildungsabschlüsse im Bereich Neurologie und Psychiatrie, die in der Versorgung etwa gleichgroße Gruppen bilden.

## **Zu § 13**

Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen sind eine Folgeänderung zu § 9 BPL-RL, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird.

### **Quoten bei den Fachinternisten**

Auch die Ausdifferenzierung der internistischen Versorgung stellt die Planung vorzunehmende Herausforderungen. Während in den 1990er-Jahren das gesamte internistische Versorgungsspektrum durch einen Facharzt abgebildet werden konnte, fand im Laufe der Jahre im Gebiet der Inneren Medizin eine Spezialisierung, hin zu derzeit neun Schwerpunkten, statt. Diese sind innerhalb der Arztgruppe der Fachinternisten mit Blick auf die Gesamtanzahl und die räumliche Verteilung vergleichsweise heterogen, sodass der G-BA bereits seit einigen Jahren mit Forderungen einer differenzierteren Beplanung dieser Arztgruppen konfrontiert ist. Gleichwohl würde die Einzelbeplanung der Schwerpunkte der Inneren Medizin andere unerwünschte Nebeneffekte nach sich ziehen. Die räumliche und mengenmäßige Verteilung einiger Schwerpunkte würde zu einem deutlichen Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten führen, ohne dass diese mit Blick auf die Versorgungserfordernisse gerechtfertigt wären. Gleichzeitig erkennt der G-BA das Erfordernis einer differenzierteren Betrachtung der Inneren Medizin in der Planung an.

Vor diesem Hintergrund hat der G-BA auf der Grundlage des § 101 Absatz 1 Satz 8 SGB V (i.d.F. TSVG) festgelegt, dass künftig Quoten zur Verteilung der Schwerpunkte innerhalb der Gesamtgruppe der Fachinternisten Anwendung finden sollen.

Für die Rheumatologen sieht der G-BA die Notwendigkeit, kurzfristig zusätzliche Stellen zu schaffen, um deren Menge und räumliche Verteilung zu verbessern. Er führt aus diesem Grund vorerst Mindestquoten in Höhe von 8 % für diese Arztgruppe ein. Dabei orientiert sich der G-BA am Median der derzeitigen Verteilung der Rheumatologen in den unterschiedlichen Planungsbereichen, bezogen auf die Basis-Verhältniszahl. In rund 50 % der Planungsbereiche wird derzeit der Anteil von 8 % unterschritten, sodass im ersten Schritt in diesen Planungsbereichen das Versorgungsniveau durch zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten angehoben würde. Im Zuge der Übergangsregelungen evaluiert der G-BA die Regelung bis zum 31. Dezember 2024 und strebt eine Anhebung der Mindestquote für Rheumatologen auf 10 % an, sofern dies aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung erforderlich erscheint.

Für die Arztgruppen der Kardiologen, der Gastroenterologen, der Pneumologen und der Nephrologen sieht der G-BA demgegenüber das Erfordernis, Höchstquoten festzulegen. Diese sollen insbesondere die Arztgruppen, die numerisch kleiner sind und bei welchen bereits der Wegfall eines Arztes erhebliche regionale Versorgungsprobleme nach sich zieht, davor schützen, im Zuge von Nachbesetzungsverfahren von den größeren Gruppen aus der Versorgung „verdrängt“ zu werden, was durch eine entsprechende Vorgabe in § 13 Absatz 6 Nummern 2 bis 5 BPL-RL erreicht wird. Die Nachbesetzung der bestehenden Arztsitze, auch der größeren Gruppen, soll jedoch weiterhin möglich sein, sodass die Quotenregelungen hier keine Wirkung entfalten.

Beispielsweise soll eine kardiologische Schwerpunktpraxis (unabhängig davon, ob sie von einem Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie oder einem Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, der aber

über einen hinreichend langen Zeitraum überwiegend kardiologisch tätig ist, betrieben wird) auch mit dem kardiologischen Schwerpunkt fortgeführt werden können.

Bei den Höchstquoten orientiert sich der G-BA am Median der Anteile der jeweiligen Gruppe bezogen auf die Basis-Verhältniszahl.

Bei einem Bezug auf den Median bedeutet dies, dass in etwa 50 % der Planungsbereiche der vorgegebene Anteil der Quote überschritten und dort somit Wirkung entfalten kann. Der G-BA geht davon aus, dass in diesen Regionen bereits ein überdurchschnittliches Niveau der Schwerpunktversorgung erreicht ist, sodass zusätzliche Sitze dieses Schwerpunktes in diesen Planungsbereichen nicht über Nachbesetzungsverfahren entstehen sollen. Davon unbenommen können auch in diesen Regionen Versorgungskonstellationen bestehen, die einen qualifikationsbezogenen oder lokalen Sonderbedarf rechtfertigen.

Soweit die Zulassungsausschüsse verpflichtet werden, die festgelegten Quoten im Rahmen des Zulassungs- und Nachbesetzungsverfahrens zu beachten, bilden die Regelungen in § 13 Absatz 6 Nr. 2 bis 6 die aktuell gültige Rechtslage ab (vgl. § 95 Absatz 2 Sätze 9 und 10 SGB V sowie § 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V jeweils i.d.F. TSVG).

#### **Zu § 14**

Die Änderungen der Allgemeinen Verhältniszahlen sind eine Folgeänderung zu § 9 BPL-RL, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird.

#### **Zu § 16**

Hier ergänzt der G-BA einen Verweis auf die neuen Quotenregelungen, die künftig bei der Auswahlentscheidung im Zuge eines Nachbesetzungsverfahrens berücksichtigt werden sollen. Auf die Ausführungen zu § 13 a.E. wird verwiesen.

#### **Zu § 17**

Die bisherige Regelung des § 63 Absatz 3 war in der BPL-RL des Jahres 2012 als Übergangsregelung konzipiert. Damit werden die Regelungen der partiellen Entsperrung (§ 26) auch auf allgemein offene Planungsbereiche übertragen, für die ggf. noch kein Sperrbeschluss getroffen wurde. Diese Regelung ist weiterhin und dauerhaft notwendig, da ohne sie in Planungsbereichen, die nie gesperrt waren, eine Vielzahl von Zulassungsanträgen gleichzeitig eingehen könnte. Diese könnten nicht abgelehnt werden, bis der Landesausschuss einen Sperrbeschluss getroffen hat. Da für entsprechende Beschlüsse des Landesausschusses vergleichsweise lange Fristen zu wahren sind, kann hierdurch theoretisch eine Vielzahl an Ärzten Zulassungen erhalten, ohne dass diese mit Blick auf das angestrebte Versorgungsniveau sachgerecht wäre. Um den dauerhaften Charakter dieser Regelung zu unterstreichen, wird diese künftig in § 17 BPL-RL verortet, ohne dass sich deren Inhalt ändert.

Darüber hinaus wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen, um klarzustellen, dass der Absatz 1 lediglich das im Planungsbereich bestehende Arzt/Einwohner-Verhältnis beschreibt. Der Begriff „lokale Verhältniszahl“ wurde entsprechend ersetzt.

#### **Zu § 18, 20 und 21**

Mit den Änderungen der §§ 18, 20 und 21 BPL-RL trägt der G-BA den neuen Regelungen des TSVG Rechnung (vgl. § 103 Absatz 3a Satz 2 SGB V), nach denen auch die Beschränkung auf ein Viertel der Zulassung und der Entzug von einem Viertel der Zulassung möglich ist. Die Anrechnung von überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten soll in diesen Fällen anteilig erfolgen. Zudem wurde analog zu § 17 BPL-RL der Begriff „regionale Verhältniszahlen“ ersetzt, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden

Gründen verwiesen wird. In § 21 Absatz 3 Satz 2 wurde der Verweis auf § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V gestrichen, da die genannte Regelung zum Betreiben von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen durch Art.1 Nummer 56 lit. a) bb) TSVG entfallen ist. Damit § 105 Absatz 1c SGB V eine neue Rechtsgrundlage für das Betreiben von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen geschaffen worden ist, hält der G-BA es aber weiterhin für sachgerecht, die bestehende Anrechnungsregelung für angestellte Ärzte in Eigeneinrichtungen aufrechtzuerhalten.

### **Zu §§ 23 und 24**

Die Änderungen der Bezeichnungen sind eine Folgeänderung zu § 8 BPL-RL (Bezeichnung der Verhältniszahlen) sowie zu § 17 BPL-RL (Bezeichnung „lokale Verhältniszahl“), sodass die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird.

### **Zu § 25**

Der G-BA fasst hier erneut einen Beschluss zu einer Quote von 50 % für die Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie innerhalb der gesetzlichen Quote für ärztliche Psychotherapeuten von 25 %. Der Beschluss ist gleichlautend mit einem entsprechenden Beschluss aus dem Jahre 2012, der seinerzeit durch das BMG beanstandet wurde, da dem G-BA die erforderliche Regelungskompetenz für Quoten im SGB V noch nicht eingeräumt worden war. Durch das TSVG wurde die gesetzliche Grundlage hierfür geschaffen, sodass der G-BA nun von einer rechtskonformen Beschlussfassung ausgeht. Hinsichtlich der inhaltlichen Begründung wird auf die Beschlussfassung von 2012 verwiesen:

*„[Der G-BA sieht] 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.“*

(Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG vom 20. Dezember 2012, geändert am 18. Februar 2013 und am 18. Juni 2013, S. 17)

In Absatz 1 Nummern 2 und 3 wurde der Bezug der Quotenkalkulation dahingehend geändert, dass nunmehr als Ausgangspunkt die regionale Verhältniszahl heranzuziehen ist.

Der § 25 Absatz 2 BPL-RL wird ersatzlos gestrichen. Die hier bisher bestehende Rundungsregelung führte im Ergebnis dazu, dass vor der Ausweisung von Zulassungsmöglichkeiten mehrfach aufgerundet wurde, sodass in bestimmten Konstellationen mehr Zulassungen ausgewiesen wurden, als erforderlich wären, um einen Versorgungsgrad von 110 % zu überschreiten.

## **Zu § 25a**

Bisher galten Quotenregelungen ausschließlich in der psychotherapeutischen Versorgung, sodass Bestimmungen zu den Quoten in den allgemeinen Regelungen zu den Feststellungen des Versorgungsgrades bei den Psychotherapeuten enthalten waren. Mit der Übertragung der Regelungskompetenz zur Festlegung von Quoten an den G-BA durch das TSVG, hat der G-BA weitere Quotenregelungen beschlossen. Die bisherigen Regelungen des alten § 25 Absatz 3 BPL-RL werden deshalb um Verweise auf die neuen Quotenregelungen des G-BA zu Minimalquoten ergänzt und im Sinne der Übersicht in einen eigenen Paragraphen verschoben. Weitere Änderungen sind mit dieser Verschiebung nicht verbunden.

## **Zu § 26**

Im § 26 Absatz 4 Nummer 2 werden zwei Aspekte ergänzt. Einerseits werden bei der Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern im Nachgang zu einer partiellen Entsperrung die Belange von Menschen mit Behinderungen gemäß § 103 Absatz 4 SGB V expliziter als bisher berücksichtigt. Dabei geht es um Maßnahmen zum Beispiel zum Abbau von baulichen Barrieren oder Barrieren bei der Kommunikation oder Informationsweitergabe. Ziel ist die Erhöhung der Zahl entsprechender Arztpraxen. Ferner wird die Erfüllung der neuen Quotenregelung des G-BA künftig ebenfalls in der Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern im Nachgang zu einer partiellen Entsperrung Berücksichtigung finden. Die Zulassungsausschüsse können somit in der Konstellation einer partiellen Entsperrung Bewerber auswählen, deren Quoten noch nicht überschritten sind. Dadurch können auch neue Zulassungen, die im Zuge der Reform entstehen, im Sinne des TSVG künftig besser und zielgenauer gesteuert werden.

## **Zu § 29**

Hier handelt es sich um eine rechtliche Klarstellung, dass die Feststellung von Unterversorgung auch für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung möglich ist. In der Vergangenheit hatte es hierzu Unklarheiten gegeben, die dadurch beseitigt werden.

## **Zu § 31**

Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte bei der Bewertung der Versorgungslage einer Region die Berücksichtigung von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) vorgeschlagen und ging hier davon aus, dass eine NäPa als  $\frac{1}{4}$  Hausarzt angerechnet werden sollte. Diesem Vorschlag folgt der G-BA nicht, da hierdurch eine Vermischung unterschiedlicher Berufsgruppen erfolgen würde und der G-BA überdies keine Planungskompetenz für NäPas besitzt. Gleichwohl greift der G-BA die Idee der Gutachter auf und ergänzt bei der Prüfung einer Feststellung von Unterversorgung die Prüfung der Struktur der Praxis um die Dimension der NäPas. Theoretisch ist somit denkbar, dass in einigen Planungsbereichen trotz Unterschreitens der jeweiligen Versorgungsgrade auf die Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung verzichtet werden kann, weil die flächendeckende Beschäftigung von NäPas den verbleibenden Ärzten dennoch eine angemessene Versorgung ermöglicht. Die Bewertung der konkreten Versorgungslage und der Einfluss der ggf. vorhandenen NäPas auf diese muss dabei wie bisher auch durch den Landesausschuss erfolgen, der dabei einen weiten Ermessensspielraum hat.

## **Zu § 35**

Mit dem TSVG (§ 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V) hat der Gesetzgeber geregelt, dass die Landesausschüsse für die Bestimmung von ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde allgemeingültige Kriterien aufstellen. Die Definition dieser Kriterien sowie deren inhaltliche

Konkretisierung weisen aus Sicht des G-BA eine hohe inhaltliche Kongruenz zu den Festlegungen nach §35 Absatz 2 BPL-RL auf, in denen der Landesausschuss ebenfalls vergleichbare Kriterien für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs anwendet. Der G-BA sieht die hier bereits bestehenden Bestimmungen für ausreichend an, um den Landesausschüssen orientierende Vorgaben zur weiteren Ausgestaltung und Konkretisierung zu geben, sodass hier keine Änderungen erforderlich sind.

#### Absatz 5 Satz 1 Nr. 7

Für die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in einer gemäß Absatz 2 festgelegten Bezugsregion sind in Absatz 5 Satz 1 in einer nicht abschließenden Aufzählung Kriterien benannt, die für eine entsprechende Feststellung herangezogen werden können. Die Aufzählung wird künftig durch einen zusätzlichen Punkt „Erreichbarkeit“ ergänzt.

#### Absatz 5 Satz 2

Zur Qualifizierung des Merkmals „Erreichbarkeit“ legt der G-BA zunächst für vier Arztgruppen (Hausärzte, Kinder- und Jugendärzte, Augenärzte, Frauenärzte) Erreichbarkeitsstandards fest, deren Schwellenwerte sich an raumplanerischen Empfehlungen zur zukünftigen Sicherung der Daseinsvorsorge orientieren. Da für die verschiedenen Versorgungsebenen gemäß §§ 11 bis 14 BPL-RL eine einheitliche räumliche Abgrenzung der Planungsbereichszuschnitte gilt, werden die Schwellenwerte innerhalb einer Versorgungsebene einheitlich gehalten. Für die Kinder- und Jugendärzte wird eine kürzere Erreichbarkeit vorgegeben, um dem besonderen Charakter der kinderärztlichen Versorgung und dem Erfordernis einer möglichst wohnortnahen Zugänglichkeit von Kinder- und Jugendärzten gerecht zu werden.

Der G-BA greift mit dieser Ergänzung weitere Impulse des Gutachtens auf, die Erreichbarkeit von Arztpraxen stärker in den Fokus zu rücken. Die ausgewiesenen Schwellenwerte dienen nur der Orientierung, die eine Einzelfallprüfung nicht entbehrlich macht, bspw. für Insellagen. Bei der Berechnung eines möglichen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bleiben ermächtigte Ärzte und Einrichtungen unberücksichtigt.

#### Absatz 5 Satz 5

Der G-BA nimmt hier in die nicht abschließende Aufzählung möglicher Fördermaßnahmen nach der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zwei neue Tatbestände auf. Erstens soll künftig explizit auch die Förderung telemedizinischer und mobiler Versorgungsangebote möglich sein. Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte hier den Ausbau telemedizinischer Angebote empfohlen, welcher hierdurch erleichtert wird. Zweitens wird die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung neu aufgenommen, um hier Impulse für die Landesausschüsse und KVen zu setzen.

Die Regelung beinhaltet keinen generellen Anspruch auf Infrastrukturförderung, sondern zielt in erster Linie auf Fördertatbestände nach den Nummern 1 bis 5 ab.

### **Zu § 36**

In Absatz 4 wird nunmehr auf Anlage 7 verwiesen, in der exemplarische Indikatoren für Raumanalysen beschrieben werden. In Anlage 7 sind u.a. auch Indikatoren aus einem Gravitationsmodell benannt, welches im Gutachten zur Quantifizierung von Mitversorgungsbeziehungen eingesetzt wurde.

### **Zu § 43**

Durch die Änderung wird die Möglichkeit, auf ein Viertel der Zulassung zu verzichten, abgebildet.

#### **Zu § 44**

Die Regelungen des Jobsharing sehen entsprechend der gesetzlichen Vorgaben u.a. vor, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartnern zu begrenzen. Gleichwohl wurden auch in der Vergangenheit Situationen identifiziert, in denen eine Anpassung der Punktzahlobergrenze beantragt werden kann. Dieses Antragsrecht erweitert der G-BA nun um eine neue Konstellation. Gemäß § 32 Absatz 3 Satz 2 Ärzte-ZV sollen Vertragsärzte, die einen Weiterbildungsassistenten beschäftigen ihr Regelleistungsvolumen ausweiten können. Bei Job-Sharing-Praxen steht dieser Regelung aber die festgelegte Punktzahl-obergrenze entgegen. In dieser Konstellation soll es dem Vertragsarzt künftig möglich sein, einen Antrag auf Anpassung der Obergrenze zu stellen, der dann vom Zulassungsausschuss entschieden werden muss.

#### **Zu § 63**

Die bisherigen Regelungen bezogen sich überwiegend auf Übergangskonstellationen bei der Umsetzung der Bedarfsplanungsreform 2012, die bereits ausgelaufen bzw. überholt waren. Sie werden somit ersatzlos gestrichen.

#### **Zu § 65**

Die Änderungen sind eine Folgeänderung zu § 9 BPL-RL, sodass auf die diesbezüglichen Ausführungen in den Tragenden Gründen verwiesen wird.

#### **Zu § 66**

In § 66 BPL-RL wird im Sinne der Rechtsklarheit eine Regelung aufgenommen, welche die bisher bestehende Rechtslage bei Änderungen der BPL-RL und den darauf basierenden Beschlüssen der Landesausschüsse abbildet.

#### **Zu § 67**

Mit dem TSVG hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die bereits in der Vergangenheit vom G-BA genutzte Möglichkeit der Versorgungssteuerung in besonderen Fällen für einen Übergangszeitraum zulässig ist. So aktualisiert der G-BA die bereits bestehende Regelung mit Blick auf die Reform der BPL-RL 2019 und deren Auswirkungen.

#### **Zu § 68**

Der G-BA sieht Evaluationsaufträge zu den wesentlichen Änderungen der Reform 2019 vor. Die Anwendung des Morbiditätsfaktors sowie die Möglichkeit der Nutzung sozioökonomischer Daten soll fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen evaluiert werden. Mit der Berücksichtigung von Morbidität auf Grundlage von Abrechnungsdaten in der Bedarfsplanung bestehen bisher weder auf regionaler noch auf Bundesebene Erfahrungen. Aus diesem Grund stellen die Vorgaben zur Erfassung der Morbidität über Abrechnungsdaten in der Bedarfsplanung ein Vorgehen dar, das durch den G-BA in den folgenden Jahren eng begleitet und beobachtet werden wird.

Ebenso sollen die neu eingeführten Quoten für Nervenärzte, Fachinternisten und Psychosomatiker nach fünf Jahren durch den G-BA evaluiert und in ihrer Wirkung bewertet werden. Insbesondere bei der Quote für Rheumatologen werden hier ggf. Anpassungen zu prüfen sein. Auch die Anpassungen der zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung geltenden Verhältniszahlen für die Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Fachinternisten sollen fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelung durch den G-BA bewertet werden. Dabei soll insbesondere geprüft werden, ob die mit der Anpassung der zum Zeitpunkt der

Einführung der Bedarfsplanung geltenden Verhältniszahlen einhergehenden Zulassungsmöglichkeiten in ausreichendem Maße besetzt werden konnten.

Der G-BA wird ebenso die Auswirkungen der erstmaligen Festlegung von Erreichbarkeitskriterien bei der Feststellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs fünf Jahre nach Inkrafttreten der Regelungen evaluieren.

Unbenommen von diesen Vorgaben wird der G-BA aber auch alle weiteren maßgeblichen Veränderungen in den bundesweiten Versorgungsstrukturen sowie den gesetzlichen Rahmenbedingungen beobachten und bei Bedarf Anpassungen der BPL-RL vornehmen.

## **Anlagen**

### **Anlage 1**

In der Anlage 1 erfolgt eine redaktionelle Anpassung im Nachgang zum G-BA Beschluss zur Zusammenlegung der Orthopäden und Chirurgen.

### **Anlage 2**

In der Anlage 2 werden neben den Änderungen im Bedarfsplan zum Thema Barrierefreiheit (siehe Tragende Gründe zu § 4 BPL-RL) auch Änderungen in den Planungsblättern vorgenommen. In Tabelle 2.2 werden Spalten ergänzt (Anzahl Ärzte ohne Ermächtigte, Sollzahl Ärzte), um die Nachvollziehbarkeit der Berechnungen zu erhöhen. Zudem wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen, um die Rundungsvorgaben klarzustellen sowie die Änderungen der Bezeichnungen entsprechend der Anpassungen in § 8 BPL-RL abzubilden. Ebenso wird zur Erhöhung der Transparenz eine Spalte ergänzt, welche die Beschlüsse der Landesauschüsse nach § 103 Absatz 2 Satz 4 ff. SGB V abbildet (siehe auch Tragende Gründe zu § 4).

In der Anlage 2.4. werden die neuen Quotenregelungen für Psychosomatiker abgebildet sowie die Änderungen in der Tabelle 2.2 nachvollzogen.

Ebenso werden die neuen Anlagen 2.5 und 2.6 ergänzt, um die neuen Quotenregelungen in den Arztgruppen der Nervenärzte und der Fachinternisten bundesweit einheitlich abbilden zu können.

### **Anlage 3**

Die Anlage 3 wird auf Basis der aktuell vorliegenden räumlichen Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) neu gefasst und bildet somit den aktuellen Stand der Raumplanung gemäß den Vorgaben des BBSR ab. Kreis- und Gemeindegebietsreformen werden dabei ebenso berücksichtigt wie die Umtypisierung einzelner Kreise und Kreisregionen.

### **Anlage 4**

Die Anlage 4 wird vollständig neu gefasst, um die umfassenden Änderungen, die mit der Einführung des Morbiditätsfaktors einhergehen, abzubilden. Weiteres hierzu wird in den Tragenden Gründen zu § 9 BPL-RL abgebildet.

### **Anlage 5**

In der Anlage 5 werden, wie bisher auch, die Herleitungen der Basis-Verhältniszahlen beschrieben. Mit Blick auf die Differenzierung zwischen Basis-Verhältniszahlen und Allgemeinen Verhältniszahlen erfolgen einige redaktionelle Änderungen.

Die Neufassung des Morbiditätsfaktors macht zudem diverse Anpassungen der Anlage 5 erforderlich, in der nunmehr die bisherigen Verhältniszahlen der Bedarfsplanung (als Basis-Verhältniszahlen) sowie deren Herleitung abgebildet werden.

In Anlage 5 sind somit künftig Basis-Verhältniszahlen enthalten, die nach den Vorgaben des § 9 BPL-RL modifiziert werden und als Allgemeine Verhältniszahlen in den §§ 11 bis 14 BPL-RL veröffentlicht werden.

Unabhängig von einer stärkeren Berücksichtigung von Morbidität bei der Ausweisung des Versorgungsbedarfs wurden im Zuge der Diskussion um die Weiterentwicklung der Bedarfspla-

nung Anpassungsbedarfe der Versorgungsniveaus insbesondere bei den folgenden Arztgruppen thematisiert: den Kinder- und Jugendärzten, den Nervenärzten und den Psychotherapeuten und den fachärztlich tätigen Internisten.

#### Kinder- und Jugendärzte:

In der kinderärztlichen Versorgung hat der G-BA gleichzeitig Anpassungen der Versorgungsniveaus im Binnenverhältnis der sechs Kreistypen zueinander, sowie des Versorgungsniveaus insgesamt beschlossen.

Die Rückmeldungen aus der kinderärztlichen Versorgung machen deutlich, dass das Konzept der Mitversorgung, das der Planung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugrunde liegt, für die Kinder- und Jugendärzte nur bedingt anwendbar ist. Eltern kranker Kinder suchen für die allgemeine kinderärztliche Grundversorgung regelhaft nicht Kinder- und Jugendärzte an zentralen Orten auf, sondern in der Nähe zum Wohnort. Gleichzeitig zeigen die Daten und Rückmeldungen aus der Praxis jedoch, dass insbesondere die spezialisierte kinderärztliche Versorgung (Kinder-Pneumologie, Kinder-Kardiologie etc.) allein mit Blick auf die Zahl der entsprechend qualifizierten Kinder- und Jugendärzte sowie der deutlich größeren Einzugsbereiche aus den zentralen Orten der allgemeinen Raumplanung (Kernstädten) erfolgt. Mit Blick auf diese beiden z.T. gegenläufigen Beobachtungen beschließt der G-BA für die kinderärztliche Versorgung im Grundsatz eine bundesweit einheitliche Verhältniszahl auf dem Niveau des bei Einführung der Bedarfsplanung existierenden Bundesdurchschnitts. Gleichzeitig wird jedoch das Erfordernis anerkannt, dass die spezialisierte kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten heraus erfolgen muss und deshalb dort generell ein höheres Versorgungsniveau an Kinder- und Jugendärzten erforderlich ist. Deshalb verbleibt auch in der künftigen Planung das Versorgungsniveau der Kinder- und Jugendärzte in den Kernstädten des Typs 1 auf einem höheren Versorgungsniveau.

Diese Vereinheitlichung führt in einem ersten Schritt demnach zu einer Absenkung der Verhältniszahlen in den Typen 2 bis 6 (rd. 85 % aller Planungsbereiche) um bis zu 30 % (Typ 3) und zu einem signifikanten Zuwachs der Zulassungsmöglichkeiten in Regionen, die nicht das Merkmal „Kernstadt“ tragen. Innerhalb der Grundversorgung wird das planerisch angelegte Mitversorgungskonstrukt zwischen Kernstädten und dem Umland durch gezielte Zuwächse in den Typen 2 bis 6 aufgehoben.

Gleichzeitig hält der G-BA an der Planungsebene der Kreise für die Kinder- und Jugendärzte fest. Eine kleinräumigere Planung z.B. auf Ebene der Mittelbereiche würde nicht zu einem gesteuerten Zuwachs von Kinder- und Jugendärzten in der Fläche führen.

Die Abbildung unterschiedlicher funktionalräumlicher Verflechtungen von Standorten der allgemeinen und spezialisierten Versorgung würde zudem eine Typisierung der Mittelbereiche erforderlich machen. Dies stünde schon systematisch im Widerspruch zu der amtlichen Raumabgrenzung der Mittelbereiche, bei der mit Blick auf deren Prämissen im Rahmen ihrer Abgrenzung eine Typisierung nicht vorgesehen ist. Eine dann erforderlich werdende Eigensystematisierung des Raums durch den G-BA abseits amtlicher Konzepte ginge immer zulasten der Rechtssicherheit. Sowohl die Anzahl Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad unter 75 %, als auch die Anzahl Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 140 % würden stark ansteigen, ohne dass dem G-BA derzeit Probleme im Zusammenhang mit der Erreichbarkeit von Kinder- und Jugendärzten bekannt sind. In nahezu jedem dritten Mittelbereich (knapp 300) läge die Zahl der Planstellen bei zwei Pädiatern und weniger, sofern eine einheitliche Verhältniszahl auf dem Niveau des Bundesdurchschnitts gelten würde. In vielen Mittelbereichen würden im Falle einer Nichtnachbesetzung die Versorgungsgrade unmittelbar unter die Unterversorgungsgrenze absinken. Bei Besetzung von offenen Stellen würde in vielen Mittelbereichen hingegen der Versorgungsgrad über 140 % ansteigen.

Die Gesamtzahl der Kinder- und Jugendärzte in Deutschland (N=7.626, Stand 31.12.2017 Bundesarztregister) macht deutlich, dass je kleiner die Planungsebene (z.B. derzeit in der hausärztlichen Versorgung rund 970 Mittelbereiche), desto größer die Volatilität der Kinderarztesource vor Ort. In vielen Planungsbereichen, die aufgrund ihrer Kinderzahl nach der

geltenden Verhältniszahl Anspruch auf ein bis zwei Kinderarztsitze haben, würde sobald ein Kinderarzt aus der Versorgung tritt, ein Versorgungsgrad entstehen, der Unterversorgung nahelegt.

Der G-BA erkennt im Zuge der aktuellen Reform der Bedarfsplanung die umfangreichen Veränderungen im Versorgungsangebot und der Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten an, die im Ergebnis eine höhere Anzahl an Kinder- und Jugendärzten je Planungsbereich erfordern. Durch den medizinischen Fortschritt aber insbesondere auch durch veränderte Vorgaben des G-BA z.B. zu den sogenannten U-Untersuchungen erfordert die Versorgung von Kindern heute mehr ärztliche Arbeitszeit als in der Vergangenheit. Gleichzeitig führt die deutlich höhere Beschäftigungsquote beider Elternteile sowie die damit einhergehende breitere Inanspruchnahme von Angeboten der Kinderbetreuung zum einen zu einer erhöhten Morbidität bei den Kindern (z.B. Ansteckungen in der Kita) und zum anderen zu einer höheren Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten für z.T. rein administrative Prozesse (z.B. Krank- und Gesundheitschreibung der Kinder für die Kita sowie den Arbeitgeber), die insgesamt zu einer höheren Inanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten und mehr nachgefragter ärztlicher Arbeitszeit führen.

Um diesen Entwicklungen Rechnung zu tragen hebt der G-BA das Versorgungsniveau zudem in einem zweiten Schritt über alle Regionstypen um 15 % an. Die Zahl der Planstellen erhöht sich in Kernstädten somit um 15 % (neue VHZ: 2.044) und unter Berücksichtigung des Schritts 1 (neue einheitliche VHZ: 2.863) zwischen 23 % bis zu 53 % in den Typen 2 bis 6.

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

Aus diesem Grund hat der G-BA im Zuge dieser Reform Anpassungen der Verhältniszahlen im Sinne der Gleichbehandlung der Arztgruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung beschlossen. In einem ersten Schritt werden die Versorgungsniveaus der Typen 2 – 6 an das durchschnittliche Versorgungsniveau (referenziert zum Bundesdurchschnitt) der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in diesen Typen angeglichen. Im zweiten Schritt werden die aus Schritt 1 modifizierten Verhältniszahlen im Bereich der Nervenärzte um weitere 15 Prozent, bei den Psychotherapeuten um weitere 9 Prozent abgesenkt. Eine Anpassung der Verhältniszahlen des Typs 1 erfolgt seitens des G-BA aufgrund der bei diesen Gruppen überproportional hohen Arztdichte, die bereits zur Einführung der Bedarfsplanung existierten, in Kernstädten nicht.

Mit der Niveaueinstellung bei den Nervenärzten trägt der G-BA zwei parallelaufenden Entwicklungen Rechnung: der höheren Inanspruchnahme seitens der (vielfach älteren) Patienten, einhergehend mit vergleichsweise langen Wartezeiten sowie der Verschiebungen innerhalb der fachärztlichen Kompetenz aufgrund höherer Versorgungsanteile von Neurologen bzw. Psychiatern im Vergleich zu Nervenärzten alter Weiterbildungs-Ordnung bzw. doppelt Weitergebildeten. Mit der Anpassung der Verhältniszahlen sinkt die Mitversorgungsquote im Typ 3 von 30 auf unter 10 Prozent, im Typ 4 von 28 auf unter 5 Prozent. In den Typen 2, 5 und 6 wird das angepasste Versorgungsniveau das Niveau der vor dieser Änderung ermittelten durchschnittlichen Verhältniszahl sogar teils deutlich übersteigen. Mit der signifikanten Angleichung der typenabhängigen Verhältniszahlen wird im Zuge der Kapazitätsausweitung künftig die nervenärztliche Versorgung deutlich wohnortnäher ausgestaltet werden.

Die Niveaueinstellung bei den Psychotherapeuten geschieht seitens des G-BA analog zu den Nervenärzten aus ähnlichen Motiven. Auch hier wird die historisch bedingte starke Spreizung der typenbezogenen Verhältniszahlen aufgehoben, indem neue Zulassungsmöglichkeiten außerhalb der Kernstädte ausgewiesen werden. Zugang und Erreichbarkeit (nicht zuletzt auch bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) werden sich mit der deutlichen Kapazitäts-

anpassung von rund 850 zusätzlichen Sitzen zuzüglich ggf. noch zu besetzender Quotenplätze jenseits von Kernstädten verbessern. So wird das künftige Versorgungsniveau mit Ausnahme von Kreisen des Typs 3 und 4, die wiederum in (enger) Nachbarschaft zu Kernstädten mit im Vergleich zu anderen Arztgruppen überproportional hohen Versorgungsdichten liegen, künftig in den weiteren Typen sogar über dem vor dieser Änderung kalkulierte durchschnittliche Versorgungsniveau (in dem die Arztdichte in Kernstädten eingerechnet ist) liegen. Auch wenn der G-BA in den Kernstädten keine Änderung der Maßzahl für erforderlich hält, ist mit dem Zuwachs an Stellen im Umland auch dort mit einer Entlastung der Versorgungssituation zu rechnen. Im Ergebnis erfolgt die Planung von Psychotherapeuten-Sitzen fortan wohnortnäher als in allen anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

Der G-BA hat in seinen Beratungen den gesetzlichen Auftrag nach § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V erfüllt und die Möglichkeit einer kleinräumigeren Planung insbesondere auch für die psychotherapeutische Versorgung diskutiert. Eine kleinräumigere Planung würde dabei ein anderes räumliches Planungskonzept erfordern, dem im Zweifel andere Planungsprämissen zugrunde liegen. So wäre beispielsweise eine Planung auf Ebene der Mittelbereiche mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden, da die Mittelbereiche eine Versorgungsebene für „Güter des alltäglichen Bedarfs“ beschreiben, bei denen keine Mitversorgungsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Räumen bestehen. Gleichzeitig stellt das Gutachten zur Weiterentwicklung zur Bedarfsplanung jedoch fest, dass v.a. Patienten mit psychischen Erkrankungen bereit sind, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Das sogenannte „Bypassing“, d.h. die Umgehung des nächstgelegenen Standorts bei Inanspruchnahme von Leistungen, ist dabei im Bereich der Psychotherapie häufiger erkennbar, als in allen anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die bisherigen Versorgungsstrukturen zeigen Muster auf, die eher von starker Mitversorgung geprägt sind. Die Fortschreibung der Beplanung von Psychotherapeuten auf Ebene der Kreisregionen wird daher vom G-BA als sachgerecht angesehen, denn Versorgungsengpässe, belegt durch Wartezeiten, resultieren aus Sicht des G-BA nicht aus einem Erreichbarkeits-, sondern aus einem Kapazitätsproblem, dem der G-BA im Zuge der Ausweisung von weit über 800 neuen Planstellen Rechnung trägt. Eine kleinräumigere Planung hätte in vielen Regionen dazu geführt, dass neue Stellen in Bereichen ausgewiesen worden wären, in denen sich in unmittelbarer Nachbarschaft rechnerisch deutlich übertersorgte Gebiete gefunden hätten. Allokationsprobleme hätten zugenommen, die zielgenaue Steuerung von Planstellen hätte sich erschwert. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse sieht der G-BA kein Erfordernis einer kleinräumigeren Planung dieser oder weiterer Arztgruppen der Bedarfsplanung.

### Versorgungsniveau der Fachinternisten

In der fachinternistischen Versorgung erkennt der G-BA die substanziellen Entwicklungen im Fachgebiet in den vergangenen 30 Jahren an. In kaum einer anderen Arztgruppe hat sich das Versorgungsspektrum so umfassend weiterentwickelt, erweitert und differenziert.

Im Ergebnis ist die derzeitige internistische Versorgung kaum mit jener der 1990er-Jahre zu vergleichen, in der die Planung der Fachinternisten eingeführt wurde. Eine Vielzahl an Krankheiten, die heute vollständig ambulant versorgt werden, wurde seinerzeit primär durch Krankenhäuser versorgt (z.B. Kontrollen von Herzschrittmachern, ambulante kardiologische Interventionen, Koloskopie und Gastroenteroskopie, ambulante onkologische Versorgung, ambulante Therapieangebote in der rheumatologischen Versorgung etc.).

Diese beispiellose Erweiterung des ambulanten Versorgungsangebotes in der Inneren Medizin erfordert zusätzliche Versorgungskapazitäten, die in vielerlei Hinsicht auch heute schon in der Versorgung zu finden sind. Bisher gab es nicht die Möglichkeit, den unterschiedlichen Schwerpunkten innerhalb der Sollzulassungen über Quoten Rechnung zu tragen. Stattdessen erfolgten Zulassungen für spezielle internistische Disziplinen insbesondere in Form von Sonderbedarfszulassungen, was zu einem deutlichen Anstieg der Internistenzahlen führte. Da jedoch nicht gleichzeitig eine Anpassung der Verhältniszahlen erfolgte, spiegeln die derzeitigen Versorgungsgrade in der Arztgruppe der Fachinternisten die tatsächliche Versorgungslage nicht adäquat wider. In allen Planungsbereichen weisen die Fachinternisten einen Versorgungsgrad über 140 % aus, was gemäß den aktuellen gesetzlichen Vorgaben Hinweise für

einen ggf. erforderlichen Abbau der Versorgung geben würde. Aus Sicht des G-BA wäre ein solcher Abbau der Versorgung um ca. ein Drittel aller Fachinternisten nicht sachgerecht. Auch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung kam zu dem Ergebnis, dass die Verhältniszahlen aufgrund der in dieser Arztgruppe hohen Anzahl an Sonderbedarfszulassungen nicht mehr adäquat sind. Stattdessen ist eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich, um den aktuellen Stand der Versorgungsrealität mit den Planzahlen der Bedarfsplanung übereinzubringen.

Vor diesem Hintergrund beschließt der G-BA eine Anhebung des Versorgungsniveaus (Reduktion der zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung geltenden Verhältniszahlen) um 30 Prozent. Dadurch entstehen nach Modellrechnungen des G-BAs nur vereinzelt neue Zulassungsmöglichkeiten, gleichzeitig wird die Zahl der Fachinternisten oberhalb der 140 % Grenze deutlich reduziert.

Dieser Beschluss hat keine Auswirkungen auf die Verhältniszahlen der anderen Arztgruppen, die seitens des G-BAs jeweils im Einzelfall bewertet und ständig evaluiert werden.

## **Anlage 7**

Die Anlage 7 beschreibt künftig erstmalig die mögliche Nutzung von Geografischen Informationssystemen (GIS) bei der Prüfung auf Sonderbedarf. Sie beschreibt damit einen groben Rahmen möglicher Indikatoren, die in den regionalen Zulassungsgremien konkretisiert und weiter ausgestaltet werden sollen. Eine zentrale Fragestellung ist dabei die Abgrenzung von Einzugsgebieten und die Bestimmung des Nachfragepotenzials in einem System von konkurrierenden Standorten. In der marktwirtschaftlichen Anwendung werden dazu unterschiedlichste wissenschaftliche Modelle herangezogen, um diese Zusammenhänge zu beschreiben. Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird dabei ein Gravitationsmodell als probabilistischer, also ein von Wahrscheinlichkeiten ausgehender Ansatz gewählt. Gleichsam können regionale Zusammenhänge auch mit deterministischen Modellen aufgezeigt werden. Vor diesem Hintergrund wurde von einer bewussten Festlegung auf ein Modell in Anlage 7 abgesehen und allein mögliche Indikatoren, die gleichsam aus den unterschiedlichen Modellen abgeleitet werden können, beschrieben.

### 3. Würdigung der Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 5 und § § 91 Absatz 5a SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer sowie dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 2. April 2019. eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 23. April 2019.

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

<b>Gesetzliche Grundlage</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK)	23.04.2019
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	18.04.2019
§ 91 Absatz 5a SGB V	Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI)	Verzicht

Der Inhalt der Schreiben wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“).

Die BÄK hat auf eine Anhörung verzichtet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“).

### 4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne Anlage II zum 1. Kapitel der Verfo. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
08.09.2018	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
18.03.2019	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
02.04.2019	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der BPL-RL
29.04.2019	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
29.04.2019	UA BPL	<i>Anhörung</i>
13.05.2019	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)</li> </ul>
16.05.2019	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der BPL-RL
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit/ <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
30.06.2019		Inkrafttreten

Berlin, den 16. Mai 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- Anlage 1      Beschlussentwurf zur Änderung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL
- Anlage 2      Tragende Gründe zum Beschlussentwurf zur Änderung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL
- Anlage 3      Eingereichte Stellungnahmen/Schreiben der stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 4      Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 und § 91 Absatz 5a SGB V
- Anlage 5      stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung