

Die neue Bedarfsplanung: Chancen und Grenzen

Die Bedarfsplanung wurde 1993 mit dem Ziel eingeführt, die Niederlassung von Vertragsärzten besser zu steuern und damit flächendeckend einen gleichmäßigen Zugang der Bevölkerung zur ambulanten ärztlichen Versorgung sicherzustellen. Während damals noch insbesondere die Sorge vor einem übermäßigen Anstieg der Arztzahlen in bereits sehr gut versorgten Gebieten im Mittelpunkt des Interesses stand, haben sich mittlerweile die Rahmenbedingungen geändert: Heute ist es der zukünftige oder bereits bestehende Ärztemangel, vor allem in ländlichen Regionen, der es notwendig macht, über eine effiziente Verteilung der knappen „Ressource Arzt“ nachzudenken.

Der Gesetzgeber hat daher im Versorgungsstrukturgesetz festgeschrieben, dass die Bedarfsplanung reformiert werden soll. Dieser Auftrag wurde mit der Verabschiedung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Dezember 2012 umgesetzt. Auf Basis der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie haben sich in Bayern im Juni 2013 die KVB und die Krankenkassen auf einen neuen Bedarfsplan für die ambulante Versorgung geeinigt. Dieser legt fest, wie viele Vertragsärzte und -psychotherapeuten sich jeweils in einem Planungsbereich niederlassen dürfen.

Für die hausärztliche Versorgung wurde die Bedarfsplanung grundsätzlich kleinräumiger gestaltet. Aus bisher 79 bayerischen Planungsbereichen auf Kreisebene sind derzeit 138 neue Planungsbereiche auf Mittelbereichsebene entstanden. Diese weisen aller-

dings in ihrer Ausdehnung zum Teil große Unterschiede auf. In einzelnen Regionen ist daher eine Aufteilung in noch kleinräumigere Planungsbereiche notwendig und sinnvoll.

Nicht nur hinsichtlich des Zuschnitts der hausärztlichen Planungsbereiche, auch bezüglich der Zahl der zuzulassenden Hausärzte müssen die allgemeinen Vorgaben des G-BA in Berlin noch an die bayerische Versorgungsrealität angepasst werden. Denn rein rechnerisch hat sich die Zahl der möglichen Neuzulassungen von Hausärzten im Zuge der neuen Bedarfsplanung bayernweit um insgesamt knapp 80 Sitze reduziert – obwohl der Hausärztemangel auf dem Land längst Fakt ist und von den Bürgern auch wahrgenommen wird.

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fehlen nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie schon jetzt 93 Fachärzte. Bei den Psychotherapeuten ist ein zusätzlicher Bedarf von 250 ausgewiesen. Nach Maßgabe des neuen Bedarfsplans entstehen so in den 79 Planungsbereichen insgesamt 343 neue Sitze. Hier zeigt die neue Bedarfsplanung den bereits bestehenden Fachärzte- und Psychotherapeutenmangel in Bayern auf.

Mit der neuen Bedarfsplanung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen wesentlich mehr regionale Steuerungsmöglichkeiten, um dem lokalen Versorgungsbedarf künftig besser entsprechen zu können. Dabei ist der aktuelle Bedarfsplan stets nur eine Momentaufnahme und muss kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Editorial

Noch vor einigen Jahren dachten viele Gesundheitsexperten, dass die Bedarfsplanung nicht mehr lange existieren würde. Doch dies hat sich als Trugschluss erwiesen. Nach wie vor haben Ärzte und Psychotherapeuten nicht die Möglichkeit, sich frei an einem Ort ihrer Wahl niederzulassen. Dass die Bedarfsplanungs-Richtlinie nun nach zwei Jahrzehnten umfassend reformiert wurde, ist zu begrüßen. Sie kann dazu beitragen, die Versorgungsrealität im Freistaat besser abzubilden und Versorgungsengpässe zu identifizieren. Zudem bietet sie nunmehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten, von denen wir auch Gebrauch machen werden. Doch damit sind nicht gleich alle strukturellen Probleme gelöst.

Um den medizinischen Nachwuchs vor allem für eine Tätigkeit auf dem Land zu gewinnen, benötigt man andere Anreize als freie Vertragsarztsitze. An erster Stelle seien hier ein ordentliches Honorar und wirtschaftliche Planungssicherheit genannt. Aber auch die Politik ist in der Pflicht, für attraktive Rahmenbedingungen im ländlichen Bereich zu sorgen, damit der ärztliche Nachwuchs bereit ist, sich dort in eigener Praxis niederzulassen. In zahlreichen Gesprächen mit den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern und den Krankenkassen werden wir uns weiter für die Förderung der jungen Mediziner einsetzen und auch unsere eigenen Initiativen in dieser Sache weiter ausbauen.

Ihr Vorstand der KVB

Bedarfsplanung: Der Rahmen für die Gestaltung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Im Bedarfsplan wird festgelegt, wie viele Vertragsärzte und -psychotherapeuten jeweils in einem Planungsbereich niedergelassen sein sollen, um dort eine ausreichende ambulante medizinische Versorgung sicherzustellen.

Die räumlichen Einheiten, für die die Arztzahlen geplant werden, sind die Planungsbereiche. Diese sind in der neuen Bedarfsplanung je nach Spezialisierungsgrad der betroffenen Arztgruppen unterschiedlich gestaltet, um eine kleinräumigere Planung zu ermöglichen, wo sie besonders benötigt wird. Deshalb wurden die Arztgruppen der Bedarfsplanung in vier Versorgungsebenen eingeteilt:

- die hausärztliche Versorgung: 137 Mittelbereiche – derzeit aufgeteilt in 138 Planungsbereiche
- die allgemeine fachärztliche Versorgung: 79 Kreise beziehungsweise Kreisregionen; diese sind unterteilt in fünf Kreistypen abhängig davon, ob sie andere Planungsbereiche mitversorgen oder gegebenenfalls von diesen mitversorgt werden
- die spezialisierte fachärztliche Versorgung: 18 Raumordnungsregionen

- die gesonderte fachärztliche Versorgung: KV-Region, das heißt der gesamte Freistaat Bayern

Wie viele Ärzte benötigt werden, wird mithilfe der Verhältniszahl ausgedrückt. Diese liegt zum Beispiel für die Gruppe der Hausärzte bei 1.671. Als angemessen gilt nach der neuen Bedarfsplanung also ein Hausarzt pro 1.671 Einwohner. Um den Versorgungsbedarf einer Region zu ermitteln, wird – in Bayern erstmalig – nicht nur die Einwohnerzahl herangezogen, sondern ebenso die Altersstruktur der Bevölkerung berücksichtigt. Bei den über 65-Jährigen wird in den meisten Fachgruppen ein größerer Versorgungsbedarf angenommen, der folglich auch zu einem Mehrbedarf an Ärzten führen kann, wenn in einer Region besonders viele ältere Menschen leben. Die Verhältniszahlen werden daher der Altersstruktur in einem Planungsbereich entsprechend anhand eines sogenannten Demografiefaktors angepasst.

Um einschätzen zu können, wie der aktuelle Stand der ambulanten ärztlichen Versorgung in einem Planungsbereich ist, wird die Anzahl der Ärzte einer Gruppe im Planungsbereich ins Verhältnis gesetzt mit der Anzahl der Einwohner im Planungsbereich. Hieraus

Neuordnung der Bedarfsplanung: Versorgungsbereiche



wird der sogenannte Versorgungsgrad berechnet. Dieser liegt bei 100 Prozent, wenn genau so viele Ärzte vorhanden sind, wie vorgesehen.

Gibt es mehr Ärzte einer Arztgruppe in einem Planungsbereich, so gilt dieser ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent als überversorgt. Neue Ärzte können sich dann dort nicht mehr niederlassen. Liegt der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich bei den Hausärzten unter 75 Prozent, ist das Vorliegen einer Unterversorgung zu prüfen. Bei den fachärztlichen Arztgruppen ist diese Prüfung ab einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent erforderlich.

Innerhalb eines Planungsbereichs besteht für Vertragsärzte oder -psychotherapeuten vom Grundsatz her Niederlassungsfreiheit.

Besonderheiten sind allerdings unter anderem bei Praxissitzverlegungen zu beachten. Der Zulassungsausschuss hat bei der Genehmigung einer Praxissitzverlegung zu prüfen, ob dieser Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Dies kann etwa dann der Fall sein, wenn insbesondere in ländlichen Bereichen absehbar ist, dass durch die Verlegung Versorgungsdefizite am bisherigen Praxisstandort entstehen.

Der Stand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird in einem Bedarfsplan festgehalten. Dort wird auch beschrieben ob, wo und weshalb von den bundesweiten Richtlinien für die Bedarfsplanung abgewichen wird. Eine Abweichung muss also begründet sein.

Regionale Spielräume sinnvoll nutzen

Maßgeblich für die Bedarfsplanung ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die vom G-BA beschlossen wird. Allerdings hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz die Möglichkeit eröffnet, unter bestimmten Voraussetzungen von diesen bundesweit gültigen Vorgaben abzuweichen. Damit kann seit 1993 zum ersten Mal wieder regionalen Besonderheiten Rechnung getragen werden, wenn sich aus diesen ein spezifischer oder überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf ergibt. Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind damit grundsätzlich möglich, sofern sie aufgrund besonderer regionaler Gegebenheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich sind.

Regionale Besonderheiten können zum Beispiel in einer besonderen Bevölkerungs- oder Morbiditätsstruktur oder auch durch infrastrukturelle Gegebenheiten begründet sein. Abweichungen sind beispielsweise bei den Verhältniszahlen, den Abgrenzungen der Planungsbereiche oder der Zusammensetzung der Arztgruppen denkbar.

Allerdings kann die KVB nicht allein über Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie entscheiden: Dafür bedarf es auch der Zustimmung der Krankenkassen. Denn Abweichungen müssen im Bedarfsplan beschrieben und begründet werden – und dieser muss im Einvernehmen mit den Krankenkassen aufgestellt werden. Bei der regionalen Anpassung der Bedarfsplanung für Bayern liegt der Fokus der KVB zunächst auf der hausärztlichen Versorgung.

Für die Gruppe der Hausärzte wurden durch den G-BA die Mittelbereiche als Planungsbereiche herangezogen. Ziel war es, die Planung für die Hausärzte wohnortnäher zu gestalten. Aufgrund der zum Teil sehr unterschiedlichen Größe und Ausdehnung der Mittelbereiche in Bayern wird dieses Ziel in einigen Regionen Bayerns jedoch nicht erfüllt. Die KVB sieht deshalb die Notwendigkeit zu prüfen, ob Mittelbereiche in kleinere Planungsbereiche aufzuteilen sind. So soll transparent werden, wo eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung gefährdet ist beziehungsweise perspektivisch gefährdet sein könnte. In einem ersten Schritt wurde bereits der unterfränkische Mittelbereich Haßfurt in die zwei Planungsbereiche Haßfurt und Ebern geteilt. Weitere werden folgen.

Auch wenn der Schwerpunkt der regionalen Betrachtung zunächst auf der hausärztlichen Versorgung liegt, müssen die fachärztlichen Versorgungsebenen ebenso daraufhin überprüft werden, ob regionale Besonderheiten eine Anpassung der Bedarfsplanung erfordern. Die KVB wird die Versorgungssituation daher auch für diese Arztgruppen laufend beobachten.

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist – aufgeschlüsselt nach den jeweiligen Regierungsbezirken – auch auf der Internetseite www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Bedarfsplanung ab 2013* zu finden.

Der Weg in die Zukunft

Der jetzt vorgelegte Bedarfsplan ist eine Momentaufnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Bayern und soll kontinuierlich weiterentwickelt werden. So sollen in den nächsten Monaten zahlreiche Planungsbereiche daraufhin geprüft werden, ob dort zukünftig möglicherweise eine Unterversorgung droht. Dafür werden auch prospektive Elemente wie die Bevölkerungsentwicklung oder die Altersstruktur der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten berücksichtigt. Auch notwendige regionale Anpassungen wie die Teilung von Planungsbereichen der hausärztlichen Versorgung sollen möglichst bald umgesetzt werden. Damit beginnt ein fortlaufender Anpassungs- und Optimierungsprozess, dessen erster Schritt die Umsetzung der neuen Regelungen zur Bedarfsplanung war. Die Nachwuchsproblematik wird und kann durch die Bedarfsplanung allerdings nicht gelöst werden. Sie wird die Niederlassung als Vertragsarzt nicht attraktiver gestalten und liefert auch keine Antworten auf die regelmäßig wiederkehrenden Honorarfragen in der ambulanten Versorgung. Die KVB kann den Nachwuchsmangel nicht allein bewältigen. Vielmehr müssen alle Beteiligten – auch Politik, Kommunen und Krankenkassen – ihren Teil dazu beitragen. Das Ziel der gemeinsamen Anstrengungen zum Erhalt einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen ambulanten Versorgung in Bayern muss also sein, junge Mediziner wieder für die Tätigkeit als Vertragsarzt zu begeistern. Wie dramatisch der Nachwuchsmangel der Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern mittlerweile ist, lässt sich anhand der nebenstehenden Abbildungen ablesen.

Ein erster Ansatzpunkt sind bildungspolitische Strukturreformen in allen Stufen der Ausbildung und Weiterbildung, beispielsweise durch mehr Studienplätze für Medizin, die Schaffung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen medizinischen Fakultäten in Bayern sowie die Implementierung einer sektorenübergreifenden Weiterbildung im fachärztlichen Bereich. Zudem ist die Verbesserung der Infrastruktur und der Standortattraktivität, etwa durch Kinderbetreuungsangebote, eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr oder die finanzielle und organisatorische Niederlassungshilfe durch Kommunen eine Möglichkeit, junge Ärzte für die Tätigkeit in der eigenen Praxis zu motivieren – insbesondere im ländlichen Raum. Darüber hinaus geben Verträge, die eine sichere und angemessene Vergütung für Ärzte garantieren, die nötige Sicherheit, um das Wagnis und Risiko der Niederlassung in der eigenen Praxis einzugehen.

Altersverteilung niedergelassene Hausärzte

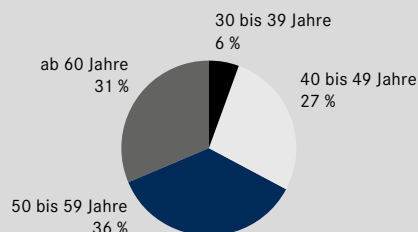


Abbildung 1

Quelle: KVB-Arztregister, Juni 2013

Altersverteilung niedergelassene Kinder- und Jugendärzte

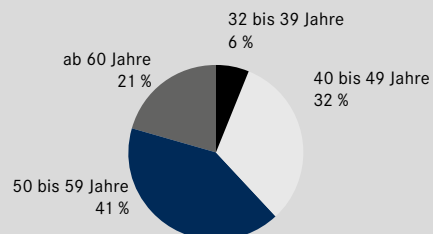


Abbildung 2

Quelle: KVB-Arztregister, Juni 2013

Altersverteilung niedergelassene Fachärzte

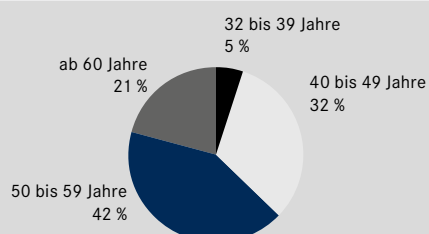


Abbildung 3

Quelle: KVB-Arztregister, Juni 2013

Altersverteilung niedergelassene Psychotherapeuten

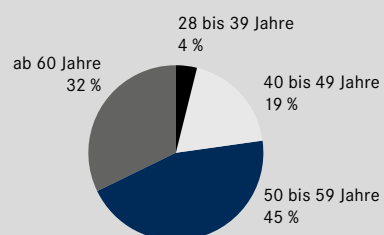


Abbildung 4

Quelle: KVB-Arztregister, Juni 2013

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 21 92, www.kvb.de
 Verantwortlich: KVB Kommunikation, Birgit Grain (Redaktion) und Gabriele Hennig (Layout).