

FAQs zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

1. Was ist vertragsärztliche Bedarfsplanung? Welche Aufgabe hat der G-BA?

Versicherte und Patientinnen und Patienten sollen wohnortnah eine haus- oder fachärztliche Praxis aufsuchen können. Den gesetzlichen Auftrag, einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zur vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern.

Der G-BA stellt im Auftrag des Gesetzgebers mit seiner Bedarfsplanungs-Richtlinie eine bundesweit einheitliche Planungssystematik zur Verfügung. Auf dieser Grundlage wird auf Landesebene die aktuelle vertragsärztliche Versorgungssituation erfasst und dem Versorgungsniveau entsprechend Niederlassungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geschaffen. Auf Landesebene wird auch entschieden, ob und inwieweit auf regionaler oder lokaler Ebene vom bundeseinheitlichen Rahmen abgewichen wird.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie wird vom G-BA kontinuierlich überprüft und mit [Änderungsschlüssen](#) weiterentwickelt. Wesentlicher Baustein der Planungssystematik sind die sogenannten Verhältniszahlen. Die Verhältniszahlen drücken das als angemessen bewertete Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – einer Arztgruppe aus. Bei der Berechnung des Soll-Versorgungsniveaus in einem Planungsbereich wird seit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2012 über den sogenannten Demografiefaktor die Altersstruktur einer Region berücksichtigt.

Der Gesetzgeber hatte den G-BA beauftragt, bis zum 1. Juli 2019 insbesondere die geltenden Verhältniszahlen zu überprüfen und auch die weiteren bundesweiten Planungsinstrumente mit Blick auf die bedarfsgerechte Versorgung weiterzuentwickeln. Diesem Auftrag entsprach der G-BA mit seinem Beschluss vom 16. Mai 2019.

2. Auf welcher Grundlage wurde die Bedarfsplanung weiterentwickelt? Waren die Länder im Beratungsverfahren beteiligt?

Der G-BA hat auf Basis der Empfehlungen eines umfangreichen [Gutachtens](#), eigener Modellrechnungen (auf Landes- und Bundesebene) sowie unter Berücksichtigung des seinerzeit aktuellen Entwurfes des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) die Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie unter Beteiligung der Ländervertreter beraten. Darüber hinaus wurden im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens weitere umfassende Erkenntnisse eingeholt, die der Entscheidung ebenfalls zugrunde gelegt wurden.

3. Was ändert sich an den bisher geltenden Verhältniszahlen (Arzt/Psychotherapeut-Einwohner-Verhältnis)?

Wesentlicher Baustein der Planungssystematik sind die sogenannten Verhältniszahlen, die das als angemessen bewertete Soll-Versorgungsniveau – Einwohnerzahl pro Arzt – einer Arztgruppe ausdrücken. Die derzeit geltenden allgemeinen Verhältniszahlen wurden mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2012 stichtagsbezogen – differenziert nach vier Versorgungsebenen und den dazugehörigen räumlichen Planungsbereichen – festgelegt. Gleichzeitig ergänzte der G-BA für die Berechnung des Soll-Versorgungsniveaus den

sogenannten Demografiefaktor, mit dem die Altersstruktur der Bevölkerung einer Region berücksichtigt wird. Die Altersgrenze wurde seinerzeit auf 65 Jahre festgelegt. Mit dem Demografiefaktor wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass sich der Anstieg der Krankheitslast (Morbidität) und des ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs innerhalb dieser Altersstufen unterscheidet.

Der Gesetzgeber hat den G-BA beauftragt, bis zum 1. Juli 2019 die geltenden Verhältniszahlen zu überprüfen und die bundesweiten Planungsinstrumente weiterzuentwickeln. Diesem Auftrag entsprach der G-BA mit seinem Beschluss vom 16. Mai 2019.

Die Verhältniszahlen sind in der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterhin – nach Arztgruppe und Planungsbereich differenziert – als bundeseinheitlicher Maßstab festgelegt. Zukünftig wird es jedoch ein zweistufiges Berechnungsverfahren zur Anpassung dieser Basis-Verhältniszahlen nach vier Altersgruppen, Geschlecht und Krankheitslast in einer Region geben. Die errechneten regionalen Verhältniszahlen spiegeln dann wider, ob in einem Planungsbereich mehr oder weniger Ärzte beziehungsweise Psychotherapeuten benötigt werden als im Bundesdurchschnitt.

Generell abgesenkt wurden die Verhältniszahlen für Kinder- und Jugendärzte, Nervenärzte, Psychotherapeuten und Fachinternisten.

Hinsichtlich der Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren bei der Weiterentwicklung der Verhältniszahlen hat das vom G-BA beauftragte Gutachten festgestellt, dass über den Demografiefaktor bereits in der bisherigen Planung ein erheblicher Anteil der Krankheitslast (Morbidität) der Bevölkerung erfasst wird. Von der Aufnahme sozioökonomischer Variablen riet das Gutachten ab, da diese zu Ungenauigkeiten und Fehlschlüssen bei Planungsentscheidungen führen würden. Durch den sehr viel differenzierteren Morbiditätsfaktor, der Altersgruppen und Geschlecht einbezieht, werden zukünftig auch sozioökonomische Faktoren in den Planungsentscheidungen mittelbar berücksichtigt.

4. Wie werden auf Landesebene die regionalen Verhältniszahlen berechnet?

In einem ersten Schritt werden die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegten Basis-Verhältniszahlen – Einwohnerzahl pro Arzt – auf Grundlage eines weiterentwickelten Demografiefaktors angepasst. Dieser Demografiefaktor differenziert acht Gruppen, die sich aus vier Altersgruppen und zusätzlich jeweils dem Geschlecht bilden:

Altersgruppe 0 – 20 Jahre
Altersgruppe 20 – 45 Jahre
Altersgruppe 45 – 75 Jahre
Altersgruppe über 75 Jahre

Im zweiten Schritt wird die so ermittelte allgemeine Verhältniszahl zu einer regional angepassten Verhältniszahl: In ihre Berechnung fließt dann die Morbiditäts-, Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung eines Planungsbereichs im Vergleich zum bundesdurchschnittlichen Morbiditätsniveau ein.

5. Welche Rolle spielt die Erreichbarkeit einer haus- und fachärztlichen Praxis?

Die Erreichbarkeit einer haus- oder fachärztlichen Praxis wird zukünftig als weiteres Kriterium für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen berücksichtigt. Der G-BA ist den Ergebnissen des von ihm zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung beauftragten Gutachtens gefolgt und hat PKW-Minutenwerte definiert, innerhalb derer der überwiegende Teil der Einwohner einer Region verschiedene Arztgruppen erreichen können soll.

Die festgelegten Minutenwerte orientieren sich an den Empfehlungen des Gutachtens, in dem darauf hingewiesen wird, dass vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung Minutenwerte erwogen werden sollten, die für insbesondere ältere und gegebenenfalls eingeschränkte Personen als Anfahrtsweg vertretbar wären.

6. Wie viele zusätzliche Arztsitze wird es bundesweit voraussichtlich in den einzelnen Arztgruppen geben?

Nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestehen mit Stand Mai 2019 im Bundesgebiet rund 3.440 Niederlassungsmöglichkeiten. Von diesen freien Arztsitzen entfallen rund 2.736 auf Hausärzte und 103 auf Psychotherapeuten.

In der Simulation der beschlossenen Änderungen zur Anpassung der Verhältniszahlen werden nach Umsetzung des Beschlusses bundesweit voraussichtlich rund 6.906 Niederlassungsmöglichkeiten bestehen, das sind rund 3.470 freie Arztsitze mehr als im Status Quo. Von den zusätzlichen 3.470 freien Arztsitzen entfallen 1.446 auf Hausärzte, rund 776 auf Psychotherapeuten, 476 auf Nervenärzte und 401 auf Kinder- und Jugendärzte.



Anzahl der Niederlassungsmöglichkeiten in Deutschland

Arztgruppe	Status Quo	Neu	Insgesamt
Anästhesisten	2,0	21,0	23,0
Augenärzte	53,0	131,5	184,5
Chirurgen und Orthopäden	5,5	2,0	7,5
Fachinternisten	0,0	32,0	32,0
Frauenärzte	22,0	20,0	42,0
Hausärzte	2.736,5	1.446,0	4.182,5
Hautärzte	56,0	20,0	76,0
HNO-Ärzte	53,0	20,0	73,0
Humangenetiker	2,5	-0,5	2,0
Kinder- und Jugendpsychiater	126,5	-3,0	123,5
Kinderärzte	10,5	401,0	411,5
Laborärzte	46,0	7,5	53,5
Nervenärzte	12,0	476,0	488,0
Neurochirurgen	24,5	10,0	34,5
Nuklearmediziner	52,5	13,0	65,5
Pathologen	29,5	6,0	35,5
PRM-Mediziner	90,0	9,0	99,0
Psychotherapeuten	103,0	776,5	879,5
Radiologen	2,0	6,0	8,0
Strahlentherapeuten	4,5	17,0	21,5
Transfusionsmediziner	3,0	1,0	4,0
Urologen	5,0	54,5	59,5
Alle Arztgruppen	3.439,5	3.466,5	6.906,0

7. Wie viele zusätzliche Arztsitze wird es in einem konkreten Planungsbereich geben, beispielsweise in einer bestimmten Stadt oder einem bestimmten Landkreis?

Niederlassungsmöglichkeiten in einem konkreten Planungsbereich werden in dem jeweiligen Bedarfsplan auf Landesebene festgelegt. Die Bedarfspläne werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen erstellt.

Nach Inkrafttreten der beschlossenen Änderungen zum 30. Juni 2019 haben die Landesausschüsse maximal 6 Monate Zeit, diese umzusetzen. Im Zuge dessen werden auch die innerhalb einer Kassenärztlichen Vereinigung zu erwartenden zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten berechnet.

8. Werden die Arztsitze zukünftig regional besser verteilt werden, so dass überall dort Ärzte sind, wo sie gebraucht werden?

Mit Hilfe der Bedarfsplanung sollen Niederlassungsmöglichkeiten genau dort ausgewiesen werden, wo sie benötigt werden. Der G-BA stellt der Landesebene für die Bedarfsplanung vor Ort zum einen den bundesweit vergleichbaren einheitlichen Rahmen im Sinne einer Planungssystematik zur Verfügung. Zum anderen ermöglicht diese Richtlinie seit 2012 vielfältige regionale und lokale Anpassungs- und Abweichungsmöglichkeiten. So können beispielsweise Planungsbereiche geteilt oder Verhältniszahlen geändert werden, wenn die regionale Demografie beziehungsweise Morbidität, räumliche Faktoren oder auch besondere Versorgungslagen dies erfordern.

Die mit Beschluss vom 16. Mai 2019 im Zuge der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung neu eingeführten Instrumente beziehungsweise zu berücksichtigenden Aspekte wie Krankheitslast der Bevölkerung, Quoten innerhalb von Arztgruppen, Erreichbarkeit von haus- und fachärztlichen Praxen bieten zusätzliche Möglichkeiten einer gezielten und bedarfsorientierten Feinsteuerung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots, die positive Effekte für die Versorgung insgesamt haben werden.

Das Problem mangelnder Bewerber auf freie Arztsitze kann mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie jedoch nicht gelöst werden. Bereits heute gibt es bundesweit mehr als 2.700 freie allgemeinärztliche Arztsitze. Um dieser Problematik, die insbesondere strukturschwache Gegenden betrifft, wirksam zu begegnen, werden andere Ansätze und Anreize benötigt, die außerhalb der Regelungskompetenz des G-BA liegen: Einige Bundesländer fördern durch Studienprogramme die Ausbildung von Medizinern, die sich danach zur Niederlassung in unterversorgten Regionen dieses Landes verpflichten. Vergütungsanreize sind ein weiteres wichtiges Instrument, das häufig genutzt wird. Auch über die weitere Erhöhung der Medizinstudiplätze wird derzeit diskutiert.

Ein weiteres Beispiel für bestehende Ansätze, der Nachbesetzungsproblematik in strukturschwachen Gegenden zu begegnen, ist die gesetzliche Auflegung eines Innovationsfonds, mit dessen Mitteln der Innovationsausschuss beim G-BA seit dem Jahr 2016 innovative medizinische Versorgungsmodelle fördern und erproben kann. Ansätze, die sich als erfolgreich erwiesen haben, können auf strukturell vergleichbare Regionen oder auch auf andere Patientengruppen übertragen werden. In seinen Förderbekanntmachungen adressierte der Inno-



ventionsausschuss beim G-BA explizit das Themenfeld „Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten“. Aber auch über andere Themenfelder, beispielsweise „Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health“ werden Projekte gefördert, die gerade für strukturschwache Gebiete von großer Relevanz sind: Hierbei geht es um eine stärkere Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen, die koordinierte Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen oder auch den Einsatz telemedizinischer Methoden. Anhand der Evaluationen – die zwingend für jedes Projekt vorgesehen sind – wird systematisch erfasst und geprüft werden, ob die Ansätze funktionieren.

9. Warum wird es innerhalb einzelner Arztgruppen Unterquoten geben?

Der Bedarfsplan, der auf Landesebene erstellt wird und Niederlassungsmöglichkeiten in den einzelnen Planungsbereichen ausweist, richtet sich an den vom G-BA definierten Arztgruppen. Fachinternisten werden zum Beispiel in einer gemeinsamen Arztgruppe beplant, sind aber in Subspezialisierungen wie etwa Kardiologen, Gastroenterologen, Diabetologen oder Endokrinologen untergliedert. Die gezielte, einen Proporz von Subspezialisierungen berücksichtigende Nachbesetzung eines fachinternistischen Arztsitzes war auf Landesebene bislang rechtlich jedoch so nicht möglich. In der Zulassungspraxis kam es in dieser Arztgruppe deshalb zur Häufung von einzelnen Subspezialisierungen zu Lasten anderer, insbesondere von Diabetologen und Rheumatologen.

Weiterhin wurde in der Bedarfsplanungsarztgruppe der Nervenärzte, welche Nervenärzte, Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie und Neurologen und Psychiatern umfasst, ein Mindestanteil von 25 Prozent für Nervenärzte sowie für Ärzten mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie vorgegeben, gleichzeitig aber auch eine Regelung zur gleichmäßigen Verteilung der Neurologen und Psychiater getroffen.

Die mit Beschluss vom 16. Mai 2019 neu eingeführten Unterquoten innerhalb der fachinternistischen und nervenärztlichen Arztgruppen stellen ein ergänzendes Steuerungsinstrument dar, deren Möglichkeit der Gesetzgeber mit dem TSVG eröffnet hat.

10. Warum bleiben die Kinder- und Jugendärzte weiterhin der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugerechnet?

Der G-BA hat für die Weiterentwicklung der Planungsinstrumente auch betrachtet, ob die Arztgruppe der Kinderärztinnen und Kinderärzte – also Fachärzte für Kinderheilkunde und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin – angesichts ihrer Aufgaben in der Grundversorgung weiterhin der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet bleiben können. Und ob es einer kleinräumigeren Planung bedarf, damit zusätzliche Kinderarztsitze auch wirklich dort sind, wo sie benötigt werden.

Im Ergebnis hält der G-BA an der Planungsebene der „Kreise“ für die Kinderärzte fest. Eine kleinräumigere Planung auf Ebene der „Mittelbereiche“ würde nicht zu einem gesteuerten Zuwachs von Kinderärzten in der Fläche führen. Mit der Beplanung auf Mittelbereichsebene würde das Risiko eines regionalen Ungleichgewichts von Über- und Unterversorgung in direkter Nachbarschaft steigen.

11. Kann auf Landesebene von den bundeseinheitlichen Rahmenvorgaben des G-BA abgewichen werden?

Die Möglichkeit, auf Landesebene regionale und lokale Besonderheiten zu berücksichtigen und von der bundeseinheitlichen Planungssystematik abzuweichen, sieht die Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits seit ihrer Neufassung im Jahr 2012 vor. Diese Abweichungsmöglichkeiten wird es auch weiterhin geben.

Insbesondere kann der Landesausschuss feststellen, dass in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht, mit der Folge, dass bestimmte Förderungsmaßnahmen getroffen werden können. Zudem kann bei Erforderlichkeit trotz eines ausgewiesenen guten Versorgungsgrads die Kassenärztliche Vereinigung mit den Krankenkassen einen anderen Zuschnitt des Planungsbereichs beschließen oder die Verhältniszahlen anpassen, so dass Sitze gezielt entstehen können. Darüber hinaus besteht für den Zulassungsausschuss die Möglichkeit, zusätzliche Vertragsärzte im Wege des Sonderbedarfs zuzulassen und so besonderem lokalen oder qualifikationsbezogenen Bedarf zu begegnen.

Mit dem TSVG haben die Landesbehörden zudem die Möglichkeit erhalten, in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten sowie Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten aufheben können. Zudem erhalten die Bundesländer in den Zulassungsgremien (Landes- und Zulassungsausschüsse) Mitspracherechte.

12. Wann treten die neuen Regelungen in Kraft und können auf Landesebene angewendet werden?

Der am 16. Mai 2019 getroffene Beschluss zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung soll nach Nichtbeanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit mit Wirkung zum 30. Juni 2019 in Kraft treten.

Nach Inkrafttreten der beschlossenen Änderungen haben die zuständigen Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen maximal 6 Monate Zeit, diese umzusetzen. Diese zeitliche Lücke zwischen dem Beschluss des G-BA und den Landesausschüssen erfolgt mit Blick auf die ggf. zeitaufwendige Berücksichtigung von regionalen Anpassungen in den einschlägigen Gremien. Hierdurch soll gewährleistet werden, dass dort hinreichend Zeit für die erforderlichen Anpassungen und ggf. Verhandlungen bleibt. Die genaue Anzahl der zusätzlich entstehenden Niederlassungsmöglichkeiten in den einzelnen KV-Regionen steht im Ergebnis erst nach den Beschlüssen auf Landesebene fest.

13. Wo sind weitere Informationen zum getroffenen Beschluss und allgemein zur Bedarfsplanung zu finden?

Der am 16. Mai 2019 getroffene Beschluss zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung und dessen ausführliche Begründung werden auf der Website des G-BA veröffentlicht.

Die derzeit geltende Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA ist unter folgendem Link zu finden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt zur Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung ausführliche Informationen zur Verfügung: [Bedarfsplanung](#)