

Faktenblatt

Thema: Ambulante Versorgung – Bedarfsplanung

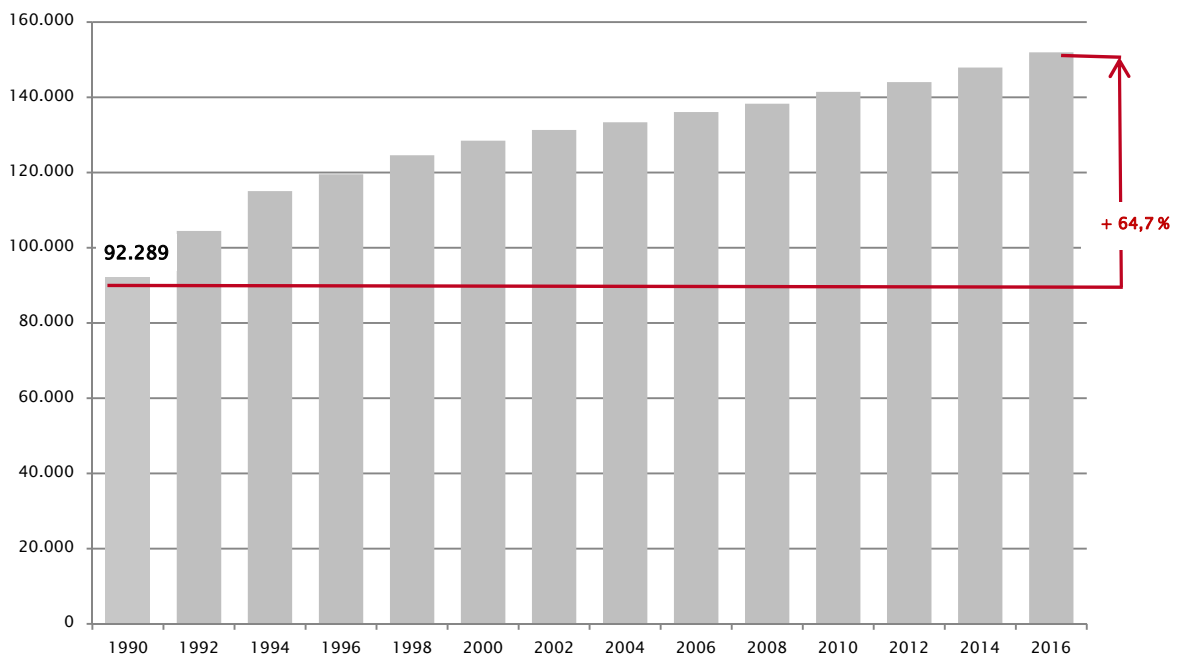
22.09.2017, Pressestelle GKV-Spitzenverband



Herausforderungen in der ärztlichen Bedarfsplanung

Deutschland verfügt über ein sehr gut ausgebautes System der ambulanten Versorgung mit einer insgesamt hohen Arztdichte und einer im internationalen Vergleich beispiellosen Dichte an ambulant tätigen Fachärzten und Psychotherapeuten. Der demografische Wandel stellt unser ambulantes Versorgungssystem jedoch zukünftig vor große Herausforderungen, denn Versorgungsengpässe, die bereits heute in einigen ländlichen Regionen bestehen, werden sich tendenziell verstärken. In den städtischen Regionen bestehen oftmals jedoch erhebliche Überkapazitäten. Angesichts dieser Versorgungslücken muss die ärztliche Versorgung effizienter gestaltet und noch besser strukturiert werden.

Arztzahlentwicklung in der ambulanten Versorgung



Quelle: Bundesärztekammer, Darstellung: GKV-Spitzenverband

Sicherstellung der Versorgung

- Die Sicherstellung der Versorgung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. § 75 SGB V). Sie haben mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entsprechend den Bedarfsplänen alle finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten,

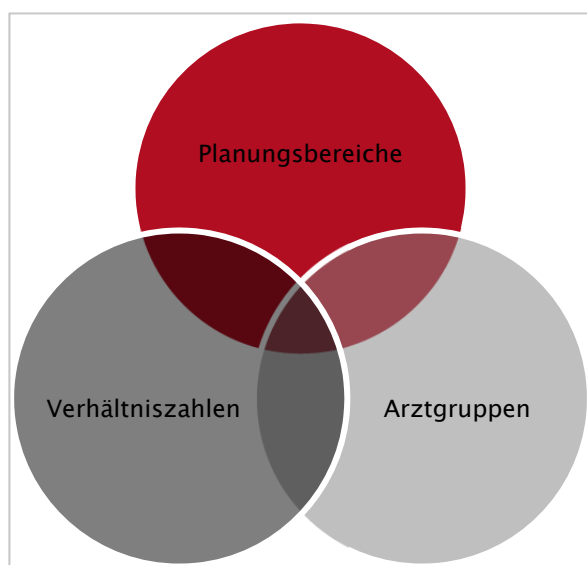


zu verbessern oder zu fördern (vgl. § 105 Abs. 1 SGB V). Dazu gehört insbesondere die Vermeidung und Beseitigung von Unterversorgung (vgl. § 100 SGB V).

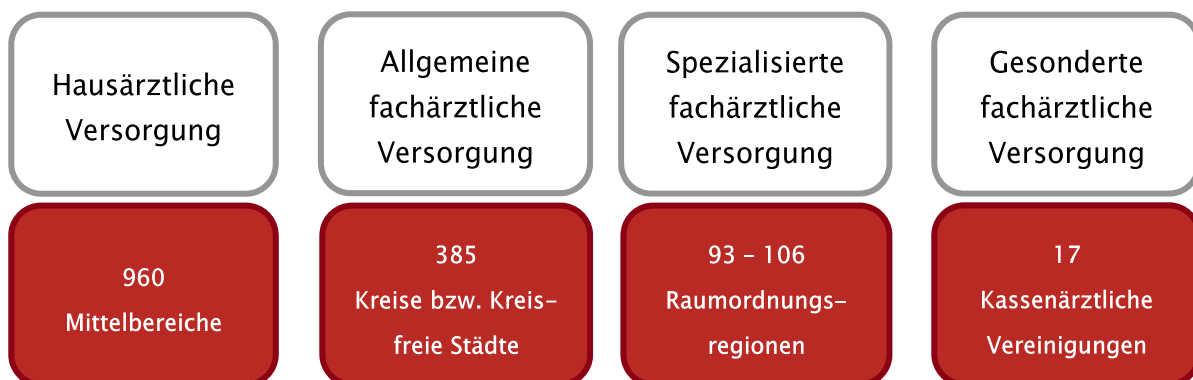
- Unterversorgung gibt es in Deutschland tatsächlich nur in wenigen Ausnahmefällen. Am ehesten sind hiervon periphere, ländliche Regionen betroffen, die für Ärzte als Niederlassungsort aus verschiedenen Gründen weniger attraktiv sind. Dem gegenüber gibt es vor allem in den Städten zum Teil eine erhebliche Überversorgung. Da diese Überversorgung finanzielle Ressourcen und ärztliche Kapazitäten bindet, die an anderer Stelle dringend gebraucht würden, ist der Abbau von Überversorgung ein wichtiger Beitrag zur Vermeidung von Unterversorgung.

Vertragsärztliche Bedarfsplanung

- Zu den zentralen gesundheitspolitischen Zielen gehört es, allen Versicherten ungeachtet ihres Wohnortes und ihrer Lebens- und Vermögensverhältnisse flächendeckend eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen und diese bei begrenzten finanziellen Mitteln dauerhaft zu gewährleisten.
- Hierfür bedarf es einer aktiven Steuerung des Leistungsangebotes. Einerseits sollen genügend Leistungen angeboten werden, um allen Versicherten im Krankheitsfall eine angemessene Versorgung zu gewährleisten; andererseits soll das Angebot aber auch nicht zu groß sein, so dass Anbieter ihre Kapazitäten dadurch auslasten, dass sie Leistungen erbringen, die medizinisch nicht notwendig sind und denen kein adäquater Nutzen gegenüber steht (angebotsinduzierte Nachfrage).
- In der ambulanten Versorgung erfolgt die Steuerung des ärztlichen Angebotes in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Beide wurden in ihrer heutigen Form mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) im Jahr 1992 eingeführt. Die Bedarfsplanung wird seitdem regelmäßig aktualisiert und weiterentwickelt.



- Grundlage der Bedarfsplanung sind die allgemeinen Verhältniszahlen je Arztgruppe, die das Verhältnis zwischen der Zahl der Einwohner zur Zahl der zugelassenen Vertragsärzte je Arztgruppe in einem Planungsbereich zur bedarfsgerechten Versorgung ausdrücken.
- Für jede Arztgruppe in einem Planungsbereich ergibt sich aus der Bedarfsplanung eine geplante Zahl an Ärzten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung als angemessen angesehen wird (Sollzahl).
- Deutschland wird dabei in sogenannte Planungsbereiche eingeteilt, die raumordnungsspezifischen Kategorien des Bundesamts für Bauwesen und Raumordnung entsprechen.
- Bis Ende 2012 erfolgte die Planung mit ca. 372 Kreisen (i. d. R. Landkreise und kreisfreie Städte).
- Mit der Reform der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen differenziert. Hierbei wurde der Grad der Spezialisierung der ärztlichen Leistungen herangezogen und war Grundlage für die Größe der Planungsbereiche.
- Bei Hausärzten und Psychotherapeuten wurden die Verhältniszahlen in ländlichen Bereichen abgesenkt, so dass dort eine höhere Anzahl an Zulassungen entstand.
- Die gesonderte fachärztliche Versorgung, die bspw. Humangenetiker und Pathologen umfasst, wird demgegenüber auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen geplant, da diese Arztgruppen normalerweise nicht regelmäßig in Anspruch genommen werden.
- Für die Landesebene wurden Abweichungsmöglichkeiten geschaffen, die eine Anpassung der Bedarfsplanung an regionale Besonderheiten erlaubt.



- Ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Versorgungssituation in einem Planungsbereich ist der Versorgungsgrad. Dieser setzt die Zahl der Ärzte, die nach den Vorgaben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden, zu der tatsächlichen Arztzahl ins Verhältnis.

$$\frac{\text{allgemeine Verhältnisanzahl} \times \text{aktuelle Arztzahl} \times 100}{\text{aktuelle Einwohnerzahl}} = \text{Versorgungsgrad}$$

- Eine Unterversorgung ist dabei zu vermuten, wenn in einem Planungskreis der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad einer Facharztgruppe unter 50 Prozent bzw. bei Hausärzten unter 75 Prozent sinkt.
- Eine Überversorgung ist dagegen anzunehmen, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent übersteigt (§ 101 Abs. 1 SGB V).

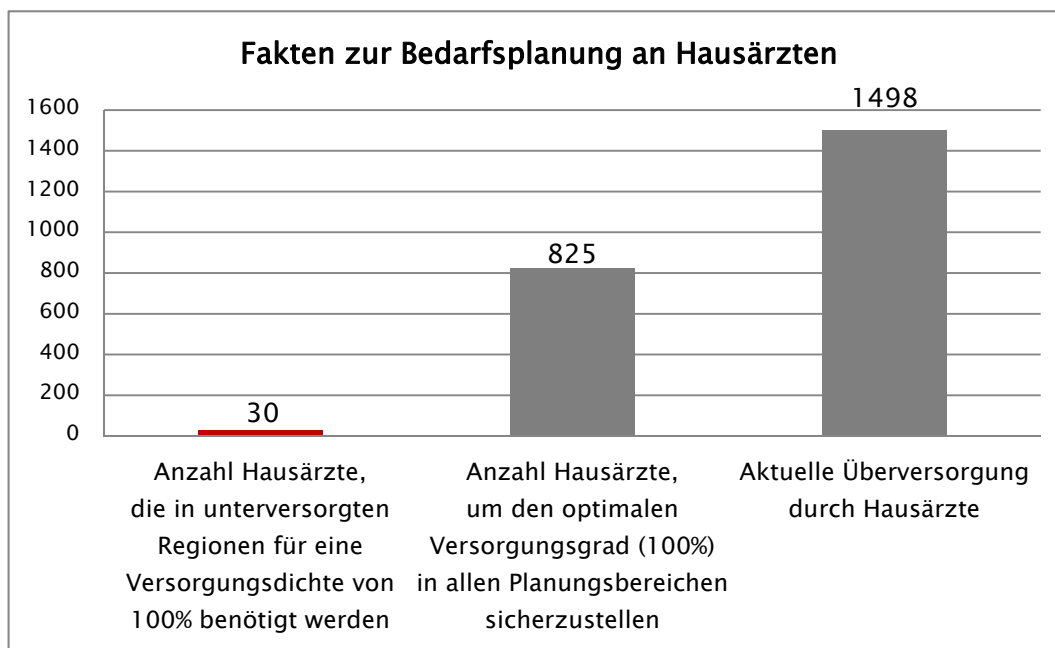
Aktuelle Situation in der Bedarfsplanung

- Es besteht fast flächendeckend eine Überversorgung und damit eine deutlich höhere Arztdichte als nach den Maßstäben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt wird.
- Aufgrund der Überversorgung sind die meisten Planungsbereiche für weitere Niederlassungen gesperrt. Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem in ländlichen Regionen und in der hausärztlichen Versorgung. Hier gibt es vereinzelt auch unterversorgte Regionen, in denen die Arztdichte zu gering ist.

Hausärztliche Versorgung

- Hausärzte werden auf der Ebene von Mittelbereichen geplant. In der Bedarfsplanung 2016 wurde vermehrt von den regionalen Abweichungsmöglichkeiten nach § 2 der Bedarfsplanung-Richtlinie Gebrauch gemacht. Insgesamt wurden 960 Mittelbereiche verwendet.
- Im gesamten Bundesgebiet ist sind weniger als ein Prozent der Planungsbereiche (6) unterversorgt. Rund 62 Prozent der Planungsbereiche weisen einen Versorgungsgrad zwischen 75 und 110 Prozent auf und sind somit normal versorgt. Rund 37 Prozent der Planungsbereiche liegen mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent im Bereich der Überversorgung.

- Es fehlen etwa 30 Ärzte, um in den heute unterversorgten Regionen die angestrebte Versorgungsdichte von 100 Prozent zu erreichen.
- Um in allen Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 100 Prozent den Zielwert der Bedarfsplanung zu realisieren, werden bundesweit 852 Hausärzte benötigt. Gleichzeitig sind in den überversorgten Regionen jedoch 1498 Hausärzte zu viel zugelassen.



Allgemeine fachärztliche Versorgung

- Die Fachärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene werden auf der regionalen Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten geplant. Grundlage der Planung waren im Jahr 2013 insgesamt 385 Kreise, Landkreise und kreisfreie Städte. Für die Planung der Psychotherapeuten wurden 391 Planungsbereiche verwendet.
- Für Chirurgen, Kinderärzte, Orthopäden, Nervenärzte und Urologen besteht bundesweit keinerlei Unterversorgung. Stattdessen sind für diese Arztgruppen etwa 95 Prozent aller Planungsbereiche überversorgt.
- Für Gynäkologen und HNO-Ärzte liegt ebenfalls keine Unterversorgung vor. 92 Prozent der Planungsbereiche bei Gynäkologen und 86 Prozent bei HNO-Ärzten sind überversorgt.
- Bei Augenärzten ist ein Planungsbereich, bei den Hautärzten sind 2 Planungsbereiche in ganz Deutschland unterversorgt. Ca. 84 bis 86 Prozent der Planungsbereiche sind überversorgt.

- Bei den allgemeinen Fachärzten könnten noch etwa 249 Ärzte zugelassen werden, bis auch der letzte Planungsbereich gesperrt würde. Gleichzeitig sind über die Marke von 110 Prozent hinaus 7.803 Ärzte zu viel zugelassen.
- Im Bereich der Psychotherapie ist kein Planungsbereich unterversorgt. 95 Prozent der Planungsbereiche sind überversorgt, lediglich 5 Prozent normalversorgt.
- Auffällig ist eine starke regionale Konzentration von Psychotherapeuten in der Nähe von Ausbildungseinrichtungen und Universitäten. In Tübingen beträgt der Versorgungsgrad z. B. fast 600 Prozent.
- Es gibt seit der Jahrtausendwende einen stetigen Anstieg von niedergelassenen psychologischen Psychotherapeuten; mit der Bedarfsplanung zum 1. Januar 2013 sind u.a. 1.350 neue Niederlassungsmöglichkeiten hinzugekommen. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverband haben sich durch die gesetzliche Änderungen zur Quotenregelung nach § 101 Abs. 4 SGB V bis zu weitere 750 Niederlassungsmöglichkeiten ergeben. Hier gab es bis zum 31.12.2015 einen Versorgungsanteil von 20 Prozent für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sowie 25 Prozent für ärztliche Psychotherapeuten vor, nach Wegfall der Quote wurden diese Niederlassungen größtenteils von psychologischen Psychotherapeuten belegt.
- Die Ausnahmeregelung nach § 101 Abs.4 SGB V sieht vor, dass die Zulassung in zulassungsbeschränkten Planungsbereichen für angestellte Ärzte unter bestimmten Bedingungen möglich sein soll. Der Arzt muss hierfür die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder derselben Facharztbezeichnung ausüben. Eine weitere Bedingung stellt die Verpflichtung zu einer Leistungsbegrenzung, indem der bisherige Praxisumfang nicht wesentlich überschritten wird. Dies gilt sowohl für die Anstellung eines Arztes in kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens nach § 311 Abs. 2 Satz 1 und medizinische Versorgungszentren. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades ist der angestellte Arzt nicht mitzurechnen.
- Insgesamt sucht die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weltweit ihresgleichen. Psychotherapeuten stellen nach Hausärzten und Internisten inzwischen die drittgrößte Leistungserbringergruppe. So wird die ambulante Versorgung z. B. in Berlin durch 2.372 Hausärzte und 2.175 Psychotherapeuten sichergestellt.
- Es gibt nur noch zwei Planungsregionen (Hohenlohekreis, Hildburghausen), die keine Versorgung von 100 Prozent aufweisen. In beiden fehlt lediglich ein Psychotherapeut. Bundesweit sind 7.423 Psychotherapeuten zuviel zugelassen. Allein in Berlin sind 933 Psychotherapeuten über Bedarf zugelassen, mit denen eine weitere Großstadt mit 2,8 Millionen Einwohner bedarfsgerecht versorgt werden könnte.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

- Zur Gruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören Internisten, Anästhesisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen, die aufgrund ihres hohen Spezialisierungsgrades auf der Ebene von Raumordnungsregionen geplant werden. Im Jahr 2016 wurden 106 solcher Planungsregionen für die Radiologen und Internisten, 97 für Kinder- und Jugendpsychiater sowie 93 für die Anästhesisten festgelegt.
- Bei Anästhesisten, Internisten und Radiologen gibt es keine Unterversorgung, stattdessen sind 98 Prozent (Radiologen) bzw. alle (Anästhesisten und Internisten) Planungsbereiche überversorgt.
- Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern, die 2013 neu in die Bedarfsplanung aufgenommen wurden, sind derzeit 3 Planungsbereiche unterversorgt und etwa die Hälfte (49 Prozent) der Planungsbereich überversorgt.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

- Auf der regionalen Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen werden seit 2013 die hochspezialisierten Ärzte der gesonderten fachärztlichen Versorgung geplant.
- Für Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen und Transfusionsmediziner sowie den Ärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin liegt keine Unterversorgung vor. Zwischen 10 und 12 Kassenärztliche Vereinigungen wurden dagegen direkt von Beginn an für weitere Niederlassungen gesperrt, da eine Überversorgung festgestellt wurde.

Möglichkeiten zur Steuerung der Versorgung

- Instrumente zur Sicherstellung für die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die regionalen Verbände der Krankenkassen ergeben sich vor allem aus § 105 SGB V, wie z. B. die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen, der Betrieb von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Zahlung von Zuschüssen zu Investitionskosten, Zuschläge zu Vergütung und Ausbildung, sowie die Vergabe von Stipendien finanziert aus dem Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V.
- In Planungsbereichen, die von Unterversorgung betroffen oder bedroht sind, sowie bei zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf können KVen und Krankenkassenverbände der Region seit 2010 Zuschläge auf den Orientierungspunktwert für besonders förderungswürdige Leistungen oder für besonders zu fördernde Leistungserbringer vereinbaren (vgl. § 87a Abs. 2 SGB V).

- Seit 2013 kann der Zulassungsausschuss auf ein Nachbesetzungsverfahren verzichten, wenn die Nachbesetzung des betreffenden Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (vgl. § 103 Abs. 3a SGB V). In diesem Zusammenhang ist auch der Aufkauf der Arztpraxis durch die Kassenärztliche Vereinigung möglich (vgl. § 105 Abs. 3 SGB V).