

**Maßnahmen zur flexiblen Gestaltung der ambulanten Versorgung in Hamburg**  
*Eine dynamisch-strukturierte Betrachtung der lokalen Versorgungssituation*

**Präambel**

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KV Hamburg) stellt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie den Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Hamburg auf und passt ihn an die jeweilige Entwicklung an (§ 99 Abs. 1 SGB V). Dabei ist es Anspruch und Auftrag der KV Hamburg und der Krankenkassen, die Versorgung aller Patientinnen und Patienten in Hamburg sicher zu stellen und dort, wo Versorgungs- und/oder Verteilungsengpässe erkannt werden, diese abzustellen. Zu diesem Zweck stehen sie im engen Austausch miteinander und mit allen weiteren Beteiligten.

**Ausgangssituation**

Hamburg ist ein medizinisch hochgradig dicht versorgter Raum. In allen Bedarfsplanungsgruppen ist vom Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Überversorgung gemäß § 101 SGB V festgestellt worden. Weiterhin verdeutlichen Studien der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz sowie der KV Hamburg, dass auch bei einer Betrachtung lokaler Räume ganz überwiegend hohe Versorgungsgrade feststellbar sind.

Der von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz in Auftrag gegebene „Morbidityatlas Hamburg“ hat darauf aufbauend eine vertiefte Diskussion der Versorgungssituation in den Regionen Hamburgs angeregt, deren Ergebnis die folgenden Empfehlungen an die Zulassungsgremien darstellen.

Aufgrund der sehr gut ausgebauten Verkehrsinfrastruktur und des öffentlichen Personennahverkehrs sind die Patientinnen und Patienten in Hamburg überwiegend mobil und können die Praxis ihrer Wahl innerhalb von kurzer Zeit erreichen. Von dieser Möglichkeit machen sie – wie eine Analyse der KV Hamburg und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) gezeigt hat – umfangreich Gebrauch.

Diese und weiterführende Analysen der Versorgungssituation in Hamburg haben ergeben, dass es grundsätzlich keine strukturellen Versorgungs- oder Verteilungsdefizite gibt. Aus diesem Grund sind strukturelle Änderungen der regionalen Zulassungsbedingungen (bspw. kleinräumige Bedarfsplanung) derzeit nicht erforderlich und nicht zielführend zumal der Gemeinsamen Selbstverwaltung andere Möglichkeiten der punktuellen Nachsteuerung zur Verfügung stehen und verstärkt genutzt werden sollen. Auch unter diesen Prämissen wird weiterhin eine wohnortnahe Primärversorgung angestrebt.

Zu erarbeiten sind mithin Kriterien zur Lösung punktuell auftretender und lokal konzentrierter, individueller Versorgungsengpässe. Die nachfolgenden Punkte stellen entsprechende Indizien dar; jede Lösung muss den individuellen Gegebenheiten des betrachteten Einzelfalls Rechnung tragen.

**Dynamisch-strukturierte Beurteilung der lokalen Versorgungssituation**

Mit Blick auf die besondere Bedeutung der Haus- und Kinderärzte für die lokale Grund- und Erstversorgung und den daraus abgeleiteten Anspruch an die besondere Wohnortnähe der Versorgung werden zur Prüfung möglicher lokaler Versorgungsengpässe die folgenden Kriterien zugrunde gelegt:

Einzelfallbetrachtung funktioneller Räume und ihrer Verflechtungen untereinander in einem Radius von 3 Kilometern (Hausärzte) bzw. 4 Kilometern (Kinderärzte)<sup>1</sup> um den betreffenden und/oder geplanten Praxisstandort herum<sup>2</sup> anhand der folgenden Kriterien:

1. Stichtagsbezogene Betrachtung des lokalen Verhältnisses von Einwohnern<sup>3</sup> zu Ärzten (Vollzeitäquivalente)<sup>4</sup> im Analysefenster anhand der (bundesweiten wie für Hamburg angepassten) Bedarfsplanungsrichtwerte unter Berücksichtigung der demographischen Strukturen;
2. Betrachtung der durchschnittlichen (Arzt-)Fallzahlen und weiterer Indikatoren des patientenseitigen Versorgungsbedarfs des letztverfügbaren Abrechnungsjahres der vor Ort tätigen Ärzte der entsprechenden Fachgruppe unter Zuhilfenahme der entsprechenden (Bundes-)Durchschnittswerte soweit verfügbar;
3. Darstellung der Tätigkeitsspektren des letztverfügbaren Abrechnungsjahres der vor Ort tätigen Ärzte der betreffenden Fachgruppe;
4. Abfrage der zusätzlichen Aufnahmekapazitäten und Wartezeiten direkt bei den vor Ort tätigen Ärzten der betreffenden Fachgruppe;

Im fachärztlichen Bereich können unter Berücksichtigung des in diesem Versorgungssektor z. T. deutlich größeren Einzugsgebietes und unter Beachtung der Bedingungen des jeweiligen Einzelfalls die gleichen Kriterien analog herangezogen werden. In Anlehnung an die Systematik der Bedarfsplanung sollte im Bedarfsfall bei den Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung – ohne die bereits berücksichtigte Pädiatrie - ein Radius von 12 Kilometern<sup>5</sup> betrachtet werden. In der spezialisierten fachärztlichen wie auch der gesonderten fachärztlichen Versorgung kommt eine Betrachtung von Räumen unterhalb der Stadtgrenzen Hamburgs nicht in Frage.

Perspektivisch wird eine KV-bereichsübergreifende Betrachtung der Versorgungssituation in der spezialisierten bzw. der gesonderten fachärztlichen Versorgung angestrebt.

### **Maßnahmen zur Behebung und Vermeidung unzureichender lokaler Versorgungssituationen**

Bei Feststellung lokaler Versorgungsengpässe können die Krankenkassen und/oder die KV Hamburg in ihrer Eigenschaft als Gemeinsame Selbstverwaltung – sowie ggf. unter

---

<sup>1</sup> Diese Richtwerte wurden unter Berücksichtigung der im Rahmen der genannten Analysen ermittelten, durchschnittlichen Luftlinienentfernungen, die ein Patient in Hamburg in 2011 für den Besuch eines Haus- bzw. Kinderarztes zurückgelegt hat, gebildet.

<sup>2</sup> Die Betrachtung erfolgt dabei unter Berücksichtigung der geographischen Gegebenheiten der jeweiligen lokalen Raumstruktur und schließt in der haus- und kinderärztlichen Versorgung eine Überquerung der Elbe aus.

<sup>3</sup> Die Arzt-Einwohner-Relation wird anhand der jeweils aktuellsten, beim Statistikamt Nord erhältlichen offiziellen Einwohnerzahlen für die rund 900 „Statistischen Gebiete“ Hamburgs mit im Schnitt 1.800 Einwohnern (Min. 0/Max. 7.000 Einwohner) angenähert. Dabei werden alle für die entsprechende Fachgruppe nach Bedarfsplanungsvorgaben relevanten Einwohner der überwiegend innerhalb des genannten Radius um den betrachteten Standort herum liegenden Statistischen Gebiete in Bezug zu den im entsprechenden Gebiet tätigen, zugelassenen oder angestellten (Vollzeit-)Ärzten bzw. Psychotherapeuten gesetzt.

<sup>4</sup> Die für die betrachtete Fachgruppe relevante Gesamtarztzahl in Vollzeitäquivalenten wird gemäß den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie (§ 19ff) ermittelt. Für den Fall, dass ein Arzt bzw. Psychotherapeut in mehreren Praxen (Hauptbetriebsstätten, Nebenbetriebsstätten) an verschiedenen Standorten tätig ist, erfolgt die Anrechnung der Vollzeitäquivalente jeweils gemäß dem Stundenanteil, den dieser gemäß Meldung beim Arztregister der KV Hamburg in der betrachteten Praxis tätig ist. Dabei unberücksichtigt bleiben Job-Sharer ohne eigene Versorgungskapazitäten und Praxisstandorte, die ausschließlich der OP-Mitbenutzung dienen, da sie keinen relevanten, lokalen Versorgungsbeitrag leisten.

<sup>5</sup> Dieser Richtwert orientiert sich an den im Rahmen der genannten Analysen ermittelten maximalen durchschnittlichen Luftlinienentfernungen, die ein Patient in den Regionen Hamburgs in 2011 für den Besuch eines allgemein fachärztlich versorgenden Arztes zurückgelegt hat.

Einbezug aller weiteren, relevanten Akteure wie beispielsweise die Behörden der Stadt Hamburg - gemäß ihren jeweiligen Zuständigkeiten die folgenden Maßnahmen ergreifen:

- Erweiterung der Versorgungskapazitäten der betroffenen, förderungswürdigen Praxen durch finanzielle Zuschüsse;
- Unterstützung bei organisatorischen Erleichterungen in den betroffenen Praxen;
- Personelle Aufstockung in den betroffenen, besonders förderungswürdigen Praxen unterhalb der Zulassungsschwelle;
- Unterstützung bei der Eröffnung einer Zweigpraxis;
- Unterstützung bei einer Praxisverlegung bzw. Ablehnung einer Praxisverlegung aus Gründen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV  
(Voraussetzung: Kriterien gestützte Betrachtung der Versorgungssituation am aktuellen UND am geplanten Praxisstandort gemäß der genannten Systematik);
- Im Einzelfall Verlegung von Arztsitzen mit räumlicher Sitzbindung soweit rechtlich zulässig;  
(Voraussetzung: Kriterien gestützte Betrachtung der Versorgungssituation am aktuellen UND am geplanten Praxisstandort gemäß der genannten Systematik);
- Unterstützung einer (lokalen) Sonderbedarfszulassung;
- Politische Lösung lokaler Versorgungsprobleme, die auf exogene Ursachen außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zurückgehen.

Die aus diesen Empfehlungen resultierenden Maßnahmen werden den Mitgliedern der Landeskonzferenz Versorgung (§ 90 a SGB V) einmal jährlich in Form einer zusammenfassenden Übersicht zur Verfügung gestellt.