

Aktuelle Informationen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Die Bedarfsplanung – Konzept für die Zukunft

Zum Jahresbeginn 2012 trat das Versorgungsstrukturgesetz in Kraft und brachte eine Reihe von Neuerungen. Eine davon: Mehr Spielraum für die Selbstverwaltung bei der Steuerung der Versorgung vor Ort. Damit wurde die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angestoßen und neue Instrumente zur Sicherstel-

lung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Die erforderliche Konkretisierung der allgemeinen Vorgaben hat der Gesetzgeber an den Gemeinsamen Bundesausschuss und die Selbstverwaltung delegiert.

Ende 2012 veröffentlichte der Gemeinsamen Bundesausschuss

dann die neue Bedarfsplanungsrichtlinie. Damit erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Aufgabe, die ambulante ärztliche Versorgung den Herausforderungen der Zukunft anzupassen und die Richtlinie auf der regionalen Ebene in die Praxis umzusetzen.

Die vier wichtigsten Punkte der neuen Bedarfplanung:

1. Neueinteilung der Planungsgruppen

Psychotherapeuten und Ärzte unterschiedlicher fachlicher Ausrichtung werden in Planungsgruppen zusammengefasst. Bisher waren es 14 Gruppen, jetzt sind es 23.

Neu ist auch: Ärzte mit seltener Spezialisierung können sich nicht mehr unbegrenzt überall niederlassen, sondern werden künftig gezielt eingeplant.

2. Neugliederung der Planungsbereiche

Bisher gibt es bundesweit 395 große Planungsbereiche. Diese sollen nun für Hausärzte in 883 kleine aufgeteilt werden und nicht starr und deckungsgleich mit den Grenzen der von Landkreisen oder kreisfreien Städten.

Auch Fachärzte erhalten neue Planungsbereiche. Je spezialisierter, desto größer.

3. Neufestlegung der Verhältniszahlen

Wie viele Niedergelassen versorgen wie viele Einwohner je Planungsbereich?

Hierfür können regional neben dem Alter auch andere soziale Faktoren und die Morbidität berücksichtigt werden... und...

auch die Mitversorgungseffekte durch Städte



Versorgung in der Gesundheitsmetropole Hamburg

In Hamburg, das nach wie vor als ein Planungsbezirk gilt, sehen die Vorgaben der Bundesebene Neuerungen vor, aus denen sich neue Verhältniszahlen ergeben. Mit diesen neuen Verhältniszahlen, der Zahl der Einwohner je Arzt einer bestimmten Arztgruppe, gilt Hamburg statistische gesehen als überversorgt.

Der gefühlte Alltag hinterlässt bei Patienten eher einen anderen Eindruck, wenn es um die Verteilung der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen geht. Patienten wünschen sich den Arzt um die Ecke, eben eine wohnortnahe Versorgung ohne Wartezeiten. Ärztehäuser, Medizinische Versorgungszentren oder Berufsausübungsgemeinschaften siedelten sich hingegen vorzugsweise dort an, wo Menschen einkaufen und arbeiten, eben das Zentrum des Alltags ist. Auch Ärzte der wohnortnahen Grundversorgung, wie Hausärzte, Kinderärzte und Gynäkologen wählen ihren Praxisstandort immer häufiger unter dem Aspekt der Erreichbarkeit für viele Menschen, der Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel oder der Sicherheit, die Praxis wirtschaftlich betreiben zu können.

Gut und nicht so gut versorgte Gebiete

Wird nun alles anders bei der Verteilung und Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in der Hansestadt? Ja und Nein muss man da wohl sagen. Zwar kann der, auf der Grundlage der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie errechnete Bedarfsplan die Versorgungsstruktur in Hamburg abbilden, aber die der Metro-

Die Bedarfsplanungsrichtlinie auf dem Weg in die Praxis

Die Grundlagen für die Berechnungen werden auf der Bundesebene festgelegt.

In der künftigen Systematik der Bedarfsplanung werden prinzipiell drei Steuerungsebenen unterschieden:

Regelungsebene	Instrumente
bundesweit [Richtlinie]	Verhältniszahlen (ggf. differenziert nach Planungsbereichstypen) Altersgewichtete Bevölkerung Arzt einer Planungsgruppe
regional (KVen) [Bedarfsplan]	Korrekturfaktoren z.B. Arzt/Patientenkontakte, Morbidity, soziodemografische Faktoren
lokal (z.B. Kreise) [Sonderbedarf]	Sonderbedarf z.B. qualitativ oder lokal

polregion nur bedingt. Viele tausend Menschen kommen täglich in die Stadt, um hier zu arbeiten oder Urlaub zu machen. Manche auch deshalb, weil der Weg zum Facharzt aus dem Umland in die Hansestadt kürzer ist, als in die Zentren des angrenzenden Bundeslandes. Inzwischen kommt jeder dritte Patient in einer Hamburger Praxis nicht aus der Hansestadt. Mehr als zwei Drittel davon stammen aus Schleswig-Holstein.

Es macht Sinn, auch überregionale Aspekte bei der Nutzung der Möglichkeiten der neuen Bedarfsplanung zu nutzen. Eine echte Herausforderung, die hier auf die Gestalter der ambulanten Versorgung und ihre Mit-

streitern, die Krankenkassen, die Patienten in den Gremien lauert. Und schließlich schaut auch die Politik noch einmal ganz genau hin.

Eine Richtlinie allein sorgt noch nicht für eine schnelle Änderung der Verhältnisse. Schließlich kann man keinen Arzt zwingen seine Praxis zu verlegen. Es erfordert also flexible und gut durchdachte Lösungen, um eine für alle Seiten brauchbare Gestaltung der Versorgungslandschaft zu organisieren. Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie bietet hier eine Reihe von Möglichkeiten und vor allem Chancen für die regionalen Besonderheiten.

Was ändert sich?

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz wurden die Gestaltungsspielräume auf regionaler Ebene deutlich erweitert. Um zu sehen, was für die Planung der Versorgung in Hamburg gut und vor allem sinnvoll ist, wird in der KV zurzeit fleißig recherchiert, geprüft und gerechnet.

Neben den Zahlen ist es zudem wichtig die Veränderungsfaktoren für die Zukunft im Blick zu haben, veränderte Lebensvorstellung, viele Singelhaushalte, der demographische Wandel oder die Auswirkungen des Fortschritts auf die Gesundheit der Menschen.

Der Bedarfsplan

Spätestens am 01.07.2013 sollte die neue Bedarfsplanung umgesetzt werden und ein abgestimmter Bedarfsplan vorliegen. Und das ist neu: Nach dem Beschluss des Landesausschusses unterliegen alle Arztgruppen der Bedarfsplanung

Der Erarbeitung von Vorschlägen zur regionalen Abweichung folgt die Abstimmung des Bedarfsplans mit den Krankenkassen. Können sich beide Partner nicht einigen, entscheidet der Landesausschuss. Auch die Gesundheitsbehörde hat ein Mitspracherecht und kann den Bedarfsplan gegebenenfalls beanstanden.

Diese neuen Regelungen setzt die KV um:

- Feststellung des regionalen Versorgungsgrades
- Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren
- Feststellung von Unterversorgung
- Regionales Abweichen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades

Grundlage für die Ermittlung des regionalen Versorgungsgrades sind die auf der Bundesebene festgelegten Verhältniszahlen je Planungsbereich und Arztgruppe. (s. Kasten - Die Arztgruppen werden auf Basis ihrer Einzugsbereiche den Versorgungsebenen zugeordnet)

Der unterschiedlichen Altersstruktur in den Planungsregionen soll über einen „Demografiefaktor“ Rechnung getragen werden. Damit kann z.B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen im Planungsbereich in die Planung einfließen.

Weitere Regelungen zur Ermittlung der Versorgungsgrade

Der Versorgungsgrad der Frauenärzte wird bezogen auf die

weibliche Bevölkerung ermittelt.

Der Versorgungsgrad der Kinderärzte und der Kinder- und Jugendpsychiater wird auf Basis der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ ermittelt.

Der Versorgungsgrad bei den Psychotherapeuten wird unter Berücksichtigung der bekannten Quoten ermittelt:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten = 20%
- Ärztliche Psychotherapeuten = 25%

Die neue Bedarfsplanung berücksichtigt erstmals auch die persönlich zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigten Krankenhausärzte und gegebenenfalls auch die ermächtigten Institute.



Regionalität – Möglichkeiten für eine bedarfsgerechte Versorgung

Grundsätzlich macht das SGB V keine Vorgaben in welchen Bereichen von den Bundesvorgaben abgewichen werden kann. Aber die Abweichungen müssen schon Hand und Fuß haben und vor allem gute Gründe.

Zu den regionalen Besonderheiten zählen z.B.:

- Regionale Demografie, wie über- oder unterdurchschnittlich viele Kinder oder alte Menschen
- Regionale Morbidität, wie auffällige Krankheitshäufigkeits- oder Inzidenzraten
- Sozioökonomische Faktoren (z.B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)
- Räumliche Faktoren, wie Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirge oder Flüsse, besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten
- Infrastrukturelle Besonderheiten, wie Verkehrsanbindung, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche, Berücksichtigung von Krankenhäusern

Die Abweichungen sind in jedem Einzelfall von der KV zu begründen und im Bedarfsplan auszuweisen. Über Abweichungen entscheidet der Landesausschuss.

Die Arztgruppen werden auf Basis ihrer Einzugsbereiche den Versorgungsebenen zugeordnet

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	KVen
Eine Verhältniszahl	Fünf Verhältniszahlen	Eine Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl
Anzahl 883	Anzahl 372	Anzahl 97	Anzahl 17
<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Augenärzte • Chirurgen • Frauenärzte • HNO-Ärzte • Hautärzte • Nervenärzte • Psychotherapeuten • Orthopäden • Urologen • Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachinternisten • Anästhesisten • Radiologen • Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> • PRM-Mediziner • Nuklearmediziner • Strahlentherap. • Neurochirurgen • Humangenetiker • Laborärzte • Pathologen • Transfusionsmediziner

Bei den Verhältniszahlen werden die bisherigen Soll-Zahlen beibehalten.
Die Steuerung der Arztverteilung erfolgt über die Raumplanung.

Unter- und Überversorgung

Die Feststellung von Über- und Unterversorgung erfolgt nun verbindlich nach den bekannten Kriterien

- Übersteigt die lokale Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v.H. (regionaler Versorgungsgrad > 110%) so ist Überversorgung anzunehmen.
- Unterschreitet die lokale Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl bei Hausärzten um 25 v.H. (regionaler Versorgungsgrad < 75%) und bei Fachärzten um 50 v.H. (regionaler Versorgungsgrad < 50%) so ist Unterversorgung anzunehmen.

Die Feststellung von Unterversorgung erfolgt nur für die hausärztliche, die allgemeine fachärztliche und die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Drohende Unterversorgung kann ggf. früher festgestellt werden

- > Unterversorgung liegt vor, wenn ein Vertragsarztsitz dauerhaft nicht besetzt werden kann.
- > Sie ist anzunehmen, wenn Stand der
 - hausärztlichen Versorgung um 25%
 - allgemeinen fachärztlichen Versorgung um 50%
 - spezialisierten fachärztlichen Versorgung um 50% unter dem Bedarf liegt.

Sonderbedarf

Die zusätzliche Zulassung eines Arztes oder Psychotherapeuten war in Hamburg immer ein zielführendes Instrument zur bedarfsgerechten Versorgungsgestaltung. Mit ihr konnte in Teilen des großstädtischen Planungsbereichs ein nachweislich lokaler Versorgungsbedarf gesteuert werden. Diese als Sonderbedarf bezeichnete Zulassung war an den Standort gebunden und schloss eine Praxisverlegung aus. Eine Sonderbedarfszulassung kann nur in Ausnahmefällen erteilt werden und setzt voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint.

Besteht lediglich ein vorübergehender Bedarf, so ist von der Möglichkeit der Ermächtigung eines Krankenhausarztes oder eines Institutes Gebrauch zu machen

-> Diese Paragraphen werden bis zum 30.4.13 durch den G-BA neu geregelt

Was ist noch zu tun

Nicht alle Neuregelungen der Bedarfsplanungsrichtlinie finden sofort ihren Weg in den Bedarfsplan. Einige sollen erst im Laufe des Jahres 2013 oder später vereinbart werden. Bis dahin bleiben die derzeitigen „alten“ Regelungen in Kraft. Dies betrifft:

- Die Objektivierung des Sonderbedarfs
- Den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf
- Die Verteilung Haus- und Fachärzte

Einige andere Themen hat man in die langfristige Planung gepackt:

- Die Erfassung der Angestellten in ermächtigten Einrichtungen
- Die Weiterentwicklung Demografiefaktor (2017)
- Die Überversorgungsgrenze 110%



Konsequenz für Hamburg

Mit der Neuordnung der Planungsbereiche hofft die Politik, dem Ärztemangel in ländlichen Regionen entgegenzuwirken. Vor allem, die hausärztliche Versorgung steht hier im Fokus. Was verspricht man sich davon? Die Sicherstellung kann zielgenauer erfolgen. Der ungleichen Verteilung von Ärzten könnte vorgebeugt werden und der Zugang zur Versorgung soll sich verbessern. Auch die Mitversorgereffekte der Großstädte möchte man besser abbilden. Regional mögliche Abweichungen von der Richtlinie sollen eine genauere Steuerung der Versorgung ermöglichen.

Der Richtlinie entsprechend wird Hamburg ein einziger Planungsbereich für die haus-

ärztliche wie die fachärztliche Versorgungsebene bleiben. Die Hamburger Gesundheitsbehörde, die künftig mehr Einfluss auf die Bedarfsplanung haben wird, hat schon im Vorfeld zu erkennen gegeben, dass sie zumindest im haus- und kinderärztlichen Bereich eine Unterteilung des Stadtgebiets in verschiedene Planungsbereiche für wünschenswert hält.

Das Problem ist: Jede zusätzliche Unterteilung schafft neue Arztstellen, die zu finanzieren die Kassen nicht verpflichtet sind.

Durch die neuen Verhältniszahlen wird die für Hamburg ausgewiesene Überversorgung ansteigen. Niederlassungen werden künftig nur noch per

Nachrückverfahren möglich sein.

Nach der neuen gesetzlichen Regelung gibt es keinen rechtlich verbrieften Anspruch mehr, dass eine Praxis nach dem Ausscheiden des Inhabers fortgeführt wird. Der Zulassungsausschuss hat zukünftig zu entscheiden, ob die Praxis ausgeschrieben werden darf oder nicht. Stimmt der Zulassungsausschuss einer Ausschreibung nicht zu, hat die KV den abgehenden Arzt in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu entschädigen. Diese Kosten haben alle Hamburger Vertragsärzte aufzubringen und auch auf diesem Weg wird der Versorgung der Hamburger Bürger Geld für ihre ambulante medizinische Versorgung verloren gehen.



Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg vertritt die Interessen der rund 4.100 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Hamburg. Als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist sie eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.