



Spitzenverband

## Zukunft der ambulanten Versorgung - differenzierte, sektorübergreifende Bedarfspla- nung

Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterent-  
wicklung der Bedarfsplanung

### Vorbemerkung

Die Versorgung durch Vertragsärzte ist nicht überall so, wie es wün-  
schenswert wäre. In Agglomerationsräumen und vielen – vor allem städ-  
tischen – Regionen beträgt die Dichte an Ärzten ein Vielfaches dessen,  
was zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung  
vereinbart worden ist.

Die Entwicklung der Arztzahlen in den letzten 20 Jahren zeigt:  
Zwischen 1990 und 2007 hat sich die Anzahl der Vertragsärzte um ca.  
46.000 erhöht (50 %). Aufgrund der Überversorgung sind nun fast alle  
Kreise für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen  
Mangel an Ärzten kann deshalb keine Rede sein.

Die Bedarfsplanung konnte nicht verhindern, dass immer mehr Pla-  
nungskreise in den Status einer Überversorgung gerieten und dass über-  
versorgte Planungskreise weiterhin überversorgt blieben, da die Be-  
darfsplanung kein Instrument für den Abbau von Überversorgung be-  
reithielt.

Dagegen fehlen Ärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in struktur-  
schwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen, oder es  
ist zukünftig dann ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Arztsitze zu  
einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können. Besonders un-  
günstig stellt sich die Lage dar, wenn Schwierigkeiten der Wiederbesetzung  
mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte in einer Re-



Spitzenverband

gion zusammenfallen; das ist in einer Reihe von Kreisen vor allem in den östlichen Bundesländern der Fall. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hier perspektivisch Probleme, ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.

Eine zukunftsorientierte verteilungsgerechte Bedarfsplanung hat die gesetzlich vorgesehenen pretialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen, die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und weitere Anreize zu schaffen, Unterversorgung zu vermeiden und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen. Nur dann kann die vertragsärztliche Versorgung wirkungsvoll und nachhaltig sichergestellt werden.

#### Grundsätze

- Zentrale Probleme bei der flächendeckenden medizinischen Versorgung sind räumliche Fehlverteilungen der Ärzte und die fachärztliche Überversorgung.
- Die veränderten Versorgungsansprüche einer sich wandelnden Gesellschaft (demographische Entwicklung) erfordern neue, flexiblere Versorgungskonzepte.
- Um spezialisierte fachärztliche Leistungen wirtschaftlich und in der gebotenen fachlichen Qualität erbringen zu können, sind sektorübergreifende Versorgungskonzepte nötig.
- Die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen erfordern effiziente Versorgungsstrukturen und vor allem einen Abbau der Überversorgung.



Spitzenverband

## Vorschläge für eine zukünftige Bedarfsplanung

Trennung von ärztlicher Primärversorgung und fachärztlicher Versorgung:

1. Engmaschiges Netz in der ärztlichen Primärversorgung (Haus-, Kinder- und Frauenärzte)
  - Ziel: flächendeckende wohnortnahe Versorgung aller Versicherten durch ein vergleichsweise engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten.
  - Berücksichtigung regionalspezifischer Bedarfsanalysen bei den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse.
  - Kalkulation des Bedarfs in der ärztlichen Primärversorgung über ärztliche Zeitkapazität statt der bisherigen Kopfzählungsplanung. Dadurch weitere Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung und Stärkung sektorübergreifender Versorgungskonzepte ( z. B. Teilzeittätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung und in Krankenhäusern).
  - Orientierung der Bedarfsplanung an Erreichbarkeits- und Entfernungsparemtern der Patienten zu Ärzten und Versorgungseinrichtungen.
  - Ergänzung der Versorgungsstruktur in der ärztlichen Primärversorgung durch nichtärztliche Leistungserbringer sowie durch Nutzung von Telemedizin.



## 2. Größere Flexibilität in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

- Ziel: großräumige Versorgung der Versicherten mit fachärztlichen Leistungen über ein – gegenüber dem Bereich der ärztlichen Primärversorgung – deutlich weiter gespanntes Netz an Versorgungseinrichtungen.
- Grundsätzliche Beibehaltung der bisherigen Bedarfsplanung für allgemeine fachärztliche Leistungen. Ermittlung des Bedarfs an Ärzten über Zeitkapazitäten und Einbeziehung solcher ambulanter Versorgungs- und Behandlungskapazität, die an stationären Einrichtungen vorgehalten wird.
- Planungsbereichsübergreifende Bewertung der Versorgungssituation durch Zulassungs- und Landesausschüsse.
- Herauslösung spezialisierter fachärztlicher Versorgungsbereiche aus der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Möglichkeit zur Erbringung spezialisierter Leistungen wird sektorübergreifend organisiert und an eine gesonderte Ermächtigung geknüpft.

## 3. Sektorübergreifende Bedarfsplanung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung

- Ziel: qualitativ hochwertiges Angebot aller medizinischen Spezialdisziplinen durch eine Bündelung fachärztlicher Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen.
- Spezialisierte fachärztliche Versorgung in oder in enger Kooperation mit stationären Einrichtungen.
- Sektorübergreifende regional-spezifische Bedarfsplanung auf Grundlage der KV-Gebiete.
- Schaffung der notwendigen Flexibilität für wirtschaftliche und unter Versorgungsgesichtspunkten effiziente Versorgungsstrukturen.
- Sicherstellung eines qualitativ hochwertigen Angebotes aller medizinischen Spezialdisziplinen.
- Orientierung der Bedarfsplanung an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsparametern.



#### 4. Anpassung der Verhältniszahlen

- Anpassung der bedarfsplanungsrechtlichen Verhältniszahlen durch einen Demographiefaktor.
- Überprüfung der Grundannahmen der Verhältniszahlen.

### Beseitigung der Allokationsprobleme

#### 1. Abbau von Überversorgung

- Fehlallokationen binden personelle und finanzielle Mittel, die dort fehlen, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Die Überversorgung kostet die GKV etwa 5 Mrd. Euro pro Jahr allein für ärztliches Honorar.
- Insgesamt fehlen etwa 800 Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25.000 Ärzte mehr zugelassen als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden.
- Der Abbau von Überversorgung ist eine Schlüsselaufgabe zur Erreichung einer bedarfsgerechten Verteilung des vertragsärztlichen Angebots.
- Die bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten des § 105 Abs. 3 SGB V (ggf. Aufkauf von Praxen zu Marktpreisen) müssen stärker genutzt und ausgebaut werden.
- § 87 Abs. 2e SGB V (Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize) muss umgesetzt werden.

#### 2. Vermeidung von Unterversorgung

- Förderung ärztlicher Niederlassung durch ein konzertiertes koordiniertes Vorgehen der beteiligten Akteure (Kommunen, Krankenkassen, KVen) auf regionaler Ebene.
- Förderung ärztlicher Tätigkeit in schlecht versorgten Kreisen über Vergütungszuschläge gemäß § 87 Abs. 2e SGB V.
- Einrichtung eines regelmäßigen Shuttle-Service für den Transport von Patienten zu Ärzten oder Gesundheitseinrichtungen in abgelegenen Gegenden.



Spitzenverband

- Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (individuelle Förderung, Verbundweiterbildung).
- Stärkere Einbindung des stationären Bereichs in die Versorgung in unterversorgten Regionen (ggf. sektorübergreifende Bedarfsplanung, s.o.).

### 3. Gesundheitszentren

- Einrichtung von Gesundheitszentren bei Nichtbesetzung benötigter Arztkapazität oder zusätzlichem Versorgungsbedarf.
- Das Management könnte durch eine medizinisch ausgebildete Kraft, z.B. eine Gemeindeschwester, unter ärztlicher Leitung erfolgen.
- Delegierbare Leistungen könnten durch die Gemeindeschwester erbracht werden.
- Unterstützung der Kommunikation zwischen Gemeindeschwester und behandelnden Ärzten durch Telemedizin.
- Angebot regelmäßiger Arztprechstunden in den Gesundheitszentren durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus den umliegenden Gemeinden bzw. Krankenhäusern, um eine kontinuierliche medizinische Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.

### 4. Stärkung der ärztlichen Primärversorgung

- Sicherstellung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur in der ärztlichen Primärversorgung und in der fachärztlichen Versorgung.
- Verbesserung der personellen Voraussetzungen vor allem des hausärztlichen Angebots durch Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Bindung von ausgebildeten Allgemeinärzten an Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf.
- Stärkung und Ausbau der ärztlichen Primärversorgung auch durch Abbau von Überversorgung im fachärztlichen Bereich.
- Planungsbereichs- und fachgruppenübergreifender Ausgleich.