

# Zukunft der ambulanten Versorgung

## differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung



Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes  
zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung  
unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten  
der vertragsärztlichen Versorgung

Berlin, April 2011



## Vorbemerkung

Die Versorgung durch Vertragsärzte ist nicht überall so, wie es wünschenswert wäre. In Agglomerationsräumen und vielen – vor allem städtischen – 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 Planungsbereiche für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen Mangel an Ärzten kann deshalb keine Rede sein und er ist zeitnah auch nicht zu erwarten.

Die aktuelle vertragsärztliche Bedarfsplanung geht auf gesundheitspolitische Reformen vor allem durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zu Beginn der 90er Jahre zurück. Dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wurde die Aufgabe übertragen, über die Konzeptualisierung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen im Raum zu regeln.

Ziel der Bedarfsplanung in der Fassung ab dem 1. Januar 1993 war es, die Anzahl der Vertragsärzte in einem bestimmten Zielkorridor zu halten, der von definierten Grenzen zur Über- bzw. Unterversorgung begrenzt war. Der räumliche Bezug dieser Planung lag in Landkreisen und (kreisfreien) Städten, die bestimmten, vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung entwickelten Regionstypen zugeordnet werden konnten. Für alle zehn Regionstypen wurden über die einbezogenen Arztgruppen Verhältniszahlen abgeleitet, indem die Zahl der Einwohner zur Anzahl der praktizierenden Vertragsärzte jeder Arztgruppe in Beziehung gesetzt wurde.

Mit den Möglichkeiten, die das GSG für die Bedarfsplanung vorsah, konnten Planungskreise bei Überversorgung für einzelne Arztgruppen gesperrt werden. Damit war erstmalig eine wesentlich differenzierte Angebotssteuerung im vertragsärztlichen Bereich möglich.

Die Bedarfsplanung konnte das wesentliche Ziel einer Reduzierung des Arztzuwachses erreichen, aber sie konnte trotz der Möglichkeit zur Sperrung von Planungsbereichen nicht verhindern, dass immer mehr Landkreise und Städte in den Status der Überversorgung gerieten und dass überversorgte Planungsbereiche weiterhin überversorgt blieben, da die Bedarfsplanung kein Instrument zum Abbau von Überversorgung bereithielt; Jahr für Jahr stieg die Anzahl der Ärzte im vertragsärztlichen Bereich immer weiter an.



Parallel zu dieser vor allem fachärztlichen Überversorgung fehlen aktuell Hausärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen, oder es ist zukünftig dann regional ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Arztsitze zu einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können. Für Ärzte, die vor einer Niederlassungsentscheidung stehen, gibt es aufgrund des relativen Überangebots an Praxen genügend Optionen für Praxisübernahmen; die Entscheidung fällt verständlicherweise zugunsten strukturell ohnehin begünstigter Kreise und Städte aus. Denn solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Städten und Kreisen bestehen, haben potentielle Praxisorte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten einen massiven Standortnachteil. Viele Ärzte scheuen eine Niederlassung dort schon deshalb, weil der Privatpatientenanteil niedrig, zusätzliche (Not-)Dienste gegebenenfalls häufig und die Aussichten auf einen späteren Praxisverkauf schlecht sind. Hinzu kommen je nach Region weite, zeitaufwendige Wege bei den Hausbesuchen und eine wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur (Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelles Angebot, Schulen).

Besonders ungünstig stellt sich die Lage aus versorgungspolitischer Perspektive dar, wenn Schwierigkeiten der Wiederbesetzung mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte in einer Region zusammenfallen; das ist in einer Reihe von Landkreisen vor allem in den östlichen Bundesländern der Fall. Die Kassenärztlichen Vereinigungen hatten und haben hier perspektivisch Probleme, ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nach § 105 SGB V zu erfüllen, da die favorisierte Einrichtung und Erhaltung von (Einzel-)Arztpraxen keine adäquate Antwort auf oftmals strukturell bedingte Versorgungsprobleme und insofern auch erfolglos ist. Denn aus den genannten Gründen lassen sich nicht genügend Ärzte in den benachteiligten Gegenden nieder.

Wenn die beschriebenen Standortnachteile aber selbst mit erheblichen finanziellen Anreizen und sonstigen Vergünstigungen für Ärzte nicht ausgeglichen werden können, dann steht in solchen Landkreisen die Einzelarztpraxis zur Disposition. Denn strukturelle Nachteile (der Kreise) wirken mit mehr oder weniger individuellen Niederlassungserwägungen (der Ärzte) sowie objektiven Bestimmungsfaktoren (der demographischen Entwicklung) zusammen und führen ggf. zu unerwünschten Ergebnissen, etwa einer zu geringen Dichte an Versorgungseinrichtungen. Ob eine solche geringe Dichte mit Qualitätseinbußen verbunden ist, muss im Einzelfall geklärt werden, denn ein Zusammenhang von Quantität des Leistungsangebots (Anzahl von Ärzten und Krankenhäusern) und Gesundheitschancen der Versicherten ist keineswegs evident. Mehr Ärzte bedeutet nicht unbedingt ein höheres Maß an Gesundheit und eine geringere Mortalität der Bezugsbevölkerung.



Allerdings haben auch Versicherte in abgelegenen Gegenden ein Anrecht auf einen vergleichbar guten Zugang zur medizinischen Versorgung.

Wenn nun – beispielsweise in ländlichen Kreisen geringer Dichte – ein wirtschaftlicher Betrieb von Einzelarztpraxen nicht in Aussicht gestellt werden kann, weil im Rahmen eines Strukturwandels die Bevölkerungszahl in einem Kreis erheblich zurückgeht, muss nach anderen Lösungen gesucht werden. Wegen des in den letzten Jahren drastisch erhöhten Honorarvolumens sind dabei Lösungen zu finden, die Mehrausgaben für die Krankenkassen vermeiden. Deshalb darf auch im Bereich der spezialärztlichen Versorgung nicht auf Regelungen zur Mengensteuerung verzichtet werden.

Eine zukunftsorientierte verteilungsgerechte Versorgungsplanung hat neue Formen der Organisation ärztlicher Leistungen zu ermöglichen, die gesetzlich vorgesehenen prezialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen und arztergänzende und arztersetzende Versorgungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dabei sind die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und Anreize zu schaffen, Unterversorgung zu vermeiden und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen. Nur dann kann die vertragsärztliche Versorgung wirkungsvoll und nachhaltig sicher gestellt werden.



## Grundsätze

- Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Primärversorgung ist die entscheidende Grundlage zur Gewährleistung optimaler Gesundheitschancen der Bevölkerung.
- Das Angebot an ärztlicher Primärversorgung muss für die Versicherten niedrigschwellig erreichbar sein.
- Zentrale Probleme bei der flächendeckenden medizinischen Versorgung liegen in räumlichen Fehlverteilungen der Ärzte und in der fachärztlichen Überversorgung.
- Die Bereitstellung eines wohnortnahen hausärztlichen Angebots in strukturschwachen Gebieten erfordert neue intelligente Lösungen (u. a. Abkehr von der Fixierung auf Einzelarztpraxen, Einrichtung von Gesundheitszentren ergänzt durch mobile Versorgungseinheiten und Eigeneinrichtungen von KVen und Krankenkassen, stärkere Einbindung der Pflegeberufe in die ambulante Versorgung).
- Der veränderte Versorgungsbedarf einer sich wandelnden Gesellschaft (demographische Entwicklung, Veränderungen der Morbidität) verlangt nach neuen, flexibleren Versorgungs- und ggf. Vertragskonzepten.
- Um spezialärztliche Leistungen wirtschaftlich und in der gebotenen fachlichen Qualität erbringen zu können, sind sektorübergreifende Versorgungskonzepte nötig (Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor, koordinierte Versorgungsplanung).
- Eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Planung setzt einen Abbau limitierender rechtlicher Rahmenbedingungen (Praxisweitergabe, Eigentumsproblematik durch § 103 SGB V, fehlende Möglichkeiten eines Abbaus von Überversorgung) voraus.
- Die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen erfordern effiziente Versorgungsstrukturen und vor allem einen Abbau der Überversorgung.



## Ziele und Lösungsvorschläge des GKV-Spitzenverbandes

Die Konzeptualisierung der Umsetzung dieser Grundsätze folgt der Maxime, dass zunächst der Gestaltungsspielraum bestehender Regelungen auszu-schöpfen ist, ehe neue gesetzliche Vorgaben angemahnt werden. In erster Li-nie ist die Selbstverwaltung gefordert, die bisherige Bedarfsplanung in eine zukunftsorientierte, verteilungsgerechte Versorgungsplanung zu überführen. Dennoch wird es sich nicht vermeiden lassen, dass der Gesetzgeber bestehen-de gesetzliche Rahmenbedingungen in einigen Punkten (insbesondere bei der sektorübergreifenden Planung und für den Abbau von Überversorgung) so modifiziert, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung der Bedarfsplanung trag-fähig umgesetzt werden kann.

Auf eine detaillierte Begründung der einzelnen Vorschläge wird an dieser Stelle zugunsten der Übersichtlichkeit weitgehend verzichtet.

### 1. Versorgungsstruktur

- Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich künftig in drei Versorgungsbereiche: die ärztliche Primärversorgung, die allgemeine fachärztliche Ver-sorgung und die spezialärztliche Versorgung.
- Die ärztliche Primärversorgung umfasst die hausärztliche Versorgung ge-mäß § 73 Abs. 1 SGB V durch die Arztgruppen entsprechend § 73 Abs. 1a SGB V sowie die Gruppe der Frauenärzte.
- Alle anderen Fachärzte nehmen an der allgemeinen fachärztlichen Ver-sorgung teil, sofern sie sich nicht an der spezialärztlichen Versorgung teil-nehmen.
- Die spezialärztliche Versorgung umfasst insbesondere die Leistungsberei-che gemäß §§ 115b und 116b SGB V (ggf. auch gemäß § 117 und § 118 SGB V).
- Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt den Kassen-ärztlichen Vereinigungen; der Kollektivvertrag bildet weiterhin die Basis der ambulanten Versorgung.
- Die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen erfolgt gemäß § 85ff SGB V; im Bereich der ärztlichen Primärversorgung gibt auch in Zukunft eine weitgehende Pauschalierung der Vergütung.



- Die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung regelt sich nach den §§ 95 ff SGB V.
- In Fragen der spezialärztlichen Versorgung werden die Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V und die Zulassungsausschüsse gemäß § 96 SGB V auf Seiten der Leistungserbringer durch Vertreter des stationären Versorgungsbereiches ergänzt. Die Stimmparität der Leistungsanbieter und Kassen bleibt hiervon insgesamt jedoch unberührt. Vertreter der Länder sowie Patientenvertreter können in beratender Funktion hinzugezogen werden. Neue Gremien sind für die Beteiligung der Länder an der Versorgungsplanung nicht erforderlich und nicht sinnvoll.
- Im Bereich der spezialärztlichen Versorgung erhalten die Länder eine erweiterte Aufsichtsfunktion, die sich in erster Linie auf die Einhaltung von Vertragskonditionen sowie auf Aspekte der Qualitätssicherung bezieht.
- Für alle drei Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Bedarfsplanung gemäß § 99 SGB V vorgenommen, d. h., auch in Krankenhäusern oder vergleichbaren Institutionen tätige Ärzte werden in die Bedarfsplanung einbezogen, wenn sie Leistungen für den vertragsärztlichen Bereich erbringen.

## 2. Von der Bedarfsplanung zur Versorgungssteuerung

Die Bedarfsplanung dient der Sicherstellung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten mit ärztlichen Leistungen (§ 92 Abs. 1 SGB V, § 99 SGB V). Hierzu gehört auch, eine sachgerechte Verteilung des Leistungsangebotes im Raum zu gewährleisten. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt in Richtlinien Maßstäbe und Regelungen zur Erreichung dieser Ziele.

Damit legt der G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch fest, welche Dichte an Vertragsärzten der einzelnen Fachrichtungen bezogen auf die Bevölkerung im Raum angemessen und damit bedarfsgerecht ist. Entsprechend der neuen Versorgungsplanung werden im Bereich der spezialärztlichen Versorgung künftig gegebenenfalls auch Leistungsmengen festgelegt.

In derart operationalisierte Konzepte von „Bedarfsgerechtigkeit“ gehen Vorstellungen von individuellen Behandlungsbedarfen und Zumutbarkeit von Behandlungskosten ebenso ein wie auch Vorstellungen zur Angemessenheit von Zugangskosten (Erreichbarkeit, Wartezeit, Zumutbarkeit von Entfernungen etc.). Denn schon aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) ist es erforderlich, eine Balance zwischen dem verfügbaren medizinischen Angebot und den Kosten hierfür zu finden. Dabei soll für alle Versicherten ein möglichst



guter Zugang zu medizinischer Versorgung gewährleistet werden, ohne die Versichertengemeinschaft der GKV finanziell zu überfordern. Vor diesem Hintergrund ist es nicht vertretbar, ein umfassendes Versorgungs- und Behandlungsangebot durch Vertragsärzte jeglicher Spezialisierung in unmittelbarer räumlicher Nähe zu jedem Versicherten vorzuhalten. Im Bereich der ärztlichen Primärversorgung allerdings ist eine flächendeckende, wohnortnahe Leistungserbringung ein wichtiges versorgungspolitisches Steuerungsziel.

Bedarfsplanung ist dabei immer auch ein Instrument zur Mengensteuerung der ärztlichen Leistung im ambulanten Bereich, weil mit der Festlegung der Anzahl der Leistungserbringer einer Angebotsinduzierung der Nachfrage nach ärztlichen Leistungen entgegengewirkt werden kann.

## 2.1. Arztgruppen und Leistungsbereiche

- Die zu planenden Arztgruppen und Leistungsbereiche werden den drei Bereichen ärztliche Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialärztliche Versorgung zugeteilt.
- Zur ärztlichen Primärversorgung gehören die Leistungserbringer gemäß § 73 Abs. 1a SGB V (insbesondere Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben) sowie die Frauenärzte.
- Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung gehören grundsätzlich alle anderen Fachgruppen der Bedarfsplanung.
- Zur spezialärztlichen Versorgung gehören insbesondere die Leistungsbereiche gemäß §§ 115b, 116b SGB V (ggf. auch nach § 117 und § 118 SGB V), die erst nach einer gesonderten Bedarfsprüfung und anschließender Zulassung oder Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss erbracht werden dürfen.
- Die in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung tätigen Internisten und die internistischen Subspezialitäten können getrennt geplant werden, wenn der G-BA hierfür eine fachliche Notwendigkeit feststellt.
- Neurologen und Psychiater werden getrennt geplant. Die Zuordnung der Nervenärzte erfolgt gemäß dem überwiegenden Anteil der in den letzten vier Quartalen vor Inkrafttreten der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie erbrachten Leistungen.





## 2.2. Bezug der Kapazitätsplanung: von der Kopfzählung zur Planung in Zeit und Leistungsmenge

Eine häufig vorgetragene Kritik an der bisherigen Bedarfsplanung richtete sich auf die Kopfzählung der einbezogenen Ärzte und Psychotherapeuten. Tatsächlich geht bei der bisherigen Kopfzählung die (unterschiedliche) Produktivität der Leistungserbringer nicht ein. Vor allem im Schnittbereich der Leistungserbringung sowohl durch Vertragsärzte wie auch durch Krankenhäuser ist es deshalb sinnvoll, die jeweilige zeitliche Beanspruchung oder Leistungsmengen zu planen.

- Im Bereich der ärztlichen Primärversorgung und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird Arztkapazität in Vollzeitäquivalenten geplant; im Bereich der spezialärztlichen Versorgung kann die Planung je nach Sachverhalt und Vertragsform (kollektivvertragliche Regelung oder gegebenenfalls Direktvertrag) in Arztkapazitäten, Zeitkontingenten oder in Leistungsmengen erfolgen.
- Eine Aufrundung der rechnerisch ermittelten Kapazitäten erfolgt auf die nächste volle Arztstunde pro Woche. Ergeben sich rechnerisch benötigte Kapazitäten, die weder einer vollen noch einer hälftigen Zulassung entsprechen, können diese in ihrem darüber hinausgehenden Anteil durch Ermächtigungen, über zeitlich befristete Zulassungen oder z. B. mit angestellten Ärzten besetzt werden.

## 2.3. Räumlicher Bezug der Versorgungsplanung

Die differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung benötigt – wie auch die Bedarfsplanung – einen klaren räumlichen Bezug. Im Unterschied zur bisherigen Planung werden Planungsbereiche leistungsbereichsspezifisch gefasst. Die Definition der Planungsbereiche folgt der Struktur der drei Versorgungsbereiche:

- Für den Bereich der ärztlichen Primärversorgung wird eine Planung auf einer Ebene unterhalb der bisherigen Planungsbereiche, beispielsweise auf Ebene der Gemeindeverbände/Gemeinden/Stadtbezirke, vorgenommen. Die Planung ist dabei so anzulegen, dass sich nicht lediglich rein rechnerisch Unterversorgungssituationen ergeben.
- Für die allgemeine fachärztliche Versorgung bleiben die bisherigen Planungsbereiche (Landkreise bzw. sogenannte „Altkreise“ und kreisfreie Städte) als Bezugsgröße erhalten. Subspezialitäten (z. B. aus dem internistischen Bereich) werden auf großräumiger auf KV-Ebene geplant.



- Die spezialärztliche Versorgung (Leistungen nach § 115b/116b SGB V) wird auf Ebene der KV-Regionen geplant. Dabei werden auch stationäre Versorgungskapazitäten einbezogen. Bei extremer Spezialisierung kann eine Planung auf Bundesebene erforderlich sein.

#### 2.4. Verhältniszahlen

Die Verhältniszahlen werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss auch künftig immer dann neu bestimmt, wenn dieses wegen der fachlichen Ordnung einer Arztgruppe erforderlich ist oder weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1.000 übersteigt oder weil es zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung notwendig ist. Stichtagsregelungen sind entbehrlich.

- Für die ärztliche Primärversorgung wird eine bundeseinheitliche Verhältniszahl gebildet, die für alle Gemeindeverbände/Gemeinden/Stadtbezirke eine gleich hohe Arztdichte je Einwohner vorsieht. Je Planungsregion (Gemeinde o. a.) erfolgt anschließend eine Anpassung der Verhältniszahl an regionalspezifische Parameter wie Siedlungsdichte und demografische Spezifika.
- Für die allgemeine fachärztliche Versorgung werden wie bisher Verhältniszahlen gemäß der gültigen Regionaltypisierung herangezogen.
- Die Anzahl der Leistungserbringer in der Arztgruppe der in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung tätigen Internisten wird um die Leistungserbringer bereinigt, die überwiegend oder ausschließlich Leistungen in der spezialärztlichen Versorgung erbringen.
- Die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten werden unter Berücksichtigung der Regelungen in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V wie bisher bestimmt.
- Die im stationären Bereich vorhandenen Kapazitäten zur vertragsärztlichen Behandlung werden anhand der in dem jeweiligen spezialärztlichen Versorgungsbereich im Zeitraum der letzten vier Quartale vor Inkrafttreten der neuen Versorgungsplanung erbrachten Leistungsmengen berücksichtigt. Aus der Aggregation der betreffenden Leistungsmengen werden KV-spezifische Verhältniszahlen ermittelt, die durch regionalspezifische Parameter, wie Siedlungsdichte und demografischer Bevölkerungssituation angepasst werden können. Die Leistungsmengen können dabei in Vollzeitkapazitäten umgerechnet werden.
- Sofern Gemeinde-Gesundheitszentren gegründet werden, können dort ggf. tätige nicht ärztliche Leistungserbringer (z. B. Gemeindeschwestern) auf die benötigten hausärztlichen Kapazitäten angerechnet werden, wenn sie an der Leitung der Einrichtung beteiligt sind und delegierbare arztvertretende Leistungen selbstständig erbringen.



## 2.5. Unterversorgung

Die Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung in einem definierten Gebiet ermöglicht es, besondere Maßnahmen zur Förderung vertragsärztlicher Tätigkeit mit dem Ziel der Sicherstellung zu ergreifen.

### 2.5.1. Feststellung von Unterversorgung

- Die bisherigen Regelungen für den Fall der Unterversorgung (§ 100 SGB V) werden im Wesentlichen beibehalten. Eine Unterversorgung besteht im primärärztlichen Bereich, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 25 v. H. unterschritten wird. Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen und der spezialärztlichen Versorgung ist eine Unterversorgung zu vermuten, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 v. H. unterschritten wird.
- Im Bereich der allgemeinen fachärztlichen und der spezialärztlichen Versorgung ist vor der Feststellung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung neben dem allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad auch zu überprüfen, ob die benötigten Versorgungskapazitäten in angrenzenden Planungsbereichen zur Verfügung stehen und eine eventuell bestehende Unterversorgung durch die Einbeziehung dieser Kapazitäten vermieden werden kann.

### 2.5.2. Maßnahmen gegen Unterversorgung

Erfahrungen der jüngsten Vergangenheit haben gezeigt, dass der Unterversorgung nicht allein mit finanziellen oder sonstigen materiellen Anreizen erfolgreich begegnet werden kann. Dennoch bilden solche Anreize ein wichtiges Instrument, das gegebenenfalls durch eine weitere Flexibilisierung des Vertragsarztrechts und der Leistungserbringung ergänzt werden kann.

#### 2.5.2.1 Fördermaßnahmen

- Bei bestehender oder drohender Unterversorgung sollten daher auch weiterhin Fördermaßnahmen entsprechend § 105 SGB V oder § 87 2e SGB V angeboten werden.
- Daneben sind weiterhin Maßnahmen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorzusehen; ein Ausbau des bestehenden Instrumentariums würde die Steuerungsententionen verbessern.
- Insbesondere ist die Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin durch eine Implementierung von Verbundweiterbildung zu verbessern.
- Eine Ausweitung der Zahl an Medizinstudienplätzen ist nicht indiziert, jedoch sollte der Anteil der Studierenden erhöht werden, die nach Beendi-



gung ihres Studiums eine Tätigkeit in der hausärztlichen Versorgung anstreben. Hierzu sollte insbesondere die Zahl der Lehrstühle in der Allgemeinmedizin erhöht werden.

#### 2.5.2.2 Gesundheitszentren

- Ergeben sich in einer Planungsregion rechnerisch benötigte Kapazitäten von weniger als einer ärztlichen Vollzeitkapazität, die nicht durch vorhandene Überkapazitäten in angrenzenden Planungsregionen ausgeglichen werden können oder können ausgeschriebene Vertragsarztsitze oder Ermächtigungen dauerhaft nicht besetzt werden (bestehende oder drohende Unterversorgung), hat der Zulassungsausschuss die Gründung sogenannter „Gesundheitszentren“ zu genehmigen.
- Die Trägerschaft von Gesundheitszentren kann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser sowie MVZ unter Beteiligung von Krankenkassen und Gemeinden liegen.
- Gesundheitszentren sind Einrichtungen, die von einem Arzt oder von medizinisch besonders ausgebildetem Pflegepersonal, wie z. B. einer Gemeindeschwester, geführt werden und in denen Ärzte im Rahmen einer Ermächtigung tageweise Sprechstunden abhalten.
- Delegierbare Leistungen können ggf. durch die Gemeindeschwester erbracht werden.
- Darüber hinaus kann die Gemeindeschwester den Kontakt zu den behandelnden Ärzten zwischen den Sprechstunden durch die Anwendung telemedizinischer Anwendungen gewährleisten. Insbesondere für chronisch kranke Patienten kann so ein permanentes Monitoring medizinischer Indikatoren sicher gestellt werden.

#### 2.5.2.3 Eigeneinrichtungen

- Wie bisher haben die KVen die Möglichkeit, ihren Sicherstellungsauftrag durch den Betrieb von Eigeneinrichtungen sicher zu stellen (vgl. § 105 Abs. 1 SGB V).
- Sofern die KVen nicht in der Lage sind, ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen, sind auch die Krankenkassen berechtigt, Eigeneinrichtungen zu betreiben (vg. § 140 SGB V, § 72a SGB V).



## 2.6 Überversorgung

Die Feststellung von Überversorgung in einem definierten Gebiet ermöglicht es, räumlich begrenzte Zulassungsbeschränkungen entsprechend § 103 SGB V auszusprechen mit dem Ziel, eine allgemeine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Hierzu wird eine Ausweitung vertragsärztlicher Tätigkeit in einem Gebiet durch Zuzug weiterer Ärzte eines bestimmten Fachgebiets untersagt.

### 2.6.1. Feststellung von Überversorgung

Die bisherigen Regelungen für den Fall der Überversorgung (§ 101 SGB V) werden im Wesentlichen beibehalten. Eine Überversorgung ist zu vermuten, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 v. H. überschritten wird.

### 2.6.2. Maßnahmen zur Beseitigung von Überversorgung

- Eine Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Planungsbereichen erfolgt künftig nur, wenn dies nach einer regionalspezifischen Versorgungsanalyse unter Versorgungsgesichtspunkten geboten erscheint. Statt der vollen Zulassung kann die Nachbesetzung auch durch eine Ermächtigung, eine zeitlich befristete Zulassung oder eine Teilzulassung erfolgen. Zudem kann der Zulassungsausschuss entscheiden, die Nachbesetzung durch einen Arzt einer anderen Arztgruppe vorzunehmen.
- Ist eine Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen unter Versorgungsgesichtspunkten nicht geboten, kann die Kassenärztliche Vereinigung das Ausscheiden des Arztes aus der Versorgung gemäß § 105 Abs. 3 SGB V finanziell fördern.

## 3. Zulassung

### 3.1. Zulassung/Ermächtigung

Um die bestehende Bedarfsplanung zu einer wirkungsvollen Versorgungssteuerung weiterentwickeln zu können, ist es notwendig, verschiedene rechtliche Vorschriften anzupassen. Hierzu gehört auch die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), die – abgesehen von den Ermächtigungen – keine weiteren Regelungen für befristete Zulassungen enthält. Ermächtigungen und befristete Zulassungen könnten aber ganz wesentliche Elemente einer weiteren Flexibilisierung der vertragsärztlichen Leistungserbringung und der Versorgungssteuerung bilden.



- In der ärztlichen Primärversorgung und im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird eine Zulassung nach bisherigem Muster erteilt. In der ärztlichen Primärversorgung wird die Bezugsregion jedoch regional-spezifischer.
- Leistungserbringer, die im Bereich der spezialärztlichen Versorgung tätig sein möchten, können beim Zulassungsausschuss eine Zulassung oder eine Ermächtigung beantragen. Das gilt für Ärzte, die die allgemeinen Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 95 Abs. 2 SGB V erfüllen, für zugelassene Vertragsärzte und andere zugelassene Leistungserbringer wie z. B. Krankenhäuser und MVZ gleichermaßen.
- Landes- und Zulassungsausschüsse werden auf Seiten der Leistungserbringer durch Vertreter des stationären Versorgungsbereiches ergänzt, sofern Fragen der spezialärztlichen Versorgung betroffen sind.
- Eine Zulassung bzw. Ermächtigung kann auf konkrete Leistungsbereiche, Leistungsinhalte oder ein bestimmtes Leistungsvolumen begrenzt und gegebenenfalls zeitlich befristet werden.
- Die begrenzte oder zeitlich befristete Zulassung oder Ermächtigung kann auch bedarfsbezogene Mengenbegrenzungen enthalten.
- Zulassungen können für einen vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag beantragt werden. Daneben können für alle Versorgungsbereiche auch weiter begrenzte Zulassungen oder zeitlich befristete Ermächtigungen beantragt werden. So kann z. B. der Wunsch nach einer ärztlichen Teilzeittätigkeit leichter realisiert werden.
- Um Ärzte anzustellen, muss für diese ebenfalls eine volle oder hälftige Zulassung bzw. eine begrenzte Zulassung oder Ermächtigung beantragt werden.
- Bei der Vergabe der begrenzten Zulassungen bzw. Ermächtigungen im Bereich der spezialärztlichen Versorgung ist durch den Zulassungsausschuss durch Anwendung objektiver Auswahlkriterien sicher zu stellen, dass alle Bewerber die gleiche Chance auf die Erteilung einer begrenzten Zulassung bzw. Ermächtigung erhalten. Die Auswahl der Bewerber hat vorrangig aufgrund von Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen zu erfolgen.
- Alle Versorgungsbereiche (ärztliche Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialärztliche Versorgung) stehen für Selektiv-/Direktverträge von einzelnen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen grundsätzlich und für alle Leistungsbereiche offen. Insbesondere für die spezialärztliche Versorgung wird, unter Wahrung der flächendeckenden Sicherstellung, Vertragspluralität angestrebt.



### 3.2. Nachbesetzung/Zulassungssperren

Nachbesetzungen von Arztsitzen bieten ein erhebliches Steuerungspotenzial im Hinblick auf die Verteilung von Sitzen in der Fläche und auch unter der Perspektive der Mengensteuerung des Angebots an medizinischen Leistungen im vertragsärztlichen Bereich, um möglichst eine optimale Verteilung der Sitze und damit einen verteilungsgerechten Zugang aller Versicherten zu medizinischen Leistungen zu erreichen.

- Die Landes- und Zulassungsausschüsse haben bei der Neuzulassung von Vertragsärzten und bei Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nach § 103 Abs. 4 SGB V regionalspezifische Versorgungsanalysen zu berücksichtigen, die die Verteilung der Leistungsanbieter und der Bevölkerung innerhalb der jeweiligen Planungsregionen abbilden.
- Eine Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Regionen hat durch den Zulassungsausschuss nur dann zu erfolgen, wenn dies nach einer regionalspezifischen Versorgungsanalyse unter Versorgungsgesichtspunkten geboten erscheint.
- Der Zulassungsausschuss kann hierbei auch entscheiden, dass die Nachbesetzung durch einen Leistungsanbieter einer anderen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe erfolgt, wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten geboten erscheint.
- Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 SGB V kann auch erfolgen, indem dem nachfolgenden Arzt eine begrenzte Zulassung bzw. eine zeitlich befristete Ermächtigung angeboten wird.
- Ergibt die Prüfung der Versorgungssituation, dass eine Nachbesetzung nicht in dem bisherigen Umfang notwendig ist, kann statt der vollen auch eine Teilzulassung, eine begrenzte Zulassung oder eine zeitlich befristete Ermächtigung ausgesprochen werden.
- Ist eine Nachbesetzung in überversorgten Regionen unter Versorgungsgesichtspunkten nicht geboten, kann die Kassenärztliche Vereinigung das Ausscheiden des Arztes aus der Versorgung entsprechend § 105 Abs. 3 SGB V finanziell fördern.

### 3.3. Steuerung innerhalb von Planungsbereichen

- Um auch innerhalb einer Planungsregion eine bedarfsgerechte Versorgung sicher zu stellen, sind Bewerber zu bevorzugen, die bereit sind, dauerhaft an einem konkreten, durch den Zulassungsausschuss definierten Ort innerhalb eines Planungsbereiches tätig zu werden.



- Umzüge von Arztpraxen oder ein Wechsel des Ortes der Leistungserbringung innerhalb einer Planungsregion sind beim Zulassungsausschuss zu beantragen. Die Anträge müssen vom Zulassungsausschuss unter Berücksichtigung regionalspezifischer Versorgungsanalysen überprüft werden und sind abzulehnen, wenn der beantragte Umzug nachteilige Auswirkungen auf den bisherigen Ort der Leistungserbringung haben würde. Ein Umzug ist grundsätzlich nicht möglich, wenn die Zulassung für einen definierten Ort innerhalb eines Planungsbereiches erteilt wurde und die Gründe, die den Zulassungsausschuss zu dieser Einschränkung bewegt haben, fortbestehen. Diese Regelung schließt auch solche Arztstühle ein, die in ein MVZ eingebracht werden sollen, dessen Ort nicht mit Praxisort des Arztes identisch ist, der seinen Sitz übertragen will.

#### 3.4 Definition des jeweiligen Leistungsbereiches

- Die vertragsärztliche Zulassung bezieht sich grundsätzlich auf das Leistungsgebiet einer bestimmten Arztgruppe, die in der Bedarfsplanung einbezogen ist. Leistungen im Bereich anderer Arztgruppen oder Leistungen der spezialärztlichen Versorgung dürfen nur mit gesonderter Genehmigung des Zulassungsausschusses (begrenzte Zulassung/Ermächtigung) oder im Rahmen von Direktverträgen erbracht werden.
- Ärzte mit mehreren Facharztweiterbildungen müssen sich für eine Arztgruppe entscheiden oder können für zwei Arztgruppen jeweils eine hälftige Zulassung beantragen. Sie haben außerdem die Möglichkeit, eine Teilzulassung für eine Arztgruppe zu beantragen und gleichzeitig als angestellter Arzt tätig zu sein oder zusätzlich eine begrenzte Zulassung bzw. Ermächtigung für einen oder mehrere Leistungsbereiche der spezialärztlichen Versorgung zu beantragen.

#### 3.5 Besondere Zulassungstatbestände

Die bisherigen Möglichkeiten zur Zulassung über die Regelungen der Sonderbedarfszulassung bzw. des lokalen Versorgungsbedarfs waren nach dem bisherigen Zulassungsrecht sachgerecht, um Defizite der bestehenden bedarfsplanungsrechtlichen Steuerung auszugleichen. Durch die auf die unterschiedlichen Versorgungsebenen angepasste Versorgungsplanung und die flexibleren Steuerungsmöglichkeiten der Zulassungsausschüsse, wird es künftig jedoch nur noch ausnahmsweise notwendig sein, diese besonderen Zulassungstatbestände zu nutzen.

