

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG

Vom 20. Dezember 2012, geändert am 18. Februar 2013 und am 18. Juni 2013

Inhalt

1	Rechtsgrundlage	3
2	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Allgemeines	3
2.2	Grundlagen der Bedarfsplanung.....	5
2.3	Hausärztliche Versorgung.....	10
2.4	Fachärztliche Versorgung	11
2.5	Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung.....	14
2.6	Überversorgung	16
2.7	Unterversorgung	19
2.8	Sonderbedarf – Abschnitt 8	21
2.9	Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen	21
2.10	Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten	21
2.11	Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur	21
2.12	Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse	21
2.13	Beschäftigung von angestellten Ärzten.....	22

2.14	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen.....	22
2.15	Anlagen.....	30
2.16	Würdigung der Stellungnahmen	34
2.17	Bürokratiekostenermittlung	35
3	Verfahrensablauf.....	35
4	Fazit.....	36

1 Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983, Nr. 70), in Kraft getreten am 01. Januar 2012, hat wesentliche Änderungen dieser Rechtsgrundlage gebracht. Mit den neuen gesetzlichen Vorgaben soll eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende, flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder eingeführt werden.

Dem G-BA sind neue Aufgabenbereiche übertragen worden. Gleichzeitig wurden die bestehenden Befugnisse flexibilisiert. Insbesondere folgende Änderungen waren umzusetzen:

- Die Berücksichtigung weiterer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte ist neu aufgenommen worden. Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a, 2b und Satz 7 SGB V sind einerseits die aufgrund von Ermächtigungen tätigen Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte einzubeziehen und andererseits die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V in Abzug zu bringen.
- Die Flexibilisierung bei der Festlegung der Planungsbereiche nach § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V befugt den G-BA, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung an neue räumliche Strukturen anzuknüpfen. Dabei können die Planungsbereiche auch nach Arztgruppen getrennt normiert werden.
- Mehr Freiheit hat der G-BA ebenso hinsichtlich der Regelung der Verhältniszahlen. Der Stichtagsbezug wurde zugunsten der in § 101 Abs. 2 SGB V genannten sachgerechten Kriterien aufgegeben.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) die Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung durch das GKV-VStG umgesetzt. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte der BPL-RL näher begründet.

2.1 Allgemeines

Zur Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten (unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Gründen) erfolgt mit dem Instrument der Bedarfsplanung eine Steuerung des ärztlichen Angebots im Raum.

Die Bedarfsplanung legt hierbei bundeseinheitlich einen verbindlichen Rahmen zur Bestimmung der Arztzahlen fest, die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Gleichzeitig ermöglicht die Bedarfsplanung eine Bewertung der bestehenden Versorgungssituation. Sie macht kenntlich, wo ein über- bzw. unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt.

Während bei Vorliegen eines überdurchschnittlichen Versorgungsniveaus (vgl. § 101 Abs. 1 S. 3 SGB V) ein Planungsbereich für weitere ärztliche Zulassungen gesperrt wird, greifen im Falle der drohenden oder schon eingetretenen Unterversorgung weitergehende Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung.

Der Gesetzgeber hat dem G-BA mit dem GKV-VStG Spielräume gegeben, die BPL-RL von einem bestehendem Informationssystem zu einem Steuerungsinstrument weiter zu entwickeln, dass flexibler auf die geänderten Anforderungen an die ambulante Versorgung reagieren kann und z.B. besondere Probleme beim Zugang zur ambulanten Versorgung im ländlichen Raum besser berücksichtigen kann.

Innerhalb spezialisierter Fachgruppen beantragen immer noch mehr Bewerber Zulassungen, als entsprechende Kapazitäten vorhanden sind, während insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und allgemeinen fachärztlichen Versorgung erkennbare Unterschiede in der Versorgungsdichte auftreten. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber dem G-BA den Auftrag erteilt, die Bedarfsplanung insbesondere im Hinblick auf die Flexibilisierung von Verhältniszahlen, Planungsräumen sowie die Definition von Sonderbedarf weiter zu entwickeln. Zur Anpassung des bundesweiten Rahmens der Bedarfsplanung an regionale Besonderheiten sind begründete Abweichungen auf Landesebene möglich.

Um in der Zeit des Übergangs der bisher bestehenden hin in die neue Bedarfsplanung mit Blick auf die Verbesserung der Versorgung sinnvoll steuern zu können, wurden durch den G-BA Übergangsregelungen getroffen (vgl. Allgemeine Tragende Gründe zu den Übergangsregelungen).

Sprachliche Gleichbehandlung - Generalklausel

Die Verwendung der Generalklausel erfüllt die Forderung nach sprachlicher Gleichbehandlung nicht. Sie ist daher für neu zu erstellende Normtexte grundsätzlich nicht zulässig, es sei denn, dass die Verständlichkeit, Klarheit und Lesbarkeit des Textes maßgeblich beeinträchtigt ist. Dies ist nicht bereits der Fall bei zahlreichen Änderungen oder Einfügungen der vollen Paarformen; es kann jedoch der Fall sein bei einer Häufung von Kongruenzanpassungen, die zum Erhalt der grammatikalischen Richtigkeit des Textes erforderlich sind. Die Grenze für die Anwendung der Generalklausel ist fließend, sie ist nach Auffassung des G-BA für die BPL-RL erreicht, da sich die maßgeblichen Sätze nicht mehr nachvollziehbar laut lesen lassen bzw. rechtliche Uneindeutigkeiten durch verschiedene Bezugsworte auftreten würden.

2.2 Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Regelungsbereich

Die sich aus dem SGB V ergebende Rechtsgrundlage der Richtlinie erstreckt sich auf die Definition und Zuordnung derjenigen Arztgruppen, die im Rahmen der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden. Der Terminus Arztgruppe umfasst dabei auch die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Den Arztgruppen werden Planungsräume zugeordnet, in denen – gemessen am bundesweiten Durchschnitt – für den jeweiligen Planungstyp, Über- und Unterversorgung festgestellt werden kann. Die Grundlagen der Feststellung von Unter- und Überversorgung gehören ebenso dazu wie die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung von Möglichkeiten der gemeinsamen Berufsausübung und der Anstellung bei Vertragsärzten in Medizinischen Versorgungszentren. Zur Ausgestaltung der Sonderbedarfszulassung sowie Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wird der G-BA aus Zeitgründen im Jahre 2013 entsprechende Regelungen beschließen. Zur Ermöglichung eines reibungslosen Übergangs von alter zu neuer Richtlinie sind entsprechende Übergangsregelungen Bestandteil der Richtlinie.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Aufstellung der Bedarfspläne von der Richtlinie des G-BA abgewichen werden (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V). So können beispielsweise abweichende Abgrenzungen der Planungsbereiche oder abweichende Verhältniszahlen festgelegt werden.

Während also die Richtlinie des G-BA zur Bedarfsplanung einen bundesweit vergleichbaren einheitlichen Rahmen der Bedarfsplanung darstellt, können aus vielfältigen Gründen Abweichungen von diesem einheitlichen Rahmen erforderlich werden. Hierzu gehören insbesondere die regionale Demografie bzw. Morbidität, räumliche Faktoren oder auch besondere Versorgungslagen. Gut gesichert ist auch der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Morbidität einer Bevölkerung. Im Rahmen der Erstellung der BPL-RL haben die Patientenvertreter ein Gutachten beim IGES-Institut in Berlin in Auftrag gegeben, das einen möglichen Ansatz der Berücksichtigung der regionalen sozioökonomischen Faktoren und Morbidität zum Inhalt hatte. Bedarfsbestimmende Faktoren können dabei das Einkommen oder morbiditätsbezogene Kenngrößen der Wohnbevölkerung eines Planungsbereiches sein. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Indizes, die potenziell auf regionaler Ebene Anwendung finden können. Hierzu gehört beispielsweise der Bayerische Index Multipler Deprivation, der konsistent auf den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage hinweist. Aufgrund der Vielfältigkeit dieser Ansätze wurde eine Berücksichtigung eines einheitlichen Ansatzes in der BPL-RL nicht als möglich angesehen, so dass die Einbeziehung sozioökonomischer Faktoren eine der Abweichungsmöglichkeiten auf Landesebene darstellt.

Es besteht keine Ermächtigung des G-BA für eine verbindliche Regelung der Voraussetzungen für das Vorliegen regionaler Besonderheiten (BT-Drucks. 17/6906, S. 73).

Die Vorschrift enthält daher nur eine nicht abschließende Aufzählung möglicher Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne als Richtschnur dienen können, wenn und soweit es um die Frage geht, ob regionale Besonderheiten vorliegen, bevor sich die weitere Frage anschließt, ob diese für eine bedarfsgerechte Versorgung ein Abweichen von dieser Richtlinie erforderlich machen.

Die BPL-RL dient der Sicherstellung gleichwertiger Versorgungszugänge im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland. Abweichungen von der BPL-RL sind zu begründen und explizit im Bedarfsplan auszuweisen. Eine reine Bezugnahme auf § 2 der Richtlinie genügt nicht. Vielmehr sind die Abweichungsentscheidungen im Einzelfall zu begründen. Nicht zuletzt aus Gründen der Rechtssicherheit sind die Abweichungen nach § 12 Abs. 3 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wäre eine gesetzliche Grundlage wünschenswert, die eine stärkere Steuerungsmöglichkeit der Arztverteilung innerhalb der Planungsbereiche gewährleisten würde.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

Als bundesweiter Rahmen gilt die Richtlinie bundeseinheitlich. Sofern gemäß § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV von KVen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind die abweichenden Regelungen bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

§ 4 Bedarfsplan

Der Bedarfsplan stellt das der Öffentlichkeit zugängliche, umfassende Dokument der Bedarfsplanung einer KV dar und ist eine der wesentlichen Entscheidungsunterlagen für Beschlussfassungen des Landesausschusses zur Feststellung von Unter- und Überversorgung. Der Bedarfsplan gliedert sich in drei Teile. Während der erste Teil Grundsätze zur Versorgungssituation im Zuständigkeitsbereich einer KV umfasst und sich eng an den Vorgaben des § 12 Abs. 3 Ärzte-ZV orientiert, ist der zweite Teil auf die Abweichungen und Besonderheiten der Anpassung der Richtlinie auf Landesebene ausgerichtet. Hierzu gehören beispielsweise Anpassungen der Planungsbereiche, der Verhältniszahlen oder aber auch die Ausweisung zusätzlich oder getrennt beplanter Fachgruppen. Ergänzende Angaben zur Versorgungssituation wie beispielsweise der Barrierefreiheit können hier dargestellt werden. Der dritte Teil des Bedarfsplans umfasst die Berichterstattung über den Versorgungsgrad der jeweiligen Planungsbereiche, gegliedert nach Arztgruppen unter Mitteilung der Beschlussfassung des Landesausschusses zur Sperrung von Planungsbereichen sowie zur Ausweisung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung. Grundlage hierfür ist der jeweils aktuelle Stand der Bevölkerungs- und Arztzahlen. Alle drei Teile unterliegen unterschiedlichen Aktualisierungszyklen. Grundsätzlich ist immer dann neu zu veröffentlichen, wenn Änderungen eingetreten sind. Unabhängig von dem Erfordernis der Aktualisierung bei

Änderungen sollen der Teil eins und zwei des Bedarfsplans in Abständen von drei bis fünf Jahren überarbeitet werden. Auch wenn keine Änderungen vorliegen, ist der Stand der Versorgung für die Planungsbereiche und Arztgruppen einer KV in der Regel halbjährlich zu veröffentlichen (3. Teil des Bedarfsplans). Die Daten des Bedarfsplans sind den Vertragspartnern sowie dem Landesausschuss neben der Druckform als Spreadsheet gängiger Tabellenkalkulationsprogramme zur Verfügung zu stellen. Bei der Erstellung des Bedarfsplans und Umsetzung entsprechender Maßnahmen haben die KVen andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuzuziehen. Auch sind andere soziale Versicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften zu unterrichten, sie können bei der Bedarfsplanung hinzugezogen werden (insb. § 13 Abs. 1 Ärzte-ZV). Die Unterrichtung der Gremien nach § 90a SGB V bleibt unberührt.

Als öffentlich-rechtliche Körperschaften sind KVen und Krankenkassen unmittelbar an das Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gebunden. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages haben sie den Auftrag zu prüfen, inwiefern beim Zugang zu ärztlichen Leistungen und Einrichtungen behinderungsbedingte Benachteiligungen vorliegen und ob diese durch fördernde Maßnahmen kompensiert werden können. Der G-BA ist gemäß § 92 Abs. 1 SGB V verpflichtet, im Rahmen seiner Richtlinie den besonderen Erfordernissen der Versorgung von Menschen mit Behinderung oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Anhaltspunkte hierfür können gewonnen werden aus den Bestimmungen der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) gemäß Art. 9 Abs. 1 Satz 2 lit. a BRK, Art. 25 BRK, in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen gemäß Art. 3 BRK sowie § 4 Bundesbehindertengleichstellungsgesetz. Die KVen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen haben bei der Umsetzung dieser Vorgabe im Bedarfsplan im Hinblick auf den anzustrebenden Umfang der barrierefreien Vertragsarztpraxen sowie im Hinblick auf die geeigneten Maßnahmen zu Erreichung der Zielsetzung einen entsprechenden Spielraum. Daher ist zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen – gerade auch mit Blick auf Neuzulassungen – die Barrierefreiheit besonders zu beachten.

§ 5 Versorgungsebenen

Nicht zuletzt bedingt durch den technischen Fortschritt und die Ausdifferenzierung der Versorgung in weitere Fachgruppen sowie durch die Verlagerung von bislang ausschließlich stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Sektor, bedarf es neben der Definition der einzubeziehenden Arztgruppen der Gliederung derselben in Versorgungsebenen. Unterschieden werden dabei grundsätzlich die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die fachärztliche Versorgung wiederum umfasst drei Gliederungsebenen. Die bislang beplanten fachärztlichen Arztgruppen werden gegliedert in eine allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung. Neu hinzukommen diejenigen Arztgruppen, die bislang keiner Bedarfsplanung unterlagen und aufgrund ihres Wachstums und ihrer Ressourcenbedeutung einer Bedarfsplanung zugeführt werden. Diese Arztgruppen werden in der gesonderten fachärztlichen Versorgung zusammengefasst.

Die Zuordnung zu den Versorgungsebenen erfolgt grundsätzlich nach der Größe des Einzugsgebiets der jeweiligen Arztgruppe. So ist das Einzugsgebiet einer Hausarztpraxis aus Versorgungsgründen kleiner als das einer radiologischen Praxis. Insofern müssen im

Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung, die ausschließlich den Kreis und die kreisfreien Stadt als Planungsraum anerkannte, geeignete Planungsbereiche den Versorgungsebenen zugeordnet werden. Ausnahmen bestehen nur bei wenigen Arztgruppen, wie den Ärzten für Physikalische und Rehabilitativmedizin und den Fachärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie, die aus Gründen der vergleichsweise kleinen Gruppengröße nicht kleineren Planungsbereichen zugeordnet werden konnten.

Für ausgewählte Arztgruppen bietet sich die Beplanung über mehrere KV-Bereiche hinweg an. Es ist deshalb zu prüfen, inwieweit von § 12 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV Gebrauch gemacht werden kann.

§ 6 Arztgruppen

Die Definition der Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanung beruht weitgehend auf den Facharztbezeichnungen, die nach den geltenden Weiterbildungsordnungen erworben werden. Schon erworbene, nicht mehr in der gegenwärtigen, jeweiligen Landesweiterbildungsordnung einer Landesärztekammer existierende Facharztbezeichnungen werden nach den Maßgaben des § 6 BPL-RL den jeweiligen Arztgruppen zugeordnet. Es handelt sich dabei um eine Regelung, die schon in der vorherigen BPL-RL Bestand hatte.

§ 7 Planungsbereiche

Bedingt durch die veränderten Anforderungen an die ambulante Versorgung, eine stärkere Ausdifferenzierung im ärztlichen Leistungsangebot, die Neustrukturierung der Raumbezüge (z.B. Kreisgebietsreformen mit der Bildung von Groß-Kreisen) und die veränderten Versorgungsbedürfnisse der Patienten konnte die grundsätzliche Zuordnung aller Arztgruppen zu den bisherigen Planungsbereichen nicht aufrechterhalten werden.

Während die Versorgung mit Hausärzten im Allgemeinen möglichst lokal erfolgen soll, verfügen Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad über deutlich größere Einzugsgebiete.

Aus diesem Grunde müssen zur besseren Verteilung und Steuerung eines gleichmäßigen Versorgungszuganges geeignete Planungsbereichstypen den jeweiligen Versorgungsebenen zugeordnet werden. Der G-BA hat sich entschieden, bei der Auswahl der jeweiligen Planungsbereichstypen aus Gründen der Rechtssicherheit wie schon in der bisherigen Bedarfsplanung auf Raumplanungskonzeptionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zu verweisen, dessen Konzepte auch in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen wie der Daseinsvorsorge Anwendung finden. Grundsätzlich kommen der sog. Mittelbereich, die Kreise bzw. kreisfreien Städte, die Raumordnungsregion und das KV-Gebiet als Planungsbereiche zur Anwendung. Eine weitergehende Erläuterung der Planungsbereiche erfolgt in den die jeweiligen Arztgruppen betreffenden Paragrafen und in Anlage 6.

§ 8 Verhältniszahlen

Auf dem Wege der Bedarfsplanung werden sowohl die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte und Psychotherapeuten als auch deren Verteilung reguliert.

Während die Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten durch differenzierte, in ihrer Größe und Zuschnitt unterschiedliche Planungsbereiche verbessert wird, kam der G-BA im Hinblick auf die für eine ausreichende Versorgung erforderlichen Arztlizenzen nach eingehender Prüfung und Diskussion zu dem Ergebnis, dass die Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung als bedarfsgerecht zu bewerten sind und deshalb beibehalten werden. Die schon zum damaligen Zeitpunkt festgestellte, im europäischen Vergleich außerordentlich hohe, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung einzigartige Versorgungsdichte wird weiterhin grundsätzlich als ausreichend für eine flächendeckende Versorgung angesehen. Eine Absenkung der Verhältniszahlen (und damit eine Erhöhung der Arztdichte) wurde deshalb nicht vorgenommen.

Für die bislang nicht geplanten Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung geht der G-BA von einer derzeit gedeckten, ausreichenden Versorgung aus. Als Grundlage der Verhältniszahlermittlung wurde das Jahr 2010 herangezogen. Für dieses Jahr liegen die erforderlichen bundesweiten, durch das Statistische Bundesamt veröffentlichten Bevölkerungsdaten vor.

Die landesspezifische, systematische Modifikation der Verhältniszahlen aufgrund regionaler Besonderheiten, beispielsweise durch die Einbeziehung weiterer Modifikationsfaktoren, bleibt von der bundesweit festgelegten Verhältniszahl genauso unberührt wie die Möglichkeit der Identifikation eines zusätzlichen, lokalen Versorgungsbedarfs im Einzelfall.

§ 9 Modifikation der Verhältniszahl durch einen Demografiefaktor

Schon in die bisherige BPL-RL eingeführt und noch einmal durch den Gesetzgeber verstärkt wird der Demografiefaktor zur Modifikation der Verhältniszahl herangezogen, um der Alterung der Bevölkerung angemessen Rechnung tragen zu können. Dabei wurden der Demografiefaktor der Richtlinie 2007 weiterentwickelt und bestehende Mängel behoben. Insbesondere konnte der Demografiefaktor in der Richtlinie 2007 ausschließlich bei überdurchschnittlichen Fallzahlen angewendet werden. Diese Regelung war vorgesehen, um zu vermeiden, dass der Demografiefaktor flächendeckend angewendet wird und damit Zulassungsmöglichkeiten in insgesamt gut versorgten Regionen entstehen, obwohl in schlechter versorgten Regionen ein viel höherer Bedarf bestünde. Diese Problematik wird durch den neuen Demografiefaktor in Kombination mit den Regelungen nach § 67 beseitigt. Eine weitere Neuerung ist die Verschiebung der Altersgrenze von 60 auf 65 Jahre. Damit trägt der G-BA der Tatsache Rechnung, dass sich auch der Anstieg der Morbidität und des Leistungsbedarfs zunehmend in Richtung dieser Altersgrenze verschiebt.

Der Demografiefaktor dieser Richtlinie löst den bislang gültigen Demografiefaktor ab. Der Leistungsbedarf der 65-Jährigen und älteren bzw. unter 65-Jährigen Wohnbevölkerung eines Planungsbereichs wird getrennt ermittelt. Berechnet wird für die beiden Altersgruppen der mittlere Leistungsbedarfsfaktor in der ambulanten Versorgung der letzten drei Jahre. Für eine Reihe von Arztgruppen ergeben sich deutlich gesteigerte Leistungsumfänge für die ältere Bevölkerung im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung. Der arztgruppenbezogene Leistungsbedarfsfaktor gilt für fünf Jahre. Aufsatzjahr ist das Jahr 2010, womit der Demografiefaktor zum einen auf die gegenwärtige Verteilung der Ärzte einwirkt, zum anderen auch auf die im Bundesgebiet unterschiedlich stattfindende Alterung der Bevölkerung reagiert und in den erforderlichen Arztbedarf übersetzt. Der Leistungsbedarfsfaktor ist abhängig von der zukünftigen Entwicklung der medizinischen Versorgung, der Gestaltung von Vergütungssystemen sowie weiteren Faktoren, so dass der

G-BA den Leistungsbedarfsfaktor nach fünf Jahren wieder beraten wird. Die Überprüfung schließt die Anwendbarkeit des Demografiefaktors auf einzelne Arztgruppen ein.

Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater findet der Demografiefaktor keine Anwendung.

Da sich die Verhältniszahlen der Arztgruppen jedoch auch auf die Altersgruppe der „bis unter 18-Jährigen“ beziehen, wird auch hier der demografischen Situation einer Region (hohe oder niedrige Zahl von „bis unter 18-Jährigen“) Rechnung getragen.

Analog der Aussetzung des Demografiefaktors für die Kinderärzte wird der Leistungsbedarf der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten bei der Bestimmung des Leistungsbedarfsfaktors für die Psychotherapeuten nicht angewendet.

Unbenommen der jährlichen Aktualisierung des Demografiefaktors zum 30. Juni eines jeden Jahres, kommt der Demografiefaktor erstmalig bei der Erstellung des Bedarfsplans spätestens zum 1. Juli 2013 zur Anwendung.

Auch hier gilt § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wie § 9 Abs. 1 der vorliegenden Richtlinie betont; auf § 2 wird verwiesen.

Die Zulassungsausschüsse haben nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V die Möglichkeit besondere Versorgungsbedürfnisse in einer Planungsregion bei einer Zulassung oder Genehmigung zu berücksichtigen. Die auch bisher geltende Regelung des Absatzes 8 (besondere Berücksichtigung von gerontologischen/ geriatrischen Qualifikationen) stellt in diesem Sinne einen analogen Vorschlag des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Versorgungsbedürfnisse vor Ort dar.

Bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung kommt der Demografiefaktor ebenfalls nicht zur Anwendung. Zum einen wird die Versorgung bei den betreffenden Arztgruppen grundsätzlich als ausreichend und bedarfsgerecht bewertet, zum anderen hängt die Leistungsmengenentwicklung hier deutlich weniger stark mit der allgemeinen demografischen Entwicklung zusammen, als in anderen Leistungsbereichen. Sofern durch altersspezifische Leistungsbedarfsveränderungen die Einführung zusätzlicher Behandlungskapazitäten für die betroffenen Arztgruppen künftig erforderlich wird, ist die Entscheidung zur Nichtanwendung des Demografiefaktors zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

Die Mitteilungen der KVen orientieren sich an dem Bedarfsplan, wie er in § 4 dargelegt wird. Auf Anfrage des Landesausschusses haben die KVen. Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

2.3 Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

Die Versorgungsebenen werden grundsätzlich in folgender Gliederung dargestellt:

- Definition der Arztgruppe
- Zugeordneter Planungsbereich und
- Festlegung der Verhältniszahl.

Der hausärztlichen Versorgung werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin einbezogen. Der zugeordnete Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der sog. Mittelbereich in der Abgrenzung des BBSR. Diese sog. Mittelbereiche stellen 883 Planungsbereiche im Bundesgebiet dar, in denen feingliedriger als dies die Kreisbetrachtung ermöglicht, hausärztliche Versorgung zukünftig erhoben und beplant wird. Versorgungslücken, aber auch Überversorgungen, werden durch das feinere Planungsraster schneller sichtbar und können gezielter adressiert werden. Mit der Überwindung der sog. Raumbindigkeit der bisherigen Bedarfsplanung kann damit angemessener der hausärztlichen Versorgung Rechnung getragen werden. Sofern ein Mittelbereich die Grenzen einer KV überschreitet, was nur in sehr wenigen Fällen zutrifft, sind Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen, so dass Gemeindeverbände den jeweiligen KV-Bezirken zugeordnet werden. Im Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten der Landesebene können abweichende Raumgliederungen, Zusammenlegungen oder Untergliederungen der Mittelbereiche vorgenommen werden. Dies ist insbesondere dann prüfungswert, wenn in größeren Städten eine feingliedrigere Betrachtung der Versorgungssituation angestrebt wird.

Als Verhältniszahl wird bundeseinheitlich ein Hausarzt auf 1671 Einwohner festgelegt. Die Verhältniszahl orientiert sich an der bisherigen Sollzahl der hausärztlichen Versorgung. Die hieraus entstehende Dynamik im Hinblick auf Zuwachsmöglichkeiten begründet sich dabei weniger aus der Verhältniszahl, als vielmehr aus der Zuordnung der Arztgruppe der Hausärzte zu dem kleineren Planungsbereichstyp des Mittelbereiches.

Der G-BA hat nach Konsultation mit den betroffenen Regionen festgelegt, dass das Ruhrgebiet weiterhin als Sonderregion fortgeführt wird. Eine entsprechende Regelung für die Arztgruppen findet sich in der Übergangsregelung.

2.4 Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die benannten Arztgruppen gezählt. Die Fachgruppenszusammensetzung orientiert sich dabei an der bisherigen Versorgungsrealität und umfasst weiterhin die Arztgruppe der Orthopäden mit den Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ebenso werden die Nervenärzte weiterhin in einer Gruppe beplant.

Die Kinderärzte werden nach § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V als eigenständige Gruppe im Sinne der Bedarfsplanung verstanden. Auch sie werden der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Für diese Entscheidung waren v.a. die folgenden Gründe maßgeblich:

1. Bundesweit ist von einem Rückgang der Geburtenrate und damit auch der Zahl der zu versorgenden Kinder auszugehen. Eine sehr kleinräumige Planung könnte hier dazu führen, dass Planungsbereiche eine zu geringe Zahl an Kindern aufweisen, die für den Betrieb einer Kinderarztpraxis versorgungspolitisch nicht sinnvoll ist. Auf

Ebene der Kreise ist demgegenüber mit einer hinreichend stabilen Zahl an Kindern zu rechnen, die eine langfristig stabile Versorgungsstruktur ermöglicht.

2. Die Typisierung der Kreise erfolgt auf Basis von deren Funktion für das Umland. Auch die Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs ist an diesen Funktionen ausgerichtet. Somit ist sichergestellt, dass junge Patienten im Rahmen der neuen Kreistypisierung ihren Kinderarzt mit vertretbarem Aufwand erreichen können.
3. Die bisherige Niederlassungsstruktur der Kinderärzte ist an der Versorgung des Umlands aus zentralen Orten heraus orientiert. Die neue Kreistypisierung folgt diesem Verteilungsmuster und bildet somit die bisherige Versorgungsfunktion der Kinderärzte adäquat ab.
4. Im Fachgebiet der Kinderärzte ist aktuell eine zunehmende Spezialisierung in Schwerpunkte und Teilgebiete zu beobachten. In Erwartung einer Fortsetzung und Verstärkung dieses Trends wird davon ausgegangen, dass die kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten einer Region heraus erfolgen sollte, um dort die unterschiedlichen Spezialisierungen vorhalten zu können.

Bei den Arztgruppen dieser Versorgungsebene ist festzustellen, dass Mitversorgungseffekte keine entsprechend kleinräumige Planungsraumzuordnung erfordern, wie dies bei den Hausärzten der Fall ist. Insofern wird der Kreis bzw. die Kreisregion weiterhin als angemessene Planungsbereichsgröße durch den G-BA angesehen. Um allerdings der Unterschiedlichkeit von Kreisen und kreisfreien Städten Rechnung zu tragen, wurde in Ablösung der bisherigen Differenzierung in neun Kreistypen ein Folgekonzept erarbeitet, das prinzipiell fünf Kreistypen unterscheidet. Die Differenzierung erfolgt nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 4. Großstädten wird demnach eine höhere Arztdichte zugebilligt als umliegenden Gebieten, die mit der Großstadt im unterschiedlichen Ausmaße verflochten sind (Typ 3 und 4). Typ 2 entspricht Kreisen bzw. kreisfreien Städten, die sowohl umliegende Gebiete mitversorgen, als auch selbst im Einzugsgebiet großer Städte liegen und von der dortigen medizinischen Versorgung profitieren. Klar abgegrenzt von den Kreistypen 1-4 ist der sog. Kreistyp 5, der ländlichen Regionen entspricht, in denen abseits großer Städte aus sich heraus eine vergleichbar gute Versorgung sichergestellt werden muss. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadtregion des BBSR. Eine genaue Herleitung der Methodik ist in Anlage 6 beschrieben. Die Verhältniszahlen orientieren sich dabei an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung. Sie wurden auf Basis der aktuellen Verteilung der Einwohner und Ärzte weiterentwickelt und modifiziert und damit für das neue Konzept der 5 Kreistypen anwendbar gemacht. Dabei können sich im Einzelfall über die unterschiedliche Raumtypzuordnung Veränderungen des Versorgungsgrades ergeben.

Für das Ruhrgebiet gilt gleichermaßen eine Sonderregelung (siehe Ausführungen zu § 11).

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Aufgrund des größeren Einzugsgebietes werden Anästhesisten, Radiologen und fachärztlich tätige Internisten der sogenannten spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Kinder- und Jugendpsychiater wurden dieser Versorgungsebene zugeordnet, da aufgrund der Gruppenstärke eine Beplanung auf Kreisebene zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Gleichwohl ist festzustellen, dass schon heute erhebliche Ungleichgewichte in

der Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater im regionalen Vergleich bestehen, so dass über die Einbeziehung der Gruppe in die Bedarfsplanung ein gleichmäßigerer Zugang beabsichtigt wird. Als Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hat der G-BA die sog. Raumordnungsregion des BBSR zugeordnet. Diese entspricht 96 großen, flächigen Gebieten (die Raumordnungsregion Bremerhaven umfasst die KV-Bezirke Bremen und Niedersachsen und wird deshalb getrennt beplant, so dass in der Richtlinie 97 Raumordnungsregionen ausgewiesen werden), die in der Wechselwirkung städtischer und ländlicher Gebiete weitgehend ein eigenes Versorgungsgleichgewicht herstellen. Zu beachten ist, dass insbesondere im Falle der Stadtstaaten bestehende Mitversorgungsbeziehungen in den Bedarfsplänen umliegender Länder Beachtung finden sollten.

Die Verhältniszahlen orientieren sich an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung, währenddessen für die Kinder- und Jugendpsychiater die Zahl der zugelassenen Ärzte des Jahres 2010 als Grundlage genommen wird.

Grundsätzlich gibt die derzeitige Versorgungssituation mit Anästhesisten keinen Hinweis auf einen Versorgungsmangel. Es ist vielmehr in vielen Planungsbereichen von Überversorgung auszugehen. Die entstehenden Zulassungsmöglichkeiten sollen daher durch die spezielle Ausrichtung auf Schmerztherapie oder Palliativmedizin (§ 13 Abs. 5) die Versorgung in diesen Bereichen sicherstellen. Die Zulassungsausschüsse haben nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V die Möglichkeit besondere Versorgungsbedürfnisse in einer Planungsregion bei einer Zulassung oder Genehmigung zu berücksichtigen. Der neue Absatz 5 stellt in diesem Sinne einen analogen Vorschlag des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Versorgungsbedürfnisse vor Ort dar.

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

Zum einen aufgrund des bislang ungebrochenen Wachstums in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, zum anderen auch mit dem bei kleinen Gruppen einhergehenden überproportionalen Ressourcenverbrauch hat der G-BA entschieden, die bislang nicht beplanten Arztgruppen, die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen können, in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Hierzu gehören die in § 14 aufgeführten Arztgruppen. Als Planungsbereich für diese Arztgruppen wird der Bezirk der KVen zugeordnet. Eingehend wurde auch die Notwendigkeit einer ggf. bundesweiten Bedarfsplanung ausgewählter Arztgruppen diskutiert, die an rechtlichen Rahmenbedingungen scheitert. Vor diesem Hintergrund ist auf Landesebene zu prüfen, ob nach § 12 Abs. 2 Ärzte-ZV mit Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auch ein gemeinschaftlicher Bedarfsplan für die Bereiche mehrerer KVen aufgestellt werden kann. Diese Überprüfung wird aufgrund der Besonderheit der betroffenen Arztgruppen, bspw. hinsichtlich der deutschlandweiten Tätigkeit, des geringen Patientenkontaktes oder der Spezifität der erbrachten Leistungen, als zielführend für die positive Weiterentwicklung der Versorgung angesehen. Als Verhältniszahl wird die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte des Jahres 2010 herangezogen.

Dabei wird das Versorgungsniveau der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Transfusionsmediziner und der Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner zu diesem Stichtag durch den G-BA bereits als überdurchschnittlich eingeschätzt. Der G-BA bewertet dieses Versorgungsniveau somit mit dem Versorgungsgrad 110% und ermittelt darauf basierend die Verhältniszahl für den Versorgungsgrad 100%.

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen werden aufgrund der für das Fachgebiet typischen berufsrechtlichen Doppelqualifikation und Doppelzulassung (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 17.11.1999, Az. B 6 KA 15/99 R) nicht berücksichtigt.

§ 15 Weitere Arztgruppen

In Anbetracht des technischen Fortschritts und der Ausdifferenzierung ambulanter Versorgung in Form weiterer Facharztgruppen behält sich der G-BA vor, in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren über die Aufnahme weiterer Arztgruppen in die Bedarfsplanung zu entscheiden.

§ 16 Praxisnachfolge

Die Beplanung der Arztgruppen erfolgt auf der Basis verschieden großer Planungsbereiche. Mit zunehmender Größe der Planungsbereiche steigt die Notwendigkeit einer sachgerechten Verteilung der einzelnen Fachgebiete, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu realisieren.

Die Gruppe der Fachinternisten deckt beispielsweise ein großes Leistungsspektrum ab, das von allen Fachinternisten erbracht wird. Aufgrund dieser Überschneidungen ist es sinnvoll die Fachinternisten trotz ihrer Schwerpunkte als eine gemeinsamen Arztgruppe zu beplanen. Dennoch sind auch die jeweiligen Schwerpunkte versorgungsrelevant.

Mit dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung soll daher durch die Zulassungsausschüsse bei der Nachbesetzung eines Praxissitzes im Sinne des § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 7 SGB V berücksichtigt werden, dass eine sinnvolle, ausgewogene Verteilung der Subspezialitäten, insbesondere bei Fachinternisten und Nervenärzten, erreicht wird.

2.5 Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

Das grundlegende Konzept der Verhältniszahlermittlung der bisherigen Richtlinie wurde mit Änderungen (siehe auch § 9 Demografiefaktor) beibehalten. Die bundesweit ermittelte Verhältniszahl je Fachgruppe und Planungsbereichstyp wird bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich einer KV. Ärzte, die vollumfänglich oder hälftig für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden - sofern Landesregelungen nichts anderes vorsehen - nach § 22 der Richtlinie wie zugelassene Ärzte in die Versorgungsgradermittlung einbezogen.

Die Verhältniszahl wird dabei um den Demografiefaktor korrigiert, um eine Höhergewichtung der älteren Bevölkerung bei ausgewählten Arztgruppen berücksichtigen zu können.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

Aufgrund der Definition der Gruppe der Psychotherapeuten, die sich für den Teil der ärztlichen Psychotherapeuten auf das Leistungsgeschehen des vorherigen Jahres bezieht, sind Regelungen zur Berechnung des Versorgungsgrads der Vertragspsychotherapeuten erforderlich. Die vorliegenden Regelungen entsprechen der Altregelung.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

Hausärzte, die ebenfalls psychotherapeutische Leistungen erbringen dürfen, sind je nach Umfang dieser Leistungen mit einem reduzierten Faktor auf die hausärztliche Versorgung anzurechnen. Gleiches gilt für Tätigkeiten von Hausärzten im fachärztlichen Gebiet, die mit einer eigenen Facharztbezeichnung wahrgenommen werden. Auch hier erfolgt eine entsprechende Anpassung des zu berücksichtigenden Faktors in der hausärztlichen Bedarfsplanung durch § 18.

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

Fachärzte, die psychotherapeutische Leistungen erbringen, werden je nach Umfang dieser Leistungserbringung mittels eines Faktors auf ihre Fachgruppe angerechnet. Selbiges regelt der § 19.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

Entspricht der bisherigen Bedarfsplanungsregelung und regelt die Anrechnung angestellter und zugelassener Ärzte auf den örtlichen Versorgungsgrad. Dies gilt gleichermaßen für angestellte Ärzte gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, die im Rahmen eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages für ihr Fachgebiet tätig werden, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder -Psychotherapeuten angerechnet. Ermächtigte Ärzte, die nur für Teile ihres Fachgebietes ermächtigt wurden, kommen nicht zur Anrechnung.

Bei den Ermächtigten werden auch solche in kommunalen Eigeneinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V berücksichtigt.

Zur Abbildung der Versorgungssituation vor Ort (Abs. 2) sollen auf Landesebene einvernehmlich KVen und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen festlegen, dass eine Berücksichtigung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen vorgenommen wird. Das gleiche gilt im Rahmen der allgemeinen Abweichungsmöglichkeit auf Landesebene auch für die weitergehende Berechnung von Versorgungsanteilen ermächtigter Ärzte über den Absatz 1 hinaus, um beispielsweise den besonderen Versorgungsspektren der gesonderten fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen zu können.

Der Gesetzgeber verfolgt mit dem VStG das Ziel, das Versorgungsgeschehen besser zu erfassen. Nach § 101 Abs. 2b sollen durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden. Diesem Ziel kann der § 22 dieser BPL-RL nur bedingt gerecht werden, da aufgrund fehlender Datentransparenz lediglich im Falle der Ermächtigung einzelner Ärzte bzw. Psychotherapeuten eine Berücksichtigung von vollen und hälftigen Versorgungsaufträgen praktikabel umgesetzt werden kann. Vor dem Hintergrund der derzeit fehlenden Instrumente und Möglichkeiten für institutionelle Ermächtigungen hier ein bundeseinheitliches Vorgehen vorzugeben, gibt der G-BA vor, dass die Landesebene entsprechende Regelungen treffen soll. Damit wird den Ländern, die über entsprechende Datengrundlagen verfügen, ermöglicht eine Regelung zu treffen, ohne dies für alle Länder zwingend vorzugeben. Der G-BA wird

jedoch innerhalb der ersten Jahreshälfte 2013 erneut über diesen Sachverhalt beraten und dabei ggf. auch prüfen, inwiefern eine Erweiterung der gesetzlichen Grundlagen erforderlich ist.

2.6 Überversorgung

§§ 23 und 24 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Feststellung von Überversorgung

Bezogen auf die bundesweite Verhältniszahl, korrigiert um den zuvor angewendeten Demografiefaktor, hat der Landesausschuss sowohl Über- wie auch Unterversorgung festzustellen. Die Feststellung von Überversorgung in den §§ 23 und 24 regelt auf der Grundlage des SGB V, dass bei einer Überschreitung der ermittelnden Verhältniszahl um 10 von 100 die Sperrung des Planungsbereichs anzuordnen ist. Die Regelungen entsprechen der bisherigen Regelung der BPL-RL.

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

Nach §101, Abs. 4 Satz 1 SGB V sind überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten in einer Planungsgruppe zusammen zu fassen. Zur Sicherung der bedarfsgerechten Versorgung hat der Gesetzgeber in dieser Planungsgruppe Mindestquotierungen für die ärztlichen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorgesehen, die bis zum 31.12.2013 befristet sind. An diesen Mindestquotierungen soll grundsätzlich festgehalten werden, um dauerhaft auf ein Versorgungsgleichgewicht zwischen den Fachgruppen hinzuwirken. Der G-BA ist von der Notwendigkeit einer solchen Regelung überzeugt und befürwortet eine gesetzliche Grundlage für die Fortsetzung der Regelung. Da Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ausschließlich auf dem Wege der Zulassung als Psychotherapeut an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können, wird diesen in der Mindestquote der ärztlichen Psychotherapeuten ein 50%iger Anteil eingeräumt.

Die Quotenregelung für verschiedene psychotherapeutische Versorger geht auf eine gesetzliche Regelung im Zuge der Integration der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung mit Gesetz vom 16. Juni 1998 (BGBL. I S. 1311) zurück und sah für die Psychologischen Psychotherapeuten und für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte einen quotierten Versorgungsanteil von jeweils 40 v.H. vor. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008 (BGBl. I S. 2426) wurde die Quotenregelung an die aktuellen Versorgungsgegebenheiten angepasst. Im Ergebnis wurde ein Mindestversorgungsanteil von 25 v.H. für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und in Höhe von 20 v.H. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festgelegt. Gleichzeitig wurde die ehemals auf 10 Jahre befristete Regelung verlängert. Es entsteht der Eindruck, dass es der Gesetzgeber als notwendig und sinnvoll ansah, den Anteil der Ärzte und Psychotherapeuten innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung zu regulieren. Vor dem Hintergrund der zahlenmäßigen Überlegenheit der Psychologischen Psychotherapeuten konnte nur so sicher gestellt werden, dass in jedem Planungsbereich auch für ärztliche

Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gewisse Anzahl an Zulassungsmöglichkeiten und aus Sicht der Patienten jeweils ein angemessener Anteil spezialisierter Versorgung zur Verfügung steht.

Die gesetzliche Regelung wurde dabei bis zum 31.12.2013 befristet. Hintergrund hierfür waren weitere Regelungen des GKV-OrgWG, mit denen eine Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens durch Preisanreize im Rahmen der ärztlichen Vergütung erfolgen sollte (vgl. insb. § 87 Abs. 2e SGB V i.d.F. vom 15.12.2008). Wäre dies erfolgreich gewesen, hätte man ggf. auf Zulassungsbeschränkungen ganz verzichten können, womit auch die Quotenregelung obsolet geworden wäre. Der Gesetzgeber ist von der Vorstellung der Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize bereits mit dem GKV-VStG vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983) wieder abgerückt und hat die betreffenden Regelungen gestrichen. Da sich an dem sachlichen Hintergrund der Quotenregelung aus versorgungspolitischer Sicht nichts geändert hat und eine qualitative Verschlechterung der psychotherapeutischen Versorgung, die durch eine Aufhebung der Quotenregelung eintreten könnte, sieht es der G-BA nach wie vor als sachgerecht und notwendig an, die Versorgungsanteile der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Rahmen einer Mindestquotenregelung zu regulieren. Folglich steht aus Sicht des G-BA eine Aufhebung der Quotenregelung im Widerspruch zu den versorgungspolitischen Zielsetzungen des Gesetzgebers durch das GKV-VStG .

Zusätzlich zu den Mindestversorgungsanteilen für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, sieht der G-BA eine Notwendigkeit zur Einrichtung einer weiteren Quote für Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Rahmen des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte. Auch hier muss davon ausgegangen werden, dass die Versorgung von Patienten mit psychosomatisch zu behandelnden Erkrankungen, besondere Anforderungen an den Therapeuten stellt. Ein Therapeut, der ausschließlich psychosomatische Fälle betreut, wird in aller Regel besser auf die spezifischen Fragestellungen der Patienten eingehen können, als ein Therapeut der mit diesem Fachgebiet weniger Erfahrungen hat. Für eine bestmögliche Versorgung der Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung, sollten deshalb auch ausreichend viele Spezialisten für die Behandlung von psychosomatischen Erkrankungen zur Verfügung stehen. Das Ziel der Quote bei den Fachärzten für psychosomatische Medizin und Psychotherapie verfolgt damit, wie auch bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, dass diese Gruppe innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung gefördert wird und damit zunehmend in der Regelversorgung Eingang findet.

Rechenbeispiel

Annahme: Einwohner im Planungsbereich: 308.000 Personen

Allgemeine Psychotherapeuten-Verhältniszahl, Raumtyp1: 1 : 3.079

100 %-Soll-Versorgungsgrad: 100,03 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 100,5)

Grenze zur Überversorgung: 110,04 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 110,5)

In diesem Planungsbereich sind tatsächlich

- *22 ärztliche Psychotherapeuten,*
 - *davon 9 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*
- *und 19 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie*
- *68 Psychologische Psychotherapeuten,*

also insgesamt 109 Psychotherapeuten tätig, womit dieser Planungsbereich für weitere Zulassungen offen wäre.

Nach der 25 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den ärztlichen Psychotherapeuten bei 25,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 25,5) Ärzten. Dieser Anteil wird um 3,5 Ärzte unterschritten. Die ab 2014 vorgesehene Zahl der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (50% Quote in der Quote = 12,504 (Aufrunden auf halbe Stellen = 13)) wird um 4 Ärzte unterschritten.

Nach der 20 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 20,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 20,5). Dieser Anteil wird um 1,5 Versorgungsaufträge unterschritten.

Die jeweiligen Versorgungsanteile sind bei der Allgemeinen Psychotherapeuten-Verhältniszahl bei der Feststellung der Überversorgung mitzurechnen.

Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:

Die Arztgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten wird mit 25,5 Versorgungsaufträgen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihrem 20 %-Anteil, also mit fiktiven 20,5 Personen und nicht etwa mit den tatsächlich tätigen 19 Personen, berechnet, was in der Summe unter Berücksichtigung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten 114 Personen ergibt – mit der Konsequenz einer grundsätzlichen Zulassungssperre für Psychotherapeuten für diesen Planungsbereich.

In diesem Beispiel können so lange ärztliche Psychotherapeuten trotz der Zulassungsbeschränkung zugelassen werden

a) Bis 31.12.2013: bis deren Zahl 25,5 Personen erreicht, also noch 3,5 Ärzte

b) Ab 1.1.2014: bis deren Zahl 13 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erreicht, also noch 4 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Quote für die restlichen ärztlichen Psychotherapeuten wäre in diesem Fall bereits ausgeschöpft.

Zudem können sich 1,5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen.

Für Psychologische Psychotherapeuten ist der Planungsbereich sowohl vor wie auch nach dem 31.12.2013 gesperrt.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Während in der alten Bedarfsplanung mit Unterschreitung der Sperrungsgrenze um einen Einwohner eine volle weitere Stelle im Bedarfsplan ausgewiesen wurde, wird nunmehr (§ 26 Abs. 1) eine Zulassung je nach Arzt/Einwohnerrelation auch auf eine hälftige Zulassung ausgesprochen. Damit soll der bislang sich ergebende Aufrundungseffekt auf eine ganze Stelle der tatsächlichen Versorgungslage vor Ort angemessen angepasst werden. Änderungen zur bestehenden BPL-RL ergeben sich zudem im Abs. 4 Nr. 3 vorletzter und letzter Spiegelstrich. Bei der Auswahl von mehreren Bewerbern kann der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen neben den bislang definierten Kriterien seine Entscheidung auch von Versorgungsgesichtspunkten abhängig machen. Hierzu gehört beispielsweise der geeignete Fachgebietsschwerpunkt bzw. auch Ausstattungsmerkmale der Praxis im Hinblick auf die Barrierefreiheit der Einrichtung. Bei der Bewertung der für die Versorgung erforderlichen Fachgebietsschwerpunkte können auch solche ermächtigten Ärzte einbezogen werden, die in der Bedarfsplanung berücksichtigt sind. Im Hinblick auf die Prospektivität der Bedarfsplanung eines Planungsbereiches sollen Möglichkeiten der Befristung von Zulassungen nach § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV geprüft werden.

2.7 Unterversorgung

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung

Grundlage für die Feststellung von Unterversorgung ist die allgemeine Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich nach dieser Richtlinie. Bei der Überprüfung auf Unterversorgung ist insbesondere auch die mögliche Abhilfe durch ermächtigte Ärzte oder Einrichtungen zu prüfen, sowie Versorgungsfunktionen von Krankenhäusern oder angrenzender Planungsbereichen zu berücksichtigen. Kann die im Bedarfsplan als bedarfsgerecht ausgewiesene Arztdichte langfristig nicht sichergestellt werden, so ist Unterversorgung anzunehmen (vgl. § 28).

In vielen Versorgungsregionen bahnt sich eine Unterversorgung über mehrere Jahre an, ohne dass zu dem gegebenen Zeitpunkt aktuell eine Unterversorgung vorliegt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, wird festgelegt, dass von einer Unterversorgung auszugehen ist, wenn in der hausärztlichen Versorgung in den Planungsblättern der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25% unterschritten wird. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gilt die Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarfs um 50 von 100 als Unterversorgung im Sinne der Richtlinie. Zudem ist auch zu berücksichtigen, inwieweit die Altersstruktur der Ärzte eine Unterversorgung absehbar macht.

§ 28 Definition der Unterversorgung

Die Feststellung von Unterversorgung in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss war bislang nicht zuletzt durch die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe erschwert. Der G-BA wird die Definition von Unterversorgung im Jahre 2013 erneut beraten.

§ 29 Definition von anzunehmender Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung

Wie in der bisherigen BPL-RL wird ab einer Abweichung des allgemeinen Versorgungsgrads von 25% bei Hausärzten und bei einer Abweichung von 50% bei der allgemeinen fachärztlichen und spezialisierten fachärztlichen Versorgung nach unten von dem möglichen Vorliegen einer Unterversorgung ausgegangen.

Um die Entscheidung für die zuständigen Landesausschüsse zu konkretisieren, wird im Unterschied zur bisherigen Richtlinie die Vermutungsregel ersetzt durch eine eindeutigere Vorschrift, wonach bei den oben genannten Unterschreitungen eine Unterversorgung anzunehmen ist.

Die Definition von Unterversorgung und drohender Unterversorgung bezieht sich auf alle Versorgungsebenen mit Ausnahme der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Diese Gruppe wurde ausgenommen, da die Sicherstellung der Versorgung in den betreffenden Arztgruppen kein Problem darstellt, sondern vielmehr zum Teil erhebliche Überkapazitäten bestehen. Diese bedürfen unter Versorgungsgesichtspunkten einer Regulierung zur Vermeidung von ungerechtfertigten Mengenausweitungen. Ein regionales Sicherstellungsproblem kann für die betreffenden Arztgruppen auch deshalb ausgeschlossen werden, weil sie ihre Leistungen in der Regel patientenfern erbringen. Zur Sicherstellung einer bundesweit ausreichenden Versorgung benötigen sie lediglich eine funktionierende Logistik (z.B. Laborärzte) oder sie sind so stark spezialisiert und die Einzugsgebiete sind entsprechend so groß, dass eine Inanspruchnahme praktisch ohnehin häufig regional übergreifend erfolgt (z.B. Humangenetik).

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung

Auf Antrag eines Landesverbandes der Krankenkassen, der Ersatzkassen oder auf Veranlassung der KV kann eine Prüfung auf Unterversorgung vorgenommen werden. Die Prüfung darf dabei die Höchstdauer von 3 Monaten nicht überschreiten.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung

Bei der Prüfung auf Unterversorgung ist eine eingehende Analyse der Versorgungssituation, insbesondere im Hinblick auf Merkmale wie Praxisstrukturen, Leistungsfähigkeit der tätigen Ärzte sowie die Beschreibung der Versichertenstruktur, Voraussetzung. Hierbei können auch Tätigkeitsumfänge der im jeweiligen Fachgebiet tätigen Ärzte in die Betrachtung einbezogen werden. Absatz 2 regelt, dass trotz rechnerischer Unterversorgung aufgrund der besonderen Versorgungsstruktur vor Ort faktisch keine Unterversorgung festgestellt werden muss, sofern dies begründet werden kann.

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

Der Landesausschuss hat für diese Prüfung drei Monate Zeit. Sofern die vorgelegten Unterlagen nicht hinreichend den Versorgungsstand beschreiben, kann der Landesausschuss weitergehende Unterlagen anfordern.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die tatsächlich einzuleitenden Maßnahmen richten sich nach den Vorschriften des SGB V sowie der Ärzte-ZV.

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 3a SGB V)

Bis zum Inkrafttreten einer noch zu entwickelnden Regelung gilt der bisherige § 34a der BPL-RL i.d.F. von 2007 fort. Der G-BA wird bis zum 30. April 2013 eine Folgeregelung fertig stellen.

2.8 Sonderbedarf – Abschnitt 8

Der Abschnitt 8 der Richtlinie 2007 gilt fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. April 2013 gesetzt.

2.9 Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing

Im Unterschied zur Altregelung wird klargestellt, dass unter gemeinsamer Berufsausübung auch das Zusammenwirken von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewertet werden kann.

2.10 Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten

Unveränderte Übernahme aus der bisherigen Richtlinie

2.11 Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

Die Regelung schreibt die diesbezügliche bisherige Regelung der BPL-RL fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. Juni 2013 gesetzt.

2.12 Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

§ 56 konkretisiert die privilegierte bedarfsunabhängige Zulassung nach § 103 Abs. 4a SGB V und knüpft sie an bestimmte Voraussetzungen. In § 103 Abs. 4a SGB V ist geregelt, dass der Vertragsarzt, der in einem Planungsbereich für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, auf seine Zulassung verzichtet, um in einem Medizinischen

Versorgungszentrum tätig zu werden, eine Anstellung erhält. Nach einer Tätigkeit von mindestens fünf Jahren in dem Medizinischen Versorgungszentrum erhält der Arzt unbeschadet von Zulassungsbeschränkungen auf Antrag eine Zulassung in diesem gesperrten Planungsbereich. Dies gilt nicht für Ärzte, die aufgrund einer Nachbesetzung oder erst seit dem 01. Januar 2007 in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind. § 56 regelt die Einzelheiten, unter denen diese sog. bedarfsunabhängige privilegierte Zulassung erteilt wird. Voraussetzung ist, dass der Arzt in einem Tätigkeitsumfang von mindestens 0,75, d. h. mit einer arbeitsvertraglich vereinbarten Arbeitszeit von 20 bis 30 Stunden tätig war. Entspricht die Arbeitszeit einem Faktor von 0,5, ist eine hälftige Zulassung nach § 103 Abs. 4a SGB V zu erteilen.

2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten

Im Abschnitt 12 sind die Voraussetzungen für die Beschäftigung von angestellten Ärzten nach § 95 Abs. 9 SGB V geregelt und die Berücksichtigung der Beschäftigungsverhältnisse in der Bedarfsplanung konkretisiert. Die Regelungen entsprechen der alten Richtlinie 2007. Eine Änderung hat die Anstellung bei Psychotherapeuten in § 61 erfahren. Hier ist künftig geregelt, dass ein Beschäftigungsverhältnis sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch ein gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig ist. Bei der Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gilt jedoch die Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Für die bisherige Einschränkung auf das Beschäftigungsverhältnis zwischen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits sieht der G-BA keine Notwendigkeit mehr. So hat das BSG mit Urteil vom 15. August 2012 - B 6 KA 48/11 R - die Gleichstellung zwischen beiden Berufsgruppen, nämlich Psychotherapeuten mit der Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut mit einer Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen angenommen. Diese Gleichstellung soll auch im Bereich der Anstellungsmöglichkeiten in Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ermöglicht werden. In Planungsbereichen, in denen Zulassungsbeschränkungen bestehen, ist weiterhin Voraussetzung für die Fachidentität bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Dazu stellt § 61 Nr. 2 Satz 2 klar, dass die in § 61 Nr. 1 vorgesehenen gegenseitigen Anstellungsmöglichkeiten von § 61 Satz 1 unberührt bleiben und somit Anstellungen auch in gesperrten Planungsbereichen unter den genannten Bedingungen zwischen beiden Berufsgruppen zulässig sind.

2.14 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Allgemeine Begründung zu den Übergangsregelungen der BPL-RL: Wie sich auch aus der Begründung zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz ergibt, ist eine – die BPL-RL maßgeblich in ihrer Normenstruktur beeinflussende – Zielsetzung gewesen, eine flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Dazu sind die Instrumente für die Bedarfsplanung und für die Sicherstellung mit nachhaltiger Wirkung auch für die künftige Versorgung geändert

worden. Bei der Richtlinien-Gestaltung des G-BA zum Bedarfsplan ist insbesondere maßgeblich, dass die Planungsbereiche zu flexibilisieren sind, dass die Demografie bei der Anpassung der Verhältniszahlen maßgeblich sein soll, dass eine Abgrenzung von Sonderbedarfsregelungen erfolgen soll, dass die Einwirkungsmöglichkeiten der Länder unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten verstärkt worden sind und schließlich dass ein gesetzlicher Gestaltungsraum für die Beteiligten auf Landesebene geschaffen worden ist, um gebotene Abweichungen von der Richtlinie durchführen zu können.

All dies macht deutlich, dass es sich nicht nur um eine punktuelle Anpassung des bisherigen Steuerungssystems für die Versorgung im ambulanten Bereich handelt, sondern um eine grundlegende Veränderung mit weitreichenden Auswirkungen, die für die nächsten Jahre Stabilität in der Versorgung ermöglichen sollen.

Sowohl die gesetzlichen Regelungen als auch ihre Umsetzung im Lichte der dargestellten Begründung des Gesetzes erlauben nicht, zu einem bestimmten Zeitpunkt ohne Anpassungen und Übergangsregelungen das Bedarfsplanungskonzept in Kraft zu setzen. Aus diesem Grunde ist es erforderlich, für eine Übergangsphase das Verhältnis der Geltung der bisherigen Richtlinie und der auf ihr beruhenden Maßnahmen zur Geltung der neugestalteten Richtlinie auch mit den notwendigen zeitlichen Vorgaben zu regeln.

Wie zuvor dargestellt, wirken sich die Änderungen im Gesetz bei der Gestaltung der Bedarfsplanung auf die Neuordnung der Planungsbereiche, die Neubestimmung der Verhältniszahlen, die Abgrenzungen von Sonderbedarfsregelungen und die Auswirkungen der möglichen Einbeziehung weiterer Arztgruppen in das Bedarfsplanungskonzept aus. Dieses Bedarfsplanungskonzept nach der neuen gesetzlichen Regelung dient nicht mehr vorrangig der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern nach der selbst gesetzten Motivation des Gesetzgebers nunmehr auch einer gleichwertigen Sicherung der Patientenversorgung in Wohnortnähe. Daraus ergeben sich notwendige Folgerungen zu einer möglichst gleichmäßigen Versorgung, die insbesondere unter der Zielsetzung stehen muss, Versorgungsbrüche durch abrupte Veränderungen zu vermeiden. Vielmehr geht es darum, gerade die Möglichkeit der Neuregelung auszuschöpfen, um in Übergangsregelungen bei Neugestaltungen bisher nicht ausreichend versorgte Regionen in eine solche Öffnung für Niederlassungen einzubeziehen, die damit das Ziel verbindet, dass sich dort in ausreichender Zahl Ärzte niederlassen.

Mit für die aktuelle Situation der neuen gesetzlichen Regelung und ihrer Normkonkretisierung in den Richtlinien des G-BA von nach wie vor gültiger Bedeutung hat das BSG in seiner Entscheidung vom 17. Oktober 2007 (B 6 KA 45/06 R) dazu Folgendes ausgeführt, das gerade auch die zuvor beschriebenen Problematik anspricht:

„... Dieses Instrument [gemeint ist das Instrument der Bedarfsplanung] kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und vor allem die kurzzeitige völlige Freigabe von Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Das hat der Senat bereits zur Konstellation des Wegfalls der Voraussetzungen einer Überversorgung in einem Planungsbereich entschieden; die in diesem Fall erforderliche Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen darf nicht dazu führen, dass in einem kurzen Zeitraum ohne Rücksicht auf eine erneut entstehende Überversorgung alle zulassungswilligen Ärzte zugelassen werden müssen (BSGE 94, 181 = SozR 4-2500 § 103 Nr 2, jeweils RdNr 12) . Andernfalls könnte sich der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich sprunghaft erhöhen und der als bedarfsgerecht festgestellte Versorgungsgrad noch deutlicher als zuvor verfehlt werden. Dieselbe Erwägung steht einer Schaffung von Zeitfenstern für eine

unbeschränkte Zulassung sämtlicher zulassungswilliger Ärzte bei Änderungen von Grundlagen der Bedarfsplanung entgegen. Deshalb müssen auch in solchen Konstellationen - seien es Änderungen der Planungsbereiche, die z.B. aufgrund einer Neugliederung der Stadt- und Landkreise erforderlich werden, oder auch Änderungen in der fachlichen Ordnung der für die Bedarfsplanung relevanten Arztgruppen - Anpassungen stets so vorgenommen werden, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung hierdurch nicht in Frage gestellt wird. Es ist eine nachhaltige Regulierung des Zugangs neuer Leistungserbringer in bereits überversorgten Bereichen anzustreben, die gewährleistet, dass die nachrückenden Bewerbergenerationen möglichst gleichmäßige Teilhabechancen erhalten. Im hier bedeutsamen Fall einer Zusammenlegung mehrerer Planungsbereiche, von denen einzelne bereits wegen Überversorgung für weitere Zulassungen gesperrt sind, muss deshalb dafür Sorge getragen werden, dass sich eine bereits bestehende Überversorgung aufgrund der Neuordnung nicht plötzlich und unkontrollierbar weiter verschärft. ...“

Die einzelnen Folgerungen, die der Normgeber G-BA bei der BPL-RL in einer Übergangsregelungskonzeption getroffen hat, liegen in dem Gestaltungsspielraum, der die verfassungsrechtlichen Maßstäbe des Art. 12 Abs. 1 GG wahrt, zumal das BSG zulassungsbeschränkende Regelungen auf der Stufe der Berufsausübungsregelung qualifiziert, „denen keine einer Berufswahl nahekommende Bedeutung zukommt“, so dass „die Regelungstiefe im Gesetz selbst nicht besonders intensiv ausgeprägt sein“ muss (BSG, aaO, Rz. 15).

Dieser vom BSG als berechtigt anerkannten Zielsetzung der Vermeidung abrupter planungsrechtlicher Änderungen sollen die Übergangsregelungen gerecht werden. Es ist zulässig, innerhalb des planerischen Großkonzepts mit den Möglichkeiten der Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung und bei Unterversorgung vorübergehend auch Zwischenstufen mit Versorgungssteuerungswirkung einzubeziehen. Dem dienen die nachstehend gefassten Übergangsregelungen. Sie sind unter Beachtung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes im Übrigen so gestaltet, dass flexible Übergangsregelungen getroffen werden, die nach wie vor Niederlassungsmöglichkeiten einräumen. Dennoch wird durch Flexibilisierung der regionalen Verhältnisse übergangsweise den maßgeblichen Gremien die Möglichkeit eingeräumt, das Ziel der flächendeckenden Versorgung in Wohnortnähe treffsicherer zu erreichen.

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

Die Richtlinie tritt am 1. Januar 2013 in Kraft. Bevor sie jedoch tatsächlich angewendet werden kann, sind umfangreiche Vorarbeiten erforderlich, da sie im Vergleich zu den bisherigen Regelungen zahlreiche Änderungen vornimmt. So wurden für viele Arztgruppen neue Planungsbereiche festgelegt, die Verhältniszahlen wurden angepasst und Arztgruppen, für die bisher keine Planung vorgenommen wurde, werden neu in die Bedarfsplanung aufgenommen. Zusätzlich wurde der Demografiefaktor neu festgelegt und die regionale Ebene kann in begründeten Einzelfällen von der Richtlinie abweichen. Bevor die neue Richtlinie angewendet werden kann, müssen also entsprechende Bedarfspläne aufgestellt und regionale Anpassungen vorgenommen werden. Die Richtlinie kann daher nicht bereits am Tag ihres Inkrafttretens umgesetzt werden. Um für den Übergang zwischen beiden Richtlinien die notwendige Rechtssicherheit zu schaffen und gleichzeitig ein gewisses Maß

an regionaler Flexibilität zu gewährleisten, bleibt es den Landesausschüssen überlassen, wann sie erstmals auf Grundlage der Richtlinie 2012 Beschlüsse nach § 103 Abs. 1 feststellen und zeitgleich entsprechende Zulassungsbeschränkungen erlassen. Dies wird praktisch davon abhängen wann in der jeweiligen KV-Region die Voraussetzungen vorliegen, um die neue BPL-RL anzuwenden. Spätestens bis zum 30. Juni 2013 allerdings muss dies der Fall sein, denn bis zu diesem Datum sind die Beschlüsse zwingend zu treffen. Dabei stellt der Zeitpunkt, an dem die Beschlüsse nach § 103 Abs. 1 und 2 erstmals getroffen worden sind, den Zeitpunkt dar, ab dem die Richtlinie 2012 in der jeweiligen KV zur Anwendung kommt. Damit der Landesausschuss die genannten Beschlüsse zeitgerecht treffen kann, sind ihm die Bedarfspläne auf Grundlage der Richtlinie 2012 rechtzeitig vor dem 30. Juni 2012 zur Verfügung zu stellen. Dafür sind die in § 4 Abs. 1 Satz 4 und 5 (Grundsätze und Stand der Bedarfsplanung) gesetzten Fristen entsprechend zu verkürzen.

Voraussetzung für die Anwendung der neuen Richtlinie ist, dass der Landesausschuss einen Beschluss nach § 103 Abs. 1 SGB V getroffen hat und damit auf der neuen Grundlage Überversorgung festgestellt und entsprechende Zulassungssperren angeordnet hat. Liegt keine Überversorgung vor, ist dies in diesem Fall ebenfalls zu beschließen. Der betreffende Beschluss ist mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag in Betracht. Um einen geordneten Verfahrensablauf zu gewährleisten, gelten im Falle des § 63 Absatz 3 die Regelungen in § 26 Abs. 2 bis Abs. 5 zum Vorgehen nach einer partiellen Entsperrung entsprechend.

Grundsätzlich können Zulassungsanträge wegen Zulassungssperren nur abgelehnt werden, wenn diese bereits bei Antragstellung angeordnet waren (vgl. § 19 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV). In dem Zeitraum zwischen Inkrafttreten der neuen Richtlinie und dem ersten Beschluss der Landesausschüsse nach § 103 Abs. 1 SGB V bestünden ohne eine entsprechende Übergangsregelung jedoch keine gültigen Zulassungssperren und alle Planungsbereiche wäre für Niederlassungen geöffnet. Erst wenn der Landesausschuss erstmalig Versorgungsgrade und Überversorgung festgestellt hat, könnten Zulassungssperren ausgesprochen werden. In dem betreffenden Zeitraum können Zulassungsanträge, die ordnungsgemäß gestellt werden, nicht abgelehnt werden (siehe § 19 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV), auch wenn die Sperrungsgrenze überschritten wird. Sehr wahrscheinlich käme es im Ergebnis zu einer hohen Anzahl von Neuzulassungen und zu einer Verstärkung der bereits bestehenden Versorgungsdisparitäten. Vor diesem Hintergrund ist es unabdingbar, den Übergang zwischen den beiden Richtlinien zu regeln. Erst wenn der Landesausschuss die Versorgungssituation auf Basis der neuen Grundlage festgestellt hat (Feststellung von bestehender oder nicht bestehender Überversorgung und Anordnung entsprechender Zulassungsbeschränkungen), können Anträge nach der Richtlinie 2012 behandelt werden.

Das vorgesehene Verfahren zur Behandlung von Zulassungsanträgen bei offenen Planungsbereichen orientiert sich an der bestehenden Regelung zur partiellen Entsperrung gemäß § 26 und übernimmt wesentliche Bestandteile in die Übergangsregelung. Die Regelung bewirkt, analog zu § 26, dass bei einem Versorgungsgrad von unter 110 v.H. nur noch so viele ganze oder halbe Zulassungen erteilt werden können, wie zum Erreichen der Überversorgungsgrenze benötigt werden. Ohne eine solche Regelung müssten alle Zulassungsanträge, die nach den Beschlüssen der Landesausschüsse nach § 63 Abs. 2 und 3 gestellt werden und für die auf Grundlage der neuen Richtlinie keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, genehmigt werden, auch wenn die Sperrungsgrenze

dadurch deutlich überschritten würde. Im Ergebnis könnte es absehbar auch hier zu einer hohen Anzahl an Neuzulassungen und zu einer Verstärkung der bereits bestehenden Versorgungsdisparitäten kommen.

Für Arztgruppen, die mit der Richtlinie neu in die Bedarfsplanung aufgenommen werden, stellt die Übergangsregelung auf das bestehende Moratorium ab und übernimmt die dortigen Regelungen in die Übergangsregelung. Da bei den Arztgruppen, die neu in die Richtlinie aufgenommen werden, bis zum Schaffen der Anwendungsvoraussetzungen nicht auf bestehende Regelungen zurückgegriffen werden kann, gilt für die betreffenden Gruppen ein verkürzter Umsetzungszeitraum bis zum 15. Februar 2013. Vorbehaltlich der Erstellung des Bedarfsplans gem. § 4 BPL-RL kann zur Umsetzung des § 63 Abs. 4 mit der Erstellung von Planungsblättern nach Anlage 2.1 ein Teil-Bedarfsplan erstellt werden, auf dessen Basis Beschlüsse gem. § 103 Abs. 1 Satz 1 SGB V getroffen werden können.

Für alle anderen Arztgruppen werden nach der Ärzte-ZV vollständig und ordnungsgemäß gestellte Zulassungsanträge bis zum Beschluss des Landesausschusses nach der Richtlinie 2007 und den sich hieraus ergebenden Voraussetzungen, insbesondere auch unter Berücksichtigung der sich hieraus ergebenden Überversorgungsfeststellungen und Zulassungsbeschränkungen, beschieden. Die Richtlinie 2007 tritt in den KV-Bezirken jeweils außer Kraft, wenn die Beschlüsse des Landesausschusses nach Abs. 2 und 3 getroffen sind und damit die Richtlinie 2012 in Kraft tritt.

Die Regelungen gelten entsprechend für Anträge auf die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten.

Die Übergangsregelungen gemäß § 63 verfolgen das Ziel, den gesetzlichen Auftrag an den G-BA umzusetzen, in Richtlinien die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und eine ihrem Sinn und Zweck entsprechend Bedarfsplanung zu schaffen. Änderungen an der Richtlinie dürfen dabei nicht dazu führen, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung an sich in Frage gestellt wird. Die Übergangsregelung gestaltet daher ein Verfahren zur Umsetzung von Zulassungsbeschränkungen für die Zulassungsanträge, die im zeitlichen Kontext mit den aktuellen Änderungen von Grundlagen der Bedarfsplanung gestellt werden. Wie auch vom BSG verschiedentlich ausgeführt, ist das Instrument der Bedarfsplanung nach wie vor notwendig, um die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (vgl. B 6 KA 45/06 R).

Absatz 5 dient dem Zweck, die Anwendung der Richtlinie 2007 auch nach dem Außerkraftsetzen zu ermöglichen, wenn dies erforderlich wird. Dies kann sich zum Beispiel ergeben, wenn sich das Verfahren aufgrund einer Beanstandung verlängert.

§ 65 Planungsbereiche

Absatz 1: Die Neufestlegung der Planungsbereiche für eine Arztgruppe nach dieser Richtlinie kann dazu führen, dass mehrere ehemalige Planungsregionen zu einer größeren Planungsregion zusammengefasst werden. Das kann jedoch zur Folge haben, dass eventuell bestehende Versorgungsdisparitäten fortbestehen oder sogar verstärkt werden. Unter Versorgungsgesichtspunkten kann dieses insbesondere problematisch sein, wenn aus mehreren heterogenen Siedlungsstrukturen (z.B. Großstadt und ländlicher Raum) ein gemeinsamer Planungsbereich wird. Es muss davon ausgegangen werden, dass städtische

Regionen bei ärztlichen Niederlassungsentscheidungen grundsätzlich als attraktiver bewertet werden, als ländliche Gegenden. Werden mehrere Planungsbereiche zusammengelegt, kann einerseits ein Anreiz zur Verlegung des Praxissitzes entstehen, andererseits können sich für den größeren neuen Zulassungsbereich insgesamt - also auch in den städtischen Bereichen - neue Zulassungsmöglichkeiten ergeben, während dieses zuvor nur in den ländlichen Planungsbereichen der Fall war. Im Ergebnis könnten sich Versorgungsstrukturen bilden, die dem Bedarf an medizinischer Versorgung nur unzureichend gerecht werden. Um das zu verhindern wird eine Übergangsregelung geschaffen, die es dem Zulassungsausschuss ermöglicht, die bisherigen Planungsgrundlagen solange anzuwenden und auf dieser Grundlage bestehende Zulassungsbeschränkungen beizubehalten, bis in jedem ehemaligen Planungsbereich innerhalb des neuen Planungsbereiches ein Versorgungsgrad von mindestens 100 v.H. erreicht wird. Im Sinne einer Übergangsregelung wird diese Regelung zunächst auf 3 Jahre nach Inkrafttreten der Neufestlegung der Planungsbereiche beschränkt.

Absatz 2 regelt die Fortführung der gesonderten Beplanung des Ruhrgebietes. Mit der Regelung des Absatzes 2 verpflichtet sich der G-BA, innerhalb eines Zeitraums von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet zu erheben und die Regelung zum Ruhrgebiet erneut zu überprüfen. Erforderlichenfalls müssen die Regelungen angepasst werden. Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraumes von 5 Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschlossen, so treten die Sonderregelungen außer Kraft. Dadurch soll relativ kurzfristig eine neue Bewertung der Versorgungssituation in dieser Region durch den G-BA herbeigeführt werden.

Vorerst unverändert bleibt dabei die Zuordnung von Landkreisen und kreisfreien Städten, wie in Absatz 3a geregelt. Ebenso unverändert bleiben die Verhältniszahlen, während die räumliche Systematik der Richtlinie 2012 auch im Ruhrgebiet angewendet wird.

So gilt für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich, für die allgemeine fachärztliche Versorgung der Kreis und die kreisfreie Stadt und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion.

Für die bislang nicht geplante gesonderte fachärztliche Versorgung gilt der KV-Bezirk, womit kein Sonderstatus für das Ruhrgebiet entsteht. Da die Grenzen des Ruhrgebiets nicht identisch sind mit den Raumordnungsregionsgrenzen, gelten bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Kreis Kleve und im Märkischen Kreis die Verhältniszahl des Ruhrgebiets für die jeweilige Arztgruppe.

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

Durch die Reform der Planungsräume sowie die Anpassung der Verhältniszahlen ergeben sich mit Anwendung der Richtlinie regional begrenzt Zuwächse von Zulassungen und Genehmigungen, die einen Übergang erfordern, um Verwerfungen der Versorgungsstruktur zu vermeiden. Über die sukzessive Anpassung von Versorgungsgraden können zeitlich gestaffelt entsprechende Strukturen aufgebaut werden. Die Entscheidung darüber, ob ein solch geregelter Übergang erforderlich ist, kann nur vor Ort regional angemessen beurteilt und entschieden werden. Aus diesem Grund hat der G-BA nach sorgfältiger Abwägung im Rahmen der Übergangsregelungen eine auf den Zeitraum von drei Jahren begrenzte Regelung vorgesehen, die der Landesebene den erforderlichen Handlungsspielraum zur Verfügung stellt. Der G-BA geht davon aus, dass die Anwendung dieser Regelung auf

wenige, begründete Fälle beschränkt bleibt. Es handelt sich demnach um eine Option, von der im Ausnahmefall Gebrauch gemacht werden kann. Neben der verbesserten Planbarkeit, des durch die Reform bedingten strukturellen Übergangs, wird gleichzeitig die Planungssicherheit für alle Beteiligten erhöht. Der Aufbau von neuen Versorgungsstrukturen wird somit regionalen Erfordernissen angepasst, sofern dies als erforderlich angesehen wird. Der G-BA wird sich über die Anwendung informieren und gegebenenfalls Anpassungen vornehmen, sofern die Regelung nicht die gewünschte Wirkung entfaltet.

Ergeben sich also durch die Bedarfsplanungsreform eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann dieser Zuwachs über einen Zeitraum von 3 Jahren ab Anwendung der Richtlinie durch eine schrittweise Anpassung der Verhältniszahlen im Bedarfsplan in Verbindung mit § 99 Abs. 1 SGB V und § 2 angeglichen werden. Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan der KVen auszuweisen. Die insofern angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für die Entscheidung des Landesausschusses zur Feststellung von Über- und Unterversorgung sowie zur notwendigen Feststellung von Sonderbedarf durch den Zulassungsausschuss. Der Demografiefaktor kommt bei der Berechnung der schrittweise anzupassenden Verhältniszahlen nicht zur Anwendung. Da kurzfristige Zuwächse für die Arztgruppen der Hausärzte, der Kinderärzte und der Psychotherapeuten, insbesondere in ländlichen Gebieten, erklärtes Ziel dieser Bedarfsplanungsreform sind, werden diese von der Regelung ausgenommen.

§ 67 Versorgungssteuerung

Der Landesausschuss kann auch die Möglichkeit der Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 bis 110 v.H. bei entsprechend vorliegenden schlechteren Versorgungsgraden von anderen Planungsbereichen zur Anwendung bringen.

Die Festlegung der Sperrgrenze innerhalb eines Planungsbezirks bei 110 v.H. und somit 10 v.H. über dem „Normalniveau“, soll sicherstellen, dass trotz des Ausscheidens oder der Nachbesetzung von Praxen die mit 100 v.H. als ausreichend angesehene Versorgung grundsätzlich nicht unterschritten wird. Dieses Unterschreiten tritt in attraktiven Gebieten, wie in der Regel Städten, so gut wie nicht auf, da zeitnah Neugründungen vorgenommen oder Nachfolger gefunden werden. Wie schon bei der Einführung des bisherigen Demografiefaktors festgestellt, kann diese Regelung zu einer Öffnung von attraktiven Zulassungsbezirken bei gleichzeitigem Fortbestand deutlich schlechterer Versorgungsgrade in weniger attraktiven Zulassungsbezirken führen.

Um diese aus Versorgungssicht unerwünschte Öffnung von vergleichsweise gut versorgten Planungsbereichen zu vermeiden sieht der G-BA eine Regelung als erforderlich an, die eine Sperrung der Bezirke mit einem Versorgungsgrad von 100-110 v.H. ermöglicht, ohne dass eine Vollsperrung eines KV-Bezirks für die jeweilige Arztgruppe eintritt. Um von der Regelung Gebrauch zu machen, müssen mehr als 20 v.H., mindestens jedoch zwei der Zulassungsbezirke einen Versorgungsgrad von 75-100 v.H. bei Hausärzten oder 50-100 v.H. bei Fachärzten aufweisen. Von dieser Regelung kann der Landesausschuss Gebrauch machen, ist hierzu aber nicht verpflichtet wie in einer sinngemäßen Regelung in § 100 Abs. 2 SGB V. Im Rahmen ihrer Entscheidung haben sich die Landesausschüsse nach pflichtgemäßem Ermessen analog zum § 100 Abs. 2 SGB von der Versorgungssituation in den von einer möglichen Sperrung betroffenen Zulassungsbezirken zu überzeugen und ggf. die entsprechenden Zulassungsausschüsse anzuhören.

Nach eingehender Diskussion wurde die Regelung so gefasst, dass eine Sperrung aller Planungsbereiche eines KV-Bezirks wie in § 100 Abs. 2 SGB V vorgesehen, für die betroffene Arztgruppe nicht eintritt. Höchstens 70 v.H. der Bezirke einer KV dürfen nach dieser Regel gesperrt werden. Grundsätze der Niederlassungsfreiheit werden hierdurch gewahrt. Unterversorgte Gebiete werden nicht eingerechnet, da für diese eigene Steuerungskriterien z.B. § 100 Abs. 2 SGB V angelegt sind.

Der dem G-BA vom Gesetzgeber übertragene Gestaltungsspielraum wird hier auf zulässige Weise genutzt, um die Ziele des GKV-VStG sinnvoll umzusetzen. Auch das BSG hat in seiner Entscheidung vom 17.10.2007- B 6 KA 31/07- ausgeführt, dass das Instrument der Bedarfsplanung nach der Beurteilung des Gesetzgebers zur Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Bereich nach wie vor notwendig ist. Dieses Instrument kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und vor allem die kurzzeitige völlige Freigabe von Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Dieser Zweck wird durch die Versorgungssteuerungsregelung erreicht. Es handelt sich hierbei um eine Konkretisierung des gesetzgeberischen Willens durch untergesetzliche Normen und um die Umsetzung des gesetzlichen Auftrages an den G-BA, in der Richtlinie die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

Beispiel:

Eine KV oder ein Zulassungsbezirk verfügt über sieben Planungsbereiche. Um zusätzliche Sperrungen zu den schon ohnehin gesperrten Gebieten vornehmen zu können, müssen mindestens zwei Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100% aufweisen, unterversorgte Planungsbereiche sind nicht zu zählen. Sind für zwei Planungsbereiche Zulassungssperren angeordnet worden und weitere drei liegen zwischen 100 und 110%, können nur zwei Planungsbereiche zusätzlich gesperrt werden, da ansonsten die Zahl der gesperrten Planungsbereiche (5 von 7) 70 v.H. aller Planungsbereiche übersteigen würde.

Unter mehreren Planungsbereichen, die nach dieser Regelung gesperrt werden können, ist die Auswahl unter Versorgungsgesichtspunkten zu treffen.

2.15 Anlagen**ANLAGE 2:**

Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz verbundenen Möglichkeiten, auf regionaler Ebene in der Bedarfsplanung von den Vorgaben des G-BA abzuweichen (vgl. § 99 Abs. 1 Satz 3), macht eine Weiterentwicklung des Bedarfsplans und der Planungsblätter erforderlich.

Der Bedarfsplan (Anlage 2.1) soll, ebenso wie bisher, das zentrale Dokument für Entscheidungen im Bezug zur Bedarfsplanung sein. Neben der Dokumentation des aktuellen Standes der Versorgung (Anlage 2.2 und 2.3) soll hier zukünftig v.a. die regionale Versorgungssituation genauer beschrieben werden. Dazu sollen die zuständigen Stellen im Kapitel 1 „Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ärzte-ZV)“ die für die regionale ambulante Versorgung relevanten Informationen und Daten sammeln, auswerten und aufbereiten. Mögliche Grundlagen für die hier erstellten Analysen können z.B. das Landesarztregister, der Landeskrankenhausplan, weitergehende Informationen zu ermächtigten Instituten etc. sein.

Die Analyse der regionalen Versorgungssituation in Kapitel 1 bildet die Grundlage für das Kapitel 2 - „Bedarfsplanung“. Darin sollen die regionalen Erwägungen, die sich aufgrund der Analysen in Kapitel 1 ergeben, dokumentiert werden. Dazu gehören auch die Begründungen für mögliche regionale Abweichungen von den Vorgaben des G-BA. Diese Abweichungen sollen in Kapitel 2 begründet und in der ihnen zugrunde liegenden Methodik beschrieben werden.

Obleich sich die konkrete Versorgungssituation regelhaft verändert, ist davon auszugehen, dass Grundzüge der Versorgung und der regionalen Bedarfsplanung, die in Kapitel 1 und 2 beschrieben werden, mittelfristig stabil sind. Vor diesem Hintergrund sollen diese Kapitel i.d.R. nur alle 3 bis 5 Jahre angepasst werden. Sollten besondere Umstände (z.B. neue Verkehrswege, neue größere Versorgungseinrichtungen etc.) eine Anpassung erforderlich machen, ist diese jederzeit möglich.

Die Planungsblätter in Kapitel 3 (Anlage 2.2 und 2.3) sollen dafür sorgen, eine einheitliche Dokumentation der aktuellen Versorgungssituation zu gewährleisten. Sie sind an die Planungsblätter der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 (Anlage 2, 4, 6 und 7) angelehnt und fassen diese weitestgehend zusammen. Gleichzeitig geben sie den zuständigen Stellen vor Ort die Möglichkeit die regionalen Abweichungen vor Ort abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Möglichkeit gegeben die Arztgruppen und die Zuschnitte der Planungsbereiche zu

verändern. Ebenso besteht in Spalte 5 die Möglichkeit die kumulierte Wirkung regionaler Abweichungsfaktoren zu dokumentieren. Auf die Erfassung einzelner regionaler Abweichungsmöglichkeiten wurde verzichtet, da diese ggf. zu vielfältig werden können.

Auch in den Planungsblättern der Anlage 2.2. sollen die Begründungen für mögliche Abweichungen dokumentiert werden, wobei hier ggf. auf den Bedarfsplan (Kapitel 2) verwiesen werden kann.

ANLAGE 3.1

Da die Abgrenzung des BBSR der Gemeinden zu Mittelbereichen zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung auf dem Gebietsstand 31.Dezember 2009 basiert, konnte keine jüngere Abgrenzung zugrunde gelegt werden.

Eine Zuordnung der rd. 12.000 Gemeinden zu Mittelbereichen hätte den Rahmen der Richtlinie gesprengt, so dass anstelle dessen ein Verweis (Weblink) eingefügt wird. Um Planungs- und Rechtssicherheit bei den für die Bedarfsplanung maßgeblichen Raumeinheiten zu gewährleisten, wird die Referenzdatei auf die Homepage des G-BA gestellt, durch die Geschäftsstelle gepflegt und im Nachgang vom G-BA in Beschlüssen zur Raumgliederung angepasst.

ANLAGE 3.2

Bereits in der Richtlinie 2007 wurde der Kreis Region Hannover aus Gründen der Versorgungssteuerung auf Basis der Altkreise Hannover, Landkreis und Hannover, Landeshauptstadt beplant - entgegen des bei der Kreistypisierung des BBSR zugrunde gelegten Gebietsstands. Da mit einer kreisscharfen Planung zu befürchten ist, dass die für die ehemalige Landkreisbevölkerung vorzuhaltenden Ärztopotenziale in die Kernstadt abwandern, wurde die getrennte Beplanung in die aktuelle Richtlinie übernommen.

Analog zur Region Hannover wurde mit der Städteregion Aachen verfahren. Die Städteregion ist seit dem 21. Oktober 2009 Rechtsnachfolger des Kreises Aachen, der aufgelöst wurde und dessen neun Gemeinden mit der kreisfreien Stadt Aachen die neue Städteregion bilden. Aus den oben genannten Gründen der Versorgungssteuerung ist die Kreisreform ebenfalls nicht in Anlage 3.2 berücksichtigt worden.

Festgehalten wurde weiterhin an den Kreiszusammenfassungen (sog. Kreisregionen) des BBSR. Kreisregionen sind funktionalräumlich orientierte Zusammenfassungen. Sie tragen dazu bei, bundesweit vergleichbare Raumeinheiten herzustellen: Kleinere kreisfreie Städte unter 100.000 Einwohnern werden mit den ihnen zugeordneten Landkreisen zu Kreisregionen zusammengefasst. Entgegen der Vorgehensweise für die Regionen Hannover und Aachen soll hier der starken Mitversorgung der kreisfreien Städte für die (kleinen) Kragenkreise Rechnung getragen werden. Die ehemaligen Landkreise Aachen und Hannover sind hingegen so groß, dass eine Zentralisierung der Versorgung, die im Zuge der Zusammenlegung zu befürchten wäre, Mitversorgerbeziehungen induzieren würde, die insgesamt zu einer schlechteren Anbindung der Bevölkerung an die allgemeine fachärztliche Versorgung führen würde.

ANLAGE 4:

In der Anlage 4 werden die Leistungsbedarfsmessfaktoren, die Grundlage für die Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 sind, veröffentlicht. Sie werden im Abstand von 5 Jahren ggf. aktualisiert, sofern der G-BA dies beschließt. Darüber hinaus soll ein Rechenbeispiel helfen,

die Anwendung des Demografiefaktors für die Praktiker der Bedarfsplanung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

ANLAGE 5:

In der Anlage 5 werden die Grundlagen für die Ermittlung der Verhältniszahlen für die einzelnen Planungsgruppen transparent und nachvollziehbar dargestellt. Dabei wird deutlich, dass sich alle Verhältniszahlen systematisch herleiten lassen und keine Setzungen erfolgt sind. Der G-BA stellt damit u.a. eine klare Begründbarkeit der Verhältniszahlen sicher.

Als einzige Abweichung von dieser Systematik sind die Verhältniszahlen der Arztgruppe der Psychotherapeuten im Typ 4 und 5 (ländliche Regionen) zu nennen. Die Ermittlung einer Verhältniszahl im Rahmen der dargestellten Methodik führt hier wegen der historisch begründeten eher städtezentrierten Verteilung der Psychotherapeuten nicht zum gewünschten Ergebnis eines angemessenen Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung. Im Typ 5 wurde deshalb das Soll-Versorgungsniveau für diesen Regionstyp auf das bundesweit durchschnittliche Niveau angehoben. Gleichzeitig wird das Versorgungsniveau für den Typ 4 auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 aller anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben. Damit wertet der G-BA bewusst das Versorgungsniveau der ländlichen Regionen auf.

Bei der Bewertung des Versorgungsniveaus der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen, der Physikalischen- und Rehabilitationsmediziner und der Transfusionsmediziner ist der G-BA im Rahmen seines Ermessensspielraums zur Entscheidung gelangt, dass hier bereits zum Stichtag der Ermittlung der Verhältniszahlen (31. Dezember 2010) eine überdurchschnittliche Versorgungslage vorlag. Zu keinem Zeitpunkt sind Defizite in der Versorgung der Bevölkerung durch diese Arztgruppen deutlich geworden. Stattdessen war bereits in den vorhergehenden Jahren ein dynamisches Wachstum dieser Arztgruppen zu beobachten, das sich nicht alleine durch gestiegene Erfordernisse in der Versorgung der Bevölkerung begründen lässt. Vor diesem Hintergrund ist der G-BA in seinen Beratungen zu dem Ergebnis gekommen, das Versorgungsniveau zum Stichtag 2010 mit einem Versorgungsgrad von 110% zu bewerten.

ANLAGE 6

Mit der Neuausrichtung der Bedarfsplanung soll zur Herstellung von mehr Versorgungsgerechtigkeit und einer effizienteren Versorgungsorganisation den bekannten Schwächen eines gewachsenen Systems begegnet werden. Die bestehende Form der Bedarfsplanung, die auf einem nicht weiter fortgeschriebenem Raumkonzept (Siedlungsstrukturelle Kreistypen in neun Abgrenzungen) des BBSR basiert, bildet Mitversorgereffekte nur unzureichend ab. Um eine grundsätzlich flächendeckende und verteilungsgerechte fachärztliche Versorgung der Bevölkerung auch künftig sicherstellen zu können, musste ein neues Konzept entwickelt werden.

Hinsichtlich der Raumgröße wird die administrative Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für den Bereich der allgemeinen fachärztlichen (Grund-) Versorgung weiterhin als sinnvolle Planungsraumgröße angesehen. Auch wenn die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Grundgesetz verankert ist, wird im Zentrale-Orte-Konzept, welches in der Raumplanung die Versorgungsnetze für die Sicherung der Daseinsvorsorge durch Infrastrukturangebote mit

überörtlicher Bedeutung bildet, der Unterschiedlichkeit des Raums Rechnung getragen. Da das Versorgungsangebot ambulanter ärztlicher Leistungen stark korreliert mit anderen Versorgungsangeboten des periodischen Bedarfs, wurden aufgrund siedlungsstruktureller Ungleichheiten weiterhin unterschiedliche Kreistypisierungen vorgenommen, wobei eine Untergliederung in fünf Typen modifiziert nach dem BBSR-Konzept der Großstadtregionalen Zonen als angemessen angesehen wurde. Übertragen auf die Sicherstellung ambulanter Leistungen benötigt ein mitversorgter Kreis daher eine niedrigere Versorgungsdichte als eine mitversorgende Region, da sich im Ergebnis eine gegenseitige Kompensation ergibt. Hinsichtlich der Kreistypisierung, die in der Richtlinie 2007 zugrunde gelegt wurde, hatte das BBSR ein Top-down-Ansatz gewählt: der großräumige Kontext - repräsentiert durch den Regionsgrundtyp - prägt die Kategorisierung der dazu gehörigen Kreise. Der siedlungsstrukturelle Kreistyp enthielt somit implizit ein Lagekriterium. In der Neutypisierung ist die Blickrichtung geändert und ein Bottom-up-Ansatz gewählt worden. Dies bedeutet, dass für den neuen siedlungsstrukturellen Kreistyp somit nur Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen werden. Die Lagegunst oder -ungunst wird hingegen als eigenständige Dimension aufgefasst und in dem Nachfolge-Konzept der siedlungsstrukturellen Kreise nicht abgebildet. Aus Gründen der Rechtssicherheit wurde für die Bewertung der Versorgungsfunktion der Kreise weiterhin ein an ein amtliches Konzept assoziiertes Raumgliederungsmodell zugrunde gelegt. Ein für die ärztliche Bedarfsplanung unverändert übertragbares Konzept auf Kreisebene fand sich jedoch nicht. Da das Konzept der Großstadtregionen des BBSR die Siedlungsstruktur und Lagegunst gemeinsam abbildet, allerdings in der räumlichen Abgrenzung der Gemeindeverbände, wurde dieses dergestalt modifiziert, dass auch auf Ebene der Kreise Aussagen zur Versorgungsfunktion getroffen werden können. Insbesondere der ländlich periphere Raum, dessen Eigenversorgungscharakteristik im alten Konzept nur unzureichend abgebildet wird, erfährt im neuen Konzept eine Aufwertung, um die Anbindung der Bevölkerung an die ambulante fachärztliche Versorgung zu verbessern.

Sofern es sich um Mischkreise handelt, deren Bevölkerung sich in Gemeindeverbänden mit unterschiedlicher BBSR-Typisierungen differenziert, wurde eine direkte Zuordnung der Kreise zu einem Typ vorgenommen, sofern die Bevölkerung mehrheitlich in einem der fünf Versorgungszonen liegt. Ziel war es, dass bei der Typisierung in der Richtlinie die Grundcharakteristik eines Raums widergespiegelt wird. Eine Typisierung auf Basis des kalkulierten einwohnergewichteten Versorgungsniveaus in den jeweiligen Versorgungszonen hätte bei Vorliegen einer Majorität aufgrund der hohen Spreizung der zugrunde gelegten Niveaus für die jeweiligen Typen nach umfassenden Analysen zu Verwerfungen geführt, die der Versorgungsfunktion dieser Räume nicht gerecht geworden wäre.

2.16 Würdigung der Stellungnahmen

Gemäß § 91 Abs. 5, Abs. 5a SGB V wurde der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 14. November 2012 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 11. Dezember 2012. Die Anhörung zum Entwurf der BPL-Richtlinie fand am 17. Dezember 2012 statt.

I. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Bundesärztekammer (BÄK) 11.12.2012

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 11.12.2012

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben vom 11. Dezember 2012 mitgeteilt, dass er keine Stellungnahme zu dieser Richtlinienänderung abgibt.

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“). Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den schriftlichen Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die Neufassung der BPL-RL:

Die Kinderärzte werden nicht der hausärztlichen Versorgung (§ 11), sondern der allgemeinen fachärztliche Versorgung (§ 12) zugeordnet.

In § 29 wird der Begriff „vermuten“ durch den Begriff „anzunehmen“ ersetzt. Der gleiche Begriff wird für die Definition der Überversorgung verwendet.

In § 66 wird der Zeitraum auf 3 Jahre verkürzt.

Darüber hinaus wurden redaktionelle Änderungen vorgenommen und ein Übertragungsfehler korrigiert.

II. Mündliche Stellungnahme

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat auch nach Kenntnisnahme des Wortprotokolls keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung wahrgenommen.

Eine weitergehende schriftliche Auswertung wird daher für entbehrlich gehalten.

2.17 Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen wurden keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) begründet, geändert oder abgeschafft. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung nach 1. Kapitel § 5a VerfO i. V. m. § 91 Abs. 10 SGB V.

3 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.01.2012		Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat in neuen gesetzlichen Vorgaben dem G-BA aufgegeben, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie insbesondere eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder einzuführen.
22.02.2011 02.05.2011 19.09.2011 11.11.2011 12.12.2011	UA BPL	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO zur Vorbereitung einer Neufassung
17.09.2012	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe Redaktionsarbeit
05.11.2012	UA BPL	Beratung der Ergebnisse der AG Redaktionsarbeit BPI-RL
17.01.2012 08.02.2012 27.03.2012 25.04.2012 15.05.2012 22.06.2012 31.07.2012 13./14.08.12 20.08.2012 17.09.2012 16.10.2012 05.11.2012	UA BPL	Beratungen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch das GKV-VStG insbesondere zu <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsebenen • Arztgruppen • Planungsbereichen, • Kreistypenmodellen, • Verhältniszahlen • Bedarfsmodifizierenden Faktoren (z.B. Demografiefaktor),

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
12.11.2012	UA BPL	<p>Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) für folgende Stellungnahmeberechtigten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesärztekammer (BÄK) • Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) • Bundesdatenschutzbeauftragter (BfDI)
17.12.2012	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
17.12.2012	UA BPL	Anhörung
17.12.2012	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, tragende Gründe, ZD)
20.12.2012	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der BPL-RL
21.12.2012		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
31.12.2012		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
01.01.2013		Inkrafttreten

4 Fazit

[Der G-BA hat am 20. Dezember 2012 die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen und nach § 94 Absatz 1 SGB V dem Bundesministerium der Gesundheit vorgelegt.]

Berlin, den 20. Dezember 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken