

Bedarfsplanung

Verhältniszahlen am Bedarf ausrichten

Das lange erwartete Gutachten zur Umgestaltung der Bedarfsplanung liegt nun vor. Seine Autoren schlagen neue Verhältniszahlen und eine Berücksichtigung von Mitversorgereffekten vor. Um mehr Ärzte in unterversorgte Regionen zu bringen, fordert G-BA-Chef Hecken unterdessen einen Abbau von Arztsitzen in überversorgten Regionen.

Bis zum 30. Juni 2019 soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach dem Willen des Gesetzgebers die Bedarfsplanung reformieren und dabei die Sozial- und Morbiditätsstruktur der Bevölkerung berücksichtigen. Ein vom G-BA in Auftrag gegebenes Gutachten, das die wissenschaftliche Grundlage dafür liefern soll, liegt nun vor. Die Gutachter empfehlen darin unter anderem eine Neuberechnung der Verhältniszahlen zwischen Arzt und Patient auf der Grundlage einer Bedarfsanalyse sowie die Einbeziehung von Mitversorgereffekten aus dem Umland.

Der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Prof. Josef Hecken, betonte am 15. Oktober bei der Vorstellung des Gutachtens in Berlin, dass eine Novellierung der Bedarfsplanung nur eine Zwischenstation

darstelle. „Denn dann beginnt das große Problem: Wir haben zwar mehr Zulassungsmöglichkeiten, aber wir wissen nicht, woher wir die Ärzte nehmen sollen.“ Das Problem verschärfe sich, wenn man die Altersstruktur der Ärzte betrachte. „Es kommen dramatische Altersabgänge auf uns zu, die zusätzlich ersetzt werden müssen“, betonte der G-BA-Vorsitzende.

Überversorgung abbauen

Um dieses Problem zu lösen, muss Hecken zufolge die punktuelle Überversorgung im ambulanten Bereich angegangen werden. „Die Politik muss sich ernsthafter als in der Vergangenheit mit der Frage beschäftigen, wie es gelingen kann, die Überversorgung dort, wo sie ohne Zweifel besteht, abzubauen“, sagte er. Zum Beispiel in Städten wie München oder Berlin hätten sich

viele Ärzte in attraktiven, deutlich überversorgten Stadtteilen niedergelassen und könnten ihren Arztsitz weitervererben oder -verkaufen. „Wenn wir es nicht schaffen, die zum Teil signifikante Überversorgung in Ballungszentren zu beseitigen, werden wir das Potenzial nicht haben, um Arztsitze auf dem Land zu besetzen“, so Hecken.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hamburg, Dr. med. Walter Plassmann, war allerdings anderer Meinung. „Der Glaube, dass man durch Wegnahme von Arztsitzen in überversorgten Regionen in anderen Gebieten Versorgung schaffen kann, ist ein Irrglaube“, meinte er.

Der Kern des „Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung“ ist die Neuberechnung der Verhältniszahlen zwischen Ärzten und Patienten, für die erstmals ein

TABELLE

Abschätzung des Bedarfs an zusätzlichen Arztkapazitäten durch die Reformvorschläge

Arztgruppe	Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung:					
	der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen		der neu berechneten Verhältniszahlen		neu berechneter Verhältniszahlen und Gravitationsmodell	
	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad	bei 100 % Versorgungsgrad	bei 110 % Versorgungsgrad
Hausärzte	849	2585	1400	3574	4098	7058
Frauenärzte	4	21	91	371	876	1316
Kinderärzte	3	8	70	171	510	713
Augenärzte	16	39	105	289	368	567
Chirurgen	3	7	38	63	100	163
HNO	21	40	86	245	226	354
Hautärzte	21	36	77	207	205	299
Nervenärzte	2	7	163	245	313	443
Orthopäden	0	3	43	191	187	308
Urologen	1	4	43	119	154	201
Psychotherapeuten	641	1158	1157	1674	1674	2413

Quelle: G-BA

Versorgungsbedarf errechnet wurde. Um auf der Grundlage dieser neuen Verhältniszahlen einen Versorgungsgrad von 100 Prozent zu erhalten, müssten deutschlandweit demnach 1 400 zusätzliche Hausärzte Patienten versorgen. Unter Berücksichtigung der Mitversorgereffekte müssten es 4 098 sein. Die Gutachter haben zudem die Zahl zusätzlich notwendiger Ärzte errechnet, wenn ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht werden soll (siehe Tabelle).

„Die Abschätzung der zusätzlichen Arztkapazitäten zeigt, dass die Reformvorschläge nur eine relativ geringe Anpassung der aktuellen Versorgungslage implizieren“, schreiben die Gutachter. „Diese geringen Effekte begründen sich in den nach aktuellem Planungsverfahren hohen Versorgungsgraden.“

Um sich dem Versorgungsbedarf anzunähern, bezogen die Gutachter das Alter und das Geschlecht der Patienten sowie klassifizierte Krankheitsgruppen und die Multimorbidität in ihre Analyse mit ein. Dabei verwendeten sie „Individualdaten aus dem ambulanten Abrechnungsgeschehen“.

Zudem ordneten sie den jeweiligen Krankheiten die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die

Behandlung vorgesehene Behandlungszeit zu. In diesem Zusammenhang wiesen sie darauf hin, dass die jeweilige Arbeitszeit der Ärzte variieren könne, da im Rahmen der Bedarfsplanung kein Maßstab existiere, welcher dem Leistungsumfang einer vollen Arztkapazität für die Versorgung von GKV-Versicherten entspreche. Die Bestimmung eines etwa durchschnittlichen Versorgungsauftrags je Arztsitz sei für die Planung benötigter Arztkapazitäten jedoch erforderlich.

Um die Mitversorgereffekte zu berücksichtigen, „haben wir einen Zirkelschlag um jeden Patienten gezogen und geprüft, welche Ärzte er innerhalb einer bestimmten zeitlichen Frist erreichen kann“, erklärte Prof. Dr. rer. oec. Leonie Sundmacher von der Ludwig-Maximilians-Universität München, eine der Autorinnen des Gutachtens, auf der Herbsttagung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 10. Oktober in Berlin. Mit diesem Gravitationsmodell seien weitere Arztbedarfe errechnet worden.

In dem Gutachten wurde auch untersucht, wie gut die Erreichbarkeit von Vertragsärzten im internationalen Vergleich ist. Demnach erreichen 99,8 Prozent der Deutschen innerhalb von maximal zehn Minu-

ten einen Hausarzt. „Das Gutachten zeigt: Im Grunde ist die ambulante Versorgung in Deutschland heute gut bis sehr gut“, kommentierte der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Stephan Hofmeister, auf der Herbsttagung. „Das sollte uns die Leitlinie für jede Veränderung sein. Wenn es einem sehr gut geht, sollte man Änderungen mit Vorsicht vornehmen.“

Demografiefaktor verfeinern

Hofmeister betonte, dass mit denen geplant werden müsse, die die Versorgung vornähmen. „Die Frage der Stundenzahl ist dabei enorm wichtig“, sagte er. „Die Köpfe stimmen schon lange nicht mehr. Hier wird eine modifizierte Betrachtungsweise notwendig sein.“

Dr. Thomas Uhlemann vom GKV-Spitzenverband erklärte, welche Vorschläge der G-BA aus seiner Sicht umsetzen sollte. „Wir werden etwas machen bei der Demografie und der Morbidität“, sagte er bei der Vorstellung des Gutachtens. Bei der letzten Novellierung der Bedarfsplanung war der Demografiefaktor modifiziert worden, mit dem seither zwischen Menschen unter und über 65 Jahren unterschieden wird (siehe Kasten). „Das werden wir sicherlich feiner fassen“, so Uhlemann. Und auch bei der Quotenbildung werde sich etwas verändern.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz will es die Bundesregierung dem G-BA ermöglichen, Untergruppen großer Facharztgruppen zu bilden und zu quotieren. Hecken nannte ein Beispiel: Es komme vor, dass ein Kardiologe einen internistischen Arztsitz erhalte, obwohl in der Region ein Rheumatologe dringender gebraucht werde. „Deshalb fordern wir schon lange, Unterquoten bilden zu können, denen zufolge es zum Beispiel maximal 30 Prozent Kardiologen in einer internistischen Gruppe geben darf“, so Hecken.

Unklar bleibt zunächst, wie der G-BA mit der Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren bei der Bedarfsplanung umgehen wird. Der Gesetzgeber hatte ihre Einbeziehung vorgeschrieben, die Gutachter lehnen sie jedoch ab. **Falk Osterloh**

Entwicklung der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung wurde Anfang der 1990er-Jahre eingeführt, um die Niederlassung von Ärzten zu steuern und eine Überversorgung in bestimmten Regionen zu verhindern. Dafür wurde zum 31. Dezember 1990 das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten errechnet. Diese Verhältniszahlen gelten grundsätzlich noch heute. Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2011 aufgetragen, die Bedarfsplanung zu flexibilisieren. Die entsprechende Novellierung trat zum 1. Januar 2013 in Kraft.

Mit ihr wurde der Zuschnitt der Planungsbezirke geändert. Dabei galt: Je spezialisierter die Gruppe, desto größer der Bereich, in dem geplant wird. Neuer Planungsbereich für die Hausärzte war beispielsweise der Mittelbereich. Zudem wurden alle Facharztgruppen in die Bedarfsplanung mit einbezogen, also in ihren Zu-

lassungsmöglichkeiten begrenzt. Auch ermächtigte Ärzte wurden in die Bedarfsplanung mit einbezogen. Auf Landesebene konnte dabei von den Vorgaben der Richtlinie abgewichen werden, wenn es Gründe gab, zum Beispiel eine hohe Zahl alter oder arbeitsloser Menschen. Den Demografiefaktor, dem zufolge sich die Zahl der Arztsitze in einem Planungsbereich auch an der Altersstruktur der Bevölkerung orientiert, beschloss der G-BA im Jahr 2010.

Bereits zwei Jahre nach der Novellierung erhielt der G-BA im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den Auftrag, die Bedarfsplanung erneut weiterzuentwickeln und neben der demografischen Entwicklung eines Planungsbezirkes auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs und der Weiterentwicklung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen.