

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung

Gemeinsamer Bundesausschuss am 15.10.2018 in Berlin

Leonie Sundmacher
Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München



Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V (Juli 2018)

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung

Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management
WIG2-Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine
Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München
37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln

Version: 2.0, 12. Juli 2018, TB 37G



Ludwig-Maximilians-Universität München
Fachbereich Health Services Management
Teile A und B

WIG2-Wissenschaftliches Institut
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig
Teile A und C

Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit
Teile C und E

Universitätsmedizin Greifswald
Institut für Community Medicine
Teile D und E

Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München
Teil F

37 Grad
Analyse und Beratung GmbH Köln
Projektmanagement/
Gutachtenredaktion

Gutachten abrufbar unter folgendem Link: www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3493/

Inhalte des Gutachtens

- **Teil A.1** Bewertung des Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- **Teil A.2** Bewertung der bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung
- **Teil B** Ermittlung des Versorgungsbedarfs und Berechnung von Verhältniszahlen
- **Teil C** Strukturierung der räumlichen Verteilung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots
- **Teil D** Grundlagen zur Planungssystematik von unterschiedlichen Versorgungsangeboten und Spezialisierungen
- **Teil E** Ländervergleich und Best-Practice
- **Teil F** Juristische Bewertung

A.1.1 bis 3: Zugangsbegriff

- Unterscheidung zwischen potenziellem und tatsächlichem Zugang – Begriff als Überwindung verschiedener Barrieren
- Rahmenbedingungen des Versorgungssystems ermöglichen Eintritt
→ Erreichbarkeit und Wartezeiten.
Konzepte der Erreichbarkeit und Wartezeiten werden systematisch verglichen
- **Empfehlung:** Standards für Erreichbarkeiten sowie für Wartezeiten festlegen. Auch in Mitversorgungsbeziehungen relevant. Akzeptable Wartezeiten im Zusammenhang mit der Dringlichkeit des medizinischen Problems bestimmen
- **Empfehlung:** nur kleinräumige, multidimensionale Betrachtung konkurrierender Indikatoren unter Beachtung von empirischen Grenzwerten / Standards ermöglicht Bewertung
→ **Zugangs-Monitoring** (beispielsweise in Bedarfsplänen)

A.1: Realisierte Wegzeiten auf Bundesebene

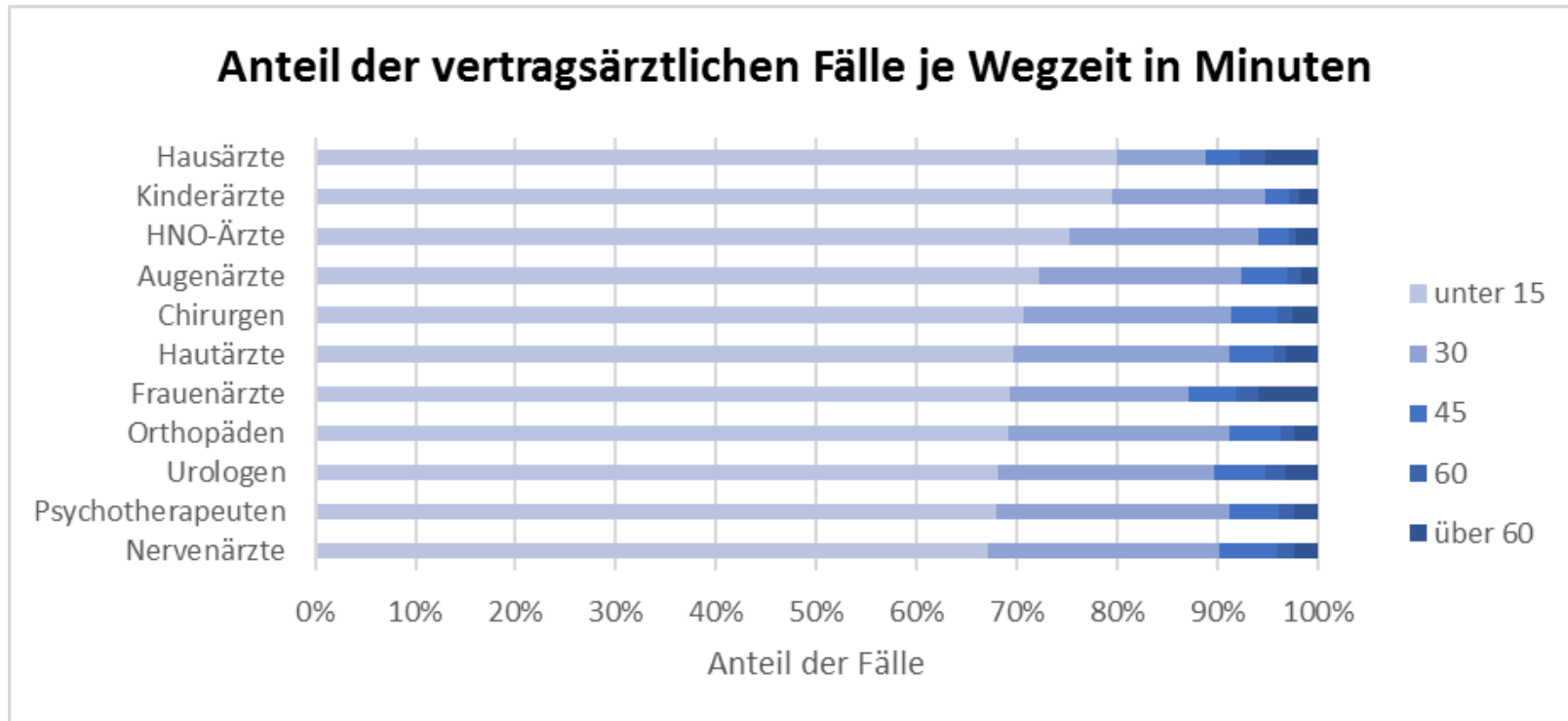
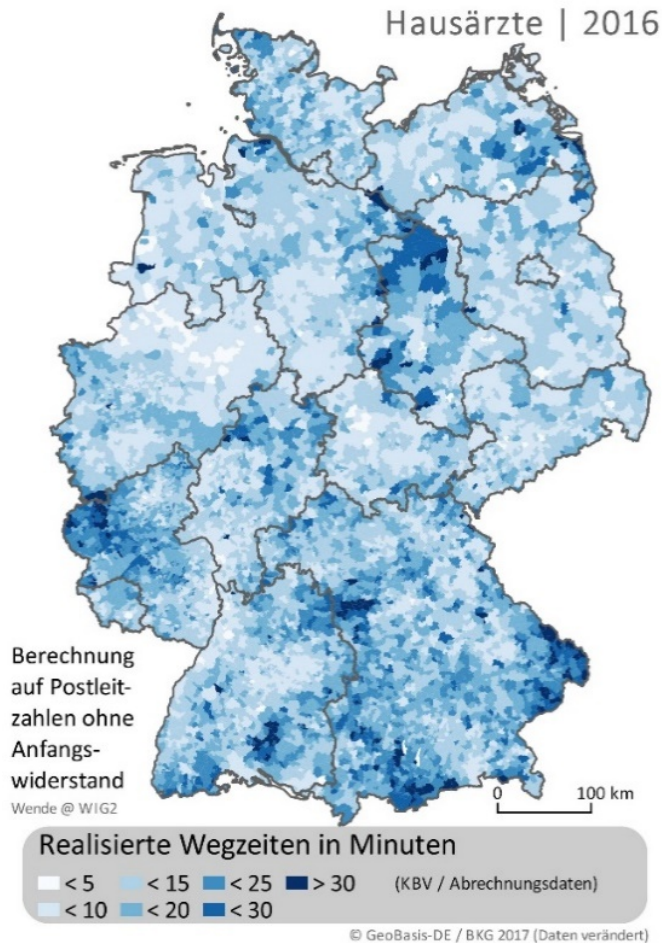


Abbildung A.1.2: Anteil der vertragsärztlichen Fälle je Wegzeit für hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung in 2015 (Angabe in PKW-Fahrzeitminuten), siehe S. 43

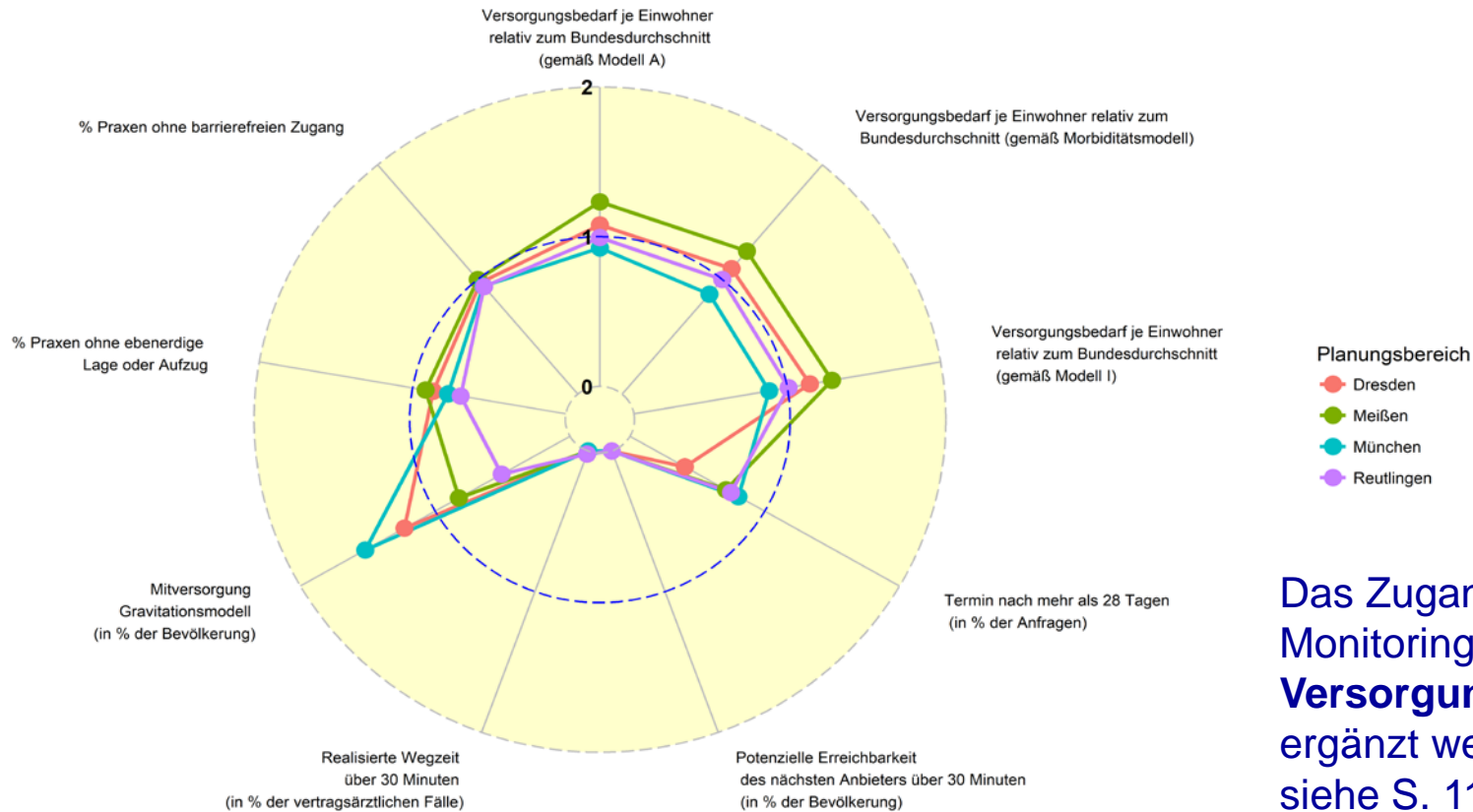
A.1: Realisierte und potenzielle Wegzeiten



siehe S. 46 und 49

Bewertung von Wartezeiten auf ambulant ärztliche Termine ab S. 67

A.1: Empfehlung – Zugangs-Monitoring



Das Zugangs-Monitoring kann um **Versorgungsziele** ergänzt werden, siehe S. 113

Abbildung A.1.31: Zugangs-Monitoring für Augenärzte mit Zugangs-Standards und regionalem Versorgungsbedarf, siehe S. 111

A.2: Bewertung der Instrumente der Bedarfsplanung

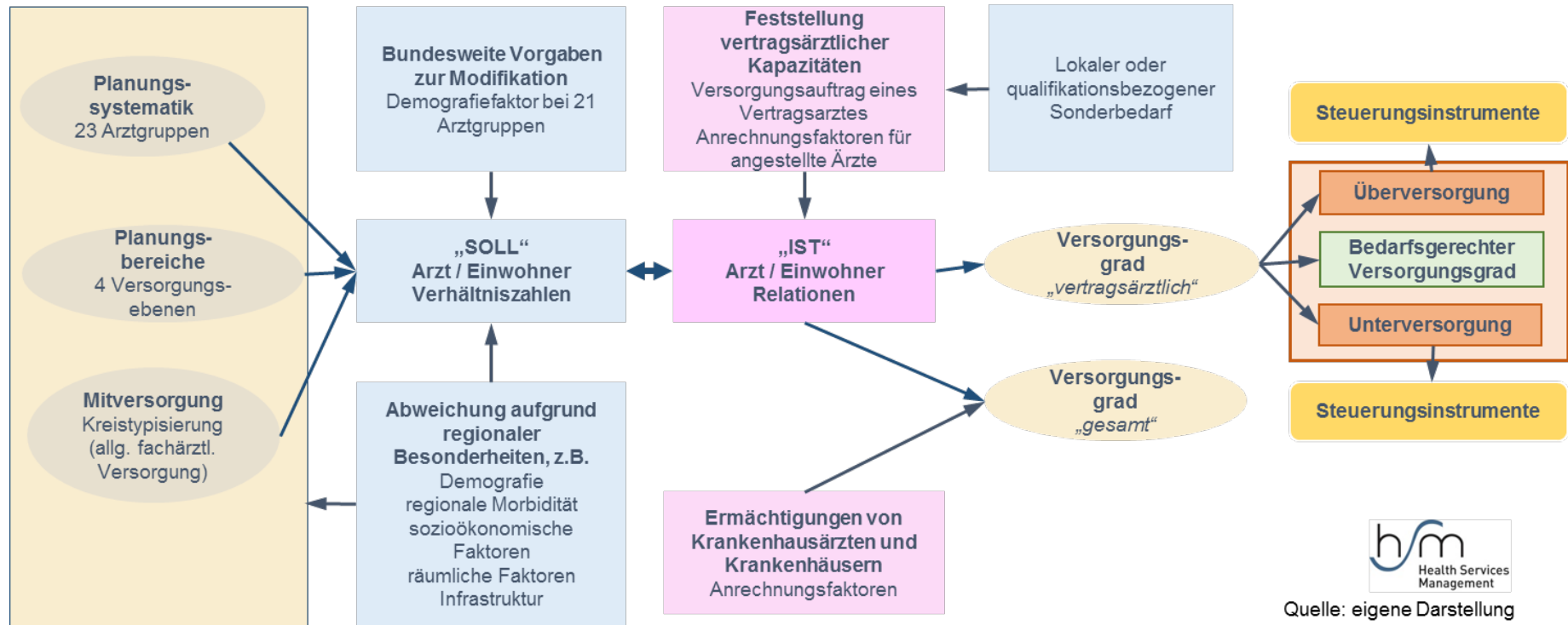


Abbildung A.2.1: Bestehendes System der Bedarfsplanung, siehe S. 130

A.2: Bewertung der Instrumente der Bedarfsplanung

- Systematisierung nach fünf Steuerungsfunktionen (ab S. 126)

Instrumente zur

- Feststellung des Versorgungsbedarfs (S. 138 ff.)
 - Steuerung der räumlichen Verteilung von Vertragsärzten (S. 161 ff.)
 - Planungssystematik (S. 174 ff.)
 - Feststellung ärztlicher Kapazitäten (S. 177 ff.)
 - Steuerung bei festgestellter Überversorgung oder Unterversorgung (S. 186 ff.)
- Bewertung anhand von abgeleiteten Kriterien (S. 129 ff.) sowie Befragung von Institutionen, Akteuren und Experten (S. 134 ff.)

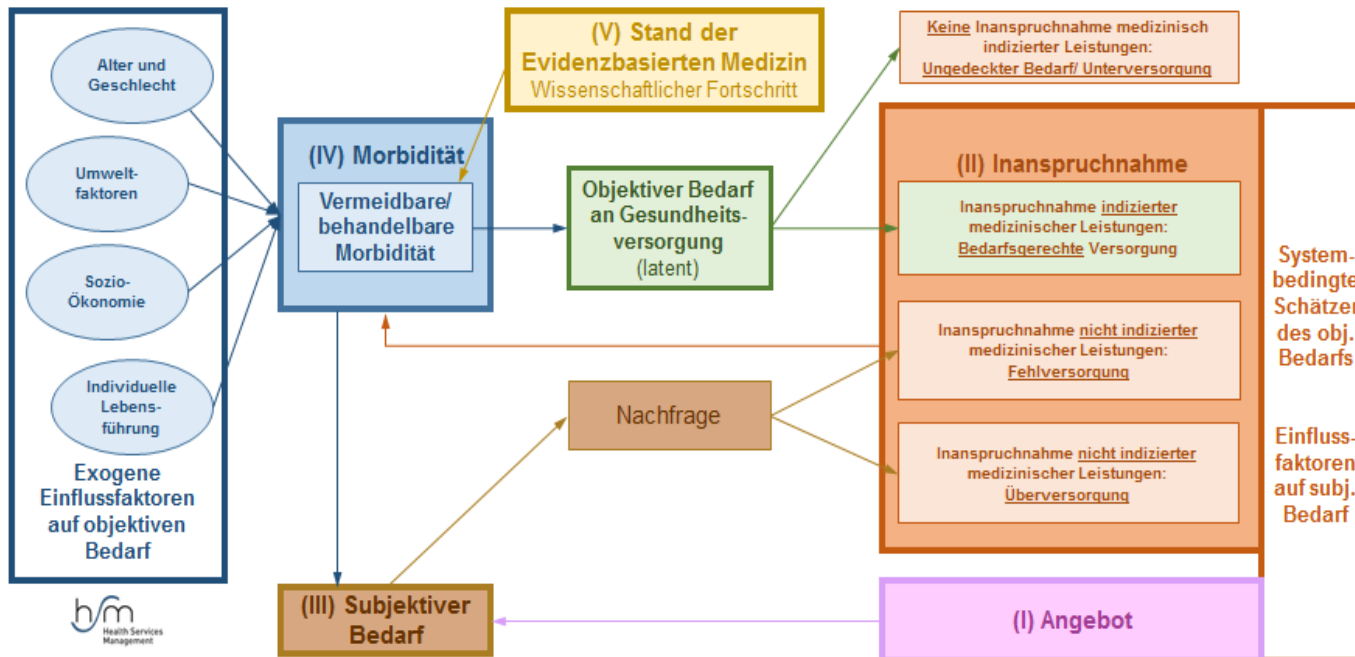
A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen legen eine arztgruppenspezifische Kapazität fest, die dem Versorgungsbedarf einer bestimmten Bevölkerung entsprechen soll
- GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG): Einführung des deskriptiven Demografiefaktors mit Verteilungseffekt und leichtem Kapazitäteneffekt ist positiv
- Demografiefaktor erfasst nur altersbedingte Veränderungen der Inanspruchnahme in der Altersgruppe der unter 65-Jährigen im Verhältnis zu den 65-Jährigen und älteren Patienten
- GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG): Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur auf bundesweiter Ebene einbeziehen. Vorschlag im vorliegenden Gutachten (differenzierte Auseinandersetzung im Teil B ab S. 216)

A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- **Empfehlung:** Signifikante **Veränderungen des Versorgungsbedarfs je Einwohner** etwa im Zuge der Alterung der Gesellschaft und im Zusammenhang mit der langfristigen Zu- oder auch Abnahme bestimmter Krankheitsbilder sollten in den Verhältniszahlen berücksichtigt werden (siehe S. 138 ff. sowie für die Operationalisierung ab S. 216 und ab S. 674 für die rechtliche Beurteilung)
- **Empfehlung für Umsetzung:** Berücksichtigung von **Alters- und Geschlechtsgruppen** und **Morbidität** operationalisiert als Krankheitsgruppen und Multimorbidität in der Schätzung des Versorgungsbedarfs
- **Empfehlung:** Determinanten des Versorgungsbedarfs sollten gemäß bundesweit **einheitlicher Methodik** berücksichtigt werden, sodass Patienten mit vergleichbarer Morbidität unabhängig vom Wohnort ein vergleichbarer Versorgungsbedarf zugewiesen wird

B: Konzeptionelle Grundlagen zur Schätzung des Versorgungsbedarfs



Dem realistischen Ansatz folgend wird der **Begriff des Bedarfs** an einer spezifischen Leistung als die minimale Menge an Ressourcen definiert, um den erwarteten Nutzen beziehungsweise das gesundheitsorientierte Nutzenpotenzial einer Person (Capacity to Benefit) von Versorgung vollständig zu decken (Culyer 1995), siehe S. 222 ff.

Abbildung B.5: Einflussfaktoren auf den objektiven Versorgungsbedarf, siehe S. 225

B: Schätzung des Versorgungsbedarfs

	Morbidität basierend auf Kontakt oder Diagnosen bei ambulanter Inanspruchnahme auf Patientenebene					Morbiditätsmaße auf regionaler Ebene		Sozioökonomische Faktoren auf regionaler Ebene				
	AGG	KG-Gruppen	Multimorbidität	Mitlaufende Diagnose	Kurz, mittel, lang	YLL	Aggregierte DALY-Gewichte	ALQ	Haushaltseinkommen	Ohne Bildungsabschluss	Depriv.I	Depriv.II
A	x											
B	x	x										
C	x	x	x									
D	x	x	x	x								
E	x	x	x	x		x						
F	x	x	x	x			x					
G	x	x	x	x		x	x					
H	x		x		x							
I	x	x	x	x				x				
J	x	x	x	x				x	x			
K	x	x	x	x				x		x		
L	x	x	x	x				x	x	x		
M	x	x	x	x							x	
N	x	x	x	x								x

Tabelle B.4: Modelle mit der abhängigen Variable ärztlicher Leistungsaufwand, siehe S. 247

Insgesamt wurden 1.147 Modelle zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs berechnet. Die Ergebnisse sind im Gutachten ab S. 286 zu finden.

B: Konzeptionelle Grundlagen zur Schätzung des Versorgungsbedarfs

Kriterien zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs	
1 konzeptionelle Grundlagen	Kriterien
B1.1 Auswahl der Bedarfsindikatoren	begründete Auswahl und Operationalisierung der Bedarfsindikatoren
B1.2 Abhängigkeit der Bedarfsindikatoren	Prüfung der (konzeptionellen) Abhängigkeit des Bedarfsindikators vom Angebot unabhängig vom Versorgungsbedarf
B1.3 Quantifizierung des Versorgungsbedarfs	Bezug zu dem für die Erfüllung des Versorgungsbedarfs durchschnittlich erforderlichen Zeitaufwand eines Vertragsarztes
2 Datengrundlage	Kriterien
B2.1 Verfügbarkeit	Verfügbarkeit der Datengrundlage für Zwecke der Bedarfsplanung
B2.2 Aktualität	regelmäßige Erhebung der Datengrundlagen, auch in absehbarer Zukunft
B2.3 externe Validität	möglichst umfassende und exakte Abbildung der Population in den zu planenden Räumen gemäß Planungszielen
B2.4 interne Validität	zweckmäßige und konsistente Quantifizierung der vorgesehenen Merkmale
B2.5 Reliabilität	inhaltliche Stabilität der quantifizierten Merkmale im Zeitverlauf
3 Machbarkeit	Kriterium
B3.1 Arztkapazitäten	Übersetzung des geschätzten Versorgungsbedarfs in Arztkapazitäten möglich
4 Modellierung	Kriterien
B4.1 statistisches Modell	angemessene Auswahl des statistischen Modells
B4.2 Ebene der Analyse	ökologische Fehlschlüsse möglichst vermeiden
5 Zukunftsfähigkeit	Kriterium
B5.1 zukünftige Veränderungen	Prognosen zum Versorgungsbedarfs können in der Planung berücksichtigt werden

Tabelle B.1: Kriterien zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs, siehe S. 234

B: Beispiele für Determinanten des Versorgungsbedarfs

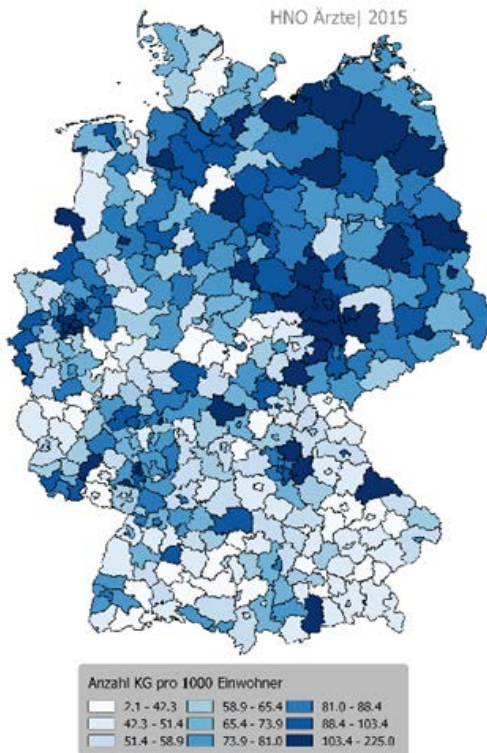


Abbildung B.9: Verteilung der Krankheitsgruppen je 1.000 Einwohner bei HNO-Ärzten, siehe S. 263

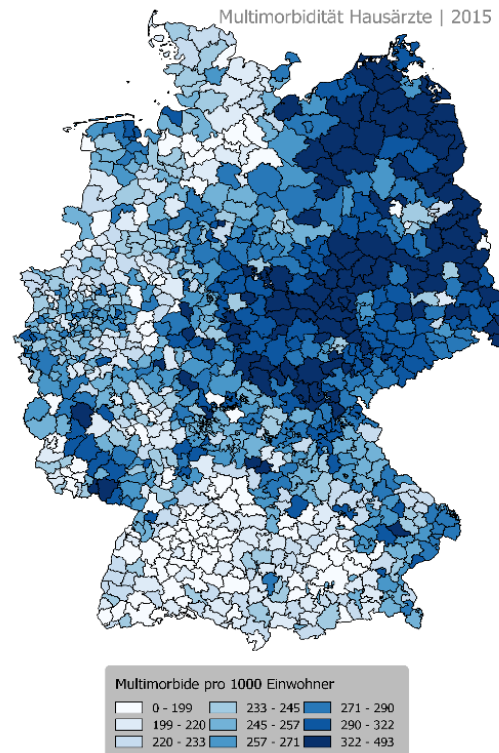


Abbildung B.11: Anzahl der multimorbiden Patienten je 1.000 Einwohner bei Hausärzten im Jahr 2015, siehe S. 267

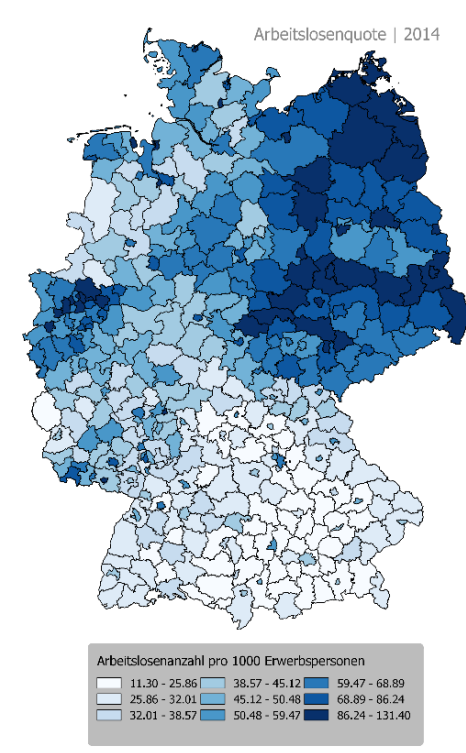


Abbildung B.13: Verteilung der sozioökonomischen Variable Arbeitslosenzahl je 1.000 Einwohner, siehe S. 273

Eigene Darstellung

B: Neuberechnete Verhältniszahlen der hausärztlichen Versorgung des favorisierten Modells ohne Berücksichtigung von Mitversorgung

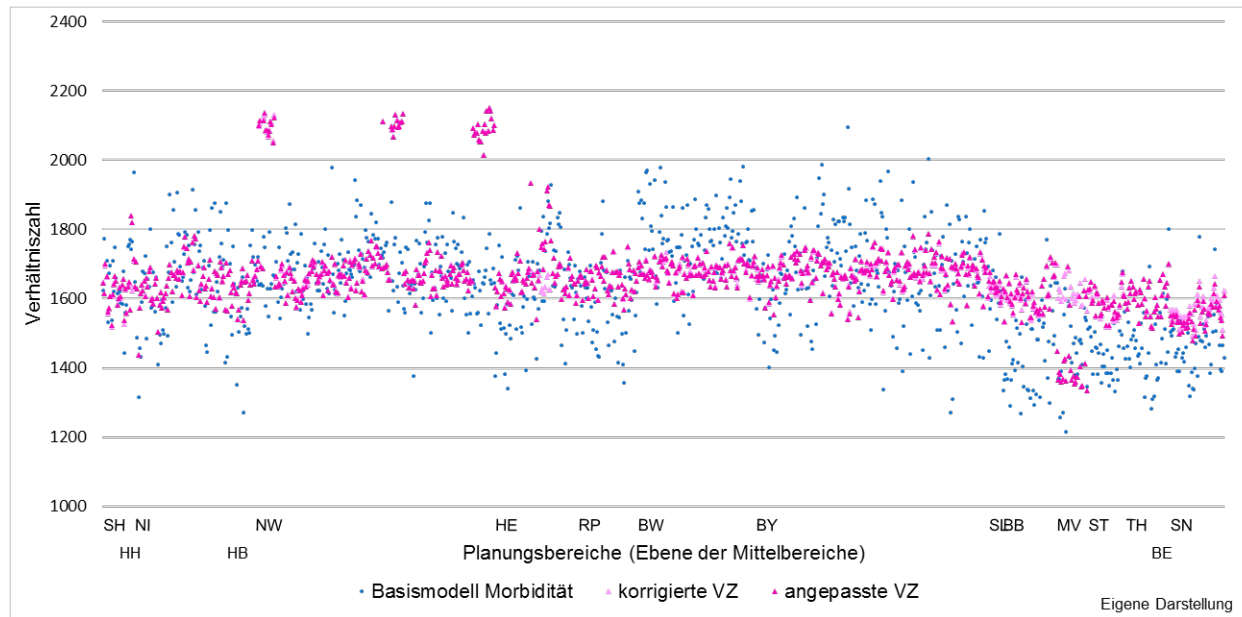


Abbildung B.23: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 297

B: Neuberechnete Verhältniszahlen der augenärztlichen Versorgung des favorisierten Modells ohne Berücksichtigung von Mitversorgung

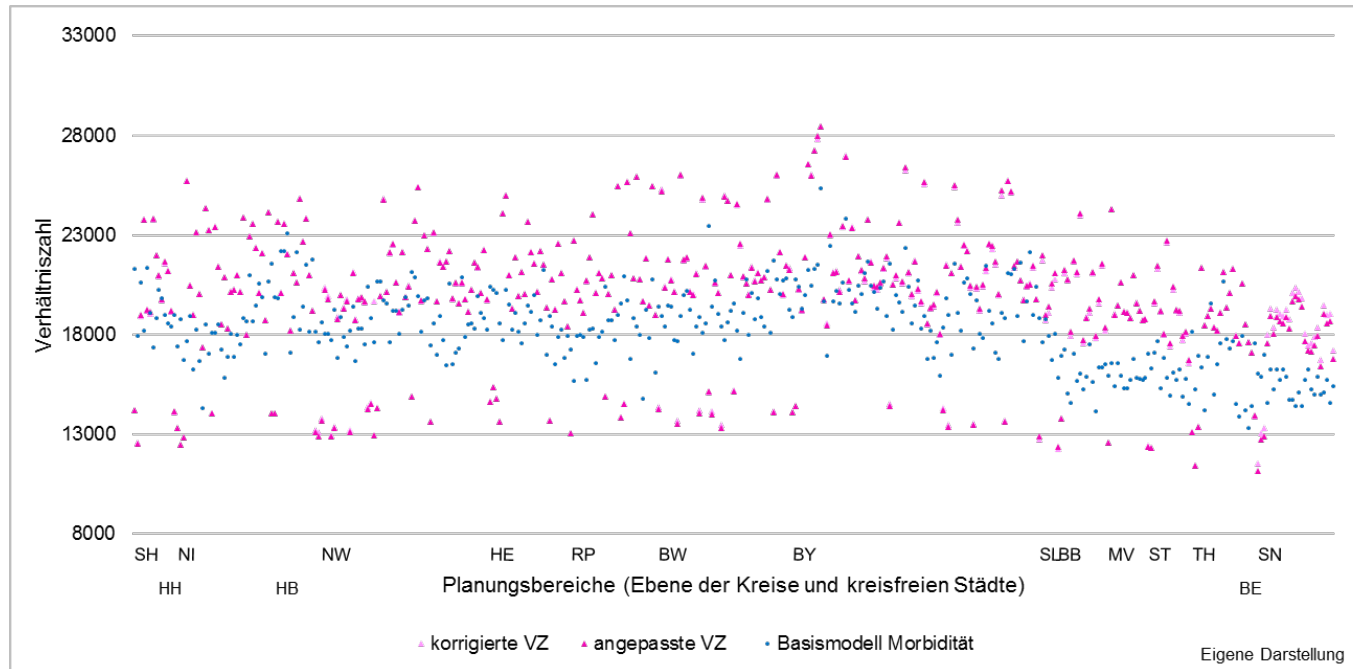


Abbildung B.24: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der Augenärzte im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen, siehe S. 298

A.2 und B: Feststellung des Versorgungsbedarfs

- **Empfehlung: Regionale Besonderheiten** sollten gezielt weiterentwickelt und genutzt werden, wenn etwa regionalspezifische Vorgaben oder historisch gewachsene Versorgungs- und Infrastruktur berührt werden (S. 149 ff.)
- **Empfehlung:** Berücksichtigung von zukünftigen Entwicklungen in ‚**prospektiver Bedarfsplanung**‘ (S. 313 ff.)

B: Verhältniszahlen und Prognosen

Abbildung B.42:
18 Szenarien der Bevölkerungsentwicklung
in Deutschland, siehe S. 318 →

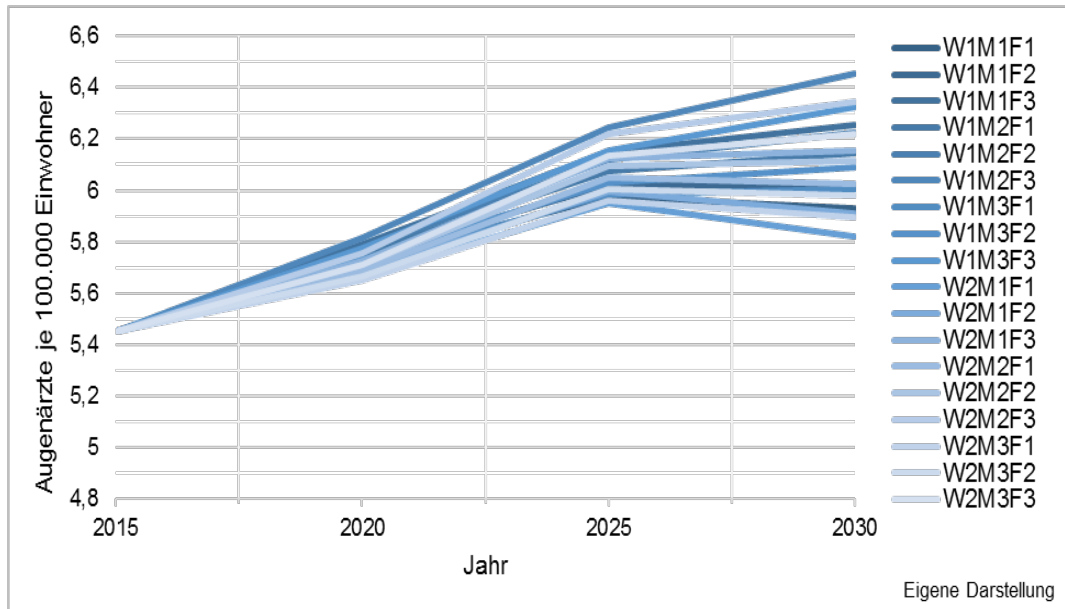
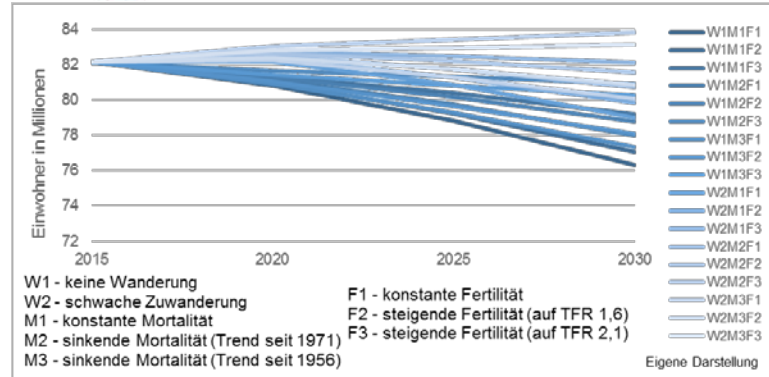
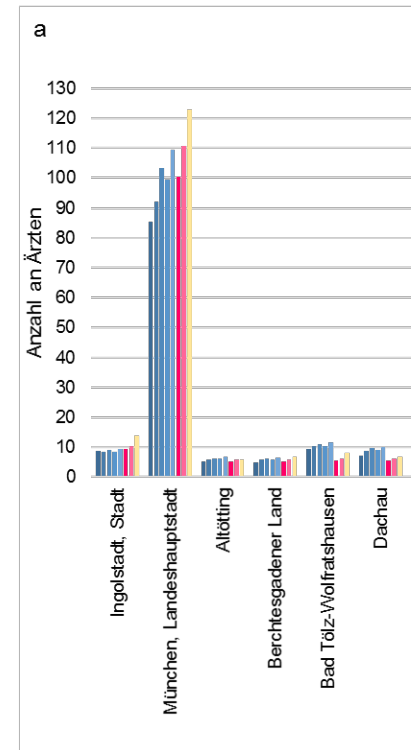


Abbildung B.44: Entwicklung des geschätzten Bedarfs an
Augenärzten bis 2030 (bevölkerungsstandardisiert), siehe S. 321

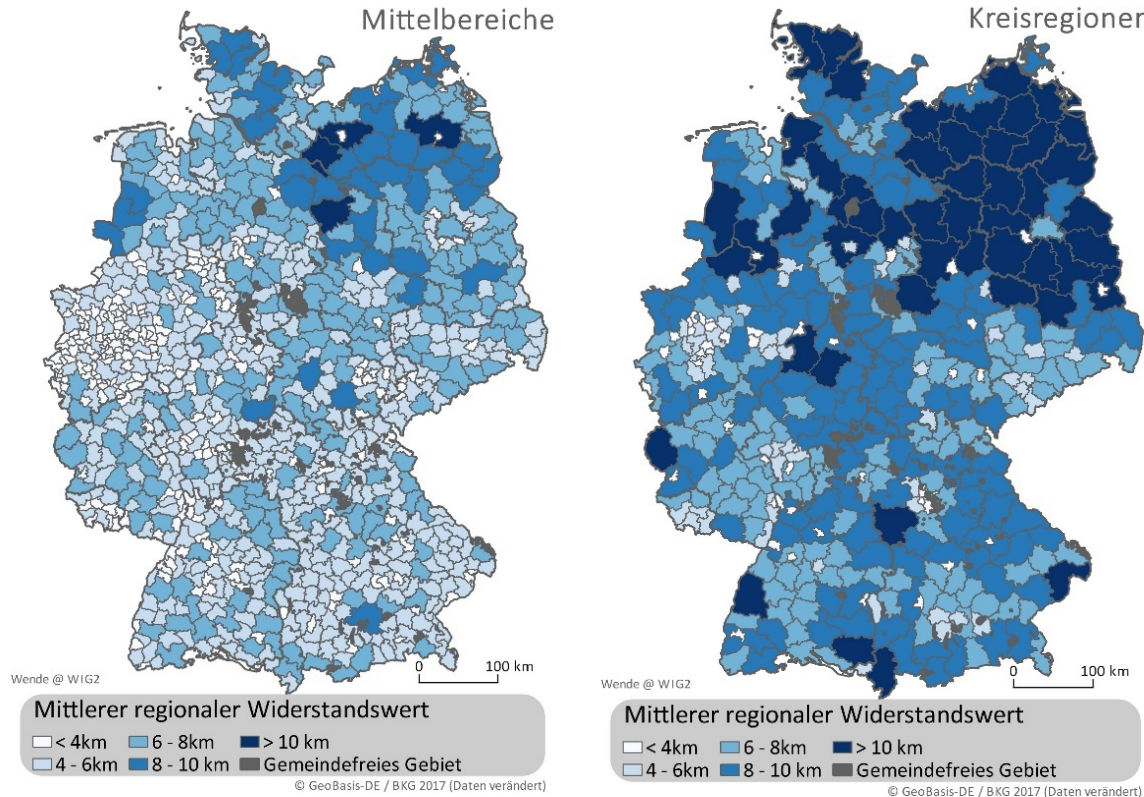
Ausschnitt aus
Abbildung B46:
Regionale
Entwicklung
des geschätzten
Bedarfs,
siehe S. 323



A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

- Arztgruppen sind vier Versorgungsebenen zugeteilt. Ausdehnung der Planungsbereiche steigt mit der Spezialisierungstiefe der Arztgruppen:
 - hausärztliche Versorgung (Mittelbereiche)
 - allgemeine fachärztliche Versorgung (sechs Typen der Kreisregionen)
 - spezialisierte fachärztliche Versorgung (Raumordnungsregionen)
 - gesonderte fachärztliche Versorgung (KV-Region)
- Im Rahmen regionaler Besonderheiten können Planungsbereiche zugeschnitten werden
- Bisheriges Konzept der Mitversorgung (Differenzierung nach sechs Typen der Kreisregionen) basiert auf Annahme, dass Pendlerverflechtungen der sozialversicherungspflichtigen Bevölkerung die Mobilität und die Inanspruchnahme von Patienten abbilden

A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung



Der Wert wird über den durchschnittlichen Weg, den man von einem inneren Punkt des Planungsraums bis zum Zentrum des Planungsraums zurücklegen muss, bestimmt (siehe dazu auch Gutachtenteil C, Kapitel C.5.2.1).

Abbildung aus Gutachtenteil C (C.5.4): Innerer Widerstandswert von Planungsbereichen (links Mittelbereiche, rechts Kreisregionen)

A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

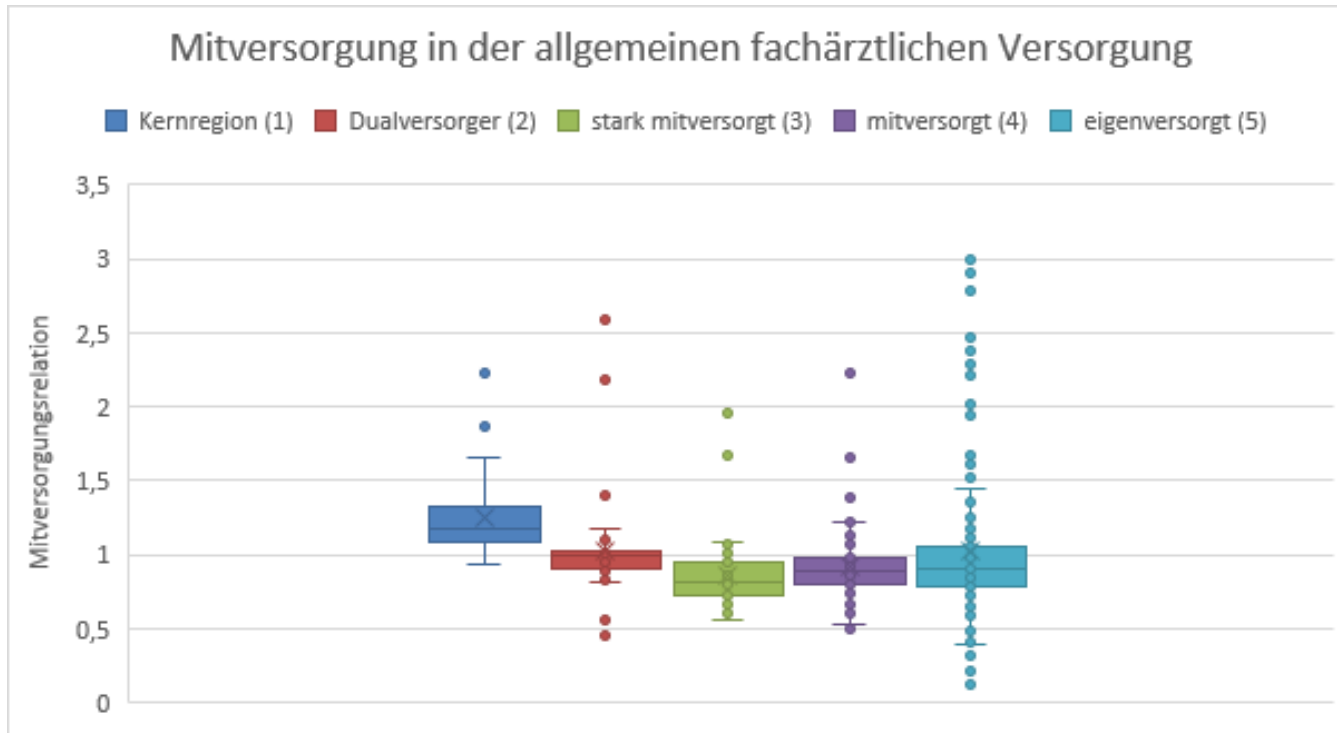


Abbildung aus Gutachtenteil C (C.5.1): Mitversorgungsrelationen differenziert nach Kreistypisierung (hier noch fünf Kreistypen), siehe S. 407

A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

- **Empfehlung:** Entwicklung der **arztgruppenspezifischen Planungsbereiche ist positiv**, aber die Zuordnung der Versorgungsebene sollte hinsichtlich Erreichbarkeit, Tragfähigkeit und Mitversorgung bei Änderungen der Bedarfsplanung stets mit evaluiert werden, siehe **Konzept 1** auf S. 408 ff. im Teil C
- Aber **Planungsbereichszuschnitte derselben Versorgungsebene** sollten vergleichbar sein, siehe **Konzept 2** auf S. 414 ff. im Teil C. Flankierend kann eine **Standortsteuerung** innerhalb von Planungsbereichen sinnvoll sein (S. 456, S. 679, S. 686)

C: Verschneidung der Planungsräume (Konzept 2)

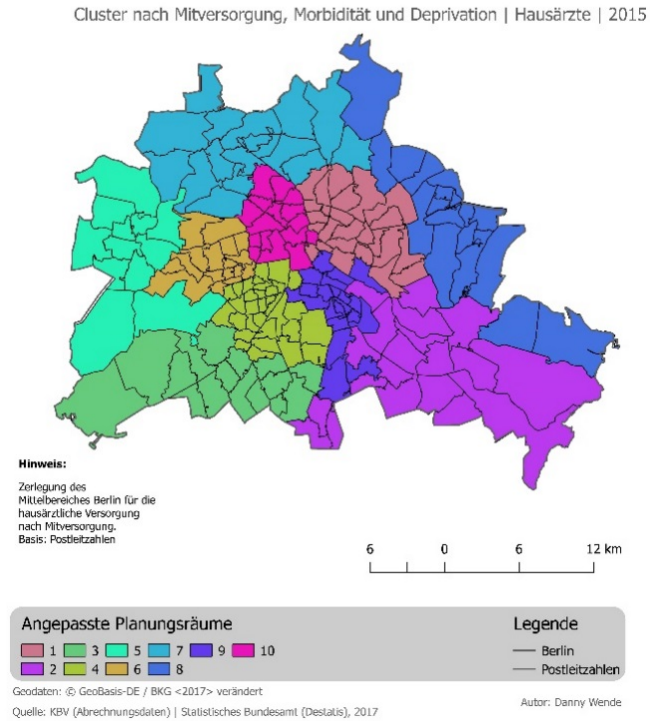
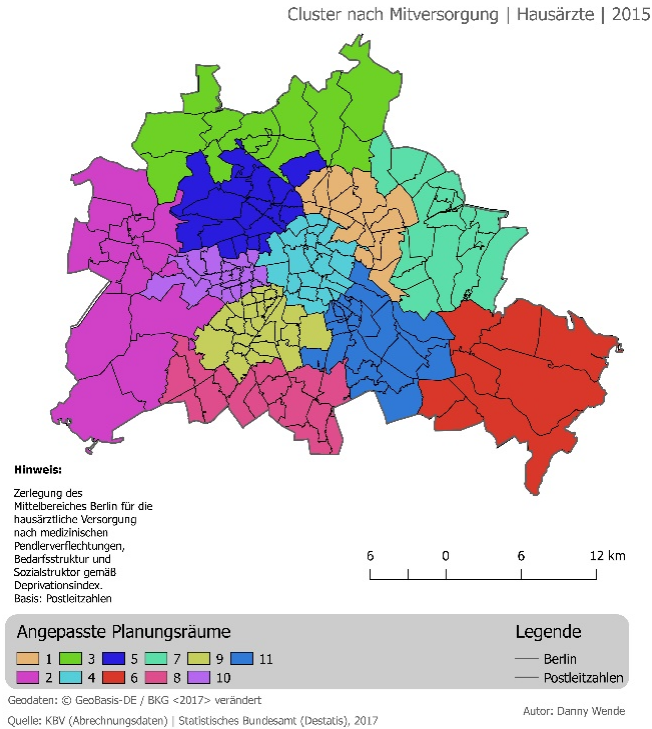


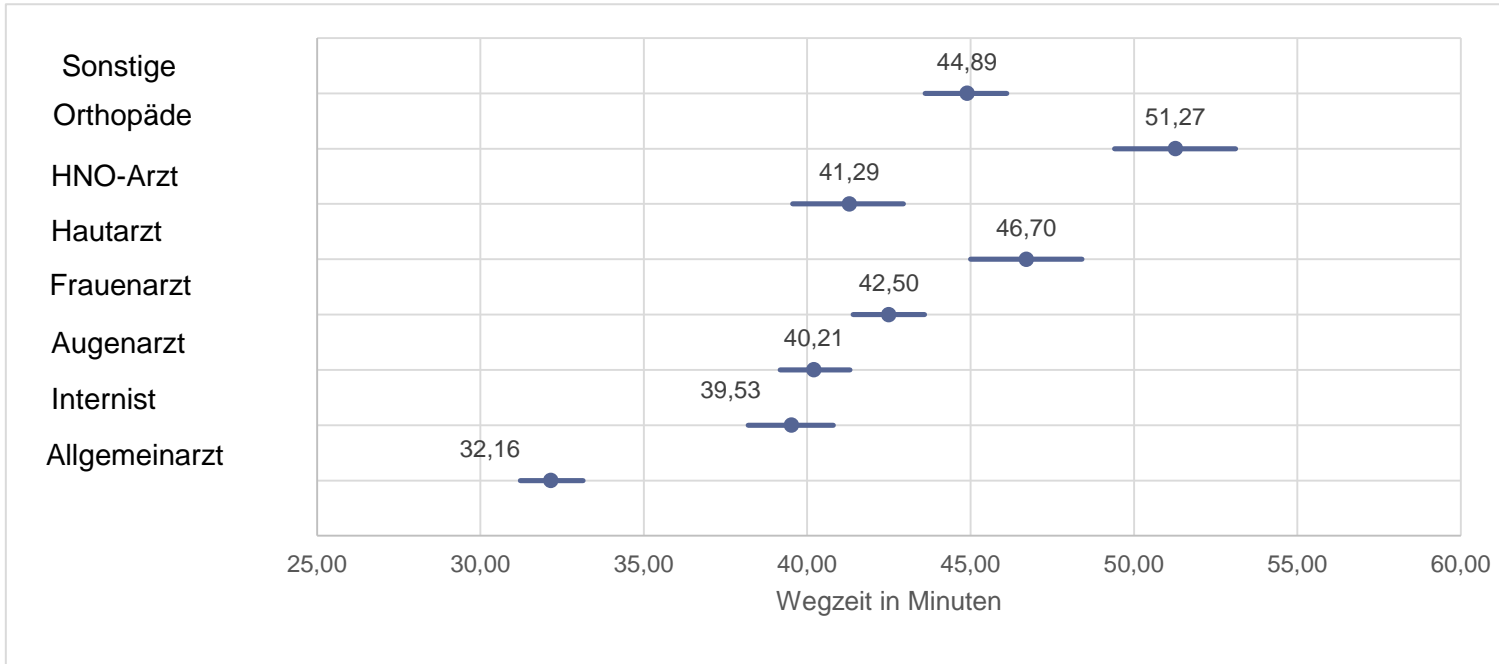
Abbildung C.5.6: Verschneidung homogener Planungsräume am Beispiel des Mittelbereichs Berlin, siehe S. 417

A.2 und C: Steuerung der räumlichen Verteilung

- Berücksichtigung von **Mitversorgungsbeziehungen** ist sinnvoll, sofern die Mitversorgungsbeziehungen die Mobilität der Patienten und ihre Inanspruchnahme langfristig abbilden
- **Empfehlung:** Mitversorgungsbeziehungen sollten im Einklang mit zumutbaren **Erreichbarkeitsstandards** definiert werden, die auch Patientenpräferenzen berücksichtigen, siehe **Konzept 3** auf S. 424 im Teil C
- **Empfehlung: Mitversorgung zwischen benachbarten Planungsbereichen** (über administrative Grenzen hinweg) sollte bei der Feststellung des Versorgungsgrads berücksichtigt werden, siehe **Konzept 4 und 5** auf S. 434 ff. im Teil C

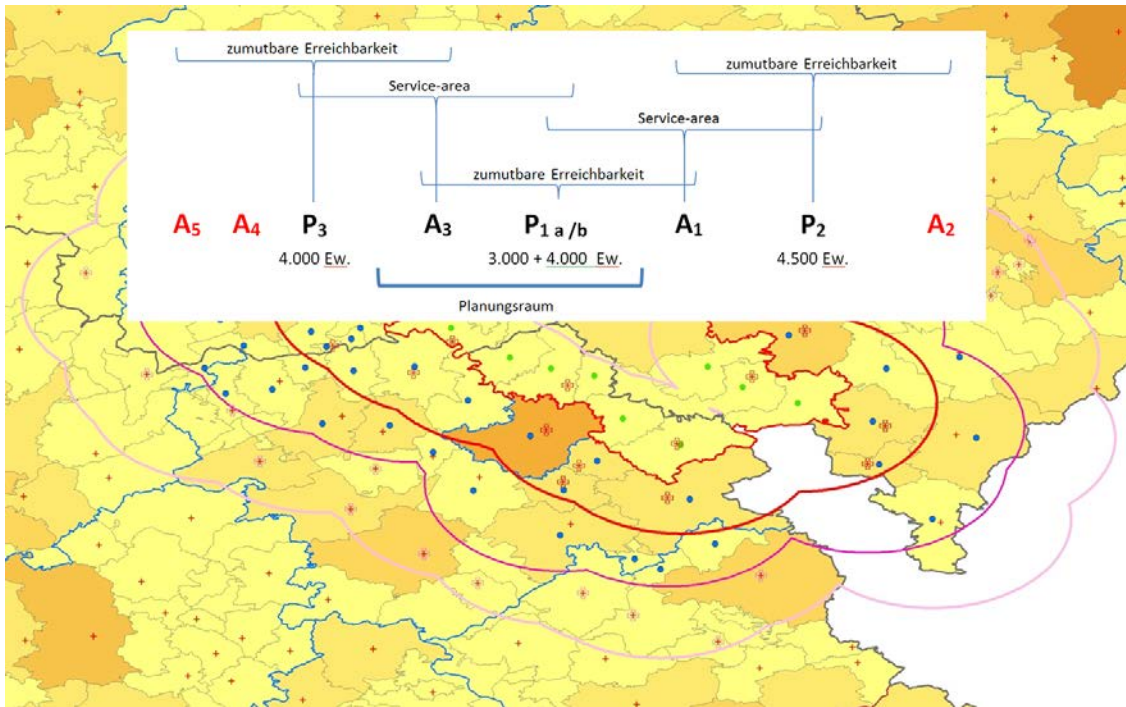
C: Kritische Akzeptanzschwellen

selbst bewertete Akzeptanzschwelle für 95 Prozent der Bevölkerung



Durchschnittliche empfohlene Erreichbarkeitsstandards: 15 Min. zum Hausarzt, 20 Min. zum Kinder- und Frauenarzt (hohe Frequenz und / oder geringe Mobilität der Patienten), 30 Min. zu den weiteren allgemeinen Fachärzten (Augenärzte, HNO, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte, Psychotherapeuten) für 99 Prozent der Bevölkerung bereits heute erfüllt, siehe S. 427

C: Gravitationsansatz in der Mitversorgung



Konzept 4: Mitversorgung über Planungsbereiche

Konzept 5: Planung über KV-Grenzen

Abbildung C.5.12: Prinzipische Skizze räumliche Mitversorgung, siehe S. 434

dazu auch Simulationstool, siehe S. 435 ff. sowie Appendix C, siehe S. 57 f.



- Im Gravitationsmodell werden nur Ärzte mit der **zumutbaren Mindestreichweite** betrachtet.
- Für jeden Arzt wird dessen **Patientenpotenzial im Mindesteinzugsbereich** bestimmt (S. 432).
- Einzugsbereiche überschneiden sich und erzeugen somit innerhalb der zumutbaren Erreichbarkeit die **Mitversorgung** im Modell (S. 435).
- **Planung über KV-Grenzen** hinweg ist theoretisch möglich, aber praktisch schwer umsetzbar (S. 449).

B: Bestehender Ansatz zur Berechnung der Verhältniszahlen

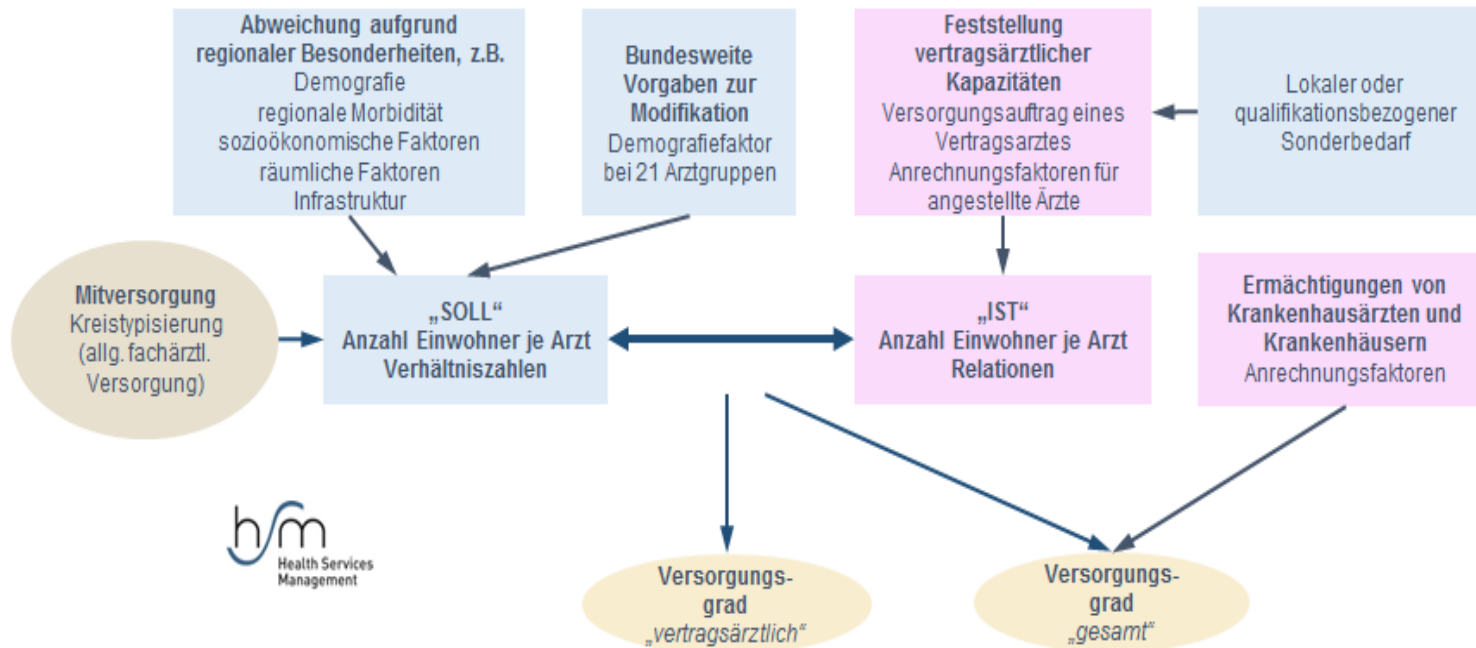


Abbildung aus Teil B (B.1) des Gutachtens: Bestehender Ansatz zur Berechnung der Verhältniszahlen und des Versorgungsgrades zum Stand vom 15. Februar 2018, siehe S. 217

B und C: Neues Konzept zur Berechnung der Verhältniszahlen

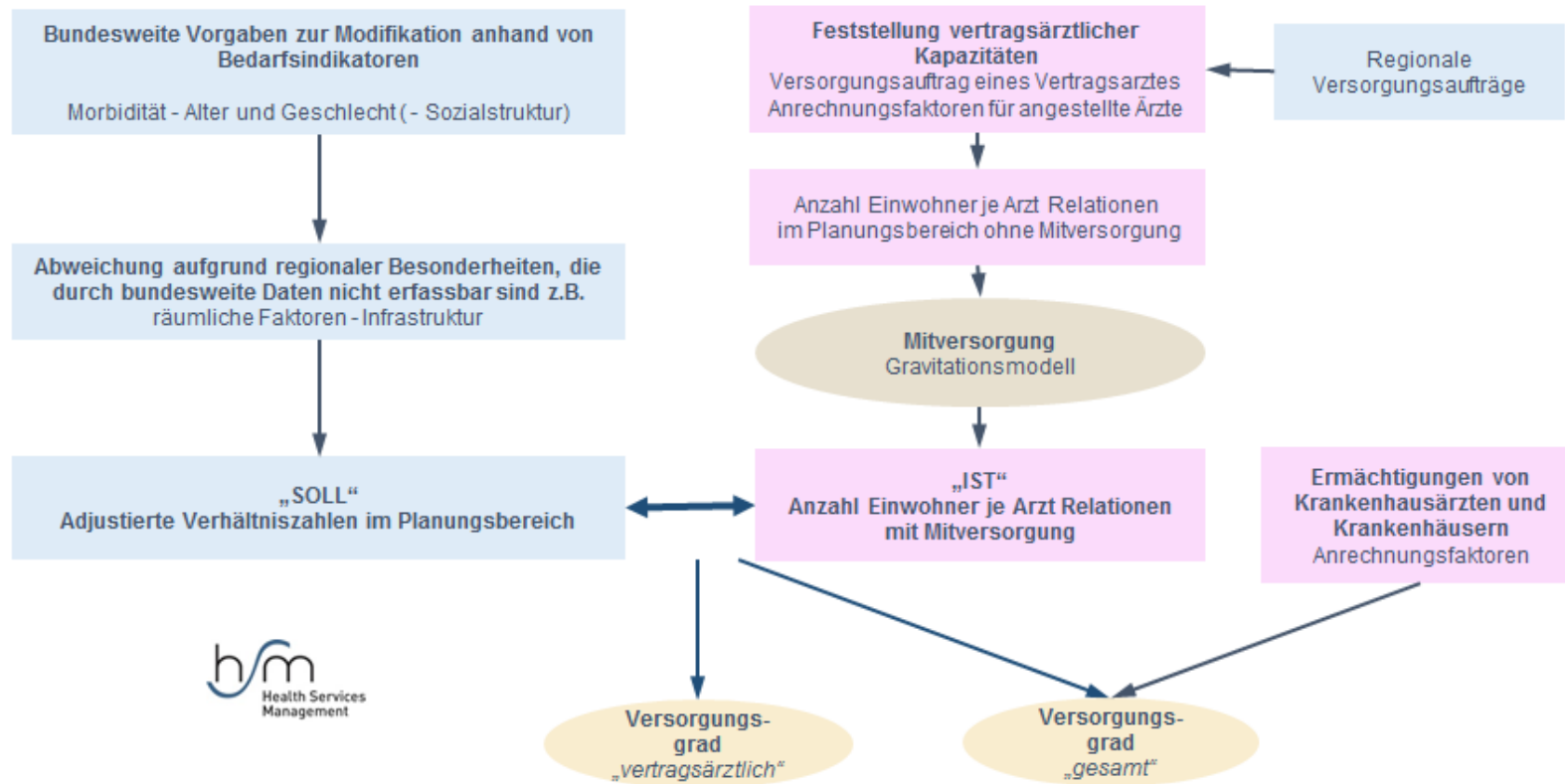


Abbildung aus Teil B (B.2) und Teil C (6.1) des Gutachtens: Neues Konzept zur Berechnung der Verhältniszahlen und des Versorgungsgrades, siehe S. 218 und S. 452

Implikationen der Reformvorschläge von Teil B und C

Arztgruppe	Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung:					
	der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen		der neu berechneten Verhältniszahlen		neu berechneter Verhältniszahlen und Gravitationsmodell	
	bei 100 Prozent Versorgungsgrad	bei 110 Prozent Versorgungsgrad	bei 100 Prozent Versorgungsgrad	bei 110 Prozent Versorgungsgrad	bei 100 Prozent Versorgungsgrad	bei 110 Prozent Versorgungsgrad
Hausärzte	849	2.585	1.400	3.574	4.098	7.058
Frauenärzte	4	21	91	371	876	1.316
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	1.158	1.157	1.674	1.674	2.413

Tabelle C.7.1: Abschätzung des Bedarfs an zusätzlichen Arztkapazitäten durch die Reformvorschläge, siehe S. 459

Implikationen der Reformvorschläge von Teil B und C

Arztgruppe	Arztkapazitäten über 140 Prozent Versorgungsgrad bei Anwendung		
	der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen	der neu berechneten Verhältniszahlen	der neu berechneten Verhältniszahlen und Gravitationsmodell
Hausärzte	44	103	606
Frauenärzte	130	518	506
Kinderärzte	464	726	744
Augenärzte	77	343	311
Chirurgen	671	773	751
HNO	103	257	236
Hautärzte	176	330	261
Nervenärzte	228	561	352
Orthopäden	306	544	462
Urologen	91	259	261
Psychotherapeuten	5.199	4.321	2.527

Tabelle C.7.2: Abschätzung der Versorgung über 140 Prozent nach den Reformvorschlägen, siehe S. 460

A.2 und D: Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes

- Planungssystematik umfasst 23 Arztgruppen in vier Versorgungsebenen; EBM konkretisiert den qualitativen Versorgungsauftrag bisher durch Festlegung von GOP, die eine Arztgruppe (nicht) abrechnen darf
- **Empfehlung:** Deutlicher steuern, welche **Basisleistungen** ein Arzt einer Arztgruppe in der Grundversorgung abdecken sollte; Grundversorgung muss kleinräumig geplant werden, (hoch-)spezialisierte Versorgung nicht (S. 174 ff.)
- **Empfehlung:** Differenzierte Betrachtung der Subspezialisierungen der Fachinternisten (Zuordnung der Subspezialisierungen zu verschiedenen Versorgungsebenen notwendig, siehe S. 365), Zusammenlegung der Arztgruppen der Chirurgen und Orthopäden, getrennte Planung von Psychiatern und Neurologen, separate Planung der Schmerztherapeuten (S. 553 ff.)

A.2 und D: Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebotes

- **Empfehlung:** Berücksichtigung von **Delegation** in unterversorgten Planungsbereichen: Hausärzte können sich statt auf 1 Sitz auf 1,25 Sitze bewerben, wenn sie von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden.

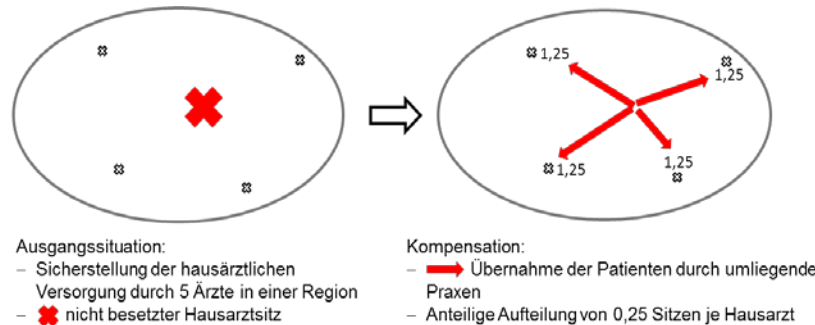


Abbildung D.2.9:
Kompensation
eines nicht
besetzten
Hausarztsitzes
durch Delegation,
siehe S. 565

- **Empfehlung:** Möglichkeit der aktiven **Ausschreibung eines begründeten Sonderbedarfs** (S. 557 ff.)
- **Empfehlung:** Möglichkeit der Ausschreibung **zeitlich befristeter und leistungsbezogener regionaler Versorgungsaufträge** in Planungsbereichen mit festgestellter Unterversorgung (S. 566 f. und für einen möglichen Ansatz S. 327 ff.)

A.2: Feststellung ärztlicher Kapazitäten und Bewertung der Versorgungssituation

- Mindestsprechstundenzahl in Höhe von 20 Stunden pro Woche gemäß § 17 BMV-Ärzte
- Obere Grenzen zum Zweck von Plausibilitätsprüfungen und einer kalkulatorischen Wochenarbeitszeit von etwa 51 Stunden (wenn ausschließlich GKV-Patienten versorgt werden würden) im Rahmen des EBM
- Annahmen zur durchschnittlichen Ausführung des Versorgungsauftrags notwendig in der Bedarfsplanung; signifikante Veränderungen in der Ausführung des Versorgungsauftrags führen zu veränderten Rahmenbedingungen (siehe S. 250 ff.)
- Alle Einwohner werden gemeinsam geplant, unabhängig vom Versichertenstatus. Implizit wird die Annahme getroffen, dass der durchschnittliche arztgruppenspezifische Versorgungsbedarf je Einwohner (derzeit) nur gemäß Demografiefaktor (und gegebenenfalls regionalen Besonderheiten) variiert

A.2: Steuerung bei festgestellter Über- und Unterversorgung

- Ablehnung eines Antrags auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes soll von Zulassungsausschuss ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent erfolgen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist“ (§ 103 SGB V Absatz 3a)
- **Empfehlung:** Nicht am Bedarf der Bevölkerung orientierte Ausnahmeregelungen (insbesondere ein Status des Antragstellers als Ehepartner, Lebenspartner oder Kind des Vertragsarztes, der den Sitz abgibt, sowie Stimmgleichheit im Zulassungsausschuss) stehen dem effektiven Abbau einer Überversorgung im Weg, siehe S. 186 ff., S. 673

A.2, B, C, D und F: Sektorenübergreifende Versorgung

- **Empfehlung:** Weiterentwicklung hin zu einer **sektorenübergreifenden Bedarfsplanung** (S. 203 ff. [Überblick], S. 334 [Versorgungsbedarf], S. 449 [räumliche Planung], S. 553 ff. [Planungssystematik])
- Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die **Planung der ambulanten Versorgung** kann es ermöglichen, parallel bestehende Kapazitäten in den Sektoren gezielt zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs einzusetzen
- **Empfehlung:** Prioritäre sektorenübergreifende Planung von Teilen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung, siehe S. 553 ff.
- **Empfehlung:** Einbindung der Gremien nach § 90a SGB V wenn sektorenübergreifende Planung beabsichtigt ist, siehe S. 570 ff., S. 669 f., S. 689

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit

*Leonie Sundmacher,
Laura Schang, Ronja Flemming, Wiebke Schüttig,
Isabel Geiger, Julia Frank-Tewaag,
Danny Wende, Ines Weinhold, Christoph Höser,
Thomas Kistemann, Juliane Kemen,
Neeltje van den Berg, Fabian Kleinke,
Wolfgang Hoffmann,
Ulrich Becker und
Thomas Brechtel*

*Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians Universität München*

**Gutachten abrufbar unter folgendem Link:
www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3493/**

