

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

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

ZUSAMMENFASSUNG

Die originalen Abbildungs- und Tabellenbezeichnungen der Gutachten-Langfassung sind beibehalten worden, um das schnelle Auffinden der entsprechenden Gutachtenteile zu gewährleisten.

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



Prof. Dr. rer. oec. Leonie **Sundmacher**, Dr. Laura **Schang**,
Wiebke **Schüttig**, Ronja **Flemming**, Julia **Frank-Tewaag**,
Isabel **Geiger**, Dr. Sebastian **Franke**



Ines **Weinhold**, Danny **Wende**



Prof. Dr. med. habil. Thomas **Kistemann**,
Christoph **Höser**, Juliane **Kemen**



Prof. Dr. med. habil. Wolfgang **Hoffmann**,
PD Dr. rer. med. habil. Neeltje **van den Berg**, Fabian **Kleinke**



MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR SOZIALRECHT UND SOZIALPOLITIK
MAX PLANCK INSTITUTE FOR SOCIAL LAW AND SOCIAL POLICY

Prof. Dr. Ulrich **Becker**. LL.M. (EHI)



Dr. Thomas **Brechtel**

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

WIG2-
Wissenschaftliches
Institut
für Gesundheitsökonomie
und Gesundheits-
systemforschung Leipzig
Gutachtenteile A und C

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

Universitätsmedizin
Greifswald
Institut für Community
Medicine
Gutachtenteile D und E

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

37 Grad
Analyse und Beratung
GmbH Köln
Projektmanagement/
Gutachtenredaktion

Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

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

ZUSAMMENFASSUNG

erstellt durch das

Konsortium der Gutachter (Verfasser)

im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Kontakt

Prof. Dr. Leonie Sundmacher (Konsortialführung)
Fachbereich Health Services Management
Ludwig-Maximilians-Universität München
Schackstraße 4, 80539 München
+ 49 (0) 89/2180-3110
hsm@bwl.lmu.de

Dr. Thomas Brechtel (Projektmanagement)
37 Grad Analyse und Beratung GmbH
Overstolzenstraße 2a, 50677 Köln
+ 49 (0) 221/888 475-0
thomas.brechtel@37-grad.org

Leonie Sundmacher
Ronja Flemming
Sebastian Franke
Christoph Höser
Neeltje van den Berg
Ulrich Becker

Laura Schang
Julia Frank-Tewaag
Danny Wende
Thomas Kistemann
Wolfgang Hoffmann
Thomas Brechtel

Wiebke Schüttig
Isabel Geiger
Ines Weinhold
Juliane Kemen
Fabian Kleinke

München, Leipzig, Bonn, Greifswald und Köln, Juli 2018

Redaktionsschluss, Juli 2018

Inhalt

Zusammenfassung der Kernpunkte des Gutachtens	5
Bewertung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung	5
Definition von Standards für einen guten Zugang zur Versorgung	6
Bewertung des räumlichen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung	7
Bewertung von Wartezeiten auf ambulante ärztliche Termine	8
Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit hinsichtlich des barrierefreien Zugangs zu Arztpraxen	9
Bundesweites und regionales Monitoring des Zugangs, von Ressourcen und Versorgungszielen.....	10
Systematisierung von Einflussfaktoren auf den realisierten Zugang der Patienten.....	12
Begutachtung der Instrumente der Bedarfsplanungsrichtlinie und Empfehlungen	14
Feststellung des Versorgungsbedarfs.....	15
Steuerung der räumlichen Verteilung von Ärzten	16
Versorgungsebenen und Planungsräume.....	16
Berücksichtigung regionaler Mitversorgung	17
Feinsteuerung von Praxisstandorten innerhalb von Planungsräumen	19
Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots	20
Delegation von Leistungen und Kompensation von Leistungen zwischen Arztgruppen	20
Regionale leistungsbezogene Versorgungsaufträge	21
Feststellung ärztlicher Kapazitäten und Bewertung der Versorgungssituation.....	22
Steuerung bei festgestellter Unter- beziehungsweise Überversorgung.....	23
Weiterentwicklung hin zu einer prospektiven Bedarfsplanung.....	24
Vorschlag einer Vorgehensweise zur Neuberechnung der Verhältniszahlen und der Berücksichtigung von Mitversorgung	25
Konzeptionelle Grundlagen der Neuberechnung der Verhältniszahlen	27
Ergebnisse der Neuberechnung der Verhältniszahlen.....	29
Neuberechnete Verhältniszahlen und Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten	33
Implikationen der Neuberechnungen der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten	35
Sektorenübergreifende Planung	37

Zusammenfassung der Kernpunkte des Gutachtens

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und möglichst wohnortnahen Zugangs zu einer effektiven und wirtschaftlichen Versorgung ist ein wesentliches Ziel im deutschen Gesundheitswesen. Daraus folgt die Aufgabe der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung, eine angemessene Kapazität und regionale Verteilung der benötigten Ärzte zu bestimmen. Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ein fachübergreifendes wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Die Gutachter schlagen im vorgelegten Gutachten einen neuen Rahmen der Planung vor, der die wissenschaftlich begründete Ermittlung des Versorgungsbedarfs und dessen regionale Ausweisung in Arztkapazitäten in einem Konzept vereint.

Das Gutachten gliedert sich in sechs Teile. Diese umfassen die Bewertung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung und der bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung (Teil A), die Ermittlung des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung und dessen Übersetzung in Arztkapazitäten (Teil B), die Neustrukturierung der räumlichen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgungsangebote (Teil C), die Neuausrichtung der Planungssystematik (Teil D), einen internationalen Vergleich von Systemen der ärztlichen Kapazitäts- und Verteilungsplanung (Teil E) sowie eine Analyse von rechtlichen Fragen der Bedarfsplanung (Teil F).

Durch die Bedarfsplanung an sich wird noch nicht gewährleistet, dass Ärzte die benötigten Leistungen auch dort anbieten, wo sie gebraucht werden. Die Ermittlung und räumliche Ausweisung des Versorgungsbedarfs ist ein notwendiger erster Schritt, um auf dieser Basis eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Steuerung der Versorgung zu ermöglichen.

In dem vorliegenden Überblick sind die Kernpunkte des Gutachtens themenbezogen zusammengefasst. Der Bewertung des Zugangs zur ärztlichen Versorgung mit einer kurzen Diskussion des Zusammenhangs zwischen Zugang und Bedarfsplanung folgt die Begutachtung der Instrumente der Bedarfsplanung samt Empfehlungen. Anschließend wird die Neuberechnung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten beschrieben und Ergebnisse werden dargestellt. Der Überblick endet mit einem Ausblick auf eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung.

Bewertung des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Da die Bedarfsplanung zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten und möglichst wohnortnahen Zugangs zu einer effektiven und wirtschaftlichen Versorgung beitragen soll (vergleiche Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3), ist es wichtig, den Begriff des Zugangs zu definieren und anhand von Indikatoren zu messen und zu bewerten. Zahlreiche theoretische Arbeiten definieren den Begriff des Zugangs, wobei im Kern Übereinstimmung darüber herrscht, dass zwischen dem potenziellen und dem realisierten Zugang zu unterscheiden ist und der Begriff als Überwindung

verschiedener Barrieren zur Versorgung bei entsprechendem Versorgungsbedarf verstanden werden kann (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 1).

Im Gutachten werden die räumliche und die zeitlich-organisatorische Dimension des Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung bewertet, deren Bemessung über Indikatoren der Erreichbarkeit (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 2) und Wartezeiten (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3) erfolgt. Anforderungen an einen barrierefreien Zugang zu Arztpraxen werden im Gutachtenteil A.1, Kapitel 5, analysiert. Abschließend empfehlen die Gutachter ein Versorgungsmonitoring, das – ausgerichtet an einheitlichen Zugangsstandards – Aufschluss über die Bedingungen vor Ort geben und bei der Aufgabe unterstützen soll, regionalen Zugang zur Versorgung vor dem Hintergrund des regionalen Versorgungsbedarfs zu überprüfen.

Definition von Standards für einen guten Zugang zur Versorgung

Für die Bewertung des Zugangs zur Versorgung müssen Standards definiert werden, mit denen der Status quo verglichen wird. Die Schwellenwerte sollten idealerweise auf Basis empirischer Evidenz so gesetzt werden, dass bei Überschreitung das Risiko negativer Gesundheitsergebnisse signifikant ansteigt. Alternativ oder ergänzend sollten die Schwellenwerte einen gesellschaftlichen Konsens hinsichtlich eines zumutbaren Zugangs, hier Erreichbarkeiten und Wartezeiten, abbilden.

Die internationalen systematischen Literaturreviews zum Zusammenhang zwischen Erreichbarkeit im ambulanten Sektor und Gesundheitsoutcomes (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.2.1) sowie Wartezeiten im ambulanten Sektor und Gesundheitsoutcomes (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.2.1) legen Tendenzen von kritischen Schwellenwerten nahe, ab deren Überschreitung das Risiko negativer Gesundheitsoutcomes signifikant erhöht ist.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung der Erreichbarkeitswerte aus verschiedenen Quellen (vergleiche Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3.1 und Gutachtenteil C, Kapitel C.5.2.3) schlagen die Gutachter für die hausärztliche Versorgung einen Erreichbarkeitsrichtwert von 15 Minuten für das 99-Prozent-Bevölkerungsquantil vor. Die allgemeine fachärztliche Versorgung durch Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten sollte in mindestens 30 Minuten für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein. Für die Kinderärzte und Frauenärzte sollte ein geringerer Richtwert von 20 Minuten Fahrzeit erwogen werden (vergleiche Gutachtenteil C, Tabelle C.5.2 „Erreichbarkeit“), da diese Fachgruppen aufgrund der Frequentierung (siehe dazu die Abbildung C.5.9 im Gesamtgutachten) bei teilweise geringerer Mobilität der Patienten eine besondere wohnortnahe Relevanz haben.

Evidenz aus den USA deutet darauf hin, dass Wartezeiten von über drei bis vier Wochen auf Haus- und Facharzttermine für ein neues medizinisches Problem bei Personen über 65 Jahren mit chronischen Erkrankungen das Risiko von

gesundheitlichen Nachteilen erhöhen können (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.2). Die Ergebnisse sollten als Tendenz interpretiert werden, wenn es um die gesundheitliche Bedeutung von Wartezeiten bei älteren und chronisch erkrankten Patienten geht. Bei Patienten mit akuten Erkrankungen ist davon auszugehen, dass der kritische Korridor, ab dem Wartezeiten den Gesundheitszustand negativ beeinflussen, in einem kürzeren Zeitraum liegt. Bei Patienten mit einem weniger zeitsensitiven Konsultationsanlass (wie Vorsorge) kann der kritische Korridor einer angemessenen Wartezeit jenseits von drei bis vier Wochen liegen.

Korridore zumutbarer Wartezeiten sollten in Abhängigkeit von der Dringlichkeit des medizinischen Problems definiert werden, beispielsweise durch einen systematischen und strukturierten Konsentierungsprozess in Zusammenarbeit mit den medizinischen Fachgesellschaften (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.4).

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) erhielten Versicherte im Jahr 2015 unter bestimmten Voraussetzungen erstmals einen gesetzlichen Anspruch auf einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen nach Anruf in der Terminservicestelle der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.3.1 und 4.2.1). Diese Regelung setzt voraus, dass der Versicherte zuvor bereits einen Arzt aufgesucht hat, und umfasst keine Standards zur koordinierten Anschlussversorgung der Patienten. Ergänzend sollten daher Standards sowohl für den Erstkontakt mit dem System (Zugangsstandard) als auch für Zeitintervalle und zumutbare Distanzen der anschließenden Versorgung konsentiert werden.

Bewertung des räumlichen Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Für die Bewertung des räumlichen Zugangs wurden sechs Indikatoren abgeleitet und empirisch erfasst (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.2.1): Arzt-Einwohner-Relationen in einem abgegrenzten Gebiet, potenzielle Wegzeiten zum nächsten und übernächsten Anbieter, potenzielle Erreichbarkeiten unter Berücksichtigung von Mindesterreichbarkeitsstandards, realisierte Wegzeiten bei der Inanspruchnahme, das Passieren der nächsten Alternative (Bypassing) und ein Gravitationsindex. Die sechs untersuchten Indikatoren weisen unterschiedliche Stärken und Schwächen im Hinblick auf ihre Validität, Reliabilität, Objektivität und Praktikabilität auf (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3.2 sowie die Tabelle A.1.4 für eine Übersicht über die Stärken und Schwächen der Indikatoren).

Unter Berücksichtigung von aus verschiedenen Quellen ermittelten (vergleiche vorheriger Abschnitt) Mindesterreichbarkeitsstandards ist die potenzielle Erreichbarkeit der beplanten Arztgruppen für den Großteil der Bevölkerung in Deutschland als sehr gut zu bewerten. So erreichen 99,8 Prozent der Bevölkerung einen Hausarzt innerhalb von maximal zehn Minuten. Ein Richtwert von 30 Minuten wird für Ärzte der allgemeinen fachärztlichen Versorgung von 99 Prozent der Bevölkerung erreicht und für die stärker spezialisierten Fachgruppen ebenfalls zum Großteil nicht überschritten. Die Ausnahme sind Kinder- und Jugendpsychiater, die von vier Prozent der Bevölkerung (bezogen auf Bevölkerung unter 18 Jahren) erst

in mindestens 45 Minuten erreichbar sind. Potenziell sind die Gruppen der Frauen- und Kinderärzte für einen Bevölkerungsanteil von 99 Prozent auch innerhalb von 20 Minuten erreichbar (jeweils bezogen auf die weibliche Bevölkerung beziehungsweise Bevölkerung unter 18 Jahren). Zwischen unterschiedlichen siedlungsstrukturellen Kreistypen treten dabei die größten Unterschiede auf (vergleiche Tabelle A.1.2 im Gesamtgutachten, Teil A.1). Die von Patienten tatsächlich zurückgelegten Wegzeiten liegen aus unterschiedlichen möglichen Gründen, beispielsweise besonderer nachgefragter Spezialisierungen der Ärzte, Tourismus oder sonstiger räumlicher Präferenzen, teils deutlich über den potenziellen Wegzeiten. Insgesamt zeigt sich auch hier im Mittel ein fachgruppenübergreifendes Bild guter Erreichbarkeiten (vergleiche Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3.3.2), jedoch mit teils erheblichen regionalen und siedlungsstrukturellen Unterschieden (vergleiche Tabelle A.1.1 und Abbildung A.1.5 des Gesamtgutachtens, Teil A.1).

Wenngleich Wegzeit-Indikatoren intuitiv und leicht interpretierbar sind, so zeigen sich Gravitationsmodelle als am besten geeignet für die Bewertung des räumlichen Zugangs zur Versorgung, da sie modellbasiert nachfrage- und angebotsseitige Determinanten des räumlichen Zugangs berücksichtigen können, indem die erreichbarkeitsgewichtete Verfügbarkeit des medizinischen Angebotes durch einen kombinierten Indikator beschrieben wird. Zudem entkräften sie das Reliabilitätsproblem heterogener Analyse Räume und können regionale Unterschiede in Mitversorgungsbeziehungen und der infrastrukturbedingten Inanspruchnahme berücksichtigen. Die beispielhafte Betrachtung der Hausärzte, Frauenärzte, Kinderärzte und Psychotherapeuten verdeutlicht Unterschiede im Zugang auf kleinräumiger Regionalebene (vergleiche Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3.3.6). Der so bemessene Zugang zu Hausärzten ist im Vergleich zu den fachärztlichen Gruppen am ausgeglichensten. Unter den betrachteten Facharztgruppen zeigen sich primär Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen sowie zwischen städtischen Zentren und deren Umland insbesondere in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, in Teilen von Nordrhein-Westfalen, in Teilen Sachsens, Baden-Württembergs und Bayerns sowie im Umland von Berlin.

Bewertung von Wartezeiten auf ambulante ärztliche Termine

Wartezeiten auf Arzttermine können dann als zu lang bewertet werden, wenn sie zu gesundheitlichen Nachteilen führen, die durch diagnostische oder therapeutische Leistungen vermeidbar wären. Gemäß dem Prinzip der Horizontal Equity sind Ungleichheiten in Wartezeiten außerdem dann nicht angemessen, wenn sie nicht durch unterschiedliche Versorgungsbedarfe, insbesondere die Dringlichkeit des medizinischen Problems, erklärt werden können (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.1).

Die Gutachter untersuchten Termin-Wartezeiten bei Patienten, die erfolgreich einen Termin vereinbaren konnten und wahrgenommen haben (als Maß für den realisierten Zugang) auf Basis der KBV-Versichertenbefragung und des

Gesundheitsmonitors (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.2). Termin-Wartezeiten bei Patienten, die selbst keinen Termin vereinbaren konnten oder wollten, wurden als Maß für den potenziellen Zugang auf Basis von Daten des TK-Terminservice analysiert (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.3).

Die Mehrheit der Befragten im Rahmen der KBV-Versichertenbefragung und des Gesundheitsmonitors erhielt innerhalb weniger Tage einen Termin, wobei Patienten mit akuten Konsultationsanlässen in der Tendenz schneller einen Termin erhielten als Patienten mit nicht-akuten Konsultationsanlässen (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.1.2). Trotz eines akuten Problems warteten 14,3 Prozent, 19,7 beziehungsweise 26,7 Prozent der Befragten länger als 28 Tage auf einen Termin beim Augenarzt, Hautarzt beziehungsweise Nervenarzt. Bei den anderen Facharztgruppen lag dieser Anteil bei drei bis neun Prozent der Befragten. Die Daten des Gesundheitsmonitors zeigen, dass etwa 13 Prozent der Patienten länger als drei Tage bei einem akuten Konsultationsanlass auf einen Hausarzttermin warteten und etwa 37 Prozent der Patienten länger als drei Tage bei einem nicht-akuten Konsultationsanlass auf einen Hausarzttermin warteten (Teil A.1, Kapitel 3.3.1.2).

Um zu schätzen, in welcher Zeit für welche Facharzttrichtung und in welcher Region Termine erfolgreich vermittelt werden können, wurden anonymisierte Daten des Terminservice der Techniker Krankenkasse in Kooperation mit der ife Gesundheits-GmbH ausgewertet. Die Wartezeit bemisst sich vom Zeitpunkt des Anrufs bis zum vereinbarten Termin (zur Beschreibung der Datengrundlage siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.3.1). Die Ergebnisse legen nahe, dass regionale, arztgruppenspezifische Konzentrationen von erhöhten Wartezeiten auf Facharzttermine bestehen und dass für einen Teil der Versicherten Barrieren zu einem zeitnahen Zugang zur Versorgung bestehen. Dies scheint insbesondere für Patienten zu gelten, die keinen Haus- oder Facharzt haben (beispielsweise aufgrund eines Umzugs oder des Ruhestands des bisherigen Arztes) und die bestimmte Präferenzen oder Einschränkungen hinsichtlich der Inanspruchnahme aufweisen (beispielsweise Arztbesuche am Abend aufgrund von Berufstätigkeit; Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.3).

Keine der ausgewerteten Studien und der verwendeten Datenquellen bildet die Dringlichkeit des Arzttermins präzise ab (für eine Übersicht über die Stärken und Limitationen der jeweiligen Datenquellen siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.4 und Tabelle A.1.5). Regionale Konzentrationen von erhöhten Anteilen an sehr langen arztgruppenspezifischen Wartezeiten auf Haus- und Facharzttermine (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.2 und 3.3.3) liefern Hinweise darauf, dass andere Faktoren als die Dringlichkeit des Termins die Länge der Wartezeit beeinflussen.

Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit hinsichtlich des barrierefreien Zugangs zu Arztpraxen

Im § 2a SGB V ist gesetzlich festgehalten, dass den „besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen [...] Rechnung zu tragen“ ist. Konzepte

der Erreichbarkeit und der Wartezeiten weisen eine unterschiedliche Bedeutung für Menschen mit unterschiedlichen Versorgungserfordernissen auf. Für Menschen mit eingeschränkter Mobilität oder eingeschränktem Seh- oder Hörsinn sind nicht allein potenzielle Erreichbarkeiten im Sinne reiner Fahrzeiten relevant, sondern auch die Organisation vor Ort.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) legt fest, dass die Barrierefreiheit bei der Bedarfsplanung vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen zu beachten ist, um die vertragsärztliche Versorgung von Menschen mit Behinderung sicherzustellen (§ 4 BPL-RL). Barrierefreiheit wird als ein Beispiel für das Kriterium der Versorgungsgesichtspunkte genannt, das der Zulassungsausschuss neben weiteren Kriterien in der Entscheidung für einen Bewerber auf eine Neuzulassung berücksichtigen soll (§ 26 BPL-RL). Zudem nennt die BPL-RL die Barrierefreiheit als Beispiel für regionale Besonderheiten, aufgrund derer von der BPL-RL abgewichen werden darf (§ 2 BPL-RL, siehe auch Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.3 und 4.3). Mehrere Aspekte des barrierefreien Zugangs zu Haus- und Augenarztpraxen wurden exemplarisch und am Beispiel von Haus- und Augenarztpraxen auf Basis der bundesweit und mehrfach jährlich erhobenen Daten der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit untersucht. Die Analyse liefert Hinweise darauf, dass die betrachteten Kriterien des barrierefreien Zugangs in nur wenigen Kreisen von mehr als zehn Prozent der regionalen Haus- oder Augenarztpraxen erfüllt werden (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 5). In der Interpretation der Daten muss berücksichtigt werden, dass die Kriterien der Barrierefreiheit in der Befragung definiert werden, aufgrund der Selbstauskunft jedoch die Interpretation der Befragten die Qualität der erhobenen Informationen bestimmt.

Bundesweites und regionales Monitoring des Zugangs, von Ressourcen und Versorgungszielen

Die Gutachter empfehlen, Standards für einen guten Zugang zur Versorgung zu definieren und diese regional auf ihre Einhaltung hin zu überprüfen. Hierbei ist ein kleinräumiges Monitoring anzustreben, das die unterschiedlichen Dimensionen des Zugangs zur Versorgung vereint und eine transparente und übersichtliche Darstellung von Bedarfsindikatoren sowie von relevanten Indikatoren des Zugangs ermöglicht (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 6).

Im bundesweiten Vergleich kann ein solches Monitoring dazu genutzt werden, um die Zweckmäßigkeit der Bedarfsplanung hinsichtlich der Sicherstellung eines angemessenen Zugangs zur Versorgung zu überprüfen (siehe auch Gutachtenteil A.2, Kapitel 2.3 zu Zielen der Bedarfsplanung). Regionale Planer können ein solches Monitoring nutzen, um mögliche Defizite in der Gesundheitsversorgung der betroffenen Region zu identifizieren und korrigierende Maßnahmen zu ergreifen (siehe auch Gutachtenteil A.2, Kapitel 7 sowie Gutachtenteil D.2).

Abbildung A.1.31 zeigt ein exemplarisches Zieldiagramm für die augenärztliche Versorgung auf Ebene der Planungsbereiche, das eine regional vergleichende Bewertung relevanter Indikatoren erlaubt. Das Zieldiagramm umfasst die in

Gutachtenteil A.1 definierten Indikatoren zur Wartezeit, Erreichbarkeit und Barrierefreiheit sowie den gemäß Gutachtenteil B geschätzten Versorgungsbedarf je Einwohner relativ zum Bundesdurchschnitt. Der geschätzte Versorgungsbedarf bezieht sich auf das Morbiditätsmodell sowie ergänzend die Modelle A (Bedarf der Altersgruppen) sowie I (mit sozioökonomischen Prädiktoren). Die Modelle sind detailliert im Gutachtenteil B beschrieben. Für alle Indikatoren mit Ausnahme des Versorgungsbedarfs und der Mitversorgung bietet ein Wert im Zentrum des hier dargestellten Zieldiagramms Orientierung an der bestmöglichen Performance. Das Ziel im Sinne eines sehr guten Wertes des Indikators liegt daher in der Mitte. Ein Wert am blauen Ring entspricht dem schlechtest möglichen Wert.

Für die Indikatoren zum Versorgungsbedarf und zur Mitversorgung entspricht ein Wert von 1, das bedeutet ein Wert am blauen Ring, dem bundesweiten Durchschnitt als Referenzpunkt, da bei diesen Indikatoren keine optimale Performance existiert. Ein Wert über 1 repräsentiert einen im bundesweiten Vergleich überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf und ein Wert unter 1 einen unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf. Die Mitversorgung ist potenziell und pro Kopf zu interpretieren, das bedeutet bei einem Wert über 1 sind mehr Einwohner aus dem Umland und der eigenen Region zu versorgen als Einwohner in der eigenen Region leben.

Abbildung A.1.31 verdeutlicht am Beispiel von jeweils zwei städtischen und ländlichen Regionen im Osten und Süden Deutschlands (Dresden, Meißen, München und Reutlingen) unterschiedliche regionale Konstellationen der Indikatoren zueinander.

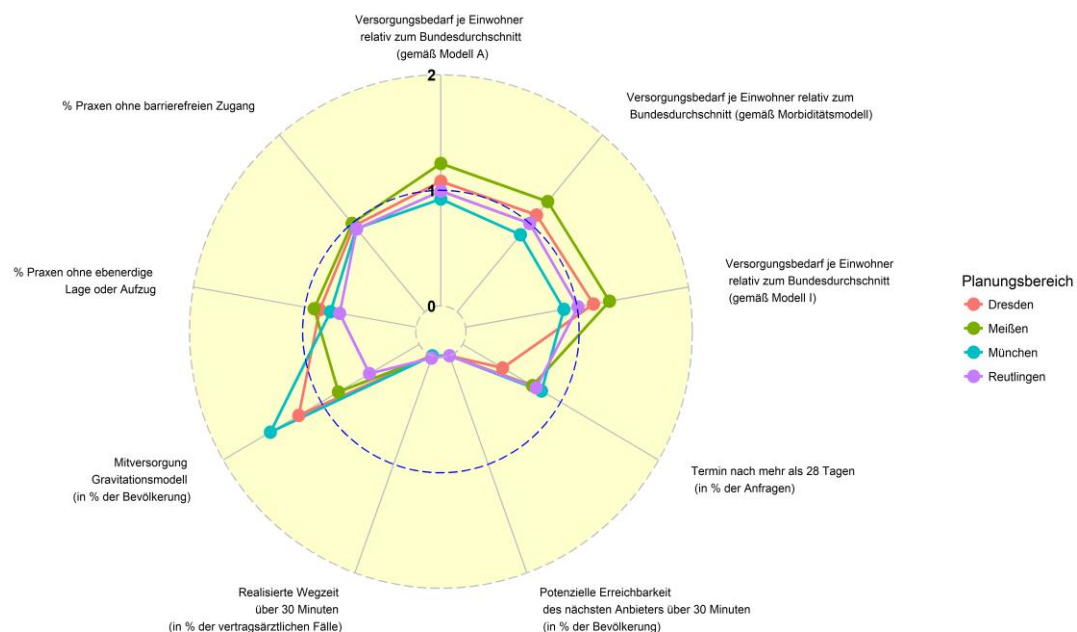


Abbildung aus Gutachtenteil A.1 (A.1.31): Versorgungs-Monitoring für Augenärzte mit Zugangs-Standards und regionalem Versorgungsbedarf

Quelle: eigene Darstellung

Dresden weist einen leicht überdurchschnittlichen augenärztlichen Versorgungsbedarf auf, jedoch einen im regionalen Vergleich geringeren Anteil an Anfragen, bei denen Patienten länger als 28 Tage auf einen Augenarzttermin warteten. In München dagegen liegt ein unterdurchschnittlicher augenärztlicher Versorgungsbedarf vor bei einem höheren Anteil an Patienten, die länger als 28 Tage auf einen Augenarzttermin warteten. Die potenzielle und realisierte Erreichbarkeit, gemessen am Anteil der Bevölkerung beziehungsweise der Fälle mit einer Wegzeit von über 30 Minuten, fällt für alle betrachteten Regionen relativ gut aus. Der Anteil der augenärztlichen Praxen ohne barrierefreien Zugang liegt in den vier betrachteten Regionen bei über 90 Prozent. Der Anteil der augenärztlichen Praxen ohne ebenerdige Lage oder Aufzug liegt zwischen 91,5 Prozent in Meißen und 68,7 Prozent in Reutlingen (zur weiteren Diskussion siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 6.1).

Ergänzend empfehlen die Gutachter, Versorgungsziele für den ambulanten Sektor zu definieren und diese gemeinsam mit der Planung ärztlicher Ressourcen sowie dem Erreichungsgrad von Zugangsstandards zu betrachten. Dies kann die gemeinsame Beurteilung von Zielfunktionen der Bedarfsplanung, des Versorgungsgeschehens und von Versorgungszielen unterstützen (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 6.2).

Systematisierung von Einflussfaktoren auf den realisierten Zugang der Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung und Diskussion des Zusammenhangs zwischen Zugang und Bedarfsplanung

Die Planung der Kapazität und Verteilung der Vertragsärzte im Rahmen der Bedarfsplanung ist die Voraussetzung für einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung, kann diesen allein aber nicht sicherstellen. Aus den Darstellungen zum Zusammenhang zwischen Wartezeiten und Arzt-Einwohner-Relationen sowie Versorgungsgraden geht hervor, dass im regionalen Vergleich erhöhte Wartezeiten nicht immer auf einen relativen Mangel an ärztlichen Kapazitäten zurückzuführen sind und auch nicht notwendigerweise in Zusammenhang mit dem regionalen Versorgungsbedarf stehen (vergleiche Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.4). Diese Ergebnisse zeigen exemplarisch, dass der regionale Zugang zur Versorgung, hier Wartezeiten auf Haus- und Augenarzttermine, nicht nur vom regionalen Angebot oder Bedarf abhängt.

Die Systematisierung bisheriger Studien zu Wartezeiten auf Arzttermine in Deutschland und eigene Analysen auf Basis der KBV-Versichertenbefragung und des Gesundheitsmonitors (siehe Gutachtenteil A.1, Kapitel 3.3.1) zeigen, dass auch die Art der Krankenversicherung, sozioökonomische und demografische Faktoren, Präferenzen der Patienten sowie Unterschiede in der Verfügbarkeit von ärztlichen Kapazitäten die Länge der Wartezeit auf Arzttermine in Deutschland beeinflussen können.

Abbildung A.1.33 (aus Gutachtenteil A.1) veranschaulicht, wie die ärztliche Kapazitäts- und Verteilungsplanung gemeinsam mit weiteren Einflussfaktoren innerhalb und außerhalb des Gesundheitssystems den realisierten Zugang und Ziele der ambulanten ärztlichen Versorgung beeinflussen. Innerhalb des Gesundheitssystems muss auch die tatsächliche Verfügbarkeit von Kapazitäten, die das Ergebnis einer regional unterschiedlichen Ausübung des Versorgungsauftrags der Ärzte für gesetzlich Versicherte sein kann (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 6.1), berücksichtigt werden.

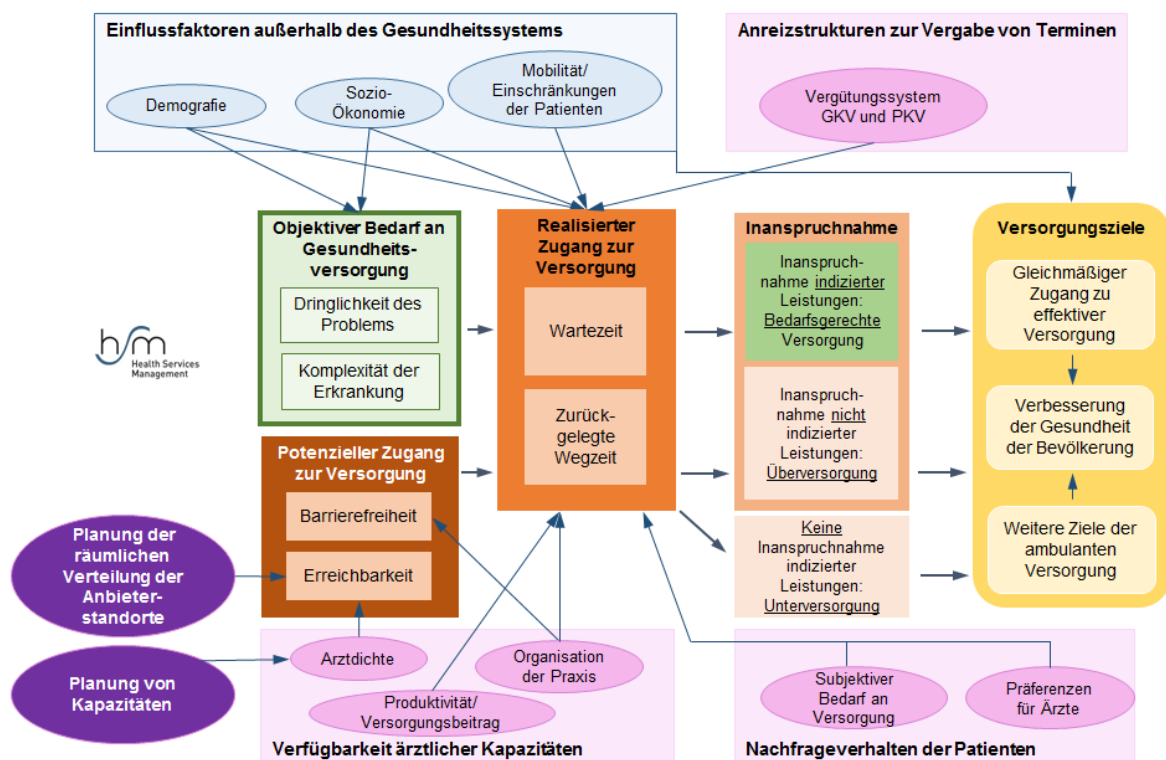


Abbildung aus Gutachtenteil A.1 (A.1.33): Einflussfaktoren auf den realisierten Zugang zur Versorgung und auf Ziele der ambulanten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

Systemische Faktoren wie das duale Krankenversicherungs- und Vergütungssystem von GKV und PKV können die Vergabe von Terminen und somit Wartezeiten beeinflussen (siehe Kapitel 3.3.1.3), und dadurch den Übergang vom potenziellen zum realisierten Zugang bedingen. Auch Veränderungen in der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von Niedergelassenen und Präferenzen der Patienten bei der Inanspruchnahme beeinflussen den Zugang (Abbildung A.1.33).

Das Zusammenspiel dieser Einflussfaktoren auf den realisierten Zugang der Patienten zur ambulanten ärztlichen Versorgung muss in einer informierten

Diskussion differenziert betrachtet werden, um Hinweise auf systemische Probleme zu erhalten und relevante Impulse für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen gemeinsam mit der Planung und Verteilung ärztlicher Kapazitäten zu liefern.

Begutachtung der Instrumente der Bedarfsplanungsrichtlinie und Empfehlungen

Die Gutachter erhielten den Auftrag, die Instrumente der Bedarfsplanung zu systematisieren und anhand von nachvollziehbaren Kriterien zu bewerten. Zu diesem Zweck wurden zunächst die versorgungspolitischen Ziele der Bedarfsplanung identifiziert und auf Grundlage der wissenschaftlichen Literatur durch Bewertungskriterien operationalisiert (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 2.3).

Aus versorgungspolitischer Sicht sollte das System der Bedarfsplanung demnach effektive Instrumente umfassen, welche zur Sicherstellung bedarfsgerechter und wirtschaftlicher Kapazitäten, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Verteilung und zur Sicherstellung eines wohnortnahen sowie zeitnahen Zugangs zur Versorgung beitragen. Die bisherigen Instrumente der Bedarfsplanung wurden dahingehend überprüft, inwieweit sie den inhaltlichen Ansprüchen der versorgungspolitischen Ziele entsprechen und hierbei nach fünf grundlegenden Funktionen systematisiert (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 2.2 und 2.3):

- Feststellung des Versorgungsbedarfs,
- Steuerung der räumlichen Verteilung von Ärzten,
- Planungssystematik,
- Feststellung ärztlicher Kapazitäten und Bewertung der Versorgungssituation,
- Steuerung bei festgestellter Unter- beziehungsweise Überversorgung.

Während einige Instrumente bundesweit angewandt werden (beispielsweise der Demografiefaktor; siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.2), wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Bedeutung von Instrumenten erweitert, bei denen auf regionaler Ebene über eine Anwendung entschieden wird (beispielsweise Abweichungen aufgrund regionaler Besonderheiten; siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.3 und 4.3, Gutachtenteil F, Kapitel 2.2.2 und 4.2.3.1).

Das Gesundheitssystem in Deutschland basiert auf der Selbstverwaltung durch die Leistungserbringer und Krankenkassen, deren unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungen in einer Bewertung der Instrumente berücksichtigt werden sollten. In einer schriftlichen Befragung wurden Einschätzungen und Informationen zur Anwendung der Instrumente aus vier Akteursgruppen zusammengetragen: Regionale Planer, gegebenenfalls an der Planung beteiligte Akteure, durch die Planung angelegte Ärztinnen und Ärzte sowie Experten der Versorgungsforschung, die nicht unmittelbar im System der Selbstverwaltung

arbeiten. Zudem wurden Erfahrungen der Mitglieder des Unterausschusses Bedarfsplanung (KBV, GKV-SV und DKG) sowie der Patientenvertreter und von Vertretern der Länder im G-BA, die Richtlinien zur Bedarfsplanung erstellen beziehungsweise an der Erarbeitung von Richtlinien beteiligt sind, durch mündliche Interviews erhoben (siehe zur Vorgehensweise den Gutachtenteil A.2, Kapitel 2.4).

Feststellung des Versorgungsbedarfs

Die im Jahr 1977 eingeführte Bedarfsplanung wurde in den 1990er Jahren mit dem Ziel der Begrenzung der Zahl der Ärzte weiterentwickelt und setzte nicht an der Planung des Bedarfs an Leistungen an. Angesichts veränderter Rahmenbedingungen durch den demografischen Wandel und die Binnenmigration, insbesondere zwischen ländlichen und städtischen Räumen, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) reagiert, um eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zu ermöglichen (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 1 sowie Gutachtenteil F.1.1).

Der infolge des GKV-VStG eingeführte Demografiefaktor unterstützt die notwendige Weiterentwicklung der Verhältniszahlen von einer angebotsbasierten Kennziffer hin zu einem an begründeten Determinanten orientierten Maß des Versorgungsbedarfs, sollte jedoch mehr als zwei Altersklassen berücksichtigen (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.1 und 3.2).

Der mit dem GKV-VSG gesetzlich festgelegte Auftrag, neben demografischen Entwicklungen auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur in der Ermittlung des Versorgungsbedarfs und der Weiterentwicklung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen (§ 101 Absatz 2 SGB V), wird in Gutachtenteil B geprüft. Die Adjustierung für Morbidität sollte nach einer bundeseinheitlichen Methodik in ihren jeweiligen regionalen Ausprägungen erfolgen (siehe Gutachtenteil B), um den Versorgungsbedarf der Einwohner nachvollziehbar und unabhängig vom Wohnort auszuweisen. Die Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen in der Festlegung der Verhältniszahlen kann bestehende Angebotsstrukturen verfestigen, wenn Mitversorgung nicht adäquat erfasst wird und nicht den Präferenzen der Bevölkerung entspricht (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 4.2). An dieser Problemstellung orientierte Ansätze zur Erfassung von Mitversorgungsbeziehungen werden daher im Gutachtenteil C geprüft.

Abweichungen von den Verhältniszahlen aufgrund regionaler Besonderheiten gemäß § 99 Absatz 1 SGB V und § 2 BPL-RL (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.3) sowie Sonderbedarfe zur lokalen oder qualifikationsbezogenen Feinsteuerung der Zulassung von Ärzten (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.4) sind in der bisherigen Bedarfsplanung oft notwendig, um Limitationen in den allgemeinen Verhältniszahlen zu korrigieren. Das hat auch grundrechtsdogmatische Bedeutung (siehe Gutachtenteil F, Kapitel 4.2.3.2). Bei einer morbiditätsgewichteten Quantifizierung des Versorgungsbedarfs könnten diese Instrumente an Bedeutung verlieren, sie sollten jedoch weiterentwickelt und gezielt eingesetzt werden, wenn

Defizite in der Versorgung vom geschätzten Versorgungsbedarf nicht erfasst werden. Regionale Planer sollten einen Sonderbedarf auch ohne vorherigen Antrag eines Leistungserbringers prüfen und als regionalen, arztgruppenbezogenen oder leistungsbezogenen Versorgungsauftrag aktiv ausschreiben können (siehe Gutachtenteil D.2, Kapitel 2.7.1 und 2.7.5).

Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs hat Implikationen für die Gesamtkapazität an Ärzten, da in Planungsbereichen mit hohem Versorgungsbedarf neue Kapazitäten festgestellt werden. Letztlich konkretisiert sie die verfassungsrechtlichen Vorgaben für eine ausreichende Gesundheitsversorgung (siehe Gutachtenteil F, Abschnitt 3.2). Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips impliziert, dass neue Arztkapazitäten nur dann sinnvoll sind, wenn ein Zusatznutzen im Sinne einer „capacity to benefit“ besteht (siehe auch Gutachtenteil B, Kapitel 2).

Steuerung der räumlichen Verteilung von Ärzten

Versorgungsebenen und Planungsräume

Die Einführung von vier Versorgungsebenen und die darauf aufbauende Neustrukturierung der Planungsbereiche war eine wichtige Reform, um der unterschiedlichen Bedeutung der Erreichbarkeit bei verschiedenen Arztgruppen gerecht zu werden (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 4.1). Einschränkend muss hierbei jedoch die bundesweite Heterogenität in der Flächenausdehnung und Einwohnerzahl der Mittelbereiche und Kreisregionen beachtet werden, die zum einen auf den Planungsräumen basierende Analysen und Zugangsbewertungen beeinflusst und zum anderen Ungleichheiten im Zugang manifestiert, da Ärzte sich nicht gleichmäßig im Planungsraum verteilen. Das Ausmaß dieser Planungsraumheterogenität kann anhand des inneren regionalen Widerstandes bewertet werden. Der Wert wird über den durchschnittlichen Weg, den man von einem inneren Punkt des Planungsraumes bis zum Zentrum des Planungsraumes zurücklegen muss, bestimmt (siehe dazu auch Gutachtenteil C, Kapitel C.5.2.1). Abbildung C.5.4 verdeutlicht, dass die inneren Widerstände im Nordosten und insbesondere in den Bundesländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern überproportional hoch sind. Dies impliziert, dass beispielsweise Mittelbereiche in Mecklenburg-Vorpommern die gleichen potenziellen Erreichbarkeiten initiieren wie sonst Kreisregionen im übrigen Bundesgebiet. Ungleiche Arztverteilungen verstärken diesen Effekt weiter.

Abweichungen von administrativen Planungsbereichszuschnitten aufgrund regionaler Besonderheiten gemäß § 99 Absatz 1 SGB V und § 2 BPL-RL können somit eine sinnvolle räumliche Feinplanung erlauben, wenn hierbei landesbeziehungsweise regionalspezifische Vorgaben oder historisch gewachsene Versorgungs- und Infrastrukturen berührt werden (siehe Gutachtenteil A.2, Abschnitt 4.3.2). Hinsichtlich des Zieles, gleichwertige Lebensverhältnisse zu schaffen, ist es jedoch ratsam, Anpassungen unter der Maßgabe einheitlicher

Standards des Zugangs zur Versorgung (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 4.3) sowie einer konsentierten Vorgehensweise vorzunehmen.

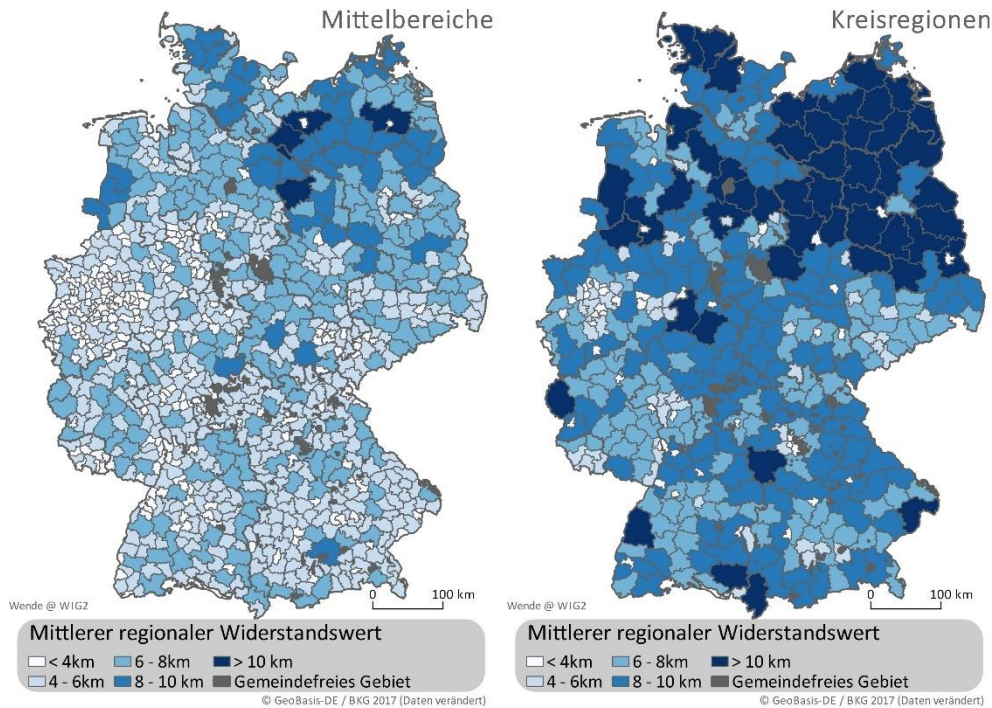


Abbildung aus Gutachtenteil C (C.5.4) : Innerer Widerstandswert von Planungsregionen (links Mittelbereiche, rechts Kreisregionen)

Quelle: eigene Berechnung

Ungeachtet dessen, böte eine Planung unter Nutzung kleinräumiger (etwa Gemeinde- oder Rasterbezug) Daten unter Berücksichtigung von Erreichbarkeiten ohne Beschränkung auf administrative Grenzen die Option, die verzerrende Wirkung variabler Raumzuschnitte zu korrigieren (siehe Gutachtenteil C).

Berücksichtigung regionaler Mitversorgung

Patienten nehmen ambulante Versorgung nicht immer an ihrem Wohnort in Anspruch (vergleiche auch Gutachtenteil A.1, Kapitel 2.3.3 sowie Gutachtenteil C). Das bisherige Konzept der Mitversorgung basiert auf der normativen Annahme, dass die Pendlerverflechtungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten das Wanderungsverhalten der Bevölkerung im Raum insgesamt abbilden und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 4.2). Die aus dieser Annahme abgeleitete Differenzierung der Verhältniszahlen anhand von Kreistypen (siehe Gutachtenteil

A.2, Kapitel 4.2) läuft Gefahr, historisch bedingte Ungleichheiten in den ärztlichen Kapazitäten zu verstetigen.

Auch auf Basis der empirischen Analysen (vergleiche Gutachtenteil C) muss die bisherige Anpassung als zu ungenau bewertet werden, da die Kreistypen nicht trennscharf zwischen den tatsächlichen Pendlerquoten differenzieren können (vergleiche Abbildung C.4.2). Insgesamt unterscheiden sich die Pendlersalden lediglich zwischen den Kreistypen 1 und 3 eindeutig, wohingegen zwischen den Typen 2, 4 und 5 erhebliche Überschneidungen auftreten (vergleiche Gutachtenteil C.4.1).

Die empirische Betrachtung zeigt auch, dass die Mitversorgungstypen nicht in konsistenter Weise den realen Beziehungen entsprechen (vergleiche Abbildung C.5.1 des Gutachtens).

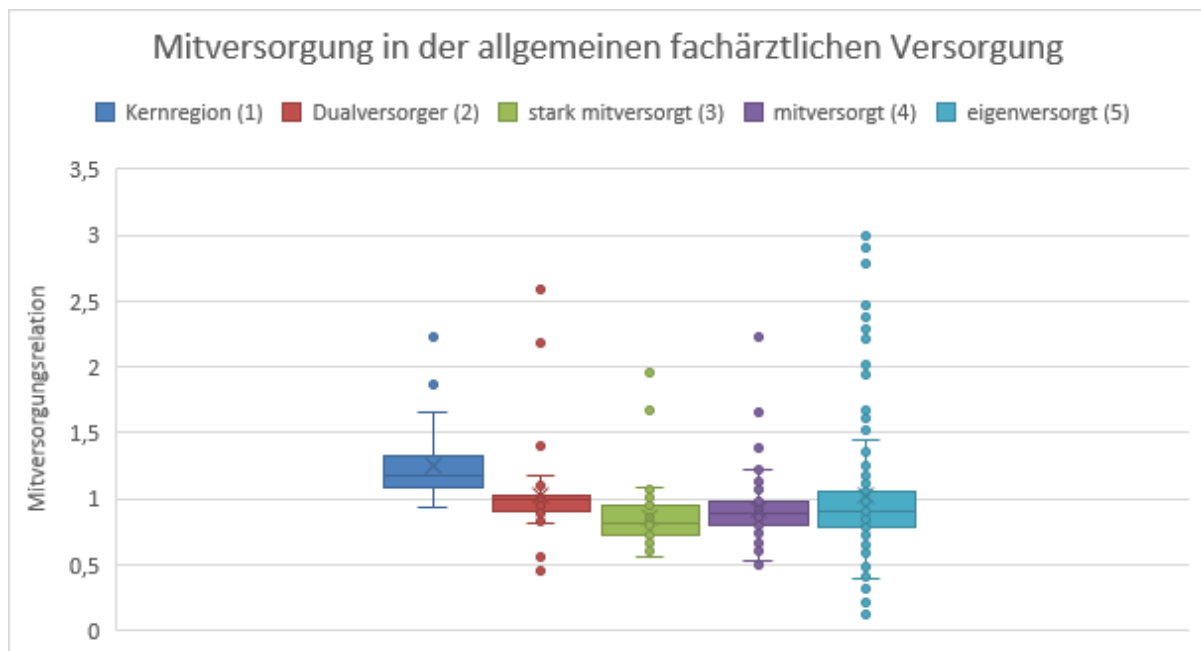


Abbildung aus Gutachtenteil C (C.5.1): Mitversorgungsrelationen differenziert nach Kreistypisierung

Quelle: eigene Berechnung

Die Betrachtung der tatsächlichen Patientenströme würde das räumliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten präziser abbilden, sollte jedoch in Zusammenschau mit Erreichbarkeitsstandards (vergleiche Gutachtenteil A.1) und Präferenzen der Patienten für zumutbare Distanzen (vergleiche Gutachtenteil C) erfolgen.

Bei der Erfassung von Mitversorgungsbeziehungen muss gewährleistet werden, dass die zurückgelegten Distanzen der Patienten eine bessere Erreichbarkeit angrenzender Planungsbereiche (beispielsweise angesichts der Verkehrsinfrastruktur) oder Präferenzen der Patienten für den Ort der Versorgung widerspiegeln (vergleiche auch die Diskussion zu Ursachen von Mitversorgung im Gutachtenteil C.4.3).

Feinsteuerung von Praxisstandorten innerhalb von Planungsräumen

Neben einem expliziten Einbezug von Erreichbarkeiten in die Planung sowie der gravitationsbasierten Berücksichtigung der Mitversorgung ist eine Feinsteuerung der Praxisstandorte innerhalb der Planungsräume geeignet, um regionale Ungleichverteilungen abzubauen und eine wohnortnahe Versorgung zu garantieren. Abbildung C.6.3 des Gesamtgutachtens verdeutlicht die Notwendigkeit am Beispiel der augenärztlichen Versorgung in Berlin.

Augenärztliche Versorgung | 2015
in Berlin und Umgebung

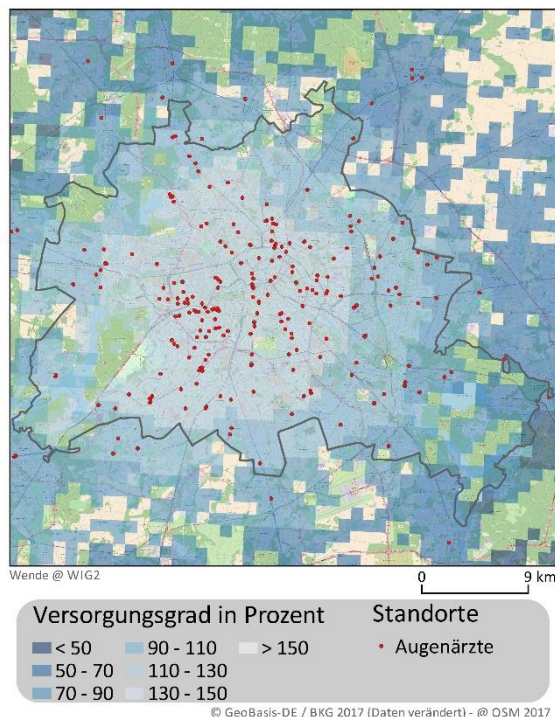


Abbildung aus Gutachtenteil C (C.6.3): Augenärztlicher Versorgungsgrad in Berlin und Umgebung gemäß Neuberechneter Verhältniszahlen und mit Gravitationsmodell (Konzept 5) auf Rasterzellen

Quelle: eigene Berechnung

Es wird deutlich, dass der Gesamtversorgungsgrad von Berlin maßgeblich durch die Versorgung im Zentrum bestimmt wird, wohingegen in den Randgebieten, bei Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten, eine schlechtere Versorgungslage innerhalb maximaler Distanzbereiche besteht. In derartigen Situationen sollten kleinräumige Steuerungsmöglichkeiten geschaffen und genutzt werden (vergleiche Gutachtenteil C.6.2).

Systematisierung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots

Für eine funktionierende Planungssystematik sollte stärker als bisher gesteuert werden, welche Basisleistungen ein Arzt einer Arztgruppe in der Grundversorgung abdecken sollte. Wichtig ist, dass ein solcher Katalog effektiver Basisleistungen, für die ein nachgewiesener Versorgungsbedarf besteht, nicht im Konflikt zum Vergütungssystem steht. Vielmehr sollten das Planungssystem und das Vergütungssystem, vorrangig im Rahmen des EBM, sich gegenseitig ergänzende Anreize zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung setzen (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 5).

Um Defizite in der Versorgung zu vermeiden, ist eine kleinräumige Planung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung mit definierten Basisleistungen einer Arztgruppe wichtig. Hochspezialisierte Leistungen müssten nicht kleinräumig geplant werden.

Im Gutachtenteil D wird weiterhin vorgeschlagen, die Subspezialisierungen der Fachinternisten differenziert zu betrachten.

Im Teil B des Gutachtens wird, dem Vorschlag zu den Fachinternisten folgend, exemplarisch die Verteilung des berechneten Versorgungsbedarfs für die fachinternistischen Subspezialisierungen der Kardiologie und Pneumologie dargestellt (siehe dazu Gutachtenteil B, Kapitel 7.1.2). Die Gutachter schlagen eine Quotenregelung für Subspezialisierungen bei Nachbesetzungen von Fachinternisten in den Planungsbereichen vor. Diese könnte sich am relativen geschätzten Versorgungsbedarf in den Planungsregionen orientieren und Prognosen für den künftigen, maßgeblich altersabhängigen Versorgungsbedarf für Subspezialisierungen berücksichtigen.

Delegation von Leistungen und Kompensation von Leistungen zwischen Arztgruppen

Weiterhin wird empfohlen, dass Hausärzte sich in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen statt nur auf einen Sitz zukünftig auf 1,25 Sitze bewerben können, wenn sie durch mindestens einen Anteil von 0,5 Vollzeitkraft nichtärztliche Praxisassistenten unterstützt werden. Alternativ können sich vier Hausärzte, die jeweils mindestens 0,5 nichtärztliche Praxisassistenten beschäftigen, gemeinsam auf einen weiteren Arztsitz bewerben. Die räumlichen

und infrastrukturellen Bedingungen (regionale Bevölkerung und Morbidität, Erreichbarkeit der Patienten im ehemaligen Einzugsgebiet des freien Sitzes) sowie vertragliche Voraussetzungen (beispielsweise abgestimmte Anwesenheiten der beteiligten Hausärzte) müssten bei der Bewerbung dargelegt werden. Aus organisatorischen Gründen muss es dabei möglich sein, dass die nichtärztlichen Praxisassistenten für mehrere Praxen tätig sind. Scheidet beispielsweise einer von fünf Hausärzten in einer Region aus, können die verbleibenden vier Hausärzte mit entsprechender Unterstützung durch nichtärztliche Praxisassistenten die Versorgung weiterhin aufrechterhalten. In diesem Modell muss das Budget für die Region erhalten bleiben und wird unter den Hausärzten aufgeteilt, die den zusätzlichen Versorgungsauftrag übernehmen.

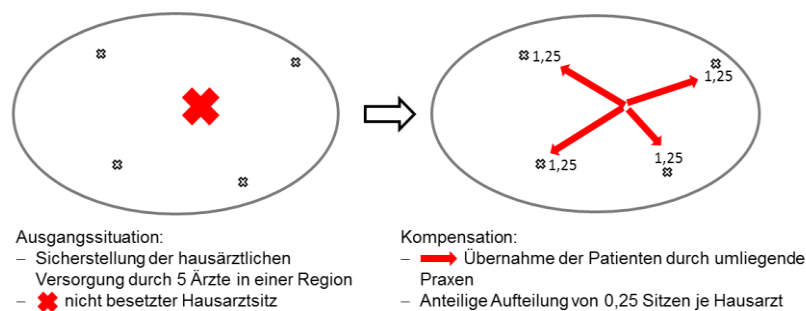


Abbildung aus Teil D.2 (D.2.9) des Gutachtens: Kompensation eines nicht besetzten Hausarztsitzes durch Delegation

Quelle: eigene Darstellung

Weiterhin wird empfohlen, für bestimmte Leistungen bereits in der Planung eine Kompensation zwischen Arztgruppen zu ermöglichen, um die Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu gewährleisten.

Regionale leistungsbezogene Versorgungsaufträge

Im Gutachtenteil D.2, Kapitel 2.7.5 wird vorgeschlagen, zeitlich befristete und leistungsbezogene Versorgungsaufträge bei festgestellter Unterversorgung auszuschreiben. Diese ermöglichen flexible Versorgungsstrukturen sowie eine bedarfsgerechte Versorgung für bestimmte Patientengruppen oder spezielle Erkrankungen. Die koordinierte Versorgung von behandlungsintensiven Erkrankungen ermöglicht es, Kosten zu stabilisieren und insbesondere eine Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen.

Grundsätzlich ist die Sicherstellung eines leistungsbezogenen Versorgungsauftrages durch Konsortien aus mehreren Leistungserbringern bereits heute möglich. Mit Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wurden Optionen

für Ermächtigungen gemäß § 116a SGB V im Falle von bestehender oder drohender Unterversorgung ausgebaut und Vorsorge- und Reha-Einrichtungen sowie stationäre Pflegeeinrichtungen befähigt (Voraussetzungen gemäß § 31a Ärzte-VZ), im Rahmen einer Ermächtigung die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen (§ 31 Absatz 1 Satz 1 Ärzte-VZ).

Morbiditätsgewichtete Schätzungen des regionalen Versorgungsbedarfs der Bevölkerung können in der Planung Berücksichtigung finden (siehe Gutachtenteil B). Regionale leistungsbezogene Versorgungsaufträge sollten ergänzend dann herangezogen werden können, wenn fundierte Hinweise auf eine lokale Unterversorgung für bestimmte Leistungen oder Patientengruppen vorliegen, beispielsweise auf Basis eines regionalen Monitorings des Zugangs und von Versorgungszielen (Gutachtenteil A.1, Kapitel 6).

Feststellung ärztlicher Kapazitäten und Bewertung der Versorgungssituation

Zwischen einer als Untergrenze festgelegten Mindestsprechstundenzahl in Höhe von 20 Stunden pro Woche gemäß § 17 BMV-Ärzte sowie Obergrenzen zum Zweck von Plausibilitätsprüfungen und einer kalkulatorischen Wochenarbeitszeit von etwa 51 Stunden (wenn ausschließlich GKV-Patienten versorgt werden würden) im Rahmen des EBM existiert für Vertragsärzte im Rahmen der Bedarfsplanung kein Maßstab, welcher dem Leistungsumfang einer vollen Arztkapazität für die Versorgung von GKV-Versicherten entspricht (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 6.1). Für ermächtigte Ärzte erfolgt dies teilweise auf Basis eines arztgruppen- und KV-spezifischen Fallzahlquotienten (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 6.2).

Die Bestimmung eines etwa durchschnittlichen Versorgungsauftrags je Arztsitz ist für die präzise Erfassung vorhandener sowie für die Planung benötigter Arztkapazitäten erforderlich. Signifikante regionale Variationen und/oder zeitliche Veränderungen in der Erfüllung des durchschnittlichen Versorgungsauftrags könnten im ungünstigsten Fall dazu führen, dass die Bedarfsplanung systematisch zu geringe Arztkapazitäten ausweist, wenn die tatsächliche Versorgungsleistung im Durchschnitt den implizit angesetzten durchschnittlichen Tätigkeitsumfang unterschreitet (vergleiche Gutachtenteil A.2, Kapitel 6.1.3 sowie Gutachtenteil B, Kapitel 6.1.5).

Eine konzeptionelle Planungsvorgabe der Bedarfsplanung an den Versorgungsauftrag ist weiterhin, dass der Anteil der Sprechstundenzeit von Vertragsärzten für gesetzlich Versicherte im Durchschnitt mindestens dem Anteil der gesetzlich Versicherten in dem Planungsbereich entspricht. Kleinere Schwankungen würden innerhalb des Toleranzrahmens der Korridore der Bedarfsplanung fallen, aber systematische und signifikante Abweichungen nach unten würden zu Engpässen in dem jeweiligen Planungsbereich führen (siehe Gutachtenteil B, Kapitel B.6.1.5).

Steuerung bei festgestellter Unter- beziehungsweise Überversorgung

Die Bedarfsplanung funktioniert nur, wenn die Bewertung der Versorgungssituation mit effektiven Instrumenten zum Abbau von Über- und Unterversorgung einhergeht (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7).

Instrumente zum Abbau von Überversorgung sollten dazu beitragen, ärztliche Kapazitäten nicht zu Lasten unterversorgter Regionen zu binden und eine wirtschaftliche Kapazität an Ärzten zu gewährleisten. In Zusammenspiel mit dem Vergütungssystem schafft eine steigende Versorgungsdichte Anreize für zusätzliche Leistungserbringung. Diese Leistungen sind weder bedarfsgerecht noch wirtschaftlich, wenn sie den Gesundheitszustand nicht mehr positiv beeinflussen (vergleiche Gutachtenteil A.2, Kapitel 2.3).

In zulassungsbeschränkten Gebieten kann der Zulassungsausschuss ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent beziehungsweise soll der Zulassungsausschuss ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent einen Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes ablehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.1). Für das Entscheidungskriterium der „Versorgungsgründe“ existiert nach Wissen der Gutachter keine bundeseinheitliche Definition. Die Gutachter empfehlen, das Kriterium der Versorgungsgründe nach einer bundesweit gültigen und überprüfbaren Methodik am Versorgungsbedarf auszurichten. Beispielsweise sollte präzise nachgewiesen werden, warum der Wegfall des Arztsitzes sich nicht durch bestehende Arztsitze kompensieren lässt. Außerdem stehen nicht am Bedarf der Bevölkerung orientierte Ausnahmeregelungen (insbesondere ein Status des Antragstellers als Ehepartner, Lebenspartner oder Kind des Vertragsarztes, der den Sitz abgibt, sowie Stimmengleichheit im Zulassungsausschuss) dem effektiven Abbau einer Überversorgung derzeit im Weg (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.1).

Mit Instrumenten zum Abbau von Unterversorgung sollte angelehnt an Zugangsstandards (siehe Gutachtenteil A.1) ein angemessener Zugang zur Versorgung sichergestellt werden.

Ermächtigungen von Krankenhausärzten sowie Krankenhäusern (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.3) sind ein gutes Instrument, um vorhandene Kapazitäten aus dem Krankenhaussektor zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einzubinden. Da Ermächtigungen keiner sektorenübergreifenden Planung von Kapazitäten folgen, sondern den Antrag eines Krankenhauses beziehungsweise Krankenhausarztes voraussetzen, sind Ermächtigungen ein mögliches, jedoch für sich genommen kein ausreichendes Instrument zum Ausgleich von Unterversorgung in minderversorgten Regionen (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.3).

Im SGB V sind unterschiedliche Instrumente vorgesehen, die zur Sicherstellung der Versorgung insbesondere in unterversorgten Gebieten beitragen sollen. Die in Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.4 dargestellten Instrumente (Bildung von Strukturfonds, Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, kommunale Eigeneinrichtungen, sowie finanzielle Anreize auf Praxisebene durch die Zahlung von

Sicherstellungszuschlägen und die Nichtanwendung von Maßnahmen zur Fallzahlbegrenzung oder Fallzahlminderung) sind nicht Teil der BPL-RL, liegen jedoch im Rahmen des Sicherstellungsauftrags in der Verantwortung oder unter Zustimmungsvorbehalt der Kassenärztlichen Vereinigungen und zum Teil der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (siehe Gutachtenteil F, Abschnitt 2.2.4).

In ihrer Gesamtheit haben diese Instrumente den Vorteil, dass sie unterschiedliche Ansatzpunkte zur Sicherstellung der Versorgung verbinden. Ein übergreifender Nachteil der Vorgaben zu den Instrumenten ist ein fehlendes bundesweites Monitoring der Verbreitung und der Effekte der Instrumente. Um die Effektivität der Instrumente hinsichtlich des Abbaus von Unterversorgung unter Berücksichtigung der aufgewendeten Ressourcen beurteilen zu können, empfehlen die Gutachter transparente Evaluationen der Funktionsweise und von strukturellen Bedingungen für eine effektive Anwendung der Instrumente (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 7.4). Zudem sollten breiter gefasste Instrumente zur Sicherstellung einer effizienten und koordinierten Versorgung gefördert werden, unter anderem die arztentlastende Delegation von Leistungen (siehe Gutachtenteil D.2, Abschnitt 2.7.4) und die Organisation der Versorgung in regionalen Facharztnetzen (siehe Gutachtenteil D.2, Abschnitt 2.7.3).

Weiterentwicklung hin zu einer prospektiven Bedarfsplanung

Ansätze für eine prospektive Orientierung der Bedarfsplanung sind in der Feststellung einer drohenden Unterversorgung (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 6.3) und der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.5) enthalten. Auf bundesweiter Ebene sollte darüber hinaus ein Rahmen geschaffen werden, wie unterschiedliche prognostizierte Bevölkerungsentwicklungen innerhalb Deutschlands und Veränderungen in den Versorgungserfordernissen einer Bevölkerung mit wachsendem Anteil an älteren und multimorbiden Menschen über die kommenden Jahrzehnte in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind. Eine optimale Gesamtkapazität an Ärzten ist schwer zu bestimmen, neu berechnete Verhältniszahlen sollten jedoch Veränderungen in der behandelbaren Morbidität je Einwohner berücksichtigen. Ebenso sollten mittelfristige Veränderungen des Versorgungsbedarfs im Auf- und Abbau von Arztkapazitäten berücksichtigt werden (siehe Gutachtenteil B, Kapitel 8).

Die im Teil B.8.1 berechneten Prognosemodelle demonstrieren in diesem Kontext die Stärke der im Kapitel B.7 neu errechneten morbiditätsgewichteten Verhältniszahlen, Entwicklungen im Versorgungsbedarf zwischen den Regionen und Veränderungen im Versorgungsbedarf je Einwohner gemäß der Entwicklung der Bedarfsfaktoren abzubilden. Eine Aktualisierung der im Gutachtenteil B errechneten morbiditätsgewichteten Verhältniszahlen in regelmäßigen aber nicht zu kurzen Abständen würde die ausgewiesenen Arztkapazitäten gemäß den Veränderungen der Bedarfsindikatoren anpassen. Angemessene Abstände zwischen den Aktualisierungen der Verhältniszahlen reduzieren ungewollte

Wechselwirkungen zwischen der Aktualisierung der Verhältniszahlen, Arztangebot und der Inanspruchnahme nicht-indizierter Versorgungsleistungen.

Mit Blick auf die Steuerungsfunktion der Bedarfsplanung hinsichtlich Abbau beziehungsweise Aufbau von Arztkapazitäten bei festgestellter Über- oder Unterversorgung, kann eine Plausibilisierung sinnvoll sein, die am mittelfristigen prognostizierten Versorgungsbedarf ausgerichtet ist. So ist ein Abbau von Arztkapazitäten in Planungsbereichen mit stark wachsendem Versorgungsbedarf infolge von Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur nur in dem Maße sinnvoll, wie diese Arztkapazitäten nicht in mittelfristig absehbarer Zeit benötigt werden (siehe Gutachtenteil B, Kapitel B.8, Gesamtkapazität und Prognosen).

Auf der Angebotsseite erfordern die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur eine prospektive Planung von Kapazitäten, die derzeit in Deutschland nicht existiert. Um eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Haus- und Fachärzten in den benötigten Fachrichtungen sicherzustellen, müsste eine prospektiv orientierte Kapazitätsplanung bereits an der Zulassung zu Medizinstudienplätzen sowie der Sicherstellung von Weiterbildungsplätzen in benötigten Fachrichtungen ansetzen und auch den absehbaren Ruhestand von Ärzten antizipieren.

Vorschlag einer Vorgehensweise zur Neuberechnung der Verhältniszahlen und der Berücksichtigung von Mitversorgung

Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) legen eine arztgruppenspezifische Kapazität fest, die dem Versorgungsbedarf einer definierten Bevölkerung entsprechen soll. Ziel der arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen ist es laut § 8 Absatz 1 BPL-RL, den „allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad“ auszudrücken (§ 8 BPL-RL).

Die Festlegung der Verhältniszahlen erfolgt für 23 Arztgruppen auf vier Versorgungsebenen gemäß § 11 bis 14 und Anlage 5 der BPL-RL. Für die Versorgungsebenen der hausärztlichen Versorgung, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung wird eine Verhältniszahl auf die Bevölkerung im jeweiligen Planungsbereich angewendet (beispielsweise ein Hausarzt zu 1.671 Einwohnern in Mittelbereichen).

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung gilt keine bundesweite Verhältniszahl, sondern sechs (unter Berücksichtigung des Ruhrgebiets) regionalspezifische Verhältniszahlen (zur Methodik siehe Anlage 6 der BPL-RL). Die Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung werden nach sechs verschiedenen Kreistypen differenziert, welche die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum abbilden sollen, um einer Mitversorgungsleistung von Ärzten in größeren Städten für das Umland Rechnung zu tragen (G-BA 2016, Anlage 6). Die Schwankungsbreiten zwischen den Kreistypen fallen je nach Facharztgruppe unterschiedlich stark aus. Bei Kinderärzten liegen die Verhältniszahlen je Arzt zwischen 2.405 Einwohnern (Kreistyp 1) und 4.372 Einwohnern (Kreistyp 3), bei Psychotherapeuten

unterscheiden sich die Verhältniszahlen fast um das Dreifache (Kreistyp 1: 3.079 Einwohner; Kreistyp 3: 9.103 Einwohner je Psychotherapeut) (siehe Gutachtenteil A.2, Kapitel 4.2 und § 12 BPL-RL mit Beschluss des G-BA vom 17. November 2017).

Die Verhältniszahlen werden zudem mit einem Demografiefaktor multipliziert, der basierend auf Altersfaktoren und einem bundeseinheitlichen, arztgruppen-spezifischen Leistungsbedarfsfaktor berechnet wird. Nicht angewendet wird der Demografiefaktor auf die Verhältniszahlen der Kinderärzte und der Kinder- und Jugendpsychiater.

Auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V können auch regional abweichende Verhältniszahlen festgestellt werden (§ 8 BPL-RL; vergleiche Gutachtenteil A.2, Kapitel 3.3 für Details). Abbildung B.1 skizziert den gültigen Ansatz zur Berechnung der Verhältniszahlen.

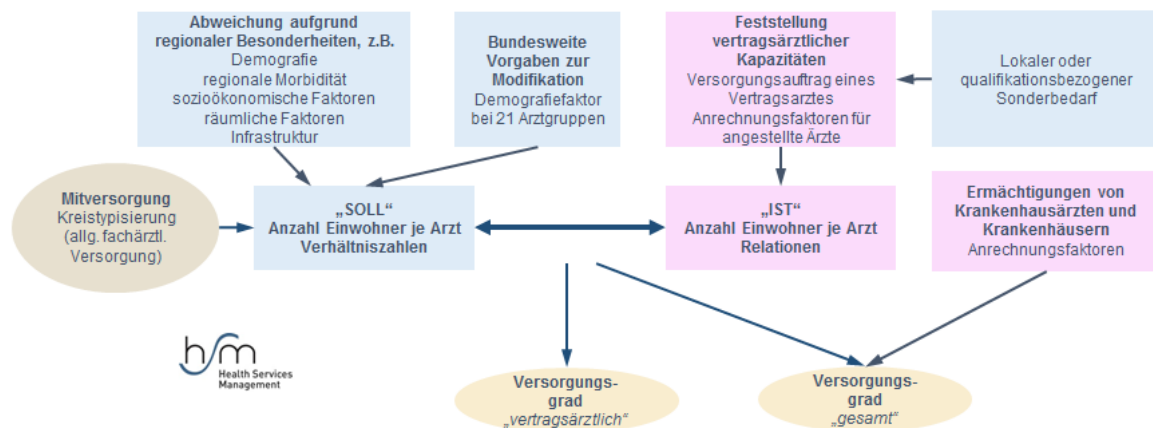


Abbildung aus Teil B (B.1) des Gutachtens: Bestehender Ansatz zur Berechnung der Verhältniszahlen und des Versorgungsgrades zum Stand vom 15. Februar 2018

Quelle: eigene Darstellung

Durch das im vorliegenden Gutachten vorgeschlagene neue Konzept ändert sich die Vorgehensweise bei der Berechnung der Verhältniszahlen und des Versorgungsgrades. Gemäß dieser Methodik wird der morbiditätsadjustierte Versorgungsbedarf berechnet und in arztgruppenspezifische Verhältniszahlen übersetzt. Mitversorgung fließt in diesem Schritt nicht in die Berechnung der Verhältniszahlen ein, sondern wird gemäß der im Gutachtenteil C entwickelten Vorgehensweise mittels Gravitationsansatz berücksichtigt, um zu einer präzisen Schätzung der Einwohner-Arzt-Relationen zu gelangen. Die Neuberechneten Verhältniszahlen (aus dem Gutachtenteil B) und die mittels Gravitationsansatz

ermittelten Einwohner-Arzt-Relationen (aus dem Gutachtenteil C) werden in ein Verhältnis zueinander gesetzt, um den Versorgungsgrad im Planungsbereich auszuweisen. Um lokalen Versorgungsengpässen aktiv begegnen zu können, schlagen die Gutachter zudem die Planungsoption vor, arztgruppenbezogene oder leistungsbezogene regionale Versorgungsaufträge ausschreiben zu können (siehe Gutachtenteil D.2, Kapitel 2.7.1 und 2.7.5 und für eine Reflektion der Methodik Gutachtenteil B.9).

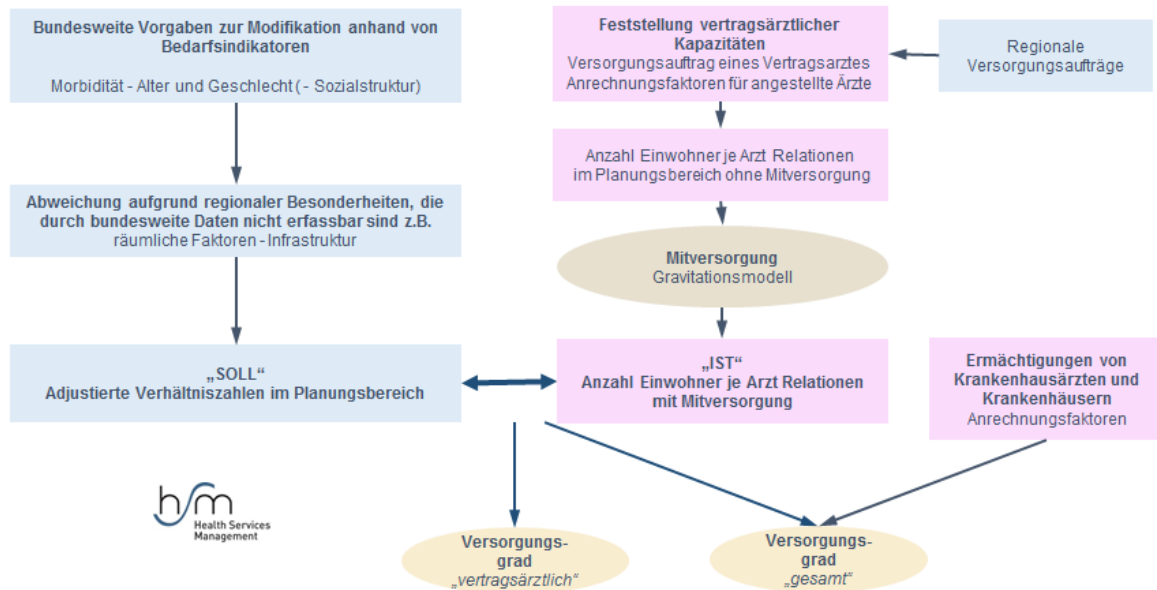


Abbildung aus Teil B (B.2) des Gutachtens: Neues Konzept zur Berechnung der Verhältniszahlen und des Versorgungsgrades

Quelle: eigene Darstellung

Konzeptionelle Grundlagen der Neuberechnung der Verhältniszahlen

Nachdem Änderungen der BPL-RL mit dem GKV-VStG angestoßen worden waren, stellte der Gesetzgeber in kurzer Abfolge fest, dass es weiterreichender Neuordnungen für die Reform der vertragsärztlichen Kapazität und Verteilung bedarf. Mit dem im Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) beauftragte der Gesetzgeber den G-BA daher, neben demografischen Entwicklungen auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur in der Ermittlung des Versorgungsbedarfs und der Weiterentwicklung der Verhältniszahlen zu berücksichtigen.

Die Gutachter hatten den Auftrag, ein Konzept für die Neuberechnung der Verhältniszahlen in Abhängigkeit von der Morbiditäts- und Sozialstruktur vorzuschlagen. Mehrere theoretisch begründete Modelle zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs, abhängig von der Morbiditäts- und Sozialstruktur, wurden

aufgestellt und systematisch hinsichtlich ihrer Eigenschaften und inhaltlichen Implikationen untersucht.

Der realistischen Theorie folgend stand im Gutachten die behandelbare Morbidität im Fokus der Bedarfsschätzung. Der objektive Versorgungsbedarf positioniert in der Mitte von Abbildung B.5 des Gesamtgutachtens ist ein Konstrukt und als solches in seinem Wesen latent.

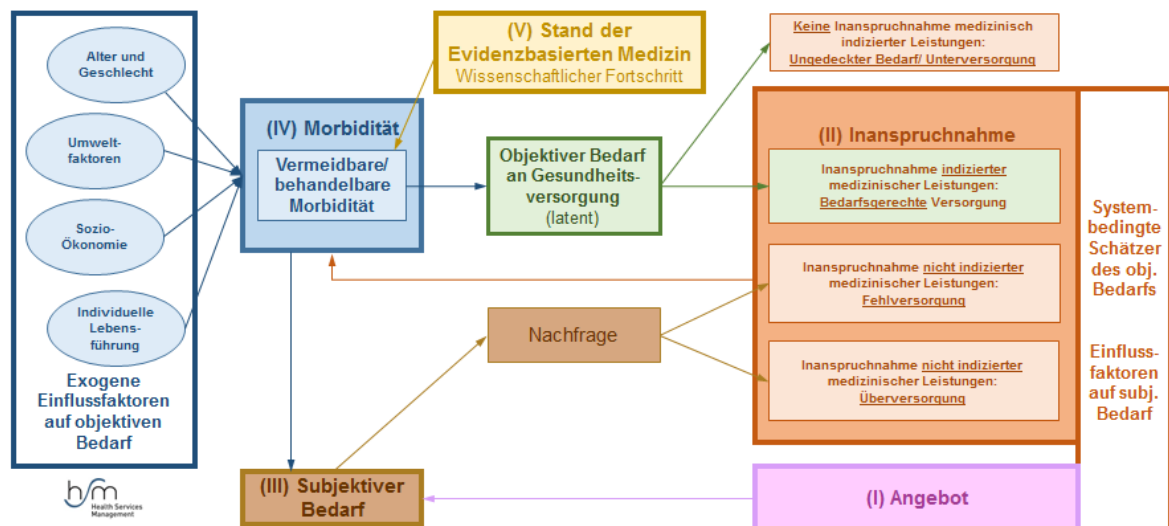


Abbildung aus Teil B (B.5) des Gutachtens: Einflussfaktoren auf den objektiven Versorgungsbedarf

Quelle: eigene Darstellung

Der Versorgungsbedarf kann somit nicht direkt gemessen werden, sondern wird durch messbare Indikatoren behandelbarer Morbidität erschlossen, die im Gutachten als Bedarfsindikatoren bezeichnet werden. Die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin werden berücksichtigt, indem ihr Erkenntnisstand das Ausmaß der behandelbaren Morbidität (skizziert auf der linken Seite der Abbildung B.5) beeinflusst und der objektive Versorgungsbedarf wiederum eine Funktion der behandelbaren Morbidität ist. Der objektive Versorgungsbedarf führt schließlich zur Inanspruchnahme von Leistungen. Für die Bewertung der Ansätze zur Operationalisierung des Versorgungsbedarfs wurden im Gutachtenteil B.4 Kriterien aufgestellt, die sich einerseits aus den Zusammenhängen des Modells in der Abbildung B.5 ableiten und sich andererseits aus den praktischen Erfordernissen der Bedarfsplanung ergeben. Die Kriterien umfassen Ansprüche an die konzeptionellen Grundlagen der Operationalisierung, an die Machbarkeit der Umsetzung für Planungszwecke, an die Datengrundlage und an die Zukunftsfähigkeit der Schätzung des Versorgungsbedarfs. Eine Übersicht der Kriterien je genannter Kategorie ist in Tabelle B.1 im Teil B des Gutachtens festgehalten.

Ein zentrales Kriterium ist, dass die empirische Größe, die sich aus der Operationalisierung des Versorgungsbedarfs ergibt, einen inhaltlichen Bezug zu dem für die Erfüllung des Versorgungsauftrags durchschnittlich erforderlichen Zeitaufwandes eines Vertragsarztes haben sollte. Das Kriterium B1.3 (Tabelle B.1 im Teil B des Gesamtgutachtens, Kapitel B.4) ergibt sich aus den Eigenschaften der zentralen Planungsgröße und erlaubt zudem eine begründete Überleitung des geschätzten Versorgungsbedarfs in Arztkapazitäten.

Die mit der Modellierung verbundenen Entscheidungen bei der Auswahl und Quantifizierung der Bedarfsindikatoren, der Wahl der Datengrundlagen und der konkreten Modellierung wurden zudem möglichst nachvollziehbar und entlang zuvor aufgestellter Kriterien getroffen (vergleiche dazu Kapitel B.4 und B.6 des Gesamtgutachtens). Diese Auswahl entspricht den rechtlichen Vorgaben, nach denen die Entscheidungen der Planungsträger innerhalb des durch die Verfassung und des SGB V gezogenen Rahmens auf allgemeinen und aussagekräftigen Kriterien beruhen müssen, deren Anwendung konsequent und widerspruchsfrei erfolgt sowie nachvollziehbar und plausibel zu begründen ist (siehe Gutachtenteil F, Abschnitte 3.2.4, 4.2.1 und 4.2.5.3).

Ergebnisse der Neuberechnung der Verhältniszahlen

Für die hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung ermittelten die Gutachter morbiditätsgewichtete Verhältniszahlen auf Grundlage von Individualdaten aus dem ambulanten Abrechnungsgeschehen. Für die spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung (mit Ausnahme der Internisten) wurden explorativ morbiditätsgewichtete Verhältniszahlen auf der Grundlage von aggregierten Daten berechnet (siehe dazu den Gutachtenteil B, Kapitel 6 und 7). Die Auswahl der Bedarfsindikatoren und die Modellierung des Versorgungsbedarfs sind ausführlich im Gutachtenteil B, Kapitel 6 begründet.

Im Kapitel B.7.1 zeigen die Gutachter, dass eine valide Neuberechnung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der arztgruppenspezifischen Morbiditätsstruktur auf Grundlage von Abrechnungsdaten auf Ebene von Individuen möglich ist. Wohlbegründet spezifizierte Modelle kommen zu ähnlichen Ergebnissen hinsichtlich der morbiditätsbedingten Gewichtung. Im Sinne einer effizienten Modellierung, die mit wenigen und gut begründeten Variablen robust den Versorgungsbedarf einer Bevölkerung approximiert, empfehlen die Gutachter die Aufnahme von Alters- und Geschlechtsgruppen, klassifizierten Krankheitsgruppen und Multimorbidität als Bedarfsindikatoren in die Modellierung. Diese Variablen erklären zu hohen Anteilen die Umverteilungseffekte (siehe Gutachtenteil B, Abschnitt B.7.1.3) und sind gemäß der Kriterien B1.1 und B1.3 aufgestellt im Kapitel B.4 konzeptionell wohlfundiert. Die Koeffizienten der Years of Life Lost (YLL) und Years Lived with Disability (YLD) waren selten statistisch signifikant und trugen quantitativ kaum zur Umverteilung bei.

Die Operationalisierung des ärztlichen Versorgungsaufwandes erfolgte als ärztlicher Leistungsaufwand oder als Behandlungsfälle auf Grundlage ambulanter

Abrechnungsdaten. Grundsätzlicher Vorteil dieser Datengrundlage ist, dass sie auf der Grundgesamtheit gesetzlich Versicherter basiert, die Vertragsarztleistungen in Anspruch genommen haben, und hohe externe Validität aufweist. Krankheitslast und verwandte Gesundheitsprobleme werden mittels der ICD-10-GM-Klassifikation von Vertragsärzten bei Anspruch von Leistungen durch Patienten kodiert. Da im ambulanten Sektor keine allgemeingültigen Richtlinien für die Kodierung von Krankheiten existieren, muss der dokumentierende Vertragsarzt Entscheidungen innerhalb eines Ermessensspielraums treffen. Entsprechend können die kodierten Diagnosen für eine Indikation beispielsweise in Abhängigkeit von Gewohnheiten, Erfahrung und Praxis der dokumentierenden Ärzte und somit auch regional variieren. Zur Stärkung der Datengrundlage zur Berechnung bedarfsgerechter Verhältniszahlen empfehlen die Gutachter Richtlinien, welche die Kodierqualität ambulanter Diagnosen verbessern (siehe dazu den Gutachtenteil B, Kapitel 4.3).

Weiterhin empfehlen die Gutachter, die morbiditätsgewichteten Verhältniszahlen auf einem Querschnitt von mindestens drei Jahren zu berechnen, um Variationen zwischen den Planungsbereichen aufgrund von Ausreißern in einzelnen Jahren zu reduzieren und die Morbiditätsgewichtung für einen mittelfristigen Planungshorizont auszulegen. Für Planungszwecke sollten die Verhältniszahlen zudem auf Ebene der Versicherten beziehungsweise auf Individualebene und nicht auf Grundlage aggregierter Daten errechnet werden, um robuste Ergebnisse sicherzustellen (siehe dazu Gutachtenteil B, Kapitel 7.3).

Die Anpassung der Verhältniszahlen an die Morbiditätsstruktur führt zu niedrigeren Verhältniszahlen in Regionen mit relativ hohem Versorgungsbedarf je Einwohner. Diese Regionen weisen im Durchschnitt hohe Behandlungsfallzahlen je Arztpraxis und Deprivationsmerkmale auf. Sie liegen vermehrt in ländlichen Räumen, doch auch einige stark verdichtete Regionen und Großstädte weisen einen überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf je Einwohner auf.

Die Abbildung B.23 zeigt beispielhaft die Verteilung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte. Auf der horizontalen Achse sind die Planungsregionen nach ihren jeweiligen administrativen Kennziffern gemäß Bundesländern aufgereiht. Auf der vertikalen Achse ist der Wert der errechneten Verhältniszahlen abgebildet. Jeder blaue Punkt steht für eine spezifische morbiditätsgewichtete regionale Verhältniszahl eines Planungsbereichs aus einem Modelltyp. Die Punkte in Magenta entsprechen den derzeit gültigen Verhältniszahlen (korrigierte Verhältniszahl) unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (angepasste Verhältniszahl). Nicht berücksichtigt sind in der Darstellung die Mitversorgungseffekte.

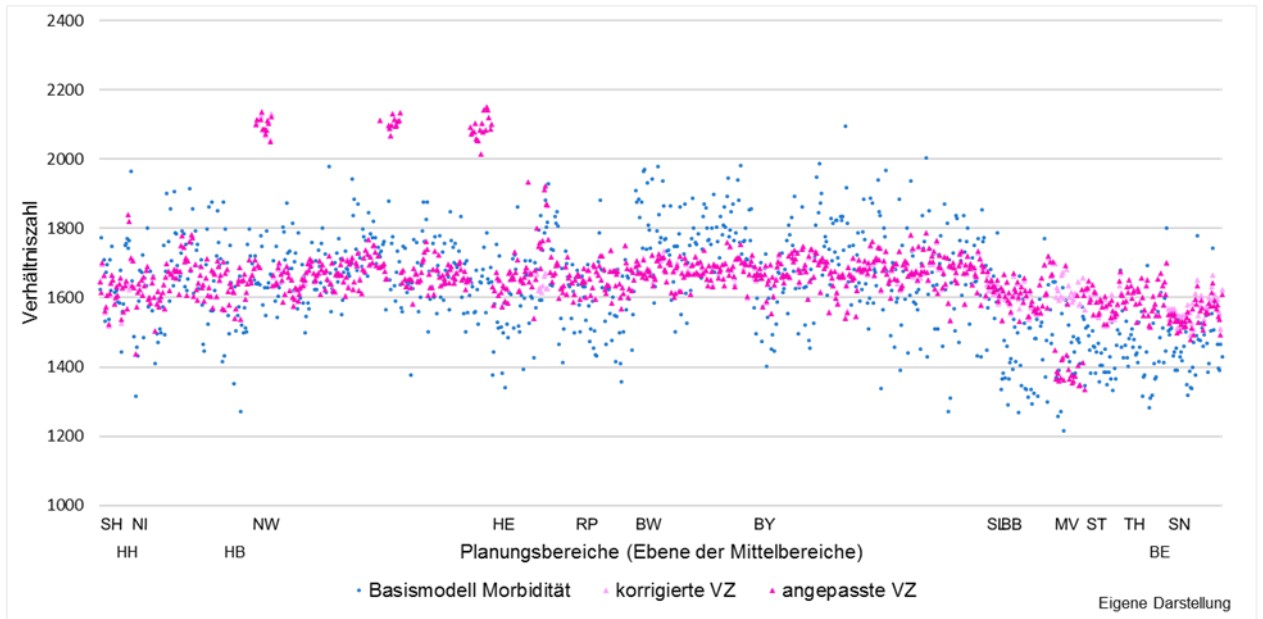


Abbildung aus Teil B (B.23) des Gutachtens: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der hausärztlichen Versorgung im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: Abkürzungen der Bundesländer gemäß ISO 3166

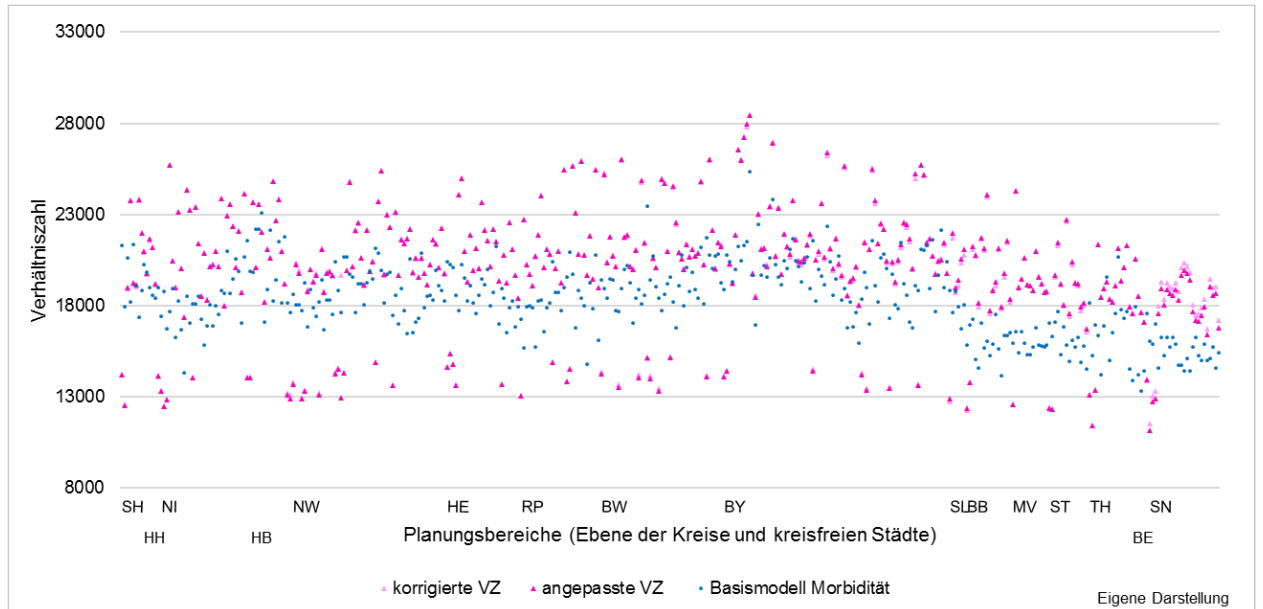


Abbildung aus Teil B (B.24) des Gutachtens: Errechnete Verhältniszahlen (Basismodell Morbidität) der Augenärzte im Vergleich zu den korrigierten und angepassten Verhältniszahlen

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: Abkürzungen der Bundesländer gemäß ISO 3166

Die Abbildung B.24 zeigt weiterhin beispielhaft die Verteilung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Augenärzte. Auch hier sind Mitversorgungseffekte noch nicht berücksichtigt. Die Modellergebnisse zu weiteren Arztgruppen sind im Gutachtenteil B, Kapitel 7, dargestellt.

Im Kapitel B.7.1 wurde auch die Berücksichtigung von Sozialindikatoren – in Form von Einzelindikatoren sowie als aggregierte Deprivationsindizes, die soziale, ökonomische und umweltbezogene Dimensionen mit unterschiedlicher Gewichtung umfassen – bei der Schätzung des Versorgungsbedarfs geprüft. Ein maßgeblicher Vorteil sozioökonomischer Indikatoren ist, dass sie nicht abhängig und beeinflusst vom bestehenden Versorgungsangebot sind und somit – ähnlich zu Alters- und Geschlechtsgruppen – robuste Bedarfsindikatoren darstellen. Bezugnehmend auf das Kriterium B1.1 der begründeten Auswahl der Bedarfsindikatoren und das Kriterium B2.1 der Datenverfügbarkeit sowie der Maßgabe einer effizienten Modellierung wählten die Gutachter die Arbeitslosenquote als präferierten Indikator, um den sozioökonomischen Status abzubilden (Gutachtenteil B, Tabelle B.1, Kriterien).

Ein Nachteil von Deprivationsindizes ist, dass sie den Einfluss einzelner Indikatoren unter Umständen verschleiern und ihre Aussagekraft von der Validität der getroffenen methodischen Annahmen zur Gewichtungsfunktion abhängt. Für eine zielgenaue Bedarfsplanung ist es jedoch wünschenswert, den spezifischen Einfluss der zugrunde gelegten Indikatoren zu analysieren, da die in den Indizes vorgenommene Gewichtung nicht im Hinblick auf die Planung vertragsärztlicher Kapazitäten entwickelt wurde (vergleiche Gutachtenteil B, Abschnitt 6.2.3).

Die bei der KBV vorliegenden ambulanten Abrechnungsdaten enthalten allerdings keine Information zu der sozioökonomischen Position der GKV-Mitglieder, sodass nur der Bezug von aggregierten sozioökonomischen Indikatoren zum Versorgungsbedarf innerhalb der Planungsbereiche hergestellt werden konnte. Dies eröffnet die Möglichkeit ökologischer Fehlschlüsse, die auch in den durchgeführten Schätzungen nicht ausgeschlossen werden konnten. Der psychotherapeutische Versorgungsaufwand steht zum Beispiel in den geschätzten Modellen in keinem positiven Zusammenhang mit aggregierten sozioökonomischen Indikatoren. Auch in Anbetracht der existierenden Literatur kann aber nicht ausgeschlossen werden, dass Versicherte mit niedrigerem sozioökonomischen Status einen höheren Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung verbunden mit höherem Versorgungsaufwand aufweisen. Vor diesem Hintergrund kann die Aufnahme von aggregierten sozioökonomischen Variablen in die vorgeschlagene Modellierung nicht empfohlen werden, da die Ungleichbehandlung von Arztgruppen in der Modellierung infolge von ökologischen Fehlschlüssen nicht vertretbar wäre.

Letztlich resultieren die Unsicherheiten bei der Schätzung des sozioökonomisch bedingten Versorgungsaufwandes jedoch aus der Limitation der Datengrundlage. Die Gutachter empfehlen daher, als Grundlage eine Datenbasis in Struktur und Variablen ähnlich der des Risikostrukturausgleichs samt georeferenzierter Diagnosedaten mit Bezug zum Patientenwohnort und Angaben zum Betätigungsstatus der Mitglieder für die Zwecke der Bedarfsplanung zu verwenden,

um eine auch rechtlich geforderte verlässliche Planungsgrundlage zu schaffen (siehe Gutachtenteil F, Abschnitt 4.2.2.3, Datengrundlage).

Neuberechnete Verhältniszahlen und Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten

Die Gutachter empfehlen, morbiditätsbedingte Abweichungen der Verhältniszahlen der Planungsbereiche von einer durchschnittlichen bundesweiten Verhältniszahl als Richtwert für die bedarfsgerechte Versorgung heranzuziehen. Die morbiditätsgewichteten Verhältniszahlen ermitteln das bedarfsgerechte Einwohner-Arzt-Verhältnis für die Einwohner eines Planungsbereichs.

Für die allgemeine fachärztliche Versorgung muss die Typisierung der Verhältniszahlen in sechs Klassen aufgrund geschätzter Mitversorgungsbeziehungen im ersten Schritt nicht erfolgen. Während die Teilversorgung von infrastrukturell gut angeschlossenen Planungsräumen durch Zentren sowohl aus Sicht der Patienten (bestehende Pendlerbeziehungen, sonstige Dienstleistungs-Infrastruktur) als auch hinsichtlich der Anbindung medizinischer Weiterbildung, des fachlichen Austauschs und im Sinne der Wirtschaftlichkeit zielführend ist (vergleiche Gutachtenteil C.4.3), sollten Verhältniszahlen zunächst die für eine bedarfsgerechte Versorgung geschätzten notwendigen Arztkapazitäten für die Bevölkerung innerhalb eines Planungsbereichs ausweisen.

Die direkte Adjustierung der allgemeinen fachärztlichen Verhältniszahlen um die in der BPL-RL angenommenen Mitversorgungsbeziehungen führt zu Irritationen und/oder der Notwendigkeit, die Verhältniszahlen im Rahmen regionaler Besonderheiten gemäß § 99 Absatz 1 SGB V in denjenigen Planungsregionen anzupassen, für welche die Annahmen der Mitversorgung empirisch nicht oder kaum zutreffen (vergleiche Teil A.1, Teil A.2 und Teil C.4 des Gutachtens).

Die wesentlichen Einflussgrößen regionaler Mitversorgung liegen in den strukturellen Charakteristika der Räume selbst (siehe dazu den Teil C.4.3 des Gutachtens). Diese umfassen sowohl die räumliche Lage von Mitversorgern gegenüber den mitversorgten Regionen als auch die Arzt-Einwohner-Verhältnisse der eigenen und der Nachbarkreise, die flächenmäßige Ausdehnung der Kreise sowie die Verteilung der Standorte in den Kreisen. Anpassungsfaktoren, wie sie aktuell Anwendung finden, haben den Nachteil, dass sie stets nur in eine Richtung und unabhängig von den benachbarten Anpassungsfaktoren wirken. Das bedeutet, sie ignorieren die räumliche Lage an sich und müssten, um dies zu kompensieren, für jede Region separat festgelegt werden. Im Vergleich zu Anpassungsfaktoren können Gravitationsmodelle Mitversorgung unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten präziser abbilden (vergleiche Gutachtenteil C.4.5).

Die in den Abbildungen B.23 und B.24 (sowie in den weiteren Abbildungen des Gutachtenteils B, Abbildungen B.23ff.) Neuberechneten Verhältniszahlen bilden also das bedarfsgerechte Einwohner-Arzt-Verhältnis für die Einwohner eines Planungsbereichs ab.

In einem zweiten Schritt müssten dann gravitationsbasierte Ansätze nachvollziehbar darstellen, welche Planungsräume in welchem Ausmaß ihre benachbarten Regionen gemäß zuvor ermittelter Schwellen von Mindesterreichbarkeit und Mindestangebot vor Ort zu welchem Anteil mitversorgen, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Das zweistufige Vorgehen ist auch in Abbildung B.2 (oben) und im Gutachtenkapitel B.1 skizziert.

Gravitationsmodelle (vergleiche Reformkonzept 3 bis 5 im Gutachtenteil C) lösen die feste Zuordnung der Anzahl von Leistungserbringern und der Anzahl der Bevölkerung in einer festgelegten Raumdefinition ab. Der Gravitationsansatz bedingt somit eine Veränderung im eigentlichen Planungskonzept, indem die Erreichbarkeit der medizinischen Versorgung in das Planungskonzept integriert wird. Aus der bisher geltenden Einwohner-Arzt-Relation wird eine fahrzeitgewichtete Einwohner-Arztrelation mit expliziten Mindesterreichbarkeiten für verschiedene Fachgruppen (siehe Abschnitt C.5.2.3, Tabelle C.5.2).

Im Kern ordnet ein Gravitationsmodell auf Basis bestimmter Annahmen die Bevölkerung (und damit im übertragenen Sinne den Behandlungsbedarf) den regional unterschiedlich verteilten Praxisstandorten zu. Das Modell basiert auf der theoretischen Überlegung, dass Patienten wohnortnahe Versorgung und Praxisstandorte mit hoher Kapazität bei gleicher Eignung bevorzugen. Daraus resultieren zwei Wirkungen: Patienten werden zum einen von Standorten mit hoher Arztkapazität „angezogen“, eine zunehmende Distanz zwischen Patientenwohnort und Arztstandort wirkt dabei jedoch zunehmend „abstoßend“. Diese beiden Wirkungen bestimmen schließlich die Zuordnung der Bevölkerung zu den Praxisstandorten. Jeder Standort ist sodann mit einem bestimmten Bevölkerungspotenzial belastet, definiert als gravitationsgewichtete Einwohner-Arzt-Relation.

Die gravitationsgewichtete Relation kann grenzüberschreitend und unter Wahrung von Richtwerten der Mindesterreichbarkeit modelliert werden, sodass Mitversorgung zwischen Standorten – oder bei entsprechender Aggregation auch zwischen Planungsräumen – inkludiert wird. Die gravitationsgewichtete Relation kann an Stelle der bisher verwendeten aggregierten Durchschnittsrelation auf Mittelbereichs- oder Kreisebene angewendet werden (siehe dazu die Beschreibung im Abschnitt C.5.2.3 des Gesamtgutachtens). Durch die Berücksichtigung von Regionen-spezifischen Erreichbarkeiten und Mitversorgung jenseits fixer Grenzen wird das Versorgungsgeschehen für Patienten realitätsnäher als bislang abgebildet und kann dementsprechend im Einklang mit regionalen Gegebenheiten geplant werden (siehe Gutachtenteil C.8). Die so gebildeten gravitationsbasierten Ist-Relationen werden zur Bewertung der Versorgungsgrade, das bedeutet der Zielerreichungsgrade aus dem Vergleich mit den Verhältniszahlen gemäß Teil B des Gutachtens, herangezogen.

Die Neuberechnung der Verhältniszahlen und die Berücksichtigung der Mitversorgung weisen neue Arztkapazitäten aus, die gegebenenfalls schwer sicherzustellen sind. Auch neue Versorgungsmodelle, die Telemedizin und die Delegation ärztlicher Leistungen einbeziehen, sollten flankierend genutzt werden,

um den ärztlichen Versorgungsbedarf sicherzustellen. Gerade in Planungsbereichen, in denen infolge von Bevölkerungsrückgang keine stabile Planung von Vertragsarztsitzen möglich ist, müssen alternative Modelle flankierend eingesetzt werden oder zeitlich befristete Versorgungsaufträge erteilt werden. Ein exploratives Beispiel zur Berechnung arztgruppenspezifischer Versorgungsaufträge haben die Gutachter im Kapitel B.9 erbracht.

Implikationen der Neuberechnungen der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten

Die vorgeschlagenen Änderungen in den Gutachtenteilen B und C (siehe auch Abbildung B.2) orientieren sich an den Prinzipien einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen und für den Patienten erreichbaren Versorgung. Daher würde eine Umsetzung der Vorschläge zu einem veränderten Rahmen der Bedarfsplanung führen, der aufgrund bestehender Ungleichverteilungen mittelfristig den Auf- und Abbau zusätzlicher Arztkapazitäten bedingt.

Wenngleich kalkulatorisch eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und erreichbare Versorgung durch eine Umverteilung von Kapazitäten möglich wäre, muss eine solche als nicht realisierbar betrachtet werden, da sie eine Verlagerung regionaler Arztkapazitäten implizieren würde. Für die nachfolgende Abschätzung wird deshalb davon ausgegangen, dass es mittelfristig zu einem Aufbau von regionalen Arztkapazitäten kommt. Ein Abbau von regionalen Arztkapazitäten kann demgegenüber nur langfristig erfolgen. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass es nicht möglich ist, Arztkapazitäten regional zu verschieben. Die nachfolgende Betrachtung orientiert sich daher an der Differenz zwischen den heutigen Kapazitäten gemäß Bedarfsplanungsumfrage und den Vorschlägen in den Gutachtenteilen B und C bei aktueller Bevölkerungsverteilung (Bedarfsplanungsumfrage zum 31. Dezember 2016).

Berechnet und dargestellt (vergleiche Tabelle C.7.1) werden die zusätzlichen Arztkapazitäten gegenüber den Ist-Kapazitäten in der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung

- bei Einführung der Neuberechneten Verhältniszahlen (jeweils Angabe der Differenz zu 100 und 110 Prozent Versorgungsgrad),
- bei Einführung der Neuberechneten Verhältniszahlen in Kombination mit dem Gravitationsmodell inklusive der Richtwerte für Mindesterreichbarkeiten (jeweils Angabe der Differenz zu 100 und 110 Prozent Versorgungsgrad).

Die Berechnung erfolgt wie im Gutachtenteil C.5.4.3 beschrieben auf Basis der Daten gemäß der Bedarfsplanungsumfrage zum 31. Dezember 2016. Der Mehrbedarf aufgrund der neu berechneten Verhältniszahl wird bestimmt, indem die Bevölkerung durch die Soll-Verhältniszahl geteilt wird. Von der sich ergebenden 100 Prozent beziehungsweise auf 110 Prozent erweiterten Soll-Arztkapazität wird anschließend die Ist-Arztkapazität abgezogen. Die Differenz der positiven Werte

entspricht der Differenz an Ärzten zu einem Versorgungsgrad von 100 beziehungsweise 110 Prozent. Die Betrachtung der neu berechneten Verhältniszahlen inklusive des Gravitationsmodells erfolgt durch die Berechnung der gravitationsbasierten Ist-Relation und einem Abgleich mit den Neuberechneten Verhältniszahlen. Die Differenz entspricht der Differenz zu einem Versorgungsgrad von 100 beziehungsweise 110 Prozent gemäß impliziertem Soll inklusive Mitversorgung und Mindestreichbarkeit.

Tabelle aus Teil C (C.7.1) des Gutachtens: Abschätzung des Bedarfs an zusätzlichen Arztkapazitäten durch die Reformvorschläge

	Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten bei Anwendung:					
	der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen		der neu berechneten Verhältniszahlen		neu berechneter Verhältniszahlen und Gravitationsmodell	
Arztgruppe	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

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: Die Darstellung zeigt die offenen Arztsitze nach verschiedenen Planungsszenarien Angaben in Relation zur Arztkapazität gemäß Bedarfsplanungsumfrage zum 31. Dezember 2016; Berücksichtigung einer Arztkapazität ab + 0,25

Die Abschätzung der zusätzlichen Arztkapazitäten zeigt, dass die Reformvorschläge nur eine relativ geringe Anpassung der aktuellen Versorgungslage implizieren. Diese geringen Effekte begründen sich in den nach aktuellem Planungsverfahren hohen Versorgungsgraden. Folglich würden bereits vorhandene Arztkapazitäten nach Anwendung der Vorschläge planerisch legitimiert werden. Die stärksten mittelfristigen Effekte liegen hierbei in der regionalen Steuerung durch das Gravitationsmodell. Die Mindestreichbarkeit und die angepasste regionale Mitversorgung zeigen vielerorts einen erhöhten Bedarf an. Zum Beispiel beziffert sich dieser Mehrbedarf zu einem Versorgungsgrad von 100 Prozent für das Jahr 2016 auf 4.098 Hausärzte und 368 Augenärzte. Im Vergleich zu einem Versorgungsgrad von 110 Prozent ergibt sich dagegen ein Mehrbedarf an 7.058 Hausärzten und 567 Augenärzten.

Tabelle C.7.2 gibt weiterhin die Arztkapazitäten an, welche nach der Neuberechnung die Differenz über 140 Prozent ausmachen. Aus dem Vergleich mit den Kapazitäten im Status quo, das bedeutet unter Verwendung der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen, ergibt sich ein Eindruck von dem Veränderungspotenzial der Reformvorschläge.

Tabelle aus Teil C (C.7.2) des Gutachtens: Abschätzung der Versorgung über 140 Prozent nach den Reformvorschlägen

Arztgruppe	Arztkapazitäten über 140 Prozent Versorgungsgrad bei Anwendung:		
	der bestehenden Verhältniszahlen inklusive regionalen Sonderbedarfen	der neu berechneten Verhältniszahlen	neu berechneter 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

Quelle: eigene Darstellung

Anmerkung: Angaben in Relation zur Arztkapazität gemäß Bedarfsplanungsumfrage zum 31. Dezember 2016; Berücksichtigung einer Arztkapazität ab - 0,25

Für einzelne Arztgruppen – beispielsweise die Gruppe der Psychotherapeuten – kann ein hoher zusätzlicher Bedarf an Arztkapazitäten bestehen (Tabelle C.7.1) und gleichzeitig werden viele Arztkapazitäten über 140 Prozent verzeichnet (Tabelle C.7.2). Dies kann der Fall sein, wenn das Angebot der Fachgruppe regional deutlich ungleich verteilt ist und die Angebotsdichte regional stark variiert.

Sektorenübergreifende Planung

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. Dies entspricht dem Prinzip, dass ein Sektor in der Planung eines anderen Sektors berücksichtigt wird und steht im Einklang mit der Empfehlung der Gutachter, bei der

Planung alle Kapazitäten zu betrachten, die potenziell sektorenübergreifend für ambulante Behandlungen – hier definiert als Behandlungen ohne Übernachtung im Krankenhaus – zur Verfügung stehen.

Die Darstellung der Voraussetzungen und Anforderungen im Gutachtenteil A.2, Kapitel 9 zeigt, dass die Umsetzung einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung definiert als Planung von Kapazitäten, die potenziell sektorenübergreifend für ambulante Behandlungen zur Verfügung stehen, nur im Zuge von Veränderungen in der Vergütung und in der Erfassung von Diagnosen und gegebenenfalls Leistungen in den beiden Sektoren realisiert werden kann (siehe Gutachtenteil F, Abschnitt 4.2.1.1). Mit Blick auf die Planung muss erörtert werden, wie der sektorenübergreifende Versorgungsbedarf bemessen werden könnte (Gutachtenteil B, Kapitel 10), unter welchen Umständen und auf welche Art und Weise aktuell stationäre Kapazitäten standort- und kapazitätsbezogen in die dargestellten räumlichen Planungskonzepte einbezogen werden können (Gutachtenteil C, Kapitel 5.5) und welche Arztgruppen prioritär sektorenübergreifend geplant werden sollten (Gutachtenteil D).

Im Gutachtenteil B wird explorativ der potenziell sektorenübergreifende Versorgungsbedarf auf Grundlage von Daten der Techniker Krankenkasse ermitteln. Die Vorgehensweise bei der Erfassung der ambulant behandelbaren Morbidität impliziert nicht, dass die Behandlung der dokumentierten Erkrankungen grundsätzlich durch Kapazitäten erfolgen kann, die in beiden Sektoren verfügbar sind. So behandeln ermächtigte Einrichtungen mit Bedarfsausweis zum Beispiel je nach Ausrichtung insbesondere Versicherte, die wegen Art, Schwere, Dauer oder Komplexität ihrer Erkrankung auf eine Behandlung durch Krankenhäuser angewiesen sind. Inwiefern tatsächlich ausschließlich Versicherte behandelt werden, auf die diese Spezifika zutreffen, sollte Gegenstand weitergehender Analysen im Rahmen der Versorgungsforschung sein.

Der Anteil des geschätzten ambulanten Versorgungsbedarfs der sektorenübergreifend geplant werden soll, kann (wie in den Kapiteln B.6 und B.7 beschrieben) in Arztkapazitäten übersetzt werden. Für den Zweck der sektorenübergreifenden Planung kann als Ansatzpunkt das im Kapitel B.6.1.3 beschriebene Modell mit Behandlungsfällen als abhängige Variable gewählt werden.

Eine Planung von Leistungen, wie zum Beispiel von ambulant durchführbaren Operationen oder Prozeduren, müsste stets die Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin berücksichtigen und könnte zu einer nicht intendierten und gegebenenfalls nicht bedarfsgerechten Beeinflussung der Leistungsmenge führen.

Im Hinblick auf räumliche Planungskonzepte stellt sich die Frage, wie stationäre Kapazitäten standortbezogen in die dargestellten Konzepte einbezogen werden können. Auf Basis des Status quo ist eine solche Verknüpfung partiell möglich, da Leistungserbringer jeder Art mit ihren Standortadressen und ihrem Teilnahmeumfang in das Planungskonzept eingehen können. Der Bereich, in dem eine derartige sektorenübergreifende Verknüpfung bereits heute gelingen kann, ist die Ermächtigung der Leistungserbringer. Die nach § 116 Absatz 1 Satz 1 SGB V

i.V.m. § 31 Ärzte-ZV ermächtigten Ärzte können über ihre definierten Teilnahmeumfänge und den Standorten ihrer Tätigkeitsstätte in das Gravitationskonzept als weitere Beobachtungen einfließen (vergleiche Gutachtenteil C.5.5).

Im konzeptionellen Ablauf kann eine räumliche Planung erst nachgelagert zu den Schwerpunkten der sektorenübergreifenden Bedarfsmessung und Leistungserfassung sowie -systematisierung erfolgen. Unter diesen Voraussetzungen können räumliche Planungsmodelle wie die Konzepte 3 bis 5 perspektivisch mit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung beispielsweise über Leistungskörbe oder Versorgungsebenen verknüpft werden.

Im Gutachtenteil D wird zwischen hausärztlicher Versorgung und Versorgung, die prioritär sektorenübergreifend und nicht sektorenübergreifend geplant wird, unterschieden. Hausärztliche Versorgungsleistungen werden durch Allgemeinmediziner und Kinderärzte erbracht. Nicht prioritär sektorenübergreifend erbracht werden die Leistungen, die für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung der Bevölkerung wichtig sind (siehe Gutachtenteil D.2, Kapitel 2.6).

Die Arztgruppen, die prioritär sektorenübergreifend geplant werden, bieten in der Regel eher spezialisierte Leistungen an, die nicht wohnortnah verfügbar sein müssen. In der Praxis bedeutet das, dass sich auf ausgeschriebene Sitze gleichwertig sowohl niedergelassene Ärzte als auch Krankenhäuser oder Reha-Einrichtungen bewerben können.

Sektorenübergreifend geplant werden sollen nichtkonservativ (operativ) tätige Augenärzte und nichtkonservativ tätige Chirurgen und Orthopäden. Auch Anästhesisten, die nicht schmerztherapeutisch tätig sind, werden dieser Ebene zugeordnet. Analog wird auch empfohlen, die Fachinternisten mit den Schwerpunkten, die deutschlandweit weniger als 1.000 Ärzte umfassen (Rheumatologie, Angiologie, Endokrinologie/Diabetologie), sektorenübergreifend zu planen.

Schließlich wird im Gutachtenteil D.2, Abschnitt 2.3.2.2 die Einbindung der kommunalen Ebene in die Bedarfsplanung empfohlen. Das kann auch im Rahmen des föderalen Staatsaufbaus auf verschiedene Weise ermöglicht und institutionell umgesetzt werden (siehe Gutachtenteil F, Kapitel 4.2.4.1).