

# Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung

---

Abschlussbericht

STUDIEN  
BERICHT

# Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung

Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der  
Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss  
nach §140f SGB V

Abschlussbericht

Berlin, 31. Mai 2012

Martin Albrecht

Hans-Dieter Nolting

Anke Schliwen

Antje Schwinger

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: [kontakt@iges.de](mailto:kontakt@iges.de); [www.iges.de](http://www.iges.de)



## Inhalt

<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Hintergrund und Ziel des Gutachtens</b> .....	<b>15</b>
<b>2 Ausgangspunkt: Reformbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung</b> .....	<b>17</b>
<b>3 Ansatzpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung</b> .....	<b>23</b>
3.1 Festlegung der Planungsbereiche .....	23
3.2 Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und anderer Faktoren .....	26
3.3 Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots .....	30
3.4 Entfernung und Erreichbarkeit .....	33
3.5 Fazit und Bewertung der gesetzlichen Neuregelungen .....	35
<b>4 Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung</b> .....	<b>39</b>
4.1 Grundlagen des Konzepts .....	39
4.2 Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot.....	42
4.2.1 Messung des regionalen Versorgungsbedarfs anhand eines Bedarfsindex .....	44
4.2.2 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung .....	58
4.2.3 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialisierte ärztliche Versorgung .....	63
4.3 Neubestimmung regionaler Planungswerte .....	69
4.3.1 Kinderärzte .....	69
4.3.2 Hausärzte .....	73
4.3.3 Orthopäden .....	78
4.3.4 Fachinternisten .....	80
4.4 Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung .....	83
4.4.1 Methodisches Vorgehen: bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs je Planungsregion .....	84
4.4.2 Beispielhafte Ergebnisse: Längerfristiger Bedarf an Hausärzten in Thüringen .....	85

---

4.4.3	Verfahrensvorschlag bei temporärem Mehrbedarf an Ärzten .....	90
4.5	Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene.....	92
4.6	Kapazitätsverteilung in der Fläche .....	94
4.6.1	Verfahrensgrundlagen .....	94
4.6.2	Verfahren zur Verteilung von hausärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Hausärzte).....	96
4.6.3	Verfahren zur Verteilung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Fachärzte) .....	101
4.6.4	Realisierungsperspektiven.....	104
4.7	Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene .....	105
4.8	Berücksichtigung der Versorgungsrealität aus Sicht der Bevölkerung im Rahmen der Bedarfsplanung.....	111
4.9	Fazit .....	112
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>114</b>

## Abbildungen

Abbildung 1: Zentrale Elemente der Bedarfsplanung und Ansatzpunkte für Reformen .....	17
Abbildung 2: Regionale Unterschiede der Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut unter der Annahme eines Versorgungsgrades von 100 % in allen kreisfreien Städten und Landkreisen .....	21
Abbildung 3: Ergebnis der Faktorenanalyse .....	48
Abbildung 4: RSA-Ausgabenprofil für ambulante ärztliche Leistungen .....	49
Abbildung 5: Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-) Kreisen .....	55
Abbildung 6: Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-) Kreisen .....	57
Abbildung 7: Regionale Gliederung der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland .....	66
Abbildung 8: Abweichung der Soll-Anzahl Kinderärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen .....	71
Abbildung 9: Abweichung der Soll-Anzahl Hausärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen .....	76
Abbildung 10: Abweichung der Soll-Anzahl Orthopäden gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen .....	78
Abbildung 11: Abweichung der Soll-Anzahl Fachinternisten gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach Raumordnungsregionen .....	81
Abbildung 12: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo .....	88
Abbildung 13: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo .....	89
Abbildung 14: Anzahl der Hausärzte im Kreis Altenburger Land, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo.....	91
Abbildung 15: Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene .....	93
Abbildung 16: Verteilungsplanung/Hausärzte: Kategorisierung von Gemeinden am Beispiel des Kreises Altenburger Land (Thüringen).....	98

Abbildung 17: Schematisches Beispiel zur Veranschaulichung der Verteilungsplanung/Fachärzte .....	104
Abbildung 18: Planungsebenen und Verfahren des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung.....	106
Abbildung 19: Verfahrensschritte der Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens im Überblick .....	109

## Tabellen

Tabelle 1: Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad, Vergleich Kernstadt – Ländlicher Kreis, Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2008) .....	19
Tabelle 2: Auswahl bedarfsbestimmender Indikatoren .....	47
Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse.....	51
Tabelle 4: Unterschiede des Zusammenwirkens der Teil-Bedarfsindizes für ausgewählte Regionen, in %-Abweichung vom Bundesdurchschnitt .....	53
Tabelle 5: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt .....	53
Tabelle 6: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt .....	56
Tabelle 7: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Kinderärzte .....	59
Tabelle 8: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Hausärzte .....	61
Tabelle 9: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden.....	62
Tabelle 10: Norm-Verhältniszahlen im Vergleich zur aktuellen durchschnittlichen Einwohner-Arzt-Relation nach ausgewählter ärztlicher Fachgruppe .....	63
Tabelle 11: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten .....	67
Tabelle 12: Verteilung der fachärztlich tätigen Internisten nach Schwerpunkten.....	68
Tabelle 13: Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Kinderärzte in Schleswig-Holstein .....	70
Tabelle 14: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern .....	72
Tabelle 15: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach kreisfreien Städten bzw. Kreisen am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns.....	73

---

Tabelle 16:	Überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf am Beispiel des Kreises "Altenburger Land" (Thüringen) .....	74
Tabelle 17:	Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Hausärzte im Kreis Altenburger Land (Thüringen).....	75
Tabelle 18:	Abweichung der Anzahl Hausärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern .....	77
Tabelle 19:	Abweichung der Anzahl Orthopäden (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern .....	79
Tabelle 20:	Abweichung der Anzahl Fachinternisten (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern .....	82
Tabelle 21:	Abweichung der Schwerpunkt-Anteile der fachärztlich tätigen Internisten (Auswahl) von der Planungsgrundlage, Beispiel Hessen .....	83
Tabelle 22:	Veränderungen der Einwohnerzahlen und Altersstrukturen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens, 2010-2025 .....	87
Tabelle 23:	Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo.....	88
Tabelle 24:	Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo.....	90

**Abkürzungsverzeichnis**

Abkürzung	Erläuterung
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BVA	Bundesversicherungsamt
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
VStG	Versorgungsstrukturgesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

## **Zusammenfassung**

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V hat das IGES Institut zu Jahresbeginn 2011 damit beauftragt, ein Konzept für die Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung zu entwickeln. Wesentliches Ziel einer Neuordnung sollte sein, die Planung und Steuerung der ärztlichen Behandlungskapazitäten stärker als bisher am regionalen Versorgungsbedarf zu orientieren.

### ***Mängel der bisherigen Bedarfsplanung***

Hintergrund ist die seit mehreren Jahren zunehmend intensiv geführte gesundheitspolitische Diskussion über regionale Versorgungsunterschiede. Im Mittelpunkt steht hierbei das teilweise ausgeprägte Gefälle des Zugangs zu niedergelassenen Ärzten: Demnach ist die Arztdichte in Ballungsgebieten bzw. Regionen mit vergleichsweise günstiger Sozialstruktur häufig deutlich höher als in ländlichen Regionen bzw. in Regionen mit vergleichsweise ungünstiger Sozialstruktur.

Mit der Bedarfsplanung wird festgelegt, wieviele Einwohner ein ambulant tätiger Arzt – differenziert nach Fachgruppen – normalerweise versorgen soll. Auf Basis dieses Norm-Verhältnisses wird dann festgestellt, welche Regionen als angemessen, über- oder unterversorgt gelten. In der bisherigen Bedarfsplanung entsprechen diese Soll-Zahlen historischen Einwohner-Arzt-Verhältnissen der 1990er Jahre, differenziert nach Regionstypen. Dieser Ansatz führt dazu, dass den Einwohnern ländlicher Regionen verhältnismäßig deutlich weniger Ärzte zugestanden wurden als den Einwohnern in Städten und Ballungsgebieten.

Die bisherige Bedarfsplanung – so auch die Kritik der Patientenvertretung – verhindert daher nicht, dass sich gerade dort lange Wartezeiten und Anfahrtswege ergeben, wo der Versorgungsbedarf der gesetzlich Versicherten überdurchschnittlich hoch ist. Auch fehlt es der bisherigen Bedarfsplanung an Zukunftsorientierung – sie berücksichtigt beispielsweise nicht die erwartete regionale Bevölkerungsentwicklung.

### ***Neuordnung durch Versorgungsstrukturgesetz nur eingeleitet***

Mit dem zum Jahresbeginn 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angestoßen und weitere Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beschlossen. Mit dem Gesetz ist die Neuordnung der Bedarfsplanung je-

doch nicht abgeschlossen, denn es enthält vor allem allgemeine (Ziel-) Vorgaben und delegiert die erforderlichen Konkretisierungen an die Selbstverwaltung bzw. den Gemeinsamen Bundesausschuss. Darüber hinaus werden mit dem Gesetz die Gestaltungsspielräume auf regionaler Ebene deutlich erweitert. Bis zum 1.1.2013 hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie zu beschließen.

### ***Zentrale Ziele des Reformkonzepts***

Ziel der Bedarfsplanung ist es, die Kapazitäten und Zugangsmöglichkeiten einer gegebenen Gesamtversorgung regional zu verteilen. Die Bestimmung des absoluten Niveaus der Gesamtversorgung ist demnach nicht Gegenstand der Bedarfsplanung, weil hierfür Faktoren von maßgeblicher Bedeutung sind, die durch das Instrument der Bedarfsplanung teilweise nicht oder zumindest nicht unmittelbar adressiert werden können, wie z. B. das Finanzierungssystem in der Krankenversicherung. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanung bezieht sich somit stets auf einen relativen Bedarf bzw. auf regionale Bedarfsunterschiede.

Auf dieser Grundlage zielt das Reformkonzept für die Patientenvertretung vor allem auf

- eine stärkere Orientierung der Planung von Arztsitzen am regionalen Versorgungsbedarf,
- die Berücksichtigung der Erreichbarkeit von Ärzten und
- eine Verbesserung der regionalen Gestaltungsmöglichkeiten zur Deckung des Versorgungsbedarfs.

### ***Ermittlung des Mehr- oder Minderbedarfs einer Region***

Für das Reformkonzept bilden die kreisfreien Städte und Landkreise weiterhin die primäre regionale Planungsebene. Damit orientiert sich das Konzept an bestehenden regionalen Gebietskörperschaften und den entsprechend vorhandenen kommunalen Selbstverwaltungsstrukturen. Der Bezug auf bestehende Verwaltungsstrukturen erleichtert die Organisation der regionalen Steuerung von Angebotskapazitäten in der ärztlichen Versorgung. Darüber hinaus bezieht sich die regionale Differenzierung der amtlichen Statistik auf die existierenden Stadt- und Landkreisgrenzen. Bei stark spezialisierten Arztgruppen ohne wohnortnahe bzw. mit überregionaler Planungsperspektive nimmt das Konzept auf größere Raumordnungseinheiten Bezug.

Zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs wurde auf der Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren ein Bedarfsindex entwickelt, und zwar getrennt für Kinder (bis 14 Jahre)

und für die erwachsene Bevölkerung. Anhand dieses Bedarfsindex wird für jede kreisfreie Stadt und für jeden Landkreis ermittelt, wie stark der regionale Versorgungsbedarf vom bundesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf abweicht.

### ***Regionen mit mittlerem Bedarf bestimmen das Norm-Verhältnis***

Die Neubestimmung der Norm-Werte für das Einwohner-Arzt-Verhältnis orientiert sich an den Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf. Ausgewählt werden hierfür die Regionen, deren anhand des Bedarfsindex gemessener Versorgungsbedarf nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die allgemeine Soll-Zahl ergibt sich aus den tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnissen in diesen Regionen, über die ein mit den Einwohnerzahlen gewichteter Durchschnitt gebildet wird. Dieses Soll-Verhältnis entspricht dem Versorgungsgrad, der heute im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einer Region mit "normalem" Versorgungsbedarf faktisch zugestanden wird.

Im Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung

- beziehen sich die Verhältniszahlen einheitlich auf einen aktuellen Zeitpunkt (2010);
- fließen nur die Verhältniszahlen der Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf in die Norm ein;
- gilt die resultierende Norm als Planungsgrundlage dann einheitlich für sämtliche Regionen unabhängig vom Regionstyp, d. h. Abweichungen von dieser Norm sind nur in dem Maß begründbar, in dem ein überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher regionaler Bedarf festgestellt wird.

Die Norm-Verhältniszahlen werden differenziert für die einzelnen ärztlichen Fachgruppen neu bestimmt. Sie geben an, wieviel Einwohner ein Arzt der jeweiligen Fachgruppe normalerweise versorgen sollte.

### ***Regionale Planungswerte variieren ausschließlich nach Bedarfsunterschieden***

Die regionalen Planungswerte (Soll-Ärztzahlen) für eine Fachgruppe werden in zwei Schritten ermittelt:

- die Einwohnerzahl einer Region wird zunächst durch die Norm-Verhältniszahl der jeweiligen Fachgruppe dividiert,
- die resultierende Arztzahl wird anschließend mit dem Wert des Bedarfsindex dieser Region multipliziert; damit wird die Soll-Ärztzahl in dem Ausmaß angepasst, in dem der durch den Bedarfsindex ge-

messene Versorgungsbedarf der Region vom Bundesdurchschnitt abweicht.

### ***Zukünftige Bevölkerungsentwicklung wird fester Bestandteil der Planung***

Durch die Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen in die Bedarfsplanung zeigt sich, ob beispielsweise ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt festgestellter Ärztemehrbedarf auch längerfristig besteht oder ob längerfristig die Bevölkerungsentwicklung den Arztbedarf mindert. Hierbei ist häufig mit gegenläufigen Wirkungen zu rechnen: Während eine längerfristig sinkende Einwohnerzahl den Ärztebedarf einer Region mindert, erhöht ein steigendes Durchschnittsalter ihrer Einwohner den Ärztebedarf. Die Datengrundlage für die bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs bilden die Bevölkerungsvorausrechnungen der Statistischen Ämter, deren Ergebnisse differenziert nach kreisfreien Städten und Landkreisen vorliegen.

Nach dem Reformkonzept wird der prospektiv ermittelte Ärztebedarf fest in die Bedarfsplanung einbezogen. Dies betrifft insbesondere Situationen, in denen aktuell ein regionaler Mehrbedarf an Ärzten, längerfristig jedoch ein demographisch bedingter Rückgang des Ärztebedarfs ermittelt wird. Vorgeschlagen wird, einen auf Sicht von zehn Jahren nur als temporär festgestellten Mehrbedarf an Ärzten durch entsprechend befristete Zulassungen sowie ggf. andere Maßnahmen (z. B. mobile Arztpraxen, Patientenbeförderungsdienste) zu decken.

### ***Regionale Verteilungsplanung sichert Wohnortnähe und Erreichbarkeit***

Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Steuerung der Standortwahl für Arztsitze innerhalb eines Planungsbezirks nicht vorgesehen. Diese Situation ist insofern unbefriedigend, weil sie u. U. dazu führen kann, dass sich trotz Erhöhung der Versorgungskapazität durch zusätzliche Arztsitze die Erreichbarkeit und Wohnortnähe für die Bevölkerung des Planungsbezirks nicht verbessern, wenn die zusätzlichen Praxisstandorte in unmittelbarer Nähe der bereits bestehenden errichtet werden.

Das hier vorgeschlagene Konzept enthält daher einen eigenständigen Verfahrensschritt zur Planung der Verteilung der Praxisstandorte innerhalb eines Planungsbezirks, für den die rechtlichen Grundlagen ggf. zu schaffen wären. Ziel der Verteilungsplanung ist es zu prüfen, ob und wie die Verteilung der für den gesamten Kreis festgelegten Sollzahl von Arztsitzen in der Fläche so verändert werden kann, dass sich die Wohnortnähe und Erreichbarkeit für die Patienten verbessern.

Ein Verfahren zur regionalen Verteilungsplanung ist für die hausärztliche und für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung vorgesehen. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die gemäß diesem Reformkonzept auf

der Ebene größerer Raumordnungseinheiten geplant wird, wird dagegen keine Verteilungsplanung vorgeschlagen, weil hier die Wohnortnähe ein untergeordnetes Kriterium ist.

Die Verteilungsplanung verwendet ein je nach betrachteter Arztgruppe unterschiedliches Entfernungskriterium (5 km für die Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis, ca. 15 km für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung). Ausgangspunkt bilden die bestehenden Praxisstandorte der jeweils betrachteten Fachgruppe. Die Verteilungsplanung für Hausärzte erfolgt dabei auf der Ebene der Gemeinden eines Kreises bzw. bei kreisfreien Städten auf einer kleinräumigeren Ebene (z. B. Stadt-/Ortsteile). Anschließend wird nach einem regelbasierten Verfahren sukzessive geprüft und entschieden, ob das Entfernungskriterium eingehalten wird bzw. an welchen Standorten ein Zu- oder Abbau von Arztsitzen durchgeführt werden sollte oder welche bestehenden Arztsitze umgesiedelt werden sollten, um die Wohnortnähe zu verbessern.

Die perspektivische "Umsiedlung" von Praxisstandorten innerhalb einer Planungsregion ist ein zusätzliches und bisher in der Bedarfsplanung nicht bekanntes Verfahrenselement. Es dient ausschließlich der Herstellung einer größeren Wohnortnähe der – vor allem hausärztlichen – Versorgung. Dabei geht es nicht um eine Umsiedlung von Vertragsärzten mit ihrer Praxis, sondern um eine Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall einer Nachbesetzung des Arztsitzes.

### ***Stärkere Einbeziehung der regionalen Ebene in die Bedarfsplanung***

Entsprechend der Zielsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sieht das Reformkonzept vor, die Bedarfsplanung stärker regional zu verankern, damit regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind.

Das vorgeschlagene Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung ordnet daher die einzelnen Verfahrensstufen unterschiedlichen Planungsebenen zu. Während die erste Verfahrensstufe – die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte – auf der zentralen bzw. der Bundesebene der Selbstverwaltung vollzogen wird, sind für die Aufstellung der Bedarfspläne sowie die Verteilungsplanung innerhalb der Planungsregionen die Kassenärztlichen Vereinigungen (Landesebene) zuständig.

Als dritte Verfahrensstufe ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele sowie die beabsichtigten Konsequenzen durch die Regionen selbst geprüft werden und dass diese auch Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen können. Gegenstand dieser Verfahrensstufe sind infrastrukturelle Faktoren – wie

z. B. Verkehrsanbindungen, Öffnungszeiten der Arztpraxen, Barrierefreiheit des Zugangs.

Diese infrastrukturellen Faktoren haben eine hohe Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgung, ihre Einbeziehung in die Bedarfsplanung setzt aber Kenntnisse über die örtlichen lebensweltlichen und verkehrstechnischen Gegebenheiten und Verflechtungen voraus. Informationen hierüber sind typischerweise auf einer regionalen bzw. lokalen Planungsebene leicht verfügbar, während ihre zentrale Beschaffung und Administration aufwändig und für die Bürger/innen tendenziell intransparent wäre. Die Prüfung der Planungsergebnisse auf Basis der lokalen Infrastruktur und ggf. die Einbringung von Vorschlägen soll durch die Kreistage organisiert werden, der kommunalen Volksvertretung und dem Hauptorgan der Exekutive auf Ebene der Landkreise.

Diese Verfahrensstruktur orientiert sich an dem Grundsatz, dass lokales Wissen nach Möglichkeit auch auf bzw. von lokaler Ebene in den Planungsprozess eingebracht wird. Mit diesem Grundsatz soll eine möglichst hohe Effizienz der Informationsbeschaffung und Informationsverwertung erreicht werden.

Eine zentrale Scharnier-Funktion bei der Umsetzung der Bedarfsplanung ist für die Landesausschüsse vorgesehen: Sie beraten die Bedarfspläne, entscheiden bei fehlendem Einvernehmen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, sie übermitteln die Bedarfspläne den Kreistagen und prüfen sowie entscheiden über deren evtl. Anpassungsvorschläge. Die Patientenvertreter erhalten ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan sowie ein generelles Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen.

## 1 Hintergrund und Ziel des Gutachtens

Die Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V hat das IGES Institut im Januar 2011 mit der Erstellung eines Gutachtens zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung beauftragt. Hintergrund war eine zunehmend intensiv geführte fachliche und öffentliche Diskussion über die Notwendigkeit, die Bedarfsplanung weiter zu entwickeln. Im Vordergrund standen hierbei folgende Kritikpunkte:

- Es besteht ein teilweise ausgeprägtes Gefälle zwischen der Versorgungssituation in Ballungsgebieten bzw. Regionen mit vergleichsweise günstiger Sozialstruktur einerseits und ländlichen Regionen und in Regionen mit vergleichsweise ungünstiger Sozialstruktur andererseits.
- Mit den existierenden Steuerungsmöglichkeiten zum Abbau von Über- und Unterversorgung kann diesem Gefälle nur sehr begrenzt begegnet werden.
- Die gegenwärtigen Planungskriterien gelten als zu starr und undifferenziert. Sie orientieren sich zu wenig am lokalen Bedarf.

Vor dem Hintergrund von Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über notwendige Änderungen der Richtlinie über die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung hatte die Patientenvertretung im Jahr 2009 zum Überarbeitungsbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung eine Reihe von Positionen formuliert.

Beim Zugang zur ärztlichen Versorgung sieht die Patientenvertretung gegenwärtig zwei wesentliche Mängel:

1. Ungleichheit und Ungerechtigkeit
  - lange Wartezeiten und Anfahrtswege besonders in Regionen / Stadtbezirken mit schlechter ausgeprägter Infrastruktur und geringem Durchschnittseinkommen,
2. Orientierung der Zulassung von Ärzten an stark abstrahierten Verhältniszahlen anhand von Ist-Zahlen aus den 1990er Jahren, die dazu führt, dass
  - o der reale Arbeitsumfang der niedergelassenen Ärzte nicht berücksichtigt wird,
  - o sich die Verteilung von Arztsitzen nicht am Bedarf der gesetzlich Versicherten ausrichtet,

- o bedarfsrelevante Veränderungen (Demographie, medizinische Leistungserbringung) bei der Planung nicht berücksichtigt werden.

Das IGES Institut wurde damit beauftragt, unter Berücksichtigung der von der Patientenvertretung formulierten Positionen zur Bedarfsplanung zu untersuchen,

- auf welchen methodischen und datentechnischen Wegen sich eine diesen Grundpositionen entsprechende Bedarfsplanung realisieren lässt und
- wie die Umsetzung regulatorisch (bundesweite Rahmenvorgaben, Modifikation der Verhältniszahlen) sowie
- verfahrensmäßig (regionale Handlungsebene, Beteiligung der Patientenvertretung usw.) verankert werden kann.

Im April 2011 legte das Bundesministerium für Gesundheit Eckpunkte für ein Versorgungsgesetz vor, gefolgt von einem Arbeitsentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung im Mai 2011. Schwerpunkte des Entwurfs waren die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sowie der Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Im Dezember 2011 wurde das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom Bundestag verabschiedet und trat zum Jahresbeginn 2012 in Kraft.

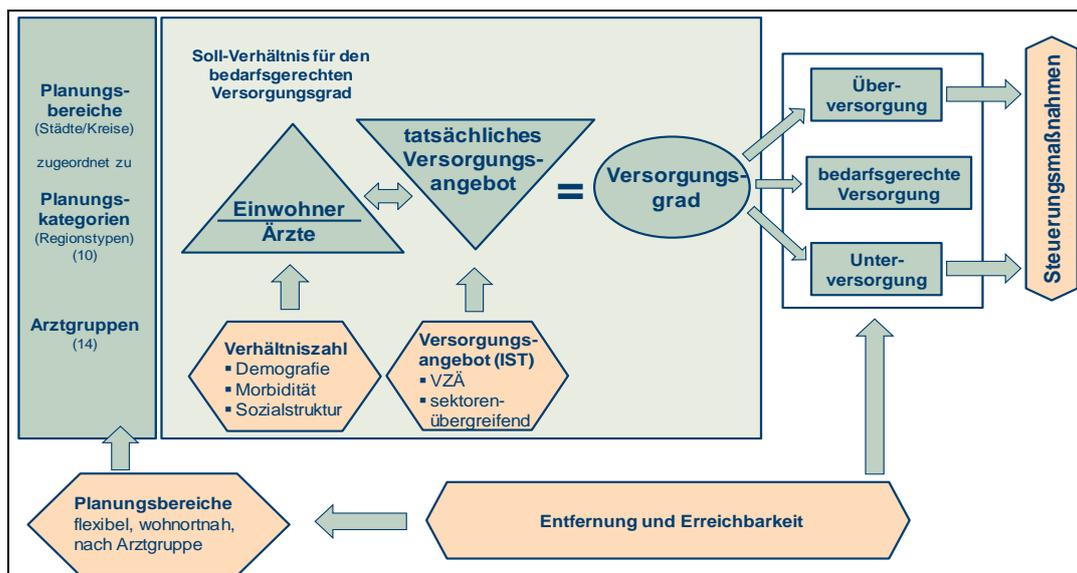
Mit dem GKV-VStG ist die Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung nicht abgeschlossen. Das Gesetz enthält zu zentralen Aspekten der Bedarfsplanung lediglich allgemeine (Ziel-)Vorgaben und delegiert die erforderlichen Konkretisierungen an die Selbstverwaltung bzw. den G-BA. Darüber hinaus werden mit dem Gesetz die Gestaltungsspielräume auf regionaler Ebene deutlich erweitert. Der G-BA hat die Planungsbereiche gemäß den Neuregelungen bis zum 1.1.2013 festzulegen.

## 2 Ausgangspunkt: Reformbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung

Eine vereinfachte Modellierung der heutigen Bedarfsplanung ergibt folgende zentrale Bestandteile (grün gefärbte Elemente in Abbildung 1):

- Festlegung bzw. Abgrenzung der Planungsbereiche in regionaler und in arzt- bzw. fachgruppenbezogener Hinsicht,
- Bestimmung eines Soll-Verhältnisses zwischen der Anzahl der Einwohner und dem Angebot an Behandlungskapazitäten (Ärzte) im jeweiligen Planungsbereich sowie für die jeweilige Arztgruppe (Versorgungsbedarf i.F.v. arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen),
- Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots (Einwohner-Arzt-Verhältnis),
- Bestimmung des Versorgungsgrades aus der Gegenüberstellung von Soll-Verhältnis und tatsächlichem Versorgungsangebot,
- Kategorisierung des ermittelten Versorgungsgrades im Hinblick auf Handlungsbedarf (Über-/Unterversorgung).

Abbildung 1: Zentrale Elemente der Bedarfsplanung und Ansatzpunkte für Reformen



Quelle: IGES

Im gegenwärtigen System der Bedarfsplanung stellen sich diese Bestandteile wie folgt dar:

- Die Abgrenzung der Planungsbereiche basiert auf Regionstypen<sup>1</sup> und Arztgruppen<sup>2</sup>.
- Das Soll-Verhältnis bezieht sich auf die Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt der betreffenden Arztgruppe innerhalb eines Planungsbereichs zu einem historischen Zeitpunkt.<sup>3</sup>
- Das tatsächliche Versorgungsangebot entspricht der aktuellen Anzahl der Einwohner (Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand) je aktuell zugelassenem Vertragsarzt der betreffenden Arztgruppe in den jeweiligen Planungsbereichen.
- Der Versorgungsgrad entspricht dem Verhältnis aus aktueller Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt zum (historischen) Soll-Wert. Seit diesem Jahr kann unter bestimmten Voraussetzungen zusätzlich die Altersstruktur der Einwohner (Anteil der mind. 60-jährigen) berücksichtigt werden und evtl. zu Korrekturen des festgestellten Versorgungsgrades führen.
- Planungsbereiche mit Versorgungsgraden von mehr als 110 % gelten als überversorgt und werden für Neuzulassungen gesperrt. Planungsbereiche mit Versorgungsgraden von weniger als 75 % (Hausärzte) bzw. weniger als 50 % (Fachärzte) gelten als unterversorgt. Hinsichtlich der Planungsbereiche, für die Unterversorgung festgestellt wurde, sind Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam angehalten, die ärztliche Versorgungssituation zu prüfen und erforderliche Maßnahmen zu ergreifen.

Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs mittels Verhältniszahlen im heutigen System der Bedarfsplanung soll anhand eines Beispiels illustriert werden (Tabelle 1). Betrachtet wird der Versorgungsgrad mit Psychotherapeuten in einem ländlichen Kreis (Regionstyp 9, Bsp. Hildburghausen) und in einer Kernstadt (Regionstyp 5, Bsp. Jena) im Bundesland Thüringen (Stand: 2008). Aus den Allgemeinen Verhältniszahlen (Soll-Einwohner-Arzt-

---

<sup>1</sup> Insgesamt werden neun Regionstypen – das Spektrum reicht von Kernstädten bis zu ländlichen Kreisen – plus eine Sonderregion (Ruhrgebiet) gemäß der Typisierung des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung unterschieden.

<sup>2</sup> Aktuell werden 14 Arztgruppen unterschieden, wobei für Arztgruppen mit weniger als 1.000 bundesweit tätigen Ärzten keine Planungsbereiche gebildet werden.

<sup>3</sup> Überwiegend handelt es sich um den Verhältniswert zum Zeitpunkt 31.12.1990. Abweichungen gibt es für die Arztgruppen Anästhesisten und Psychotherapeuten (31.12.1997/1.1.1999), Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten (31.12.1995).

Relation) der Bedarfsplanungsrichtlinie (Stand: 15. Juli 2010) ergibt sich für Hildburghausen das Verhältnis von einem Psychotherapeut je 23.106 Einwohner als bedarfsgerechte Versorgung, für Jena ein Verhältnis von einem Psychotherapeuten auf lediglich 3.203 Einwohner. Auf der Grundlage der tatsächlichen Einwohnerzahlen resultiert hieraus für Hildburghausen eine Anzahl von etwa drei Psychotherapeuten als Versorgungs-Soll, für Jena von ca. 32 Psychotherapeuten. Würde man für Hildburghausen dieselbe Einwohner-Arzt-Relation zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ansetzen, ergäbe sich eine Soll-Anzahl von 21 (anstatt 3) Psychotherapeuten.

Tabelle 1: Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad, Vergleich Kernstadt – Ländlicher Kreis, Beispiel Psychotherapeuten, Thüringen (2008)

	<b>Ländlicher Kreis</b> (Bsp. Hildburghausen)	<b>Kernstadt</b> (Bsp. Jena)	<b>Ländlicher Kreis auf Kernstadt-Niveau</b> (Bsp. Hildburghausen)
Einwohner	68.596	103.392	68.596
Einwohner je Psych. (Soll)	23.106	3.203	3.203
Anzahl Psych. (Soll)	3	32	21
Anzahl Psych. (Ist)	4	37	4
Einwohner je Psych. (Ist)	17.149	2.794	17.149
Versorgungsgrad	134,7 %	114,6 %	18,7 %

Quelle: IGES auf Grundlage von G-BA (2010), KV Thüringen

Tatsächlich gibt es in Hildburghausen vier Psychotherapeuten, so dass für diesen Planungsbezirk gemäß der Bedarfsplanungsrichtlinie eine deutliche Überversorgung (134,7 %) festzustellen ist. Auch Jena ist mit tatsächlich 37 Psychotherapeuten als überversorgt einzustufen, allerdings liegt es mit einem Versorgungsgrad von 114,6 % nur knapp über der Definitionsschwelle. Würde man für Hildburghausen dieselbe Einwohner-Arzt-Relation zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs ansetzen wie für Jena, wäre eine drastische Unterversorgung (18,7 %) zu konstatieren.

Das Beispiel verdeutlicht, dass im Rahmen der bisherigen Bedarfsplanung "Bedarfsgerechtigkeit" in Abhängigkeit vom Regionstyp sehr unterschiedlich definiert wird und für ländliche Regionen – zunächst allein aufgrund der historischen Situation am Stichtag – im Verhältnis zur Einwohnerzahl meist deutlich weniger Vertragsärzte als angemessen gelten. Zur Rechtfertigung dieser Unterschiede könnte man anführen, dass die bisherige Bedarfsplanungssystematik gewissermaßen implizit eine Mitversorgungsfunk-

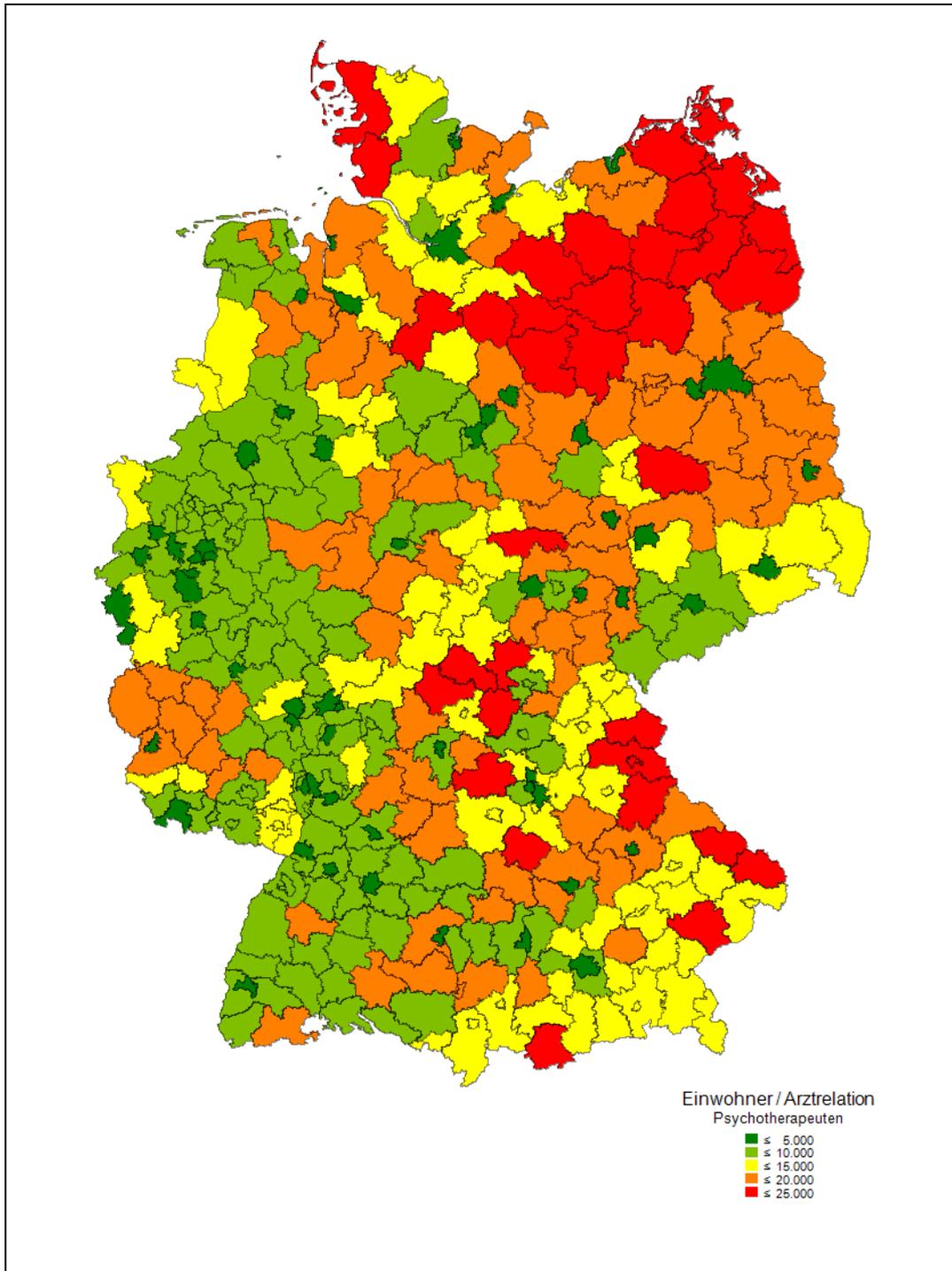
tion von Kernstädten für die ländlichen Regionen berücksichtigt: Da die Bewohner ländlicher Kreise für die Inanspruchnahme von spezialisierten Arztgruppen ohnehin die Städte aufsuchen, wäre nach dieser Logik in den Städten eine den Bedarf allein der städtischen Bevölkerung deutlich übersteigende Arztzahl gerechtfertigt und umgekehrt eine entsprechend geringere in den ländlichen Kreisen.

Die folgende Darstellung (Abbildung 2) illustriert am Beispiel der Psychotherapeuten zum einen, wie deutlich sich die Einwohner-Arzt-Relationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen<sup>4</sup> unterscheiden, selbst wenn überall der Versorgungsgrad gemäß den bisherigen Bedarfsplanungsmaßstäben 100 % betrüge. Zum anderen zeigt die Karte auch, wie wenig tragfähig die Figur der Mitversorgung von ländlichen durch städtische Regionen in manchen Gebieten Deutschlands ist: Viele Kreise im Nordosten sollen nach der geltenden Bedarfsplanung nur sehr wenige Leistungserbringer erhalten, ohne dass eine besser versorgte städtische Region in der Nähe wäre. Darüber hinaus wäre im Hinblick auf die vermeintliche Rechtfertigung der ungleichen Bedarfsbemessung durch die Mitversorgungsfunktion von größeren Städten zu fragen, inwieweit diese Situation tatsächlich den Präferenzen der Bevölkerung in den Regionen außerhalb der Städte entspricht.

---

<sup>4</sup> Ein Landkreis ist nach deutschem Kommunalrecht ein Gemeindeverband und eine Gebietskörperschaft. In Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein lautet die Bezeichnung lediglich "Kreis".

Abbildung 2: Regionale Unterschiede der Anzahl der Einwohner je Psychotherapeut unter der Annahme eines Versorgungsgrades von 100 % in allen kreisfreien Städten und Landkreisen



Quelle: IGES auf Grundlage G-BA (2010)

Anmerkung: Der Versorgungsgrad 100 % entspricht den Allgemeinen Verhältniszahlen nach den definierten Raumgliederungen gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA (2010).

Die heutige Form der Bedarfsplanung steht – nicht zuletzt, wie das obige Beispiel verdeutlicht, wegen ihrer starren Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Relationen – seit längerem in der Kritik. Die in diesem Zusammenhang diskutierten Reformansätze zielen dabei häufig auf eine stärkere Differenzierung der Bedarfsplanung; außerdem umfassen sie zusätzliche Steuerungsmaßnahmen, um auf eine festgestellte Unter- oder Überversorgung zu reagieren. Die wesentlichen Ansatzpunkte für eine Weiterentwicklung der ärztlichen Bedarfsplanung lassen sich im Hinblick auf die o. a. zentralen Elementen darstellen (gelb gefärbte Elemente in Abbildung 1):

- Für die Abgrenzung der Planungsbereiche wird eine stärkere Berücksichtigung der Wohnortnähe ("kleinräumige Planung") sowie der unterschiedlichen lokalen Versorgungssituation ("Flexibilität") diskutiert. Mit Blick auf die unterschiedlichen Arztgruppen werden stärkere bzw. andere Ausdifferenzierungen diskutiert. Beispielsweise wird vorgeschlagen, zwischen Segmenten wie der hausärztlichen, allgemein- und spezialfachärztlichen Versorgung zu unterscheiden und für jedes Segment unterschiedlich weite Planungsbereiche festzulegen. Auf diese Weise ließen sich die je nach Segment unterschiedlichen Maßstäbe für "Wohnortnähe" angemessener operationalisieren. Darüber hinaus werden teilweise eigenständige Bedarfsplanung für bislang nicht geplante Arzt(unter)gruppen gefordert.
- Hinsichtlich der Soll-Norm des Versorgungsangebots wird eine stärkere Orientierung am tatsächlichen (und zukünftigen) Versorgungsbedarf gefordert, vor allem durch die Berücksichtigung von Unterschieden der Morbiditätslast der jeweiligen regionalen Bevölkerungen, der zukünftigen demografischen Entwicklung und der Sozialstruktur. Dadurch soll die bisherige Bedarfsbestimmung durch Festbeschreibung einer historischen Einwohner-Arzt-Relation ersetzt werden.
- Die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots soll nicht auf bloße Arztzahlen beschränkt bleiben, sondern sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht erweitert werden. So soll z. B. neben den Arbeitszeiten (bzw. den tatsächlichen Praxisöffnungszeiten) auch die Behandlungskapazitäten angrenzender Versorgungssektoren einbezogen werden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle Vertragsärzte das komplette Leistungsspektrum ihrer Fachgruppe anbieten und sich teilweise stark eingegrenzte Tätigkeitsschwerpunkte herausbilden.
- Die Entfernung bzw. Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten soll explizites Planungskriterium werden. Ein solches Kriterium kann an unterschiedlichen Stellen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

### **3 Ansatzpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung**

Die Neuregelungen des GKV-VStG, die sich auf die Bedarfsplanung beziehen, werden den o. a. zentralen Elementen der Bedarfsplanung (vgl. Abbildung 1) zugeordnet. Ihre Darstellung und Bewertung bezieht sich somit auf die Änderungen hinsichtlich der

- Festlegung der Planungsbereiche,
- Bestimmung des Versorgungsbedarfs,
- Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots,
- Entfernung und Erreichbarkeit.

#### **3.1 Festlegung der Planungsbereiche**

In der bisherigen Bedarfsplanung entsprachen die regionalen Planungsbereiche den kreisfreien Städten und Landkreisen. Das GKV-VStG sieht eine "flexiblere" Gestaltung der Planungsbereiche vor: Für die (Neu-)Festlegung der regionalen Planungsbereiche bis zum 1.1.2013 gilt allein die Vorgabe, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird" (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Die Orientierung an kreisfreien Städten und Landkreisen ist damit nicht mehr obligatorisch. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu, dass der G-BA durch die Neuregelung einen weiten Entscheidungsspielraum erhalte und dass für die Neugestaltung der Planungsbereiche die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung maßgeblich sei.

Da die Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote unterschiedliche Bedeutung hat, ermögliche die Neuregelung auch, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren (BT-Drs. 17/6906, S. 74). In der Gesetzesbegründung wird eine mögliche Differenzierung nach hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung genannt. Bereits in der vorangegangenen Reformdiskussion wurde von Seiten der Krankenkassen eine solche Differenzierung gefordert, wonach die Primärversorgung überall wohnortnah und schnell erreichbar sein sollte, während mit zunehmendem Spezialisierungsgrad die Entfernung zum nächsten Versorgungsort steigen kann (vgl. u. a. GKV-Spitzenverband 2010, Schönbach 2010). Weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung werden diese drei nach Spezialisierungsgrad differenzier-

ten Bereiche – hausärztlich, allgemein fachärztlich und spezialisiert fachärztlich – näher definiert.<sup>5</sup>

Durch gesetzliche Bestimmungen detaillierter eingegrenzt und herausgelöst wird jedoch die "ambulante spezialfachärztliche Versorgung", welche durch die Neufassung des § 116b SGB V als neuer sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt wurde. Gemäß dem GKV-VStG umfasst die ambulante spezialärztliche Versorgung künftig die "Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern". Hierzu zählen insbesondere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Der G-BA hat den Auftrag erhalten, die konkreten Bestimmungen für die Umsetzung in einer Richtlinie bis Jahresende 2012 festzulegen. Der G-BA kann darüber hinaus den Krankheits- bzw. Leistungskatalog der ambulanten spezialärztlichen Versorgung ergänzen.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist selbst nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Dies ergibt sich aus § 116b Abs. 2 SGB V, wonach an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser berechtigt sind, Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung zu erbringen, soweit sie die hierfür vom G-BA festgelegten Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber dem um Vertreter der Krankenhäuser erweiterten Landesauschuss der Ärzte und Krankenkassen anzeigen ("wer kann, der darf"). In der Gesetzesbegründung heißt es hierzu, dass "eine Planung, die eine konkrete Bestimmung des jeweiligen Bedarfs an spezialärztlichen Leistungserbringern für jede einzelne der gelisteten Krankheiten und Leistungen erfordern würde,...aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel" wäre (BT-Drs. 17/6906, S. 81 f.).<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Grundsätzlich könnten ihnen Arztgruppen nach den bestehenden Fachabgrenzungen zugeordnet werden. Nach Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes sollte sich dagegen die Differenzierung an dem vom jeweiligen Arzt angebotenen Leistungsspektrum orientieren (vgl. GKV-Spitzenverband 2011, S. 2). Beispielsweise wäre demnach ein niedergelassener Augenarzt, der sich auf ambulante Katarakt-Operationen spezialisiert, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zuzurechnen, ein Augenarzt, der dagegen das gesamte ambulante Leistungsspektrum abdeckt, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung.

<sup>6</sup> Im Gesetzentwurf vom 5.9.2011 (BT-Drs. 17/6909) trug der neue, sektorenverbindende Versorgungsbereich noch die Bezeichnung "ambulante spezialärztliche Ver-

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist aber künftig bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 1, neue Nr. 2a SGB V). Gemäß der Gesetzesbegründung sollen die ambulanten spezialfachärztlichen Leistungen, die von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden, bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug gebracht werden, da diese Ärzte dann nicht mehr in vollem Umfang für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. Der G-BA erhält den Auftrag, in der Bedarfsplanungsrichtlinie hierzu konkrete Regelungen festzulegen (BT-Drs. 17/6906, S. 73). Dabei wird beispielsweise zu regeln sein, ob für einen Arzt, der sich spezialisiert, d. h. einen Teil seiner Arbeitszeit nur noch § 116b-Leistungen widmet und entsprechend nicht mehr vollumfänglich für die allgemeine fachärztliche Versorgung zur Verfügung steht, nachgeplant werden muss.

Die Festlegung der Planungsbereiche obliegt dem G-BA. Er hat hierbei allein die Maßgabe zu beachten, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird, und erhält damit einen weiten Entscheidungsspielraum. Gleichzeitig bewirkt aber das VStG durch die Änderung von § 99 SGB V, dass die regionalen Gremien<sup>7</sup> den erforderlichen Gestaltungsspielraum erhalten, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen. Hierbei geht es um regionale Besonderheiten, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind: "Solche Besonderheiten können sich insbesondere aus der regionalen demographischen Entwicklung und Morbiditätsstruktur der Versicherten ergeben, wenn sich nach Alter, Geschlecht und ergänzenden Morbiditätskriterien ein spezifischer oder überdurchschnittlicher regionaler Versorgungsbedarf ergibt" (BT-Drs. 17/6906, S. 73).

---

sorgung". Mit der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit vom 30.11.2011 wurde die Bezeichnung in „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ geändert, um zu verdeutlichen, "dass die Versorgung in diesem speziellen Leistungsbereich fachärztliche Qualifikationen voraussetzt und deshalb Fachärzten vorbehalten ist" (BT-Drs. 17/8005, S. 152).

<sup>7</sup> Hierbei handelt es sich um die Landesausschüsse, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Landesebene gebildet werden (§ 90 SGB V i.V.m. § 99 Abs. 3 SGB V). Gemäß der Neufassung des § 99 Abs. 1 SGB V ist der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen, der Landesbehörde ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden. Nach dem mit dem VStG eingeführten neuen § 90a SGB V kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben und – soweit es das Landesrecht vorsieht – zu den Bedarfsplänen Stellung nehmen.

Den regionalen Gremien wird damit die Möglichkeit gegeben, hinsichtlich der Abgrenzung der Planungsbereiche von der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA abzuweichen. In der Gesetzesbegründung wird allerdings klargestellt, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA maßgeblich bleibe, "wenn und soweit nicht regionale Besonderheiten die Abweichungen rechtfertigen" (BT-Drs. 17/6906, S. 73). Das GKV-VStG regelt hingegen nicht, nach welchen Kriterien bzw. von wem darüber entschieden werden soll, ob regionale Besonderheiten vorliegen, die eine Abweichung von der "maßgeblichen" Richtlinie des G-BA rechtfertigen. Der G-BA wird ausdrücklich nicht dazu ermächtigt, diesbezügliche Voraussetzungen zu regeln.

Darüber hinaus wird durch das GKV-VStG der Auftrag an den G-BA, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze in einem überversorgten Planungsbereich zu machen (sog. Sonderbedarfszulassungen), präzisiert und erweitert (Neufassung der Nr. 3 in § 101 Abs. 1 SGB V). Demnach soll mit Sonderbedarfszulassungen ein zusätzlicher lokaler oder ein qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe gedeckt werden. Beispielsweise kann in einem Planungsbezirk die Fachgruppe "an der fachärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten" aufgrund von Überversorgung gesperrt sein, gleichzeitig aber für Internisten mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie eine Unterversorgung festgestellt werden. Gemäß der Gesetzesbegründung war für die Neuregelung ausschlaggebend, dass die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen bislang sehr unterschiedlich genutzt haben (BT-Drs. 17/6906, S. 73 f.). Der G-BA soll nun die Vorgaben in § 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie so konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird.

### **3.2 Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Berücksichtigung der demografischen Entwicklung und anderer Faktoren**

Im bisherigen System der Bedarfsplanung hatte der G-BA nach § 101 Abs. 2 SGB V die Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Soll-Verhältnis) anzupassen oder neu festzulegen, wenn dies

- 1) wegen der Änderungen der fachlichen Ordnung der Arztgruppen,
- 2) weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit die Zahl 1.000 übersteigt oder
- 3) zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung

erforderlich war. Dabei war die Zahl der Ärzte zum Stand vom 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen. Diese stichtagsbezogene Regelung wurde mit dem GKV-VStG aufgehoben. Außerdem ist bei der Anpassung

oder Neufestlegung der Verhältniszahlen "insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen" (Ergänzung der Nr. 3 in § 101 Abs. 2 SGB V). Dazu heißt es in der Gesetzesbegründung, dass die Anpassung der Verhältniszahlen zukünftig "allein nach sachgerechten Kriterien" erfolgen soll, wobei als sachgerechte Kriterien außer der demographischen Entwicklung grundsätzlich solche Faktoren in Betracht kommen, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Es werden die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbereich und vorhandene Versorgungsstrukturen genannt. Dadurch soll "den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote berücksichtigt werden" (BT-Drs. 17/6906, S. 74).

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA in der Fassung vom 15.07.2010 sieht bereits eine Anpassung der Verhältniszahlen um einen regionalen Demografiefaktor vor (vgl. § 8a), der durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor berechnet wird. Der Demografiefaktor kommt allerdings nur in Regionen zur Anwendung, in denen die Fallzahl innerhalb eines Jahres über dem Bundesdurchschnitt der jeweiligen Arztgruppe liegt.<sup>8</sup> Der bisherige Demografiefaktor der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt lediglich die aktuelle Bevölkerungsstruktur.

Geht man davon aus, dass mit der Ergänzung der Nr. 3 in § 101 Abs. 2 SGB V infolge des VStG die *zukünftige* demografische Entwicklung besonders berücksichtigt werden soll, erhielte die Bedarfsplanung hiermit erstmals ein prospektives Planungselement. Wie und mit welchem Gewicht ein solches prospektives Element in der Bedarfsplanung eingehen soll, wird durch das GKV-VStG jedoch nicht konkretisiert. Eine nahe liegende Datengrundlage wären die Bevölkerungsvorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes. Darin wird die Bevölkerung nach Alter unter bestimmten Annahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungsbewegungen derzeit bis zum Jahr 2060 prognostiziert. Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen sind bis auf Kreisebene differenziert verfügbar und ermöglichen somit auch "kleinräumig" eine prospektiv-demografieorientierte Planung.

---

<sup>8</sup> Ausgenommen bleiben die Kinderärzte. Die Berechnung des Faktors soll einmal im Jahr von der für eine Planungsregion zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt werden (§ 8a Abs. 5) und die Anpassung der regionalen Verhältniszahl erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres (§ 8a Abs. 6).

Sozioökonomische Einflussfaktoren des Versorgungsbedarfs (z. B. regionale Wirtschaftskraft, Pro-Kopf-Einkommen, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand etc.) wurden in der Bedarfsplanung bislang nicht berücksichtigt. In anderen Ländern (z. B. in den Niederlanden) finden sich aber Beispiele, dass auch sozioökonomische Faktoren in die Bedarfsplanung einfließen, wenn für sie ein Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen oder die Morbidität der Bevölkerung nachgewiesen werden kann. Voraussetzung für eine zielführende Nutzung sozioökonomischer Faktoren in der Bedarfsplanung sind allerdings fundierte theoretische und empirische Erkenntnisse über die jeweiligen Wirkungszusammenhänge. In anderen Ländern, z. B. Großbritannien, existiert hierzu eine umfangreiche Forschung und Praxiserfahrung darüber, mit welchen sozioökonomischen Faktoren sich ein Versorgungsmehrbedarf bestimmen bzw. vorhersagen lässt. Darüber hinaus ist auch versorgungspolitisch zu entscheiden, welcher Versorgungsmehrbedarf oder auch -minderbedarf infolge bestimmter Faktoren im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollte.<sup>9</sup>

Durch die Neuregelungen des GKV-VStG bietet sich erstmals die Möglichkeit, die Sozialstruktur der Bevölkerung regional als Faktor hinzuzuziehen, um die Soll-Verhältniszahlen anzupassen. Konkrete Regelungen, wie und in welchem Umfang sozioökonomische Indikatoren künftig in die Bedarfsplanung einbezogen werden, enthält das Gesetz allerdings nicht.

Als für die Bedarfsplanung relevante sozioökonomische Einflussgrößen kann eine Reihe von Indikatoren in Betracht gezogen werden. Für zahlreiche Faktoren sind öffentlich zugängliche Daten auf Kreisebene verfügbar, so dass sie zumindest datentechnisch für die Abbildung der Sozialstruktur einer Region in Frage kommen. Der Einfluss der einzelnen Faktoren auf Inanspruchnahme und Gesundheitszustand ist inhaltlich und statistisch zu prüfen. Mögliche sozioökonomische Indikatoren für die Bedarfsplanung mit Datenverfügbarkeit auf Kreisebene sind

- Anzahl Ausländer
- Anzahl Arbeitnehmer
- Arbeitnehmerentgelt
- Bruttoinlandsprodukt

---

<sup>9</sup> Beispielsweise gehen sozioökonomische Risikofaktoren häufig mit einer erhöhten Morbidität einher, die sich jedoch nicht zwangsläufig in einer entsprechend höheren Leistungsanspruchnahme manifestiert und u. U. sogar mit einer unterdurchschnittlichen Leistungsanspruchnahme einhergehen kann. In solchen Fällen ist zu entscheiden, ob für die Bedarfsplanung hieraus ein Mehr- oder ein Minderbedarf abgeleitet werden soll.

- Bruttolöhne und -gehälter
- Bruttowertschöpfung
- Erwerbstätige
- Öffentliche Schulden
- Primäreinkommen
- Verfügbares Einkommen
- Schulabgangsstatistik

Die Berücksichtigung weiterer Faktoren des Versorgungsbedarfs wie beispielsweise der in der Gesetzesbegründung des GKV-VStG aufgeführten räumlichen Ordnung (z. B. im Sinne von Infrastruktur, Flächennutzung, Regionstypen) und der vorhandenen Versorgungsstrukturen sind regional ebenfalls möglich. Insbesondere die Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen könnte größere Spielräume bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs eröffnen. Im Vordergrund dürfte hierbei zunächst stehen, die Behandlungskapazitäten angrenzender Leistungsbereiche (z. B. ambulante Behandlungen in Krankenhäusern) in die Planung einzubeziehen. Darüber hinaus könnte sich mit der Berücksichtigung der vorhandenen Versorgungsstrukturen auch der Erhalt eines erreichten Versorgungsniveaus als Ziel einer regionalen Bedarfsplanung verknüpfen lassen. Ausmaß und Geschwindigkeit einer Anpassung der Angebotskapazitäten an den ermittelten Versorgungsbedarf könnten somit in Abhängigkeit vom jeweiligen Niveau der Behandlungskapazitäten regional variieren.

Würden die erweiterten Spielräume zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs vor allem in diesem Sinne einer stärkeren Anknüpfung der Bedarfsplanung an vorhandene Strukturen genutzt, so könnte dies – zumindest stellenweise – auch eine Konservierung von ärztlichen Angebotsstrukturen zur Folge haben, die nach Maßgabe anderer Faktoren wie der demografischen Entwicklung als Über- oder Unterversorgung gewertet werden. Andererseits kann eine Anknüpfung der Bedarfsplanung an vorhandene Strukturen die Umsetzung von Steuerungsmaßnahmen zur Kapazitätsanpassung erleichtern, insoweit hierdurch größere "Brüche" vermieden werden können.

Nicht im GKV-VStG explizit aufgeführt ist die Berücksichtigung von Morbidität bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie. Um die Krankheitslast einer Region zu erfassen, können unter anderem Daten

- zu den dokumentierten Diagnosen (aus Routinedaten der Krankenkassen und der DRG-Statistik für den stationären Bereich),
- zu Mortalität (aus der Todesursachenstatistik) und

- zur Selbsteinschätzungen der eigenen Gesundheit (aus Befragungsdaten wie z. B. Mikrozensus, SOEP, Gesundheitssurveys)

herangezogen werden. Würde der Versorgungsbedarf künftig auf der Grundlage von GKV-Routinedaten bestimmt, bestünde allerdings ein Messproblem, denn ein auf dieser empirischen Basis ermittelter Bedarf wäre nicht "objektiv", sondern spiegelt historisch gewachsene Versorgungsstrukturen sowie die Verhaltensweisen der Leistungsanbieter und der Kostenträger. Es würden auf diese Weise implizit auch bestehende Über-, Unter- oder Fehlversorgungen in die Festlegung des Versorgungsbedarfs eingehen.<sup>10</sup>

Die mit dem GKV-VStG vorgenommenen Änderungen des § 101 Abs. 2 SGB V schaffen also die Möglichkeit, das Soll-Verhältnis für einen bedarfsgerechten Versorgungsgrad an regionale Besonderheiten des Bedarfs bezüglich der Demografie, Sozialstruktur oder anderer "sachgerechter Indikatoren" anzupassen. Es wird dem G-BA ausdrücklich vorgegeben, die erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen und damit der Bestimmung des Versorgungsbedarfs vorzunehmen. Allerdings gilt – wie bei der Festlegung der Planungsbereiche – auch hier, dass die regionalen Gremien abweichende Verhältniszahlen für den bedarfsgerechten Versorgungsgrad festlegen können, wenn dies durch regionale Besonderheiten begründbar ist.

### 3.3 Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots

Bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich wurden bislang nur zugelassene Vertragsärzte und – bei diesen oder einem medizinischen Versorgungszentrum – angestellte Ärzte berücksichtigt. Infolge des GKV-VStG werden zukünftig auch die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der Bedarfsplanung erfasst (neue Nr. 2b in § 101 Abs. 1 SGB V).<sup>11</sup> Zu diesem Zweck wird der G-BA damit beauftragt, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Regelungen zu

---

<sup>10</sup> Eine ausführliche Darstellung der potentiellen Vor- und Nachteile der einzelnen Datenquellen für die Erfassung von regionaler Morbidität enthält ein separater Bericht, den das IGES Institut im Rahmen der Erarbeitung dieses Gutachtens für die Patientenvertretung im G-BA erstellt hat ("Potentielle Datengrundlagen einer modifizierten Bedarfsplanung" vom 24. Juni 2011).

<sup>11</sup> "Dies betrifft sowohl Ärztinnen und Ärzte, die über eine individuelle Ermächtigung verfügen (z. B. nach § 116 ermächtigte Krankenhausärzte) als auch Ärztinnen und Ärzte, die in einer ermächtigten Einrichtung (z. B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind" (BT-Drs. 17/6906, S. 73).

treffen, wie die betreffenden Ärzte mit ihrem jeweiligen Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches einbezogen werden.

Die praktische Umsetzung der Berücksichtigung der Leistungsanteile von ermächtigten Ärzten birgt für den G-BA einige Herausforderungen. So erteilen die Zulassungsausschüsse Ermächtigungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten sowie zeitlich und räumlich begrenzt (vgl. § 31 Abs. 7 Ärzte-Zulassungsverordnung). Auch ist die Ermächtigung bislang an eine bestehende oder drohende Unterversorgung gekoppelt, setzt also bereits eine Bedarfsfeststellung voraus.

Ebenso sollen künftig die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b SGB V bei der Berechnung der Versorgungsgrade berücksichtigt werden.<sup>12</sup> Da Vertragsärzte, die spezialärztliche Leistungen nach § 116b erbringen, der Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr in vollem Umfang zur Verfügung stehen, soll bei der Berechnung des Versorgungsgrades der nach § 116b erbrachte Leistungsanteil in Abzug gebracht werden. Wie genau die Leistungsanteile, die ein Vertragsarzt für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erbringt, in der Praxis festgestellt und in die Berechnung der Versorgungsgrade eingebracht werden sollen, ist noch unklar und dürfte auf einige Schwierigkeiten stoßen.

Abgesehen von der vorgesehenen Berücksichtigung der ermächtigten Ärzte und der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b in der Bedarfsplanung enthält das GKV-VStG keine expliziten Vorgaben zur Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots. Eine tiefergehende Arztgruppendifferenzierung, die über die gegenwärtig 14 Arztgruppen (§ 4 der Bedarfsplanungsrichtlinie) hinausgeht, ist nicht vorgesehen. Damit bleiben Änderungen der fachlichen Ordnung der Arztgruppen sowie die Schwelle von 1.000 Ärzten (§ 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V) zunächst unverändert die konkreten Aufgreifkriterien, damit eine Arztgruppe sowohl bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs (vgl. Kapitel 3.2) als auch bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots berücksichtigt wird. Dass eine Arztgruppe zahlenmäßig klein ist, erlaubt jedoch keine Aussage über ihre Versorgungsrelevanz. Gerade bei stärker spezialisierten ärztlichen Angeboten (z. B. Kinder- und Jugendpsychiater) kann der Schwellenwert dazu führen, dass Versorgungsmängel in der Bedarfsplanung nicht oder nur über Sonderbedarfszulassungen aufgegriffen werden können.

Die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots basiert gegenwärtig auf der bloßen Anzahl der Ärzte. Ihre tatsächliche Arbeitszeit und ihr tat-

---

<sup>12</sup> §101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a SGB V und §101 Abs. 1 Satz 8 SGB V.

sächlich angebotenes Leistungsspektrum, das auch innerhalb der Arztgruppen beträchtlich variieren kann, bleibt somit unberücksichtigt.<sup>13</sup> Das GKV-VStG sieht hierfür explizit keine Änderungen vor. Eine Berücksichtigung der tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten bzw. des Anteils ihrer Arbeitszeit, in der sie für die Behandlung von GKV-Versicherten zur Verfügung stehen, ist weiterhin nicht vorgesehen.

Das könnte auch darin begründet liegen, dass zur tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten bislang keine Statistik (zumindest öffentlich) verfügbar ist. Es ist davon auszugehen, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen keine Daten zu den tatsächlichen Arbeitszeiten ihrer Ärzte haben, da die angebotene oder erbrachte Arbeitszeit nicht Bestandteil der Zulassung als Vertragsarzt oder der Abrechnung ist. Mit Hilfe von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Krankenkassen könnte der zeitliche und leistungsbezogene Umfang der ärztlichen Tätigkeit auf Basis der Anzahl von Behandlungsfällen jedoch zumindest näherungsweise bestimmt werden. Auch Befragungsdaten zu den Wochenarbeitsstunden von Ärzten nach Fachgruppe – etwa im Rahmen der Kostenstrukturanalyse in der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspraxis des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – können zur Messung der tatsächlichen Arbeitszeit von Ärzten herangezogen werden.

Eine Berücksichtigung von regionalen Unterschieden bei der Leistungsverteilung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor (beispielsweise bezüglich des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V) ist auch in der zukünftigen Bedarfsplanung nach dem GKV-VStG für die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots nicht unmittelbar vorgesehen. Allerdings könnten regionalen Unterschiede der sektoralen Struktur ambulanter Behandlungskapazitäten bei der Bestimmung des Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden, denn hierfür nennt die Gesetzesbegründung die "vorhandenen Versorgungsstrukturen" als mögliches Kriterium (vgl. Kapitel 3.2). Sollte der Versorgungsbedarf künftig unter Berücksichtigung der sektorenübergreifend betrachteten Versorgungsstrukturen bestimmt werden, müssten diese Strukturen folglich auch bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots erfasst werden.

---

<sup>13</sup> Allein die bei einem Vertragsarzt, in einem medizinischen Versorgungszentrum und in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 angestellten Ärzte sind bei der Berechnung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich entsprechend ihrer Arbeitszeit anteilig zu berücksichtigen. Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gehen mit dem Faktor 0,5 in die Berechnung des Versorgungsgrades ein (§ 101 Abs. 1 Satz 7 SGB V). Für Vertragsärzte mit vollem Versorgungsauftrag gilt hinsichtlich der Arbeitszeit, dass sie mindestens 20 Stunden pro Woche "in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen" (vgl. Bundesmantelvertrag § 17 Abs. 1a).

Datentechnisch ließe sich das tatsächliche Versorgungsangebot sehr detailliert und wesentlich genauer erfassen, als es gegenwärtig anhand der bloßen Ärztezahlen geschieht. Dies gilt nicht nur für die sektorenübergreifende Erfassung von Angebotskapazitäten, sondern insbesondere auch für die Messung von Angebotskapazitäten anhand des Umfangs der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge und -struktur.

Mit Hilfe von GKV-Routinedaten könnte das Ausmaß und die Struktur der medizinischen Versorgungsleistungen sektorenübergreifend (ambulant und stationär) auf umfassender empirischer Basis und sehr detailliert ermittelt werden. Darüber hinaus ließe sich mit diesen Daten die dokumentierte Morbidität versicherten-, arzt- und krankenhausbezogen abbilden. Allerdings liegen keinem der Datenhalter (gesetzlichen Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) jeweils sämtliche der hierfür notwendigen Informationen vor. Datentechnisch ließen sich diese aber miteinander verknüpfen. Die Routinedaten stehen nur den o. a. Datenhaltern für die gesetzlich definierten Zwecke zur Verfügung, so dass eine Verwendung der Daten für die Bedarfsplanung einer eigenen gesetzlichen Regelung bedürfte. Neben den GKV-Routinedaten könnten auch die jährlich durch das Statistische Bundesamt veröffentlichte fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) und die Grunddaten der Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für die Erfassung der tatsächlichen Versorgungsangebote im stationären Bereich herangezogen werden.

Im Unterschied zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs sieht das GKV-VStG keine prospektive Orientierung bei der Feststellung des Versorgungsangebots vor. Sachlogisch müsste aber einem Versorgungsbedarf, der auf Basis der demografischen Entwicklung prospektiv bestimmt wird, entsprechend eine Einschätzung des zukünftigen Versorgungsangebots gegenübergestellt werden. Ein erster, einfacher und datentechnisch problemloser Ansatz wäre hierfür, bei der Feststellung des Versorgungsangebots etwa die Altersstruktur der Ärzte einzubeziehen, um perspektivisch die zukünftigen Veränderungen der Angebotskapazitäten abzuschätzen.

Insgesamt enthält das GKV-VStG mit Ausnahme der Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten somit keine Änderungen bei der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots im Rahmen der Bedarfsplanung.

### **3.4 Entfernung und Erreichbarkeit**

Die Relevanz der Entfernung bzw. Erreichbarkeit von ärztlichen Versorgungsangeboten wurde und wird in der Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung in Deutschland immer wieder betont. Unter anderen berücksichtigt das Bedarfsplanungskonzept der KBV den von Patienten akzeptierten Zeit- und Wegeaufwand, um die Erreichbarkeit der räumlich ver-

teilten Arztstandorte für die Bevölkerung zu ermitteln (Kopetsch 2011, S. 38 f.). Auch der GKV-Spitzenverband sieht eine "Orientierung der Bedarfsplanung an Erreichbarkeits- und Entfernungsparametern der Patienten zu Ärzten und Versorgungseinrichtungen" vor (GKV-Spitzenverband 2010, S. 3).

Das Kriterium der Entfernung und Erreichbarkeit kann im Planungsprozess sowohl bei der Festlegung der Planungsbereiche als auch bei der Beurteilung von Unter- und Überversorgung zur Anwendung kommen. Die "Wohnortnähe" der Versorgung differenziert nach Arztgruppe, wie beispielsweise durch den GKV-Spitzenverband für Primärärzte vorgesehen (GKV-Spitzenverband 2011), könnte durch die Festlegung von maximalen Entfernungen oder Wegezeiten zum nächstgelegenen Arzt bei der Größe der Planungsbereiche eine Rolle spielen. Für die Bewertung des Versorgungsgrads könnten bevölkerungsbezogenen Schwellenwerte der Erreichbarkeit einbezogen werden (z. B. mindestens 80 % der Bevölkerung in einem Planungsbereich müssen einen Hausarzt innerhalb von 10 Minuten Fahrtzeit erreichen können).

Bislang ist im SGB V das Kriterium der Entfernung und Erreichbarkeit als Bestandteil der Bedarfsplanung nicht enthalten. Auch das GKV-VStG hat hieran nichts geändert. Allerdings wird in der Gesetzesbegründung des GKV-VStG zu § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V<sup>14</sup> ausgeführt, dass durch die Möglichkeiten zur Anpassung der Verhältniszahlen auch "den besonderen Anforderungen sowohl ländlicher als auch städtischer Regionen jeweils angemessen Rechnung getragen werden und die aus Patientensicht bedeutsamen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung der Versorgungsangebote" berücksichtigt werden können (BT-Drs. 17/6906, S. 74; vgl. Kapitel 3.2).

Sollen Entfernung und Erreichbarkeit bei der Bedarfsplanung in Zukunft berücksichtigt werden, sind einige grundsätzliche Fragen zu beantworten. Zunächst ist zu klären, wie Erreichbarkeit gemessen werden soll: ob als Entfernung in Kilometer oder als Reisezeit und ob und wie bestehende Verkehrsangebote (privat und öffentlich) berücksichtigt werden können. Zudem sollte der Differenzierungsgrad der Erreichbarkeit festgelegt werden, um ggf. unterschiedliche Erreichbarkeiten je nach Art des Versorgungsangebots (z. B. differenziert nach primärärztlicher und fachärztlicher Versorgung) oder nach Patientengruppen (z. B. häufigere Mobilitätsbeschränkungen von älteren Patienten) festlegen zu können.

---

<sup>14</sup> „Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird.“

Um die tatsächliche Erreichbarkeit von ärztlicher Versorgung zu erfassen, müssen außerdem auch ärztliche Versorgungsangebote außerhalb des regionalen Planungsbereichs einbezogen werden; denn die (freie) Arztwahl der Patienten orientiert sich nicht an Bereichs- oder Bezirksgrenzen. Insbesondere für Patienten mit Wohnorten in der Nähe der Planungsbereichsgrenzen kommen verstärkt ärztliche Angebote in angrenzenden regionalen Planungsbereichen in Betracht.

Die Änderung des § 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V schließt damit gemäß der Gesetzesbegründung auch die Möglichkeit ein, künftig Entfernung und Erreichbarkeit ärztlicher Versorgungsangebote in die Bedarfsplanung einzu beziehen. Allerdings werden die für eine Umsetzung dieser Option notwendigen Entscheidungen – insbesondere zur Messung von Erreichbarkeit und zur Definition der Angemessenheit der Erreichbarkeit – im Gesetz offen gelassen. Um die Erreichbarkeit ärztlicher Versorgung als "angemessen" oder "unangemessen" beurteilen zu können, müssten Schwellenwerte bestimmt werden, die – ggf. abhängig von Merkmalen der betroffenen Bevölkerung (wie Alter, Morbidität) oder nach Art des Versorgungsangebots – zu differenzieren wären.

### **3.5 Fazit und Bewertung der gesetzlichen Neuregelungen**

Aus der gesundheitspolitischen Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung haben sich folgende wesentlichen Ziele ergeben, auf die sich auch das GKV-VStG bezieht:

- eine grundsätzlich stärkere Differenzierung und Flexibilisierung der Bedarfsplanung, so dass Unterschiede der lokalen Versorgungssituation und des lokalen Versorgungsbedarfs stärker berücksichtigt werden können;
- eine stärkere und differenzierte Einbeziehung von Wohnortnähe (Erreichbarkeit) als Planungskriterium;
- eine stärkere Orientierung der Planung am tatsächlichen Versorgungsbedarf, vor allem durch Einbeziehung von Morbiditätsfaktoren und demografischer Entwicklung;
- die Einbeziehung von relevanten Behandlungskapazitäten angrenzender Leistungssektoren.

Das GKV-VStG enthält allerdings nur sehr begrenzt konkrete und verbindliche gesetzliche Maßnahmen, um diese Ziele zu erreichen.

Der am weitesten reichende Reformanspruch bezieht sich im Gesetz auf die Bestimmung des Versorgungsbedarfs: Mit dem GKV-VStG wurde die bisherige Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Verhältniswerten

(bzw. Stichtagen) – und damit das zentrale und häufig kritisierte Charakteristikum der bisherigen Bedarfsplanung – bei Anpassungen oder Neufestlegungen der Verhältniszahlen aufgehoben. Statt dessen haben sich die Soll-Vorgaben für das ärztliche Angebot zukünftig allein an sachgerechten Kriterien zu orientieren, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben. Damit reagiert das Gesetz auf die verbreitete Kritik, dass historische Einwohner-Arzt-Verhältniswerte kaum etwas über den tatsächlichen bzw. zukünftigen Versorgungsbedarf aussagen können.

Allerdings lässt das Gesetz weitgehend offen, welche Kriterien mit welcher Relevanz an die Stelle der historischen Verhältniswerte treten sollen. Im Gesetz wird lediglich die demografische Entwicklung konkret benannt, in der Gesetzesbegründung werden (unverbindlich) weitere Faktoren wie die räumliche Ordnung, die Sozialstruktur oder vorhandene Versorgungsstrukturen aufgeführt. Der Faktor Morbidität wird lediglich im Zusammenhang mit der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten und damit begründbaren Abweichungen von den Richtlinien des G-BA in der Gesetzesbegründung genannt. Diese abgestufte Nennung von Kriterien zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs spiegelt ansatzweise unterschiedliche Datenverfügbarkeiten und -qualitäten:

- Die demografische Entwicklung lässt sich anhand der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen bis auf Kreisebene darstellen.
- Zur Erfassung der lokalen Sozialstruktur ist zwar eine Reihe von statistischen Daten auf Kreisebene verfügbar, allerdings sind eindeutige Einflüsse der einzelnen Faktoren auf die Morbidität und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bislang nur sehr begrenzt valide nachgewiesen.
- Morbiditätsunterschiede lassen sich anhand von GKV-Routinedaten, der amtlichen Todesursachenstatistik oder von Befragungsdaten sehr detailliert darstellen. Die GKV-Routinedaten können jedoch für die Bedarfsplanung nicht ohne eigene gesetzliche Grundlage genutzt werden. Mit ihnen kann außerdem kein "objektiver" Versorgungsbedarf gemessen werden (Endogenitätsproblem).
- Ähnliches gilt für das Kriterium der vorhandenen Versorgungsstrukturen. Auch diese lassen sich anhand verfügbarer Daten der Selbstverwaltung bzw. von GKV-Routinedaten sehr detailliert darstellen, z. B. im Hinblick auf angrenzende Leistungssektoren. Aus den vorhandenen Versorgungsstrukturen den tatsächlichen Versorgungsbedarf abzuleiten, trifft aber ebenfalls auf das o. a. Endogenitätsproblem, so dass u. U. bestehende Über- oder Unterversorgungen als tatsächlicher Bedarf fehlinterpretiert werden.

Trotz der aufgeführten Einschränkungen existiert also eine Fülle von Daten, die eine sehr differenzierte Bestimmung des Versorgungsbedarfs erlauben. Voraussetzung wäre die Schaffung rechtlicher Grundlagen für die Nutzung von GKV-Routinedaten für Bedarfsplanungszwecke sowie die Erarbeitung adäquater methodischer Konzepte. Gemessen an den in Frage kommenden Kriterien und den potentiellen Datenquellen sind die konkreten und verbindlichen Vorgaben im Gesetz sehr zurückhaltend.

Potentiell weitreichend ist auch die gesetzliche Neuregelung zum Zuschnitt der Planungsbereiche: Die bislang gültige Vorgabe, dass die Planungsbereiche den kreisfreien Städten und Landkreisen entsprechen *müssen*, wurde aufgehoben. Aber auch hier regelt das Gesetz nicht, ob bzw. durch was die kreisfreien Städte und Landkreise als Planungsbereiche künftig ersetzt werden. Die Vorgaben sind äußerst allgemein gehalten ("flexiblere Regelung", Festlegung so, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird"). Lediglich in der Gesetzesbegründung findet sich der Hinweis auf das Kriterium der Wohnortnähe, das je nach Arztgruppe (hausärztlich, allgemein fachärztlich, spezialisiert fachärztlich) unterschiedliche Relevanz hat. Gleichzeitig wurde mit dem Gesetz ein neuer sektorenverbindender Versorgungsbereich eingeführt (Neufassung des § 116b SGB V), der aufgrund fehlender Praktikabilität (Aufwand) nicht der Bedarfsplanung unterliegt, aber bei der Berechnung des Versorgungsgrades in Abzug zu bringen ist.

Die Kriterien der Entfernung bzw. Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten finden zwar als ein grundsätzlich neues Planungselement Erwähnung, allerdings auch hier lediglich als unverbindliche Vorgabe in der Gesetzesbegründung. Mögliche Konkretisierungen zur Messung von Erreichbarkeit und zur Definition der Angemessenheit der Erreichbarkeit enthält weder das Gesetz noch die Gesetzesbegründung. Diesbezügliche Festlegungen sind aber wesentliche Voraussetzungen für eine Implementierung des Erreichbarkeitskriteriums in der Bedarfsplanung.

Hinsichtlich der Feststellung des tatsächlichen Versorgungsangebots bleibt das Gesetz deutlich hinter dem Stand der Reformdiskussion und den vorhandenen Optionen zurück. Ein zentraler Kritikpunkt an der bisherigen Bedarfsplanung ist die Erfassung des Versorgungsangebots anhand der bloßen Arztzahlen ohne Berücksichtigung der effektiven Arbeitszeiten und des tatsächlich angebotenen Leistungsspektrums (und damit auch kleinerer spezialisierter Arztgruppen). Datentechnisch wäre eine Berücksichtigung dieser Aspekte zumindest näherungsweise möglich. Ebenso wenig wird die voraussichtliche Entwicklung des Versorgungsangebots (etwa anhand der Altersstruktur der Ärzte) bei der Erfassung des Versorgungsangebots einbezogen – analog zu einer prospektiven Bestimmung des Versorgungsbedarfs anhand der demografischen Entwicklung. Infolge des GKV-VStG wird die

Erfassung des Versorgungsangebots lediglich um die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ergänzt. Im Vergleich zu den vorher genannten Aspekten greift das Gesetz damit nur ein Randthema auf.

Die weitgehende Beschränkung des GKV-VStG auf allgemein gehaltene Vorgaben lässt sich als Ausdruck des Subsidiaritätsprinzips interpretieren, wonach die verbindliche Konkretisierung primär in den Zuständigkeitsbereich der Selbstverwaltung fällt. Tatsächlich weist das Gesetz an mehreren Stellen ausdrücklich dem G-BA die Aufgabe zu, in den Bedarfsplanungsrichtlinien konkrete Regelungen zu den abstrakten gesetzlichen Vorgaben zu treffen. Dies betrifft insbesondere die Festlegung der Planungsbereiche sowie die (Neu-)Bestimmung des Versorgungsbedarfs (bzw. die erforderliche Anpassung der Verhältniszahlen). Gleichzeitig erhalten die regionalen Gremien durch das Gesetz deutlich erweiterte Gestaltungsspielräume, von den – generell maßgeblich bleibenden – Vorgaben des G-BA abzuweichen, um die Bedarfsplanung regionalen Besonderheiten anzupassen. Die regionalen Gestaltungsspielräume werden zusätzlich durch die erweiterten Möglichkeiten zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen ausgedehnt.

Hieraus entsteht voraussichtlich ein grundsätzliches Spannungsverhältnis, weil das Gesetz nicht festlegt, nach welchen Kriterien bzw. von wem darüber entschieden werden soll, ob regionale Besonderheiten vorliegen, die eine Abweichung von der Richtlinie des G-BA rechtfertigen. Der G-BA soll ausdrücklich nicht darüber entscheiden. Eine Kohärenz der regionalen Bedarfsplanungen im Sinne einer auf das gesamte GKV-System (und damit das gesamte Bundesgebiet) gerichteten Steuerung der Angebotskapazitäten dürfte hierdurch substantiell erschwert werden. In Verbindung mit der ebenfalls geplanten Re-Regionalisierung der Vergütungsvereinbarungen könnten sich hieraus zusätzliche Finanzierungsfragen stellen.

Zusammenfassend zeigt sich, dass mit dem GKV-VStG eine Reihe von Forderungen aus der jüngeren Diskussion über eine Reform der Bedarfsplanung grundsätzlich aufgegriffen wurde. Überwiegend bleiben die Neuregelungen der Bedarfsplanung abstrakt. Konkretisierungen, wenn sie im Gesetz überhaupt enthalten sind, bleiben meist unverbindlich und haben eher Anregungscharakter. Somit könnte sich faktisch an der Bedarfsplanung zunächst wenig ändern. Ob weiter reichende Veränderungen stattfinden, wird entscheidend von dem Zusammenspiel zwischen zentralen Vorgaben des G-BA und den Entscheidungen der regionalen Gremien abhängen. Da dieses Zusammenspiel mit dem Gesetz nicht geregelt wird, bleibt ungewiss, ob und inwiefern die Ziele der Reform der Bedarfsplanung erreicht werden.

## 4 Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

### 4.1 Grundlagen des Konzepts

Das IGES Institut hat im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V ein Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung entwickelt. Ausgangspunkt des Konzepts sind die Positionen, die die Patientenvertretung zum Überarbeitungsbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung im Jahr 2009 formuliert hatte (vgl. Kapitel 0). Im Hinblick auf diese Positionen der Patientenvertretung sind die *zentralen Ziele des Konzepts* eine

- stärkere Orientierung der regionalen Planungswerte am Versorgungsbedarf,
- Berücksichtigung der Erreichbarkeit von Ärzten,
- Verbesserung der regionalen Handlungsmöglichkeiten zur Deckung vorhandener Versorgungsbedarfe.

Das Konzept wurde zwar zeitgleich mit dem Gesetzgebungsverfahren des VStG, aber unabhängig von den damit verbundenen inhaltlichen Festlegungen entwickelt. Da – wie im Vorigen ausgeführt (vgl. Kapitel 3) – auch nach Inkrafttreten des GKV-VStG und den darin enthaltenen Neuregelungen zur Bedarfsplanung wesentliche Gestaltungsfragen zu beantworten sind, ermöglicht das vorliegende Konzept die notwendige Weiterführung der durch das Gesetz angestoßenen Neuordnung.

So werden im Folgenden konkrete Antworten auf die Fragen gegeben, anhand welcher sachgerechten Kriterien der Versorgungsbedarf bestimmt werden kann und wie die Planungsbereiche zukünftig festgelegt werden können. Der Konzeptvorschlag folgt hierbei dem Grundverständnis, dass das *Ziel der Bedarfsplanung* darin besteht, die Kapazitäten und Zugangsmöglichkeiten einer gegebenen Gesamtversorgung regional zu verteilen. Die Bestimmung des absoluten Niveaus der Gesamtversorgung ist hingegen nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Für die Entscheidung über das absolute Niveau der Gesamtversorgung spielen Faktoren eine zentrale Rolle, die durch das Instrument der Bedarfsplanung teilweise nicht oder zumindest nicht unmittelbar adressiert werden können, wie z. B. das Finanzierungssystem in der Krankenversicherung. Die Bestimmung des Versorgungsbedarfs im Rahmen der Bedarfsplanung bezieht sich somit stets auf einen relativen Bedarf bzw. auf regionale Bedarfsunterschiede.

Das Konzept gliedert sich in fünf inhaltliche Abschnitte:

1. Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot (Kapitel 4.2)

Die Norm-Werte für das Einwohner-Arzt-Verhältnis werden unter Berücksichtigung bedarfsbezogener – d. h. demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer – Faktoren ermittelt.

2. Neubestimmung regionaler Planungswerte (Kapitel 4.3)

Die konkreten regionalen Planungswerte werden so festgelegt, dass sie ausschließlich nach Maßgabe regionaler Bedarfsunterschiede variieren bzw. von den Norm-Werten abweichen.

3. Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung (Kapitel 4.4)

Um die Bedarfsplanung prospektiv auszurichten, werden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausrechnungen in den Planungsprozess einbezogen.

4. Kapazitätsverteilung in der Fläche (Kapitel 0)

Zur Berücksichtigung der Kriterien Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ärztlichen Versorgung wird ein Verfahren entwickelt, mit dem die konkrete Standortverteilung von Ärzten innerhalb der Planungsbereiche geplant wird.

5. Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene (Kapitel 4.6.1)

Es wird ein Verfahren festgelegt, mit dem die Planungsergebnisse auf regionaler Ebene überprüft und ggf. angepasst werden. Bestandteil dieses Verfahrens ist eine Reihe weiterer infrastruktureller Faktoren mit potentielltem Einfluss auf den Versorgungsgrad.

Im vorliegenden Konzept bilden die *kreisfreien Städte und Landkreise* weiterhin die primäre regionale Planungsebene. Damit orientiert sich das Konzept an bestehenden regionalen Gebietskörperschaften und den entsprechend vorhandenen kommunalen Selbstverwaltungsstrukturen. Der Bezug auf bestehende Verwaltungsstrukturen erleichtert die Organisation der regionalen Steuerung von Angebotskapazitäten in der ärztlichen Versorgung. Dagegen würde die Schaffung neuartiger Raumgliederungen die Realisierung eines neuen Planungskonzepts erschweren. Für die kreisfreien Städte und Landkreise als primäre Planungsebene spricht auch das Argument der Datenverfügbarkeit: Die regionale Differenzierung der amtlichen Statistik bezieht sich auf die existierenden Stadt- und Landkreisgrenzen. Diese Daten werden wiederum zur Bestimmung der regionalen Bedarfsabweichung

auf Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren benötigt, nach denen die regionalen Planungswerte variieren.

Bei großen Städten besteht die zusätzliche Option, den Bedarf auf Ebene der Stadtteile bzw. Stadtbezirke zu bestimmen. Hierdurch können unter Umständen weitere planungsrelevante Bedarfsunterschiede ermittelt werden, auf deren Basis sich stärker versorgungsadäquate Planungswerte ableiten lassen.<sup>15</sup> Voraussetzung dafür, den Bedarf großer Städte differenziert nach Stadtteilen (Stadtbezirken) zu bestimmen, ist jedoch eine vergleichbare Verfügbarkeit von Daten auf Stadtteilebene. Für die Entwicklung des hier vorgeschlagenen Konzepts konnte die Frage der Datenverfügbarkeit nicht abschließend geklärt werden, so dass die Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen sowie der regionalen Planungswerte jeweils auf die kreisfreien Städte als ganze Bezug nimmt. Im Rahmen der konkreten Standortverteilung von Ärzten nach den Kriterien Erreichbarkeit und Wohnortnähe (Kapitel 0) werden hingegen die Unterschiede berücksichtigt, die sich im Zugang zu den Versorgungsangeboten auf der kleinräumigeren Stadtteilenebene zeigen.

Bei stark spezialisierten Arztgruppen ohne wohnortnahe bzw. mit überregionaler Planungsperspektive nimmt das Konzept auf größere Raumordnungseinheiten Bezug; in diesen Fällen basiert die Bedarfsermittlung auf der Aggregation der Ergebnisse für die kreisfreien Städte und Landkreise.

Infolge des GKV-VStG wurde die Festlegung der kreisfreien Städte und Landkreise als regionale Planungsbereiche aufgehoben (§ 101 Abs. 1 Satz 6 SGB V). Statt dessen sind die regionalen Planungsbereiche zukünftig so festzulegen, "dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird". Gemäß der Gesetzesbegründung wurde hiermit eine "flexiblere Regelung" erreicht (Deutscher Bundestag 2011a, S. 74). Dies bedeutet, dass eine Verwendung der kreisfreien Städte und Landkreise als regionale Planungsbereiche weiterhin möglich ist, solange hiermit eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Das hier vorgelegte Konzept ermöglicht eine stärker bedarfsorientierte Planung auf der Grundlage der kreisfreien Städte und Landkreise als primäre Planungsbereiche. Es steht daher nicht im Widerspruch zur gesetzlichen Neuregelung.

Darüber hinaus werden im nachfolgend beschriebenen Konzept teilweise bestimmte *Setzungen* vorgenommen, obwohl hierfür keine eindeutige Da-

---

<sup>15</sup> Im bisherigen System der Bedarfsplanung gab es beispielsweise für Berlin zunächst mehrere Planungsbezirke, die im Jahr 2003 zu einem einzigen Planungsbezirk zusammengefasst wurden. Die Folgen für die Arztsitzverteilung wurden seitdem kontrovers diskutiert (vgl. Schönbach 2010, S. 12; Schlitt 2011).

tenlage besteht (dies betrifft insbesondere die tatsächliche Anzahl der Ärzte auf regionaler Ebene) oder obwohl diese wissenschaftlich nicht begründet sind (z. B. maximal zumutbare Entfernung zum nächsten Arztsitz). Die Setzungen werden in diesen Fällen dennoch vorgenommen, um die prinzipielle Funktionsweise des Verfahrens zu verdeutlichen. Sie sind jedoch offen für fachliche und gesundheitspolitische Diskussionen und auf dieser Basis zu prüfen und ggf. anzupassen.

#### **4.2 Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen für das ärztliche Angebot**

In der bisherigen Bedarfsplanung wurde die Anzahl der Einwohner je Arzt zum 31.12.1990 als Norm-Verhältniszahl für das ärztliche Angebot festgelegt.<sup>16</sup> Faktisch wurde damit das ärztliche Angebot zu einem historischen Zeitpunkt ohne nähere Begründung einem "allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad" gleichgesetzt (vgl. § 101 Abs. 1 Sätze 1 und 4 SGB V). Diese Norm-Verhältniszahlen ("Allgemeine Verhältniszahlen") wurden nach Regionstypen und Arztgruppen differenziert (vgl. Kapitel 2). Die regionalen Planungswerte für eine Arztgruppe hingen somit – neben der Einwohnerzahl – allein davon ab, welchem Regionstyp die jeweilige kreisfreie Stadt bzw. der jeweilige Landkreis zugeordnet wurde bzw. welche Einwohner-Arzt-Relation es zum historischen Stichtag (überwiegend 31.12.1990) im Durchschnitt aller Regionen dieses Typs gab. Als Konsequenz galt es nach der bisherigen Bedarfsplanung als "bedarfsgerecht", dass in ländlichen Regionen – trotz typischerweise größerer Entfernungen – ein Arzt durchschnittlich deutlich mehr Einwohner zu versorgen hatte als in städtischen Regionen mit typischerweise besserer Verkehrsinfrastruktur.

Anpassungen oder Neufestlegungen der Norm-Verhältniszahlen waren möglich, insbesondere durch Aufnahme einer zusätzlich zu beplanenden Arztgruppe (vgl. § 101 Abs. 2 SGB V), allerdings hatte die angepasste oder neue Verhältniszahl dann die tatsächliche Ärztezahl zum Stand des 31. Dezember des Vorjahres zugrunde zu legen. Diese Vorgabe, dass die neue Verhältniszahl der historischen Einwohner-Arzt-Relation zum jeweiligen Vorjahresende entsprechen muss ("Stichtagsbezug"), wurde durch das GKV-VStG aufgehoben.

Nach dem hier vorgelegten Konzept sollen die regionalen Planungswerte – unabhängig vom Regionstyp – allein nach Maßgabe der regionalen Bedarfsunterschiede von den Norm-Verhältniszahlen abweichen. Die Norm-

---

<sup>16</sup> Für Anästhesisten, Psychotherapeuten, Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten werden spätere Bezugsjahre herangezogen (1997, 1999 bzw. 1995).

Verhältniszahlen selbst sollten dann idealerweise der Einwohner-Arzt-Relation entsprechen, die für einen durchschnittlichen Bedarf angemessen ist. Zu diesem Zweck ist also zunächst der Versorgungsbedarf zu messen und ein durchschnittliches Ausmaß des Versorgungsbedarfs zu bestimmen. Diesem Zweck dient ein Bedarfsindex, der auf Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren für das Konzept entwickelt wurde und im Folgenden näher beschrieben wird (Kapitel 4.2.1). Mit dem Bedarfsindex kann für jede kreisfreie Stadt bzw. für jeden Landkreis der relative Mehr- oder Minderbedarf im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt beziffert werden.

Im nächsten Schritt ist das Norm-Verhältnis zwischen der Anzahl der Einwohner und der Ärzte zu bestimmen, das einem durchschnittlichen Versorgungsbedarf entspricht. Wissenschaftlich lässt sich für einen – wie auch immer bestimmten – bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf eine allgemeingültige "angemessene" Einwohner-Arzt-Relation nicht eindeutig bestimmen oder begründen. Daher wird die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt herangezogen, die dem Durchschnitt der Regionen entspricht, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf gemessen wurde bzw. die nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweichen. Dieses Einwohner-Arzt-Verhältnis ist demnach als der Versorgungsgrad anzusehen, der heute im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einer Region mit "normalem" Versorgungsbedarf faktisch zugestanden wird.

Es werden also wie bei der bisherigen Bedarfsplanung ebenfalls tatsächliche Einwohner-Arzt-Relationen für die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen verwendet, abweichend von ihr

- fließen jedoch nur die Verhältniszahlen der Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf in die Norm ein,
- gilt die resultierende Norm als Planungsgrundlage dann einheitlich für sämtliche Regionen unabhängig vom Regionstyp,
- werden die Verhältniszahlen zu einem einheitlichen aktuellen Zeitpunkt ermittelt.

Dieses Vorgehen gewährleistet eine stärkere Bedarfsorientierung der Norm-Verhältniszahlen, weil zunächst ermittelt wird, welcher ärztliche Versorgungsgrad gegenwärtig in Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf durchschnittlich realisiert wird (= Norm). Abweichungen von dieser Norm sind dann allein danach begründbar, ob und in welchem Ausmaß ein überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher regionaler Bedarf festgestellt wird. Einschränkend gilt allerdings auch bei diesem Vorgehen: Insofern in den der Norm zugrunde liegenden "bedarfsmittleren" Regionen Versorgungsdefizite bestehen, würden diese "konserviert" und auf andere Regionen ausgeweitet. Da sich jedoch, wie oben ausgeführt, eine "angemesse-

ne Versorgung" nicht allgemeingültig bzw. wissenschaftlich definieren lässt – zumindest nicht, insofern sie als Einwohner-Arzt-Verhältnis zu formulieren ist –, ist diese Einschränkung geradezu zwangsläufig. Entscheidend ist vielmehr die Stärkung der Bedarfsorientierung der Planung im Vergleich zum bisherigen System.

Bei allen folgenden Berechnungen der Einwohner-Arzt-Relation ist zu berücksichtigen, dass die kleinräumige Feststellung der bestehenden Arztzahlen mit Unsicherheiten behaftet ist. So ergeben sich, je nach Datenquelle und Abgrenzung, teilweise erhebliche Unterschiede der Anzahl der Ärzte auf Ebene der Gemeinden bzw. kreisfreien Städte und (Land-)Kreise. Diese Unterschiede sind teilweise auf unterschiedliche Zählweisen von Ärzten mit mehreren Betriebsstätten, auf unterschiedliche Abgrenzungen mehrerer Fachgruppen oder auf Abweichungen hinsichtlich der Unterscheidung von Teilzulassung und voller Zulassung zurückzuführen. Die hier verwendeten Arztzahlen stammen aus dem ZI-Versorgungsatlas. Alle folgenden Ergebnisse stehen daher unter dem Vorbehalt, dass für eine Umsetzung des Konzepts zunächst eine allgemein akzeptierte Datengrundlage zu den bestehenden Angebotskapazitäten der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen werden müsste.

#### **4.2.1 Messung des regionalen Versorgungsbedarfs anhand eines Bedarfsindex**

Der regionale Versorgungsbedarf wird anhand eines Bedarfsindex gemessen. In den Bedarfsindex sollten grundsätzlich Faktoren eingehen, die nachgewiesenermaßen Einfluss auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen haben. In Frage kommen hierfür insbesondere

- die Alters- und Geschlechtsstruktur der regionalen Bevölkerung sowie die voraussichtliche demographische Entwicklung in der Region,
- Faktoren, deren Ausprägung unmittelbare Rückschlüsse auf die (relative) Morbidität der regionalen Bevölkerung zulässt,
- Faktoren, die sich aus der regionalen Sozialstruktur ergeben.

Für die Konstruktion eines Index zur Messung des Versorgungsbedarfs sollten grundsätzlich aktuelle wissenschaftliche Studien zum Zusammenhang zwischen diesen regionalen Faktoren einerseits und dem Bedarf an ärztlichen Leistungen andererseits berücksichtigt und ggf. eine Gewichtung der Faktoren vorgenommen werden. Voraussetzung für eine zielführende Nutzung vor allem sozioökonomischer Faktoren für die Bestimmung des Versorgungsbedarfs sind fundierte theoretische und empirische Erkenntnisse darüber, mit welchen dieser Faktoren sich ein Versorgungsmehr- oder minderbedarf feststellen bzw. vorhersagen lässt. Inwiefern diese Erkenntnisse

dann im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, kann nicht allein nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten, sondern muss auch nach versorgungspolitischen Gesichtspunkten entschieden werden.<sup>17</sup>

In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur sind es vor allem Indikatoren, die sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Rice et al. 2000, Pappa & Niakas 2006), auf Mortalität (Sheldon 1997, Birch et al 1992) und Morbidität (Andersen & Mühlbacher 2005) sowie auf die sozio-demographischen (Andersen & Mühlbacher 2004) und sozioökonomischen Strukturen (von Stillfried & Czihal 2010) beziehen, mit denen Unterschiede des (regionalen) Versorgungsbedarfs abgebildet werden. Aus den vorliegenden Studien ergibt sich nicht immer für dieselben Variablen eine statistische Signifikanz. Aufgrund der z. T. hohen Interdependenzen zwischen den verschiedenen bedarfsbeeinflussenden Faktoren kann häufig bereits mit einer nur begrenzten Anzahl an Faktoren eine relativ hohe Erklärungskraft hinsichtlich regionaler Unterschiede erreicht werden.

Eine zentrale Maßgabe der Auswahl geeigneter Faktoren für den Bedarfsindex im Rahmen des vorliegenden Konzepts ist die Exogenität, d. h. ihre weitgehende (statistische) Unabhängigkeit vom aktuellen ärztlichen Versorgungsangebot. Aufgrund dieser Maßgabe sind Faktoren, die aus Daten der tatsächlichen Leistungsanspruchnahme gebildet werden, nur begrenzt geeignet. Diese Daten spiegeln nämlich die gegenwärtigen, historisch gewachsenen Versorgungsstrukturen wider und werden durch die Aktivitäten sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den Kostenträgern beeinflusst ("angebotsinduzierte Nachfrage", "Leistungsrationierung"). Ein "objektiver Bedarf" kann daher auf dieser Datengrundlage nur begrenzt ermittelt werden. In den Daten ist also weniger der Bedarf als vielmehr die – faktische und u. U. vom tatsächlichen Bedarf abweichende – Inanspruchnahme von Leistungen abgebildet.

---

<sup>17</sup> Beispielsweise gehen sozioökonomische Risikofaktoren häufig mit einer erhöhten Morbidität einher, die sich jedoch nicht zwangsläufig in einer entsprechend höheren Leistungsanspruchnahme manifestiert und u. U. sogar mit einer unterdurchschnittlichen Leistungsanspruchnahme einhergehen kann (z. B. ein überdurchschnittlich hoher Anteil von Migranten an der regionalen Bevölkerung). In solchen Fällen ist zu entscheiden, ob für die Bedarfsplanung hieraus ein Mehr- oder ein Minderbedarf abgeleitet werden soll.

**Exkurs**

In einigen europäischen Ländern erfolgt die Planung von Angebotskapazitäten in der medizinischen Versorgung heute bereits bedarfsorientiert und unter Berücksichtigung regionaler Ausprägungen von Indikatoren, mit denen sich der Versorgungsbedarf beschreiben lässt.

So enthält das Planungsmodell des National Health Service (NHS) in Großbritannien für die regionale Ressourcenallokation "needs adjustments", in die die regionale Alters- und Geschlechtsstruktur, Mortalität und Morbidität einfließen (Hole et al. 2008). Die Mortalität wird dabei anhand der standardisierten Mortalitätsrate für die unter 65-jährige Bevölkerung gemessen, die Morbidität anhand der Rate der chronischen Erkrankungen und Behinderungen in einer Region (abgeleitet aus Befragungsdaten) (Sutton et al. 2002). In einem transparenten Algorithmus werden die Ausprägungen der Indikatoren, die aus verschiedenen Datenquellen wie Bevölkerungsstatistiken, Befragungen, Todesursachenstatistik etc. entnommen werden, für jede Region zu einem Bedarfsmaß integriert und die Ressourcen entsprechend auf die regionalen Instanzen verteilt (Department of Health 2011).

In den Niederlanden bezieht sich die Kapazitätsplanung weniger auf die regionale Verteilung als auf die Gesamtkapazitäten für das Gesundheitssystem. Die Kapazitätsplanung berücksichtigt dabei demographische, epidemiologische und soziokulturelle Faktoren und andere Faktoren, die die Entwicklung der Nachfrage nach ärztlicher Versorgung beeinflussen können (technische Entwicklungen, Substitutionsmöglichkeiten) (Höppner & Maase 2003). Für die Bedarfsplanung ist ein Kapazitätsrat zuständig, der durch die Krankenversicherer, Universitäten und die medizinischen Berufsgruppen (jeweils mit acht Sitzen) besetzt und wissenschaftlich durch Forschungsinstitute unterstützt wird. Der Kapazitätsrat entwickelt eine Reihe von Szenarien für die zukünftige Entwicklung der Nachfrage und des Angebots (Capaciteitsorgaan 2011).

Auf der Grundlage der ausgewerteten wissenschaftlichen Literatur und vorliegender empirischer Studien, der Maßgabe der Exogenität sowie der Datenverfügbarkeit für die regionale Ebene (kreisfreie Städte bzw. Landkreise) wurden im Ergebnis folgende Indikatoren für die Bildung des Bedarfsindex ausgewählt (Tabelle 2):

Tabelle 2: Auswahl bedarfsbestimmender Indikatoren

<b>Indikatoren</b>	<b>Datengrundlage</b>
mit positivem Zusammenhang zum Versorgungsbedarf	(jeweils auf Kreisebene)
Alter und Geschlecht	Durchschnittsalter Frauen (2008) Durchschnittsalter Männer (2008)
Sterblichkeit (Mortalität)	Kehrwert Lebenserwartung Frauen (2008) Kehrwert Lebenserwartung Männer (2008)
Pflegebedürftigkeit	Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einw. (2007)
Arbeitslosigkeit	Arbeitslosenquote (2008)
Einkommensarmut	Kehrwert verfügbares Haushaltseinkommen je Einw. (2007)

Quelle: IGES

Anmerkung: Jahreszahlen in Klammern beziehen sich auf das zum Bearbeitungszeitpunkt letztverfügbare Berichtsjahr der jeweiligen Statistik.

Zum einen wurden damit Variablen gewählt, die die Morbiditätslast einer Bevölkerung beschreiben (Mortalität, Pflegebedürftige). Zum anderen wurden Variablen zur Beschreibung der sozio-ökonomischen Struktur der Bevölkerung ausgewählt (Arbeitslose, Einkommen), unter der (wissenschaftlich umfassend belegten) Hypothese, dass eine ungünstigere sozio-ökonomische Struktur mit höheren Morbiditätsrisiken und damit auch höheren Versorgungsbedarfen einhergeht (vgl. u. a. Mackenbach & Maas 1989, Hoffmeister et al. 1992, Mielck 2000, Helmert 2003).<sup>18</sup>

Die Variablen, die den ausgewählten Indikatoren zugeordnet wurden (rechte Spalte der Tabelle), wurden auf der Basis der entsprechenden Daten für alle kreisfreien Städte bzw. Landkreise einer Faktorenanalyse unterzogen. Ausgenommen hiervon war allein der Indikator Sterblichkeit, weil diese Variable aufgrund ihrer weitgehenden Exogenität für die Übertragung der regionalen Unterschiede bei sozioökonomischen Bedingungen und Morbi-

<sup>18</sup> Als weitere bedarfsbestimmende Indikatoren wurden unter anderem auch die Anteile der Single-Haushalte, der Bevölkerung mit Migrationshintergrund, der Sozialhilfeempfänger und der Schulabgänger ohne und mit einfachem Bildungsabschluss geprüft. Aufgrund ihrer hohen Korrelationen mit den ausgewählten Indikatoren Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut und Pflegebedarf wurden diese Indikatoren nicht in das Berechnungsmodell aufgenommen. Ihre zusätzliche Erklärungskraft ist so gering, dass kein signifikanter Informationsverlust dadurch entsteht, dass sie nicht unmittelbar bei der Bildung des Bedarfsindex berücksichtigt werden.

dität in regionale Unterschiede des Versorgungsbedarfs im nachfolgenden Analyseschritt benötigt wird (s. u.). Die Faktorenanalyse ermöglicht die Ableitung unabhängiger Beschreibungs- und Erklärungsfaktoren aus einer großen Menge Variablen und ist eine gängige Methode u. a. in der Sozialforschung, um die Variablenzahl auf komplexe Hintergrundfaktoren zu reduzieren. Lassen sich mehrere Hintergrundfaktoren identifizieren, müssen diese orthogonal sein (keine Korrelation miteinander aufweisen).

Ergebnis der Faktorenanalyse ist eine Verdichtung auf zwei Faktoren (Abbildung 3): Demnach wird ein Faktor aus der Variablengruppe Alter und Geschlecht<sup>19</sup>, ein zweiter Faktor aus der Variablengruppe sozioökonomische Situation (anhand der Variablen Arbeitslosigkeit, Einkommensarmut) und Morbidität (anhand der Variable Pflegebedürftigkeit) gebildet.

Abbildung 3: Ergebnis der Faktorenanalyse



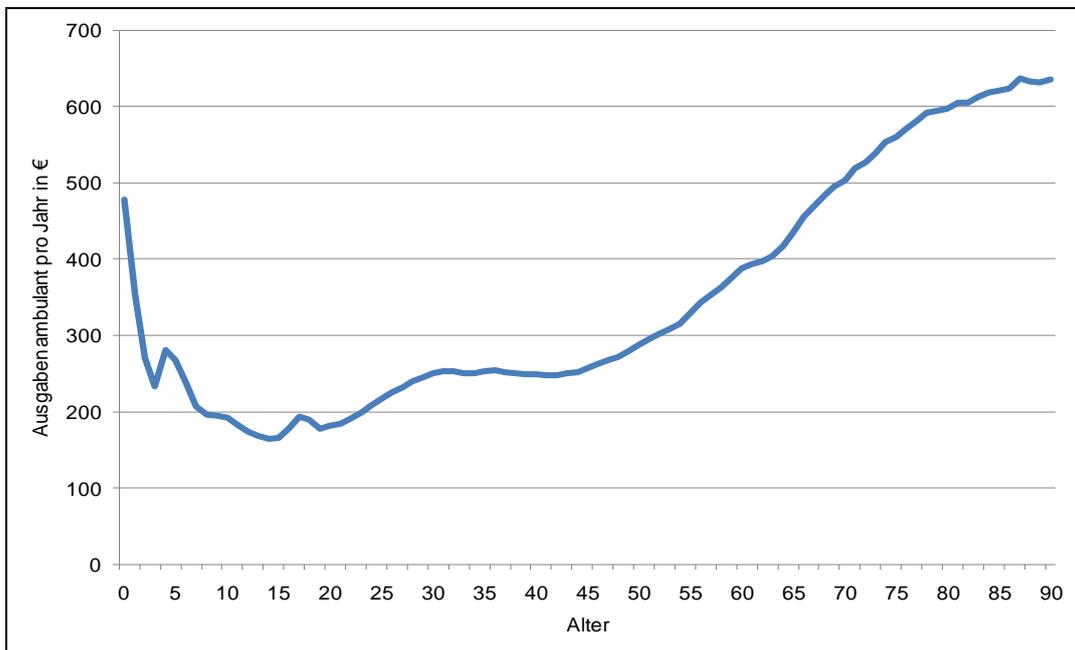
Quelle: IGES

In einem nächsten Schritt ist zu klären, welcher quantitative Zusammenhang zwischen Faktorunterschieden einerseits und regionalen Bedarfsunterschieden andererseits zugrunde zu legen ist. Konkret ist die Frage zu beantworten, in welchem quantitativen Ausmaß eine regional abweichende Altersstruktur (z. B. höheres Durchschnittsalter) und eine (z. B. nachteilhafte) regionale sozioökonomische Situation den der Planung zugrunde zu legenden Versorgungsbedarf dieser Region verändern. Für die beiden Faktoren werden hierzu unterschiedliche methodische Ansätze gewählt.

Der quantitative Zusammenhang zwischen der regionalen Altersstruktur (Faktor 1) und dem Versorgungsbedarf wird auf Basis des altersbezogenen durchschnittlichen Ausgabenprofils des Risikostrukturausgleichs (RSA) der GKV für ambulante ärztliche Leistungen bestimmt (Abbildung 4).

<sup>19</sup> Bei dem Faktor "Alter und Geschlecht" handelt es sich um die Variablen "Durchschnittsalter der Frauen" und "Durchschnittsalter der Männer".

Abbildung 4: RSA-Ausgabenprofil für ambulante ärztliche Leistungen



Quelle: IGES auf Basis BVA

Anmerkung: Das RSA-Ausgabenprofil bezieht sich auf den Risikostrukturausgleich in der bis zum Jahr 2008 gültigen Form.

Diesem RSA-Profil lässt sich entnehmen, um wieviel Euro sich im Durchschnitt die jährlichen GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen verändern, wenn das Alter eines Versicherten um ein Jahr steigt.<sup>20</sup>

Auf der Grundlage des RSA-Ausgabenprofils wird jeder Altersstufe ein spezifischer (Euro-)Wert zugeordnet, der den durchschnittlichen GKV-Ausgaben für diese Altersstufe entspricht. Die Abweichung des Versorgungsbedarfs einer Region, die aus ihrer Altersstruktur resultiert, wird dadurch ermittelt, dass auf Basis der jeweiligen Anteile der Altersstufen an

<sup>20</sup> Einschränkung ist zu berücksichtigen, dass im Unterschied zu den ausgewählten Faktoren das RSA-Ausgabenprofil das Kriterium der (statistischen) Unabhängigkeit vom ärztlichen Versorgungsangebot nicht erfüllt, da es die gegenwärtige Versorgungssituation (inklusive evtl. Versorgungsmängel) reflektiert. Allerdings ist diese Einschränkung für die Qualität des Bedarfsindex nur insofern relevant, als sie die Ausgabenrelationen zwischen den Altersstufen betrifft, nicht jedoch das Ausgaben-niveau, weil durch den Bedarfsindex ausschließlich Bedarfsrelationen bzw. regionale Bedarfsunterschiede ermittelt werden. Als Alternative zum RSA-Ausgabenprofil, die das Exogenitäts-Kriterium weitergehend erfüllte, wurde das altersabhängige Profil der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes auf Basis von Befragungsdaten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) geprüft. Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes unterliegt jedoch ebenfalls potentiell verzerrenden Einflüssen.

der regionalen Gesamtbevölkerung ein gewichteter Durchschnittswert berechnet wird. Folglich ergibt sich für jede Region ein altersstruktur-spezifischer Wert der durchschnittlichen jährlichen GKV-Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen. Entscheidend ist nun nicht die absolute Höhe dieses Wertes, sondern um wieviel Prozent dieser Wert vom Bundesdurchschnitt abweicht. Diese prozentuale Abweichung entspricht dem Bedarfsgewicht der regionalen Altersstruktur (Teilindex des Bedarfsindex).

Entsprechend dem uneinheitlichen Verlauf des RSA-Profiles wird die relative Belastung durch die regionale Altersstruktur für Kinder und Erwachsene getrennt berechnet. Ein Teilindex "Altersstruktur Kinder" bezieht sich auf die Altersgruppe von 0 bis 14 Jahre, ein Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" auf die Altersgruppen über 15 Jahre.

- Der Teilindex "Altersstruktur Kinder" wird im Folgenden für die Planung von Fachgruppen angewendet, die ausschließlich Kinder behandeln. Für die auf Kreisebene ermittelten Werte für diesen Teilindex ergab sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -3,4 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Kindern) bis +7,4 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Kindern).
- Der Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" findet bei der Planung aller anderen Fachgruppen Anwendung. Für die auf Kreisebene ermittelten Werte für diesen Teilindex ergab sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -6,1 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Erwachsenen) bis +6,9 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund der Altersstruktur von Erwachsenen).

Eine weitergehende Differenzierung des Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" nach einzelnen ärztlichen Fachgruppen ist grundsätzlich mit dem Konzeptvorschlag vereinbar, sofern eine empirisch belastbare Grundlage vorliegt, anhand derer sich systematische fachgruppenspezifische Abweichungen vom allgemeinen altersabhängigen Bedarfsprofil begründen lassen. Erforderlich wären hierfür also geeignete Datengrundlagen für den Zusammenhang zwischen der Altersstruktur von Versicherten einerseits und dem Versorgungsbedarf für eine bestimmte ärztliche Fachgruppe, beispielsweise fachgruppenspezifische RSA-Profile. So wäre etwa die Berechnung eines Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" gesondert für Frauenärzte möglich, der auf dem RSA-Profil für ambulante Ausgaben für Frauen nach Altersgruppen basiert.

Der quantitative Zusammenhang zwischen den Abweichungen der regionalen Ausprägungen der ausgewählten sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren (Faktor 2) einerseits und dem Versorgungsbedarf ande-

rerseits wird auf Basis einer statistischen Analyse bestimmt. Anhand einer Regressionsrechnung wird der Zusammenhang zwischen den Variablen von Faktor 2 (unabhängige Variable) und der Mortalität (abhängige Variable) ermittelt. Die Mortalität wird hierbei als Proxy-Variablen für den Versorgungsbedarf verwendet<sup>21</sup> und anhand des Kehrwerts der durchschnittlichen Lebenserwartung abgebildet. Die Regression wird mit den Variablenwerten der kreisfreien Städte und Landkreise gerechnet. Zur Kontrolle wird auch Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht) als weitere unabhängige Variable in die Regressionsgleichung einbezogen.

$$\text{Regression } y_i = \alpha_i + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \varepsilon_i$$

$y_i$  = Kehrwert der durchschnittlichen Lebenserwartung

$x_1$  = Faktor 2 (Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)

$x_2$  = Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht)

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigen einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Faktor, der die regionale Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und den Pflegebedarf beschreibt, und der Mortalität. Für das Durchschnittsalter nach Geschlecht (Faktor 2) mit der Mortalität lässt sich bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $\alpha = 5\%$  kein signifikanter Zusammenhang feststellen (Tabelle 3). Die Faktoren 1 und 2 im vorliegenden Regressionsmodell erklären rund 50 % ( $R^2 = 0,493$ ) der Varianz der regionalen Mortalität.

Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse

	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	Beta	Std. Error	Beta		
(Constant)	1,296	0,001		1.433,519	0,000
Faktor 2	0,018	0,001	0,701	19,934	0,000
Faktor 1	0,001	0,001	0,034	0,972	0,332

a. Dependent Variable: Kehrwert Lebenserwartung 2008

Quelle: IGES

<sup>21</sup> Die Schätzung den Versorgungsbedarfs anhand der Mortalität ist in der wissenschaftlichen Literatur ein weit verbreitetes Verfahren (vgl. u. a. Manson-Siddle & Robinson 1998, Oliver & Thomson 1999).

Anhand der mit der Regressionsanalyse ermittelten Koeffizienten lässt sich für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis schätzen, in welchem Ausmaß die regionale Mortalität – bzw. der hiermit approximierte Versorgungsbedarf – infolge der regionalen Ausprägung von Faktor 2 (unter Berücksichtigung der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur) vom Bundesdurchschnitt abweicht.<sup>22</sup> In der Zusammenschau aller Städte bzw. Landkreise ergibt sich hieraus eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt von -2,8 % (Kreis mit geringstem Versorgungsbedarf aufgrund sozioökonomischer und morbiditätsbezogener Faktoren) bis +4,3 % (Kreis mit höchstem Versorgungsbedarf aufgrund sozioökonomischer und morbiditätsbezogener Faktoren).

Abschließend werden für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis die Teilergebnisse zu den jeweiligen regionalen Abweichungen des Versorgungsbedarfs aufgrund von Alter und Geschlecht, sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren zusammengeführt. Hierzu werden die beiden Teil-Bedarfsindizes aufgrund von Alter und Geschlecht (Kinder, Erwachsene) jeweils mit dem Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren gleichgewichtig (0,5) addiert. Im Ergebnis wird für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis somit ein Bedarfsindex "Kinder" und ein Bedarfsindex "Erwachsene" berechnet.

Die durch die Teilindizes gemessenen Bedarfseinflüsse können dabei auch entgegengesetzt wirken. So kann ein überdurchschnittlicher Bedarf einer Region aufgrund ihrer Altersstruktur einerseits durch einen unterdurchschnittlichen Bedarf aufgrund ihrer sozioökonomischen Verhältnisse und der Morbidität ihrer Bevölkerung andererseits ausgeglichen werden (und umgekehrt). Beispielsweise liegt der Bedarf des Landkreises Starnberg in Bayern aufgrund des sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktors um 2,8 % unter dem Bundesdurchschnitt, während die Belastung durch seine Altersstruktur 2,2 % höher als der Bundesdurchschnitt ist. Insgesamt ergibt sich so ein Bedarfsindex "Erwachsene" für Starnberg von -0,27 % im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (Tabelle 4).

---

<sup>22</sup> Der Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren wird – im Gegensatz zum Teil-Bedarfsindex aufgrund der Alters- und Geschlechtsstruktur – nicht für Kinder und Erwachsene getrennt berechnet. Es wird unterstellt, dass insbesondere sozioökonomische Faktoren den Versorgungsbedarf von Kindern in ähnlicher Weise beeinflussen wie den für Erwachsene.

Tabelle 4: Unterschiede des Zusammenwirkens der Teil-Bedarfsindizes für ausgewählte Regionen, in %-Abweichung vom Bundesdurchschnitt

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Teilindex Altersstruktur Erwachsene	Teilindex Sozioökonomie & Morbidität	Bedarfsindex
Starnberg, Landkreis	+2,2%	-2,8%	-0,3%
Berlin	-2,5%	+1,6%	-0,4%
Heidelberg, Kreisfreie Stadt	-5,9%	-1,7%	-3,8%
Landkreis Görlitz	+6,3%	+3,0%	+4,7%

Quelle: IGES

In der Zusammenschau aller Städte bzw. Landkreise ergibt sich eine Spreizung der Abweichungen vom Durchschnitt

- für den Bedarfsindex "Kinder" zwischen -2,1 % bis +4,6 %,
- für den Bedarfsindex "Erwachsene" zwischen -4,2 % bis +4,7 %.

Dabei wurden die geringsten Werte für den Bedarfsindex "Kinder" für (Land-)Kreise in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg ermittelt, die höchsten Werte dagegen für ostdeutsche Städte (Tabelle 5).

Tabelle 5: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex
Coesfeld, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-2,1%
Enzkreis	Baden-Württemberg	-2,1%
Unterallgäu, Landkreis	Bayern	-2,0%
Olpe, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-2,0%
Landsberg am Lech, Landkreis	Bayern	-2,0%
Jena, Kreisfreie Stadt	Thüringen	+4,1%
Greifswald, Kreisfreie Stadt	Mecklenburg-Vorpommern	+4,1%
Halle (Saale), Kreisfreie Stadt	Sachsen-Anhalt	+4,2%
Leipzig, Stadt	Sachsen	+4,5%
Stralsund, Kreisfreie Stadt	Mecklenburg-Vorpommern	+4,6%

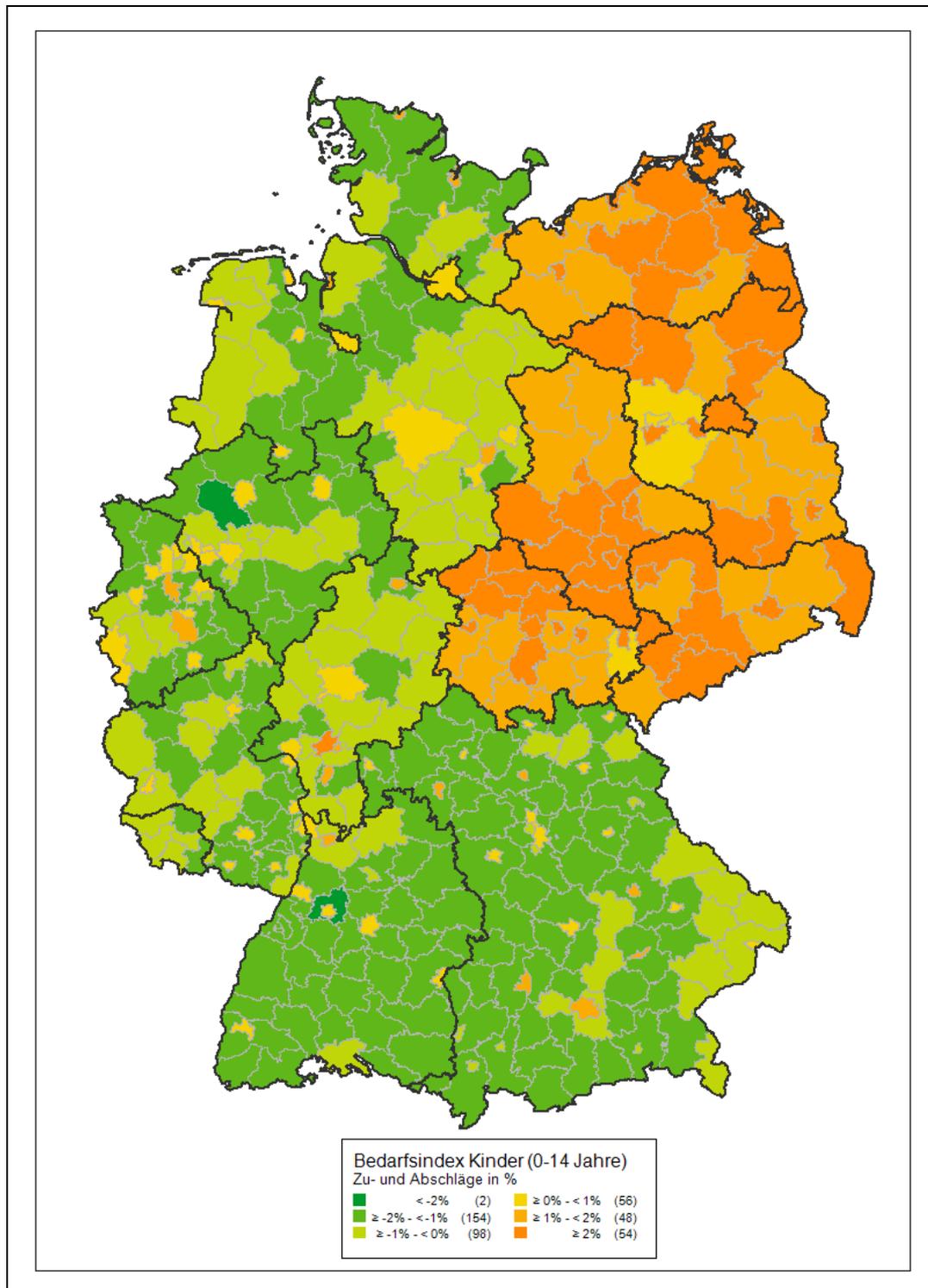
Quelle: IGES

Für die kreisfreien Städte und Landkreise in den östlichen Bundesländern zeigt sich durchgehend ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf von Kindern bzw. von Versicherten der Altersgruppen bis 14 Jahre, während die

kreisfreien Städte und (Land-)Kreise in den westlichen Bundesländern ganz überwiegend einen nur unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf von Kindern aufweisen (Abbildung 5).

Dass aus der Altersstruktur der Kinder insbesondere in den ostdeutschen Regionen ein überdurchschnittlich hoher Versorgungsbedarf resultiert, gilt unabhängig davon, ob der Anteil der Kinder an der regionalen Bevölkerung über- oder unterdurchschnittlich hoch ist. Beispiel: In Leipzig haben die 0-14-Jährigen einen Anteil an der Bevölkerung von 10,9%, im Landkreis Cloppenburg dagegen von 18,5%. Unabhängig davon ist der Bedarfsindex Kinder für Leipzig höher, denn dort haben die "bedarfsintensivsten" 0-3-Jährigen einen Anteil an allen Kindern von 25,8%, im Landkreis Cloppenburg beträgt der Anteil der 0-3-Jährigen dagegen nur 16,6%.

Abbildung 5: Abweichungen des Bedarfsindex "Kinder" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Für den Bedarfsindex "Erwachsene" wurden die geringsten Werte für Städte und Landkreise in Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen ermittelt, die höchsten Werte dagegen für kreisfreien Städte und (Land-)Kreise in östlichen Bundesländern und Niedersachsen (Tabelle 6).

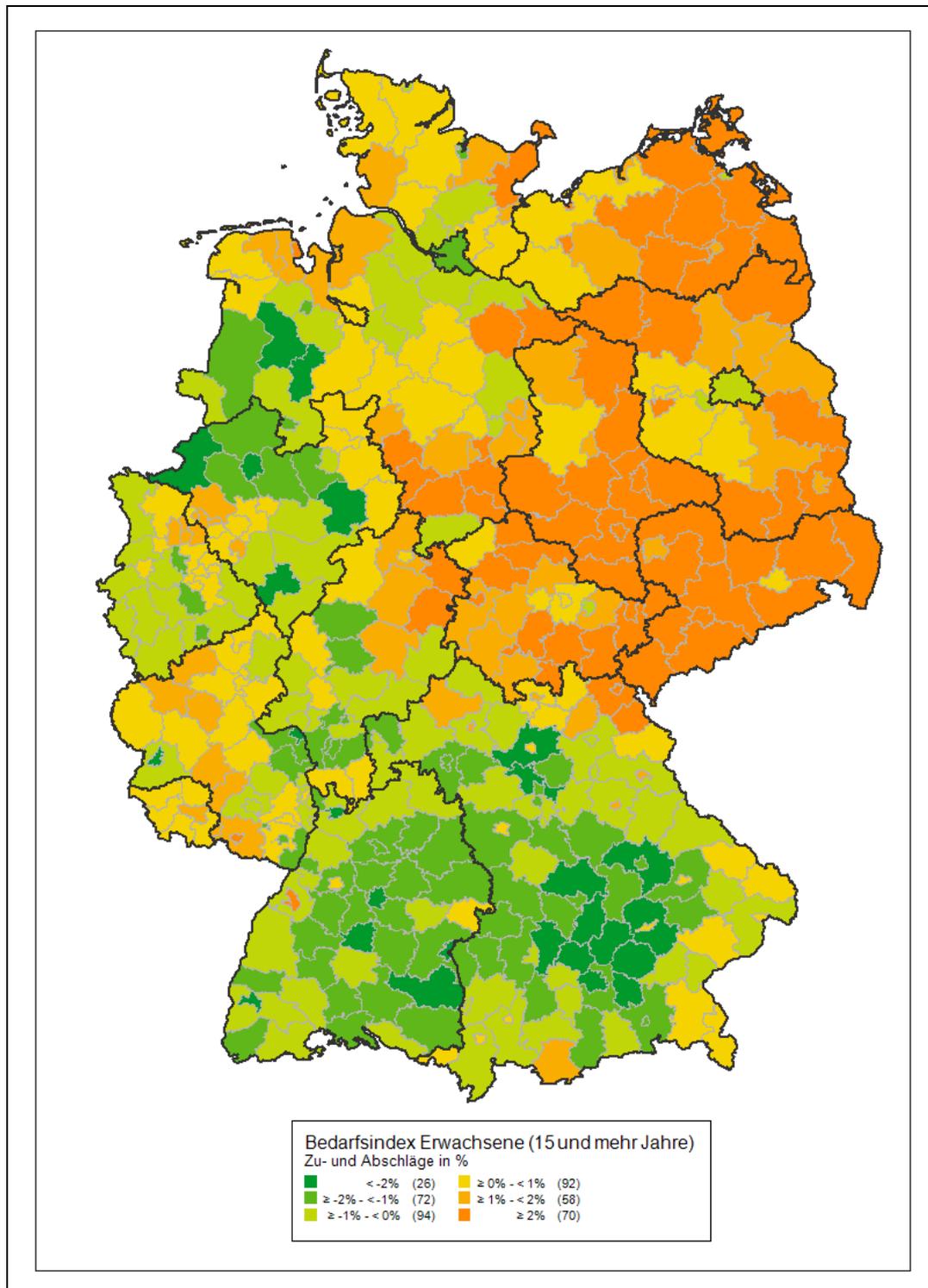
Tabelle 6: Kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise mit den niedrigsten / höchsten Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt

<b>Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis</b>	<b>Bundesland</b>	<b>Bedarfsindex</b>
Freising, Landkreis	Bayern	-4,2%
Heidelberg, Kreisfreie Stadt	Baden-Württemberg	-3,8%
Tübingen, Landkreis	Baden-Württemberg	-3,8%
Erding, Landkreis	Bayern	-3,5%
Vechta, Landkreis	Niedersachsen	-3,4%
Osterode am Harz, Landkreis	Niedersachsen	+4,2%
Dessau-Roßlau, Stadt	Sachsen-Anhalt	+4,3%
Altenburger Land, Kreis	Thüringen	+4,5%
Mansfeld-Südharz, Landkreis	Sachsen-Anhalt	+4,5%
Landkreis Görlitz	Sachsen	+4,7%

Quelle: IGES

Im Unterschied zum Bedarfsindex "Kinder" zeigt die graphische Darstellung ein weniger einheitliches Bild (Abbildung 6). Ein Ost-West-Gefälle des relativen Versorgungsbedarfs lässt sich auch hier erkennen, jedoch gibt es auch zahlreiche Regionen in den westlichen Bundesländern (insbesondere in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen und Rheinland-Pfalz), für die ein überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf bei Erwachsenen ermittelt wurde.

Abbildung 6: Abweichungen des Bedarfsindex "Erwachsene" vom Bundesdurchschnitt nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

#### 4.2.2 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung

Als Norm-Verhältniszahl für das ärztliche Angebot wird – wie bereits einleitend zu Kapitel 4.2 ausgeführt – die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt herangezogen, die dem Durchschnitt der Regionen entspricht, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf gemessen wurde bzw. die nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweichen. Zu diesem Zweck werden in einem nächsten Schritt die kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise mit einem mittleren Versorgungsbedarf ausgewählt. Für das vorliegende Konzept wurde hierfür ein pragmatisches Vorgehen gewählt, gemäß dem sich die Norm aus dem Versorgungsgrad des "bedarfsmittleren Viertels" ableitet. Die Ausrichtung am mittleren Viertel wird als ein adäquater Kompromiss angesehen, um die Auswahl einerseits möglichst dicht am Bedarfsdurchschnitt zu halten und um andererseits die Anfälligkeit der Auswahl gegenüber Regionen mit untypischer oder extremer Bedarfssituation ("Ausreißern") möglichst gering zu halten.

Für die ärztlichen Fachgruppen, die ausschließlich Kinder behandeln, werden als "Norm-Kreise" diejenigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise ausgewählt, deren Bedarfsindex "Kinder" um maximal +/- 0,8 % vom Bundesdurchschnitt abweicht.<sup>23</sup> Mit diesen Abweichungsgrenzen erhält man für die Auswahl 97 "bedarfsmittlere" Kreise, dies entspricht ungefähr einem Viertel (23,5 %) der insgesamt 412 kreisfreien Städte bzw. Landkreise in Deutschland. Unter ihnen befinden sich lediglich zwei Landkreise in einem östlichen Bundesland (Brandenburg), die übrigen verteilen sich sämtlich auf die westlichen (Flächen-)Bundesländer (vgl. auch Abbildung 5). Für diese ausgewählten "Norm-Kreise" wird nun das durchschnittliche faktische Einwohner-Arzt-Verhältnis ermittelt. Als Referenzzeitpunkt wird der nach Datenverfügbarkeit letztmögliche gewählt, zum Bearbeitungszeitpunkt lagen die die Anzahl Ärzte je 100.000 Einwohner nach kreisfreien Städten und Landkreisen und Fachgruppe zum Stand 31.12.2010 vor.<sup>24</sup>

---

<sup>23</sup> Alternativ ließe sich – ausgehend vom Median des Bedarfsindex – jeweils ein Achtel der Kreise auswählen, deren Bedarfsindex größer bzw. kleiner als der Median ist. Dieses Vorgehen könnte jedoch zu stärkeren Verzerrungen führen, wenn eine Hälfte der Auswahl mehr Kreise mit prozentual deutlich stärkeren Abweichungen vom Median umfasst. Die prozentual einheitlichen Abweichungsgrenzen ermöglichen somit eine ausgeglichene Auswahl.

<sup>24</sup> Die hier verwendeten Arztzahlen entsprechen der Anzahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 der KBV, wie sie im online-Versorgungsatlas des ZI veröffentlicht sind ([www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de)). Da die Anzahl der Ärzte je 100.000 Einwohner dort nur als ganze Zahlen ausgewiesen werden,

Für Kinderärzte ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Kinderarzt 2.055 Einwohner im Alter von 0 bis 14 Jahre versorgt (Tabelle 7). Dabei handelt es sich um den Durchschnitt der tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen der "Norm-Kreise", die mit ihren jeweiligen Einwohnerzahlen gewichtet wurden.

Tabelle 7: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Kinderärzte

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 0-14 je Kinderarzt
Frankenthal (Pfalz), Kreisfreie Stadt	Rheinland-Pfalz	-0,4%	760
Straubing, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,7%	868
...	...	...	...
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	Brandenburg	+0,3%	1.909
Region Hannover, Landkreis	Niedersachsen	+0,2%	1.915
...	...	...	...
Schwalm-Eder-Kreis	Hessen	-0,6%	4.118
Cloppenburg, Landkreis	Niedersachsen	-0,7%	4.853
<b>97 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,8%</b> <b>≤ +0,8%</b>	<b>gew. Mittelwert: 2.055</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Dieser gewichtete Durchschnittswert basiert auf teilweise stark voneinander abweichenden Versorgungsgraden in den einzelnen Norm-Kreisen. Das Spektrum reicht von Frankenthal (Pfalz), wo ein Kinderarzt auf lediglich 760 Kinder bis 14 Jahren kommt, bis zum Landkreis Cloppenburg, wo ein Kinderarzt im Durchschnitt 4.853 Kinder zu versorgen hat. Damit versorgt gegenwärtig ein Kinderarzt in Frankenthal im Durchschnitt nur 15,7 % der Kinderzahl, die ein Kinderarzt durchschnittlich in Cloppenburg zu versorgen hat – obwohl beide Regionen einen ähnlichen, mittleren Versorgungs-

lassen sich aus diesen Angaben die tatsächlichen absoluten Arztzahlen je Kreis nicht exakt berechnen. Die hieraus berechneten Zahlen weichen z. B. von den im Bundesarztregister der KBV veröffentlichten Zahlen ab. Bei allen folgenden Berechnungen mit Arztzahlen nach kreisfreien Städten und (Land-)Kreisen wurde mathematisch gerundet.

bedarf (gemäß Bedarfsindex "Kinder") aufweisen. Die Anzahl von 2.055 Kindern je Kinderarzt entspricht nun der durchschnittlichen Relation zwischen Kindern (bis 14 Jahren) und Kinderärzten in den Regionen, für die ein mittlerer Versorgungsbedarf von Kindern gemessen wurde. Dabei gehen die Verhältnisse der Regionen mit relativ vielen Einwohnern entsprechend stärker ein.

Für alle anderen ärztlichen Fachgruppen werden als "Norm-Kreise" diejenigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise ausgewählt, deren Bedarfsindex "Erwachsene" um maximal +/- 0,6 % vom Bundesdurchschnitt abweicht. Mit diesen Abweichungsgrenzen erhält man für die Auswahl 103 "bedarfsmittlere" Kreise, dies entspricht exakt einem Viertel der insgesamt 412 kreisfreien Städte bzw. Landkreise in Deutschland. Unter ihnen sind mit (Land-)Kreisen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern sowie der Stadt Dresden mehr ostdeutsche Regionen vertreten als unter den Norm-Kreisen für die pädiatrische Versorgung, allerdings mit einem Anteil von 5,2 % an allen erwachsenen Einwohnern (ab 15 Jahren) in den Norm-Kreisen ebenfalls nur unterproportional. Da auch Berlin zu den Norm-Kreisen mit einem mittleren Wert für den Bedarfsindex "Erwachsene" zählt, haben knapp 20 % der erwachsenen Einwohner der ausgewählten Regionen ihren Wohnsitz im östlichen Teil Deutschlands. Dies entspricht recht genau dem Anteil aller Einwohner in den östlichen Bundesländern (einschließlich Berlin) an der Gesamtbevölkerung Deutschlands, wenn auch damit Berlin innerhalb des östlichen Regionalanteils der Norm-Auswahl deutlich überrepräsentiert ist. Von den westlichen Bundesländern sind – mit Ausnahme von Hamburg – alle durch kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise in der Auswahl der Regionen mit mittlerem Versorgungsbedarf Erwachsener vertreten.

Für diese ausgewählten Norm-Kreise werden nun die durchschnittlichen faktischen Einwohner-Arzt-Verhältnisse für die unterschiedlichen ärztlichen Fachgruppen in der Versorgung Erwachsener ermittelt. Für Hausärzte ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Hausarzt 1.368 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 8). Dabei handelt es sich um den Durchschnitt der tatsächlichen Verhältniszahlen "Einwohner je Hausarzt" in den Norm-Kreisen, jeweils gewichtet mit den Einwohnerzahlen des Kreises.

Tabelle 8: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Hausärzte

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Hausarzt
Straubing, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,5%	935
Starnberg, Landkreis	Bayern	-0,3%	1.013
...	...	...	
Ludwigslust, Kreis	Mecklenburg-Vorpommern	+0,5%	1.342
Südliche Weinstraße, Landkreis	Rheinland-Pfalz	+0,1%	1.349
...	...	...	
Wesel, Kreis	Nordrhein-Westfalen	+0,3%	1.656
Harburg, Landkreis	Niedersachsen	-0,4%	1.710
<b>103 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,6%</b> <b>≤ +0,6%</b>	<b>gew. Mittelwert: 1.368</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Auch dieser gewichtete Durchschnittswert basiert auf teilweise stark voneinander abweichenden Versorgungsgraden in den einzelnen Norm-Kreisen. Das Spektrum reicht von der Stadt Straubing in Bayern, wo ein Hausarzt im Durchschnitt lediglich 935 Einwohner ab 15 Jahren zu versorgen hat, bis zum Landkreis Harburg in Niedersachsen, wo ein Hausarzt auf 1.710 Einwohner ab 15 Jahren kommt. Damit versorgt gegenwärtig ein Hausarzt in Straubing im Durchschnitt nur 54,7 % der Einwohnerzahl, die ein Hausarzt durchschnittlich im Landkreis Harburg zu versorgen hat – obwohl beide Regionen einen ähnlichen, mittleren Versorgungsbedarf (gemäß Bedarfsindex "Erwachsene") aufweisen. Im Vergleich zu den Kinderärzten ist die Streuung der Versorgungsgrade unter den Norm-Kreisen bei Hausärzten jedoch deutlich geringer.

Beispielhaft für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung werden die Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden bestimmt. Für diese Fachgruppe ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Orthopäde 15.302 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 9). Diesem mit den jeweiligen Einwohnerzahlen gewichteten Durchschnittswert liegen dieselben Norm-Kreise wie bei den Hausärzten zugrunde.

Tabelle 9: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden

Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Orthopäde
Bamberg, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,1%	3.617
Landshut, Kreisfreie Stadt	Bayern	+0,4%	4.218
...	...	...	
Lippe, Kreis	Nordrhein-Westfalen	+0,3%	16.610
Heinsberg, Kreis	Nordrhein-Westfalen	-0,5%	16.723
...	...	...	
Coburg, Landkreis	Bayern	+0,2%	38.448
Potsdam-Mittelmark, Landkreis	Brandenburg	+0,3%	44.466
<b>103 Referenzkreise</b>		<b>≥ -0,6%</b> <b>≤ +0,6%</b>	<b>gew. Mittelwert: 15.302</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Allerdings streuen für die Orthopäden die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ähnlichem, mittlerem Versorgungsbedarf in den Norm-Kreisen deutlich stärker als für die Hausärzte. So versorgt gegenwärtig in der Stadt Bamberg, ein Orthopäde im Durchschnitt 3.617 Einwohner (ab 15 Jahren); dies sind lediglich 8,1 % der Einwohnerzahl von 44.466, die ein Orthopäde durchschnittlich im Landkreis Potsdam-Mittelmark versorgt.

Die oben ermittelten Norm-Verhältniszahlen für die drei Fachgruppen liegen unter den tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältniswerten, die sich nach aktuellem Datenstand im bundesdeutschen Durchschnitt über alle Regionen ergeben. Um die Zahlen miteinander vergleichen zu können, sind die ermittelten Norm-Verhältniszahlen auf die gesamte Einwohnerzahl der Norm-Kreise (Kinder und Erwachsene) umzurechnen und weichen daher – insbesondere bei den Kinderärzten – von den zuvor ausgewiesenen Werten ab (Tabelle 10).

Tabelle 10: Norm-Verhältniszahlen im Vergleich zur aktuellen durchschnittlichen Einwohner-Arzt-Relation nach ausgewählter ärztlicher Fachgruppe

Fachgruppe	durchschnittliche Einwohner-Arzt-Relation 1)	Norm-Verhältniszahl Reformkonzept 2)	Abweichung Reformkonzept
Kinderärzte	14.382	15.267	6,2%
Hausärzte	1.556	1.582	1,7%
Orthopäden	16.008	17.697	10,6%

Quelle: IGES

Anmerkung: 1) auf Basis von Daten des ZI, Stand: 31.12.2010;  
2) bezogen auf alle Einwohner (Kinder + Erwachsene).

Dabei ist die Abweichung bei den Hausärzten am geringsten: Gemäß dem hier entwickelten Konzept hätten Ärzte dieser Fachgruppe mit einem Zuwachs von 1,7 % im Durchschnitt nur geringfügig mehr Einwohner zu versorgen. Alternativ formuliert liegt die aktuelle Anzahl an Hausärzten damit nur leicht über der Anzahl, die dem Norm-Verhältnis von Einwohner- zur Hausärztezahl entspräche. Größer ist die Abweichung hingegen bei den Kinderärzten, vor allem aber bei den Orthopäden. Hier entspräche es dem Norm-Verhältnis, wenn ein Orthopäde im Durchschnitt 10,6 % mehr Einwohner versorgte, als es gegenwärtig tatsächlich der Fall ist, und die Anzahl der Orthopäden insgesamt entsprechend geringer wäre. In einzelnen kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen können die tatsächlichen Ärztezahlen allerdings auch deutlich geringer sein, als es dem fachgruppenbezogenen Norm-Verhältnis entspräche. Maßgeblich hierfür ist neben der tatsächlichen regionalen Anzahl der Ärzte, in welchem Ausmaß die festgestellte regionale Bedarfssituation vom Bundesdurchschnitt abweicht (siehe hierzu im Folgenden Kapitel 4.3).

#### 4.2.3 Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialisierte ärztliche Versorgung

Für die Planung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sieht das hier entwickelte Konzept eine Orientierung an größeren regionalen Einheiten vor. Ein Versorgungssystem kann stärker spezialisierte Fachärzte typischerweise nicht flächendeckend wohnortnah vorhalten, weil bei zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung die für eine finanzierbare, wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Behandlungszahlen nur bei entsprechend größeren Einzugsgebieten erreicht werden können. Für Patienten, die eine relativ hoch spezialisierte fachärztliche Versorgung benötigen, wird

daher allgemein eine größere Entfernung zum nächstgelegenen Versorgungsangebot als akzeptabel angesehen.

Wie groß eine maximal zumutbare Entfernung zum nächstgelegenen Versorgungsangebot für Patienten sein darf, bleibt letztlich eine versorgungspolitische Frage, die sich nicht allein wissenschaftlich beantworten lässt. Entscheidend für die Bedarfsplanung ist aber primär, dass sich diese Festlegung soweit wie möglich anhand sachlicher Kriterien begründen lässt und dass die Vorgaben einheitlich angewendet werden.

Konkrete Vorgaben von Maximalentfernungen finden sich derzeit nur für andere Versorgungsbereiche, beispielsweise in den Rettungsdienstgesetzen der Bundesländer oder in den Rahmenvorgaben für Krankenhauspläne in einigen Bundesländern (so wird für Nordrhein-Westfalen beispielsweise "Wohnortnähe" als Entfernung von 15 km bis 20 km definiert<sup>25</sup>). In einem jüngeren Urteil des Bundessozialgerichts über die Erteilung von Sonderbedarfszulassungen vom 23.6.2010 (B 6 KA 22/09 R) wird für die Entfernung zu den nächstgelegenen Versorgungsangeboten eine Grenze von 25 km genannt, bei deren Überschreitung Versorgungsdefizite drohen. Das Urteil bezieht sich auf den Regionstyp "großräumiger Landkreis" sowie auf die vertragspsychotherapeutische Versorgung und verweist auf die Ausführungen in einem früheren Urteil. Daraus folgert das Bundessozialgericht, dass Patienten bei "allgemeinen Leistungen" (im Gegensatz zu "speziellen Leistungen mit geringer Nachfrage") nicht auf Versorgungsangebote verwiesen werden dürfen, die mehr als 25 km entfernt sind.

Vor diesem Hintergrund können Entfernungen zum nächstgelegenen Standort für nicht wohnortnahe spezialärztliche Versorgung von mehr als 25 km als durchaus akzeptabel angenommen werden. Daher erscheint es sinnvoll, die Planung des ärztlichen Versorgungsangebots stadt- bzw. (land-)kreisübergreifend auszurichten. Dafür spricht zudem, dass sich die Standorte der relativ hoch spezialisierten Fachärzte wesentlich ungleicher über die kreisfreien Städte und Landkreise verteilen, weil sie sich bereits heute zwecks größerer Einzugsgebiete und guter Erreichbarkeit bevorzugt in Zentren ("zentralen Orten") befinden. Für eine Ableitung der Norm-Verhältniszahlen auf Kreisebene ist daher zu erwarten, dass die tatsächlichen Verhältniszahlen der Norm-Kreise noch deutlich stärker streuen als bei den bislang betrachteten Fachgruppen.

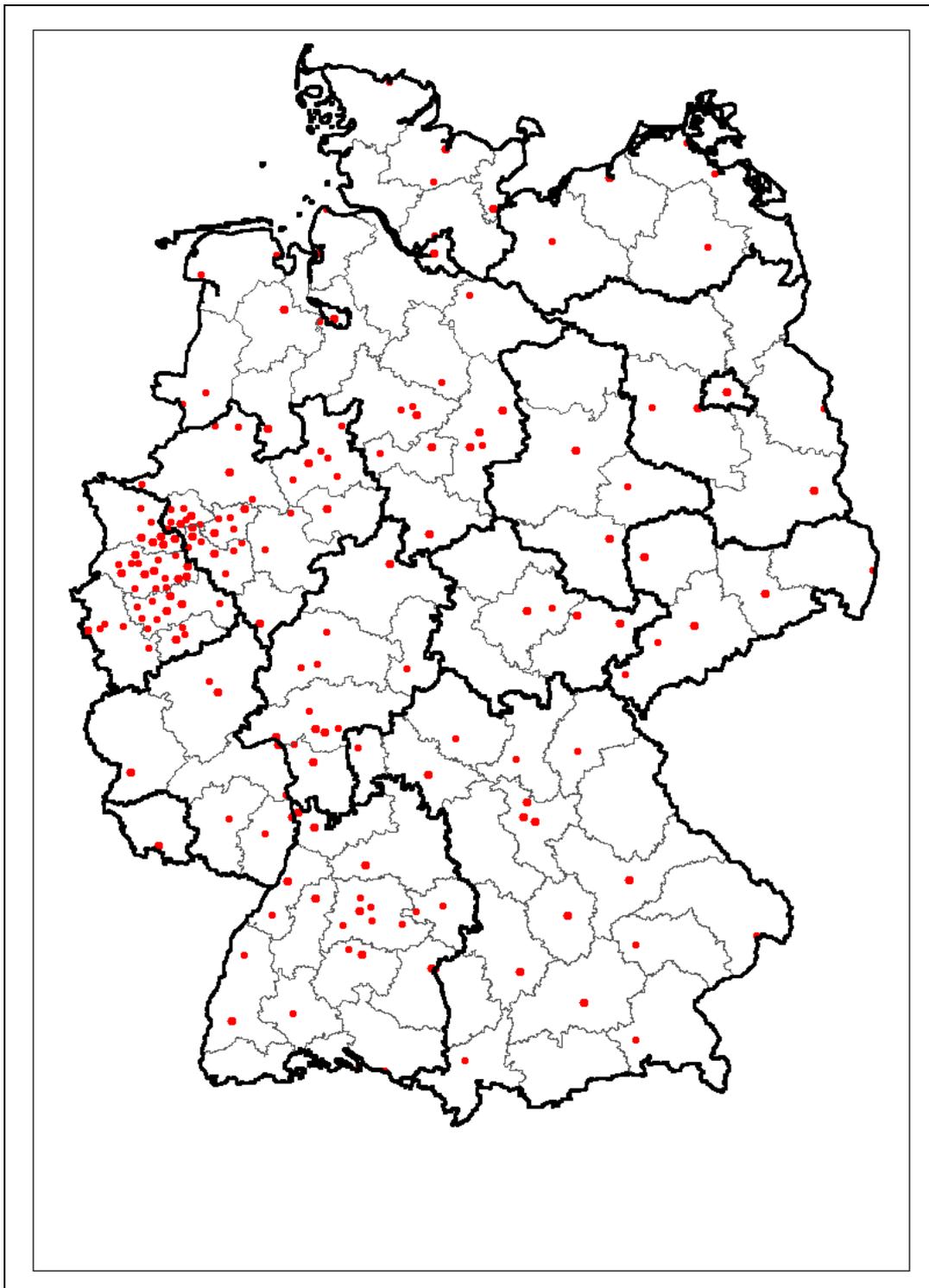
---

<sup>25</sup> Vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (2002): Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen, Rahmenvorgaben, S. 15.

Aus diesen Gründen sieht das hier entwickelte Konzept eine Planung der stärker spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf Basis der 96 Raumordnungsregionen (ROR) vor. Die Raumordnungsregionen entsprechen in der Regel, aber mit Ausnahmen, den Planungsregionen der Länder und setzen sich aus den 412 kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen zusammen (Abbildung 7). Die ROR werden typischerweise über ein ökonomisches Zentrum und sein Umland (unter Berücksichtigung von Pendlerverflechtungen) definiert.

Zur Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die spezialfachärztliche Versorgung wird für jede ROR der Durchschnitt der einwohnerzahlgewichteten Werte des Bedarfsindex "Erwachsene" der ihr zugehörigen kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet. Analog zur Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe ärztliche Versorgung wird das "bedarfsmittlere" Viertel der 96 ROR ausgewählt (vgl. Kapitel 4.2.2). Es handelt sich dabei um diejenigen ROR, deren Bedarfsindex "Erwachsene" um  $\pm 0,5\%$  vom Bundesdurchschnitt abweicht. Anhand dieser Abweichungsgrenzen erhält man 23 "Norm-ROR", dies entspricht einem Anteil von etwa 24 % aller ROR. Aus dem Ostteil Deutschlands befindet sich nur Berlin unter den ROR mit mittlerem Versorgungsbedarf, von den westlichen Bundesländern sind alle außer Baden-Württemberg, Hamburg und dem Saarland unter den Norm-ROR vertreten.

Abbildung 7: Regionale Gliederung der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland



Quelle: IGES gemäß Abgrenzung BBSR 2011

Anmerkung: Zur besseren Orientierung sind Städte mit 50.000 und mehr Einwohnern (Stand 31.12.2010) als rote Punkte in der Karte eingezeichnet.

Beispielhaft für die spezialisierte fachärztliche Versorgung werden die Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten (= fachärztlich tätige Internisten) bestimmt. Für diese Fachgruppe ergibt sich auf der Basis der tatsächlichen Ärztezahlen (zum Stand 31.12.2010) ein Norm-Verhältnis, gemäß dem ein Internist 9.113 Einwohner im Erwachsenenalter (ab 15 Jahre) versorgt (Tabelle 11).

Tabelle 11: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten

Raumordnungsregion (ROR)	Bundesland	Bedarfsindex	Einwohner Alter 15+ je Internist
Bremen	Bremen	+0,1%	6.261
Hannover	Niedersachsen	+0,4%	7.083
...	...	...	
Allgäu	Bayern	+0,3%	9.093
Schleswig-Holstein Nord	Schleswig-Holstein	+0,4%	9.135
...	...	...	
Aachen	Nordrhein-Westfalen	-0,5%	11.420
Bochum/Hagen	Nordrhein-Westfalen	+0,4%	11.622
<b>23 Referenzregionen</b>		<b>≥ -0,5%</b> <b>≤ +0,5%</b>	<b>gew. Mittelwert:</b> <b>9.113</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010, summiert nach ROR.

Für die Fachinternisten streuen die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ähnlichem, mittleren Versorgungsbedarf in den Norm-ROR vergleichbar stark wie bei den Hausärzten (vgl. Tabelle 8). So versorgt gegenwärtig in Bremen ein Internist im Durchschnitt 6.261 Einwohner (ab 15 Jahren); dies sind lediglich 53,9 % der Einwohnerzahl von 11.622, die ein Internist durchschnittlich Bochum/Hagen versorgt.

Rechnet man die Norm-Verhältniszahl für Fachinternisten zwecks Vergleichbarkeit auf sämtliche Einwohner aller Altersstufen um, so ergibt sich eine Relation von 10.539 Einwohnern je Internist. Die tatsächliche Relation auf Basis der aktuellen Ärztezahlen beträgt im Bundesdurchschnitt 10.298 Einwohner je Internist. Die Einwohnerzahl gemäß Norm-Verhältnis übersteigt den Ist-Wert damit nur geringfügig um rd. 2,3 %. Die aktuelle Anzahl an Internisten liegt also nur leicht über der Anzahl, die dem Norm-Verhältnis der Einwohnerzahl je Internist entspräche.

Die Fachinternisten werden im hier entwickelten Konzept der spezialisierten ärztlichen Versorgung und damit einer Planung auf Basis der 96 ROR zugeordnet, während die zahlenmäßig kleinere Fachgruppe der Orthopäden der wohnortnahen ärztlichen Versorgung und damit der Planung auf Basis der 412 kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise zugeordnet werden. Die Erklärung für diesen nur scheinbaren Widerspruch ist die größere Spezialisierung innerhalb der Gruppe der Fachinternisten im Vergleich zur Fachgruppe der Orthopäden. Die Gruppe der Fachinternisten umfasst mehrere fachliche Schwerpunkte, die teilweise sehr unterschiedliche Versorgungsbereiche bzw. Patientengruppen abdecken (z. B. Kardiologie und Rheumatologie). Aus diesem Grund werden die auf Basis der Norm-ROR abgeleiteten Verhältniszahlen ergänzt, indem die unterschiedlichen Schwerpunkte innerhalb der Fachgruppe der Internisten bei der Planung berücksichtigt werden. Hierzu werden die bundesdurchschnittlichen Anteile der Schwerpunkte an allen Ärzten der Fachgruppe bestimmt (Quoten gemäß Tabelle 12).

Tabelle 12: Verteilung der fachärztlich tätigen Internisten nach Schwerpunkten

<b>Schwerpunkt Innere Medizin</b>	<b>Anteil an allen Fachinternisten</b>
Kardiologie	25%
Nephrologie	17%
Gastroenterologie	14%
Lungen- und Bronchialheilkunde, Pneumologie	12%
Hämatologie und Onkologie	11%
Rheumatologie	7%
Andere fachärztlich tätige Internisten (mit Anteil von jeweils < 5% *)	13%

Quelle: IGES nach Bundesarztregister KBV Stand 31.12.2010

Anmerkung: \* Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, SP Angiologie, SP Diabetologie und Endokrinologie, SP Geriatrie, SP Infektiologie und Tropenmedizin.

In allen Planungsregionen wird ein Anteilsverhältnis der Schwerpunkte gemäß den Quoten der Planung zugrunde gelegt. Dabei wurden hier nur diejenigen Schwerpunkte explizit berücksichtigt, deren Anteile an der Gesamtzahl der Fachinternisten den Wert von 5 % übersteigen. Eine solche „Quoten-Regelung“ ermöglicht eine ausreichende Flexibilität, vor allem im Hinblick auf die tendenziell fortschreitende Spezialisierung und Ausdifferenzierung der ärztlichen Fachgruppen.

- So kann der Schwellenwert, ab dem ein Schwerpunkt innerhalb der Fachgruppe separat einen Anteilswert in der Quoten-Regelung zugewiesen erhält, angepasst werden.
- Bei regional starker Abweichung von der bundesdurchschnittlichen Schwerpunkt-Struktur gäbe es Möglichkeit, in bestimmten Grenzen Abweichungen vom Ziel-Anteilswert zuzulassen (z. B. Zielkorridor von +/- zwei Prozentpunkten).

### 4.3 Neubestimmung regionaler Planungswerte

Die fachgruppenspezifischen Norm-Verhältniszahlen gelten als einheitliche Planungsgrundlagen für alle kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise bezüglich der wohnortnahen Versorgung und für alle Raumordnungsregionen bezüglich der spezialisierten ärztlichen Versorgung. Die bisherige Unterscheidung der Norm-Verhältniszahlen nach Regionstypen entfällt. Statt dessen werden die Arztzahlen, die sich aus den Norm-Verhältniszahlen und der Einwohnerzahl einer Region ergeben, in Abhängigkeit vom relativen regionalen Versorgungsbedarf angepasst.

Hierzu wird für jede Planungsregion zunächst die Einwohnerzahl, differenziert nach Kindern (bis 14 Jahren) und Erwachsenen (ab 15 Jahren), durch die jeweilige Norm-Verhältniszahl der Fachgruppe dividiert. Hieraus ergibt sich eine Soll-Ärztzahl für den Fall, dass der Versorgungsbedarf in der Region dem bundesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf entspricht. Diese Soll-Ärztzahl wird nun in einem zweiten Schritt mit dem Wert des Bedarfsindex dieser Region (je nach Fachgruppe "Kinder" oder "Erwachsene") multipliziert. Dadurch wird die Soll-Ärztzahl in dem Ausmaß angepasst, in dem der durch den Bedarfsindex gemessene Versorgungsbedarf der Region vom Bundesdurchschnitt abweicht. Für Planungsbereiche mit einer überdurchschnittlichen Risikobelastung aufgrund der berücksichtigten Faktoren (Alters-/Geschlechtsstruktur, Morbidität, Sozialstruktur) und damit einem überdurchschnittlichen Versorgungsbedarf sind weniger Einwohner je Arzt vorzusehen als gemäß dem Norm-Verhältniswert. Für Planungsbereiche mit einer unterdurchschnittlichen Risikobelastung bzw. einem unterdurchschnittlichen Versorgungsbedarf ergibt sich dagegen eine höhere Anzahl an Einwohnern je Arzt.

#### 4.3.1 Kinderärzte

Ein Beispiel (Tabelle 13) veranschaulicht die Vorgehensweise für eine kreisfreie Stadt sowie einen Landkreis desselben Bundeslandes, in denen gegenwärtig dieselbe Anzahl an Kinderärzten praktiziert. Während die bisherige Bedarfsplanung für Städte eine geringere Einwohnerzahl je Kinder-

arzt vorsah, gelten nach dem hier entwickelten Konzept für alle Regionstypen einheitliche und dem "mittleren Bedarf" entsprechende Norm-Verhältniszahlen. Vor allem diese Änderung führt in dem dargestellten Beispiel dazu, dass der neue Soll-Wert für die Anzahl der Kinderärzte für die kreisfreie Stadt unter dem Ist-Wert liegt, für den Landkreis hingegen darüber. Dabei ist bereits berücksichtigt, dass für die kreisfreie Stadt gemessene Versorgungsbedarf leicht überdurchschnittlich ist, der für den Landkreis dagegen unterdurchschnittlich. Die entsprechenden Anpassungen wirken jedoch im konkreten Beispiel dem Effekt einheitlicher Norm-Verhältniszahlen für kreisfreie Städte und Landkreise nur geringfügig entgegen.

Tabelle 13: Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Kinderärzte in Schleswig-Holstein

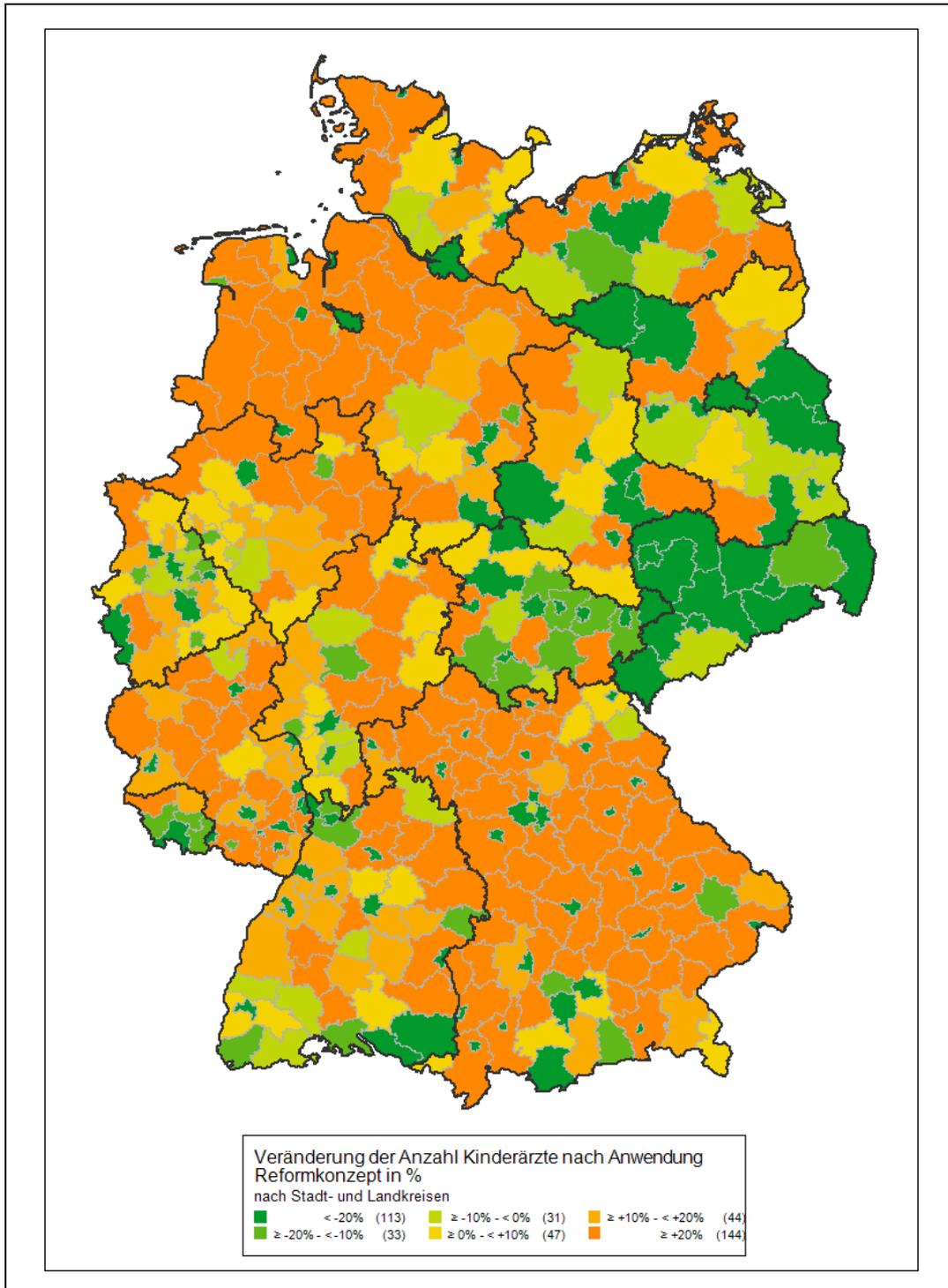
	<b>Neumünster Kreisfreie Stadt</b> (Schleswig-Holstein)	<b>Nordfriesland Landkreis</b> (Schleswig-Holstein)
Norm-Verhältniszahl (Einwohner 0-14 je Kinderarzt)	2.055	2.055
Anzahl Einwohner (0-14 Jahre)	11.072	24.245
Anzahl Kinderärzte gem. Norm-Verhältniszahl	5,4	11,8
Bedarfsindex "Kinder"	1,007 (+ 0,7 %)	0,985 (- 1,5 %)
Anzahl Kinderärzte gem. Bedarfsindex (Soll)	5,4	11,6
Anzahl Kinderärzte (Ist)	7	7
Abweichung Soll ggü. Ist	- 1,6 (- 21,8 %)	+ 4,6 (+ 74,8 %)

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Bevölkerungsdurchschnitt nach Kreisen zum 31.12.2009), Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Kinderärzte wurden entsprechend für sämtliche kreisfreie Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen. Die Kartendarstellung (Abbildung 8) zeigt durch Färbung die Stärke der prozentualen Abweichungen zwischen den Soll-Zahlen des hier entwickelten Konzepts und den aktuellen Ist-Zahlen der Kinderärzte. Die regionalen Unterschiede bei diesen Abweichungen verdeutlichen eine – gemessen am festgestellten Versorgungsbedarf – überdurchschnittliche Verfügbarkeit von Kinderärzten vor allem in den östli-

chen Regionen Deutschlands (grüne Färbung), die vermutlich historisch bedingt ist.

Abbildung 8: Abweichung der Soll-Anzahl Kinderärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Aggregiert auf Bundeslandebene zeigt sich, dass die hier entwickelten Planungswerte für Kinderärzte überwiegend und z. T. deutlich unter der tatsächlichen Anzahl liegen (Tabelle 14). Dies betrifft insbesondere Sachsen und Berlin, hinsichtlich der relativen Abweichung auch Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Ein deutlich höherer Planungswert für die Anzahl der Kinderärzte ergibt sich hingegen für Niedersachsen. Ansonsten übersteigt die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl nur noch (leicht) für Bayern und Schleswig-Holstein. In Nordrhein-Westfalen und Hessen stimmt die aktuelle Anzahl der Kinderärzte weitgehend mit den regionalen Planungswerten des Konzepts überein.

Tabelle 14: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	757	745	-12	-1,6%
Bayern	819	851	32	3,9%
Berlin	309	209	-100	-32,4%
Brandenburg	173	141	-32	-18,5%
Bremen	66	41	-25	-37,9%
Hamburg	142	112	-30	-21,1%
Hessen	409	408	-1	-0,2%
Mecklenburg-Vorpommern	124	92	-32	-25,8%
Niedersachsen	480	550	70	14,6%
Nordrhein-Westfalen	1.218	1.215	-3	-0,2%
Rheinland-Pfalz	270	265	-5	-1,9%
Saarland	72	60	-12	-16,7%
Sachsen	346	232	-114	-32,9%
Sachsen-Anhalt	154	124	-30	-19,5%
Schleswig-Holstein	189	193	4	2,1%
Thüringen	160	122	-38	-23,8%
<b>insgesamt</b>	<b>5.688</b>	<b>5.360</b>	<b>-328</b>	<b>-6,1%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns zeigt sich, dass es innerhalb eines Bundeslandes, in dem insgesamt die tatsächliche Anzahl der Kinderärzte deutlich über der Summe der regionalen Planungswerte liegt, dennoch Regionen gibt, in denen die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl klar übersteigt (Tabelle 15). Dabei liegt der Planungswert für die Anzahl der Kinderärzte in den größeren Städten jeweils unter der tatsächlichen Anzahl, während in den ländlicheren Kreisen die Planungswerte einen relativ hohen Mehrbedarf an Kinderärzten anzeigen.

Tabelle 15: Abweichung der Anzahl Kinderärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach kreisfreien Städten bzw. Kreisen am Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Greifswald, Kreisfreie Stadt	8	3	-5	-62,5%
Neubrandenburg, Kreisfreie Stadt	9	4	-5	-55,6%
Schwerin, Kreisfreie Stadt	13	5	-8	-61,5%
Rostock, Kreisfreie Stadt	26	10	-16	-61,5%
Stralsund, Kreisfreie Stad	7	3	-4	-57,1%
...	...	...	...	...
Uecker-Randow, Kreis	3	4	1	33,3%
Demmin, Kreis	3	5	2	66,7%
Bad Doberan, Kreis	4	7	3	75,0%
Nordwestmecklenburg, Kreis	4	7	3	75,0%
Mecklenburg-Strelitz, Kreis	1	4	3	300,0%
<b>insgesamt</b>	<b>124</b>	<b>92</b>	<b>-32</b>	<b>-25,8%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

#### 4.3.2 Hausärzte

Hinsichtlich der Versorgung Erwachsener zeigt zunächst ein weiteres Beispiel die Ableitung des regionalen Planungswertes für Hausärzte. Ausgewählt wurde der hierfür der Kreis "Altenburger Land", für den aufgrund der

bedarfsbeeinflussenden Faktoren ein deutlich überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf gemessen wurde (Tabelle 16).

Tabelle 16: Überdurchschnittlicher Versorgungsbedarf am Beispiel des Kreises "Altenburger Land" (Thüringen)

	Kreis Altenburger Land	Bundesdurchschnitt
<b>Bedarfsfaktoren</b>		
Durchschnittsalter (2008)	Frauen: 49,5 Männer: 44,8	Frauen: 44,4 Männer: 41,2
Altersstruktureffekt: Ø Ausg. p.a. je Vers. gem. RSA-Profil Erwachsene (15+)	351 €	330 €
Arbeitslosenquote (2008)	17,6 %	7,8 % (insg.) 13,1 % (Ost)
monatliches verfügbares Haushaltseinkommen pro Kopf (2007)	1.235 Euro	1.540 Euro
Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner (2007)	357,6	284,4
<b>Bedarfsindex "Erwachsene"</b>	<b>1,045</b>	<b>1,000</b>

Quelle: IGES, RSA-Profil nach BVA, alle anderen Faktoren nach BBSR (2010).

Demnach übersteigt der Versorgungsbedarf Erwachsener (ab 15 Jahren) im Kreis Altenburger Land den Bundesdurchschnitt um 4,5 % und liegt damit am oberen Rand des durch den Bedarfsindex "Erwachsene" gemessenen Versorgungsbedarfs in den Regionen (vgl. Tabelle 6). Hätte der Kreis Altenburger Land hingegen nur einen durchschnittlichen Versorgungsbedarf, ergäbe sich bereits auf Basis der einheitlichen, dem mittleren Versorgungsbedarf entsprechenden Norm-Verhältniszahl eine Soll-Anzahl von 66 Hausärzten (Tabelle 17). Damit würde die aktuelle Ist-Anzahl schon um zehn Hausärzte überschritten. Durch Berücksichtigung des überdurchschnittlichen Versorgungsbedarfs im Kreis Altenburger Land erhöht sich der Abstand um weitere drei Hausärzte.

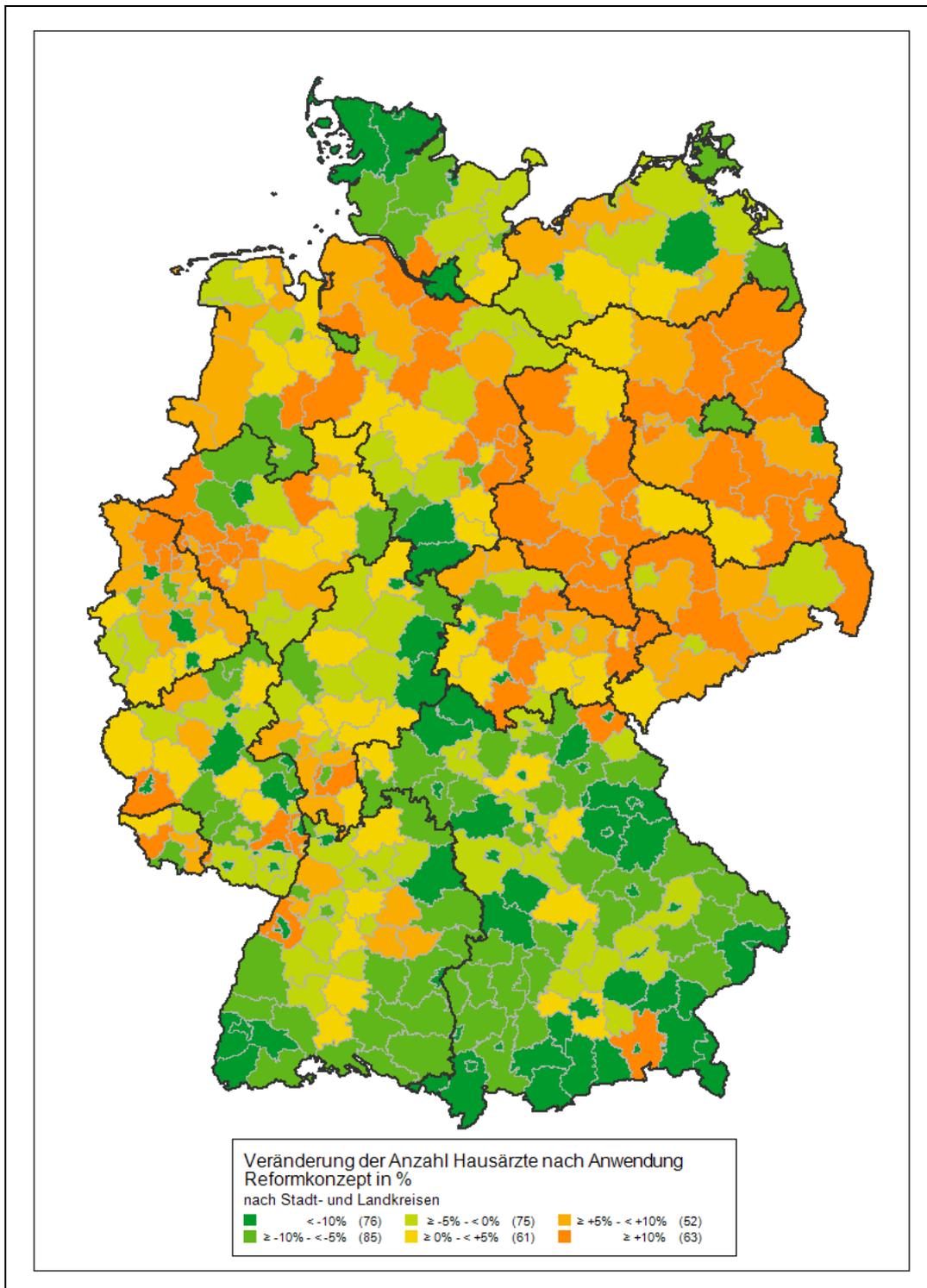
Tabelle 17: Bedarfsorientierte Festlegung regionaler Planungswerte, Beispiel: Hausärzte im Kreis Altenburger Land (Thüringen)

Ableitung regionaler Planungswert	Werte für Kreis Altenburger Land
Norm-Verhältniszahl (Einwohner 15+ je Hausarzt)	1.368
Anzahl Einwohner (15+)	90.353
Anzahl Hausärzte gem. Norm-Verhältniszahl	66,0
Bedarfsindex "Erwachsene"	1,045
Anzahl Hausärzte gem. Bedarfsindex (Soll)	69,0
Anzahl Hausärzte (Ist)	56,0
Abweichung Soll ggü. Ist	+ 13,0 (+ 23,2 %)

Quelle: IGES; Statistisches Bundesamt (Bevölkerungsdurchschnitt nach Kreisen zum 31.12.2009), Ärztezahlen nach Kreisen gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Hausärzte wurden entsprechend für sämtliche kreisfreien Städte bzw. (Land-)Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen. Die Kartendarstellung (Abbildung 9) zeigt durch Färbung die Stärke der prozentualen Abweichungen zwischen den ermittelten Soll-Zahlen und den aktuellen Ist-Zahlen der Hausärzte. Im Vergleich zur Fachgruppe der Kinderärzte (vgl. Abbildung 8) ist der Ost-West-Gegensatz der regionalen Unterschiede bei diesen Abweichungen deutlich geringer ausgeprägt. Eine – gemessen am festgestellten Versorgungsbedarf – überdurchschnittliche Verfügbarkeit von Hausärzten zeigt sich vor allem in den südlichen Regionen Deutschlands, aber teilweise auch in der Mitte und im äußersten Norden (grüne Färbung).

Abbildung 9: Abweichung der Soll-Anzahl Hausärzte gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Aggregiert auf Bundeslandebene zeigen sich z. T. deutliche Abweichungen der hier ermittelten Planungswerte für Hausärzte von den tatsächlichen Zahlen in beide Richtungen (Tabelle 18). Ein deutlich geringerer Planungswert für die Anzahl der Hausärzte ergibt sich für Bayern, relativ betrachtet auch für Hamburg. In Brandenburg und Sachsen-Anhalt übersteigt dagegen die Soll-Anzahl die Ist-Anzahl merklich. In Hessen, im Saarland und in Mecklenburg-Vorpommern weicht die aktuelle Anzahl der Hausärzte nur relativ geringfügig von den regionalen Planungswerten des Konzepts ab.

Tabelle 18: Abweichung der Anzahl Hausärzte (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

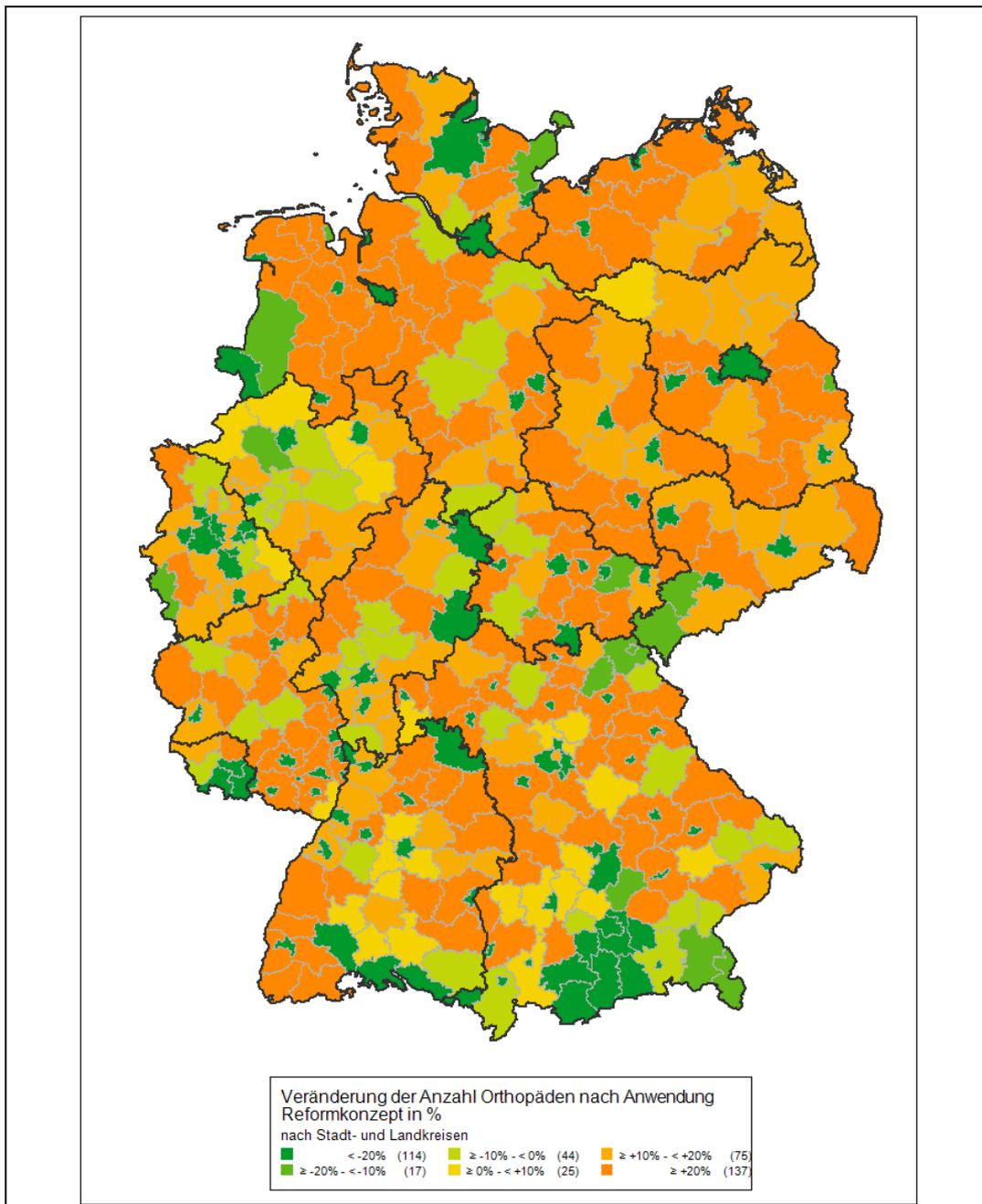
	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	6.952	6.632	-320	-4,6%
Bayern	8.845	7.773	-1.072	-12,1%
Berlin	2.368	2.202	-166	-7,0%
Brandenburg	1.494	1.655	161	10,8%
Bremen	448	425	-23	-5,1%
Hamburg	1.240	1.110	-130	-10,5%
Hessen	3.825	3.806	-19	-0,5%
Mecklenburg-Vorpommern	1.118	1.092	-26	-2,3%
Niedersachsen	4.853	4.980	127	2,6%
Nordrhein-Westfalen	10.795	11.203	408	3,8%
Rheinland-Pfalz	2.607	2.529	-78	-3,0%
Saarland	647	662	15	2,3%
Sachsen	2.626	2.782	156	5,9%
Sachsen-Anhalt	1.437	1.584	147	10,2%
Schleswig-Holstein	1.889	1.787	-102	-5,4%
Thüringen	1.431	1.495	64	4,5%
<b>insgesamt</b>	<b>52.575</b>	<b>51.717</b>	<b>-8658</b>	<b>-1,6%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

### 4.3.3 Orthopäden

Neben den Hausärzten wurden die regionalen Planungswerte auch für die Fachgruppe der Orthopäden für sämtliche kreisfreie Städte bzw. (Land-) Kreise berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen (Abbildung 10).

Abbildung 10: Abweichung der Soll-Anzahl Orthopäden gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach kreisfreien Städten bzw. (Land-)Kreisen



Quelle: IGES

Obwohl bereits aus der Ableitung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden hervorging, dass *insgesamt* eine im Vergleich zur tatsächlichen geringere Anzahl von Orthopäden normgerecht wäre (vgl. Tabelle 10), liegen die hier ermittelten Planungswerte in den allermeisten Kreisen über den Ist-Werten. Das bedeutet, dass die heutige Verteilung der Orthopäden sehr stark regional konzentriert ist. Aggregiert auf Bundeslandebene lässt sich diese regionale Verteilung dagegen nicht mehr erkennen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Abweichung der Anzahl Orthopäden (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	626	593	-33	-5,3%
Bayern	880	695	-185	-21,0%
Berlin	309	197	-112	-36,3%
Brandenburg	123	148	25	20,2%
Bremen	61	38	-23	-37,9%
Hamburg	142	99	-43	-30,1%
Hessen	378	340	-38	-10,0%
Mecklenburg-Vorpommern	89	98	9	9,7%
Niedersachsen	403	445	42	10,4%
Nordrhein-Westfalen	1.098	1.001	-97	-8,8%
Rheinland-Pfalz	225	226	1	0,4%
Saarland	80	59	-21	-26,0%
Sachsen	253	249	-4	-1,7%
Sachsen-Anhalt	135	142	7	4,8%
Schleswig-Holstein	176	160	-16	-9,3%
Thüringen	133	134	1	0,5%
<b>insgesamt</b>	<b>5.111</b>	<b>4.624</b>	<b>-487</b>	<b>-9,5%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

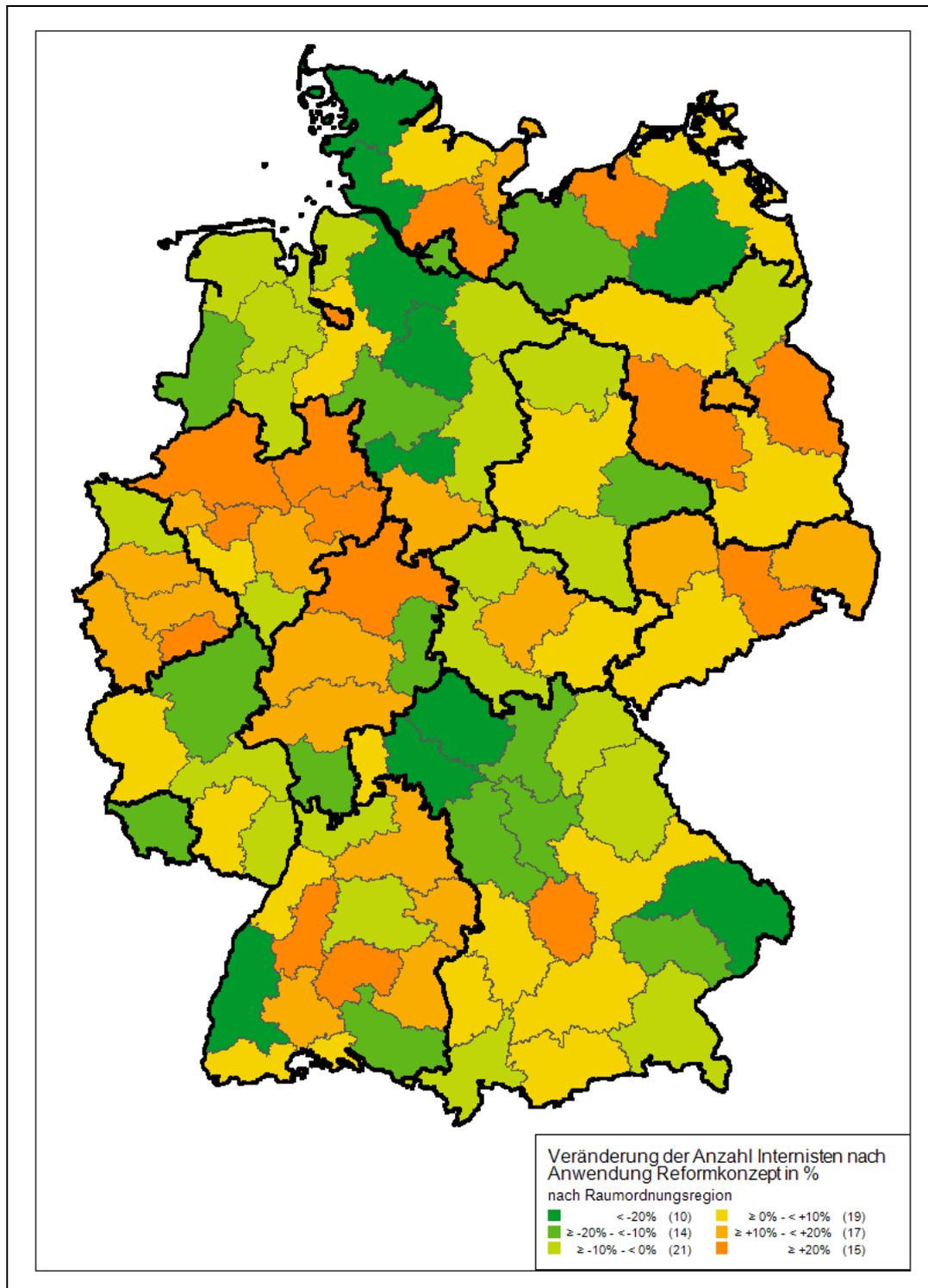
Mit Ausnahme von Sachsen liegen für alle östlichen Flächenländer die Planungswerte für Orthopäden über den Ist-Werten. Unter den westlichen Bundesländern übersteigt der Planungswert nur für Niedersachsen, dort aber deutlich, die aktuelle Anzahl an Orthopäden. Deutlich unter den Ist-

Werten liegen die Planungswerte für Orthopäden hingegen insgesamt für Bayern und Berlin, relativ betrachtet auch in Bremen, Hamburg und dem Saarland. Für Rheinland-Pfalz und Thüringen stimmen die Planungswerte insgesamt mit der tatsächlichen Anzahl der Orthopäden nahezu überein.

#### **4.3.4 Fachinternisten**

Schließlich wurden die regionalen Planungswerte für die Fachinternisten auf Ebene der Raumordnungsregionen (ROR) berechnet und mit den aktuellen Ärztezahlen verglichen (Abbildung 11). Die Kartenstellung zeigt eine relativ gemischte regionale Verteilung und im Gegensatz zu den oben betrachteten Fachgruppen weder ein klares Ost-West- noch ein Nord-Süd-Gefälle.

Abbildung 11: Abweichung der Soll-Anzahl Fachinternisten gemäß Reformkonzept von der Ist-Anzahl nach Raumordnungsregionen



Quelle: IGES

Werden die ROR-Ergebnisse auf Bundeslandebene aggregiert (Tabelle 20), sind es dementsprechend sowohl westliche Bundesländer (Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein) als auch östliche Bundesländer (vor allem Brandenburg, geringfügig auch Sachsen), in denen die Planungswerte z. T. deutlich über den Ist-Werten liegen. Die (relativ) stärksten Unterschreitungen betreffen vor allem die Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin sowie das Flächenland Bayern, mit Thüringen aber auch ein ostdeutsches Flächenland.

Tabelle 20: Abweichung der Anzahl Fachinternisten (Ist) von regionalen Planungswerten gemäß Reformkonzept (Soll) nach Bundesländern

	Anzahl (Ist)	Anzahl (Soll)	Abweichung Soll ggü. Ist	
			absolut	relativ
Baden-Württemberg	952	995	43	4,5%
Bayern	1.321	1.167	-154	-11,7%
Berlin	412	331	-81	-19,7%
Brandenburg	203	248	45	22,2%
Bremen	77	53	-24	-31,2%
Hamburg	248	167	-81	-32,7%
Hessen	585	571	-14	-2,4%
Mecklenburg-Vorpommern	166	164	-2	-1,2%
Niedersachsen	845	759	-86	-10,2%
Nordrhein-Westfalen	1.444	1.682	238	16,5%
Rheinland-Pfalz	417	380	-37	-8,9%
Saarland	134	99	-35	-26,1%
Sachsen	403	418	15	3,7%
Sachsen-Anhalt	257	238	-19	-7,4%
Schleswig-Holstein	258	268	10	3,9%
Thüringen	222	224	2	0,9%
<b>insgesamt</b>	<b>7.944</b>	<b>7.764</b>	<b>-180</b>	<b>-2,3%</b>

Quelle: IGES; Ärztezahlen nach Kreisen (Ist) gemäß Versorgungsatlas des ZI zum 31.12.2010.

Die regionalen Planungswerte für Fachinternisten werden durch die Norm-Vorgaben zum Anteilsverhältnis der Schwerpunkte ("Quoten-Regelung") ergänzt (vgl. Tabelle 12). Exemplarisch wurden die tatsächlichen Anteile

der vier größten Schwerpunkte unter den Fachinternisten im Bundesland Hessen mit denen aus dem Bundesdurchschnitt abgeleiteten Norm-Quoten verglichen (Tabelle 21). Für Hessen zeigt sich, dass gegenwärtig die Schwerpunkte Nephrologie und Gastroenterologie, in Osthessen auch Rheumatologie, gemessen an der "Quoten-Regelung" unterrepräsentiert sind, während die Kardiologie durchweg, vor allem in Osthessen, überrepräsentiert ist.

Tabelle 21: Abweichung der Schwerpunkt-Anteile der fachärztlich tätigen Internisten (Auswahl) von der Planungsgrundlage, Beispiel Hessen

ROR	Kardiologen	Nephrologen	Gastro- enterologen	Rheuma- tologen
Quote	25%	17%	14%	7%
Mittelhessen	35,6%	13,5%	9,6%	8,7%
Nordhessen	35,0%	25,6%	12,1%	8,1%
Osthessen	56,2%	4,0%	16,1%	4,0%
Rhein-Main	45,0%	8,2%	9,9%	13,0%
Starkenburger	35,0%	18,1%	11,3%	7,9%

Quelle: IGES auf Grundlage der online Arztsuche der KV Hessen 2012

Bei einer Prüfung der schwerpunktbezogenen Versorgungsgrade in einer Region sollten allerdings auch spezialärztliche Behandlungskapazitäten angrenzender Sektoren berücksichtigt werden. Ein vergleichsweise zu geringer Anteil eines Schwerpunktes in einer Raumordnungsregion könnte beispielsweise durch evtl. vorhandene Behandlungskapazitäten stationärer Einrichtungen, die in der ambulanten Versorgung genutzt werden können (z. B. im Rahmen von Fachambulanzen), ausgeglichen werden. Darüber hinaus sollten die Möglichkeiten einer Ermächtigung von Krankenhäusern zur vertragsärztlichen Versorgung in speziellen Fachgebieten nach § 116a SGB V geprüft werden.

#### 4.4 Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung

Im Hinblick auf die Vorgabe des GKV-VStG, bei der Anpassung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen "insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen" (vgl. Kapitel 3.2), wird gemäß dem hier entwickelten Konzept die zukünftige Bevölkerungsentwicklung als fester Bestandteil in die Bedarfsplanung einbezogen. Die Datengrundlage hierfür bilden die Bevölkerungsvorausrechnungen der Statistischen Ämter, mit denen Größe und Altersstruktur der Bevölkerung unter bestimmten An-

nahmen zur Entwicklung der Geburtenhäufigkeit, Sterblichkeit und Wanderungsbewegungen derzeit bis zum Jahr 2060 prognostiziert werden. Die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen sind bis auf Kreisebene differenziert verfügbar und ermöglichen somit auch "kleinräumig" eine prospektiv-demografieorientierte Planung.

Ziel der Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen in die Bedarfsplanung ist gemäß dem Konzept, den kurzfristigen mit dem längerfristigen Handlungsbedarf für eine Anpassung der Arztsitze zu vergleichen. Dabei ergibt sich der kurzfristige Handlungsbedarf aus der Abweichung der Ärztezahlen im Status Quo von den regionalen Planzahlen gemäß der im Vorigen beschriebenen Neubestimmung (vgl. Kapitel 4.3). Um den längerfristigen Handlungsbedarf festzustellen, werden die regionalen Planzahlen in einer prospektiven Variante ermittelt, indem die regionale Altersstruktur als bedarfsbestimmender Faktor sowie die regionale Einwohnerzahl der prognostizierten Bevölkerungsentwicklung für die Jahre 2020 und 2025 entnommen werden. Betrachtet werden dann die Abweichungen zwischen den resultierenden regionalen Planzahlen für die Jahre 2020 und 2025 von den entsprechenden regionalen Planzahlen für das Bezugsjahr 2010.

Im Ergebnis zeigt sich, ob – allein aufgrund der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung – damit zu rechnen ist, dass ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt durch die Planung angezeigter Ärztemehr- oder -minderbedarf auch längerfristig besteht oder ob beispielsweise ein Mehrbedarf nur kurz- bis mittelfristig besteht und längerfristig die Bevölkerungsentwicklung den Arztbedarf mindert.

#### **4.4.1 Methodisches Vorgehen: bevölkerungsbezogene Prognose des Arztbedarfs je Planungsregion**

Ermittelt wird, wie sich die zuvor berechneten Bedarfsrelationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen verändern, wenn die Teilindizes "Altersstruktur Kinder" und "Altersstruktur Erwachsene" des Bedarfsindex mit der prognostizierten Altersstruktur der Jahre 2020 und 2025 neu berechnet werden. Für die Prognose der Altersstruktur der kreisfreien Städte bzw. Landkreise werden die aktuellen Bevölkerungsvorausberechnungen der Statistischen Landesämter verwendet, wobei diese je nach Bundesland zu unterschiedlichen Zeitpunkten aktualisiert werden und nicht immer die gleiche Prognosebasis und die gleichen Annahmen zugrunde liegen (teilweise gibt es landesspezifische Vorgaben, teilweise orientieren sich die Statistischen Landesämter an den Vorausberechnungen des Statistischen Bundesamtes).

Die Neuberechnung der regionalen Planzahlen gemäß der prospektiven Variante basiert auf einer Ceteris paribus-Betrachtung:

- Für die Neuberechnung der Teilindizes "Altersstruktur Kinder" und "Altersstruktur Erwachsene" werden ausschließlich die Altersstrukturen variiert. Das zugrunde gelegte RSA-Profil (vgl. Abbildung 4) bleibt hingegen unverändert, solange keine fundierte bzw. allgemein anerkannte Prognose der Veränderung des altersabhängigen Ausgabenprofils verfügbar ist. Der Wert des Teilindex "Altersstruktur Kinder" entspricht demnach der prozentualen Abweichung des Versorgungsbedarfes eines Kreises vom Bundesdurchschnitt aufgrund der Altersstruktur der 0-14jährigen im Jahr 2020 bzw. 2025, der Wert des Teilindex "Altersstruktur Erwachsene" der entsprechenden Abweichung aufgrund der zukünftigen Altersstruktur der über 15jährigen.
- Der Teil-Bedarfsindex aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren bleibt – im Unterschied zu den Teilindizes für die Altersstruktur – in der Neuberechnung unverändert, solange keine fundierten Prognosen zu zukünftigen Veränderungen der regionalen Bedarfsrelationen aufgrund dieser Faktoren für den Zeitraum der nächsten zehn bis fünfzehn Jahre vorliegen. Es wird somit davon ausgegangen, dass sich die Bedarfsrelationen zwischen den kreisfreien Städten bzw. Landkreisen aufgrund von sozioökonomischen und morbiditätsbezogenen Faktoren innerhalb des Prognosezeitraums nicht verändern.

Für die bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs werden schließlich die zuvor ermittelten Norm-Verhältniszahlen (vgl. Kapitel 4.2.2 bzw. 4.2.3) auf die für die Jahre 2020 und 2025 prognostizierten Einwohnerzahlen und Altersstrukturen der kreisfreien Städte bzw. Landkreise bezogen. Hieraus ergibt sich – bei Zugrundelegung des aktuellen Norm-Verhältnisses von Einwohnern und Ärzten – der längerfristige Mehr- oder Minderbedarf an Ärzten allein aufgrund der voraussichtlichen demographischen Veränderungen. Dabei sind zwei Effekte zu unterscheiden: die Veränderungen der Einwohnerzahlen (Mengeneffekt) und die Veränderungen der Altersstruktur (Struktureffekt). In alternden Bevölkerungen wirken diese beiden Effekte typischerweise entgegengesetzt auf den Ärztebedarf: Während eine insgesamt sinkende Einwohnerzahl den Bedarf mindert, erhöhen wachsende Anteile der älteren Bevölkerung den Bedarf.

#### **4.4.2 Beispielhafte Ergebnisse: Längerfristiger Bedarf an Hausärzten in Thüringen**

Am Beispiel des Bundeslandes Thüringen werden im Folgenden die unterschiedlichen Kombinationen aus kurz- und längerfristigem Mehr- bzw. Minderbedarf an Hausärzten, differenziert nach kreisfreien Städten und

Landkreisen, illustriert. Für fast alle Regionen in Thüringen zeigen die Bevölkerungsprognosen für das Jahr 2025 gegenläufige Effekte auf den Hausärztebedarf, nämlich – bedarfsmindernd – eine geringere Anzahl erwachsener Einwohner (15 Jahre und älter) und – bedarfserhöhend – zunehmende Anteile älterer Einwohner und damit eine Zunahme des Teil-Bedarfsindex "Altersstruktur Erwachsene" (Tabelle 22). Ausnahmen hiervon sind lediglich Weimar und Jena mit einer für das Jahr 2025 prognostizierten Zunahme der Einwohnerzahl sowie Eisenach mit einem bedarfsmindernden Altersstruktureffekt.

Je nach Wirkungsrichtung und Relation der Veränderungen von Einwohnerzahlen und Altersstrukturen ergeben sich z. T. deutliche Unterschiede zwischen den regionalen Planzahlen gemäß der prospektiven Variante für das Jahr 2025. Entsprechend unterschiedlich gestaltet sich die Entwicklung des Hausärztebedarfs ausgehend vom Status Quo in der längeren Frist (Abbildung 12 und Tabelle 23).

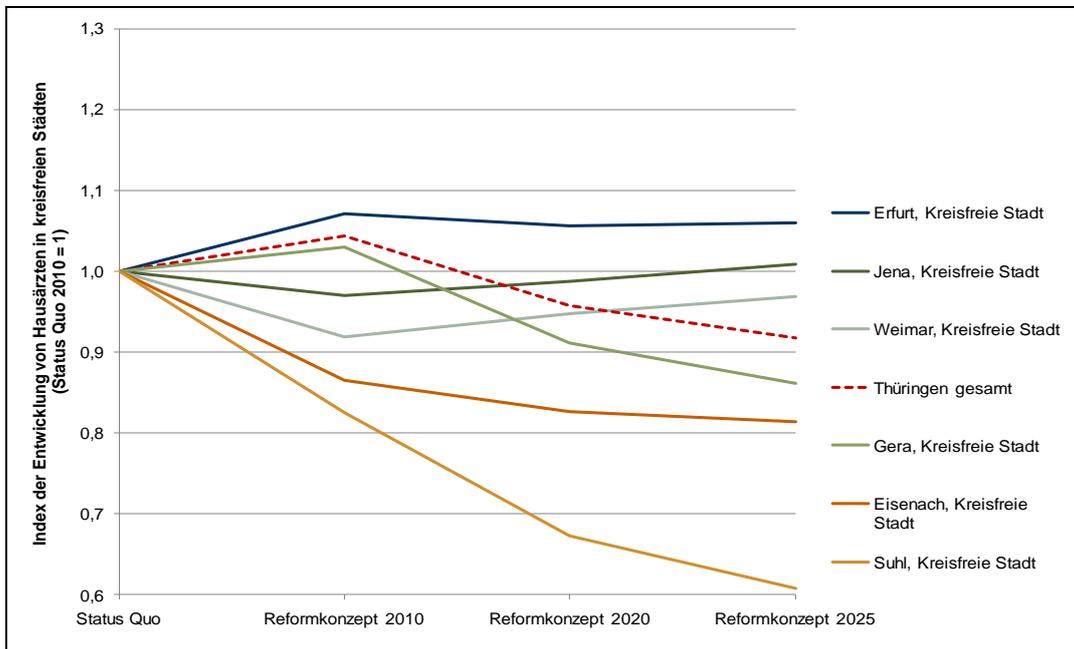
- Von den kreisfreien Städten in Thüringen ergibt sich aus der Gegenüberstellung mit dem Status Quo nur für Erfurt sowohl kurz- als auch längerfristig bis zum Jahr 2025 ein Mehrbedarf an Hausärzten. Dabei liegt der Mehrbedarf in den Jahren 2020 und 2025 etwas unter dem gegenwärtigen.
- Einzige weitere Stadt mit einem aufgrund der Bevölkerungsentwicklung erwarteten Mehrbedarf an Hausärzten im Jahr 2025 ist Jena, allerdings ergibt sich nach den hier ermittelten regionalen Planzahlen mit Bezugsjahr 2010 zunächst ein Minderbedarf an Hausärzten gegenüber dem Status Quo. Die Bedarfsentwicklung stellt sich somit für Jena spiegelbildlich zu derjenigen dar, die für Thüringen insgesamt ermittelt wurde.
- Für die Stadt Gera ergibt sich ein aktueller Mehrbedarf an Hausärzten, längerfristig jedoch ein deutlicher Minderbedarf. Für Weimar gestaltet sich die Bedarfsentwicklung ähnlich wie für Jena, jedoch erreicht die Planzahl für Hausärzte trotz eines bis zum Jahr 2025 wieder wachsenden Bedarfs nicht ganz die Hausarztzahl im Status Quo.

Tabelle 22: Veränderungen der Einwohnerzahlen und Altersstrukturen in den kreisfreien Städten und Landkreisen Thüringens, 2010-2025

Kreisfreie Stadt / Landkreis	Veränderung 2010-2025	
	Anzahl erwachsener Einwohner (15+)	Teil-Bedarfsindex "Altersstruktur Erwachsene"
Erfurt, Kreisfreie Stadt	-1,1%	0,1%
Gera, Kreisfreie Stadt	-17,9%	1,9%
Jena, Kreisfreie Stadt	2,5%	1,5%
Suhl, Kreisfreie Stadt	-30,9%	6,5%
Weimar, Kreisfreie Stadt	5,4%	0,1%
Eisenach, Kreisfreie Stadt	-5,4%	-0,6%
Eichsfeld, Kreis	-12,7%	2,0%
Nordhausen, Kreis	-13,8%	1,4%
Wartburgkreis	-16,5%	2,6%
Unstrut-Hainich-Kreis	-14,0%	1,7%
Kyffhäuserkreis	-25,2%	4,0%
Schmalkalden-Meiningen, Kreis	-16,3%	2,3%
Gotha, Kreis	-11,5%	1,5%
Sömmerda, Kreis	-15,1%	3,0%
Hildburghausen, Kreis	-17,5%	2,7%
Ilm-Kreis	-8,9%	1,0%
Weimarer-Land, Kreis	-14,9%	2,9%
Sonneberg, Kreis	-18,8%	2,4%
Saalfeld-Rudolstadt, Kreis	-22,4%	2,7%
Saale-Holzland-Kreis	-11,2%	1,9%
Saale-Orla-Kreis	-17,9%	2,2%
Greiz, Kreis	-23,3%	3,2%
Altenburger Land, Kreis	-21,8%	2,3%

Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Abbildung 12: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Tabelle 23: Anzahl der Hausärzte in kreisfreien Städten in Thüringen, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo

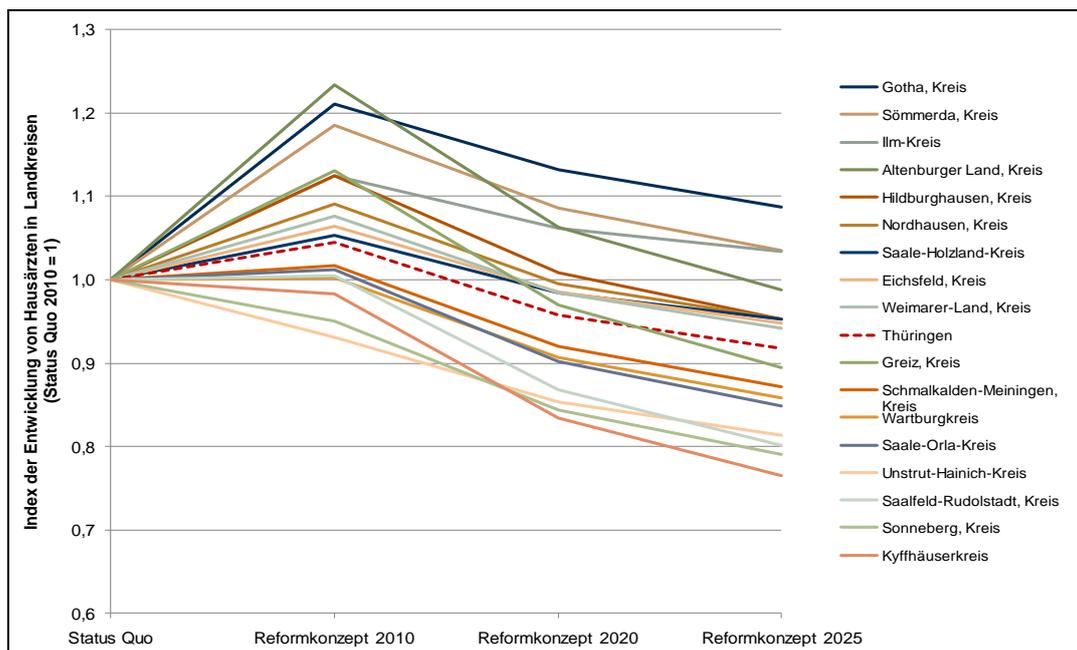
Kreis	Status Quo	Reformkonzept 2010	Reformkonzept 2020	Reformkonzept 2025
Erfurt, Kreisfreie Stadt	124	133	131	131
Gera, Kreisfreie Stadt	66	68	61	57
Jena, Kreisfreie Stadt	69	67	68	70
Suhl, Kreisfreie Stadt	33	27	22	20
Weimar, Kreisfreie Stadt	46	42	44	45
Eisenach, Kreisfreie Stadt	33	29	27	27

Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Anmerkung: rot: Planzahl < tatsächliche Arztzahl (Status Quo)

Für die Mehrzahl der Landkreise Thüringens ergibt sich ein gegenwärtiger Mehrbedarf an Hausärzten (Abbildung 13 und Tabelle 24). In allen Landkreisen nimmt der für die Jahre 2020 und 2025 ermittelte Hausärztebedarf jedoch wieder ab. Für nur drei Landkreise liegt der aufgrund der Bevölkerungsprognosen ermittelte Hausärztebedarf auch noch im Jahr 2025 über der Hausärztezahl im Status Quo.

Abbildung 13: Veränderung der Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Tabelle 24: Anzahl der Hausärzte in Landkreisen Thüringens (Auswahl), Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo

Kreis	Status Quo	Reformkonzept 2010	Reformkonzept 2020	Reformkonzept 2025
Sömmerda, Kreis	41	48	44	42
Hildburghausen, Kreis	40	45	40	38
Ilm-Kreis	67	75	71	69
Weimarer-Land, Kreis	51	55	51	48
Sonneberg, Kreis	43	41	36	34
Saalfeld-Rudolstadt, Kreis	80	81	70	64
Saale-Holzland-Kreis	55	58	54	52
Saale-Orla-Kreis	58	59	53	50
Greiz, Kreis	65	74	63	58
Altenburger Land, Kreis	56	69	59	55

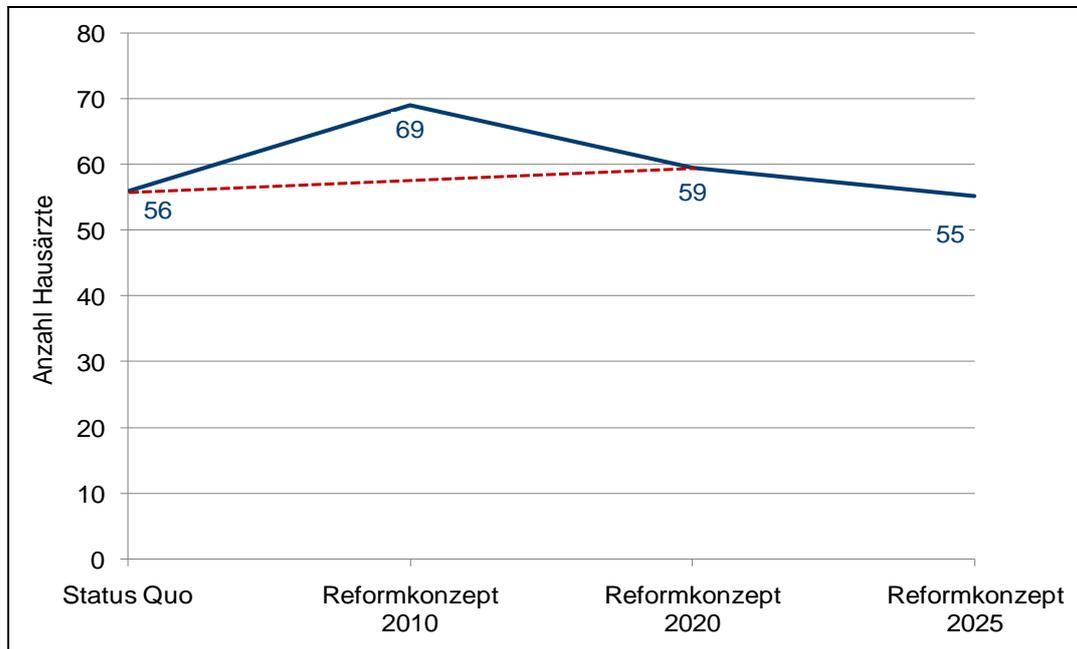
Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Anmerkung: rot: Planzahl < tatsächliche Arztzahl (Status Quo)

#### 4.4.3 Verfahrensvorschlag bei temporärem Mehrbedarf an Ärzten

Die typische Entwicklung der Hausärztebedarfs in den Landkreisen Thüringens ist durch einen aktuellen Mehrbedarf und einem längerfristigen Rückgang des Hausärztebedarfs gekennzeichnet, der bis auf wenige Ausnahmen in einen Minderbedarf im Jahr 2025 im Vergleich zum Status Quo mündet. Exemplarisch lässt sich dies anhand des Landkreises "Altenburger Land" illustrieren (Abbildung 14). Im Vergleich zum Status Quo ergibt sich in diesem Landkreis im Zeitraum 2010 bis 2025 temporär ein Mehrbedarf an Hausärzten. Der auf der Grundlage der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung c. p. für das Jahr 2025 ermittelte Planungswert für Hausärzte liegt jedoch wieder leicht unter der Hausärztezahl im Status Quo.

Abbildung 14: Anzahl der Hausärzte im Kreis Altenburger Land, Reformkonzept 2010-2025 im Vergleich zum Status Quo



Quelle: IGES unter Verwendung der Bevölkerungsprognose nach Altersgruppe, Basisjahr 2010, Statistisches Landesamt Thüringen

Hinsichtlich der Steuerung der ärztlichen Angebotskapazitäten stellt sich nun die Frage, ob der aktuelle Mehrbedarf oder der längerfristige Minderbedarf als maßgebliche Planungsgrundlage herangezogen werden sollte. Für den Landkreis Altenburger Land bedeutete dies konkret ein Spektrum an Planungswerten, das von 13 zusätzlichen Hausärzten (+23 %) bis zu einer Verringerung um einen Hausarzt (-2 %) reicht. Angesichts der typischerweise mehrjährigen Zulassungsperspektive und der entsprechend längerfristigen Tätigkeit von Hausärzten an ihren Arztsitzen erscheint es sinnvoll, die prospektiv ermittelten Planungswerten stärker in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Gleichzeitig sollte dies jedoch nicht dazu führen, dass der temporäre Mehrbedarf allein aufgrund des kürzeren Zeithorizonts ignoriert wird.

Das hier vorgeschlagene Konzept sieht als Lösungsansatz für eine prospektive Orientierung der Bedarfsplanung vor, dem zeitlich begrenzten Mehrbedarf primär dadurch zu entsprechen, dass die Zulassungen für Vertragsärzte stärker zeitraumbezogen differenziert werden. Das GKV-VStG hat hierfür durch Ergänzung des § 98 SGB V eine gesetzliche Grundlage geschaffen, wonach die Zulassungsverordnungen nun auch Vorschriften über die Voraussetzungen für eine Befristung von Zulassungen enthalten müssen (Abs. 2 Nr. 12). Bezogen auf das hier gewählte Beispiel, dem Landkreis Altenburger Land, bedeutet dies, dass der gegenwärtig zu konstatierende

Mehrbedarf von 13 Hausärzten zum Großteil durch zeitlich befristete Hausarztzulassungen zu decken wäre.

Konkret wird vorgeschlagen, den prospektiven Planungswert für das Jahr 2020 als Orientierungspunkt heranzuziehen. Der hiermit gewählte 10-Jahres-Zeitraum wäre ein pragmatischer Kompromiss: Angesichts des Ziels der längerfristigen Orientierung der Bedarfsplanung sollte der Zeitraum einerseits nicht zu kurz gewählt werden; andererseits nimmt mit zunehmender Länge des Zeitraums die Prognosequalität ab. Hinzu kommt die Ceteris-paribus-Annahme bei der Ableitung der prospektiven Planungswerte, insbesondere der Anwendung unveränderter Norm-Verhältniszahlen: Infolgedessen verlieren die prospektiven Planungswerte mit zunehmender Länge des Zeitraums an Aussagekraft. Schließlich ist davon auszugehen, dass die Norm-Verhältniszahlen in größeren Zeitabständen an die aktuellen Verhältnisse angepasst werden.

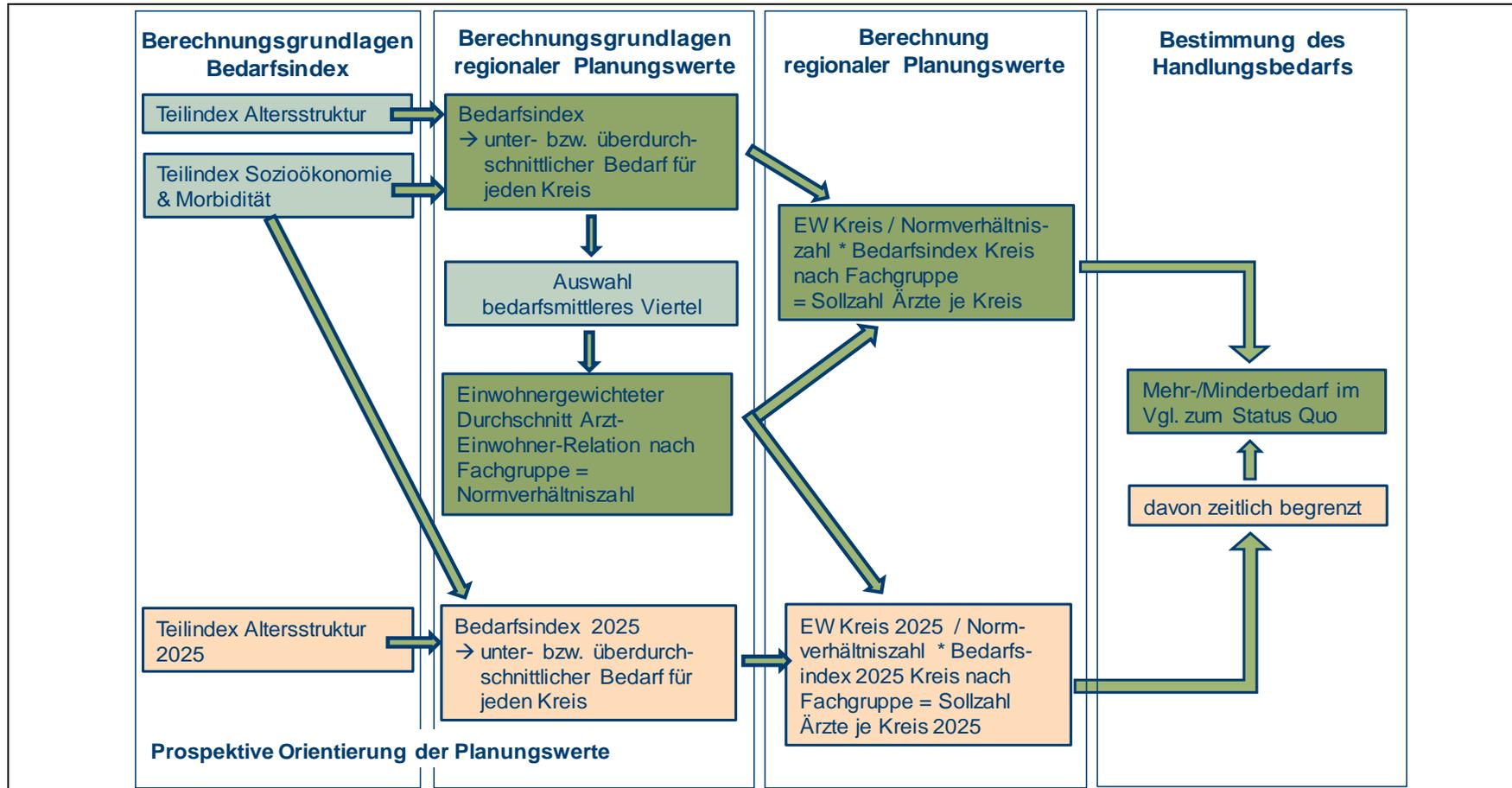
Bezogen auf den Landkreis Altenburger Land wäre demnach für die Bedarfsplanung die für das Jahr 2020 ermittelte Hausärztezahl in Höhe von 59 maßgeblich, um den Anteil der zeitlich befristeten Hausarztzulassungen zu bestimmen. Im Ergebnis würde der gegenwärtig zu konstatierende Mehrbedarf von 13 Hausärzten durch zehn auf den 10-Jahres-Zeitraum 2010 bis 2020 befristete Hausarztzulassungen und durch drei unbefristete Hausarztzulassungen gedeckt. Im Jahr 2020 würden somit zehn der 13 zusätzlichen Hausarztzulassungen ihre Gültigkeit verlieren, und der prospektive Planungswert für das Jahr 2020 von insgesamt 59 Hausärzten würde erreicht.

Um einem aller Voraussicht nach nur temporär bestehendem Mehrbedarf an Ärzten zu entsprechen, sind neben einer Ausweitung von Befristungsmöglichkeiten u. U. weitere Maßnahmen zu ergreifen. Hierzu zählt eine Reihe von Instrumenten, die bereits gegenwärtig regional entwickelt und erprobt werden, wie z. B. mobile Arztpraxen oder Patientenbeförderungsdienste. Einen möglichen Beitrag kann auch die Flexibilisierung der Arbeitsformen von Vertragsärzten leisten, wie sie insbesondere durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz seit dem Jahr 2007 angestoßen wurden, z. B. in Form von Teilzulassungen oder Zweigpraxen.

#### **4.5 Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene**

Mit der Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte sowie der prospektiven Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung wurden die Verfahrensschritte des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung beschrieben, die auf zentraler (Bundes-) Ebene vollzogen werden. Abbildung 15 stellt die einzelnen Elemente und die Abfolge der Verfahrensschritte nochmals im Überblick dar.

Abbildung 15: Übersicht über die Verfahrensschritte der Bedarfsplanung auf zentraler Planungsebene



Quelle: IGES

Die nachfolgend dargestellten Teile des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung beziehen sich auf die Verfahrensschritte, die auf regionaler Ebene vollzogen werden. Hierbei handelt es sich um die Verteilungsplanung zu den regionalen Planungswerten, die sich aus den vorigen Verfahrensschritten auf zentraler Planungsebene ergeben.

## **4.6 Kapazitätsverteilung in der Fläche**

### **4.6.1 Verfahrensgrundlagen**

Das von IGES entwickelte Reformkonzept der Bedarfsplanung ist zweistufig angelegt: In der ersten Stufe wird für jede Planungsregion – je nach betrachteter ärztlicher Fachgruppe entweder Kreise/kreisfreie Städte oder Raumordnungsregionen (ROR) – die Sollzahl von Arztsitzen ermittelt. Dies erfolgt unter Berücksichtigung des für die jeweilige regionale Bevölkerung ermittelten Bedarfsindex einerseits (vgl. Kapitel 4.2) sowie ggf. einer prospektiven Adjustierung andererseits (vgl. Kapitel 4.4).

In der zweiten Verfahrensstufe geht es um die Verteilung der als Soll festgelegten Arztsitze bzw. Praxisstandorte über die Fläche der jeweiligen Planungsregion.

Durch die Verfahrensentwicklungen auf der ersten Stufe wird erreicht, dass die Planungswerte (Sollzahlen) für jede Region nur noch nach Maßgabe von nachvollziehbaren Unterschieden auf der Ebene der definierten Bedarfsindikatoren variieren.

Die Verfahrensentwicklung auf der zweiten Stufe soll sicher stellen, dass den aus Sicht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss besonders wichtigen Kriterien der Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig besser Rechnung getragen wird.

Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Steuerung der Standortwahl für Arztsitze innerhalb eines Planungsbezirks nicht vorgesehen. Diese Situation ist insofern unbefriedigend, weil sie u. U. dazu führen kann, dass sich trotz Erhöhung der Versorgungskapazität durch zusätzliche Arztsitze die Erreichbarkeit und Wohnortnähe für die Bevölkerung des Planungsbezirks nicht verbessern, wenn die zusätzlichen Praxisstandorte in unmittelbarer Nähe der bereits bestehenden errichtet werden.

Das hier vorgeschlagene Konzept sieht daher einen eigenständigen Verfahrensschritt zur Planung der Verteilung der Praxisstandorte innerhalb eines Planungsbezirks vor, für den die rechtlichen Grundlagen ggf. zu schaffen wären.

Eine Alternative zu dieser Vorgehensweise stellt eine kleinräumigere Bedarfsplanung dar. In diesem Fall wird die Wohnortnähe sicher gestellt, indem entsprechend kleine Planungsbezirke gewählt werden. Der – aus unserer Sicht gravierende – Nachteil dieser Vorgehensweise ist die damit einhergehende starke Erhöhung der Zahl der Planungsbezirke und damit auch der Rundungstatbestände bei der Festlegung der absoluten Arztszahlen je Planungsbezirk. Je nach gewählter Rundungsregel können bei einer kleinräumigeren Bedarfsplanung erhebliche – und sachlich eigentlich nicht begründete – Steigerungen der Arztsitzzahlen resultieren.

Das Ziel einer wohnortnahen bzw. gut erreichbaren Versorgung wird auch in einem im Jahr 2011 publizierten Reformkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verfolgt (Kopetsch 2011), das ebenfalls auf eine kleinräumige Planung abzielt. Dieses Konzept verzichtet auf eine vorgängige Ermittlung von Planungswerten für administrativ abgegrenzte Regionen und leitet statt dessen einen potenziellen zusätzlichen Versorgungsbedarf unmittelbar aus Interaktionsbeziehungen zwischen existierenden bzw. möglichen Praxisstandorten und der umliegenden Bevölkerung ab. Damit wird zwar die Rundungsproblematik vermieden, aber das vorliegende Reformkonzept präferiert aus folgenden Gründen trotzdem die zweistufige Vorgehensweise:

- Regionsbezogene Planungswerte sind u. E. weiterhin sinnvoll, weil sie nicht nur die Ermittlung von Unterversorgung, sondern auch von Überversorgung und damit die Option eines perspektivischen Abbaus von Unterversorgung in einer Region durch die Reduktion von Überversorgung in anderen Regionen ermöglichen.
- Die erste Verfahrensstufe des Reformkonzepts kann ohne großen Aufwand der Informationsbeschaffung und -verarbeitung auf einer zentralen Ebene – auf Bundes-, Landes- oder KV-Ebene – durchgeführt werden. Um eine hinsichtlich Erreichbarkeit und Wohnortnähe sachgerechte Verteilung der Arztstandorte in einer Region zu erreichen, sind jedoch Kenntnisse über die örtlichen lebensweltlichen und verkehrstechnischen Gegebenheiten und Verflechtungen erforderlich. Diese Informationen sind typischerweise auf einer regionalen bzw. lokalen Planungsebene leicht verfügbar, wogegen eine zentrale Beschaffung und Administration dieser Informationen zwar prinzipiell möglich, aber sicher aufwändig und für die Bürger/innen tendenziell intransparent wäre. Daher sieht das vorliegende Konzept in der zweiten Verfahrensstufe eine regionalisierte Verteilungsplanung vor, die sich z. B. durch eine regelhafte Beteiligung der kommunalen Organe (Kreistage) an der Planung Zugang zu den erforderlichen Informationen verschaffen kann (vgl. Kapitel 4.7).

Das im Folgenden dargestellte Verfahren zur Verteilung der ärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche verwendet u. a. ein je nach betrachteter Arztgruppe unterschiedliches Entfernungskriterium (z. B. 5 km für die Entfernung zur nächsten Hausarztpraxis). Für diese methodische Vorgehensweise spricht nicht nur die vergleichsweise leichte Handhabbarkeit des Kriteriums durch die regional an der Bedarfsplanung beteiligten Instanzen, sondern auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die unter Verweis auf den Versorgungsanspruch der Versicherten feste Maximalentfernungen zwischen dem Wohnort eines Versicherten und einem Praxisstandort als Beurteilungsmaßstab heranzieht, ob in einer Region ggf. ein Sonderbedarf zu prüfen ist (vgl. Bundessozialgericht Urteil vom 23.6.2010, B 6 KA 22/09 R).

Im Folgenden werden die Verfahren zur Verteilungsplanung für die hausärztliche und die wohnortnahe fachärztliche Versorgung dargestellt. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die gemäß diesem Reformkonzept auf der Ebene der Raumordnungsregionen geplant werden soll, ist keine Verteilungsplanung vorgesehen. Das Kriterium der Wohnortnähe muss bei diesen Versorgungsangeboten aus den oben dargelegten Gründen (vgl. Kapitel 4.2.3) in den Hintergrund treten, weshalb eine Verteilungsplanung nicht sinnvoll erscheint.

#### **4.6.2 Verfahren zur Verteilung von hausärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Hausärzte)**

Im Bereich der hausärztlichen Versorgung ist eine möglichst große Wohnortnähe das zentrale Kriterium. Das Verfahren der "Verteilungsplanung/Hausärzte" wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Es lässt sich durch folgende Eckpunkte beschreiben:

1. Aus der ersten Verfahrensstufe der Bedarfsplanung ergibt sich für den Planungsbezirk – im Fall der Hausärzte also den Kreis bzw. die kreisfreie Stadt – eine bedarfsadjustierte Einwohner-Arzt-Relation (Zielrelation) sowie (nach Multiplikation mit der Einwohnerzahl) die Sollzahl von Hausärzten. (Dabei wird zunächst nicht zwischen befristeten und unbefristeten Zulassungen unterschieden, vgl. Kapitel 4.4).
2. Die Verteilungsplanung/Hausärzte erfolgt auf der Ebene der Gemeinden<sup>26</sup> eines Kreises bzw. bei kreisfreien Städten auf einer zu de-

---

<sup>26</sup> Zum 31.12.2010 gab es in Deutschland 11.515 Gemeinden. Insbesondere in Rheinland-Pfalz und Bayern ist die Anzahl der Gemeinden sehr hoch (mehr als 2.000), so

finierenden kleinräumigeren Ebene (z. B. Stadt-/Ortsteile, statistische Gebiete o. ä.). Im Folgenden wird das Verfahren am Beispiel eines Landkreises und der zugehörigen Gemeinden dargestellt (vgl. Abbildung 16, Kreis Altenburger Land).

3. Auf der Ebene der Gemeinden werden die bestehenden Praxisstandorte ermittelt und berechnet, welches faktische Verhältnis „Einwohner der Gemeinde pro Arzt“ sich für jede Gemeinde des Kreises zum Stichtag der Planung ergibt.
4. Auf Basis dieser gemeindebezogenen faktischen Einwohner-Arzt-Relationen im Status quo werden die Gemeinden des Kreises folgenden vier Kategorien zugeordnet:

Kategorie A: Gemeinden, in denen die faktische Einwohner-Arzt-Relation zum Planungsstichtag der für den gesamten Kreis berechneten Zielrelation entspricht bzw. innerhalb eines definierten Intervalls um die Zielrelation liegt (hellgrün dargestellte Gemeinden in Abbildung 16). In der folgenden beispielhaften Darstellung wird für die Kategorie A das Intervall  $\geq 75\%$  der Zielrelation bis  $\leq 125\%$  der Zielrelation definiert.

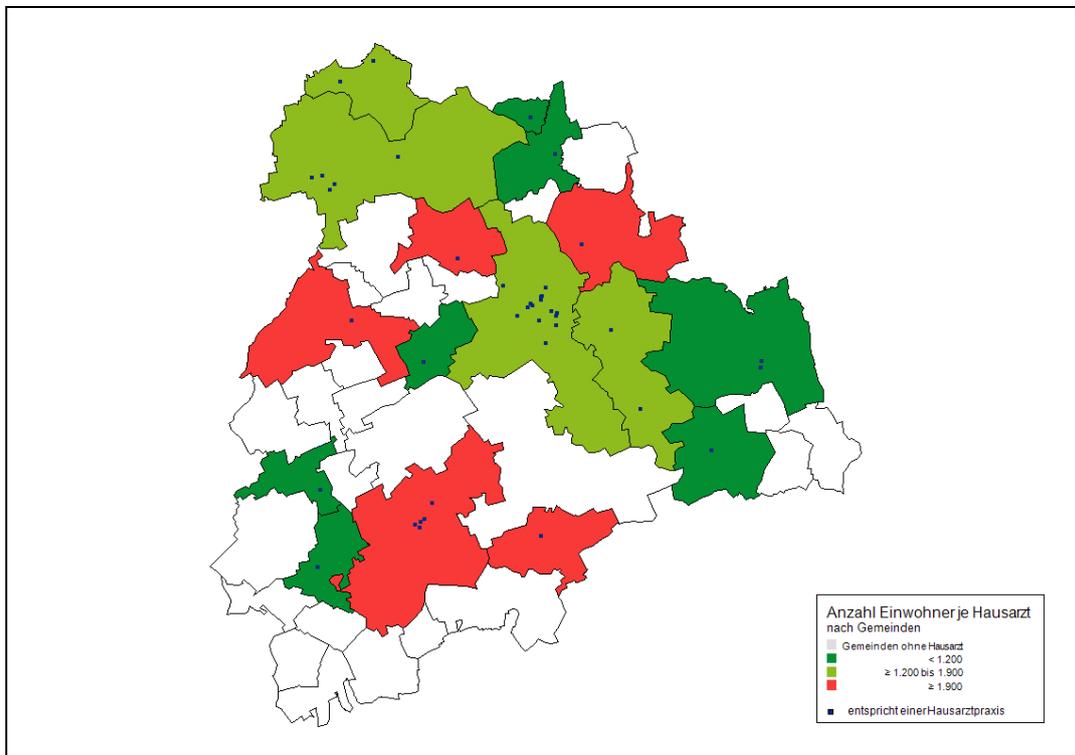
Kategorie B: Gemeinden mit einer höheren Versorgungsdichte als Kategorie A ( $>125\%$  der Zielrelation) (dunkelgrün dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

Kategorie C: Gemeinden mit einer geringeren Versorgungsdichte als Kategorie A ( $<75\%$  der Zielrelation) (rot dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

Kategorie D: Gemeinden ohne Hausarztstandort (weiß dargestellte Gemeinden in Abbildung 16).

5. Anschließend wird nach einem regelbasierten Verfahren sukzessive geprüft und entschieden, in welchen Gemeinden Arztsitze angesiedelt oder abgebaut werden sollen. Übergeordneter Maßstab ist dabei die für den gesamten Kreis festgelegte Sollzahl von Ärzten.

Abbildung 16: Verteilungsplanung/Hausärzte: Kategorisierung von Gemeinden am Beispiel des Kreises Altenburger Land (Thüringen)



Quelle: IGES; Anzahl der Hausarztpraxen nach Gemeinden gemäß Online-Arztsuche der KV-Thüringen, Stand: 15.12.2011.

**Fall 1:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis ist höher als die aktuelle Ist-Zahl.

In diesem Fall geht es zunächst um die Frage, in welchen Gemeinden die zusätzlichen Hausarztpraxen angesiedelt werden sollen. Darüber hinaus kann zusätzlich auch eine perspektivische „Umsiedlung“ von bereits bestehenden Hausarztpraxen in Frage kommen, um die Wohnortnähe der Versorgung für die Einwohner des Kreises zu steigern.

Im ersten Schritt muss für alle Gemeinden ohne Arzt (Kategorie D, weiße Flächen) geprüft werden, ob die dort wohnhafte Bevölkerung durch angrenzende Gemeinden mit Arztstandorten – ggf. auch in benachbarten Kreisen – in angemessener Weise mitversorgt werden kann. Dies ist der Fall, wenn folgende zwei Bedingungen gleichzeitig erfüllt sind:

(a) Bei einer Zusammenfassung der Gemeinde ohne Hausarzt mit einer benachbarten Gemeinde mit mindestens einem Hausarzt liegt die resultierende Einwohner-Arzt-Relation für die fusionierten Gemeinden in den für den Kreis geltenden Intervallgrenzen der Kategorie A.

(b) Die Einwohner der Gemeinde ohne Arzt können die Ärzte in der Nachbargemeinde in zumutbarer Weise erreichen. Die Zumutbarkeit wird unterstellt, wenn die Entfernung weniger als 5 km (oder ein anderer zu definierender Wert) beträgt.

Falls für eine Gemeinde ohne Arzt keine Zusammenfassung mit einer Nachbargemeinde die genannten Bedingungen erfüllt, kommt diese Gemeinde für einen neuen Arztsitz in Frage.

Das Verfahren wird für die Gemeinden der Kategorie C (geringere Versorgungsdichte als für den Kreis insgesamt vorgesehen) in analoger Weise wiederholt.

In vielen Fällen dürften die planerischen Fusionen von Gemeinden der Kategorien D und C mit besser versorgten Nachbargemeinden dazu führen, dass nur wenige Gemeinden der überdurchschnittlich versorgten Kategorie B übrig bleiben. Es ist jedoch möglich, dass die Behebung einer Unterversorgung in Kategorie D/C-Gemeinden durch Zusammenfassung mit besser versorgten Nachbarn nicht möglich ist, dass aber gleichzeitig innerhalb der Planungsregion Gemeinden der Kategorie B verbleiben. In diesen Fällen kann die Unterversorgung in D/C-Gemeinden – nach Ausschöpfung der Möglichkeiten zur Neuansiedlung von Arztpraxen – durch eine perspektivische Umsiedlung von Arztsitzen aus Gemeinden der Kategorie B in D/C-Gemeinden erfolgen. (Details zum Verfahren der perspektivischen Umsiedlung von Arztsitzen sind weiter unten dargestellt.)

**Fall 2:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis ist niedriger als die aktuelle Ist-Zahl.

In diesem Fall geht es um die Frage, in welchen Gemeinden bestehende Arztsitze künftig abgebaut werden sollen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Gemeinde mit überdurchschnittlicher Versorgung möglicherweise eine Mitversorgungsfunktion für benachbarte Gemeinden erfüllt.

Für jede Gemeinde der Kategorie B wird geprüft, ob nach Wegnahme eines Arztsitzes in dieser Gemeinde sowie den ggf. mitversorgten Nachbargemeinden eine Versorgungssituation mindestens entsprechend der Kategorie A resultiert. Die Überprüfung der Mitversorgungsfunktion der betreffenden B-Gemeinde erfolgt analog zu der Vorgehensweise in Fall 1 durch planerische Fusion der Gemeinden und Berechnung der Einwohner-Arzt-Relation für das resultierende Aggregat.

Die Vorgehensweise wird für alle Gemeinden der Kategorie B fortgesetzt, bis die Zahl der abzubauenen Arztsitze erreicht ist.

Trotz der Überversorgung auf Ebene der gesamten Planungsregion kann es auf Gemeindeebene zu Verletzungen der definierten Kriterien für eine wohnortnahe Versorgung kommen. Daher kann ergänzend zu der Festlegung der abzubauenen Arztsitzstandorte zusätzlich auch eine die Wohnortnähe optimierende „Umsiedlungsplanung“ (vgl. Fall 3) erfolgen.

**Fall 3:** Die Sollzahl von Hausärzten für den Kreis entspricht (innerhalb definierter Toleranzgrenzen) der aktuellen Ist-Zahl.

Auch in diesem Fall sollte eine Verteilungsplanung durchgeführt werden, weil trotz Erreichen der Sollzahl auf Ebene der Planungsregion in einzelnen Gemeinden das Kriterium der Wohnortnähe verletzt sein kann.

Die Vorgehensweise erfolgt analog zu Fall 1, mit dem Unterschied, dass gemeindebezogene Unterversorgungen, die nicht durch planerische Fusionen mit Nachbargemeinden ausgeglichen werden können, nur durch perspektivische „Umsiedlungen“ von Praxisstandorten, aber nicht durch zusätzliche Ansiedlungen behoben werden können. Die Gemeinden, die für eine Abgabe von Arztsitzen in Frage kommen, werden entsprechend Fall 2 ermittelt.

Das Konzept der perspektivischen "Umsiedlung" von Praxisstandorten innerhalb einer Planungsregion ist ein zusätzliches und bisher in der Bedarfsplanung nicht bekanntes Verfahrenselement. Es dient ausschließlich der Herstellung einer größeren Wohnortnähe der – vor allem hausärztlichen – Versorgung. Dabei geht es nicht um eine Umsiedlung von Vertragsärzten mit ihrer Praxis, sondern um eine Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall einer Nachbesetzung des Arztsitzes.

- Eine perspektivische Umsiedlung von Praxisstandorten ist in Betracht zu ziehen, wenn die Verteilungsplanung für eine Planungsregion nach eventueller Verteilung zusätzlicher Arztsitze (vgl. oben Fall 1) das Fortbestehen von Gemeinden mit über- (Kategorie B) und unterdurchschnittlicher (Kategorien C, D) Versorgung innerhalb einer Planungsregion anzeigt.
- Es ist zu prüfen, ob eine wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung in den Gemeinden der Kategorien C und D ggf. durch Mitversorgung durch Arztsitze in angrenzenden Planungsregionen (Nachbarkreise) erreicht wird.
- Ferner ist zu prüfen, ob das Ziel einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung in den Gemeinden der Kategorien C und D ggf. durch Infrastrukturmaßnahmen zu Verbesserung der Erreichbarkeit der bestehenden Praxisstandorte – z.B. durch Verbesserung der ÖPNV-Anbindung – erreicht werden kann.

- Falls keine dieser Maßnahmen zum Ziel führt, muss die KV die Umsiedlung von Arztstandorten aus Gemeinden der Kategorie B in Gemeinden der Kategorie C bzw. D veranlassen. Das bedeutet, dass die Nachbesetzung des nächsten frei werdenden Arztsitzes in einer Gemeinde der Kategorie B an die Bedingung geknüpft wird, dass der Praxisnachfolger den Standort entsprechend der Vorgabe der KV in eine C/D-Gemeinde verlegt.

Das geschilderte Verfahren ermöglicht eine Verteilungsplanung, die sich zum einen auf einheitliche formale Kriterien (bedarfsadjustierte Einwohner-Arzt-Relation des Kreises sowie Maximalentfernungskriterium) stützt, die aber unter Nutzung des lokalen Wissens über die lebensweltlichen und verkehrstechnischen Verflechtungen und Gegebenheiten in der Region flexibel angepasst werden kann. So sollte bspw. eine Verletzung des Maximalentfernungskriteriums zulässig sein, wenn die tatsächlichen Verkehrsverbindungen dies sinnvoll und begründbar erscheinen lassen. Auch das Verfahren der planerischen Zusammenfassung von benachbarten Regionen, um die Möglichkeit der Mitversorgung zu eruieren, sollte nicht schematisch erfolgen, sondern unter Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse.

Die Berücksichtigung solcher lokalen Gegebenheiten wird durch die vorgesehene Beteiligung von lokalen Akteuren – vorgeschlagen werden die Kreistage – ermöglicht: Die von der KV zunächst nach formalen Kriterien erstellte Verteilungsplanung soll den Kreistagen durch den Landesausschuss zur Stellungnahme vorgelegt werden. Diese sollen den Verteilungsvorschlag unter Berücksichtigung der lokalen lebensweltlichen Verflechtungen sowie der ÖPNV-Verbindungen prüfen und ggf. abweichende Vorschläge zur Verteilung der Arztsitze innerhalb der Planungsregion machen. Dabei sind bspw. auch Verletzungen des Entfernungskriteriums (5 km) möglich, sofern sie von der lokalen Ebene begründet werden.

Die Entscheidung über die Verteilungsplanung liegt beim zuständigen Landesausschuss, der die Modifikationsvorschläge der lokalen Akteure berücksichtigen kann (vgl. Kapitel 4.7).

#### **4.6.3 Verfahren zur Verteilung der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche (Verteilungsplanung/Fachärzte)**

Die Ermittlung der Sollzahl von Ärzten erfolgt auch für die Fachgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte. Im Hinblick auf die Verteilung dieser Arztsitze innerhalb der Planungsregion sind jedoch andere Maßstäbe anzulegen, als bei den Hausärzten:

- Auf einen Facharzt kommen deutlich mehr Einwohner als auf einen Hausarzt, woraus zwingend folgt, dass hier eine geringere Wohnortnähe in Kauf zu nehmen ist. Das im Folgenden dargestellte Verfahren schlägt für die wohnortnahen Facharztgruppen als Entfernungskriterium eine maximale Entfernung von ca. 15 km vor.
- Bei grundsätzlich geringerer Wohnortnähe ist es ferner positiv zu bewerten, wenn sich die Arztpraxen innerhalb der Planungsregion an wenigen zentralen Orten ansiedeln, weil diese üblicherweise auch verkehrstechnisch am besten erreichbar sind. Allerdings gilt es trotzdem im Regelfall das Maximalentfernungskriterium einzuhalten. Abweichungen von dem Entfernungskriterium können auf begründete Intervention der lokalen Akteure – analog zum Verfahrensvorschlag für die Verteilungsplanung/Hausärzte – akzeptiert werden.

Die gegenwärtigen Standorte der wohnortnahen Facharztpraxen finden sich in der Regel bereits konzentriert in den größeren Orten der bestehenden Planungsregionen. Das Verfahren der Verteilungsplanung/Fachärzte nimmt daher die bestehenden Praxisstandorte der jeweils betrachteten Fachgruppe zum Ausgangspunkt und prüft sukzessive, ob das Entfernungskriterium für die Einwohner des Kreises eingehalten wird bzw. an welchen Standorten ein Zu- oder Abbau von Arztsitzen durchgeführt werden sollte oder welche bestehenden Arztsitze umgesiedelt werden sollten, um die Wohnortnähe zu verbessern.

1. Im ersten Schritt wird für jede in der Planungsregion bereits vorhandene Praxis das Einzugsgebiet – also die Region im Radius von ca. 15 km um den Praxisstandort herum – definiert.
2. Die innerhalb des Einzugsgebiets der Praxis wohnhaften Einwohner werden – beginnend mit den Einwohnern der Standortgemeinde der Praxis und ggf. mit Einwohnern der jeweils unmittelbar angrenzenden Gemeinden fortfahrend – dieser Praxis fiktiv als zu versorgende Population zugeordnet, bis das für diesen Planungsbezirk maßgebliche Einwohner-Arzt-Verhältnis erreicht ist. Zuerst werden Einwohner der Gemeinden zugeordnet, die ausschließlich im Einzugsgebiet dieser Praxis liegen, im nächsten Schritt auch Einwohner, die in den Einzugsgebieten mehrerer Praxen liegen – solange bis die Praxis „voll“ ist.
3. Jeder Einwohner kann nur genau einer Praxis zugeordnet werden. Falls einer Praxis keine innerhalb ihres Einzugsgebiets wohnenden Einwohner mehr zugeordnet werden können (z. B. weil die übrigen Einwohner bereits anderen am gleichen Standort ansässigen Praxen fiktiv zugeordnet sind), wird die Differenz zur Einwohner-Arzt-Soll-Relation als freie Kapazität dieser Praxis gekennzeichnet.

4. Bei der Zuordnung der zu versorgenden Population werden die Einwohner nicht als Köpfe gezählt, sondern mit dem Gewicht, das sich aus dem Bedarfsindex für den Planungsbezirk ergibt. In einem Planungsbezirk mit überdurchschnittlichem Bedarf würde jeder Einwohner folglich mit einem Wert größer 1 gezählt.
5. In analoger Weise wird mit allen Praxen der Fachgruppe mit Standorten im Planungsbezirk verfahren.

Durch dieses Vorgehen wird sichtbar,

- a. welche Gemeinden bzw. Einwohner des Planungsbezirks keiner Praxis innerhalb der Maximalentfernung von 15 km zugeordnet werden können (weil alle Praxen innerhalb der Maximalentfernung bereits durch andere Einwohner fiktiv ausgelastet sind oder weil innerhalb der Maximalentfernung überhaupt keine Praxis erreichbar ist);
- b. welche Arztpraxen aufgrund der bedarfsgewichteten Anzahl der innerhalb ihres Einzugsgebietes von 15 km wohnhaften Einwohner als nicht ausgelastet zu gelten haben.

Damit ist die Basis geschaffen, um – je nachdem ob die tatsächliche Arztlzahl über, unter oder am Sollwert liegt – die Standorte zu bestimmen, an denen neu zu besetzende Arztsitze angesiedelt oder überzählige abgebaut oder umgesiedelt werden sollten.

Abbildung 18 verdeutlicht die Vorgehensweise an einem schematischen Beispiel: Die Rechtecke im oberen Teil des Bildes sollen die zwölf Gemeinden (A bis L) eines Planungsbezirks darstellen. Jede Gemeinde habe eine bedarfsgewichtete Anzahl von 15.000 Einwohnern. Im oberen Teil jedes Rechtecks sind die in der Gemeinde ansässigen Arztpraxen (P 1 bis P 7) dargestellt, Die maßgebliche Planzahl für den Bezirk betrage 20.000 Einwohner pro Arzt, bei insgesamt 180.000 Einwohnern beträgt die Sollzahl somit neun – statt der tatsächlich vorhandenen sieben – Arztpraxen. Ferner wird angenommen, dass das Maximalentfernungskriterium von 15 km stets für aneinander angrenzende Gemeinden gewahrt ist, d. h., eine Praxis in Gemeinde F kann theoretisch unter Wahrung des Maximalentfernungskriteriums auch Patienten aus den Gemeinden A, B, C, E, G, I, J, K (aber nicht aus D, H oder L) versorgen.

Die Vorgehensweise der Verteilungsplanung ist in der Tabelle im unteren Teil der Abbildung dargestellt: Jeder Praxis sind sukzessive Patienten aus den Gemeinden innerhalb der Maximalentfernung zugeordnet – bis zum Erreichen der Verhältniszahl von 20.000 Einwohnern.

Im Ergebnis wird deutlich, dass die Einwohner in den drei südöstlichen Gemeinden H, K und L nach den hier angelegten Verteilungskriterien am schlechtesten versorgt sind. Die zwei gemäß der Bedarfsplanung in diesem

Bezirk zusätzlich zu besetzenden Arztsitze sollten somit bspw. nicht in Gemeinde F, sondern bspw. in Gemeinde G oder L angesiedelt werden.

Abbildung 17: Schematisches Beispiel zur Veranschaulichung der Verteilungsplanung/Fachärzte

<b>A 15.000 EW</b>	<b>B 15.000 EW</b>	<b>C 15.000 EW</b>	<b>P 6 P 7</b> <b>D 15.000 EW</b>
<b>E 15.000 EW</b>	<b>P 1 P 2 P 3 P 4</b> <b>F 15.000 EW</b>	<b>P 5</b> <b>G 15.000 EW</b>	<b>H 15.000 EW</b>
<b>I 15.000 EW</b>	<b>J 15.000 EW</b>	<b>K 15.000 EW</b>	<b>L 15.000 EW</b>

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	Sum
P 1		5000				15000							20000
P 2	10000	10000											20000
P 3	5000				15000								20000
P 4								15000	5000				20000
P 5						15000			5000				20000
P 6			5000	15000									20000
P 7			10000					10000					20000
Sum	15000	15000	15000	15000	15000	15000	15000	10000	15000	10000	0	0	

Quelle: IGES

Bei der operativen Verfahrensdurchführung sollte die Möglichkeit bestehen, von dem Maximalentfernungswert von ca. 15 km in gewissen Grenzen abzuweichen, z. B. wenn reale Gemeindegrenzen oder geographische Gegebenheiten dies rechtfertigen.

Wie bei der Verteilungsplanung/Hausärzte ist auch für die Verteilungsplanung/Fachärzte ein Stellungnahmerecht für die lokale Ebene (Kreistage) vorgesehen, wo ggf. Modifikationen des Verteilungsvorschlags aufgrund der lokalen lebensweltlichen Zusammenhänge eingebracht werden können (vgl. Kapitel 4.7).

#### 4.6.4 Realisierungsperspektiven

Ansichts der möglicherweise fehlenden Rechtsgrundlage für eine unmittelbare Umsetzung der hier vorgeschlagenen Verteilungsplanung ist u. U. eine Zwischenlösung erforderlich. Ein Lösungsansatz könnte in einem Kompromiss zwischen dem hier präsentierten Konzept und einer kleinräumigeren Planung bestehen: Es wäre zu prüfen, ob es möglich ist, mit zwei

unterschiedlichen Systematiken von Planungsbezirken zu arbeiten, einer großräumigen (z. B. Kreise) für die Bestimmung der Sollzahl von Ärzten und einer kleinräumigen (z. B. Gemeinden oder Gemeindeverbände), die nur bei festgestellter Unterversorgung wirksam wird und die sicherstellt, dass die Standorte der zusätzlichen Arztsitze so gewählt werden müssen, dass auch die Wohnortnähe und Erreichbarkeit verbessert werden.

Grundsätzlich halten wir jedoch für das Erreichen des Ziels einer angemessenen Wohnortnähe eine rechtliche Grundlage für erforderlich, die auch in Planungsbezirken ohne Unterversorgung, aber mit ungünstiger Verteilung der Praxisstandorte das beschriebene Konzept einer perspektivischen Umsiedlung ermöglicht – gemäß den in Kapitel 4.6.2 beschriebenen Grundsätzen (Bestandsschutz für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxisinhaber, Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall von Nachbesetzungen).

#### **4.7 Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung und Prüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene**

Das hier vorgeschlagene Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung lässt sich in insgesamt drei Verfahrensstufen gliedern, von denen die beiden ersten in den vorangegangenen Kapiteln bereits ausführlich dargestellt wurden (Abbildung 18):

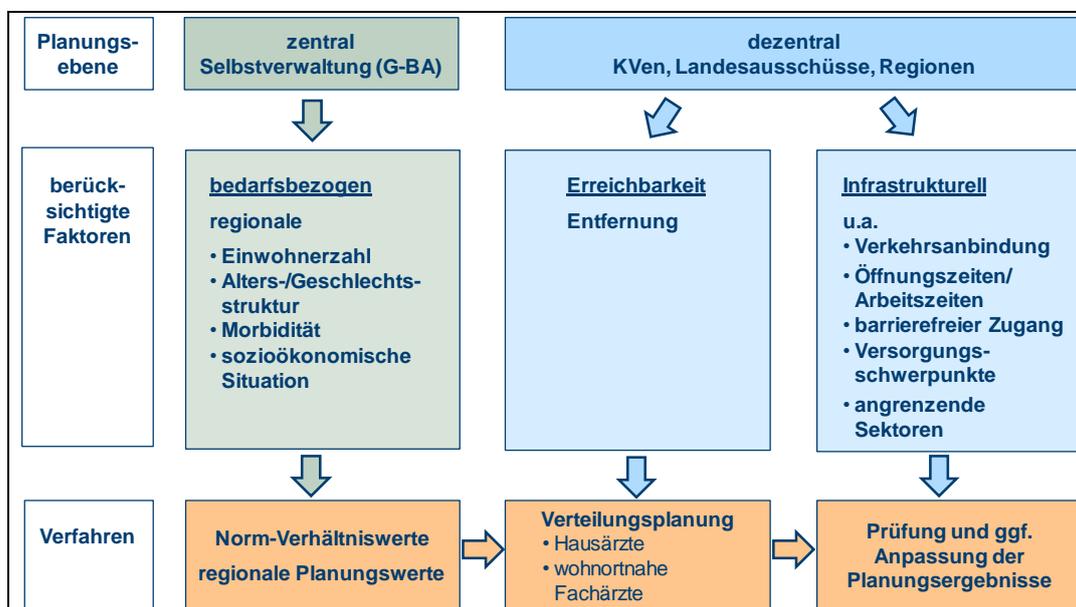
- die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte (vgl. Kapitel 4.2 und 4.3),
- die Kapazitätsverteilung in der Fläche (konkrete Standortplanung) auf regionaler Ebene (vgl. Kapitel 4.6),
- die Prüfung und ggf. Anpassung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene.

Die Verfahrensstufen sind unterschiedlichen Planungsebenen zugeordnet. Während die erstgenannte Verfahrensstufe – die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte – auf der zentralen bzw. der Bundesebene der Selbstverwaltung vollzogen wird, werden die weiteren Verfahrensstufen – Standortplanung und Prüfung/Anpassung der Planungsergebnisse – auf dezentraler bzw. regionaler Ebene durchgeführt.

Ein wesentliches Ziel des hier vorgeschlagenen Konzeptes ist es, dass sich die Planung und Steuerung der ärztlichen Angebotskapazitäten zukünftig stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientiert. Aus dieser Zielsetzung resultiert unmittelbar, dass eine Reihe zusätzlicher versorgungsrelevanter Faktoren in das Konzept einbezogen werden, die im bisherigen System der Bedarfsplanung keine (explizite) Berücksichtigung fanden. Ein grundlegender Ansatz des Konzeptes besteht darin, dass nicht sämtliche

dieser Faktoren nur im Rahmen eines einzigen Verfahrensschrittes bzw. nur auf einer Planungsebene in den Bedarfsplanungsprozess einfließen. Statt dessen gilt der Grundsatz, dass lokales Wissen nach Möglichkeit auch auf bzw. von lokaler Ebene in den Planungsprozess eingebracht wird. Mit diesem Grundsatz soll eine möglichst hohe Effizienz der Informationsbeschaffung und Informationsverwertung erreicht werden (vgl. Kapitel 4.6.1). Gleichzeitig wird damit dem gesetzlichen Ziel entsprochen, die Bedarfsplanung stärker regional zu verankern, damit regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind.

Abbildung 18: Planungsebenen und Verfahren des Konzepts zur Neuordnung der Bedarfsplanung



Quelle: IGES

Orientiert an diesem Grundsatz einer möglichst effizienten Informationsnutzung wird die Verarbeitung der versorgungsrelevanten Faktoren je nach Typ den unterschiedlichen Planungsebenen bzw. Verfahrensstufen wie folgt zugeordnet:

- Die bedarfsbezogenen Faktoren (regionale Einwohnerzahl, Alters- und Geschlechtsstruktur, Morbidität, sozioökonomische Situation) bilden – wie beschrieben – die Grundlage der Bestimmung der Norm-Verhältniswerte und der regionalen Planungswerte. Sie fließen damit auf zentraler bzw. Bundesebene in den Planungsprozess ein. Für die Legitimität eines Verfahrens der Bedarfsplanung in der GKV, deren Versicherte bundesweit identische gesetzliche Ansprüche auf medizinische Versorgung haben, erscheint es zwingend, dass

die Definition und Messung des regionalen Bedarfs anhand derselben Faktoren sowie auf Basis bundeseinheitlicher Datengrundlagen und Methoden erfolgt.

- Die weiteren Faktoren beziehen sich auf grundlegende Aspekte des lokalen Zugangs: Hierbei handelt es sich um die Erreichbarkeit (Entfernung), dem zentralen Kriterium der Standortplanung, sowie um infrastrukturelle Faktoren wie Verkehrsanbindungen und auf die Versorgungsanbieter bezogene Aspekte (z. B. Öffnungs- / Arbeitszeiten, Versorgungsschwerpunkte, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Sektoren). Gemäß dem Konzept wird die Verarbeitung dieser Faktoren im Bedarfsplanungsprozess der regionalen bzw. lokalen Ebene zugeordnet. Ausschlaggebend hierfür ist, wie bereits in Kapitel 4.6.1 ausgeführt, dass Informationen und Kenntnisse über verkehrstechnische Gegebenheiten sowie spezifische lokale Charakteristika des Versorgungsangebots typischerweise auf regionaler bzw. lokaler Ebene leichter verfügbar sind. Eine zentrale Beschaffung und Administration dieser Informationen wäre zwar prinzipiell möglich, aber mit größerem Aufwand verbunden. Zudem wären im Rahmen einer zentralen Administration erwartungsgemäß die Möglichkeiten stärker begrenzt, regionale und lokale Besonderheiten bezüglich der o. a. Zugangsfaktoren zu berücksichtigen.

Die regionale und damit dezentrale Verarbeitung infrastruktureller Faktoren im Bedarfsplanungsprozess erlaubt also neben einer breiten, umfassenden Nutzung lokalen Wissens auch eine möglichst ressourcensparende Informationsbeschaffung und -auswertung. Die Auswahl der konkret zu betrachtenden infrastrukturellen Faktoren sowie die entsprechende Informationsbeschaffung und -auswertung kann nämlich regional bzw. fachbezogen auf bestimmte Planungsbereiche konzentriert werden, anstatt Informationen zu sämtlichen Faktoren für sämtliche Planungsbereiche zu verarbeiten, wie es in einem zentralisierten Verfahren der Fall wäre. Die zusätzlichen infrastrukturellen Faktoren würden insbesondere dann einbezogen, wenn eine plausible Vermutung oder Annahme besteht, dass aufgrund der spezifischen Umstände vor Ort

- Überschreitungen der Norm-Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt) oder der Maximalentfernungen kompensiert werden können (z. B. aufgrund günstiger Verkehrsanbindungen, von alternativen Versorgungsangeboten angrenzender Sektoren oder im Rahmen der Umlandversorgung durch zentrale Orte außerhalb des Planungsbereichs sowie aufgrund einer nachweisbaren Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgungssituation);

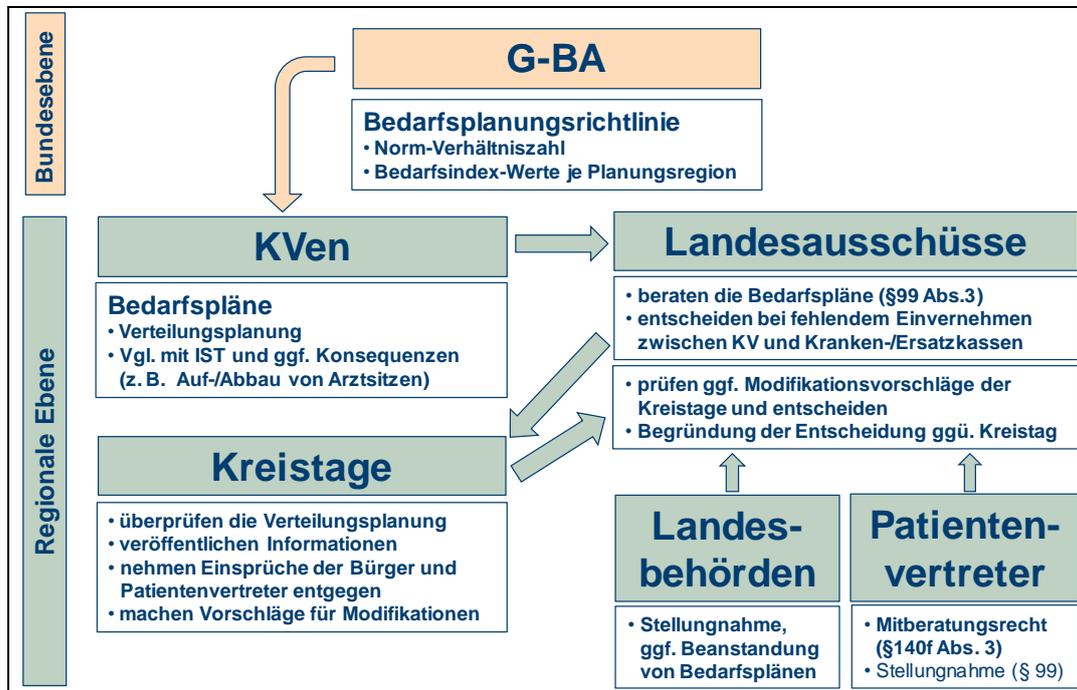
- trotz Einhaltung der Soll-Vorgaben für das Versorgungsangebot (Norm-Verhältniszahlen, Maximalentfernung) die medizinische Versorgung teilweise nicht gewährleistet werden kann  
(z. B. aufgrund von stark unterdurchschnittlichen Öffnungs- und Arbeitszeiten der Ärzte, eines deutlich eingeschränkten Behandlungsspektrums der Ärzte infolge von Spezialisierung, mangelnder Barrierefreiheit oder fehlender Verkehrsverbindungen).

Somit kann fallweise immer dann eine Reihe zusätzlicher infrastruktureller Faktoren in den Planungsprozess einbezogen werden, wenn vor Ort Erkenntnisse darüber vorliegen, die eine Abweichung von den zentralen Soll-Vorgaben rechtfertigen könnten. Durch diese Möglichkeit erhält der Bedarfsplanungsprozess die auch gesetzlich intendierte Flexibilität, regionalen und lokalen Besonderheiten zu entsprechen.

Eine solche Flexibilität darf allerdings nicht dazu führen, dass in der Folge die Planungsergebnisse der zentralen Ebene in unsystematischer bzw. in nicht sachlich begründbarer Weise modifiziert werden, etwa weil sich regional unterschiedliche Verfahren bei der Überprüfung zusätzlicher infrastruktureller Faktoren herausbilden. Aus diesem Grund umfasst das hier vorgeschlagene Konzept einen Vorschlag für ein Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung, in dem eindeutig geregelt ist, durch wen und nach welchem Prozedere Vorschläge zur Modifizierung der zentralen Planungsergebnisse eingebracht werden können.

Im Folgenden wird das Verfahren der Umsetzung der Bedarfsplanung grundsätzlich und gemäß der vorgeschlagenen Verfahrens-Chronologie dargestellt (Abbildung 19). Neben den beiden ersten Verfahrensstufen (Verhältnis- und Planungswerte, Standortplanung), die inhaltlich und methodisch bereits ausführlich beschrieben wurden, umfasst die folgende Darstellung auch die dritte Verfahrensstufe, die Prüfung und ggf. Anpassung der Planungsergebnisse.

Abbildung 19: Verfahrensschritte der Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens im Überblick



Quelle: IGES

## 1. Schritt:

Der G-BA bestimmt die Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe und die spezialisierte ärztliche Versorgung und legt diese in der von ihm erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie fest.

Darüber hinaus bestimmt der G-BA die Bedarfsindex-Werte für die einzelnen Planungsregionen (kreisfreie Städte, Landkreise bzw. Raumordnungsregionen) und übermittelt diese Werte an die Kassenärztlichen Vereinigungen.

## 2. Schritt:

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erstellen gemäß § 99 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken-/Ersatzkassen nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinie und der vom G-BA übermittelten Bedarfsindex-Werte die Bedarfspläne. Die Bedarfspläne enthalten die regionalen Planungswerte. Diese werden von den KVen veröffentlicht.

Auf der Basis der regionalen Planungswerte führen die KVen die Verteilungsplanung mit dem Ziel durch, eine ausreichende Erreichbarkeit der ärztlichen Versorgungsangebote im Hinblick auf das Entfernungskriterium zu gewährleisten (vgl. Kapitel 4.6.2). Die KVen vergleichen die Ergebnisse der Standortplanung (Planungsziele) mit

der Ist-Situation, ermitteln Abweichungen und beschließen, welche Konsequenzen ergriffen werden sollen (z. B. Auf- bzw. Abbau von Arztsitzen).

### 3. Schritt:

Wie gemäß § 99 Abs. 1 SGB V vorgesehen, haben die zuständigen obersten Landesbehörden Gelegenheit, zu den Bedarfsplänen Stellung zu nehmen und – insoweit es sich um die für die Sozialversicherung zuständige oberste Landesbehörde handelt – diese zu beanstanden. Das Konzept zur Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens sieht darüber hinaus für die Patientenvertreter ebenfalls ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan vor.<sup>27</sup>

Die Landesausschüsse gemäß § 90 SGB V aus KVen, Landesverbänden der Kranken-/Ersatzkassen und den Unparteiischen beraten die Bedarfspläne in jedem Fall (§ 99 Abs. 3 SGB V). Sie werden angerufen und entscheiden, falls es nicht zu einem Einvernehmen zwischen KVen und den Landesverbänden der Kranken-/Ersatzkassen kommt. Gemäß dem Konzept zur Umsetzung des Bedarfsplanungsverfahrens erhalten die Patientenvertreter ein generelles Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen.<sup>28</sup>

### 4. Schritt:

Die Landesausschüsse übermitteln die (einvernehmlichen und nicht beanstandeten) Bedarfspläne an die Kreistage, der kommunalen Volksvertretung und dem Hauptorgan der Exekutive auf Ebene der Landkreise.<sup>29</sup> Die Kreistage überprüfen die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele und beabsichtigten Konsequenzen für jeweils ihre Region. Hierfür machen die Kreistage im Rahmen ihrer allgemeinen Informationspflichten gegenüber der re-

---

<sup>27</sup> Ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan haben die Patientenvertreter derzeit nicht. Ein solches Recht enthält jedoch der Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten der Bundesregierung (Ergänzung des § 99 Abs. 1 Satz 4).

<sup>28</sup> Gegenwärtig verfügen die "auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen" gemäß § 140f Abs. 3 lediglich über ein Mitberatungsrecht bei Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen und die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen.

<sup>29</sup> Im Fall kreisfreier Städte übermitteln die Landesausschüsse die Bedarfspläne an die entsprechenden Stadtverordnetenversammlungen (je nach Land bzw. Kommunalverfassung auch Stadtrat oder Bürgerschaft).

gionalen Bevölkerung Informationen über die Bedarfsplanung zugänglich, nehmen evtl. Einsprüche der Bürger (Versicherte bzw. Patientenvertreter) entgegen und bündeln diese.

Die Kreistage können – gestützt auf die konkreten lokalen Ausprägungen infrastruktureller Faktoren sowie auf evtl. Einsprüche der regionalen Bevölkerung und Patientenvertreter – Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen. Das Stimm- und Vorschlagsrecht der Kreistage bezieht sich ausschließlich auf die Verteilungsplanung, jedoch nicht auf die Festlegung der regionalen Planungswerte. Um unsystematische regionale Abweichungen von den zentralen Planungsergebnissen zu vermeiden, können und müssen die Vorschläge auf der Basis gleicher Kriterien begründet werden. Zu diesem Zweck erstellt der G-BA eine einheitliche Kriterienliste der infrastrukturellen Faktoren, die im Bedarfsplanungsprozess auf regionaler Ebene einbezogen werden können, und legt darin die Art und Weise ihrer Messung fest.<sup>30</sup>

#### 5. Schritt:

Die Kreistage übermitteln ihre evtl. Modifikationsvorschläge an die Landesausschüsse. Diese prüfen die Stichhaltigkeit der Vorschläge und entscheiden darüber, ob die Planungsziele bzw. vorgesehenen Konsequenzen entsprechend den Vorschlägen angepasst werden. Die Landesausschüsse haben ihre Entscheidung gegenüber den Kreistagen zu begründen. Die Ergebnisse der Bedarfsplanung werden schließlich durch die Zulassungsausschüsse gemäß § 96 SGB V umgesetzt.

### 4.8 Berücksichtigung der Versorgungsrealität aus Sicht der Bevölkerung im Rahmen der Bedarfsplanung

Das hier vorgelegte Reformkonzept für die Bedarfsplanung geht einen ersten Schritt in die Richtung einer Berücksichtigung der auf lokaler Ebene vorhandenen Erkenntnisse zur tatsächlichen Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten durch die Bevölkerung. Indem einem regionalen Akteur, wie den Kreistagen ein Stimm- und Vorschlagsrecht zu der Verteilungsplanung eingeräumt wird, besteht die Möglichkeit, die Belange der Bürgerinnen und Bürger im Planungsprozess zur Geltung zu bringen.

---

<sup>30</sup> Der Umfang der vom G-BA festzulegenden Kriterienliste ist mit den o. a. infrastrukturellen Faktoren (vgl. Abbildung 18) nicht abschließend definiert (z. B. hinsichtlich selektivvertraglich gebundener Behandlungskapazitäten).

Voraussetzung für eine stärkere Berücksichtigung der Bürgerinteressen hinsichtlich Erreichbarkeit und Wohnortnähe sind entsprechende Erkenntnisse über evtl. vorhandene Defizite. Diese können zwar teilweise aus Infrastrukturinformation zu Verkehrsverbindungen usw. abgeleitet werden. Die Versorgungswirklichkeit – speziell auch für vulnerable Gruppen, wie bspw. Menschen mit Behinderungen – lässt sich daraus jedoch häufig nicht bzw. nur unzureichend entnehmen.

Als ein zusätzliches Instrument zur Sicherstellung einer am Bedarf der Bevölkerung orientierten Versorgung ist daher anlassbezogen auch die Durchführung von Umfragen in Betracht zu ziehen, mit denen die realen Versorgungserfahrungen der Bevölkerung in Regionen erhoben wird, bei denen Zweifel an der Angemessenheit der Versorgungssituation bestehen.

Durch Befragungen können nicht nur Aspekte der Erreichbarkeit (Fahrzeiten usw.) ermittelt werden, sondern auch Fragen z. B. zu faktischen Wartezeiten oder über die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen geklärt werden.

Im Rahmen des vorliegenden Gutachtens wurde für diese Zwecke ein Fragebogen entwickelt. Dieser Fragebogen soll im Herbst 2012 in einer Pilotstudie erprobt und validiert werden. Die Ergebnisse werden anschließend in einem gesonderten Bericht veröffentlicht.

#### **4.9 Fazit**

Insgesamt gewährleistet das dargestellte Verfahren des hier vorgeschlagenen Konzepts, dass die zentralen Anforderungen der Patientenvertretung an eine Neuordnung der Bedarfsplanung erfüllt werden:

- Die Neubestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte für das ärztliche Angebot basiert auf grundlegenden bedarfsbezogenen Faktoren. Neben der Einwohnerzahl, der Alters- und Geschlechtsstruktur sowie der demographischen Entwicklung umfassen diese auch morbiditätsbezogene und sozioökonomische Faktoren. Somit wird eine stärkere Orientierung der regionalen Planungswerte am Versorgungsbedarf erreicht.
- Im Rahmen des vorgeschlagenen Verfahrens zur Standortplanung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden die aus Sicht der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss besonders wichtigen Kriterien der Erreichbarkeit und Wohnortnähe der ambulanten ärztlichen Versorgung künftig zu expliziten Planungselementen.
- Durch das vorgeschlagene Verfahren zur Überprüfung der Planungsergebnisse auf regionaler Ebene werden die regionalen Handlungs-

---

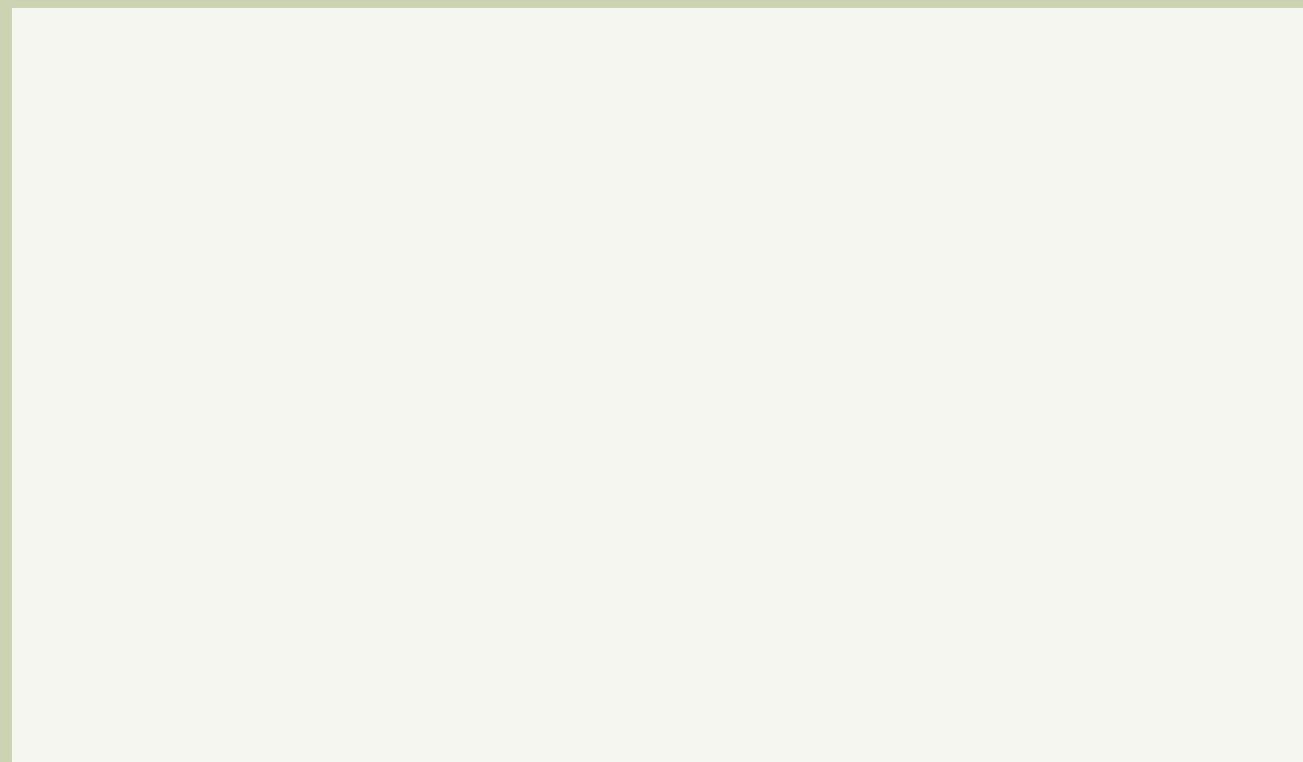
möglichkeiten zur Deckung vorhandener Versorgungsbedarfe deutlich ausgeweitet. In diesem Kontext kann eine Reihe zusätzlicher infrastruktureller Faktoren mit spezifischer Relevanz für die lokale Versorgungssituation in die Planung einbezogen werden. Die regionale Bevölkerung (inkl. Patientenvertreter) erhalten einen Anspruch, begründete Vorschläge für Modifikationen der Planungsziele einzubringen, die von den Landesausschüssen geprüft werden müssen.

## Literaturverzeichnis

- Andersen HH, Mühlbacher A (2004). Bedarfsplanung und demographische Entwicklung. Zum Einfluß der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung. Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe.
- Andersen HH, Mühlbacher A (2005). Morbidität, Bedarf und Vergütung. Methodische Grundlagen für Analysen über Zusammenhänge in der ambulanten Versorgung. Das Beispiel morbiditätsorientierter, regionalisierter Prognosen des Ärztebedarfs. *Gesundheit und Sozialpolitik*, 5/6: 20-30.
- Birch, S., Eyles, J., Hurley, J., Hutchinson, B., & Chambers, S. (1993). A needs based approach to resource allocation in health care. *Canadian Public Policy*, 19 (1), 68–85.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2010): Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa (INKAR).
- Capaciteitsorgaan (2011). Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.
- Department of Health (2011). Resource Allocation: Weighted Capitation Formula (Seventh Edition). Leeds: DH Financial Planning and Allocations Division.
- Deutscher Bundestag (2011): Drucksache 17/8005, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) vom 30.11.2011.
- Deutscher Bundestag (2011a): Drucksache 17/6906, Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) vom 5.9.2011.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 27. November 2010.
- GKV-Spitzenverband (2011): Ärztliches Angebot am Bedarf von Patientinnen und Patienten orientieren, Pressemitteilung vom 11.05.2011.
- GKV-Spitzenverband (2010): Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung, Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, 28.04.2010.
- Helmert U (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken. Beiträge zur Sozialpolitikforschung. Augsburg: Marco Verlag.
- Hoffmeister H, Hüttner H, Stolzenberg H, et al. (1992). Sozialer Status und Gesundheit. Gesundheitsberichterstattung. bga-Schriften 2/92. MMV Medizin Verlag, München.

- Hole A, Marini G, Goddard M, Gravelle H (2008). Fairness in Primary Care Procurement Measures of Under-Doctoredness: Sensitivity Analysis and Trends. CHR Research Paper 35. Centre for Health Economics, University of York.
- Höppner K, Maarse JAM (2003). Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. GGW 3/2003, S.21-31.
- Kopetsch T (2011): Bedarfsplanung – das Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, Nr. 1/2011, S. 34-42.
- Mackenbach JP, Maas PJ (1989). Social inequality and differences in health: A survey of the principal research findings. In: Gunning-Schepers LJ, Spruit IP, Krijnen JH (Ed.) Socio economic inequalities in health questions on trends and explanations. Den Haag: 25-80.
- Manson-Siddle C, Robinson M (1998). Superprofile analysis of socio-economic variations in coronary investigation and revascularization rates. Journal of Epidemiology and Community Health, 52: 507-512.
- Mielck A (2000): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. H. Huber.
- Oliver SE, Thomson RG (1999). Are variations in the use of carotid Endarterectomy explained by population need? A study of health service utilization in two English Health Regions. European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 17: 501-506.
- Pappa E, Niakas D (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. BMV Health Services Research, 6:146.
- Rice N, Dixon P, Lloyd D, Roberst D (2000). Derivation of a needs based capitation formula for allocating prescribing budgets to health authorities and primary care groups in England: regression analysis. British Medical Journal 320: 284-287.
- Schlitt R (2011): Die Berliner gehen gerne „fremd“, in: KV-Blatt 11, S. 12-18.
- Schönbach K H (2010). Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2/2010, S. 11-17.
- Sheldon, T (1997). Editorial. Formula fever: allocating resources in the NHS. British Medical Journal, 315, 964.
- Sutton M, Gravelle H, Morris S, Leyland A, Windmeijer F, Dibben C, Muirhead M. (2002). Allocation of Resources to English Areas; Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources. Report to the Department of Health. Edinburgh: Information and Statistics Division.
- von Stillfried D, Czihal T (2010). Regionale Besonderheiten – Möglichkeiten der Berücksichtigung regionaler Risikoindikatoren in morbiditätsorientierten Versichertenklassifikationssystemen. 10. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung am 01. Oktober 2010 in Köln.

---



**IGES Institut GmbH**  
Friedrichstraße 180  
10117 Berlin  
[www.iges.de](http://www.iges.de)