

Wider die Mythen- und Legendenbildung: die Zukunft der Bedarfsplanung

– ein recht sperriges Thema mit berufspolitischem Sprengstoff

(kommentierende und ergänzte Widergabe des Vortrags von Daria Katschinski beim 7. Infomarkt der KV Berlin am 7. Oktober 2009:

http://www.kvberlin.de/50kalender/infomarkt_nach/bedarfsplanung_vortrag.pdf)

Die Bedarfsplanung besteht in der jetzt gültigen Form mit geringfügigen Änderungen seit dem 01.01.1989 (nach dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20.12.1988).

Ein Instrument der Bedarfsplanung ist der **Bedarfsplan** (§ 99 SGB V). Dieser wird im Einvernehmen mit den Krankenkassen und im Benehmen mit der Aufsichtsbehörde aufgestellt. Daran sieht man, wer die unterschiedlichen ‚Player‘ im System sind: es ist längst nicht nur die KV, sondern z.B. auch die Aufsichtsbehörden, sprich Senatsverwaltungen oder Gesundheitsministerien sind hier mit im Spiel.

Ziel der Bedarfsplanung ist es, mittel- und langfristig die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Der Bedarfsplan ist nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu erstellen. Diese enthält feste Verhältniszahlen (Arzt/PsychotherapeutIn pro EinwohnerIn) für die Feststellung der Versorgungsgrade. Diese allgemeinen Verhältniszahlen beruhen auf einer Analyse des WIdo (Wissenschaftliches Institut der AOK) aus dem Jahr 1977!

Weitere Instrumente der Bedarfsplanung sind die Feststellung von Unterversorgung (§ 100 SGB V), die Feststellung von Überversorgung (§§ 101, 103 SGB V) und seit 2007 die Feststellung eines lokalen Versorgungsbedarfes (§ 100 Abs. 3 SGB V).

Für die Feststellung von Unterversorgung (§ 100 SGB V) (Teil I) ist der **Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen** zuständig. Er ist besetzt mit: 1 unparteiischen Vorsitzenden, 2 unparteiischen Beisitzenden, 8 Vertretern der Krankenkassen, 8 Vertretern der Ärzte und PsychotherapeutInnen.

Unterversorgung liegt vor, wenn im Bedarfsplan ausgewiesene Vertragsarztsitze nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können (§ 28 Bedarfspl.-RL). Die Versorgung ist mit den allgemeinen Versorgungsgraden zu vergleichen, die auf der Grundlage der Verhältniszahlen (§§ 5 u. 8 Bedarfspl.-RL) ermittelt werden. Beträgt bei Hausärzten der Versorgungsgrad weniger als 75% und bei Fachärzten weniger als 50%, ist Unterversorgung zu vermuten (§ 9 Bedarfspl.-RL). Bei Feststellung von Unterversorgung können Sicherstellungszuschläge gezahlt werden und die Residenzpflicht entfällt.

Überversorgung liegt vor, wenn der Versorgungsgrad 110% übersteigt. Ist dies der Fall, hat der Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen gem. § 103 SGB V über Zulassungsbeschränkungen zu beschließen.

Die Folge von **Zulassungsbeschränkungen** sind: keine freie Niederlassungsmöglichkeit im gesperrten Gebiet für die entsprechende Fachgruppe und keine „freie“ Anstellung von ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen, nur mit einer Punktzahlbergrenze für die Praxis, die die abgerechnete Leistungsmenge des Praxisinhabers der letzten 4 Quartale vor der Anstellung nur um maximal 3% überschreiten darf.

Sonderregelungen gelten im Bereich der **Psychotherapie**: für ärztliche PsychotherapeutInnen gilt bis zum 31.12.2013 eine **Mindestquote** von 25%, d.h. trotz Sperrung eines Gebietes für PsychotherapeutInnen werden ärztliche PsychotherapeutInnen dort zugelassen bis sie 25% der gesamten Fachgruppe ausmachen. Für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen gilt eine gesetzliche Mindestquote von 20%. Damit ist entsprechend zu verfahren.

Im Falle der Praxisaufgabe kann eine Praxis im überversorgten Gebiet auf Antrag des Abgebenden zur **Nachfolgezulassung** ausgeschrieben werden (§ 103 Abs. 4 SGB V). Dieser Paragraph ist erst nachträglich ins Gesetz gekommen. Zunächst sollten die Praxissitze, die laut Bedarfsplan ‚überzählig‘ waren, bei Aufgabe der Praxis ersatzlos wegfallen. Dann wurde aber geklagt und gerichtlich festgestellt, dass es sich dabei um eine ‚kalte Enteignung‘ handeln würde und dass die Abgebenden die Möglichkeit haben müssten, den Wert ihrer Praxis zu realisieren. Und natürlich gehört zur Praxis auch die Zulassung. Also wurde das Verfahren der Nachfolgezulassung entwickelt. Das lief zunächst nach dem sogenannten ‚Windhundverfahren‘: wer am schnellsten war, wer sich als erste bewarb, erhielt den Sitz. Dieses Verfahren stellte sich bald als unpraktikabel und ungerecht heraus. Dann wurden Kriterien für die Auswahl der geeigneten BewerberInnen festgelegt

(<http://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/60praxisabgabe/index.html>).

Die Gesetzesänderung zum **lokalen Versorgungsbedarf** (§ 100 Abs. 3 SGB V) erfolgte zum 01.01.2007 mit dem Ziel, schon vor Feststellung der Unterversorgung bei Bestehen eines lokalen Versorgungsbedarfes das Leistungsangebot zu fördern. Die Bedarfsplanungsrichtlinie wurde entsprechend am 13.03.2008 geändert. Nach § 34 a Bedarfspl.-RL hat der Landesausschuss zunächst Bezugsregionen festzulegen und dann zu prüfen, ob dort der Versorgungsgrad der Hausärzte unter 75% bzw. der Fachärzte unter 50% des allgemeinen Versorgungsgrades liegt. Wird so ein lokaler Versorgungsbedarf festgestellt, können Sicherstellungszuschläge (§ 105 Abs. 1 SGB V) gezahlt werden.

Ausblick

Nach § 87 Abs. 7 SGB V hat das BMG dem Bundestag bis zum **30.06.2012** darüber zu berichten, ob Zulassungsbeschränkungen noch erforderlich sind oder ob eine Steuerungswirkung durch die Höhe der ärztlichen Vergütung erfolgen kann. Aber: **Es gibt derzeit kein konkretes Gesetzgebungsvorhaben zur Abschaffung der Bedarfsplanung!**

Bei den Zahnärzten wurde die Bedarfsplanung abgeschafft, soweit es die Regelungen zur Feststellung der Über- und Unterversorgung betrifft. Damit hat die Bedarfsplanung für die Zahnärzte praktisch keine Bedeutung mehr. Bei ZahnärztInnen verhält es sich aber insofern anders, als sie nur wenige Leistungen über die KZV abrechnen. Die meisten Leistungen rechnen sie mit den Kassen direkt ab. Und man wollte bei den ZahnärztInnen beobachten, wie ‚der Markt‘ das Niederlassungsverhalten ohne Bedarfsplanung regelt, und siehe da: sie haben sich nicht in schlecht versorgten Gebieten vermehrt niedergelassen, sondern weiterhin in städtischen, ohnehin gut versorgten Gebieten. Die Unterversorgung in ländlichen Räumen bleibt bestehen.

Die Steuerung des Niederlassungsverhaltens von ÄrztInnen/PsychotherapeutInnen über die Höhe der ärztlichen Vergütung ist in § 87 Abs. 2e SGB V geregelt: danach sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen jährlich bis zum 31. August jeweils bundeseinheitliche Punktwerte als **Orientierungswerte** in Euro zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen 1. im Regelfall, 2. bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 sowie 3. bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1 festzulegen. Der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 2 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so überschreiten und der Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 3 soll den Orientierungswert gemäß Satz 1 Nr. 1 so unterschreiten, **dass sie eine steuernde Wirkung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten entfalten**; die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 2 und 3 können dazu auch **nach Versorgungsgraden differenziert** werden. Die Orientierungswerte nach Satz 1 Nr. 3 sind übergangsweise danach zu differenzieren, ob sie zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen von Ärzten, die bereits vor der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen waren (Altfälle) oder von Ärzten, die erst nach der erstmaligen Vereinbarung der Orientierungswerte zugelassen werden (Neufälle), angewendet werden, mit dem Ziel **einer möglichst zeitnahen Angleichung der Orientierungswerte** für Alt- und Neufälle. Der Bewertungsausschuss bestimmt die Fälle, in denen die Orientierungswerte gemäß Satz 1 Nr. 2 und 3 zwingend anzuwenden sind sowie ihren Anwendungszeitraum.

§ 87 Abs. 7 SGB V besagt: „Der Bewertungsausschuss berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 31. März 2012 über die Steuerungswirkung der auf der Grundlage der Orientierungswerte nach Absatz 2e Satz 1 Nr. 2 und 3 vereinbarten Punktwerte nach § 87a Abs. 2 Satz 1 auf das ärztliche Niederlassungsverhalten. Absatz 6 Satz 4 bis 6 gilt entsprechend. Auf der Grundlage der Berichterstattung nach Satz 1 berichtet das Bundesministerium für Gesundheit dem Deutschen Bundestag bis zum **30. Juni 2012, ob auch für den Bereich der ärztlichen Versorgung auf die Steuerung des Niederlassungsverhaltens durch Zulassungsbeschränkungen verzichtet werden kann.**“

Im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses aus seiner 15. Sitzung vom 02.09.09 hat der Bewertungsausschuss in Teil D die gesetzliche Vorschrift nun umgesetzt:

Für jede in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) unter § 4 Absatz 1 berücksichtigte Arztgruppe wird in jedem Planungsbereich das **Versorgungsmaß** entsprechend dem Versorgungsgrad dieser Arztgruppe in diesem Planungsbereich in der Bedarfsplanung festgelegt. Insgesamt gibt es fünf Versorgungsmaße:

Unterversorgung II, Unterversorgung I, Regelversorgung, Überversorgung I, Überversorgung II.

Unterversorgung II gilt bei HausärztInnen bei unter 56,25 % der Regelversorgung, bei FachärztInnen bei unter 37,5 %. Unterversorgung I gilt bei HausärztInnen bei 56,25 % bis 75 % der Regelversorgung, bei FachärztInnen bei 37,5 % bis 50 %. Regelversorgung gilt bei 75 % bis 110 % bei den HausärztInnen, bei den FachärztInnen bei 50 % bis 110 %. Überversorgung I gilt bei 110 % bis 150 % für beide. Überversorgung II gilt über 150 % für beide.

Für den Übergang wurde eine **Konvergenzregel** geschaffen: Im Jahr 2010 gilt der Orientierungswert Regelversorgung für alle Vertragsärzte im Versorgungsmaß Überversorgung I und Überversorgung II.

Ab 2011 bis 2016 geht es mit Zu- und Abschlägen los! Die Formel für die Berechnung der Abschläge lautet: $OW_{VM,AG} = OW_R \times [1 - FA_{AG}/100]$.

Für die Abschläge bei Überversorgung I und II wurden drei Arztgruppen gebildet: in Arztgruppe 1 sind alle Fachgruppen außer Radiologen/Chirurgen und Psychotherapeuten, in Arztgruppe 2 alle Radiologen und Chirurgen und in Arztgruppe 3: alle Psychotherapeuten.

(Wie es zu dieser Einteilung kommt, warum die Radiologen und Chirurgen in einer Extra-Arztgruppe geführt werden, die übrigen Arztgruppen aber nicht weiter differenziert werden, konnte mir bisher niemand schlüssig erklären, im Gegenteil, auch ÄrztevertreterInnen verstehen das nicht.)

Der **FAAG** bei Überversorgung I soll betragen: für Arztgruppe 1: 7, für Arztgruppe 2: 5,5, für Arztgruppe 3: 9,5. Der **FAAG** bei Überversorgung II soll betragen für Arztgruppe 1: 14, für Arztgruppe 2: 11, für Arztgruppe 3 (= PsychotherapeutInnen!): 19. (Auch hier kann man nur mutmaßen, wie es zu diesen unterschiedlichen Zahlen kommt.)

Die Orientierungswerte bei Über- und Unterversorgung sind regional zu berechnen. Die Gesamtvertragspartner vereinbaren auf dieser Grundlage regionale Punktwerte für Unter- und Überversorgung. Die **Konvergenzregel** für Ärzte, die in überversorgten Planungsbereichen vor dem 1.

Januar 2010 niedergelassen sind (sog. Altärzte) besagt: In 2010 gilt der Punktwert im Regelfall, bis 2017 werden die Abschläge schrittweise auf die volle Höhe gesteigert. Für Ärzte, die zwischen dem 1. Januar 2010 und dem 31. Dezember 2011 eine Praxis in einem überversorgten Planungsbereich erwerben gilt: In 2010 gilt der Punktwert im Regelfall, bis 2014 werden die Abschläge schrittweise auf die volle Höhe gesteigert.

In 2010 gelten die Abschläge bereits für Neuzulassungen in überversorgten Gebieten! Da überversorgte Gebiete für Neuzulassungen gesperrt sind, kommt das normalerweise nicht vor. Nach Meinung einiger Akteure sind die Abschläge jedoch bei Neuzulassungen im Rahmen der gesetzlichen Mindestquote für KJPT oder der Herabsetzung der Mindestquote für ärztliche PsychotherapeutInnen anzuwenden, sofern sich dadurch zusätzliche Plätze für Psychologische PsychotherapeutInnen ergeben. **Damit würde die Absicht des Gesetzgebers, die psychotherapeutische Versorgung für Kinder und Jugendliche zu verbessern, konterkariert!** Daher ist zu prüfen, ob die Zulassungen im Rahmen der gesetzlichen Mindestquote überhaupt als Neuzulassungen im Sinne der Bedarfsplanung anzusehen sind oder eher wie Sonderbedarfszulassungen. Für diese Sichtweise spricht auch, dass bei den Honorarverhandlungen 40 Mio. € extra für erwartete Mengenausweitungen im Rahmen der Mindestquote und der halben Versorgungsaufträge vorgesehen wurden.

Bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung sind die unterschiedlichen Punktwerte, d.h. die Ab- und Zuschläge, zu berücksichtigen und die Zahlungen an die KVen entsprechend unterjährig zu korrigieren. Das heißt, dass

die KVen nicht daran verdienen, aber wahrscheinlich die Krankenkassen, da nach Auskunft der KBV die sogenannte Überversorgung die Unterversorgung bei weitem übersteigt.

Ein bürokratisches Monster?

Die KVen wissen nicht, wie sie die unterschiedlichen Punktwerte verwalten sollen und die Juristen freuen sich auf reichlich Aufträge aus dem Gesundheitssektor. Die mit dem Beschluss verbundenen Unsicherheiten führten dazu, dass zunächst eine Arbeitsgruppe eingerichtet wurde, die die Fragen zur Umsetzung des Beschlusses bearbeiten soll, damit der Bewertungsausschuss mit Wirkung für 2011 die Regelungen überarbeiten kann.

Das heißt: Die gesetzliche Frist des § 87 Abs. 7 SGB V, 30.6.2012, wird wohl jetzt schon nicht mehr

zu halten sein, zumal die Regelungen bis 2017 abgestaffelt geplant sind und danach erst ihre volle Wirkung entfalten könnten. **Dass die Bedarfsplanung 2012 abgeschafft wird, ist mehr als zweifelhaft.**

Denkbar - und falls sie sich am tatsächlichen Bedarf orientieren sollte aus unserer Sicht wünschenswert - wäre eine Modifikation der jetzigen Bedarfsplanung. Aber das würde mit ziemlicher Sicherheit mit Mehrkosten verbunden sein und wird daher von Politik und Kassen gescheut. Vielmehr wird ja gerade in der Ärzteschaft und teilweise in der Politik über Kürzungen des Leistungskatalogs nachgedacht. Man darf also gespannt sein, was passiert und der VPP wird auf allen Ebenen weiterhin für die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eintreten!

Eva Schweitzer-Köhn