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; www.iges.de
Inhalt

Zusammenfassung ........................................................................................................... 9

1 Hintergrund und Ziel des Gutachtens ................................................................. 15

2 Ausgangspunkt: Reformbedarf der ärztlichen Bedarfsplanung ................................. 17

3 Ansatzpunkte des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung ................................................................. 23
  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

4 Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung ................................................................. 39
  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

Literaturverzeichnis ..........................................................................................114
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 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abkürzung</th>
<th>Erläuterung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BBSR</td>
<td>Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung</td>
</tr>
<tr>
<td>BVA</td>
<td>Bundesversicherungsamt</td>
</tr>
<tr>
<td>G-BA</td>
<td>Gemeinsamer Bundesausschuss</td>
</tr>
<tr>
<td>GKV</td>
<td>Gesetzliche Krankenversicherung</td>
</tr>
<tr>
<td>KBV</td>
<td>Kassenärztliche Bundesvereinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>KV</td>
<td>Kassenärztliche Vereinigung</td>
</tr>
<tr>
<td>RSA</td>
<td>Risikostrukturausgleich</td>
</tr>
<tr>
<td>SGB</td>
<td>Sozialgesetzbuch</td>
</tr>
<tr>
<td>SOEP</td>
<td>Sozioökonomisches Panel</td>
</tr>
<tr>
<td>VStG</td>
<td>Versorgungsstrukturge setz</td>
</tr>
<tr>
<td>ZI</td>
<td>Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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.


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**


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**


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


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-Ärztezahlen) 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-Ärztezahl 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 Arztbedarf einer Region mindert, erhöht ein steigendes Durchschnittsalter ihrer Einwohner den Ärztbedarf. Die Datengrundlage für die bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs bilden die Bevölkerungsvorausberechnungen der Statistischen Ämter, deren Ergebnisse differenziert nach kreisfreien Städten und Landkreisen vorliegen.


**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 kleinformigen 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.


**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 bedarfsgeorechte 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. Verkehrsverbindungen, Öffnungszeiten der Arztpraxen, Barrierefreiheit des Zugangs.

Diese infrastrukturellen Faktoren haben eine hohe Bedeutung für eine bedarfsgeorechte 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.


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,
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.


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\(^1\) und Arztgruppen\(^2\).
- Das Soll-Verhältnis bezieht sich auf die Anzahl der Einwohner je Vertragsarzt der betreffenden Arztgruppe innerhalb eines Planungsbereichs zu einem historischen Zeitpunkt.\(^3\)
- 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.
- 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-

---

1 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.
2 Aktuell werden 14 Arztgruppen unterschieden, wobei für Arztgruppen mit weniger als 1.000 bundesweit tätigen Ärzten keine Planungsbereiche gebildet werden.


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

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 übersorgt einzustufen, allerdings liegt es mit einem Versorgungsgrad von 114,6 % nur knapp über der Definitions Schwelle. 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 Rechtfer- tigung 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.


---

⁴ 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 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):


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, ermöglicht 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.\(^5\)


Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ist selbst nicht Gegenstand der Bedarfsplanung. Dies ergibt sich aus \(\text{§}~116\text{b}~\text{Abs.~2}~\text{SGB~V}\), 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 Landesausschuss 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 Leistungserbrin- gern für jede einzelne der gelisteten Krankheiten und Leistungen erfordern würde,...aufgrund des Aufwandes nicht praktikabel" wäre (BT-Drs. 17/6906, S. 81 f.).\(^6\)


\(^6\) 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 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 Bedarfsplan 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).


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

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 bedeutenden 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. 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, erhielt 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.

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.\(^9\)

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

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


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.\(^\text{10}\)


### 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).\(^\text{11}\) Zu diesem Zweck wird der G-BA damit beauftragt, in der Bedarfsplanungsrichtlinie Regelungen zu

---

\(^{10}\) 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).

\(^{11}\) "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.


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

---

12 §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.\textsuperscript{13} 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.


\textsuperscript{13} 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.


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).


14 "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 Planungsgrenzen kommen verstärkt ärztliche Angebote in angrenzenden regionalen Planungsbereichen in Betracht.


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

Allerdings lässt das Gesetz weitgehend offen, welche Kriterien mit welcher Relevanz an die Stelle der historischen Verhältniszahlen 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).

Trotz der aufgeführten Einschränkungen existiert also eine Fülle von Daten, die eine sehr differenzierte Bestimmung des Versorgungsbedarfs erlaubten. 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.


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.


4 Konzept zur Neuordnung der Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung

4.1 Grundlagen des Konzepts


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


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)

3. Prospektive Orientierung der Planungswerte an der Bevölkerungsentwicklung (Kapitel 4.4)
   Um die Bedarfsplanung prospektiv auszurichten, werden die Ergebnisse der Bevölkerungsvorausberechnungen in den Planungsprozess einbezogen.

4. Kapazitätsverteilung in der Fläche (Kapitel 0)

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 potentiellem Einfluss auf den Versorgungsgrad.

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.\textsuperscript{15} 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 Normverhältniszahlen 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 Stadtteil-ebene 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 \textit{Setzungen} vorgenommen, obwohl hierfür keine eindeutige Da-

\textsuperscript{15} 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


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-

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.


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 "bedarfsmittern" 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 zwangläufig. Entscheidend ist vielmehr die Stärkung der Bedarfsorientierung der Planung im Vergleich zum bisherigen System.


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.\textsuperscript{17}


\textsuperscript{17} Beispielsweise gehen sozioökonomische Risikofaktoren häufig mit einer erhöhten Morbidität einher, die sich jedoch nicht zwangläufig in einer entsprechend höheren Leistungsinspruchnahme manifestiert und u. U. sogar mit einer unterdurchschnittlichen Leistungsinspruchnahme 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.
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Indikatoren mit positivem Zusammenhang zum Versorgungsbedarf</th>
<th>Datengrundlage</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter und Geschlecht</td>
<td>Durchschnittsalter Frauen (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Durchschnittsalter Männer (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td>Sterblichkeit (Mortalität)</td>
<td>Kehrwert Lebenserwartung Frauen (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kehrwert Lebenserwartung Männer (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pflegebedürftigkeit</td>
<td>Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einw. (2007)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslosigkeit</td>
<td>Arbeitslosenquote (2008)</td>
</tr>
<tr>
<td>Einkommensarmut</td>
<td>Kehrwert verfügbares Haushalts-einkommen je Einw. (2007)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: IGES

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


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-

---

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 \(^{19}\), 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Faktor 1</th>
<th>Faktor 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter und Geschlecht</td>
<td>sozioökonomische Faktoren und Morbidität</td>
</tr>
<tr>
<td>• Arbeitslosigkeit</td>
<td>• Arbeitslosigkeit</td>
</tr>
<tr>
<td>• Einkommensarmut</td>
<td>• Einkommensarmut</td>
</tr>
<tr>
<td>• Pflegebedürftigkeit</td>
<td>• Pflegebedürftigkeit</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Risikostrukturnausgleichs (RSA) der GKV für ambulante ärztliche Leistungen bestimmt (Abbildung 4).

---

\(^{19}\) 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-Profiler 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.20

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

---


Entsprechend dem uneinheitlichen Verlauf des RSA-Profils 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 ergibt 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).


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

\[
\text{Regression } y_i = \alpha_i + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \epsilon_i
\]

\[y_i = \text{Kehrwert der durchschnittlichen Lebenserwartung}\]
\[x_1 = \text{Faktor 2 (Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit, Pflegebedarf)}\]
\[x_2 = \text{Faktor 1 (Durchschnittsalter nach Geschlecht)}\]

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.

\[\text{Tabelle 3: Ergebnisse der Regressionsanalyse}\]

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Unstandardized Coefficients</th>
<th>Standardized Coefficients</th>
<th>t</th>
<th>Sig.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(Constant)</td>
<td>1,296</td>
<td>0,001</td>
<td>1,433,519</td>
<td>0,000</td>
</tr>
<tr>
<td>Faktor 2</td>
<td>0,018</td>
<td>0,001</td>
<td>0,701</td>
<td>19,934</td>
</tr>
<tr>
<td>Faktor 1</td>
<td>0,001</td>
<td>0,001</td>
<td>0,034</td>
<td>0,972</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^{a.}\) Dependent Variable: Kehrwert Lebenserwartung 2008

Quelle: IGES

\(^{21}\) Die Schätzung des 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.\textsuperscript{22} 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).

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis</th>
<th>Teilindex Altersstruktur Erwachsene</th>
<th>Teilindex Sozioökonomie &amp; Morbidität</th>
<th>Bedarfsindex</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Starnberg, Landkreis</td>
<td>+2,2%</td>
<td>-2,8%</td>
<td>-0,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>-2,5%</td>
<td>+1,6%</td>
<td>-0,4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Heidelberg, Kreisfreie Stadt</td>
<td>-5,9%</td>
<td>-1,7%</td>
<td>-3,8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Landkreis Görlitz</td>
<td>+6,3%</td>
<td>+3,0%</td>
<td>+4,7%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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

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

Quelle: IGES

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 eingeleitend 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.\(^23\) 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 verteilten 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.\(^24\)

---


\(^{24}\) 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). Da die Anzahl der Ärzte je 100.000 Einwohner dort nur als ganze Zahlen ausgewiesen werden,

Tabelle 7: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Kinderärzte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis</th>
<th>Bundesland</th>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner Alter 0-14 je Kinderarzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Frankenthal (Pfalz), Kreisfreie Stadt</td>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>-0,4%</td>
<td>760</td>
</tr>
<tr>
<td>Straubing, Kreisfreie Stadt</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,7%</td>
<td>868</td>
</tr>
<tr>
<td>Potsdam-Mittelmark, Landkreis</td>
<td>Brandenburg</td>
<td>+0,3%</td>
<td>1.909</td>
</tr>
<tr>
<td>Region Hannover, Landkreis</td>
<td>Niedersachsen</td>
<td>+0,2%</td>
<td>1.915</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwalm-Eder-Kreis</td>
<td>Hessen</td>
<td>-0,6%</td>
<td>4.118</td>
</tr>
<tr>
<td>Cloppenburg, Landkreis</td>
<td>Niedersachsen</td>
<td>-0,7%</td>
<td>4.853</td>
</tr>
</tbody>
</table>

97 Referenzkreise

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner Alter 0-14 je Kinderarzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>≥ -0,8%</td>
<td>2.055</td>
</tr>
<tr>
<td>≤ +0,8%</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


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 Bundesarztreisregister der KBV veröffentlichten Zahlen ab. Bei allen folgenden Berechnungen mit Arztzahlen nach kreisfreien Städten und (Land-) Kreisen wurde mathematisch ge-

rundet.


Tabelle 8: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Hausärzte

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis</th>
<th>Bundesland</th>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner je Hausarzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Straubing, Kreisfreie Stadt</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,5%</td>
<td>935</td>
</tr>
<tr>
<td>Starnberg, Landkreis</td>
<td>Bayern</td>
<td>-0,3%</td>
<td>1.013</td>
</tr>
<tr>
<td>Ludwigslust, Kreis</td>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>+0,5%</td>
<td>1.342</td>
</tr>
<tr>
<td>Südliche Weinstraße, Landkreis</td>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>+0,1%</td>
<td>1.349</td>
</tr>
<tr>
<td>Wesel, Kreis</td>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>+0,3%</td>
<td>1.656</td>
</tr>
<tr>
<td>Harburg, Landkreis</td>
<td>Niedersachsen</td>
<td>-0,4%</td>
<td>1.710</td>
</tr>
</tbody>
</table>

103 Referenzkreise

\[ \geq -0.6\% \quad \text{gew. Mittelwert:} \quad 1.368 \leq +0.6\% \]


Tabelle 9: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Orthopäden

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreisfreie Stadt bzw. (Land-)Kreis</th>
<th>Bundesland</th>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner Alter 15+ je Orthopäde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bamberg, Kreisfreie Stadt</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,1%</td>
<td>3.617</td>
</tr>
<tr>
<td>Landshut, Kreisfreie Stadt</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,4%</td>
<td>4.218</td>
</tr>
<tr>
<td>Lippe, Kreis</td>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>+0,3%</td>
<td>16.610</td>
</tr>
<tr>
<td>Heinsberg, Kreis</td>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>-0,5%</td>
<td>16.723</td>
</tr>
<tr>
<td>Coburg, Landkreis</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,2%</td>
<td>38.448</td>
</tr>
<tr>
<td>Potsdam-Mittelmark, Landkreis</td>
<td>Brandenburg</td>
<td>+0,3%</td>
<td>44.466</td>
</tr>
</tbody>
</table>

103 Referenzkreise

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner Alter 15+ je Orthopäde</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>≥ -0,6%</td>
<td></td>
<td>gew. Mittelwert: 15.302</td>
</tr>
<tr>
<td>≤ +0,6%</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Allerdings streuen für die Orthopäden die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ähnlichem, mittleren 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-Verhältniszahlen, 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fachgruppe</th>
<th>durchschnittliche Einwohner-Arzt-Relation 1)</th>
<th>Norm-Verhältniszahl Reformkonzept 2)</th>
<th>Abweichung Reformkonzept</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kinderärzte</td>
<td>14.382</td>
<td>15.267</td>
<td>6,2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Hausärzte</td>
<td>1.556</td>
<td>1.582</td>
<td>1,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Orthopäden</td>
<td>16.008</td>
<td>17.697</td>
<td>10,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Quelle: IGES


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 vonhalten, weil bei zunehmender Spezialisierung und Arbeitsteilung die für eine finanzierbare, wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Behandlungszenahlen 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). 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 folgt 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.


Abbildung 7: Regionale Gliederung der 96 Raumordnungsregionen in Deutschland

Quelle: IGES gemäß Abgrenzung BBSR 2011


**Tabelle 11: Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen für Fachinternisten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Raumordnungsregion (ROR)</th>
<th>Bundesland</th>
<th>Bedarfsindex</th>
<th>Einwohner Alter 15+ je Internist</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>Bremen</td>
<td>+0,1%</td>
<td>6.261</td>
</tr>
<tr>
<td>Hannover</td>
<td>Niedersachsen</td>
<td>+0,4%</td>
<td>7.083</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgäu</td>
<td>Bayern</td>
<td>+0,3%</td>
<td>9.093</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein Nord</td>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>+0,4%</td>
<td>9.135</td>
</tr>
<tr>
<td>Aachen</td>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>-0,5%</td>
<td>11.420</td>
</tr>
<tr>
<td>Bochum/Hagen</td>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>+0,4%</td>
<td>11.622</td>
</tr>
</tbody>
</table>

23 Referenzregionen

\[ \geq -0,5\% \quad \text{gew. Mittelwert:} \quad 9.113 \]

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

Für die Fachinternisten streuen die gegenwärtigen Versorgungsgrade bei ählichem, 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 spezialisier-
ten 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 Spezialisie-
rung 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

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

Quelle: IGES nach Bundesarztrekister KBV Stand 31.12.2010

Anmerkung: * Fachärztlich tätige Internisten ohne Schwerpunkte bezeichnung, 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.

4.3 Neubestimmung regionaler Planungswerte


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-

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Neumünster Kreisfreie Stadt (Schleswig-Holstein)</th>
<th>Nordfriesland Landkreis (Schleswig-Holstein)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Norm-Verhältniszahl (Einwohner 0-14 je Kinderarzt)</td>
<td>2.055</td>
<td>2.055</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Einwohner (0-14 Jahre)</td>
<td>11.072</td>
<td>24.245</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Kinderärzte gem. Norm-Verhältniszahl</td>
<td>5,4</td>
<td>11,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Bedarfsindex &quot;Kinder&quot;</td>
<td>1.007</td>
<td>0,985</td>
</tr>
<tr>
<td>( + 0,7 %)</td>
<td>(- 1,5 %)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Kinderärzte gem. Bedarfsindex (Soll)</td>
<td>5,4</td>
<td>11,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Kinderärzte (Ist)</td>
<td>7</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Abweichung Soll ggü. Ist</td>
<td>- 1,6</td>
<td>+ 4,6</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(- 21,8 %)</td>
<td>(+ 74,8 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Anzahl (Ist)</th>
<th>Anzahl (Soll)</th>
<th>Abweichung Soll ggü. Ist</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>absolut</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>757</td>
<td>745</td>
<td>-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>819</td>
<td>851</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>309</td>
<td>209</td>
<td>-100</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>173</td>
<td>141</td>
<td>-32</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>66</td>
<td>41</td>
<td>-25</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>142</td>
<td>112</td>
<td>-30</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>409</td>
<td>408</td>
<td>-1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>124</td>
<td>92</td>
<td>-32</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>480</td>
<td>550</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>1.218</td>
<td>1.215</td>
<td>-3</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>270</td>
<td>265</td>
<td>-5</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>72</td>
<td>60</td>
<td>-12</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>346</td>
<td>232</td>
<td>-114</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>154</td>
<td>124</td>
<td>-30</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>189</td>
<td>193</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>160</td>
<td>122</td>
<td>-38</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>insgesamt</strong></td>
<td><strong>5.688</strong></td>
<td><strong>5.360</strong></td>
<td><strong>-328</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl (Ist)</th>
<th>Anzahl (Soll)</th>
<th>Abweichung Soll ggü. Ist</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>absolut</td>
</tr>
<tr>
<td>Greifswald, Kreisfreie Stadt</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Neubrandenburg, Kreisfreie Stadt</td>
<td>9</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwerin, Kreisfreie Stadt</td>
<td>13</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Rostock, Kreisfreie Stadt</td>
<td>26</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Stralsund, Kreisfreie Stadt</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Uecker-Randow, Kreis</td>
<td>3</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Demmin, Kreis</td>
<td>3</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Bad Doberan, Kreis</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordwestmecklenburg, Kreis</td>
<td>4</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Strelitz, Kreis</td>
<td>1</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>124</td>
<td>92</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bedarfsfaktoren</th>
<th>Kreis Altenburger Land</th>
<th>Bundesdurchschnitt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Männer: 44,8</td>
<td>Männer: 41,2</td>
</tr>
<tr>
<td>Altersstrukturreffekt:</td>
<td>351 €</td>
<td>330 €</td>
</tr>
<tr>
<td>☐ Ausg. p.a. je Vers. gem. RSA-Profil</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erwachsene (15+)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Arbeitslosenquote (2008)</td>
<td>17,6 %</td>
<td>7,8 % (insg.)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>13,1 % (Ost)</td>
</tr>
<tr>
<td>monatliches verfügbares Haushaltseinkommen pro Kopf (2007)</td>
<td>1.235 Euro</td>
<td>1.540 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Pflegebedürftige je 10.000 Einwohner (2007)</td>
<td>357,6</td>
<td>284,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Bedarfsindex &quot;Erwachsene&quot;</td>
<td>1,045</td>
<td>1,000</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ableitung regionaler Planungswert</th>
<th>Werte für Kreis Altenburger Land</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Norm-Verhältniszahl (Einwohner 15+ je Hausarzt)</td>
<td>1.368</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Einwohner (15+)</td>
<td>90.353</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Hausärzte gem. Norm-Verhältniszahl</td>
<td>66,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Bedarfsindex “Erwachsene”</td>
<td>1,045</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Hausärzte gem. Bedarfsindex (Soll)</td>
<td>69,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Hausärzte (Ist)</td>
<td>56,0</td>
</tr>
<tr>
<td>Abweichung Soll ggü. Ist</td>
<td>+13,0 (+23,2 %)</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

Quelle: IGES

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

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

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
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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Anzahl (Ist)</th>
<th>Anzahl (Soll)</th>
<th>Abweichung Soll ggü. Ist</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>absolut</td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>626</td>
<td>593</td>
<td>-33</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>880</td>
<td>695</td>
<td>-185</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>309</td>
<td>197</td>
<td>-112</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>123</td>
<td>148</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>61</td>
<td>38</td>
<td>-23</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>142</td>
<td>99</td>
<td>-43</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>378</td>
<td>340</td>
<td>-38</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>89</td>
<td>98</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>403</td>
<td>445</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>1.098</td>
<td>1.001</td>
<td>-97</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>225</td>
<td>226</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>80</td>
<td>59</td>
<td>-21</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>253</td>
<td>249</td>
<td>-4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>135</td>
<td>142</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>176</td>
<td>160</td>
<td>-16</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>133</td>
<td>134</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>5.111</td>
<td>4.624</td>
<td>-487</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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-

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Anzahl (Ist)</th>
<th>Anzahl (Soll)</th>
<th>Abweichung Soll ggü. Ist</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>absolut</td>
<td>relativ</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Baden-Württemberg</td>
<td>952</td>
<td>995</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Bayern</td>
<td>1.321</td>
<td>1.167</td>
<td>-154</td>
</tr>
<tr>
<td>Berlin</td>
<td>412</td>
<td>331</td>
<td>-81</td>
</tr>
<tr>
<td>Brandenburg</td>
<td>203</td>
<td>248</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Bremen</td>
<td>77</td>
<td>53</td>
<td>-24</td>
</tr>
<tr>
<td>Hamburg</td>
<td>248</td>
<td>167</td>
<td>-81</td>
</tr>
<tr>
<td>Hessen</td>
<td>585</td>
<td>571</td>
<td>-14</td>
</tr>
<tr>
<td>Mecklenburg-Vorpommern</td>
<td>166</td>
<td>164</td>
<td>-2</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedersachsen</td>
<td>845</td>
<td>759</td>
<td>-86</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordrhein-Westfalen</td>
<td>1.444</td>
<td>1.682</td>
<td>238</td>
</tr>
<tr>
<td>Rheinland-Pfalz</td>
<td>417</td>
<td>380</td>
<td>-37</td>
</tr>
<tr>
<td>Saarland</td>
<td>134</td>
<td>99</td>
<td>-35</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen</td>
<td>403</td>
<td>418</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Sachsen-Anhalt</td>
<td>257</td>
<td>238</td>
<td>-19</td>
</tr>
<tr>
<td>Schleswig-Holstein</td>
<td>258</td>
<td>268</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Thüringen</td>
<td>222</td>
<td>224</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>insgesamt</td>
<td>7.944</td>
<td>7.764</td>
<td>-180</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>ROR</th>
<th>Kardiologen</th>
<th>Nephrologen</th>
<th>Gastroenterologen</th>
<th>Rheumatologen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Quote</td>
<td>25%</td>
<td>17%</td>
<td>14%</td>
<td>7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelhessen</td>
<td>35,6%</td>
<td>13,5%</td>
<td>9,6%</td>
<td>8,7%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nordhessen</td>
<td>35,0%</td>
<td>25,6%</td>
<td>12,1%</td>
<td>8,1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Osthessen</td>
<td>56,2%</td>
<td>4,0%</td>
<td>16,1%</td>
<td>4,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Rhein-Main</td>
<td>45,0%</td>
<td>8,2%</td>
<td>9,9%</td>
<td>13,0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Starkenburg</td>
<td>35,0%</td>
<td>18,1%</td>
<td>11,3%</td>
<td>7,9%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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 Bevölkerungsvorausberechnungen 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.


Im Ergebnis zeigt sich, ob – allein aufgrund der prognostizierten regionalen Bevölkerungsentwicklung – damit zu rechnen ist, dass ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt durch die Planung angezeigter Ärtemehr- 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 Ärztebedarfs je Planungsregion


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


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


- 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.

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

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kreis</th>
<th>Status Quo</th>
<th>Reformkonzept 2010</th>
<th>Reformkonzept 2020</th>
<th>Reformkonzept 2025</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Erfurt, Kreisfreie Stadt</td>
<td>124</td>
<td>133</td>
<td>131</td>
<td>131</td>
</tr>
<tr>
<td>Gera, Kreisfreie Stadt</td>
<td>66</td>
<td>68</td>
<td>61</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Jena, Kreisfreie Stadt</td>
<td>69</td>
<td>67</td>
<td>68</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Suhl, Kreisfreie Stadt</td>
<td>33</td>
<td>27</td>
<td>22</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Weimar, Kreisfreie Stadt</td>
<td>46</td>
<td>42</td>
<td>44</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Eisenach, Kreisfreie Stadt</td>
<td>33</td>
<td>29</td>
<td>27</td>
<td>27</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

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

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

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 prospective Orientierung der Bedarfsplanung vor, dem zeitlich begrenzten Mehrbedarf primär dadurch zu entsprechen, dass die Zulassungen für Vertragsärzte starker 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

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


### 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

Berechnungsgrundlagen

Bedarfsindex

Teilindex Altersstruktur

Teilindex Sozioökonomie & Morbidität

Teilindex Altersstruktur 2025

Prospektive Orientierung der Planungswerte

Berechnungsgrundlagen regionaler Planungswerte

Bedarfsindex

→ unter- bzw. überdurchschnittlicher Bedarf für jeden Kreis

Auswahl bedarfsmittleres Viertel

Einwohnergewichteter Durchschnitt Arzt-Einwohner-Relation nach Fachgruppe = Normverhältniszah

Bedarfsindex 2025

→ unter- bzw. überdurchschnittlicher Bedarf für jeden Kreis

Berechnung regionaler Planungswerte

EW Kreis / Normverhältniszahl * Bedarfsindex Kreis nach Fachgruppe = Sollzahl Ärzte je Kreis

EW Kreis 2025 / Normverhältniszahl * Bedarfsindex 2025 Kreis nach Fachgruppe = Sollzahl Ärzte je Kreis 2025

Bestimmung des Handlungsbedarfs

Mehr-/Minderbedarf im Vgl. zum Status Quo
davon zeitlich begrenzt

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


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 sicherstellen, 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.

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.
Das im Folgenden dargestellte Verfahren zur Verteilung der ärztlichen Versorgungskapazitäten in der Fläche verwendet u. a. ein je nach betrachteter Arztgruppe unterschiedliches Entfernungs kriterium (z. B. 5 km für die Ent fernung 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 Praxisstand ort 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 Wohn ortnähe das zentrale Kriterium. Das Verfahren der "Verteilungsplanung/ Hausärzte" wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Es lässt sich durch folgende Eckpunkte beschreiben:


2. Die Verteilungsplanung/Hausärzte erfolgt auf der Ebene der Gemeinden26 eines Kreises bzw. bei kreisfreien Städten auf einer zu de-
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).


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 ≥ 75 % der Zielrelation bis ≤ 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).


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.


**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.


Die Vorgehensweise wird für alle Gemeinden der Kategorie B fortgesetzt, bis die Zahl der abzubauenden 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 abzubauenden Arztstandorte zusätzlich auch eine die Wohnortnähe optimierende „Umsiedlungspläne“ (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 ausglichen 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.


- 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.


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.


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 Entfernungs-SR- kriterium eine maximale Entfernung von ca. 15 km vor.


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.


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 Arztzahl über, unter oder am Sollwert liegt – die Standorte zu bestimmen, an denen neu zu besetzende Arztsitze angesiedelt oder überzählige abgebaut oder umgesiedelt werden sollten.


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 Bedarfsplandung 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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>A</th>
<th></th>
<th>B</th>
<th></th>
<th>C</th>
<th></th>
<th>D</th>
<th></th>
<th>E</th>
<th></th>
<th>F</th>
<th></th>
<th>G</th>
<th></th>
<th>H</th>
<th></th>
<th>I</th>
<th></th>
<th>J</th>
<th></th>
<th>K</th>
<th></th>
<th>L</th>
<th></th>
<th>Sum</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>P1</td>
<td>5000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>15000</td>
<td></td>
<td>20000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P2</td>
<td>10000</td>
<td>1000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P3</td>
<td>5000</td>
<td></td>
<td>1500</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P4</td>
<td></td>
<td></td>
<td>1500</td>
<td>5000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P5</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>5000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P6</td>
<td>5000</td>
<td></td>
<td>15000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P7</td>
<td>10000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>10000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sum</td>
<td></td>
<td></td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td>15000</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Angesichts 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 angemessen Wohlnähe eine rechtliche Grundlage für erforderlich, die auch in Planungsbezirken ohne Unterversorgung, aber mit ungünstiger Verteilung der Praxisstandorte das beschriebene Konzept einer perspektivischen Um- siedlung 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.


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 versorgungsrele- vanter 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

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

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


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 Planungsbe reichs 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 Verkehrsanbindungen).


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

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:


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

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.27


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.29 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-


28 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.

29 Im Fall kreisfreier Städte übermitteln die Landesausschüsse die Bedarfspläne an die entsprechenden Stadtverordnetenversammlungen (je nach Land bzw. Kommunalverfassung auch Stadtrat oder Bürgerschaft).
ionalen Bevölkerung Informationen über die Bedarfsplanung zugänglich, nehmen evtl. Einsprüche der Bürger (Versicherte bzw. Patientenvertreter) entgegen und bündeln diese.


5. Schritt:


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 Stellungnahme- und Vorschlagsrecht zu der Verteilungsplanung eingeräumt wird, besteht die Möglichkeit, die Belange der Bürgerinnen und Bürger im Planungsprozess zur Geltung zu bringen.


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 (Fahrtzeiten usw.) ermittelt werden, sondern auch Fragen z. B. zu faktischen Wartezeiten oder über die Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen geklärt werden.


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:


- 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


