

Stand: 25.02.2016

Unterausschuss Bedarfsplanung am 11.03.2016

Antrag der Patientenvertretung

Aufhebung des Sonderstatus in der Bedarfsplanung für die Region Ruhrgebiet (Streichung des § 65 Absätze 2 – 5 BPl-Richtlinie in der Fassung vom 20.12.2012, zuletzt geändert am 18.12.2014).

Die Patientenvertretung nach § 140f SGB V beantragt,

- die gesonderte Planung für die Region Ruhrgebiet für die fachärztliche und spezialisierte fachärztliche Versorgung sofort aufzugeben und § 65 Absätze 2 bis 5 Bpl-RL insoweit aufzuheben sowie
- die gesonderte Planung für die Region Ruhrgebiet für den hausärztlichen Bereich bis spätestens zum Ablauf von 5 Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung aufzugeben und in § 65 Bpl-RL eine Übergangsregelung vorzusehen mit dem Ziel, eine unmittelbare Sogwirkung aus ländlichen in städtische Gebiete zu vermeiden.

Begründung

Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten

Mit dem Instrument der Bedarfsplanung erfolgt eine Steuerung des ärztlichen Angebots im Raum mit dem Ziel der Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten (unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderen Gründen). (G-BA Beschluss v. 20.12.2012, Tragende Gründe).

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, welche zum 1.1.2013 in Kraft getreten ist, hat der G-BA die gesonderte Planung für die Region Ruhrgebiet mit entsprechenden Sonderregelungen in § 65 Abs. 2 bis 5 SGB V dennoch zunächst aufrechterhalten, indem für Haus- und Fachärzte vom übrigen Bundesgebiet abweichende Verhältniszahlen festgelegt wurden.

Gem. § 101 Abs. 2 Nr. 3 legt der G-BA Verhältniszahlen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung fest. Dabei berücksichtigt er insbesondere die demografische Entwicklung sowie Sozial- und Morbiditätsstruktur. Es kommen insbesondere Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben, die der Verteilung Stadt-Land Rechnung tragen und damit die für Patienten wichtigen Faktoren der Erreichbarkeit und Entfernung berücksichtigen (Sozialstruktur, räumliche Ordnung im Planungsbereich, vorhandene Versorgungsstrukturen) (vgl. GKV-VStG, BT 17/6906, S. 74).

Regionale Besonderheiten können in Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA auf Landesebene berücksichtigt werden (§99 Abs. 1 SGB V, § 2 Bpl-RL). Solche Besonderheiten können sich ergeben aus der regionalen Demografie, Morbidität, sozioökonomischen Faktoren, räumlichen Faktoren, infrastrukturellen Besonderheiten.

Einerseits ist daher schon die Frage zu stellen, inwieweit der G-BA ermächtigt ist, aus Gründen regionaler Besonderheiten für die Region Ruhrgebiet in der Bedarfsplanungs-Richtlinie spezifische Verhältniszahlen festzulegen.

Jedenfalls aber fehlt es an einer sachgerechten Begründung für die für die Sonderregion Ruhrgebiet festgelegten Verhältniszahlen.

Die Sonderregelungen führen zu planerischen Ungleichbehandlungen für die Versicherten in der Region Ruhrgebiet und Versicherten in vergleichbaren Planungsbereichen (Mittelbereiche, Kreise Typ 1 und 2, Raumordnungsregionen). Der gleichmäßige Zugang ist nicht sichergestellt.

Der G-BA hat sich bei Beschlussfassung verpflichtet, die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet zu erheben, die Regelungen erneut zu überprüfen und ggf. anzupassen (§ 65 Abs. 2 Bpl-RL).

Nach intensiver Auseinandersetzung mit der Fragestellung in der zuständigen Arbeitsgruppe ist nach Auffassung der Patientenvertretung festzustellen, dass es keinen sachlichen Grund gibt, der die Fortführung der Differenzierung bezüglich der Verhältniszahlen zwischen der Sonderregion Ruhrgebiet und anderen vergleichbaren Planungsbereichen verhältnismäßig rechtfertigen könnte. Die in der Regel in der Region Ruhrgebiet niedrigeren Verhältniszahlen führen zu weniger Zulassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten und damit zu potentiell unverhältnismäßig schlechteren Zugangsmöglichkeiten zur vertragsärztlichen Versorgung für die Versicherten im Ruhrgebiet als für Versicherte in vergleichbaren Planungsbereichen.

Im Einzelnen:

I. Sonder-Verhältniszahlen Region Ruhrgebiet in der fachärztlichen Versorgung

1.

Bei der Neufassung der Bedarfsplanungs-RL ist der G-BA davon ausgegangen, dass der Versorgungsbedarf der Versicherten hinsichtlich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung keine kleinräumige Planungsraumzuordnung erfordert, sondern Mitversorgungseffekte von Kreisen und kreisfreien Städten ausgehen. Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist daher die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Die Planungsbereiche sind fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet.

Die zur Region Ruhrgebiet zugeordneten kreisfreien Städte und Landkreise nach § 65 Abs. 3 Bpl-RL sind gem. Anlage 3.2. Bpl-RL grundsätzlich und vorbehaltlich der Sonderregelung in § 65 Bpl-RL den Kreistypen 1 und 2 zugeordnet:

Typ 1: Bochum, Stadt; Dortmund, Stadt; Duisburg, Stadt; Essen, Stadt; Hagen, Stadt
Typ 2: Bottrop, Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Gelsenkirchen; Hamm, Stadt; Herne, Stadt; Mülheim an der Ruhr, Oberhausen, Recklinghausen; Unna; Wesel.

In Orientierung an das Konzept der Großstadregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31. Dezember 2010 handelt es sich also um Kreise, die aufgrund der ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum ein Versorgungsniveau von 139% (Typ1) bzw. 96% (Typ2) erbringen sollen, um dem Mitversorgungsbedarf der Versicherten gerecht zu werden (vgl. Anlage 6 Bpl-RL, Methodik der Typisierung der Kreise).

Der Vergleich der Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung für die Region Ruhrgebiet nach § 65 Abs. 4 SGB V mit den Verhältniszahlen für die Kreise Typ 1

und 2 nach § 12 Abs. 4 Bpl-RL zeigt jedoch, dass alle Verhältniszahlen im Vergleich zum Kreis Typ 1 erheblich kleiner sind. Einige Verhältniszahlen sind in etwa vergleichbar mit denen für den Kreistyp 2, einige mit Kreistyp 5. Eine Systematik ist hierbei nicht erkennbar. Die damit verbunden Zulassungsbeschränkungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet führen aber zu ungleich schlechteren Zugangsmöglichkeiten für die Versicherten insbesondere in den Städten der Typ 1 Kategorie.

2.

Für die Sonder-Verhältniszahlen Ruhrgebiet ist ein verhältnismäßiger Differenzierungsgrund nicht erkennbar.

- a. Diskutiert wird das Argument, dass Ärzte nicht für **weniger attraktive Regionen** gewonnen werden können, wenn in Städten des Ruhrgebiets neue Zulassungsmöglichkeiten entstünden.

Das Ziel, Ärzte auch für weniger attraktive Regionen zu gewinnen wird ausdrücklich unterstützt.

Fraglich ist, ob die Fortschreibung der Sonderregelung Ruhrgebiet geeignet ist, dieses Ziel zu erreichen. Denn die Frage, ob es **konkret** gelingen kann, Ärzte in weniger attraktive Regionen Deutschlands zu halten bzw. zu bekommen muss getrennt werden von der Frage der Ermittlung von **abstrakten** Planzahlen.

Eine Aufhebung der Sonderregelung Ruhrgebiet führt in planerisch überversorgten Planungsbereichen nicht zu neuen Zulassungsmöglichkeiten.

Die Argumentation überzeugt auch deshalb nicht, weil nur eine städtische Region planerisch für dieses Ziel benachteiligt werden soll. Jedenfalls aber kann diese Ungleichbehandlung des Ruhrgebiets nicht als verhältnismäßig betrachtet werden. Denn die für die Bedarfsplanung ebenso relevante Sozialstruktur (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V) kann gerade in den sozialen Brennpunktregionen auch in westdeutschen Städten zu erhöhten Bedarfen führen.

- b. Auch eine besondere **Dichte stationärer Einrichtungen** im Ruhrgebiet wird als Differenzierungsgrund angeführt.

Das politische Ziel einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung wird auch von der Patientenvertretung unterstützt. Es fehlen jedoch zum jetzigen Zeitpunkt Erkenntnisse, Strukturen und Rechtsgrundlagen.

Soweit dabei tatsächlich auf Möglichkeiten der stationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V abgestellt wird, muss die Geeignetheit des Kriteriums der Krankenhausdichte infrage gestellt werden, da im Falle notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung der Besuch beim Facharzt keine Alternative ist (vgl. Krankenhauseinweisungs-Richtlinie).

Die ambulante Behandlung am Krankenhaus ist grundsätzlich vom Gesetzgeber auf spezialisierte Versorgungsbereiche und die Ermächtigung in Situationen, in denen die vertragsärztliche Versorgung nicht ausreicht, um die Versorgung der Versicherten sicherzustellen, beschränkt.

- c. Weiteres Argument für eine Differenzierung ist, dass die Metropolregion Ruhrgebiet **wenig Mitversorgung für das Umland** leiste und sie **besonders gut verkehrlich** erschlossen sei.

Gegen die Geeignetheit dieses Arguments spricht die Zuordnung der Ruhrgebiets-Städte und -Kreise zu den Kreistypen 1 und 2 (siehe oben).

Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Patienten vor allem im Facharztbereich ihren Orthopäden; Kardiologen; Gynäkologen, etc. nicht nach dem Arbeitsort, aber auch nicht unbedingt wohnortnah, sondern nach der Qualität seiner Arbeit und seiner Spezialisierung auswählen.

3.

Auch für spezialisierte fachärztliche Versorgung sind darüber hinaus keine Argumente vorgetragen oder diskutiert worden, die eine sachgerechte Differenzierung und Sonder-Verhältniszahlen für die Region Ruhrgebiet rechtfertigen würden.

Im Ergebnis lässt sich somit eine Rechtfertigung für die Aufrechterhaltung des Sonderstatus weder aus den konkreten Zahlen, noch aus der aktuellen Planungssituation herleiten.

II. Sonder-Verhältniszahlen Region Ruhrgebiet in der hausärztlichen Versorgung

1.

Die niedrigere Verhältniszahl in der Sonderregion Ruhrgebiet (1 / 2.134) im Vergleich zur regelhaften Verhältniszahl für die hausärztlichen Versorgung (1 / 1.671) führt dazu, dass in der **Region Ruhrgebiet planerisch 47 Hausärzte für 100.000 Versicherte** zugelassen sein können, im Rest der **Bundesrepublik** sind es aber **60 Hausärzte für 100.000 Versicherte**.

Kann dennoch ein gleichmäßiger Zugang der Bevölkerung im Ruhrgebiet zur hausärztlichen Versorgung sichergestellt werden?

2.

Mögliche, schon bei der fachärztlichen Versorgung aufgeführte Differenzierungsgründe können für die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung keine geeigneten Gründe sein:

- Hausärzte werden in Wohnortnähe auf Mittelbereichsebene geplant, so dass für Berufspendler der Hausarzt am Dienort auch im Ruhrgebiet keine Alternative ist.
- Es mag sein, dass es den Menschen im Ruhrgebiet angesichts eines **engen Verkehrsnetzes** (Privatverkehr wie Öffentlicher Personenverkehr) leichter fällt, Wege zurückzulegen. Doch dies trifft genauso auf die Großstadregionen Berlin oder Hamburg.
- Die **Krankenhausdichte** spielt in der hausärztlichen Versorgung keine Rolle, es sei denn, man rechnet die Notfallversorgung hinzu.
- Schließlich trägt auch die lange Zeit vorgetragene Vermutung nicht mehr, dass es im Ruhrgebiet eine zusätzliche starke **Versorgung mit Knappschaftsärzten** gibt. Nach Auskunft der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See sind Knappschaftsärzte auch als Vertragsärzte zugelassen und damit **in den Zahlen der allgemeinen Bedarfsplanung bereits enthalten**.

Unbestritten ist die Tatsache, dass die Ruhrgebietsregion aufgrund seiner **Bevölkerungsdichte** einzigartig in Deutschland (wenn nicht sogar in Europa) ist. Ob diese Bevölkerungsdichte allein ausreichender Grund dafür ist, dass hier auf die Bevölkerungszahl bezogen eine - zudem nicht unerheblich - geringere Hausarztliche Dichte vonnöten ist, erschließt sich nicht.

III. Übergangsregelung hausärztliche Versorgung

In der Diskussion über eine mögliche Abschaffung der Sonderregelung wird teilweise die Sorge angeführt, die Freigabe weiterer Arztsitze im „attraktiven“ Ruhrgebiet könne **negative Auswirkungen** haben für die medizinische Versorgung heute schon nicht ausreichend versorgter ländlicher Regionen. Es müssten deshalb längerfristige Übergangsregelungen eingerichtet werden. Das wäre aber wohl ausschließlich für die hausärztliche Versorgung zu befürchten (s.o.)

Um diesen Bedenken Rechnung zu tragen beantragt die Patientenvertretung deshalb, eine Übergangsregelung vorzusehen mit dem Ziel, eine unmittelbare Sogwirkung aus ländlichen in städtische Gebiete zu vermeiden.

Spätestens 5 Jahre nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinienänderung ist die Sonderregelung in Bezug auf den hausärztlichen Bereich dann komplett aufzuheben.

Eine Alternative könnte noch eine regionale Lösung sein, wie sie zum Beispiel in Bayern gewählt wurde, indem man die „Mittelbereiche“, in denen hausärztliche Bedarfsplanung stattfindet, weiter unterteilt und die weniger attraktiven nördlichen Stadtteile der Ruhrgebietsstätte eigenständig beplant.

IV. Fazit

Die Patientenvertretung kann keinen Grund erkennen für die weitere Aufrechterhaltung der planungsmäßigen Schlechterstellung der ärztlichen Versorgung der Menschen mit Wohnsitz in der Ruhrgebietsregion und beantragt deshalb die sofortige Aufhebung der Sonderregelungen für alle Fachärzte sowie für den hausärztlichen Bereich eine Übergangsregelung mit dem Ziel der Aufhebung fünf Jahre nach Inkrafttreten der Änderung.