

**Fakten und Positionen zur
vertragsärztlichen Versorgung
in Baden-Württemberg
vor dem Hintergrund
des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes**

Inhaltsverzeichnis

1. Abstract / Zentrale Positionen	1
2. Einleitung	3
3. Ausgangssituation in Baden-Württemberg	4
4. Ambulante ärztliche Versorgungssituation konkret.....	7
4.1 Überkapazitäten in der Versorgung	14
4.2 Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung	14
4.3 Steuerung des Notfalldienstes in Baden-Württemberg	16
4.4 Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten	17
4.5 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	17
5. Fazit	20
Anhang A: Hintergrundinformationen.....	22
A.1 Die Bedarfsplanung in Deutschland.....	22
A.2 Der sektorenübergreifende Landesausschuss in Baden- Württemberg	24
A.3 Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Baden- Württemberg	24
A.4 Der erweiterte Landesausschuss (eLA) in Baden-Württemberg	26
Anhang B: Anmerkungen/Quellennachweise	27

1. Abstract / Zentrale Positionen

Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich zu einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung mit niedergelassenen Vertragsärzten, in deren Fokus das Wohl der Patienten steht. Hierfür wurden bereits große Anstrengungen in Baden-Württemberg unternommen, die jedoch mit weiteren Maßnahmen fortgeführt werden müssen:

Überversorgung abbauen

Bei der Gesamtbetrachtung der Versorgungssituation in Baden-Württemberg über alle Arztgruppen hinweg wird deutlich, dass nur 21 Prozent aller Planungsbereiche nicht mit Zulassungsbeschränkungen versehen und damit für eine neue ärztliche Niederlassung offen sind. Gegen die immer noch bestehende medizinische Überversorgung in den gesperrten Planungsbereichen gilt es, die gesetzlichen Maßnahmen voll auszuschöpfen.

Unterversorgung bekämpfen

Neben einer fachärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten sind in ländlichen Räumen vor allem im hausärztlichen Bereich Versorgungsengpässe zu verzeichnen. In den betroffenen Regionen müssen mehr Anreize für die Niederlassung von Ärzten gesetzt werden. Hier sind alle Beteiligten gefragt, die Arbeits- und die Lebensbedingungen für Ärzte im ländlichen Raum attraktiver zu gestalten.

Neue Strukturen einführen

Die Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen wird sich den veränderten Strukturen und Erfordernissen stärker anpassen müssen. Hierfür sind neue Kooperations- und Teamstrukturen erforderlich. Das setzt flachere Arbeitshierarchien voraus, in denen ausgewählte ärztliche Tätigkeiten auf qualifiziertes Fachpersonal wie beispielsweise Praxisassistenten übertragen werden. Diese unterstützen die Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten und übernehmen zum Beispiel im Rahmen von Hausbesuchen ärztlich angeordnete Hilfeleistungen. Hausärzte haben dadurch mehr Zeit für ihre Patienten und Nachwuchsärzte werden so an den Beruf des Landarztes herangeführt. Die Anstellung von Praxisassistenten sollte vor diesem Hintergrund fortgeführt und ausgebaut werden.

Telematik fördern

Die moderne Medizin beruht auf interdisziplinärer und sektorenübergreifender Kommunikation. Telematische Anwendungen, wie zum Beispiel digitale Patientenakten, sind deshalb unter Wahrung des Datenschutzes und unter Berücksichtigung hoher Sicherheitsstandards mit Nachdruck weiterzuentwickeln. Auf diese Weise werden Informationen übergreifend verfügbar und der Dokumentationsaustausch unter den Leistungserbringern verbessert und beschleunigt. Dadurch können zum Beispiel

Doppeluntersuchungen bei Patienten vermieden und deren Medikation besser abgestimmt werden. Besonders komplexe, chronische Krankheiten oder die Betreuung von multimorbiden, pflegebedürftigen Patienten erfordern eine berufs-, fächer- und sektorenübergreifende Behandlung, bei der neben dem ambulanten Sektor auch Kliniken, Pflegeheime oder mobile Dienste einzubeziehen sind.

Zahl der Rettungsleitstellen reduzieren

Zu einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung gehört zwingend ein gut funktionierender Rettungsdienst. Für eine qualitativ hochwertige und effiziente Steuerung des Rettungsdienstes sollte die Anzahl der Rettungsleitstellen reduziert werden.

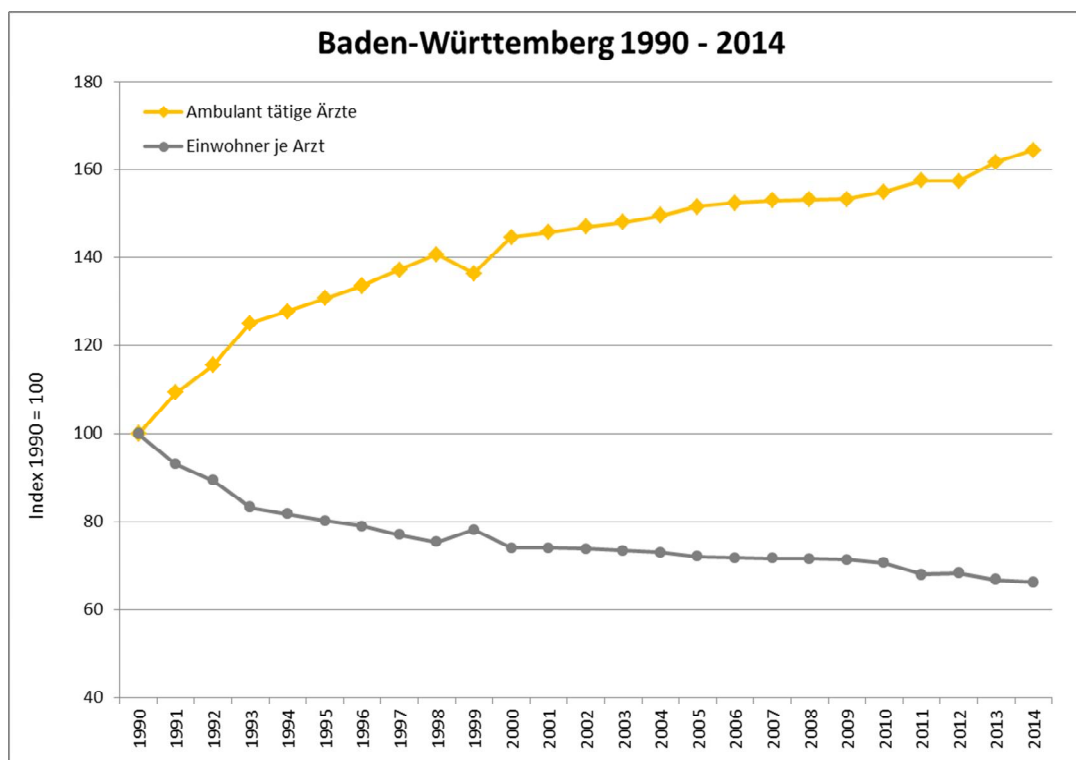
2. Einleitung

Der demografische Wandel, der medizinisch-technologische Fortschritt, die Zukunft der Pflege sowie die aus all dem resultierenden strukturellen Anpassungen innerhalb des Versorgungssystems sind nur einige der Herausforderungen im Gesundheitssystem, deren Bewältigung eine Daueraufgabe darstellen. Wir, die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg, engagieren uns vor diesem Hintergrund kontinuierlich und aktiv in der Gestaltung tragfähiger Versorgungsstrukturen und in der Anpassung der gesundheitspolitischen Weichenstellungen im Land.

Die vertragsärztliche Versorgung bildet einen wichtigen Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Wir haben das vorliegende Fakten- und Positionspapier zusammengestellt, um anhand objektiver Daten und Fakten Impulse zur Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg zu setzen. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes sowie dessen Auswirkungen auf die Versorgungssituation in Baden-Württemberg und in ganz Deutschland.

Im Ergebnis zeigt sich, dass Baden-Württemberg über eine gute ambulante Versorgung verfügt – allerdings nicht mehr überall, weil sich die Ärzte aus verschiedenen Gründen unterschiedlich verteilen. Wir haben also keinen Mangel an niedergelassenen Ärzten, wir haben ein Verteilungsproblem im Sinne einer bedarfsgerechten Flächendeckung im Land.

Schaubild 1: Ambulant tätige Ärzte und Einwohner je Arzt¹



3. Ausgangssituation in Baden-Württemberg

Neben einer fachärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten sind in ländlichen Räumen vor allem im hausärztlichen Bereich Versorgungssengpässe zu verzeichnen. In den betroffenen Regionen müssen mehr Anreize für die Niederlassung von Ärzten gesetzt werden. Hier sind alle Beteiligten gefragt, die Arbeits- und die Lebensbedingungen für Ärzte im ländlichen Raum attraktiver zu gestalten. Außerdem sollte die rettungsdienstliche Versorgung durch den Aufbau zentraler Leitstellen gestrafft werden. Zudem ist dafür Sorge zu tragen, dass in der psychotherapeutischen Versorgung das Behandlungsangebot auch tatsächlich den vergebenen Zulassungen entspricht.

Erste Schritte in die richtige Richtung sind bereits getan: So gestattet die neue kleinteiligere Bedarfsplanung², den Bedarf vor Ort besser zu ermitteln. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auf Länderebene von den Bedarfsplanungsvorgaben der Bundesebene abzuweichen. Entsprechende Konzepte werden derzeit unter dem Dach des sektorenübergreifenden Landesausschusses erprobt.

Auf der Vergütungsseite ist festzuhalten, dass seit Jahren die hausärztliche Grundversorgung gestärkt und seit 2015 zusätzlich durch eine höhere Grundpauschale gefördert wird. Seitdem gibt es auch eine gesonderte Vergütung für die Beschäftigung von Praxisassistenten. Diese unterstützen die Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten und übernehmen zum Beispiel im Rahmen von Hausbesuchen ärztlich angeordnete Hilfeleistungen. Hausärzte haben dadurch mehr Zeit für ihre Patienten und Nachwuchsärzte werden so an den Beruf des Landarztes herangeführt. Die Anstellung von Praxisassistenten sollte vor diesem Hintergrund unbedingt fortgeführt und ausgebaut werden.

Ergänzend setzt das 10-Punkte-Aktionsprogramm Landärzte der Landesregierung sinnvolle Anreize zur Förderung der Niederlassung im ländlichen Raum. Damit soll die ambulante medizinische Versorgung der Menschen flächendeckend gesichert werden. Hierbei wird u. a. auf die Nachwuchsförderung und die Verbesserung der bestehenden Versorgungsstrukturen eingegangen. Die Landesregierung stellt darüber hinaus ein Förderprogramm mit einer finanziellen Ausstattung in Höhe von insgesamt 6,95 Mio. Euro zur Verfügung. Ziel der Förderung im Rahmen des Förderprogramms „Landärzte“ ist die Verbesserung der ambulanten hausärztlichen Versorgung. Dies gilt für Fördergebiete im ländlichen Raum, in denen es heute schon Versorgungssengpässe gibt beziehungsweise perspektivisch geben kann. Ein Hausarzt kann bis zu 30.000 Euro Landesförderung erhalten, wenn er sich in Baden-Württemberg in einer ländlichen Gemeinde ohne Arzt niederlässt. Für das Förderprogramm „Landärzte“ stehen insgesamt 2 Mio. Euro zur Verfügung.

Darüber hinaus hat die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes Anfang 2014 die Ärzte vor allem auf dem Land deutlich entlastet. Inzwischen gibt es im Land rund 120 Notdienstpraxen an Krankenhäusern, die sowohl von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg als auch von den Krankenkassen als Erfolgsmodell betrachtet werden: Ärzte müssen nicht mehr als sieben Bereitschaftsdienste im Jahr absolvieren, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser werden entlastet und Patienten haben im Notfall eine klar definierte Anlaufstelle, die innerhalb von 20-30 Autominuten erreichbar ist.

Stärker genutzt werden könnten in Baden-Württemberg die Möglichkeiten zum Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft der Kommunen oder der Kassenärztlichen Vereinigung. Solche Modelle ermöglichen es Ärzten, als Angestellte tätig zu sein, was einem weit verbreiteten Wunsch heutiger Medizinstudenten entspricht³. Dies dürfte nicht zuletzt darauf zurück zu führen sein, dass der Anteil der Frauen bei den Medizinstudenten und den Absolventen eines Medizinstudiums mittlerweile bei über 60 Prozent liegt⁴.

Zudem sehen wir im Ausbau der Telemedizin ein erhebliches Potential, um zu einer Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen und potenziell unterversorgten Regionen beizutragen. Mithilfe telematischer Anwendungen werden Informationen übergreifend verfügbar; der Dokumentationsaustausch zwischen den einzelnen Leistungserbringern wird verbessert und beschleunigt. Interdisziplinäre und sektorenübergreifende Kommunikation mittels Telematik hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden und die Medikation der Patienten besser abzustimmen. Deshalb müssen telematische Anwendungen unter Wahrung des Datenschutzes und unter Berücksichtigung der Sicherheitsstandards mit Nachdruck weiter entwickelt werden.

Zu einer umfassenden, sektorenübergreifenden Versorgung gehört zwingend ein gut funktionierender Rettungsdienst. Für eine qualitativ hochwertige und effiziente Steuerung des Rettungsdienstes würden unseres Erachtens etwa zwölf zentrale Rettungsleitstellen, statt der bislang bestehenden 34, im Land ausreichen. Hierbei kommt eine ausgefeilte Technik zum Einsatz. So berechnet das Einsatzleitsystem mittels GPS-Daten bereits bei Eingabe der Einsatzdaten das mit der kürzesten Anfahrtszeit freie Rettungsfahrzeug und übermittelt bei Alarmierung den Anfahrtsweg an das Navigationssystem des Fahrzeugs. Durch eine Vernetzung der Leitstellen untereinander kann darüber hinaus die Sicherheit wesentlich erhöht werden. Im Interesse aller Patienten sind die kürzeren Eintreffzeiten bei einem Notfall. So sind zeitgleich mehr Disponenten in einer Leitstelle anwesend als in der jetzigen Struktur. Dadurch wird die Vermittlung der Einsätze auch bei stärkerem Einsatzaufkommen gewährleistet. Die regionalisierten Leitstellen können Einsätze in einem wesentlich größeren Umkreis als bisher disponieren.

Aufgrund der großräumigeren Zuständigkeit bedeutet dies, dass jeder Disponent jeweils auf das nächste freie Fahrzeug einen Zugriff hat. Das spart Zeit, da Nachfragen bei der Nachbarleitstelle entfallen. Außerdem kann der Disponent durch ein geographisches System, in unserem Falle Rescue Track genannt, visuell alle Fahrzeugstandorte und Fahrzeugzustände erkennen. So zum Beispiel, ob ein Patient transportiert wird oder sich das Fahrzeug auf einer Rückfahrt oder im Einsatz befindet. Die Folge: Geringere Wartezeiten im Krankentransport, da der Disponent alle Fahrzeuge im Zugriffsbereich der jeweiligen Leitstelle in seine Disposition einbeziehen kann.

Die langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz vermitteln das Gefühl, dass es zu wenige Psychotherapeuten im Land gebe. Tatsächlich ist die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten aber ausreichend. Allerdings wird häufig ein ganzer Sitz von einem nur in Teilzeit arbeitenden Psychotherapeuten belegt. Hier ist die Kassenärztliche Vereinigung aufgefordert, ihrem Sicherstellungsauftrag nachzukommen, indem sie den Umfang des Versorgungsauftrags für in Teilzeit arbeitende Psychotherapeuten entsprechend anpasst, so dass sich weitere Psychotherapeuten niederlassen können.

Der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat mit Wirkung zum 1. Juli 2016 eine neue Psychotherapie-Richtlinie beschlossen. Diese beinhaltet Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Errichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Wir gehen davon aus, dass sich bereits mit diesen Regelungen die psychotherapeutische Versorgung verbessert beziehungsweise Engpässe reduziert werden.

4. Ambulante ärztliche Versorgungssituation konkret

Anhand der aktuell vorliegenden Daten aus der Bedarfsplanung 2016 lässt sich für Baden-Württemberg Folgendes feststellen⁵

- Die hausärztliche Versorgung ist in 101 Planungsbereiche gegliedert. Diese sind in acht Planungsräume zusammengefasst. Etwa 36 Prozent der hausärztlichen Planungsgebiete sind aufgrund von Überversorgung mit Zulassungsbeschränkungen versehen. Die restlichen 64 Prozent sind für eine neue hausärztliche Niederlassung geöffnet.⁶
- Der Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist für jede der zehn Facharztgruppen in 43 Planungsgebiete aufgeteilt. Bei einer Durchschnittsbetrachtung der Versorgungsgrade über alle Facharztgruppen hinweg ist in lediglich elf Prozent aller Planungsgebiete eine neue fachärztliche Niederlassung möglich.
- Im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung weist Baden-Württemberg für jede der vier Facharztgruppen insgesamt zwölf Planungsgebiete auf. Davon sind ca. 19 Prozent geöffnet. Diese 19 Prozent umfassen ein offenes Planungsgebiet im Bereich der Radiologie und acht weitere offene Planungsgebiete im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Bei der Gesamtbetrachtung der Versorgungssituation in Baden-Württemberg über alle Arztgruppen hinweg wird deutlich, dass nur 21 Prozent aller Planungsbereiche nicht mit Zulassungsbeschränkungen versehen und damit für eine neue ärztliche Niederlassung offen sind.
- Die Ergebnisse lassen den Rückschluss zu, dass in den städtischen Zentren eine medizinische Überversorgung besteht. Gleichzeitig könnte in vielen ländlichen Landkreisen die Versorgungssituation im ambulanten Bereich deutlich verbessert werden. Derzeit wird nach flexiblen Lösungsmöglichkeiten gesucht, um dem tatsächlichen ärztlichen Versorgungsbedarf, insbesondere in den betroffenen ländlichen Bereichen, gerecht zu werden.
- Die nachstehenden Auswertungen und Grafiken zeigen auf, in welchen Planungsbereichen, bei welchen Facharztgruppen und auf welchen Versorgungsebenen welche Versorgungsgrade (in Prozent) am höchsten und am niedrigsten sind.

Tabelle 1: Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung in Prozent⁷

Planungsräume/ Mittelbereiche	Niedrigster Versorgungsgrad	Höchster Versorgungsgrad
Stuttgart	79,7 % (Vaihingen)	110,7 % (Kirchheim)
Heilbronn-Franken/Ostwürttemberg	82,9 % (Öhringen)	143,3 % (Wertheim)
Mittlerer Oberrhein/Rhein-Neckar	67,6 % (Eberbach)	121,8 % (Baden-Baden)
Rhein-Neckar/Nordschwarzwald	77,9 % (Horb)	121,1 % (Sinsheim)
Südlicher Oberrhein	99,5 % (Kehl)	146,2 % (Freiburg)
Schwarzwald-Baar-Heuberg/ Hochrhein-Bodensee	87,5 % (Rottweil)	129,0 % (Stockach)
Neckar-Alb/Donau-Iller	89,2 % (Balingen)	121,1 % (Ehingen)
Bodensee-Oberschwaben	99,7 % (Pfullendorf)	118,0 % (Überlingen)

Schaubild 2a: Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung im Regierungsbezirk Freiburg in Prozent

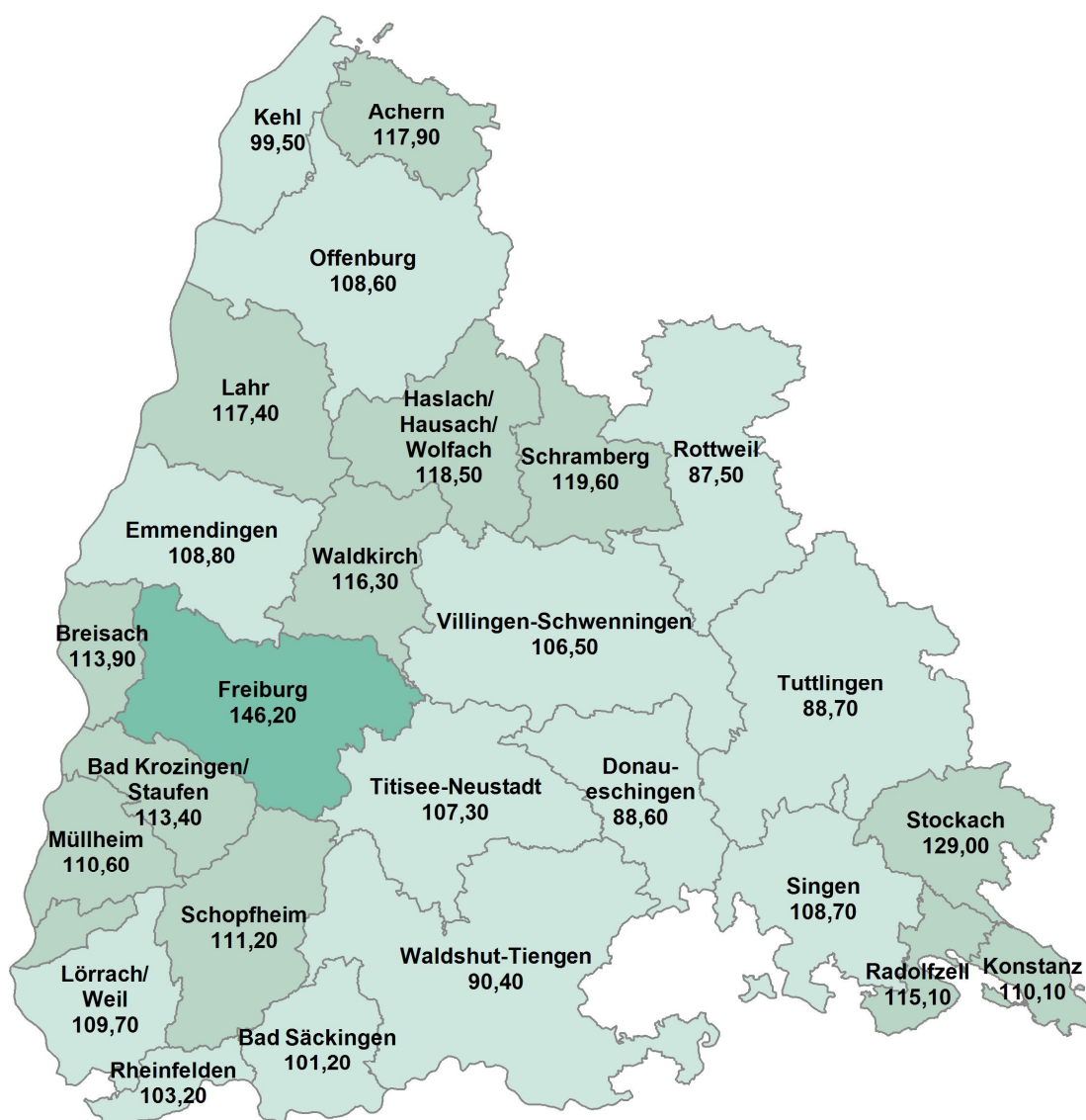


Schaubild 2b: Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung im Regierungsbezirk Karlsruhe in Prozent

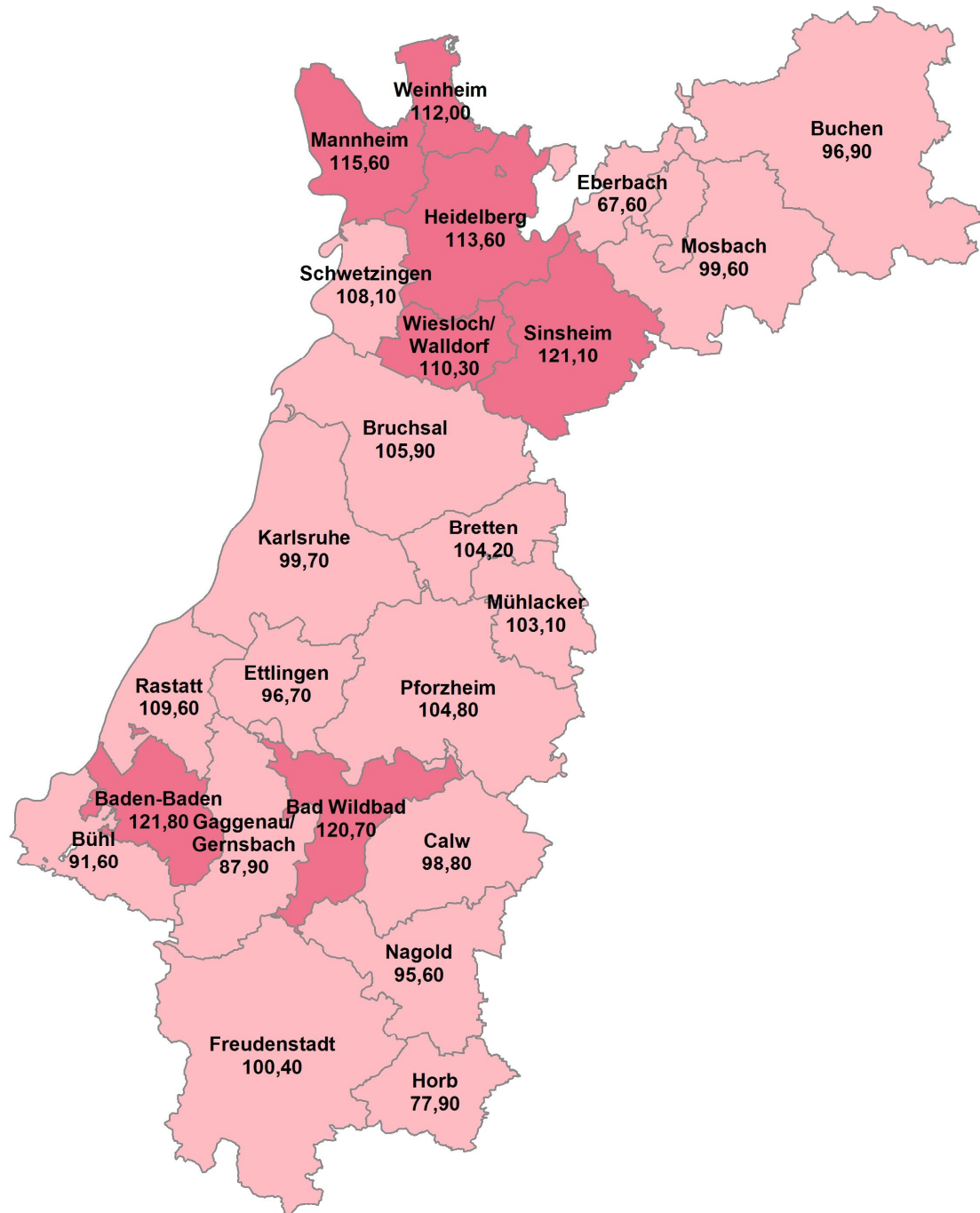


Schaubild 2c: Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung im Regierungsbezirk Stuttgart in Prozent

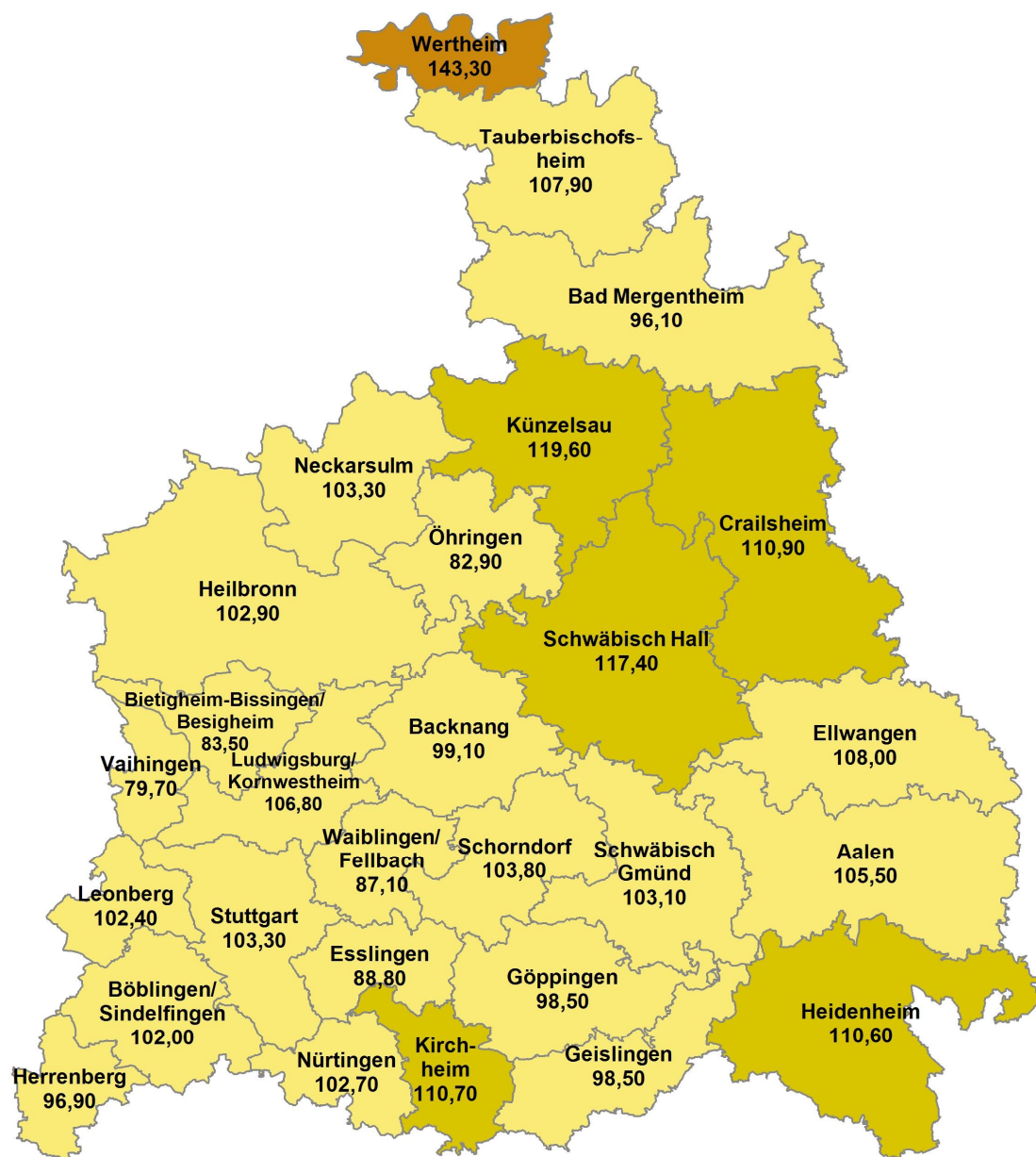


Schaubild 2d: Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung im Regierungsbezirk Tübingen in Prozent



Tabelle 2/Schaubild 3: Versorgungsgrade in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Prozent⁸

Facharztgruppe	Niedrigster Versorgungsgrad	Höchster Versorgungsgrad
Augenärzte	80,8 % (Hohenlohekreis)	164,9 % (Freiburg)
Chirurgen	105,2 % (Biberach)	303,3 % (Alb-Donau Kreis)
Frauenärzte	79,8 % (Freudenstadt)	166,5 % (Ulm)
Hautärzte	56,2 % (Calw)	246,3 % (Bodenseekreis)
HNO-Ärzte	58,8 % (Hohenlohekreis)	181,7 % (Ulm)
Kinderärzte	99,5 % (Biberach)	203,7 % (Heidelberg)
Nervenärzte	104,9 % (Tuttlingen)	323,0 % (Konstanz)
Orthopäden	93,7 % (Waldshut)	217,7 % (Heidelberg)
Psychotherapeuten	79,3 % (Hohenlohekreis)	577,8 % (Tübingen)
Urologen	105,4 % (Ludwigsburg)	166,3 % (Heilbronn, Stadt)

Regierungsbezirke BW

- Freiburg
- Karlsruhe
- Stuttgart
- Tübingen

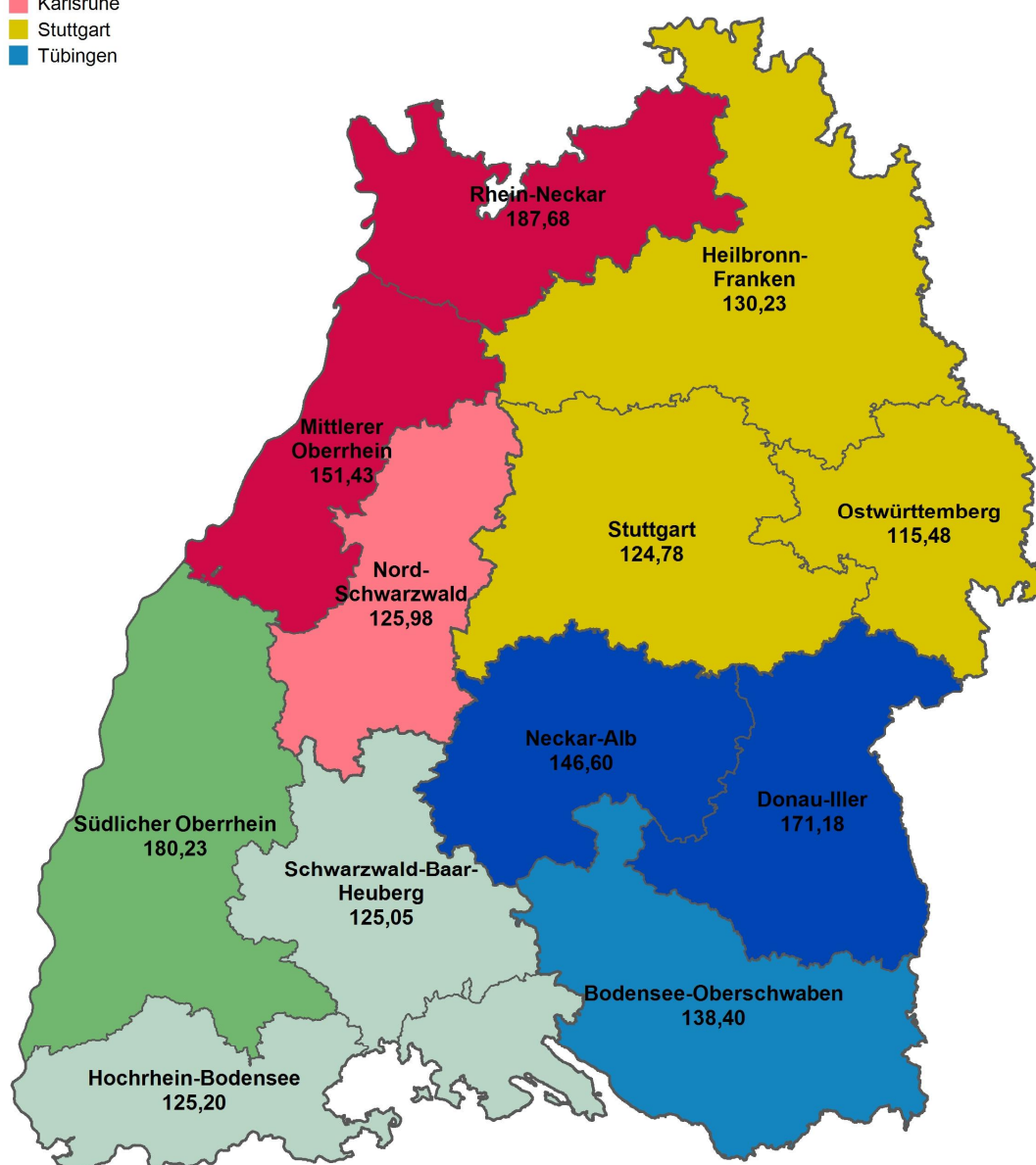


Tabelle 3/Schaubild 4: Versorgungsgrade in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung in Prozent⁹

Facharztgruppe	Niedrigster Versorgungsgrad	Höchster Versorgungsgrad
Anästhesisten	113,0 % (Schwarzwald-Baar-Heuberg)	237,6 % (Donau-Iller)
Fachinternisten (fachärztlich tätig)	166,5 % (Schwarzwald-Baar-Heuberg)	279,1 % in Rhein-Neckar
Kinder- und Jugendpsychiater	40,4 % (Nordschwarzwald)	222,6 % (Südlicher Oberrhein)
Radiologen	108,8 % (Neckar-Alb)	160,2 % (Rhein-Neckar)

Regierungsbezirke BW

- Freiburg
- Karlsruhe
- Stuttgart
- Tübingen



Beim Vergleich der Schaubilder 2a bis 4 werden die Unterschiede im Zuschnitt der Planungsbezirke für die unterschiedlichen Arztgruppen deutlich. Die Schaubilder 2a bis 2d veranschaulichen die kleinräumige Planung in der hausärztlichen Versorgung. Die Unterscheidung bei der Planung der Versorgungsdichte zwischen Haus- und Fachärzten ist dabei logisch und sinnvoll: Die Hausärzte sollen wohnortnah erreichbar sein. Hier kommt der Lotsenfunktion des Hausarztes eine besondere Bedeutung zu, da er im Bedarfsfall auch durch eine Überweisung an einen weiter entfernten Facharzt die Behandlungsqualität sichern kann. Bei Fachärzten (Schaubilder 3 und 4) ist die Wohnortnähe nicht für alle Facharztgruppen zwingend erforderlich, da es sich hierbei in der Regel um planbare Eingriffe handelt, für die weitere Wege zumutbar sind.

Weiterhin wird graphisch dargestellt, dass es derzeit fast ausschließlich im hausärztlichen Bereich offene Planungsgebiete mit einem Versorgungsgrad von weniger als 110 Prozent gibt (Schaubilder 2a – 2d). Dagegen bestehen nur bei wenigen Facharztgruppen Niederlassungsmöglichkeiten für neue Vertragsärzte (Schaubild 3). In den restlichen Regionen Baden-Württembergs herrscht bei der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, bei durchschnittlicher Betrachtung über alle Facharztgruppen hinweg, eine sehr hohe Versorgungsdichte (Schaubild 4).

Die aktuelle Bedarfsplanungs-Richtlinie bietet Stabilität, Flexibilität und höhere Transparenz bei der Planung der Versorgungsebenen. Die Herausforderung besteht darin, die Verteilung der Ärzte vertragspolitisch intelligent und nachhaltig zu gestalten.

4.1 Überkapazitäten in der Versorgung

Das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), das am 23. Juli 2015 in Kraft getreten ist, bietet viele Möglichkeiten zur Ausgleichsfindung bei Überversorgung und zur Stärkung von versorgungsschwachen Gebieten an. Es sieht ausdrücklich eine bessere Verteilung der Ärzte zwischen Ballungsräumen und ländlichen Regionen vor.

Die in vielen Regionen Baden-Württembergs bestehende Überversorgung in gesperrten Planungsbereichen sollte abgebaut werden. Bestehende Versorgungsengpässe in den strukturschwachen Gebieten können durch eine entsprechende Umverteilung ausgeglichen werden.

4.2 Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung

Eine reine Vergütungserhöhung in ländlichen Bereichen wird keine Ärzte dazu bewegen, sich dort niederzulassen. Dies haben verschiedene Umfragen, beispielsweise des Hartmannbundes, bei Medizinstudenten ergeben.

Ob sich aufgrund einer neu gestalteten Bedarfsplanung Ärzte in ländlichen Gebieten niederlassen werden, in denen vereinzelt Versorgungslücken bestehen, bleibt abzuwarten. Den Akteuren im Gesundheitswesen allein wird es nicht möglich sein, strukturelle Defizite wie etwa schlechte Verkehrsanbindung, unzureichende Bildungs- und Kulturangebote sowie fehlende Schulen und Kindergärten in einzelnen Regionen zu beseitigen. Dies ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Die Anreize zur Niederlassung – insbesondere von Hausärzten – müssen auch verstärkt von den Kommunen kommen. Hier gibt es bereits erste positive Ansätze. Insofern ist die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie nur ein Baustein von vielen.

Das GKV-VSG sieht verschiedene Maßnahmen zur Vermeidung von Unter- und Überversorgung vor. Eines der Kernelemente des Gesetzes ist die neu vorgesehene verpflichtende Regel, im Fall von Überversorgung ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent auf die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens zu verzichten, sofern eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist.¹⁰ Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen prüfen regelmäßig, ob eine Überversorgung vorliegt. Wenn dies der Fall ist, hat der Landesausschuss nach den Vorschriften der Zulassungsverordnungen und unter Berücksichtigung der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Zulassungsbeschränkungen anzuordnen. Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist.

Ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent müssen die Zulassungsausschüsse künftig prüfen und begründen, ob eine Praxis erneut besetzt werden muss (§103 Abs. 3a S. 7 i. V. m. § 103 Abs. 1 S. 3 SGB V). Wenn der Erhalt der betroffenen Praxis nicht begründet werden kann, soll der Sitz von der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aufgekauft und die Praxis geschlossen werden. Diese Vorgabe zum Kauf von Praxissitzen in Überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde durch das neue GKV-VSG von einer Kann- in eine Soll-Bestimmung umgewandelt. Hierdurch wird eine Niederlassung der Ärzte in einem Überversorgten Gebiet verhindert und ein Anreiz für die Sicherstellung in einem unterversorgten Gebiet gesetzt.

Dies wird dazu führen, dass innerhalb der nächsten zwei Jahre mehrere Vertragsarztsitze auf den Prüfstand gestellt werden und somit eine Umverteilung ermöglicht wird.

Das GKV-VSG sieht die Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages mit der Errichtung von Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vor. Diese Regelung hilft, den Versicherten einen zeitnahen Zugang zur fachärztlichen Versorgung zu verschaffen und damit ihre Situation im konkreten Versorgungsfall zu verbessern¹¹.

Ein weiteres Steuerungsinstrument zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung stellt § 99 Absatz 1 SGB V dar. Demnach besteht die Möglichkeit, in der Bedarfsplanung auf regionaler Ebene von der bundesweiten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abzuweichen, „soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist“.

Von diesen Abweichungsmöglichkeiten können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowohl in Bezug auf die individuelle Anpassung von Planungsbereichen (z. B. Teilung oder Zusammenlegung von Planungsbereichen, veränderte Zuordnung von Gemeinden zu Planungsbereichen) als auch bei der Festlegung des Versorgungsgrades zur Sperrung eines Planungsbereichs Gebrauch machen.

4.3 Steuerung des Notfalldienstes in Baden-Württemberg

Anfang 2014 ist in Baden-Württemberg die neue Notfalldienstreform im vertragsärztlichen Bereich in Kraft getreten. Da der Notfalldienst für die niedergelassenen Ärzte grundsätzlich eine große Belastung bedeutet, wurde die damit verbundene Umstrukturierung vor allem durch die Ärzteschaft sehr begrüßt. Durch die gleichmäßige Verteilung der Notfalldienste erhöht sich die Attraktivität des Arztberufes. Somit trägt die neue Notfalldienstreform dazu bei, dass junge Mediziner sich auch in Zukunft in Baden-Württemberg niederlassen. Dies wirkt sich nachhaltig auf die gesamte Versorgung aus.

Im Rahmen der Umstrukturierung des organisierten Notfalldienstes wurde eine Absenkung der Zahl der Notdienstbezirke von bisher 380 auf aktuell 66 erreicht.¹²

Heute wird der Notfalldienst nicht mehr in der einzelnen Arztpraxis, sondern in zentralen Notfallpraxen, die in der Regel an Krankenhäusern angesiedelt sind, durchgeführt. Die zentralen Notfallpraxen betreuen die Patienten am Wochenende und an den Feiertagen.

Die Erreichbarkeit der Notfallpraxen ist sehr gut durchplant. Die Patientenumfragen ergeben, dass die meisten Patienten binnen maximal 30 Minuten eine Notfallpraxis erreichen, 80 Prozent der Patienten sogar in unter 20 Minuten¹³.

Dadurch ergeben sich für die Patienten zwar längere Fahrzeiten zur Notfallpraxis, aber gleichzeitig wird die Qualität und Organisation des niedergelassenen Notfalldienstes gestärkt, was diesen Nachteil wieder wettmacht.

Das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) sieht die Errichtung von sogenannten Portalpraxen an Krankenhäusern vor, um die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu entlasten sowie die ambulant behandelbaren Fälle auch durch die niedergelassenen Ärzte zu versorgen. Das Land Baden-Württemberg ist durch die Notfalldienstreform an dieser Stelle bereits sehr gut aufgestellt. Es ist zu prüfen, ob ggf. einige weitere Notfallpraxen an Krankenhäusern eröffnet werden müssen und ob ggf. die Öffnungs-

zeiten anzupassen sind. Grundsätzlich ist die Entwicklung hier in Baden-Württemberg weiter als in anderen Bundesländern.

4.4 Strukturfonds zur Förderung der Niederlassung in unterversorgten Gebieten

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG) am 23. Juli 2015 wurde die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ermächtigt, zur Finanzierung von Fördermaßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung einen Strukturfonds zu bilden (§ 105 Absatz 1a Satz 1 SGB V). Hierfür stellt sie 0,1 Prozent der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sind verpflichtet, zusätzlich einen Betrag in gleicher Höhe (ca. 2,6 Mio. Euro/Jahr) in den Strukturfonds zu entrichten. Die Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Feststellung der Unterversorgung sind nach dem Inkrafttreten des GKV-VSG für die Bildung des Strukturfonds nicht mehr maßgeblich.

Der Strukturfonds soll in Baden-Württemberg zur Umsetzung des Projektes „Ziel und Zukunft“ (ZuZ) verwendet werden. Ziel des Modells ist es, durch diverse Anreize Ärzte für die Niederlassung in ländlichen Bereichen zu gewinnen, selbst dann, wenn diese in der Bedarfsplanung nicht als unterversorgte Gebiete ausgewiesen sind.

Zwischen der GKV und der KVBW konnte vereinbart werden, dass eine Doppelfinanzierung des Projektes ZuZ und des Strukturfonds ausgeschlossen ist, die Rahmenbedingungen vertraglich festgelegt sind und klare Regelungen zum Mitspracherecht der GKV getroffen sind.

Weiter wurde seitens der GKV erfolgreich gefordert, dass sich die KVBW mit 50 Prozent der Kosten am Projekt ZuZ beteiligt, eine gezielte Beteiligung mit einer finanziellen Obergrenze vorgenommen und eine klare Befristung vertraglich geregelt wird, um – sollte sich das Projekt als nicht praktikabel erweisen – einen Ausstieg zu gewährleisten.

4.5 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) befasst sich mit der Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern. Darunter fallen Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie zum Beispiel onkologische und rheumatologische Erkrankungen oder seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen wie zum Beispiel Tuberkulose und Mukoviszidose.

Normiert ist die ASV in § 116b SGB V. Weitere gesetzliche Regelungen, die zur Ausgestaltung der ASV herangezogen werden, finden sich unter anderem in den §§ 90, 96, 108, 135, 137c SGB V.

Eine Übersicht der einschlägigen Krankheiten ergibt sich aus § 116b Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 – 3b SGB V. Hierbei ist zu beachten, dass die Aufzählung nicht abschließend ist, sondern unter Einhaltung gewisser Voraussetzungen ergänzt werden kann.

Der gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) konkretisiert die Ausgestaltung der ASV in Richtlinien (ASV-RL). Im Rahmen dieser Richtlinien erfolgen die Klassifikation der Krankheiten und die Bestimmung des Behandlungsumfangs.

Bislang in Kraft getreten sind die Richtlinienkonkretisierungen zum Krankheitsbild „Tuberkulose und atypische Mykobakteriose“ (24. April 2014), zu den gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (26. Juli 2014), wie auch zum Marfan-Syndrom (30. Juni 2015).

Im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes werden derzeit im Gemeinsamen Bundesausschuss die Konkretisierungen der einzelnen Krankheitsbilder überarbeitet.

Weitere Konkretisierungen sollen primär in den folgenden Bereichen stattfinden: gynäkologische Tumore, Pulmonale Hypertonie (Das Bundesgesundheitsministerium hat die Beanstandungsfrist zu den jüngsten G-BA-Beschlüssen unterbrochen. Damit verzögert sich der Start der vorgenannten ASV-Krankheitsbilder), rheumatologische Erkrankungen und Herzinsuffizienz, Mukoviszidose sowie primär sklerosierende Cholangitis.

Der G-BA regelt die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringer sowie sonstige Anforderungen an die Qualitätssicherung.

Leistungen im Rahmen der ASV dürfen die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erbringen, soweit sie die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies gegenüber dem erweiterten Landesausschuss (eLA) unter Beifügung entsprechender Belege anzeigen.

Durch das anzeigende Team wird ein Teamleiter bestellt, der die Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch koordiniert. Der Teamleiter gehört dem Kernteam an, § 3 Absatz 2 Satz 1 der ASV-RL. Die Bestellung von mehreren Teamleitern ist nicht möglich.

Die Mitglieder des Kernteams sind Fachärzte, deren Kenntnisse in der Regel zur Behandlung eingebunden werden müssen.

Bei medizinischer Notwendigkeit sind zeitnah weitere Fachärzte heranzuziehen.

Der Tätigkeitsort der hinzuziehenden Fachärzte für Leistungen, welche direkt am Patienten erbracht werden, muss in angemessener Zeit (max. 30 Minuten) vom Tätig-

keitsort der Teamleitung erreichbar sein. Die diesbezügliche Facharztqualifikation muss sich aus dem Kooperationsvertrag ergeben.

Ausnahme: Bei Krankenhäusern mit institutioneller Benennung, wenn diese erklären, dass dauerhaft mit anderen Institutionen im entsprechenden Gebiet eine Kooperation besteht.

Die personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen sind den speziellen Anzeigeformularen bzw. deren Anlagen zu entnehmen.

Insgesamt sind bundesweit derzeit 44 Teams tätig (Stand 13. Mai 2016), wovon aktuell elf allein in Baden-Württemberg stationiert sind. Dort erbringen vier Teams Leistungen im Bereich der gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und sieben Teams Leistungen im Bereich Tuberkulose und atypische Mykobakteriose.

Eine genaue Auflistung der Teams sowie weitere Informationen sind unter: www.asv-servicestelle.de zu finden.

5. Fazit

Die Entwicklung der Versorgungssituation in Deutschland wird durch die bestehenden gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen vorgegeben. Die Gesetzeslage beeinflusst nicht nur die medizinischen Versorgungsstrukturen und die Bedarfsplanung, sondern auch das Niveau der medizinischen Versorgung.

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält vielversprechende Ansätze zur Vermeidung und Bekämpfung der Unterversorgung und zum Abbau der Überversorgung. Seine Umsetzung bietet Chancen und Möglichkeiten für eine weitere Verbesserung der Versorgungssituation.

Dabei sichert die Bedarfsplanungs-Richtlinie die Flexibilisierung der Bedarfsplanung und führt zur besseren Verteilung der Haus- und Fachärzte sowohl in den strukturstarken als auch in den (ländlichen) strukturschwachen Gebieten.

Da die Länder wesentliche Aufgaben der Daseinsvorsorge zu erfüllen haben, müssen sie an den Gestaltungsfragen der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beteiligt sein. Hierbei müssen Land und Kommunen ihren Beitrag leisten.

Auch die an der medizinischen Versorgung Beteiligten sollten sich ihrer Verantwortung bewusst sein. Um die künftige Versorgung in allen Bereichen von Baden-Württemberg krisenfest zu gestalten, ist ein verantwortungsbewusstes Zusammenarbeiten aller Beteiligten im Gesundheitswesen erforderlich. Tabus im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben darf es nicht geben; neue Kooperations- und Teamstrukturen sind erforderlich. Insbesondere die Einrichtung von Praxisassistenzen sollte weiter vorangetrieben werden. Telematische Anwendungen sind mit Nachdruck weiterzuentwickeln.

Besonders komplexe, chronische Krankheiten oder die Betreuung von multimorbiden, pflegebedürftigen Patienten erfordern eine fächer-, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung. Hierbei sind neben dem ambulanten Sektor auch Kliniken, Pflegeheime und mobile Dienste mit einzubeziehen.

Zu einer umfassenden sektorenübergreifenden Versorgung gehört ein gut funktionierender Rettungsdienst. Um diesen effizient zu steuern, sollte die Anzahl der Rettungsleitstellen verringert werden.

In den Landesgremien, wie dem sektorenübergreifenden Landesausschuss, werden viele wichtige Entscheidungen auf der regionalen Ebene getroffen, welche die regionale Bedarfsplanung, die Förderung ärztlicher Niederlassungen in strukturschwachen Gebieten oder auch die Notfalldienstversorgung gestalten und optimieren. Dabei steht die Patientenorientierung immer im Mittelpunkt.

Die B 52-Verbändekooperation in Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich zu einer bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung mit niedergelassenen Vertragsärzten, in deren Fokus das Wohl der Patienten steht.

Es wurden bereits große Anstrengungen in Baden-Württemberg unternommen. Allerdings sind gegen die immer noch bestehende medizinische Überversorgung in den gesperrten Planungsbereichen die bestehenden gesetzlichen Maßnahmen voll auszuschöpfen.

Anhang A: Hintergrundinformationen

A.1 Die Bedarfsplanung in Deutschland

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde zum 1. Januar 2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neugefasst, um die Stabilität und Flexibilität in der Versorgung zu optimieren. Die Neuerungen betreffen die Definition von Versorgungsebenen, die Weiterentwicklung des Demografie-Faktors, die Berücksichtigung ermächtigter Ärzte und Psychotherapeuten sowie die Einbeziehung von Arztgruppen, die bisher nicht in die Bedarfsplanung einbezogen waren.

Die neue Richtlinie definiert folgende vier Versorgungsebenen als neue Grundstruktur der Bedarfsplanung:

- hausärztliche Versorgung,
- allgemeine fachärztliche Versorgung,
- spezialisierte fachärztliche Versorgung sowie
- gesonderte fachärztliche Versorgung.

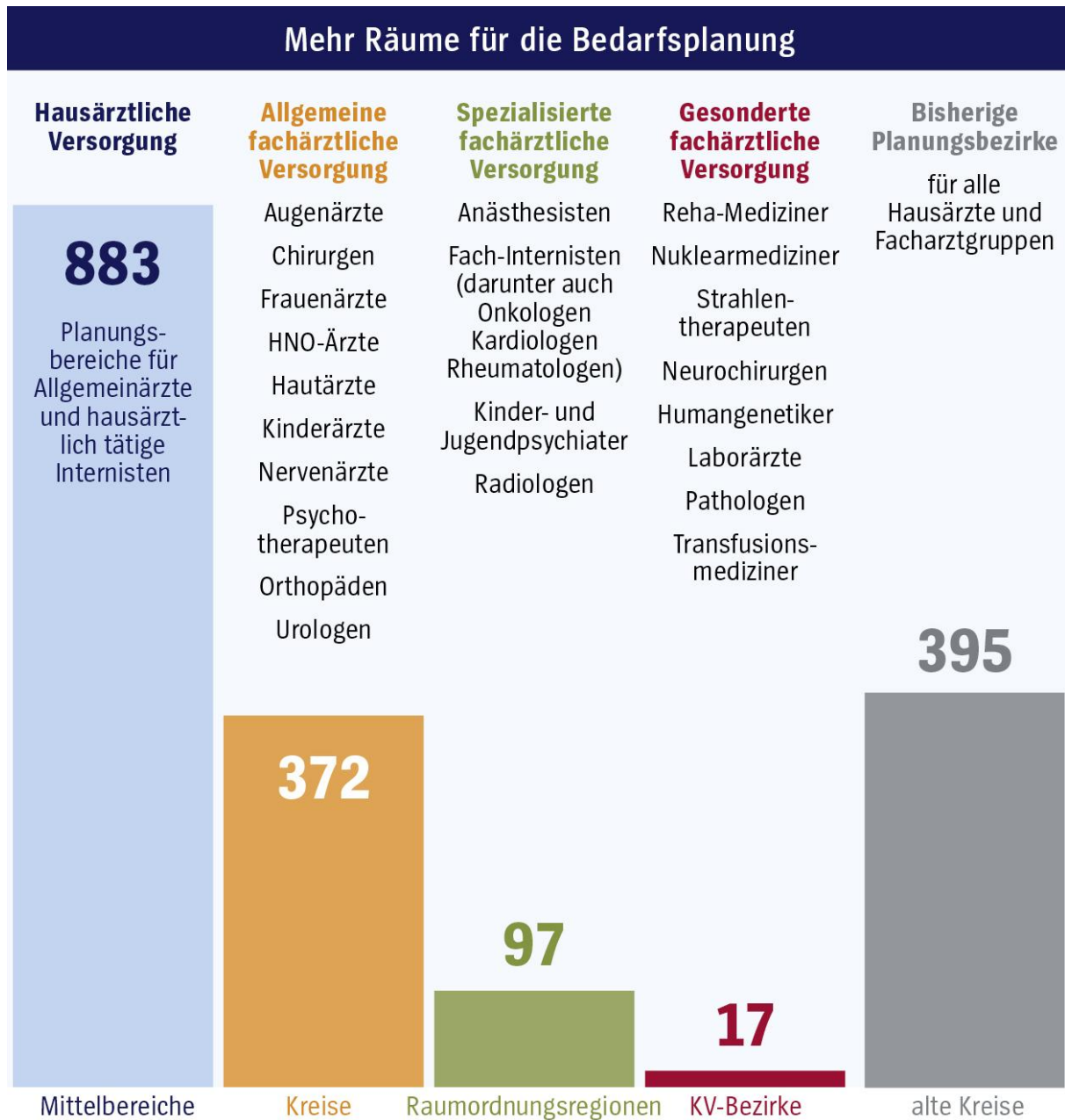
Jeder dieser Versorgungsebenen sind Arztgruppen (einschließlich der Psychotherapeuten), ein Planungsbereich (Mittelbereiche, Kreise bzw. kreisfreie Städte, Raumordnungsregionen, KV-Gebiete) und Verhältniszahlen (Einwohnerzahl je Arzt) für die Versorgungsgradfeststellung zugeordnet.

Die hausärztliche Versorgungsebene ist im Vergleich zu den übrigen Ebenen viel kleinräumiger geplant, um eine möglichst wohnortnahe Versorgung mit Hausärzten sicherzustellen. Für die Zulassung der Hausärzte wurden so 883 Mittelbereiche in Deutschland geschaffen anstatt der bisher maßgebenden 395 Planungsbereiche.

Dagegen ist die Versorgung durch Fachärzte nach den je Fachgruppe unterschiedlichen Spezialisierungsgraden in proportional größere Einzugsgebiete aufgeteilt. Die Regionen für die Planung der Facharztsitze sind somit größer.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Grundsätze der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie (bundesweit).

Schaubild 5: Grundsätze der Bedarfsplanung¹⁴



Die Bedarfsplanungs-Richtlinie bildet einen bundesweit einheitlichen Rahmen, auf dessen Grundlage eine gleichmäßige Versorgungssteuerung erfolgen kann. Jedoch ist bei der Aufstellung der Bedarfspläne ein Abweichen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der regionalen Ebene möglich, sofern es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Diese können sich insbesondere aus der demographischen Situation, aus der Morbiditätsstruktur oder aus bestimmten sozioökonomischen Faktoren einer Region ergeben.¹⁵

A.2 Der sektorenübergreifende Landesausschuss in Baden-Württemberg

Das Land Baden-Württemberg hat bereits im Jahr 2010 die Einführung eines sektorenübergreifenden Landesausschusses beschlossen. Die gesetzliche Grundlage für die Bildung des sektorenübergreifenden Landesausschusses in Baden-Württemberg ist § 90a SGB V beziehungsweise das ab 2016 vom Land Baden-Württemberg beschlossene Landesgesundheitsgesetz.

Der sektorenübergreifende Landesausschuss kann Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung und Entwicklung medizinischer Versorgungsstrukturen und insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches abgeben. Zu den Themenschwerpunkten des Landesgremiums zählen die Bedarfsplanung, der organisierte Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigung oder die Niederlassungsförderung im ländlichen Bereich.

Das Gremium ist Teil des im Aufbau befindlichen umfassenden Gesundheitsdialogs und Gegenstand des Koalitionsvertrages. Es soll der Vernetzung aller im Gesundheitswesen Beteiligten dienen. Sein Ziel ist es, durch die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, Kostenträger und ggf. weiterer Beteiligter eine gute medizinische Versorgung im Land sicherzustellen.

Zur Unterstützung und Koordination des sektorenübergreifenden Landesbeirats wurde eine Geschäftsstelle beim Sozialministerium eingerichtet.

Auf Antrag des Landkreistages wurde eine Unterarbeitsgruppe „Kleinräumige Bedarfsplanung“ zur Vorbereitung der Beschlüsse gegründet.

Der sektorenübergreifende Landesausschuss Baden-Württemberg tagt regelmäßig zwei Mal im Jahr unter der persönlichen Leitung des Sozialministers. Er berät in nichtöffentlicher Sitzung. Die Gremienbeschlüsse erfolgen durch die Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder. Die Beschlussfassung zur Geschäftsordnung erfolgt dagegen einstimmig.

Stimmberechtigt sind Vertretungen des Sozialministeriums Baden-Württemberg, der Ärzte und Zahnärzte, der Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen, der Krankenhausgesellschaft Baden-Württemberg, der kommunalen Landesverbände, der Landesärztekammer, der Landes Zahnärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer und der Landesapothekenkammer, der Verbände der Pflegeberufe sowie der Patienten- und Selbsthilfeorganisationen.

A.3 Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Baden-Württemberg

Zur Durchführung von Aufgaben im Zusammenhang mit der Bedarfsplanung werden Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich eines jeden Bundeslandes gebildet.

Die Aufgaben sind insbesondere:

- Beratung und erforderlichenfalls Entscheidung über den Bedarfsplan
- Feststellung von Unter- und Überversorgung
- Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen
- Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf
- Entscheidung über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen.

Die Geschäftsstelle des Landesausschusses in Baden-Württemberg ist in Stuttgart bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg angesiedelt. Der Landesausschuss ist organisatorisch selbständig, aber nicht rechtsfähig. Er ist verfahrensrechtlich eine beteiligungsfähige Behörde.

Der Landesausschuss hat einen unparteiischen Vorsitzenden, zwei weitere unparteiische Mitglieder, neun Mitglieder als Vertreter der Ärzte und neun Mitglieder als Vertreter der Krankenkassen. Die Zusammensetzung der von den Krankenkassen entsandten Mitglieder richtet sich nach § 90 Absatz 2 SGB V.

Im Landesausschuss haben Vertreter des Sozialministeriums Baden-Württemberg und sachkundige Personen, sogenannte Patientenvertreter, ein Mitberatungsrecht. Dieses beinhaltet kein Antragsrecht und kein Stimmrecht. Es umfasst aber das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.

Die Sitzungen des Landesausschusses sind nicht öffentlich. Der Landesausschuss berät und entscheidet in mündlicher Verhandlung. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der anwesenden Stimmberechtigten gefasst. Stimmenthaltung ist nicht zulässig. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden. Beschlüsse im schriftlichen Verfahren bedürfen der absoluten Mehrheit.

Dem Sozialministerium Baden-Württemberg sind folgende Entscheidungen zur Überprüfung ihrer Rechtmäßigkeit vorzulegen:

- Entscheidung über die Aufstellung und die Anpassung des Bedarfsplanes
- Feststellung von Unterversorgung und Überversorgung in einem Planungsbereich
- Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf in einem nicht unterversorgten Planungsbereich.

Die Meldung an die Zulassungsausschüsse und die Veröffentlichung der Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen ergeht erst dann, wenn das Sozialministerium mitgeteilt hat, die Feststellung von Unterversorgung oder Überversorgung nicht zu beanstanden, oder wenn innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage keine Äußerung erfolgt.

A.4 Der erweiterte Landesausschuss (eLA) in Baden-Württemberg

Die Umsetzung der Richtlinien im Rahmen der ASV obliegt dem erweiterten Landesausschuss (eLA), § 116b Absatz 3 SGB V, der der Rechtsaufsicht des Sozialministeriums Baden-Württemberg unterliegt, § 90 Absatz 5 SGB V.

Dem erweiterten Landesausschuss liegt eine Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden Württemberg (KVBW), der AOK Baden-Württemberg, dem BKK Landesverband Süd, dem Verband der Ersatzkassen (vdek), der IKK classic, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), der Knappschaft Regionaldirektion München und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) über die Grundlagen der Zusammenarbeit im erweiterten Landesausschuss sowie die Ermittlung und Umlage der damit verbundenen Kosten zugrunde. Die Zusammensetzung des eLA ergibt sich aus § 116b Absatz 3 Satz 1 i.V.m. § 90 Absätze 1 und 2 SGB V, wie auch aus § 3 der Geschäftsordnung.

Der organisatorisch selbständige und teilrechtsfähige erweiterte Landesausschuss mit Sitz in Stuttgart, dessen eigene Geschäftsordnung am 18. März 2013 in Kraft getreten ist, hat einen unparteiischen Vorsitzenden, zwei weitere unparteiische Mitglieder, neun Mitglieder als Vertreter der Ärzte, neun Mitglieder als Vertreter der Krankenkassen und neun Mitglieder als Vertreter der Krankenhäuser. Für die Mitglieder sind jeweils Stellvertreter in der nötigen Zahl zu bestellen.

Weiter nehmen an den Sitzungen des eLA sachverständige Patientenvertreter wie auch Vertreter des Sozialministeriums als beratende Mitglieder teil. Diese verfügen nicht über ein Stimmrecht.

Die Sitzung des eLA ist nicht öffentlich. Grundsätzlich berät und entscheidet der eLA in mündlicher Verhandlung.

Der eLA beschließt mit einfacher Mehrheit zum Beispiel über die Anzeigeformulare und die Anzeigen der Teams, wobei die Stimmen der Vertreter der Krankenkassen bei der Gewichtung doppelt zählen.

Nach § 15 der Geschäftsordnung setzt der eLA zur Unterstützung seiner Beschlussfassung einen Arbeitsausschuss ein, der u.a. mit zwei Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung besetzt ist.

Es wird ein Sitz samt Stellvertretung von der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg besetzt, ein weiterer steht der AOK Baden-Württemberg zur Verfügung. Der Arbeitsausschuss bereitet in seinen Sitzungen Themen des eLA vor und unterbreitet diesem Beschlussvorschläge.

Anhang B: Anmerkungen/Quellennachweise:

- ¹ Statistisches Bundesamt, Gesundheitsberichterstattung; eigene Berechnungen und eigene Darstellung

Ambulant tätige Ärzte und Einwohner je ambulant tätigem Arzt in Baden-Württemberg

Jahr	Baden-Württemberg			
	ambulant tätige Ärzte insgesamt	Einwohner je ambulant tätigem Arzt	Veränderungsindex Ärzte	Veränderungsindex Einwohner je Arzt
1990	11.963	821	100	100
1991	13.088	764	109	93
1992	13.829	734	116	89
1993	14.970	684	125	83
1994	15.294	672	128	82
1995	15.652	659	131	80
1996	15.991	649	134	79
1997	16.414	633	137	77
1998	16.838	619	141	75
1999	16.316	642	136	78
2000	17.306	608	145	74
2001	17.440	608	146	74
2002	17.597	606	147	74
2003	17.721	603	148	73
2004	17.899	599	150	73
2005	18.131	592	152	72
2006	18.235	589	152	72
2007	18.288	588	153	72
2008	18.314	587	153	71
2009	18.327	586	153	71
2010	18.531	580	155	71
2011	18.835	558	157	68
2012	18.832	561	157	68
2013	19.355	549	162	67
2014	19.679	545	164	66

- ² Maßgebend ist die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Weitere Erläuterungen dazu finden sich in den Hintergrundinformationen ab Seite 22.
- ³ Statement von Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), anlässlich der Veröffentlichung der Ärztestatistik für das Jahr 2014 (<http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/>)
- ⁴ Statistisches Bundesamt, Hochschulstatistik

Studierende im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) in Deutschland

Jahr	insgesamt	männlich		weiblich	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual
2014	87.863	34.511	39,3	53.352	60,7
2013	86.376	34.010	39,4	52.366	60,6
2012	85.009	33.358	39,2	51.651	60,8
2011	82.770	32.227	38,9	50.543	61,1
2010	80.574	31.182	38,7	49.392	61,3
2009	79.929	30.907	38,7	49.022	61,3
2008	79.376	30.732	38,7	48.644	61,3
2007	78.545	30.608	39,0	47.937	61,0
2006	80.499	31.728	39,4	48.771	60,6
2005	79.847	32.025	40,1	47.822	59,9
2004	79.866	32.927	41,2	46.939	58,8
2003	80.991	34.360	42,4	46.631	57,6
2002	80.192	35.118	43,8	45.074	56,2
2001	80.035	36.228	45,3	43.807	54,7
2000	80.200	37.440	46,7	42.760	53,3

Absolventen im Studienfach Medizin (Allgemein-Medizin) in Deutschland

Jahr	insgesamt	männlich		weiblich	
		absolut	prozentual	absolut	prozentual
2014	16.361	6.424	39,3	9.937	60,7
2013	16.292	6.295	38,6	9.997	61,4
2012	16.296	6.244	38,3	10.052	61,7
2011	16.501	6.582	39,9	9.919	60,1
2010	16.327	6.505	39,8	9.822	60,2
2009	16.817	6.874	40,9	9.943	59,1
2008	16.263	6.823	42,0	9.440	58,0
2007	15.794	6.847	43,4	8.947	56,6
2006	15.251	6.986	45,8	8.265	54,2
2005	16.050	7.710	48,0	8.340	52,0
2004	15.359	7.383	48,1	7.976	51,9
2003	15.220	7.551	49,6	7.669	50,4
2002	15.884	8.004	50,4	7.880	49,6
2001	16.024	8.363	52,2	7.661	47,8
2000	16.505	8.894	53,9	7.611	46,1

- ⁵ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplan Baden-Württemberg 2016, Stand 22.02.2016
- ⁶ Wenn der tatsächliche Versorgungsgrad eines Planungsbereichs unter der 110-Prozent-Grenze liegt, bedeutet das, dass weitere Niederlassungsmöglichkeiten bestehen. In überversorgten und gesperrten Gebieten (Versorgungsgrad übersteigt 110 Prozent) ist eine neue Niederlassung derzeit nur im Rahmen einer Praxisübernahme (im Rahmen des sogenannten Nachbesetzungsverfahrens) möglich.
- ⁷ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplan Baden-Württemberg 2016, Stand 22.02.2016
- ⁸ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplan Baden-Württemberg 2016, Stand 22.02.2016
- ⁹ Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, Bedarfsplan Baden-Württemberg 2016, Stand 22.02.2016
- ¹⁰ GKV-Spitzenverband, Stellungnahme vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 21.10.2014
- ¹¹ GKV-Spitzenverband, Stellungnahme vom 07.11.2014 zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG) vom 21.10.2014
- ¹² „Reform des ärztlichen Notfalldienstes – Erläuterungen zur neuen Notdienstordnung“, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2013
- ¹³ „Neue Struktur – Notfallpraxis als Erfolgsmodell“, Ersatzkassenreport, Verband der Ersatzkassen, März 2015
- ¹⁴ G-BA, Grafik: G+G, https://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/richtlinien/index_09327.html#
- ¹⁵ Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, Stand 12.02.2015, <https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinie/>

Autoren:

BKK Landesverband Süd: Dr. Andreas Braun

IKK classic: Rolf Hofmann, Bettina Uhrmann

Knappschaft: Gisbert Frühauf, Nicole Hildebrandt

Verband der Ersatzkassen (vdek): Carola Herter, Lena Pidduck, Melanie Rüth, Oliver Schuckert,
Evelyn Stiefenhofer, Stephan Trabert, Frank Winkler

B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg**Geschäftsstelle beim BKK Landesverband Süd**

Stuttgarter Straße 105

70806 Kornwestheim

Tel.: 07145/1316-340

E-Mail: geschäftsstelle@arge-b52.de

Internet: www.arge-b52.de

Vertretungsberechtigt und verantwortlich:

Konrad Ehing, BKK Landesverband Süd

Anton Haupenthal, Knappschaft

Frank Hippler, IKK classic

Walter Scheller, Verband der Ersatzkassen e. V.