

SONDERAUSGABE NEUE BEDARFSPLANUNG

SACHSEN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JULI 2013

VERTEILUNG DER KASSENÄRZTE

Gemeinsamer Bundesausschuss verändert Systematik



FOTO: Fotolia RAV - Fotolia.com

Auf dem Land praktizieren zu wenige Ärzte, in der Stadt zu viele. Eine reformierte Bedarfsplanung soll Abhilfe schaffen. Das Versorgungsstrukturgesetz beauftragte den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), sie zu überarbeiten. Eine zielgenauere und flexiblere Verteilung sollte entwickelt werden, die regionalen Besonderheiten Rechnung trägt und allen Menschen unabhängig vom Wohnort einen gleichmäßigen Zugang zur ärztlichen Versorgung bietet. Ende 2012 legte der G-BA seine Richtlinie vor. Sie unterteilt die Ärzte in vier Gruppen, plant bisher nicht berücksichtigte Fachrichtungen und verändert die Systematik des Zuschnitts der Planungsbereiche. Außerdem legt sie bundeseinheitliche Zahlen für das Arzt-Einwohner-Verhältnis fest. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen plante erstmals am 26.6.2013 auf neuer Grundlage.

HAUSÄRZTE

Weniger freie Praxissitze als vorher

Die Hausärzte bilden die Grundlage der ambulanten medizinischen Versorgung. Wackelt diese Basis, sinkt auch die Attraktivität der Region für die dort lebenden Menschen. Dem will die reformierte Bedarfsplanung durch eine stärkere Kleinteiligkeit zuvorkommen.

In der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung wird das Angebot über das Zulassungsrecht und die Bedarfsplanung gesteuert. Die Bedarfsplanung hat dabei auf zwei Fragen Antworten zu finden: Wie viele Ärzte werden für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt? Wie können diese Ärzte angemessen räumlich verteilt werden? Werden die dahinterliegenden Annahmen verändert, hat das Konsequenzen für die Versorgungssituation.

Gegenwärtig sind 209 Praxissitze für Hausärzte in Sachsen zu vergeben, die Planung nach altem Muster wies 340 offene Sitze aus. Und die Zahl der Planungsbereiche im Freistaat hat sich gegenüber vorher fast verdoppelt.

Bei den Hausärzten orientiert sich der Raumschnitt der 2012 erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) nach Mittelbereichen in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumordnung. Diese Mittelbereiche sind mit ihrer Kleinteiligkeit näher an gewachsenen Bindungen zwischen den Gemeinden und dem erwarteten Verhalten

der Bevölkerung als politisch intendierte Verwaltungseinheiten und die sich bisher daran anlehenden hausärztlichen Planungsbereiche.

Kleinräumigere Planung

Liegen regionale Besonderheiten vor, konnte bei der Umsetzung der Richtlinie von der Aufteilung abgewichen werden. In Sachsen wurden daher räumliche und infrastrukturelle Faktoren wie Patientenströme, geografische und siedlungspolitische Aspekte überprüft und bewertet. An wenigen Stellen brauchten die Raumstrukturierung des G-BA nochmals angepasst werden.

So wurden etwa die überproportional großflächigen Mittelbereiche Bautzen und Pirna in Bautzen/Bischofswerda sowie in Neustadt/Pirna geteilt. Umgekehrt wurden die sehr kleinen Mittelbereiche Radebeul und Coswig/Weinböhla zu einem Bereich verbunden. Anderswo wurden Gemeinden kommunal neu zugeordnet.

Dadurch besitzt Sachsen statt vor-mals 26 heute 47 Planungsbereiche. Die



KOMMENTAR

Keine Zauberei bei Landärzten

FOTO: vdiak



von
SILKE HEINKE
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Sachsen

Die neue Bedarfsplanung ist notwendig. Ließen sich Ärzte nieder, dann häufig nicht dort, wo sie gebraucht wurden. Sie wählten Metropolen, die gut versorgt sind. Oder sie eröffneten ihre Landpraxis am äußersten Rand eines Planungsbereiches und waren für viele Patienten de facto nicht vorhanden. Vor allem bei den Hausärzten verspricht die neue Planungslogik eine ausgewogenere Stadt-Land-Verteilung und eine größere Patientennähe der Praxen. Aber selbst die beste Planung zaubert keinen neuen Arzt aufs Land. Verschiedene Anreize suchen zu locken. Sachsen gewährt Mindestumsatz und Investitionskostenzuschüsse bei Praxisübernahmen. Das Versorgungsstrukturgesetz hob die Verpflichtung auf, als Arzt am Ort der Praxis wohnen zu müssen und befreit von der Fallzahlbegrenzung. Die Zahl der offenen Arztsitze in den Problemregionen geht jedoch nur leicht zurück. Die Provinz bleibt für junge Mediziner unattraktiv, die Landarztpraxis hat nicht mehr überall eine Zukunft. Der Wechsel hin zu anderen Versorgungskonzepten muss deswegen beschleunigt werden. „Fahrende Praxen“, die von Ort zu Ort ziehen, und Shuttle-Busse, die Patienten zum praktizierenden Arzt in die Kreisstadt bringen, werden vielleicht manche gewohnte Landarztpraxis ablösen. Auch Krankenhäuser können Aufgaben übernehmen.



Planung wurde insgesamt kleinräumiger. Ließen sich in der Vergangenheit zwei Ärzte in einem Planungsbereich nieder, konnte es geschehen, dass zum Nachteil der Patienten beide an der gleichen Stelle am äußeren Gebietsrand ihre Praxen eröffneten. Da Zulassungen an einen Planungsbereich gebunden sind und diese Räume jetzt geteilt wurden, wird dieser Effekt vermindert. Jeder der beiden Ärzte wird in einem anderen Planungsbereich tätig. Die planerische Abgrenzung der großen sächsischen Städte sorgt außerdem dafür, dass freie Arztsitze in den Metropolen jetzt eher geringer vorhanden sind.

Eine weitere Neuerung ist das bundesweit für Stadt und Land einheitliche Zahlenverhältnis der von einem Arzt zu versorgenden Einwohner. Ausgehend von der Annahme, dass jeder Arzt rechnerisch gleich viele Patienten betreuen kann – nämlich 1.671, wird nun die notwendige Zahl der Ärzte über die Siedlungsdichte der Region und die Fläche des Planungsbereiches bestimmt. Damit vollzieht der G-BA einen Kurswechsel. Wo weniger Leute wohnen, kann es nicht mehr Ärzte geben, nur um den Weg zum Arzt kurz zu halten.

Zudem wurde der 2010 eingeführte Demografiefaktor überarbeitet. Er war eingebracht worden, um den mit dem Alter verbundenen größeren Behandlungsbedarf zu berücksichtigen und bei einer überdurchschnittlich alten Bevölkerung mehr Ärzte

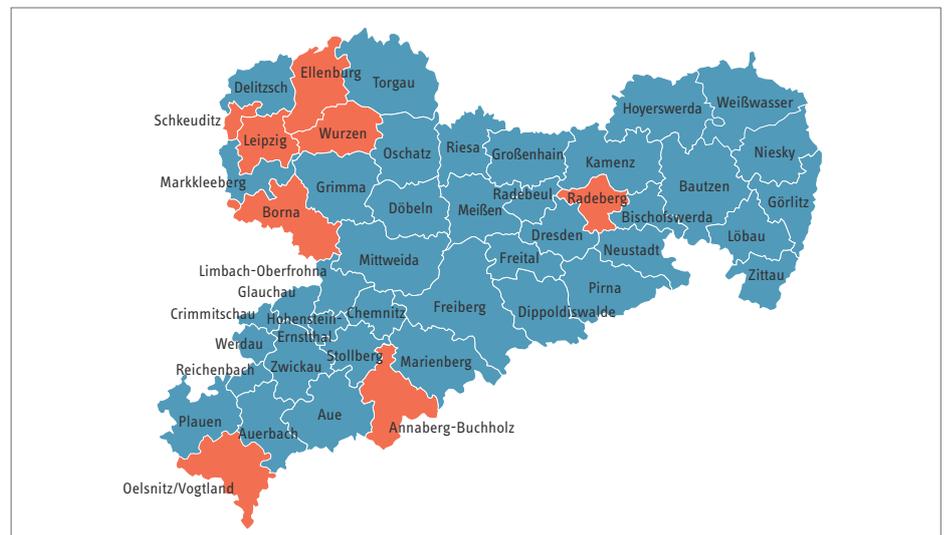
KV-Bezirk	Alte Planung	Neue Planung
Chemnitz	170	118
Dresden	122	71,5
Leipzig	48	19
Sachsen	340	208,5

OFFENE HAUSARZTSITZE in Sachsen

einzuplanen. Die nachhaltigste Änderung betrifft die Alterskomponente. Sie bildet das Verhältnis der Bevölkerungsanteile unterhalb und oberhalb einer definierten Altersgrenze ab. Vorher lag die Grenze bei 60 Jahren. Jetzt befindet sie sich bei 65 Jahren. Die Anpassung begründete der G-BA mit der Erkenntnis, dass die Menschen erst in dem höheren Lebensalter kränker und behandlungsbedürftiger werden. Mit dem neuen Demografiefaktor wird im sächsischen Durchschnitt für 1.570 Einwohner ein Arzt gebraucht, bislang waren es 1.450.

Höherer Versorgungsgrad

In Sachsen führen die Neuerungen bei den Hausärzten dazu, dass in den Planungsbereichen deutlich höhere Versorgungsgrade und damit weniger offene Arztsitze ausgewiesen werden als zuvor. Insbesondere die Einführung des Demografiefaktors hatte zu einem überhöhten Bedarf an zusätzlichen Hausärzten geführt. Der Versorgungsbedarf wird jetzt realistischer abgebildet. ■



GESPERRTE HAUSÄRZTLICHE PLANUNGSBEREICHE in Sachsen (rot)

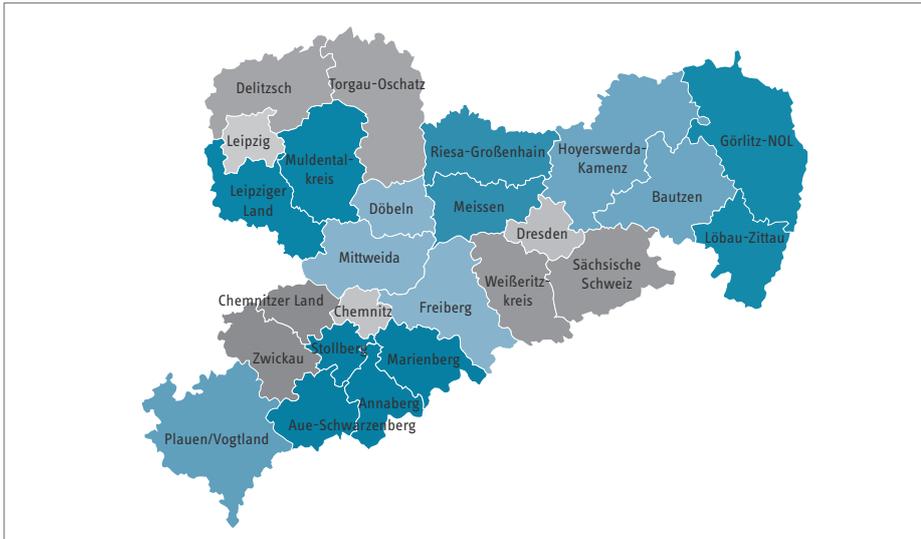
GRAFIK: vdiak

ALLGEMEINE FACHÄRZTE

Es bleibt (fast) beim Alten

Die Anzahl der Planungsbereiche bleibt fast gleich, und drei Viertel von ihnen sind gesperrt. Die allgemeine fachärztliche Versorgung bringt kaum Veränderungen, ausgenommen Augenärzte und Psychotherapeuten.

GRAFIK: viki



GEÄNDERTER ZUSCHNITT FÜR ALLGEMEINE FACHÄRZTE Die 13 Planungsbereiche der Richtlinie (farbig) gliederte Sachsen nochmals auf.

Die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sieht auch für die allgemeine fachärztliche Versorgung eine neue regionale Gliederung vor. Die soll sich an der Kreisebene ausrichten. Das ergäbe für Sachsen 13 Planungsbereiche. Sachsen ist aber ein Flächenstaat und die Bevölkerung verstreut. Das vom G-BA konzipierte Format hätte zu große Distanzen gebracht, um die Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung zu erreichen. Wobei nach der Rechtsprechung eine Entfernung von 30 Kilometern als zumutbar gilt. Die Vorgaben hätten überdies Zentralisierungseffekte befördert, die denen der Hausärzte gleichen – Praxisverlegungen hin zu attraktiveren städtischen Standorten, die das Versorgungsangebot auf dem Lande ausdünnen.

Der Landesausschuss nutzte daher die Möglichkeit, vom G-BA-Konzept abzuweichen. Die Altkreise dienen weiterhin als Planungsraum. Zwickau und das

Zwickauer Land wurden verbunden, um Raumgröße und Einwohnerzahl in Einklang mit den anderen sächsischen Planungsbereichen zu bringen. Sachsen besitzt damit 25 Planungsbereiche, das ist einer weniger als vorher.

Zusätzlich wurden Regionaltypen von Arzt-Einwohner-Verhältnissen eingeführt, die Mitversorgereffekte anderer Orte abbilden. Dadurch kommen auf einen Augenarzt mal 13.000 Einwohner, die er zu betreuen hat, mal fast das Doppelte.

An der Situation, wie viele Ärzte sich neu niederlassen können, ändert sich kaum etwas. Die ohnehin seltenen offenen Praxisplätze werden noch seltener. Bei den Augenärzten fällt der Rückgang drastisch aus, von 23 auf 8,5 zu vergebende Praxen. Sie verteilen sich über das Gebiet der Landesdirektion Chemnitz. Einzig die Psychotherapie kann ein Plus verbuchen. 118,5 Praxen sind zu besetzen, was ein wichtiger Impuls für die Verbesserung der psychotherapeutischen Betreuung ist. ■

GRUPPIERUNG

Fachärzte auf drei Versorgungsebenen verteilt



FOTO: lightpool - Fotolia.com

Erstmals unterliegen alle Fachärzte der Bedarfsplanung. Das schließt auch die ohne direkten Patientenkontakt ein, wie etwa Labormediziner. Dadurch steigt die Zahl der geplanten Arztgruppen von 14 auf 23. Um der zunehmenden Differenzierung und Spezialisierung der einzelnen Fachgruppen gerecht zu werden, erfolgt eine Aufteilung in drei Versorgungsebenen.

- Allgemeine fachärztliche Versorgung (z. B. Augenärzte, HNO-Ärzte, Frauen- und Kinderärzte)
- Spezialisierte fachärztliche Versorgung (z. B. fachärztliche Internisten, Radiologen, Anästhesisten)
- Gesonderte fachärztliche Versorgung (z. B. Strahlentherapeuten, Laborärzte, Pathologen).

Die drei Versorgungsebenen haben jeweils ein eigenes Planungsaster. Das variiert für Sachsen zwischen 25 Planungsbereichen für die allgemeine fachärztliche Versorgung und einem Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung. Die Zuordnung der Fachrichtungen richtet sich nach der Größe des Einzugsgebiets. Das bedeutet, mit zunehmendem Spezialisierungsgrad wird das Einzugsgebiet größer. In der Folge gibt es für jede Versorgungsebene entsprechende Verhältniszahlen für den Arzt-Patienten-Schlüssel.

Sächsisches Rezept für Radiologen

GRAFIK: vdek



EINIGE NUMMERN KLEINER: Das Gebietsmuster des G-BA (farbig) und die sächsischen Planungsbereiche

Mit zunehmendem medizinischen Spezialisierungsgrad wächst das Einzugsgebiet einer Praxis. Dieser Planungsleitsatz führt zur nächsten Versorgungsebene, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung. Die Logik der Bundes-Richtlinie teilt Sachsen in vier Planungsbereiche. Die sächsische Planung übernimmt diese Aufteilung für die Anästhesisten und die Kinder- und Jugendpsychiater. Anästhesisten werden meist wie beim ambulanten Operieren am Ort anderer Arztgruppen tätig. Daher ist der eigene Praxissitz nachrangig. Für die erstmalig geplanten Kinder- und Jugendpsychiater gestattet die Gesamtzahl dieser Fachleute noch keine Planung in kleinerem räumlichen Zuschnitt. So besteht beispielsweise im Planungsbereich Oberlausitz-Niederschlesien gerade einmal ein halber Praxissitz! Fünf Sitze sind dort zu vergeben. Bei den übrigen Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung – den fachärztlichen Internisten und den Radiologen – zog Sachsen die „regionale Karte“. Wie bei Hausärzten und allgemeinen Fachärzten existiert der Trend, aus ländlichen Gegenden in städtische abzuwandern. Diese Entwicklung soll vermieden werden. Deshalb bestehen für fachärztliche Internisten und Radiologen hierzulande 13 Planungsbereiche statt vier.

Labormediziner erstmals in der Planung

FOTO: janter – Fotolia.com



Laborärzte, Humangenetiker oder Transfusionsmediziner haben selten direkten Patientenkontakt. Die Bedarfsplanung hat sie dennoch neu aufgenommen und dafür die Versorgungsebene der gesonderten fachärztlichen Versorgung geschaffen. Damit endet die Zeit des freien Marktes. Zuwächse werden nun reglementiert. Nicht ohne Grund, von diesen Experten werden eher wenige gebraucht. Auch die Wohnortnähe der Patienten spielt keine dominante Rolle. Haben andere Fachärzte höchstens 50.000 Einwohner zu behandeln, liegt die untere Grenze bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung darüber. Auf einen Laborarzt werden 102.000 Einwohner gerechnet, auf einen Transfusionsmediziner 1,3 Millionen. Die sächsischen Planer sahen hier keine Besonderheiten im Lande und übernahmen die bundesweiten Vorgaben inklusive des einen Planungsbereichs. Bereits 2012 war ein vorläufiger Zulassungsstopp ausgesprochen worden, um nicht von einer Welle von Anträgen „vor Torschluss“ überrollt zu werden. Die meisten der insgesamt acht Disziplinen sind komfortabel mit Ärzten ausgestattet. Bei Pathologen etwa besteht ein Versorgungsgrad von 107 Prozent, bei Humangenetikern von 249 Prozent. Nur für zwei Berufsgruppen gibt es offene Praxissitze.

Fazit: Unvollständig

Die fachärztliche Versorgungsplanung wurde durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) fachlich und räumlich neu aufgestellt. Umgesetzt auf Sachsen ändert sich insgesamt nicht viel an der Versorgungssituation und am ausgewiesenen Bedarf: Die Mehrzahl der Planungsbereiche bleibt mit Fachärzten rechnerisch überversorgt. Und die von den Patienten wahrgenommene Versorgungsrealität sieht oft anders aus. Das Ziel der Ersatzkassen, allen Patienten möglichst gleichermaßen den Zugang zur ärztlichen Betreuung zu gewährleisten, wurde bei der sächsischen Planung durch Abweichungen von den Vorgaben des G-BA konsequent verfolgt. Allerdings wird noch Zeit vergehen, bis eine Umverteilung der bestehenden fachärztlichen Kapazitäten von städtischen Ballungszentren mit massiver Überversorgung hin zu Problemregionen tatsächlich beginnt. Denn zum Abbau von Überversorgung hält die Richtlinie trotz Forderung der Ersatzkassen keine praktikablen Instrumente bereit. Die ersten Versuche, wie die Prüfung von Praxissitzverlegungen durch den Zulassungsausschuss und die Neuregelung des Praxisübergabeverfahrens, sind dafür weder ausreichend noch schlüssig.

Herausgeber

Landesvertretung Sachsen des vdek
 Glacisstraße 4, 01099 Dresden
 Telefon 03 51 / 8 76 55-37
 Telefax 03 51 / 8 76 55-43
 E-Mail LV-Sachsen@vdek.com
 Redaktion Dirk Bunzel
 Verantwortlich Silke Heinke
 Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
 Gestaltung ressourcenmangel
 Grafik schön und middelhaufe
 ISSN-Nummer 2193-214X