

**Stellungnahme
des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) – Landesvertretung NRW
zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung
an das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
des Landes NRW**

Stand: 10.2.2011

Ausgangslage

Die Entwicklung der Anzahl der Vertragsärzte in den letzten 20 Jahren zeigt, dass das Angebot an Ärzten noch nie so groß war wie heute. Von einem Mangel an Ärzten keine Rede sein kann und dieser ist auch zeitnah nicht zu erwarten. Betrachtet man auf der Grundlage der derzeit geltenden Bedarfsplanung die Versorgungslage in NRW, so lässt sich Folgendes feststellen:

- Zwischen 1990 und heute hat sich in NRW die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte um rund 50 Prozent erhöht. Insgesamt nehmen in NRW rund 30.500 Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teil.
- In keinem der 54 Planungsbereiche – weder haus- noch fachärztlich – liegt derzeit Unterversorgung vor.
- In der hausärztlichen Versorgung sind in Nordrhein mehr als 2/3 und in Westfalen mehr als die Hälfte der Planungsbereiche überversorgt.
- In der fachärztlichen Versorgung gibt es über alle Facharztgruppen hinweg fast ausschließlich überversorgte Gebiete – bei Chirurgen, Internisten, Radiologen sogar zahlreich Versorgungsgrade von über 150 Prozent.
- Die meisten Planungskreise sind über fast alle Arztgruppen hinweg für weitere Neuniederlassungen gesperrt.
- Insgesamt sind in NRW mehr als 5.000 Ärzte oberhalb des Versorgungsgrades von 100 Prozent zugelassen.

Eine Gesamtübersicht der Versorgungsgrade für alle Arztgruppen und Planungsregionen in NRW (Stand: 2010) ist dieser Stellungnahme als **Anlage** beigelegt.

Während also insgesamt die Planungsregionen überversorgt sind, ist jedoch vermehrt festzustellen, dass in einzelnen Orten ein Arzt in wohnortnaher Entfernung nicht mehr zur Verfügung steht. Ursächlich dafür ist ein Trend zur Spezialisierung und Zentralisierung, der dazu führt, dass in Agglomerationsräumen und städtischen

Gebieten die Dichte an Ärzten, vor allem Fachärzten weit über dem notwendigen Maß liegt. Parallel zu dieser fachärztlichen Überversorgung fehlen Hausärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits der Ballungsgebiete. Auch kann zukünftig dann ein Mangel entstehen, wenn frei werdende Arztsitze zu einem großen Teil nicht wieder besetzt werden können.

Das Kernproblem der jetzigen Bedarfsplanung ist somit, dass sie trotz der Möglichkeit der Sperrung von Planungsbereichen nicht verhindern konnte, dass immer mehr Planungsbezirke in den Status der Überversorgung gerieten und dass überversorgte Planungsbereiche weiterhin überversorgt bleiben, da die Bedarfsplanung kein Instrument für den Abbau von Überversorgung bereithält. Auch gibt es kaum Instrumente, Umsteuerungen zu Gunsten schlechter versorgter Bezirke vorzunehmen. An diesem Punkt muss die geplante Reform ansetzen.

Grundsätzliche Reformrichtung

Aus Sicht der Ersatzkassen muss die derzeitige Bedarfsplanung zu einer verteilungsgerechten Versorgungsplanung weiterentwickelt werden. Vor allem die hausärztliche Versorgung muss wohnortnah gesichert und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung in den Ballungsgebieten im fachärztlichen Bereich abgebaut werden. Der veränderte Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft muss in einer solchen Versorgungssteuerung ebenso berücksichtigt werden wie neue, und für die Versicherten sinnvolle Behandlungsmethoden, die aus dem medizinisch-technischen Fortschritt resultieren. Unnötige Kosten und eine finanzielle Überforderung der Gesetzlichen Krankenversicherung sind dabei konsequent zu vermeiden.

Um diese Herausforderungen bewältigen zu können, ist ein Bündel sachgerechter Maßnahmen auf den Weg zu bringen. Änderungen im Bereich der Bedarfsplanung sollten dabei so weit wie möglich im Rahmen der Selbstverwaltung und unter Ausnutzung der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen forciert werden. Darüber hinaus müssen die bestehenden gesetzlichen Grundlagen so modifiziert werden, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in die Lage versetzt wird, in seinen Richtlinien Regelungen zur Weiterentwicklung der Verhältniszahlen und der regionalen Planungsbezüge festzulegen. Es gilt, unterschiedliche Planungskriterien für die ärztliche Primärversorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung und die spezialisierte ambulante Versorgung zu entwickeln. Diese Planungsgrößen müssen so aufgesetzt werden, dass sie eine bedarfsgerechte Sicherstellung des medizinischen Angebotes gewährleisten und der Schieflage im Niederlassungsverhalten und weiterer Überversorgung entgegenwirken. So entsteht auch eine neue Gewichtung zwischen Allgemein- und fachärztlichen Versorgungsangeboten. Dies ist unter Berücksichtigung der dafür notwendigen Instrumente nur im kollektivrechtlichen bzw. -vertraglichen Rahmen möglich.

Darüber hinaus sollte die Planung für den spezialisierten fachärztlichen Bereich sektorübergreifend unter Berücksichtigung der am Krankenhaus vorhandenen ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erfolgen. Gerade für NRW zeigt sich in diesem Bereich die Notwendigkeit einer Abstimmung des konkreten Versorgungsbedarfs. So haben mittlerweile fast 100 von 355 tätigen somatischen Krankenhäusern fast 700 Anträge zur Erbringung von 116 b-Leistungen gestellt, von denen bereits 50 Prozent genehmigt wurden. Hier entstehen doppelte Versorgungsstrukturen, die keine bessere qualitative Versorgung mit sich bringen, aber zusätzlich von den Versicherten bezahlt werden müssen.

Hinsichtlich derzeit auf politischer Ebene diskutierter struktureller und institutioneller Anpassungen gehen nach Ansicht der Ersatzkassen die Vorschläge für einen Strukturfonds für Sicherstellungsaufgaben in die richtige Richtung. Damit könnte regional auf sich abzeichnende Versorgungslücken schneller und zielgerichteter als heute reagiert werden. In diesem Zusammenhang sollte konstruktiv über die Aufgaben regionaler Versorgungsausschüsse diskutiert werden. Die Beteiligten vor Ort können tendenziell am besten entscheiden, ob zum Beispiel eine kleinräumigere Betrachtung angezeigt ist. Eine Beteiligung an einem solchen Ausschuss muss dann aber zwangsläufig mit der entsprechenden finanziellen Verantwortung einhergehen. Dies stärkt im Übrigen auch den berechtigt eingeforderten Einfluss und die Einwirkungsmöglichkeiten der Bundesländer.

Lösungsansatz für die zukünftige Versorgungssteuerung

1. Primäres Ziel muss die Beseitigung der aktuell bestehenden Versorgungsdisparitäten auch innerhalb einzelner Planungsregionen sein.
2. Es muss eine differenzierte Planung und Versorgung der einzelnen Versorgungsbereiche nach Notwendigkeit und Bedarf sowie unter Berücksichtigung von Demographie und Morbiditätsentwicklung erfolgen.
 - Gliederung in ärztliche Primärversorgung, allgemeine fachärztliche und spezialisierte fachärztliche Versorgungsbereiche;
(Primärversorgung: Haus-, Kinder-, Frauenärzte, allgemeine fachärztliche Versorgung: z.B. Hautärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden, Urologen, Neurologen, Radiologen; spezialisierte fachärztliche Versorgung: z.B. Anästhesisten, Chirurgen, Gastroenterologen, Kardiologen, Onkologen;
 - kleinräumigere Betrachtung im hausärztlichen Versorgungsbereich, für den wohnortnahe Versorgung gewährleistet werden soll
 - grds. Beibehaltung der Planung auf Basis von Verhältniszahlen in Gestalt von Arzt-Einwohner-Relation, die nach umsetzbaren Faktoren

(Demographie, Morbidität o.Ä.) adjustiert werden, für den hausärztlichen und allgemein fachärztlichen Versorgungsbereich;

- sektorübergreifende Bedarfsplanung nur im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung;
- Versorgung im spezialisierten fachärztlichen Bereich nicht ausschließlich über Direktverträge, sondern im kollektivrechtlichen Rahmen
- Orientierung am tatsächlichen Versorgungsbedarf sowie die Berücksichtigung von Demographie und Morbiditätsentwicklung sind grundsätzlich wünschenswert; allerdings fehlen insbesondere für eine Abbildung von Morbidität konkrete und vor allem operationalisierbare und transparente Messverfahren.

3. Im Fokus der Versorgungssteuerung muss der Abbau von Überversorgung stehen. Hierzu bieten sich folgende Instrumente an:

- Aufkauf von Praxissitzen gemäß § 105 Abs. 3 SGB V; Finanzierung über Kassenärztliche Vereinigung bzw. Strukturfonds
- Überprüfung und möglichst Einschränkung der Regelung zum Verkauf und zur Nachbesetzung von Praxissitzen in überversorgten Gebieten (§ 103 Abs. 4 SGB V), da diese eine bestehende Überversorgung manifestieren und einen wirksamen Abbau von Überkapazitäten verhindern
- vorbehaltlich der rechtssicheren Umsetzbarkeit Vergabe zeitlich befristeter und/oder inhaltlich beschränkter Zulassungen

4. Arztersetzende und arztergänzende Maßnahmen müssen gefördert werden. Ebenso muss eine Flexibilisierung der Versorgung für die zukünftige Gewährleistung der flächendeckenden hausärztlichen Versorgung erfolgen

- Abkehr von der Fixierung auf Einzelpraxis, Einrichtung von Gesundheitszentren;
- Förderung regionaler Versorgungsangebote sowie Maßnahmen außerhalb der Bedarfsplanung unter (finanzieller) Einbindung der Länder

5. Es müssen ökonomische Anreize zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Ärzte mittels Über- und Unterversorgungspunktwerten gesetzt werden (§ 87 Abs. 2e SGB V)

- Konsequente Umsetzung der bereits im Jahr 2009 vom Bewertungsausschuss getroffenen Regelungen; Rücknahme der gesetzlichen Regelung, die auf Grund der Verweigerungshaltung der KBV das Aussetzen für die Jahre 2011/2012 vorsieht

Anlage: Gesamtübersicht der Versorgungsgrade je Arztgruppe und Planungsregion, Stand: 6/2010 für Nordrhein; 12/2010 für Westfalen-Lippe