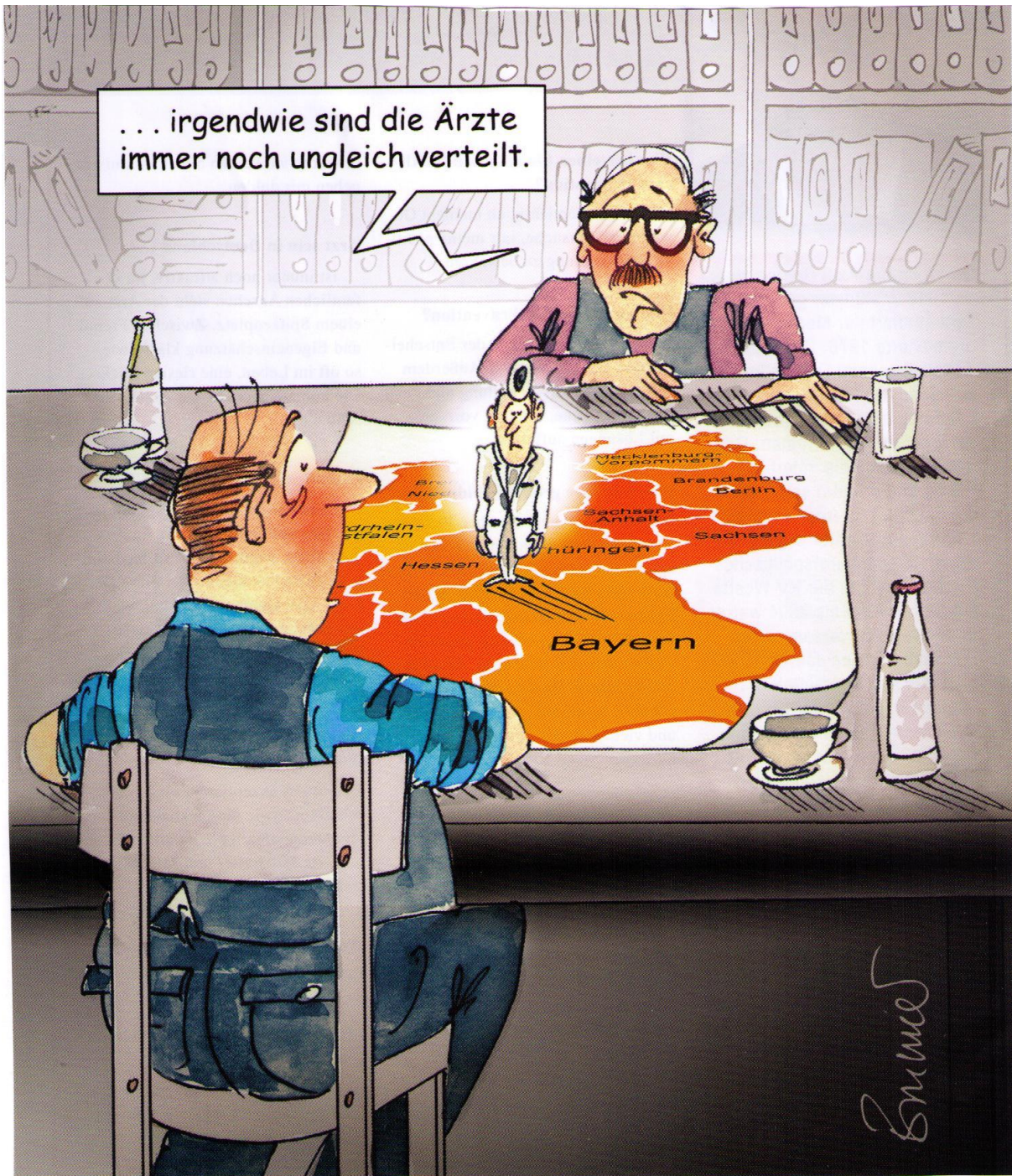


# Bedarfsplanung

Nutzlos oder hilfreiche Bürokratie?

Rechtsanwalt Dr. jur. Gernot Steinhilper, Wennigsen

12. Deutscher Medizinrechtstag, Berlin (17.09.2011)



2020: Bedarfsplanung der Krankenkassen in Zeiten des Ärztemangels (Karikatur: Brunner)

## I. Vorspann

„Je mehr ich plane, desto härter trifft mich die Wirklichkeit“

(Friedrich Dürrenmatt)

## II. Ziel und Erfolg der bisherigen Bedarfsplanung/ Zulassungsbegrenzungen<sup>1</sup>

- 1) Verhinderung weiterer Überversorgung
- 2) Mittel: Sperrung von Überversorgten Planungsbereichen
- 3) Manko: Bestehende Überversorgung übernommen; zu großräumige Planungsräume; Vernachlässigung des Demographiefaktors; lediglich Vermutung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs

## III. Gang des Gesetzgebungsverfahrens (GKV-VStG)

- 1) Vorstufen
  - a) „14 Vorschläge für die Reform der medizinischen Versorgung“  
(CDU/CSU-Bundestagsfraktion)
  - b) Aktualisierung 10.02.2011
  - c) Eckpunktepapier 08.04.2011
  - d) Arbeitsentwurf 24.05.2011
  - e) Referentenentwurf 06.06.2011
  - f) Kabinettsentwurf 03.08.2011
- 2) Stellungnahmen dazu, u.a. von
  - a) Spitzenverband GKV 29.06.2011
  - b) BMF Juni 2011
  - c) Medizinrechtsausschuss DAV Juni 2011
  - d) FALK (Freie Allianz der Länder-KVen) 24.06.2011
  - d) DKG 04.08.2011
  - e) Bad.-Württb. KG 09.08.2011
- 3) Weiterer Zeitplan
  - a) 1. Durchgang Bundesrat 23.09.2011

---

<sup>1</sup> Zu den Rechtsgrundlagen, zur Rechtsprechung und Verwaltungspraxis der bisherigen Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung s. Dahm, in: Rieger/Dahm/Steinhilper (Hrsg.), Heidelberger Kommentar. Arztrecht.Krankenhausrecht.Medizinrecht, 2008 (Beitrag 720).

b) Gegenäußerung Bundesregierung	28.09.2011
c) 1. Lesung Bundestag	29.09.2011
d) Anhörung Gesundheitsausschuss Bundestag	24.10.2011
e) 2./3. Lesung Bundestag	11.11.2011
f) 2. Durchgang Bundesrat	16.12.2011
g) Inkrafttreten	01.01.2012

#### IV. Ziele des GKV-VStG (BR-Drs. 456/11)<sup>2</sup>

- 1) „Sicherung wohnortnaher flächendeckender medizinischer Versorgung“ durch
  - „flexiblere Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder“
  - „Ausbau der Instrumente zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung mit entsprechenden Anreizen auch im Vergütungssystem“
  - „Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf“
- 2) Bessere Verzahnung ambulanter-stationärer Versorgung: „schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten, spezialärztlichen Versorgung“ (§ 116b SGB V neu)
- 3) Bürokratieabbau?
  - In Wahrheit: wohl weitere Bürokratie
- 4) Kosten: angeblich neutral; BMF hat Zweifel

#### V. Maßnahmen zur Umsetzung der GKV-VStG-Ziele

- 1) **Keine** grundlegende **Neukonzeption**
  - a) Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA): bundesweite Bedarfsplanungsrichtlinie
  - b) definierte Planungsbereiche und arztgruppenspezifische Verhältniszahlen

---

<sup>2</sup> Auf dem Symposium „*Neue Wege der ambulanten ärztlichen Versorgung*“ der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin am 12.4.2011 hatten Vertreter verschiedener Institutionen über die bisherige Bedarfsplanung und die Reformüberlegungen des Gesetzgebers aufgrund der *Eckpunkte* vom 8.4.2011 zum Versorgungsgesetz referiert. Die überarbeiteten Beiträge von *Wallrabenstein* (Verfassungsrecht), *Brededorst* (Länderperspektive), *Hess* (Gemeinsamer Bundesausschuss), *Köhler* (KBV), *v. Stackelberg/Uhlemann* (GKV-Spitzenverband) und *Wagener* (Deutsche Krankenhausgesellschaft) sind in ZMGR 2011, Heft 4 abgedruckt.

- c) Kriterien zur Über- und Unterversorgung
- d) Zulassungssperre bei Überversorgung
- e) Maßnahmen bei bestehender oder unmittelbar drohender Unterversorgung sowie bei zusätzlichem Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen
- f) Unterschiedliche große Planungsbereiche möglich, differenzierbar nach Arztgruppen oder haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichen

## 2) **Organisatorische Änderungen** gegenüber bisheriger Bedarfsplanung

- a) Länder haben Mitberatungsrecht beim G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung
- b) Mitberatungsrecht der obersten Landesbehörde im Landesausschuss; insbes. Feststellungen zur Über- und Unterversorgung (§ 90 SGB V i.V.m. § 14 Ärzte-ZV); Ersatzvornahme bei Nichteinigung (Abs. 2)
- c) Einvernehmlich erstellter Bedarfsplan ist zuständiger Landesbehörde vorzulegen; diese hat Anregungs- und Beanstandungsrecht (§ 13 Ärzte-ZV)
- d) Landesausschuss unterliegt der Rechtsaufsicht des Landes (Beanstandungsrecht bei all seinen Entscheidungen durch Aufsicht – analog Bundesebene)
- e) Option, ein sektorenübergreifendes Gremium zu Fragen der sektorenübergreifenden Versorgung zu bilden (**Gemeinsames Landesgremium**; § 90a SGB V)
- f) KV, Verbände der Krankenkassen, Krankenhausgesellschaft, Ärztekammer, Patientenorganisationen (Abs. 1)
- g) Berufsverbände, Kommunen etc. können hinzugezogen werden
- h) Zuständig für Fragen der Aufstellung oder Anpassung der Bedarfspläne und bestimmter Entscheidungen der Landesausschüsse (Abs.2) (vorbehaltlich landesrechtlicher Regelungen)
- i) Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen (Abs.1)

## 3) **Inhaltliche Änderungen** gegenüber bisheriger Bedarfsplanung

- a) **Kleinräumige Planungsbereiche** zum 1.1.2013 zur „**flächendeckenden Versorgung**“ ( § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V); Aufgabe des G-BA (Richtlinie); Frist ( ... )
- Abkehr von politischen Grenzen (Stadt- und Landkreise) (Streichung von § 12 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV)

- Ausgestaltung nach Versorgungsbedarf nach hausärztlicher oder fachärztlicher Versorgung oder nach Arztgruppen nach Vorgaben des G-BA (regionale Abweichungen möglich; § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V)
- spezialärztliche ambulante Versorgung nach § 116 b SGB V unterliegt **nicht** der Bedarfsplanung; aber bei der Bestimmung des Versorgungsgrades Herausrechnung der Leistungen, die Ärzte nach § 116b SGB V erbringen (§ 101 Abs. 1 S. 8 SGB V)
- Abweichungen regional möglich (§ 99 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 12 Ärzte-ZV)

#### **b) Anpassung der Verhältniszahlen**

- Keine stichtagsbezogene Anpassung (Streichung des § 101 Abs. 2 S. 2 SGB V), sondern nach „sachgerechten Kriterien“ (Abs. 2 S. 1)
- Berücksichtigung des **Demographiefaktors** bei der Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 SGB V)
- Berücksichtigung sachgerechter Kriterien zur Abbildung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs (§ 101 Abs. 1 S. 6 SGB V)
- Regionale Abweichungen möglich zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung (Sozialstruktur, vorhandene Versorgungsstrukturen); zuständig: regionale Gremien

#### **c) Einbeziehung aller Leistungserbringer in die Bedarfsberechnung** (Berechnung des Versorgungsgrades)

- Vertragsärzte
- Ermächtigte Ärzte, Ermächtigte Einrichtungen (§ 101 Abs. 1 S. 9 , Abs. 1 S. 1 Nr. 2 b SGB V neu)
- Nicht: Versorgung nach § 116 b SGB V neu
- Gewichtung: nicht nach Köpfen, sondern nach tatsächlichem Leistungsumfang
- Einzelheiten abhängig von den Vorgaben des G-BA (Richtlinien)

#### **d) Sonderbedarfszulassungen** für lokalen und qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf (§ 101 Abs. 1 S. Nr. 3 SGB V)

#### **e) Maßnahmen zum Abbau der Überversorgung**

- Freiwilliger Verzicht auf Zulassung in überversorgten Gebieten durch finanzielle Förderung („*Abwrackprämie*“) (§ 105 Abs. 3 S. 2 SGB V neu)
- Bei Nachbesetzung: *Vorkaufsrecht* der KV (§ 103 Abs. 4c SGB V) zur Stilllegung des Vertragsarztsitzes
  - Finanzielle Absicherung des Veräußerers
  - Finanzierung durch KVen/Krankenkassen

- Ausnahmen: Nachfolge durch Kinder, Ehegatte, Lebenspartner oder Praxispartner (S. 4)
- Vertragliches Vorkaufsrecht nach 31.12.2011 nachrangig (S. 3)
- Frist zur Geltendmachung: 1 Monat
- Sonderregelung für MVZ (Abs. 4 d)
- Probleme: Stilllegung oder Nachbesetzung? Folgekosten (Miete, Personal)? Nachfolge bei GP (Übernahme von Gesellschaftsanteilen durch KV)?
- **Befristung der Zulassung** in *offenen* Planungsbereichen ab 100 % (§ 98 Abs. 2 Nr. 12 i.V.m. § 19 Abs. 4 Ärzte-ZV); in *gesperrten* Planungsbereichen ab Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsbedarf (= 100%) um mehr als 10 % im Nachbesetzungsverfahren weiterhin unbefristet
- **Bevorzugung bestimmter Personen bei Nachbesetzung**
  - Bewerber war vorübergehend in unterversorgtem Gebiet tätig (§ 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 4 SGB V)
  - Besonderer Versorgungsbedarf, den Bewerber erfüllen kann (§ 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 7 SGB V)
- Verlegung übernommener Arztsitze in MVZ nur , wenn Gründe der Versorgung nicht entgegenstehen (§ 103 Abs. 4d S. 1 SGB V)
- Verlegung von Arztsitzen nur, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung nicht entgegenstehen (§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV)

## f) Verringerung der Unterversorgung

### aa) finanzielle Anreize bei der Honorierung ärztlicher Leistungen

- Aussetzung der Mengensteuerung für Ärzte in unterversorgten Gebieten
- Honorarzuschläge für besonders „förderungswürdige Leistungen“ und für „besonders zu fördernder Leistungserbringer“ (höhere Versorgungsqualität) (§ 87a Abs. 2 S. 4 SGB V)
- Finanzielle Förderung durch **Strukturfonds** bei KV (Mittel: KV und Kassen; jeweils 0,1 % der Gesamtvergütung)
  - zur Niederlassung in strukturschwachen Gebieten
  - zur Gründung von Zweigpraxen
  - durch Zuschläge zur Vergütung
  - von Ausbildung und Stipendien (§ 105 Abs. 1a SGB V)
- Ausbau des Grundsatzes „Beratung vor Regress“; ohne Beratung im Folgejahr kein Regress (Richtgrößen; 106 Abs. 5c SGB V)
- Vorab-Anerkennung von Praxisbesonderheiten bei Überschreitung des RLV
- Vorabfestlegung von Praxisbesonderheiten (Prüfungsvereinbarung)

### bb) Eigeneinrichtungen

- der KV (§ 105 Abs. 1 SGB V)
- subsidiär der Kommunen (§ 105 Abs. 4 S. 5 SGB V neu)
- Eigeneinrichtungen der KV: bedarfsplanungsrelevant
- Vergütung aus Gesamtvergütung

#### **cc) Erweiterung der persönlichen (§ 116 SGB V) und der institutionellen Ermächtigungen**

- Bei zusätzlichem **lokalem Versorgungsbedarf** Ermächtigung von Krankenhäusern nach § 116 a SGB V
- zum Abbau bestehender oder bei drohender Unterversorgung und zur Versorgung eines „begrenzten Personenkreises“ (§ 31 Abs. S. 1 Ärzte-ZV) Erweiterung *persönlicher* Ermächtigung für Vorsorge- und Reha- sowie stationären Pflegeeinrichtungen (§ 116 SGB V; Voraussetzungen: § 31a Ärzte-ZV – Qualifikation; Zustimmung des Trägers erforderlich)
- Institutionelle Ermächtigung (Kannvorschrift): Anwendungsbereich weiterhin auf bestehende Unterversorgung und lokalen Versorgungsbedarf begrenzt; keine Ausdehnung auf drohende Unterversorgung.

#### **dd) Delegation/Substitution zur Entlastung der Ärzte**

- Ermächtigung für BMV-Partner: Liste weiterer delegierbarer Leistungen; Frist: 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes (§ 28 Abs. 1 SGB V)
- Erprobung von Substitution in Modellvorhaben (nach Vorgaben in G-BA-Richtlinie)

#### **ee) Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf**

- § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV: Vertretung für 12 Monate nach Entbindung
- § 32 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV: Entlastungsassistent (Anwendungsbereich erweitert: Entbindung 36 Monate, Pflege 6 Monate)
- § 103 Abs. 4 SGB V: Nachbesetzung: Kindererziehungs- und Pflegezeiten berücksichtigungsfähig
- Verlängerungsmöglichkeit für KV (§ 31 Abs. 2 S. 3 u. 4 SGB V)
- Vertretungsmöglichkeiten erweitert zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32 Abs. 2 S. 2 Ärzte-ZV)

#### **ff) Flexibilisierung der Versorgungsorganisation**

- Aufhebung der Residenzpflicht (§ 24 Abs. 2 und 3 Ärzte-ZV aufgehoben)
- Bei Zweigpraxen Abwägung der dortigen Versorgungsvorteile mit den Nachteilen am Stammsitz; Aufhebung der Entfernungsvorgabe; stärkere Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs (§ 24 Abs. 3 S. 1 Ärzte-ZV)

- Flexibilisierung der Zeitgrenzen für Nebenbeschäftigungen (§ 20 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV); Vollzeiterfordernis nach § 19 a Abs. 1 Ärzte-ZV bleibt
- Praxisverlegung: stärkere Berücksichtigung von Versorgungsgesichtspunkten an bisherigem Praxissitz (§ 24 Abs. 7 Ärzte-ZV)

## VI. „Sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten, spezialärztlichen Versorgung“ (§ 116 b SGB V)

- 1) Ziel: besseres Ineinandergreifen ambulanter fachärztlicher und stationärer Versorgung
- 2) „Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten“
- 3) Voraussetzungen: interdisziplinäre Zusammenarbeit, spezielle Qualifikation und besondere Ausstattung erforderlich
- 4) G-BA regelt in Richtlinie bis zum 31.12. 2012 Einzelheiten zu Erkrankungen und Behandlungsumfang (Abs. 3 und 4; auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufnehmbar)
- 5) Empfehlungen des „**Gemeinsamen Landesgremiums**“ zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen (§ 90a Abs. 1 SGB V)
- 6) Leistungserbringer: Vertragsärzte und Krankenhäuser (Abs. 2)
- 7) Beteiligung des Landesbehörde (Abs. 2)
- 8) Unterrichtungspflicht gegenüber KV, Landesverbänden der Krankenkassen, Landeskrankenhausgesellschaft (unter Angabe der Leistungsbereiche)
- 9) Vergütung unmittelbar durch Krankenkassen; vorläufig nach EBM; mittelfristig diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation von KBV, DKG und GKV-SV zu entwickeln (Abs. 6)
- 10) Prüfung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Leistungen durch die Prüfungsstellen zu Lasten der Krankenkassen (Abs. 6)
- 11) Versorgungsumfang der spezialärztlichen Leistung ist bei der Berechnung des Versorgungsgrades abzuziehen (§ 101 Abs. 1 S. Nr. 2a SGB V); Auftrag an G-BA zur Konkretisierung in Richtlinien
- 12) Bereinigung der Gesamtvergütung (Abs. 6)

## VII. Erfolg des Gesetzes ?

ungewiss