



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# **Die Grundzüge der Bedarfsplanungsreform**

**Josef Hecken**

**Unparteiischer Vorsitzender des G-BA**

## **Rechtssymposium Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung**

# Was ist die Ausgangssituation?

- Letzte große Bedarfsplanungsreform war 1990.
- **20 Jahre danach:** Attraktive Regionen mit sehr gutem Versorgungsangebot und abgelegene Regionen mit Tendenzen der Unterversorgung.
- **Folge:** Bedarfsplanung der Neunzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts muss überarbeitet werden.
- Der Gesetzgeber hat deshalb in Versorgungsstrukturgesetz dezidierte Hinweise zur Neuausrichtung der Bedarfsplanung gegeben.
- Leitmotive sind dabei
  - Flexibilisierung der Planungsbereiche,
  - Neuberechnung der Verhältniszahlen,
  - die Festlegung der Fachgruppen, die einer Planung unterliegen sollen, sowie
  - die Neudefinition des sogenannten Sonderbedarfs, der Zulassungen ermöglicht, wenn Planungsbezirke für weitere Niederlassungen gesperrt sind.

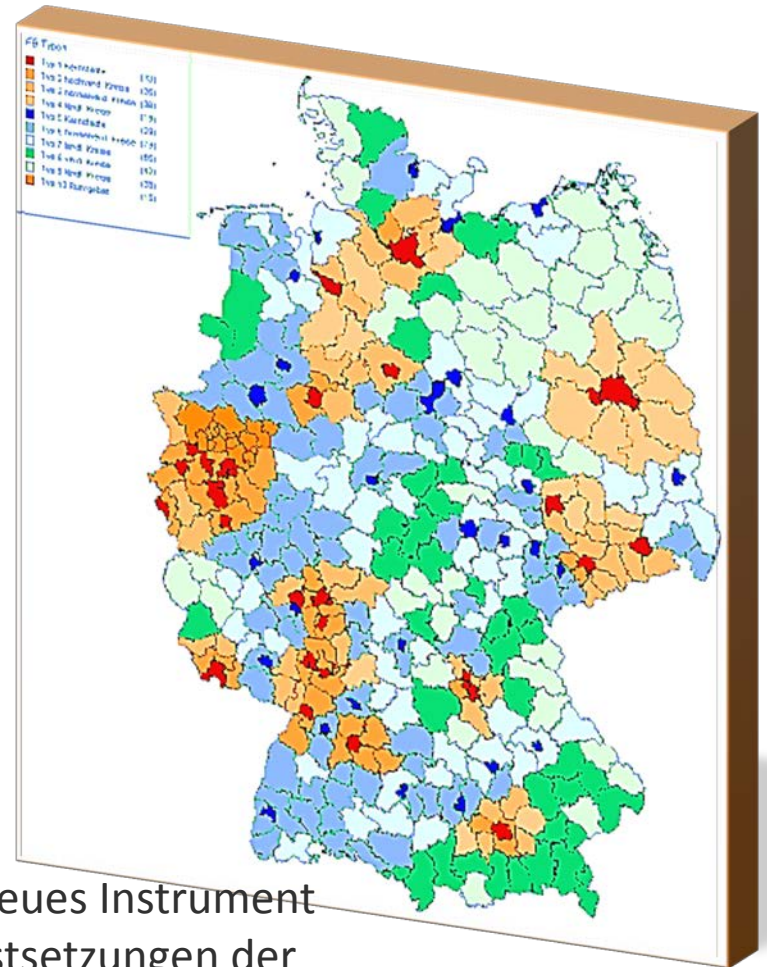
# Der Status Quo der Bedarfsplanung

## Vor der Reform der Bedarfsplanung

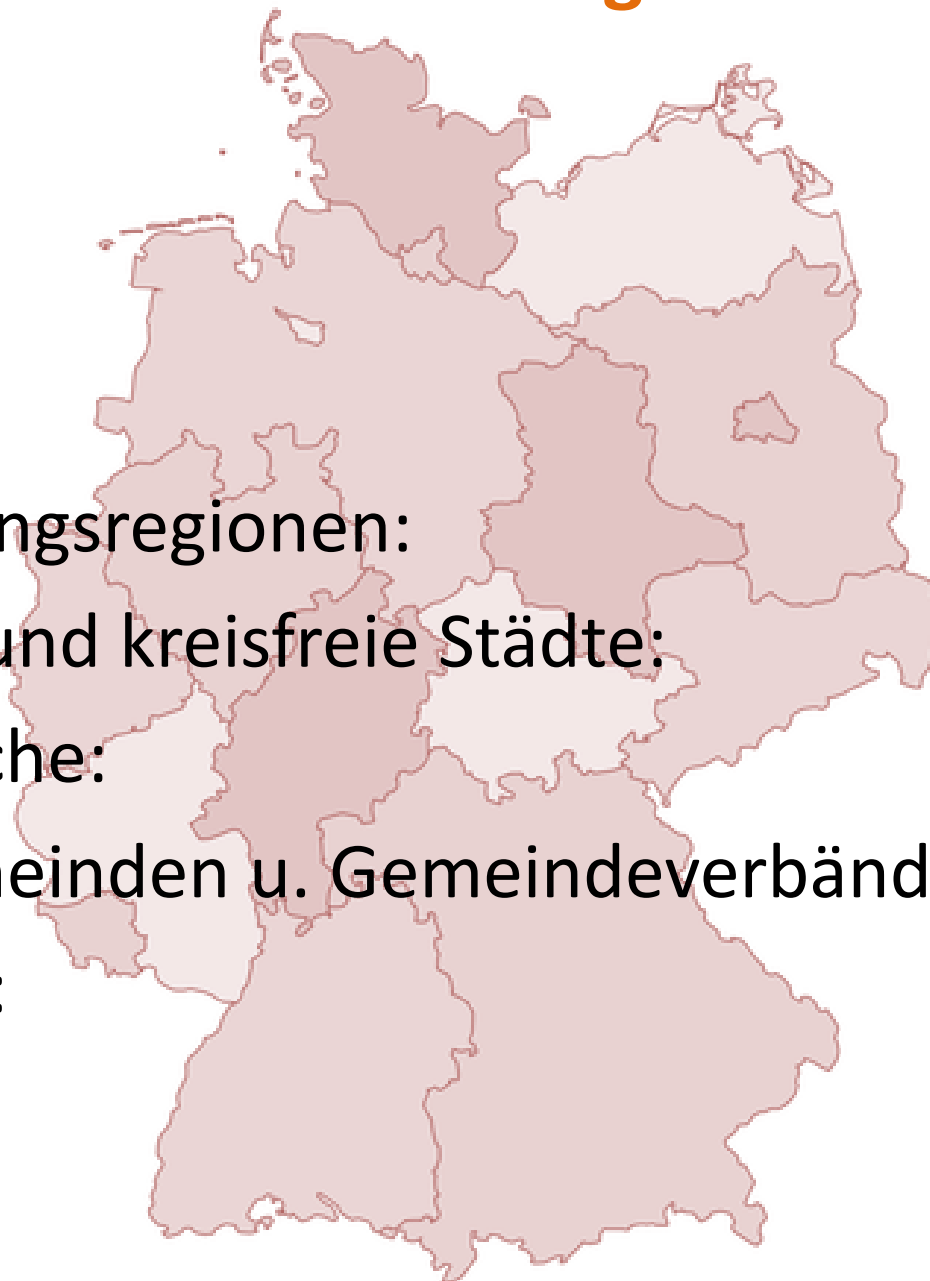
- Bepfanung von 14 Planungsgruppen
- Planungsraum Landkreis und kreisfreie Städte
- Differenzierung nach 10 Regionstypen
- Heterogene Verhältniszahlen

## Ergebnisse der Bedarfsplanung

- Erreichbarkeit von Ärzten ist sehr gut.
- Der Zuwachs von Ärzten konnte z.T. begrenzt werden.
- Planungssicherheit
- Flexibilität über Sonderbedarf und zusätzlich als neues Instrument über regionale Abweichungsmöglichkeiten von Festsetzungen der Bedarfsplanungsrichtlinie

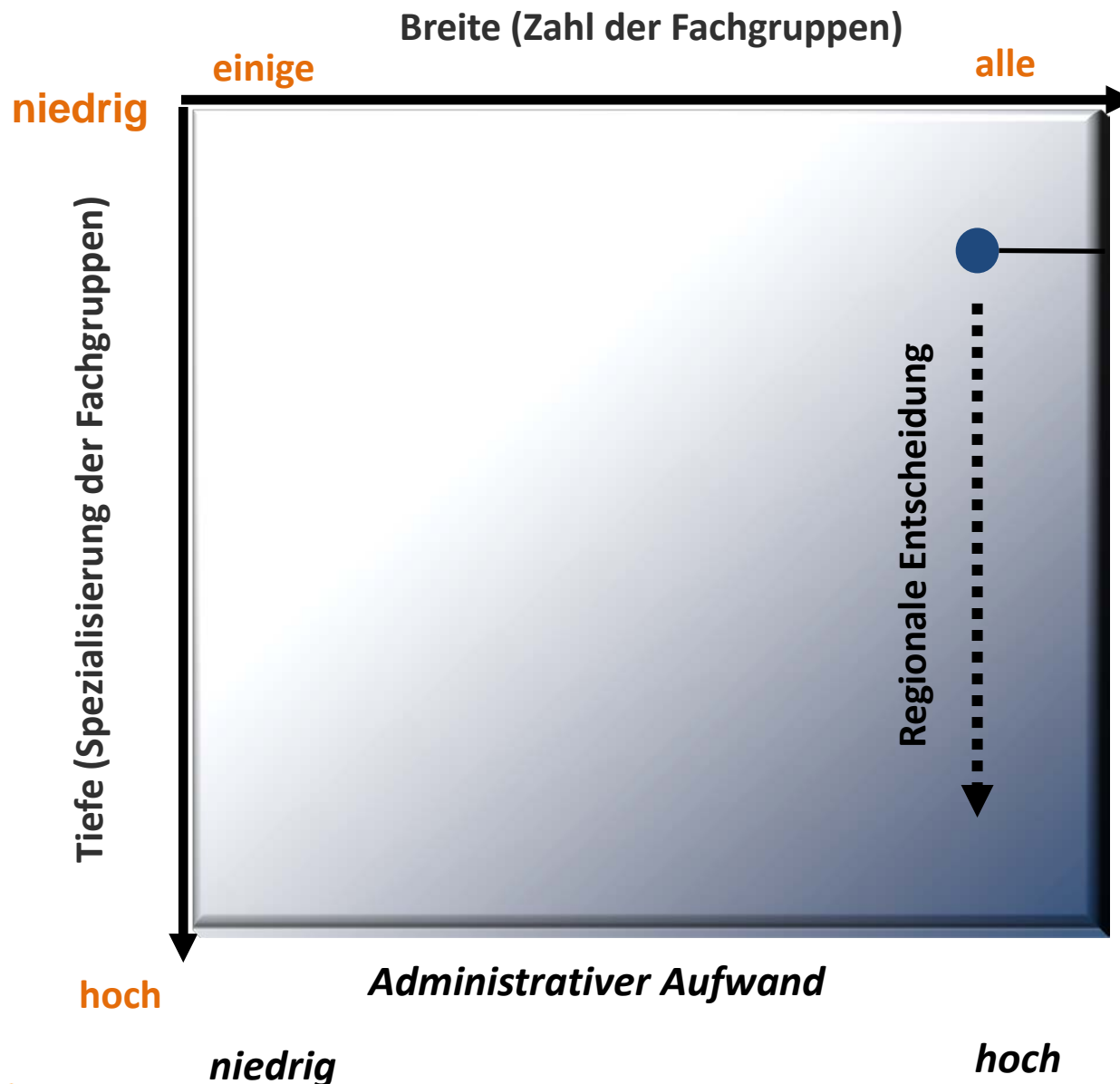


# Daten und Regionen



- KV-Bezirke: 17
- Raumordnungsregionen: 96
- Landkreise und kreisfreie Städte: 412
- Mittelbereiche: 879
- Einheitsgemeinden u. Gemeindeverbände: 4.627
- Gemeinden: 12.066

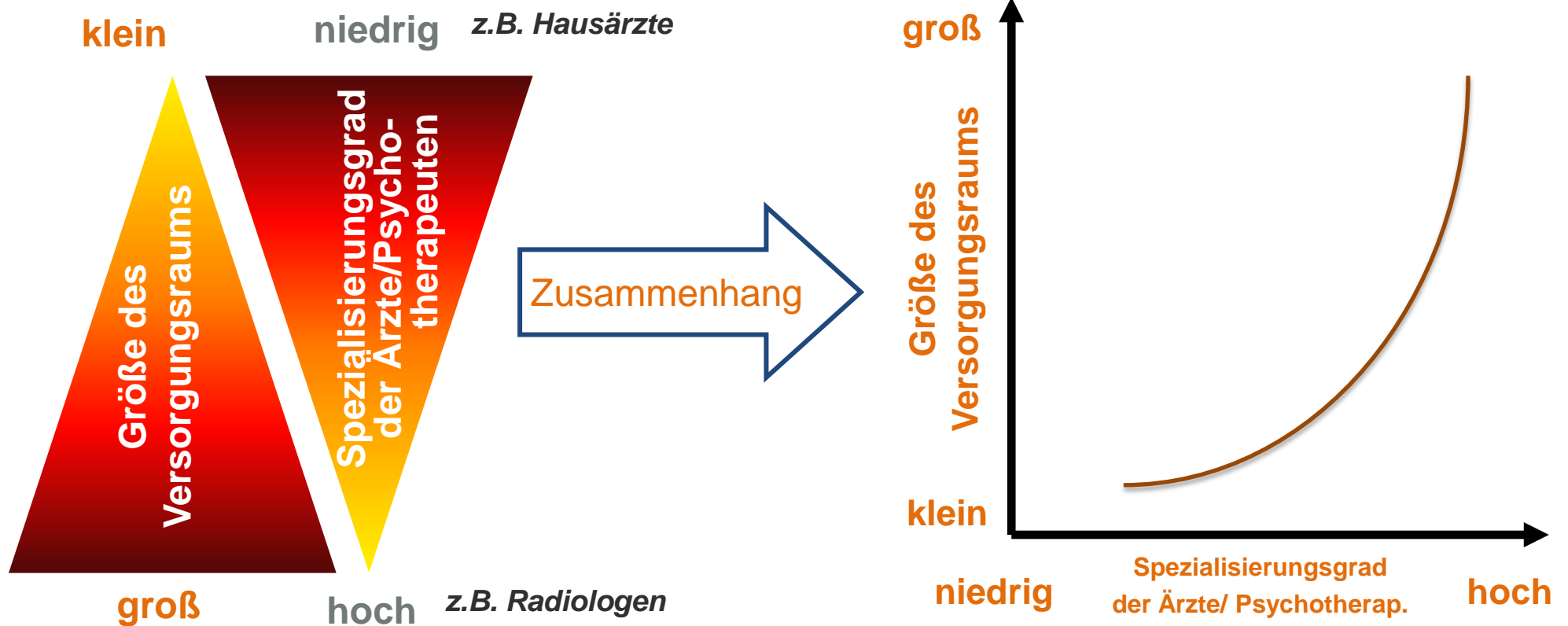
# Herausforderung: Die Beplanung der Planungsgruppen, wie breit und wie tief ist sinnvoll?



## Konzept

- Mit einer zunehmenden Komplexität der beplanten Fachgruppen steigt auch der administrative Planungsaufwand.
- Die neue Richtlinie erfasst alle Fachgruppen (Breite).
- Die Beplanung der spezialisierten Fachgruppen (Tiefe) kann regional erfolgen.

# Mit einer zunehmenden Spezialisierung der Ärzte/ Psychotherapeuten sollte auch die Größe der Planungsregionen wachsen



# Die Planungsbereiche / Versorgungsebenen

Hausärztliche Versorgung	Allg. fachärztl. Versorgung	Spezialisierte fachärztl. Vers.	Gesonderte fachärztl. Versorg.
Mittelbereiche <i>[klein]</i>	Kreise <i>[mittel]</i>	Raumordnungsregionen <i>[größer]</i>	KVen <i>[sehr groß]</i>
Anzahl <b>883</b>	Anzahl <b>372</b>	Anzahl <b>97</b>	Anzahl <b>17</b>

## Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Westfalen-Lippe



# Die Zuordnung der Arztgruppen zu den Versorgungsebenen

Wohnortnahe Grundversorgung → kleiner Planungsbereich

Spezialisierte Arztgruppen mit großen Einzugsbereichen → größeren Planungsräume

**Hausärztliche  
Versorgung**

**Allg. fachärztl.  
Versorgung**

**Spezialisierte  
fachärztl. Vers.**

**Gesonderte  
fachärztl. Versorg.**

Arztgruppen

- Hausärzte

- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Nervenärzte
- Psychotherap.
- Orthopäden
- Urologen
- Kinderärzte

- Fachinternisten
- Anästhesisten
- Radiologen
- *Kinder- und  
Jugend-psychiater*

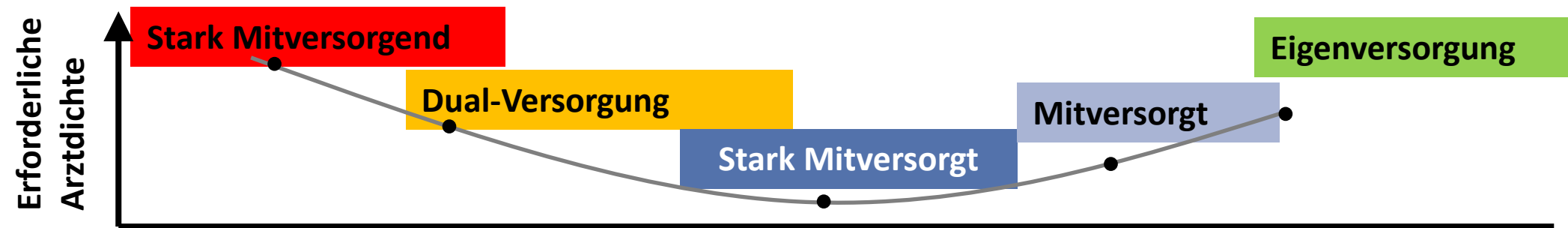
- *PRM-Mediziner*
- *Nuklearmediziner*
- *Strahlentherap.*
- *Neurochirurgen*
- *Humangenetiker*
- *Laborärzte*
- *Pathologen*
- *Transfusions-  
mediziner*

*Bisher nicht geplante Arztgruppen kursiv.*

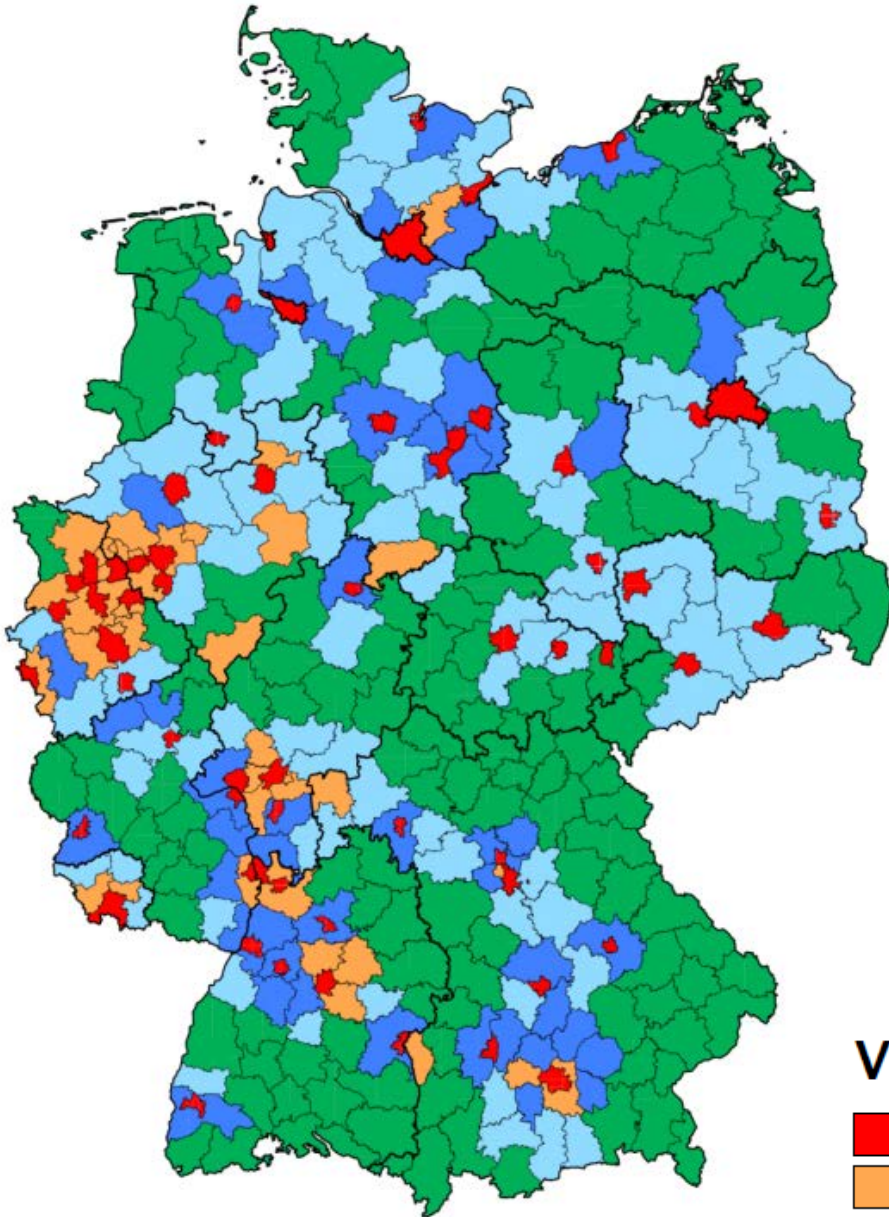


# Typenzuordnung der Kreise entsprechend ihrer Rolle in der fachärztlichen Grundversorgung

Versorgungszone	Rolle in der Versorgung	Niveau
<b>Stark Mitversorgend</b>	Größere Städte in zentraler Lage, die eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen erbringen.	139 %
<b>Dual-Versorgung</b>	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen wahr. Gleichzeitig erbringen die Dual-Versorger Mitversorgungsleistungen für das Umland.	96 %
<b>Stark Mitversorgt</b>	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.	48 %
<b>Mitversorgt</b>	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.	77 %
<b>Eigenversorgung</b>	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig/ keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Versorgung wird hier aus der Region heraus organisiert.	100 %



# Mitversorgung und Differenzierung der fachärztlichen Versorgung



- In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Mitversorgereffekte über eine gegliederte Verhältniszahl (5 Typen) abgebildet. *In den anderen Versorgungsebenen bedarf es nur einer Verhältniszahl.*
- **Eigenversorgte Regionen (Typ 5)**
- Die Regionen, die *von der städtischen Mitversorgung profitieren (Typ 4 und Typ 3)*
- Regionen, die *von Mitversorgung profitieren und selber angrenzende Regionen mitversorgen (Typ 2)*
- Regionen die *starke Mitversorgungsleistung erbringen (Typ 1)*

## Versorgungszonen

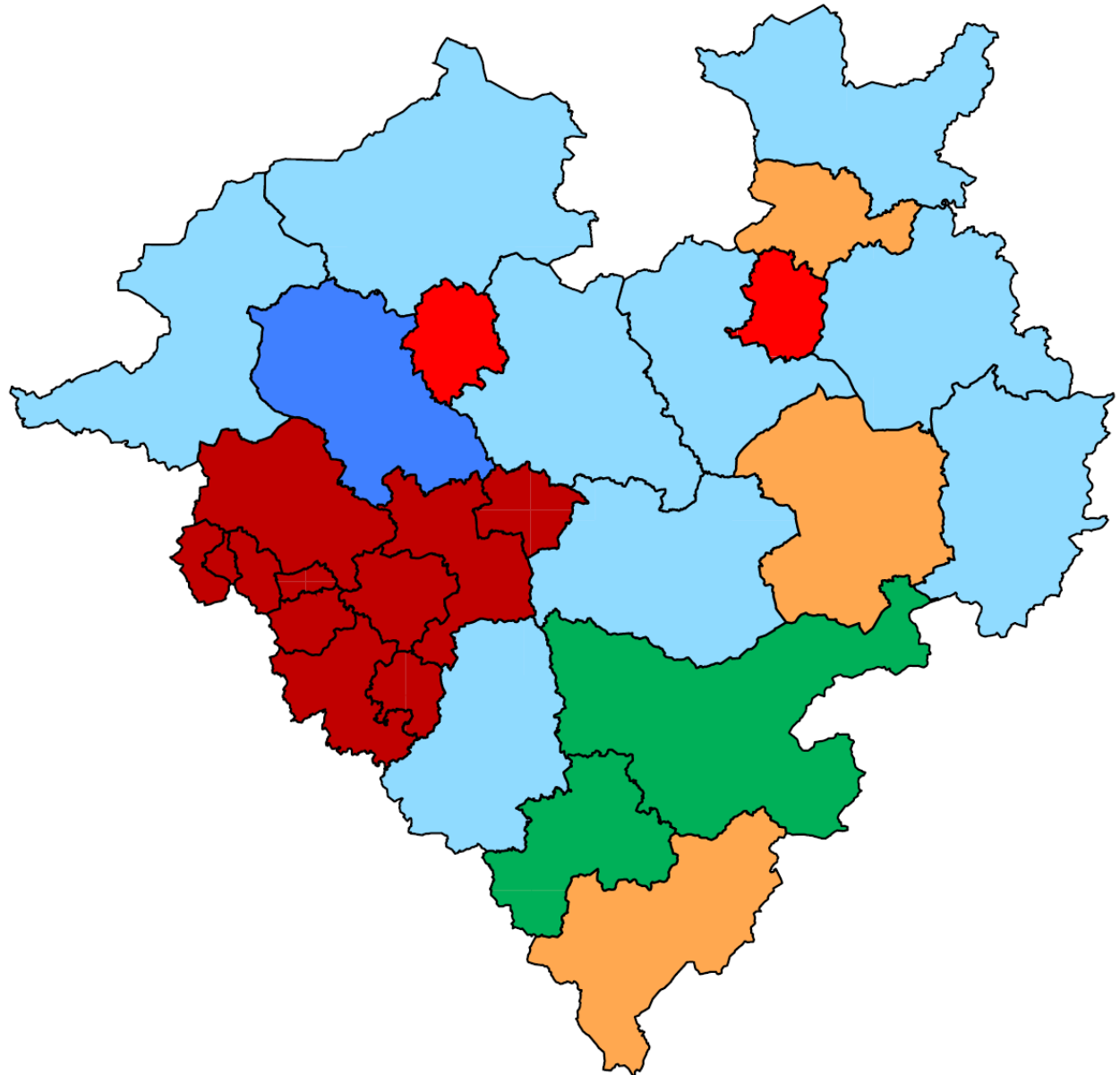
■ Typ 1 (61)	■ Typ 3 (50)	■ Typ 5 (140)
■ Typ 2 (41)	■ Typ 4 (80)	

# Mitversorgung und Differenzierung der fachärztlichen Versorgung am Beispiel der KVWL

## Versorgungszonen



Typ 1	2
Typ 2	3
Typ 3	1
Typ 4	9
Typ 5	2
Ruhrgebiet	10



# Der Demographiefaktor und seine Wirkung auf die Verhältniszahlen

- Der unterschiedlichen Altersstruktur in den Planungsregionen soll über einen „Demographiefaktor“ Rechnung getragen werden. Dazu wurde der bisher gültige Demographiefaktor weiterentwickelt.



→ Über eine Anpassung der Verhältniszahl wird der höhere bzw. niedrigere Versorgungsbedarf in Regionen mit vielen Älteren/ Jüngeren berücksichtigt.

# Steuerungsebenen der Bedarfsplanung zur Individualsteuerung vor Ort

## Ebenen

### Bundesebene

Grundsätzliche allgemeine Vorgaben  
(z.B. *Arztgruppen, Planungsbereiche etc.*)

+

### Landesebene

Abweichungen, um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen  
(z.B. *Planungsbereichsgrenzen, Morbidität, Soziodemografische Faktoren etc.*)

+

### Lokale Ebene

Zulassungen auf lokaler Ebene in gesperrten Planungsbereichen  
(z.B. *besondere Behandlungsmethoden etc.*)

## Instrumente

Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Bedarfsplan der Kassen und KVen

Sonderbedarf



→ Die regionalen Abweichungsmöglichkeiten stellen sicher, dass die besonderen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.

# Übergangsregelungen

## 1. Feinsteuerung innerhalb der Planungsregion ( § 65 Abs. 1)



- Teilregionen der neuen Planungsbereiche können gesperrt werden, um Niederlassungen in schlechter versorgte Teilregionen zu lenken.

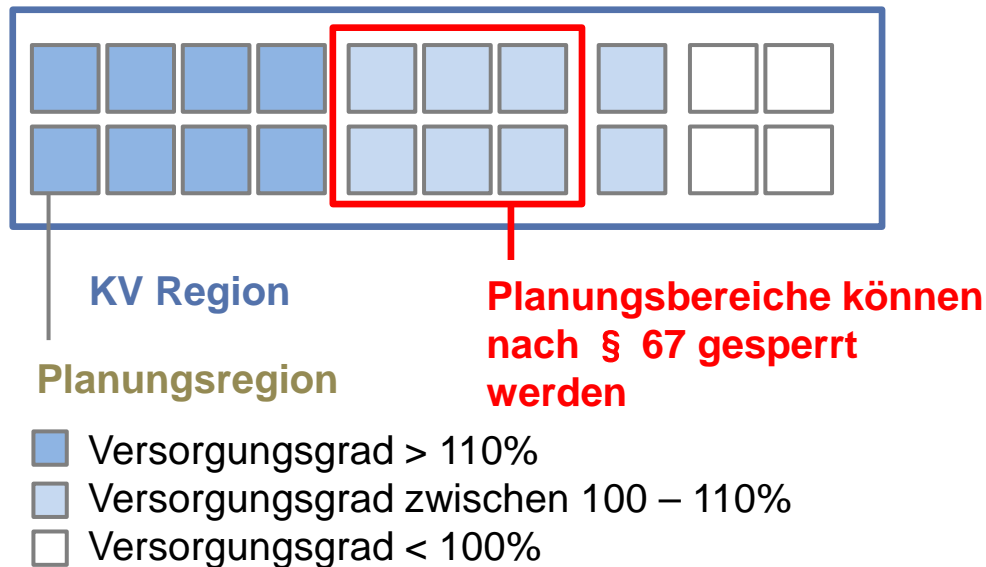
## 2. Möglichkeit der Staffelung der Zuwächse ( § 66)



- Ausgenommen von dieser Regelung sind die Haus- und Kinderärzte sowie die Psychotherapeuten.

# Weitere Übergangsregelungen zur Verbesserung der Steuerungswirkungen der Bedarfsplanung:

## 3. Versorgungssteuerung in besonderen Fällen ( § 67)



### Voraussetzungen:

- mind. 20 % und mind. 2 der Planungsbereiche weisen Versorgungsgrade < 100 % auf
- Es dürfen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 % gesperrt werden.
- Es dürfen maximal 70 % aller Planungsbereiche gesperrt werden.
- Regelung ist für 3 Jahre gültig

# Die Möglichkeit der systematischen Abweichung von der BPL-RL gemäß § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V wird bereits intensiv genutzt

- Mehr als die  **Hälfte**  der KVen nutzen die  **Möglichkeit der systematischen Abweichung**  von der BPL-RL

Bayern	Hessen	Sachsen-Anhalt	Westfalen-Lippe	Nordrhein
Schleswig-Holstein	Brandenburg	Mecklenburg-Vorpommern	Sachsen	

- Abweichungen reichen von  **Anpassung der Grenzen**  der einzelnen Mittelbereiche  **bis**  hin zur  **kompletten Änderung der Verhältniszahl**  einer ganzen Arztgruppe
- **für 2014**  sind von der überwiegenden Anzahl der KVen  **weitere Anpassungen geplant** , mehrheitlich bei der Neuordnung bzw. Abweichung der Raumordnungsregionen nach dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)

➔ Es ist davon auszugehen, dass die Zahl und das Spektrum der regionalen Abweichungen in Zukunft steigen werden , um regionale Besonderheiten besser berücksichtigen zu können.



# Bei den Hausärzten führt die Verkleinerung der Planungsregionen auf die Mittelbereiche zu einem Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten

	Zulas.mgl.
<b>Bedarfsplanung</b> <i>(Stand Frühjahr 2011)</i>	2.026
<b>Zulassungsmöglichkeiten</b> <i>(Stand 1.9.2013)</i>	2.635

- Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten werden v.a. in ländlichen Regionen ausgewiesen.
- Es werden jene Teilregionen der bisherigen Bedarfsplanung als offen ausgewiesen, die bisher nicht über genügend Hausärzte verfügt haben.

Die Zahl der Planungsbereiche mit Versorgungsgraden (VSG) < 75 % bzw. < 90 % ist bei den Hausärzten deutlich gestiegen

**Versorgungsgrad <90%: 107**

**Versorgungsgrad <75%: 13**

In den alten Bundesländern mehren sich oft zum ersten Mal die Anzeichen für Unterversorgung.

Die kleinräumige Planung hilft, die Versorgungslage genauer zu bewerten.

# Bis auf die Psychotherapeuten ist der Zuwachs an Zulassungsmöglichkeiten moderat. Generell ist er im ländlichen Raum konzentriert.

## Auswirkungen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

Planungsgruppe	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherapeuten	Urologen
Zulass. mgl.	103	16	73	85	69	41,5	59	58	769	28

Quellen: Bedarfspläne (2013) der Kassenärztlichen Vereinigungen - Stand zum 01.09.2013

## Der Zuwachs im ländlichen Raum (Typ 5) wird bei der Betrachtung der Veränderung je 100.000 EW am deutlichsten

		Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	HNO-Ärzte	Hautärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Psychotherap.	Urologen
Typ 1	über 110 %	-1,1	-2,1	-1,9	-0,9	-1,1	-2,2	-2,0	-1,6	-17,5	-0,8
	Zulass.mgl.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0
Typ 2	über 110 %	-0,5	-1,2	-1,0	-0,5	-0,5	-1,5	-0,8	-0,8	-6,8	-0,3
	Zulass.mgl.	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1
Typ 3	über 110 %	-0,6	-1,0	-0,8	-0,4	-0,5	-1,3	-0,7	-0,7	-5,3	-0,4
	Zulass.mgl.	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	0,1
Typ 4	über 110 %	-0,5	-1,2	-1,0	-0,5	-0,5	-1,4	-0,7	-0,7	-4,0	-0,4
	Zulass.mgl.	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	1,0	0,1
Typ 5	über 110 %	-0,5	-1,3	-1,1	-0,5	-0,5	-1,4	-0,8	-0,9	-1,7	-0,4
	Zulass.mgl.	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	5,1	0,2

Stand: Januar 2013

**In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung werden einige Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen. In der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden erstmals Zulassungssperren gesetzt.**

### **Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen
Zulassungsmgl.	18	4	154	23

### **Gesonderte fachärztliche Versorgung**

	PRM- Med.	Nuklear- -med.	Strahlen- therapeuten	Neuro- chirurgen	Human- genetiker	Labor- ärzte	Patho- logen	Transfusions- -mediziner
Zulassungsmgl.	52	42	9	11	5	9	3	2

**Bei den Fachärzten zeichnen sich Regionen mit Versorgungsgraden (VSG) < 50 % bzw. < 75 % ab**

**2013 (VG < 75 %): 74**

**2013 (VG < 50 %): 28**

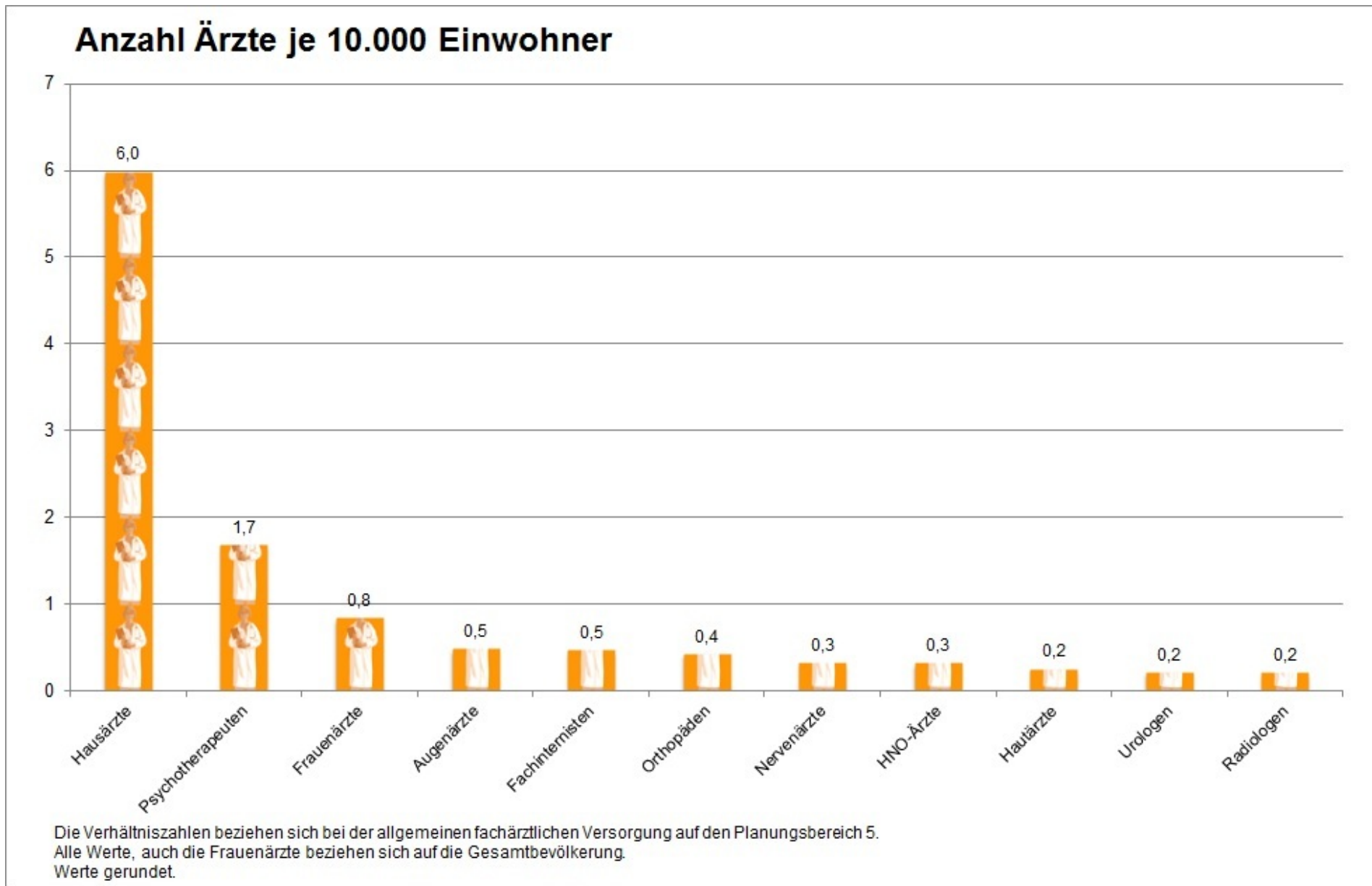
**Vor allem in den Kinder- und Jugendpsychiatern gibt es einige Planungsregionen, die den Versorgungsgrad von 50 % bzw. 75 % unterschreiten.**

**2013 (VG < 75 %): 34**

**2013 (VG < 50 %): 18**

Quellen: Bedarfspläne (2013) der Kassenärztlichen Vereinigungen - Stand zum 01.09.2013

# Übersicht der Versorgung: Planungsbereich 5



Stand: Januar 2013

# Bedarfsplanungsrichtlinie

## Zeitstrahl der Beschlüsse

Regelung	In Kraft seit
Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren	noch nicht in Kraft
Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung	01.01.2014
Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung	26.02.2014
Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung	30.07.2013
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2	04.07.2013
Neufassung Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG	01.01.2013

# Die Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

## Grundsatz:

- Anrechnung im treffenden Fachgebiet
- Anrechnung entsprechend der tatsächlichen Leistung
- Vernachlässigbares (unter 25% eines Vollversorgungsauftrages) wird vernachlässigt
- Regionale Besonderheiten ermöglichen besondere Regelungen und Abweichungen vom Grundsatz
- Evaluation und Überprüfung nach 3 Jahren mit anschließender Befassung und neuem Beschluss
- Ohne neuen Beschluss tritt Regelung außer Kraft

# Die Regelungen im Detail (1v2)

Gruppe	Anrechnungsmodus	Pauschalierung
Ermächtigte Ärzte	Pauschalisiert ents. tatsächlichem Tätigkeitsumfang bei der jeweiligen Arztgruppe	< 25% → Keine Anrechnung >= 25% → Anrechnung in Schritten zu 25%, mathematisch gerundet
Ärzte in erm. Einrichtungen	auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe	< 25% → Keine Anrechnung
Darunter:		
Einrichtungen nach §117 § 119 a	(Hochschulambulanzen): (Amb. Beh. in Einr. d. Behindertenhilfe):	Keine Anrechnung Keine Anrechnung
Krankenhäuser die amb. Behandlung erbringen nach		
§§ 116a u. 118a (Beh. bei Untervers. u. geriatrische Institutsambulanzen)	Pauschalisiert nach Fallzahlquotient entsprechend tatsächlichem Tätigkeitsumfang bei der jeweiligen Arztgruppe (Schwerpunkt) Maßstab ist der Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe in der KV Region	< 25% → Keine Anrechnung >= 25% → Anrechnung in Schritten zu 25%, mathematisch gerundet

# Die Regelungen im Detail (2v2)

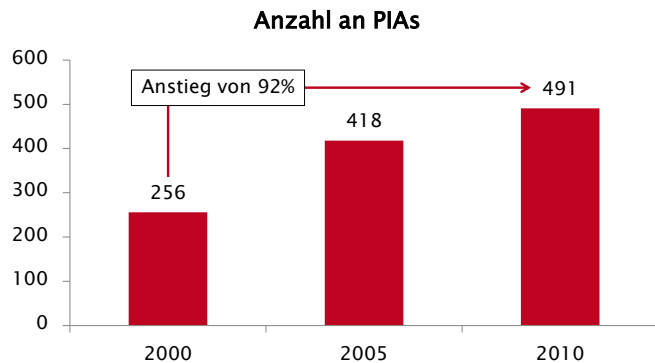
Gruppe	Anrechnungsmodus
Einrichtungen gemäß: § 118 (Psychiatrische Institutsambulanzen) §119 (Sozialpädiatrische Zentren)	<b>Grundsatz auf Basis vorgelegter belastbarer Daten:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entsprechend Fallzahlquotient in Schritten von 25 % (100 % ist Fallzahldurchschnitt der niedergel. Vertragsärzte der KV-Region)</li><li>• Keine Anrechnung sofern &lt; 25%</li><li>• mathematische Rundung</li><li>• Datenvorlage als freiwillige Selbstauskunft</li><li>• Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt</li></ul> <b>Sofern keine Daten vorgelegt werden:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauschalanrechnung von 0,5 Sitzen</li><li>• Ohne Information über Schwerpunkt der Einrichtung bei<ul style="list-style-type: none"><li>• § 118: Psychotherapeuten</li><li>• § 118a: Fachinternisten</li><li>• § 119: Kinderärzte</li></ul></li></ul>

1. Von den Anrechnungsregelungen kann abgewichen werden, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist.
2. Nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarung für die geriatrischen Institutsambulanzen nach § 118a sowie der Psychosomatischen Institutsambulanz gem. § 118 Abs. 3 werden Regelungen zur Anrechnung binnen 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit überprüft und ggf. angepasst.
3. Auswirkungen der Regelung insges. werden 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten geprüft und beraten.
4. Wurde bis zum 31. Mai 2018 keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung beschlossen, tritt diese Regelung mit diesem Datum außer Kraft.



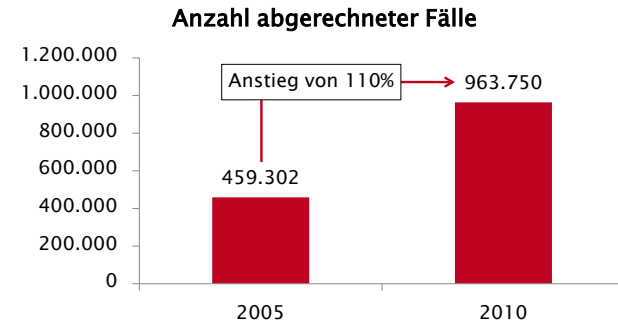
# Zur Pauschalanrechnung von 50 %

Entwicklung der Anzahl an PIAs für Erwachsene



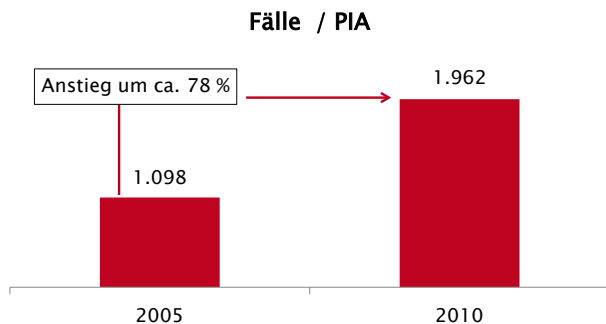
Quelle: GMK 2012; „Psychiatrie in Deutschland“

Entwicklung der Anzahl abgerechneter Fälle für Erwachsene



Quelle: GMK 2012; „Psychiatrie in Deutschland“

Entwicklung der Anzahl abgerechneter Fälle für Erwachsene Pro PIA



Quelle: GMK 2012; „Psychiatrie in Deutschland“

1,3 Stunden Einzeltherapie im ambulanten Setting pro Quartal in einer PIA (S. 12 Stellungnahme der BPTk vom 19.05.2014)

Bei bereits 1,3 Stunden je Fall ergeben sich je durchschnittlicher PIA mit 1962 Fällen im Jahr 2550,6 h Therapie oder **pro Woche: 49 Arbeitsstunden, also deutlich mehr als eine halbe Stelle**

