



Deutscher
Behindertenrat



BundesArbeitsGemein-
schaft der PatientInnen-
stellen und -initiativen



Deutsche
Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V.

verbraucherzentrale

Bundesverband

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Positionen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschuss über die Neufassung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) am 20. Juni 2012

Berlin, 20.12.2012

Mit Beschluss vom 20.12.2012 gibt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) auf den Weg und erreicht damit das vom Gesetzgeber vorgegebene Ziel, dass zum 1. Januar 2013 eine neue Richtlinie in Kraft treten kann. Die im G-BA mitberatenden Patientenorganisationen zeigen sich jedoch überwiegend enttäuscht von der neuen Richtlinie. Wichtige Anliegen, die bei der bisherigen Bedarfsplanung zu Kritik geführt haben, bleiben weiterhin ungelöst. In weiten Teilen belässt auch die neue Richtlinie die bisherigen Regelungen bestehen. Nach Auffassung der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss wurde damit die Chance vertan, die Bedarfsplanung grundlegend besser im Sinne der Patienten neu auszugestalten:

1. Keine bedarfsorientierten Verhältniszahlen

Ein zentraler Kritikpunkt am bisherigen System der Bedarfsplanung war, dass sich aus der regionstypen-spezifischen Festlegung von Verhältniszahlen teilweise eklatante Unterschiede im (geplanten) Versorgungsniveau ergaben – und zwar unabhängig von tatsächlichen Unterschieden im morbiditätsbedingten Versorgungsbedarf. Diese Unterschiede waren insbesondere zwischen städtischen und ländlichen Regionen augenfällig, aber auch zwischen Regionen mit günstiger und solchen mit ungünstiger Sozialstruktur (auch und gerade innerhalb von Großstädten).

Die Patientenvertretung hatte ein Gutachten des IGES-Instituts in Berlin in die Beratungen eingebracht, um darzulegen, dass eine Ausrichtung der Verhältniszahlen an bedarfsorientierten Faktoren wissenschaftlich und praktisch möglich ist. Ein konstitutives Element im Konzept der Patientenvertretung zur Neuordnung der Bedarfsplanung war dabei, die Verhältniszahlen zukünftig überwiegend bedarfsbezogen und nicht mehr in Abhängigkeit von Regionstypen zu bestimmen. Das Konzept der Patientenvertretung hat hier bewusst einen differenzierten Ansatz vorgeschlagen. Demnach sollten diejenigen Faktoren, für die auf Basis empirischer Evidenz grundsätzliche systematische Einflüsse auf den regionalen Versorgungsbedarf zugrunde gelegt werden können (Demografie, Morbidität, sozioökonomische Faktoren), nach einheitlichen Maßstäben in die Bedarfsplanung eingehen. Über die Berücksichtigung räumlicher und infrastruktureller Faktoren, deren regionale bzw. lokale Ausprägungen sich zudem nur mit größerem Aufwand zentral erfassen lassen, sollte hingegen regional entschieden werden. Weder der Ansatz dieses Konzepts, noch andere Ideen der stärkeren Bedarfsorientierung sind jedoch im Rahmen der Beratungen beim G-BA von den stimmberechtigten als Alternative ernsthaft in Betracht gezogen worden.

Festgehalten werden muss: Auch die Verhältniszahlen nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie orientieren sich nicht stärker am tatsächlichen und zukünftigen Versorgungsbedarf

als bisher. Unterschiede in der Morbiditätslast der jeweiligen regionalen Bevölkerungen, der zukünftigen demografischen Entwicklung und der Sozialstruktur bleiben unbeachtet. Statt dessen werden die Soll-Verhältniszahlen, also die Festlegung, wie viele Ärzte pro Einwohner benötigt werden, weiterhin auf der Basis der Arzt-Zahlen aus den 90er Jahren so fortgeschrieben, dass es lediglich zu einer moderaten Anpassung der Ärztezahls kommt. (siehe auch Punkt 4).

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie verweist prinzipiell auf die durch das Versorgungsstrukturgesetz geschaffene Möglichkeit, dass auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten von der Richtlinie abgewichen werden kann. Den regionalen Versorgungsbedarf beeinflussende Faktoren werden (erstmalig) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie konkret benannt (§ 2 BPL-RL). Hierzu zählen auch wesentliche Faktoren, die im Konzept der Patientenvertretung zur Neuordnung der Bedarfsplanung als versorgungsrelevant einbezogen wurden.

Die entscheidende Einschränkung, die mit der Neufassung der BPL-RL vorgenommen wird, besteht aber darin, dass sämtliche bedarfsbeeinflussenden Faktoren – mit Ausnahme der Demografie (§ 9 BPL-RL) – ausschließlich als regionale Besonderheiten in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden können. Das heißt: Ihre Berücksichtigung kann regional bzw. auf Landesebene ganz unterschiedlich gehandhabt werden bzw. auch gar nicht erfolgen.

Damit ist die regionale in der Verantwortung, jene bedarfsgerechte Versorgung anzustreben, die der G-BA nicht schafft.

Massive Kritik ist auch hinsichtlich der Abstimmung der Verhältniszahlen für die psychotherapeutische Bedarfsplanung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband hinter den Kulissen im Rahmen der Verhandlungen über die zukünftige Vergütung im Erweiterten Bewertungsausschuss zu üben. Eine Orientierung am Bedarf von Patientinnen und Patienten ist bei diesen rein ökonomisch getriebenen Verhandlungen nicht erkennbar.

Insgesamt nutzt die Neufassung der BPL-RL somit nur sehr begrenzt die bestehenden Möglichkeiten, die Planung der vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten zukünftig stärker am krankheits(risiko)bezogenen Bedarf zu orientieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss verpasst die Chance, seine eigenen gesetzlich gegebenen Möglichkeiten zur Gestaltung bedarfsgerechter Verhältniszahlen zu nutzen und damit einen gleichmäßigen Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sicher zu stellen.

2. Abweichende Regelungen auf Landesebene

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie gilt als bundesweiter Rahmen gemäß § 3 Abs. 1 BPL-RL bundeseinheitlich. Zweck der Richtlinie ist gemäß § 1 Abs. 1 BPL-RL die einheitliche Anwendung der Verfahren bei der Bedarfsplanung. Gleichzeitig haben Kassenärztliche Vereinigungen oder Landesausschüsse gemäß § 3 Abs. 2 BPL-RL die Möglichkeit, verbindlich abweichende Regelungen für die Anwendung der Richtlinie vorzusehen. Grundsätze oder Kriterien, nach denen systematisch von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden kann, werden von der im G-BA beschlossenen Richtlinie nicht bundeseinheitlich vorgegeben, sondern auf der jeweiligen regionalen (Landes-) Ebene beschrieben.

Diesen Regelungen lässt sich eine gewisse Ironie nicht absprechen. Der G-BA selbst formuliert in den Tragenden Gründen zum Beschluss der Bedarfsplanungs-Richtlinie nennen an vorderer Stelle (Abschnitt 2.1) das Ziel der Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten unabhängig von Woh-

nort, Einkommen oder anderer Gründe. Diesem Ziel entspräche es, wenn auf Landesebene vereinbarten Abweichungen von der Richtlinie zumindest einheitliche Kriterien und/oder Verfahren zugrunde gelegt würden. Damit könnte vermieden werden, dass sich durch regional unterschiedliche Maßstäbe für abweichende Regelungen der Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für GKV-Versicherte in Abhängigkeit von ihrem Wohnort zukünftig ungleichmäßig(er) gestaltet.

Darüber hinaus erscheint es zielführend, wenn der G-BA offiziell die Aufgabe erhielte, die Entwicklung regional abweichender Regelungen zu beobachten und ihre (potentiellen) Auswirkungen auf die Gleichmäßigkeit des Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu bewerten (Monitoring). Dies ist nicht vorgesehen.

Schließlich ist zu befürchten, dass die Möglichkeit, regional von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen, mit einer systematischen Schwächung der Beteiligung der Patientenvertretung einhergeht.

3. Fortschreibung des alten Demografiefaktors

Kritik übt die Patientenvertretung auch am sogenannten Demografiefaktor. Als Einflussgröße des regionalen Versorgungsbedarfs werden Unterschiede in der demographischen Struktur der regionalen Bevölkerung zukünftig (wieder) in der Bedarfsplanung berücksichtigt.

Der Faktor modifiziert die Verhältniszahlen (lediglich) auf der Basis der Altersstruktur; andere Faktoren, die Einfluss auf den Bedarf der Bevölkerung an Ärzten haben, wie die Krankheitslast oder der Pflegebedarf, bleiben weiter unberücksichtigt.

Die Patientenvertretung hatte zudem eine prospektive Betrachtung der Arztzahlen vorgeschlagen, um zukünftige Bedarfe frühzeitig sichtbar zu machen und auch alternative Versorgungskonzepte für einen nur vorübergehenden Bedarf zu fördern. Eine solche Ausrichtung bedeutet, dass zumindest die Ergebnisse der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen zur Kenntnis genommen werden. Sie gelten allgemein als ein verlässlicher Indikator dafür, ob rein bevölkerungsbezogen innerhalb der nächsten Jahre mit einem stark veränderten regionalen Versorgungsbedarf zu rechnen ist.

Der in der Neufassung der BPL-RL verankerte Demografiefaktor bewirkt hingegen weiterhin lediglich eine Koppelung der Verhältniszahlen an die gegenwärtige regionale Altersstruktur, blendet aber die voraussichtlichen Veränderungen dieser Struktur vollständig aus.

4. Kleinräumigere Planung gelingt nur teilweise

Ziel der neuen Bedarfsplanung sollte auch eine stärkere Berücksichtigung der Wohnortnähe sowie der unterschiedlichen lokalen Versorgungssituationen sein. Für die unterschiedlichen Arztgruppen sollte stärker nach wohnortnahe Bedarf ausdifferenziert werden. Dies gelingt mit der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie nur teilweise.

Positiv bewertet die Patientenvertretung, dass erste Schritte zur Beseitigung der schlechtesten Versorgung mit Ärzten in den ländlichen Gebieten getan werden. Dass die Hausärzte zukünftig auf Ebene der Mittelbereiche und damit in kleineren Planungsbereichen als in den bisherigen Landkreisen geplant werden, wird grundsätzlich begrüßt. Die Neufassung der BPL-RL entspricht bezüglich der Hausärzte auch dem Konzept der Patientenvertretung, indem es nicht zu einer regionstypischen Unterscheidung bei der Festlegung der Verhältniszahlen gekommen ist und es zukünftig nur noch eine einzige Verhältniszahl geben wird, die auf alle Regionstypen gleichermaßen Anwendung findet. In Kombination mit einem klein-

räumigeren Zuschnitt der Planungsbereiche (Mittelbereiche) kann hierdurch eine deutlich gleichmäßigere Verteilung hausärztlicher Versorgungskapazitäten in der Bedarfsplanung erreicht werden.

Schon für die Kinderärzte jedoch, die gesetzlich eigentlich Teil der hausärztlichen Versorgung sind, sollen zukünftig weiterhin die Landkreise Basis der Planung sein, denn die Arztgruppe der Kinderärzte wird der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet. Dies ist nach Überzeugung der Patientenvertretung nicht nur inkonsequent, sondern wird dem Bedarf der Kinder und ihrer Eltern auch nicht gerecht, die häufig lange Wartezeiten und Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen. Das Argument, dass Kinderärzte sich immer mehr spezialisieren spricht nicht für größere Planungsbereiche, unterstreicht die Notwendigkeit wohnortnah verfügbarer Kinderärzte, die die Grundversorgung der Kinder leisten.

Für die Bedarfsplanung der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Verhältniszahlen weiterhin auf Kreisebene und nach Regionstypen differenziert festgelegt, wenn auch in einer im Vergleich zum bisherigen System modifizierten Form. Aus 9 sind 5 Kreistypen geworden, wie bisher kommt das Ruhrgebiet als „Sonderregion“ hinzu – ohne jede Begründung und gleichgültig gegenüber der dortigen Versorgungswirklichkeit.

Im Vergleich zur bisherigen Bedarfsplanung wird mit der Neufassung eine gewisse Besserstellung ländlicher Regionen erreicht, aber wesentlich weniger als im Vergleich zum Konzept der Patientenvertretung. Gemäß der Neufassung ist – bis auf die Psychotherapeuten – der Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten moderat und v. a. auf den ländlichen Raum konzentriert. Zuwächse gibt es , aber auch aufgrund der neu angewandten BBSR¹-Typologie in den Kernstädten .

Mit der Neufassung der BPL-RL wird der Gedanke zementiert, dass städtische Regionen notwendigerweise die ländlichen „Mitversorgen“, dass also Patienten gerne und freiwillig zum Arzt in die Stadt pendeln. Die Patientenvertreter haben darauf hingewiesen, dass häufig der Arzt in der Großstadt nur deshalb aufgesucht wird, weil im Umfeld die Ärzte fehlen. Gerade bei Fachgruppen, deren Versorgungsleistungen ausdrücklich "wohnortnah" erbracht werden sollen, wird durch diesen Ansatz die Bevölkerung in Regionen benachteiligt, die als "stark mitversorgt" bzw. "mitversorgt" klassifiziert werden (längere Wegezeiten, eingeschränkte Erreichbarkeit insbesondere bei eingeschränkter Mobilität, Konkurrenz um Behandlungsplätze mit Privatversicherten in Kernstädten etc.). Bei Fachgruppen, die typischerweise regelmäßig aufgesucht werden und die die weniger mobilen Bevölkerungsgruppen wie Kinder und Ältere behandeln, birgt die Berücksichtigung dieser „interregionalen Mitversorgungsbeziehungen“ das Risiko, dass bestehende Defizite im Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung konserviert bzw. quasi (nachträglich) legitimiert werden.

Für einige Facharztgruppen, wie die fachärztlich tätigen Internisten (z.B. Diabetologen, Rheumatologen, Gastroenterologen), wird der Planungsbezirk sogar vergrößert, in dem die Planung zukünftig erfolgen soll. Maßgeblich ist für diese zukünftig die Raumordnungsregion. Es zu befürchten, dass dies zu einer noch größeren Konzentration der nicht hausärztlich tätigen Internisten in den Großstädten als bisher führt. Besonders für mobilitätseingeschränkte und ältere Menschen sind die weiten Entfernungen zur Arztpraxis aber problematisch und so ist zu befürchten, dass notwendige frühe facharztkontakte unterbleiben und Chronifizierungen begünstigt werden.

¹ Kennzeichnend für die Neufassung ist die Anwendung einer Systematik des Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), die nur noch fünf Regionstypen unterscheidet, sowie – in Verbindung hiermit – die Berücksichtigung von interregionalen Mitversorgungsbeziehungen.

5. Zu zaghafte Schritte in Richtung barrierefreie Arztpraxen

Als wenig ermutigend bewertet die Patientenvertretung die Entwicklung beim Thema barrierefreie Arztpraxen. Die Patientenvertretung hatte beantragt, dass die Bedarfspläne zukünftig transparente Angaben zum angestrebten Anteil barrierefreier Praxen je Arztgruppe sowie zur Anzahl der bereits tatsächlich barrierefrei erreichbaren Praxen enthalten. Dieser Antrag wurde erfreulicherweise auch seitens der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer in ihren Stellungnahmen unterstützt. Nicht nachzuvollziehen ist jedoch, warum das Anliegen bei keinem der Träger des G-BA Unterstützung gefunden hat.

Artikel 3 Absatz 3 Grundgesetz bindet Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen als Träger öffentlicher Gewalt seit 1994 an das Benachteiligungsverbot zugunsten Menschen mit Behinderungen. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages haben sie den Auftrag zu prüfen, inwiefern beim Zugang zu ärztlichen Leistungen und Einrichtungen behinderungsbedingte Benachteiligungen vorliegen und ob diese durch fördernde Maßnahmen kompensiert werden können. Der G-BA ist gemäß § 92 Absatz 1 SGB V verpflichtet, im Rahmen seiner Richtlinien den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderungen bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen. Auch die von Deutschland 2009 ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention verlangt, dass die Staaten und ihre öffentlichen Institutionen dafür Sorge tragen, dass behinderte Menschen auch durch die Schaffung von Barrierefreiheit wie alle anderen an der Gesundheitsversorgung teilhaben können. Doch von diesem Ziel ist und bleibt Deutschland weit entfernt.

Bis heute haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen nicht einmal versucht, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags für Menschen mit Behinderungen einen gleichberechtigten Zugang zur ärztlichen Versorgung zu schaffen, sie weigern sich sogar, wenigstens mit der Erhebung zu beginnen, wo barrierefreie Zugänglichkeit in Arztpraxen besteht.

Nach zähem Ringen hat der G-BA nun im Rahmen der Regelungen zum Bedarfsplan eine Formel gefunden, wonach vor allem im Hinblick auf Neuzulassungen die Barrierefreiheit besonders zu beachten sei. Zudem ist Barrierefreiheit als Kriterium bei der Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (§ 2 BPL-RL) als auch im Rahmen der Entscheidung des Zulassungsausschusses über Anträge auf (Neu-) Zulassung (§ 26 Absatz 4 BPL-RL) aufgeführt – damit aber nur optional.

Die Patientenvertretung verbindet mit den nun erfolgten äußerst zaghafte Schritten in der Textierung der Richtlinie die Forderung, dass die zuständigen Gremien auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen diese mit Leben erfüllen: Es müssen endlich konkrete Verbesserungen für die betroffenen Menschen erreicht werden.

6. Weitere Maßnahmen zur Gestaltung der Bedarfsplanung auf der Länderebene sowie durch den Gesetzgeber erforderlich

Die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen haben, wie bereits ausgeführt, die gesetzliche Möglichkeit von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen.

Die Patientenvertretung fordert, dass dabei in Abweichung zur Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht auf die Erfassung des tatsächlichen Versorgungsangebots durch simple Arztzahlen („Kopfzahl“) beschränkt bleibt, sondern das reale Versorgungsangebot sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht erfasst wird und auf den Bedarfsplan Einfluss nimmt. So sollen z. B. neben den Arbeitszeiten (bzw. den tatsächlichen Praxisöffnungszeiten) auch die vorhandenen oder nicht vorhandenen Behandlungskapazitäten angrenzender Versorgungs-

sektoren einbezogen werden. Auch sollte berücksichtigt werden, dass nicht alle Vertragsärzte das komplette Leistungsspektrum ihrer Fachgruppe anbieten und sich teilweise stark eingegrenzte Tätigkeitsschwerpunkte herausbilden.

Die Patientenvertretung würde sich wünschen, dass auch der Gesetzgeber noch mutigere Schritte für eine echte Verteilung der Ärzte nach Versorgungsgesichtspunkten unternehmen würde. Das Fazit bleibt: In der Bedarfsplanung ist vieles nicht möglich oder wird nicht getan, weil die gesetzlichen Regelungen immer noch auf die Begrenzung eines unkontrollierten Versorgungszuwachses statt auf eine aktive Versorgungsgestaltung ausgerichtet sind und der aktive Abbau von Überversorgung zugunsten ungedeckter Bedarfe unterbleibt.

Ansprechpartnerin:

Ursula Faubel, Sprecherin der Patientenvertretung im UA Bedarfsplanung,
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., Maximilianstr. 14, 53111 Bonn,
Tel.: 0228/76606-14, Fax: 0228/76606-20, Mail: bv.faubel@rheuma-liga.de

Die Patientenvertretung im G-BA besteht aus Vertreterinnen und Vertreter der vier maßgeblichen Patientenorganisationen entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung:

- Deutscher Behindertenrat,
- Bundesarbeitsgemeinschaft PatientInnenstellen und -initiativen,
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
- Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. .

Die Patientenvertretung im G-BA kann mitberaten und Anträge stellen, hat aber kein Stimmrecht.