

**Tragende Gründe
zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der
Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung
der Verhältniszahl der Arztgruppen**

Vom 18. August 2011

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
3.	Verfahrensablauf	3
4.	Würdigung der Stellungnahmen	3
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahme-verfahrens	



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

- Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen
- Korrektur der Fußnoten zu den Anlagen 6.1- 6.10

Berlin, 08.07.2011

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Rechtsgrundlagen

Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Gemäß § 8a Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen bislang nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres. Um die reibungslosere Zusammenführung und Verarbeitung der landesspezifischen Daten auf der Bundesebene zu verbessern, soll zukünftig die Durchführung der Berechnung an einem Stichtag allein (30. Juni eines Jahres) erfolgen.

3. Verfahrensablauf

Die Mitglieder des Unterausschusses haben sich in der Sitzung am 2. Mai 2011 einvernehmlich für eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Sinne der obigen Ausführungen ausgesprochen und die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 SGB V beschlossen.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Mit Schreiben vom 27. Juni 2011 wurde der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Die BÄK hat gegen die beabsichtigte Richtlinienänderung mit Schreiben vom 8. Juli 2011 keine Einwände erhoben.

Die BPtK spricht sich mit Schreiben vom 25. Juli 2011 für eine Abschaffung des § 8a der Bedarfsplanungs-Richtlinie aus.

Die Regelung verschärfe die Versorgungslage in ohnehin schlecht versorgten Gebieten indem sie auch dann angewandt werde, wenn sie im Ergebnis zu höheren Verhältniszahlen und damit zu weniger freien Arztsitzen führe.

Darüber hinaus weise der Demografiefaktor ein grundlegendes strukturelles Defizit auf. Er könne zwar Veränderungen innerhalb der Bevölkerung erfassen, Defizite und Veränderungen beim Versorgungsbedarf hingegen nicht, da er die aktuell erbrachten Leistungen für die Zukunft fortschreibe. Im Einzelnen wird auf die Stellungnahmen der BPtK unter 5. verwiesen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. August 2011 die eingegangenen Stellungnahmen gem. 1 Kapitel § 10 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. VerFO ausgewertet.

Die Ausführungen der BPtK können im Rahmen des Beschlussverfahrens nicht berücksichtigt werden, da sie sich gegen die geltende Regelung des § 8a der Bedarfsplanungs-Richtlinie als solche richten, jedoch auf den konkreten Stellungnahmegegenstand einer Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen nicht explizit eingehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat im Rahmen seiner Rechtsaufsicht den Beschluss des G-BA vom 18. Februar 2010 zur Einführung eines Demografiefaktors nicht beanstandet.

5. Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

- Änderung der Stichtagsregelung zur Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen
- Korrektur der Fußnoten zu den Anlagen 6.1- 6.10

Berlin, 08.07.2011

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 27.06.2011 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer weiteren Änderung der bestehenden Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert, nachdem die Richtlinie bereits mehrfach Gegenstand von Änderungen durch den G-BA gewesen ist (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.07, 31.08.07, 05.12.07, 28.01.08, 27.03.08, 02.09.08, 12.12.08, 11.02.09, 08.04.09, 19.11.09, 15.01.10, 11.03.10, 15.04.10 12.05.10 und 13.04.11).

Die geplanten Änderungen haben folgende Ziele:

- 1) In § 8a der Bedarfsplanungsrichtlinie wird die Modifikation der Verhältniszahlen (Einwohner/Arztrelation für den Versorgungsgrad) durch einen Demographiefaktor geregelt. Durch Streichung der zeitlichen Festlegung „oder 31. Dezember“ in § 8a Abs. 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie soll laut Begründung nur noch ein Stichtag genannt sein, um die notwendige Zusammenführung und Verarbeitung landesspezifischer Daten auf der Bundesebene organisatorisch reibungsloser zu handhaben: *„Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni oder 31. Dezember eines Jahres.“*
- 2) In den Anlagen 6.1- 6.10 der Bedarfsplanungsrichtlinie (Planungsblätter zur Feststellung/Berechnung des Versorgungsgrades unter Berücksichtigung des Demographiefaktors) sind sinnwidrige Fußnoten redaktionell zu korrigieren.

Der Bundesärztekammer wurde zu diesen Änderungsvorhaben ein einheitlicher Beschlussentwurf des zuständigen „Unterausschusses Bedarfsplanung“ vorgelegt.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hat zu dem vorgelegten Beschlussentwurf keine Änderungshinweise.

Berlin, 08.07.2011

I. A.



Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Bereichsleiter im Dezernat 3

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hier: Änderung der Stichtagsregelung zur An- passung der Verhältniszahl der Arztgruppen

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
25. Juli 2011**

I. Einleitung

Mit dem Beschluss soll zukünftig nur noch ein einziger Stichtag für die Anpassung der Verhältniszahlen durch den Demografiefaktor vorgesehen werden. Mittlerweile haben sich jedoch beim Demografiefaktor gravierende Mängel gezeigt, die zu einer Verschlechterung der Versorgung in ohnehin schlecht versorgten Bereichen führen. Diese sind so gravierend, dass der Demografiefaktor nicht beibehalten werden sollte. Jedenfalls sollten diese Mängel dringend korrigiert werden.

II. Defizit des Demografiefaktors

1. Verschlechterung der Versorgung in bereits schlecht versorgten Bereichen

Mit dem Demografiefaktor sollte nach den tragenden Gründen im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15.07.2010 einem demografiebedingten Mehrbedarf Rechnung getragen werden, indem die Verhältniszahlen aufgrund dieses Mehrbedarfs angepasst werden. Der Demografiefaktor sollte daher nur dann zur Anwendung kommen, wenn Anhaltspunkte für einen Mehrbedarf ersichtlich sind. Dazu sollte die Regelung in § 8a Absatz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie dienen, wonach der Demografiefaktor nur zur Anwendung kommt, wenn die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle einer Arztgruppe im Planungsbereich der letzten vier Quartale über dem arztgruppenspezifischen Bundesdurchschnitt des gleichen Zeitraums liegt. In den Tragenden Gründen seines Beschlusses vom 15.07.2010 begründet der G-BA dies wie folgt:

„In Absatz 1 ist dargelegt, dass der arztgruppenspezifische demografische Faktor nicht generell zur Anwendung kommt, sondern nur dann, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass der demografische Wandel zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Ärzte in den Planungsbereichen führt. Als Hinweis einer demografiebedingten erhöhten Inanspruchnahme können erhöhte regionale Fallzahlen in Relation zum Bundesdurchschnitt gelten. Daher wird der demografische Faktor in einem Planungsbereich nur dann bei der Berechnung des Versorgungsgrades zur Anwendung kommen, wenn für die Ärzte dieser Arztgruppe die Fallzahlen über dem Durchschnitt des gesamten Bundesgebietes liegen.“

Dieses Ziel wird jedoch durch die bisherigen Regelungen nicht erreicht, sondern sogar konterkariert, weil der Demografiefaktor in den Bereichen mit einer überdurchschnittlichen Fallzahl auch dann zur Anwendung kommt, wenn der Demografiefaktor höher als eins liegt. Dies betrifft die Arztgruppen Psychotherapeuten und Frauenärzte. Der Demografiefaktor verschlechtert die Versorgungssituation in diesen Fällen ausschließlich dort, wo die Versorgungslage ohnehin schon so schlecht ist, dass die dort Niedergelassenen besonders viel arbeiten. In den vergleichsweise weniger schlecht versorgten Bereichen kommt er aufgrund von § 8a Absatz 1 erst gar nicht zur Anwendung. Der Kreis Annaberg in Sachsen beispielsweise, der mit nur sieben Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner zu den zehn nach Versorgungsgraden am schlechtesten versorgten Planungsbereichen Deutschlands gehört (vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion der SPD, BT-Drs. 17/4643), wurde nun allein aufgrund des Demografiefaktors für die Niederlassung von Psychotherapeuten gesperrt.

Ziel des Demografiefaktors war es, einem demografiebedingten Mehrbedarf in der Bedarfsplanung Rechnung zu tragen. Zur Folge hat er jedoch, dass die Versorgungslage in ohnehin schlecht versorgten Gebieten weiter verschärft wird. Dies kommt dadurch zustande, dass in einem ersten Schritt geprüft wird, ob die betreffenden Ärzte und Psychotherapeuten in dem entsprechenden Planungsbereich eine überdurchschnittliche Zahl von Fällen behandeln. Ist dies der Fall, so kommt der Demografiefaktor zur Anwendung – und zwar auch dann, wenn er zu höheren Verhältniszahlen und damit weniger Sitzen führt. Behandeln sie hingegen nicht mehr Fälle als der Durchschnitt ihrer Arztgruppe, so kommt der Demografiefaktor erst gar nicht zur Anwendung und die Verhältniszahlen werden nicht verändert. Dieses Ergebnis kann wohl mit gutem Recht als absurd bezeichnet werden, sodass schon allein deshalb auf den Demografiefaktor verzichtet werden sollte.

2. Fortschreibung der derzeitigen Inanspruchnahme

Der Demografiefaktor weist darüber hinaus ein grundlegendes strukturelles Defizit auf. Er kann zwar Veränderungen innerhalb der Bevölkerung erfassen, Defizite und Veränderungen beim Versorgungsbedarf hingegen nicht, da er die aktuell erbrachten Leistungen für die Zukunft fortschreibt.

Die schematische Anpassung der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor wäre damit nur dann sinnvoll, wenn es derzeit keine Defizite in der Versorgung geben würde und sich der Versorgungsbedarf – dabei insbesondere die Behandlungsrate älterer Menschen – nicht verändern würde.

Ein sich nie verändernder Versorgungsbedarf ist wohl in keinem Versorgungsbereich denkbar. Das Problem lässt sich am Beispiel der Versorgung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen darstellen. Nach dem 6. Altenbericht werden in hausärztlichen Praxen nur gut ein Drittel (38,5 Prozent) der Depressionen bei älteren Menschen erkannt. Die Diagnose „Depression“ wird häufig nicht gestellt, weil deren Symptome bei älteren Menschen mit für das Alter vermeintlich charakteristischen Abbauprozessen und Verlusten erklärt werden. Darüber hinaus wird bei älteren Patienten selbst bei korrekt diagnostizierten psychischen Erkrankungen häufig keine Indikation zur Psychotherapie gestellt, weil fälschlich eine geringe Wirksamkeit der Psychotherapie bei älteren Menschen unterstellt wird. Dabei wurde die Wirksamkeit der Psychotherapie bei älteren Menschen mittlerweile in zahlreichen Studien gut belegt. Diese Fehldeutungen führen jedoch dazu, dass psychisch erkrankte ältere Patienten eine notwendige und sinnvolle Behandlung nicht erhalten. Hinzu kommt, dass – da ältere Menschen häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden – zusätzliche Risiken aufgrund von Arzneimittelinteraktionen dringend vermieden werden sollten. Damit ist hier die Nutzung nicht-medikamentöser Therapien wie der Psychotherapie besonders angezeigt.

Menschen mit psychischen Krankheiten waren jahrzehntelang stigmatisiert und Psychotherapie wurde deshalb insbesondere von den heute älteren Menschen kaum in Anspruch genommen. Der gesellschaftliche Wandel hat inzwischen zu einem offeneren Umgang mit psychischen Krankheiten geführt. Die Bereitschaft, sich aufgrund einer psychischen Krankheit behandeln zu lassen, wird in allen Altersgruppen ansteigen. Der Demografiefaktor berücksichtigt dies nicht, sondern führt zur Kürzung von Kapazitäten, die für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind.

III. Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer

Die mittlerweile auch in der Praxis aufgetretenen Probleme mit dem Demografiefaktor lassen seine Abschaffung als das sinnvollste Vorgehen erscheinen. Das bedeutet nicht, dass ein demografiebedingter Mehrbedarf nicht berücksichtigt werden kann. Vielmehr ist schon nach derzeit geltendem Recht die Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs anhand spezifischer Kriterien, z. B. der Altersstruktur der Wohnbevölkerung, möglich. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, diesen Ansatz konsequent weiterzuentwickeln. Die Zulassung über einen demografiebedingten, zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf bietet den Vorteil, dass darüber die tatsächlichen Begebenheiten vor Ort mit in die Überlegungen einbezogen werden können und müssen. Als alternative Lösung könnte sich der G-BA darauf beschränken klarzustellen, dass der Demografiefaktor nur zur Anwendung kommt, wenn er kleiner als Eins ist. Dies löst aber die grundlegende Problematik des Demografiefaktors als Element einer retrospektiven Strukturplanung nicht.

1. Zulassung aufgrund zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf

Die BPTK schlägt daher den folgenden Beschlusstext vor:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am XX.XX.2010 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom XX.XX.XXXX [Fundstelle], zuletzt geändert am XX.XX.XXXX [Fundstelle] wie folgt zu ändern:

I. § 8a wird aufgehoben.

II. In § 34a Absatz 3 werden nach dem Wort „sind“ folgende Wörter eingefügt:

„oder wenn sich in der Bezugsregion der Anteil der Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber im Vergleich zum Anteil dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland (West) im Jahre 1990 bzw. nach der letzten aufgrund der veränderten Altersstruktur durchgeführten Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs deutlich erhöht hat“.

III. In § 34a Absatz 6 wird in Nummer 3 der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgende neue Nummer 4 angefügt:

„4. Anhaltspunkte für einen demografiebedingten Mehrbedarf.“

IV. Dieser Beschluss tritt nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.“

2. Einschränkung der Anwendbarkeit des Demografiefaktors

Als Alternative wäre auch eine Einschränkung der Anwendbarkeit des Demografiefaktors denkbar:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am XX.XX.2010 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung in der Fassung vom XX.XX.XXXX [Fundstelle], zuletzt geändert am XX.XX.XXXX [Fundstelle] wie folgt zu ändern:

I. In § 8a Absatz 1 wird folgender neuer Satz angefügt:

„Der Demografiefaktor findet keine Anwendung, wenn seine Berechnung nach Maßgabe der nachfolgenden Absätze einen Wert von 1 oder höher ergibt.“

II. In § 8a Absatz 6 werden die Wörter ‚oder 31. Dezember‘ gestrichen.

III. Dieser Beschluss tritt nach seiner Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.“

Berlin, den 18. August 2011

Gemeinsamer Bundesausschuss
gem. § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hess