

## **Änderungen in der Bedarfsplanung nach dem Versorgungsstrukturgesetz und der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie**

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie hinsichtlich der vertragsärztlichen Versorgung (ÄBPI-RL), die am 06.09.2012 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach §§ 92 Abs. 1 S.2 Nr. 9, 101 Abs. 1 SGB V beschlossen wurde, ist zum 01.01.2013 in Kraft getreten<sup>1</sup>. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit einer Neufassung der entsprechenden Richtlinie den Planungsrahmen für die Zulassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten nach Fachgruppen einschließlich der Psychotherapeutinnen und -therapeuten für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung neu definiert. Die Ziele des Gesetzgebers sind eine flächendeckende und wohnortnahe medizinische Versorgung sowie die Flexibilisierung und Regionalisierung der vertragsärztlichen Vergütung.

Das ärztliche Angebot an Leistungen wird (stärker) nach Arztgruppen differenziert. Die demografisch aktuellen Erfordernisse bilden die Grundlage für eine aktualisierte Neustrukturierung der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 101 Abs. 2, Abs. 5 SGB V. Der demografische Faktor stellt nicht nur auf die gegenwärtige Verteilung der Ärzte ab, sondern auch auf die unterschiedliche Alterung im Bundesgebiet. So wird der Leistungsbedarf der 65-Jährigen und Älteren bzw. der unter 65-Jährigen eines Planungsbereichs getrennt ermittelt

Nach der neuen Bedarfsplanung gibt es vier Planungsbereichstypen mit dem Ziel der flächendeckenden und wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung, § 101 Abs. 1 SGB V. Für die Einteilung der Planungsbereiche wird auf die Raumplanungskonzeptionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung Bezug genommen. Zunächst ist die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Zur hausärztlichen Versorgung gem. § 11 ÄBPI-RL zählen die Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und hausärztlich tätige Internisten; für diese gilt als Planungsbereich der sog. Mittelbereich.

Weiterhin wird durch die neue Bedarfsplanung sichergestellt, dass spezialisierte Fachärzte einen räumlich größeren Bereich als die Hausärzte versorgen müssen. Dabei werden spezialisierte Fachärzte je nach Fachrichtung wiederum in drei Obergruppen „gebündelt“. Unterschieden wird zwischen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Zu der allgemeinen fachärztlichen Versorgung mit dem Planungsbereich der kreisfreien Stadt, dem Landkreis oder der Kreisregion gehören gem. § 12 ÄBPI-RL Augenärzte, Chirurgen,

---

<sup>1</sup> Vgl. BAnz AT 6.9.2012; Beschlusstext, Tragende Gründe, Vorabveröffentlichung im Bundesanzeiger und Prüfung gem. § 94 SGB V sind unter <http://www.g-ba.de/informationen/beschlusse/1558/> einsehbar.

Frauenärzte, Hausärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte.

Zu der spezialisierten fachärztlichen Versorgung mit dem Planungsbereich Raumordnungsregion gehören gem. § 13 ÄBPI-RL Anästhesisten, fachärztlich tätige Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen.

Der Gruppe der gesonderten fachärztlichen Versorgung gem. § 14 ÄBPI-RL mit dem gesamten KV-Bereich als Planungsraum gehören die Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und die Transfusionsmediziner an.

Damit sind alle Arztgruppen, die sich aus der Muster- Weiterbildungsordnung ergeben, beplant. Durch § 48 ÄBPI-RL sind neun bislang unbeplante Arztgruppen in die Bedarfsplanung integriert worden, es handelt sich dabei um Kinder- und Jugendpsychiater, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte, Pathologen und Transfusionsmediziner. Bemerkenswert daran ist, dass der Beschluss des G-BA zur Einbeziehung der betroffenen Arztgruppen für diese ohne Vorankündigung erfolgt ist<sup>2</sup>.

Zusätzlich ist der GBA gem. § 15 ÄBPI-RL verpflichtet, alle zwei Jahre zu prüfen welche weiteren Arztgruppen je nach der zahlenmäßigen Entwicklung oder bei einer Neueinführung von Arztgruppen in die Bedarfsplanung einzugliedern wären. Im Sinne der Versorgungssteuerung sollen Zulassungen (nur und insbesondere) dort erfolgen, wo sie von der Bevölkerung benötigt werden. Damit soll den derzeit bestehenden Versorgungsengpässen in ländlichen Regionen möglichst zügig Abhilfe geschaffen werden.

So sieht die neue Bedarfsplanung mit der sog. Feinsteuerung gem. § 65 Abs. 1 ÄBPI-RL einerseits vor, dass innerhalb einer dreijährigen Übergangsphase bestehende Zulassungsbeschränkungen beibehalten werden können - andererseits eröffnet die sog. Versorgungssteuerung gem. § 67 ÄBPI-RL die Möglichkeit, innerhalb dieser Übergangszeit Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 % bis 110 % zu sperren. Um eine kontinuierliche Versorgung darzustellen, sieht die Richtlinie gem. § 66 ÄBPI-RL vor, entsprechende Strukturen nach und nach aufzubauen (sog. Staffelung). Das vorrangige Ziel der Bedarfsplanungsreform ist die Versorgung der Bevölkerung mit derzeit fehlenden Hausärztinnen und -ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten insbesondere in ländlichen Gebieten. Deshalb werden die letztgenannten Berufsgruppen von der Regelung eines kontinuierlichen Aufbaus ausgenommen.

---

<sup>2</sup> Vgl. Wigge / R Emmert, Zur Zulässigkeit der Aufnahme unbeplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung und der Anordnung einer Entscheidungssperre durch den G-BA, MedR (2013) 31: S. 228 - 237 (S. 229)

An der Regelung, dass gem. §§ 51, 58 ÄBPI.-RL angestellte Ärzte (entsprechend ihrer Arbeitszeit) in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden, hat sich nichts geändert. Neu hingegen ist die Regelung, dass gem. § 22 ÄBPI.-RL auch ermächtigte Ärzte gemäß dem Umfang ihres Versorgungsauftrages berücksichtigt werden. Von der Richtlinie darf mit einer Begründung im Sinne des § 12 Absatz 3 Ärzte-ZV abgewichen werden, sollten regionale Besonderheiten dies notwendig machen. Solche regionalen Besonderheiten sind in exemplarischer Weise in § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V aufgeführt.

Kritisch diskutiert wird, dass die Aufnahme der bislang unbeplanten Berufsgruppen in Verbindung mit deren temporärer Zulassungsbeschränkung gem. § 48 Abs. 2 ÄBPI.-RL einen Verstoß gegen die Grundrechte der betroffenen Ärzte nach Art. 12 Abs. 1 GG darstellen könne. Im aktuellen Schrifttum<sup>3</sup> wird die Meinung vertreten, dass § 48 Abs. 2 ÄBPI.-RL einen nicht gerechtfertigten Eingriff in die Berufsfreiheit der Ärzte aus Art. 12 Abs. 1 S. 1 GG beinhalte, die sich ab dem 06.09.2012 niederlassen möchten. Daraus resultiere die Rechtswidrigkeit des Beschlusses des G-BA, so dass zulassungswilligen Ärzten der betroffenen Arztgruppen zu raten sei, den Antrag auf Zulassung bei Vorliegen aller weiteren Voraussetzungen zu stellen und im Fall der Ablehnung gegen diesen Widerspruch einzulegen<sup>4</sup>. Die weitere Entwicklung in diesem Bereich gilt es abzuwarten, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Beschlüsse des G-BA innerhalb eines gerichtlichen Verfahrens auf ihre Rechtmäßigkeit und einen Verstoß gegen höherrangiges Recht hin überprüft würden<sup>5</sup>.

Hamburg, den 30. April 2013

Claudia Holzner

Rechtsanwältin, LL.M.

---

<sup>3</sup> Vgl. Wigge / Remmert, Zur Zulässigkeit der Aufnahme unbeplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung und der Anordnung einer Entscheidungssperre durch den G-BA, MedR (2013) 31: S. 228 - 237 (S. 235)

<sup>4</sup> Vgl. Wigge / Remmert, Zur Zulässigkeit der Aufnahme unbeplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung und der Anordnung einer Entscheidungssperre durch den G-BA, MedR (2013) 31: S. 228 - 237 (S. 237)

<sup>5</sup> Vgl. Wigge / Remmert, Zur Zulässigkeit der Aufnahme unbeplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung und der Anordnung einer Entscheidungssperre durch den G-BA, MedR (2013) 31: S. 228 - 237 (S. 237)