



Deutscher
Behindertenrat



BundesArbeitsGemein-
schaft der PatientInnen
stellen und -initiativen



Deutsche
Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen e. V.

verbraucherzentrale

Bundesverband

Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss

Pressehintergrundgespräch am 5. Juni 2012

Neuregelung der Bedarfsplanung aus Sicht von Patientinnen und Patienten

Das deutsche Gesundheitswesen leidet gleichzeitig an ärztlicher Fehl-, Über- und Unterversorgung. Während sich in einigen städtischen und finanziell besser gestellten Regionen die Arztpraxen häufen, klagen Menschen in ländlichen Regionen über fehlende Haus- und Fachärzte. Das führt dort zu unnötig langen Warte- und Fahrtzeiten. Auch in Städten und Regionen mit statistisch guter Versorgung wird von Patientinnen und Patienten über lange Wartezeiten auf einen Termin berichtet. Dies sind Schlaglichter auf die Versorgungswirklichkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung und Erfahrungen, die lange genug immer wieder Schlagzeilen gemacht haben. Im letzten Jahr hat die Politik mit dem Versorgungsstrukturgesetz versucht, erste Schritte zur Verbesserung der Situation zu unternehmen. Eine Reihe von Maßnahmen soll u. a. dazu beitragen, die Versorgungsdefizite in ländlichen Gebieten anzugehen. Dazu soll die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bis zum 31.12.2012 geändert werden.

Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss bringt sich mit eigenen Positionen in die Diskussion zur Ausgestaltung der Bedarfsplanung ein und fordert, die Neuregelung zu nutzen, um Bedarfsplanung stärker an dem tatsächlichen Bedarf der Versicherten und Patienten auszurichten. Gleichzeitig wird die Bundesregierung aufgefordert, die Rahmenbedingungen für die Versorgungssteuerung und die Beteiligung von Patienten an den Entscheidungsprozessen weiter zu verbessern.

Probleme der bisherigen Bedarfsplanung

1. Keine wirkliche Bedarfsermittlung

Eine wirkliche Bedarfsplanung, die die Versorgungsbedarfe der Bevölkerung berücksichtigt, gibt es nicht, auch wenn der Begriff im Sozialgesetzbuch V (SGB V) enthalten ist:

- weder die sozialen Verhältnisse, noch die regionale Infrastruktur (Mobilität der Patientinnen und Patienten) gehen als Wissen in die „Planung“ ein,
- Demografie wird nur ansatzweise und unzulänglich berücksichtigt,
- Bedarfe/Präferenzen der Patienten werden nicht ermittelt.

2. Fiktive Norm-Verhältniszahlen

Stattdessen orientiert sich derzeit die **Zulassung von Ärzten** an so genannten **Verhältniszahlen** (Anzahl der Einwohner je praktizierender Arzt) Diese Verhältniszahlen wurden in den 90er Jahren erstmalig festgelegt. Die **Grundlage bildete schlicht die Zahl der damals zugelassenen Ärzte je Landkreis oder kreisfreier Stadt**, differenziert nach Arztgruppen. Damit wurde die damals vorgefundene Versorgungsrealität für „normal“ erklärt. Dieser „Normalität“ wurde implizit zugleich Bedarfsgerechtigkeit unterstellt, will sagen: die Zahl der zum Stichtag vorhandenen Ärzte galt im Verhältnis zur sie umgebenden Bevölkerung als „angemessen“, wobei dieses Verhältnis pro Arztgruppe gebildet wurde. Das Vorgehen hat dazu geführt, dass die Niederlassung von Ärzten vor allem dort ermöglicht wurde, wo es eigentlich schon vergleichsweise viele Ärzte gab: zum Beispiel in den Städten.

Ein Beispiel: HNO-Ärzte in Städten wie Aachen oder Heidelberg sind derzeit für knapp 17.000 Einwohner zuständig während HNO-Ärzte in ländlichen Kreisen bis zu 42.000 Patienten versorgen sollen.

Als Aussage zum Bedarf der Bevölkerung an ärztlicher Versorgung sind diese Norm-Verhältniszahlen nicht geeignet. (zur Veranschaulichung s. Tabelle). Dennoch wird mit diesen die „Über-, und „Unterversorgung“ einer Region bestimmt.

Aktuell geltende Sollzahlen zur Einwohner / Arztrelation (einzelne Arztgruppen)								
Raumgliederungsgruppen	Hausärzte	Frauenärzte	Kinderärzte	Psycho-Therapeuten	HNO-Ärzte	Haut-Ärzte	Augenärzte	Orthopäden
1. Kernstädte, z.B. Aachen, Berlin, Heidelberg	1.585	6.916	14.188	2.577	16.884	20.812	13.177	13.242
4. Ländliche Kreise, z.B.: Barnim, Nordsachsen, Rotenburg (Wümme)	1.752	13.589	24.460	15.692	35.403	51.742	23.195	30.575
7. ländliche Kreise im Verdichtungsansatz, z.B. Bibarach, Halberstadt, Neumarkt i.d.Opf.	1.629	14.701	27.809	16.615	42.129	55.894	25.778	34.214
9. ländliche Kreise in ländlichen Regionen zB. Altmarkkreis Salzwedel, Garmisch-Partenk., Hildburghausen	1.474	13.697	26.505	23.106	37.794	60.026	25.196	31.398

Quelle: Bedarfsplanungsrichtlinie S. 21 und Anlage 3.1

3. Tatsächliche Verfügbarkeit von Vertragsärzten für GKV-Versicherte nicht berücksichtigt

Betrachtet werden in der bisherigen Bedarfsplanung stets „**Arztsitze**“. Dies bedeutet, dass derzeit für einen vollen Arztsitz der Arzt 20 mindestens Stunden pro Woche für die GKV-Versicherten zur Verfügung stehen muss. Mit wie viel Arbeitszeit die Ärzte tatsächlich für die Versorgung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen, wurde bislang nicht konsequent erhoben. Vor allen Dingen folgten aus der fehlenden Wahrnehmung der Versorgungsaufgaben keine Konsequenzen: Der bereits heute mögliche Entzug einer (Teil)-Zulassung wird in der Praxis nicht umgesetzt.

Der Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 17/9329) vom 17.04.2012 auf eine Kleine Anfrage von Bündnis 90/ Die Grünen (BT-Drs. 17/9231) hat jedoch deutlich gemacht, dass es sich hierbei um ein schwerwiegendes Problem der Versorgung handelt: Jeder dritte Fachinternist in Westfalen-Lippe, jeder dritte Nervenarzt in Bremen oder jeder dritte Anästhesist in Rheinland-Pfalz hat weniger als 25 % der durchschnittlichen Fallzahl seiner Bedarfsplanungsgruppe.

4. Die vorhandenen Steuerungsinstrumente sind untauglich und führen zu Verteilungsgerechtigkeit

Als rechtliche Grundlage für die Feststellung der Bedarfspläne beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die **Bedarfsplanungsrichtlinie**, mit der **Unter- und Überversorgung** begegnet werden soll.

Derzeit gilt dabei das in den 90-er-Jahren zufällig vorgefundene Verhältnis Arzt – Bevölkerung als **normal versorgt** (= 100 %). Liegt diese Zahl über 110 %, ist Überversorgung anzunehmen.

Gleichzeitig erfolgt derzeit noch eine Zuordnung zu Raumordnungsgrößen, (neun Größen von den Kernstädten bis zu „ländlichen Kreisen geringerer Dichte“ plus die Sonderregion Ruhrgebiet). Auf diese Weise konnte die vorgefundene Zufälligkeit halbwegs sachlich und beinahe wissenschaftlich aussehen, darstellbar in Tabellen.

Trotz rechnerischer Überversorgung finden Patientinnen und Patienten in ihrer Nähe häufig keinen Facharzt, etwa für Rheumatologie, Nephrologie oder Pneumologie. Der Grund: Alle fachärztlichen Internisten werden gemeinsam zu einer Arztgruppe zusammengefasst. So verhindert eine gute Versorgung zum Beispiel mit Kardiologen die Niederlassung zusätzlicher Gastroenterologen oder Diabetologen. Diese Entwicklung rührt daher, dass die Arztgruppen in der Bedarfsplanung den Veränderungen nicht immer angepasst wurden, die in den ärztlichen Weiterbildungsordnungen eingetreten sind: Obwohl seit Längerem Differenzierungen bei den Internisten eingetreten sind, werden alle fachärztlichen Internisten zusammengefasst geplant. Auch in anderen Arztgruppen bestehen aufgrund der fehlenden Differenzierung Probleme.

Die geltenden Regelungen erschweren außerdem die Schließung von überzähligen Praxen, selbst wenn Ärzte in den Ruhestand gehen. Der Grund: Die kassenärztlichen Zulassungen sind unbefristet gültig und werden von den Medizinern erblich an ihre Nachfolger weitergereicht.

Somit werden durch bestehende Überversorgung in manchen Regionen Mittel der GKV (Gelder der Beitragszahler) gebunden und dringendem Versorgungsbedarf an anderen Orten entzogen.

5. Erreichbarkeit der Arztpraxis nicht genügend berücksichtigt

Wohnortnah benötigte Haus- oder Kinderärzte konzentrieren sich – ebenfalls bei rechnerischer Überversorgung – in der lokalen Kreisstadt oder gut situierten Stadtbezirken. Ein Planungsbezirk umfasst heute einen gesamten Landkreis. Natürliche Verkehrshindernisse wie Wälder, Berge, Flüsse, oder die Erreichbarkeiten mit dem öffentlichen Nahverkehr bleiben unberücksichtigt. Ältere, besonders kranke, behinderte oder finanziell schwache Menschen haben Probleme, diese Grundversorgungsangebote zu erreichen. Zudem ist ein ausreichendes und erreichbares Angebot an barrierefreien Praxen nicht gewährleistet.

6. Die angrenzende medizinische Versorgung wird ausgeblendet.

Bislang erfolgen die Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte und die Krankenhausplanung in zwei Parallelwelten, ohne dass sektorübergreifend das jeweils andere Versorgungsangebot berücksichtigt wird, was im Zweifelsfall zu kostspieliger Überversorgung führen kann.

Daher ist es erforderlich, sektorenübergreifend zu erfassen, wie viel Diagnostik- und Behandlungsleistungen die GKV-Versicherten nicht nur erhalten, sondern benötigen.

7. Patientenbeteiligung unzureichend

Bislang ist eine Patientenbeteiligung im Unterausschuss Bedarfsplanung sowie im Plenum, dem Entscheidungsgremium, des Gemeinsamen Bundesausschusses mit beratender Stimme möglich. Auf Landesebene ist eine Beratungsbeteiligung im Landesausschuss möglich. Diese Ausschüsse tagen bislang oftmals nur im schriftlichen Umlaufverfahren, so dass Patientenvertretern keine Möglichkeit zur Beratungsbeteiligung gegeben ist. In den Zulassungs- und Berufungsausschüssen sind Patientenvertreter nur bei Sonderbedarf und Ermächtigungen beratend beteiligt.

Aktuelle Vorgaben des Gesetzgebers durch das Versorgungsstrukturgesetz:

- Der G-BA hat den Auftrag erhalten, bis zum Jahresende 2012 die **Bedarfsplanungsrichtlinie** zu **überarbeiten** und dabei v.a. die Planungsbezirke neu festzulegen
- **Regionale Besonderheiten** hinsichtlich etwa Demographie und Morbidität sollen besser berücksichtigt werden können und dürfen zu Abweichungen führen
- Ein freiwillig **von den Ländern einzurichtendes Gremium** soll Empfehlungen für eine **sektorübergreifende Bedarfsplanung** aussprechen dürfen – unverbindlich

Forderungen der Patientenvertretung

1. Versorgungsgerechtigkeit durch Verhältniszahlen, die am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet sind

Eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung muss flächendeckend und erreichbar für alle sichergestellt sein.

- Dazu müssen die Norm-Verhältniszahlen neu bestimmt werden. Schon in die Verhältniszahlen müssen Faktoren eingehen, die sich am tatsächlichen Bedarf der Versicherten ausrichten. Eine reine Fortschreibung der Ist-Zahlen zu einem bestimmten Zeitpunkt als Norm-Verhältniszahlen ist nicht ausreichend.
- Das IGES-Institut hat in seinem von der Patientenvertretung in Auftrag gegebenen Gutachten mit der Entwicklung eines Bedarfsindex, der wichtige Faktoren mit positivem Zusammenhang zum Versorgungsbedarf berücksichtigt, die Möglichkeit eines alternativen Vorgehens aufgezeigt. Die wichtigen Faktoren und Indikatoren für die Ermittlung des Bedarfsindex sind hiernach neben der demografischen Struktur (Alter und Geschlecht) die Morbiditätslast der Bevölkerung (Sterblichkeit, Pflegebedürftigkeit) sowie die sozioökonomische Struktur der Bevölkerung (Arbeitslosigkeit und Einkommensarmut).
- Diese Faktoren sollen auf Bundesebene (G-BA) für jeden Planungsbereich (Kreisebene z. B. für Hausärzte, Kinderärzte und Orthopäden, Raumordnungsregion für stärker spezialisierte Fachärzte) auf der Basis von regionalen Daten in die Berechnung der Verhältniszahl einfließen.
- Die Verhältniszahlen sollen für alle Regionen einheitlich festgelegt werden, die bisherige Unterscheidung nach Regionstypen entfällt.
- Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung soll bei den Planzahlen berücksichtigt werden.

2. Berücksichtigung von regionalen, dezentralen Faktoren

Pläne zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen werden regional erstellt. Die Planung muss sicherstellen, dass die ärztliche Versorgung für die Versicherten und Patienten erreichbar ist. Dabei müssen beispielsweise Verkehrsverbindungen, Entfernungen oder mögliche Mitversorgung in angrenzenden Bezirken berücksichtigt werden.

Unterschiedliche Anforderungen hinsichtlich der Erreichbarkeit von Angeboten der Primärversorgung (z. B. Haus- und Kinderärzte), der allgemeinen und der spezialisierten fachärztlichen Versorgung scheinen sinnvoll.

Die tatsächliche Arbeitszeit und die Schwerpunkttätigkeiten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte muss kontrolliert werden. Im Zweifelsfall ist konsequent ein (Teil)-Entzug der Zulassung durchzuführen.

Auch die Barrierefreiheit von Arzt- und Therapiepraxen ist ein für Patienten wichtiges Kriterium, das in die Bedarfsplanung zu integrieren ist.

Zudem müssen auf der regionalen Ebene weitere Instrumente etabliert werden, mit denen die Versorgungsrealität aus Sicht der Bevölkerung systematisch erfasst und eine stärkere Patientenperspektive bei der Bedarfs- und Versorgungsplanung befördert wird. Ein mögliches Instrument kann ein Fragebogen sein, welcher das IGES Institut entwickelt hat und der im Sommer in Berlin in die Erprobung gehen wird.

Mit zu berücksichtigen sind außerdem angrenzende Versorgungsangebote wie Krankenhäuser und Angebote im Rahmen von Selektivverträgen (sektorübergreifender Ansatz).

3. Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung

Es werden verbindlich anzuwendende und wirksame Instrumente zum Abbau von Überversorgung benötigt. Nur so kann eine gerechtere Verteilung der ärztlichen Versorgung erreicht, eine übermäßige Erhöhung der Arztsitze verhindert und damit langfristig eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu Lasten der Versicherten vermieden werden.

Die Erstellung der Bedarfspläne nach § 99 SGB V sollte klar den Landesausschüssen zugeordnet werden, in denen eine Patientenbeteiligung bereits gesetzlich vorgesehen ist. Das derzeit im Entwurf des Patientenrechtegesetzes vorgesehene Recht zu Stellungnahme der maßgeblichen Organisationen der Patientenvertretung, wenn die Kassenärztliche Vereinigung von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abgewichen ist, ist nicht ausreichend.

4. Ausbau der Patientenbeteiligung

Das Antragsrecht der Patientenvertretung im Hinblick auf alle Angelegenheiten der Landes-, Zulassungs- und Berufungsausschüsse sowie die Unterstützungsverpflichtung der Ausschüsse analog zu § 140f SGB V muss über das Patientenrechtegesetz in das SGB V aufgenommen werden. Auch fehlen hinsichtlich der Beteiligung im Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V die Regelungen zur Reisekosten- und Verdienstauffallerstattung für Patientenvertreterinnen und -vertreter.

Darüber hinaus fordert die Patientenvertretung, auch um ihre Positionen beim G-BA noch besser zur Geltung bringen zu können, dass nach acht Jahren der erfolgreich praktizierten Patientenbeteiligung in den Gremien nach § 140f SGB V eine notwendige Ergänzung des Mitberatungsrechts von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern vorgenommen wird. Die Patientenvertreter fordern daher als ersten Schritt zu einem Mitbestimmungsrecht ein Stimmrecht in Verfahrensfragen.

Entsprechendes gilt für die Besetzung des Vorsitzes des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hier ist es angezeigt, dass künftig nicht nur den Trägern des Gemeinsamen Bundesausschusses, sondern auch der Patientenvertretung ein Vorschlagsrecht für die Position der Vorsitzenden eingeräumt wird. Nach Auffassung der maßgeblichen Patientenorganisationen ist daher im Patientenrechtegesetz eine Vorschrift aufzunehmen, nach der ein vierter unparteiischer Vorsitzender von den Patientenorganisationen vorgeschlagen und mit gleichen Rechten wie die übrigen Vorsitzenden ausgestattet wird.

Stand: 30.05.2012

Ansprechpartnerin: Ursula Faubel, DBR/Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V., bv.faubel@rheuma-liga.de, Tel: 0228-76606-0

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.