

## Hintergrundpapier

### Aufkauf von Arztsitzen und Stand der Bedarfsplanung

Stand: 23.03.2015

#### 1. Hintergrund: Geplante Änderung durch das Versorgungsstärkungsgesetz

Schon bisher können kassenärztliche Vereinigungen unter bestimmten Umständen Vertragsarztsitze aufkaufen. Diese Voraussetzungen sind (§ 103 Abs. 3a<sup>1</sup>):

- Im Planungsbezirk sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet (= er ist nominell überversorgt).
- Die bisherige Zulassung erlischt wegen Tod, Verzicht (= Ruhestand) oder Entzug (Bei Nichtaufnahme oder Nichtausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit oder bei „gröblicher Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten“ ist die Zulassung durch die kassenärztliche Vereinigung zu entziehen, § 95 Abs. 6.).
- Die Praxis wird nicht von einem Nachfolger weitergeführt, der Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Zulassungsinhabers ist bzw. ein angestellter Arzt oder ein Arzt war, mit dem die Praxis gemeinschaftlich betrieben wurde.
- Die Nachbesetzung ist aus Versorgungsgründen nicht erforderlich.

In diesem Fall kann der Zulassungsausschuss aktuell mit Mehrheit der Stimmen den Antrag auf Nachbesetzung ablehnen; dann ist die kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, dem Arzt oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Die Regelung gilt auch für Psychotherapeuten. Sie wurde 2011 erlassen, aber bisher wurde kein nachgewiesener Gebrauch davon gemacht.

Das Versorgungsstärkungsgesetz ändert nichts an den Voraussetzungen, sondern ersetzt nur das Wort „kann“ durch „soll“, womit die kassenärztlichen Vereinigungen angehalten werden, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen. Ziel ist, dass niederlassungswillige Ärzte möglichst nicht in die Nachbesetzung in überversorgten Regionen gelenkt werden, sondern in unterversorgte Regionen, um eine Angleichung der Versorgung langfristig zu erreichen.

#### 2. Aktuelle Reaktionen und Befürchtungen – und deren Einordnung

Insbesondere die ärztlichen Standesvertreter (kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern) laufen gegen die geplante Änderung Sturm. Einige der Argumente, die größtenteils unberechtigt/unbegründet sind, sind folgende:

##### a) Auch in nominell überversorgten Planungsbezirken gibt es z.T. erhebliche Wartezeiten.

Das ist korrekt, deutet aber darauf hin, dass die derzeitige Bedarfsplanung erhebliche Probleme aufweist, die dringend gelöst werden müssen (s.u. Punkt 3).

---

<sup>1</sup> Soweit nicht anders angegeben beziehen sich alle rechtlichen Verweise auf das SGB V.

**b) Der Aufkauf kommt einer Enteignung gleich, die grundgesetzlich verboten ist.**

Zunächst einmal ist rechtlich nicht unumstritten, dass ein Vertragsarztsitz überhaupt Eigentum des derzeit dort zugelassenen Arztes darstellt, welches wiederum verfassungsrechtlichen Schutz genießt. Die vorgesehene gesetzliche Regelung sieht vor, dass die kassenärztliche Vereinigungen Entschädigungen in Höhe des Verkehrswertes zahlen sollen.

**c) Ärzte werden aus ihren Praxen „vertrieben“.**

Diese Aussage entbehrt jeder Grundlage. Die geplante Regelung greift nur, wenn ein Vertragsarzt seine Tätigkeit ohnehin einstellt, nicht während des laufenden Betriebs – es wird also kein Arzt „vertrieben“. Darüber hinaus werden nur dann Zulassungsbeschränkungen nach Gesetz (§ 100 Abs. 2) verpflichtend angeordnet (und nur dann kann die Regelung überhaupt zum Tragen kommen), wenn es im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung auch unterversorgte Regionen gibt. Das heißt, sobald (nominelle) Unterversorgung beseitigt ist, werden auch in deutlich überversorgten Regionen keine Arztsitze mehr aufgekauft. Davon zu unterscheiden ist, dass mit der Gesetzgebung eine langfristige Umsteuerung des Versorgungsangebots angestrebt wird, um Unterversorgungssituationen entgegenzuwirken. Diese ist Ziel der Gesetzgebung und gesamtgesellschaftlich dringend notwendig.

**d) Insgesamt müssten 25.000 Praxen schließen.**

Zunächst ist festzuhalten, dass kein Arzt im laufenden Betrieb schließen muss (vgl. Punkt c)). Die Zahl als solche ist darüber hinaus von außen schwer nachprüfbar. Um sie einschätzen zu können, müsste sie ins Verhältnis mit der Zahl der Ärzte gesetzt werden, die in unterversorgten Regionen zusätzlich benötigt werden, denn diejenigen Ärzte, die sich wegen Aufkauf von Praxissitzen nicht in den überversorgten Regionen niederlassen, haben dafür in unterversorgten die Gelegenheit. Obwohl KBV und Ärztekammer immer von einem Ärztemangel sprechen, werden hier keine konkreten Zahlen genannt.

**e) Es besteht die Gefahr, dass der geplante Aufkauf insbesondere Psychotherapeuten treffen wird, wo ohnehin extrem lange Wartezeiten vorherrschen.**

Das ist korrekt. Die Gründe hierfür sind vielfältig:

- Psychotherapeutische Praxen sind „billig“ hinsichtlich ihres Verkehrswertes – die kassenärztlichen Vereinigungen können hier also für wenig Eigenkapital ihre „Gutwilligkeit“ zeigen.
- Die Bedarfsplanung bei den Psychotherapeuten ist noch deutlich weniger sachgerecht als bei den Ärzten. Nominelle Überversorgung wird festgestellt, obwohl der Patientenbedarf noch nicht gedeckt ist.
- Die Krankenkassen haben aufgrund der aktuellen Honorarregelungen ein hohes finanzielles Interesse an der Schließung von Psychotherapie-Praxen und die kassenärztlichen Vereinigungen wenig Anreize, diese zu erhalten. (Das Honorar für Psychotherapie wird in voller Höhe praktisch ohne Abstufungen und ohne Auswirkungen auf/Querfinanzierung mit anderen Bereichen der ambulanten Versorgung von den Krankenkassen an die kassenärztlichen Vereinigungen und von da an die Therapeuten gezahlt. Es gibt also keinen Topf wie bei anderen Arztgruppen, bei dem der Anteil für den einzelnen Arzt umso kleiner wird, je mehr Ärzte in der Versorgung sind, so dass die Kassen von der Arztzahl nicht betroffen sind. Statt dessen macht sich jeder Psychotherapeut direkt in den Kosten der Kassen bemerkbar, ohne dass die kassenärztlichen Vereinigungen damit finanzielle Gestaltungsspielräume bekommen.)

Vor diesen Hintergründen hat der vzbv in seiner Stellungnahme explizit empfohlen, die Psychotherapeuten aus der geplanten Regelung auszunehmen, da hier eine Schieflage bei der

Anwendung der Regelung zu Lasten der Psychotherapeuten und damit auch zu Lasten der betroffenen Patienten möglich ist.

### **3. Probleme der aktuellen Bedarfsplanung**

Noch vor Verabschiedung des Versorgungsstärkungsgesetzes wird überlegt, die Regelung zum Aufkauf von Praxen nicht bei der normalen Überversorgung (Versorgungsgrad 110 %), sondern erst bei einer Überversorgung von beispielsweise 180% greifen zu lassen. Hintergrund ist die oben bereits angesprochene Tatsache, dass die Bedarfsplanung letztlich nicht den Bedarf an Gesundheitsversorgung repräsentiert. Folgende Regelungen und Hintergründe tragen maßgeblich dazu bei, dass der „Bedarf“ ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs geplant wird.

#### **a) Festlegung der beplanten Arztgruppen**

Der gesunde Menschenverstand legt nahe, dass nur jene Ärzte einen Bedarf decken können, die auch Leistungen im jeweiligen Leistungsspektrum anbieten. Folglich sollte jede Gruppe von Ärzten einzeln beplant werden, die ein Leistungsspektrum anbietet, für das ein Bedarf besteht und das nicht durch andere Versorgungsangebote abgedeckt ist. Eine gute Orientierung könnte hier die Weiterbildungsordnung mit den dort aufgezeigten Facharztgebieten, idealerweise auch auf der Ebene von Spezialisierungen unterhalb der eigentlichen Fachgebiete, sein. Besonders auffällig ist die Diskrepanz zwischen Bedarfsplanung und Tätigkeitsspektrum der Ärzte bei der Inneren Medizin. Diese wird im Rahmen der Bedarfsplanung als ein homogenes Fachgebiet betrachtet und ohne weitere Differenzierung beplant. Hier finden sich hingegen so unterschiedliche Fachärzte wie Diabetologen, Onkologen, Pneumologen, Rheumatologen, Kardiologen, Nephrologen oder Gastroenterologen – also Fachgebiete, die bezüglich der Patientenversorgung (mit Ausnahme ggf. der Onkologen) nahezu keine wechselseitigen Überschneidungen haben. Dennoch kann in einem Planungsbezirk eine gute Versorgung z.B. mit Kardiologen und Diabetologen verhindern, dass sich Rheumatologen oder Nephrologen niederlassen. Hier wäre dringend eine jeweils einzelne Bedarfsplanung für die fachärztlichen Internisten erforderlich, um zu ermitteln, wo tatsächlich Bedarf besteht und wo Überversorgung bei einzelnen Fachgebieten.

#### **Fiktives Beispiel:**

Ein Planungsbezirk hätte einen objektiven Bedarf, der genau je einem Facharzt der internistischen Fachgebiete (Angiologen, Diabetologen, Onkologen, Pneumologen, Rheumatologen, Kardiologen, Nephrologen, Gastroenterologen), also 8 Ärzten entspricht. Dort sind historisch bereits 2 Diabetologen, 3 Kardiologen, ein Gastroenterologe und ein Pneumologe niedergelassen, was einem gesamten Versorgungsgrad von 100 % entspricht. Der Planungsbezirk gilt nominell als korrekt versorgt obwohl eine Überversorgung bei Kardiologen von 300% und bei Diabetologen von 200% besteht, während Angiologen, Onkologen, Rheumatologen und Nephrologen absolut fehlen. Nun kommt ein Onkologe hinzu, was 112 % allgemeinem Versorgungsgrad entspricht. Damit wird der Planungsbezirk gesperrt, obwohl der Bedarf an Angiologen, Nephrologen und Rheumatologen nach wie vor nicht gedeckt ist. Diese könnten nur versuchen, über einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung in die Versorgung zu kommen. Gelingt das, ergibt sich nominell eine hohe Überversorgung in allen Fachgruppen, obwohl das eigentlich nur bei Kardiologen und Diabetologen der Fall ist.

Ein weiteres Problem ist die Unterscheidung zwischen konservativ tätigen und operierenden Ärzten innerhalb einer Fachgruppe. Besonders deutlich ist die Situation bei den Augenärzten. Hintergrund ist die Honorarsystematik: In einer Kassenärztlichen Vereinigung gibt es einen (mehr oder minder) feststehenden Honorartopf für jede Facharztgruppe, also auch die

Augenärzte. Aus diesem Topf werden vorab Gelder für bestimmte Leistungen (z.B. Notdienst), darunter aber auch für ambulante Operationen, abgezogen. Diese privilegierten Leistungen werden oft in voller Höhe, also ohne mengenabhängige Reduktion (sog. „Abstaffelung“) ausgezahlt, sind also für die Ärzte finanziell attraktiv. Von dem dann übrigen Geld fließt der größte Teil in die Regelvolumina, also das Honorar, das pro Patient zur Verfügung steht. Dazu wird der Rest-Honorartopf (abzüglich einer Reserve) durch die Summe der zu erwartenden Patientenzahlen geteilt – was herauskommt erhalten die Ärzte maximal für die Behandlung eines Patienten im Quartal (wenn nicht eine der privilegierten Leistungen, z.B. eine ambulante Operation, bei diesem Patienten hinzukommt). Hierdurch kommt es zu einem Teufelskreis: Da die Operationen finanziell wie fachlich attraktiv sind, versuchen viele Ärzte, auch oder überwiegend operierend tätig zu sein. Dadurch reduziert sich die Vergütung pro konservativem Patient. Das wiederum bringt die Ärzte dazu, mehr zu operieren und weniger konservativ tätig zu sein, und das Honorar für konservative Behandlungen sinkt weiter. Ergebnis ist eine Überversorgung mit Operationsmöglichkeiten und Probleme, Augenarzttermine für normale Untersuchungen zu bekommen. Hier helfen auch Sonderbedarfszulassungen mit der Begründung der Wartezeiten auf konservative Behandlungen nicht, da jeder neu in die Versorgung gekommene Augenarzt sofort den oben genannten Anreizen unterliegt und auch operieren will. Lösung wäre z.B. eine getrennte Honorierung und Beplanung von operierend und konservativ tätigen Ärzten, die aber nicht erfolgt.

#### **b) Festlegung der Planungsbezirke**

Die Planungsbezirke der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (darunter auch Kinderärzte) richten sich in der Regel nach den Landkreisen und kreisfreien Städten. Einzig die Hausärzte werden in einer kleineren regionalen Einheit, dem Mittelbezirk geplant. Sogenannte spezialisierte Fachärzte (Anästhesisten, Fachinternisten (siehe a)), Kinder- und Jugendpsychiater und Radiologen) werden hingegen in der Raumordnungsregion und damit in noch größeren Einheiten geplant und Ärzte der besonderen fachärztlichen Versorgung (z.B. Labormediziner oder Pathologen) auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung, also im Wesentlichen auf der Ebene Bundesland. Daraus ergibt sich insbesondere für die allgemeinen und die spezialisierten Fachärzte ein Problem mit der räumlichen Zuordnung. Die Kassenärztliche Vereinigungen haben nur wenig Einfluss darauf, wo ein Arzt seine Praxis innerhalb eines Planungsbezirks, für den er eine Zulassung bekommen hat, einrichtet. Je größer der Planungsbezirk ist und je stärker z.B. das Attraktivitätsgefälle von Regionen innerhalb des Planungsbezirks ist, desto wahrscheinlicher ist, dass sich die Ärzte in attraktiven Regionen konzentrieren und in anderen fehlen.

#### **Fallbeispiel:**

Die großen Städte wie z.B. Berlin sind in der Regel<sup>2</sup> ein einziger Planungsbezirk auf der Ebene allgemeiner Fachärzte. In Berlin liegt eine zum Teil hohe Überversorgung für alle Facharztgruppen vor.<sup>3</sup> Regional sieht die Lage allerdings anders aus: Da die Arztdichte besonders in reichen Stadtbezirken wie Prenzlauer Berg, Charlottenburg und Zehlendorf extrem hoch ist, gilt der gesamte Planungsbezirk als Überversorgt, was weitere Niederlassungen verhindert. Dennoch fehlen entsprechende Ärzte in Problemvierteln wie Marzahn, Neukölln oder Spandau. Die Annahme, dass die Patienten von dort zu den Ärzten in den anderen Bezirken pendeln, ist unrealistisch, weil a) die Wegezeiten im Stadtverkehr lang sind und b) die Terminmöglichkeiten in den Praxen der anderen Viertel meist bereits von dortigen

<sup>2</sup> Abweichungen bei der Festlegung der Planungsbezirke von den oben beschriebenen Grundregeln können durch Beschluss der Landesausschüsse von Ärzten und Krankenkassen prinzipiell vorgenommen werden, sind aber in vielen Großstädten nicht erfolgt.

<sup>3</sup> <https://www.kvberlin.de/20praxis/10zulassung/55bedarfsplan/bedarfsplan2013.pdf> Besonders ausgeprägt ist die nominelle Überversorgung mit fachärztlichen Internisten von 252 %.

Patienten belegt sind. Da neu zugelassene Ärzte aber tendenziell auch versuchen, in die attraktiven Regionen abzuwandern, helfen Neuzulassungen nur bedingt beim Abbau von Wartezeiten und Unterversorgung in Problemgebieten. Würde man die Stadt z.B. nach den Stadtbezirken in Planungsbezirke im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie unterteilen, würde die Überversorgung in attraktiven Bezirken sehr deutlich und man könnte gezielt nur in Bezirken mit Bedarf zulassen.

Es gibt zwei wichtige Ansatzpunkte für Verbesserungen:

- Planungsbezirke mit vielen Einwohnern (Großstädte), großen räumlichen Distanzen oder sehr unterschiedlicher Sozialstruktur sollten zumindest für die allgemeine fachärztliche Versorgung in sich nochmals geteilt werden. Diese Möglichkeit bietet die aktuelle Bedarfsplanungsrichtlinie bereits, müsste aber von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in den Landesausschüssen beschlossen werden, was kaum erfolgt ist. Folglich wären zentrale Vorgaben durch den Gesetzgeber oder die Richtlinie zur Bedarfsplanung notwendig.
- Die Zuordnung der Arztgruppen an den Bedürfnissen der Patienten muss verbessert werden. Kinderärzte sind die Hausärzte der Kinder. Einem kranken Kind (und seinen Eltern) sind lange Wege zur Primärversorgung noch weniger zuzumuten als Erwachsenen. Folglich ist dringend geboten, die Kinderärzte auf der gleichen kleinräumigsten Planungsebene zu organisieren wie die Hausärzte auch. Darüber hinaus wäre bezüglich der fachärztlichen Internisten zu fordern, dass einige der dortigen Fachärzte, z.B. Diabetologen, Rheumatologen und Onkologen, die Patienten über einen längeren Zeitraum kontinuierlich betreuen, auch auf der Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte geplant werden.

### c) Festlegung der Verhältniszahlen

Zentraler Ansatzpunkt der Bedarfsplanung ist die Festlegung von Verhältniszahlen, die angeben, wie viele Einwohner durch einen entsprechenden Facharzt zu versorgen sind. Für Berlin 2013 sollte ein Hausarzt z.B. 1.704 Einwohner versorgen, ein Kinderarzt 2.405 Kinder, ein Augenarzt 13.399 und jeder fachärztliche Internist 21.508 Bürgerinnen und Bürger. Allerdings sind diese Zahlen nicht auf einer logischen oder gar wissenschaftlich fundierten Rationale entstanden (vgl. Denkmodell), sondern entstammen historischen Gegebenheiten. Und zwar wurde die Anzahl der mit Stand 1990er Jahre vorhandenen Ärzte als bedarfsgerechte Versorgung angesehen und ins Verhältnis mit der zu versorgenden Bevölkerung gesetzt.<sup>4</sup> Damit wurden selbstverständlich bestehende Unter- und Überversorgungen in den einzelnen Fachgebieten als gegeben akzeptiert und für die Zukunft fortgeschrieben.

Hinzu kamen im Jahr 1990 zwei Modifikationen, nämlich eine Anpassungsregel für die Angleichung des „Beitrittsgebietes“, also die neuen Bundesländer,<sup>5</sup> und eine Festlegung von unterschiedlichen Raumtypen. Dabei wurde jedem Planungsbezirk nochmals eine raumordnungsspezifische Planungskategorie zugeordnet, die im Jahr 1990 zwischen 10 Typen von Kernstädten mit mehr als 100.000 Einwohnern über z.B. verdichtete Kreise mit 150 bis 300 Einwohnern pro qkm bis hin zu ländlichen Kreisen unter 150 Einwohner pro qkm unterschieden hat.<sup>6</sup> Auch wurde zwischen sonstigen Städten und dem Ruhrgebiet differenziert. Für 1990 ergab sich daraus, dass z.B. ein Augenarzt in einer sogenannten Kernstadt nur 11.040 Einwohner zu versorgen hatte, in einem ländlichen Kreis hingegen bis zu 25.569 Einwohner,

---

<sup>4</sup> Vgl. dazu [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-210/RL\\_Bedarf\\_1993-03-09.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-210/RL_Bedarf_1993-03-09.pdf) Nr. 8.

<sup>5</sup> In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Verhältniszahl für die Psychotherapeuten noch einmal künstlich verschlechtert.

<sup>6</sup> Nach der Bedarfsplanungsrichtlinie aus dem Jahr 2012 sind es noch 5 unterschiedliche Regionen plus das Sondergebiet Ruhr.

also etwa 2,5 mal so viele Menschen wie im besten Fall, obwohl keine Unterschiede bei Prävalenz/Inzidenz der zu behandelnden Erkrankungen nach Wohnregion zu erwarten sind. In der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie aus dem Jahr 2012, die noch 5 verschiedene Raumordnungsregionen plus Ruhrgebiet kennt, liegt der Unterschied in der Verhältniszahl je nach Typ des Planungsbezirks für die Augenärzte bei minimal 13.399 zu versorgenden Bürgern im Gegensatz zu maximal 24.729 Einwohnern. Relation und Größenordnung der Verhältniszahlen sind also nahezu gleichgeblieben – mit der einzigen Ausnahme einer Angleichung bei den Hausärzten.

Mit den Regelungen zur Raumordnung wurden die regionalen Unterschiede regelrecht zementiert. Begründet wird die Vorgehensweise häufig damit, dass die entsprechenden Ärzte in der Stadt die Patienten vom Land mitversorgen. Angesichts der relativen Knappheit der Versorgungsangebote in den ländlichen Regionen bleibt den betroffenen Patienten allerdings nichts anderes übrig, als die resultierenden Anfahrtswege in Kauf zu nehmen. Das kann man unter dem Gesichtspunkt einer modernen, zentralisierten und durch elektronische Kommunikation gestützten Versorgung für spezialisierte Versorgungsangebote sogar befürworten, allerdings sollten versorgende (Fach-)Ärzte, die von Patienten im Rahmen einer Behandlung häufig aufgesucht werden müssen (z.B. Gynäkologen während der Schwangerschaftsbetreuung, Kinderärzte), von dieser Überlegung explizit ausgenommen sein und darüber hinaus Unterstützungen für Patienten gewährt werden, weit entfernte spezialisierte Versorgungsangebote auch zu erreichen. Andernfalls ergeben sich erhebliche Gerechtigkeitsdefizite beim Zugang zur Versorgung.

Insgesamt kann die Festlegung der Verhältniszahlen ebenso wenig wie der aktuelle Umgang mit den Raumordnungskategorien als sachgerecht im Interesse einer bedarfsgerechten und gerechten Versorgung angesehen werden. Als Lösungsansätze für die gegenwärtigen Probleme ergeben sich:

- Umstellung der Verhältniszahlen auf eine rationale Begründung (vgl. Denkmodell)
- Kontinuierliche Evaluation/Versorgungsforschung zur Ermittlung von aktuellen Wartezeiten und Patientenbedarf
- Kontinuierliche Anpassung der Verhältniszahlen an die Ergebnisse der Begleitforschung (Die Patientenvertretung im G-BA hat hierzu beispielsweise das Instrument des Bedarfsindex entwickelt.)
- Überprüfung und Änderung der Anwendung der Raumordnungskategorien für versorgende Arztgruppen

---

#### **Denkmodell:**

Prinzipiell müsste eine bedarfsgerechte Versorgung sich z.B. an folgenden Überlegungen orientieren:

- Welche Prävalenz/Inzidenz haben die von der entsprechenden Facharztgruppe behandelten Erkrankungen?
- Wie hoch ist der Behandlungsbedarf bei den jeweiligen Erkrankungstypen (Zahl der erforderlichen Arztkontakte, Dauer der Behandlungsepisode)?
- Welchen Umfang haben kurzfristige Notfallbehandlungen durchschnittlich pro Patient?

Hieraus ergibt sich ein geschätzter gesamter zeitlicher Behandlungsbedarf für die zu versorgende Bevölkerung. Diese ist in Verhältnis zu setzen mit der Arbeitszeit, die ein Vertragsarzt für die Versorgung von GKV-Patienten (vgl. Punkt d)) einsetzt.

#### **d) Ärztliche Arbeitszeit für die Versorgung von GKV-Patienten**

Damit die Logik der Bedarfsplanung – man setze zu versorgende Bevölkerung mit der Zahl der vorhandenen Ärzte ins Verhältnis – greift, muss die Voraussetzung erfüllt sein, dass die betreffenden zugelassenen Ärzte tatsächlich im angenommenen Umfang für die Versorgung von GKV-Patienten mit GKV-Leistungen zur Verfügung stehen. Die einzige einschlägige Regelung hierzu findet sich in § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag Ärzte<sup>7</sup>, wo es heißt, dass ein Vertragsarzt mit einem vollen Versorgungsauftrag „an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht“. Für Ärzte mit einer hälftigen Zulassung gelten 10 Stunden. Insbesondere für Fachärzte, die keine zusätzlichen Hausbesuche machen, ergibt sich daraus eine sehr geringe verpflichtende Arbeitszeit zur Versorgung der Patienten. § 95 Abs. 6 SGB V regelt darüber hinaus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Zulassung des Arztes ganz oder hälftig zu entziehen haben, wenn dieser seine vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder ausübt, mit anderen Worten: wenn er der Verpflichtung zur Vorhaltung der Mindestsprechstunden nicht nachkommt. Eine Nutzung dieser Möglichkeiten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen ist nicht bekannt oder von außen nachvollziehbar.

Ein weiterer Punkt ist, dass mit den Vorgaben nicht geregelt ist, welche Tätigkeiten ein Arzt während der Sprechzeiten ausübt, also ob er tatsächlich Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) behandelt und ob diese auch Leistungen zu Lasten der GKV in Anspruch nehmen oder überwiegend Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL), die ja per Definition nicht zu einer notwendigen und zweckmäßigen Versorgung gehören. Überprüfbar wäre der Umfang der tatsächlichen relevanten Arbeitsleistung, indem die Kassenärztliche Vereinigung den rechnerischen Zeitbedarf der abgerechneten Leistungen, den sie derzeit bereits für die Plausibilitätsprüfung der Abrechnungen nutzt, betrachtet. Hierfür sind sogenannte Prüfzeiten für die erbrachten Leistungen in den Abrechnungssystemen der kassenärztlichen Vereinigungen hinterlegt. Eine solche Untersuchung findet aber nicht statt; die Befragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beziehen sich immer auf die Gesamtarbeitszeit der Ärzte,<sup>8</sup> in die eben auch die Versorgung von Privatpatienten und IGeL hineinfallen. So ist anzunehmen, dass es ein breites Spektrum von tatsächlicher Leistung für die Versorgung von GKV-Versicherten mit GKV-Leistungen von einem höchst geringen zeitlichen Aufwand bis zu extrem hohem Engagement einzelner Ärzte gibt. Da es sich beim Arztberuf um einen freien Beruf in eigener Verantwortung handelt, ist prinzipiell nichts gegen diese Varianz einzuwenden – allerdings erfordert sie ein Umdenken innerhalb der Bedarfsplanung, da nicht mehr einfach „Arztkopf“ in Relation zur Bevölkerung gestellt werden kann, wenn man nicht entsprechende Varianzen bei Versorgungslage und Wartezeiten akzeptieren will. Ärzte, die wenig zur GKV-Versorgung beitragen und mehr Privatleistungen erbringen wollen, sollten nicht die Vertragsarztsitze für andere Ärzte blockieren oder auf die bedarfsgerechte Versorgung angerechnet werden. Der Verzerrungseffekt dürfte insbesondere in Regionen mit höherem Einkommensniveau relevant sein und macht deutlich, dass für Mitversorgungseffekte von Städten für ländliche Regionen oder von reichen für arme Stadtbezirke häufig die zeitlichen Kapazitäten der dortigen Ärzte in der Realität nicht zur Verfügung stehen, denn diese siedeln ihre Niederlassung ja gezielt an Standorten mit guter Aussicht auf Privateinnahmen an.

Lösungsansätze für eine bedarfsgerechtere Vorgehensweise wären:

- Nutzung der Prüfzeiten für die Ermittlung des Umfangs der Versorgung im Rahmen der GKV
- Verpflichtung der kassenärztlichen Vereinigungen zur regelmäßigen Überprüfung der Einhaltung der zeitlichen Zulassungsvoraussetzungen und zur Umsetzung des § 95

---

<sup>7</sup> [http://www.kbv.de/media/sp/BMV\\_Aerzte.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/BMV_Aerzte.pdf)

<sup>8</sup> Vgl. beispielsweise [http://www.kbv.de/media/sp/infas\\_Praesentation\\_Aerztemonitor\\_5213\\_20140701.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/infas_Praesentation_Aerztemonitor_5213_20140701.pdf)

Abs. 6 SGB V inkl. regelmäßige Berichten an die zuständigen Behörden und die Öffentlichkeit

- Anhebung der Mindestsprechstundenzeit für Fachärzte, die keine ergänzenden Hausbesuche machen

#### **4. Positionierung des vzbv zum Versorgungsstärkungsgesetz**

Der Verbraucherzentrale Bundesverband begrüßt die geplante Neuregelung im Versorgungsstärkungsgesetz. Diese Positionierung wurde nicht nur in vollem Bewusstsein der oben dargelegten Problemfelder der Bedarfsplanung vorgenommen, sondern zielt sogar auf die Verbesserung der genannten Problemlagen ab.

Bereits 2012 hatte der Gemeinsame Bundesausschuss als oberstes Entscheidungsgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten eine „Reform“ der Bedarfsplanung vorgenommen, die in den entsprechenden Pressemitteilungen äußerst positiv dargestellt: „Die neue Richtlinie stellt (...) gleichwertige Versorgungszugänge im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland sicher.“<sup>9</sup> Die oben dargelegten Probleme der Bedarfsplanung, die einer Orientierung am Bedarf entgegenstehen, waren 2012 genauso evident wie heute, im Jahr 2015. Dennoch wurden in den genannten Problemfeldern praktisch keine Anstrengungen unternommen, diese zu lösen:

- Es gab keine Differenzierungen der fachärztlichen Internisten.
- Kinderärzte werden nach wie vor wie Fachärzte, nicht aber wie Hausärzte behandelt.
- Ausschließlich die Hausärzte werden auf einer kleineren Planungseinheit, dem Mittelbereich, geplant. Regionale Verzerrungen in großen und in sich differenzierten Planungsbezirken bei allgemeinen Fachärzten (inkl. Kinderärzten) und fachärztlichen Internisten bleiben bestehen.
- Die Unterschiede in den Verhältniszahlen je nach Typ des Planungsbezirkes bleiben nahezu unverändert, ebenso wie die Herleitung der Verhältniszahlen.
- Die besonderen Bedürfnisse behinderter Menschen hinsichtlich barrierefrei erreichbarer Versorgungsangebote bleiben nahezu unberücksichtigt.
- Es gab keine ausreichenden Ansätze zum Abbau von Versorgungskapazitäten in überversorgten Regionen zu Gunsten von unterversorgten. Lediglich zaghafte Ansätze zur Steuerung von Neuniederlassungen waren vorhanden, stehen aber im Belieben des jeweiligen Landesausschusses Ärzte und Krankenkassen.

Diese Erfahrungen mit der Reform der Bedarfsplanung machen deutlich, dass es weiterer äußerer Anstöße durch den Gesetzgeber bedarf, damit die Selbstverwaltung sich den genannten Problemen annimmt. Indem die Kassenärztlichen Vereinigungen durch das Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet würden, auf der Grundlage der jetzigen inadäquaten Bedarfsplanung Praxisaufkäufe vorzunehmen und sie gegenüber ihren Mitgliedern argumentativ durchzusetzen, könnten sich für sie Anreize ergeben, einige der oben genannten Problemfelder der Bedarfsplanung (z.B. bei den fachärztlichen Internisten) durch Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie anzugehen. Dazu ist es notwendig, dass die geplante Regelung auch greift. Vor diesem Hintergrund sind die Überlegungen, erst bei einer Überversorgung z.B. von 180% statt schon bei 110% Aufkäufe vorzunehmen, kontraproduktiv, da sie ein „Weiter so!“ erleichtern.

---

<sup>9</sup> <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/466/#n>