



## **Stellungnahme der Bundesärztekammer**

gem. § 91 Abs. 5 SGB V  
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:  
Besonderer Versorgungsbedarf bei einer Facharztbezeichnung

Berlin, 11.03.2010

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 17.02.2010 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; siehe die bisherigen Stellungnahmen der Bundesärztekammer:

1. Umsetzung des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes - 01.02.07
2. Anstellung von Psychotherapeuten und weitere Änderungen - 31.08.07
3. Zulassungsfähige Arztgruppen - 05.12.07
4. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen - 28.01.08
5. Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung - 27.03.08
6. Fortbestehen von Planungsbereichen im Falle einer Gebietsreform - 02.09.08
7. Redaktionelle Klarstellung zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf - 12.12.08
8. Redaktionelle Änderung hinsichtlich der Nachbesetzung von Sonderbedarfsanstellungen in Medizinischen Versorgungszentren zur Dialyseversorgung - 11.02.09
9. Quotenregelung psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen - 08.04.09
10. Veranlassung der Prüfung gem. § 34a Abs. 1 - 19.11.09
11. Erfassung von angestellten Ärzten, differenziert nach Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ - 19.11.09
12. Quotenregelung psychotherapeutischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen – redaktionelle Klarstellung zu Feststellung des Versorgungsanteils - 15.01.10
13. Fachidentität bei Zusammenschluss eines Facharztes für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie - 15.01.10
14. Zuordnung der Planungsbereiche zu den Kreistypen - 11.03.10

Die jetzt geplante Änderung hat laut tragenden Gründen zum Ziel, dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen für einen Planungsbereich stattzugeben, wenn ein besonderer Versorgungsbedarf gegeben ist. Sogenannte Zulassungstatbestände sind in § 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie geregelt. Durch Ergänzung eines Satzes in § 24 Buchst. b S. 1 (**neuer Satz in Fettschrift**) soll im Sinne einer redaktionellen Klarstellung die diesbezügliche Handhabung von Facharztbezeichnungen verdeutlicht werden:

„§ 24 Zulassungstatbestände

Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt:

... b) Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben

ist. Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß § 4 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. Voraussetzung für eine Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist. Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.“

### **Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:**

Die Bundesärztekammer hat zu der geplanten Satzeinfügung in § 24 Buchst. b der Bedarfsplanungs-Richtlinie keine anderslautenden Vorschläge.

Die Bundesärztekammer weist jedoch an dieser Stelle darauf hin, dass die Wiedergabe von Regeln bzw. Bezeichnungen aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht mehr dem neuesten Stand entsprechen. Mittelfristig sollte daher angestrebt werden, die Richtlinie einer umfassenderen Änderung zu unterziehen. Dafür spricht auch die Frequenz von Änderungen im Verfahren nach § 91 Abs. 5 SGB V, die von keiner anderen Richtlinie des G-BA erreicht wird (siehe oben).

Langfristig regt die Bundesärztekammer an, den Modus der Bedarfsplanung, welcher der vorliegenden Richtlinie zugrunde liegt, grundsätzlich zu überdenken. So wird etwa im Sondergutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen von 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ [1] die Frage aufgeworfen, ob nicht die starre Orientierung an historischen Verhältniszahlen und damit an einer nur beschränkt aussagekräftigen Einwohner-Ärzte-Relation dazu führen kann, dass die tatsächliche Versorgungssituation verzerrt wahrgenommen wird (siehe Abschnitt Nr. 46 der Langfassung des Gutachtens). Die in ihrem fortlaufenden Anpassungsbestreben an Versorgungsungleichgewichte immer feinere Nuancierung der Richtlinie Bedarfsplanung ändert aus Sicht der Bundesärztekammer dieses grundlegende Problem nicht, führt aber zu kaum noch nachzuvollziehender Komplexität des Richtlinien textes und damit zu immanentem Korrekturbedarf.

Die Notwendigkeit einer grundlegenden Änderung wird inzwischen auch von der KBV öffentlich artikuliert, siehe etwa die „Gesundheitspolitischen Vorschläge der KBV zur Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung“ vom 12.01.2010 [2]. Danach brauche die Bedarfsplanung eine „ganzheitliche Betrachtungsweise“, „neue Instrumente“ sowie einen sektorenübergreifenden Ansatz. Mit Blick auf die Qualitätssicherung hatte bereits der 112. Deutsche Ärztetag 2009 eine solche Weiterentwicklung der sektoralen zu einer sektorenübergreifenden – oder besser: populationsbezogenen – Betrachtungsweise empfohlen (siehe Drucksache VIII – 05) [3].

Berlin, 11.03.2010



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.  
Leiterin Dezernat 3 u. 4

## Literatur

1. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten 2009. Bundesanzeiger Verlag, Köln 2009  
<http://www.svr-gesundheit.de>
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung – Gesundheitspolitische Vorschläge der KBV. KBV 2009.  
<http://www.kbv.de>
3. Deutscher Ärztetag: Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden und populationsbezogenen Qualitätssicherung. Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Drucksache VIII – 05), 112. Deutscher Ärztetag, Mainz.  
<http://www.bundesaerztekammer.de>