

# Was bringt die neue Bedarfsplanung?

Wie lässt sich die ambulante Versorgung in Nordrhein in den kommenden zwanzig, dreißig Jahren bewerkstelligen? Das war Thema einer Podiumsrunde der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.

von Johannes Reimann



**Dr. Bernhard Gibis** von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erklärte die Grundlagen der neuen Bedarfsplanung.  
Foto: Alexandra Malinka

**A**ktueller konnte die Veranstaltung im Haus der Ärzteschaft zur neuen Bedarfsplanung kaum sein. Neun Tage nach Inkrafttreten der neuen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zum 1. Januar 2013 diskutierte ein prominentes Podium über die Möglichkeiten und auch die Grenzen der künftigen Bedarfsplanung.

Den Reigen eröffnete Dr. Peter Pothhoff, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein. Mit Nachdruck warb er dafür, sich im Kontext einer modernen Versorgungsplanung auf entfernte Horizonte von zwanzig oder dreißig Jahren einzustellen. Pothhoff verwies auf den langen Vorlauf im Werdegang eines Vertragsarztes: „Die Neumitglieder, die wir in der KV begrüßen, haben sich vor zehn bis zwölf Jahren für ihren Berufsweg entschieden, selbst die Entscheidung für ihre Fachrichtung liegt dann schon fünf bis sechs Jahre zurück.“

Um ihren Anspruch als Planungs- und Sicherstellungsinstanz zu untermauern, so Pothhoff, benötigten die KVen spezifisches Know-how in der Analyse von Versorgungsdaten. Pothhoff stellte einen Versorgungsreport der KV in Aussicht mit Prognosedaten für künftige Ressourcen und Bedarfe der ambulanten Versorgung. Gleichzeitig schränkte Pothhoff ein: „Planung ist noch keine Planerfüllung! Eine Richtlinie allein wird die Welt nicht ändern.“

Um die ambulante Sicherstellung auf Dauer zu gewährleisten, sei ein breites Portfolio an Strategien und Maßnahmen erforderlich. Pothhoff: „Faire Vergütung, Planungssicherheit und gute Arbeitsbedingungen sind Faktoren, die wir als KV beeinflussen können.“ Aber auch andere Akteure seien in der Pflicht, um junge Ärz-

tinnen und Ärzte dafür zu gewinnen, in Nordrhein zu leben und zu arbeiten.

Mehr als 200 HNO-Ärzte nutzten die Veranstaltung, um auf die Honorarsituation ihrer Fachgruppe aufmerksam zu machen. Mit den aktuellen HNO-Fallwerten sei die Sicherstellung für ihr Fachgebiet gefährdet. Langfristige Planungen könnten sich als gegenstandslos erweisen, wenn viele HNO-Praxen bereits heute in prekärer wirtschaftlicher Lage seien.

NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens sprach sich in ihrem Statement dafür aus, die Gegenwarts- und die Zukunftsperspektive in der Bedarfsplanung nicht gegeneinander auszuspielen. Die Sorge um die aktuellen Probleme dürfe keine Rechtfertigung dafür sein, sich einer langfristigen Betrachtung zu verweigern. Keinen Hehl machte die Ministerin aus ihrer Überzeugung, dass die Länder mehr Planungskompetenzen benötigten, als sie der Bundesgesetzgeber im Versorgungsstrukturgesetz ihnen zugestanden habe.

Besonderes Augenmerk richtete Steffens auf die Festlegung des GBA für das Ruhrgebiet. Dort werden die „alten“ Verhältniszahlen für weitere fünf Jahre fortgelten. Erst danach kann eine gesonderte Betrachtung des Ruhrgebiets entfallen, sofern der GBA bis dahin nicht eine besondere Regelung trifft. Im Klartext bedeutet dies für die Städte und Kreise im Ruhrgebiet weniger Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten als in entsprechend großen Kommunen außerhalb des Ruhrgebiets. Eine dauerhafte Benachteiligung des Ruhrgebiets, so die Ministerin, werde sie keinesfalls akzeptieren. Dagegen warb sie um Verständnis für eine Übergangsfrist. Anderenfalls entstünde im Ruhrgebiet per Stichtag eine beträchtliche Anzahl freier Arzt- und Psycho-

therapeutenplätze; mit der Folge, dass es künftig noch schwieriger sei als heute, Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten für ländliche Kreise etwa im Sauerland oder in der Eifel zu gewinnen.

Dr. Bernhard Gibis, Dezernatsleiter der KBV, erläuterte die Grundzüge der neuen Richtlinie. Ein echtes Novum ist danach die kleinräumige Planung der hausärztlichen Versorgung in „Mittelbereichen“. Davon gibt es in Nordrhein 94. In der alten Planung bildeten 27 Kreise und kreisfreie Städte die hausärztlichen Planungsbezirke.

Der Neuzuschnitt der Planungsbezirke ist laut Gibis nur einer von mehreren Bausteinen, um eine bedarfsgerechte räumliche Verteilung ambulanter Versorgungsressourcen zu erreichen. Weit mehr noch sorgen weitreichende Optionen, von den Vorgaben der Richtlinie abzuweichen, für flexible Gestaltungsmöglichkeiten vor Ort. Erlaubt, so Gibis, sei in diesem Zusammenhang fast alles, was mit Blick auf lokale oder sonstige Besonderheiten plausibel und vor allem „gerichtsfest“ begründet werden könne.

Matthias Mohrmann, Mitglied des Vorstands der AOK Rheinland/Hamburg, unterstrich die Bedeutung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung. Dieses Ziel sei nicht allein durch eine verbesserte Planung zu erreichen. Vielmehr müsse Ärzten für die Tätigkeit in strukturschwachen Regionen gezielte Hilfe und Unterstützung geboten werden.

Aus Sicht einer Kommune erläuterte Peter-Olaf Hoffmann, Bürgermeister der Stadt Dormagen, die entsprechenden Handlungsoptionen, zeigte aber auch die Grenzen kommunalen Engagements auf. So könne etwa die Gewährung allzu großzügiger individueller Vorteile den Vorwurf der Untreue nach sich ziehen. Hoffmann lobte die Qualität der innerärztlichen Vernetzung in Dormagen und die Kooperation der Ärzte mit anderen Professionen und Strukturen wie etwa der Pflege. Diese lokalen Strukturen fördere und unterstütze die Stadt nach Kräften.

Die Beiträge der Referenten boten Anlass zu zahlreichen Nachfragen aus dem Plenum. Dr. Frank Bergmann, Vorsitzender der Vertreterversammlung, verwies in seinem Statement auf die fehlende Finanzierung derjenigen Arztsitze, die durch die Reform der Bedarfsplanung künftig hinzukommen. Mit Blick auf die Proteste der HNO-Ärzte stellte er fest, dass in diesem Fall ein weiteres Absinken der Regelleistungsvolumina vorprogrammiert sei.