



Dokumentation

**Zur Bedarfsplanung im Lichte des Terminservice- und
Versorgungsgesetzes**

Zur Bedarfsplanung im Lichte des Terminservice- und Versorgungsgesetzes

Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 006/21
Abschluss der Arbeit: 18. Februar 2021
Fachbereich: WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Fachbeiträge	5

1. Einleitung

Eine flächendeckende und möglichst wohnortnahe, ambulante ärztliche Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ist eine wesentliche Voraussetzung für ein funktionierendes Gesundheitswesen. Die Steuerung des Angebotes der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung erfolgt im Wesentlichen über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht.¹

Die §§ 99 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)² enthalten Regelungen über die Aufstellung und Anpassung von Bedarfsplänen zur vertragsärztlichen Versorgung (§ 99 SGB V) sowie zur Feststellung einer Unter- bzw. Überversorgung mit vertragsärztlichen Leistungen (§ 100 bzw. § 101 SGB V). Um eine Unterversorgung zu beseitigen oder eine Überversorgung einzudämmen, sehen die §§ 103 bis 105 SGB V Maßnahmen zur Anpassung der Zahl der Vertragsärzte vor. Das in den §§ 95 ff. SGB V verortete Zulassungsrecht steht im engen Zusammenhang mit der Bedarfsplanung, da eine Überversorgung Zulassungsbeschränkungen nach sich ziehen kann (§ 103 SGB V).

Die Bedarfsplanung ist nach § 99 Abs. 1 S. 1 SGB V die gemeinsame Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄVen) sowie der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen. Dazu legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine bundeseinheitliche Planungssystematik in Form einer Richtlinie fest, nach der die Bedarfsplanung erfolgt (§ 92 Abs. 1 Nr. 9 und § 101 Abs. 1 SGB V): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Enthalten sind darin Bestimmungen über Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad einschließlich einer hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur der Vertragsärzte sowie Maßstäbe zur Feststellung von Unter- und Überversorgung.

1 Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), Fokus: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung, abrufbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp. Siehe hierzu auch Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestags, Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ausarbeitung vom 12. Dezember 2018, WD 9 - 3000 - 084/18, abrufbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/592582/d4aca46bab1a855ba81fb38a2684dfc2/WD-9-084-18-pdf-data.pdf>. Dieser und alle weiteren Links wurden zuletzt abgerufen am 18. Februar 2021.

2 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I S. 2) geändert worden ist.

Zum 30. Juni 2019 ist eine neue Bedarfsplanungs-Richtlinie³ in Kraft getreten, die alsdann im Dezember⁴ erneut geändert wurde und schließlich am 21. Dezember 2019 in Kraft trat. Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde zum einen durch das am 1. Mai 2019 in Kraft getretene Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG)⁵ und zum anderen durch ein vom G-BA eingeholtes Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung⁶ wesentlich beeinflusst. Das TSVG zielt u. a. darauf ab, die medizinische Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der kassenärztlichen Versorgung erweitert werden.⁷ Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hatte der G-BA in Auftrag gegeben, damit die Instrumente der Bedarfsplanung systematisiert und anhand von Kriterien neu bewertet würden. Das Gutachten bewertet die damalige Versorgungslage und zeigt Handlungsoptionen sowie Möglichkeiten auf, um den gesetzlichen Anforderungen zu genügen.

Die vorliegende Dokumentation führt Fachbeiträge auf, die insbesondere die Auswirkungen des TSVG auf die Bedarfsplanungs-Richtlinie und das Zulassungsrecht näher beleuchten.

2. Fachbeiträge

Becker, Ulrich, Das TSVG: Sozialpolitische und verfassungsrechtliche Würdigung, in: Gesundheit und Pflege (GuP), 2020, S. 41–49.

Der Aufsatz stellt die vertragsärztlichen Regelungen des TSVG wie auch des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in einen Zusammenhang mit der Bedarfsplanung und stellt die Neuerungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie einschließlich einer verfassungsrechtlichen und sozialpolitischen Bewertung dar. So habe der G-BA die durch das TSVG eingeführte Ermächti-

3 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 16. Mai 2019, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1851/BPL-RL_2019-05-16_iK_2019-06-30.pdf.

4 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 5. Dezember 2019, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2022/BPL-RL_2019-12-05_iK-2019-12-21.pdf.

5 BGBl. I, S. 646.

6 Sundmacher, Leonie/Schang, Laura/Schüttig, Wiebke et al., Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2018, Zusammenfassung abrufbar unter <https://www.hsm.bwl.uni-muenchen.de/forschung/gutachten/bpl-gutachten-zusammenfassung.pdf>. Die Langfassung ist abrufbar über den G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ vom 20. September 2018, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf.

7 Gesetzentwurf der Bundesregierung, Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG), Bundesrats-Drucksache 504/18 vom 12. Oktober 2018, S. 56.

gung in § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V umgesetzt, innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festzulegen. Nicht umgesetzt worden sei die in § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V geforderte Berücksichtigung der Sozialstruktur.⁸ Des Weiteren seien Vorschläge des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zum Teil umgesetzt worden: „*Wesentliche Neuerungen ergeben sich aus dem veränderten Morbiditätsfaktor, der auch zu systematischen Veränderungen bei den Verhältniszahlen mit der Einführung sog. Basis-Verhältniszahlen führt (§§ 8 und 9 Bedpl-RL). Der G-BA nimmt insofern Vorschläge der Gutachter auf, als zur Ermittlung die Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung herangezogen werden, ändert aber die Berechnung. Dahinter steht die Einschätzung, dass auch mit einem einfacheren Verfahren ein ausreichender Zugewinn an Genauigkeit erzielt werden kann.*“ (S. 43, 44) Verfassungsrechtlich beleuchtet wird – ausgehend vom TSVG als erneuter Anlass – die Zulässigkeit der Bedarfsplanung als zulassungsbeschränkende Maßnahme, da aufgrund von Überversorgung beschlossene Zulassungsbeschränkungen in das Grundrecht auf freie Berufsausübung nach Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG)⁹ eingreifen.

Pawlita, in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar SGB V, 4. Auflage, § 101 SGB V (Stand: 6. November 2020), Rn. 49 ff., Die Grundkonzeption der Bedarfsplanung seit dem GKV-VStG und TSVG sowie § 103 SGB V (Stand: 18. Januar 2021), Rn. 276 ff, Quotenregelung (§ 16 Satz 3 BedarfsplRL).

Die u. a. durch das TSVG geänderte Bedarfsplanung wird dargestellt. Dabei wird im Rahmen der Mindest- und Höchstversorgungsanteile nach § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V ausführlich auf die Quotenregelung für Nervenärzte und für Fachinternisten und deren Auswirkungen wie z. B. die Nachbesetzung eingegangen. Im Hinblick auf den Versorgungsgrad wird kritisiert: „*Inkonsequent ist die fehlende Anpassung des § 101 Abs. 1 Satz 9 SGB V an die Einführung von Dreiviertelversorgungsaufträgen, die mit dem Faktor 0,75 in die Bedarfsplanung eingehen müssten. Es dürfte von einem Versehen des Gesetzgebers auszugehen sein.*“ (§ 101 Rn. 127)

8 Die Berücksichtigung der Sozialstruktur in § 101 Abs. 2 SGB V geht auf das am 16. Juli 2015 erlassene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zurück (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, BGBl. I, S. 1211). Vgl. zur Berücksichtigung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch das Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 26. Juni 2019, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5830/2019-05-16_2019-06-20_BPL-RL_Weiterentwicklung_konsolidiert_BMG.pdf. Ausdrücklich heißt es hier: „*Zwar kann nachvollzogen werden, dass die gegenwärtige Datenlage eine Berücksichtigung der Sozialstruktur im Rahmen der Bedarfsplanung gemäß § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V nicht mit hinreichender Genauigkeit ermöglicht. Gleichwohl hält das Bundesministerium für Gesundheit an dem gesetzlichen Auftrag fest und erwartet vom Gemeinsamen Bundesausschuss, dass er im Rahmen der weiteren Fortentwicklung der Bedarfsplanung die erforderlichen Maßnahmen ergreift, um dem gesetzlichen Auftrag auch insofern zukünftig nachkommen zu können.*“

9 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 u. 2 Satz 2 des Gesetzes vom 29. September 2020 (BGBl. I S. 2048) geändert worden ist.

Erläutert wird zudem, dass der Gesetzgeber mit dem MDK-Reformgesetz¹⁰ nachgebessert habe und in § 103 Abs. 4 einen Satz 6 eingefügt habe (mit Folgeänderungen in Absatz 4a Satz 5 und Absatz 4b Satz 5). Damit seien nun Festlegungen nach § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V auch im Nachbesetzungsverfahren zu beachten (§ 103 Rn. 277).

Ladurner, Anderas, Das Termiservice- und Versorgungsgesetz – TSVG aus vertragsärztlicher Perspektive (Teil 1), in: Medizinrecht (MedR) 2019, S. 440–450, abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-019-5248-1>.

Der Aufsatz erläutert und bewertet die durch das TSVG ergangenen Neuregelungen, die sich auf die Bedarfsplanung und Zulassung auswirken.

Die verstärkte Mitwirkung der Bundesländer wie das Antragsrecht im G-BA mit Blick auf die Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 92 Abs. 7e SGB V) oder das in § 103 Abs. 2 S. 4 SGB V enthaltene Antragsrecht der zuständigen obersten Landesbehörden, ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines Planungsbereichs für einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen, wird kritisch gesehen. Es drohe eine unnötige Politisierung von Versorgungsentscheidungen. Weiter heißt es: „[...] *ebenso fragwürdig ist – was Landes- und Zulassungsausschuss betrifft – die Vermischung von eigener Mitwirkung im und Rechtsaufsicht über das Selbstverwaltungsgremium. Dass schließlich die Ministerialbürokratie über besseres Wissen in Versorgungsfragen verfügt als die Selbstverwaltungspartner Ärzte und Krankenkassen, wird sich erst zeigen müssen.*“ (S. 447)

Auch wird die Neuregelung in § 103 Abs. 2 S. 4 SGB V als zu kompliziert eingestuft, da der jeweilige Landesausschuss im Einvernehmen mit der zuständigen obersten Landesbehörde zunächst Kriterien aufstellen müsse, wie – abstrakt – ländliche oder strukturschwache Teilgebiete eines an sich gesperrten Planungsbereichs zu bestimmen seien. Im Anschluss habe ein detailliert geregeltes Verfahren von der Bestimmung der Teilgebiete bis hin zur Antragstellung zu erfolgen. Bemängelt wird zudem, dass mit der Sonderbedarfszulassung nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V bereits ein wirksames Instrument bestehe, punktuelle Mangelversorgung in überversorgten Planungsbereichen zu beseitigen. Der Autor beanstandet in dem Zusammenhang ferner: „*Kaum nachvollziehbar ist, dass mit § 103 Abs. 2 S. 4 SGB V n.F. nun nicht nur eine definierte Zahl von neuen Vertragsarztsitzen geschaffen, sondern – in einem an sich überversorgten Planungsbereich – lokal vollständige Niederlassungsfreiheit eingeräumt wird.*“

Begrüßt wird dagegen die verfeinerte Bedarfsplanung, wie sie sich darin zeige, dass der G-BA innerhalb einzelner Arztgruppen nach Fachgruppen, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte mit entsprechender Ausrichtung festlegen könne (§ 101 Abs. 1 S. 8 SGB V). Die Regelung orientiere sich an der bereits für die einheitliche Arztgruppe der psychotherapeutisch ausgerichteten Ärzte und Psychotherapeuten bestehenden Regelung (§ 101 Abs. 4 S. 5ff. SGB V). Ziel sei es, es, vor allem innerhalb großer Arztgruppen (z.B. innerhalb der Gruppe der Fachinternisten, die so unterschiedliche Fachärzte wie den Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie bzw. Kardiologie umfasst) stärker zielgerichtet steuern zu können. Die Terminologie in § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V knüpfe an

10 Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen (MDK-Reformgesetz) vom 14. Dezember 2019, BGBl. I, S. 2789.

das ärztliche Weiterbildungsrecht an (Muster-Weiterbildungsordnung, MWBO¹¹). Weitere aus der Regelung folgende Praxisfragen für die Zulassung werden erörtert.

Ladurner, Andreas, Das Termiservice- und Versorgungsgesetz – TSVG aus vertragsärztlicher Perspektive (Teil 2), in: Medizinrecht (MedR) 2019, S. 519–529, abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00350-019-5268-x>.

Der Artikel führt die Bewertung der durch das TSVG geregelten Neuerungen mit Auswirkung auf das Bedarfsplanungs- und Zulassungsrecht fort. So wird der Frage nachgegangen, ob und wie mit der neu geschaffenen Möglichkeit, den aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrag auf drei Viertel zu beschränken (§ 19a Abs. 2 S. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte - Ärzte-ZV)¹² der verbleibende Viertel-Versorgungsauftrag nachbesetzt werden kann. Auch weitere Maßnahmen zur Versorgungsverbesserung werden dargestellt:

- Der Strukturfonds muss nunmehr verpflichtend von der Kassenärztlichen Vereinigung zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gebildet werden. Die für den Fonds zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel werden erhöht. Daneben weitet das TSVG die Palette der möglichen Verwendungszwecke für Strukturfondsmittel aus. So können die Mittel beispielsweise auch zur Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung als Vertragsarzt, insbesondere bei Verzicht auf einen Nachbesetzungsantrag nach § 103 Abs. 3a S. 1 SGB V und für Entschädigungszahlungen nach § 103 Abs. 3a S. 13 SGB V, verwendet werden (§ 105 Abs. 1a Nr. 6 SGB V).
- Die KÄVen werden nach § 105 Abs. 1c S. 3 SGB V gesetzlich verpflichtet, spätestens sechs Monate nach Feststellung einer Unterversorgung in betroffenen Gebieten Eigeneinrichtungen (auch möglich in Form von telemedizinischen Angeboten) zu betreiben. Da solche Eigeneinrichtungen, in denen Leistungserbringung und Kontrolle durch die KÄV zusammenfallen, systemfremd seien, müsse diese gesetzliche Verpflichtung ein Ausnahmefall bleiben, so der Autor des Artikels. Daher sei es zu begrüßen, dass die ursprünglich geplante Ausweitung auch auf Gebiete mit nur drohender Unterversorgung im Gesetzgebungsverfahren fallen gelassen worden sei. Zu bedauern sei, dass das Benehmen der Krankenkassen keine Gründungsvoraussetzung sei und damit das zulassungsrechtliche Grundprinzip, dass Ärzte und Krankenkassen gemeinsam über die Systemteilnahme von vertragsärztlichen Leistungserbringern entscheiden, beschränkt werde.
- Sicherstellungszuschläge sind nicht mehr wie bisher fakultativ, sondern nunmehr nach § 105 Abs. 4 S. 1 SGB V obligatorisch in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten von den KÄVen für bestimmte vertragsärztliche Leistungserbringer zu leisten.
- Die Weiterbildung in den grundversorgenden Facharzttrichtungen wird durch das TSVG ausgeweitet, in dem die Zahl der zu fördernden Stellen in § 75a Abs. 9 S. 2 SGB V von 1.000 auf 2.000 verdoppelt wurde.

11 Die Muster-Weiterbildungsordnung 2018 ist abrufbar über die Bundesärztekammer unter [https://www.bun-
desaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/](https://www.bun-
desaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/weiterbildung/muster-weiterbildungsordnung/).

12 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 8230-25, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist.

Berner, Barbara / Bördner, Jonas, Erste Umsetzungsfragen aus der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie und dem TSVG, in: Gesundheitsrecht (GesR) 2019, S. 477–483, abrufbar unter: <https://www.degruyter.com/view/journals/gesr/18/8/article-p477.xml>.

Der Beitrag befasst sich mit dem TSVG und der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie diesbezüglichen Umsetzungs- und Anwendungsfragen. Als wichtige Neuerungen des TSVG werden z. B. genannt:

- Antragsrecht statt bloßes Mitberatungsrecht der Länder im G-BA sowie Erforderlichkeit des Einvernehmens mit den Ländervertretern für die Einrichtung von Arbeitsgruppen und die Bestellung bestimmter Sachverständiger (§ 92 Abs. 7e SGB V).
- Antragsrecht der zuständigen obersten Landesbehörde in den Landesausschüssen (§ 90 Abs. 4 S. 4 SGB V); daraus resultiere die Möglichkeit, ländliche und strukturschwache Teilgebiete eines an sich wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereichs für einzelne Arztgruppen von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen (§ 103 Abs. 2 S. 4 SGB V) sowie die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs festzustellen (§ 100 Abs. 3 SGB V). Ersteres könne dazu führen, dass diese Feststellung losgelöst von den Prärogativen des G-BA erfolgte und gar deren Ergebnisse konterkarierte.
- Mindest- und Maximalquoten bei der Planung von Sitzen für Fachärzte mit bestimmten Schwerpunkten, um ein ausgewogenes Verhältnis unterschiedlicher Schwerpunkte sicherzustellen (§ 101 Abs. 1 S. 8 SGB V),
- grundsätzliche Möglichkeit des Zulassungsausschusses, den Antrag auf Nachbesetzung abzulehnen, wenn die Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist (§ 103 Abs. 3a S. 3 SGB V).

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie, mit der etwa 3.500 zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten insbesondere für die Arztgruppe der Hausärzte und Psychotherapeuten geschaffen würden, greife wesentliche Vorschläge des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ebenso wie durch das TSVG geschaffene Änderungen auf:

- stärkere Berücksichtigung der Morbidität – neben der Einwohnerzahl sowie Alter und Geschlecht – bei der Bedarfsfestlegung¹³; so werden die Verhältniszahlen der Ärzte und Psychotherapeuten zur Einwohnerzahl in einem Planungsbereich neu berechnet (§ 9 Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- Berücksichtigung der Erreichbarkeit der Hausärzte innerhalb von 20 Minuten Fahrtzeit mit dem Auto (der Kinderärzte innerhalb von 30 Minuten und der Gynäkologen und Augenärzte innerhalb von 40 Minuten) bei der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35 Abs. 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- besondere Berücksichtigung der Barrierefreiheit vor dem Hintergrund der geltenden UN-Behindertenrechtskonvention insbesondere bei Neuzulassungen (§ 4 Abs. 1 S. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) sowie daraus resultierende Einfügung des Gliederungspunktes 1.6 (Barrierefreier Zugang zur Versorgung) in der Anlage 2.1.,

13 Die Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in § 101 Abs. 2 SGB V geht auf das am 16. Juli 2015 erlassene Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zurück (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, BGBl. I, S. 1211).

- Konkretisierung der Quoten für Nervenärzte und Fachinternisten (§ 12 Abs.5 bzw. § 13 Abs. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie) samt Festlegung von Maximalquoten für die Fachbereiche Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie und Nephrologie (§ 13 Abs. 6 der Richtlinie).

Ruhberg, Manfred, Das neue Bedarfsplanungsrecht für Vertragsärzte. Entwicklung, Herausforderungen und Chancen, 2019.

Das Buch beleuchtet u. a. die Auswirkungen des TSVG wie auch der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die vertragsärztliche Versorgung im Vergleich zu dem bis dahin geltenden Recht. Dargestellt werden die tatsächlichen und rechtlichen Grundlagen der ärztlichen Versorgung ebenso wie die einzelnen Regelungen zur Versorgung auf Bundes- und auf Landesebene, hier insbesondere das Bedarfsplanungsrecht und das Zulassungsrecht. Im Zusammenhang mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden die Versorgungsebenen, die räumlichen Grundlagen, die Arzt-Einwohner-Verhältniszahlen, der Morbiditätsfaktor, die sozioökonomischen Faktoren sowie die Regelungen zur Unterversorgung und zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wie auch das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten dargestellt. Zu den sozioökonomischen Faktoren beispielsweise geht der Autor davon aus, dass diese – wenn sie auch nicht unmittelbar in der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt werden – jedenfalls mittelbar über den Morbiditätsfaktor in die Bedarfsplanung Eingang finden.

Pfeifer, Michael / Becker-Wulf, Die Bedarfsplanung nach dem TSVG – Bedarfsplanung, quo vadis, in: GesR 2019, S. 273–280, abrufbar unter: <https://www.degruyter.com/view/journals/gesr/18/5/article-p273.xml?language=de>.

Nach Auffassung der Autoren zeigt das TSVG, dass der Gesetzgeber eine ausdifferenziertere Bedarfsplanung angestrebt habe, zu der der G-BA in die Pflicht genommen werde. So ermögliche der neu eingefügte Satz 8 in § 101 Abs. 1 SGB V, wonach der G-BA innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachgebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen differenzierte Mindest- oder Höchstversorgungsanteile für Ärzte dieser Fachgebiete oder für Ärzte mit entsprechenden Facharztkompetenzen oder Schwerpunktkompetenzen festlegen könne, eine feingliedrigere und fachbezogener Bedarfsplanung. Die bis dahin bestehende Kompetenz des G-BA, verbindliche Mindestversorgungsanteile festzulegen, die in der Vergangenheit auf die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten beschränkt gewesen sei, habe sich bewährt und sei daher nach Auffassung des Gesetzgebers auch bei anderen Arztgruppen notwendig, um Versorgungsbedürfnisse genauer berücksichtigen zu können. Kritisch angemerkt wird, dass bei der Ausgestaltung der Differenzierung in § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V gesetzliche Präzisierungen fehlten: „[...] *Ob und wenn ja, wie die Quotenanteile für welche Gruppierung zu bemessen, zu bestimmen, festzulegen und zu verteilen sind, wird sich auch mit einem Blick in die (Muster-) Weiterbildungsordnung angesichts ihrer eigenen dynamischen Fortentwicklung auf Dauer nicht lösen lassen und die für den Quotenbedarf bereitstehenden Sitze in Frage stellen.*“

Auch die durch das TSVG erfolgte Neuregelung in § 103 Abs. 2 S. 4 SGB V (Regelung zur örtlichen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung) wird näher beschrieben. Bezweckt worden sei, die Erkenntnisse der obersten Landesbehörden zu den infrastrukturellen Voraussetzungen einzubeziehen.¹⁴

Lehmann, Kathleen / Uhlemann, Thomas, Reform der ambulanten Bedarfsplanung – Auf dem Weg zum Morbiditätsbezug?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 2019, S. 14–21, abrufbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2019-4-5-14/reform-der-ambulanten-bedarfsplanung-auf-dem-weg-zum-morbiditaetsbezug-jahrgang-73-2019-heft-4-5>.

Die Abhandlung stellt die aktuelle Bedarfsplanung basierend auf dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung sowie auf gesetzlichen Änderungen wie dem TSVG vor. Im Ergebnis gehe die neue Bedarfsplanung mit einem Zuwachs an Arztsitzen in Höhe von 3.500 einher. Nähere Ausführungen folgen zur:

- Anpassung der Verhältniszahlen,
- Neukonzeption des Morbiditätsfaktors und
- Einführung von Quoten.

Zur Thematik der durch das TSVG eingebrachten Anregung, sozioökonomische Faktoren zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V), wird die Begründung der Gutachter nachvollzogen, dies sei bei der bestehenden Datenlage auf aggregierter Ebene nicht sinnvoll möglich und es bestehe eine erhebliche Gefahr ökologischer Fehlschlüsse.¹⁵ Kritisch betrachtet wird die durch das TSVG gewonnene Einflussnahme der Bundesländer (z. B. § 90 Abs. 4 S. 4 SGB V): *„Zum einen ist eine Ausweitung der Planungshoheit ohne entsprechende Finanzverantwortung schon strukturell bedenklich. Zum anderen kann die politisch motivierte Konkurrenz um Ärzte und Versorgungsangebote dazu führen, den Wettbewerb zwischen den Regionen zu verschärfen und die Verteilungsprobleme zwischen attraktiven Städten und peripheren, ländlichen oder strukturschwachen Regionen weiter zu verstärken.“*

14 Gesetzentwurf der Bundesregierung Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), Bundestags-Drs. 19/6337 vom 7. Dezember 2018, S. 121: *„[...] da davon ausgegangen wird, dass die Landesbehörden nicht nur über Kenntnisse über die lokale ärztliche Versorgungslage und die Altersstruktur der vorhandenen Ärzte in den jeweiligen Gebiete verfügen, sondern ihnen darüber hinaus auch weitere relevante Faktoren für einen bedarfsgerechten Zugang zur ärztlichen Versorgung bekannt sind, [...] insbesondere die infrastrukturelle Gesamtsituation in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten eines Planungsbereichs, die Gestaltung der Mobilität [...] sowie die Versorgungssituationen und infrastrukturellen Verflechtungen in und zu benachbarten Gemeinden und Kreisen“.*

15 G-BA, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“ vom 20. September 2018, S. 32 des Gutachtens, abrufbar unter https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf.

Willkomm, Jan / Kaltenhäuser, Niels, Sprechstundenverpflichtungen und Zulassungsrecht im Geltungsbereich des TSVG – Neuregelungen und offene Fragen, in: GuP 2019, S. 161–167.

Die Veröffentlichung beschäftigt sich u. a. mit dem durch das TSVG modifizierten Zulassungsrecht. Näher beschrieben wird die neu geschaffene Regelung – neben der bisher gegebenen Möglichkeit, den vollen auf einen halben Versorgungsauftrag zu reduzieren – eine Reduktion auf einen dreiviertel Versorgungsauftrag zu beantragen (§ 19a Abs. 2 S. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte, Ärzte-ZV). Damit einher gehe, dass das freiwerdende Viertel im Nachbesetzungsverfahren verwertbar sei (§ 103 Abs. 3a S. 2 SGB V). Daher müsse auch die Reduzierung auf ein Viertel durchführbar sein. In der Folge werden einzelne Praxisprobleme zur Nachbesetzung dargestellt.

Berg, Sebastian, Auswirkungen des TSVG auf die Vertrags- und Praxisgestaltung, 2019, abrufbar unter: https://arge-medizinrecht.de/wp-content/uploads/2019/11/2019_04_Berg_TSVG.pdf.

In dieser Darstellung wird die durch das TSVG erfolgte Anpassung der Bedarfsplanung vorgestellt, insbesondere die Auswirkung der Quoten in § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V auf die Nachbesetzung und Neuzulassung in der Praxis.
