

Bedarfsplan 2020 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

erstellt von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen
und den Ersatzkassen in Schleswig-Holstein

Stand: 1. Dezember 2019

Präambel

Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinie auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auf und passen ihn sodann der jeweiligen Entwicklung an. Der Bedarfsplan soll den Stand und den Bedarf an der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung darstellen.

Zuletzt war einvernehmlich beschlossen worden, den Bedarfsplan 2013 bis zum 31.12.2019 gelten zu lassen, weil Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie erwartet wurden. Die neue Fassung ist am 01.07.2019 in Kraft getreten. Sie beinhaltet völlig neue Ansätze für die vertragsärztliche Bedarfsplanung, so dass sich die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) insbesondere damit auseinandergesetzt hat, ob die im Bedarfsplan 2013 beschlossenen Abweichungen von der damaligen Richtlinie noch erforderlich und sinnvoll sind und ob auch von der geänderten Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden soll oder nicht.

Die Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie könnten im Ergebnis bundesweit zu zusätzlich ca. 3.470 neuen Niederlassungsmöglichkeiten führen, was auf abgesenkte Verhältniszahlen, Quotenregelungen für einige Arztgruppen und insbesondere eine stärkere Berücksichtigung der Krankheitslast in den einzelnen Regionen zurückzuführen ist. Insbesondere für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und die bedarfsplanerischen Arztgruppen der Nervenärzte und der Fachinternisten sind maßgebliche Regelungen getroffen worden, die die wohnortnähere Versorgung der Patienten sicherstellen und den maßgeblichen Gremien eine stärkere Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung ermöglichen sollen. Die KVSH begrüßt die beschlossenen Änderungen daher ganz ausdrücklich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte vor der beschlossenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ein Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff SGB V in Auftrag gegeben. Dieses von einem Konsortium aus verschiedenen Instituten deutscher Universitäten und einer auf Kommunikation im Gesundheitswesen spezialisierten Beratungsfirma erstellte Gutachten wurde im Juli 2018 veröffentlicht und war Grundlage für die Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Die KVSH hat sich nicht nur mit den beschlossenen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie auseinandergesetzt, sondern auch mit dem Gutachten, da das Gutachten ausführliche Anregungen für die Ermittlung des Versorgungsbedarfs und dessen regionale Ausweisung in Arztkapazitäten enthält und somit Denkanstöße liefert. In dem Gutachten wird angemerkt, dass die wohlbegründete Ermittlung und eine räumliche Ausweisung des Versorgungsbedarfs ein notwendiger Schritt sei, um auf dieser Basis eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Steuerung der Versorgung zu ermöglichen, auch wenn durch die Bedarfsplanung noch nicht gewährleistet werde, dass Ärzte die benötigten Leistungen auch dort anbieten, wo sie gebraucht werden. Dem kann sich die KVSH nur anschließen. Im Folgenden wird der Bedarf an ambulanten vertragsärztlichen Leistungen in Schleswig-Holstein beschrieben und ausgehend von der geänderten Bedarfsplanungs-Richtlinie werden die Regelungen für die Bedarfsdeckung in Schleswig-Holstein im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgelegt, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein zu steuern.

Die KVSH wird die Erfahrungen aus der Anwendung des Bedarfsplans 2020 spätestens im Jahr 2023 gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auswerten und das Ergebnis beraten. Sofern keine Änderungen erforderlich werden, gilt der Bedarfsplan 2020 dann für weitere drei Jahre.

Soweit in diesem Bedarfsplan die Bezeichnung „Ärzte“ oder „Vertragsärzte“ verwendet wird, sind sowohl weibliche und männliche Ärzte bzw. Ärztinnen gemeint als auch weibliche und männliche Psychotherapeuten bzw. Psychotherapeutinnen, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes festgestellt wird.

1. Regionale Versorgungssituation

Die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein ist nach wie vor gut, jedoch existieren Unterschiede zwischen den ländlichen Gebieten und den Städten sowie zwischen Ost- und Westküste. Die Facharztichte ist in den Städten höher und ebenso an der Ostküste. Das Umland von Hamburg profitiert von der Nähe zu Hamburg und seinen Ärzten und Kliniken.

1.1. Ärztliche Versorgungssituation

Durch die Gesundheitsreformgesetze der letzten Jahre wurden die Grundlagen für neue Berufsausübungsformen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung geschaffen. Zunächst hat der Gesetzgeber zum 01.01.2004 die Medizinischen Versorgungszentren eingeführt, dann überörtliche und Teilberufsausübungsgemeinschaften ermöglicht sowie die Beschränkung auf eine halbe Zulassung. Ferner wurden die Rahmenbedingungen für die Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten neu festgelegt und die Voraussetzungen zur Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit in einer Zweigpraxis erleichtert. Insgesamt sind in Schleswig-Holstein über 5.500 Ärzte und Psychotherapeuten ganz oder halb zur vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zugelassen oder als Angestellte viertel-, halb-, dreiviertel- oder ganztags tätig, wobei die Anzahl der angestellten Ärzte ständig steigt und besonders der Anteil der in Teilzeit tätigen angestellten Ärzte.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erfolgte im Hinblick auf die Berufsausübungsform eine weitere Flexibilisierung, weil die Abgabe nur eines viertel Versorgungsauftrages mit der Konsequenz einer dreiviertel Zulassung ermöglicht wurde. Auch dies wird sich voraussichtlich auswirken und die Anzahl der in Teilzeit vertragsärztlich tätigen Ärzte nochmals erhöhen.

Von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzten hat sich fast die Hälfte zu Berufsausübungsgemeinschaften zusammengeschlossen. Fast 280 Zweigpraxen gibt es in Schleswig-Holstein. Überwiegend sind diese Praxen nur tageweise besetzt und es werden nur einzelne Leistungen angeboten. In über 130 dieser Zweigpraxen sind jedoch angestellte Ärzte auf Arztstellen tätig. 83 Medizinische Versorgungszentren gibt es aktuell in Schleswig-Holstein mit insgesamt 435 Arztstellen und zu circa 50 Prozent in der Trägerschaft von Krankenhäusern.

Problematisch wird es dort, wo eine hausärztliche Versorgerpraxis auf dem Lande keinen Nachfolger findet. Bis zu 2.000 Patienten werden in einer solchen Praxis versorgt und der nächste Hausarzt hat häufig eine ähnlich hohe Patientenzahl. Viele dieser Praxen werden mittlerweile als Zweigpraxis einer benachbarten Hausarztpraxis fortgeführt und sind mit einem oder mehreren angestellten Ärzten besetzt. Etwa 600 Hausärzte in Schleswig-Holstein sind mindestens 60 Jahre alt und die meisten der betroffenen Praxen in den ländlichen Gebieten sind für die hausärztliche Versorgung unentbehrlich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs im hausärztlichen Bereich als Maßstab für eine zumutbare Entfernung eine Fahrtzeit von 20 Minuten in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommen. Hierzu ist in dem bereits erwähnten Gutachten ausgeführt worden, dass in Deutschland 99,8 Prozent der Bevölkerung einen Hausarzt in maximal zehn Minuten erreichen. In Schleswig-Holstein beträgt die durchschnittliche Distanz zwischen dem Wohnsitz der Patienten und ihrer Hausarztpraxis 3,7 km und zwar obwohl die Patienten keineswegs immer die in der geringsten Entfernung liegende Praxis aufsuchen. Damit ist die räumliche Erreichbarkeit von Hausarztpraxen in Schleswig-Holstein grundsätzlich unproblematisch.

Im Jahr 2014 haben Gemeinden aus Schleswig-Holstein erstmals beschlossen zu prüfen, ob sie eine kommunale Eigeneinrichtung zur hausärztlichen Versorgung ihrer Einwohner betreiben wollen. Die

KVSH begrüßt derartige Bestrebungen, sofern es sich um begründete Ausnahmefälle handelt und keine Möglichkeit gesehen wird, um die Versorgung auf andere Weise sicherzustellen. Am 01.04.2015 hat die kommunale Eigeneinrichtung Ärztezentrum Büsum gGmbH als bundesweit erste kommunale Eigeneinrichtung ihre Tätigkeit mit vier dort angestellten Hausärzten aufgenommen und am 01.05.2019 wurde eine solche Einrichtung in Lunden eröffnet. Auf Helgoland entsteht die dritte Einrichtung. Alle drei Einrichtungen sind nach dem Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (alte Fassung) finanziell gefördert worden.

Daneben gibt es in Schleswig-Holstein Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft für die hausärztliche Versorgung und zwar an der Westküste sowie im Norden des Landes. Auf Pellworm gibt es ein solches Medizinisches Versorgungszentrum seit Juli 2016, in Hürup seit Juli 2019 und seit September 2019 in Silberstedt. Zunehmend werden derartige größere Strukturen mit angestellten Ärzten auch von Hausärzten selbst aufgebaut. Um dies zu erleichtern, fördert die KVSH die Errichtung von sogenannten Teampraxen aus ihrem seit dem 01.10.2019 geltenden Strukturfonds. Ausdrückliches Ziel der KVSH ist es, hausärztliche Zentren in vertragsärztlicher Trägerschaft insbesondere in den zentralen Orten nach dem zentralörtlichen System des Landes Schleswig-Holstein zu erhalten bzw. deren Gründung zu fördern, um in den dazugehörigen Nahbereichen die hausärztliche Versorgung auch für die Zukunft sicherzustellen. Die Schaffung größerer Strukturen mit flexiblen Arbeitsmöglichkeiten für die dort tätigen Ärzte unter Einbindung moderner telemedizinischer Optionen und hochqualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten soll dazu beitragen, die hausärztliche Tätigkeit auf dem Lande attraktiv für die junge Fachärzte für Allgemeinmedizin zu gestalten. Die finanzielle Belastung durch die Schaffung solcher Strukturen soll durch die Bezuschussung aus dem Strukturfonds stark reduziert werden.

Seit dem In-Kraft-Treten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes am 11.05.2019 haben die Landesausschüsse die Aufgabe, im Einvernehmen mit der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde Kriterien aufzustellen für die Bestimmung von ländlichen und strukturschwachen Teilgebieten, damit basierend auf diesen Kriterien die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden gegebenenfalls bei den Landesausschüssen beantragen können, entsprechende Teilgebiete von Planungsbereichen von Zulassungsbeschränkungen auszunehmen. Einem solchen Antrag hat der Landesausschuss dann stattzugeben.

Bis zur Herstellung des Einvernehmens über den Bedarfsplan 2020 hatte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein noch keine Kriterien aufgestellt. Als maßgeblich könnten beispielsweise für die hausärztliche Versorgung Prognoseberechnungen zu den fiktiven Versorgungsgraden in den Nahbereichen, das heißt in Teilgebieten der Mittelbereiche, unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzte angesehen werden. Um auch landesplanungsrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen, könnte auf das im Landesentwicklungsplan festgelegte Zentralörtliche System abgestellt werden. Dann bestünde die Möglichkeit, trotz Zulassungsbeschränkungen in einem Planungsbereich eine nach dem Strukturfonds der KVSH förderfähige Praxis in einer Förderregion mit finanzieller Unterstützung durch die KVSH aufzubauen.¹

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst nach § 75 Absatz 1 b SGB V auch die „vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten“. Die KVSH hat den ärztlichen Bereitschaftsdienst bereits mit Wirkung ab 01.01.2007 grundlegend reformiert. Seither gibt es in Schleswig-Holstein flächendeckend rund 30 allgemeinärztliche Anlaufpraxen, die sich in aller Regel an Krankenhäusern befinden. So sind ein Rückgriff auf die Ressourcen des Krankenhauses oder eine stationäre Weiterbehandlung ohne zusätzliche Wege für den Patienten und in enger Abstimmung zwischen dem Bereitschaftsdienst und dem Krankenhaus möglich, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich wird. Zudem verbessern die festen Standorte an Kliniken die Erreichbarkeit der Anlaufpraxen. Ist einem Patienten aus gesundheitlichen Gründen das Aufsuchen der Anlaufpraxis nicht möglich, kommt ein Arzt des fahrenden Dienstes zum Patienten ins Haus.

¹ Entsprechend hat der Landesausschuss am 17.12.2019 beschlossen.

Koordiniert wird der ärztliche Bereitschaftsdienst durch eine Leitstelle in Bad Segeberg, die mit medizinisch ausgebildetem Personal besetzt ist. Sollte sich im Verlauf eines Telefonats herausstellen, dass ein akuter Notfall vorliegt, übernimmt die Leitstelle die Verständigung des Rettungsdienstes.

Neben dem allgemeinen Bereitschaftsdienst organisiert die KVSH einen kinderärztlichen Bereitschaftsdienst, der über ein Netz von derzeit zwölf Anlaufpraxen verfügt. Darüber hinaus sind ein spezieller Bereitschaftsdienst der Hals-, Nasen- und Ohrenärzte sowie der Augenärzte Teil der vertragsärztlichen Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten. Über die diensthabenden Praxen und ihre Öffnungszeiten gibt die Leitstelle Auskunft.

Wegen der bundesweiten Tendenz zur Inanspruchnahme der Notfallambulanzen der Kliniken bei ambulant zu behandelnden Erkrankungen bzw. bei Bagatellerkrankungen erwägt die Gesetzgebungsebene offenbar, eine Neuordnung der Notfallversorgung einzuleiten. Unabhängig davon herrscht in Schleswig-Holstein bereits seit langem Einigkeit darüber, dass die Patientensteuerung über einen "gemeinsamen Tresen" einer vertragsärztlichen Anlaufpraxis und der Zentraler Notaufnahme des jeweiligen Krankenhauses die Patientensteuerung verbessert, so dass an vielen Standorten schon ein "Zusammenwachsen" erfolgt ist oder die Beteiligten daran interessiert sind, im Rahmen der vorhanden baulichen Strukturen eine Lösung zu finden bzw. zukünftige Baumaßnahmen miteinander abzustimmen. Daneben gewinnt das Thema der einheitlichen und standardisierten Ersteinschätzung - wie z.B. im Innovationsfondsprojekt DEMAND mit SmED (strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) - immer mehr an Bedeutung.

Bereits während der Laufzeit des Bedarfsplans 2013 hat der Gesetzgeber neue Regelungen zur Terminvergabe eingeführt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden mit Wirkung ab 01.01.2016 zur Errichtung von Terminservicestellen (TSS) verpflichtet, die jetzt im Rahmen der neuen Gesetzgebung des Terminservice- und Versorgungsgesetzes weitere Aufgaben übernehmen werden. Die bundesweit einheitliche Telefonnummer 116117 wird hierbei eine zentrale Rolle spielen. Deren Reichweite umfasst zunächst die Belange des Bereitschaftsdienstes und wird zukünftig mit der Struktur der TSS verschmolzen. In Schleswig-Holstein wird die TSS aktuell von den Patienten vorrangig zur Vergabe von Terminen bei Psychotherapeuten, Neurologen, Psychiatern, Kardiologen und Rheumatologen in Anspruch genommen.

Eine besondere Rolle für die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung haben in Schleswig-Holstein stets die Praxisnetze gespielt. Grundsätzliches Ziel der Netze ist die Zusammenarbeit von Vertragsärzten zur qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserung der Patientenbehandlung. In der Vergangenheit handelte es sich hierbei um sehr unterschiedlich strukturierte und organisierte Zusammenschlüsse. Mit Datum vom 01.07.2013 ist auf der Grundlage von § 87 b Abs. 4 SGB V eine Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zur Anerkennung von solchen Praxisnetzen, die die Qualität und die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit steigern wollen und hierfür bestimmte Voraussetzungen geschaffen haben, in Kraft getreten. Seitdem besteht für Praxisnetze die Möglichkeit zur Anerkennung nach dieser Richtlinie, um dadurch ihren Professionalisierungsgrad zu dokumentieren. Informationen zu den anerkannten Praxisnetzen sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung zu finden.

1.2. Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung

Das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein hat mit Wirkung zum 01.01.2017 einen neuen Krankenhausplan erlassen. Er enthält die von dem Ministerium geförderten Krankenhäuser und ist auf der Homepage des Ministeriums zu finden. In einem Allgemeinen Teil sind unter anderem die Planungsgrundsätze festgelegt, es werden Qualitätsvorgaben gemacht und Versorgungsschwerpunkte definiert. Informationen über

Krankenhäuser in Schleswig-Holstein bietet im Übrigen auch die Homepage der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein.

Krankenhäuser können neben stationären auch ambulante Leistungen erbringen. Sie können ambulante Operationen und sonstige stationäreretzende Eingriffe durchführen, vor- und nachstationär ambulant behandeln, Krankenhausärzte können vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden und darüber hinaus gibt es für einzelne Bereiche auch spezielle Institutsermächtigungen. Sämtliche Ermächtigungen sind auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im Ermächtigungsverzeichnis aufgeführt.

Ferner gibt es die Möglichkeit zur ambulanten Leistungserbringung auf der Grundlage von § 116 b SGB V alte und neue Fassung. Die neue Regelung beschreibt die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV), die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert wird. Sobald eine Konkretisierung erfolgt ist, löst diese die alten Regelungen ab und nur für eine Übergangszeit von drei Jahren sind dann die alten Bestimmungen noch gültig.

In Schleswig-Holstein waren zahlreiche Krankenhäuser für viele Diagnosebereiche nach den alten Regelungen zur Leistungserbringung berechtigt und die meisten dieser Kliniken nehmen nunmehr an der ASV teil, sobald die jeweilige Konkretisierung erfolgt ist. An der ASV können Krankenhäuser und Vertragsärzte im Rahmen eines ASV-Teams teilnehmen. In Schleswig-Holstein gibt es bereits über 20 ASV-Teams, die meisten zur Behandlung gastrointestinaler Tumore. Die bundesweit tätige ASV-Servicestelle führt ein Verzeichnis über alle ASV-Teams im Bundesgebiet, die einer Veröffentlichung zugestimmt haben. Welche Krankenhäuser bis zum 31.12.2011 nach der alten Fassung des Gesetzes zur Leistungserbringung bestimmt wurden und noch auf dieser Grundlage Leistungen erbringen, sollte bei Bedarf beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein erfragt werden.

Die KVSH geht davon aus, dass die Telemedizin in den nächsten Jahren an Bedeutung zunehmen wird. Dies wird Einfluss auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung nehmen. Bei zunehmendem Versorgungsbedarf aufgrund der demografischen Entwicklung und gleichzeitiger Abnahme der ärztlichen Kapazitäten insbesondere in ländlichen Regionen könnten die Möglichkeiten der Telemedizin arztentlastend zur Anwendung kommen.

Im Jahr 2018 hat der Deutsche Ärztetag das Fernbehandlungsverbot gelockert. Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hatte das hiesige Berufsrecht bereits zuvor entsprechend geändert. Ärzte können seitdem in Schleswig-Holstein ohne vorherigen persönlichen Erstkontakt ihre Patienten ausschließlich telefonisch oder per Internet behandeln und verstoßen damit nicht mehr gegen das Berufsrecht. Die KVSH geht davon aus, dass die Möglichkeiten zur Fernbehandlung in den nächsten Jahren verstärkt in den vertragsärztlichen Sektor eingebunden werden. In Schleswig-Holstein gibt es bereits einige telemedizinische Projekte. Eine Auswahl dieser Projekte ist auf der Homepage des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein aufgelistet. Beispielhaft erwähnt sei das Projekt „eVi“ - die elektronische Visite, das vom Praxisnetz Lauenburg, der AOK Nordwest und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein initiiert wurde und ermöglichen soll, dass Pflegeeinrichtungen im Kreis Herzogtum Lauenburg unkompliziert und schnell einen Arzt zu Rate ziehen können und zwar online.

1.3. Demografie und soziodemografische Faktoren

Im Jahr 2017 waren 26,3 Prozent der Bevölkerung Schleswig-Holsteins über 65 Jahre alt. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein hat in seinem aktuellsten am 16.11.2016 herausgegebenen Bericht über die Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bis 2030 ein Bevölkerungswachstum für die kreisfreien Städte prognostiziert.

Darüber hinaus soll die Bevölkerung ausschließlich in den an Hamburg angrenzenden Kreisen wachsen und hier insbesondere, nämlich zwischen fünf und etwas über zehn Prozent gegenüber dem Stand am 31.12.2014, in den Kreisen Pinneberg und Stormarn. Für alle anderen Kreise wird ein Bevölkerungsrückgang in einem Umfang von bis zu 5,7 Prozent der Bevölkerung prognostiziert.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung wurde ermittelt, dass der Anteil der mindestens 65 Jahre alten Bevölkerung insgesamt um 23 ansteigen werde und zwar auf 785.400 Einwohner, wobei die Kreise Segeberg und Steinburg prozentual gesehen die höchsten Zuwachsraten in dieser Altersgruppe haben sollen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte bereits mit der Etablierung eines Demografiefaktors im Rahmen der letzten Neustrukturierung der Bedarfsplanung berücksichtigt, dass die Inanspruchnahme von Ärzten mit dem Alter ansteigt. Er ging davon aus, dass die Inanspruchnahme ab einem Alter von 65 Jahren so stark wächst, dass sie bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden muss. Der Demografiefaktor wirkte sich jeweils auf die Verhältniszahl und damit den Versorgungsgrad aus und hat in der Vergangenheit in Schleswig-Holstein immer wieder zur teilweisen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen beispielsweise in den Arztgruppen der Hausärzte und der Urologen geführt. Im Zuge der aktuellen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hat der Gemeinsame Bundesausschuss diese Systematik verfeinert und folgende vier Alters- und Geschlechtsgruppen eingeführt und bei diesen konkret die Morbidität ermittelt:

- Alter bis 20 Jahre, männlich/weiblich
- Alter 20 bis unter 45 Jahre, männlich/weiblich
- Alter 45 bis unter 75 Jahre, männlich, weiblich
- Alter ab 75 Jahre, männlich/weiblich.

Die Verteilung der Bevölkerung auf die einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen wird zukünftig alle zwei Jahre neu berechnet und die Morbidität alle sechs Jahre anhand der mit der Abrechnung von den Ärzten angegebenen Diagnosen ermittelt. Regionale Abweichungen vom Bundesdurchschnitt wirken sich dahingehend aus, dass mehr oder weniger Ärzte in einem Planungsbereich erforderlich sind als im Bundesdurchschnitt. Mit diesem neuen morbiditätsorientierten Modell der Bedarfsschätzung wird der Bedarf an ärztlichen Leistungen aufgrund der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ermittelt. Maßgeblich für die Berechnungen ist der jeweilige Wohnort des Patienten und nicht der Sitz des Arztes, der eine Diagnose festgestellt hat. Dadurch soll eine wohnortnahe Versorgung sichergestellt werden.

Soziodemografische Faktoren bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen, würde eine hohe Herausforderung darstellen, denn es gibt hierzu unterschiedliche Studienergebnisse und zudem greifen häufig diverse Faktoren ineinander, so dass Prioritäten gesetzt werden müssten. Es wurde daher bereits im Bedarfsplan 2013 erwähnt, sowohl die KVSH als auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gingen davon aus, dass derartige Faktoren auf lokaler Ebene von den Zulassungsinstanzen im Rahmen von Einzelfallentscheidungen im Zusammenhang mit der partiellen Öffnung von Planungsbereichen für eine Arztgruppe bzw. Sonderbedarfsanträgen berücksichtigt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss war nunmehr gemäß § 101 Abs. 3 Satz 1 SGB V dazu verpflichtet worden, nicht nur die Demografie, sondern auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. Auf die Einbeziehung soziodemografischer Strukturen ist der Gemeinsame Bundesausschuss in den Tragenden Gründen zu der am 30.06.2019 in Kraft getretenen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie eingegangen. Er führt aus, er folge der Einschätzung des oben erwähnten Gutachtens, wonach sich die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren in der Bedarfsplanung als ausgesprochen schwierig darstelle und zitiert aus dem Gutachten. In dem Gutachten wird die Aufnahme von aggregierten sozioökonomischen Variablen nicht empfohlen, weil die - daraus resultierende - Ungleichbehandlung von Arztgruppen infolge von ökologischen

Fehlschlüssen nicht vertretbar wäre. Es solle vermieden werden, auf der Basis von erhobenen und statistisch ausgewerteten Daten, die Merkmale eines Kollektivs abbilden, unzulässigerweise auf Individualdaten zu schließen. Die für ein Kollektiv ermittelten Durchschnittswerte lassen keine Rückschlüsse auf Individuen zu. Wenn in einem Gebiet beispielsweise 30 Prozent der Einwohner arbeitslos sind und 30 Prozent der Einwohner jeden Monat einen Hausarzt aufsuchen und in einem anderen Gebiet 50 Prozent der Einwohner arbeitslos sind und 50 Prozent der Einwohner ebenfalls jeden Monat einen Hausarzt konsultieren, heißt das noch nicht, dass alle arbeitslosen Menschen jeden Monat zu einem Hausarzt gehen. Möglich wäre es, dass aus den beiden Gebieten keiner der arbeitslosen Einwohner jeden Monat einen Hausarzt aufsucht.

Dieser Einschätzung ist der Gemeinsame Bundesausschuss gefolgt, hat aber angemerkt, dass er davon ausgehe, ein großer Teil der Morbiditätsunterschiede auf der Grundlage von sozioökonomischen Strukturen sei bereits in der Differenzierung nach Alter, Geschlecht und Morbidität enthalten, so dass hier überschaubare Zugewinne an Planungssicherheit zu erwarten wären. Dem kann sich die KVSH nur anschließen.

1.4. Geografische Besonderheiten

Schleswig-Holstein ist im Westen und im Osten von Nord- und Ostsee begrenzt und unterschiedlich große Inseln mit und ohne eine feste Anbindung an das Festland sowie Halligen gehören ebenso wie die Hochseeinsel Helgoland zu Schleswig-Holstein. Die größeren Nordseeinseln sind durch regelmäßigen Fährverkehr mit dem Festland verbunden und die einzige Ostseeinsel, Fehmarn, ist über eine Brücke auf einer öffentlichen Straße erreichbar.

Der Nord-Ostsee-Kanal durchschneidet Schleswig-Holstein zwar und verbindet Nord- und Ostsee miteinander, jedoch kann er an vielen Stellen durch kostenfreie Brücken und Fähren leicht überwunden werden. Im Norden grenzt Schleswig-Holstein an Dänemark, im Osten an Mecklenburg-Vorpommern und im Süden an Hamburg. Der Ordnungsraum um die Metropolregion Hamburg ist nach Ansicht der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen aus siedlungsstrukturellen Gründen sowie aufgrund der zentralen Verkehrsverflechtungen in Form der Hauptverkehrsachsen im Südwesten durch die A 7 und die A 23 und im Südosten durch die A 1 und die A 24 gesondert zu beurteilen. Die Wirtschaftsmetropole Hamburg bietet für viele Einwohner Schleswig-Holsteins und insbesondere solche aus dem Hamburger Umland Arbeitsplätze, so dass regelmäßige Pendlerbewegungen zwischen Hamburg und dem Umland von Hamburg bestehen. Dies wirkt sich auf die Inanspruchnahme der gesamten Infrastruktur Hamburgs durch Einwohner Schleswig-Holsteins aus und führt auf allen Gebieten der Daseinsvorsorge zu Mitversorgungseffekten durch Hamburg.

Die Bevölkerungsdichte, also die Einwohnerzahl pro Quadratkilometer, variiert in Schleswig-Holstein zwischen den kreisfreien Städten und den Landkreisen erheblich und auch bei den Gemeinden mit über 20.000 Einwohnern zeigen sich Unterschiede. Die höchste Bevölkerungsdichte wies nach den Statistiken des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein zum Stichtag 31.12.2017 unter Einbeziehung der erwähnten Gemeinden die Stadt Elmshorn auf, dicht gefolgt von Kiel - beide mit jeweils über 2.000 Einwohnern pro Quadratkilometer. Innerhalb der Landkreise hat der einwohnerstärkste Kreis Pinneberg mit über 470 Einwohnern pro Quadratkilometer auch die höchste Bevölkerungsdichte, gefolgt vom Kreis Stormarn mit etwas über 300 Einwohnern pro Quadratkilometer und dem Kreis Segeberg mit knapp 200 Einwohnern pro Quadratkilometer. Alle anderen Landkreise haben weniger als 200 Einwohner pro Quadratkilometer und die Kreise Dithmarschen, Nordfriesland und Schleswig-Flensburg sogar unter 100 Einwohner pro

Quadratkilometer. Im Vergleich zum Vorjahr hatten insbesondere die kreisfreie Stadt Flensburg sowie die Landkreise Pinneberg und Segeberg einen nicht unerheblichen Bevölkerungszuwachs.

Für die KVSH bedeutet die dargestellte Situation, dass sie einerseits in rein ländlichen Gebieten ohne die Nähe zu einer Großstadt und ohne mitversorgende Nachbarregionen und andererseits in Städten und ihren Umlandgemeinden und den an Hamburg angrenzenden von der Bevölkerungszahl her ständig wachsenden Gemeinden und Städten für einheitliche Erreichbarkeitsstandards sorgen muss. In Verbindung mit der in Schleswig-Holstein bestehenden guten räumlichen Erreichbarkeit, bezieht sich dieses Vorhaben vor allem auf die Verfügbarkeit von Kapazitäten.

Die Gemeinden Schleswig-Holsteins sowie deren Zuordnung zu den Planungsräumen sind der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein zu entnehmen.

1.5. Ziele der Bedarfsplanung

Vorrangiges Ziel des Bedarfsplans 2013 war es sicherzustellen, dass die Einwohner Schleswig-Holsteins auch in Zukunft einen Hausarzt in der Nähe ihres Wohnortes auffinden und Fachärzte in zumutbarer Entfernung aufsuchen können. Dieses Ziel kann als erreicht eingeschätzt werden. Die KVSH, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben in 2013 analysiert, wie es sich auf die damalige vertragsärztliche Versorgung bzw. die einzelnen Arztgruppen auswirken würde, wenn die Bedarfsplanungs-Richtlinie ohne Abweichungen auf Schleswig-Holstein angewendet werden würde. Berücksichtigt wurde hierbei, dass bereits damals erhebliche Nachbesetzungsprobleme bestanden für hausärztliche Versorgerpraxen im westlichen bzw. nordwestlichen ländlichen Bereich Schleswig-Holsteins, sowie für kinder- und jugendmedizinische Praxen außerhalb der größeren Städte Schleswig-Holsteins und in der Arztgruppe der Nervenärzte.

Hieraus wurde damals entwickelt, dass stufenweise vorgegangen werden sollte:

1. Vorrangiges Ziel war es, die Nachbesetzungsproblematik der Hausärzte in den ländlichen Gegenden abzumildern und nicht womöglich durch Ergebnisse der neuen Richtlinie zu verschärfen.
2. Es sollte kontinuierlich überprüft werden, welche Auswirkungen der aktuelle Bedarfsplan hatte, um gegebenenfalls durch rechtzeitige Einleitung für die Beschlussfassung eines neuen Bedarfsplans negativen Entwicklungen entgegenzusteuern.
3. Langfristig sollte berücksichtigt werden, in welchem Maße sich die demografische Entwicklung auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen einerseits im ländlichen Bereich, aber andererseits auch in den Städten bzw. stadtnahen Gebieten auswirkt.

Entsprechend wurde verfahren und der Abbau von Hausarztstellen konnte bei landesweiter Betrachtung verhindert werden. Dennoch ist etwa ein Drittel der Hausärzte mindestens 60 Jahre alt, so dass das Ziel einer möglichst hohen Nachbesetzungsquote nach wie vor existiert. Von knapp 2.000 Hausärzten sind etwa 340 mindestens 65 Jahre alt. Diese Arztstellen dürfen aus Sicherstellungsgründen nicht ersatzlos wegfallen, auch wenn die Telemedizin und arztentlastende Strukturen zukünftig dazu beitragen werden, mit weniger Arztkapazitäten auskommen zu können und in einzelnen Regionen Schleswig-Holsteins mit einem Bevölkerungsrückgang schon bis 2030 zu rechnen ist.

Im Hinblick auf die zukünftig benötigte Zahl an Hausärzten ist zu berücksichtigen, dass gerade die älteren, jetzt ausscheidenden Hausärzte häufig hohe bis sehr hohe Patientenzahlen haben, während die Nachfolger tendenziell beispielsweise wegen einer Teilzeittätigkeit als angestellter Arzt weniger

„Arztzeit“ zur Verfügung stellen können und dementsprechend geringere Patientenzahlen haben. Daher wird unter Berücksichtigung der neuen Bedarfsplanung weitestgehend an dem Ziel festgehalten, möglichst viele Hausarztstellen zu erhalten und hierfür Strukturen zu unterstützen, die dies sicherstellen, das heißt insbesondere die Anstellung von Hausärzten ermöglichen.

Angestrebt wird eine wohnortnahe und flächendeckende, aber auch wirtschaftliche ambulante Versorgung. In den vom prognostizierten Bevölkerungsrückgang betroffenen Gebieten stellt es eine besondere Herausforderung dar, diese Ziele miteinander in Einklang zu bringen. Unter Berücksichtigung der Aspekte, dass die Praxen wirtschaftlich führbar sein sollen und die nachfolgende Generation vorzugsweise in gemeinschaftlichen Strukturen tätig sein möchte, bedeutet dies im Kern die Bereitschaft, einem gewissen Konzentrationsprozess nicht grundsätzlich entgegen zu stehen.

Bereits der Landesentwicklungsplan Schleswig-Holstein 2010 enthält die Forderung, dass es mindestens in allen ländlichen Zentralorten Hausärzte geben solle, die eine medizinische Grundversorgung sicherstellen. In Unter-, Mittel- und Oberzentren sollten darüber hinaus auch Fachärzte vorhanden sein. Zutreffend wird allerdings darauf verwiesen, dass die Umsetzung dieser Forderung in der Zuständigkeit der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung liegt. Wie schon ausgeführt haben die Bundesländer seit dem Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes die Möglichkeit, über einen Antrag an den zuständigen Landesausschuss die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in Teilgebieten eines Planungsbereiches zu bewirken. Im Entwurf des Landesentwicklungsplans Schleswig-Holstein 2020 wird demgemäß konkreter formuliert, welche Ziele die Landesregierung verfolgt. Um in den ländlichen Räumen eine gute hausärztliche Versorgungsqualität langfristig zu sichern, sollten die KVSH, die Kommunen und die Leistungserbringer des Gesundheitswesens ihre Zusammenarbeit intensivieren, um dem sich abzeichnenden strukturellen und lokalen Ärztemangel durch geeignete Maßnahmen und Anreize entgegenzuwirken. In den Teilräumen von Schleswig-Holstein, die von einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung betroffen sind, sollten frühzeitig neue kooperative Organisationsformen wie beispielsweise Gesundheitszentren die benötigte Ausstattung für die Haus- und Fachärzteschaft zur Verfügung stellen oder Projekte der sektorenübergreifenden Telemedizin erprobt werden, um flexibler reagieren zu können.

Die KVSH fördert den Aufbau von lokalen Gesundheitszentren in vertragsärztlicher Trägerschaft. Die Förderregionen sollen Anfang 2020 festgelegt werden. Erwogen wird eine finanzielle Unterstützung von lokalen Gesundheitszentren bzw. Teampraxen nur in solchen Orten, die nach dem Zentralörtlichen System des Landes Schleswig-Holstein mindestens als ländlicher Zentralort eingestuft sind.²

Zusätzlich strebt die KVSH nicht nur den Erhalt möglichst vieler Hausarzt- aber auch Facharztkapazitäten in den ländlichen Bereichen, sondern auch den Ausbau insbesondere der hausärztlichen Versorgung in den Gebieten mit hoher und zunehmender Bevölkerungsdichte an. Hierzu enthält der Abschnitt über den hausärztlichen Versorgungsbereich detaillierte Erläuterungen.

Als ergänzende Maßnahme zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung wurden gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Kriterien zur regelhaften Prüfung einer möglichen drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich festgelegt. Die KVSH berechnet jeweils zum 1. Juli die Versorgungsgrade. Ergibt sich dann für einen Mittelbereich ein Versorgungsgrad von unter 90 Prozent wird für diesen Mittelbereich der Versorgungsgrad in fünf Jahren simuliert und zwar ausgehend davon, dass die bis dahin mindestens 65 Jahre alten Hausärzte des Mittelbereiches ausgeschieden sind und nur zu 75 Prozent nachbesetzt werden konnten. Errechnet sich dann ein - zukünftiger - Versorgungsgrad von unter 75 Prozent - was bisher nie der Fall

² Beschluss der Abgeordnetenversammlung der KVSH vom 26.02.2020: Süderlügum, Schafflund, Bredstedt, Süderbrarup, Sörup, Böklund, Garding, Wacken, Hohenlockstedt, Barmstedt, Horst, Sandesneben

war - soll innerhalb von drei Monaten die konkrete Versorgungssituation in dem Mittelbereich gemeinsam geprüft werden. Im Rahmen der Prüfung wären beispielsweise Zweigpraxen und deren konkretes Angebot, Fallzahlen, Patientenströme sowie das Alter der vorhandenen Ärzte zu berücksichtigen. Über das Ergebnis der Prüfung soll der Landesausschuss unter Mitteilung der maßgeblichen Tatsachen auch dann benachrichtigt werden, wenn weder für die KVSH noch für einen Landesverband der Krankenkassen oder für eine Ersatzkasse eine drohende Unterversorgung anzunehmen ist. Diese Systematik hat sich bewährt und soll beibehalten werden.

Besondere Aufmerksamkeit soll ferner den Ärzten gewidmet werden, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) teilnehmen. Hierfür wurde ein Modell entwickelt, das im Abschnitt Bedarfsplanung näher dargestellt wird.

Hausärztlicher Versorgungsbereich

Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses der Mittelbereich in der Definition des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Mittelbereiche sind Bereiche zur Deckung des gehobenen, längerfristigen Bedarfs. Für Schleswig-Holstein sind 32 Mittelbereiche ausgewiesen und davon grenzen acht an Hamburg an.

In Schleswig-Holstein sind landesweit fast 2.000 Hausärzte vertragsärztlich tätig und stellen die Versorgung sicher. Seit Jahren sind regelmäßig über 600 Hausärzte mindestens 60 Jahre alt. Da es keine Altersgrenze für Vertragsärzte mehr gibt, muss dies keine unmittelbare Nachbesetzungsproblematik beinhalten, jedoch möchten die meisten Hausärzte spätestens mit dem Eintritt in das übliche Rentenalter zumindest den Umfang ihrer Tätigkeit reduzieren. Die Realität sieht jedoch anders aus, denn momentan sind fast 340 in Schleswig-Holstein vertragsärztlich tätige Hausärzte mindestens 65 Jahre alt. Den niedrigsten Anteil an Hausärzten ab einem Alter von mindestens 65 Jahren haben erwartungsgemäß Kiel und Lübeck und den höchsten Anteil die Kreise Dithmarschen und Steinburg. Bei den älteren Ärzten handelt es sich entweder um die Praxisinhaber selbst, aber auch um frühere Praxisinhaber, die erfolgreich ihre Praxis übergeben konnten und nunmehr als angestellte Hausärzte dazu beitragen, Sicherstellungslücken zu vermeiden.

Im Zuge der Auswertung der Auswirkungen der zum 01.07.2019 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde festgestellt, dass seit 2013 die hausärztliche Behandlung von Patienten aus Schleswig-Holstein in Hamburg noch erheblich zugenommen hat, so dass eingehend diskutiert wurde, ob die vom Gesetzgeber eindeutig gewollte und auch vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit den neuen Regelungen angestrebte wohnortnahe Versorgung im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung der Bevölkerung im sogenannten Hamburger Speckgürtel verbessert werden muss.

Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein im Rahmen der Entwicklung des Bedarfsplans 2013 hatten damals ergeben, dass auf der hausärztlichen Versorgungsebene bei unmittelbarer Anwendung der damaligen Bedarfsplanungs-Richtlinie landesweit 84,5 Arztstellen hätten ausgewiesen werden müssen und mehr als dreiviertel davon - nämlich 68 Stellen - in den Mittelbereichen, die an Hamburg angrenzen. Bisher waren dort keine Versorgungsprobleme im hausärztlichen Bereich bekannt geworden und frei werdende Sitze konnten unproblematisch nachbesetzt werden. Letzteres dürfte insbesondere an der Nähe zu Hamburg gelegen haben. Die Großstadt steigert die Attraktivität dieses Gebietes für niederlassungswillige Ärzte, was die Niederlassungswahrscheinlichkeit erhöht.

Im Rahmen der Entwicklung des Bedarfsplans 2013 war ermittelt worden, dass in den Quartalen 3/2011 bis 2/2012 zahlreiche gesetzlich Versicherte aus Schleswig-Holstein von hausärztlichen Praxen in Hamburg betreut worden waren. Der ganz überwiegende Teil der in Hamburg betreuten hausärztlichen Patienten stammte aus dem sogenannten Hamburger Speckgürtel, der die

Mittelbereiche Wedel, Pinneberg, Elmshorn, Kaltenkirchen, Norderstedt, Ahrensburg, Reinbek/Glinde/Wentorf und den schleswig-holsteinischen Teil von Geesthacht umfasst. 19,8 Prozent der in den oben genannten Quartalen insgesamt bei einem Hausarzt behandelten Patienten aus dem Mittelbereich Reinbek/Glinde/Wentorf wurden in Hamburg von einem Hausarzt versorgt. Im Hinblick auf den Mittelbereich Pinneberg waren es 17,38 Prozent und aus Wedel wurden 16,71 Prozent der hausärztlichen Patienten in Hamburg versorgt.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hatte zudem ermittelt, dass im Jahr 2007 insgesamt 28.943 Patienten aus dem Kreis Pinneberg in Hamburg hausärztlich betreut wurden. Dies waren damals 15,2 Prozent aller hausärztlichen Patienten des Kreises Pinneberg. Unstrittig wurden folglich Patienten aus Schleswig-Holstein hausärztlich durch Hamburger Ärzte mitversorgt. Nach der damaligen Fassung und auch nach der aktuellen Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie werden Mitversorgungsaspekte allerdings nur auf der allgemeinen fachärztlichen Ebene berücksichtigt und gerade nicht bei den Hausärzten. Dies hielten die KVSH sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen für die an Hamburg angrenzenden Mittelbereiche nicht für sachgerecht, da die Versorgungsrealität dann nicht berücksichtigt worden wäre.

2013 wären die an Hamburg angrenzenden Mittelbereiche bei unmittelbarer Anwendung der damaligen Bedarfsplanungs-Richtlinie ohne Abweichungen für weitere Arztstellen für Hausärzte zu öffnen gewesen, obwohl dort damals keinerlei Versorgungsprobleme aufgrund einer Mitversorgung durch Hamburg erkennbar waren, und andererseits etwa 60 Hausarztstellen in Schleswig-Holstein zur Nachbesetzung ausgeschrieben waren, und für die Hälfte davon kein Bewerber existierte. Für den Fall der Ausweisung neuer Hausarztstellen im Hamburger Randgebiet hätten sich aller Wahrscheinlichkeit nach für diese freien Stellen Hausärzte gefunden, die dann nicht mehr für die frei werdenden Hausarztpraxen in den ländlichen Bereichen Schleswig-Holsteins bzw. für Praxisübernahmen zur Verfügung gestanden hätten.

Es wurde daher damals als sinnvoll angesehen, allenfalls wenige zusätzliche Hausarztstühle im Hamburger Randgebiet auszuweisen. Erreicht werden konnte dies durch eine Zusammenlegung von Mittelbereichen und die Heraufsetzung der Verhältniszahl. Es bot sich eine Zusammenlegung der Mittelbereiche Wedel, Pinneberg, Elmshorn, Kaltenkirchen und Norderstedt zu einem Planungsbereich (Metropolregion Südwest) und der Mittelbereiche Ahrensburg, Reinbek/Glinde/Wentorf und dem schleswig-holsteinischen Teil von Geesthacht zu einem weiteren Planungsbereich (Metropolregion Südost) an sowie die Anwendung der alten Verhältniszahl des Kreises Pinneberg von 1872 EW/Arzt. Eine höhere Verhältniszahl als die nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie anzuwendende wurde als sinnvoll angesehen, da die zuvor geltende höhere Verhältniszahl den Bedarf gedeckt hatte. Das Zusammenlegen der Mittelbereiche zu größeren Bereichen sollte die bisherige räumliche Flexibilität erhalten.

Die KVSH hat festgestellt, dass sich seit 2012, dem Jahr vor Inkrafttreten des ersten Bedarfsplans der KVSH, im Hinblick auf die Mitversorgungsbeziehungen im hausärztlichen Bereich zwischen Hamburg und Schleswig-Holstein ein ständiges Anwachsen der Patientenströme ergeben hat. Die hausärztliche Behandlung von Einwohnern aus Schleswig-Holstein in Hamburg hat zugenommen. Dies gilt aber auch umgekehrt: Hausärzte aus Schleswig-Holstein behandeln jetzt mehr Einwohner Hamburgs als im Jahr 2012. Seit 2012 hat sich die Anzahl der in Hamburg hausärztlich versorgten Einwohner Schleswig-Holsteins aus dem Hamburger Speckgürtel um ca. 15.000 erhöht. Allerdings haben aber auch 10.000 mehr Patienten mit Wohnsitz in Hamburg einen Hausarzt in Schleswig-Holstein aufgesucht als in 2012. Die Zahlen deuten auf einen wachsenden Bedarf an hausärztlicher Versorgung im sogenannten Hamburger Speckgürtel hin.

Festgestellt wurde auch, dass sich seit 2012 der Einzugsbereich der Hamburger Praxen aus Schleswig-Holstein räumlich immer mehr ausgedehnt hat. Untersucht wurde aktuell, aus welchen Gebieten mindestens fünf Prozent der hausärztlichen Patienten bei einem Hausarzt in Hamburg

behandelt werden, wo diese Gebiete 2012 lagen und wo die höchste prozentuale Inanspruchnahme war. Die Gebiete mit einem Versorgungsanteil von mindestens fünf Prozent endeten 2012 wesentlich näher am Gebiet der Stadt Hamburg als in 2018. Der Anteil von in Hamburg versorgten Patienten betrug 2012 maximal 32 Prozent während es in 2018 in einem Postleitzahlgebiet sogar 49 Prozent waren.

Es werden somit in wachsendem Umfang Hausärzte in Hamburg von Patienten aus Schleswig-Holstein bzw. dem sogenannten Hamburger Speckgürtel in Anspruch genommen. Auch wenn die Gründe hierfür nur vermutet werden können, geht die KVSH davon aus, dass viele der nach Hamburg zu einem Hausarzt einpendelnden Patienten einen Hausarzt in der Nähe zu ihrem Wohnort präferieren würden, aber dort keine neuen Patienten mehr aufgenommen werden.

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss 2015 aufgetragen, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. § 101 Abs. 2 SGB V wurde damals entsprechend ergänzt. Das bereits erwähnte Gutachten führt dazu aus, (Binnen-)Migration und demografischer Wandel innerhalb und zwischen den Regionen Deutschlands könnten die Bevölkerungszahlen und damit den Bedarf an Ärzten erhöhen oder reduzieren. Die Bedarfsplanung solle daher demografische Entwicklungen im Hinblick auf prognostizierte Veränderungen in der Altersverteilung sowie Wanderungsbewegungen berücksichtigen, insofern als diese den zukünftigen Bedarf und das Angebot an Ärzten beeinflussen können. Das Gutachten setzt sich intensiv mit Mitversorgungsaspekten auseinander und weist darauf hin, dass die Berücksichtigung von Mitversorgungsaspekten die Gefahr beinhalte, eine Unterversorgung insbesondere im ländlichen Raum zu reflektieren und letztendlich fortzuschreiben. Eine historisch bedingte Ungleichheit in den ärztlichen Kapazitäten werde dann verfestigt. Eine Erfassung der Mitversorgung zwischen Stadt und Umland anhand des Ist-Zustands unterstelle implizit, dass (erwerbstätige) Patienten einen Besuch von Ärzten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung an ihrem Arbeitsort vorziehen.

Für Schleswig-Holstein lässt sich festhalten, dass das Inanspruchnahmeverhalten hausärztlicher Patienten aus dem sogenannten Hamburger Speckgürtel vor 2012 ausschlaggebend war für die Erhöhung der Verhältniszahl für die Hausärzte in den fraglichen Bereichen und die großräumige Planung der Arztkapazitäten in der Region. Verstärkte Nachfragen und Beschwerden aus den betroffenen Gemeinden und Städten sowie die erhöhten Patientenwanderungsbewegungen deuten jetzt aber darauf hin, dass die Vorgehensweise wegen des ständigen Zuzugs neuer Einwohner zu - gemessen am wachsenden Bedarf - zu geringen freien hausärztlichen Behandlungskapazitäten geführt hat.

Zutreffend wird in dem oben erwähnten Gutachten erwähnt, dass die Bedarfspläne zwar die Gesamtzahl der Vertragsärzte innerhalb eines Planungsbereiches bestimmen, die räumliche Verteilung innerhalb eines Gebietes jedoch eine Folge der Standortwahl des Arztes ist. Diese wiederum würden häufig nach persönlichen Beweggründen entscheiden, wo sie sich niederlassen und nicht nach Bedarf und weiteren objektiven Parametern. Hierzu ist ergänzend anzumerken, dass im Rahmen der Vergabe von Stellen aufgrund der partiellen Öffnung eines Planungsbereiches der Zulassungsausschuss entscheidet, wer die Stelle bekommt bzw. wohin sie vergeben wird. Ein Kriterium für die Auswahl ist eine größtmögliche Verbesserung der Versorgung durch die örtliche Wahl des Vertragsarztsitzes. Allerdings kann der Zulassungsausschuss nur auswählen zwischen den eingegangenen Anträgen. Wenn keine weiteren Anträge vorliegen, ist einem Antrag stets stattzugeben und es erübrigt sich eine Auswahl. Je größer der Planungsbereich, desto schwieriger also die Steuerung der Kapazitäten. Dies hat sich auf die Verteilung der in den vergangenen Jahren im Hamburger Umland entstandenen freien Hausarztstellen ausgewirkt. Eine kleinräumige Planung war wegen der Größe der Planungsbereiche nicht möglich.

Obwohl seit 2013 durchgängig immer mindestens zehn Hausarztstellen im Mittelbereich Husum frei waren und für die Metropolregionen nur vereinzelt Stellen freigegeben wurden, ist die Anzahl der

freien Stellen für den Mittelbereich Husum konstant geblieben, während die Stellen für den Hamburger Speckgürtel zumeist mehrfach hätten vergeben werden können. Die Interessenten haben sich jedoch nicht in den Westen des Landes umorientiert, so dass der gewünschte Effekt der Umleitung von Arztkapazitäten nicht erreicht werden konnte.

Aus dem aktuellen Planungsblatt des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein zum Beschluss vom 05.06.2019 geht im Übrigen hervor, dass in den beiden Metropolregionen fast 100 Hausarztstellen mit angestellten Ärzten besetzt sind. Konkret sind auf den Stellen 120 Ärzte tätig und 50 davon in Teilzeit. Es ist nicht davon auszugehen, dass sich diese Ärzte auch in den ländlichen Gegenden anstellen lassen oder gar eine Praxis übernehmen würden. Dann aber sollten die Schwierigkeiten bei der Nachfolgesuche in den ländlichen Gegenden und insbesondere an der Westküste Schleswig-Holsteins nicht dadurch angegangen werden, dass im Hamburger Umland zusätzliche Hausarztstellen ausgeschlossen werden, zumal diese nach dem jetzigen Kenntnisstand für eine wohnortnahe Versorgung notwendig sind.

Ausgehend davon, dass der in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgenommene Morbiditätsfaktor die Erkrankungen der Patienten, die in Schleswig-Holstein leben, aber in Hamburg einen Arzt aufsuchen, berücksichtigt, weicht die KVSH von der zum 30.06.2019 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie im Hinblick auf die Mittelbereiche Wedel, Pinneberg, Elmshorn, Norderstedt und Kaltenkirchen sowie Ahrensburg, Reinbek/Glinde/Wentorf und den schleswig-Holsteinischen Teil von Geestacht zukünftig nicht ab, sondern legt diese Mittelbereiche als räumliche Planungsgrundlage fest.

Die KVSH geht aufgrund der im Kapitel Demografie und soziodemografische Faktoren dargestellten Prognosen davon aus, dass aufgrund der hohen Attraktivität Hamburgs die Bevölkerung in dem sogenannten Hamburger Speckgürtel weiter zunehmen wird. Gleichzeitig werden dort voraussichtlich zu den schon vorhandenen weiteren Einrichtungen für Senioren entstehen, woraus sich ein erhöhter Bedarf gerade auch an hausärztlichen Leistungen ergeben könnte. Die morbiditätsbezogene Bedarfsplanung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt beide Aspekte, nämlich sowohl das Bevölkerungswachstum als auch die konkret regional vorhandene Morbidität unabhängig vom Niederlassungsort der tatsächlich aufgesuchten Ärzte und ist daher geeignet für eine zukunftsorientierte Steuerung der Kapazitäten. Ein Grund für eine Abweichung von der Richtlinie liegt bezogen auf die bisher festgelegten sogenannten Metropolregionen Südost und Südwest daher nicht mehr vor.

Allerdings ist es sachgerecht, innerhalb der von den Metropolregionen umfassten Mittelbereiche zu differenzieren zwischen denjenigen, die direkt an das Hamburger Stadtgebiet angrenzen und den nicht unmittelbar angrenzenden Gebieten. Nicht unmittelbar an der Stadtgrenze liegen die Mittelbereiche Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht. Allein dort entstehen bei Anwendung der neuen allgemeinen Verhältniszahl nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie insgesamt voraussichtlich bis zu 35 Vollzeitäquivalente, die dann auch besetzt werden sollten, was sich selbst in dem an Hamburg angrenzenden Bereich, das heißt einem Gebiet mit hoher Niederlassungsattraktivität, als Herausforderung darstellt.

Da gleichzeitig die Besetzung dieser Stellen als vorrangig gegenüber zusätzlichen Hausärzten in den direkt an Hamburg angrenzenden Bereichen angesehen wird, hat sich die KVSH mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen darauf verständigt, zunächst nur auf die Mittelbereiche Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht die neue allgemeine Verhältniszahl (1.609) anzuwenden. Für die übrigen Mittelbereiche der ehemaligen Metropolregionen Südost und Südwest wird zwar auch eine abgesenkte Verhältniszahl festgesetzt, jedoch nicht die allgemeine Verhältniszahl aus der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie, sondern der Mittelwert aus der bisher in den Metropolregionen geltenden Verhältniszahl (1.872) und der neuen allgemeinen Verhältniszahl, so dass sich als neue Verhältniszahl mathematisch gerundet 1.741 errechnet. Diese gilt nunmehr für die Mittelbereiche Wedel, Pinneberg, Norderstedt, Ahrensburg und Reinbek/Glinde/Wentorf/

Für diese Mittelbereiche soll spätestens Ende 2022 geprüft werden, ob dort trotz der erneuten Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie die hausärztliche Versorgung sichergestellt ist oder womöglich auch dort die Verhältniszahl abgesenkt werden sollte. Hierbei soll insbesondere gewürdigt werden, ob die neuen Stellen in den Mittelbereichen Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht besetzt werden konnten oder nicht und wie bzw. ob sich die Patientenwanderungsbewegungen verändert haben.

Im Hinblick auf die bereits 2013 von Nachbesetzungsproblemen in hohem Maße betroffenen Mittelbereiche des Kreises Nordfriesland hatten die Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ergeben, dass die Zuordnung der nordfriesischen Inseln - außer Sylt - einerseits zu dem Mittelbereich Niebüll und andererseits zu dem Mittelbereich Husum zur Folge gehabt hätte, dass sich die Situation in diesen Mittelbereichen verzerrt dargestellt hätte, denn insbesondere auf Föhr haben sich zahlreiche Hausärzte niedergelassen. Diese versorgen jedoch das Festland nicht mit, denn die Hausärzte fahren nicht auf das Festland und vom Festland aus ist es aufgrund der langen Fährfahrten nicht sinnvoll, sich einen Hausarzt auf Föhr zu suchen.

Sylt war bereits nach der Richtlinie der eigenständige Mittelbereich Westerland. Diese größte Nordseeinsel Schleswig-Holsteins wurde folglich nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie unabhängig vom Festland geplant. Eine entsprechende Vorgehensweise bot sich auch für die übrigen nordfriesischen Inseln an, denn die Bewohner der Inseln werden hausärztlich auf den Inseln versorgt und die Festlandbewohner auf dem Festland. Im Hinblick auf freie Stellen aber auch auf Nachbesetzungen ist es daher nach wie vor sinnvoll, die Inseln und das Festland unabhängig voneinander zu beplanen.

Die Berechnungen sahen 2013 wie folgt aus:

- Mittelbereich Niebüll
 - mit den Inseln: 130,2 Prozent Versorgungsgrad
 - ohne die Inseln: 108,9 Prozent Versorgungsgrad
- Mittelbereich Husum
 - mit den Inseln: 85 Prozent Versorgungsgrad
 - ohne die Inseln: 86,6 Prozent Versorgungsgrad
- Alle Inseln zusammen als ein Mittelbereich betrachtet: 191,6 Prozent Versorgungsgrad

Die isolierte Betrachtung der Inseln verhinderte, dass die auszuweisenden freien Stellen für Niederlassungen auf den Inseln genutzt werden konnten, wo sie nicht benötigt wurden. Die freien Stellen sollen dem Festland zur Verfügung stehen. An dieser Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird daher festgehalten.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Die allgemeine fachärztliche Versorgung wird nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie bisher auf Kreisebene geplant bzw. im Rahmen der kreisfreien Städte Kiel und Lübeck. Neumünster gehört weiterhin bedarfsplanerisch zum Kreis Rendsburg-Eckernförde und Flensburg zum Kreis Schleswig-Flensburg.

Auch auf der Ebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestehen - wie bereits erwähnt - in einigen Arztgruppen akute Nachbesetzungsprobleme.

Die 2013 zur Besetzung ausgeschriebenen neuen Stellen im fachärztlichen Bereich konnten besetzt werden, so dass sich die Versorgung in den maßgeblichen Regionen verbessert hat. Der Zulassungsausschuss für Ärzte in Schleswig-Holstein hat regelmäßig die Stellen dorthin vergeben,

wo sie seiner Auffassung nach die größte Verbesserung darstellten und die größte Ausstrahlungswirkung hatten. Die bisherige regionale Verteilung der vorhandenen Ärzte wurde umfangreich gewürdigt und sofern Stellen aufgrund des Demografiefaktors freigegeben wurden, hat der Ausschuss beachtet, ob die Bewerber den Erwerb einer besonderen geriatrischen Qualifikation nachweisen konnten.

Die jetzige Berücksichtigung der Morbidität in der Bedarfsplanung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wie bereits erwähnt begrüßt. Für den allgemeinen fachärztlichen Bereich ergeben sich daraus für Schleswig-Holstein allerdings nur in geringem Umfang freie Stellen, so dass die Schlussfolgerung gezogen werden kann, dass der Gesundheitszustand der Einwohner Schleswig-Holsteins besser ist als der des Bundesdurchschnitts.

Zusätzliche Stellen entstehen in der Arztgruppe Kinder- und Jugendmedizin, weil in dieser Arztgruppe Mitversorgungsaspekte jetzt nicht mehr berücksichtigt werden. Diese führen bei allen anderen Arztgruppen in dieser Versorgungsebene je nach Mitversorgungsgrad zu unterschiedlichen Verhältniszahlen in den einzelnen Planungsbereichen. Für die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin kommen nur noch zwei Verhältniszahlen zur Anwendung: Eine gilt in Schleswig-Holstein für die Städte Kiel und Lübeck und eine andere für alle übrigen Planungsbereiche. Die Verhältniszahl für die Städte ist niedriger, weil sich in den Städten viele spezialisierte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin niedergelassen haben, die für die allgemeine Versorgung in geringerem Umfang zur Verfügung stehen als andere Ärzte. Insgesamt sind die Verhältniszahlen niedriger als bisher, was zu zusätzlichen Arztstellen führt und zwar vorrangig an der Westküste. Der ländliche Bereich wird also gestärkt, was die KVSH begrüßt.

Quotenregelungen innerhalb einer bedarfsplanerischen Arztgruppe gab es bisher nur für die Psychotherapeuten. Nunmehr hat der Gemeinsame Bundesausschuss sowohl Mindest- als auch Maximalquoten eingeführt. Maximalquoten sollen in der Arztgruppe der Internisten verhindern, dass die Arztsitze langfristig gesehen nur mit Internisten einer bestimmten Spezialisierung besetzt sind, weil diese vermehrt in die ambulante Versorgung drängen.

Mindestquoten sollen dafür sorgen, dass in den einzelnen Planungsbereichen die Versorgung in der betreffenden Spezialisierung sichergestellt wird. Die KVSH vertritt im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Auffassung, dass dann, wenn in einem Planungsbereich eine in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehene Mindestquote nicht erfüllt wird, trotz Zulassungsbeschränkungen in der Arztgruppe die Quotensitze vom Landesausschuss nicht nur in den Planungsblättern ausgewiesen werden müssen, sondern auch entsprechende Ausschreibungen für die Spezialisierung erfolgen sollen. Die Quotensitze sollen regelmäßig mit den Beschlussfassungen des Landesausschusses auch von diesem für zusätzliche Arztstellen ausgeschrieben werden entsprechend dem eindeutig geregelten Vorgehen für die psychotherapeutischen Minimalquoten. Weil eine entsprechend ausdrückliche Befugnis nicht geregelt wurde, hat sich die KVSH mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf ein solches Vorgehen geeinigt und zwar davon ausgehend, dass der Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein aufgrund dieser Regelung im Bedarfsplan entsprechend verfahren wird.

Für die bedarfsplanerische Arztgruppe der Nervenärzte sichert das vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelte Konzept für die Zukunft eine gleichmäßige Verteilung der vorhandenen Stellen auf die Neurologie und die Psychiatrie. Festzustellen ist zum jetzigen Zeitpunkt, dass unter anderem durch die Absenkung der Verhältniszahlen fast zehn zusätzliche Stellen in Schleswig-Holstein geschaffen werden. Nach der Vergabe dieser Stellen könnten sich weitere Quotenstellen ergeben. Die Umsetzung der neuen Regelungen hat somit positive Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung im Bereich der Nervenheilkunde, sofern die Stellen auch besetzt werden können.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Danach gibt es in Schleswig-Holstein fünf Raumordnungsregionen, die sich an den Kreisgrenzen orientieren. Die Raumordnungsregion SH Nord umfasst die Kreise Nordfriesland und Schleswig-Flensburg sowie die Stadt Flensburg, SH Mitte beinhaltet die Kreise Rendsburg-Eckernförde und Plön sowie die Städte Kiel und Neumünster, SH Süd-West die Kreise Dithmarschen und Steinburg, SH Ost den Kreis Ostholstein und die Stadt Lübeck und die an Hamburg angrenzenden Kreise Pinneberg, Segeberg, Stormarn und Herzogtum Lauenburg stellen die Raumordnungsregion SH Süd dar.

Die KVSH, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen empfehlen dem Landesausschuss nach wie vor, bei der Ausschreibung von freien Arztstellen in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater für die Raumordnungsregion SH Nord nicht nur die nach § 26 Absatz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie maßgeblichen Kriterien zu erwähnen, sondern bereits in der Ausschreibung klarzustellen, dass im Falle einer Auswahl unter mehreren Bewerbern (§ 26 Abs. 4 Ziffer 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie) für die bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes eine vertragsärztliche Tätigkeit in Nordfriesland angestrebt werden sollte. Die Zulassungsinstanzen sollten bei der Auswahl unter mehreren Bewerbern darauf abstellen, wer in Nordfriesland vertragsärztlich tätig werden möchte.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Planungsregion ist der Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein. Die neuen Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie haben auf die maßgeblichen Arztgruppen keine erheblichen Auswirkungen.

1.6 Barrierefreier Zugang zur Versorgung

In dem bereits erwähnten Gutachten wird festgestellt, dass die verschiedenen Dimensionen des barrierefreien Zugangs zur ambulanten ärztlichen Versorgung noch nicht flächendeckend umgesetzt seien. Es sei daher wünschenswert, bundeseinheitliche Standards zur Barrierefreiheit zu vereinbaren, um das Prinzip der freien Arztwahl auch für Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Dieser Forderung hat sich sowohl der Gesetzgeber im Terminservice- und Versorgungsgesetz als auch der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie angenommen, denn nunmehr sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Bedarfsplänen auf den Aspekt des barrierefreien bzw. barrierearmen Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung eingehen. Ferner sollen sie im Internet über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) informieren.

Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein informiert auf seiner Homepage (Presseinformation Nr. 81/2018) dahingehend, dass in Schleswig-Holstein am Jahresende 2017 insgesamt 265.144 Schwerbehinderte lebten. Als schwerbehindert zählen insoweit alle Personen, die einen Grad der Behinderung von mindestens 50 Prozent aufweisen und die im Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises sind. In der Schwerbehindertenstatistik wird bei mehreren Behinderungen jeweils die schwerste Behinderung ausgewiesen. Daraus resultierend hat rund ein Viertel der Betroffenen eine Funktionsbeeinträchtigung der inneren Organe (z.B. Herz-Kreislauf, Atemwege, Verdauungsorgane) und ebenfalls ein Viertel leidet an zerebralen Störungen (z.B. Hirnleistungsschwäche), Querschnittlähmung, geistig-seelischer Behinderung oder Suchtkrankheiten. Auf Funktionseinschränkungen der Gliedmaßen beruhen zwölf Prozent und auf solchen der Gliedmaßen oder des Rumpfes elf Prozent der Behinderungen. Weitere vier Prozent sind von Sprach-/Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit oder Gleichgewichtsstörungen betroffen und ebenso viele Behinderungen beruhen auf Blindheit oder Sehbehinderung. Weitere Behinderungen betreffen nicht einzuordnende oder ungenügend bezeichnete Behinderungen.

Daran zeigt sich, dass ganz unterschiedliche Bedürfnisse im Hinblick auf die Herstellung von Barrierefreiheit zu berücksichtigen sind. Ferner ist ein barrierefreier Zugang nicht nur Schwerbehinderten zu ermöglichen, sondern auch nur vorübergehende Beeinträchtigungen oder leichtere Behinderungen können den Zugang zu einer nicht barrierefreien Praxis unmöglich machen. Fast 250.000 Einwohner Schleswig-Holsteins sind mindestens 75 Jahre alt und nach dem bereits erwähnten Bericht des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein vom 16.11.2016 über die Bevölkerungsentwicklung in den Kreisen und kreisfreien Städten Schleswig-Holsteins bis 2030 wird diese Zahl bis 2030 erheblich ansteigen. Mindestens 65 Jahre alt sollen dann fast 684.000 Einwohner sein.

Die KVSH hat bereits vor einigen Jahren eine Online-Arztsuche installiert. Diese Arztsuche ermöglicht die Abfrage von rollstuhlgerechten Praxen. Über 80 Prozent der Praxen, die in die Arztsuche aufgenommen werden wollten, waren als rollstuhlgerecht gemeldet worden. Eine rollstuhlgerechte Praxis ist aber noch nicht umfassend barrierefrei, so dass die KVSH ihren Mitgliedern nunmehr anbieten wird, weitere Kriterien für die Barrierefreiheit zu melden, so dass diese dann online von den Patienten abgefragt werden können. Da geplant ist, dass sich die Kassenärztlichen Vereinigungen auf einen Minimalstandard einigen, wird die Abfrage der einzelnen Kriterien voraussichtlich ab Ende 2019 möglich sein.

Das oben erwähnte Gutachten enthält Ausführungen zum Stand der Barrierefreiheit im ambulanten ärztlichen Bereich. Die Untersuchungen wurden auf Basis der Arzt-Auskunft der Stiftung Gesundheit gemacht, die seit 2009 jährlich bundesweit Informationen zur Barrierefreiheit in Arztpraxen abfragt. In dem Gutachten wurden exemplarisch Hausarzt- und Augenarztpraxen untersucht und zwar im Hinblick auf die Kriterien Verfügbarkeit von Behindertenparkplätzen, Orientierungshilfen für Sehbehinderte, ebenerdige Praxen oder Praxen mit Aufzug, barrierefreie Zugänge zu den Praxen sowie ein bedingt barrierefreies WC. Das Gutachten legt nahe, dass es in Schleswig-Holstein im Vergleich zu den anderen Bundesländern in beiden Arztgruppen mehr ebenerdige Praxen bzw. solche mit einem Aufzug gibt. Dies gilt insbesondere für die Augenärzte. Insgesamt scheint aber auch in Schleswig-Holstein insoweit Verbesserungspotential vorhanden zu sein, welches in vielen Fällen allerdings erst dann vollständig gehoben werden kann, wenn eine Praxis in neue Räumlichkeiten umzieht.

Hilfreich sein könnte hierbei der vom Land Schleswig-Holstein aufgelegte „Fonds für Barrierefreiheit zur Förderung der Barrierefreiheit gemäß UN-Behindertenkonvention“ (bekannt gemacht am 15.01.2019), aus dem auch Vertragsärzte Mittel beantragen können. Ausdrücklich sollen Ausgaben für u.a. neu geplante Investitionen im Bereich der physischen Barrierefreiheit gefördert werden. Die Zuwendungen dienen dem Ziel, Menschen mit Behinderungen den vollen öffentlichen Zugang u.a. zu Gesundheit und Bildung zu ermöglichen.

Sobald die Mehrzahl der Praxen Angaben zur Barrierefreiheit zur Veröffentlichung in der Online-Arztsuche der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gemacht hat, sollen die Angaben ausgewertet werden, um das Ergebnis bei der nächsten Fortschreibung des Bedarfsplans darstellen zu können. Zwar befinden sich in Schleswig-Holstein viele Praxen in Altbauten, jedoch schließen sich immer mehr Ärzte zur kooperativen Berufsausübung zusammen und ziehen in Neubauten um, die dann den Vorgaben aus der Landesbauordnung zum barrierefreien Bauen entsprechen müssen. Die KVSH geht daher davon aus, dass in den nächsten Jahren immer mehr Praxen zumindest als barrierearm bezeichnet werden können.

2. Bedarfsplanung

Dargestellt wird in diesem Abschnitt des Bedarfsplans, ob und in welcher Art und Weise von der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden soll und wie die Anrechnung von Ermächtigungen erfolgt.

Hausärztliche Versorgung

Folgende Abweichungen sind mit dem Bedarfsplan 2013 einvernehmlich beschlossen worden und gelten weiterhin:

1. Für die unmittelbar an Hamburg angrenzenden Mittelbereiche Wedel, Pinneberg, Norderstedt, Ahrensburg und Reinbek/Glinde/Wentorf wird als allgemeine Verhältniszahl 1.741 festgesetzt.

Begründung: Für die Mittelbereiche Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht gilt ab In-Kraft-Treten dieses Bedarfsplans die mit der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie festgesetzte allgemeine Verhältniszahl (1.609). Vorrangig sollen die dort aufgrund der Absenkung der in den bisherigen Metropolregionen Südost und Südwest geltenden Verhältniszahl (1.872) entstehenden neuen Hausarztstellen besetzt werden. Durch die gegenüber der allgemeinen Verhältniszahl nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterhin leicht erhöhte Verhältniszahl in den an Hamburg unmittelbar angrenzenden Planungsbereichen, den Mittelbereichen Wedel, Pinneberg, Norderstedt, Ahrensburg und Reinbek/Glinde/Wentorf, sollen die ärztlichen Kapazitäten gesteuert werden. Nach spätestens drei Jahren wird überprüft werden, ob auch in diesen Mittelbereichen die allgemeine Verhältniszahl auf 1.609 abgesenkt werden sollte.

2. Die nordfriesischen Inseln werden zusammengefasst unter dem Mittelbereich Westerland.
3. Zum Mittelbereich Niebüll gehören nicht die nordfriesischen Inseln
4. Zum Mittelbereich Husum gehören nicht die nordfriesischen Inseln.

Begründung: Es ist nicht sachgerecht, die Inseln und das Festland gemeinsam zu betrachten, weil keine Mitversorgung der Inseln durch das Festland bzw. umgekehrt vorliegt.

Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

In Schleswig-Holstein gibt es Vertragsärzte und bei Vertragsärzten und an Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte sowie ermächtigte Krankenhausärzte, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmen, um chronisch schmerzkranken Patienten zu versorgen. Die Ärzte gehören unterschiedlichen bedarfsplanerischen Arztgruppen an, die sich auf alle vier oben dargestellten Versorgungsebenen verteilen. Die derzeitige ambulante Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten findet in Schleswig-Holstein auch durch von zur Schmerztherapie ermächtigten Krankenhausärzten sektorenübergreifend statt und dies wurde bei der Erarbeitung eines Konzeptes für die Würdigung der Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie im Rahmen der Bedarfsplanung ohne Etablierung einer eigenen Arztgruppe berücksichtigt.

Nach der Präambel zum Kapitel 30.7 (Schmerztherapie) des EBM ist ein Arzt, der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnimmt, auf 300 Behandlungsfälle pro Quartal beschränkt. Die festgesetzte Höchstfallzahl soll eine hohe Qualität in der Behandlung sicherstellen und beinhaltet grundsätzlich den maximalen Umfang eines schmerztherapeutischen Versorgungsauftrages. Allerdings sind Modifizierungen durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung aus Sicherstellungsgründen zulässig. Mehrere Vertragsärzte weichen momentan von der

Höchstfallzahl mit Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein ab. Sie dürfen bis zu 390 Patienten im Quartal behandeln, um die Versorgung sicher zu stellen.

Die KVSH hat ein Konzept entwickelt, das die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf der Grundlage der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie auch in Zukunft langfristig sicherstellen soll. Es hat zum Ziel, Transparenz über das Versorgungsgeschehen zu schaffen, dem Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Ausschreibung von Versorgungsaufträgen im Bereich der Schmerztherapie zu ermöglichen und die Übergabe von schmerztherapeutischen Praxen an einen Schmerztherapeuten zu erreichen.

Transparenz wird dadurch erzeugt, dass jeweils am 1. Juli eines Jahres ausgewertet wird, in welchem Umfang Versorgungsaufträge in den letzten vier abgerechneten Quartalen (Quartale 1 - 4 des Vorjahres) von den Schmerztherapeuten ausgefüllt wurden. Hierbei wird eine Systematik zu Grunde gelegt, die angelehnt ist an die Berücksichtigung von Angestelltenstellen auf den Versorgungsgrad. Berücksichtigt werden auch die von Ermächtigten erfüllten Versorgungsaufträge. Im Rahmen der Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie ist ein voller Versorgungsauftrag ausgefüllt, wenn 300 Patienten im Quartal behandelt werden, da dies grundsätzlich die maximale Anzahl an Patienten ist. Wurde einem Schmerztherapeuten eine über 300 Behandlungsfälle hinausgehende Anzahl genehmigt, erfüllt er mehr als einen Versorgungsauftrag. Ausgehend davon ist ein viertel Versorgungsauftrag ausgefüllt bei Behandlung von bis zu 75 Patienten im Quartal, ein halber bei bis zu 150 Patienten und ein dreiviertel bei bis zu 225 Patienten.

Das Jahr 2014 hat die KVSH als Vergleichsjahr bzw. Basis für die Folgezeit ausgewählt. In diesem Jahr wurden durchschnittlich 30 Versorgungsaufträge pro Quartal ausgefüllt. Da es in 2014 nicht zu größeren Versorgungslücken gekommen ist, und sich seitdem leider die Anzahl der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmenden Ärzte reduziert hat, sollte die Anzahl der in 2014 ausgefüllten Versorgungsaufträge als Referenzwert dienen.

Sind zum Stichtag weniger Versorgungsaufträge erfüllt bzw. nur auf Grund von Überschreitungen der Höchstfallzahl erreicht, so soll der Landesausschuss die fehlenden Aufträge ausschreiben und zwar arztgruppenübergreifend für eine bestimmte Region und mit der Option, die Versorgungsaufträge durch eine zusätzliche Zulassung bzw. Anstellung oder eine Zweigpraxisgenehmigung auszufüllen. Vorrang bei der Vergabe der Versorgungsaufträge sollen die Ärzte haben, die die Versorgung im Rahmen einer Zweigpraxis sicherstellen wollen und bereits an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmen, die also ihre schmerztherapeutische Tätigkeit in eine andere Region ausweiten möchten.

Beantragt ein an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmender Arzt die Ausschreibung seines Vertragsarztsitzes beim Zulassungsausschuss zum Zwecke der Übergabe an einen Nachfolger, empfiehlt die KVSH im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, dem Antrag stets stattzugeben, da jeder an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnehmende Arzt gebraucht wird. Die Ausschreibung soll arztgruppenübergreifend erfolgen und die KVSH wird in die Ausschreibung aufnehmen, dass als besonderes Versorgungsbedürfnis die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie zu erfüllen ist.

Findet sich kein Bewerber, der die Voraussetzung erfüllt, so wird die KVSH dann, wenn der ausschreibende Arzt mindestens einen dreiviertel Versorgungsauftrag erfüllt, diesem ein finanzielles Angebot unterbreiten, damit er ohne eine Nachbesetzung auf seine Zulassung verzichtet und folglich der von ihm bisher erfüllte Versorgungsauftrag vom Landesausschuss ausgeschrieben werden kann, ohne eine zusätzliche Arztstelle zu generieren. Der „Aufkauf“ hat somit nicht den Zweck der Stilllegung. Erfolgt kein Angebot der Kassenärztlichen Vereinigung, wird der Vertragsarztsitz erneut ausgeschrieben, ohne das Versorgungsbedürfnis aufzunehmen.

Verzichtet ein Arzt, der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnimmt, zu Gunsten einer Anstellung bei einem anderen Arzt oder an einem MVZ auf seine Zulassung, so wird der Vorstand eine

dann womöglich erforderlich werdende Zweigpraxisgenehmigung nur für die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie erteilen. Ferner macht das Konzept eine Regelung notwendig für die Nachbesetzung von Angestelltenstellen, da anderenfalls die Regelungen für die Nachbesetzung im Wege der Ausschreibung unproblematisch umgangen werden könnten. Aus diesem Grunde soll ein Angestellter, der mindestens einen dreiviertel Versorgungsauftrag ausfüllt, nur mit einem Arzt nachbesetzt werden, der an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie teilnimmt.

Das Konzept soll nicht verhindern, dass Schmerztherapeuten ihren Versorgungsauftrag ausweiten oder Sonderbedarfsanträge für die Schmerztherapie an den Zulassungsausschuss gerichtet werden. Es soll aber verhindern, dass sich das Mindestmaß an für die spezielle Schmerztherapie in Schleswig-Holstein notwendigen Stellen durch Nachbesetzungen innerhalb der jeweiligen Arztgruppe ohne Berücksichtigung der Spezialisierung zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten reduziert und zudem soll das Konzept Transparenz und Planbarkeit für den Bereich der speziellen Schmerztherapie erreichen.

Anrechenbarkeit von Ermächtigungen

Persönlich ermächtigte Ärzte wurden bisher in Schleswig-Holstein pauschaliert nach § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigt, so dass sie nur bei einem nicht vernachlässigbaren Tätigkeitsumfang auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,25, 0,5, 0,75 oder 1 angerechnet werden. Da die meisten ermächtigten Ärzte einen Tätigkeitsumfang von weniger als einem Viertel eines Versorgungsauftrages der jeweiligen Arztgruppe haben und/oder nicht mindestens drei fachbezogene vertragsärztliche Leistungsziffern im Rahmen ihrer Ermächtigung erbringen dürfen, wurde nur ein geringer Anteil der für Schleswig-Holstein ermächtigten Ärzte angerechnet.

Die Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen richtet sich nach § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie. Die Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 119 a SGB V und in Hochschulambulanzen gemäß § 117 SGB V erfolgt für eine besondere Patientengruppe bzw. in einem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang, so dass insoweit keine Anrechnung dieser Ermächtigungen auf den Versorgungsgrad einer Arztgruppe erfolgt. Psychiatrische Institutsambulanzen gemäß § 118 SGB V und Sozialpädiatrische Zentren gemäß § 119 SGB V sind anzurechnen. Da in Schleswig-Holstein keine belastbaren Daten über den Umfang der Leistungen dieser Einrichtungen aus dem fachspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, kann die Anrechnung nur - wie in § 22 Abs. 2 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie pauschal vorgesehen - mit 0,5 je Einrichtung erfolgen und zwar für die Psychiatrischen Institutsambulanzen bei den Psychotherapeuten und für die Sozialpädiatrischen Zentren bei den Kinderärzten. Einvernehmen besteht darüber, Psychiatrische Institutsambulanzen, die sich lediglich auf Bewohner eines Langzeitbereiches erstrecken, von der Anrechnung auszunehmen, weil diese Ermächtigungen auf ein eingeschränktes Patienten Klientel eingegrenzt sind.

Seit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz muss beachtet werden, dass bei der Feststellung von Über- und Unterversorgung die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nicht zu berücksichtigen sind.

Ärzte, die an einer ermächtigten kommunalen Eigeneinrichtung im Sinne von § 105 Abs. 5 SGB V angestellt sind, werden entsprechend ihrem konkreten Beschäftigungsumfang in der gleichen Art und Weise wie die bei einem Vertragsarzt oder an einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet.

3. Planungsblätter (Anlage 1) sowie die dazugehörigen Karten (Anlage 2) für folgende Arztgruppen:

- Hausärztliche Versorgung: Hausärzte

- Allgemeine fachärztliche Versorgung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen
 - Spezialisierte Fachärztliche Versorgung: Anästhesisten, Fachinternisten, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater
 - Gesonderte Fachärztliche Versorgung: Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner.
-

Bad Segeberg, den 28.11.2019

gez. Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende

gez. Dr. Ralph Ennenbach
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender