Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Bedarfsplan 2020
für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
- Fortschreibung in 2022 -

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

Stand: 01.11.2022

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 Änderungen sind am 01.07.2019 in Kraft getreten und haben bundesweit zu zusätzlichen neuen Niederlassungsmöglichkeiten geführt, was auf abgesenkte Verhältniszahlen, Quotenregelungen für einige Arztgruppen und 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 Regelungen beschlossen worden, die die wohnortnähere Versorgung der Patienten sicherstellen und den maßgeblichen Gremien eine stärkere Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung ermöglichen sollen. Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) begrüßt daher die damals beschlossenen Änderungen nach wie vor ganz ausdrücklich.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat vor der Beschlussfassung 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 Beschluss-fassung 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 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 wollte 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. Nunmehr ist im Bereich der rheumatologischen Versorgung Handlungsbedarf entstanden, der eine vorzeitige Anpassung notwendig macht.

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 Facharztdichte 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. 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.
Insgesamt sind in Schleswig-Holstein über 5.800 Ärzte und Psychotherapeuten mit vollem oder reduziertem Versorgungsauftrag 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. Von den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzten hat sich fast die Hälfte zu Berufsausübungsgemeinschaften zusammengeschlossen. Bei den Psychotherapeuten ist diese Art und Weise der Berufsausübung demgegenüber äußerst gering.

Fast 280 Zweigpraxen gibt es in Schleswig-Holstein. Überwiegend sind diese Praxen nur tageweise besetzt und es werden nur einzelne Leistungen angeboten. In über 150 dieser Zweigpraxen jedoch sind angestellte Ärzte auf Arztstellen tätig. 115 Medizinische Versorgungszentren gibt es aktuell in Schleswig-Holstein mit insgesamt circa 580 Arztstellen und zu etwas über 50 Prozent in der Trägerschaft bzw. mit Beteiligung 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 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 4,5 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 in denen 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, am

01.05.2019 wurde eine solche Einrichtung in Lunden eröffnet und am 01.04.2020 hat die dritte und vorerst wohl letzte kommunale Eigeneinrichtung in Schleswig-Holstein auf Helgoland den Betrieb aufgenommen. Alle drei Einrichtungen sind nach dem Sicherstellungsstatut der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (alte Fassung) finanziell gefördert worden.

Daneben gibt es in Schleswig-Holstein aktuell sechs Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft für die hausärztliche Versorgung. Das erste wurde bereits 2016 eröffnet und zwar auf Pellworm. Sodann entstanden in Husby, Silberstedt, Erfde, Bad Bramstedt, Brunsbüttel und Wahlstedt weitere kommunale Medizinische Versorgungszentren. 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 telemedizinscher Optionen und hochqualifizierten nichtärztlichen Praxisassistenten soll dazu beitragen, die hausärztliche Tätigkeit auf dem Lande attraktiv für 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 Inrafttreten 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 struktur-schwachen 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.

Am 17.12.2019 hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein Kriterien für die hausärztliche Versorgung beschlossen. Als maßgeblich werden Prognose-berechnungen zu den fiktiven Versorgungsgraden in den Nahbereichen, das heißt in Teilgebieten der Mittelbereiche, unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzte angesehen. Um auch landesplanungsrechtliche Vorgaben zu berücksichtigen, wird auf das im Landesentwicklungsplan festgelegte Zentralörtliche System abgestellt. Die freien Stellen werden nicht für den gesamten Nahbereich ausgeschrieben, sondern für den jeweiligen zentralen Ort. Bereits zweimal hat der Landesausschuss zwischenzeitlich entsprechende Beschlüsse gefasst und Stellen für Schafflund und Garding ausgeschrieben. Ferner sind im Strukturplan der KVSH ausgehend von den gleichen Kriterien Förderregionen ausgeschrieben, in denen die Gründung von Teampraxen in den jeweiligen zentralen Orten bezuschusst werden kann.

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. 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 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, 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 Zentralen 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 vorhandenen 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.

SmED wird von der KVSH im Rahmen der 2020 bundesweit von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingeführten Terminservicestellen genutzt, die an sieben Tagen in der Woche erreichbar sind und Akutpatienten auch tagsüber zu den Sprechstundenzeiten innerhalb gesetzlich vorgegebener Fristen in die Vertragspraxen vermitteln. SmED hilft dabei, die Anrufenden der richtigen Versorgungsebene und dem richtigen Versorgungszeitpunkt zuzuordnen.

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, um dadurch ihren Professionalisierungsgrad zu dokumentieren. Am 01.07.2018 wurde die Richtlinie aktualisiert. 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 der Landesregierung 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 stationsersetzende 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 KVSH 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 50 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.

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. Die Pandemie hat das Angebot von Videosprechstunden in den Vertragsarztpraxen bereits stark erhöht. Es bleibt abzuwarten, in welchem Umfang zukünftig von dieser Option Gebrauch gemacht werden wird.

1.3. Demografie und soziodemografische Faktoren

Am 31.12.2020 waren 23,4 Prozent der Bevölkerung Schleswig-Holsteins über 65 Jahre alt. Das Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein hat in seinem aktuellsten 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.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte bereits mit der Etablierung eines Demografiefaktors im Rahmen der Neustrukturierung der Bedarfsplanung mit Wirkung ab 01.01.2013 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 letzten umfassenderen Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung ab 01.07.2019 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 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.

Der Gemeinsame Bundesausschuss war dazu verpflichtet worden, bis zum 01.07.2019 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 ließen 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 KVSH, 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 wiesen nach den Statistiken des Statistischen Amtes für Hamburg und Schleswig-Holstein zum Stichtag 31.12.2020 der einwohnerstärkste Kreis Pinneberg mit über 470 Einwohnern pro Quadratkilometer auf sowie der Kreis Stormarn mit ca. 320 Einwohnern pro Quadratkilometer und der Kreis Segeberg mit ca. 207 Einwohnern pro Quadratkilometer. Alle anderen Landkreise haben weniger als 200 Einwohner pro Quadratkilometer und die Kreise Dithmarschen, Nordfriesland und Schleswig-Flensburg unter 100 Einwohner pro Quadratkilometer.

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 KVH 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 Nachbesetzungs-probleme 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 damalige 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 circa 2.000 Hausärzten sind über 300 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 enthielt 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 wurde 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. In der Fortschreibung 2021 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 sind erstmalig Anfang 2020 festgelegt und 2021 aktualisiert worden. Ermöglicht 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.

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 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. Ähnliches gilt für die rheumatologische Versorgung, die im Jahr 2022 Anlass dafür war, die Bedarfsplanung im Bereich der Inneren Medizin neu zu strukturieren.

Die Versorgungsebenen

Seit 2013 sind alle Arztgruppen außer der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie von der vertragsärztlichen Bedarfsplanung erfasst. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat damals das System der vier Versorgungsebenen eingeführt. Diesen Versorgungsebenen sind die einzelnen Arztgruppen zugeordnet. Die Zuordnung der Arztgruppen zu den Versorgungsebenen ist abhängig vom Spezialisierungsgrad der Arztgruppe sowie ihrer Patientennähe. Folgerichtig wird die hausärztliche Versorgung relativ kleinräumig beplant auf der Ebene der Mittelbereiche, während für die Laborärzte die Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen maßgeblich sind. Diese Struktur hat die KVSH bis zur Fortschreibung des Bedarfsplans im Jahr 2022 übernommen. Sodann wurde der Bereich der Inneren Medizin neu geregelt. Nach wie vor gilt aber auch für die Innere Medizin die grundsätzliche Systematik der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und die Zuordnung der Arztgruppe zu dieser Versorgungsebene, allerdings mit zusammengelegten Planungsbereichen.

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 etwa 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 Nachbesetzungs-

problematik 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 über 300 in Schleswig-Holstein vertragsärztlich tätige Hausärzte mindestens 65 Jahre alt. Den höchsten Anteil an Hausärzten ab einem Alter von mindestens 65 Jahren haben die Kreise Dithmarschen und Nordfriesland, die zudem auch den höchsten Anteil an Hausärzten in einem Alter von mindestens 60 Jahren haben, nämlich jeweils fast 40 Prozent. 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 KVSH im Rahmen der Entwicklung des Bedarfsplans 2013 hatten 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. Zuvor waren dort keine Versorgungsprobleme im hausärztlichen Bereich bekannt geworden und frei gewordene 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 Hausarztsitze 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 im Rahmen der Aufstellung des Bedarfsplans 2020 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 hatte. Die hausärztliche Behandlung von Einwohnern aus Schleswig-Holstein in Hamburg hatte zugenommen. Dies galt aber auch umgekehrt: Hausärzte aus Schleswig-Holstein behandelten mehr Einwohner Hamburgs als im Jahr 2012. Seit 2012 hatte sich die Anzahl der in Hamburg hausärztlich versorgten Einwohner Schleswig-Holsteins aus dem Hamburger Speckgürtel um ca. 15.000 erhöht. Allerdings hatten aber auch 10.000 mehr Patienten mit Wohnsitz in Hamburg einen Hausarzt in Schleswig-Holstein aufgesucht als in 2012. Die Zahlen deuteten 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 2019 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 wurden 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 konnten, ging die KVSH davon aus, dass viele der nach Hamburg zu einem Hausarzt einpendelnden Patienten einen Hausarzt in der Nähe zu ihrem Wohnort präferiert hätten, aber dort keine neuen Patienten mehr aufgenommen wurden.

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 deuteten in 2019 aber darauf hin, dass die Vorgehensweise wegen des ständigen Zuzugs neuer Einwohner zu - gemessen am wachsenden Bedarf - zu geringen freien hausärztlichen Behandlungskapazitäten geführt hatte.

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 Planungsblatt des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in Schleswig-Holstein zum Beschluss vom 05.06.2019 ging im Übrigen hervor, dass in den beiden Metropolregionen fast 100 Hausarztstellen mit angestellten Ärzten besetzt sind. Konkret waren auf den Stellen 120 Ärzte tätig und 50 davon in Teilzeit. Es war 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.

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 daher seit 2019 nicht mehr 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 weitere 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 sind aufgrund der Anwendung der neuen allgemeinen Verhältniszahl nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie zahlreiche zusätzliche Vollzeitäquivalente entstanden, die 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 wurde, hat sich die KVSH mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Jahr 2019 darauf verständigt, zunächst nur auf die Mittelbereiche Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht die neue allgemeine Verhältniszahl (1.607) 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 sollte 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. Leider sind in allen drei Städten nach wie vor hausärztliche Stellen unbesetzt, so dass die Verhältniszahl in den oben genannten Mittelbreichen Wedel, Pinneberg, Norderstedt, Ahrensburg und Reinbek/Glinde/Wentorf/ - noch - nicht abgesenkt werden soll.

Im Hinblick auf die bereits 2013 von Nachbesetzungsproblemen in hohem Maße betroffenen Mittelbereiche des Kreises Nordfriesland hatten die Berechnungen der KVH 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 beplant. 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 auf Kreisebene beplant bzw. im Rahmen der kreisfreien Städte Kiel und Lübeck. Neumünster gehört 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 KVSH wie bereits erwähnt begrüßt. Für den allgemeinen fachärztlichen Bereich ergaben 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 sind 2019 in der Arztgruppe Kinder- und Jugendmedizin entstanden, 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. 2019 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 Subspezialisierung 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 Landesauschusses 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

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 in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt-, und Raumforschung derzeit 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 Raumordnungsregionen stellen das Beobachtungs- und Analyseraster der Bundesraumordnung dar. Zumeist entsprechen die Raumordnungsregionen den Planungsregionen der Länder. In Schleswig-Holstein sind dies die Planungsräume. Hierzu sei angemerkt, dass es in Schleswig-Holstein statt bislang fünf zukünftig nur noch drei Regionalpläne geben soll.

Die KVSH, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen haben sich darauf verständigt, dass zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der internistischen Rheumatologie von den Raumordnungsregionen als Planungsbereiche abgewichen wird. Hierauf wird im Folgenden unter Ziffer 2 des Bedarfsplans näher eingegangen. Darüber hinaus wird die Mindestquote der Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie erhöht, was ebenfalls unter Ziffer 2 dargestellt wird.

Gesonderte fachärztliche Versorgung

Planungsregion ist der Bezirk der KVSH.

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. 21/2021) dahingehend, dass in Schleswig-Holstein am Jahresende 2019 ca. 269.600 Schwerbehinderte lebten. Das entsprach 9,3 Prozent der Bevölkerung. 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 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 und in dieser Altersgruppe sind prozentual die meisten Schwerbehinderungen zu verzeichnen, nämlich 21,9 Prozent.

Die KVSH hat bereits vor einigen Jahren eine Online-Arztsuche installiert. Diese Arztsuche ermöglichte zunächst nur die Abfrage von rollstuhlgerechten Praxen, enthält aber mittlerweile die in der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Information über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung aufgelisteten Kategorien von Barrierefreiheit. Eine Auswertung der von den Praxen online gemachten Angaben, die jederzeit von den Praxen aktualisiert werden können, hat ergeben, dass mittlerweile gut ein Drittel der Praxen Angaben zu den einzelnen Kategorien gemacht hat. Die KVSH geht davon aus, dass die restlichen Praxen demnächst ebenfalls angeben werden, inwieweit sie besondere Bedürfnisse erfüllen. Ein „Behindertenparkplatz“ gehört nach den Angaben der Praxen bereits fast zum Standard der Praxen. In vielen Praxen sind die Praxisräume für „Personen mit Gehhilfe weitgehend zugänglich“ und ebenso ist ein „bedingt rollstuhlgeeignetes WC“ vorhanden.

Hilfreich bei der Verbesserung von zumindest Barrierearmut in den Vertragsarztpraxen könnte der vom Land Schleswig-Holstein aufgelegte „Fonds für Barrierefreiheit zur Förderung der Barrierefreiheit gemäß UN-Behindertenkonvention“ (bekannt gemacht am 15.01.2019) sein, 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. Am 01.02.2022 ist eine aktualisierte Richtlinie in Kraft getreten.

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 den Bedarfsplänen 2013/2020 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 Inkrafttreten dieses Bedarfsplans die mit der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie festgesetzte allgemeine Verhältniszahl (1.607). 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. 2022 ist überprüft worden, ob auch in diesen Mittelbereichen die allgemeine Verhältniszahl auf 1.607 abgesenkt werden sollte. Da in den Mittelbereichen Elmshorn, Kaltenkirchen und Geesthacht das Ziel der Besetzung der freien Stellen noch nicht erreicht werden konnte, gilt weiterhin die o.g. Verhältniszahl.

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 schmerzkranke

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 Qualitätssicherungs-vereinbarung 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 KVSH 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 Versorgungauftrag 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 der KVSH 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 Versorgungs-auftrag 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.

Innere Medizin

Die KVSH hat im Jahr 2022 mit der Fortschreibung des Bedarfsplans 2020 im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für den Bereich der Inneren Medizin folgende Abweichungen von der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen:

1. Planungsbereiche sind nicht die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Raumordnungsregionen, sondern in Anlehnung an den Landesentwicklungsplan des Landes Schleswig-Holstein und die darin festgelegte Neuaufstellung der Regionalpläne folgende Planungsräume:

   - Planungsraum Innere Nord
     (Kreis Nordfriesland, Kreis Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg)
   - Planungsraum Innere Mitte
     (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Kreis Plön, Stadt Neumünster, Stadt Kiel)
   - Planungsraum Innere Süd
     (Kreis Dithmarschen, Kreis Steinburg, Kreis Pinneberg, Kreis Segeberg, Kreis Stormarn, Kreis Ostholstein, Kreis Herzogtum Lauenburg, Stadt Lübeck).

2. Es ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von zehn Prozent der regionalen Verhältniszahl der Fachinternisten den Fachärzten für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie

vorbehalten ist.

3. Ergeben sich aus der Erhöhung der Mindestquote für die Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie von acht Prozent auf zehn Prozent und dem Neuzuschnitt der Planungsbereiche mindestens 1,5 freie Stellen für den Planungsraum Innere Süd, so soll der Landesausschuss die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für 1,5 Stellen auf die Kreise Steinburg und Dithmarschen beschränken. Darüberhinausgehende Quotenstellen sind davon nicht betroffen.

4. Nach Ablauf des 31.12.2024 wird die KVSH gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die Versorgungssituation im Bereich der internistischen Rheumatologie überprüfen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen zur Sicherstellung in dieser Subspezialisierung vorschlagen. Dabei soll insbesondere berücksichtigt werden, ob die oben unter Punkt 3 erwähnten 1,5 Stellen für den Planungsraum Innere Süd besetzt werden konnten. Gewürdigt werden soll auch, ob die Nachbesetzung von internistisch-rheumatologischen Stellen gelungen ist oder nicht, ob sich neue Kooperationen gegründet haben und inwieweit sich die größere räumliche Flexibilität ausgewirkt hat.

   Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat für die neuen Planungsräume folgende regionale Verhältniszahlen errechnet, die ab dem Inkrafttreten der Fortschreibung gelten und in den Folgejahren aktualisiert werden müssen:

   - Planungsraum Innere Nord: 15.294
   - Planungsraum Innere Mitte: 15.104
   - Planungsraum Innere Süd: 14.673.

   Bislang ist die KVSH in ihrem Bedarfsplan im Hinblick auf den Bereich der Inneren Medizin von den in der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossenen Festlegungen nicht abgewichen. Die Verhältniszahlen wurden übernommen, die Raumordnungsregionen als Planungsbereiche bestätigt und auch die Mindestquote für die Rheumatologie von acht Prozent wurde nicht verändert. Nachdem der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu ermächtigt hatte, im Rahmen der Bedarfsplanung Quotenregelungen beschließen zu können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss unter anderem für Subspezialisierungen der Inneren Medizin Maximalquoten und ausschließlich für die Rheumatologie eine Mindestquote von acht Prozent beschlossen. Gleichzeitig hat der Gemeinsame Bundesausschuss klargestellt, dass er bis zum 31.12.2024 eine Anhebung der Mindestquote auf zehn Prozent der regionalen Verhältniszahl anstrebt, soweit eine Überprüfung einen entsprechenden Versorgungsbedarf ergibt.

   Für Schleswig-Holstein ist die KVSH der Auffassung, dass die Quote bereits zum jetzigen Zeitpunkt, d.h. im Jahr 2022, angehoben werden muss. Die Wartezeiten auf einen Termin sind zu lang und könnten sich mit der Umsetzung des DMP Rheumatoide Arthritis noch verlängern. Die KVSH bemüht sich seit Langem um eine Verbesserung der rheumatologischen Versorgung. Mit der Rheumavereinbarung, die als Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2020 verhandelt wurde, soll eine verbesserte ambulante Behandlung von entzündlich rheumatischen Erkrankungen ermöglicht werden. Unter Mitberücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie waren die Vertragspartner auf Basis eigener Analysen zu dem Ergebnis gekommen, dass die ambulante Behandlung entzündlich rheumatischer Erkrankungen entscheidende Mängel aufweise und damit als verbesserungswürdig anzusehen sei. Die beschlossenen Fördermaßnahmen sollen bewirken, dass bei einer Verdachtsdiagnose schneller und sachgerechter, unter Erhebung und zur Verfügungstellung der relevanten Vorbefunde durch eine Hausarztpraxis, an die entsprechenden Fachärzte überwiesen wird. Hierfür ist eine ausreichende Anzahl an rheumatologisch-internistischen Praxen erforderlich.

   Die KVSH möchte daher zumindest erreichen, dass die vorhandenen Rheumatologenstellen mit Rheumatologen nachbesetzt werden. Ferner wären zusätzliche internistisch-rheumatologische

Praxen insbesondere an der Westküste sehr zu begrüßen. Für beide Ziele sind die bereits erwähnten Quoten maßgeblich. Die Unterquoten bei den Facharztinternisten wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur gezielten Steuerung der Niederlassungen beschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte hierzu ausgeführt, eine gezielte, einen Proporz von Subspezialisierungen berücksichtigende Nachbesetzung eines fachinternistischen Arztsitzes sei für die Landesebene bis zur Einführung der Quoten rechtlich nicht möglich gewesen. In der Zulassungspraxis sei es daher in dieser Arztgruppe zur Häufung von einzelnen Subspezialisierungen zu Lasten anderer, insbesondere von Rheumatologen, gekommen. Dies wollte der Gemeinsame Bundesausschuss ändern und hat eine Mindestquote für die Rheumatologie eingeführt und Maximalquoten für andere Subspezialisierungen. In anderen Regionen des Bundesgebietes dürften die Maximalquoten erfüllt sein. In Schleswig-Holstein ist dies allerdings nicht der Fall und es drohte somit im Jahr 2022 nach wie vor eine Umwidmung rheumatologisch-internistischer Stellen.

Im Zusammenhang mit dem absehbaren Ausscheiden einiger älterer internistischer Rheumatologinnen und Rheumatologen aus der vertragsärztlichen Versorgung ist der Landesverband des Berufsverbandes der Rheumatologen mit dem Wunsch nach mehr räumlicher Flexibilität an die KVSH herangetreten. Dies alles war Anlass dafür zu erwägen, die Planungsbereiche in Schleswig-Holstein für den Bereich der Inneren Medizin neu zu schneiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat für die Versorgungsebene der spezialisierten fachärztlichen Versorgungsebene die Raumordnungsregionen in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung festgelegt. Diese entsprechen in Schleswig-Holstein den Regionalplänen.

In diesem Zusammenhang hat die KVSH festgestellt, dass mit der Fortschreibung des Landesentwicklungsplans des Landes Schleswig-Holstein, die im Dezember 2021 in Kraft getreten ist, eine wesentliche Grundlage für die Neuaufstellung der Regionalpläne geschaffen wurde. Bisher gab es fünf Regionalpläne. Nunmehr wurde das Verfahren zur Neuaufstellung von nur noch drei Regionalplänen eingeleitet. Zukünftig soll es in Schleswig-Holstein drei Planungsräume geben, und zwar

- den Planungsraum I (Kreis Nordfriesland, Kreis Schleswig-Flensburg, Stadt Flensburg)
- den Planungsraum II (Kreis Rendsburg-Eckernförde, Kreis Plön, Stadt Neumünster, Stadt Kiel) und
- den Planungsraum III (Kreis Dithmarschen, Kreis Steinburg, Kreis Pinneberg, Kreis Segeberg, Kreis Stormarn, Kreis Ostholstein, Kreis Herzogtum Lauenburg, Stadt Lübeck).

Um mehr Flexibilität für den Bereich der Inneren Medizin zu schaffen, hat die KVSH daher im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten die Planungsbereiche in Anlehnung an die neuen Regionalpläne festlegt. Berechnungen der KVSH hatten ergeben, dass der geplante Neuzuschnitt dazu führen wird, dass sämtliche Maximalquoten in Schleswig-Holstein erfüllt sind. Damit wäre eine Umwandlung von rheumatologisch-internistischen Stellen beispielweise in kardiologische Stellen nicht mehr möglich, was ganz ausdrücklich den Vorstellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bei der Einführung der Quoten entspricht.

Vor der Fortschreibung des Bedarfsplans im Jahr 2022 waren in der Raumordnungsregion SH Südwest 1,5 Mindestquotenstellen frei und es lagen keine Anträge für die Stellen vor. Die Versorgungslage im Bereich der Rheumatologie war daher insbesondere an der Westküste verbesserungsbedürftig. Aus diesem Grund sollen die 1,5 Mindestquotenstellen für den neuen Planungsraum Innere Süd auf die Kreise Dithmarschen und Steinburg, das heißt auf die frühere Raumordnungsregion SH Südwest, beschränkt ausgeschrieben werden. Darüberhinausgehende weitere Mindestquotenstellen für den Planungsraum Innere Süd sind von dieser Beschränkung nicht betroffen.

Anfang des Jahres 2025 soll die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein im Bereich der internistischen Rheumatologie überprüft werden. Berücksichtigt werden soll hierbei insbesondere, ob die Mindestquoten in allen Planungsbereichen erfüllt sind oder nicht und wie sich die beschlossenen Maßnahmen zur Förderung der internistischen Rheumatologie ausgewirkt haben.

Angemerkt sei noch, dass für die Genehmigung von Verlegungen der Zulassungsausschuss zuständig ist, der dies in der Vergangenheit stets sorgfältig unter Würdigung der Umstände im Einzelfall entschieden hat. Die KVSH hat daher keine Zweifel daran, dass er über eventuelle Verlegungsanträge, die auf der beschriebenen Zusammenlegung von Planungsbereichen beruhen, unter Abwägung aller Aspekte sachgerecht entscheiden wird.

Förderangebote für die internistische Rheumatologie im Strukturfonds der KVSH sollen neben den Regelungen im Bedarfsplan Versorgungssicherheit im Bereich der Rheumatologie zu erreichen.

Anrechenbarkeit von Ermächtigungen

Persönlich ermächtigte Ärzte werden 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, wird 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 Patientenklientel 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[1]) sowie die dazugehörigen Karten (Anlage 2[1]) für folgende Arztgruppen:**

- Hausärztliche Versorgung: Hausärzte
- Allgemeine fachärztliche Versorgung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen
- Spezialisierte fachärztliche Versorgung: Anästhesisten, Radiologen, Kinder- und Jugendpsychiater
- Spezialisierte fachärztlich-internistische Versorgung: Fachinternisten[1]
- Gesonderte fachärztliche Versorgung: Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner.

Bad Segeberg, den 19.10.2022

gez. Dr. Monika Schliffke
Vorstandsvorsitzende

gez. Dr. Ralph Ennenbach
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

---

[1] Bis zur erstmaligen, zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des fortgeschriebenen Bedarfsplans 2022 unmittelbar bevorstehenden Beschlussfassung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auf der Grundlage des fortgeschriebenen Bedarfsplans 2022 wird zur Veranschaulichung der Auswirkungen der Neuregelungen in der Arztgruppe Innere Medizin das entsprechende Planungsblatt als Anlage beigefügt sowie eine Karte. Die übrigen Planungsblätter und Karten werden nach der Beschlussfassung des Landesauschusses veröffentlicht, um Unklarheiten zu vermeiden. Es ist zu beachten, dass die Änderungen im Bereich der Inneren Medizin erst mit der ersten Beschlussfassung des Landesausschusses Wirksamkeit entfalten.

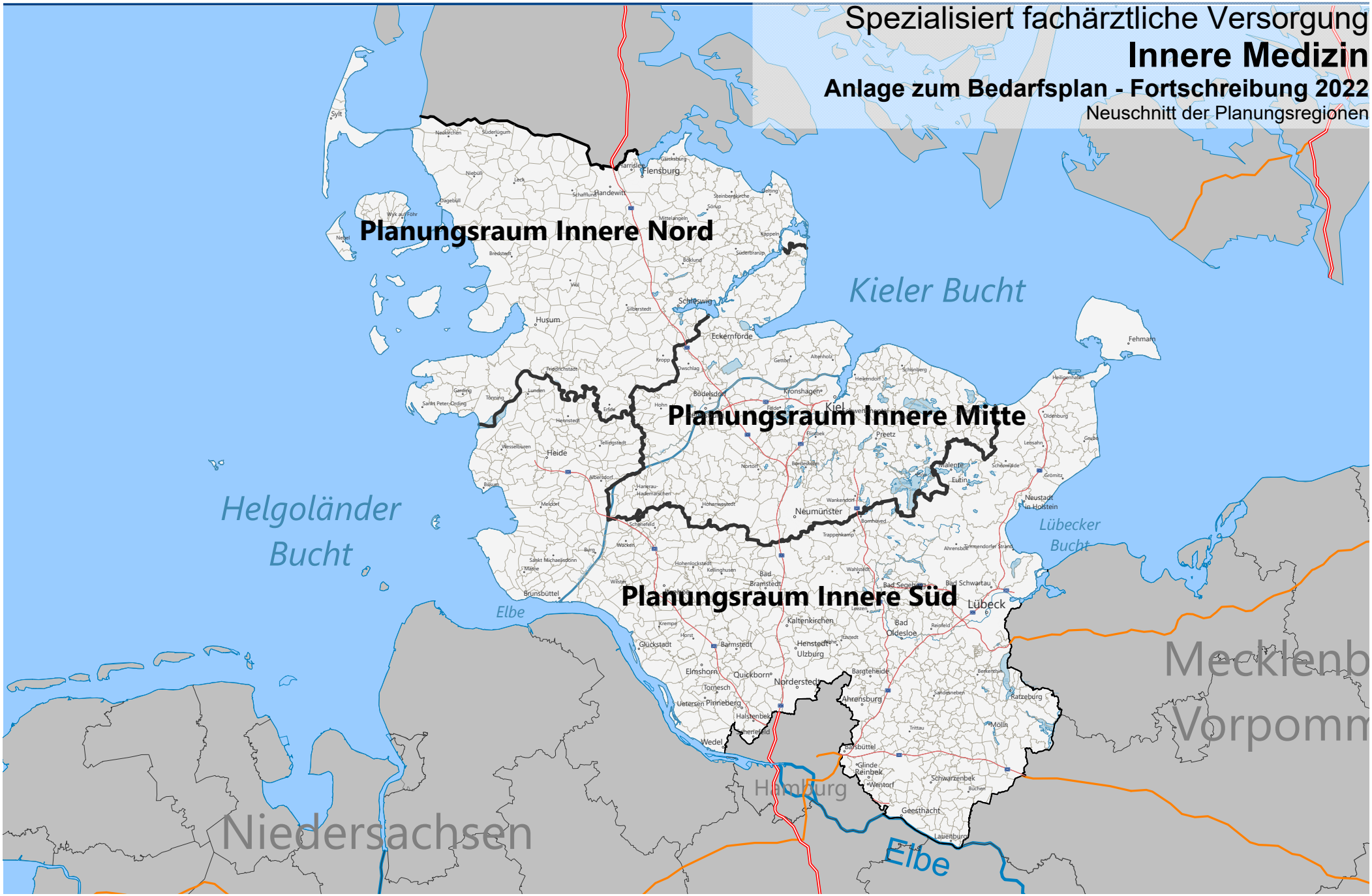
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Spezialisiert fachärztliche Versorgung

Innere Medizin

Anlage zum Bedarfsplan - Fortschreibung 2022

Neuschnitt der Planungsregionen



KV-Gebiet	**Schleswig-Holstein**				Arztgruppe	**Internisten**														
Einwohner - Stand	31.12.2021				Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe	Facharztanerkennung in Verbindung mit den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie														
Ärzte (Spalte 9, 9a) - Stand	20.10.2022				Datum der Beschlussfassung	**XX.XX.XXXX**														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	9a	10	11	11a	12	13	14	15	16	17	18	19
Planungsbereich	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich [1]	EW im Planungsbereich	allgemeine Verhältniszahl im Planungsbereich [1]	regionale Verhältniszahl [2]	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen, die in der Bedarfsplanung zählen	**Gesamtzahl Ärzte** (Sp. 6 + 7 + 8)	**Gesamtzahl Ärzte ohne Ermächtigte** (Sp. 6 + 7)	Sollzahl Ärzte [3]	**Versorgungsgrad mit** ermächtigten Ärzten und Einrichtungen	**Versorgungsgrad ohne** ermächtigte Ärzten und Einrichtungen	Versorgungsgrad im Vorjahr [1]	**Planungsbereich gesperrt** [1]	Zahl der Niederlassungs-möglichkeiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	**Unterversorgung** [1]	drohende Unterversorgung [1]	Beschluss gemäß § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt [4]
Planungsraum Innere Nord		462.472	14.433	15.294	35,75	11,75		47,50	47,50	30,24	**157,1**	**157,1**	269,2	ja		14,0	nein	nein		3.221
Planungsraum Innere Mitte		731.479	14.433	15.104	54,50	23,00		77,50	77,50	48,43	**160,0**	**160,0**	151,0	ja		24,0	nein	nein		3.530
Planungsraum Innere Süd		1.728.054	14.433	14.673	126,50	53,00		179,50	179,50	117,77	**152,4**	**152,4**	128,6	ja		49,5	nein	nein		3.458
								304,50							**0,0**					

[1] Erläuterungen siehe Bedarfsplan

[2] Hier wird die Wirkung des Morbiditätsfaktors gem. § 9 Abs. 8 bis 10auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende regionale Verhältniszahl wird hier abgebildet. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese darzustellen.

[3] Ärztesoll in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

[4] Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten vier verfügbaren Quartale aktualisiert. Ärzte mit Zulassung/Anstellung in zwei Fachgebieten sind nur dann berücksichtigt, wenn die Fälle eindeutig einem Fachgebiet zugeordnet werden können. Die durchschnittliche Fallzahl wird aus Gründen des Datenschutzes nur ausgewiesen, wenn mindestens 10 Ärzte der Fachgruppe in der Planungsregion tätig sind.

KV-Gebiet	**Schleswig-Holstein**	**Anlage Internisten**
Einwohner - Stand	31.12.2021	
PT - Stand	20.10.2022	Datum der Beschlussfassung **XX.XX.XXXX**

Planungsbereich	regionale Verhältniszahl	Einwohner im Planungsbereich	Grenze zur Übervers. re. Soll + 10% Anzahl	Sollzahl Fachinternisten [1]	Tatsächlich im Planungsbereich						**Versorgungs-grad ohne Erm**	Planungsbereich gesperrt - noch mögliche Zulassung	Quotenplätze [7]				
					gesamt	Rheumatologen [2]	Kardiologen [3]	Gastroenterologen [4]	Pneumologen [5]	Nephrologen [6]		Rheumatologen [2]	Rheumatologen 2)	Kardiologen [3]	Gastroenterologen [4]	Pneumologen [5]	Nephrologen [6]
		Anzahl		Anzahl	**Anzahl**	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in Prozent	Anzahl	Anzahl	max erreicht?	max erreicht?	max erreicht?	max erreicht?
0	1	2	3	4	**5**	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Planungsraum Innere Nord	15.294	462.472	33,3	30,2	**47,50**	1,50	13,00	6,50	7,00	10,00	157,1	2,0		2,0			
Planungsraum Innere Mitte	15.104	731.479	53,3	48,4	**77,50**	7,50	16,50	14,00	9,00	14,25	160,0						
Planungsraum Innere Süd	14.673	1.728.054	129,5	117,8	**179,50**	9,00	43,00	21,75	21,75	32,25	152,4	3,0		3,0		1,0	
		2.922.005		196,4	**304,50**	18,00	72,50	42,25	37,75	56,50		5,0					

[1] Versorgungsanteil in Höhe von 100 Prozent der im Planungsbereich geltenden regionalen Verhältniszahl gemäß § 8. Gilt für den Planungsbereich eine regional angepasste Verhältniszahl auf der Grundlage von § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V, ist diese Sollzahl darzustellen.

[2] Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie.

[3] Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie.

[4] Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie.

[5] Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde, sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde.

[6] Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie.

[7] Es wird ausgewiesen, wie viele Quotenplätze bis zur Erfüllung der jeweiligen Quote bestehen. Diese Quotenplätze sind nicht als zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten zu interpretieren.