



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# **Sektorenübergreifende Bedarfsplanung – Perspektive des G-BA**

**Josef Hecken  
Unparteiischer Vorsitzender im Gemeinsamen  
Bundesausschuss**

**ZI-Fachtagung  
„Abseits vom Mittelwert: Welche Zukunft hat die  
medizinische Versorgung in den Regionen?“**

**Berlin, den 19.09.2016**

# Bedarfsplanung:

## Wie war die Ausgangssituation vor der letzten Reform?

- Letzte große Bedarfsplanungsreform war 1990.
- **20 Jahre danach:** Attraktive Regionen mit sehr gutem Versorgungsangebot und abgelegene Regionen mit Tendenzen der Unterversorgung.
- **Folge:** Bedarfsplanung der Neunzigerjahre des vergangenen Jahrhunderts muss überarbeitet werden.
- Der Gesetzgeber hat deshalb in Versorgungsstrukturgesetz dezidierte Hinweise zur Neuausrichtung der Bedarfsplanung gegeben.
- Leitmotive sind dabei
  - Flexibilisierung der Planungsbereiche,
  - Neuberechnung der Verhältniszahlen,
  - die Festlegung der Fachgruppen, die einer Planung unterliegen sollen, sowie
  - die Neudefinition des sogenannten Sonderbedarfs, der Zulassungen ermöglicht, wenn Planungsbezirke für weitere Niederlassungen gesperrt sind.

# Steuerungsebenen der Bedarfsplanung zur Individualsteuerung vor Ort



## Ebenen

### Bundesebene

Grundsätzliche allgemeine Vorgaben  
(z.B. *Arztgruppen, Planungsbereiche etc.*)

+



### Landesebene

Abweichungen, um regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen  
(z.B. *Planungsbereichsgrenzen, Morbidität, Soziodemografische Faktoren etc.*)

+



### Lokale Ebene

Zulassungen auf lokaler Ebene in gesperrten Planungsbereichen  
(z.B. *besondere Behandlungsmethoden etc.*)

## Instrumente

Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA

Bedarfsplan der Kassen und KVen

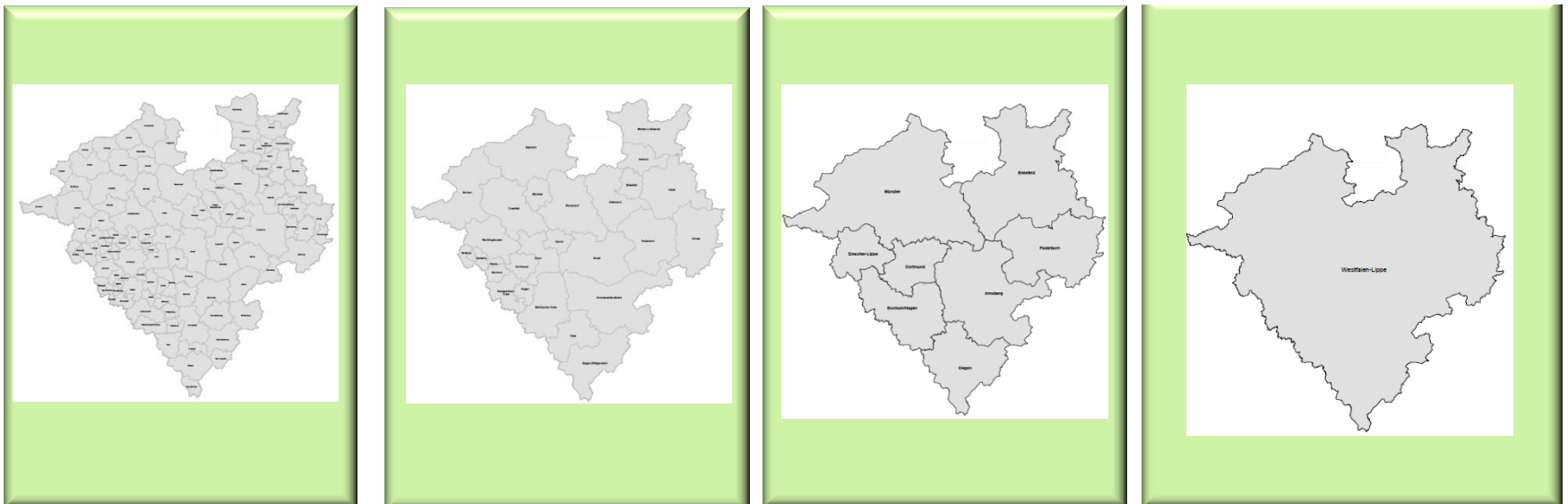
Sonderbedarf

→ Die regionalen Abweichungsmöglichkeiten stellen sicher, dass die besonderen Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt werden.

# Die Planungsbereiche / Versorgungsebenen

<b>Hausärztliche Versorgung</b>	<b>Allg. fachärztl. Versorgung</b>	<b>Spezialisierte fachärztl. Vers.</b>	<b>Gesonderte fachärztl. Versorg.</b>
<b>Mittelbereiche</b> <i>[klein]</i>	<b>Kreise</b> <i>[mittel]</i>	<b>Raumordnungsregionen</b> <i>[größer]</i>	<b>KVen</b> <i>[sehr groß]</i>
<b>Anzahl</b> <b>883</b>	<b>Anzahl</b> <b>372</b>	<b>Anzahl</b> <b>97</b>	<b>Anzahl</b> <b>17</b>

## Größe der Planungsbereiche am Beispiel der KV Westfalen-Lippe



# Die Zuordnung der Arztgruppen zu den Versorgungsebenen

Wohnortnahe Grundversorgung → kleiner Planungsbereich

Spezialisierte Arztgruppen mit großen Einzugsbereichen → größere Planungsräume

Hausärztliche  
Versorgung

Allg. fachärztl.  
Versorgung

Spezialisierte  
fachärztl. Vers.

Gesonderte fachärztl.  
Versorg.

Arztgruppen

- Hausärzte

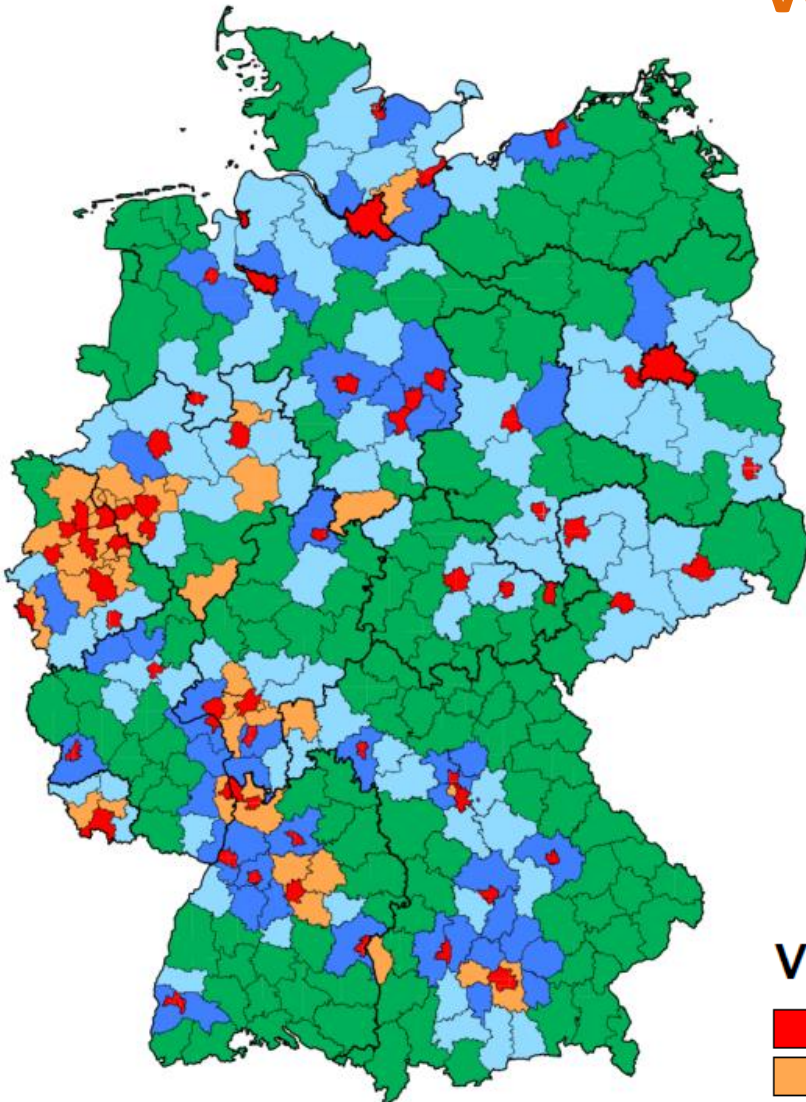
- Augenärzte
- Chirurgen
- Frauenärzte
- HNO-Ärzte
- Hautärzte
- Nervenärzte
- Psychotherap.
- Orthopäden
- Urologen
- Kinderärzte

- Fachinternisten
- Anästhesisten
- Radiologen
- *Kinder- und Jugend-psihiater*

- *PRM-Mediziner*
- *Nuklearmediziner*
- *Strahlentherap.*
- *Neurochirurgen*
- *Humangenetiker*
- *Laborärzte*
- *Pathologen*
- *Transfusions-  
mediziner*

*Bisher nicht beplante Arztgruppen  
kursiv.*

# Mitversorgung und Differenzierung der fachärztlichen Versorgung



- In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Mitversorgereffekte über eine gegliederte Verhältniszahl (5 Typen) abgebildet. *In den anderen Versorgungsebenen bedarf es nur einer Verhältniszahl.*
- **Eigenversorgte Regionen (Typ 5)**
- Die Regionen, die **von der städtischen Mitversorgung profitieren (Typ 4 und Typ 3)**
- Regionen, die **von Mitversorgung profitieren und selber angrenzende Regionen mitversorgen (Typ 2)**
- Regionen, die **starke Mitversorgungsleistung erbringen (Typ 1)**

## Versorgungszonen

■ Typ 1 (61)	■ Typ 3 (50)	■ Typ 5 (140)
■ Typ 2 (41)	■ Typ 4 (80)	

# Sektorenüberschreitende Bedarfsplanung

