

## Editorial: Ärztliche Versorgung unter Berücksichtigung von Patienteninteressen



**München** – Die Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung vor Ort werden in Deutschland durch die sogenannte Bedarfsplanung geregelt. Gerade in ländlichen Regionen zeichnen sich jedoch immer deutlicher Versorgungsprobleme ab. In welcher Region wie viele Ärzte benötigt werden und nach welchen Kriterien die Vergabe von Arztsitzen zukünftig geregelt wird, das soll nun der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen einer Neugestaltung der Bedarfsplanung beschließen. Die Patientenvertreter im G-BA haben ein eigenes Gutachten zu dem Thema vorgelegt.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen  
Ihre Ilka Einfeldt, Head of Patient Relations

## Schwerpunkt: Bedarfsplanung

### Was verbirgt sich hinter dem Begriff?

**Berlin** – Bedarfsplanung ist eine in vielen Bereichen angewandte Methode, den künftigen Bedarf zu ermitteln. Im Hinblick auf das medizinische Versorgungsangebot bezieht sich dies vor allem auf die künftige Bevölkerungsentwicklung und die räumliche Verteilung der ambulant tätigen Ärzte in Deutschland. » [Seite 2](#)

### Kritik an der bisherigen Bedarfsplanung

**Berlin** – Obwohl es bei der Bedarfsplanung um eine großflächige Planung geht, so ist doch jeder Bürger unmittelbar in seiner medizinischen Versorgung betroffen, denn er hat die konkreten Auswirkungen zu tragen, wenn abstrakte Planungsziele seine Lebenswirklichkeit nicht treffen. » [Seite 4](#)

### Das IGES-Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung

**Berlin** – Patientenvertreter haben ein Gutachten zur Entwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Damit verfolgen sie das Ziel, die zukünftige Bedarfsplanung stärker auf die tatsächliche Lebenswirklichkeit der Bevölkerung abzustimmen. » [Seite 7](#)

### „Eine aktive Beteiligung an den Beratungen des Bedarfsplans muss gewährleistet werden“

**Berlin** – Bis 2013 sollen die Weichen für eine neue Bedarfsplanung gestellt werden. Im Interview gewährt Ursula Faubel, Geschäftsführerin des Deutsche Rheuma-Liga Bundesverbandes e.V. und Sprecherin der Patientenvertretung im G-BA Unterausschuss Bedarfsplanung, dem Patientenbrief gegenüber nähere Einblicke in die Forderungen der Patientenvertretung. » [Seite 12](#)

### Flächendeckendes Krebsregister sowie Weiterentwicklung der Früherkennung

**Berlin** – In den Gesetzentwurf für ein Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz sind die Vorstellungen maßgeblicher Patientenorganisationen eingeflossen. » [Seite 14](#)

### Erste Bestandsaufnahme liefert Empfehlungen zum deutschen Impfwesen

**Berlin** – Ende Mai 2012 haben die Bundesländer den ersten Nationalen Impfplan veröffentlicht. Dieser stellt das Impfgeschehen in Deutschland dar und benennt gemeinsame Ziele für die Zukunft. » [Seite 16](#)

### Bundesregierung, Gemeinsamer Bundesausschuss und Patientenvertreter beziehen Stellung

**Berlin** – Mit einem Gesetz zur Neuregelung der Organspende unternimmt die Bundesregierung den Versuch, der deutschen Organspende ein solides Fundament zu legen. » [Seite 18](#)

## Bedarfsplanung

### Was verbirgt sich hinter dem Begriff?

**Berlin** – Die Bedarfsplanung ist eine in vielen Bereichen - auch in der Wirtschaft - angewandte Methode, den künftigen Bedarf zu ermitteln. Im Gesundheitswesen geht es dabei im Hinblick auf das medizinische Versorgungsangebot vor allem um die künftige Bevölkerungsentwicklung und die räumliche Verteilung der ambulant tätigen Ärzte in Deutschland.

Sowohl die Bevölkerungsentwicklung als auch die räumliche Verteilung haben erhebliche Auswirkungen auf die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung. Bei der Ermittlung des zukünftigen Bedarfs wird mit Prognosen und Annahmen gearbeitet, die durch eine möglichst hohe Anzahl objektiver Daten gestützt sein sollen.

Eine Bedarfsplanung für Kassenärzte, also diejenigen Ärzte, die für die gesetzliche Krankenversicherung ambulant tätig sind, gibt es bereits seit 1977. Die gesetzliche Grundlage für die Erstellung eines Bedarfsplans wurde aber erst zum 1. Januar 1993 mit dem „Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GSG) geschaffen. Ziel war es, eine ausgewogene hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung für ganz Deutschland zu sichern.

#### **Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Gesetzlich geregelt ist die Bedarfsplanung heutzutage in § 99 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Der Gesetzgeber verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bzw. Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen), denen alle Kassen(zahn)ärzte angehören, im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Der G-BA als oberstes Gremium der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern besitzt hier also „Richtlinienkompetenz“. „Einvernehmen“ bedeutet, dass die jeweilige KV oder auch KZV die Zustimmung – in diesem Fall der Verbände der gesetzlichen Krankenkassen – einholen muss, es muss also eine Einigung erzielt werden, während die betroffenen Behörden nur „ins Benehmen“, also in Kenntnis zu setzen sind.

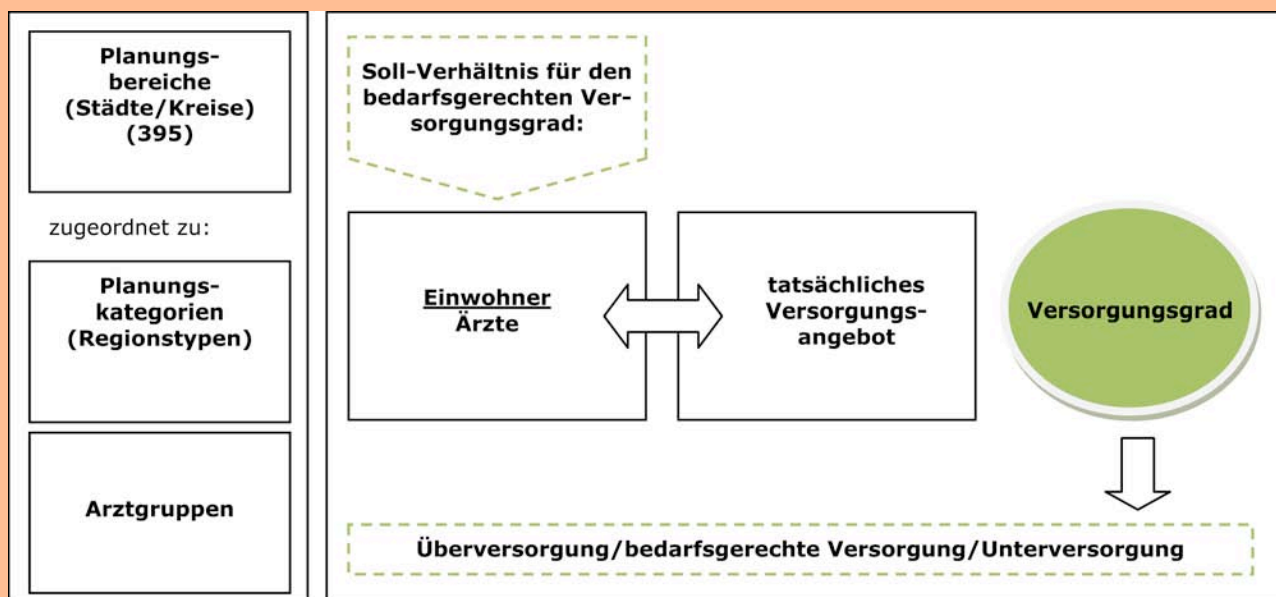
Ziel der Richtlinienkompetenz des G-BA ist es, zu möglichst einheitlichen Regelungen in allen Planungsbereichen zu kommen. Dabei sind die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung zu beachten. Im Laufe der Jahre wurde die betreffende Richtlinie des G-BA immer wieder geändert und der Entwicklung angepasst. Die letzte Änderung trat am 20. Oktober 2011 in Kraft. Zum 1. Januar 2013 soll wieder eine neue und diesmal sogar grundlegend überarbeitete Richtlinie in Kraft treten.

Wenn keine Einigung entsteht, kann jeder Beteiligte den jeweiligen so genannten „Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen“ anrufen, den es in jedem Bundesland gibt. Mit dem zum 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), das die Grundzüge einer neuen Bedarfsplanung festlegt, nehmen nun an allen Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanung auch zwei Vertreter der Bundesländer teil, die von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder benannt werden.

Derzeit bildet die Grundlage der Bedarfsplanung in Deutschland das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte, also der Kassenärzte, bezogen auf die Zahl der Einwohner in einem bestimmten Planungsbereich. Diese „Verhältniszahlen“ werden für alle ärztlichen Fachgruppen getrennt ermittelt.

Ist in einem Planungsbereich das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte zu der Zahl der Bevölkerung günstiger als vorgesehen, dann spricht man von einer „Übersversorgung“. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können dann eine räumlich begrenzte und arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkung für weitere Ärzte anordnen, beziehungsweise, bei Wegfall der Übersversorgung, auch wieder aufheben. Es gibt deshalb sogenannte „gesperrte“, „partiell entsperrte“ und „offene“ Planungsbereiche sowie „Sonderregelungen“ für einen lokalen Versorgungsbedarf. Gleichmaßen spricht man von einer „Unterversorgung“, wenn in einem Planungsbereich das Verhältnis der Zahl der Vertragsärzte zu der Zahl der Bevölkerung niedriger als vorgesehen ausfällt.

### Derzeitige Festlegung der Planungsbereiche



**Quelle:** Eigene Darstellung in Anlehnung an IGES (2012): Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V, Berlin.

Aufgabe der an den Planungen Beteiligten ist zunächst die Festlegung der Planungsbereiche. Davon gibt es derzeit 395, die in der Regel den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die weitere Abgrenzung der Planungsbereiche erfolgt anhand von Regionstypen und Arztgruppen. Das Spektrum reicht von Kernstädten bis zu ländlichen Kreisen. Der Ärztebedarf wird spezifisch für die jeweilige Fachrichtung geplant.

Auf Grundlage dieser Einteilung muss festgelegt werden, welches Verhältnis zwischen der Anzahl der Bewohner des Planungsbezirks und der Zahl der Ärzte (arztgruppenspezifisch) bestehen soll. Dieses sogenannte Soll-Verhältnis bezieht sich auf die Arzt-Patienten-Relation zu einem historischen Zeitpunkt (überwiegend gilt der am 31.12.1990 festgelegte Richtwert).

Anschließend wird untersucht, wie das tatsächliche Versorgungsangebot aussieht. Dazu wird die Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand ins Verhältnis zu den zugelassenen Vertragsärzten je Arztgruppe gesetzt.

Aus der Gegenüberstellung von Soll-Verhältnis und tatsächlichem Versorgungsangebot ergibt sich der Versorgungsgrad. Dieser gibt Aufschluss darüber, ob in einem Planungsbezirk eine Über- oder Unterversorgung vorliegt.

Wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich um zehn Prozent überschritten wird, dann liegt eine Überversorgung vor. Dieser Bereich wird dann für weitere Niederlassungen gesperrt. Wenn in einem bereits gesperrten Planungsbereich die 110-Prozent-Grenze unterschritten wird, dann wird die Zulassungsbeschränkung teilweise wieder aufgehoben.

Das gilt aber nur für die Arztgruppe, für die sich der Versorgungsgrad geändert hat. Wenn in einem Planungsbereich der Versorgungsgrad unter der 110-Prozent-Grenze liegt, dann spricht man von einem „offenen Versorgungsbereich“. Hier gibt es keine Niederlassungsbeschränkung.

## Status quo

---

### Kritik an der bisherigen Bedarfsplanung

**Berlin** – Obwohl es bei der Bedarfsplanung um eine großflächige Planung geht, so ist doch jeder Bürger unmittelbar in seiner medizinischen Versorgung betroffen, denn er hat die konkreten Auswirkungen zu tragen, wenn abstrakte Planungsziele seine Lebenswirklichkeit nicht treffen.

Seit längerem steht die heutige Form der Bedarfsplanung wegen ihrer starren Orientierung an historischen Einwohner-Arzt-Verhältniszahlen in erheblicher Kritik. Teilweise besteht Konsens bei den Beteiligten über notwendige Veränderungen, aber teilweise gibt es nahezu gegensätzliche Auffassungen, bei denen hart um eine Lösung gerungen werden muss.

Die Krankenkassen sehen in der Neuordnung der Bedarfsplanung ein Instrument, die von ihnen behauptete, vor allem im städtischen Bereich vorhandene, Überversorgung abbauen zu können. Hingegen wird von vertragsärztlicher Seite unter anderem ins Feld geführt, dass vornehmlich in diesem Bereich die längere Lebenszeit der Menschen berücksichtigt werden müsse und deshalb ein höheres Maß an notwendiger medizinischer Versorgung erforderlich sei.

Bei schon länger bekannten - und allgemein anerkannten – Defiziten der derzeitigen Bedarfsplanung hat man versucht, innerhalb des bestehenden Systems Verbesserungen durchzuführen. So gibt es seit November 2010 den „Demografiefaktor“, der zusätzlich in die Berechnung einfließen soll. Er soll die Altersstruktur der Bevölkerung einbeziehen, da Menschen, die länger leben, nach den Erfahrungen eine intensivere medizinische Versorgung benötigen. Beachtet werden sollen dabei auch signifikante Abweichungen bei der Morbidität und den Sozialstrukturen.

## Berechnung des Demografiefaktors

Auf Basis der Abrechnungsstatistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aus den letzten vier Quartalen wird für jede Arztgruppe der Leistungsbedarf der unter 60-Jährigen und der über 60-Jährigen ermittelt. Dieser Bedarf wird zur statistisch ermittelten Wohnbevölkerung dieser Altersgruppen im Planungsbereich ins Verhältnis gesetzt. Die Berechnungen für den Demografiefaktor werden einmal jährlich von den regionalen KVen durchgeführt und regelmäßig auf ihre Auswirkungen hin untersucht.

Da es zu sehr unterschiedlichen Anwendungen in den einzelnen Planungsbezirken kam, hat man den Demografiefaktor bis zum 31. Dezember 2012 ausgesetzt und will ihn im Rahmen der grundlegenden Reform der gesamten Bedarfsplanung, die am 1. Januar 2013 in Kraft treten soll, einführen.

Vielfältige Kritik besteht an dem derzeitigen Planungsverfahren, das weitgehend auf das zahlenmäßige Einwohner-Arzt-Verhältnis aus den 1990er Jahren zurückgreift. Durch dessen Anwendung werden die sehr unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten oftmals nur sehr unbefriedigend wiedergegeben und die tatsächlich notwendige medizinische Versorgung nicht mehr ausreichend abgebildet. Es besteht ein weitgehender Konsens, dass kleinere Planungsbezirke besser die Lebenswirklichkeit der Menschen treffen können. Insbesondere für den hausärztlichen Bereich sind die Planungsbezirke häufig zu groß, für hoch spezialisierte fachärztliche Disziplinen wiederum zu klein. Auch sucht man nach weiteren Indikatoren, um der tatsächlichen Versorgungssituation möglichst nahe zu kommen.

## Diskussion um Neuordnung der Planungsbereiche

Die Planungsbereiche sollen sich auch nicht mehr starr an den Grenzen von Städten und Gemeinden orientieren, denn in der Nähe zu Städten werde der Facharzt oft dort, der Hausarzt aber wohnortnah aufgesucht. Auch für unterschiedliche Fachgruppen müssten die Planungsbereiche unterschiedlich groß sein. Allerdings wird derzeit hart darum gerungen, ob es in diesen Fragen auch zu einer dezentraleren Entscheidungsfindung kommen soll. Die Konferenz der Gesundheitsminister der Bundesländer hat schon deutlich gemacht, dass sie für ihren jeweiligen Verantwortungsbereich einen größeren Spielraum haben möchten, um auf regionale Besonderheiten reagieren zu können.

Die Bundesländer wollen ihr Recht zur Abweichung von der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) „rechtssicher“ verbrieft haben, während der G-BA-Vorsitzende Josef Hecken die Einheitlichkeit auf Bundesebene gewahrt wissen will. Es sei „wichtig“, klare Kriterien zu haben, unter welchen Voraussetzungen auf Landesebene von der Richtlinie abgewichen werden dürfe, sonst würden die Verhältniszahlen und Planungsbereiche beliebig. Da aber das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) auf die Regionalisierung setzt, dürfte es für den G-BA nicht einfach sein, sich gegen die Interessen der Länder durchzusetzen.

Aber auch die Festlegung der Höhe der Verhältniszahlen, also wie viele Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten je Fachgruppe man für eine bestimmte Bevölkerungszahl in Zukunft benötigt, ist noch offen. Hier werden sich die Krankenkassen sehr restriktiv verhalten, da sie weitere Kosten befürchten. Klärungsbedarf gibt es auch bei der Eingruppierung von weiteren Facharztgruppen in der zukünftigen Bedarfsplanung.

Vorsorglich weist der G-BA-Vorsitzende schon einmal darauf hin, dass nicht alle Fragen bis zum Ende des Jahres geklärt sein müssten. Man könne auch später noch einen zweiten Schritt machen. Auch sei es sinnvoll, zunächst einmal die Versorgungsstruktur zu untersuchen.

## Reformvorstellungen der Patientenvertreter

Im Hinblick auf eine patientenorientierte Planung sind für die Patientenvertreter folgende Reformen von entscheidender Bedeutung:

- Bei der Frage, wie viele Ärzte pro Einwohner benötigt werden, müssen neben Alter und Geschlecht auch sozioökonomische Faktoren und die Krankheitslast, sowie die zukünftigen demografische Entwicklung berücksichtigt werden.
- Die Kriterien für die Ermittlung des Bedarfs und des erforderlichen regionalen Versorgungsangebots müssen bundeseinheitlich festgelegt werden.
- Primärärzte müssen wohnortnah erreichbar sein, je höher die Spezialisierung eines Facharztes ist, desto längere Anfahrtswege können in Kauf genommen werden.
- Innerhalb der Planungsbereiche müssen Verkehrsverbindungen sowie Mitversorgereffekte, also die Bedarfsdeckung durch Ärzte aus angrenzenden Gebieten, berücksichtigt werden. Ebenso sollen Erkenntnisse zum Tätigkeitsumfang und zu den Schwerpunkten der Ärzte in die Planung eingehen.
- Es muss regional gewährleistet werden, dass eine ausreichende Zahl der Praxen barrierefrei zugänglich ist.

Ziel der Patientenvertreter ist ein grundsätzlicher Perspektivenwechsel hinsichtlich der Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten. Die Patientenvertreter haben aufgrund des von ihnen in Auftrag gegebenen Gutachtens die Chance, ihre Forderung nach einer Änderung des rechtlichen Rahmens durchzusetzen, um sicherzustellen, dass die Interessen von Patientinnen und Patienten bei der Planung hinreichend berücksichtigt werden, zumal sie auch auf Ebene der Bundesländer aktiv Einfluss nehmen könnten. Der Gesetzgeber müsse sicherstellen, so ihre Forderung, dass die Bedarfspläne unter Beteiligung der Patientenvertretung festgelegt werden und ein Antragsrecht der Patientenvertretung bestehe.

## Reformvorstellungen der Kassenärzte

Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) muss die neue Richtlinie folgende Prämissen erfüllen:

- Durch eine bundesweit einheitliche Planung sollen alle gesetzlich Krankenversicherten, unabhängig von ihrem Wohnort und ihrem sozialen Status, einen gleichermaßen guten Zugang zur ambulanten medizinischen Versorgung erhalten.
- Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sollen eine höhere Planungssicherheit bekommen.
- Die Systematik der Bedarfsplanung soll vereinfacht und flexibler werden.
- Versorgungsdaten, zum Beispiel zur Altersstruktur und Morbidität der Bevölkerung, sollen stärker berücksichtigt werden.
- Die neue Bedarfsplanung soll den größtmöglichen regionalen Gestaltungsspielraum bieten, um auf Probleme vor Ort besser reagieren zu können.

Die neue Richtlinie des G-BA hat noch einen weiten Weg vor sich. Nach der Entscheidung auf der Ebene der Selbstverwaltung muss sie, um in Kraft treten zu können, vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt werden.

## Neuste Entscheidung des G-BA: Zulassungssperre für bislang nicht beplante Arztgruppen

Kinder- und Jugendpsychiater, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Nuklearmediziner, Strahlentherapeuten, Neurochirurgen, Humangenetiker, Laborärzte und Pathologen gehören zu den sogenannten nicht beplanten Arztgruppen. Nicht beplant bedeutet, dass diese Gruppe bisher nicht in die Bedarfsplanung eingeschlossen ist und eine Zulassung durch den jeweiligen Landesauschuss erfolgt.

Der G-BA hat nun bis zum 01. Januar 2013 eine Zulassungssperre erlassen mit der Begründung, derzeit einen unverhältnismäßigen Anstieg von Zulassungsanträgen zu beobachten, der auf Dauer zu einer Überversorgung führen könnte.

Weiterführende Links:

<http://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/451/>

## Reformvorschläge aus wissenschaftlicher Sicht

### Das IGES-Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung

**Berlin** – Patientenvertreter haben ein Gutachten zur Entwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben. Damit verfolgen sie das Ziel, die zukünftige Bedarfsplanung stärker auf die tatsächliche Lebenswirklichkeit der Bevölkerung abzustimmen.

Um wissenschaftlich fundiert an der derzeitigen Diskussion um die Weiterentwicklung der Grundlagen für eine zeitgerechte Bedarfsplanung teilnehmen zu können, haben die Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) das Gutachten beim IGES-Institut (Institut für **G**esundheits- und **S**ozialforschung) in Auftrag gegeben. Darin wird der Frage auf den Grund gegangen, wie man den Bedarf an medizinischer Versorgung aus Sicht des Patienten verbessern kann. Finanziert wurde das Vorhaben aus dem Budget der Stabsstelle Patientenbeteiligung des G-BA.

Der Patientenvertretung ging es darum, klären zu lassen, ob neben den bisherigen Kriterien für die Bedarfsplanung – Anzahl der Einwohner/Zahl der Ärzte – noch weitere Gesichtspunkte wie Alter, Geschlecht, sozioökonomische Situation (z.B. regionale Wirtschaftskraft, Pro-Kopf-Einkommen, Arbeitslosigkeit, Bildungsstand usw.) und Krankheitslast herangezogen werden können.

Die Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass dies realisierbar ist. Durch eine grundsätzlich stärkere Differenzierung und Flexibilisierung der Bedarfsplanung könnten Unterschiede der lokalen Versorgungssituation und des lokalen Versorgungsbedarfs stärker berücksichtigt werden. So lasse sich zum Beispiel auch die Wohnortnähe zur ärztlichen Versorgung in einen Planungsbereich einbeziehen, die bisher keine Rolle spielte. Dabei solle diese mit Blick auf den Haus- und den Facharzt unterschiedlich sein.

Auch eine stärkere Orientierung der Planung am regionalen Versorgungsbedarf, - unter der Berücksichtigung der Erreichbarkeit von Ärzten – sei ebenso möglich wie die Einbeziehung von Morbiditätsfaktoren und der demografischen Entwicklung, sowie die Einbeziehung von relevanten Behandlungskapazitäten angrenzender Versorgungsbereiche. Die entsprechenden Daten lägen weitgehend vor, es müssten nur noch die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden, sie auch zu nutzen.

## **Bedarfsindex zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs**

Zur Bestimmung des regionalen Versorgungsbedarfs entwickelten die Autoren der IGES-Studie auf der Basis demographischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren einen Bedarfsindex, und zwar getrennt für Kinder (bis 14 Jahre) und für die erwachsene Bevölkerung. Anhand dieses Bedarfsindex wird für jede kreisfreie Stadt und für jeden Landkreis ermittelt, wie stark der regionale Versorgungsbedarf vom bundesdurchschnittlichen Versorgungsbedarf abweicht.

Zur Neubestimmung der Norm-Werte für das Einwohner-Arzt-Verhältnis orientiert sich das Gutachten an den Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf. Ausgewählt werden hierfür die Regionen, deren anhand des Bedarfsindex gemessener Versorgungsbedarf nicht oder nur geringfügig vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die allgemeine Soll-Zahl ergibt sich aus den tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnissen in diesen Regionen, über die ein mit den Einwohnerzahlen gewichteter Durchschnitt gebildet wird. Dieses Soll-Verhältnis entspricht dem Versorgungsgrad, der heute im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung einer Region mit „normalem“ Versorgungsbedarf faktisch zugestanden wird.

Im Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung

- beziehen sich die Verhältniszahlen im IGES-Gutachten einheitlich auf einen aktuellen Zeitpunkt (2010);
- fließen nur die Verhältniszahlen der Regionen mit einem mittleren Versorgungsbedarf in die Norm ein;
- gilt die resultierende Norm als Planungsgrundlage dann einheitlich für sämtliche Regionen unabhängig vom Regionstyp, d. h. Abweichungen von dieser Norm sind nur in dem Maß begründbar, in dem ein überdurchschnittlicher oder unterdurchschnittlicher regionaler Bedarf festgestellt wird.

Die Norm-Verhältniszahlen werden differenziert für die einzelnen ärztlichen Fachgruppen neu bestimmt. Sie geben an, wie viele Einwohner ein Arzt der jeweiligen Fachgruppe normalerweise versorgen sollte.

## **Einbeziehung von Bevölkerungsprognosen**

Die Gutachter gehen davon aus, dass sich durch die Einbeziehung der Bevölkerungsprognosen in die Bedarfsplanung zeigt, ob beispielsweise ein zum gegenwärtigen Zeitpunkt festgestellter Ärztemehrbedarf auch längerfristig besteht oder ob längerfristig die Bevölkerungsentwicklung den Arztbedarf mindert. Hierbei ist häufig mit gegenläufigen Wirkungen zu rechnen: Während eine längerfristig sinkende Einwohnerzahl den Ärztebedarf einer Region mindert, erhöht ein steigendes Durchschnittsalter ihrer Einwohner diesen. Die Datengrundlage für die bevölkerungsbezogene Prognose des Ärztebedarfs bilden die Bevölkerungsvorausrechnungen der Statistischen Ämter, deren Ergebnisse differenziert nach kreisfreien Städten und Landkreisen vorliegen.

## **Eigenständiger Verfahrensschritt für die Verteilung von Arztsitzen**

Nach gegenwärtiger Rechtslage ist eine Steuerung der Standortwahl für Arztsitze innerhalb eines Planungsbezirks nicht vorgesehen. Diese Situation ist aus Sicht des Gutachtens insofern unbefriedigend, weil sie unter Umständen dazu führen kann, dass sich trotz Erhöhung der Versorgungskapazität durch zusätzliche Arztsitze die Erreichbarkeit und Wohnortnähe für die Bevölkerung des Planungsbezirks nicht verbessern, wenn die zusätzlichen Praxisstandorte in unmittelbarer Nähe der bereits bestehenden errichtet werden.

Das vorgeschlagene Konzept enthält daher einen eigenständigen Verfahrensschritt zur Planung der Verteilung der Praxisstandorte innerhalb eines Planungsbezirks, für den die rechtlichen Grundlagen gegebenenfalls zu schaffen wären. Ziel der Verteilungsplanung ist es zu prüfen, ob und wie die Verteilung der für den gesamten Kreis festgelegten Sollzahl von Arztsitzen in der Fläche so verändert werden kann, dass sich die Wohnortnähe und Erreichbarkeit für die Patienten verbessern.



Ein Verfahren zur regionalen Verteilungsplanung ist für die hausärztliche und für die wohnortnahe fachärztliche Versorgung vorgesehen. Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die gemäß diesem Reformkonzept auf der Ebene größerer Raumordnungseinheiten geplant wird, wird dagegen keine Verteilungsplanung vorgeschlagen, weil hier die Wohnortnähe ein untergeordnetes Kriterium ist.

Die perspektivische „Umsiedlung“ von Praxisstandorten innerhalb einer Planungsregion ist ein zusätzliches und bisher in der Bedarfsplanung nicht bekanntes Verfahrenselement. Es dient ausschließlich der Herstellung einer größeren Wohnortnähe der – vor allem hausärztlichen – Versorgung. Dabei geht es nicht um eine Umsiedlung von Vertragsärzten mit ihrer bestehenden Praxis, sondern um eine Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall einer Nachbesetzung des Arztsitzes.

### **Unterschiedliche Planungsebenen**

Da das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorsieht, die Bedarfsplanung stärker regional zu verankern, damit regionale Besonderheiten berücksichtigt werden können, die für eine bedarfsgerechte Versorgung relevant sind, ordnet das vorgeschlagene Verfahren zur Umsetzung der Bedarfsplanung die einzelnen Verfahrensstufen unterschiedlichen Planungsebenen zu. Während die erste Verfahrensstufe – die Bestimmung der Norm-Verhältniszahlen und der regionalen Planungswerte – auf der zentralen bzw. der Bundesebene der Selbstverwaltung vollzogen wird, sind für die zweite Verfahrensstufe – die Aufstellung der Bedarfspläne sowie die Verteilungsplanung innerhalb der Planungsregionen – die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) auf Landesebene zuständig.

Als dritte Verfahrensstufe ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele sowie die beabsichtigten Konsequenzen durch die Regionen selbst geprüft werden und dass diese auch Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen können. Gegenstand dieser Verfahrensstufe sind infrastrukturelle Faktoren – wie z. B. Verkehrsanbindungen, Öffnungszeiten der Arztpraxen, Barrierefreiheit des Zugangs.

Diese infrastrukturellen Faktoren haben eine hohe Bedeutung für eine bedarfsgerechte Versorgung, ihre Einbeziehung in die Bedarfsplanung setzt aber Kenntnisse über die örtlichen lebensweltlichen und verkehrstechnischen Gegebenheiten und Verflechtungen voraus. Informationen hierüber sind typischerweise auf einer regionalen beziehungsweise lokalen Planungsebene leichter verfügbar, während ihre zentrale Beschaffung und Administration aufwändig und für die Bürgerinnen und Bürger tendenziell intransparent wäre.

### **Umsetzung der Vorschläge**

Da das GKV-VStG zu zentralen Aspekten der Bedarfsplanung lediglich allgemeine (Ziel-)Vorgaben macht und die erforderlichen Konkretisierungen an die Selbstverwaltung – hier vor allem an den G-BA – delegiert, stehen diesem noch intensive und auch kontroverse Diskussionen bevor. Das gilt vor allem auch für die deutliche Erweiterung der Gestaltungsspielräume der regionalen Ebene. Wer zum Beispiel entscheidet darüber, ob regionale Besonderheiten vorliegen, die eine Abweichung von der Richtlinie des G-BA rechtfertigen? Der G-BA soll dies ausdrücklich nicht.

Eine „Kohärenz der regionalen Bedarfsplanungen“ im Sinne einer auf das gesamte System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und damit auf das gesamte Bundesgebiet gerichteten Steuerung der Angebotskapazitäten dürfte so erschwert werden. Die neue Richtlinie des G-BA soll zwar zum 1. Januar 2013 vorliegen, aber es ist nicht ausgeschlossen, dass es in einigen Fällen zu Blockaden kommt, die der Gesetzgeber dann auflösen muss. Ganz entscheidend wird es sein, wie der G-BA und die regionalen Gremien zusammenspielen. Hier hat die Patientenvertretung die Chance, als Mittler zu agieren, da sie auf beiden Seiten beteiligt ist und dabei jeweils dieselben Interessen vertritt: die der Patienten.

## **Möglicher Kompromiss als Zwischenlösung**

Das Gutachten geht davon aus, dass angesichts der möglicherweise fehlenden Rechtsgrundlage für eine unmittelbare Umsetzung der vorgeschlagenen Verteilungsplanung unter Umständen eine Zwischenlösung erforderlich wird. Ein Lösungsansatz könnte in einem Kompromiss zwischen dem Konzept und einer kleinräumigeren Planung bestehen: Es wäre zu prüfen, ob es möglich ist, mit zwei unterschiedlichen Systematiken von Planungsbezirken zu arbeiten, einer großräumigen (z. B. Kreise) für die Bestimmung der Sollzahl von Ärzten und einer kleinräumigen (z. B. Gemeinden oder Gemeindeverbände), die nur bei festgestellter Unterversorgung wirksam wird und die sicherstellt, dass die Standorte der zusätzlichen Arztsitze so gewählt werden müssen, dass auch die Wohnortnähe und Erreichbarkeit verbessert werden.

Grundsätzlich sei aber für das Erreichen des Ziels einer angemessenen Wohnortnähe eine rechtliche Grundlage erforderlich, die auch in Planungsbezirken ohne Unterversorgung, aber mit ungünstiger Verteilung der Praxisstandorte das beschriebene Konzept einer perspektivischen Umsiedlung ermöglicht – gemäß den beschriebenen Grundsätzen (Bestandsschutz für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Praxisinhaber, Verlegung von Praxisstandorten ausschließlich im Fall von Nachbesetzungen).

## **Sonderfall: Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung**

Herausgenommen aus dem Bedarfsplan ist die sogenannte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Sie umfasst künftig die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu zählen insbesondere schwere Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen. Die Bundesländer bemängeln, dass unklar sei, welche Erkrankungen dieser neue Bereich umfassen solle, es gebe keine Regelung zur Vermeidung von Mengenausweitungen und vor allem fehle eine Bedarfsplanung.

## **Vermeidung von Doppelstrukturen trotz Ärztemangel**

Neben der ärztlichen Bedarfsplanung wird an Konzepten gearbeitet, um vom allem dem Hausärztemangel in ländlichen Bereichen entgegenzuwirken. Hier gibt es sehr unterschiedliche innovative Ansätze. Einer davon ist das AGnES-Konzept (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention). Ziel ist es, dass Hausärzte Krankenbesuche und medizinische Tätigkeiten an qualifizierte Mitarbeiter delegieren und damit einen größeren Patientenstamm versorgen können. Die direkte Anbindung der AGnES an Hausarztpraxen wirkt einer Entstehung von Doppelstrukturen effektiv entgegen.

## **Zunahme an Transparenz**

Die Diskussion um die Neugestaltung der Bedarfsplanung im Gesundheitswesen ist durch das von der Patientenvertretung in Auftrag gegebene Gutachten belebt und gleichzeitig ist die Transparenz deutlich intensiviert worden. Es wird nicht mehr nur in Zirkeln der Fachleute und der Interessengruppen diskutiert, durch die verstärkte Einbeziehung der regionalen Ebene, ist das Forum der Diskussion wesentlich erweitert worden. Und vor allem sind diejenigen, die in erster Linie von der Bedarfsplanung im Gesundheitsbereich betroffen sind, die Patienten, mit dabei. Es muss sich aber erst erweisen, ob alle sich ihrer Verantwortung bewusst sind, immer das Ganze im Blick zu haben und der Versuchung der Kleinstaaterei widerstehen.

## **Perspektivwechsel Patientenorientierung**

Dass die Patientenvertretung in einer ihrer zentralen Fragen, nämlich der ärztlichen Versorgung der Patienten, mit einem wissenschaftlichen Gutachten die Diskussion mitbestimmt, hat ihre Position im G-BA und auch in der Öffentlichkeit deutlich gestärkt. Auch wenn sie nach wie vor kein Stimmrecht im G-BA

besitzen, so haben die Patientenvertreter mit dem IGES-Gutachten doch klar Position bezogen, über die sich die restlichen Vertreter des G-BA nicht einfach hinwegsetzen können. Die Patientenvertretung hat damit möglicherweise insgesamt einen Perspektivwechsel eingeleitet, so dass zukünftig in erster Linie vom Patienten her gedacht wird. Das könnte für die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens von Bedeutung sein.

Die Patientenvertreter hatten bisher „auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen“ lediglich ein Mitberatungsrecht bei Entscheidungen über Sonderbedarfszulassungen und die Ermächtigung von Ärzten und Einrichtungen. Das im Entwurf befindliche Patientenrechtegesetz sieht aber nun vor, dass die Patientenvertreter auf Landesebene ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan haben.

Weiterführende Links:

[http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen\\_2012/bedarfsplanung/index\\_ger.html](http://www.iges.de/presse07/pressemeldungen_2012/bedarfsplanung/index_ger.html)

<http://www.bag-selbsthilfe.de/news/items/patientenvertretung-im-g-ba-patientenvertreter-fordern-patientenorientierte-planung-der-aerztlichen-versorgung-gutachten-belegt-.html>

<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/gesetz/>

<http://www.kbv.de/38805.html>

## Fünf Schritte zu einer neustrukturierten Bedarfsplanung

Das IGES schlägt die Umsetzung einer neuen Bedarfsplanung in fünf Schritten vor:

1. **Schritt:** Der G-BA bestimmt die Norm-Verhältniszahlen für die wohnortnahe und die spezialisierte ärztliche Versorgung und legt diese in der von ihm erlassenen Bedarfsplanungsrichtlinie fest. Darüber hinaus bestimmt der G-BA die Bedarfsindex-Werte für die einzelnen Planungsregionen (kreisfreie Städte, Landkreise bzw. Raumordnungsregionen) und übermittelt diese Werte an die KVen.
2. **Schritt:** Die KVen erstellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Kranken-/ Ersatzkassen die Bedarfspläne. Die Bedarfspläne enthalten die regionalen Planungswerte. Diese werden von den KVen veröffentlicht. Die KVen vergleichen die Ergebnisse der Standortplanung (Planungsziele) mit der Ist-Situation, ermitteln Abweichungen und beschließen, welche Konsequenzen ergriffen werden sollen (z. B. Auf- bzw. Abbau von Arztstühlen).
3. **Schritt:** Die zuständigen obersten Landesbehörden haben Gelegenheit, zu den Bedarfsplänen Stellung zu nehmen und diese zu beanstanden. Die Patientenvertreter haben ebenfalls ein generelles Recht auf Stellungnahme zum Bedarfsplan.
4. **Schritt:** Die Landesausschüsse übermitteln die (einvernehmlichen und nicht beanstandeten) Bedarfspläne an die Kreistage, der kommunalen Volksvertretung und dem Hauptorgan der Exekutive auf Ebene der Landkreise. Die Kreistage überprüfen die Ergebnisse der Verteilungsplanung inklusive der Planungsziele und beabsichtigten Konsequenzen für jeweils ihre Region. Die Kreistage können Vorschläge für Modifikationen der Verteilungsplanung einbringen. Das Stellungnahme- und Vorschlagsrecht der Kreistage bezieht sich ausschließlich auf die Verteilungsplanung, jedoch nicht auf die Festlegung der regionalen Planungswerte.
5. **Schritt:** Die Kreistage übermitteln ihre eventuellen Modifikationsvorschläge an die Landesausschüsse. Diese prüfen die Stichhaltigkeit der Vorschläge und entscheiden darüber, ob die Planungsziele bzw. vorgesehenen Konsequenzen entsprechend den Vorschlägen angepasst werden. Die Patientenvertreter haben ein generelles Mitberatungsrecht in den Landesausschüssen.

## Interview Ursula Faubel

### „Eine aktive Beteiligung an den Beratungen des Bedarfsplans muss gewährleistet werden“

**Berlin** – Bis 2013 sollen die Weichen für eine neue Bedarfsplanung gestellt werden. Im Interview gewährt Ursula Faubel, Geschäftsführerin des Deutschen Rheuma-Liga Bundesverbandes e.V. und Sprecherin der Patientenvertretung im G-BA Unterausschuss Bedarfsplanung, dem Patientenbrief gegenüber nähere Einblicke in die Forderungen der Patientenvertretung.

## Wie kam es dazu, dass die Patientenvertreter dieses Thema aufgegriffen haben?

**Ursula Faubel:** Patientenvertreter beraten seit 2004 im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu diesem Thema mit. In den letzten Jahren ist immer deutlicher geworden, dass die derzeitige Bedarfsplanung zu Problemen in der Versorgung führt. Als einen ersten Schritt hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung geändert, so dass jetzt bis zum Jahresende eine grundlegende Überarbeitung der Richtlinie des G-BA erfolgen muss. Die Patientenvertretung hat bereits 2010 Forderungen zur Bedarfsplanung beraten und ein Gutachten zur Frage, wie diese Forderungen am besten umgesetzt werden können, in Auftrag gegeben.

## Wie könnte die geforderte Berücksichtigung der Interessen von Patientinnen und Patienten bei der Bedarfsplanung konkret aussehen?

**Faubel:** Eine der wesentlichen Forderungen der Patientenvertreter war, dass die Bedarfsplanung stärker den tatsächlichen Bedarf von Versicherten und Patientinnen und Patienten berücksichtigen muss. Hier hat das Gutachten des IGES-Institutes gezeigt, dass es Möglichkeiten gibt, diesen Bedarf tatsächlich messbar zu machen. So sollten nach Auffassung der Patientenvertreter zum Beispiel das Alter und Geschlecht der Einwohner und die Krankheitslast der Bevölkerung bei der Planung des Ärztebedarfs berücksichtigt werden. Darüber hinaus sollen vor Ort bei der konkreten Planung Patientenvertreter stärker einbezogen werden. Dazu müsste aber vor allem der Gesetzgeber die Weichen stellen. Dies ist leider im Entwurf für das Patientenrechtegesetz bisher noch nicht ausreichend geschehen.

## Welche Chancen und Hürden sehen Sie bei dem Vorhaben, die Patientenvertreter stärker in die Bedarfsplanung einzubeziehen?

**Faubel:** Zunächst einmal müssten die Rechte der Patientenvertreter ausgebaut werden. So haben die Vertreter in den Landesausschüssen beispielsweise bisher keine Antragsrechte. Zwar erhalten Sie zukünftig die Möglichkeit, zum Bedarfsplan Stellung zu nehmen, das ist aber aus unserer Sicht längst nicht ausreichend. Eine aktive Beteiligung an den Beratungen des Bedarfsplans muss gewährleistet werden. Damit Patientenvertreter diese Rechte auch wahrnehmen können, sind aus unserer Sicht auch die Möglichkeit zu Fortbildungen und eine fachliche Unterstützung sicherzustellen. Für die Patientenvertretung im G-BA wurde aufgrund einer gesetzlichen Festlegung eine Stabsstelle eingerichtet, die die Patientenvertreter unterstützt. Eine solche Hilfestellung ist auch für die Vertretung auf Landesebene erforderlich.

## Müssen Regionen mit einer negativen Bevölkerungsentwicklung bereits heute mit einer Schlechterstellung bezüglich der ärztlichen Versorgung rechnen?

**Faubel:** Das Problem ist eher, dass die bisherige Bedarfsplanungsrichtlinie vor allem die ländlichen Regionen benachteiligt hat. Je nachdem, ob eine Region dem städtischen oder ländlichen Raum zugeordnet ist, sind andere Normzahlen für das Verhältnis zwischen Arzt und Einwohnern festgelegt worden. Diese sind bisher hochgerechnet worden aus der Zahl der Ärzte in den 1990er Jahren. Hier besteht ein klarer Veränderungsbedarf. Auch für die Bevölkerung auf dem Land muss die Versorgung mit Ärzten gesichert werden. Allerdings wird hier allein eine höhere Bedarfszahl nicht ausreichend sein. Ein Problem ist, dass bereits heute in einigen ländlichen Regionen Ärzte keine Nachfolger mehr finden.

## Welche innovativen Versorgungsformen sind denkbar, um eine wohnortnahe Erreichbarkeit von Ärzten sicherzustellen?

**Faubel:** Hier werden regional ganz unterschiedliche Modelle erprobt und das Versorgungsstrukturgesetz hat einige neue Möglichkeiten eröffnet. Von der Einbeziehung von nichtärztlichem Personal über die

Einrichtung von Zweigpraxen, in denen der Arzt nur an einzelnen Tagen Sprechstunden anbietet bis hin zu mobilen Sprechstunden-Angeboten ist vieles denkbar. Wichtig ist, dass die Qualität der Angebote gesichert wird.

## **Auf den Punkt gebracht: Was versprechen Sie sich von der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie, die die Selbstverwaltung bis 2013 erarbeiten soll?**

**Faabel:** Die neue Richtlinie wird hoffentlich ermöglichen, dass die Bedarfsplanung etwas stärker die tatsächlichen Bedarfe von Patientinnen und Patienten berücksichtigt und für etwas mehr Verteilungsgerechtigkeit sorgt. Allerdings stehen die gesetzlichen Rahmenbedingungen in manchen Punkten einer wirklich grundlegenden Reform der Bedarfsplanung noch im Wege.

## Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz

### Flächendeckendes Krebsregister sowie Weiterentwicklung der Früherkennung

**Berlin** – In den Gesetzentwurf für ein Krebsfrüherkennungs- und Krebsregistergesetz sind die Vorstellungen maßgeblicher Patientenorganisationen eingeflossen.

Nicht ohne Stolz präsentierte Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr den am 22. August vom Bundeskabinett beschlossenen „Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister“ (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG), wie der Gesetzentwurf in Langform heißt, in Berlin. Krebs sei – nach den Herz- und Kreislauferkrankungen – die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Jeder Vierte sterbe an Krebs. Demografiebedingt – die Krebsanfälligkeit steigt mit zunehmendem Alter – gebe es leider eine zu verzeichnende erhebliche Zunahme an Krebsneuerkrankungen.

Bahr betonte, es sei nicht einfach gewesen, mit den verschiedenen beteiligten Fachorganisationen zu einem Konsens zu gelangen. Inhalte des Gesetzentwurfs basierten auf Empfehlungen des sogenannten „Nationalen Krebsplans“, den das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren 2008 initiiert hat. Offensichtlich lag es vor allem an der Hartnäckigkeit des BMG und dieser patientennahen Organisationen, dass der Entwurf nun in das Gesetzgebungsverfahren geht.

Der Gesetzentwurf enthält zwei Kernelemente:

1. Früherkennungsuntersuchungen, konkret derzeit bei Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs, werden an Europäischen Leitlinien orientiert sowie
2. in den Bundesländern werden flächendeckend klinische Krebsregister eingeführt.

### **Neue Ausgestaltung der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen**

Die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zu Gebärmutterhalskrebs sowie zu Darmkrebs sollen künftig auf der Grundlage Europäischer Leitlinien durchgeführt werden. Dazu soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als oberstes Gremium der Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen – dem auch in beratender Funktion Patientenvertreter angehören – die bereits bestehenden Maßnahmen innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten des Gesetzes weiterentwickeln. Die Ergebnisse der Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle sollen dann alle zwei Jahre veröffentlicht werden.

Der Gesetzgeber wird, dem Gesetzentwurf gemäß, den Rahmen dieser Maßnahmen vorgeben. Die maximale Häufigkeit der Inanspruchnahme und die Altersgrenzen der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden nicht, wie bisher, gesetzlich vorgegeben, sondern künftig durch den G-BA nach dem jeweils gültigen Stand des medizinischen Wissens festgelegt.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass die anzusprechenden Versicherten künftig regelmäßig schriftlich zur Früherkennungsuntersuchung eingeladen werden sollen. Die Einladung soll auch verständliche Informationen über Nutzen und Risiken der jeweiligen Untersuchung enthalten sowie auch über Datenerhebung und Datenschutz.

Der Bundesgesundheitsminister hat sich ausdrücklich gegen monetäre Anreize in die eine oder andere Richtung ausgesprochen. Entgegen entsprechenden Vorstößen aus Fraktionskreisen der Union, Versicherten, die an diesen Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen, einen Geldbonus zukommen zu lassen, hält Bahr es für wichtig, dass die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in jeder Hinsicht uneingeschränkt erfolgen soll. Entsprechend dieser Auffassung werde mit diesem Gesetzentwurf auch der Passus gestrichen, der mit der regelmäßigen Teilnahme an Krebsvorsorgeuntersuchungen eine „geringere Belastungsgrenze“ vorsehe, erläuterte Bahr. Gemeint sind hierbei bestimmte Reduzierungen oder sogar das Wegfallen von gesetzlich vorgeschriebenen Selbstbeteiligungen, die unter bestimmten Voraussetzungen bei häufiger Inanspruchnahme von Leistungen gewährt werden.

### **Einführung eines flächendeckenden Krebsregisters**

Dem Nationalen Krebsplan folgend wird dem Ausbau von so genannten „klinischen Krebsregistern“ unter einheitlichen Rahmenbedingungen bei diesem Gesetzentwurf hohe Priorität beigemessen. Die Aufgaben solcher Register sind insbesondere die möglichst vollzählige Erfassung der Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf onkologischer Erkrankungen in der ambulanten und stationären Versorgung sowie die Auswertung, Rückmeldung und Darstellung der Qualität der medizinischen Leistungen.

Klinische Krebsregister unterstützen dem Nationalen Krebsplan zufolge mit diesen Funktionen eine leitliniengerechte Versorgung, ermöglichen eine Beurteilung der Qualität der individuellen Krebstherapie, fördern die interdisziplinäre, direkt patientenbezogene Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung in der Region und tragen dazu bei, Qualitätsdefizite in der onkologischen Versorgung zu erkennen und zu beseitigen. Die Erkenntnisse aus der klinischen Krebsregistrierung sollen zudem die Grundlage für eine transparente und sektorenübergreifende Darstellung der onkologischen Versorgungsqualität auf Landes- und auf Bundesebene bilden.

Auf Seiten der gesetzlichen Krankenkassen richtet sich vor allem Kritik an dem, sonst an vielen Stellen auch positiv aufgenommenen Gesetzentwurf, dass sie den Großteil des Betriebs dieser Krebsregister künftig zahlen sollen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen hat bis zum 31. Dezember 2013 deren Fördervoraussetzungen zu beschließen. Bei der Erarbeitung dieser Voraussetzungen hat er maßgebliche Fach- und Interessenverbände, also auch die wichtigen Patientenverbände in diesem Bereich sowie Ländervertreter zu beteiligen.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die lange Übergangsfrist beim Aufbau der klinischen Krebsregister, die vorsieht, dass die Umstrukturierung vorhandener Register und damit eine Einheitlichkeit der Kriterien bis zum Jahr 2018 dauern darf. Deshalb plädierten manche, wie der AOK-Bundesverband, für ein nationales Krebsregister. Daniel Bahr hat dem entgegengehalten, dass gerade der Bezug zur regionalen Ebene zu einer zielgenaueren Datenerhebung und -auswertung beitragen würde.

Die klinische Krebsregistrierung „als besonderes Instrumentarium zur Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung“ und die Aufgaben des G-BA zur Qualitätssicherung sollen miteinander verknüpft

werden. Der G-BA erhält den Auftrag, notwendige bundesweite Auswertungen der klinischen Krebsregisterdaten durchzuführen.

Übrigens besitzen Krebsregister in Deutschland nicht nur eine lange Tradition, sondern bedeuten sogar ein Stück Weltgeschichte. 1926 wurde in Hamburg das erste Krebsregister der ganzen Welt eingerichtet.

Weiterführende Links:

<http://www.bmg.bund.de>

<http://www.gkv-spitzenverband.de>

<http://www.g-ba.de>

<http://www.kbv.de//gesundheitspolitik/41935.html>

[http://www.krebsgesellschaft.de/download/dkg\\_stellungnahme\\_22082012\\_referentenentwurf\\_a.pdf](http://www.krebsgesellschaft.de/download/dkg_stellungnahme_22082012_referentenentwurf_a.pdf)

<http://de.wikipedia.org/wiki/Krebsregister>

## Nationaler Impfplan

---

### Erste Bestandsaufnahme liefert Empfehlungen zum deutschen Impfwesen

**Berlin** – Ende Mai 2012 haben die Bundesländer den ersten Nationalen Impfplan veröffentlicht. Dieser stellt das Impfgeschehen in Deutschland dar und benennt gemeinsame Ziele für die Zukunft.

Die 1. Nationale Impfkonzferenz hatte im März 2009 beschlossen, einen Nationalen Impfplan zu entwickeln, dessen Zwischenergebnisse alle zwei Jahre auf Nationalen Impfkonzferenzen erörtert werden sollen. Die Entwicklung und Fortschreibung des Nationalen Impfplanes wird von den politischen Entscheidungsträgern gefördert und begleitet.

Der Nationale Impfplan soll über die komplexe Organisation des deutschen Impfwesens informieren und Transparenz für die Fachwelt und für die interessierte Öffentlichkeit schaffen:

- Bund und Länder sollen gemeinsame Ziele für das Impfwesen in Deutschland und zu einzelnen impfpräventablen Erkrankungen - also durch Impfen vermeidbare Erkrankungen - formulieren.
- Die Ziele sollen mit den anderen für das Impfen zuständigen Partnern abgestimmt, in den Nationalen Impfplan aufgenommen und evaluiert werden.

Einige Akteure zeigen sich enttäuscht darüber, dass der auf der 2. Nationalen Impfkonzferenz im Februar 2011 als Entwurf vorgestellte und nun - mit einjähriger Verspätung veröffentlichte - erste Nationale Impfplan keine Umsetzungspläne mit konkreten Handlungszielen enthält.

#### Erster Nationaler Impfplan

Das knapp 160 Seiten starke Werk mit dem Titel „Impfwesen in Deutschland 2011“ enthält eine Fülle an Bestandsaufnahmen, kritischen Anmerkungen und Vorschlägen. Deutlich wird, dass der Anspruch, angesichts der Komplexität des Impfwesens und der Vielfalt seiner Akteure, offensichtlich zu hoch war, um schon nach wenigen Jahren konkrete Handlungsstrategien zu erwarten. Allein die Abstimmung mit allen Bundesländern und den verschiedenen Fachbehörden auf Bundesebene wie Robert Koch-Institut (RKI) und Paul Ehrlich-Institut (PEI) sowie anderen Fachgremien wie der Ständigen Impfkommision (STIKO) hat offenbar über ein Jahr gedauert.



Die Autoren des Nationalen Impfplans stellen selbst einleitend fest, dass es bisher noch an der Koordination der vielfältigen Akteure und Aktionen mangelt. Trotz aller Mängel zeigt sich ein gut strukturiertes Impfwesen in Deutschland, das von der Überwachung, der Entwicklung, Herstellung und Marktzulassung von Impfstoffen über die Informations- und Aufklärungspflicht der Bevölkerung bis hin zur Erfassung von eventuellen Impfnebenwirkungen vielfältige gesetzliche Vorgaben und Rahmenbedingungen enthält. Eine öffentlich bestellte Expertenrunde, die STIKO beim RKI, ist für die Empfehlung von Impfungen zuständig.

## Sechs Themenfelder

Der erste Nationale Impfplan ist in zwei Teile gegliedert. Der erste (Teil A) enthält die von Bund und Ländern beschlossenen nationalen Ziele zum Impfwesen und Maßnahmen zu deren Umsetzung. Darunter gliedern sich sechs Themenfelder: Entwicklung und Zulassung von Impfstoffen, Impfeempfehlungen und Impfziele, Umsetzung von Impfstrategien, Information und Aufklärung, Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen sowie die Krankheits-Surveillance, also die Krankheitsüberwachung und die Impfquotenerhebung.

## Empfehlungen

Die aus den Bereichen resultierenden kritischen Anmerkungen und Vorschläge wirken teilweise ungeordnet, trotzdem zeigen sie wichtige Aspekte der Diskussion. Daran merkt man die erfolgte Abstimmung mit den vielen verschiedenen Akteuren. Als ein Hauptpunkt wird das Einsetzen eines für die nationalen Impfziele zuständigen Gremiums empfohlen, das auch die Koordination eines formalisierten Dialoges zwischen Herstellern, Überwachungsbehörden, Zulassungsbehörde, Institutionen für die Impfeempfehlungen und Kosten-Nutzen Bewertungsinstitution(en) sowie weiteren Akteuren übernehmen soll.

Interessant ist beispielsweise auch, dass die Prüfung eines aus Hersteller- und staatlichen Mitteln gespeisten „neutralen Pools“ nahegelegt wird, der von einer unabhängigen Institution zu verwalten wäre. Aus einem solchen Pool könnten, den Autoren zufolge, beispielsweise unabhängige Kosten-Nutzen-Analysen und auch die nötigen Langzeitstudien finanziert werden. Ähnliche Forderungen werden auch für den Arzneimittelbereich und dem Stichwort „Innovationspool“ von Experten diskutiert. Naturgemäß klaffen die Interessen der Hersteller und des Staates gerade bei Fragen von Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit auseinander, ist als Begründung für diese Empfehlung in diesem ersten Nationalen Krebsplan nachzulesen. Derzeit trügen die Hersteller aber das komplette finanzielle Risiko des gesamten aufwendigen Entwicklungsprozesses.

## Ausblick

Im zweiten Teil (Teil B) wird in sechs Kapiteln die aktuelle Situation in Deutschland dargestellt. Es werden die Hintergründe erläutert, die zur Formulierung der einzelnen Ziele zum Impfwesen geführt haben. Auf der 3. Nationalen Impfkonzferenz im Frühjahr 2013 in München sollen die Fortschreibung des Nationalen Impfplans und die Abstimmung weiterer Maßnahmen erfolgen. Hier erwarten Experten erste konkrete Umsetzungsvorschläge.

Weiterführende Links:

[http://www.gmkonline.de/\\_beschluesse/85-GMK\\_NationalerImpfplan\\_Mai2012.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/85-GMK_NationalerImpfplan_Mai2012.pdf)

[http://nationale-impfkonzferenz.de/doc/berichtsband\\_1nik.pdf](http://nationale-impfkonzferenz.de/doc/berichtsband_1nik.pdf)

[http://nationale-impfkonzferenz.de/doc/berichtsband\\_2nik.pdf](http://nationale-impfkonzferenz.de/doc/berichtsband_2nik.pdf)

## Organspende

### Bundesregierung, Gemeinsamer Bundesausschuss und Patientenvertreter beziehen Stellung

**Berlin** – Mit einem Gesetz zur Neuregelung der Organspende unternimmt die Bundesregierung den Versuch, der deutschen Organspende ein solides Fundament zu legen.

Das deutsche System der Organspende steht auf dem Prüfstand. Im Zuge des Transplantationssskandals in Regensburg und Göttingen sind die Missstände der deutschen Transplantationsmedizin zu Tage getreten: Mangelnde Transparenz, lange Wartelisten und eine nur unzureichende Bereitschaft zur Organspende stellen die Rahmenbedingungen dar, denen sich Patienten ausgesetzt sehen, die in Deutschland auf ein Organ warten. Das Gesetz zur Neuregelung der Organspende umfasst zwei Teile, mit welchen die Bundesregierung auf die Transplantationssskandale an deutschen Krankenhäusern reagiert: Bereits zum 1. August ist das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes in Kraft getreten. Die Regelungen zur Entscheidungslösung sollen zum 1. November 2012 wirksam werden.

#### Die Neuerungen im Überblick

Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes (TPG) leistet die Bundesregierung den EU-rechtlichen Vorgaben zur Organspende Folge. Abläufe und Strukturen innerhalb der Transplantationszentren sollen angeglichen werden und einheitlichen Qualitäts- und Sicherheitsstandards folgen. Im Zuge dessen werden Krankenhäuser dazu verpflichtet, einen Transplantationsbeauftragten zu beauftragen. Zugleich stärkt das Gesetz die rechtliche Stellung von Lebendspendern. Diese erhalten künftig einen Anspruch gegenüber der Krankenkasse des Organempfängers, der sich auf die Krankenhausbehandlung sowie rehabilitative Maßnahmen und Krankengeld im Nachhinein erstreckt.

Die Regelung der Entscheidungslösung nimmt die potenziellen Spender in den Blick: In einem Abstand von zwei Jahren sollen allen Versicherten ab 16 Jahren von den Krankenkassen Organspendenausweise übersandt werden. Durch diese regelmäßige Kontaktaufnahme und gezielte Information sollen sich die Bürgerinnen und Bürger stärker mit dem Thema Organspende auseinandersetzen.

#### Vorstoß des G-BA – neue Transplantationsrichtlinie beschlossen

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bezieht zum Thema Organspende Position und drängt im Zuge der Neuregelung der Organspende auf eine Verschärfung der Dokumentationspflichten deutscher Transplantationszentren. Die bisherige Dokumentationsquote, ermittelt anhand der DRG-Abrechnungen der Krankenhäuser, liegt im Bereich der Transplantationsmedizin zwischen 92 und 96 Prozent. Zu wenig – hat der G-BA nun beschlossen und fordert von den Transplantationszentren eine 100 prozentige Dokumentationsquote bei der Organverpflanzung. Hält sich ein Zentrum nicht an die Vorgaben der neuen Transplantationsrichtlinie, werden Patientendaten also unzureichend dokumentiert oder ein Datensatz gar nicht übersendet, wird die DRG-Fallpauschale um 2.500 Euro gekürzt. Zum Vergleich: Ein gängiger Dokumentationsverstoß wird ausschließlich mit einem Abschlag von 150 Euro sanktioniert.

#### Stellungnahme der Patientenvertreter

Aus Sicht der Patientenvertretung stellt diese Verschärfung der Dokumentationspflichten zwar eine richtige Maßnahme dar, ist in letzter Konsequenz jedoch nicht weitreichend genug. Noch sind zwar keine Einzelheiten bekannt, Hannelore Loskill, Patientenvertreterin im G-BA, kündigte aber bereits an, dass die Patientenvertreter nächsten Monat einen weiterreichenden Antrag zur Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern im G-BA einreichen wird.

**Weiterführende Links:**

<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2011-02/aenderungdestransplantationsgesetzes.html>

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Laufende\\_Verfahren/T/110606\\_Gesetzesentwurf\\_Aenderung\\_Transplantationsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Laufende_Verfahren/T/110606_Gesetzesentwurf_Aenderung_Transplantationsgesetz.pdf)

[http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/819639/gba-richtlinie-transplantation-geaendert.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/819639/gba-richtlinie-transplantation-geaendert.html)

## Impressum

---

### Herausgeber

GlaxoSmithKline  
GmbH & Co. KG  
[www.glaxosmithkline.de](http://www.glaxosmithkline.de)

vertreten durch die  
GlaxoSmithKline  
Verwaltungs GmbH  
Prinzregentenplatz 9  
81675 München

Geschäftsführer:  
Dr. Cameron Marshall (Vors.)  
Jean Vanpol  
Denis Dubru  
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55  
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:  
Amtsgericht München  
HReg: HRA 78754  
Zuständige Aufsichtsbehörde:  
Regierung von Oberbayern  
Maximilianstraße 39  
80538 München

### Kontakt

Verantwortlich:  
Ilka Einfeldt (v.i.S.d.P.)  
Head of Patient Relations  
Tel.: 089 - 360 44-8376  
Fax: 089 - 360 44-9-8376  
[ilka.i.einfeldt@gsk.com](mailto:ilka.i.einfeldt@gsk.com)

Anne Kathrin Simon  
Junior Managerin Patient Relations  
Tel: 089 - 360 44-8464  
Fax: 089 - 360 44-98464  
[anne-kathrin.k.simon@gsk.com](mailto:anne-kathrin.k.simon@gsk.com)

Roger Jaeckel  
Leiter Gesundheitspolitik  
Tel.: 089 - 360 44-8327  
Fax: 089 - 360 44-9-8327  
[roger.r.jaeckel@gsk.com](mailto:roger.r.jaeckel@gsk.com)

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.  
Diese können Sie auf [www.patientenpolitik.de](http://www.patientenpolitik.de) einsehen.