Empfehlungen zu Änderungs- und Verbesserungsbedarfen für die ambulante und sektorenübergreifende Versorgung

Bericht der Länderarbeitsgruppe „Instrumente der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung“
der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

25.02.2026

Die vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Deutschland steht vor anhaltenden strukturellen Herausforderungen. Immer mehr Patientinnen und Patienten erleben eine deutliche Diskrepanz zwischen einer vermeintlich guten Versorgungslage und tatsächlich verfügbaren Terminen und Behandlungszeiten in Arztpraxen. Zu den häufig genannten Ursachen zählt der demografische Wandel und der daraus resultierende Fachkräftemangel einerseits sowie die wachsende Zahl hochaltriger, chronisch erkrankter Menschen andererseits. Hinzu kommt ein Mangel an Transparenz über Versorgungsstrukturen und dem tatsächliche Leistungsgeschehen, was eine zielgerichtete Planung und Steuerung – insbesondere im sektorenübergreifenden Bereich – erschwert. Die bestehenden Sicherstellungsinstrumente in ihrer derzeitigen Ausgestaltung reichen häufig nicht aus, um diesen Entwicklungen wirksam zu begegnen.

Vor diesem Hintergrund entstand 2024 die Länderarbeitsgruppe „Instrumente der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung“ (LAG Sicherstellung) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Mit Beschluss 3.17 wurde die LAG Sicherstellung durch die 97. Sitzung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) eingesetzt und beauftragt, Vorschläge für konkrete bundesgesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel der Stabilisierung der ambulanten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung zu erarbeiten. Durch die strukturierte Vernetzung der Fachressorts aus den 16 teilnehmenden Ländern soll eine Weiterentwicklung der Sicherstellungsinstrumente in der vertragsärztlichen Versorgung gefördert werden.

Nach einer Bestandsaufnahme zu einzelnen bestehenden Sicherstellungsinstrumenten, Schwerpunktsetzung und Priorisierung wurden in vier Unterarbeitsgruppen Reformempfehlungen erarbeitet. Im Ergebnis lassen sich die 22 Empfehlungen dieses Tätigkeitsberichts den Oberthemen „Reform der Bedarfsplanung“, „Sektorenübergreifende Versorgungs- und Bedarfsplanung“ sowie „Weiterentwicklung der Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)“ zuordnen. Die Empfehlungen adressieren den Bundesgesetzgeber und Selbstverwaltungsgremien der Ärzte und Krankenkassen wie z.B. den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

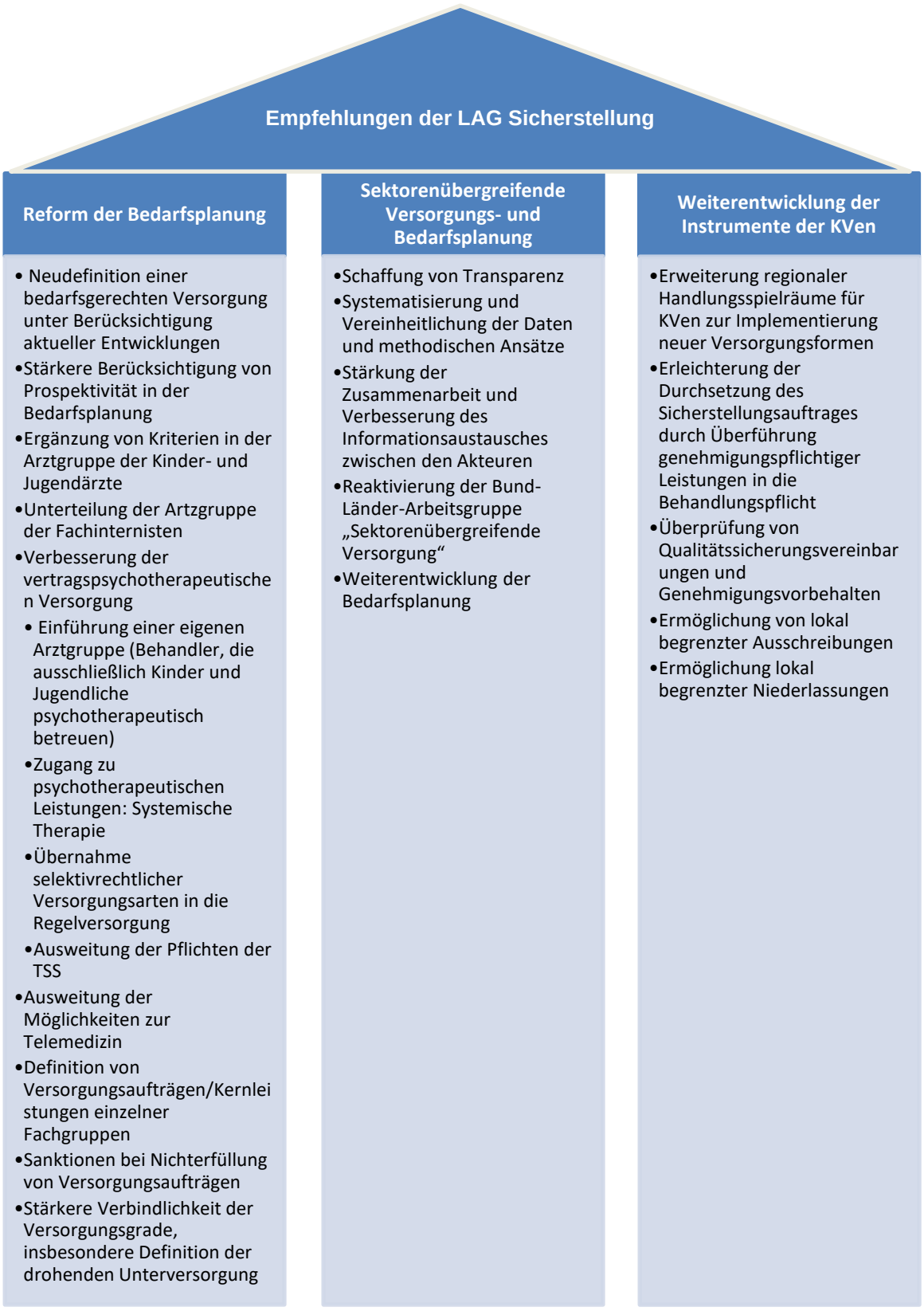

Abbildung 1 Empfehlungen der LAG Sicherstellung

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergründe der Länderarbeitsgruppe 6
1.1 Gründung 6
1.2 Mitglieder und Sitzungen 6
1.3 Aufgaben und Ziele 7
1.4 Konkretes Vorgehen 7
2. Empfehlungen zum Themenkomplex „Reform der Bedarfsplanung“ 8
2.1 Problemstellung 8
2.2 Empfehlungen 10
2.2.1 Neudefinition einer bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen 10
2.2.2 Stärkere Berücksichtigung von Prospektivität in der Bedarfsplanung 11
2.2.3 Ergänzung von Kriterien in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte bzw.-ärztinnen 12
2.2.4 Unterteilung der Arztgruppe der Fachinternistinnen und Fachinternisten 13
2.2.5 Verbesserung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung 14
2.2.5.1 Einführung einer eigenen Arztgruppe (Behandelnde, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen) 14
2.2.5.2 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen: Systemischen Therapie 15
2.2.5.3 Übernahme selektivvertragsrechtlicher Versorgungsarten in die Regelversorgung 16
2.2.5.4 Ausweitung der Pflichten der Terminservicestelle 17
2.2.6 Ausweitung der Möglichkeiten zur Telemedizin 17
2.2.7 Definition von Versorgungsaufträgen/ Kernleistungen einzelner Fachgruppen/ Berücksichtigung von Spezialisten bzw. Spezialistinnen 18
2.2.8 Sanktionen bei Nichterfüllung der Versorgungsaufträge 19
2.2.9 Stärkere Verbindlichkeit der Versorgungsgrade, insbesondere Definition der drohenden Unterversorgung 21
3. Empfehlungen zum Themenkomplex „Sektorenübergreifende Versorgungs- und Bedarfsplanung“ 22

3.1 Problemstellung 22
3.2 Empfehlungen 24
3.2.1 Schaffung von Transparenz 24
3.2.2 Systematisierung und Vereinheitlichung der Daten und methodischen Ansätze 25
3.2.3 Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustausches zwischen den Akteuren 25
3.2.4 Reaktivierung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorübergreifende Versorgung“ 26
3.2.5 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung 26
4. Empfehlungen zum Themenkomplex „Weiterentwicklung der Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen“ 28
4.1 Problemstellung 28
4.1.1 Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene 28
4.1.2 Anstieg des Bedürfnisses nach neuen Versorgungsformen 28
4.1.3 Förderung neuer Versorgungsformen auf Bundes- und Landesebene 29
4.2 Empfehlungen 31
4.2.1 Erweiterung regionaler Handlungsspielräume für Kassenärztliche Vereinigungen zur Implementierung neuer Versorgungsformen 31
4.2.2 Erleichterung der Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags durch Überführung genehmigungspflichtiger Leistungen in die ärztliche Behandlungspflicht 33
4.2.3 Überprüfung von Qualitätssicherungsvereinbarungen und Genehmigungsvorbehalten 33
4.2.4 Ermöglichung lokal begrenzter Niederlassungen 35
4.2.5 Möglichkeit der Schaffung von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung 36

1. Hintergründe der Länderarbeitsgruppe

1.1 Gründung

Die Länderarbeitsgruppe „Instrumente der Sicherstellung der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung“ (im Folgenden: **LAG Sicherstellung**) der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) wurde im Jahr 2024 gegründet und hat ihre Arbeit entsprechend ihrer vereinbarten Geschäftsordnung (**GeschO LAG**) aufgenommen.

Die Gründung der LAG Sicherstellung resultierte zunächst aus einem Austausch über die Instrumente der ambulanten Bedarfsplanung im Rahmen der ACK am 3. und 4. Mai 2023 (vgl. TOP 3, Kamin). Mit nachfolgendem Beschluss (vgl. TOP 3.16 der 97. GMK am 12. und 13. Juni 2024) wurde die LAG Sicherstellung eingesetzt und zusätzlich beauftragt (vgl. TOP 3.17 der 97. GMK), **Vorschläge für konkrete bundesgesetzliche Maßnahmen mit dem Ziel der Stabilisierung der ambulanten und sektorenübergreifenden medizinischen Versorgung zu erarbeiten**.

In Umsetzung dieses Arbeitsauftrags und im Anschluss an den Zwischenbericht im Rahmen der 56. Sitzung der AOLG am 12. und 13. November 2025 (vgl. TOP 4.1) legt die LAG Sicherstellung hiermit den angekündigten **Tätigkeitsbericht mit Empfehlungen** vor.

1.2 Mitglieder und Sitzungen

Die LAG Sicherstellung besteht aus den zuständigen Fachressorts der Obersten Landesgesundheitsbehörden der 16 Länder des Bundes. Diese benennen als Mitglied der LAG Sicherstellung jeweils eine Ländervertretung sowie eine Stellvertretung (vgl. § 2 Abs. 1 GeschO LAG). Im Benehmen mit der LAG Sicherstellung kann das Vorsitzland Vertreterinnen oder Vertreter anderer Behörden, Organisationen und sachverständige Personen zu den Sitzungen einladen (vgl. § 2 Abs. 2 GeschO LAG). Das Bundesgesundheitsministerium kann zu einzelnen Themen beteiligt werden.

Das Vorsitzland beruft die LAG Sicherstellung unter Festsetzung von Ort, Datum und Uhrzeit ein, eröffnet, leitet und schließt die Sitzung. Die Sitzungen dürfen auch

digital durchgeführt werden (vgl. § 4 Abs. 1 GeschO LAG). Der Vorsitz wird im Zweijahresrhythmus gewechselt, derzeit ist Hamburg das Vorsitzland.

1.3 Aufgaben und Ziele

Zum Aufgabenbereich der LAG Sicherstellung gehören Fragen der Sicherstellung in der ambulanten und sektorenübergreifenden Versorgung, soweit vertrags(zahn)ärztliche Aspekte berührt sind. Die LAG Sicherstellung widmet sich allen aktuellen Fragen dieses Aufgabenbereichs, ihre Mitglieder tauschen dazu Informationen aus und stimmen sich ab (vgl. § 1 Abs. 1 GeschO LAG). Die LAG informiert und berät die AOLG. Sie übernimmt Arbeitsaufträge, die ihr von der AOLG zugewiesen werden (vgl. § 1 Abs. 2 GeschO LAG).

Ziele sind demnach eine strukturierte Vernetzung zwischen den Ländern und zudem die Weiterentwicklung der Sicherstellungsinstrumente. Dazu gehören auch die Fragen, wie bestehende Sicherstellungsinstrumente genutzt werden und ob insgesamt weitere Instrumente der Bedarfsplanung und der Sicherstellung der regionalen ambulanten Versorgung sowie eine Stärkung des Ländereinflusses bzw. eine Stärkung der Beteiligungsrechte der Länder (z.B. nach § 92 Abs. 7e SGB V) erforderlich sind. Die Abstimmung von Gesetzgebungsvorhaben von Bund und/ oder Ländern sowie deren Positionierung im Themenfeld ambulanter und sektorenübergreifender Versorgung profitiert wesentlich von einer dauerhaften und engen Kooperation der Obersten Landesgesundheitsbehörden.

1.4 Konkretes Vorgehen

Basierend auf diesem Konzept hat die LAG Sicherstellung Bestandsanalysen zu einzelnen Sicherstellungsinstrumenten durchgeführt, Schwerpunktthemen ausgewählt und priorisiert. In vier Unterarbeitsgruppen wurden hierzu Empfehlungen erarbeitet. Die Ergebnisse der Unterarbeitsgruppen wurden auf einer in Kassel durchgeführten Tagung am 22. und 23. September 2025 zusammengeführt. Nachfolgend werden die Problemstellungen und Empfehlungen im Einzelnen dargelegt.

Da die Einführung eines Primärarztsystems bisher nur angekündigt wurde (vgl. Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung, Rz. 3379 ff.), ist dieses vom vorliegenden Bericht nicht umfasst; die Länder werden sich insofern im anstehenden

Gesetzgebungsverfahren aktiv und konstruktiv einbringen. Hingewiesen wird zudem auf die vom Bundesrat bereits empfohlenen Vorschläge zur Schaffung eines MVZ-Regulierungsgesetzes, welches der Konzentration von Leistungsangeboten und damit einer Gefährdung einer flächendeckenden und wohnortnahe Versorgung entgegenwirken kann (vgl. Beschluss v. 16.06.2023, BR-Drs. 211/23 (Beschluss)).

2. Empfehlungen zum Themenkomplex „Reform der Bedarfsplanung“

2.1 Problemstellung

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (im Folgenden: **Bedarfsplanungs-Richtlinie**) dient der Gewährleistung des gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugangs zur ambulanten haus- und fachärztlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten. Erreicht werden soll dies im Wesentlichen über die Festlegung von Planungsbereichen und Einwohner-Arzt-Relationen (= Verhältniszahlen) je Arztgruppe.

Methodisch wurde als Ausgangspunkt der Planung das 1990 vor der Wiedervereinigung in den alten Bundesländern vorhandene „Ist“ an Arzt-Köpfen zum „Soll“ erklärt und daraus die Verhältniszahlen errechnet (vgl. auch § 101 Abs. 1 Satz 4 SGB V). Es wurde also unterstellt, dass die bei Einführung der Bedarfsplanung vorhandenen (Kassen-)Ärztinnen und Ärzte den Bedarf an ambulanten ärztlichen Leistungen ideal und demnach einen Versorgungsgrad von 100 % abbilden.

Wiederholt ist bereits versucht worden, den Begriff des Bedarfs konkreter zu definieren. So ergaben sich größere Anpassungen sowie Flexibilisierungen für die Landesebene durch eine umfassende Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2013.

Ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebenes wissenschaftliches Gutachten aus dem Jahr 2018[1] erwies sich dagegen als wenig umsetzbar und hat keine wesentlichen strukturellen Änderungen nach sich gezogen.

Seit der Reform der Bedarfsplanung zum 30.06.2019 wird der in der Richtlinie vorgesehene Morbiditätsfaktor bei der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt. Im Jahr 2019 führte zudem eine Absenkung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte um durchschnittlich 25 % zu zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten; auch bei den Kinder- und Jugendpsychiaterinnen und -psychiatern wurde die Verhältniszahl abgesenkt mit der Folge zusätzlicher Zulassungsmöglichkeiten. Der G-BA veröffentlichte zudem am 07.02.2025 seinen Bericht zu den Evaluationsaufträgen gem. § 68 Bedarfsplanungs-Richtlinie, um die Auswirkungen der Bedarfsplanungsreform 2019 im Zeitablauf zu überprüfen. Ein Anpassungsbedarf, insbesondere mit Blick auf den Morbiditätsfaktor, wurde zu diesem Zeitpunkt nicht festgehalten.

Inzwischen ist der sog. Arzt*zeit*mangel als Schwierigkeit hinzugetreten; für das Jahr 2024 berichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), dass der Anteil der Teilzeittätigkeit von 17 % (2015) auf 38 % (2024) gestiegen ist. Der Anteil der Vertragsärztinnen und -ärzte mit vollem Versorgungsauftrag sank im selben Zeitraum um 21,4 %. Trotz steigender Anzahl an Köpfen in der Versorgung geht damit daher kein Anstieg an Behandlungsstunden einher.[2]

Die LAG Sicherstellung weist darauf hin, dass jede Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie grundsätzlich folgenden Limitierungen unterliegt:

- Soweit die niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzte fehlen, führt eine veränderte Planung nicht zu einer besseren Versorgung.

---

[1] Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung/ Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management WIG2-Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung Leipzig Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, GeoHealth Centre/Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit Universitätsmedizin Greifswald, Institut für Community Medicine Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik München 37 Grad Analyse und Beratung GmbH Köln.

[2] https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/teilnahmestatus-und-umfang, abgerufen am 10.12.2025.

- Die Ärztinnen und Ärzte, die aktuell an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, genießen Bestandsschutz für den gewählten Standort.
- Das medizinisch Notwendige und das von den Patientinnen und Patienten Gewünschte können sich unterscheiden.

2.2 Empfehlungen

Unter Berücksichtigung der geschilderten bedarfsplanerischen Rahmenbedingungen werden zur Verbesserung der Versorgungssituation folgende Empfehlungen vorgeschlagen:

2.2.1 Neudefinition einer bedarfsgerechten Versorgung unter Berücksichtigung aktueller Entwicklungen

> Empfehlung Nr. 1: Die LAG Sicherstellung hält es für erforderlich, zu prüfen, ob die bisherige Definition einer bedarfsgerechten Versorgung im Sinne des § 92 Abs. 1 SGB V unter Berücksichtigung des gegenwärtig stattfindenden Novellierungsprozesses beim G-BA weiterer Anpassung bedarf.

Der Bundesgesetzgeber sieht eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten vor (vgl. § 92 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V). Derzeit ist festzustellen, dass immer mehr Patientinnen und Patienten eine starke Diskrepanz zwischen einer vermeintlich guten bzw. ausreichenden Versorgungslage und zur Verfügung stehenden Terminen und Behandlungszeiten in Arztpraxen erleben.

In diesem Zusammenhang sei auch auf das bereits erwähnte, vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vom Juli 2018 verwiesen, dass in verschiedenen Berechnungsmodellen jeweils zusätzliche Arztkapazitäten als für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ansah (vgl. Gutachten, S. 36).

2.2.2 Stärkere Berücksichtigung von Prospektivität in der Bedarfsplanung

Empfehlung Nr. 2: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, in welchem Umfang eine prospektive, flexiblere Bedarfsplanung umsetzbar ist, um noch frühzeitiger sich entwickelnden Versorgungsengpässen entgegen wirken zu können. Folgende Punkte sollen Berücksichtigung finden:

- der demografische Wandel,
- Bevölkerungsprognosen der statistischen Ämter und die
- demografische Zusammensetzung der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie evtl. schon
- erwartbare Veränderungen der Morbiditätslast z.B. durch den Klimawandel und medizinischen Fortschritt
- die Anstellungs- und Teilzeitquoten
- die zukunftsorientierte Darstellung der Versorgungslage für einen Planungsbereich für fünf Jahre

Die derzeitige Bedarfsplanung berücksichtigt grundsätzlich Faktoren wie Demografie und Morbidität (vgl. z.B. § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V, § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Die Anpassung der Basis-Verhältniszahlen erfolgt jedoch auf Basis der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung von zwölf Abrechnungsquartalen für sechs Jahre (vgl. § 9 Abs. 5 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Somit reagiert die Bedarfsplanung derzeit lediglich nachträglich auf bereits in der Vergangenheit erfolgte Veränderungen in der Demografie und der Morbiditätslast in der Bevölkerung.

Die Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzten sowie die jeweiligen Bevölkerungsprognosen, die ebenfalls Einfluss auf die Versorgungssituation nehmen, werden dagegen derzeit gar nicht im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt.

2.2.3 Ergänzung von Kriterien in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärzte bzw.-ärztinnen

Empfehlung Nr. 3: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, in § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V Kriterien zur Berechnung der Verhältniszahl zu ergänzen, die der Sphäre der Leistungserbringenden zuzuordnen sind. Der G-BA wird aufgefordert, Veränderungen der Leistungsmengen je Versorgungsauftrag rückwirkend für die letzten 10 Jahre zu überprüfen. Hierfür soll der G-BA pseudonymisierte Abrechnungsdatennutzen und auswerten. Es bietet sich an, die Prüfung bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendärztinnen bzw. -ärzte zu beginnen.

Zur kinder- und jugendärztlichen Versorgung erhalten die Länder trotz der Reform im Jahr 2019 und den daraus folgenden Zulassungsmöglichkeiten dauerhaft zahlreiche Eingaben über Versorgungsengpässe. Daher stellt sich die Frage, ob die aktuellen Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie, die einen gleichmäßigen und bedarfsgerechten Zugang zur Versorgung gewährleisten sollen, einer Anpassung bedürfen.

Der G-BA hat die auf der Grundlage des § 101 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies u.a. zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist; dabei sind insbesondere die demografische Entwicklung sowie die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V).

Bei der Festlegung der Verhältniszahlen sind also bereits einige Kriterien im Gesetz benannt, die zwingend zu berücksichtigen sind. Diese stammen jedoch alle aus der Sphäre der Patientinnen und Patienten.

Aufgrund der bereits geschilderten strukturellen Veränderungen auf der Seite der Ärzteschaft - wie die Abnahme von vertragsärztlichen Niederlassungen, der damit einhergehende Anstieg von Anstellung und Teilzeittätigkeit - stellt sich die Frage, ob diese Veränderungen nicht auch zur Überprüfung und Anpassung der Verhältniszahlen führen können oder sogar müssen. Die kürzlich erfolgte Erhöhung der Schwellenwerte für die Feststellung von (drohender) Unterversorgung von 50 % auf 75 % erscheint insofern als nicht ausreichend. Zu nennen sind hier zudem die

fehlende Abbildung von gestiegenem Zeit- und Dokumentationsaufwand. Im Vergleich zur Einführung der Bedarfsplanung bietet sich aber auch eine Prüfung an, wie sich die abgerechnete Leistungsmenge je Versorgungsauftrag (voll oder anteilig) über die Jahre verändert hat. So ist nur eine Mindestgröße für die Anzahl der *Behandlungs*stunden, die aus dem Versorgungsauftrag folgt, festgelegt (grds. 25 Stunden bei vollem Versorgungsauftrag, § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV).

2.2.4 Unterteilung der Arztgruppe der Fachinternistinnen und Fachinternisten

Empfehlung Nr. 4: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, inwieweit die rheumatologische Versorgung bedarfsorientiert verbessert werden kann, z.B. durch eine separate Beplanung der Arztgruppe der Rheumatologinnen und Rheumatologen und eine Förderung der Weiterbildung.

Die Arztgruppe der Fachinternistinnen und Fachinternisten unterfällt der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (vgl. § 13 Abs. 1 Nr. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie) und wird daher auf der Ebene der Raumordnungsregionen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung beplant (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Da sich gezeigt hat, dass die Arztgruppe der Fachinternistinnen und -internisten aufgrund der verschiedenen Spezialisierungen einer differenzierteren Steuerung bedarf, wurde die Möglichkeit von Mindest- und Höchstquoten eröffnet (vgl. § 101 Abs. 1 Satz 8 SGB V i.d.F. des Terminservice- und Versorgungsgesetzes, TSVG).

Von dieser Option hat der G-BA Gebrauch gemacht und in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Quoten für die Rheumatologie, Kardiologie, Pneumologie, Gastroenterologie und Nephrologie eingeführt (vgl. § 13 Abs. 6 BPL-RL). Dies geschah mit Blick darauf, dass innerhalb der Arztgruppe der Fachinternistinnen und Fachinternisten die räumliche Verteilung aufgrund der Spezialisierungen vergleichsweise heterogen sei.[3] Hinsichtlich des weitergehenden Schrittes, einzelne internistische Schwerpunkte als eigene Arztgruppe separat zu beplanen, führt der G-BA aus, dies

[3] Vgl. Tragende Gründe vom 16.05.2019 zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der BPL-RL: Änderungen zur Weiterentwicklung der BPL-RL, zu § 13, S. 12.

werde „unerwünschte Nebeneffekte“ nach sich ziehen, wie zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten, die durch die Versorgungslage nicht gerechtfertigt seien.[4]

Für die Rheumatologie hat der G-BA daher eine Mindestquote von 8 % eingeführt, um die räumliche Verteilung durch zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten zu verbessern.

Eine solche Mindestquote und die damit verbundenen zusätzlichen Versorgungsaufträge sollen Vertragsärztinnen und -ärzten ein Signal setzen, sich in dieser Richtung zu spezialisieren. Die Evaluierung zum 31.12.2024 hat jedoch gezeigt, dass die Zahl der Rheumatologinnen und Rheumatologen seit Einführung der Mindestquote bundesweit nur um 3 % angestiegen ist. Bei einer Anhebung der Mindestquote auf 10 % und den damit einhergehenden weiteren Zulassungsmöglichkeiten befürchtete der G-BA eine „Sogwirkung“ insbesondere in die Großstädte. Zum 31.12.2026 soll daher erneut geprüft werden, ob eine Erhöhung der Mindestquote im Sinne des § 13 Abs. 6 Nr. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf 10 % angezeigt ist. Der „hohe Bedarf an rheumatologischer Versorgung“ wird auch vom G-BA weiterhin gesehen.[5]

2.2.5 Verbesserung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung

2.2.5.1 Einführung einer eigenen Arztgruppe (Behandelnde, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen)

Empfehlung Nr. 5: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, dass § 101 Abs. 4 SGB V dahingehend geändert wird, dem G-BA den Auftrag zu erteilen, eine eigenständige Planung für Leistungserbringende umzusetzen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen.

Es ist bundesgesetzlich geregelt, dass überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -

[4] Vgl. Tragende Gründe vom 16.05.2019, a.a.O.
[5] Vgl. Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Anpassung § 13 Absatz 6 Nummer 1, S. 2.

therapeuten eine Arztgruppe bilden (§ 101 Abs. 4 SGB V). Aufgrund der Versorgungslage wurde für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, eine Mindestquote von 20 % vorgesehen (§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V).

Die Versorgungspraxis hat jedoch gezeigt, dass diese Mindestquote zur Gewährleistung eines bedarfsgerechten Zugangs für Kinder und Jugendliche nicht ausreichend ist. Nicht erst der aktuelle Koalitionsvertrag auf Bundesebene sieht daher vor, die Bedarfsplanung im Bereich der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche „anzupassen“ (Rz. 3557f.). Bereits im Rahmen des Gesetzentwurfs des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes war die separate Beplanung der Leistungserbringer vorgesehen, die jeweils überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen (dort als neuer Abs. 4a in § 101 SGB V, BT-Drucks. 20/11853, S. 21). Auf Basis einer Änderung des SGB V könnte der G-BA die Bedarfsplanungs-Richtlinie entsprechend anpassen.

2.2.5.2 Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen: Systemische Therapie

Empfehlung Nr. 6: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, ob der Zugang von Patientinnen und Patienten zu allen psychotherapeutischen Richtlinienverfahren ausreichend gesichert ist, hier insbesondere zur Systemischen Therapie.

Die Systemische Therapie ist als drittes sog. Richtlinien-Verfahren in die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) aufgenommen worden (vgl. § 15 Satz 2 Nr. 3), im Jahr 2020 bei Erwachsenen[6] und im Jahr 2024 auch bei Kindern und Jugendlichen.[7]

[6] Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie): Systemische Therapie bei Erwachsenen vom 22. November 2019.
[7] Vgl. Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie: Systemische Therapie bei Kindern und Jugendlichen vom 18.01.2024.

Einem flächendeckenden Angebot an Systemischer Therapie stehen jedoch die Zulassungsbeschränkungen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen entgegen. Die Zulassungsausschüsse lehnen Anträge auf eine Sonderbedarfszulassung in der Praxis häufig mit dem Hinweis ab, dass einzelne Richtlinien-Verfahren keinen Sonderbedarf begründen könnten. Bei Nachbesetzungsverfahren erfolgt üblicherweise eine Nachfolge im Richtlinien-Verfahren der Praxisabgeberin bzw. des -abgebers, also in einem der bereits langjährig etablierten Verfahren.

2.2.5.3 Übernahme selektivvertragsrechtlicher Versorgungsarten in die Regelversorgung

Empfehlung Nr. 7: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, für Selektivverträge ein formales Verfahren vorzusehen, an dessen Ende die Entscheidung steht, ob diese in die Regelversorgung überführt werden können und sollten.

Verträge über die „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V sind den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zu übermitteln (§ 71 Abs. 5 SGB V). Aufgrund dieser Vorlagepflicht von Verträgen ist den Obersten Landesgesundheitsbehörden bekannt, dass viele Krankenkassen auf Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung mit Verträgen über eine Besondere Versorgung nach § 140a SGB V reagiert haben. So werden psychotherapeutische Leistungen insbesondere vermehrt auf diesem Weg digital angeboten.

Angebote aus Selektivverträgen, die sich in der Breite „bewährt“ haben, wie kurzfristige Interventionen, sollten auf ihre Eignung überprüft, in die Regelversorgung integriert zu werden. Soweit die Eignung belegt ist, sollte das entsprechende Angebot nicht Gegenstand des Wettbewerbs[8] zwischen den Krankenkassen sein, sondern allen Versicherten offenstehen.

[8] so ursprünglicher Gedanke des § 140a SGB V, vgl. Gesetzentwurf zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG, BT-Drs. 18/4095, S. 128.

2.2.5.4 Ausweitung der Pflichten der Terminservicestelle

> Empfehlung Nr. 8: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, ob die Terminservicestelle verpflichtet werden kann, nicht nur probatorische Sitzungen, sondern, nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit, auch Termine für die Behandlung selbst gemäß den Psychotherapieverfahren im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie zu vermitteln.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind bundesgesetzlich verpflichtet, Terminservicestellen (TSS) einzurichten, die 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen (vgl. § 75 Abs. 1a Satz 2 SGB V). Sie vermitteln im Rahmen ihres Aufgabenbereichs u.a. psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlungen und probatorische Sitzungen (Gespräche im Vorfeld der tatsächlichen Behandlung gemäß § 12 der Psychotherapie-Richtlinie). Oftmals entstehen nach der Probatorik längere Wartezeiten auf den Beginn der tatsächlichen Behandlung. Eine Verzögerung des Therapiebeginns kann die psychische Beeinträchtigung verschlimmern und zu Chronifizierungen führen, weshalb eine Verringerung der Wartezeiten auf Therapieplätze dringend erforderlich ist. Zu diesem Zweck sollte die TSS im Falle der Vermittlung probatorischer Termine verpflichtet werden, nach Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit auch (Folge-)Termine für die tatsächliche Behandlung zu vermitteln.

2.2.6 Ausweitung der Möglichkeiten zur Telemedizin

> Empfehlung Nr. 9: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die geltenden Regelungen zur Videosprechstunde zu überprüfen und zudem stärkere Anreize für die Nutzung und Implementierung digitaler Elemente in der vertragsärztlichen Versorgung zu setzen.

Auch wenn der persönliche Patientenkontakt grundsätzlich vorrangig bleiben muss, hält die LAG Sicherstellung eine stärkere Implementierung digitaler Elemente in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für unerlässlich, insbesondere in ländlichen Räumen.

Videosprechstunden sind insgesamt weiterhin nicht ausreichend im Angebot der Leistungserbringer der vertragsärztlichen Versorgung integriert.

Andererseits wird die telemedizinische Leistungserbringung nicht ausreichend in den bestehenden Regularien der vertragsärztlichen Versorgung berücksichtigt. So basiert die Bedarfsplanung auf der Annahme einer räumlich begrenzten Leistungserbringung (Planungsbereich).

Vor diesem Hintergrund sollten alle geltenden bundesgesetzlichen Regelungen zur Videosprechstunde (z.B. § 24 Abs. 8 Ärzte-ZV) sowie die Regelungen der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene (Regelungen der Bundesmantelverträge, u.a. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs sowie die Bedarfsplanungs-Richtlinie) überprüft werden, inwieweit sie der in der vertragsärztlichen Versorgung zunehmend erforderlichen Videosprechstunde hinreichend Rechnung tragen.

2.2.7 Definition von Versorgungsaufträgen/ Kernleistungen einzelner Fachgruppen/ Berücksichtigung von Spezialisten bzw. Spezialistinnen

Empfehlung Nr. 10: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die jeweiligen Versorgungsaufträge nicht nur bezogen auf die Mindestsprechstundenzeit zu regeln, sondern in inhaltlicher Hinsicht konkreter zu fassen, indem Kernleistungen der einzelnen Facharztgruppen definiert werden, die von der jeweiligen Fachgruppe in einem Planungsbereich zu erbringen sind. Hierbei ist eine ggf. getrennte Berücksichtigung und Beplanung von grundversorgenden und spezialisierten Ärztinnen und Ärzten in Erwägung zu ziehen.

Die Bedarfsplanung dient der bedarfsgerechten Versorgung. Es ist jedoch feststellbar, dass der Zugang der Patientinnen und Patienten zu einigen grundversorgenden Leistungen wie z.B. im augenärztlichen Bereich und bei Kindervorsorgeuntersuchungen beschränkt ist und sich gleichzeitig innerhalb der niedergelassen Ärzteschaft Spezialisierungen ausbilden und dies innerhalb der Bedarfsplanung nicht hinreichend abgebildet ist. So sind beispielsweise in der augenärztlichen Versorgung rein operativ tätige Praxen etabliert, die nicht das volle Leistungsspektrum der

Versorgung erbringen. Die LAG Sicherstellung hält es aufgrund dieser Entwicklungen in verschiedenen Facharztgruppen für erforderlich, den Versorgungsauftrag konkreter zu fassen und in inhaltlicher sowie zeitlicher Hinsicht Kernleistungen der jeweiligen Fachgruppen zu definieren (ggf. auf Basis der Leistungs- und Abrechnungsdaten sowie der fachärztlichen Weiterbildungs-Curricula), um eine flächendeckende Grundversorgung abbilden und sicherstellen zu können.

Zugleich müsste den KVen die Möglichkeiten gegeben werden, im Rahmen ihrer Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge nach § 95 Abs. 3 SGB V auch den inhaltlichen Umfang des Versorgungsauftrags ihrer Mitglieder zu prüfen und Verstöße gegebenenfalls zu sanktionieren. Hierzu sollte der Bundesgesetzgeber die Basis für die Selbstverwaltung schaffen.

2.2.8 Sanktionen bei Nichterfüllung der Versorgungsaufträge

Empfehlung Nr. 11: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die geltenden Regelungen zur Erstellung der Berichte nach § 95 Abs. 3 Satz 5 SGB V über die Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge zu überprüfen und ggf. noch konkretere Tatbestandsvoraussetzungen für Sanktionsmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu regeln, etwa in der Form einer Handlungskaskade. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in nicht gesperrten Planungsbereichen keine Hürden für die Niederlassung geschaffen werden. Die Prüfvorgaben sollten mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt werden.

Parallel wird empfohlen, die Anrechnungsfaktoren nach § 51 bzw. 58 Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überprüfen.

In den Sitzungen der Zulassungsausschüsse fällt auf, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten teilweise nicht vollumfänglich ihrem Versorgungsauftrag nachkommen. Dann entstehen trotz formal guter Versorgungslage Versorgungsdefizite.

Gemäß § 95 Abs. 3 SGB V i.V.m. § 19a Abs. 1 Ärzte-ZV und § 17 Abs. 1a Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) muss eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt mit vollem Versorgungsauftrag mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form

von Sprechstunden für GKV-Versicherte anbieten, bei einem reduzierten Versorgungsauftrag eine entsprechend anteilige Sprechstundenzeit.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben nach § 95 Abs. 3 Satz 4 SGB V (Prüfung der Einhaltung der Versorgungsaufträge) die Pflicht, die Mindestsprechstundenzeiten zu prüfen, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen in Verbindung mit dem zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand. Dies gilt auch für Praxen oder MVZ, die z.B. angestellte Ärztinnen und Ärzte in Teilzeitbeschäftigungsverhältnissen beschäftigen (0,5 VZÄ entsprechen 12,5 Sprechstunden/Woche, 0,25 VZÄ entsprechen 6,25 Sprechstunden/Woche).

Nach § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist die Zulassung zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder ihre oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

§ 19a Abs. 4 Ärzte-ZV ist in seiner Aussage ebenfalls eindeutig: Stellt die KV danach fest, dass die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt die Mindestsprechstundenzeiten in mindestens zwei aufeinanderfolgenden Quartalen unterschritten hat, so hat sie die betroffene Ärztin oder den betroffenen Arzt nach Satz 2 aufzufordern, umgehend die Anzahl ihrer/ seiner Sprechstunden entsprechend zu erhöhen oder seinen Versorgungsauftrag durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss gemäß § 19a Absatz 2 Ärzte-ZV zu beschränken oder vollständig zu entziehen.

Problematisch erweist sich zudem, dass die sog. Anrechnungsfaktoren in der Bedarfsplanungsrichtlinie bei Anstellungsverhältnissen zu großzügig ausgestaltet sind. Bei einer Teilzeitanstellung mit 10 Stunden werden Ärztinnen und Ärzte mit 0,5 Sitzen in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Dies führt zu einer bedarfsplanerischen Überbewertung der Versorgung. Mit einer der anteiligen Arbeitszeit entsprechenden Berücksichtigung des Anrechnungsfaktors würde insbesondere auch vermieden, dass Anstellungen mit einem geringfügigen Arbeitszeitanteil erfolgen, um ein überproportional großes Sitzäquivalent zu „sichern“.

2.2.9 Stärkere Verbindlichkeit der Versorgungsgrade, insbesondere Definition der drohenden Unterversorgung

Empfehlung Nr. 12: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die Prüfung und Feststellung einer drohenden Unterversorgung und zudem die daran anknüpfenden Rechtsfolgen (entsprechend der untenstehenden Vorschläge) konkreter und verbindlicher auszugestalten.

Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie droht eine Unterversorgung, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärztinnen und -ärzte in einem Umfang zu erwarten ist, dass der Stand der hausärztlichen und pädiatrischen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 Prozent und für die übrige fachärztliche Versorgung um mehr als 50 Prozent unterschritten wird (vgl. § 29 Satz 3 der Richtlinie).

In einigen Ländern wird bereits mit weiterführenden Definitionen zur drohenden Unterversorgung gearbeitet. Um eine größere Verbindlichkeit für alle Ländern herzustellen, sollte die Feststellung der drohenden Unterversorgung an konkreten Vorgaben, wie z.B. an einem verbindlichen Versorgungsgrad, gemessen werden. Sofern ein bestimmter Versorgungsgrad unterschritten ist, sollte die Annahme einer drohenden Unterversorgung erfolgen, womit die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesausschüsse darlegen und beweisen müssen, warum faktisch keine drohende Unterversorgung vorliegt (Beweislastumkehr, vgl. § 29 Satz 1 und § 31 Abs. 2 BPL-RL).

Für die Prüfung der drohenden Unterversorgung sollte eine verpflichtende prognostische Prüfung der Versorgungssituation für die nächsten fünf Jahre erfolgen, unter Einbeziehung der demografischen Entwicklung, der Altersstruktur der Ärztinnen und Ärzte und der Ab- und Zugänge.

Aus der Feststellung der drohenden Unterversorgung sollte (wie bei der Feststellung von Unterversorgung) eine verpflichtende Handlungskaskade für die Kassenärztlichen Vereinigungen folgen (Niederlassungsförderung, Sicherstellungszuschläge).

3. Empfehlungen zum Themenkomplex „Sektorenübergreifende Versorgungs- und Bedarfsplanung“

3.1 Problemstellung

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitssystem mit zunehmendem Fachkräftemangel, knappen finanziellen Ressourcen und einer wachsenden Zahl von hochaltrigen, chronisch und multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten vor große und weiterwachsende Herausforderungen.

Verantwortung und Kompetenzen sind zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltung verteilt. Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt bei den Ländern als Planungsbehörden, die sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten jeweils unterschiedlich ausgestalten. Dabei sind die Länder durch den bundesgesetzlichen Rahmen allein auf den stationären Bereich beschränkt, ein echter sektorenübergreifender Ansatz ist nicht möglich. Für die Krankenhausplanung können Daten auf Basis von § 21 Krankenhausentgeltgesetz sowie Daten der statistischen Landesämter und des Forschungsdatenzentrums nach § 303e SGB V herangezogen werden. Die vertragsärztliche Bedarfsplanung liegt in der Zuständigkeit der ärztlichen Selbstverwaltung, die die Bedarfsplanung nach den Vorgaben des SGB V und der Bedarfsplanungsrichtlinie (BPL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) erstellt.

Es bestehen bisher keine sektorenübergreifenden, einheitlichen und digitalen Steuerungs- und Planungsinstrumente. Noch fehlt das gegenseitige Verständnis der Sektoren, genauso wie Möglichkeiten, aufeinander zu reagieren und gemeinsam zu agieren. Es erfolgt kein Abgleich der Datenberichte, keine einheitliche Bedarfserhebung oder Leistungsmessung, und Prozesse sind nicht aufeinander abgestimmt, was zu einem Nebeneinander von ambulanter und stationärer fachärztlicher Versorgung führt. Die Bedarfe und die Versorgung werden mit unterschiedlichen Kennzahlen und auf unterschiedlichen Datengrundlagen dargestellt – Kopfzahlen und Versorgungsgrade im ambulanten Bereich, Betten oder Fallzahlen im stationären Bereich. Daher fehlen gemeinsame Datenanalysen, welche Leistungen überhaupt benötigt werden, die Nachfrageseite kann nicht systematisch erfasst werden. So ist eine gemeinsame prognostische Planung und die Berücksichtigung

neuer, sektorenübergreifender Versorgungsangebote und Entwicklungen (neue Berufsbilder wie die durch das BMG angekündigte neu zu schaffende Advanced Practice Nurse, auf Planungsebene etwa die Neugründung eines Facharztzentrums in der Nähe eines Krankenhauses) nicht möglich.

Eine effektive Patientensteuerung beim Sektorenübergang fehlt oder ist fehlerhaft. Ein Beispiel ist das Entlassmanagement und die teils schwierigen Übergänge aus der stationären in die ambulante und insbesondere in die pflegerische Versorgung. In der Folge hat jede Akteurin bzw. jeder Akteur unterschiedliche Interessen und nur seinen Bereich im Blick, was zu einem Budgetkampf führt, obwohl das Ziel die gemeinsame Versorgung der Bevölkerung sein sollte.

Es gibt sehr viele Subversorgungssysteme und Sonderregelungen, die nicht aufeinander abgestimmt sind. Das führt immer wieder zu Versorgungsbrüchen und an vielen Stellen zu einem Nebeneinander von Unter-, Fehl- und Überversorgung.

Um diese Probleme zu lösen, ist es wichtig, dass die verschiedenen Gesundheitsdienstleister, wie Krankenhäuser, ambulante Einrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen, enger zusammenarbeiten und eine regelmäßige, möglichst strukturierte Kommunikation und Koordination durchführen. Durch die neuen Regelungen im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wurden neue Möglichkeiten geschaffen, auf Versorgungsengpässe zu reagieren, gleichzeitig wird auch die Komplexität erhöht. Die sektorenübergreifenden Versorger und in einem geringeren Umfang auch andere Krankenhäuser, insbesondere Sicherstellungshäuser, haben durch § 116a KHVVG mehr Möglichkeiten erhalten, durch Ermächtigungen an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Allerdings bieten die Regelungen in §§ 116/116a SGB V für Krankenhäuser wenig Planungssicherheit, sodass unklar ist, wie diese Möglichkeiten zukünftig genutzt werden.

Die LAG Sicherstellung hat dazu im Einzelnen die nachfolgenden konkreten Empfehlungen erarbeitet:

3.2 Empfehlungen

3.2.1 Schaffung von Transparenz

Empfehlung Nr. 13*:* Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, inwieweit z.B. mit § 303e SGB V bereits jetzt rechtliche Grundlagen zur verbindlichen Heranziehung und Auswertung aller ambulanten Leistungsdaten bestehen.

Es wird empfohlen, die Rechtsgrundlage für die Entwicklung eines bundeseinheitlichen Analysetools zur sektorenübergreifenden Versorgungsplanung zu schaffen, um auch andere Bereiche (Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)/Gesundheitsämter, Zahnärzte, Pflegeheime, Apotheken, etc.) einzubeziehen.

Es ist wichtig, wechselseitige Transparenz zu den bestehenden Planungs- und Datengrundlagen und sektorenübergreifenden Schnittstellen sowie zum tatsächlichen Leistungsgeschehen herzustellen, um eine bessere Planung zu ermöglichen. So gibt es inzwischen zahlreiche Leistungserbringende im ambulanten Bereich (z.B. Psychiatrische Institutsambulanzen, Sozialpädiatrische Zentren, fachärztliche Ambulanzen an Krankenhäusern), die ausschließlich über die Krankenkasse des jeweiligen Versicherten abrechnen. Grundlage für mehr Transparenz können unter anderem die im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erhobenen Daten, die Nutzung des Forschungsdatenzentrums sowie das Gesundheitsdatennutzungsgesetz sein. Für die entsprechenden Planungsaufgaben ist es notwendig, den obersten Landesbehörden einen unentgeltlichen Zugriff auf die Abrechnungsdaten des Forschungsdatenzentrums einzuräumen.

3.2.2 Systematisierung und Vereinheitlichung der Daten und methodischen Ansätze

Empfehlung Nr. 14: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, wie eine Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Kennzahlen und Datengrundlagen erreicht werden kann und rechtliche Grundlagen für eine bessere Vergleichbarkeit und die Systematisierung der planungsrelevanten Daten zu schaffen. Ziel ist, dass zukünftig einheitliche Planungsgrundlagen und Auswertungssysteme mit standardisierten Daten(-formaten) geschaffen werden können.

Notwendige Grundlage für einen Schritt in Richtung einer besseren sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und Abstimmung ist es, die bislang verwendeten unterschiedlichen Kennzahlen und unterschiedlichen Datengrundlagen zu vereinheitlichen, mindestens aber vergleichbar zu machen: Kopfzahlen und Versorgungsgrade im ambulanten Bereich, Betten oder Fallzahlen im stationären Bereich.

Eine stärkere Vereinheitlichung und Systematisierung dieser Daten würde es ermöglichen, den medizinischen Versorgungsbedarf im ganzen System übergreifender zu erfassen. Dies würde es bspw. auch ermöglichen, Entwicklungen wie die zunehmende Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen in der Bedarfsplanung darzustellen und angemessen zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage könnte die Gesundheitsversorgung entsprechend des Grundsatzes „präventiv und digital vor ambulant vor stationär“ zukünftig übergreifend geplant werden.

3.2.3 Stärkung der Zusammenarbeit und Verbesserung des Informationsaustausches zwischen den Akteuren

Empfehlung Nr. 15: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, wie die Integration von nicht-ärztlichem Personal in die ambulante Versorgung weiter gestärkt werden kann. Insbesondere ist eine angemessene Finanzierung des nicht-ärztlichen Personals in den Fokus zu nehmen.

Die Integration von nicht-ärztlichem Personal (z.B. NäPa, Physician Assistent, CHN etc.) und die Stärkung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen ist unerlässlich, um eine Verbesserung und Stärkung der Primärversorgung zu schaffen. Denn ihr Einsatz ermöglicht es unter anderem, die begrenzte Ressource Arztzeit effektiver einzusetzen und vor allem für komplexere Fälle und Behandlungen zu nutzen. Dies sollte etwa bei der angekündigten bundesgesetzlichen Regelung zur Schaffung des neuen Berufsbilds der Advanced Practice Nurse neben berufs- und leistungsrechtlichen Regelungen mitberücksichtigt werden.

3.2.4 Reaktivierung der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorübergreifende Versorgung“

Empfehlung Nr. 16Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die bis 2018 unter Federführung des BMG tätige Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorübergreifende Versorgung“ zu reaktivieren.

Übergeordnetes Ziel ist eine sektorenkoordinierende Bedarfs- und Versorgungsplanung für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung. Für eine umfassende Lösung sind dafür neben den hier gegebenen ersten Empfehlungen weitere Gutachten notwendig, um zu analysieren, wie die Versorgungsplanung sektorenübergreifend weiterentwickelt werden kann.

3.2.5 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Empfehlung Nr. 17: Die LAG Sicherstellung empfiehlt die Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der fortschreitenden Ambulantisierung und der parallelen Erbringung vergleichbarer Leistungen durch Vertragsärzteschaft und Krankenhäuser.

Bereits jetzt gibt es eine Vielzahl von Regelungen für die parallele Erbringung vergleichbarer Leistungen durch Vertragsärzteschaft und Krankenhäuser, die nicht aufeinander abgestimmt sind, so z.B. die folgenden Subversorgungssysteme und Sonderregelungen:

- teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlung (§ 39 SGB V)
- ambulante Behandlung von Notfällen (§ 76 SGB V)
- ambulantes Operieren (AOP) (§ 115b SGB V)
- stationsäquivalente psychiatrische Behandlung (§ 115d SGB V)
- Hybrid-DRG (§ 115 f SGB V)
- ambulante Behandlung durch (ermächtigte) Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)
- ambulante Behandlung durch (ermächtigte) Krankenhäuser in Fällen der Unterversorgung (§ 116a SGB V)
- ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V)
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)
- psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)
- geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V)
- Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V) /
- pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V)
- belegärztliche Leistungen (§ 121 SGB V)
- strukturierte Behandlungsprogramme (§ 137f SGB V)
- Selektivverträge (§ 140a SGB V)

Komplexität und Umfang werden durch neue Regelungen im KHVVG und den Trend zu einer stärkeren Ambulantisierung bislang stationärer Leistungen weiter erhöht. Die fehlende gemeinsame Perspektive auf diese Leistungen und Berücksichtigung dieser sektorenübergreifenden Versorgungsangebote in den jeweiligen Steuerungs- und Planungsverfahren erschwert die Sicherstellung eines angemessenen, am Bedarf orientierten Leistungsangebots. So sind die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung verantwortlich, haben aber keinen Einfluss auf das ambulante Versorgungsgeschehen in Krankenhäusern (bspw. ambulante Augen- oder HNO-OP). Eine sachgerechte, an den Bedarfen der Patientinnen und Patienten orientierte Bedarfsplanung wird hierdurch massiv erschwert. Die Bedarfsplanung ist daher auf Anpassungsbedarfe zu überprüfen. Denkbar ist dabei zu Beginn eine Konzentration auf zentrale Leistungen aus dem Bereich des ambulanten Operierens (z.B. HNO-Operationen bei Kindern), um mögliche Lösungsansätze an einem konkreten Beispiel zu durchdenken.

4. Empfehlungen zum Themenkomplex „Weiterentwicklung der Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen“

4.1 Problemstellung

4.1.1 Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber zu gewährleisten, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (Sicherstellungsauftrag, § 75 Abs. 1 SGB V). Um dem Sicherstellungsauftrag gerecht werden zu können, benötigen die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder und die Kassenärztliche Bundesvereinigung entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten.

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen entsprechend den Bedarfsplänen zudem alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (vgl. § 105 Abs. 1 SGB V).

Die LAG Sicherstellung hält es für wichtig, die Instrumente der Kassenärztlichen Vereinigungen weiterzuentwickeln, damit diese ihrem Sicherstellungsauftrag weiterhin gerecht werden können.

4.1.2 Anstieg des Bedürfnisses nach neuen Versorgungsformen

Die Struktur der Arbeitswelt hat sich in den letzten Jahren deutlich verändert und verändert sich weiter, wovon insbesondere auch der Gesundheitsbereich und die Vertragsärztinnen und -ärzte bzw. -psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie weitere Gesundheitsberufe betroffen sind.

Konkret erhöht sich die Anzahl der Vertragsärztinnen bzw. -ärzte sowie der Vertragspsychotherapeutinnen bzw. -psychotherapeuten, die in Anstellung und Teilzeit arbeiten (lt. Kassenärztlicher Bundesvereinigung zwar noch 123.752 Personen

mit eigener Niederlassung, aber mehr als 55.000 Ärztinnen bzw. Ärzte und Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten angestellt), generell steigt – mit der vorwiegenden Erwerbstätigkeit beider Elternteile im familiären Umfeld – das Bedürfnis nach flexibleren Arbeitsmodellen.[9] Gleichzeitig werden die niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzte in Deutschland immer älter, so liegt das Durchschnittsalter mittlerweile bei ca. 54,0 Jahren. Damit verbunden ist ein hoher Nachbesetzungsbedarf von Arztsitzen in den kommenden Jahren.[10] Mit diesem Strukturwandel in der Ärzteschaft sowie aufgrund weiterer Faktoren erhöht sich das Bedürfnis nach neuen innovativen Versorgungsformen.

4.1.3 Förderung neuer Versorgungsformen auf Bundes- und Landesebene

Sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene wird eine Vielzahl innovativer Projekte, die neue Versorgungsformen zum Gegenstand haben, bereits finanziell gefördert.

So fördert beispielsweise der auf Grundlage der §§ 92a, 92b SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelte Innovationsausschuss neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinaus gehen. Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potential aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Auch auf Landesebene werden neue Versorgungsformen gefördert (unter Beachtung der jeweiligen Rechtskreise bei der Finanzierung).

So z.B. in Hamburg die Lokale Gesundheitszentren (LGZ), in denen jeweils eine hausärztliche Praxis gemeinsam mit einem Angebot von Community Health Nursing bzw. Care Coordination und Sozialberatung die Menschen versorgt, berät und unterstützt. In Baden-Württemberg bieten die Primärversorgungszentren und

---

[9] Vgl. Pressemitteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 20.03.2025, https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/03-20/Arztzahlstatistik%202024%20%E2%80%93%20Anstellung%20und%20Teilzeit%20bleiben%20beliebt, aufgerufen am 11.12.2025.

[10] vgl. Homepage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung https://www.kbv.de/infothek/zahlen-und-fakten/gesundheitsdaten/alter-und-geschlecht, aufgerufen am 11.12.2025.

Primärversorgungsnetzwerke (PVZ), in Niedersachsen die Regionalen Versorgungszentren (RVZ) und in Berlin die Integrierten Gesundheitszentren ganz ähnliche Versorgungsmodelle an. Im Projekt „Kiezschwestern – Ambulantes Case Management“ der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin stellen als anerkannte Praxisnetzwerke zusammengeschlossene Arztpraxen sogenannte „Kiezschwestern“ an. Gemeinsam ist den Projekten, dass die Koordination zwischen den einzelnen Akteurinnen und Akteuren der medizinischen und pflegerischen Versorgung optimiert und damit die Versorgung verbessert werden soll.

Weitere, vergleichbare sektorenübergreifende Modellprojekte gibt und gab es auch in Bayern und Brandenburg. Ebenso weitere Projekte, die bereits telemedizinische und digitale Möglichkeiten nutzen.

Den geförderten Projekten ist gemeinsam, dass sie auf einer zeitlich begrenzten Förderung basieren. Damit die ambulante Versorgung dauerhaft vom Mehrwert eines Projekts profitieren kann, ist die Übernahme eines Projekts in die Regelversorgung vorzugswürdig, auch weil bei einer Übernahme in Selektivverträgen (Besondere Versorgung, § 140a SGB V) davon nicht alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten profitieren (vgl. dazu bereits **Empfehlung Nr. 7** auf S.14).

Anders als die gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 140a SGB V haben Kassenärztliche Vereinigungen bislang keinen aktiven Einfluss (auch nicht im Rahmen von Selektivverträgen) darauf, dass Leistungserbringende von (sozial)rechtlichen Vorgaben abweichen können. Diverse (sozial)rechtliche und tatsächliche Grenzen und Hürden behindern oftmals innovative Ansätze oder Lösungen und erschweren den Kassenärztlichen Vereinigungen damit auch die Erfüllung ihres Sicherstellungsauftrags. Konkret bedeutet dies, dass viele Projekte im geltenden Rechtsrahmen nicht weitergeführt werden können.

4.2 Empfehlungen

4.2.1 Erweiterung regionaler Handlungsspielräume für Kassenärztliche Vereinigungen zur Implementierung neuer Versorgungsformen

Empfehlung Nr. 18: Die LAG Sicherstellung empfiehlt eine Änderung des § 105 SGB V oder des § 105a SGB V dahingehend, dass Kassenärztliche Vereinigungen aufgrund einer Entscheidung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Leistungserbringenden neue Versorgungsformen ermöglichen können und in diesem Rahmen von Regelungen des Gesetzgebers oder der Selbstverwaltung abgewichen werden kann.

Um innovative Versorgungsmodelle passgenau für die jeweiligen Regionen zu ermöglichen und Versorgungsdefizite zielgenauer adressieren zu können, bedarf es erweiterter Handlungsspielräume für die Kassenärztlichen Vereinigungen. Daher wird die Schaffung einer Generalklausel empfohlen, mit welcher aufgrund eines Beschlusses des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen von bundesweiten Regelungen abgewichen werden kann (z.B. Erhöhung der Obergrenze für angestellte Ärztinnen und Ärzte, Erhöhung der Obergrenzen für Videosprechstunden, Ausweitung der bestehenden regionalen Abweichungsmöglichkeiten bei der Bedarfsplanung).

Der Bundesgesetzgeber würde den Kassenärztlichen Vereinigungen damit im Rahmen seiner umfassenden Ermächtigungskompetenz die Ermächtigung erteilen, aufgrund eines Beschlusses des Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen über die Möglichkeit von Abweichungen von bundesrechtlichen Regelungen zu entscheiden. Im Rahmen einer solchen Generalklausel für Versorgungsformen, die das Ziel der Sicherstellung der Versorgung haben, ist der Landesausschuss nach § 90 SGB V das geeignete Gremium, um auf regionaler Ebene innovative Versorgungsformen zu ermöglichen.

Dies erscheint angesichts der unterschiedlichen regionalen Handlungsbedarfe und der Vielzahl an bestehenden Modellen vorzugswürdig gegenüber dem alter-

nativen Weg der Schaffung von diversen Ausnahmeregelungen zu *einzelnen* Regelungen, welche konkret ein Hindernis für die Implementierung neuer Versorgungsformen darstellen.

Dabei kann es beispielsweise um Abweichungen von § 24 Ärzte-ZV gehen, wonach die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten muss (mit den bereits genannten Ausnahmen), die über die derzeit bereits bestehenden Ausnahmen hinausgehen. Damit würde eine Tätigkeit der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes auch z.B. in ausgelagerten Räumlichkeiten möglich.

Denkbar ist weiterhin eine Abweichung durch Überschreitung der aktuellen nach den Bundesmantelverträgen bestehenden Obergrenze für Videosprechstunden in Höhe von 50 % aller Behandlungsfälle (vgl. § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V erlassener Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Ziff. I. 4.3.1. Arzt-Patientenkontakt).

Eine Verortung der Regelung könnte konkret in § 105 Abs. 1 SGB V („Förderung der vertragsärztlichen Versorgung“ durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) oder als neuer § 105a SGB V erfolgen.

Die Finanzierung der vertragsärztlichen Leistungen würde im Rahmen der Regelversorgung aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) und zusätzlich ggf. aus Mitteln des Strukturfonds gem. § 105 Abs. 1a SGB V erfolgen, sowie flankierend aus Mitteln der jeweiligen Rechtskreise, die ebenfalls betroffen sind (Stichwort: Sozialberatung).

4.2.2 Erleichterung der Durchsetzung des Sicherstellungsauftrags durch Überführung genehmigungspflichtiger Leistungen in die ärztliche Behandlungspflicht

Empfehlung Nr. 19: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, welche Genehmigungsvorbehalte unmittelbar in die ärztliche Behandlungspflicht gem. § 73 Abs. 2 SGB V überführt werden können, um sie einer Überprüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zugänglich zu machen.

Teilweise erbringen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte mit einer speziellen Genehmigung die entsprechende Leistung nicht, ggf. unter Verweis auf eine unzureichende Vergütung, wie z.B. Paukenröhrchen-Operationen. Vor diesem Hintergrund hat der Bundesrat bereits im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG, BR-Drs. 234/1/24 vom 24.06.2024, S. 9) empfohlen, die maßgebliche Regelung des § 73 Abs. 2 Satz 1 SGB V dahingehend zu ändern, dass genehmigungspflichtige Leistungen unmittelbar Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung werden.

Mit dieser Änderung würde eine Basis dafür geschaffen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf rechtlich sicherer Grundlage Vertragsärztinnen und Vertragsärzte dazu anhalten können, dass derzeit noch genehmigungspflichtige Leistungen auch tatsächlich im Rahmen des Versorgungsauftrags flächendeckend erbracht werden.

4.2.3 Überprüfung von Qualitätssicherungsvereinbarungen und Genehmigungsvorbehalten

Empfehlung Nr. 20: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu prüfen, ob bzw. welche Genehmigungsvorbehalte vereinfacht oder gestrichen werden können. Zudem sollte geprüft werden, inwieweit die parallelen Zuständigkeiten der Selbstverwaltungspartner sowie des G-BA ggf. zusammengeführt werden können.

Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren (genehmigungspflichtige Leistung, vgl. § 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V).[11] Parallel zu den Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner legt der Gemeinsame Bundesausschusses (G-BA) zudem in Richtlinien Empfehlungen (§ 135 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V) zu Anforderungen an die notwendige Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte, die apparativen Anforderungen, etc. fest.[12] So darf beispielsweise die Leistung „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs“ nur von im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten erbracht werden, welche eine entsprechende Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung vorweisen (§ 31 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie/KFE-RL).

Die Praxis zeigt, dass manche Vertragsärztinnen bzw. -ärzte Leistungen gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten mit dem Hinweis nicht erbringen, dass sie keine entsprechende Genehmigung für die konkrete Leistung haben. Vertragsarztrechtlich ist dies zulässig, da Vertragsärztinnen und -ärzte nicht gezwungen werden können, solche Genehmigungen zu erwerben. Dies hat aber zur Folge, dass genehmigungspflichtige Leistungen in manchen Regionen nur noch von wenigen Vertragsärztinnen bzw. -ärzten erbracht werden.

Daher sollten der Bundesgesetzgeber sowie die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene prüfen, ob einzelne der derzeit bestehenden Genehmigungserfordernisse im Wege einer Entbürokratisierung vereinfacht oder gestrichen werden kön-

[11] Vgl. hier https://www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/qualitaetssicherungs-vereinbarungen.
[12] Vgl. *Hollo*, in Becker/Kingreen, SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, 9. Auflage 2024, § 135 Rn.35.

nen und etwaig erforderliche Sonderkenntnisse alternativ systematisch in die ärztliche Fortbildungsverpflichtung nach § 95d Abs. 1 SGB V und deren vorgesehenen Sanktionsmechanismen integriert werden können.

4.2.4 Ermöglichung lokal begrenzter Niederlassungen

Empfehlung Nr. 21: Die LAG Sicherstellung empfiehlt, die maßgebliche Regelung des § 103 SGB V dahingehend zu ergänzen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Falle der ganz oder teilweisen Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für einen Planungsbereich aus Gründen einer ausgewogenen Versorgungsstruktur Gebiete benennen können mit dem Zweck, gezielt in diesen Gebieten Niederlassungsmöglichkeiten zu schaffen.

Nachdem sich Ärztinnen und Ärzte innerhalb eines Planungsbereichs frei niederlassen können, kann es – insbesondere in räumlich größeren Planungsbereichen – zu einer unausgewogenen Verteilung der Vertragsarztsitze kommen, welche dem Ziel einer möglichst wohnortnahen Versorgung entgegenstehen.

Daher ist es sachgerecht, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen nach den ihnen obliegenden Evaluationen die Möglichkeit besitzen, lokale Gebiete zu benennen, die bei der unabhängigen Auswahlentscheidung des Zulassungsausschusses als zu berücksichtigendes Kriterium gelten (vgl. Empfehlung des Bundesrats im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune, Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG, BR-Drs. 234/1/24 vom 24.06.2024). Der prioritäre Versorgungsaspekt hinter dem Sicherstellungsauftrag gebietet es, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen effektive Möglichkeiten zur Beeinflussung der gebietsbezogenen Leistungserbringung zur Verfügung stehen. Mit der Regelung werden aus Bedarfsplanungssicht zu kleinteilige Planungsbereiche verhindert, was ebenfalls einer effektiven Steuerung der Verteilung der Leistungserbringer entgegenstehen würde.

4.2.5 Möglichkeit der Schaffung von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten auf Initiative der Kassenärztlichen Vereinigung

Empfehlung Nr. 22: Die LAG Sicherstellung empfiehlt zu überprüfen, ob das SGB V bzw. die Bedarfsplanungs-Richtlinie dahingehend geändert wird, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen proaktiv ein Antragsrecht für lokale oder qualifikationsbezogene Niederlassungsmöglichkeiten in den Landesausschüssen erhalten dürfen.

Auch in überversorgten Planungsbereichen können Versorgungsdefizite auftreten, welche vor allem über das Instrument der (quantitativen oder qualitativen) Sonderbedarfszulassung gemildert werden können. Bisher ist den Kassenärztlichen Vereinigungen insofern eine rein passive Rolle zugewiesen, als sie die Initiativen von Interessenten, die einen Antrag stellen, und die Entscheidung der Zulassungsausschüsse abwarten müssen. Die für die Sozialversicherung zuständigen Landesbehörden haben darüber hinaus unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 103 Abs. 2 S. 2 ff. SGB V die Möglichkeit, auf Antrag beim Landesausschuss in überversorgten Planungsgebieten ländliche oder strukturschwache Teilgebiete zu bestimmen, welche von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommen werden.

Ein mit dieser Rechtsgrundlage vergleichbares proaktives Antragsrecht für die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Schaffung von zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten in den Landesausschüssen kann eine wirkungsvolle Möglichkeit darstellen, durch welches die Kassenärztlichen Vereinigungen verstärkt zu Versorgungsgestalterinnen werden und ihre Sicherstellungsaufgabe gezielter wahrnehmen können.

Dabei sollte sich das Antragsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung insbesondere auch auf bestimmte ärztliche Leistungen erstrecken und damit analog den Prüfpunkten des qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs (§ 101 Abs. 1 Nr. 3 SGB V). So könnten die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen, dass bestimmte Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung flächendeckend bedarfsgerecht vorgehalten werden. Ein sachgerechter Ausgleich der Interessen der Ärzteschaft einerseits sowie der Krankenkassen- bzw. Kostenträgerseite andererseits wird

dadurch ermöglicht, dass in den Landesausschüssen beide Seiten stimmberechtigt sind. Die Länder können ihren Einfluss über das Mitberatungsrecht im Landesausschuss nach § 90 Abs. 4 SGB V geltend machen.