



## Schriftliche Anfrage

des Abgeordneten **Klaus Adelt SPD**  
vom 16.03.2016

### Kinderärztliche Versorgung in Oberfranken

Ich frage die Staatsregierung:

- 1.1 Wie viele Kinderärzte gab es vor 10 Jahren in Oberfranken (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?
- 1.2 Wie viele Kinderärzte gibt es gegenwärtig in Oberfranken (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?
- 2.1 In welchen Kommunen sind in den letzten zehn Jahren Kinderarztsitze weggefallen (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?
- 2.2 In welchen Kommunen sind in den letzten zehn Jahren neue Kinderarztsitze entstanden (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?
- 3.1 Warum werden die Planungsregionen bei der Bedarfsplanung der kinderärztlichen Versorgung nicht kleinteiliger strukturiert, indem etwa kreisfreie Städte und Landkreise getrennt voneinander betrachtet werden?
- 3.2 Gesetzt den Fall, man würde die Landkreise Bamberg, Bayreuth, Coburg und Hof, sowie die kreisfreien Städte Hof, Bamberg, Bayreuth und Coburg als eigene Planungsregionen definieren, welchen Versorgungsgrad würden diese „Planungsregionen“ dann aufweisen?

## Antwort

des **Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege**  
vom 20.04.2016

### 1.1 Wie viele Kinderärzte gab es vor 10 Jahren in Oberfranken (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung obliegt nicht der Staatsregierung, sondern wurde vom Bundesgesetzgeber auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen. Wie die zuständige Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) auf Nachfrage mitteilt, ist aus technischen Gründen eine Auswertung rückwirkend nur bis zum Stand 01.07.2008 möglich.

Planungsbereich	Summe nach Anrechnungsfaktor	Summe nach Köpfen
Stadt Bamberg	11,0	14
Stadt Bayreuth	8,0	10
Stadt Coburg	6,0	11
Stadt Hof	6,0	7
Lkr. Bamberg	6,0	8
Lkr. Bayreuth	2,0	2
Lkr. Coburg	2,0	2
Lkr. Forchheim	7,0	7
Lkr. Hof	4,0	4
Lkr. Kronach	3,0	3
Lkr. Kulmbach	4,0	4
Lkr. Lichtenfels	3,0	3
Lkr. Wunsiedel im Fichtelgebirge	5,0	5

Stand 01.07.2008

### 1.2 Wie viele Kinderärzte gibt es gegenwärtig in Oberfranken (bitte aufgegliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?

Bei der Beurteilung der gegenwärtigen kinderärztlichen Versorgung ist zu beachten, dass mit Wirkung zum 01.01.2013 auf der Grundlage des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes eine Reform der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung erfolgt ist. Mit dieser Reform wurden die Arztgruppen in vier Versorgungsebenen eingeteilt und unterschiedlich großen Planungsbereichen zugeordnet. Anstelle der früher maßgeblichen Stadt- und Landkreise bzw. Kreisregionen gelten nunmehr für die vier verschiedenen Versorgungsebenen folgende räumliche Bezugsgrößen:

- hausärztliche Versorgung: Mittelbereich
- allgemeine fachärztliche Versorgung: kreisfreie Stadt, Landkreis, Kreisregion
- spezialisierte fachärztliche Versorgung: Raumordnungsregion
- gesonderte fachärztliche Versorgung: KVB-Bezirk

Die Fachrichtung Kinder- und Jugendärzte ist dem Bereich der **allgemein-fachärztlichen Versorgung** zugeordnet. Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis bzw. die Kreisregion.

Planungsbereich	Summe nach Anrechnungsfaktor	Summe nach Köpfen
<b>Kreisregion Bamberg</b>	18,0	25
davon in der Stadt Bamberg	11,0	16
davon im Lkr. Bamberg	7,0	9
<b>Kreisregion Bayreuth</b>	11,5	15
davon in der Stadt Bayreuth	10,5	14
davon im Lkr. Bayreuth	1,0	1
<b>Kreisregion Coburg</b>	7,5	12
davon in der Stadt Coburg	5,5	10
davon im Lkr. Coburg	2,0	2
<b>Kreisregion Hof</b>	10,0	13
davon in der Stadt Hof	5,25	8
davon im Lkr. Hof	4,75	5
<b>LK Forchheim</b>	7,0	8
<b>LK Kronach</b>	2,0	2
<b>LK Kulmbach</b>	4,5	5
<b>LK Lichtenfels</b>	3,5	6
<b>LK Wunsiedel i. Fichtelgebirge</b>	5,0	5

Stand: Sitzung Landesausschuss 02.02.2016

### 2.1 In welchen Kommunen sind in den letzten zehn Jahren Kinderarztsitze weggefallen (bitte aufgliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?

In folgenden Ortschaften sind Kinderarztsitze entfallen:

Ort	Planungsbereich	Summe nach Anrechnungsfaktor
Pegnitz	Kreisregion Bayreuth	-1,0
Coburg	Kreisregion Coburg	-0,5
Hof	Kreisregion Hof	-0,75
Forchheim	LK Forchheim	-1,0
Steinbach am Wald	LK Kronach	-1,0

### 2.2 In welchen Kommunen sind in den letzten zehn Jahren neue Kinderarztsitze entstanden (bitte aufgliedert nach Landkreisen und kreisfreien Städten)?

In folgenden Ortschaften sind neue Kinderarztsitze entstanden:

Ort	Planungsbereich	Summe nach Anrechnungsfaktor
Hirschaid	Kreisregion Bamberg	1,0
Bayreuth	Kreisregion Bayreuth	2,5
Naila	LK Hof	0,75
Effeltrich	LK Forchheim	1,0
Neudrossenfeld	LK Kulmbach	0,5
Lichtenfels	LK Lichtenfels	0,5

### 3.1 Warum werden die Planungsregionen bei der Bedarfsplanung der kinderärztlichen Versorgung nicht kleinteiliger strukturiert, in dem etwa kreisfreie Städte und Landkreise getrennt voneinander betrachtet werden?

Rechtsgrundlage für die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die auf Bundesebene durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen wird (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 des Fünften Sozialgesetzbuches – SGB V) und grundsätzlich bundesweit einheitlich anzuwenden ist. Aus den tragenden Gründen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie geht hervor, dass Kinderärzte nach § 101 Abs. 5 Satz 1 SGB V als eigenständige Gruppe im Sinne der Bedarfsplanung verstanden werden. Sie sind der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet. Maßgeblich für diese Entscheidung war nach den tragenden Gründen:

- Bundesweit ist von einem Rückgang der Geburtenrate und damit auch der Zahl der zu versorgenden Kinder auszugehen. Eine sehr kleinräumige Planung könnte hier dazu führen, dass Planungsbereiche eine zu geringe Zahl an Kindern aufweisen, die für den Betrieb einer Kinderarztpraxis versorgungspolitisch nicht sinnvoll ist. Auf Ebene der Kreise ist demgegenüber mit einer hinreichend stabilen Zahl an Kindern zu rechnen, die eine langfristig stabile Versorgungsstruktur ermöglicht.
- Die Typisierung der Kreise erfolgt auf Basis von deren Funktion für das Umland. Auch die Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs ist an diesen Funktionen ausgerichtet. Somit ist sichergestellt, dass junge Patienten im Rahmen der neuen Kreistypisierung ihren Kinderarzt mit vertretbarem Aufwand erreichen können.
- Die bisherige Niederlassungsstruktur der Kinderärzte ist an der Versorgung des Umlands aus zentralen Orten heraus orientiert. Die neue Kreistypisierung folgt diesem Verteilungsmuster und bildet somit die bisherige Versorgungsfunktion der Kinderärzte adäquat ab.
- Im Fachgebiet der Kinderärzte ist aktuell eine zunehmende Spezialisierung in Schwerpunkte und Teilgebiete zu beobachten. In Erwartung einer Fortsetzung und Verstärkung dieses Trends wird davon ausgegangen, dass die kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten einer Region heraus erfolgen sollte, um dort die unterschiedlichen Spezialisierungen vorhalten zu können.
- Bei den Arztgruppen dieser Versorgungsebene ist festzustellen, dass Mitversorgungseffekte keine entsprechend kleinräumige Planungsraumzuordnung erfordern, wie dies bei den Hausärzten der Fall ist. Insofern wird der Kreis bzw. die Kreisregion weiterhin als angemessene Planungsbereichsgröße durch den G-BA angesehen. Um allerdings der Unterschiedlichkeit von Kreisen und kreisfreien Städten Rechnung zu tragen, wurde in Ablösung der bisherigen Differenzierung in neun Kreistypen ein Folgekonzept erarbeitet, das prinzipiell fünf Kreistypen unterscheidet. Die Differenzierung erfolgt nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 4. Großstädten wird demnach eine höhere Arztdichte zugewilligt als umliegenden Gebieten, die mit der Großstadt im unterschiedlichen Ausmaße verflochten sind (Typ 3 und 4). Typ 2 entspricht Kreisen bzw. kreisfreien Städten, die sowohl umliegende Gebiete mitversorgen als auch selbst im Einzugsgebiet großer Städte liegen und von der dortigen medizinischen Versorgung profitieren. Klar abgegrenzt von den Kreistypen 1 bis 4 ist der sog. Kreistyp 5, der ländlichen Regionen entspricht, in denen abseits großer Städte aus sich heraus eine vergleichbar gute Versorgung sichergestellt werden muss. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadtregion des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und

Raumforschung. Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen.

Neben den grundsätzlich bundesweit geltenden Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie haben die Länder – und dabei allen voran Bayern – 2011 im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes durchgesetzt, dass die regionalen Planungspartner (KVB und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) abweichende Planungsvorgaben aufstellen können, soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Von dieser regionalen Abweichungsbefugnis haben die Planungspartner in Bayern im Bereich der hausärztlichen Versorgung bereits vielfältig Gebrauch gemacht. Dies wäre grundsätzlich auch im Bereich der fachärztlichen Versorgung rechtlich möglich. Die Entscheidung hierüber obliegt aber ausschließlich den Planungspartnern in eigener Zuständigkeit, da es sich insoweit um eine Selbstverwaltungsangelegenheit handelt. Im Rahmen der Beteiligung an den Anhörungsverfahren bei der Aufstellung und Fortschreibung des Bedarfsplanes nach § 99 Abs. 1 Satz 4 SGB V hat das Gesundheitsministeri-

um in seiner Funktion als oberste für die Sozialversicherung zuständige Landesbehörde bereits mehrfach unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten allgemein angeregt, wo sinnvoll und erforderlich, auch in der fachärztlichen Versorgung von der Möglichkeit zu regionalen Abweichungen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch zu machen.

**3.2 Gesetz den Fall, man würde die Landkreise Bamberg, Bayreuth, Coburg und Hof, sowie die kreisfreien Städte Hof, Bamberg, Bayreuth und Coburg als eigene Planungsregionen definieren, welchen Versorgungsgrad würden diese „Planungsregionen“ dann aufweisen?**

Wie unter Frage 3.1. ausgeführt, wird in der derzeitigen Systematik der Bedarfsplanung für die Versorgungsebene der allgemeinen fachärztlichen Versorgung von einer Mitversorgungsfunktion der zentralen Orte für das Umland ausgegangen. Eine separate Ausweisung von Versorgungsgraden für die kreisfreien Städte und die umgebenden Landkreise auf Basis des den Kreisregionen zugeordneten Kreistyps würde zu verzerrten, nicht repräsentativen Zahlenwerten führen, die die Intention des Richtliniengabers nicht widerspiegeln. Die so entstehenden Versorgungsgrade würden keine sinnvolle oder valide Interpretation der Versorgungssituation vor

Ort ermöglichen. Für die genannten kreisfreien Städte und Landkreise müsste daher jeweils die Berechnung eines eigenen Kreistyps durch den Richtliniengeber erfolgen.