

Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 07. September 1999 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte) in der Fassung vom 09. März 1993 (BAnz. Nr. 110a vom 18. Juni 1993), zuletzt geändert am 22. Februar 1999 (BAnz. Nr. 89 S. 7811 vom 15. Mai 1999), wie folgt zu ändern:

1. Der 1. Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) Nr. 1 erhält folgende Fassung:

„Die Richtlinien dienen der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.“

b) Nr. 2 wird wie folgt geändert:

aa) Buchstabe g erhält folgende Fassung:

„g) die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V).“

bb) Nach Buchstabe g wird folgender Buchstabe h angefügt:

„h) die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V).“

2. Der 2. Abschnitt wird wie folgt geändert:

- a) In Nr. 6 wird die Verweisung „§ 101 Satz 3 SGB V“ durch die Verweisung „§ 101 Abs. 1 Satz 3 i.V.m. Abs. 2 SGB V“ ersetzt.
- b) Es wird folgende Nr. 6 a angefügt:
 - „6 a. Die Nrn. 3 bis 6 gelten entsprechend für die Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung durch Vertragsärzte und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des § 101 Abs. 4 SGB V. Maßgeblich ist die Mustertabelle „Psychotherapeutische Versorgung“ in der Anlage 2 (2.4).“

3. Der 3. Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) Nr. 7 wird wie folgt geändert:

- aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Orthopäden“ das Wort „*Psychotherapeuten*“ eingefügt.
- bb) Nach Satz 1 werden folgende Sätze 2, 3 und 4 eingefügt:
 - „Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und die Psychologischen Psychotherapeuten sowie die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind; die Einzelheiten regelt Nr. 14 a Satz 1 dieser Richtlinien. Die Erteilung einer Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird.“

- cc) Die bisherigen Sätze 2 und 3 werden Sätze 5 und 6.
- dd) Der bisherige Satz 4 wird Satz 7 und nach dem Wort „bestimmt“ wie folgt ergänzt:
„(§ 101 Abs. 2 Nr. 2 SGB V)“.
- ee) Der bisherige Satz 5 wird Satz 8 und erhält folgende Fassung:

„Der Bundesausschuß prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung (§ 101 Abs. 2 Nr. 1 SGB V) in die Planung einbezogen werden.“

b) Nr. 8 wird wie folgt geändert:

- aa) In Buchstabe a) Satz 1 werden nach den Worten „die Verhältniszahlen werden“ die Worte „unbeschadet der besonderen Regelungen in Buchstabe c)“ eingefügt.
- bb) Buchstabe a) Satz 2 [Anästhesisten] wird Buchstabe b).
- cc) Folgender Buchstabe c) wird eingefügt:

„c) Bei der Gruppe der Psychotherapeuten wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

- (1) Es werden die am 1.1.1999 zugelassenen Vertragsärzte erfaßt, welche nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig waren. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte werden mit dem Faktor 1 gezählt; überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte werden

unabhängig von ihrem tatsächlichen Leistungsanteil psychotherapeutischer Leistungen mit dem Faktor 0,7 gezählt. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, und Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v.H., jedoch nicht mehr als 90 v.H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. Als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne zählen die Leistungen der Kapitel G IV und V des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) sowie die Leistungsnummern 855 bis 858 in Kapitel G III des EBM mit Stand vom 12.4.1999. Der Leistungsanteil der psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1.1.1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.

- (2) Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Abs. 10 SGB V spätestens am 31.08.1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und

Jugendlichenpsychotherapeuten erfaßt. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

(3) Bei der Feststellung der Verhältniszahl werden die Einwohnerzahlen des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31.12.1997 zugrunde gelegt.

(4) Nr. 8 Buchstabe d) findet keine Anwendung.“

dd) Der bisherige Buchstabe b) [Besondere Regelungen für das Beitrittsgebiet] wird *Buchstabe d)*.

ee) Im fiktiven Rechenbeispiel zu Nr. 8 d ändert sich die erste Zeile (Kopfzeile) von „*) Fiktives Rechenbeispiel nach Nr. 8 Buchstabe b“ in „*) Fiktives Rechenbeispiel nach Nr. 8 Buchstabe d“.

ff) In Nr. 12 wird der Hinweis „siehe Tabelle Seite 10“ durch den Text „*siehe nachfolgende Tabelle Einwohner/ -Arztrelation*“ ersetzt.

4. Der 4. Abschnitt wird wie folgt geändert:

a) In Nr. 13 werden im Buchstabe a) nach der Verweisung „Nr. 14“ die Worte „*und Nr. 14 a*“ eingefügt.

b) Nach Nr. 14 wird folgende Nr. 14 a eingefügt:

„14 a. Zur Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für die Gruppe der Psychotherapeuten sind folgende zum Zeitpunkt der Feststellung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende psychotherapeutischen Leistungserbringer zu zählen:

- (1) Zugelassene Fachärzte für psychotherapeutische Medizin,
- (2) Gemäß § 95 Abs. 13 SGB V als ausschließlich psychotherapeutisch tätig zugelassene Vertragsärzte; dasselbe gilt für ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, welche gemäß Nr. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte im Wege des Sonderbedarfs zugelassen sind,
- (3) Vertragsärzte, welche entsprechend dem Umfang ihres psychotherapeutischen Leistungsanteils am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit nach den nachstehenden Vorschriften in Nr. 14 b als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten,
- (4) Vertragsärzte, die vom Zulassungsausschuß gemäß § 95 Abs. 13 SGB V auf der Grundlage einer gleichzeitigen Zulassung für ihr Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte zugelassen sind,
- (5) Vertragsärzte, die entsprechend ihrem psychotherapeutischen Leistungsanteil am Gesamtumfang ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gemäß den nachfolgenden Vorschriften in Nr. 14 b gelten,
- (6) Zugelassene Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- (7) Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, welche gemäß § 95 Abs. 11 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt sind.

Für die erstmalige Bestimmung der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte nach Satz 1 Nr. (3), (4) und (5) gilt Nr. 8 Buchst. c) Nr. (1) dieser Richtlinien entsprechend; für die künftigen Feststellungen des Versorgungsgrades wird jeweils auf den 31.12. des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim örtlichen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet.“

c) Es wird folgende Nr. 14 b eingefügt:

„14 b. Bei nach dem 01. Januar 1999 im Sinne der Nr. 14 a (3), (4) und (5) zugelassenen Vertragsärzten, welche nicht als Fachärzte für psychotherapeutische Medizin zugelassen sind oder nicht als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen sind, wird der Status des ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsarztes (Anrechnungsfaktor 1,0 oder 0,7) auf der Grundlage der Feststellungen der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen des Landesausschusses für die erstmalige Feststellung nach Maßgabe der Nr. 14 a Satz 2 dieser Richtlinien festgelegt. Der Status wird jährlich erneut zum Stichtag des 31.12., insoweit erstmals zum 31.12.2000, überprüft, wobei auf den Durchschnitt anhand der arztbezogenen Abrechnungsdaten der jeweils letzten vier verfügbaren Quartale (erstes bis drittes Quartal im Stichtags-

Jahr und das vierte Quartal des Vorjahres zum Stichtags-Jahr) abgestellt wird. Stehen für die Beurteilung des Status eines Vertragsarztes vier Quartale nicht zur Verfügung, ist der Leistungsumfang für die Berechnung des Anrechnungsfaktors anhand der vorhandenen Abrechnungsquartale zu berechnen bzw. zu ermitteln.“

d) Nr. 18 erhält folgende Fassung:

„18. Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfaßt und in der Gruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet.“

e) In Nr. 22 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt:

„Die Mitteilung erstreckt sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß Nr. 14 b jeweils zum 31.12. des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.“

f) Nach Nr. 22 werden folgende *Nrn. 22 a, 22 b und 22 c* eingefügt:

„22 a. Über den regionalen Versorgungsgrad in der Gruppe der „Psychotherapeuten“ hat der Landesausschuß erstmalig spätestens zum 31.10.1999 Feststellungen zu treffen. Zu diesem Zweck teilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die dafür notwendigen Angaben in Entsprechung zu Nr. 22 spätestens zum 15.09.1999 mit.

22 b. Bei der Feststellung nach der Nr. 22 a hat der Landesausschuß für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Abs. 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:

- (1) Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und in Psychotherapeuten-Zahlen auszudrücken;
- (2) Anhand der Psychotherapeuten-Zahl nach (1) ist ein 40%iger Anteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen;
- (3) Anhand der Psychotherapeuten-Zahl nach (1) ist ein 40%iger Anteil für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Zahlen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten festzustellen.
- (4) Bei der Beurteilung von Überversorgung sind die Versorgungsanteile nach (2) und (3) mit den zahlenmäßig voll in Betracht kommenden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde zu legen, auch soweit der Versorgungsanteil durch eine entsprechende Zahl der Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft ist (§ 101 Abs. 4 Sätze 5 und 6 SGB V).
- (5) Stellt der Landesausschuß Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Abs. 4 SGB V - ausgedrückt in Psychotherapeuten-Zahlen - in jedem Versorgungsanteil Ärzte bzw. Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.

- (6) Die Feststellungen nach (2) bis (5) sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Nr. 22 zu treffen. Die letztmalige Feststellung ist spätestens am 30.11.2007 mit Wirkung für das Jahr 2008 zu treffen. *)

***) Rechenbeispiel zu Nr. 22 b (6):**

Annahme:

Einwohner im Planungsbereich: 210.000 Personen

Allgemeine Psychotherapeuten-Verhältniszahl,

Raumtyp 2: 1 : 4.773.

100 % Soll-Versorgungsgrad: 44 Psychotherapeuten

($210.000 : 4.773 = 43,997 \sim 44$),

Grenze zur Überversorgung: 49 Psychotherapeuten.

($210.000 : 4.773 \times \text{Faktor } 1,1 = 48,397 \sim 49$)

In diesem Planungsbereich sind tatsächlich 15 Ärztliche

Psychotherapeuten sowie 32 Psychologische Psychotherapeuten, also

insgesamt 47 Psychotherapeuten tätig, womit dieser Planungsbereich für weitere Zulassungen offen wäre.

Nach der 40%-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil für jede der beiden Berufsgruppen bei 18 Personen.

($210.000 : 4.773 \times \text{Faktor } 0,4 = 17,598 \sim 18$).

Somit liegt die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten

einschließlich Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 32

Personen über dem 40% Anteil, die der Ärztlichen Psychotherapeuten

hingegen mit 15 um 3 Personen darunter.

Gemäß § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V sind die Versorgungsanteile von 40 v.H. der allgemeinen Psychotherapeuten-Verhältniszahl bei der Feststellung der Überversorgung mitzurechnen.

Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:

Die Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten wird mit 32

Personen und die der Ärztlichen Psychotherapeuten mit ihrem 40%

Anteil, also mit fiktiven 18 Personen und nicht etwa mit den tatsächlich

tätigen 15 Personen, berechnet, was in der Summe 50 Personen ergibt,

mit der Konsequenz einer grundsätzlichen Psychotherapeuten-

Zulassungssperre für diesen Planungsbereich.

Nach der gesetzlichen Regelung dürfen aber in diesem Beispielfalle so

lange Ärztliche Psychotherapeuten trotz der Zulassungsbeschränkung

zugelassen werden, bis deren Zahl 18 Personen erreicht, also noch 3

Ärzte.

- 22 c. Ordnet der Landesausschuß Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuß nach Maßgabe der vom Landesausschuß für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Nr. 22 b (5) festgestellten nicht ausgeschöpften Psychotherapeuten-Zahlen Zulassungen erteilen. Der Zulassungsausschuß entscheidet in der Reihenfolge des Eingangs der Anträge

auf Zulassung. Im Falle von Zulassungsbeschränkungen geht der Antrag auf Zulassung als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt im Hinblick auf die Ausschöpfung des Versorgungsanteils der Ärzte einem Antrag auf Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt vor, wenn so viele Anträge von Ärzten vorliegen, daß der Versorgungsanteil ausgeschöpft wird.“

g) Vor Nr. 23 a wird folgende Überschrift eingefügt:

„4 a. Abschnitt

Zulassung zur gemeinschaftlichen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen“

h) Nach Nr. 23 g wird folgende Nr. 23 h eingefügt:

„23 h. Die Bestimmungen der Nummern 23 a bis 23 g dieser Richtlinien gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:

- (1) Gemeinsame Berufsausübung im Sinne der Nr. 23 a ist nur unter zugelassenen und zulassungsfähigen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits zulässig.
- (2) Arztgruppe im Sinne der Nr. 23 b ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen nach den maßgeblichen

5. Der 5. Abschnitt wird wie folgt geändert:

In Nr. 24 wird der Buchstabe e) [psychotherapeutisch tätige Ärzte] gestrichen und in Nr. 24 im vorletzten Satz die Verweisung „Buchstaben a) bis e)“ durch die Verweisung „Buchstaben a) bis d)“ ersetzt.

6. Der 8. Abschnitt wird wie folgt geändert:

Nach Nr. 38 a wird folgende *Nr. 38 b* eingefügt:

„38 b. Die Bestimmungen der Nrn. 38 und 38 a erstrecken sich auch auf die approbierten Psychotherapeuten, wenn sie nach der Feststellung des zuständigen Landesausschusses über den Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung zulässigerweise in Einrichtungen nach § 311 SGB V beschäftigt werden.“

- 7. Die Anlagen zu den Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte werden wie folgt geändert bzw. ergänzt und erhalten die aus den beigefügten Anlagen ersichtlichen Fassungen:**
- a) In den Tabellen der Anlage 1 (Tabellen 1.0 bis 7) wird die Zeilenbezeichnung „Psychotherapeutisch tätige Ärzte“ durch den Begriff „Ärztliche Psychotherapeuten“ ersetzt.
 - b) Die Anlage 1.1 „An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten“ wird neu eingeführt.
 - c) Die Anlage 2.2 „Planungsblatt für die fachärztliche Versorgung“ wird um die Zeile „Psychotherapeuten“ ergänzt.
 - d) Die Anlage 2.3 „Darstellung der in den Planungsbereichen tätigen Psychotherapeuten“ wird neu eingeführt.
 - e) Die Anlage 2.4 „Planungsblatt zur Feststellung des Psychotherapeuten-Versorgungsgrades“ wird neu eingeführt.
 - f) Die Anlagen 4.1, 4.2 und 4.3 „Planungsblätter zur Feststellung / Berechnung des Versorgungsgrades“ werden um die Zeile „Psychotherapeuten“ ergänzt.

Die Änderung der Richtlinien tritt am Tage nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Köln, den 21. September 1999

Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Jung

P. S.

Die BMG-Genehmigung erfolgte am 19. Oktober 1999.
In Kraft getreten am 27. Oktober 1999.