

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2

Vom 18. April 2013

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Würdigung der Stellungnahmen	2
4. Bürokratiekostenermittlung	2
5. Verfahrensablauf	3
6. Dokumentation des Stellungsverfahren	4

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und 101 SGB V dem G-BA die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Zur Darstellung der Zuordnung der Gemeinden zu den Mittelbereichen in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) enthält Anlage 3.1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) einen Internetlink, welcher den Zugriff auf eine Referenzdatei auf der Homepage des G-BA ermöglicht. Bei der Neufassung der BPL-RL wurde diese Form der Darstellung gewählt, um den Umfang des Richtlinien texts angesichts der erforderlichen Zuordnung von ca. 12.000 Gemeinden zu begrenzen.

Da die Abgrenzung des BBSR der Gemeinden zu den Mittelbereichen zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung auf dem Gebietsstand 31.12.2009 basierte, konnte keine jüngere Abgrenzung zugrunde gelegt werden.

Zwischenzeitlich hat das BBSR eine Abgrenzung mit dem Stand 31.12.2010 veröffentlicht, auf deren Basis die Referenzdatei angepasst wurde, um eine aktuellere Grundlage für die Ermittlungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung und Unterversorgung zur Verfügung zu stellen.

Das ursprünglich in der Anlage 4.2 enthaltene Rechenbeispiel für die Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 BPL-RL enthielt offensichtliche Berechnungsfehler, welche redaktionell korrigiert wurden.

3. Würdigung der Stellungnahmen

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 20. März 2013 keine Änderungshinweise zum Beschlussentwurf vorgebracht.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat in ihrer schriftlichen Stellungnahme vom 20. März 2013 Argumente vorgetragen, welche in keinem unmittelbaren Bezug zum Stellungnahmegegenstand stehen. Sie wendet sich nicht gegen eine Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2, sondern plädiert für eine Änderung des § 9 Abs. 2 BPL-RL mit dem Ziel, dass der Demografiefaktor auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten keine Anwendung findet.

Aufgrund der vorgetragenen Argumente zu den zur Stellungnahme gestellten Beschlussinhalten ergibt sich keine Notwendigkeit für Änderungen im Beschlussentwurf.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Änderungen wurden keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) begründet, geändert oder abgeschafft. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung nach 1. Kapitel § 5a VerfO i. V. m. § 91 Abs. 10 SGB V.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
18.01.2013	UA BPL	<i>Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe Neuregelungen</i>
18.02.2013	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i> Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
07.03.2013		Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach vorhergehender schriftlicher Abstimmung der Endfassung der Tragenden Gründe
22.03.2013	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen (von einer Anhörung wurde aufgrund eines entsprechenden Verzichts der Stellungnahmeberechtigten abgesehen)
22.03.2013	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
18.04.2013	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 18. April 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Berlin, 20.03.2013

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 07.03.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2 der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) vom 20.12.2012 aufgefordert.

Planungsbereich der hausärztlichen Versorgung ist der sogenannte Mittelbereich. Für die Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen wird auf die Abgrenzung des Bundesinstitutes für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zurückgegriffen. Die Änderung der Anlage 3.1 wurde notwendig, da das BBSR eine aktualisierte Abgrenzung mit Stand 31.12.2010 veröffentlicht hat.

Die Anlage 4.2 enthält Rechenbeispiele für die Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrades mithilfe des Demografiefaktors nach § 9 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Durch die Änderungen werden zum einen offensichtliche Fehler bei der Übertragung von Zahlen aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie in die Rechenbeispiele korrigiert, zum anderen werden Rundungsregeln aufgestellt. Bei der Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrades sind allerdings der ungerundete Demografiefaktor und die ungerundete korrigierte Verhältniszahl heranzuziehen. Nur zur besseren Lesbarkeit werden diese beiden Angaben in der Anlage 4.2 mit 5 Nachkommastellen ausgewiesen. Der Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor wiederum wird mathematisch auf eine Nachkommastelle gerundet.

Die Bundesärztekammer nimmt zur beabsichtigten Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hat keine Änderungshinweise.

Berlin, 20.03.2013



Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat Versorgung
und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderung der Anlagen 3.1 und 4.2

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 20.03.2013

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Demografiefaktor	4
1. Demografiefaktor verhindert leitliniengerechte Versorgung.....	4
2. Widerspruch zum Gesundheitsziel „Gesund älter werden“	5
3. Inanspruchnahme entspricht nicht Behandlungsbedarf	6
4. Demografiefaktor verschlechtert die Versorgung auf dem Land.....	8
III. Beschlussvorschlag.....	11

I. Einleitung

Um eine zeitnahe Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu ermöglichen, gibt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) diese Stellungnahme innerhalb der ihr gesetzten Frist von zwei Wochen ab, obwohl die der BPTK von der Verfahrensordnung eingeräumte Stellungnahmefrist vier Wochen beträgt (§ 10 Absatz 1 Satz 3 VerfO G-BA). Dies war ihr nur ausnahmsweise möglich, da sie mit der Thematik bereits vor kurzer Zeit befasst war und daher keine vertiefte Einarbeitung notwendig war. Es wird aber darum gebeten, sich zukünftig an den gesetzlichen Fristen zu orientieren.

Inhaltlich greift der Beschluss zu kurz, wenn er sich beim Demografiefaktor auf die Korrektur von „Rechenfehlern“ beschränkt. Der Demografiefaktor weist bei seiner Anwendung auf Psychotherapeuten gravierende Mängel auf und führt dort – insoweit konsequent – zu absurden Ergebnissen. Die Gruppe der Psychotherapeuten sollte daher von der Anwendung des Demografiefaktors ausgenommen und der Beschlussentwurf entsprechend ergänzt werden.

II. Demografiefaktor

In der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist die Nichtanwendung des Demografiefaktors auf die Gruppe der Psychotherapeuten anzuordnen. Denn der Demografiefaktor ist auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Nach § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V kann und darf die demografische Entwicklung nur zur „Sicherstellung der *bedarfsgerechten* Versorgung“ berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten besteht jedoch in der psychotherapeutischen Versorgung kein relevanter Unterschied im Behandlungsbedarf der Altersgruppen. Der Demografiefaktor würde aufgrund der ungerechtfertigten Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme – ohne Berücksichtigung der Zugangsbarrieren – perspektivisch zu einer erheblichen Verringerung des Angebots an ambulanter Psychotherapie führen. Hierdurch wird eine leitliniengerechte Versorgung verhindert – insbesondere in Regionen mit hohem Anteil älterer Menschen. Dort wird auch das Gesundheitsziel des besseren Zugangs älterer Menschen zur Psychotherapie konterkariert – ebenso wie die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auf dem Land.

1. Demografiefaktor verhindert leitliniengerechte Versorgung

Nach wissenschaftlichen Studien ist Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie bei Menschen aller Altersgruppen wirksam. Die Nationale VersorgungsLeitlinie Depression (S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Langfassung; www.awmf.org) beschreibt die Wirknachweise von Psychotherapie für ältere depressive Menschen auf Basis methodisch hochwertiger Studien. Psychotherapie wird dementsprechend unabhängig vom Alter der Patienten mit dem Empfehlungsgrad A zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Depressionen und mit dem Empfehlungsgrad A in Kombination mit medikamentöser Therapie für schwere Depressionen empfohlen.

Eine leitliniengerechte Behandlung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert somit den Zugang zur Psychotherapie für diese Personengruppe. Der Demografiefaktor wird das Angebot psychotherapeutischer Leistungen jedoch gerade dort weiter verknappen, wo ältere Menschen wohnen. Dies dient nicht der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung und ist damit nicht sachgerecht.

2. Widerspruch zum Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Die Trägerorganisationen des G-BA haben im Rahmen von gesundheitsziele.de ausdrücklich die Empfehlung ausgesprochen, den Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie zu verbessern. In der Begründung zu dieser Empfehlung heißt es:

„So wird beispielsweise die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei älteren Menschen gut dokumentiert ist. [...] Psychotherapien im Alter finden selten statt. Diese Behandlungsmöglichkeit sollte für ältere Menschen genauso selbstverständlich in Betracht gezogen werden wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten.“

Kassenärztliche Bundesvereinigung, GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft gehen richtigerweise davon aus, dass bei älteren Menschen unter Evidenzgesichtspunkten ein höherer Behandlungsbedarf anzunehmen ist, als sich im aktuellen Inanspruchnahmeverhalten dieser Altersgruppe manifestiert. Der Demografiefaktor wird jedoch in Anbetracht der alternden Bevölkerung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu immer ungünstigeren Verhältniszahlen führen. Damit verschlechtert er den Zugang zur Psychotherapie dort, wo besonders viele ältere Menschen wohnen. Ursache ist die fachlich nicht gerechtfertigte Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme bei der Berechnung des Leistungsbedarfsfaktors.

Die Verhältniszahlen sind seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz jedoch so anzupassen, dass sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden sollte, führt der Demografiefaktor dazu, dass sich für ältere Menschen vor allem in ländlichen Regionen der Zugang zur Psychotherapie noch weiter verschlechtern wird.

Dem Normgeber kommt grundsätzlich eine weite Einschätzungsprärogative zu. Allerdings bewegt sich der Normgeber nur dann rechtmäßig in dem ihm zustehenden Spielraum, wenn er sich im Rahmen der ihm zugebilligten Ermächtigung bewegt und die Regelung im Einklang mit den von ihm selbst getroffenen Annahmen und zugrunde gelegten Zielen steht. Dies ist hier nicht der Fall. Das Gesetz schreibt Ver-

hältniszahlen vor, die eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Die Trägerorganisationen des G-BA haben erkannt, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden muss und somit ein höherer Versorgungsbedarf besteht. Der Bundesgesundheitsminister unterstützt das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ausdrücklich (Gemeinsame Pressemitteilung von Bundesministerium für Gesundheit und gesundheitsziele.de vom 12. März 2012). Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) am 27. und 28. Juni 2012 hat einstimmig die verstärkte Umsetzung des formulierten Gesundheitsziels gefordert (Beschluss der 85. GMK zu TOP 9.2).

3. Inanspruchnahme entspricht nicht Behandlungsbedarf

Zur Berechnung des Demografiefaktors wird ein Leistungsbedarfsfaktor verwendet, der das Verhältnis der Leistungen, die an über 65-Jährigen erbracht wurden, zu den Leistungen an unter 65-Jährigen ins Verhältnis setzt. Der Demografiefaktor fußt auf zwei Annahmen. Zum einen geht er davon aus, dass die Leistungen, die derzeit für ältere Menschen erbracht und von ihnen in Anspruch genommen werden, dem Bedarf entsprechen. Zum anderen wird vorausgesetzt, dass sich mit steigendem Alter der Behandlungsbedarf so stark ändert, dass deshalb eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich wird. Bei der Mehrzahl der somatischen Krankheiten ist es plausibel, dass sich der Behandlungsbedarf im höheren Alter erheblich verändert. Die Prävalenzen der meisten somatischen Erkrankungen sind in der älteren Bevölkerung erheblich höher als bei jüngeren Bevölkerungsgruppen.

Die Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen zeigen jedoch, dass diese Annahme bei psychischen Erkrankungen nicht haltbar ist. Mehrere epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass psychische Erkrankungen im Alter etwa ebenso häufig auftreten wie im jüngeren Erwachsenenalter. Im Laufe eines Jahres ist etwa ein Viertel der über 65-Jährigen von einer psychischen Erkrankung betroffen (zusammenfassend Weyerer, 2011¹). Abrechnungsdaten einer Kassenärztlichen Vereinigung zeigen in der Altersgruppe von über 70-Jährigen sogar die im Vergleich zu anderen Altersgruppen höchste Prävalenz von Depressionen (Ultes-

¹ Weyerer, S. (2011). Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In C. Fuchs, B. M. Kurth & P. C. Scriba (Hrsg.), Report Versorgungsforschung, Bd. 3. Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Kaiser, 2010²). Gleichzeitig zeigen die Auswertungen von Abrechnungsdaten, dass Menschen über 65 in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert sind. Der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland („Altenbericht“; BT-Drs. 17/3815) führt dazu aus:

„Die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen wird deren Behandlungsbedarf nach wie vor nicht gerecht. Auf der Grundlage vorliegender Untersuchungen ist davon auszugehen, dass bei bis zu zehn Prozent der über 60-Jährigen die Indikation einer Psychotherapie gegeben ist, ein großer Anteil dieser Personen aber keine entsprechende Behandlung erhält. Die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab: Während die 60- bis 69-Jährigen mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patienten und Patientinnen in Deutschland bereits deutlich unterrepräsentiert sind, weist der Anteil der Gruppe der über 70-Jährigen mit etwa 1,3 Prozent ein deutliches Versorgungsdefizit aus.“

Diese Diskrepanz erklärt sich, so der Altenbericht, mit den Altersbildern der Zuweiser und Behandelnden. Die Ursache liegt aber auch bei den älteren Menschen selbst. Zum einen haben ältere Jahrgangskohorten aktuell noch größere Vorbehalte gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung. Zum anderen halten sowohl zuweisende Ärzte als auch teilweise Psychotherapeuten selbst Psychotherapie (fälschlicherweise) bei jungen Menschen für indizierter als bei älteren Menschen. Hinzu kommt der grundsätzlich erschwerte Zugang aufgrund der dramatischen Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen, in denen überproportional viele ältere Menschen leben. Im sechsten Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland wird vor diesem Hintergrund gefordert:

„Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen muss an gesundheitlichen Bedarfen und Notwendigkeiten ausgerichtet sein. Ungeprüfte Annahmen über das Alter dürfen nicht die Grundlage der Gesund-

² Ultes-Kaiser, S. (2010). Der Versorgungsatlas der KV Rheinland-Pfalz: Besser orientiert – besser versorgt? Vortrag auf der ZI-Fachtagung „Versorgungsforschung wird geo-grafisch: Bessere Versorgung durch regionale Vergleiche?“ am 10. Oktober 2011 in Berlin.

heitsversorgung sein. [...] Älteren Menschen muss genauso wie jüngeren Menschen Zugang zu den erforderlichen gesundheitsbezogenen Leistungen gewährt werden. Eine Rationierung solcher Leistungen aufgrund des Lebensalters ist abzulehnen.“

Der Demografiefaktor würde dazu führen, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in Regionen mit einem hohen Anteil älterer Menschen verschlechtert – und somit genau das Gegenteil bewirkt wird.

4. Demografiefaktor verschlechtert die Versorgung auf dem Land

Die Anwendung des Demografiefaktors steht mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen im Widerspruch zu dem Ziel, die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Die demografischen Daten zeigen, dass insbesondere die Bevölkerung auf dem Land altert. Schon 2020 werden gemäß der Prognose des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung 25 Prozent der Bevölkerung in ländlichen Regionen älter als 65 Jahre sein – gegenüber 21 Prozent in Großstädten. Bis zum Jahr 2030 wird diese Diskrepanz noch anwachsen (Großstädte: 25 Prozent, ländliche Regionen: 31 bis 32 Prozent). Die Anwendung des Demografiefaktors führt somit dazu, dass die Verhältniszahlen genau dort ungünstiger werden, wo vorher von Gesetzgeber und G-BA ein höherer Versorgungsbedarf erkannt worden ist. Die Anwendung des Demografiefaktors auf die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Demografiefaktor nicht etwa in einigen Jahren Wirkung entfaltet. Vielmehr ist der Demografiefaktor nach der Übergangsregelung des § 63 Absatz 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie unmittelbar anzuwenden, noch bevor die neuen Verhältniszahlen zum 1. Juni 2013 in Kraft treten. In ländlichen Regionen werden die neuen Verhältniszahlen unmittelbar verschlechtert, noch bevor die neuen Verhältniszahlen Anwendung finden.

Anders als bei allen anderen Arztgruppen (außer den Frauenärzten) führt der Demografiefaktor bei Psychotherapeuten zu ungünstigeren Verhältniszahlen, wenn der Anteil der über 65-Jährigen im jeweiligen Planungsbereich höher ist als im Bundesdurchschnitt 2010. Der Leistungsbedarfsfaktor gibt das Verhältnis der Leistungen, die

an über 65-Jährigen erbracht wurden, zum Anteil der Leistungen an unter 65-Jährigen wider. Dabei wird die Annahme getroffen, dass dies dem Bedarf entspricht – entgegen der Erkenntnis, dass dies bei Psychotherapie nicht der Fall ist (s. o.).

Der errechnete Leistungsbedarfsfaktor führt dazu, dass der Bedarf bei über 65-Jährigen um den Faktor 7,4 niedriger eingeschätzt wird als bei unter 65-Jährigen (Faktor 0,135). Ausgehend von den falschen Annahmen postuliert der Demografiefaktor einen fast siebeneinhalbmal niedrigeren Behandlungsbedarf in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Ein solcher „Unterschied“ im Behandlungsbedarf wird bei keiner anderen Arztgruppe erreicht, noch nicht einmal bei Arztgruppen, die im Schwerpunkt Menschen mit Erkrankungen behandeln, die im Alter erwiesenermaßen eine weitaus höhere Prävalenz aufweisen. Bei diesen Arztgruppen nimmt der Demografiefaktor zudem einen höheren Behandlungsbedarf an und er führt zu einer besseren Versorgungslage bei einer älteren Bevölkerung. Bei Psychotherapeuten verschlechtert der Demografiefaktor hingegen die Versorgung bei einer älteren Bevölkerung. Bei Augenärzten ist der Faktor mit 6,7 am höchsten, bei Urologen beträgt er 5,7, bei Internisten 4,1. Bei Hausärzten, die allgemein Krankheiten behandeln, liegt der Faktor bei 2,5, bei allen andern bei 2 oder darunter.

Es besteht keine Aussicht, dass der Demografiefaktor durch eine Veränderung bei der Inanspruchnahme durch psychisch kranke ältere Menschen in Zukunft den Leistungsbedarf korrekt abbilden kann. Denn genau dort, wo viele ältere Menschen wohnen und behandlungsbedürftig sind, wird das Angebot weiter verknappt und es besteht somit keine Möglichkeit, einen höheren Behandlungsanteil älterer Menschen zu erreichen.

Der Demografiefaktor ist grundsätzlich auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Daher ist in der Richtlinie zu regeln, dass er auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten keine Anwendung findet.

Der G-BA hatte bereits einen Demografiefaktor eingeführt und zu Recht mit Beschluss vom 19. Juli 2012 außer Kraft gesetzt und dies wie folgt begründet:

„Das allgemeine Ziel der Einführung des § 8a in die Bedarfsplanungs-Richtlinie, mit modifizierten Verhältniszahlen zu gerechteren Versorgungsgraden und damit flächendeckend zu einer Versorgung zu kommen, die die Alterung der Bevölkerung und insbesondere die veränderten Versorgungsbedürfnisse alter Menschen stärker als bisher berücksichtigt, wurde in der Praxis jedoch verfehlt.“

Die Verfehlung dieses Ziels liegt an der unzulässigen Gleichsetzung von Abrechnungsdaten mit wissenschaftlich begründetem Versorgungsbedarf. Wie aus den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19. Juli 2012 ersichtlich ist, hat insbesondere die Erkenntnis, dass der Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu absurden Ergebnissen führt, den G-BA dazu veranlasst, vom Beschlussentwurf Abstand zu nehmen und den Demografiefaktor vollständig außer Kraft zu setzen. Die Gründe, die zur Aufhebung des Demografiefaktors geführt haben, gelten fort. Daher sollte er jedenfalls nicht auf die Gruppe der Psychotherapeuten angewandt werden.

III. Beschlussvorschlag

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B 7) wie folgt zu ändern:

- I. In § 9 Absatz 2 werden nach dem Wort „Arztgruppen“ die Wörter „der Psychotherapeuten“ und ein Komma eingefügt.
- II. [wie I. des Beschlussentwurfs]
- III. [wie II. des Beschlussentwurfs]
- IV. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.“