

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbe- darf und Sonderbedarf

Vom 16. Mai 2013

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 § 26 Abs. 4 Nr. 3, 6. Spiegelstrich – Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	3
2.2 § 35 – Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)	3
2.3 Allgemeine Hinweise zum Sonderbedarf	8
2.4 § 36 Ausnahmsweise Besetzung von Vertragsarztsitzen in Fällen von Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V)	8
2.5 § 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände	12
3. Würdigung der Stellungnahmen	13
4. Bürokratiekostenermittlung	14
5. Verfahrensablauf	15
6. Dokumentation des Stellungsverfahren	16

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V dem Gemeinsamen Bundesausschuss (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. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983, Nr. 70) in Kraft getreten am 01.01.2012 (GKV-VStG) hat wesentliche Änderungen dieser Rechtsgrundlage gebracht, die durch den Beschluss zur Neuregelung der Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20.12.2012 adressiert wurden. In diesem Beschluss nicht enthalten waren neue Regelungen zum Sonderbedarf (§§ 36 und 37), die vom Gesetzgeber gefordert waren. Ebenso wurde am 20.12.2012 keine Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35) beschlossen, die auch gesetzlich nicht gefordert war. Angesichts der umfassenden Reform der Planungsgrundlagen ist es jedoch auch erforderlich, die Instrumente der Steuerung und Förderung gewünschter Versorgungsstrukturen zu reformieren, um hier eine Kongruenz der Planungsziele und -instrumente sicherzustellen. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden zudem die an die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes nach § 100 Abs. 3 SGB V geknüpften Möglichkeiten zur finanziellen Förderung durch den Gesetzgeber noch einmal ergänzt. So können die Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 105 Abs. 1a SGB V zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 und 3 SGB V getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für dessen finanzielle Ausstattung sie 0,1 v.H. der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung stellen. Der Betrag ist durch eine gleich hohe zusätzliche Zahlung der Krankenkassen zu ergänzen. Alternative Maßnahmen im Sinne des § 101 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind gleichermaßen zu erwägen. Zusätzlich wurde nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V die Möglichkeit geschaffen, insbesondere in Planungsbereichen für die Feststellungen nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V getroffen wurden, Zuschläge auf den Orientierungspunktwert nach § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern zu vereinbaren. Aus den möglichen Zuschlägen resultiert eine ausgabenwirksame Anhebung der von den Krankenkassen zu zahlenden Gesamtvergütung.

Vor diesem Hintergrund hatte sich der G-BA in seinem Beschluss vom 20.12.2012 eigenständig eine Frist bis zum 30. April 2013 gesetzt, Neuregelungen der §§ 35 – 37 zu fassen.

Mit den neuen Instrumenten soll eine gezielte Steuerung und Korrektur im Einzelfall innerhalb der allgemeinen Planungssystematik der Richtlinie ermöglicht werden.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat mit der Neufassung der §§ 35 – 37 das Ziel des Gesetzgebers, den Sonderbedarf zu objektivieren, umgesetzt. Weiterhin wurden die Instrumente der Steuerung und Förderung von gewünschten Versorgungsstrukturen an die Vorgaben der neuen Richtlinie angepasst.

Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte der Bedarfsplanungs-Richtlinie näher begründet.

2.1 § 26 Abs. 4 Nr. 3, 6. Spiegelstrich – Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

§ 26 regelt das Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (partielle Entsperrung). In diesem Zusammenhang werden dem Zulassungsausschuss in Abs. 4 Nr. 3 Kriterien vorgegeben, unter Berücksichtigung derer er unter mehreren Bewerbern nach pflichtgemäßem Ermessen entscheidet. Diese Entscheidung kann u.a. nach Versorgungsgesichtspunkten getroffen werden. Da die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes ein wichtiger Hinweis auf die regionale Versorgungssituation geben kann, wird auch dieser künftig als Beispiel aufgeführt.

2.2 § 35 – Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesauschuss (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3a SGB V)

Ziel des § 35 ist die ausnahmsweise Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs auf Grund des Bestehens von Versorgungslücken, obwohl rein rechnerisch der Planungsbereich ausreichend versorgt ist. Die Absicht des Gesetzgebers war es dabei, wie aus der Begründung zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz hervorgeht, mit dem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf das bestehende Instrumentarium zu ergänzen, um absehbare Versorgungsengpässe in ländlichen Gebieten, insbesondere der neuen Länder, beheben zu können. Gerade in – wegen ihrer Anknüpfung an Stadt- und Landkreise – sehr großen Planungsbereichen wurde die Gefahr gesehen, dass trotz rechnerisch ausreichender Versorgung, erhebliche Versorgungslücken existieren können. Problematisch erscheint dies vor allem bei Versorgungsangeboten, die wohnortnah zur Verfügung stehen sollten, in erster Linie also für die hausärztliche Versorgung. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die hausärztliche Versorgung mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01.01.2013 neu strukturiert wurde. Künftig erfolgt die Planung nicht mehr auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, sondern kleinteiliger auf der Ebene von Mittelbereichen. Es ist daher davon auszugehen, dass die Gefahr von Versorgungslücken aufgrund der Größe der Planungsbereiche in Zukunft seltener gegeben sein dürfte. Im Einzelfall kann es dennoch zu Fördertatbeständen kommen.

In den spezialisierten Bereichen der fachärztlichen Versorgung ist davon auszugehen, dass aufgrund der Größe der Einzugsgebiete ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nur in Ausnahmefällen in Frage kommt. Grundsätzlich sind die in der Richtlinie festgelegten Planungsbereiche sachgerecht und tragen den Versorgungsbeziehungen ausreichend Rechnung. Eine heterogene Verteilung von Ärzten innerhalb eines Planungsbereiches begründet allein keinen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für die Verteilung der unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkte innerhalb einer gemeinsamen bedarfsplanerischen Arztgruppe. Dennoch soll auch hier in den erforderlichen Einzelfällen die Möglichkeit bestehen, den zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf als Instrument zur Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

Absatz 1

Das Verfahren zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes wird grundsätzlich beibehalten. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereiches in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 bis 33 vorliegt. Die Prüfung auf das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes wird dabei wie bisher auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse angestoßen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass sich die vom Gesetzgeber vorgesehenen Möglichkeiten zur Abweichung von der Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht beliebig potenzieren dürfen. So bestehen zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Möglichkeiten zur Anpassung der Bedarfspläne nach § 9 (Demografiefaktor) und nach § 2 (begründete Abweichungsmöglichkeiten der Landesebene). Des Weiteren können zusätzliche lokale Versorgungsbedarfe nach § 35 und Sonderbedarfe nach §§ 36 und 37 festgestellt werden. Diese Regelungen setzen an unterschiedlichen Regelungskreisen an und richten sich an verschiedene Akteure, sodass hier ein Risiko einer mangelnden Abstimmung besteht. So könnten möglicherweise jeweils dieselben Kriterien mehrfach berücksichtigt werden und zu einer ungerechtfertigten Mehrfachdynamisierung führen. Beispielsweise könnte die Demografie im Sinne eines höheren Durchschnittsalters der Bevölkerung zu einer Anpassung der Bedarfspläne über den Demografiefaktor führen. Dasselbe Argument könnte bei der Erstellung des Bedarfsplanes dazu herangezogen werden, um Planungsbereiche kleiner zu schneiden und die Verhältniszahlen abzusenken. Der Landesausschuss wiederum könnte das höhere Durchschnittsalter als Kriterium verwenden, um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen festzustellen und - sofern der Planungsbereich gesperrt ist - könnte der Zulassungsausschuss auch einen Antrag auf Sonderbedarfszulassung unter dem Gesichtspunkt einer überdurchschnittlich alten Bevölkerung positiv bescheiden. Damit wäre dasselbe Kriterium insgesamt vierfach berücksichtigt, ohne dass die hieraus abgeleiteten Maßnahmen im Sinne einer Versorgungsverbesserung sinnvoll aufeinander abgestimmt sind.

Vor diesem Hintergrund wird vorgegeben, dass Anpassungen auf Grundlage der §§ 2 und 9 dieser Richtlinie bei Entscheidungen nach § 35 zu berücksichtigen sind. Die mehrfache Anwendung desselben Kriteriums ist zu vermeiden und bei Verwendung in jedem Fall besonders zu begründen.

Diese Begründung hat dabei ausdrücklich auch Ausführungen darüber zu enthalten, welche Maßnahmen bereits zur Verbesserung der Versorgung ergriffen wurden (z.B. Anwendung des Demografiefaktors nach § 9, Anpassung der Bedarfspläne nach § 2, Sicherstellungszuschläge nach § 105 SGB V, Sonderbedarfszulassungen nach § 36) und in wie fern diese zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen konnten. Dadurch soll eine Transparenz über die zur Verbesserung der Versorgung auf den unterschiedlichen Ebenen bereits ergriffenen Maßnahmen hergestellt werden.

Absatz 2

Der Landesausschuss hat zunächst nach Abs. 2 die Bezugsregion festzulegen, für die die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erfolgen soll. Hierbei kann der Landesausschuss als Bezugsregion je nach Versorgungsebene zum Beispiel Kreise, Mittelbereiche, Gemeindeverbände oder andere Bezugsregionen festlegen. Voraussetzung für die Bestimmung einer Bezugsregion ist weiterhin, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. Um eine sachgerechte Größe der Bezugsregion zu erreichen, soll dabei insbesondere die Verhältniszahl der betreffenden Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. Sie stellen für diese Fragestellung einen belastbaren Anhaltspunkt dar, welche Bevölkerung durch einzelne Arztgruppen versorgt wird. Zum Beispiel könnte für bestimmte Versorgungskonstellationen im Bereich der hausärztlichen Versorgung die versorgungsrelevante Bevölkerungszahl auch das Dreifache der betreffen-

den Verhältniszahl betragen. Die Bezugsregionen sollten angemessen groß sein. Bei der Bildung der Bezugsregionen sind deren Struktur (z.B. ländliche Streusiedlung), deren Verkehrsanbindung (z.B. Busanbindung zum Mittelzentrum) und deren Lage (z.B. im Einzugsbereich einer Großstadt) oder besonderen Versorgungsstrukturen (z.B. Praxisnetze gemäß § 87b SGB V) zu berücksichtigen. Damit soll sichergestellt werden, dass die Bezugsregion für die jeweilige Fragestellung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes eine ausreichende Relevanz besitzt. Die in der Richtlinie festgelegten Planungsbereiche sind grundsätzlich sachgerecht und tragen den Versorgungsbeziehungen ausreichend Rechnung. Eine heterogene Verteilung von Ärzten innerhalb eines Planungsbereiches allein begründet i.d.R. keinen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf. Dies gilt auch für die Verteilung der unterschiedlichen Fachgruppen oder Schwerpunkte innerhalb einer gemeinsamen bedarfsplanerischen Arztgruppe. Kleinere Regionen mit geringer Bevölkerungszahl können für die Prüfung auf lokalen Versorgungsbedarf dennoch in Betracht kommen, z.B. wenn dies aufgrund einer besonderen geografischen Lage oder aufgrund besonderer Versorgungskonstellationen sachgerecht erscheint. Der Versorgungsbeitrag, der in einer Region bereits tätigen Ärzte, ist ein wichtiger Indikator zur Beurteilung der regionalen Versorgungssituation und kann beispielsweise anhand der Fallzahlen und des Leistungsbedarfs überprüft werden. Beispielsweise können in schlecht versorgten Regionen, in denen wenige Ärzte die Versorgung sicherstellen, überdurchschnittliche Fallzahlen oder ein überdurchschnittlicher Leistungsbedarf Anhaltspunkt für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein.

Absatz 3

Nachdem im Absatz 2 die Bezugsregion abgegrenzt wurde, legt Absatz 3 fest, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf zu prüfen ist, soweit in der Bezugsregion die Kriterien für die Feststellung auf Unterversorgung erfüllt sind. Durch den direkten Verweis auf die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 (Hausärzte Versorgungsgrad < 75%, Fachärzte Versorgungsgrad < 50%) wird die Regelung nun klarer gefasst.

Wenn also in der Bezugsregion Unterversorgung festgestellt wird, ist in jedem Fall auf Basis der Kriterien des Absatzes 5 auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu prüfen.

Durch den Verweis auf die §§ 32 und 33 der Bedarfsplanungs-Richtlinie findet das dort geregelte Verfahren zur Beurteilung von Unterversorgung entsprechende Anwendung. Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden Anwendung.

Absatz 4

Bei dieser Regelung handelt es sich um eine Altregelung, die zur Anwendung kommt, wenn die Kriterien nach Absatz 3 nicht erfüllt sind. Damit soll sichergestellt werden, dass auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigungen oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse auch in Bezugsregionen, in denen keine Unterversorgung nach § 29 festgestellt wird, die Notwendigkeit eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geprüft werden kann.

Dies trifft insbesondere auf Konstellationen zu, in denen sich der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf z.B. nur auf eine bestimmte Leistung bezieht und nicht das komplette Spektrum einer Arztgruppe umfasst. Da für ausgewählte Behandlungsspektren einer Arztgruppe keine Verhältniszahl vorliegt, kann auch keine Prüfung der Kriterien auf Unterversorgung nach § 29 erfolgen. Der Absatz 4 lässt in solchen Fällen einen etwas längeren Zeitraum für die Prüfung zu, die innerhalb von drei Monaten zu erfolgen hat.

Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden auch hier Anwendung.

Absatz 5

Mit der Neufassung des Absatzes 5 werden die Kriterien, die zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs herangezogen werden, deutlich erweitert. Dadurch wird klargestellt, dass ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nicht nur wie bisher aufgrund der ärztseitigen Versorgungsstrukturen sowie der Altersstruktur der Wohnbevölkerung begründet werden kann. Stattdessen können auch andere Faktoren wie z.B. die Morbidität, soziodemografische Faktoren oder infrastrukturelle Besonderheiten Ursache für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf sein.

Bei der Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sind alle Kriterien nach Absatz 5 zu prüfen. Dabei kann es allerdings auch Ergebnis der Prüfung sein, dass bestimmte Kriterien für den jeweils zu prüfenden Einzelfall des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs keine Rolle spielen. Beispielsweise: Wenn die erhöhte Morbidität einer Bevölkerung innerhalb einer Bezugsregion Grundlage eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist, müssen nicht auch zwingend infrastrukturelle Besonderheiten vorliegen. Gleichwohl ist zu prüfen, ob diese für den jeweiligen zusätzlichen Versorgungsbedarf von Relevanz sind. Weitere Kriterien können hinzugezogen werden. Die Kriterien sind dabei flexibel gewählt, um den Landesausschüssen einen ausreichend großen Spielraum für die Festlegung von regional bedeutsamen Kriterien zu geben.

Die Kriterien im Absatz 5 orientieren sich an den Kriterien für die regionalen Abweichungsmöglichkeiten nach § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie. Sowohl für die Prüfung auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf, wie auch bei der Prüfung auf regionale Abweichungserfordernisse können dieselben Kriterien als Grundlage dienen. Allerdings sind, wie im Absatz 1 dargestellt, die bereits beschlossenen regionalen Abweichungen nach § 2 und die Anpassungen nach § 9 bei der Prüfung auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu berücksichtigen. Im Folgenden sollen jedoch einige Beispiele genannt werden, um darzustellen, wie die Kriterien ausgestaltet werden könnten:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf),
4. die Versorgungsstrukturen (bei Angehörigen der jeweiligen Arztgruppe deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur inklusive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge, ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser, ambulante Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt),
5. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geografische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten), sowie
6. infrastrukturelle Besonderheiten (u. a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berücksichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z. B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.).

Die Prüfung auf das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes anhand der genannten Kriterien kann vor dem Hintergrund von bestimmten Versorgungskonstellationen erfolgen, die für die Anwendung dieser Maßnahme besonders geeignet erscheinen. Diese sind im zweiten Teil des Absatzes 5 beispielhaft dargestellt. Dadurch wird das mögliche Anwendungsspektrum des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beschrieben. Die Aufzählung ist dabei nicht abschließend. Sie soll dem Landesausschuss lediglich als Orientierung und Unterstützung, sowie als Hilfestellung bei möglicherweise notwendigen Priorisierungen

von verschiedenen förderungswürdigen Sachverhalten dienen. So soll der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf vorrangig eingesetzt werden, um die Versorgungssituation in Planungsbereichen zu verbessern, die noch nicht von Überversorgung betroffen sind. Ziel kann die gezielte Niederlassungsförderung in Gebieten sein, die davon unter Versorgungsgesichtspunkten in besonderem Maße profitieren würden. In schlecht versorgten Regionen für die eine Unterversorgung nach Absatz 2 festgestellt wurde, kann die Versorgung ggf. bereits dadurch verbessert werden, dass ein bereits niedergelassener Vertragsarzt eine Zweigpraxis gründet und dadurch tageweise eine Versorgung gewährleistet. Daneben kann es sachgerecht sein, einzelne Leistungen zu fördern, die in einer Region nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen, z.B. Verbesserung der Hausbesuchstätigkeit. Da gerade in schlechter versorgten Regionen durch die vorhandenen Ärzte oftmals deutlich höhere Fallzahlen und Leistungsbedarfe erbracht werden, kann es im Einzelfall zur Förderung der Versorgung gerechtfertigt sein, finanzielle Anreize zu setzen.

Absatz 6

Der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ist ein Instrument, um in einer begrenzten Zahl von regionalen Einzelfällen gewünschte Versorgungsstrukturen zu fördern und/oder zu unterstützen. Sobald er als generelles Instrument in einer Vielzahl von Fällen zu Anwendung kommt, ist das mit ihm verbundene Ziel der Feinsteuerung nicht mehr zu erreichen.

Relative Attraktivitätssteigerungen von bedürftigen Regionen können keine Wirkung entfalten, wenn eine Vielzahl von Regionen dieselbe Attraktivitätssteigerung erfahren würden. Vor diesem Hintergrund wird in Absatz 6 der Umfang des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs klar begrenzt. Die Feststellung auf zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf darf sich in ihrer Summe auf maximal 5 % der Ärzte einer Arztgruppe einer KV-Region beziehen. Unter Berücksichtigung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und der zu erwartenden Notwendigkeiten regionaler Steuerung bewertet der G-BA einen Grenzwert in Höhe von 5% als sachgerecht.

Die Regelung zwingt den Landesausschuss in bestimmten Fällen, zwischen unterschiedlichen Bezugsregionen und Versorgungskonstellationen zu priorisieren und ggf. bestehende Feststellungen nach § 35 zugunsten neuer Feststellungen aufzuheben.

Diese Priorisierung kann beispielsweise auf Grundlage einer Bewertung der Versorgungslage in den Bezugsregionen erfolgen oder sich auf Regionen konzentrieren, in denen der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf unter Berücksichtigung der Konstellationen nach Absatz 6 ein erfolgversprechendes Instrument darstellt.

Generell soll so sichergestellt werden, dass der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf ein Instrument für Sondersituationen bleibt. Wenn der Landesausschuss allgemeine Verwerfungen in der Versorgungslandschaft von großen Teilen der KV Regionen beobachtet, sollten eher systematische Abweichungen auf Grundlage von § 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie vereinbart werden.

Absatz 7

Für die Prüfung des Landesausschusses gilt § 33 Abs. 2 entsprechend. Dabei berücksichtigt der Landesausschuss auch Erkenntnisse über die Patientenperspektive. Mit der Regelung in Absatz 7 wird zudem sichergestellt, dass das Gremium nach § 90a SGB V bei Entscheidungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf Gelegenheit zur Stellungnahme erhält, soweit das Landesrecht dies vorsieht. Gleichzeitig ist hier die Veröffentlichung der Beschlüsse zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf geregelt. Mit beiden Regelungen wird klar gestellt, dass auch beim zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf die Transparenz der Beschlüsse und Entscheidungen des Landesausschusses gewährleistet sein soll.

Absatz 8

Der Absatz 8 stellt die (ohnehin bestehende) Pflicht des Landesausschusses dar, seine Entscheidungen nach Absatz 1 in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen und ggf. auf Änderungen zu reagieren, um sicherzustellen, dass die Voraussetzungen hierfür fortbestehen. Insbesondere hat der Landesausschuss bei jeder Zulassung, die mit einer nach Absatz 1 positiv beschiedenen Bezugsregion in Zusammenhang steht, anlassbezogen zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. Je nach Versorgungskonstellation und –ziel kann der Landesausschuss die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes auch von vornherein befristen. Insgesamt soll gewährleistet werden, dass die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit der zur Verbesserung der Versorgung eingesetzten Instrumente sichergestellt wird.

2.3 Allgemeine Hinweise zum Sonderbedarf

Der Gesetzgeber hat mit dem GKV-VStG dem G-BA den Auftrag erteilt, die Vorgaben für die Prüfung eines Sonderbedarfs zu konkretisieren. Insbesondere sollen regionale Unterschiede bei der Handhabung des Instruments Sonderbedarf abgebaut werden. Ziel ist es hier bundesweit eine einheitlichere Praxis der Zulassungsausschüsse bei der Prüfung von Anträgen auf Sonderbedarf zu gewährleisten. Ebenso fordert das GKV-VStG eine Klarstellung, dass auch unterschiedliche Facharztbezeichnungen innerhalb einer bedarfsplanerischen Arztgruppe Grundlage für die Feststellung eines Sonderbedarfs sein können. Der G-BA ist diesen Vorgaben in seiner Entscheidung zur Neuregelung der §§ 36 und 37 nachgekommen. Mit der Neuregelung des Sonderbedarfs trägt der G-BA zudem der aktuellen Rechtsprechung in diesem Themenfeld Rechnung. Gleichzeitig erkennt der G-BA an, dass die Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf in jedem Fall eine Einzelfallentscheidung ist, die von den Zulassungsausschüssen vor Ort zu treffen ist.

Generell stellt der Sonderbedarf ähnlich wie der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf nach § 35 nur ein Instrument der Feinsteuerung dar, das in ausgewählten Einzelfällen helfen soll, die Versorgungslage zu verbessern und die Vorgaben der Bundesrichtlinie lokal zu korrigieren. Systematische Defizite in der Versorgung einer Region können über den Sonderbedarf nicht gelöst werden. Hier sind ggf. systematische Anpassungen des Bedarfsplans auf regionaler Ebene (vgl. § 2) erforderlich, die den besonderen Versorgungsanforderungen einer Region Rechnung tragen.

Mit der Neufassung des Sonderbedarfs wird auch dessen Struktur klarer gefasst. Der neue § 36 grenzt nun klar den lokalen und den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf voneinander ab und beschreibt allgemeine Kriterien und Instrumente, die bei der Prüfung von Sonderbedarfsanträgen zur Anwendung kommen sollen. Demgegenüber konkretisiert der neue § 37 die Vorgaben und Konstellationen für die Prüfungen eines Antrags auf qualifikationsbezogenen Sonderbedarf.

2.4 § 36 Ausnahmsweise Besetzung von Vertragsarztsitzen in Fällen von Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V)

Der neue § 36 vollzieht die dezidierte Trennung des lokalen und des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs nach, die im GKV-VStG angelegt ist. Er nennt klare Kriterien, die mit Blick auf den Standort bei der Prüfung beider Arten von Sonderbedarf zu berücksichtigen sind.

Darüber hinaus macht er Vorgaben zu Nutzung ausgewählter Analyseinstrumente, die bei der Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf zur Anwendung kommen sollen.

Absatz 1

Der Absatz 1 vollzieht die Abgrenzung des lokalen und des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs des Gesetzgebers im GKV-VStG nach und beschreibt die Grundlagen und Hintergründe dieser Regelung. Er macht deutlich, dass es sich beim Sonderbedarf immer um eine Einzelfallprüfung eines vorliegenden Antrags auf Zulassung in einem gesperrten Planungsbereich durch den Zulassungsausschuss handelt. Satz 3 weist klarstellend darauf hin, dass die Feststellung eines Sonderbedarfs nach §§ 36 ff. der Richtlinie eine weitere Zulassung ermöglicht. Die übrigen Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung bleiben unberührt.

Sonderbedarf sollte hierbei insbesondere für die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung Anwendung finden.

Für die hausärztliche Versorgung wird aufgrund der kleinräumigen Planung auf Mittelbereichsebene nur selten ein lokaler und aufgrund der allgemeinen fachlichen Ausrichtung auch nur im Einzelfall ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf zur Anwendung kommen.

Absatz 2

Mit dieser Altregelung (§ 37 Absatz 1 i.d.F.v. 20.12.2012) wird die Verlegung eines Praxissitzes ausgeschlossen, dessen Zulassung auf lokalem oder qualifikationsbezogenem Sonderbedarf beruht. Da Sonderbedarf immer an bestimmte räumliche Konstellationen gebunden ist, ist jede Verlegung des Praxissitzes mit Veränderungen der räumlichen Konstellationen verbunden, die Grundlage für die Gewährung eines Sonderbedarfs war. Eine Verlegung setzt somit einen erneuten Antrag auf Sonderbedarf voraus.

Die vormals mit dieser Regelung verbundene Aufhebung dieser Einschränkung auf den Praxissitz im Falle des Endes der Zulassungsbeschränkungen im jeweiligen Planungsbereich wird nicht fortgesetzt. Der G-BA erachtet diese Privilegierung von Inhabern einer Zulassung auf Grundlage von lokalem Sonderbedarf als nicht sachgerecht, da die Inhaber dieser Zulassung über diesen Sonderfall der Zulassung bereits über einen privilegierten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung verfügen. Darüber hinaus wird mit dieser Regelung der gesetzgeberisch gewollte Prüfvorbehalt des Zulassungsausschusses bei regulären Praxissitzverlegungen auch auf Praxissitze, die auf Grundlage von Sonderbedarf gewährt wurden, analog übertragen. Im Falle der Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen können Inhaber von Sonderbedarfszulassungen somit eine volle oder hälftige Zulassung im Rahmen des regulären Verfahrens nach § 26 beantragen.

Absatz 3

Der Absatz 3 legt klare Kriterien fest, die bei der Prüfung eines Antrags auf lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf zu prüfen sind. Diese beziehen sich vor allem auf die räumliche Konstellation des Antrags auf Sonderbedarf. Für den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf sind gemäß Absatz 2 jedoch zudem qualifikationsbezogene Kriterien zu prüfen, die in § 37 genauer beschrieben sind. Die Prüfung eines Antrags auf lokalen Sonderbedarf erfolgt mit Blick auf die Region, die vom Ort des beantragten Sitzes aus versorgt werden soll. Bei Anträgen auf qualifikationsbezogenen Sonderbedarf erfolgt die Prüfung demgegenüber bezogen auf das Versorgungsspektrum, das durch den antragstellenden Arzt erbracht werden soll, und bezogen auf die Region, die vom Ort des beantragten Sitzes aus versorgt werden soll. Damit wird deutlich, dass auch ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf immer einen räumlichen Bezug aufweisen muss, da auch er sich auf die zu versorgenden Patienten einer Region bezieht.

Das Kriterium nach Nummer 1 stellt klar, dass der Zulassungsausschuss die Versorgungslage in der Region, die vom Ort der beantragten Niederlassung aus versorgt werden soll, als unzureichend bewerten muss. Bei qualifikationsbezogenem Sonderbedarf ist diese Prüfung auf das jeweilige Versorgungsspektrum zu beziehen, das der Arzt gemäß Antrag abdecken

will. Die Region, die vom Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll, muss durch den Antragsteller beschrieben werden.

Die Aufgabe des Zulassungsausschusses ist es, den Bezug der gewählten Region zum gestellten Antrag auf Sonderbedarf zu bewerten. Wird die Bezugsregion des Antragstellers vom Zulassungsausschuss als für den Inhalt des Antrags nicht zulässig bewertet und in Fällen, in denen der Antragsteller keine Bezugsregion nennt, ist der Antrag abzulehnen.

Die Kriterien nach Nummer 2 stellen sicher, dass der Standort, für den der Antrag auf Sonderbedarf gestellt wurde, bestimmte Mindestanforderungen erfüllt. Diese Kriterien sind:

- Der Standort, für den der Antrag gestellt wird, hat bestimmte strukturelle Mindestbedingungen zu erfüllen, die für das beantragte Versorgungsspektrum angemessen sind. Dabei kann z.B. der Zentralitätsgrad des Standorts berücksichtigt werden. Je nach Spezialisierung kann beispielsweise die Klassifizierung des Standorts als Ober- oder Mittelzentrum als Prüfkriterium herangezogen werden. Mit diesem Prüfkriterium soll sichergestellt werden, dass der Standort beispielsweise über den öffentlichen Nah- oder Regionalverkehr erreichbar ist und innerhalb der regionalen Verflechtungsbeziehungen eine dem beantragten Versorgungsspektrum gegenüber angemessene Bedeutung besitzt.
- Der Standort muss einen Einzugsbereich aufweisen, in dem eine für das Versorgungsspektrum angemessene Zahl an Patienten zu erwarten ist. Anhaltspunkte für eine angemessene Zahl an Patienten können beispielsweise die Verhältniszahl einer Arztgruppe oder Fallzahlen von Ärzten mit einem vergleichbaren Versorgungsspektrum im KV-Gebiet sein. Dieses Kriterium erfüllt bei der Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf zwei wesentliche Funktionen. Zum einen stellt es sicher, dass die begrenzte Zahl an Ärzten nur in solchen Regionen Sonderbedarfszulassungen erhält, in denen sich ausreichend viele zu versorgende Patienten befinden. So kann beispielsweise die Versorgungslage in einer Region als unzureichend bewertet werden. Wenn in dieser Region jedoch bezogen auf das beantragte Versorgungsspektrum nur eine geringe Zahl an Patienten zu erwarten ist, ist i.d.R. keine Sonderbedarfszulassung erforderlich. Zum anderen sichert das Kriterium die wirtschaftliche Tragfähigkeit des geplanten Standorts für den antragstellenden Arzt.
- Durch den beantragten Standort dürfen bestehende Versorgungsstrukturen nicht destabilisiert werden. Sonderbedarf soll nur dort gewährt werden, wo die Versorgung durch bestehende Versorger nicht ausreichend gewährleistet ist. Damit soll sichergestellt werden, dass keine Antragssteller zugelassen werden, deren geplanter Standort nur marginale Verbesserungen beim Zugang zur Versorgung mit sich bringen würde zulasten von bestehenden Versorgungsstandorten.

Mit Hilfe dieser einheitlichen Kriterien soll die Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf in Zukunft einem einheitlichen Schema folgen und so eine einheitlichere Praxis in den Zulassungsausschüssen gewährleisten.

Absatz 4

Die Prüfung eines Antrags auf lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf erfolgt in jedem Fall bezogen auf eine bestimmte räumliche Konstellation. Vor diesem Hintergrund sollen für die Prüfung auch Instrumente genutzt werden, die räumliche Konstellationen und Versorgungsbeziehungen abbilden können. Mit der zunehmenden Verbreitung von Geografischen Informationssystemen (GIS) stehen heute der breiten Öffentlichkeit Instrumente zur Verfügung, die eine entsprechende Darstellung leisten können. Im Absatz 4 werden aus diesem Grund die Zulassungsausschüsse beauftragt, bei Anträgen auf Sonderbedarf geografische Informationen einzubeziehen. Durch die kartografische Darstellung der Versorgungssituation vor Ort und ggf. der Verflechtungen und Zusammenhänge zu anderen Regionen kann die Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf bspw. objektiviert werden. Der Zulassungsausschuss muss für diese Prüfung nicht zwangsläufig ein GIS vorhalten. Er kann statt-

dessen, hierzu im Rahmen der Amtshilfe auf die Expertise der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung vor Ort zurückgreifen oder alternative Darstellungsformen wählen. Darüber hinaus wird klargestellt, dass ein Sonderbedarf eine unzureichende Versorgungslage in der betreffenden Region innerhalb eines Planungsbereiches voraussetzt. Für die Beurteilung solcher Versorgungsdefizite muss der Zulassungsausschuss Besonderheiten innerhalb des maßgeblichen Planungsbereiches feststellen, die eine von den Grundlagen der Bedarfsplanung abweichende Beurteilung der Versorgungslage rechtfertigen.

Dabei hat der Zulassungsausschuss allerdings zu berücksichtigen, dass für die unterschiedlichen Versorgungsebenen nach §§ 11 bis 14 unterschiedliche Maßstäbe anzuwenden sind. Dies betrifft sowohl die erforderliche Dichte des Versorgungsangebotes als auch die Größe der Bezugsregion. Z.B. ist eine heterogene Verteilung von Chirurgen innerhalb eines Planungsbereiches allein noch kein ausreichender Anhaltspunkt für die Feststellung von Sonderbedarf.

Absatz 5

Die Regelung des Absatzes 5 bildet die alte Regelung des § 36 Absatz 1 lit. e) Satz 2 und 3 i.d.F.v. 20.12.2012 ab und stellt klar, dass Anträge auf lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf nur in solchen Fällen zu gewähren sind, wenn der entsprechende Bedarf dauerhaft erscheint. Für die Behebung vorübergehender Versorgungsdefizite hat die Ermächtigung Vorrang vor einer dauerhaften Zulassung aufgrund von Sonderbedarf, da sie sich in solchen Fallkonstellationen als flexibleres Instrument erweist. Eine Berücksichtigung von beiden Instrumenten in der Bedarfsplanung ist aufgrund der Neufassung des § 22 i.d.F.v. 20.12.2012 gewährleistet.

Absatz 6

Die Regelung wurde aus § 37 i.d.F.v. 20.12.2012 übernommen und neu verortet.

Absatz 7

Der lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarf ist in seiner Konstellation immer auf den Raum und den Arzt bezogen. Bei qualifikationsbezogenen Sonderbedarf ist er zudem an ein bestimmtes Leistungsspektrum gebunden. Beim Ausscheiden des Inhabers der Sonderbedarfszulassung aus der Versorgung ist eine automatische Nachbesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V somit nicht sachgerecht. Die Fortsetzung des Sonderbedarfs bedarf der erneuten Zulassung und ggf. der erneuten Beschränkung auf bestimmte Leistungen. Diese Altregelung (§ 37 Absatz 3 i.d.F.v. 20.12.2012) wird hier fortgeführt. Die Regelung schließt auch die Zahlung von Entschädigungen im Falle der Nichtnachbesetzung nach § 103 Absatz 3a Satz 8 SGB V aus. Eine Zulassung auf Basis von Sonderbedarf erfolgt in jedem Fall unter der Maßgabe, dass eine Nachfolgebesetzung diese Praxis nur in Frage kommt, wenn die Voraussetzungen für den Sonderbedarf weiterhin vorliegen. Kommt der Zulassungsausschuss jedoch zu dem Ergebnis, dass diese Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, ist dies nicht mit der Ablehnung von Nachbesetzung und damit verbundenen Entschädigungszahlungen im Sinne des § 103 Absatz 3a Satz 8 SGB V gleichzusetzen. Die Anwendung dieser Regelung würde dem Charakter des Sonderbedarfs, der unter bestimmten engen Voraussetzungen in überversorgten Gebieten gewährt wird, nicht gerecht.

Das Nachbesetzungsverfahren kann weiterhin in § 103 Abs. 3a S.3 2.Halbsatz SGB V nicht abgelehnt werden, wenn der potentielle Praxisnachfolger privilegiert ist. Privilegiert sind der Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes sowie der angestellte Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder der Berufsausübungsgemeinschaftspartner. Diese automatische Nachbesetzung durch privilegierte Personen ist im Bereich Sonderbedarf nicht sachgerecht, daher wird – wie bei der Entschädigung - darauf verwiesen, dass die Regelung

in § 103 Abs.3a S.3 2.Halbsatz SGB V hier nicht zur Anwendung kommen kann. Dabei handelt es sich – wie bei der Entschädigung - um eine deklaratorische Regelung.

Absatz 8

Absatz 8 stellt als Fortführung der Altregelung nach § 36 Absatz 1 lit. f) i.d.F.v. 20.12.2012 klar, dass die Regelungen zum Sonderbedarf auch auf die Genehmigung von Angestellten in gesperrten Planungsbereichen zur Anwendung kommen.

Dabei ist eine Teilanstellung mit dem Faktor 0,25 oder 0,75 auf Grundlage von Sonderbedarf auszuschließen. Voraussetzung für den Sonderbedarf ist, dass durch den antragstellenden Arzt eine angemessene Zahl an Patienten und eine angemessene Fläche versorgt werden. Dieser Versorgungsbeitrag lässt sich kaum auf Viertel- oder Dreiviertelstellen eingrenzen und unterbrechen. Vor diesem Hintergrund sollten Sonderbedarfe auch für Angestellte nur im vollen oder hälftigen Umfang erfolgen.

Absatz 9

Absatz 9 stellt die Fortsetzung der Altregelung des § 36 Absatz 1 lit. b) 5. Satz i.d.F.v. 20.12.2012 dar. Eine Weiterentwicklung ist hier notwendig, da gemäß dem Auftrag des VStG in der neuen Bedarfsplanung die Versorgung durch Ermächtigte und ermächtigte Institute in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen ist (vgl. § 22). Somit sind deren Leistungen, die z.T. an Krankenhäusern erbracht werden, auch bei der Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf zu berücksichtigen.

Ausgeschlossen bleiben soll jedoch weiterhin die stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern.

2.5 § 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände

Absatz 1

Neben den Voraussetzungen nach § 36 erfordert die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs zusätzlich die Prüfung und Feststellung der besonderen Qualifikation sowie eines entsprechenden Versorgungsbedarfes in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

Absatz 2

Bei Prüfung eines Antrags auf qualifikationsbezogenen Sonderbedarf steht die entsprechende Qualifikation bzw. das Versorgungsspektrum im Vordergrund, das durch den Antragsteller erbracht werden soll. Dabei ist es angesichts der zunehmenden Spezialisierung vieler Fachgruppen in der Medizin nicht sachgerecht, für jede einzelne Subspezialisierung auf kleiner regionaler Ebene Versorgungskapazitäten vorzuhalten. Stattdessen ist es Patienten insbesondere für hochspezialisierte Versorgungsangebote zuzumuten, auch längere Wegezeiten zum Arzt zurückzulegen. Vor diesem Hintergrund kann nicht jede Subspezialisierung einer Fachgruppe Grundlage für die Gewährung eines Antrags auf qualifikationsbezogenen Sonderbedarf sein. Der neu gefasst Absatz 1 schränkt deshalb das Spektrum an Qualifikationen ein, die Grundlage für die Gewährung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs sein können.

Insbesondere können Qualifikationen wie sie durch den Inhalt einer Schwerpunktkompetenz, eine Zusatzbezeichnung, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben sind, die Grundlage für einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf bilden. Ein qualifikationsbezogener Versor-

gungsbedarf kann darüber hinaus auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst.

Die Bewertung der Versorgungssituation durch den Zulassungsausschuss erfolgt bezogen auf das Versorgungsspektrum, das gemäß Antrag durch den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf abgedeckt werden soll.

Absatz 3

Neben den Qualifikationsvoraussetzungen ist zu prüfen und festzustellen, ob das spezielle ärztliche Angebot in dem betreffenden Planungsbereich in ausreichendem Maße zur Verfügung steht.

Absatz 4

Absatz 4 fasst die Altregelungen zur Sonderbedarfszulassung von Dialyseärzten zusammen (§ 36 Absatz 1 lit. e) Satz 1 und 2 und § 37 Absatz 2 i.d.F.v. 20.12.2012). Der neue Satz stellt klar, dass die geltenden Anforderungen der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags zur Anwendung kommen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerfO durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 10. April 2013 eingeleitet. Fristende war der 8. Mai 2013.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die eingeleiteten Stellungnahmeverfahren und die eingegangenen Stellungnahmen.

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
§ 91 Abs. 5	Bundesärztekammer (BÄK) und	06. 05.2013
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	06. 05.2013

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“). Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den schriftlichen Stellungnahmen folgende begründete Änderungsvorschläge in Bezug auf die Änderung der **BPL-RL** zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und Sonderbedarf:

§ 36 Absatz 3 Ziffer 2 letzter Satz des Vorschlags der KBV und des GKV-SV wird wie folgt neu gefasst: „dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen“.

§ 36 Absatz 7 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst: „Die Regelungen in § 103 Abs. 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (nach Besetzung durch privilegierte Personengruppen) und Satz 6 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.“

In § 37 Absatz 2 S. 1 des Vorschlages der KBV und des GKV-SV werden die Wörter „eine Zusatzbezeichnung“ gestrichen. In Satz 2 werden nach „Zusatzweiterbildung“ die Wörter „oder eine Zusatzbezeichnung“ eingefügt.

Des Weiteren führte die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen zu folgender Änderung der **Tragenden Gründe**:

§ 36 Absatz 1 wurde um folgende Textpassage ergänzt:

„Satz 3 weist klarstellend darauf hin, dass die Feststellung eines Sonderbedarfs nach §§ 36 ff. der Richtlinie eine weitere Zulassung ermöglicht. Die übrigen Voraussetzungen einer Sonderbedarfszulassung bleiben unberührt.“

§ 36 Absatz 7 wurde um folgende Textpassage ergänzt:

„Das Nachbesetzungsverfahren kann weiterhin in § 103 Abs. 3a S.3 2.Halbsatz nicht abgelehnt werden, wenn der potentielle Praxisnachfolger privilegiert ist. Privilegiert sind der Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes sowie der angestellte Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder der Berufsausübungsgemeinschaftspartner. Diese automatische Nachbesetzung durch privilegierte Personen ist im Bereich Sonderbedarf nicht sachgerecht, daher wird –wie bei der Entschädigung - darauf verwiesen, dass die Regelung in § 103 Abs.3a S.3 2.Halbsatz hier nicht zur Anwendung kommen kann. Dabei handelt es sich – wie bei der Entschädigung- um eine deklaratorische Regelung.“

3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die Anhörung hat am 13. Mai 2013 stattgefunden. An der Anhörung hat ein Vertreter der BPtK teilgenommen, die BÄK hat auf eine Anhörung verzichtet.

Nach dem Vortrag haben sich keine neueren, über die Auswertung des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens hinaus gehenden Erkenntnisse ergeben, daher ergibt sich keine Notwendigkeit zu Änderungen im Beschlussentwurf.

4. Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Daher entstehen auch keine Bürokratiekosten.

5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
18.01.2013	UA BPL	<i>Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen</i>
22.03.2013 27.03.2013	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
10.04.2013		Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach vorhergehender schriftlicher Abstimmung der Endfassung der Tragenden Gründe
13.05.2013	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Anhörung
	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
16.05.2013	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 16. Mai 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- | | |
|----------|--|
| Anlage 1 | Beschlussentwurf zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs |
| Anlage 2 | Tragende Gründe |
| Anlage 3 | Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen |
| Anlage 4 | Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V |
| Anlage 5 | stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung |