

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Stand: 11. April 2013

Vom T. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. 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. § 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)“ wird wie folgt neu gefasst:

„§ 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):

- (1) Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse nach Prüfung die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht. Die nachstehenden Bestimmungen geben dazu den Landesausschüssen Beurteilungsmaßstäbe vor. Bei der Prüfung sind die in einer Region bereits auf Grundlage der §§ 2 und 9 dieser Richtlinie erfolgten Anpassungen der Bedarfspläne zu berücksichtigen. Soll § 35 aufgrund des wiederholten Einsatzes derselben Kriterien zur Anwendung kommen, ist dies gesondert zu begründen. Diese Begründung beinhaltet auch Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen.
- (2) Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalem Versorgungsbedarf trifft. Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung und unter Berücksichtigung der vorhandenen Struktur, Verkehrsanbindung und Lage eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist. Dabei sollte die Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe als Anhaltspunkt dienen. Darüber hinaus kann bei der Festlegung der Bezugsregion der Versorgungsbeitrag der dort bereits tätigen Ärzte berücksichtigt werden.

- (3) Der Landesausschuss hat das Vorliegen des lokalen Versorgungsbedarfs zu prüfen, soweit in der nach Absatz 2 von ihm festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 erfüllt sind. §§ 32 und 33 gelten entsprechend.
- (4) Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung in der Bezugsregion auch dann vorzunehmen, wenn die Kriterien nach Absatz 3 in der Bezugsregion nicht erfüllt sind. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.
- (5) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
 1. die regionale Demografie,
 2. die regionale Morbidität,
 3. sozioökonomische Faktoren,
 4. die Versorgungsstrukturen,
 5. räumliche Faktoren,
 6. infrastrukturelle Besonderheiten.

Sie kann sich insbesondere auf folgende Versorgungskonstellationen beziehen:

1. Verbesserung der Versorgung in nicht gesperrten Planungsbereichen vorrangig vor gesperrten Planungsbereichen,
 2. Förderung der Gründung/Erhaltung von (Zweig-) Praxen in Regionen, in denen für die Bezugsregion nach Absatz 2 Unterversorgung festgestellt wurde,
 3. Förderung von Leistungen, die zum Zeitpunkt der Prüfung durch die Ärzte in oder um die Bezugsregionen nach Absatz 2 nicht oder nicht im ausreichenden Maße erbracht werden,
 4. Förderung des Leistungsumfanges, der durch die vorhandenen Ärzte in der Bezugsregion nach Absatz 2 erbracht wird.
- (6) Die Feststellungen nach Absatz 1 sind auf maximal 5 v.H. der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region zu beziehen.
- (7) Für die Prüfung des Landesausschusses gilt § 33 Absatz 2 entsprechend. Sofern das Landesrecht ein Gremium nach § 90a SGB V eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesausschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind, gibt der Landesausschuss diesem Gremium gemäß § 90a Absatz 2 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme. Der Landesausschuss gibt seine Feststellung den Trägerorganisationen bekannt und hat diese zu begründen. Die Feststellung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ist im Bedarfsplan zeitnah auszuweisen.

(8) Der Landesausschuss prüft in regelmäßigen Abständen, ob die Voraussetzungen für die Entscheidungen nach Absatz 1 weiterhin vorliegen. Die Feststellung nach Absatz 1 kann befristet werden.“

II. (Folgeänderung zu oben): In § 26 Absatz 4 Nr. 3 wird im 6. Spiegelstrich im Klammertext nach dem Wort „Barrierefreiheit“ der Passus „, Feststellungen nach § 35 angefügt“.

III. § 36 „Zulassungstatbestände“ wird wie folgt neu gefasst:

„§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf“

(1) Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V). Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).

KBV/GKV-SV	PatV
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen bedürfen dabei der besonderen Berücksichtigung.	2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen bedürfen dabei der besonderen Berücksichtigung.

KBV/GKV-SV	PatV
(4) Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.	(4) Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht, <u>welche auch Erkenntnisse über die Patientenperspektive mit einschließt.</u> Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

- (5) Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.
- (6) Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.
- (7) Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. § 103 Absatz 3a SGB V findet keine Anwendung.
- (8) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.
- (9) Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.“

IV. § 37 „Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen“ wird wie folgt neu gefasst:

„§ 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände“

- (1) Die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs erfordert
 - a. die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Absatz 2 und
 - b. die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss.

KBV/GKV-SV	PatV
(2) Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer Zusatzbezeichnung einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. Auch eine Zusatz-Weiterbildung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß §§ 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst.	(2) Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, a. wie sie durch den Inhalt einer Schwerpunktkompetenz, eine Zusatzbezeichnung, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. Auch eine Zusatz-Weiterbildung begründet einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. b. für nach der Weiterbildungsordnung vorgesehene Facharztkompetenzen innerhalb einer Arztgruppe (z.B. innerhalb der Fachgebiete der Inneren Medizin, der Chirurgie und der Nervenärzte).

Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. Eine Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird dem gleichgestellt.

- (3) Voraussetzung für eine ausnahmsweise Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist.

(4) Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind auch gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung

1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Absatz 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Absatz 1 und 2 der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags) die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Absatz 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen. Die Anlage 9.1. Bundesmantelvertrag-Ärzte ist bei den Nummern 1 und 2 zu berücksichtigen. In diesem Falle wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung.“

V. § 38 „Fachgebietswechsel“ bleibt in gleichlautender Fassung erhalten.

VI. Die Änderungen der Richtlinie/Regelungen tritt [Angabe zum Inkrafttreten der Änderung/Muster siehe Schnellbausteine] in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundes- ausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf, Son- derbedarf

Stand: 10. April 2013

Vom XXX

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 § 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
2.2 Allgemeine Hinweise zum Sonderbedarf	9
2.3 § 36 Ausnahmsweise Besetzung von Vertragsarztsitzen in Fällen von Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V)	10
2.4 § 37 Ergänzende Vorgaben für qualifikationsbezogene Sonderbedarfstatbestände	15
3. Verfahrensablauf	16
3.1 Sitzungstermine	16
3.2 Stellungnahmeverfahren	16
3.3 Anhörung	16
4. Fazit	17

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 zur Finanzierung von Fördermaßnahmen in Gebieten, für die Beschlüsse nach § 100 Abs. 1 und 3 getroffen wurden, einen Strukturfonds bilden, für dessen finanzielle Ausstattung sie 0,1 v.H. der nach § 87a Abs. 3 Satz 1 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 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 getroffen wurde, 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 § 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)

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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
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.	Passus streichen

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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
Damit wäre dasselbe Kriterium insgesamt vierfach berücksichtigt, ohne dass die hieraus abgeleiteten Maßnahmen im Sinne einer Versorgungsverbesserung sinnvoll aufeinander abgestimmt sind.	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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
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	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 können.

soll eine Transparenz über die zur Verbesserung der Versorgung auf den unterschiedlichen Ebenen bereits ergriffenen Maßnahmen hergestellt werden.	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 betreffenden 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden Anwendung.	Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden Anwendung bleiben unberührt.

Absatz 4

Bei dieser Regelung handelt es sich um eine Altregelung, die zur Anwendung kommt, wenn die Kriterien nach Absatz 3 nicht erfüllt sind.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
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.	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 <u>oder festgestellt werden kann</u> , 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden auch hier Anwendung.	Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen finden auch hier Anwendung bleiben unberührt.

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, müs-

sen 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 Abs. 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

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
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.	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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
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.	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 erfolversprechendes 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.

(Folgeänderung zu oben): In § 26 Abs. 4 Nr. 3 wird im 6. Spiegelstrich im Klammertext nach dem Wort „Barrierefreiheit“ der Passus „Feststellung nach § 35 angefügt“.

§ 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 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.

2.3 § 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
Darüber hinaus macht er Vorgaben zu Nutzung ausgewählter Analyseinstrumente, die bei der Prüfung eines Antrags auf Sonderbedarf zur Anwendung kommen sollen.	Passus streichen

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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV	Vorschlag DKG
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. Bei den gesonderten Fachärzten wiederum ist der Spezialisierungsgrad so hoch und der Einzugsbereich sachgerechterweise so groß, dass hier ebenfalls fast nie davon ausgegangen werden kann, dass ein Sonderbedarf besteht.	Vorschlag GKV-SV und KBV streichen	Es ist davon auszugehen, dass Sonderbedarf überwiegend für die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung Anwendung finden wird.

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 verbundenen 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
Die Region, die vom Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll, muss durch den Antragsteller beschrieben werden.	Die Region, die vom Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll, muss ist durch den Antragsteller zu beschreiben.

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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
Zum anderen sichert das Kriterium die wirtschaftliche Tragfähigkeit des geplanten Standorts für den antragstellenden Arzt.	Zum anderen sichert das Kriterium die wirtschaftliche Tragfähigkeit des geplanten Standorts für den antragstellenden Arzt.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
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.	Absatz streichen

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

Vorschlag GKV-SV, KBV und DKG	Ergänzungsvorschlag PatV
	Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht zur konkreten Bedarfssituation, bei der mindestens die sich aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorgegebenen Maßgaben beachtet werden. Zur Berücksichtigung der Patientensperspektive werden auch vorhandene Erkenntnisse berücksichtigt, die auf Erfahrungen von Patientinnen und Patienten zur Versorgungssituation beruhen, wie z.B. zu Wartezeiten, Erreichbarkeit, Praxisfrequentierung, spezifische Versorgungsbedürfnisse u.ä.

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 geographische 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 stattdessen, 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
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 streichen

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 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 im Sinne des § 103 Absatz 3a SGB V gleichzusetzen. Die Anwendung dieser Regelung würde dem Charakter des Sonderbedarfs, der unter bestimmten engen Voraussetzungen in überversorgten Gebieten gewährt wird, nicht gerecht.

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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag DKG
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 herunterbrechen. Vor diesem Hintergrund sollten Sonderbedarfe auch für Angestellte nur im vollen oder hälftigen Umfang erfolgen.	Absatz streichen

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.

2.4 § 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.

Vorschlag GKV-SV und KBV	Vorschlag PatV
Insbesondere können Qualifikationen wie sie durch den Inhalt einer Schwerpunkt-kompetenz, 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 Versorgungsbedarf kann darüber hinaus auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst.	Absatz 2a) und b) nehmen Bezug auf Absatz 1a) und beschreiben die Qualifikationen, die einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen können. Absatz 3 nimmt Bezug auf Absatz 1b) und beschreibt die weiteren Voraussetzungen für die Feststellung eines besonderen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs.

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 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. Verfahrensablauf

(...)

3.1 Sitzungstermine

(...)

3.2 Stellungnahmeverfahren

[Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat am 27.03.2013 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Der Beschlussentwurf der Neufassung wurde mit den Tragenden Gründen an die Stellungnahmeberechtigten X übersandt.

Die Stellungnahme der X ist am XX.XX.XXXX, die Stellungnahme des X ist am XX.XX.XXXX in der Geschäftsstelle des G-BA eingegangen.

In der Sitzung am XX.XX.XXXX hat der Unterausschusses Bedarfsplanung die Stellungnahmen ausgewertet. Das Auswertungsergebnis ist in der Anlage 1 dargestellt.]

3.3 Anhörung

[Die Anhörung fand im Anschluss an die Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen am XX.XX.XXXX statt. Das Wortprotokoll findet sich in der Anlage 2.]

4. Fazit

(...)

Berlin, den XXX

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf

Berlin, 06.05.2013

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 10.04.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20.12.2012 aufgefordert. Neu geregelt werden die Vorschriften zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen und zum Sonderbedarf.

Beide Bereiche waren bei der im letzten Jahr erfolgten Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zurückgestellt worden; der Gemeinsame Bundesausschuss hatte damals angekündigt, die entsprechenden Regelungen bis zum 30.04.2013 neu fassen zu wollen.

Zu den Neuregelungen im Einzelnen:

1. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V)

Die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Festlegung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesauschuss werden in § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (früher § 34a) geregelt. Dabei wird das bisherige Verfahren zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes grundsätzlich beibehalten. Neu gefasst wurden in § 35 Abs. 5 die Kriterien, die zur Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs herangezogen werden. Die Kriterien orientieren sich an den Kriterien für die regionalen Abweichungsmöglichkeiten in § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Zudem werden in § 35 Abs. 5 nun beispielhaft Versorgungskonstellationen genannt, in denen die Ausweisung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs sinnvoll sein könnte. Um den Ausnahmetatbestand zu verdeutlichen, wurde in § 35 Abs. 6 eine Begrenzung eingeführt, die vorsieht, dass sich die Feststellungen auf maximal 5 Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einer KV-Region beziehen können. Neu ist ferner, dass dem Gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden soll, sofern das Landesrecht das Gremium eingerichtet hat und vorsieht, dass seine Stellungnahmen bei Entscheidungen des Landesauschusses einzuholen und zu berücksichtigen sind.

2. Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V)

Im Unterschied zur Neufassung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs geht die Änderung der Vorschriften zum Sonderbedarf auf einen gesetzlichen Auftrag zurück. Mit dem am 01.01.2012 in Kraft getretenen Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hatte der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen zu präzisieren. Anlass hierfür war laut Gesetzesbegründung, dass von den Zulassungsausschüssen von der Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wurde. Der Gesetzgeber verbindet mit der Neuregelung die Zielsetzung, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wird. Der Sonderbedarf kann entweder lokal (räumlich) begründet sein oder sich qualitätsbezogen auf bestimmte Leistungen bzw. Leistungsbereiche beziehen.

Die Zulassungstatbestände für lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf werden in § 36 der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelt, die Vorgaben für den qualifikationsbezogenen Sonderbedarf in § 37 konkretisiert.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf nach § 35 und lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf nach den §§ 36 und 37 stellen Instrumente der Feinsteuerung der Bedarfsplanung dar. Neben diesen Instrumenten besteht gemäß § 2 die Möglichkeit von der

Richtlinie abzuweichen, wenn und soweit regionale Besonderheiten auf Landesebene dies erfordern. Unterschiede bei der demographischen Zusammensetzung der Bevölkerung gehen ebenfalls über die Modifikation der Verhältniszahlen gemäß § 9 in die Festlegung des Versorgungsbedarfs ein.

Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie eröffnet somit verschiedene Möglichkeiten, Besonderheiten der Versorgungssituation zu berücksichtigen und zu korrigieren. Inwieweit die unterschiedlichen Maßnahmen sinnvoll ineinandergreifen, kann von der Bundesärztekammer zum jetzigen Zeitpunkt, zumal auch die Umsetzung der zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie noch nicht abgeschlossen ist, nicht beurteilt werden. Die Bundesärztekammer empfiehlt daher, die Geeignetheit der Neuregelungen zu einem späteren Zeitpunkt einer Prüfung zu unterziehen.

Des Weiteren ist die Differenzierung in § 37 Abs. 2 zwischen den unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen für die Bundesärztekammer nicht nachvollziehbar. Warum ist eine besondere Qualifikation bei Schwerpunkten, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden anzunehmen, während eine besondere Qualifikation bei Zusatz-Weiterbildungen und Facharztbezeichnungen in Gebieten mit mehreren Facharztkompetenzen vorliegen kann? Sofern keine sachlichen Gründe eine entsprechende Differenzierung begründen, regen wir eine sprachliche Vereinheitlichung an. Hinweisen möchten wir ferner darauf, dass die Bezeichnungen fakultative Weiterbildung und Fachkunde der (Muster-) Weiterbildungsordnung 1992 entstammen und nicht in die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 aufgenommen wurden.

Berlin, 06.05.2013

i.A.



Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat V –
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen

Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
06.05.2013**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Rechtsgrundlage	5
III. Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs	5
1. Antragsberechtigte (§ 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)	5
2. Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf)	7
a) Muttersprachliche Psychotherapie	7
b) Einhaltung von Wartezeiten im Regel- und im Ausnahmefall	9
3. Versorgungskonstellation (§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf)	9
4. Begrenzung der Feststellung eines Bedarfs (§ 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf)	10
5. Prüfung des Landesausschusses (§ 35 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf)	11
IV. Zulassungstatbestände für Sonderbedarf	11
1. Allgemeiner Zulassungstatbestand (§ 36 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf)	11
2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (§ 35 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf)	12
3. Mindestbedingung für die Feststellung von Sonderbedarf (§ 36 Absatz 3 BPL- RL-Entwurf)	13
4. Ermittlung des Versorgungsbedarfs (§ 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)	14
5. Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften	15
V. Ergänzende Vorgaben zum qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (§ 37 BPL-RL-Entwurf)	15
1. Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern	16
2. Versorgungsbedarf mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	16
3. Qualifikation maßgeblich	17

I. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt ausdrücklich die Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zum Sonderbedarf neu zu fassen. Damit ein stimmiges Gesamtkonzept erreicht werden kann, hält die BPtK einige Ergänzungen und Veränderungen für dringend notwendig.

So sollte der Kreis derjenigen, die die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs veranlassen können, um die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und die Patientenvertretungen erweitert werden. Die Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sollten ergänzt und auf die Nennung von Versorgungskonstellationen verzichtet werden. Die an derzeitigen Häufigkeiten orientierte Höchstgrenze für die Feststellung eines Bedarfs erscheint nicht sachgerecht, da bisherige Häufigkeiten keine Rückschlüsse auf den zukünftig notwendigen Bedarf zulassen. Das Stellungnahmerecht gegenüber dem Landesausschuss, das sich im Entwurf auf das Gremium nach § 90a SGB V beschränkt, sollte auch für die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und die Patientenvertretungen gelten.

Es erscheint darüber hinaus sinnvoll, in Bezug auf Zulassungen ausdrücklich klarzustellen, dass der Zulassungsausschuss diejenigen Zulassungen, die zur Deckung des bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Sonderbedarfs notwendig sind, auch zu erteilen hat und keine erneute (ggf. abweichende) Feststellung zum Sonderbedarf treffen kann. Dies verhindert unnötige Verzögerungen. Auch für den Zulassungsausschuss sollten die (Mindest-)Anforderungen zur Feststellung des Bedarfs präzisiert werden.

Mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen sollten – wie bisher auch – die Einschränkungen für Inhaber von Sonderbedarfszulassungen enden, da sie dann nicht mehr gerechtfertigt sind. Die Zuhilfenahme von geografischen Informationen sollte ins pflichtgemäße Ermessen der Zulassungsausschüsse gestellt werden und nicht im Regelfall verpflichtend vorgeschrieben werden, da diese nicht immer dazu notwendig und geeignet sind, den Bedarf zu beurteilen.

Im Bereich der Regelungen zu den Qualifikationen im Zusammenhang mit Sonderbedarfstatbeständen erscheinen die dort gewählten Bezeichnungen wenig zielführend und berücksichtigen auch die in der Zwischenzeit erfolgte berufsrechtliche Veränderungen nicht ausreichend. Die BPTK schlägt hierzu vor, eine allgemeinere Formulierung zu wählen.

II. Rechtsgrundlage

In den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs wird aufgeführt, dass der Gesetzgeber dem G-BA eine Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung übertragen habe. Dem ist in dieser allgemeinen Form jedoch nicht so. Dem G-BA steht keine allgemeine Befugnis zur Normkonkretisierung zu. Vielmehr handelt es sich bei den Richtlinien des G-BA um untergesetzliche Normen. Für jede vom G-BA erlassene Regelung bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage, aus der gemäß Artikel 80 Absatz 1 Grundgesetz (GG) analog, Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung hervorgehen müssen. Jede Regelung des G-BA ist an verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben zu messen, wobei dem G-BA als Normgeber eine Einschätzungsprärogative zukommt. Es handelt sich jedoch nicht um nach der (überholten) Rechtsprechung als normkonkretisierend zu qualifizierende Vorschriften, die einer gerichtlichen Kontrolle entzogen sind.

Die BPtK empfiehlt dies in der Einleitung klarzustellen. Hier handelt es sich nicht um einen allein theoretisch relevanten rechtsdogmatischen Unterschied. Vielmehr ist dies für den Erlass und das Einordnen der einzelnen Regelungen entscheidend. Insbesondere ist hinsichtlich des Inhalts jeder einzelnen Regelung zu prüfen, ob dieser von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt ist. Auch können untergesetzliche Normen eine gesetzliche Norm nicht für unanwendbar erklären, wie im Entwurf vorgesehen. Eine allgemeine Befugnis zur Normkonkretisierung, die jedwede Regelung rechtfertigt, gibt es nicht.

III. Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

Die BPtK schlägt in den vorgesehenen Regelungen zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs einige Ergänzungen vor.

1. Antragsberechtigte (§ 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)

Der Beschlussentwurf sieht vor, dass der Landesausschuss – mit Ausnahme des Vorliegens von Unterversorgung nach § 35 Absatz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Entwurf (BPL-RL-Entwurf) – nur auf „Veranlassung der Kassenärztlichen Vereini-

gung, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse“ tätig wird. Dies ist nicht sachgerecht. Sowohl der Gesetzgeber als auch der G-BA haben in letzter Zeit die Beteiligung relevanter Vertreter im Bereich der Bedarfsplanung ausgeweitet. So kommt den zuständigen Landesbehörden ein Anhörungsrecht beim Aufstellen der Bedarfspläne zu. Die Patientenvertreter haben erweiterte Beteiligungsrechte. Auch die Beteiligung der Heilberufekammern wurde ausgeweitet. Die BPTK regt daher an, den Sachverstand der zuständigen Landesbehörde und der Heilberufekammern sowie der Patientenvertreter miteinzubeziehen und ihnen ein Antragsrecht zuzubilligen. Dabei sollte auch das Wort „Veranlassung“ durch das Wort „Antrag“ ersetzt werden. § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf sollte dann lauten:

„Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbandes der Krankenkassen, einer Ersatzkasse, der zuständigen Landesbehörde, der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer oder einer der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.“

Der Beschlussentwurf sieht im Falle des Einsatzes derselben Kriterien bei Abweichung von Bundesvorgaben im Bedarfsplan und der Zulassung von Sonderbedarf eine besondere Begründungspflicht vor. Die BPTK hält eine ausdrückliche Regelung der Begründungspflicht auch in Anbetracht der ohnehin bestehenden allgemeinen Begründungspflicht für sinnvoll. Die BPTK regt dabei im letzten Satz von § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf eine sprachliche Korrektur an. Die Formulierung im Entwurf beschreibt im Indikativ, was die Begründung beinhaltet. Gemeint sein dürfte aber eher eine Vorgabe, was die Begründung zu beinhalten hat oder beinhalten soll. Die BPTK empfiehlt daher den Satz wie folgt zu fassen:

„Die Begründung soll Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen beinhalten.“

Die Formulierung „soll“ gibt darüber hinaus dem Landesausschuss die Möglichkeit, von Ausführungen zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen in atypischen Ausnahmefällen abzusehen.

In Absatz 4 sollte das „Veranlassungsrecht“ der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbänden, der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf die zuständigen Landesbehörden, die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und den maßgeblichen Patientenvertreter auf Landesebene erweitert werden und sprachlich der Begriff „auf Antrag“ statt „auf Veranlassung“ gewählt werden (vgl. die Ausführungen zu § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf).

2. Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK hält eine Ergänzung der Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs für dringend notwendig.

a) Muttersprachliche Psychotherapie

Die BPTK hält es für dringend erforderlich, den Versorgungsbedarf an fremdsprachlicher Psychotherapie anzuerkennen und Möglichkeiten zu schaffen, ihn zu decken.

Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Dies setzt i. d. R. voraus, dass Patient und Psychotherapeut dieselbe (Mutter-)Sprache sprechen, was im Normalfall gegeben ist. Wenn nicht, besteht zwar die Möglichkeit, dass einer von beiden in der Muttersprache des jeweils anderen spricht, oder dass beide auf eine gemeinsam beherrschte Fremdsprache ausweichen. Dieses kann die – insbesondere emotionale – Kommunikation und damit den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen. Unterschreiten die Sprachkenntnisse ein bestimmtes Niveau, wird Psychotherapie unmöglich. Diese Besonderheiten der Psychotherapie rechtfertigen es, den Sonderbedarfstatbestand auf fremdsprachige Psychotherapie zu beschränken und nicht generell für alle Leistun-

gen die Behandlung in der Muttersprache als Anlass für einen Sonderbedarf vorzusehen.

Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist i. d. R. in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Die häufigsten Migrantengruppen mit gleichzeitig hoher kultureller Distanz kommen aus der Türkei (2,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; Statistisches Bundesamt, 2010) und – etwas weniger häufig – aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion.

Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise über eine Quote zur Regelung des Anteils von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Durch Sonderbedarfszulassungen kann dem Bedarf zielgerecht begegnet werden.

Auch die Rechtsprechung spricht nicht gegen die Schaffung eines Sonderbedarfstatbestands für muttersprachliche Psychotherapie. In seinem Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 40/06 R, führt das Bundessozialgericht (BSG) aus, dass Behandlungen auch in der Muttersprache der Versicherten durchgeführt werden können. Den Anspruch auf Ermächtigung einer Psychotherapeutin lehnte das Gericht in dem entschiedenen Fall ab, weil die Bedarfsplanungs-Richtlinie keinen solchen Tatbestand vorsah und sich ohne eine solche Regelung nach der Auffassung des BSG keine Verpflichtung zur Ermächtigung ableiten lies. Genau eine solche Regelung sollte jetzt geschaffen werden.

Daher sollten in § 35 Absatz 5 Nummer 1 BPL-RL-Entwurf nach dem Komma die Wörter

„einschließlich des Anteils an Menschen mit einer anderen Muttersprache als deutsch“

eingefügt werden und in Nummer 4 nach dem Komma die Wörter

„einschließlich des Angebots an Psychotherapie in einer bestimmten Fremdsprache,“.

b) Einhaltung von Wartezeiten im Regel- und im Ausnahmefall

Gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V müssen die Partner der Gesamtverträge zukünftig regeln, welche Zeiten im Regel- und Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 SGB V umfasst die Sicherstellung zukünftig auch, dass die fachärztliche Versorgung zeitnah gewährleistet wird. Eine Nichteinhaltung der festgelegten Wartezeiten zeigt auf, dass der Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt wird.

Um die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu ermöglichen, ist es also erforderlich, die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen vorzusehen, wenn die Wartezeiten nicht eingehalten werden. Wird keine Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen geschaffen, so besteht die Gefahr, dass die Vorgaben zu angemessenen Wartezeiten regelmäßig und dauerhaft überschritten werden und damit zugleich der Sicherstellungsauftrag dauerhaft nicht erfüllt werden kann. Aus diesem Grund hält die BPtK einen Tatbestand zur Zulassung bei Überschreitung der festgelegten Wartezeiten für dringend erforderlich. Die BPtK schlägt hierzu vor, eine Nummer 7 in § 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf einzufügen:

„7. Die Nichteinhaltung der in den Gesamtverträgen gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V festgelegten Zeiten, die noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“

3. Versorgungskonstellation (§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf)

§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf sollte gestrichen werden. Durch ihn soll nach den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs „das mögliche Anwendungsspektrum des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beschrieben“ werden. Die Aufzählung sei dabei nicht abschließend. Sie soll dem Landesausschuss lediglich als Orien-

tierung und Unterstützung sowie als Hilfestellung dienen. Die Formulierung trägt jedoch mehr zur Verwirrung als zur Klarstellung bei. Nach der Formulierung soll sich die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bereits auf die genannten Versorgungskonstellationen beziehen. Das ergibt wenig Sinn. Zunächst einmal muss geprüft werden, ob ein Versorgungsbedarf besteht und in einem zweiten Schritt könnten dann die Maßnahmen identifiziert werden, die zur Beseitigung der Versorgungslücke sinnvoll sind.

Darüber hinaus ist fraglich, durch welche Vorschrift der G-BA ermächtigt ist, dem Landesausschuss bestimmte Versorgungskonstellationen vorzugeben, die bei einer Prüfung berücksichtigt werden sollen – zumal durch die Vorschrift das Handlungsspektrum des Landesausschusses eingeschränkt werden könnte. Nach den Ausführungen in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs auf Seite sieben unten wird der Eindruck erweckt, die in dem Satz genannten Maßnahmen seien prinzipiell vorrangig zu berücksichtigen. Grundsätzlich obliegt es zudem nicht dem Landesausschuss, Beschlüsse zur Förderung einzelner Leistungen zu treffen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb bereits bei der Prüfung eines Versorgungsbedarfes die Frage miteinbezogen werden soll, ob bestimmte Leistungen oder Konstellationen gefördert werden, wenn bei der Prüfung noch gar nicht klar ist, ob dies der Fall sein wird. Ermächtigungsgrundlage (vgl. hierzu die Ausführung unter 1.) ist § 100 Absatz 3 SGB V – sowohl nach dem Gesetz als auch nach den Ausführungen in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs. Dieser ermächtigt nicht zur Förderung einzelner Maßnahmen. Eine Einbeziehung dieser Überlegungen in die Frage, inwiefern Versorgungsbedarf überhaupt vorliegt, ist nicht nachvollziehbar.

4. Begrenzung der Feststellung eines Bedarfs (§ 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf)

Nach § 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf sind die Feststellungen eines zusätzlichen Bedarfs auf maximal fünf Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einem KV-Bezirk zu beziehen. Diese Vorgabe ist willkürlich und damit rechtswidrig. Wenn ein Versorgungsbedarf besteht, so kann dieser nicht deshalb infrage gestellt werden, weil er sich oberhalb eines bestimmten Prozentsatzes bewegt. Die Festlegung der Höhe von fünf Prozent wird in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs wie folgt begründet:

„Unter Berücksichtigung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und der zu erwartenden notwendigen regionalen Steuerung bewertet der G-BA einen Grenzwert in Höhe von fünf Prozent als sachgerecht.“

Ob zukünftig ein Versorgungsbedarf besteht und in welcher Höhe, hängt nicht davon ab, wie das in der Vergangenheit war. Insofern ist die Heranziehung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines Bedarfs zur Deckelung zukünftiger Feststellungen kein sachgerechtes Kriterium. Aufgrund der unterschiedlichen Größe und Versorgungslage ist eine einheitliche Höchstgrenze in Bezug auf die KV-Region nicht sachgerecht. Mit einer solchen Regelung würde der G-BA den ihm als Normgeber eingeräumten Einschätzungsspielraum überschreiten. Darüber hinaus fehlt es bereits an einer Ermächtigungsgrundlage für den G-BA, notwendigen Versorgungsbedarf der Höhe nach zu begrenzen.

5. Prüfung des Landesausschusses (§ 35 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK regt an, nicht nur den Gremien nach § 90a SGB V ein Stellungnahmerecht einzuräumen, sondern ebenfalls den Landesärztekammern, den Landespsychotherapeutenkammern und den Patientenvertretern. Zur Begründung kann auf die Ausführungen zu § 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf verwiesen werden.

IV. Zulassungstatbestände für Sonderbedarf

Die BPTK regt sowohl Änderungen beim allgemeinen Tatbestand zur Zulassung als auch bei den Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf an.

1. Allgemeiner Zulassungstatbestand (§ 36 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf)

§ 36 Absatz 1 Satz 1 BPL-RL-Entwurf stellt klar, dass auch bei Zulassungsbeschränkungen Sonderbedarfszulassungen erteilt werden dürfen. Hier kann sprachlich überlegt werden, ob statt des Verbs „dürfen“ das übliche Wort „können“ gewählt wird. Dieses Wort signalisiert Ermessen der Zulassungsausschüsse besser als das Verb „dürfen“, das an eine Erlaubnis erinnert. Die Formulierung „dürfen“ ist in diesem Kontext zwar bisher in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthalten gewesen, aber sonst in

diesem Zusammenhang eher unüblich. Nach Satz 2 der Vorschrift ist der Sonderbedarf festzustellen. Der Regelungsgehalt von Satz 3 erschließt sich nur schwer. Danach „bedeutet“ die Feststellung des Sonderbedarfs „die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes.“

Nach Satz 1 der Vorschrift darf die Zulassung erteilt werden, was dann insbesondere in Verbindung mit den Vorschriften des SGB V und der Zulassungsverordnung für Ärzte zu erfolgen hat. Nach Satz 2 ist gleichzeitig eine Feststellung zum Sonderbedarf zu treffen. Es ist nicht klar, was mit der Aussage, dass die Feststellung des Sonderbedarfs eine Zulassung „bedeutet“, geregelt werden soll. Anstelle des derzeitigen dritten Satzes empfiehlt die BPtK klarzustellen, dass die Zulassung zu erteilen ist, wenn sie zur Deckung eines vom Landesausschuss bereits festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig ist. Damit wäre zugleich klargestellt, dass der Zulassungsausschuss verpflichtet ist, Zulassungen zu erteilen, soweit sie zur Deckung des bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig sind. Damit würde auch ausgeschlossen, dass der Zulassungsausschuss nach dem Landesausschuss erst eine erneute Feststellung zum Versorgungsbedarf treffen muss, bevor er notwendige Zulassungen erteilen kann. Eigene Feststellungen des Zulassungsausschusses blieben aber möglich. Dabei sollte wie folgt formuliert werden:

„Die Zulassung ist zu erteilen, wenn sie zur Deckung eines bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“

2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (§ 35 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf)

Die bisherige Regelung, wonach die mit der Sonderbedarfzulassung einhergehenden Beschränkungen wegfallen sollen, wenn die Zulassungsbeschränkungen im Planungsbereich enden, soll aufgehoben werden. Der Praxisinhaber soll darauf verwiesen werden, dass er „regulär“ eine Zulassung beantragen kann. Dies wird damit begründet, dass damit die „Privilegierung“ von Inhabern einer Sonderbedarfzulassung beseitigt werden soll. Dies ist wenig überzeugend. Die Inhaber einer Sonderbedarfzulassung sind gegenüber den Inhabern einer „regulären Zulassung“ gerade

durch die Beschränkungen benachteiligt. Es handelt sich somit nicht um einen privilegierten Zugang, sondern um einen Zugang mit Einschränkungen. Die Zulassungen erfolgen auch nicht zur Privilegierung einzelner Ärzte und Psychotherapeuten, sondern weil ansonsten ein vorhandener Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden kann. Daher ist eine Aufhebung der Einschränkungen bei Wegfall der Zulassungsbeschränkungen, wie ihn das geltende Recht vorsieht, nicht nur gerechtfertigt, sondern auch sinnvoll. Würden die Inhaber von Sonderzulassungen auf das „reguläre“ Verfahren verwiesen, so würde dies nur zu bürokratischem Mehraufwand eines vollständigen Zulassungsverfahrens führen. Damit könnte aber nur erreicht werden, was ohnehin rechtlich geboten ist: Die Aufhebung der nicht mehr gerechtfertigten mit der Sonderbedarfszulassung verbundenen Einschränkungen gegenüber der „regulären“ Zulassung. Die Einschränkungen müssen ohnehin aufgehoben werden, da der mit ihnen verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 Absatz 1 GG nicht mehr durch Zulassungsbeschränkungen gerechtfertigt ist. Die BPtK schlägt vor, § 36 Absatz 2 Satz 3 BPL-RL-Entwurf durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Absatz 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.“

3. Mindestbedingung für die Feststellung von Sonderbedarf (§ 36 Absatz 3 BPL-RL-Entwurf)

Aus Sicht der BPtK ist eine Ergänzung der als Mindestbedingungen bezeichneten Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf erforderlich. Dadurch kann es der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht werden, ihren Sicherstellungsauftrag wieder zu erfüllen (vgl. die Ausführungen unter III. 2. b)). Zudem sollten Zulassungen in den Planungsbereichen ermöglicht werden, in denen aufgrund der durch den Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte blockierten Sitze noch nicht einmal die eigentlich vorgesehene Zahl an Zulassungen erreicht werden kann. In Ziffer 1 sollten dazu folgende Sätze angefügt werden:

„Von einer unzureichenden Versorgungslage ist auszugehen, wenn die gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbarten Zeiten, die im

Regel- und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen, überschritten werden. Gleiches gilt, wenn der faktische Versorgungsgrad im Planungsbereich 110 Prozent nicht erreicht.“

Die im Vorschlag von „KBV/GKV-Spitzenverband“ vorgesehene Formulierung in Ziffer 2, wonach den Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen eine höhere Bedeutung als den anderen Kriterien beigemessen wird, ist nicht erforderlich. Selbstverständlich sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zentral und entscheidend. Sie sind aber nicht entscheidender als andere strukturelle Mindestbedingungen. Die BPTK hält daher eine Gleichgewichtung der Kriterien für sinnvoll und schlägt vor, den Halbsatz wie folgt zu formulieren:

„dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.“

4. Ermittlung des Versorgungsbedarfs (§ 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK empfiehlt in § 36 Absatz 4 Satz 2 BPL-RL-Entwurf das Wort „soll“ durch „kann“ zu ersetzen. Es ist nicht zielführend, wenn der Zulassungsausschuss verpflichtet wird, geografische Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, zu verwenden. „Soll“ im rechtlichen Sinne ist mit „muss“ gleichzusetzen, es sei denn, es liegt ein atypischer Ausnahmefall vor. Eine solche Verpflichtung kann dazu führen, dass von Feststellungen abgesehen werden muss, obwohl der Bedarf klar erkennbar ist, weil beispielsweise dem Zulassungsausschuss (noch) kein solches Informationssystem zur Verfügung steht. Auch muss ein solches Informationssystem nicht zwingend geeignet sein. Die Formulierung im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs lassen darauf schließen, dass der G-BA ein konkretes System vor Augen hat: die kleinräumige Bedarfsanalyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Damit würde die Vorschrift dazu führen, dass Zulassungen zwingend von der zur Verfügung stehenden des kompletten Systems an jeden Zulassungsausschuss oder ggf. im Rahmen der in den Tragenden Gründen erwähnten Amtshilfe von der Bearbeitungsmöglichkeit, den Kapazitäten und der Bearbeitungsgeschwindigkeit der KBV abhängig wären. Das ist nicht zielführend. Daher sollte der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Er-

messen frei entscheiden können, ob der Einsatz eines solchen Systems für die maßgebliche Fragestellung sinnvoll und notwendig ist.

Es ist aus Sicht der BPTK zudem sinnvoll, im Regelungstext von § 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf ausdrücklich vorzusehen, dass die Patientenperspektive mit eingeschlossen werden muss. Letztlich geht es bei der Bedarfsplanung und der Frage der Sonderbedarfszulassung um die Sicherstellung der Versorgung. Die Patientenperspektive ist daher zwingend miteinzubeziehen. Da dieser Aspekt so zentral ist, hält die BPTK es auch für sinnvoll, ihn – wie von der Patientenvertretung gefordert – ausdrücklich im Richtlinienentwurf zu erwähnen.

5. Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften

§ 36 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf ordnet die Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften an. Das ist rechtlich nicht möglich. Eine untergesetzliche Norm kann vereinfacht gesprochen nicht erklären, dass das Gesetz nicht gilt. Entweder wird die hier vorliegende Konstellation der Nachbesetzung einer Praxis, dessen Inhaber die Zulassung aufgrund von Sonderbedarf erhalten hat, von § 103 Absatz 4 SGB V in Verbindung mit Absatz 3a erfasst oder nicht. Dem G-BA kommt keine Kompetenz zu, gesetzliche Vorschriften für nicht anwendbar zu erklären. Soweit hier das Bedürfnis besteht, eine Rechtsauffassung zu äußern, so könnte diese in den Tragenden Gründen an geeigneter Stelle eingefügt werden.

V. Ergänzende Vorgaben zum qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (§ 37 BPL-RL-Entwurf)

Die Bezeichnungen der verschiedenen Arten besonderer Qualifikationen in § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf scheinen wortgleich aus der alten Richtlinie übernommen worden zu sein, ohne zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen zu berücksichtigen, und auch mit den Vorgaben der (aktuell geltenden) Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte nicht übereinzustimmen.

1. Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern

„Fakultative Weiterbildung“ scheint nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Ärzte eine überholte Bezeichnung zu sein. Die Einschränkung bei der Zusatzweiterbildung, wonach diese einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf nur begründen kann, wenn sie „den vorgenannten Qualifikationen“ gleich steht, ist unverständlich. Bezieht sich das Gleichstehen auf eine Schwerpunktbezeichnung, die in Satz 1 genannt wird, so wird dies wohl nie der Fall sein.

Die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern werden nicht erwähnt. Nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten sind Psychotherapeuten nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung befugt, die entsprechende Zusatzbezeichnung zu führen. Nach der Terminologie der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten handelt es sich aber nicht um „eine Zusatzbezeichnung einer fakultativen Weiterbildung“, sondern schlicht um eine Zusatzbezeichnung. Dennoch besteht kein Zweifel daran, dass – um ein aktuelles Beispiel zu nennen – aufgrund der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“, Sonderbedarfszulassungen erteilt werden können.

2. Versorgungsbedarf mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht die Besonderheit, dass diese ihre Qualifikation nicht im Rahmen einer Weiterbildung erhalten, sondern dies Kern ihrer Ausbildung nach dem Studium ist, mit der sie – so wie Ärzte mit ihrer Gebietsweiterbildung – die Fachkunde erwerben. Hier sieht der Entwurf in Absatz 2 eine inhaltliche „Gleichsetzung“ einer psychotherapeutischen Berufsbezeichnung mit einer Schwerpunktbezeichnung nach der ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung vor. Es stellt sich die Frage, warum eine Gleichsetzung mit einer „ärztlichen Schwerpunktbezeichnung“ vorgenommen werden soll, zumal nach § 37 Absatz 2 Satz 1 BPL-RL-Entwurf nicht die Schwerpunktbezeichnung für die Qualifikation maßgeblich sein soll, sondern der „Inhalt des Schwerpunktes“.

Es ist dabei sehr zu begrüßen, dass ein Bedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie erkannt und eine Regelung geschaffen werden soll, die es ermöglicht, den Bedarf zu decken. Ebenso ist zu Recht festgehalten, dass

nicht nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Lage sind, diesen Bedarf zu decken, sondern auch entsprechend qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten. Ob Ärzte, die nach § 5 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung qualifiziert sind, Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln, von § 37 Absatz 2 Satz 1 oder 2 BPL-RL-Entwurf erfasst werden, kann seitens der BPTK nicht abschließend beurteilt werden. Besteht der Sonderbedarf darin, dass Kinder und Jugendliche beispielsweise psychotherapeutisch behandelt werden müssen, so müssen auch alle Berufsgruppen, die die dazu erforderlichen Qualifikationen haben, in die Lage versetzt werden, eine Sonderbedarfszulassung zur Deckung des Bedarfs zu erhalten.

3. Qualifikation maßgeblich

Entscheidend für die Frage, wann eine Sonderbedarfszulassung erteilt werden kann, ist, ob die Qualifikation, mit der der Sonderbedarf gedeckt werden kann, klar abgrenzbar ist. Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund eine Fassung von § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf vor, die sich nicht auf die Nennung von Beispielen beschränkt, sondern in allgemein verständlicher Weise die Notwendigkeit ausdrückt. § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf sollte daher wie folgt formuliert werden:

„Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wenn zur Deckung des Sonderbedarfs bestimmte Leistungen erbracht werden müssen, die an bestimmte in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder im Bundesmantelvertrag festgelegte Qualifikationen gebunden sind.“

Dadurch werden alle relevanten Fälle abgedeckt und die Nennung verschiedener Beispiele in der Terminologie unterschiedlicher Weiterbildungsordnungen und Gesetze erübrigt sich. Damit ist noch nicht gesagt, dass der entsprechende Bedarf besteht. Dieser muss nach § 37 Absatz 3 BPL-RL-Entwurf geprüft werden. Sollte entgegen dieses Vorschlags daran festgehalten werden, die Qualifikationen in Bezug auf die Weiterbildung näher zu beschreiben, so müsste mit Blick auf die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern allein auf die Zusatzbezeichnung ohne den Zusatz „einer fakultativen Weiterbildung“ Bezug genommen werden. Der

Vorschlag der Patientenvertreter sieht dies vor, in dem er durch ein Komma die Zusatzbezeichnung von der fakultativen Weiterbildung trennt. Mit Blick auf Sonderbedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie müsste auf die Psychotherapievereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrages Bezug genommen werden.

Stellungnahmen

zum Entwurf einer Änderung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

(Bedarfsplanungs-Richtlinie):

Neuregelung Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Sonderbedarf

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

Inhalt

<u>I.</u>	<u>Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u>	<u>2</u>
<u>II.</u>	<u>Schriftliche Stellungnahmen.....</u>	<u>2</u>
<u>III.</u>	<u>Mündliche Stellungnahmen.....</u>	<u>23</u>

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5 SGB V wurde der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und des Sonderbedarfs Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 10. April 2013 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 8. Mai 2013. Die Anhörung zum Entwurf der Neuregelungen fand am 13. Mai 2013 statt.

II. Schriftliche Stellungnahmen

Von folgenden stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt (in der Reihenfolge ihres Eingangs):

Bundesärztekammer (BÄK)	6. Mai 2013
-------------------------	-------------

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	6. Mai 2013
--------------------------------------	-------------

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe folgende Tabelle).

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1a	Bundesärz- tekammer (BÄK) / 06.05.2012	§ 35 zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf §§ 36 ff. Sonderbedarf Durch die Neuregelungen werden verschiedene Möglichkeiten, Besonderheiten der Versorgungssituation zu berücksichtigen und zu korrigieren. Die Bundesärztekammer empfiehlt, die Geeignetheit der Neuregelungen zu einem späteren Zeitpunkt einer Prüfung zu unterziehen.	Inwieweit die unterschiedlichen Maßnahmen sinnvoll ineinandergreifen, kann von der BÄK zum jetzigen Zeitpunkt, zumal auch die Umsetzung der zum 01.01.2013 in Kraft getretenen Bedarfsplanungs-Richtlinie noch nicht abgeschlossen ist, nicht beurteilt werden.	Nein	Eine Evaluation der Neuregelungen wird als selbstverständlich angesehen. Gemäß dem 1. Kapitel 2. Abschnitt § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA besteht eine generelle Überprüfungspflicht hinsichtlich der Auswirkungen der getroffenen Entscheidungen.
1b		§ 37 Absatz 2 Die Differenzierung in § 37 Abs. 2 zwischen den unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen ist nicht nachvollziehbar. Die Bezeichnungen fakultative Weiterbildung und Fachkunde der (Muster-) Weiterbildungsordnung 1992 entstammen und nicht in die (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 aufgenommen wurden.	Warum ist eine besondere Qualifikation bei Schwerpunkten, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden anzunehmen, während eine besondere Qualifikation bei Zusatzweiterbildungen und Facharztbezeichnungen in Gebieten mit mehreren Facharztkompetenzen vorliegen kann? Sofern keine sachlichen Gründe eine entsprechende Differenzierung begründen, regen wir eine sprachliche Vereinheitlichung an.	Ja	Wird geprüft, bereits erworbene „alte“ Bezeichnung müssen weiterhin berücksichtigt werden.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2a	Bundespsy- chothera- peutenkam- mer (BPtK) 06.05.2013	II. Rechtsgrundlage Dem G-BA steht keine allgemeine Befugnis zur Normenkonkretisierung zu. Klarstellung in Einleitung der Tragenden Gründe.	Beschlossene Richtlinien sind untergesetzliche Normen. Für jede vom G-BA erlassene Regelung bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage, aus der gemäß Artikel 80 Absatz 1 Grundgesetz (GG) analog, Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung hervorgehen müssen. Jede Regelung des G-BA ist an verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben zu messen, wobei dem G-BA als Normgeber eine Einschätzungsprärogative zukommt. Insbesondere ist hinsichtlich des Inhalts jeder einzelnen Regelung zu prüfen, ob dieser von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt ist. Auch können untergesetzliche Normen eine gesetzliche Norm nicht für unanwendbar erklären, wie im Entwurf vorgesehen.	Nein	Kein Widerspruch ersichtlich zwischen den Ausführungen in den TrGr und der Rechtslage. Es wird nicht in Abrede gestellt, dass die Richtlinien des G-BA sich an höher-rangigem Recht bemessen lassen müssen. § 36 Abs. 7 letzter Satz enthält eine deklaratorische Klarstellung, dass die betreffende Regelung des SGB V keine Anwendung findet. Aufgrund der Relevanz für die praktische Anwendung der Richtlinie bedarf es einer Klarstellung im Richtlinien-text selbst.
2b		§ 35 Absatz 1 und 4 (Antragsberechtigte) <u>§ 35 Absatz 1, Satz 1</u> Der Beschlussentwurf sieht vor, dass der Landesausschuss – mit Ausnahme des Vorliegens von Unterver-	Gesetzgeber und G-BA haben Beteiligung im	Nein	Der Kreis der Antragsberechtigten entspricht den gesetzlichen Vorgaben im SGB V und der Ärzte-ZV.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		sorgung nach § 35 Absatz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie-Entwurf (BPL-RL-Entwurf) – nur auf „Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse“ tätig wird. Dies ist nicht sachgerecht. Formulierungsvorschlag: <i>„Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbandes der Krankenkassen, einer Ersatzkasse, der zuständigen Landesbehörde, der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer oder einer der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.“</i> <u>§ 35 Absatz 1 letzter Satz</u> Der Beschlussentwurf sieht im Falle des Einsatzes derselben Kriterien bei Abweichung von Bundesvorgaben im Bedarfsplan und der Zulassung von Sonderbedarf eine besondere Begründungspflicht vor. Die BptK hält eine ausdrückliche Regelung der Begründungspflicht auch in Anbetracht der ohnehin bestehenden allgemeinen Begründungspflicht für sinnvoll. Formulierungsvorschlag: <i>„Die Begründung soll Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen beinhalten.“</i>	Rahmen der Bedarfsplanung ausgeweitet. Die BptK regt an, den Sachverstand der zuständigen Landesbehörde und der Heilberufekammern sowie der Patientenvertreter miteinzubeziehen und ihnen ein Antragsrecht zuzubilligen. Die Formulierung im Entwurf beschreibt im Indikativ, was die Begründung beinhaltet. Gemeint sein dürfte aber eher eine Vorgabe, was die Begründung zu beinhalten hat oder beinhalten soll. Die Formulierung „soll“ gibt darüber hinaus dem Landesausschuss die Möglichkeit, von Ausführungen zur Verbesserung der Versor-	Nein	Entspricht der Empfehlung des Bundesministeriums der Justiz im Handbuch der Rechtsförmlichkeiten (Randnummer 83)

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<u>§ 35 Absatz 4</u> Das „Veranlassungsrecht“ der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbänden, der Krankenkassen und der Ersatzkassen soll auf die zuständigen Landesbehörden, die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und den maßgeblichen Patientenvertreter auf Landesebene erweitert werden und sprachlich der Begriff „auf Antrag“ statt „auf Veranlassung“ gewählt werden	gung bereits erfolgten Maßnahmen in atypischen Ausnahmefällen abzu- sehen. Vgl. oben	Nein	Im Sinne der Bürokratievermeidung ist kein förmliches Antragsverfahren intendiert. Das bisherige Verfahren hat sich in der Praxis bewährt.
2c		§ 35 Absatz 5 Satz 1 Die BPtK hält eine Ergänzung der Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs für dringend notwendig. a) Muttersprachliche Psychotherapie Formulierungsvorschlag: In § 35 Absatz 5 Nummer 1 sollten nach dem Komma die Wörter <i>„einschließlich des Anteils an Menschen mit einer anderen Mutter-sprache als deutsch“</i> eingefügt werden und in Nummer 4 nach dem Komma die Wörter <i>„einschließlich des Angebots an Psychotherapie in einer bestimmten Fremdsprache,“</i>.	Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Dies setzt i. d. R. voraus, dass Patient und Psychotherapeut dieselbe (Mutter-)Sprache spre-	Nein	Die Richtlinienregelung entspricht der geltenden Rechtsprechung des BSG.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			chen, was im Normalfall gegeben ist. Andernfalls kann die – insbesondere emotionale – Kommunikation und damit der psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigt bzw. unmöglich gemacht werden. Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise über eine Quote zur Regelung des Anteils von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Durch Sonderbedarfszulassungen kann dem Bedarf zielgerecht begegnet werden.		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		b) Einhaltung von Wartezeiten im Regel- und im Ausnahmefall Formulierungsvorschlag: Einfügung Nummer 7 in § 35 Absatz 5 Satz 1: <i>„7. Die Nichteinhaltung der in den Gesamtverträgen gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V festgelegten Zeiten, die noch eine zeitnahe fach-ärztliche Versorgung darstellen.“</i>	Um die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu ermöglichen, ist es erforderlich, die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen vorzusehen, wenn die Wartezeiten nicht eingehalten werden. Wird keine Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen geschaffen, so besteht die Gefahr, dass die Vorgaben zu angemessenen Wartezeiten regelmäßig und dauerhaft überschritten werden und damit zugleich der Sicherstellungsauftrag dauerhaft nicht erfüllt werden kann.	Nein	In § 75 Abs. 1 Satz 5 SGB V sind Sanktionen im Falle eines Nichterfüllens des Sicherstellungsauftrages genannt. Diese Sanktionen werden als ausreichend erachtet.
2d		§ 35 Absatz 5 Satz 2 Die BPtK spricht sich für eine Streichung des Satzes 2 aus.	Nach der geplanten Formulierung soll sich die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bereits auf die genannten Versorgungskonstellationen beziehen. Zunächst einmal müsste	Nein	Die Prüfung auf das Vorliegen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes anhand der in Satz 1 genannten Kriterien kann vor dem Hintergrund von bestimmten Versorgungskonstellationen erfolgen, die für die Anwendung dieser Maßnahme besonders geeignet erscheinen.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			jedoch geprüft werden, ob ein Versorgungsbedarf besteht und in einem zweiten Schritt könnten dann die Maßnahmen identifiziert werden, die zur Beseitigung der Versorgungslücke sinnvoll sind. Zudem ist die Ermächtigungsgrundlage fraglich. § 100 Absatz 3 SGB V ermächtigt nicht zur Förderung einzelner Maßnahmen. Eine Einbeziehung dieser Überlegungen in die Frage, inwiefern Versorgungsbedarf überhaupt vorliegt, ist nicht nachvollziehbar.		Es erfolgt damit keine sukzessive Prüfung in zwei Schritten. Dies hat aber nicht zur Folge, dass die Prüfung des Vorliegens eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs nicht erfolgt. Einer zusätzlichen Ermächtigungsgrundlage bedarf es nicht, da allein die Prüfung konkretisiert wird, nicht hingegen die möglichen Förderungsmaßnahmen selbst.
2e		§ 35 Absatz 6 Formulierungsvorschlag: <i>„Unter Berücksichtigung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und der zu erwartenden notwendigen regionalen Steuerung bewertet der G-BA einen Grenzwert in Höhe von fünf Prozent als sachgerecht.“</i>	Die Heranziehung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines Bedarfs zur Deckelung zukünftiger Feststellungen sind kein sachgerechtes Kriterium. Aufgrund der unterschiedlichen Größe und Versorgungslage ist eine einheitliche Höchstgrenze in Bezug auf die KV-Region nicht sachgerecht. Mit einer solchen	Nein	Durch die Beschränkung soll die Steuerungsmöglichkeit der Maßnahme, nämlich die Förderung ausgewählter Regionen, sichergestellt werden. Darüber hinaus wird der gesetzlich vorgegeben Ausnahmeharakter der Regelung unterstrichen. Zudem wird die Höhe der Begrenzung Teil der regelmäßigen Überprüfung der Richtlinie sein (vgl. oben).

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			Regelung würde der G-BA den ihm als Normgeber eingeräumten Einschätzungsspielraum überschreiten. Darüber hinaus fehlt es bereits an einer Ermächtigungsgrundlage für den G-BA, notwendigen Versorgungsbedarf der Höhe nach zu begrenzen.		
2f		§ 35 Absatz 7 Die BPtK regt an, nicht nur den Gremien nach § 90a SGB V ein Stellungnahmerecht einzuräumen, sondern ebenfalls den Landesärztekammern, den Landespsychotherapeutenkammern und den Patientenvertretern.	vgl. oben	Nein	Verweis auf § 90a Abs. 2; SN können immer eingeholt werden, daher soll keine Verpflichtung zur Einholung von SN erzeugt werden.
2g		§ 36 Absatz 1 In Satz 1 „dürfen“ durch „können“ ersetzen. Der Regelungsgehalt von Satz 3 erschließt sich nur schwer. Danach „bedeutet“ die Feststellung des Sonderbedarfs „die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes.“ Formulierungsvorschlag für Satz 3: <i>„Die Zulassung ist zu erteilen, wenn sie zur Deckung eines bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“</i>	„Können“ signalisiert das Ermessen der Zulassungsausschüsse besser als das Verb „dürfen“, das an eine Erlaubnis erinnert. Die BPtK empfiehlt klarzustellen, dass die Zulassung zu erteilen ist, wenn sie zur Deckung eines vom Landesausschuss bereits	Nein	Die Regelung spiegelt den gesetzlichen Auftrag wieder. Die vorgeschlagene Änderung würde die Regelung in ihrem Sinngehalt verändern. Die Formulierung ist sehr nahe an der Begründung des Gesetzestextes.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig ist. Damit wäre zugleich klargestellt, dass der Zulassungsausschuss verpflichtet ist, Zulassungen zu erteilen, soweit sie zur Deckung des bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig sind. Damit würde auch ausgeschlossen, dass der Zulassungsausschuss nach dem Landesausschuss erst eine erneute Feststellung zum Versorgungsbedarf treffen muss, bevor er notwendige Zulassungen erteilen kann.		
2h		§ 36 Absatz 2 Satz 3 Die BPtK schlägt vor, § 36 Absatz 2 Satz 3 BPL-RL-Entwurf durch folgenden Satz zu ersetzen: <i>„Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Über-versorgung gemäß § 103 Absatz 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.“</i>	Die bisherige Regelung, wonach die mit der Sonderbedarfszulassung einhergehenden Beschränkungen wegfallen sollen, wenn die Zulassungsbeschränkungen im Planungsbereich enden, soll aufgehoben werden. Der Praxisinhaber soll darauf verwiesen werden, dass	Nein	Hier erfolgt bewusst eine Streichung des alten Richtlinien textes und die Begründung ist ausreichend in den TrGr dargelegt. Diese Regelung sichert bei der partiellen Entsperrung die Chancengleichheit aller Bewerber sowie eine Versorgungsadäquate Besetzung des freien Vertragsarztsitzes (§ 37 Abs. 1 S. 2 a.F.).

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			er „regulär“ eine Zulassung beantragen kann. Dies wird damit begründet, dass damit die „Privilegierung“ von Inhabern einer Sonderbedarfszulassung beseitigt werden soll. Dies ist wenig überzeugend. Die Inhaber einer Sonderbedarfszulassung sind gegenüber den Inhabern einer „regulären Zulassung“ geradedurch die Beschränkungen benachteiligt. Es handelt sich somit nicht um einen privilegierten Zugang, sondern um einen Zugang mit Einschränkungen. Die Zulassungen erfolgen auch nicht zur Privilegierung einzelner Ärzte und Psychotherapeuten, sondern weil ansonsten ein vorhandener Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden kann. Daher ist eine Aufhebung der Einschränkungen bei Wegfall der Zulassungsbeschränkungen, wie ihn das geltende Recht vorsieht, nicht nur gerechtfertigt, sondern auch sinnvoll. Würden die Inhaber		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			von Sonderzulassungen auf das „reguläre“ Verfahren verwiesen, so würde dies nur zu bürokratischem Mehraufwand eines vollständigen Zulassungsverfahrens führen. Damit könnte aber nur erreicht werden, was ohnehin rechtlich geboten ist: Die Aufhebung der nicht mehr gerechtfertigten mit der Sonderbedarfszulassung verbundenen Einschränkungen gegenüber der „regulären“ Zulassung. Die Einschränkungen müssen ohnehin aufgehoben werden, da der mit ihnen verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 Absatz 1 GG nicht mehr durch Zulassungsbeschränkungen gerechtfertigt ist.		
2i		§ 36 Absatz 3 Formulierungsvorschlag: In Ziffer 1 sollten folgende Sätze angefügt werden: <i>„Von einer unzureichenden Versorgungslage ist auszu- gehen, wenn die gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbarten Zeiten, die im Regel- und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen, überschritten werden. Gleiches gilt, wenn der faktische</i>	Aus Sicht der BPTK ist eine Ergänzung der als Mindestbedingungen bezeichneten Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf erforderlich. Dadurch kann es der Kassenärztlichen Vereinigung	Nein	Sofern die Quotenregelung angesprochen wird auf bestehende gesetzliche Regelungen verwiesen (§ 101 Abs. 4 S. 5 und 6 SGB V)

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		Versorgungsgrad im Planungsbereich 110 Prozent nicht er-reicht.“ Alternativvorschlag zu Ziffer 2, letzter Satz: „dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versor- gungsstrukturen zu berücksichtigen.“	ermöglicht werden, ihren Sicherstellungsauftrag wie- der zu erfüllen (vgl. die Ausführungen unter III. 2. b)). Zudem sollten Zulas- sungen in den Planungs- bereichen ermöglicht wer- den, in denen aufgrund der durch den Mindestversor- gungsanteil für psychothe- rapeutisch tätige Ärzte blockierten Sitze noch nicht ein-mal die eigentlich vorgesehene Zahl an Zu- lassungen erreicht werden kann. Die im Vorschlag von „KBV/GKV- Spitzenverband“ vorgese- hene Formulierung in Ziffer 2 ist nicht erforderlich. Selbstverständlich sind die Auswirkungen auf beste- hende Versorgungsstruk- turen zentral und ent- scheidend. Sie sind aber nicht entscheidender als andere strukturelle Min- destbedingungen.	Ja	Änderung: „dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.“

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2j		§ 36 Absatz 4 Die BPtK empfiehlt in § 36 Absatz 4 Satz 2 das Wort „soll“ durch „kann“ zu ersetzen.	Es ist nicht zielführend, wenn der Zulassungsaus- schuss verpflichtet wird, geografische Informatio- nen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten ab- bilden, zu verwenden. „Soll“ im rechtlichen Sinne ist mit „muss“ gleichzuset- zen, es sei denn, es liegt ein atypischer Ausnahme- fall vor. Eine solche Ver- pflichtung kann dazu füh- ren, dass von Feststellun- gen abgesehen werden muss, obwohl der Bedarf klar erkennbar ist, weil beispielsweise dem Zulas- sungsaus-schuss (noch) kein solches Informations- system zur Verfügung steht. Auch muss ein sol- ches Informationssystem nicht zwingend geeignet sein. Die Formulierung im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs lassen darauf schließen, dass der G-BA ein konkre- tes System vor Augen hat: die kleinräumige Bedarfs- analyse der Kassenärztli-	Nein	Es ist bewusst eine Soll-Regelung gewählt worden, um dem gesetzge- berischen Auftrag einer Objektivie- rung der Entscheidungen der Zulas- sungsausschüsse nachzukommen.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		Die BPtK unterstützt den Formulierungsvorschlag der PatV zu Absatz 2	chen Bundesvereinigung (KBV). Damit würde die Vor-schrift dazu führen, dass Zulassungen zwin-gend vom zur Verfügung stellen des kompletten Systems an jeden Zulas-sungsausschuss oder ggf. im Rahmen der in den Tragenden Gründen er-wähnten Amtshilfe von der Bearbeitungsmöglichkeit, den Ka-pazitäten und der Bearbeitungsgeschwindig-keit der KBV abhängig wären. Das ist nicht ziel-führend. Daher sollte der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Er-messen frei entscheiden können, ob der Einsatz eines solchen Systems für die maß-gebliche Frage-stellung sinnvoll und not-wendig ist. Es ist aus Sicht der BPtK zudem sinnvoll, im Rege-lungstext von § 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf aus-drücklich vorzusehen, dass die Patientenper-spektive mit einge-schlossen werden muss.		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			Letztlich geht es bei der Bedarfsplanung und der Frage der Sonderbedarfszulassung um die Sicherstellung der Versorgung. Die Patientenperspektive ist daher zwingend miteinzubeziehen.		
2k		§ 36 Absatz 7 Die BPtK plädiert für eine Streichung des Absatzes 7	§ 36 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf ordnet die Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften an. Das ist rechtlich nicht möglich. Entweder wird die hier vorliegende Konstellation der Nachbesetzung einer Praxis, dessen Inhaber die Zulassung aufgrund von Sonderbedarf erhalten hat, von § 103 Absatz 4 SGB V in Verbindung mit Absatz 3a erfasst oder nicht. Dem G-BA kommt keine Kompetenz zu, gesetzliche Vorschriften für nicht anwendbar zu erklären. Soweit hier das Bedürfnis besteht, eine Rechtsauffassung zu äußern, so könnte diese in den Tragenden Gründen an geeigneter Stelle eingefügt werden.	Nein	Der G-BA geht davon aus, dass die nebenstehende Konstellation von § 103 Abs. 3a Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V gerade nicht erfasst wird. Es steht dem G-BA frei, eine entsprechende deklaratorische Regelung vorzusehen, da dies von seiner Regelungsbefugnis umfasst wird. Zur Klarstellung wurde die Regelung weiter präzisiert.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
21		§ 37 Die Bezeichnungen der verschiedenen Arten besonderer Qualifikationen in § 37 Absatz 2 berücksichtigen zwischenzeitlich erfolgte Änderungen nicht und stimmen mit den Vorgaben der (aktuell geltenden) Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte nicht überein.	„Fakultative Weiterbildung“ ist als Begriff überholt. Die Einschränkung bei der Zusatzweiterbildung, wonach diese einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf nur begründen kann, wenn sie „den vor- genannten Qualifikationen“ gleich steht, ist unverständlich. Bezieht sich das Gleichstehen auf eine Schwerpunktbezeichnung, die in Satz 1 genannt wird, so wird dies wohl nie der Fall sein. Die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern werden nicht erwähnt. Nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten sind Psychotherapeuten nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung befugt, die entsprechende Zusatzbezeichnung zu führen. Nach der Terminologie der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten han-	Nein	Alte Bezeichnungen müssen fortbestehen können, aus diesem Grund ist eine Anpassung der Berufszeichnungen an die aktuell geltende Musterweiterbildungsordnung nicht angezeigt (siehe oben BÄK)

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			delt es sich aber nicht um „eine Zusatzbezeichnung einer fakultativen Weiterbildung“, sondern schlicht um eine Zusatzbezeichnung. Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht die Besonderheit, dass die-se ihre Qualifikation nicht im Rahmen einer Weiterbildung erhalten, sondern dies Kern ihrer Ausbildung nach dem Studium ist, mit der sie – so wie Ärzte mit ihrer Gebietsweiterbildung – die Fachkunde erwerben. Hier sieht der Entwurf in Absatz 2 eine inhaltliche „Gleichsetzung“ einer psychotherapeutischen Berufsbezeichnung mit einer Schwerpunktbezeichnung nach der ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung vor. Es stellt sich die Frage, warum eine Gleichsetzung mit einer „ärztlichen Schwerpunktbezeichnung“ vorgenommen werden soll, zumal nach § 37 Absatz 2 Satz 1 BPL-RL-Entwurf nicht die Schwerpunktbe-		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		Formulierungsvorschlag zu § 37 Absatz 2: <i>„Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wenn zur Deckung des Sonderbedarfs bestimmte Leistungen erbracht werden müssen, die an</i>	zeichnung für die Qualifikation maßgeblich sein soll, sondern der „Inhalt des Schwerpunktes“. Ob Ärzte, die nach § 5 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung qualifiziert sind, Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln, von § 37 Absatz 2 Satz 1 oder 2 BPL-RL-Entwurf erfasst werden, kann seitens der BPTK nicht abschließend beurteilt werden. Besteht der Sonderbedarf darin, dass Kinder und Jugendliche beispielsweise psychotherapeutisch behandelt werden müssen, so müssen auch alle Berufsgruppen, die die dazu erforderlichen Qualifikationen haben, in die Lage versetzt werden, eine Sonderbedarfszulassung zur Deckung des Bedarfs zu erhalten. Entscheidend für die Frage, wann eine Sonderbedarfszulassung erteilt wer-	Nein	§ 37 Abs. 2 S. 4 und 5 entsprechen der BSG-Rechtsprechung

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd. · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
		<i>bestimmte in Richtlinien des Gemeinsamen Bundes- ausschusses oder im Bundesmantelvertrag festgelegte Qualifikationen gebunden sind.“</i>	den kann, ist, ob die Quali- fikation, mit der der Son- derbedarf gedeckt werden kann, klar abgrenzbar ist. Die BPtK schlägt vor die- sem Hintergrund eine Fas- sung von § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf vor, die sich nicht auf die Nennung von Beispielen beschränkt, sondern in allgemein ver- ständlicher Weise die Notwendigkeit ausdrückt. Damit ist noch nicht ge- sagt, dass der entspre- chende Bedarf besteht. Dieser muss nach § 37 Absatz 3 BPL-RL-Entwurf geprüft werden. Sollte entgegen dieses Vor- schlags daran festgehalten werden, die Qualifikatio- nen in Bezug auf die Wei- terbildung näher zu be- schreiben, so müsste mit Blick auf die Weiterbil- dungsordnungen der Psy- chotherapeutenkammern allein auf die Zusatzbe- zeichnung ohne den Zu- satz „einer fakultativen Weiterbildung“ Bezug ge- nommen werden. Der Vor- schlag der Patientenvertre-		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neuregelung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfs

Lfd · Nr.	Stellung- nehmende Organisati- on / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Ände- rung der Richtli- nie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			ter sieht dies vor, in dem er durch ein Komma die Zusatzbezeichnung von der fakultativen Weiterbildung trennt. Mit Blick auf Sonderbedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie müsste auf die Psychotherapievereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrages Bezug genommen werden.		

III. Mündliche Stellungnahmen

Gemäß § 91 Absatz 9 SGB V, 1. Kapitel § 12 Absatz 1 der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA ist jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, und eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben. Diese ist im Rahme einer Anhörung abzugeben und dient in erster Linie dazu, die sich aus der schriftlichen Stellungnahme ergebenden Fragen zu klären und neuere Erkenntnisse die sich zeitlich nach Abschluss des schriftlichen Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle Stellungnahmeberechtigte, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, sind zur mündlichen Anhörung eingeladen worden.

Folgende Organisationen haben an einer mündlichen Anhörung teilgenommen:

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)

13. Mai 2013

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahmen wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (**Anhang**) festgehalten.

Mündliche Anhörung



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Anlage 5 zu den Tragenden Gründen zur Neuregelung § 35 und §§ 36 ff. BPL-RL

zu Neuregelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie **des Gemeinsamen Bundesausschusses**

hier: §§ 35, 36, 37 BPL-RL

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 13. Mai 2013
von 11.07 Uhr bis 11.21 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer der **Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin (BPtK)**:
Herr Schopohl

Beginn der Anhörung: 11.07 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Guten Tag, Herr Schopohl! Wir freuen uns, dass Sie hier sind. Ich möchte Ihnen ein paar Hinweise zu der Anhörung geben.

Ich weise darauf hin, dass wir hier eine Stenografin haben, die ein Wortprotokoll führt. Damit Ihre Informationen gut zu hören sind, bitten wir Sie, das Mikrofon zu verwenden, das vor Ihnen steht. Das Wortprotokoll kann im Rahmen der Dokumentation veröffentlicht werden. Bei Wortmeldungen von Mitgliedern des Unterausschusses wird kein Name genannt, sondern nur die zugehörige Mitgliedsorganisation.

Wir bitten Sie, bei Ihrer Stellungnahme die neuesten Erkenntnisse, die Sie haben, einzubringen und nicht all die Dinge, die bereits schriftlich vorliegen und schon diskutiert worden sind, zu wiederholen, sofern das gelingt.

Damit freuen wir uns auf Ihren Vortrag. Hinterher werden wir Ihnen Fragen stellen und diskutieren.

Herr Schopohl (BPtK): Vielen Dank für die Gelegenheit, hier ergänzend vorzutragen. Ich möchte zwei Sachen aus der Stellungnahme hervorheben, ohne sie länger zu diskutieren.

Wir halten es für sinnvoll, die Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs zu ergänzen, insbesondere mit Blick auf muttersprachliche Psychotherapie, weil wir hier einen echten Versorgungsbedarf sehen, der immer wieder zutage tritt. Zum anderen halten wir es für sehr wichtig, mit Blick auf die Neuregelung, wonach festgelegt werden muss, welche Wartezeiten noch als zeitnah anzusehen sind, und damit, unter welchen Bedingungen der Sicherstellungsauftrag noch erfüllt wird, explizit eine Möglichkeit vorzusehen, eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen, wenn diese Wartezeiten nicht eingehalten werden. Das haben wir im Detail in der schriftlichen Stellungnahme ausgeführt.

Ergänzend möchte ich auf die Frage eingehen, welche Qualifikationen maßgeblich sein sollten, um einen qualifizierten Sonderbedarf festzustellen. Wir haben vorgeschlagen, eine allgemeine Formulierung zu wählen, weil wir den Vorschlag in dem Entwurf für nicht ausreichend beziehungsweise teilweise für missverständlich halten. Sollte man sich nicht dafür entscheiden, eine allgemeine Lösung zu formulieren, sollten dennoch sehr wichtige einzelne Formulierungen mit Blick auf die Qualifikation von Psychotherapeuten geändert werden.

In dem Entwurf ist zum einen die Rede von Zusatzbezeichnungen einer fakultativen Weiterbildung. Bei Psychotherapeuten gibt es auch eine Muster-Weiterbildungsordnung; die Landeskammern haben sie. Dort gibt es nur Bereiche und Zusatzbezeichnungen, die erteilt werden. Auch die müssten erfasst werden. Ein relativ aktuelles Beispiel ist klinische Neuropsychologie.

Zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen gibt es ausführliche Entscheidungen. Im letzten August hat sich das Bundessozialgericht zu dieser Frage geäußert. Hier müssen zwei Konstellationen mit Blick auf Psychotherapeuten erfasst werden, nämlich die Psychotherapeuten für Kinder und Jugendliche, bei denen evident ist, dass sie eine Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen haben, zum anderen aber auch psychologische Psychotherapeuten, die über die Voraussetzungen zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen verfügen. Hier stellt sich zusätzlich die Frage, warum von der Formulierung im Vorschlag Ärzte nicht erfasst werden. Im Rahmen der noch geltenden Mindestquote ist es durchaus möglich, dass ein psychotherapeutisch tätiger Arzt ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandelt. Das ist jetzt nicht etwas, was unmittelbar die Kammer betrifft, aber es ist ein Punkt, der uns an dieser Stelle aufgefallen ist.

Insofern würden wir dafür plädieren, klar auf die Qualifikation und die Voraussetzungen, die festgelegt werden, Bezug zu nehmen. Die Formulierung, die hier vorgeschlagen wird, Zusatzqualifikation und Abrechnungsmöglichkeit – es ist klar, was gemeint ist –, ist missverständlich; denn die Abrechnungsmöglichkeit gibt es für denjenigen, der erst noch zugelassen werden soll, noch gar nicht. Es geht vielmehr um die Qualifikation, an die die Abrechnungsmöglichkeit geknüpft wird.

Das wären die wesentlichen Punkte, die wir zusätzlich zur schriftlichen Stellungnahme an dieser Stelle gerne ergänzen möchten.

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Vielen Dank, Herr Schopohl. Wer möchte das Wort ergreifen? – Die Patientenvertretung.

PatV: Vielen Dank, Frau Dr. Bert. – Herr Schopohl, Sie haben im Grunde genommen zwei Vorschläge gemacht. Der eine betrifft die muttersprachlichen Versorgungsanforderungen, und nun haben Sie die Wartezeit als mögliche Begründung für zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf vorgeschlagen. Wir haben uns gefragt, warum Sie das da verortet haben wollen. Ich hätte mir vorstellen können, dass man so etwas besser unter dem normalen Sonderbedarf in § 37 BPL-RL unterbringen kann. Können Sie dazu noch etwas sagen?

Herr Schopohl (BPtK): Das muss man sicher an beiden Stellen verorten. Wir denken, gerade mit Blick auf die muttersprachliche Psychotherapie wird das häufig ein spezieller Teilbereich eines Planungsbereichs sein. Der Klassiker ist eine Großstadt wie Berlin, in der in einem Bezirk dieser Bedarf ganz stark zutage tritt. Es wäre nicht sinnvoll, eine allgemeine Sonderbedarfszulassung für eine bestimmte Fremdsprache zu erteilen, die innerhalb von Berlin an keinen Ort geknüpft ist. Man müsste sich dann schon die einzelnen Bezirke ansehen und im Rahmen eines lokalen Versorgungsbedarfs sinnvollerweise die Sonderbedarfszulassung erteilen. Man kann das natürlich genauso gut über den qualifikationsbezogenen allgemeinen Sonderbedarfstatbestand regeln und dennoch eine lokale Verortung vorsehen. Aber wir denken, dass gerade bei diesem Beispiel besonders klar zutage tritt, dass man das sinnvollerweise örtlich beschränken sollte.

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Nochmals die Patientenvertretung.

PatV: Meine zweite Frage bezieht sich auf § 36 Abs. 7 BPL-RL. Sie hatten angemerkt, dass das aus Ihrer Sicht rechtlich nicht haltbar ist. Können Sie vielleicht nochmals erläutern, warum das aus Ihrer Sicht nicht geht?

Herr Schopohl (BPtK): Das ist in erster Linie eine rechtsdogmatische Frage. Wenn das Gesetz bei der Nachbesetzung ein bestimmtes Verfahren vorsieht, dann kann nicht eine untergesetzliche Norm dieses Verfahren vom Geltungsbereich ausnehmen. Dafür gibt es keine Ermächtigungsgrundlage. Es heißt bei diesem Verfahren nicht, der Gemeinsame Bundesausschuss entscheidet, wann es anzuwenden ist und wann nicht. Wenn man der Auffassung ist, das Gesetz muss man so auslegen, dann kann man das in einer untergesetzlichen Norm nicht ausdrücklich abweichend regeln, sondern dann müsste man zur Klarstellung die Tragenden Gründe wählen, wo man das verorten kann. Wir halten es aber für schwierig und in diesem Einzelfall vielleicht auch für nicht so dramatisch. Es gibt viele Regelungen, bei denen man sich fragen muss: Wie werden die ausgelegt, so oder so? Wir glauben jedoch nicht, dass es ein sinnvoller Weg ist, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien das Gesetz in eine bestimmte Richtung interpretiert und dann für anwendbar oder nicht anwendbar erklärt.

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Bitte.

PatV: Sehen Sie in dieser Regelung, wie sie jetzt getroffen worden ist, inhaltlich einen Sinn? Es ist der Versuch, eine bestimmte Nachbesetzung einzuschränken. Wäre die Regelung aus Ihrer Sicht inhaltlich tragbar, wenn man für das Rechtsproblem eine Lösung fände?

Herr Schopohl (BPtK): Wenn eine Zulassung an einen bestimmten Bedarf geknüpft ist und nicht an allgemeine Voraussetzungen, muss man sich schon überlegen, ob man die weiter bestehen lässt, ohne den Bedarf gesondert zu prüfen.

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Die GKV.

GKV: Jenseits der Frage, ob man eine rechtliche Grundlage für diese Forderung sieht: Sieht es die Bundespsychotherapeutenkammer gleichermaßen als gerechtfertigt und als sinnvolle Forderung in diesem Sinne an, muttersprachliche Ärzte, vielleicht sogar eine Quote für muttersprachliche Ärzte, auch bei Hausärzten und Internisten zu fordern?

Herr Schopohl (BPtK): Wir denken, dass man sich auf den Bereich Psychotherapie beschränken sollte. Wir meinen auch, dass das gerechtfertigt ist. Psychotherapie ist – das brauche ich nicht im Einzelnen zu erläutern – stark sprachgebunden. Ab einem bestimmten Punkt kann man die Behandlung nicht mehr durchführen, wenn es Verständigungsschwierigkeiten gibt. Das ist bei anderen Behandlungen in diesem Ausmaß nicht so. Darüber nachzudenken, ob es im Einzelfall sinnvoll sein kann, zum Beispiel im Bereich der Hausärzte Zulassungen vorzusehen, ist sicher sinnvoll. Ob das Problem so dringend ist, dass man es über eine allgemeine Regelung lösen muss, weiß ich nicht. Vielleicht kann man es im Rahmen von Kriterien lösen, die man beim Ausschreiben des Sitzes berücksichtigt. Darüber hat sich die BPtK keine abschließenden Gedanken gemacht.

Frau Dr. Bert (Vorsitzende): Jetzt blicke ich streng in jede Richtung, damit ich niemanden übersehe. – Offenbar gibt es keinen Fragebedarf mehr.

Dann bedanke ich mich bei Ihnen, Herr Schopohl, dass Sie gekommen sind. Ich wünsche Ihnen einen guten Heimweg und einen schönen Tag.

Schluss der Anhörung: 11.21 Uhr