

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung**

Vom 20. Juni 2013

### Inhalt

<b>1. Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 § 41 Absatz 7 – Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung</b> .....	<b>2</b>
<b>2.2 § 48 – Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3 § 49 – Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 § 50 – unbesetzt</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Würdigung der Stellungnahmen</b> .....	<b>5</b>
<b>4. Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>6</b>
<b>5. Verfahrensablauf</b> .....	<b>6</b>
<b>6. Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens</b> .....	<b>8</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Die Änderung in § 41 Absatz 7 BPL-RL erfolgt auf Grundlage von § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V. Danach beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über Ausnahmeregelungen für die Zulassung eines Arztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sofern der Arzt die vertragsärztliche Tätigkeit gemeinsam mit einem dort bereits tätigen Vertragsarzt desselben Fachgebiets oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung, ausüben will.

Mit Blick auf die Neuregelungen der §§ 48 ff. der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) hatte sich der G-BA per Beschluss vom 20. Dezember 2012 hierfür eigenständig eine Frist zur Umsetzung bis zum 30. Juni 2013 gesetzt.

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V dem G-BA die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983, Nr. 70) in Kraft getreten am 1. Januar 2012 (GKV-VStG) hat wesentliche Änderungen dieser Rechtsgrundlage gebracht, die durch den Beschluss zur Neuregelung der Bedarfsplanungsrichtlinie vom 20. Dezember 2012 adressiert wurden. In diesem Beschluss nicht enthalten waren neue Regelungen zum ausgewogenen Verhältnis von Haus- zu Fachärzten (§§ 48 ff), dessen Festlegung vom Gesetzgeber im § 101 Absatz 1 Nr. 2 SGB V gefordert wird. Zwar wurde im letztgenannten Paragraphen durch das GKV-VStG keine Änderung vorgenommen, mit der Reform der Bedarfsplanung vom 20. Dezember 2012 ergeben sich jedoch Verschiebungen im Verhältnis der Arztgruppen zueinander, sodass hier entsprechende Anpassungen erforderlich waren.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 § 41 Absatz 7 – Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung**

In der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung (M-WBO) wurde der Facharzt für Nervenheilkunde durch den Facharzt für Neurologie und den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ersetzt. Eine Vielzahl von Nervenärzten (nach alter M-WBO) erreicht zunehmend ein Alter, in dem die Vorbereitung der Praxisnachfolge erwogen wird. Ein wesentliches Instrument für die Gestaltung einer reibungslosen Praxisübergabe ist das Job Sharing nach § 40 BPL-RL. Eine Voraussetzung für die Zulassung zum Job Sharing ist die Fachidentität von Job Sharing-Senior- und Job Sharing-Juniorpartner, die im § 41 BPL-RL konkretisiert ist. Die bisherige Fassung der Richtlinie in § 41 Absatz 7 BPL-RL setzt für Nervenärzte voraus, dass der Junior-Partner entweder originärer Nervenarzt ist oder sowohl einen Facharztbezeichnung für Neurologie wie auch einen Facharztbezeichnung für Psychiatrie bzw. einen Facharztbezeichnung für Psychiatrie und Psychotherapie führt. Eine solche Qualifikation ist jedoch in der Praxis zunehmend schwieriger zu finden, sodass hier mögliche (zumindest vorübergehende) Defizite in der nervenärztlichen Versorgung erwartet werden.

Vor diesem Hintergrund ergänzt der G-BA die Regelung zur Fachidentität bei den Nervenärzten. Danach können Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Nervenheilkunde (nach alter M-WBO) miteinander als Job Sharing Partner zugelassen werden. Gleichwohl wird die Zulassung zum Job Sharing mit einem anderen Facharzt innerhalb der Gruppe der Nervenärzte unter einem Prüfvorbehalt gestellt. Demnach soll der Zulassungsausschuss in Anlehnung an den § 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 7 SGB V prüfen, ob die Zulassung zum Job Sharing in der beantragten Konstellation von Fachärzten den Versorgungsbedürfnissen vor Ort entspricht. Mit dieser Regelung wird sichergestellt, dass bereits bei der Vorbereitung einer Nachbesetzung von Nervenärzten im Rahmen des Job Sharings auf eine angemessene Verteilung von Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie hingewirkt wird.

## **2.2 § 48 – Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung**

Historisch betonen die §§ 48 ff. der Richtlinie mit Blick auf das gesetzlich geforderte ausgewogene Verhältnis von Haus- zu Fachärzten die Bedeutung der Hausärzte im Gesamtgefüge der ambulanten Versorgung. Diese versorgungspolitische Grundausrichtung soll beibehalten werden.

Gleichzeitig wurde hierzu in der Vergangenheit ein Zahlenverhältnis festgeschrieben, das jedoch bereits in der alten Planung kaum erreicht werden konnte. Angesichts der neuen Planungsgrundlagen, die die Versorgungsbedarfe regional wesentlich besser differenzieren und den Erfordernissen vor Ort besser Rechnung tragen, ist eine Fortsetzung simpler Zahlenverhältnisse nicht mehr sachgerecht. Vor diesem Hintergrund verweist die Neuformulierung hierzu auf qualitative Kriterien und quantitative Orientierungswerte.

Im § 101 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V fordert der Gesetzgeber den G-BA auf, Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur vorzugeben. Mit der Festlegung einer differenzierten Systematik von Planungsräumen und Verhältniszahlen liefert der G-BA für diesen Auftrag eine Ausgangsbasis. Der G-BA geht davon aus, dass als Ergebnis der Anwendung der Vorgaben der BPL-RL und unter Anwendung der regionalen Anpassungsmöglichkeiten nach § 2 BPL-RL eine angemessene und ausgewogene Versorgungsstruktur sichergestellt ist. Durch die Planung unterschiedlicher Arztgruppen wird dabei auch schon der Differenzierung nach Haus- und Fachärzten Rechnung getragen.

Unbenommen davon sieht es der G-BA als erforderlich an, bestimmte Aspekte der durch die Bedarfsplanung angestrebten Versorgungsstruktur gesondert hervorzuheben. Damit ist das Ziel verbunden, dass diese Aspekte durch die Anwender der Richtlinie eine erhöhte Aufmerksamkeit erfahren und ggf. Maßnahmen zur Umsetzung dieser Aspekte ergriffen werden. Einer der aus Sicht des G-BA wesentlichen Aspekte der Bedarfsplanung ist die Bedeutung der Hausärzte im Gesamtgefüge der ambulanten Versorgung. Deren besondere Rolle und Lotsenfunktion im Gesundheitssystem soll hervorgehoben werden.

Aus diesem Grund greift § 48 BPL-RL die Vorgaben des § 73 Absatz 1 SGB V auf. Darin wird der Versorgungsauftrag der Hausärzte sehr differenziert beschrieben. Diese Beschreibung soll eine wesentliche Grundlage bei der Bewertung der hausärztlichen Versorgungsstruktur auch in Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung bilden. Damit wird die bisher rein quantitative Vorgabe einer ausgewogenen haus- und fachärztlichen

Versorgungsstruktur um eine qualitative Dimension erweitert. Die Hausärzte einer Region sollen dem im § 73 Absatz 1 SGB V beschriebenen Versorgungsauftrag nachkommen können, um eine ausgewogene Versorgung zu gewährleisten.

Die neue, regional differenzierte Planungssystematik macht eine Bewertung der Verteilung von Haus- und Fachärzten auf Ebene eines einheitlichen Planungsraumzuschnitts auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte unmöglich. Einige Arztgruppen werden oberhalb (z.B. Fachinternisten), einige unterhalb der Kreisebene geplant (z.B. Hausärzte). Aus diesem Grund legt der G-BA als räumliche Grundlage für die Bewertung der ausgewogenen haus- und fachärztlichen Versorgungsstrukturen die KV-Region fest, die als oberste Steuerungsebene alle kleinräumigeren Planungsbezüge in sich vereint.

Neben den qualitativen Vorgaben zur haus- und fachärztlichen Versorgung soll § 48 BPL-RL aber auch eine quantitative Orientierung bieten. Analog zum Verweis auf § 73 Absatz 1 SGB V bei der qualitativen Beschreibung des Versorgungsauftrags wird bei der Abgrenzung der Arztgruppen, die der hausärztlichen Versorgung zugeordnet werden, auf § 73 Absatz 1a SGB V verwiesen. Dieser Hinweis war bisher im alten § 49 i.d.F.v. 20.12.2012 enthalten und wird nun direkt in § 48 BPL-RL integriert.

Bei der Bewertung der ausgewogenen Versorgungsstruktur hatte sich die bisherige Vorgabe eines Verhältnisses Haus- zu Fachärzten von 60 zu 40, wie es bereits 1993 in der alten Bedarfsplanungsrichtlinie beschrieben wurde, als nicht erreichbar erwiesen. Die neue Bedarfsplanung muss daher von veränderten Rahmenbedingungen ausgehen. Würde auf Basis der Einwohnerzahlen zum Stichtag 31.12.2010 und auf Grundlage der Vorgaben der aktuellen Bedarfsplanung die Soll-Zahl der Ärzte ermittelt, wäre bundesweit mit einem Verhältnis Haus- zu Fachärzten von 53 zu 47 zu rechnen. Allerdings würde dieses Verhältnis in ländlich strukturierten KVen höher, in Stadt-KVen deutlich niedriger ausfallen. Ursache hierfür ist u.a. das gewollte hohe fachärztliche Versorgungsniveau in Städten, aus denen das Umland mitversorgt wird. Vor diesem Hintergrund macht der G-BA keine numerische Vorgabe zum angestrebten Verhältnis von Haus- zu Fachärzten.

Unbenommen davon gibt der Satz 2 des § 48 eine orientierende Vorgabe zur angestrebten Verteilung der Haus- und Fachärzte. Demnach soll der Anteil der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegen. Ohne Nennung eines konkreten Zahlenwertes wird der Erwartung des G-BA Ausdruck verliehen, dass der Anteil der Hausärzte um einige Prozentpunkte über 50% liegt. Angesichts von Hausarztanteilen von z.T. deutlich unter 50% ist diese Vorgabe bereits ein ambitioniertes Ziel, welche umfangreiche Maßnahmen der KVen aber auch der anderen Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung erforderlich machen kann.

Gleichwohl ist diese Vorgabe insbesondere in den Stadt-KVen auch unter größten Anstrengungen nicht zu erreichen. Hier kann der hohe Anteil der mitversorgenden Fachärzte in der Stadt aufgrund der Festlegung der räumlichen Bezugsregion der KV rechnerisch nicht durch niedrigere Versorgungsniveaus im Umland kompensiert werden. Aus diesem Grund stellt Satz 3 des § 48 klar, dass bei dieser Betrachtung Mitversorgungseffekte der Stadt-KVen zu berücksichtigen sind. Die Fachärzte können in solchen Konstellationen z.B. entsprechend ihres Mitversorgungsanteils für das Umland heraus gerechnet werden. Der § 101 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V verweist explizit auf haus- und fachärztliche Versorgungsstrukturen. Vor diesem Hintergrund werden psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei der Bewertung der Versorgungsstruktur nach § 48 nicht berücksichtigt.

### **2.3 § 49 – Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur**

Der neue § 49 BPL-RL entspricht in wesentlichen Teilen dem alten § 50 BPL-RL i.d.F.v. 20. Dezember 2012. Er verpflichtet die KVen tätig zu werden, wenn die Vorgaben des § 48 BPL-RL nicht erfüllt werden. Der Verweis auf den Planungsbereich wurde hier aus den oben genannten Gründen durch den Bezug auf die KV-Region ersetzt. Darüber hinaus macht § 48 BPL-RL Vorgaben, wie die KVen auf Abweichungen von § 48 BPL-RL reagieren sollen. Neben der bereits bisher verankerten Niederlassungsberatung wurden hier nun auch Maßnahmen nach § 105 Absatz 1a SGB V aufgenommen. Damit wird im Wesentlichen das Spektrum an Handlungsmöglichkeiten abgedeckt, das im alleinigen Handlungsbereich der KVen liegt.

Nicht fortgeführt wurde der Verweis auf ein ausgewogenes Verhältnis innerhalb der Arztgruppe der Hausärzte. Dieses kann neben den Vorgaben der Richtlinie zu Planungsräumen und Verhältniszahlen beider Arztgruppen auf Basis bestehender gesetzlicher Vorgaben nicht weiter qualitativ oder quantitativ ergänzend umschrieben werden. Hier sieht der G-BA die bestehenden Vorgaben der Richtlinie als ausreichend an.

### **2.4 § 50 – unbesetzt**

Der alte § 50 BPL-RL i.d.F.v. 20. Dezember 2012 wurde mit einigen Änderungen in § 49 BPL-RL überführt. Der Hinweis in § 49 BPL-RL i.d.F.v. 20. Dezember 2012, dass die Abgrenzung zwischen Haus- und Fachärzten auf Grundlage des § 73 SGB V erfolgen soll, ist nunmehr in den neuen § 48 BPL-RL integriert worden. Der § 50 BPL-RL bleibt somit unbesetzt.

## **3. Würdigung der Stellungnahmen**

### **3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V**

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerfO durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 13. Mai 2013 eingeleitet. Fristende war der 14. Juni 2013.

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

<b>Gesetzliche Grundlage</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK) und	13.06.2013
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	10.06.2013

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“). Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Änderungen in Bezug auf die Änderung der BPL-RL zur Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung.

### 3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer haben als einzige stellungnahmeberechtigte Organisationen jeweils eine schriftliche Stellungnahme abgegeben und auf die mündliche Stellungnahme bzw. Anhörung verzichtet (siehe Anlage 3).

## 4. Bürokratiekostenermittlung

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

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
18.01.2013	UA BPL	<i>Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen</i>
13.05.2013 13.05.2013	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i> Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) / zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
18.06.2013	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abschluss der vorbereitenden Beratungen</li> <li>• Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)</li> </ul>
20.06.2013	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / <i>Auflage</i>

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 20. Juni 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Hecken

## 6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

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