

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Stand: 23. Mai 2013

Vom 20. Juni 2013

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2013 beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BANz AT 31.12.2012 B 7) wie folgt zu ändern:

I. In § 41 Absatz 7 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 eingefügt:

„Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nr. 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 S. 5 Nr. 7 SGB V vorliegen.“

I. § 48 wird wie folgt neu gefasst:

„Ausgangspunkt für die Bestimmung einer ausgewogenen Versorgungsstruktur (§ 101 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V) in einer KV-Region ist der gesetzlich definierte Versorgungsauftrag der vertragsärztlichen hausärztlichen Versorgung (§ 73 Absatz 1 S. 2 SGB V: allgemeine und fortgesetzte Betreuung von Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis des häuslichen und familiären Umfelds, Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, Dokumentation, Bewertung und Aufbewahrung wesentlicher Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen). Eine ausgewogene Versorgungsstruktur ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die Anzahl der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegt. Besonderen Versorgungslagen, wie sie sich durch Mitversorgungseffekte ergeben können, ist Rechnung zu tragen.“

II. § 49 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 49 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

Weicht die Versorgungsstruktur wesentlich von den in § 48 beschriebenen Versorgungszielen ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages bei der Niederlassungsberatung oder bei der Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Absatz 1a SGB V auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken.“

III. § 50 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 50 (unbesetzt)“

IV. Der Beschluss tritt einen Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 20. Juni 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Stand: 23. Mai 2013

Vom 20. Juni 2013

Inhalt

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

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 20.12.2012 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 22.12.2011 (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 ausgewogenen Verhältnis von Haus- zu Fachärzten (§§ 48 ff), dessen Festlegung vom Gesetzgeber im § 101 Abs. 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 20.12.2012 ergeben sich jedoch Verschiebungen im Verhältnis der Arztgruppen zueinander, sodass hier entsprechende Anpassungen erforderlich waren.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1 § 41 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 Abs. 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 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. 20.12.2012. 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 Abs. 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. 20.12.2012 wurde mit einigen Änderungen in § 49 BPL-RL überführt. Der Hinweis in § 49 BPL-RL i.d.F.v. 20.12.2012, 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

Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat am 13. Mai 2013 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens beschlossen. Der Beschlussentwurf der Neufassung wurde mit den Tragenden Gründen an die Stellungnahmeberechtigten am 23. Mai 2013 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 2013 hat der Unterausschusses Bedarfsplanung die Stellungnahmen ausgewertet. Das Auswertungsergebnis ist in der Anlage 1 dargestellt.]

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
(...)		

(...)

Berlin, den 20. Juni 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Dirk Hollstein
Wegelystraße 8
10623 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
hier: Ihr Schreiben vom 23.05.2013**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.
Wir verzichten auf eine mündliche Anhörung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3 – Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und Patientensicherheit

Anlage

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Postfach 12 08 64
10598 Berlin

Fon +49 30 400 456-0
Fax +49 30 400 456-388

info@baek.de
www.baek.de



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

- Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL (Nervenärzte: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung)
- Neuregelung der §§ 48 ff. BPL-RL (Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung)

Berlin, 13.06.2013

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 23.05.2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich weiterer Änderungen der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) (BPL-RL) vom 20.12.2012 aufgefordert.

Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL

Die Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL sieht vor, dass dem Satz 1 folgender neuer Satz 2 angefügt wird:

„Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nr. 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 S. 5 Nr. 7 SGB V vorliegen.“

Die Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL erfolgt auf der Grundlage des § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V. Danach beschließt der G-BA in Richtlinien Bestimmungen über die 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 Fachgebietes oder, sofern die Weiterbildungsordnungen Facharztbezeichnungen vorsehen, derselben Facharztbezeichnung, ausüben will. Die gemeinsame Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt dient der Vorbereitung der Praxisübergabe an den „Job-Sharing-Juniorpartner“.

Fachärzten für Nervenheilkunde (Nervenärzten) war eine gemeinsame Berufsausübung im Sinne dieser Ausnahmeregelung bisher nur mit Fachärzten für Nervenheilkunde (eine Facharztbezeichnung, die allerdings mit Einführung der (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 nicht mehr erworben werden kann) oder mit Fachärzten möglich, die gleichzeitig über die Facharztbezeichnung Neurologie und die Facharztbezeichnung Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie verfügten. Mit der vorgesehenen Änderung entfällt die zwingende Voraussetzung dieser Doppelqualifikation. Allerdings hat der Zulassungsausschuss in Anlehnung an den § 103 Abs. 4 S. 5 Nr. 7 SGB V zu prüfen, ob die beantragte Konstellation den Versorgungsbedürfnissen vor Ort entspricht, und es zu einer angemessenen Verteilung zwischen Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie kommt.

Neuregelung der §§ 48 ff. BPL-RL

Die zweite Änderung betrifft die Neufassung der Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§§ 48 ff. BPL-RL), einer Festlegung, die der Gesetzgeber in § 101 Abs. 1 Nr. 2 SGB V fordert. Nach der bisherigen Regelung sollte der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte innerhalb der einzelnen Planungsbereiche 60 v. H. der Gesamtzahl der im Planungsbereich tätigen Ärzte betragen, zugleich sollte innerhalb der hausärztlichen Versorgung ein ausgewogenes Verhältnis der dafür vorgesehenen Arztgruppen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur bestehen. Bei Abweichungen sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Niederlassungsberatung auf die Wiederherstellung eines ausgewogenen Verhältnisses hinwirken.

Mit der Neuregelung verzichtet der G-BA auf die Festschreibung eines konkreten Zahlenverhältnisses. Zugleich erfolgt keine Aussage mehr zum Verhältnis der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen. Vielmehr geht der G-BA davon aus, dass durch die Festlegung der neuen, differenzierten Systematik von Planungsräumen und Verhältniszahlen im Rahmen der Neuregelung der Bedarfsplanung in der vertrags-

ärztlichen Versorgung sowie der regionalen Anpassungsmöglichkeiten nach § 2 BPL-RL eine angemessene und ausgewogene Versorgungsstruktur ohnehin sichergestellt werden kann. Nichtsdestotrotz erfolgt in § 48 (neu) BPL-RL die Festlegung, dass eine ausgewogene Versorgungsstruktur in einer KV-Region insbesondere dann anzunehmen sei, wenn die Anzahl der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegt. In den tragenden Gründen wird hierzu ausgeführt, dass der G-BA die Erwartung hat, dass der Anteil der Hausärzte in den KV-Regionen um einige Prozentpunkte über 50 v. H. liegt. Mitversorgungseffekte sind dabei zu berücksichtigen, d. h. KVen in urbanen Zentren können Fachärzte entsprechend ihres Mitversorgungsanteils für das Umland herausrechnen.

Als weitere Handlungsmöglichkeit zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur wird in § 49 (neu) BPL-RL auf die Durchführung von Sicherstellungsmaßnahmen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V hingewiesen.

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

Die Bundesärztekammer begrüßt die Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL. Die Vorgabe, dass Fachärzte für Nervenheilkunde nur eine gemeinsame Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen mit Fachärzten mit einer Doppelqualifikation eingehen können, stellte eine sehr restriktive Regelung dar. Zugleich wird durch den vorgesehenen Prüfvorbehalt sichergestellt, dass es zu einer angemessenen Verteilung zwischen Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bei der Nachbesetzung kommt.

Zu der Änderung der §§ 48 ff. BPL-RL hat die Bundesärztekammer keine Änderungshinweise, sondern beschränkt sich auf folgende Anmerkung:

Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des G-BA, dass das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten im Wesentlichen durch die grundsätzliche Planungssystematik der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie und dann im Weiteren durch das Vorhandensein von Bewerbern für freie bzw. frei werdende Arztsitze bestimmt wird. Inwieweit von der Neufassung der §§ 48 ff. BPL-RL und insbesondere der Erweiterung um eine qualitative Dimension positive Impulse ausgehen, wird sich noch erweisen müssen.

Berlin, 13.06.2013



Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat 5
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen



BundesPsychotherapeutenKammer

BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Herrn
Dirk Hollstein
Abteilung Methodenbewertung &
veranlasste Leistungen
Gemeinsamer Bundesausschuss
Postfach 12 06 06
10596 Berlin

Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

-per E-Mail-

Berlin, 10. Juni 2013

Vorstand:
Prof. Dr. Rainer Richter
Präsident
Dipl.-Psych. Monika Konitzer
Vizepräsidentin
Dr. Dietrich Munz
Vizepräsident
Dipl.-Soz.Päd. Peter Lehndorfer
Andrea Mrazek, M.A., M.S.

Dr. Christina Tophoven
Geschäftsführerin

Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V der Bundespsychotherapeutenkammer

hier: Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL):

- **§ 41 Absatz 7 BPL-RL (Nervenärzte: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung)**
- **Neuregelungen zu §§ 48 ff. BPL-RL (Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung)**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 23. Mai 2013, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme. Auf die Teilnahme an einer mündlichen Anhörung verzichten wir.

Mit freundlichen Grüßen

C. Tophoven
Christina Tophoven

Anlage

Konto
Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzung für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 10.06.2013

1. Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

Der bisherige § 41 Absatz 7 sieht die Übereinstimmung in den Ärztegruppen (Fachidentität) in Bezug auf Nervenärzte dann vor, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie führt.

Dies stimmt mit dem Ziel überein, dass eine gemeinsame Berufsausübung nur bei Fachidentität möglich sein soll. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die beiden den Beruf gemeinsam ausübenden Ärzte auch befähigt sind, das Spektrum des anderen abzudecken. Zudem wird dadurch auch gleichzeitig eine Leistungsausweitung auf Leistungen vermieden, die vorher nicht zum Leistungsspektrum der Praxis gehörten.

Mit der Neuregelung soll Fachidentität unabhängig von der genauen Gebietsbezeichnung und dem Schwerpunkt auch dann vorliegen können, wenn besondere Versorgungsbedürfnisse vorliegen. Eigentlich ist die Deckung besonderer Versorgungsbedürfnisse keine Frage der Fachidentität. Sie liegt näher bei der Frage, ob ein Versorgungsbedarf z. B. über Sonderbedarf gedeckt werden muss. Es entspricht insofern nicht der bisherigen Systematik, eine gemeinsame Berufsausübung auch dann zuzulassen, wenn die Berufsausübenden nicht beide im Sinne der Fachidentität im gleichen Bereich tätig sind.

Die im Entwurf der Tragenden Gründe beschriebene Problematik, dass sich die bisherigen Konstellationen zur zulässigen gemeinsamen Berufsausübung nicht finden, ist primär dem Umstand geschuldet, dass die Bedarfsplanung eine einheitliche Arztgruppe Nervenärzte vorsieht, wohingegen das Weiterbildungsrecht sich am Versorgungsbedarf orientiert und getrennt Fachärzte für Neurologie einerseits und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie andererseits vorsieht.

Auch wenn es der Idee der Fachidentität als Voraussetzung für die gemeinsame Berufsausübung prinzipiell widerspricht, dass die gemeinsame Berufsausübung auch von zwei Ärzten durchgeführt werden kann, die unterschiedliche Leistungen erbringen, so ist es zu begrüßen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig bei der Frage der Zulässigkeit von gemeinsamer Berufsausübung die Versorgungsbedürfnisse vor Ort berücksichtigen möchte.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) regt hier an, perspektivisch die Regelung auszuweiten und insbesondere die gegenseitige Anstellung von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten umfassend zu ermöglichen. Die BPTK schlägt vor, dies zum Beratungsgegenstand im G-BA zu machen und einen entsprechenden Beschlussentwurf vorzubereiten.

2. Voraussetzung für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

Der BPTK liegen keine empirischen Erkenntnisse vor, bei welcher Verteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung gegeben wäre. Sie kann daher inhaltlich nichts zu den anstehenden Beratungen beitragen.

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):

Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Absatz 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>7</u>

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5 SGB V wurde der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Änderung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 13. Mai 2013 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 14. Juni 2013.

II. Schriftliche Stellungnahmen

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

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	10.06.2013
Bundesärztekammer (BÄK)	13.06.2013

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: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung
Anlage 3 zu TOP 8.2.1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1a	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 10.06.2013	§ 41 Abs. 7 BPL-RL (Nervenärzte: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung) Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) regt an, perspektivisch die Regelung auszuweiten und insbesondere die gegenseitige Anstellung von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten umfassend zu ermöglichen. Die BPtK schlägt vor, dies zum Beratungsgegenstand im G-BA zu machen und einen entsprechenden Beschlussentwurf vorzubereiten.	Der bisherige § 41 Absatz 7 sieht die Übereinstimmung in den Ärztegruppen (Fachidentität) in Bezug auf Nervenärzte dann vor, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie führt. Dies stimmt mit dem Ziel überein, dass eine gemeinsame Berufsausübung nur bei Fachidentität möglich sein soll. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die beiden den Beruf gemeinsam ausübenden Ärzte auch befähigt sind, das Spektrum des anderen abzudecken. Zudem wird dadurch auch gleichzeitig eine Leistungsausweitung auf Leistungen vermieden, die vorher nicht zum Leistungsspektrum der Praxis gehörten. Mit der Neuregelung soll Fachidentität unabhängig von der genauen Gebietsbezeichnung und dem Schwerpunkt auch dann vorliegen können, wenn besondere Versorgungsbedürfnisse vorliegen. Eigentlich ist die Deckung besonderer Ver-	Nein	Der Vorschlag der BPtK bezieht sich auf einen berufsrechtlichen Sachverhalt für welchen die Regelungen der (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie der (Muster-) Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (MBO-PP/KJP), einschlägig sind. Dem Vorschlag einer weitergehenden Regelung stehen die §§ 20 Absatz 5 MBO-PP/KJP und 2 Absatz 4 MBO-Ä entgegen. Zielsetzung der neuen Regelung in § 41 Absatz 7 BPL-RL ist eine Klarstellung, vor dem Hintergrund dass es faktisch keine Nervenärzte mehr gibt. In der Arztgruppe der Psychotherapeuten besteht diese Problematik nicht, insoweit wird keine Analogie zur neuen Regelung gesehen.

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung Anlage 3 zu TOP 8.2.1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			sorgungsbedürfnisse keine Frage der Fachidentität. Sie liegt näher bei der Frage, ob ein Versorgungsbedarf z. B. über Sonderbedarf gedeckt werden muss. Es entspricht insofern nicht der bisherigen Systematik, eine gemeinsame Berufsausübung auch dann zuzulassen, wenn die Berufsausübenden nicht beide im Sinne der Fachidentität im gleichen Bereich tätig sind. Die im Entwurf der Tragenden Gründe beschriebene Problematik, dass sich die bisherigen Konstellationen zur zulässigen gemeinsamen Berufsausübung nicht finden, ist primär dem Umstand geschuldet, dass die Bedarfsplanung eine einheitliche Arztgruppe Nervenärzte vorsieht, wohingegen das Weiterbildungsrecht sich am Versorgungsbedarf orientiert und getrennt Fachärzte für Neurologie einerseits und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. für Psychosomatik und Psychotherapie andererseits vorsieht. Auch wenn es der Idee der Fachidentität als Voraussetzung für die gemeinsame Berufsausübung prinzipiell widerspricht, dass die gemeinsame Berufsausübung auch von zwei Ärzten		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung
 Anlage 3 zu TOP 8.2.1

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			durchgeführt werden kann, die unterschiedliche Leistungen erbringen, so ist es zu begrüßen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zukünftig bei der Frage der Zulassung von gemeinsamer Berufsausübung die Versorgungsbedürfnisse vor Ort berücksichtigen möchte.		
1b		§§ 48 ff. BPL-RL (Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung) Der BPtK liegen keine empirischen Erkenntnisse vor, bei welcher Verteilung zwischen Hausärzten und Fachärzten eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung gegeben wäre. Sie kann daher inhaltlich nichts zu den anstehenden Beratungen beitragen.		Nein	wird zur Kenntnis genommen
2a	Bundesärztekammer (BÄK) / 13.06.2013	§ 41 Abs. 7 BPL-RL (Nervenärzte: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung) Die Bundesärztekammer begrüßt die Änderung des § 41 Abs. 7 BPL-RL. Die Vorgabe, dass Fachärzte für Nervenheilkunde nur eine gemeinsame Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen mit Fachärzten mit einer Doppelqualifikation eingehen können, stellte eine sehr restriktive Regelung dar. Zugleich wird durch den vorgesehenen Prüfvorbehalt sichergestellt, dass es zu einer angemessenen Verteilung zwischen Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bei der Nachbesetzung kommt.		Nein	wird zur Kenntnis genommen

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V: Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung und Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung Anlage 3 zu TOP 8.2.1

Lfd. Nr.	Stellung-nehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2b		§§ 48 ff. BPL-RL (Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung) Zu der Änderung der §§ 48 ff. BPL-RL hat die Bundesärztekammer keine Änderungshinweise, sondern beschränkt sich auf folgende Anmerkung:	Die Bundesärztekammer teilt die Einschätzung des G-BA, dass das Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten im Wesentlichen durch die grundsätzliche Planungssystematik der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie und dann im Weiteren durch das Vorhandensein von Bewerbern für freie bzw. frei werdende Arztsitze bestimmt wird. Inwieweit von der Neufassung der §§ 48 ff. BPL-RL und insbesondere der Erweiterung um eine qualitative Dimension positive Impulse ausgehen, wird sich noch erweisen müssen.	Nein	Der G-BA geht davon aus, dass durch die qualitative Beschreibung des Auftrags der Hausärzte, ein positiver Beitrag zur Bedarfsplanung geleistet wird.

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.

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