

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

Vom 17. April 2014

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
3	Würdigung der Stellungnahmen	6
4	Bürokratiekostenermittlung.....	6
5	Verfahrensablauf	7
6	Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens.....	8

1 Rechtsgrundlagen

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.

2 Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber gibt dem G-BA in § 101 Absatz 1 Nr. 2b SGB V vor, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen. Dies betrifft sowohl Ärzte und Psychotherapeuten, die über eine persönliche Ermächtigung verfügen als auch solche, die in einer ermächtigten Einrichtung (z.B. in einem Krankenhaus, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einem sozialpädiatrischen Zentrum) tätig sind. Die Ärzte sind dabei entsprechend ihrem Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades einzubeziehen. Dabei hat der G-BA auch festzulegen, in welchem Umfang Ärzte unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.

Die bisherigen Vorgaben in § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurden im Rahmen der Bedarfsplanungs-Reform im Jahr 2012 im Hinblick auf die Anrechnung von Ärzten in ermächtigten Einrichtungen aufgrund der Komplexität und des damit verbundenen umfangreichen Beratungsbedarfs als vorläufige Regelungen getroffen. Die weitere Bearbeitung der Thematik wurde zunächst zurückgestellt, um die fristgerechte Verabschiedung der neuen Richtlinie insgesamt nicht zu gefährden. Die ausstehende Neuregelung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde nunmehr nachgeholt.

Zu Absatz 1:

Die Anrechnungsmöglichkeiten für Ärzte mit einer individuellen Ermächtigung gemäß § 116 SGB V werden erweitert, um eine Anrechnung auch dann zu ermöglichen, wenn die Ermächtigung nicht im Umfang eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages erteilt wurde.

Damit wird erreicht, dass die Leistungserbringer entsprechend ihrem tatsächlichen Tätigkeitsumfang pauschaliert auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, soweit der Tätigkeitsumfang nicht vernachlässigbar ist. Vernachlässigbar sind Tätigkeitsumfänge, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. Die unterschiedliche Bewertung von vernachlässigbaren Leistungsumfängen von ermächtigten Ärzten und Leistungserbringern im Sinne der §§ 51 und 56 der Richtlinie ergibt sich aus der unterschiedlichen organisatorischen Einbindung. Während bei angestellten und in MVZ beschäftigten Ärzten der zeitliche Umfang der Leistungen maßgeblich und i.d.R. auch arbeitsvertraglich festgelegt ist, sind ermächtigte Ärzte organisatorisch bedingt zeitlich flexibel vertragsärztlich tätig, weshalb hier nicht auf die Arbeitszeit, sondern auf einen Fallzahlbezug abgestellt wird. Die Untergrenze für die ermächtigten Ärzte trägt der Tatsache Rechnung, dass hier im Gegensatz zu angestellten oder in MVZ beschäftigten Leistungserbringern nicht per se von einer kontinuierlichen Leistungserbringung ausgegangen werden kann.

Die Anrechnung setzt eine Ermächtigung für die Erbringung von mindestens drei fachbezogenen vertragsärztlichen Leistungsziffern voraus. Dadurch wird auch in qualitativer Hinsicht eine Mindestanforderung festgelegt, um zu vermeiden, dass Ärzte angerechnet werden, die nur für weniger als drei Leistungen ermächtigt sind. Anzurechnende Ärzte sollen auch ein gewisses Spektrum vertragsärztlicher Leistungen erbringen. Leistungserbringer, die lediglich für eine oder zwei spezialisierte Leistungsziffern ermächtigt wurden, werden durch diese Regelung nicht angerechnet. Eine ausreichend große Vergleichbarkeit zur

vertragsärztlichen Versorgung kann angenommen werden, wenn mit drei oder mehr Abrechnungsziffern ein Leistungsvolumen von über einem Viertel eines Vollversorgungsauftrages erbracht wird. In diesem Fall erfolgt daher eine Anrechnung. Die Anzahl von drei Leistungsziffern wurde nach einer differenzierten Betrachtung der verschiedenen Arztgruppen als relevante Mindestanzahl an abrechenbaren Leistungsziffern als sachgemäß eingestuft.

Nicht vernachlässigbare Tätigkeitsumfänge werden je nach vom Ermächtigten erbrachtem Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,25; 0,5; 0,75 oder 1,0 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet. Als Maßstab für die Anrechnung des Tätigkeitsumfanges ist auf das Verhältnis der vom ermächtigten Arzt erbrachten Fallzahl zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region abzustellen; dabei erfolgt eine Anrechnung auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor nachdem die Tätigkeitsumfänge zuvor nach mathematischen Grundsätzen auf zwei Nachkommastellen gerundet wurden. So wird beispielsweise ein Tätigkeitsumfang von 0,6351 auf 0,64 gerundet und mit 0,75 angerechnet. Insgesamt wird durch die Regelung eine sachgerechte Ermittlung und Anrechnung des Versorgungsbeitrages von ermächtigten Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet.

Zu Absatz 2:

Absatz 2 trifft Regelungen zur Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind und dort einen Beitrag zur vertragsärztlichen Versorgung leisten. Auch ihr Versorgungsbeitrag muss auf den Versorgungsgrad angerechnet werden.

Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 119a SGB V und Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind nicht auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Einrichtungen nach § 117 SGB V haben den gesetzlichen Auftrag im Rahmen der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung eine enge Anbindung an das reale Versorgungsgeschehen zu gewährleisten. Die Ermächtigung erfolgt dabei in einem für die Forschung und Lehre erforderlichen Umfang und ist daher zu vernachlässigen. Die Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 119a SGB V erbringen für eine besondere Patientengruppe ein spezielles Leistungsspektrum. Die hier erbrachte Versorgung ist mit der vertragsärztlichen Versorgung nicht vergleichbar.

Als vernachlässigbar gelten zudem Tätigkeitsumfänge von ermächtigten Einrichtungen, die insgesamt ungerundet ein Viertel eines Vollversorgungsauftrags für die jeweilige Arztgruppe nicht erreichen. Bei anderen ermächtigten Einrichtungen als den in dieser Regelung genannten wird derzeit davon ausgegangen, dass sie vertragsärztliche Leistungen nur in vernachlässigbarem Umfang erbringen und eine Anrechnung deshalb nicht erforderlich ist.

Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V und § 118a SGB V erbringen, werden entsprechend einem Fallzahlquotienten in Schritten von jeweils 0,25 angerechnet. Der Fallzahlquotient ergibt sich aus dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Vertragsärzte der entsprechenden Arztgruppe in der betreffenden KV-Region. Es wird mathematisch auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet (siehe Erläuterung unter Absatz 1). Für diese Einrichtungen liegen die notwendigen Datengrundlagen vor, da die Abrechnung über die KVen erfolgt bzw. erfolgen sollen.

Im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben und auf der Grundlage der Vereinbarungen der Selbstverwaltung erbringen die Einrichtungen nach §§ 118 und 119 SGB V spezifische ambulante Leistungen. Das durch die Einrichtungen erbrachte Leistungsspektrum bezieht sich dabei auf einen weitergehenden Versorgungsauftrag. Psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren erfüllen gemäß §§ 118, 119 SGB V einen spezifischen Versorgungsauftrag für Menschen mit einer Erkrankung, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung dieses besonderen Versorgungsangebotes

bedürfen. In dieser Funktion nehmen sie eine Schnittstellenfunktion zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung wahr. Insbesondere durch die Erbringung multiprofessioneller Komplexleistungen stellen sie die ambulante Versorgung eines speziellen Patientenspektrums sicher.

Diesem Umstand trägt der G-BA mit einer angemessenen fachgebietsbezogenen Anrechnung der ärztlichen Leistungen in ermächtigten Einrichtungen auf den vertragsärztlichen Versorgungsgrad Rechnung, indem alle in Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 genannten Einrichtungen pauschal mit insgesamt 0,5 auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, sofern keine belastbaren Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen. Sofern geeignete Daten vorliegen, erfolgt eine Anrechnung nach dem Verfahren in Absatz 2 Satz 3 Nr. 1. Hierfür können auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden. Die pauschale Anrechnung kommt dann zur Anwendung, wenn vor Ort keine entsprechenden Informationen vorliegen. Um zu vermeiden, dass insbesondere kleinere Einrichtungen pauschal zu hoch angerechnet werden, wird unter Berücksichtigung der Versorgungssicherheit eine halbe Arztstelle angerechnet. In Anbetracht der Tatsache, dass ermächtigte Einrichtungen i.d.R. interdisziplinär, fachübergreifend und kooperativ tätig sind, ist dieser Wert tendenziell niedrig. Zudem handelt es sich lediglich um die Leistungen, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten niedergelassenen Vertragsärzten bzw. einer unzureichenden/nicht bedarfsdeckenden vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch genommen werden.

Zu Absatz 3:

Die Anrechnung erfolgt bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. Es wird davon ausgegangen, dass über die inhaltliche Ausgestaltung der ermächtigten Einrichtungen vor Ort ausreichende Informationen vorliegen, um hier zu einer sachgerechten Einschätzung zu kommen. Nur wenn vor Ort keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vorliegen, erfolgt die Anrechnung nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 2 für Einrichtungen gemäß § 118 SGB V bei den Psychotherapeuten, für Einrichtungen gemäß § 118a SGB V bei den Fachinternisten und für Einrichtungen gemäß § 119 SGB V bei den Kinderärzten. Dadurch wird sichergestellt, dass die Regelung vor Ort umgesetzt werden kann, auch wenn keine eindeutige Zuordnung möglich ist. Die Zuordnung der Arztgruppen entspricht dabei dem zu Grunde liegenden gesetzlichen Auftrag der jeweiligen Einrichtung. So kann für die PIAs davon ausgegangen werden, dass es sich bei den dort durchgeführten Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, schwerpunktmäßig um psychotherapeutische Leistungen handelt. Bei psychiatrisch zu behandelnden Erkrankungen liegen dagegen häufig Behandlungsverläufe vor, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht ausreichend versorgt werden könnten. Daher wird eine Anrechnung bei den Psychotherapeuten vorgesehen. Sozialpädiatrische Zentren stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung und koordinieren auch nicht-ärztliche Leistungserbringer. Es kann davon ausgegangen werden, dass ärztliche Leistungen in der Regel von Kinderärzten erbracht werden. Eine Anrechnung kann daher pauschal nur bei den Kinderärzten erfolgen. Die Ermächtigung von GIAs setzt voraus, dass die Einrichtung unter fachärztlich geriatrischer Leitung steht. Da die Gruppe der reinen Geriater und die der Hausärzte mit geriatrischer Weiterbildung derzeit noch sehr klein ist, wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Leistung i.d.R. um Internisten mit geriatrischer Weiterbildung handelt und dass in den Behandlungsteams in aller Regel ebenfalls zu einem großen Teil Internisten vertreten sind. Insofern ist eine Anrechnung bei den Internisten sachgerecht, sofern keine anderen Informationen über die betreffende Einrichtung vorliegen.

Zu Absatz 4:

Die Abweichungsmöglichkeiten der Landesebene von den Vorgaben der BPL-RL sind ein wichtiges Instrument, um die Versorgung vor Ort zielgerichtet zu gestalten und regionale Besonderheiten angemessen berücksichtigen zu können. Diese Abweichungsmöglichkeiten setzen jedoch voraus, dass zunächst verbindliche Vorgaben auf Bundesebene getroffen wurden, von denen im Bedarfsfall abgewichen werden kann. Dies ist in den Absätzen 1-2 erfolgt, so dass von den Anrechnungsregelungen der Absätze 1 und 2 abgewichen werden kann, sofern es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist. Ob solche Besonderheiten bestehen und inwieweit hieraus Abweichungen von den Anrechnungsfaktoren erfolgen können, muss in einvernehmlicher Entscheidung nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V auf Landesebene festgestellt werden.

Zu Absatz 5:

Absatz 5 regelt, dass die Anrechnung der Einrichtungen nach §§ 118a SGB V und 118 Absatz 3 SGB V unter dem Vorbehalt der noch ausstehenden Vereinbarungen steht. Ihre Anrechnung ist daher nach Abschluss der noch ausstehenden Vereinbarungen innerhalb von 6 Monaten auf Sachgerechtigkeit zu überprüfen und ggf. anzupassen.

Zu Absatz 6:

Der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtet sich in Absatz 6, die Auswirkungen der Regelung 3 Jahre nach ihrem Inkrafttreten zu evaluieren. Dieser Zeitraum wird als sachgerecht angesehen, um die ersten praktischen Auswirkungen der Regelung sowohl im Hinblick auf die Versorgung als auch auf das Leistungsgeschehen beobachten zu können. Das Ergebnis der Evaluation wird anschließend Grundlage für Beratungen des G-BA über die Erforderlichkeit der Fortführung bzw. der Anpassung der Regelung bilden.

Zu Absatz 7:

Da die Auswirkungen der Regelung sowohl im Hinblick auf die Versorgung als auch auf das Leistungsgeschehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht vollständig absehbar sind, soll die Regelung - zunächst auf 4 Jahre befristet werden. Für eine Fortsetzung der bestehenden oder einer anderen Regelung muss der G-BA somit aktiv einen Beschluss fassen. Ansonsten tritt die Regelung am 31. Mai 2018 außer Kraft.

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 20. Dezember 2013 eingeleitet. Fristende war der 20. Januar 2014.

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

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK) und	20.01.2014
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20.01.2014

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“).

3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die Anhörung hat am 28. Januar 2014 stattgefunden. An der Anhörung hat ein Vertreter der BPtK teilgenommen, die BÄK hat auf eine Anhörung verzichtet (siehe Anlage 3).

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

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für Leistungserbringer. Die in § 22 Absatz 2 Nr. 2 der Richtlinie genannte Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen ist freiwilliger Natur. Insofern handelt es sich nicht um eine Informationspflicht gemäß § 2 Absatz 2 NKRK und es entstehen hieraus keine Bürokratiekosten im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO.

5 Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
18.01.2013	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
02.12.2013	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
02.12.2013	UA BPL	Beratung 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
19.12.2013	G-BA	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
28.01.2014	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
28.01.2014	UA BPL	Anhörung
28.01.2014	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
17.04.2014	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Abs. 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit/ <i>Auflage</i>
TT.MM.JJJJ	XY	<i>ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Abs. 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den 17. April 2014

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 der Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung
- Anlage 2 Tragende Gründe
- Anlage 3 Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
- Anlage 4 Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Anlage 5 stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung