

Beschlussentwurf



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung

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 V 7), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ BAnz AT TT.MM.JJJJ V [Veröffentlichungsnummer manuell hinzufügen], wie folgt zu ändern:

- I. § 22 „Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren“ wird wie folgt neu gefasst:

GKV-SV (Stand: 19.12.2013)	KBV / PatV (Stand: 19.12.2013)	DKG (Stand: 19.12.2013)
<p>„(1) ¹Ermächtigte Leistungserbringer werden auf den Versorgungsgrad angerechnet. ²Ärzte und Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet. ³Alle anderen ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten werden entsprechend ihres zeitlichen Tätigkeitsumfanges in Vollzeitäquivalenten angerechnet. ⁴Ein Vollzeitäquivalent entspricht 20 Sprechstunden. ⁵Jede persönliche Ermächtigung ist mit mindestens 0,1 auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe anzurechnen. ⁶Abweichungen hiervon können einvernehmlich auf Landesebene getroffen werden.</p>	<p>„(1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet.</p>	<p>„(1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet.</p>
<p>(2) ¹Ärzte und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Fachgruppe angerechnet, sofern sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. über einen Facharztstatus verfügen, 2. im Rahmen ihrer Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes gemäß § 73 Absatz 2 SGB V erbringen und 3. die Tätigkeit in der ermächtigten 	<p>(2) ¹Die Ärzte in ermächtigten Einrichtungen, die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen, werden auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Fachgruppe angerechnet sofern sie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. über einen Facharztstatus verfügen, 2. in ihrer Tätigkeit dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes gemäß § 73 Absatz 2 SGB V entsprechen, 3. nicht einen spezifischen Personenkreis versorgen, der aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität der 	<p>(2) Die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte erfolgt entsprechend der folgenden Regelungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V erbringen, werden mit den Anrechnungsfaktoren 0,25; 0,5; 0,75 sowie 1,0 angerechnet. Als Maßstab für die Anrechnung ist auf das Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Ärzte des entsprechenden Fachgebietes der

<p>Einrichtung in ihrem zeitlichen Umfang mindestens 0,1 Vollzeitäquivalenten im Sinne des Absatzes 1 entspricht.</p> <p>²Der Umfang der fachgebietsbezogenen Anrechnung auf den Versorgungsgrad der Arztgruppe erfolgt entsprechend des Tätigkeitsumfanges in Vollzeitäquivalenten mit dem Faktor 0,1 bis 1,0. ³Die Abarbeitung des Kriterienkatalogs nach Satz 1 erfolgt auf Basis einer Selbstauskunft der betreffenden Einrichtung. ⁴Für jede ermächtigte Einrichtung wird insgesamt mindestens der Faktor 1,0 angerechnet. ⁵Abweichungen hiervon können einvernehmlich auf Landesebene getroffen werden.</p>	<p>Erkrankung oder Behinderung der ambulanten Behandlung der hierzu ermächtigten Einrichtung bedarf und</p> <p>4. in ihrem zeitlichem Umfang einen vollen oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigen Versorgungsauftrag wahrnehmen.</p> <p>²Der Umfang der fachgebietsbezogenen Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgt mit dem Faktor 0,5 oder 1,0.</p>	<p>betreffenden KV-Region abzustellen. Es wird auf den nächstliegenden Anrechnungsfaktor auf- bzw. abgerundet. Von einer Anrechnung auf den fachgebietsbezogenen Versorgungsgrad ist abzusehen, sofern der nicht gerundete Wert unterhalb von 0,25 liegt.</p> <p>2. Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V sind mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung zu berücksichtigen.</p> <p>3. Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V sind mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung zu berücksichtigen.</p>
<p>(3) ¹Die Zuordnung der Ärzte und Psychotherapeuten nach Absatz 1 und 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2.</p>	<p>(3) ¹Die Zuordnung der Ärzte nach Absatz 2 zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe erfolgt auf Grundlage der Definitionen der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2.</p>	<p>(3) Eine Anrechnung kann unterbleiben, sofern eine Vergleichbarkeit mit der jeweils maßgeblichen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich insbesondere hinsichtlich des zu behandelnden Patientenspektrums bzw. des Ermächtigungsumfanges in überwiegender Maße nicht gegeben ist.“</p>
<p>(4) ¹Erfüllen die Ärzte und Psychotherapeuten nach Absatz 2 die dort genannten Kriterien nicht, ist davon auszugehen, dass sie vertragsärztliche Leistungen in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen. ²Sie sind somit grundsätzlich nicht auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Der Tätigkeitsumfang von Ärzten und Psychotherapeuten, die weniger als 0,1 Vollzeitäquivalente erbringen, kann jedoch</p>	<p>(4) ¹Erfüllen die Ärzte nach Absatz 2 die dort genannten Kriterien nicht, ist davon auszugehen, dass sie vertragsärztliche Leistungen in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen. ²Sie sind somit nicht auf den Versorgungsgrad anzurechnen.“</p>	

kumuliert berücksichtigt werden.“		
-----------------------------------	--	--

- II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 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 T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung

Vom T. Monat JJJJ

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen.....	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren	3
3	Würdigung der Stellungnahmen	9
4	Bürokratiekostenermittlung.....	9
5	Verfahrensablauf.....	9
6	Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens.....	11

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

2.1 § 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren

GKV-SV (Stand: 19.12.2013)	KBV / PatV (Stand: 19.12.2013)	DKG (Stand: 19.12.2013)
<p>Der Gesetzgeber gibt dem G-BA in § 101 Abs. 1 Nr. 2b SGB V vor, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen</p> <p>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 Leistungserbringer sind dabei entsprechend ihres Leistungsumfanges in der vertragsärztlichen Versorgung anteilig in die Berechnung des Versorgungsgrades einzubeziehen. Dabei hat der G-BA auch festzulegen in welchem Umfang Leistungserbringer unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.</p> <p>Die derzeitigen Vorgaben in § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie erfüllen diesen</p>	<p>Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Anrechnung von ermächtigten Ärzten auf den Versorgungsgrad eines Planungsbereiches vorgesehen. Während § 22 Abs. 1 BPL-RL dies für individuell ermächtigte Ärzte abschließend regelt, wird seitens des BMG sowie der Rechtsabteilung des G-BA darauf hingewiesen, dass mit der Regelung für die Anrechnung von ambulant tätigen Ärzten in ermächtigten Einrichtungen im § 22 Abs. 2 der gesetzgeberischen Auftrag nicht erfüllt sei, da eine Verlagerung der Ausgestaltungskompetenz auf die Landesebene ohne Vorgabe konkretisierender Kriterien durch den G-BA nicht möglich ist. Unbenommen der konkretisierenden Ausgestaltung des § 22 zur Anrechnung von Ärzten in ermächtigten Einrichtungen bleibt weiterhin die ungenügende Datengrundlage, wie sie mit der Beschlussfassung der Richtlinie am 31. Dezember 2012 festgestellt wurde, bestehen.</p> <p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat aus diesem Grunde Kriterien festgelegt, deren Erfüllung Voraussetzung für die Anrechnung vertragsärztlich tätiger Ärzte in ermächtigten</p>	<p>Der G-BA regelt die Einbeziehung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gem. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V bei der Berechnung des vertragsärztlichen Versorgungsgrades.</p> <p>Insbesondere ist auch zu regeln, unter welchen Voraussetzungen Ärzte bei der Anrechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.</p> <p>In der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Regelung zu § 22 wurde die Anrechnung der Ermächtigungen geregelt, wonach persönlich ermächtigte Ärzte voll oder hälftig in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden und die Anrechnung der in ermächtigten Instituten erbrachten ärztlichen Leistungen an die Landesebene delegiert wird. Der G-BA hatte beschlossen, die Regelung zur Anrechnung bzgl. der ermächtigten Einrichtungen in 2013 zu prüfen.</p> <p>Eine Berücksichtigung des Versorgungsbeitrags von ermächtigten Einrichtungen erfolgt sinnvollerweise auf Ebene der Einrichtung, da die Ermächtigung</p>

<p>gesetzlichen Auftrag nicht in ausreichendem Maße. Sie wurden im Rahmen der Bedarfsplanungs-Reform im Jahr 2012 als vorläufige Regelungen getroffen. Die weitere Bearbeitung der Thematik wurde zunächst zurückgestellt, um die fristgerechte Verabschiedung der neuen Richtlinie insgesamt nicht zu gefährden. Insbesondere zur Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen trifft der bisherige § 22 bisher keinerlei Regelungen, sondern übergibt diese originäre Aufgabe des G-BA an die Landesebene. Damit kommt der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag nicht nach. 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.</p> <p>Zu Abs. 1:</p> <p>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. Dadurch wird eine sachgerechte Ermittlung des Versorgungsbeitrages von</p>	<p>Einrichtungen ist.</p> <p>Mit der Neuregelung des § 22 Abs. 2 BPL-RL stellt der G-BA sicher, dass nur solche Ärzte und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen in der Bedarfsplanung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung angerechnet werden, deren Tätigkeit mit Blick auf die Qualifikation, das Leistungsspektrum, die zu versorgenden Patienten und den zeitlichen Umfang vergleichbar ist mit der von Ärzten und Psychotherapeuten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Die Berücksichtigung in der Bedarfsplanung erfolgt dabei bezogen auf den einzelnen Arzt in der ermächtigten Einrichtung. Der G-BA sieht damit bewusst von einer pauschalen Anrechnung der ermächtigten Einrichtung in toto ab, da ein solches Vorgehen dem tatsächlichen Versorgungsbeitrag der ermächtigten Einrichtung zweifelsfrei nicht gerecht werden würde. Pauschalierende Anrechnungen ohne genaue Kenntnis des Versorgungsspektrums und -umfangs der jeweiligen Einrichtung führen beispielsweise bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zur bundesweiten Sperrung aller Planungsbereiche, sofern pauschal je psychiatrischer Institutsambulanz ein Kinder- und Jugendlichenpsychiater angerechnet würde. Aus diesem Grunde ist die Betrachtung des Versorgungsbeitrags der tätigen Ärzte in der jeweiligen ermächtigten Einrichtung Voraussetzung für deren Anrechnung auf den</p>	<p>nicht für einen einzelnen Arzt sondern für die Einrichtung bzw. das Krankenhaus ausgesprochen wird.</p> <p>§ 22 Abs. 2:</p> <p>Nr. 1: Da die Ermächtigung aufgrund einer Unterversorgungssituation ausgesprochen wird und diese in ihrem Umfang vom Zulassungsausschuss festgelegt wird, kann eine abgestufte Anrechnung auf Grundlage der tatsächlich in diesem Bereich erbrachten Leistungen vorgenommen werden. Krankenhäuser, die ambulante Behandlung nach § 116a SGB V erbringen, sollen auf den fachgebietsbezogenen Versorgungsgrad erst ab einem Versorgungsumfang in Höhe von 0,25 angerechnet werden; unter 0,25 gilt der Versorgungsumfang als vernachlässigbar. Als Maßstab für die Anrechnung ist auf das Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Ärzte des entsprechenden Fachgebietes der betreffenden KV-Region abzustellen.</p> <p>Nr. 2. + 3:</p> <p>Im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben und auf der Grundlage der Vereinbarungen der Selbstverwaltung erbringen die Einrichtungen spezifische ambulante Leistungen. Das durch die Einrichtungen erbrachte Leistungsspektrum bezieht sich dabei auf</p>
---	---	--

<p>ermächtigten Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet. Leistungserbringer, die im Umfang einer vollen oder halben Zulassung ermächtigt wurden, werden wie Vertragsärzte angerechnet. Alle anderen Leistungserbringer werden anteilig nach dem Umfang ihrer Tätigkeit berücksichtigt. Der Tätigkeitsumfang wird dabei in Vollzeitäquivalenten ausgedrückt. Ein Vollzeitäquivalent entspricht dem durchschnittlichen Tätigkeitsumfang eines Vertragsarztes. Dieser wird im Bundesmantelvertrag mit mindestens 20 Sprechstunden bei einer vollen Zulassung vorgegeben. Ist die Ermittlung des Leistungsumfanges anhand zeitlicher Kriterien nicht möglich, gilt die durchschnittlich abgerechnete Leistungsmenge der Arztgruppe in einem Planungsbereich als Maßstab für das Vollzeitäquivalent. Jeder ermächtigte Arzt soll mit mindestens 0,1 auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Persönliche Ermächtigungen werden erteilt, wenn bestimmte Versorgungsangebote im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht in ausreichendem Maße bestehen. Die Ermächtigungen sind daher mit einem konkreten Versorgungsziel und der Erwartung eines entsprechenden Versorgungsbeitrages verbunden. Um den Versorgungsbeitrag der ermächtigten Leistungserbringer angemessen zu berücksichtigen wird daher jede persönliche Ermächtigung mit mindestens 0,1 auf den Versorgungsgrad angerechnet. Die Landesebene erhält ein explizites</p>	<p>Versorgungsgrad des Planungsbereichs.</p> <p>Bei der Anrechnung in der Bedarfsplanung schließt der G-BA explizit solche ermächtigten Einrichtungen aus, die ausschließlich zum Zwecke der Forschung und Lehre ermächtigt wurden. Der Gesetzgeber hat die Einrichtungen nach § 117 SGB V geschaffen, um im Rahmen der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung eine enge Anbindung an das reale Versorgungsgeschehen zu gewährleisten. Die Ermächtigung erfolgt dabei ausschließlich in einem für die Forschung und Lehre erforderlichen Umfang; eine Rolle in der regulären Versorgung ist für diese Einrichtungen nicht vorgesehen.</p> <p>Der G-BA benennt im Absatz 2 die Kriterien, auf deren Grundlage eine Vergleichbarkeit zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gewährleistet ist.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ist der Status als Facharzt. Insofern sollen nur solche Ärzte an ermächtigten Einrichtungen berücksichtigt werden, die ebenfalls über eine abgeschlossene Facharztweiterbildung verfügen. 2. Das Tätigkeitsspektrum der Vertragsärzte ist im § 73 Absatz 2 SGB V umfassend dargestellt. Ärzte in ermächtigten Einrichtungen sollen nur dann in der vertragsärztlichen 	<p>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.</p> <p>Diesem Umstand trägt der G-BA mit einer angemessenen fachgebietsbezogenen Anrechnung der ärztlichen Leistungen in ermächtigten Einrichtungen auf den vertragsärztlichen Versorgungsgrad Rechnung. Der G-BA sieht die hier getroffene Regelung als einen praktikablen Weg, dem gesetzlichen Auftrag unter Berücksichtigung der Versorgungssicherheit Rechnung zu tragen.</p> <p>Da die Vereinbarungen der Selbstverwaltung für Einrichtungen nach § 118 Abs. 3 und § 118a SGB V noch nicht getroffen worden sind, erfolgt für diese keine Anrechnung.</p> <p>Bei der Anrechnung in der Bedarfsplanung schließt der G-BA explizit solche ermächtigten Einrichtungen aus, die ausschließlich zum Zwecke der Forschung und Lehre ermächtigt wurden. Der Gesetzgeber hat die</p>
---	---	--

<p>Abweichungsrecht von den pauschalen Vorgaben.</p> <p>Zu Abs. 2</p> <p>Absatz 2 trifft Regelungen zur Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind und dort einen Beitrag zur ambulanten Versorgung leisten. Auch ihr Versorgungsbeitrag muss transparent gemacht und auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Damit die Leistungserbringer angerechnet werden, müssen sie drei Mindestkriterien erfüllen. 1. sie müssen über einen Facharztstatus verfügen,</p> <p>2. sie müssen im Rahmen ihrer Tätigkeit in der ermächtigten Einrichtung Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes erbringen und</p> <p>3. sie müssen im Umfang von mindestens 0,1 Vollzeitäquivalenten in der Einrichtung tätig sein.</p> <p>Daraus ergibt sich ein Anrechnungsfaktor von 0,1 bis 1,0 für alle Ärzte und Psychotherapeuten, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind. Die Abarbeitung der Mindestvoraussetzungen ist nur möglich, wenn hierfür entsprechende Informationen vorliegen. Diese sind als Selbstauskunft von den Einrichtungen zu erbringen. Unabhängig von der konkreten Berücksichtigung des Tätigkeitsumfanges der in einer ermächtigten</p>	<p>Bedarfsplanung angerechnet werden, wenn ihre Tätigkeit im Rahmen des oben genannten Spektrums abgebildet werden kann. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Spektrum nach § 73 Absatz 2 SGB V je nach Fachgebiet des Arztes einzugrenzen ist. Mit diesem Kriterium wird sichergestellt, dass bei der Frage der Anrechnung dieser Ärzte in der Bedarfsplanung auch deren Tätigkeitsspektrum berücksichtigt wird und keine pauschale Zuweisung erfolgt.</p> <p>3. Einrichtungen werden vielfach für die Versorgung von Patienten ermächtigt, die wegen der Art, Schwere, Dauer und Komplexität ihrer Erkrankung auf das besondere Versorgungsangebot dieser Einrichtungen angewiesen sind. Explizit für diese Patienten, für deren Behandlung die Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nicht ausreichen, wurden die ermächtigten Einrichtungen als besonderes Versorgungsangebot jenseits der vertragsärztlichen Regelversorgung geschaffen. Die Versorgung dieser spezifischen Patientengruppen soll deshalb nicht zulassungsbeschränkend für Arztsitze der vertragsärztlichen Versorgung wirken.</p> <p>4. Zugelassene Vertragsärzte sind mit Blick auf den Umfang ihrer Tätigkeit an die Vorgaben des</p>	<p>Einrichtungen nach § 117 SGB V geschaffen, um im Rahmen der ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung eine enge Anbindung an das reale Versorgungsgeschehen zu gewährleisten. Die Ermächtigung erfolgt dabei ausschließlich in einem für die Forschung und Lehre erforderlichen Umfang; eine Rolle in der regulären Versorgung ist für diese Einrichtungen nicht vorgesehen.</p> <p>Abs. 3:</p> <p>Eine Anrechnung kann unterbleiben, sofern eine Vergleichbarkeit mit der jeweils maßgeblichen Arztgruppe insbesondere hinsichtlich des behandelten Patientenspektrums bzw. des Ermächtigungsumfanges in überwiegender Maße nicht gegeben ist. Hiervon kann ausgegangen werden, wenn der vom Zulassungsausschuss ausgesprochene Ermächtigungsumfang nicht mindestens dem hälftigen Umfang eines Vollversorgungsauftrages entspricht.</p>
---	--	---

<p>Einrichtung tätigen Leistungserbringer wird jede ermächtigte Einrichtung insgesamt mit mindestens 1,0 auf den Versorgungsgrad angerechnet. Maßgebliche Arztgruppe ist dabei diejenige, in die der Ermächtigungsinhalt überwiegend fällt oder in die laut Selbstauskunft der Einrichtung der überwiegende Teil der erbrachten Leistungen fällt. Die pauschale Anrechnung von 1,0 kann dabei auch auf verschiedene Arztgruppen aufgeteilt werden. Die Landesebene erhält ein explizites Abweichungsrecht von den pauschalen Vorgaben.</p> <p>Absatz 4 stellt klar, dass Mindestvoraussetzung zur Anrechnung von Leistungserbringern nach Abs. 2 ein Tätigkeitsumfang von 0,1 Vollzeitäquivalenten ist. Bei einem kleineren Umfang der Tätigkeit in einer ermächtigten Einrichtung ist davon auszugehen, dass vertragsärztliche Leistungen in einem vernachlässigbaren Umfang erbracht werden. Sollte vor Ort dennoch der Wunsch nach einer Anrechnung bestehen, ist es auch möglich mehrere geringfügig tätige Leistungserbringer kumuliert zu erfassen.</p>	<p>Bundesmantelvertrags gebunden. Demnach müssen sie z.B. bei einer Vollzulassung mindestens 20 Stunden Sprechstunden pro Woche anbieten. Auch bei der Anrechnung von Ärzten in ermächtigten Einrichtungen soll der zeitliche Umfang der Tätigkeit in die Analyse einbezogen werden. Nicht berücksichtigt werden sollen damit beispielsweise Ärzte an ermächtigten Einrichtungen, die zwar über eine entsprechende Qualifikation verfügen, das fachspezifische Leistungsspektrum erfüllen und „reguläre“ vertragsärztliche Patienten versorgen, diese Leistungen allerdings nur in einem vernachlässigbarem Umfang erbringen.</p> <p>Der G-BA legt fest, dass Ärzte in ermächtigten Einrichtungen analog zu den Vertragsärzten, je nach Tätigkeitsumfang mit dem Faktor 0,5 oder 1,0 angerechnet werden. Anstatt eines pauschalen Faktors fließt somit der Umfang der Tätigkeit bei der Ermittlung des Anrechnungsfaktors ein.</p> <p>Absatz 3 stellt klar, dass die Zuordnung der Ärzte in ermächtigten Einrichtungen zu den Arztgruppen, in denen sie angerechnet werden, auf Grundlage der regulären Vorgaben der Bedarfsplanung erfolgt. In den § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2, § 13 Absatz 2 und § 14 Absatz 2 BPL-RL werden die unterschiedlichen Fachgebiete den Arztgruppen der Bedarfsplanung zugeordnet.</p>	
---	--	--

	<p>Diese Vorgaben gelten auch für Ärzte in ermächtigten Einrichtungen. Die Anrechnung in den Arztgruppen der Bedarfsplanung erfolgt somit nicht pauschal bezogen auf die gesamte ermächtigte Einrichtung. Stattdessen wird für jeden Arzt, der die Kriterien nach Absatz 2 erfüllt, individuell festgestellt, welcher Arztgruppe er zugeordnet wird.</p> <p>Absatz 4 stellt klar, dass in Fällen, in denen die Kriterien nach Absatz 2 nicht erfüllt sind, keine Anrechnung erfolgt. Mit dieser Klarstellung trägt der G-BA den Anforderungen des Gesetzgebers Rechnung, Vorgaben zu machen, unter welchen Voraussetzungen Ärzte bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen.</p>	
--	--	--

3 Würdigung der Stellungnahmen

3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

(...)

3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

(...)

4 Bürokratiekostenermittlung

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

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
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Anhörung
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
TT.MM.JJJJ	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 T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

(...)



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 20.01.2014

Fon
+49 30 400 456-430

Fax
+49 30 400 456-378

E-Mail
dezernat3@baek.de

Diktatzeichen
Zo/Wd

Aktenzeichen
872.010

Seite
1 von 1

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: Einbeziehung der er-
mächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung (§ 22 BPL-
RL)**

hier: Ihr Schreiben vom 20.12.2013

Sehr geehrter Herr Hollstein,

als Anlage senden wir Ihnen unsere Stellungnahme in o. g. Angelegenheit.
Für Ihren Hinweis auf die Gelegenheit zur zusätzlichen mündlichen Stel-
lungnahme danken wir – wir werden hiervon in der bezeichneten Angele-
genheit keinen Gebrauch machen.

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:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die
Bedarfsplanung

Berlin, 20.01.2014

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 20.12.2013 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Neufassung des § 22 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. Hintergrund ist die Änderung der Rechtsgrundlage für die Bedarfsplanung durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Nach § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V i. V. m. § 101 Abs. 1 Satz 9 SGB V sind nun auch die ermächtigten Ärzte sowie die in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu berücksichtigen. In der Fassung vom 20.12.2012 fehlt die Konkretisierung der Anrechnung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte; § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht derzeit die Verlagerung der Ausgestaltungskompetenz auf die Landesebene vor. Zur Neufassung des § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie liegen dissente Positionen vor.

§ 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie i. d. F. v. 20.12.2012

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sieht in § 22 Abs. 1 vor, dass nur in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang ermächtigte Ärzte wie zugelassene Vertragsärzte angerechnet werden. Nach den Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes soll diese Regelung dahingehend verändert werden, dass alle Ermächtigten entsprechend des zeitlichen Umfangs ihrer Tätigkeit, mindestens mit 0,1, auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe angerechnet werden.

§ 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie i. d. F. v. 20.12.2012

Zur Neufassung des § 22 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie, d. h. der Einbeziehung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte, liegen drei unterschiedliche Regelungsvorschläge vor.

Der Vorschlag der DKG sieht vor, dass nach § 116a SGB V ermächtigte Krankenhäuser entsprechend dem Verhältnis der Fallzahlen der Einrichtung zu dem Fallzahldurchschnitt der niedergelassenen Ärzte des Fachgebietes der betreffenden KV-Region mit den Anrechnungsfaktoren 0,25, 0,5, 0,75 sowie 1,0 angerechnet werden. Für die Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V und die Sozialpädiatrischen Zentren nach § 119 SGB V soll eine pauschalierte Anrechnung mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung erfolgen. Dies kann unterbleiben, sofern eine Vergleichbarkeit bezüglich des Patientenspektrums bzw. des Ermächtigungsumfangs mit der jeweils maßgeblichen Arztgruppe im Planungsbereich in überwiegendem Maße nicht besteht. Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sowie Einrichtungen nach § 118 Abs. 3 SGB V und § 118a SGB V sollen nicht einbezogen werden.

Die KBV wiederum schlägt gemeinsam mit den Patientenvertretern keine pauschalierte, sondern eine auf den jeweiligen Einzelfall bezogene Anrechnung vor. Übereinstimmend mit der DKG soll keine Anrechnung der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V erfolgen. Weitere Begrenzungen bestehen darin, dass eine Anrechnung nur dann erfolgen soll, wenn die Tätigkeit der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes entspricht, nicht ein spezifischer Personenkreis, dessen Versorgung einer ermächtigten Einrichtung bedarf, versorgt wird und der zeitliche Umfang dem eines vollen oder hälftigen Versorgungsauftrag entspricht.

Der Ansatz des GKV-Spitzenverbandes nimmt zum einen keine ermächtigte Einrichtung aus dem Regelungsvorschlag aus. Vorgesehen ist zum anderen, dass ab einem zeitlichen Tätigkeitsumfang der Ärzte von 0,1 eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgt. Jede ermächtigte Einrichtung soll dabei mindestens mit dem Faktor 1,0 angerechnet werden. Eine Anrechnung der Tätigkeiten von Ärzten, die weniger als 0,1 Vollzeit-

äquivalente erbringen, kann kumuliert erfolgen. Zudem müssen für die Anrechnung die Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen nur Leistungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes erbringen. Nicht notwendig ist insofern, dass die Tätigkeit, wie bei dem Regelungsvorschlag von KBV und Patientenvertretern, dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines ambulanten Vertragsarztes entspricht.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

§ 116 SGB V sieht vor, dass für die Erteilung einer persönlichen Ermächtigung ein Versorgungsbedarf bestehen muss bzw. eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nicht sichergestellt wird. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die ambulante Versorgung der Versicherten in erster Linie den Vertragsärzten vorbehalten. Von daher sind Ermächtigungen zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Soweit die niedergelassenen Ärzte in der Lage sind, entsprechende Krankenbehandlungen zu erbringen, haben die in den in § 116 Satz 1 SGB V genannten Einrichtungen tätigen Ärzte keinen Anspruch auf eine Ermächtigung.

Vor dem Hintergrund des Grundsatzes, dass die ambulante Versorgung primär den Vertragsärzten vorbehalten sein soll, sieht die Bundesärztekammer die gesetzliche Neufassung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V als problematisch an. Die Berücksichtigung der Ermächtigungen bei der Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches kann zu Zulassungsbeschränkungen führen und somit dazu, dass die Zulassung von Ärzten verhindert wird, die dazu beitragen würden, dass die Versorgungsengpässe, die zu der Ermächtigung geführt haben, beseitigt werden. Die Korrekturmöglichkeit besteht nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Rücknahme von Ermächtigungen und nicht in der Beschränkung der Zulassungsmöglichkeiten. Allerdings spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, dass nach mehrmaliger Verlängerung der Ermächtigung ein Bestandsschutz für den ermächtigten Arzt eintritt, um ihm Planungssicherheit zu gewähren.

Um die Spielräume der Zulassungsausschüsse und somit die Möglichkeiten für Krankenhausärzte, bei bestehendem Bedarf in die vertragsärztliche Versorgung zu wechseln, nicht übermäßig zu begrenzen, spricht sich die Bundesärztekammer aus den oben dargestellten Gründen daher für die Beibehaltung der derzeitigen und - wie den Tragenden Gründen zu entnehmen ist - vom Bundesministerium für Gesundheit nicht kritisierten Regelung in § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie aus.

Die Vorschrift des Absatzes 2 (und in den unterschiedlichen Vorschlägen zum Teil andere weitere Absätze) regelt die Anrechnung der ermächtigten Einrichtungen. Bezüglich der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V teilt die Bundesärztekammer die Auffassung von KBV, Patientenvertretern und DKG sowie die von der DKG in den Tragenden Gründen dargelegte Begründung für die Nichteinbeziehung. Die vorgeschriebene Begrenzung auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen über Fallzahlbegrenzungen um.

Die Bundesärztekammer spricht sich ebenfalls dagegen aus, ermächtigte Einrichtungen vollständig in die Berechnung des Versorgungsgrades einzubeziehen, wenn die Versorgungsleistung primär für besondere Patientengruppen erbracht wird. Gerade Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten oder wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich somit an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbe-

sondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden. Dies gilt ebenso für die Sozialpädiatrischen Zentren, die ihre Behandlung auf diejenigen Kinder auszurichten haben, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.

Nicht nachvollzogen werden kann die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Einbeziehung jeder ermächtigten Einrichtung mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 unabhängig von dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang der in der Einrichtung tätigen Ärzte. Eine nachvollziehbare Begründung für die Vorgehensweise kann auch den Tragenden Gründen nicht entnommen werden.

Inwieweit darüber hinaus eine Einbeziehung der ermächtigten Einrichtungen angesichts der ungenügenden Datengrundlage sowie eine Zuordnung der Ärzte zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe sachgerecht vorgenommen werden kann, kann von der Bundesärztekammer nicht beurteilt werden. Vor diesem Hintergrund und angesichts des hiermit verbundenen Aufwandes erscheint zum Einstieg eine „schlanke“ Lösung sinnvoll.

Berlin, 20.01.2014

i. A.



Britta Susen
Bereichsleiterin im Dezernat 5 –
Versorgung und Kooperation mit Gesundheitsfachberufen



BundesPsychotherapeutenKammer

BPTK Klosterstraße 64 10179 Berlin

Herrn
Dirk Hollstein
Unterausschuss Bedarfsplanung
Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 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, 20. Januar 2014

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 BPTK
hier: Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Ein-
beziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Be-
darfsplanung (§ 22 BPL-RL)**

Sehr geehrter Herr Hollstein,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 20. Dezember 2013, mit dem Sie der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme zu o. g. Sachverhalt geben. In der Anlage übersenden wir Ihnen fristgerecht unsere Stellungnahme.

An der Anhörung am 28. Januar 2014 wird **Johannes Schopohl** (Referent der BPTK) teilnehmen.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'C. Tophoven', is written over a light blue horizontal line.

Christina Tophoven

Anlage

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto: 00 05 78 72 62
BLZ: 300 606 01
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE60 3006 0601 0005 7872 62



Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung (§ 22 BPL-RL)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
20.01.2014**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Anrechnung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad	4
3.	Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten	5
3.1.	Vorschlag von KBV und Patientenvertretung.....	5
3.2.	Der Vorschlag der DKG	8
3.3.	Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes	8

1. Einleitung

Ermächtigungsgrundlage für die beabsichtigte Regelung ist § 101 Absatz 1 Nummer 2b SGB V. Danach sollen die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass dies nicht nur auf ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten zutreffen soll, sondern auch auf solche, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind. Die Berücksichtigung soll nur erfolgen, soweit der Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist. Außerdem weist der Gesetzgeber ausdrücklich darauf hin, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festzulegen hat, unter welchen Voraussetzungen Leistungserbringer bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen (BT-Drs. 17/6906, Seite 73).

Die Entwürfe sind daran zu messen, inwieweit sie dem Sinn und Zweck der Norm sowie dem Willen des Gesetzgebers am besten nachkommen. Am ehesten geeignet zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung. Er stellt sicher, dass eine Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfolgt, soweit sie auch tatsächlich Leistungen erbringen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt hier lediglich eine klarstellende Formulierung im Beschluss in Bezug auf die ermächtigten Einrichtungen nach § 117 SGB V vor, die der Forschung, Lehre und Ausbildung dienen.

Der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist deshalb aus Sicht der BPTK ungeeignet, weil er pauschale Anrechnungen auf den Versorgungsgrad vorsieht. Diese hätten zum einen eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad zur Folge, die über den vertragsärztlichen Leistungsumfang der in den Einrichtung Tätigen hinausginge, und würden zum anderen so pauschal erfolgen, dass sie die Versorgungrealität nicht annähernd berücksichtigen würden.

Bedenklich beim Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist die volle Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten in Einrichtungen auch dann, wenn die Einrichtungen keine Leistungen erbringen, die so in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung vorgesehen sind. Erfasst würden auch Einrichtungen, die ein ergänzendes Angebot für Patientengruppen vorhalten, die gerade nicht in der „regulären“ vertragsärztlichen Versorgung ausreichend versorgt werden (können). Darüber hinaus ist eine Staffelung von 0,1 Versorgungsaufträgen ein hoher bürokratischer Aufwand, dem kein angemessener Nutzen gegenübersteht. Zudem normiert der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes Informationspflichten in Form einer Selbstausskunft, deren Bürokratiekosten nicht ermittelt worden sind.

Die BPTK spricht sich daher dafür aus, den Vorschlag von KBV und Patientenvertretung mit einer klarstellenden Formulierung im Beschluss zu verabschieden.

2. Anrechnung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad

Der Vorschlag von KBV und Patientenvertretung sowie der Vorschlag der DKG setzen die Regelung zur Anrechnung in Übereinstimmung mit den nach dem Zulassungsrecht vorgesehenen vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen um. Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten werden danach entweder in einem vollen oder in einem hälftigen Umfang des Versorgungsauftrags angerechnet. Soweit eine Ermächtigung personenbezogen ausgesprochen wird, erfolgt die Berücksichtigung wie bei Zulassungen nach vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen, bei denen es keine weitere Differenzierung hinsichtlich des Umfangs gibt.

Insofern überzeugt der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht, „alle anderen ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten“ in 0,1er Schritten auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Zunächst stellt sich unabhängig davon, ob es dafür überhaupt einen Anwendungsbereich gibt (eine Ermächtigung im Umfang von 0,1 Versorgungsaufträgen ist zumindest der BPTK nicht bekannt), die Frage, ob es sich bei einem Umfang von 0,1 nicht bereits um einen vernachlässigbaren Umfang handelt, der nach dem Willen des Gesetzgebers gerade nicht angerechnet werden soll. Darüber hinaus ist dies mit

einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Es müsste ermittelt werden, in welchem Umfang der Ermächtigte vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Leistungen erbringt. Dieser Umfang müsste dann in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt werden, um die Höhe der Anrechnung zu ermitteln. Dabei müsste höchst differenziert vorgegangen werden, da bereits bei einer wöchentlichen Tätigkeit von zwei „Sprechstunden“ jeweils eine höhere Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgen würde.

3. Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten

Die Vorschläge sind vor dem Hintergrund der bereits ausgeführten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage zu beurteilen. Danach erfüllt der Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung die gesetzlichen Anforderungen am ehesten.

3.1. Vorschlag von KBV und Patientenvertretung

Der vorgeschlagene § 22 Absatz 2 SGB V stellt sicher, dass in ermächtigten Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten angerechnet werden, allerdings auch nur insoweit, als sie „wie ein Vertragsarzt“ an der Versorgung teilnehmen und somit ihre Leistungen mit denen eines Vertragsarztes vergleichbar sind.

Dies ist deshalb entscheidend, da eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten reduziert bzw. reduzieren kann. Die Versorgung soll durch die Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten aber nicht verschlechtert werden. Es soll lediglich sichergestellt werden, dass in der Bedarfsplanung diese dann auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn sie die Patienten so versorgen, wie es ansonsten ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut tun würde. Denn dieser muss dann in der Konsequenz nicht (zusätzlich) zugelassen werden.

Dabei ist auch zu beachten, dass in die Bedarfsplanung die bereits vorhandenen Einrichtungen bei der Ermittlung der SOLL-Zahl der jeweiligen Arztgruppe nicht eingeflossen sind. Werden sie jetzt bei Berechnung des Versorgungsgrades einseitig auf der

IST-Seite berücksichtigt, führt dies zu einer Verzerrung. Es wird ein höherer Versorgungsgrad erreicht, da die Allgemeinen Verhältniszahlen ohne diese Einrichtungen berechnet werden, die Einrichtungen jetzt aber auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Dies erfordert es sicherzustellen, dass nur diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen berücksichtigt werden, die bildlich gesprochen einen Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten ersetzen und nicht etwa einen anderen Versorgungsbedarf decken.

Über die Anknüpfung der Anrechnung an den Facharztstatus ist im Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung klargestellt, dass nicht etwa Assistenzärzte oder Teilnehmer einer psychotherapeutischen Ausbildung auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Deren Tätigkeit entspricht nicht der eines Vertragsarztes.

Durch Ziffer 2 ist sichergestellt, dass nicht etwa Fachärzte oder Psychotherapeuten in einer Einrichtung allein deshalb auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, weil sie dort tätig sind. Vielmehr ist erforderlich, dass sie fachgebietsspezifisch das Versorgungsspektrum abdecken müssen. Damit ist ausgeschlossen, dass beispielsweise ein Psychotherapeut in einer Einrichtung, der nicht versorgt, sondern mit Aufgaben der Supervision und Lehre beschäftigt ist, fälschlicherweise auf den Versorgungsgrad angerechnet wird.

Ziffer 3 stellt klar, dass nicht Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn die Einrichtung gar nicht zur „regulären“ vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist, sondern zur Versorgung eines spezifischen Personenkreises. So sind beispielsweise Psychiatrische Institutsambulanzen ermächtigt, einen spezifischen Personenkreis zu versorgen, der aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität der Erkrankung nicht bestmöglich in der regulären vertragsärztlichen Versorgung versorgt werden könnte. Würden in diesen Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad angerechnet, so würden der vertragsärztlichen Versorgung notwendige Behandlungsplätze entzogen, ohne dass dem ein entsprechendes Angebot gegenüberstünde. Die Beschränkung der Anrechnung auf den vollen und hälftigen Versorgungsauftrag ermöglicht eine einfache Ermittlung des Anrechnungsfaktors und schließt zugleich aus, dass vertragsärztliche

Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Sie stellt auch sicher, dass sich hinsichtlich des Umfangs der Anrechnung kein Unterschied zwischen ermächtigten Einzelpersonen und in ermächtigten Einrichtungen Tätigen ergibt.

In den Tragenden Gründen führt der Vorschlag zu Recht aus, dass Einrichtungen nach § 117 SGB V der Forschung und Lehre dienen. Dort tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden daher nach dem Vorschlag konsequenterweise nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet. Um eine einheitliche Anwendung der Norm sicherzustellen, sollte diesbezüglich jedoch eine Klarstellung erfolgen. Der Wortlaut der Norm nimmt Einrichtungen aus, die ausschließlich der Forschung und Lehre dienen. Das könnte die Frage aufwerfen, inwieweit die Einrichtungen nach § 117 SGB V nicht auch Aufgaben neben Forschung und Lehre wahrnehmen. Vor allem aber stellt sich die Frage, ob die Verwendung des Terminus „Forschung und Lehre“ nicht eine Auslegung zur Folge haben könnte, die ausschließlich Hochschulambulanzen erfasst. Denn der Terminus „Forschung und Lehre“ wird – auch wenn es hier nicht so gemeint ist – häufig vor allem mit Universitäten in Verbindung gebracht. § 117 Absatz 2 SGB V erfasst aber gerade auch (private und öffentliche) Ausbildungsinstitute. Diese sollen nach dem Vorschlag der KBV zu Recht auch von einer Anrechnungsregelung ausgenommen werden. Zum großen Teil wird dies bereits unabhängig von der Einschränkung auf Einrichtungen, die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen, durch die Ziffern 1 und 2 des § 22 Absatz 2 SGB V berücksichtigt. Um jedoch eine nicht beabsichtigte Auslegung auszuschließen, schlägt die BPTK vor, an den § 22 Absatz 2 in Form des Vorschlags der KBV und der Patientenvertretung folgenden Satz 3 anzufügen:

„In Einrichtungen nach § 117 Absätze 1 und 2 SGB V tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden abweichend von Satz 1 und Satz 2 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.“

Dann könnte auch der Einschub in Satz 1 „die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen“ entfallen.

3.2. Der Vorschlag der DKG

Der Vorschlag sieht eine anhand der Fallzahlen ermittelte Anrechnung in Schritten von jeweils einem Viertel Versorgungsauftrag vor, soweit es sich um eine ambulante Behandlung nach § 116a SGB V handelt. Besonders bedenklich ist die pauschale Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass Psychiatrische Institutsambulanzen im Rahmen eines speziellen Versorgungsauftrags tätig sind und Ärzte und Psychotherapeuten in diesen Einrichtungen daher gerade nicht wie Vertragsärzte versorgen. Dieses Argument legt es aber nahe, dem Vorschlag von KBV und Patientenvertretung zu folgen und die dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auch nicht anteilig auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Ansonsten gibt es keinerlei Anhaltspunkte, dass die Höhe des Anrechnungsfaktors in irgendeiner Weise dem Versorgungsgrad entspricht. Problematisch scheint darüber hinaus, dass die Anrechnung unabhängig von der Größe der Einrichtung und der Anzahl der dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,3 erfolgt.

3.3. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

Um an das eben Gesagte anzuknüpfen, erscheint zunächst problematisch, dass auch hier eine Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfolgen soll, die nicht wie Vertragsärzte versorgen, sondern zur Versorgung einer spezifischen Patientengruppe dienen.

Darüber hinaus erscheint der Umfang der Anrechnung in Höhe von 0,1 Vollzeitäquivalenten viel zu kleinteilig. Dieser soll anhand eines Umfangs von 20 Sprechstunden ermittelt werden. Dies bedeutet bei einem angestellten Arzt oder Psychotherapeuten, dass seine Wochenarbeitszeit zunächst in Sprechstunden umgerechnet werden müsste. Bei einer regulären Arbeitszeit von beispielsweise 40 Wochenstunden würde sich die Frage stellen, wie eine Tätigkeit von vier Stunden pro Woche anzurechnen wäre. Müssten die vier Stunden in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt oder müssten vielmehr die 40 Arbeitsstunden in Sprechstunden umgerechnet und dann anteilig ermittelt werden? Darüber hinaus widerspricht eine Anrechnung in Höhe eines Faktors von 0,1 dem Willen des Gesetzgebers, nach dem Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang gerade nicht angerechnet werden sollen.

Zudem normiert der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 22 Absatz 2 Satz 3 SGV V ausdrücklich eine Informationspflicht. Danach soll die Abarbeitung des Kriterienkatalogs auf Basis einer „Selbstauskunft der betreffenden Einrichtung“ erfolgen. Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um den klassischen Fall einer Informationspflicht im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 2 NKRK (Gesetz zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates) i. V. m. § 5a Absatz 1 Satz 1 der Verfahrensordnung. Danach sind Informationspflichten, die „aufgrund von Gesetz, Rechtsverordnung, Satzung oder Verwaltungsvorschrift bestehende Verpflichtungen, Daten und sonstige Informationen für Behörden oder Dritte zu beschaffen, verfügbar zu halten oder zu übermitteln“. Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um eine Information für Behörden, die übermittelt werden muss. Es handelt sich bei ermächtigten Einrichtungen auch um im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätige Leistungserbringer. Sofern erscheint die Aussage unter 4. in den Tragenden Gründen, dass der Beschluss keine Regelungen mit Informationspflichten für Leistungserbringer enthält, zumindest in Bezug auf den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes fraglich.

Sollte es sich hierbei nicht um die Normierung einer Verpflichtung zur Selbstauskunft handeln, so wäre die Regelung des GKV-Spitzenverbandes ohnehin ungeeignet. Denn die Anrechnung des Versorgungsgrades kann nicht davon abhängig gemacht werden, ob eine Einrichtung bereit ist, eine entsprechende Selbstauskunft freiwillig zu erteilen. Aus Sicht der BPTK wäre daher der Beschluss in Form des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes vor Ermittlung der damit verbundenen Bürokratiekosten ohnehin nicht verabschiedungsfähig. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass die beiden anderen Vorschläge zum einen keine ausdrückliche Selbstauskunft vorsehen, zum anderen die Schritte jedoch so gefasst sind, dass eine dazu gegebenenfalls notwendige Auskunft allenfalls mit zu vernachlässigendem Aufwand verbunden wäre. Eine Ermittlung des jeweiligen anzurechnenden Anteils in 0,1er Schritten anhand von den Einrichtungen regelmäßig vorgesehenen Sprechstunden als Vollzeitäquivalent ist jedenfalls mit einem so hohen Aufwand verbunden, dass es sich nicht um eine zu vernachlässigende Informationspflicht handelt.

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):

Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung

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>19</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 20. Dezember 2013 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 20. Januar 2014.

II. Schriftliche Stellungnahmen

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

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20.01.2014
Bundesärztekammer (BÄK)	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 folgende Tabelle).

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
1a	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) 20.01.2014	<p>1. Einleitung</p> <p>Die BPtK spricht sich dafür aus, den Vorschlag von KBV und Patientenvertretung mit einer klarstellenden Formulierung im Beschluss zu verabschieden.</p>	s.u.		
1b		<p>2. Anrechnung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad</p> <p>Der Vorschlag von KBV und Patientenvertretung sowie der Vorschlag der DKG setzen die Regelung zur Anrechnung in Übereinstimmung mit den nach dem Zulassungsrecht vorgesehenen vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen um. Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten werden danach entweder in einem vollen oder in einem hälftigen Umfang des Versorgungsauftrags angerechnet. Soweit eine Ermächtigung personenbezogen ausgesprochen wird, erfolgt die Berücksichtigung wie bei Zulassungen nach vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen, bei denen es keine weitere Differenzierung hinsichtlich des Umfangs gibt.</p> <p>Insofern überzeugt der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht, „alle anderen ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten“ in 0,1er Schritten auf den Versorgungsgrad anzurechnen.</p>	Zunächst stellt sich unabhängig davon, ob es dafür überhaupt einen Anwendungsbereich gibt (eine Ermächtigung im Umfang von 0,1 Versorgungsaufträgen ist zumindest der BPtK nicht bekannt), die Frage, ob es sich bei einem Umfang von 0,1 nicht bereits um einen vernachlässigbaren Umfang handelt, der nach dem Willen des Gesetz-		GKV-SV: Anmerkungen der BPtK sind teilweise nachvollziehbar.

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			gebers gerade nicht angerechnet werden soll. Darüber hinaus ist dies mit einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Es müsste ermittelt werden, in welchem Umfang der Ermächtigte vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Leistungen erbringt. Dieser Umfang müsste dann in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt werden, um die Höhe der Anrechnung zu ermitteln. Dabei müsste höchst differenziert vorgegangen werden, da bereits bei einer wöchentlichen Tätigkeit von zwei „Sprechstunden“ jeweils eine höhere Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgen würde		
1c		<p>3. Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten</p> <p>3.1. Vorschlag von KBV und Patientenvertretung Der Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung erfüllt die gesetzlichen Anforderungen am ehesten.</p>	Der vorgeschlagene § 22 Absatz 2 SGB V stellt sicher, dass in ermächtigten Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten angerechnet werden, allerdings auch nur insoweit, als sie „wie ein Vertragsarzt“ an der Versorgung teilnehmen und somit ihre Leistungen mit denen eines Vertragsarztes vergleich-		<p>GKV-SV: Vorschlag KBV/ PatV führt in der Konsequenz zu keiner Anrechnung und entspricht damit nicht der Intention des Gesetzgebers</p> <p>PatV: Konkreter Kriterienkatalog für eine Anrechnung in Absatz 2 enthalten</p> <p>KBV: Zustimmung zu BpTK, dass</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>bar sind.</p> <p>Dies ist deshalb entscheidend, da eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten reduziert bzw. reduzieren kann. Die Versorgung soll durch die Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten aber nicht verschlechtert werden. Es soll lediglich sichergestellt werden, dass in der Bedarfsplanung diese dann auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn sie die Patienten so versorgen, wie es ansonsten ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut tun würde. Denn dieser muss dann in der Konsequenz nicht (zusätzlich) zugelassen werden.</p> <p>Dabei ist auch zu beachten, dass in die Bedarfsplanung die bereits vorhandenen Einrichtungen bei der Ermittlung der SOLL-Zahl der jeweiligen Arztgruppe nicht eingeflossen sind. Werden sie jetzt bei Berechnung des Versorgungsgrades einseitig auf der IST-Seite berücksichtigt, führt dies zu einer Verzerrung. Es wird ein höherer Versorgungsgrad erreicht, da die Allgemeinen Verhältniszahlen ohne diese Einrichtungen</p>		<p>die tatsächlich erbrachten Leistungen den Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen müssen.</p> <p>LV: Kriterienkatalog führt in der Praxis zur keiner Anrechnung; Regelungsvorschlag des GKV-SV ist zu allgemein gehalten, ggf. Alternativvorschlag notwendig.</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>berechnet werden, die Einrichtungen jetzt aber auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Dies erfordert es sicherzustellen, dass nur diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen berücksichtigt werden, die bildlich gesprochen einen Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten ersetzen und nicht etwa einen anderen Versorgungsbedarf decken.</p> <p>Über die Anknüpfung der Anrechnung an den Facharztstatus ist im Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung klargestellt, dass nicht etwa Assistenzärzte oder Teilnehmer einer psychotherapeutischen Ausbildung auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Deren Tätigkeit entspricht nicht der eines Vertragsarztes.</p> <p>Durch Ziffer 2 ist sichergestellt, dass nicht etwa Fachärzte oder Psychotherapeuten in einer Einrichtung allein deshalb auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, weil sie dort tätig sind. Vielmehr ist erforderlich, dass sie fachgebietsspezifisch das Versorgungsspektrum abdecken müssen. Damit ist ausgeschlossen, dass bei-</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>spielsweise ein Psychotherapeut in einer Einrichtung, der nicht versorgt, sondern mit Aufgaben der Supervision und Lehre beschäftigt ist, fälschlicherweise auf den Versorgungsgrad angerechnet wird.</p> <p>Ziffer 3 stellt klar, dass nicht Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn die Einrichtung gar nicht zur „regulären“ vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist, sondern zur Versorgung eines spezifischen Personenkreises. So sind beispielsweise Psychiatrische Institutsambulanzen ermächtigt, einen spezifischen Personenkreis zu versorgen, der aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität der Erkrankung nicht bestmöglich in der regulären vertragsärztlichen Versorgung versorgt werden könnte. Würden in diesen Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad angerechnet, so würden der vertragsärztlichen Versorgung notwendige Behandlungsplätze entzogen, ohne dass dem ein entsprechendes Angebot gegenüberstünde. Die Beschränkung der Anrechnung auf</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>den vollen und hälftigen Versorgungsauftrag ermöglicht eine einfache Ermittlung des Anrechnungsfaktors und schließt zugleich aus, dass vertragsärztliche Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Sie stellt auch sicher, dass sich hinsichtlich des Umfangs der Anrechnung kein Unterschied zwischen ermächtigten Einzelpersonen und in ermächtigten Einrichtungen Tätigen ergibt.</p>		
1d		<p>Um eine nicht beabsichtigte Auslegung auszuschließen, schlägt die BptK vor, an den § 22 Absatz 2 in Form des Vorschlags der KBV und der Patientenvertretung folgenden neuen Satz 3 anzufügen:</p> <p><i>„In Einrichtungen nach § 117 Absätze 1 und 2 SGB V tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden abweichend von Satz 1 und Satz 2 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.“</i></p> <p>Dann könnte auch der Einschub in Satz 1 „die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen“ entfallen.</p>	<p>In den Tragenden Gründen führt der Vorschlag zu Recht aus, dass Einrichtungen nach § 117 SGB V der Forschung und Lehre dienen. Dort tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden daher nach dem Vorschlag konsequenterweise nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet. Um eine einheitliche Anwendung der Norm sicherzustellen, sollte diesbezüglich jedoch eine Klarstellung erfolgen. Der Wortlaut der Norm nimmt Einrichtungen aus, die ausschließlich der Forschung und Lehre dienen. Das könnte die Frage aufwerfen, inwieweit die Einrichtungen nach § 117 SGB V nicht auch Aufgaben</p>	Nein	<p>KBV: keine Änderung, bestehende Formulierung umfasst § 117 Abs. 1 und 2 SGB V ggf. Klarstellung in den Tragenden Gründen</p> <p>GKV-SV: Ausbildungseinrichtungen nehmen an der Versorgung teil. Darüber hinaus befassen sie sich gleichzeitig mit der Ausbildung von Nachwuchskräften.</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			neben Forschung und Lehre wahrnehmen. Vor allem aber stellt sich die Frage, ob die Verwendung des Terminus „Forschung und Lehre“ nicht eine Auslegung zur Folge haben könnte, die ausschließlich Hochschulambulanzen erfasst. Denn der Terminus „Forschung und Lehre“ wird – auch wenn es hier nicht so gemeint ist – häufig vor allem mit Universitäten in Verbindung gebracht. § 117 Absatz 2 SGB V erfasst aber gerade auch (private und öffentliche) Ausbildungsinstitute. Diese sollen nach dem Vorschlag der KBV zu Recht auch von einer Anrechnungsregelung ausgenommen werden. Zum großen Teil wird dies bereits unabhängig von der Einschränkung auf Einrichtungen, die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen, durch die Ziffern 1 und 2 des § 22 Absatz 2 SGB V berücksichtigt.		
1e		3.2. Der Vorschlag der DKG Der Vorschlag sieht eine anhand der Fallzahlen ermittelte Anrechnung in Schritten von jeweils einem Viertel Versorgungsauftrag vor, soweit es sich um eine ambulante Behandlung nach § 116a SGB V handelt. Besonders bedenklich ist die pauschale Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung.	Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass Psychiatrische Institutsambulanzen im Rahmen eines speziellen Versorgungsauftrags tätig sind und Ärzte und Psychotherapeuten in diesen Einrichtungen daher gerade nicht wie Vertragsärzte versor-	Nein	DKG: Keine Änderung des DKG-Vorschlages. Er enthält eine schlanke praktikable Lösung und sieht in Absatz 3 eine Abweichungsmöglichkeit auf der Landesebene vor.

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			gen. Dieses Argument legt es aber nahe, dem Vorschlag von KBV und Patientenvertretung zu folgen und die dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auch nicht anteilig auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Ansonsten gibt es keinerlei Anhaltspunkte, dass die Höhe des Anrechnungsfaktors in irgendeiner Weise dem Versorgungsgrad entspricht. Problematisch scheint darüber hinaus, dass die Anrechnung unabhängig von der Größe der Einrichtung und der Anzahl der dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,3 erfolgt.		
1f		<p>3.3. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes Es erscheint zunächst problematisch, dass auch hier eine Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfolgen soll, die nicht wie Vertragsärzte versorgen, sondern zur Versorgung einer spezifischen Patientengruppe dienen.</p> <p>Darüber hinaus erscheint der Umfang der Anrechnung in Höhe von 0,1 Vollzeitäquivalenten viel zu kleinteilig. Dieser soll anhand eines Umfangs von 20 Sprechstunden ermittelt werden.</p>	Der Vorschlag bedeutet bei einem angestellten Arzt oder Psychotherapeuten, dass seine Wochenarbeitszeit zunächst in Sprechstunden umgerechnet werden müsste. Bei einer regulären Arbeitszeit von beispielsweise 40 Wochenstunden würde sich die Frage stellen, wie eine Tätigkeit von vier Stunden		<p>Die Bürokratiekostenermittlung (BKE) erfolgt erforderlichenfalls zu einem späteren Zeitpunkt.</p> <p>GKV-SV: Vorschlag mit der Möglichkeit eines regionalen Abweichens wird nachgereicht Halten im Grundsatz an Selbstauskunft fest (ggf. „Kann“-Regelung).</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>pro Woche anzurechnen wäre. Müssten die vier Stunden in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt oder müssten vielmehr die 40 Arbeitsstunden in Sprechstunden umgerechnet und dann anteilig ermittelt werden? Darüber hinaus widerspricht eine Anrechnung in Höhe eines Faktors von 0,1 dem Willen des Gesetzgebers, nach dem Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang gerade nicht angerechnet werden sollen.</p>		
1g		<p>Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 22 Absatz 2 Satz 3 SGV V normiert ausdrücklich eine Informationspflicht. Danach soll die Abarbeitung des Kriterienkatalogs auf Basis einer „Selbstauskunft der betreffenden Einrichtung“ erfolgen. Die Aussage unter 4. in den Tragenden Gründen, dass der Beschluss keine Regelungen mit Informationspflichten für Leistungserbringer enthält, zumindest in Bezug auf den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes fraglich.</p>	<p>Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um den klassischen Fall einer Informationspflicht im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 2 NKRG (Gesetz zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates) i. V. m. § 5a Absatz 1 Satz 1 der Verfahrensordnung. Danach sind Informationspflichten, die „aufgrund von Gesetz, Rechtsverordnung, Satzung oder Verwaltungsvorschrift bestehende Verpflichtungen, Daten und sonstige Informationen für Behörden oder Dritte zu beschaffen, verfügbar zu halten oder zu übermitteln“. Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um eine Information für Behörden, die übermittelt werden</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>muss. Es handelt sich bei ermächtigten Einrichtungen auch um im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätige Leistungserbringer.</p> <p>Sollte es sich hierbei nicht um die Normierung einer Verpflichtung zur Selbstauskunft handeln, so wäre die Regelung des GKV-Spitzenverbandes ohnehin ungeeignet. Denn die Anrechnung des Versorgungsgrades kann nicht davon abhängig gemacht werden, ob eine Einrichtung bereit ist, eine entsprechende Selbstauskunft freiwillig zu erteilen. Aus Sicht der BPTK wäre daher der Beschluss in Form des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes vor Ermittlung der damit verbundenen Bürokratiekosten ohnehin nicht verabschiedungsfähig. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass die beiden anderen Vorschläge zum einen keine ausdrückliche Selbstauskunft vorsehen, zum anderen die Schritte jedoch so gefasst sind, dass eine dazu gegebenenfalls notwendige Auskunft allenfalls mit zu vernachlässigendem Aufwand verbunden wäre. Eine Ermittlung des jeweiligen anzurechnenden Anteils in 0,1er Schritten anhand von den Ein-</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>richtungen regelmäßig vorgesehenen Sprechstunden als Vollzeitäquivalent ist jedenfalls mit einem so hohen Aufwand verbunden, dass es sich nicht um eine zu vernachlässigende Informationspflicht handelt.</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.01.2014	<p>Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:</p> <p>Um die Spielräume der Zulassungsausschüsse und somit die Möglichkeiten für Krankenhausärzte, bei bestehendem Bedarf in die vertragsärztliche Versorgung zu wechseln, nicht übermäßig zu begrenzen, spricht sich die Bundesärztekammer für die Beibehaltung der derzeitigen und - wie den Tragenden Gründen zu entnehmen ist - vom Bundesministerium für Gesundheit nicht kritisierten Regelung in § 22 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie aus.</p>	<p>§ 116 SGB V sieht vor, dass für die Erteilung einer persönlichen Ermächtigung ein Versorgungsbedarf bestehen muss bzw. eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Ärzten nicht sichergestellt wird. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die ambulante Versorgung der Versicherten in erster Linie den Vertragsärzten vorbehalten. Von daher sind Ermächtigungen zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. Soweit die niedergelassenen Ärzte in der Lage sind, entsprechende Krankenbehandlungen zu erbringen, haben die in den in § 116 Satz 1 SGB V genannten Einrichtungen tätigen Ärzte keinen Anspruch auf eine Ermächtigung.</p> <p>Vor dem Hintergrund des Grundsatzes, dass die ambulante Versorgung primär den Vertragsärzten vorbehalten sein soll, sieht die Bundesärztekammer die gesetzliche Neufassung des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2b SGB V als problematisch an. Die Berücksichtigung</p>		<p>GKV-SV: Stimmt nicht zu, GKV-SV wünscht eine Präzisierung der bisherigen Regelung in § 22 Abs. 1 BPL-RL</p> <p>KBV/PatV/DKG: Stimmen der BÄK bezüglich Beibehaltung des bisherigen § 22 Abs. 1 BPL-RL zu.</p> <p>LV: Präzisierung erforderlich: Es sollen auch solche Ärzte insoweit angerechnet werden, als sie vertragsärztliche Leistungen erbringen.</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
			<p>der Ermächtigungen bei der Berechnung des Versorgungsgrades eines Planungsbereiches kann zu Zulassungsbeschränkungen führen und somit dazu, dass die Zulassung von Ärzten verhindert wird, die dazu beitragen würden, dass die Versorgungsengpässe, die zu der Ermächtigung geführt haben, beseitigt werden. Die Korrekturmöglichkeit besteht nach Auffassung der Bundesärztekammer in der Rücknahme von Ermächtigungen und nicht in der Beschränkung der Zulassungsmöglichkeiten. Allerdings spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, dass nach mehrmaliger Verlängerung der Ermächtigung ein Bestandschutz für den ermächtigten Arzt eintritt, um ihm Planungssicherheit zu gewähren.</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2a		<p>Die Vorschrift des Absatzes 2 (und in den unterschiedlichen Vorschlägen zum Teil andere weitere Absätze) regelt die Anrechnung der ermächtigten Einrichtungen. Bezüglich der Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V teilt die Bundesärztekammer die Auffassung von KBV, Patientenvertretern und DKG sowie die von der DKG in den Tragenden Gründen dargelegte Begründung für die Nichteinbeziehung.</p>	<p>Die vorgeschriebene Begrenzung auf den für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang setzen die Kassenärztlichen Vereinigungen über Fallzahlbegrenzungen um.</p>		<p>GKV-SV: Ausbildungseinrichtungen nehmen an der Versorgung teil. Darüber hinaus befassen sie sich gleichzeitig mit der Ausbildung von Nachwuchskräften.</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2b		Die Bundesärztekammer spricht sich ebenfalls dagegen aus, ermächtigte Einrichtungen vollständig in die Berechnung des Versorgungsgrades einzubeziehen, wenn die Versorgungsleistung primär für besondere Patientengruppen erbracht wird.	Gerade Psychiatrische Institutsambulanzen erfüllen einen spezifischen Versorgungsauftrag für psychisch Kranke, die wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten oder wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebotes bedürfen. Das Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen richtet sich somit an Kranke, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Psychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nur unzureichend erreicht werden. Dies gilt ebenso für die Sozialpädiatrischen Zentren, die ihre Behandlung auf diejenigen Kinder ausrichten haben, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können.		<p>GKV-SV: Widerspricht der Auffassung der BÄK. Die betreffenden Einrichtungen nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil, wenn u.a. aufgrund von den bestehenden Entferungsverhältnissen eine anderweitige Versorgung nicht möglich ist. In manchen KVen sind PIAs Träger der Versorgung, da dort zu wenige PT und KJP niedergelassen sind.</p> <p>KBV/PatV/DKG: Die Darstellung der BÄK ist zutreffend.</p> <p>LV: Präzisierung erforderlich: Es sollen auch solche Ärzte insoweit angerechnet werden, als sie vertragsärztliche Leistungen erbringen.</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5 SGB V:
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Änderung der Richtlinie (Ja / Nein)	Würdigung der Stellungnahme
2c		<p>Nicht nachvollzogen werden kann die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Einbeziehung jeder ermächtigten Einrichtung mit einem Anrechnungsfaktor von 1,0 unabhängig von dem tatsächlichen Tätigkeitsumfang der in der Einrichtung tätigen Ärzte.</p> <p>Inwieweit darüber hinaus eine Einbeziehung der ermächtigten Einrichtungen angesichts der ungenügenden Datengrundlage sowie eine Zuordnung der Ärzte zum Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe sachgerecht vorgenommen werden kann, kann von der Bundesärztekammer nicht beurteilt werden. Vor diesem Hintergrund und angesichts des hiermit verbundenen Aufwandes erscheint zum Einstieg eine „schlanke“ Lösung sinnvoll.</p>	<p>Eine nachvollziehbare Begründung für die Vorgehensweise kann auch den Tragenden Gründen nicht entnommen werden.</p>		<p>GKV-SV: Widerspricht der Auffassung der BÄK. Eigener Vorschlag erlaubt praktikable Lösung bei der Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen auf einem moderaten Niveau. Die Anrechnung mit dem Faktor 1,0 erhöht die Transparenz über das Versorgungsgeschehen.</p> <p>KBV/PatV: Das Prozedere der Auswahl der anzurechnenden Fachgruppen bleibt offen, wie in der BÄK Stellungnahme richtigerweise angemerkt. Anrechnungsfaktor 1,0 führt zu keiner höheren Transparenz des Versorgungsgeschehens.</p> <p>DKG: Plädieren wie die BÄK für eine schlanke Lösung.</p>

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)

28. Januar 2014

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



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 9 S. 1 SGB V
des Gemeinsamen Bundesausschusses

**hier: Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL):
Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen
in die Bedarfsplanung (§ 22 BPL-RL)**

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 28. Januar 2014
von 11.06 Uhr bis 11.17 Uhr

- Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldeter Teilnehmer der **Bundespsychotherapeutenkammer (BptK)**:

Herr Schopohl

Beginn der Anhörung: 11.06 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlich willkommen, Herr Schopohl! Sie sind ein gern und in letzter Zeit häufig gesehener Gast. Wir sind im Stellungnahmeverfahren zur Neufassung von § 22 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, eingeleitet vom Unterausschuss Bedarfsplanung mit drei verschiedenen Beschlussvorschlagsvarianten. Im Stellungnahmeverfahren hat die Bundesärztekammer eine Stellungnahme abgegeben. Die BÄK hat auf die Teilnahme an der heutigen mündlichen Anhörung verzichtet. Auch die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine Stellungnahme abgegeben. Sie ist vom 20. Januar 2014 und hier fristgerecht eingegangen

Ich würde einfach vorschlagen, Herr Schopohl, dass Sie kurz die wesentlichen Inhalte Ihrer Stellungnahme, insbesondere sofern sich seit Abgabe irgendeiner Veränderung ergeben haben, was sicherlich nicht der Fall ist, darstellen und wir dann den Bänken die Möglichkeit geben, Fragen zu Ihrer Stellungnahme zu stellen. Ich glaube, das wird relativ überschaubar sein. Sie haben das Wort, bitte schön.

Herr Schopohl (BPtK): Vielen Dank für die Gelegenheit, hier noch kurz mündlich Stellung zu nehmen. Der Bundespsychotherapeutenkammer ist es in diesem Zusammenhang besonders wichtig, dass nur diejenigen Ärzte in Einrichtungen und Psychotherapeuten in Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, die tatsächlich, wenn man das so sagen kann, wie Vertragsärzte tätig sind. Hintergrund dieses Ansatzes ist der, dass Einrichtungen bei der Festlegung der allgemeinen Verhältniszahl gerade nicht mit eingeflossen sind. Das heißt, bei der Festlegung des Solls, wie viele Vertragsärzte es geben soll, hat man diese Einrichtungen nicht berücksichtigt, auch nicht die Arten von Einrichtungen, die es damals schon gab. Das zeigt sich auch daran, dass zum Beispiel Psychiatrische Institutsambulanzen einen besonderen Versorgungsauftrag haben. Sie können ja nicht jeden Patienten behandeln, sondern eine spezifische Patientengruppe, so ergibt es sich aus dem Gesetz und der darauf gestützten Vereinbarung zwischen den drei Seiten.

Es ist grundsätzlich problematisch, etwas bei der Frage einzurechnen, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten sich niederlassen können, was bei der Festlegung des Solls gar nicht berücksichtigt worden ist. Der Gesetzgeber hat sich aber trotzdem für die Möglichkeit der Anrechnung entschieden. Das bedeutet aber, dass die Anrechnung nur infrage kommt, soweit tatsächlich die Ärzte wie Vertragspsychotherapeuten tätig sind, also genau den Bedarf abdecken, der im Soll auch festgelegt worden ist.

Aus unserer Sicht wird dem der Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung gerecht. Wir schlagen noch eine Klarstellung insbesondere in Bezug auf die Ausbildungsinstitute nach § 117 SGB V vor.

Der Vorschlag der DKG ist aus unserer Sicht deshalb problematisch, weil er zum einen generell Einrichtungen miteinbezieht, auch wenn sie einen anderen Versorgungsbedarf nach ihrem Auftrag decken bzw. jedenfalls nicht den decken, den Vertragsärzte regelmäßig decken, zum anderen, weil dort eine pauschale Anrechnung vorgesehen ist. Pauschalieren ist manchmal ganz gut, man muss nicht immer ins Detail gehen, aber das Problem ist, dass die Psychiatrischen Institutsambulanzen beispielsweise ein höchst unterschiedliches Versorgungsspektrum haben. Insofern glauben wir nicht, dass eine pauschale Anrechnung hier in der Sache gerechtfertigt ist.

Das trifft insoweit auch auf den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes zu, als er Einrichtungen einbeziehen möchte, die gerade nicht diesen Versorgungsbedarf decken. Darüber hinaus halten wir es für problematisch, in 0,1er-Schritten vorzugehen. Das ist höchst bürokratisch, und da ergeben sich auch

Fragen, die jedenfalls uns mit diesem Vorschlag nicht beantwortet worden sind, nämlich: Was ist ein Vollzeitäquivalent? Da steht: 20 Sprechstunden. Was ist das bei einem Angestellten mit einer 40-Stunden-Woche? Wie rechne ich? Welche Tätigkeit im Krankenhaus entspricht einer ambulanten Sprechstunde? Gibt es darüber überhaupt Statistiken? Dann stellt sich auch die Frage: Wie stellt man das fest? Durch Selbstauskunft? Dadurch entsteht natürlich ein erheblicher bürokratischer Aufwand, der hier noch gar nicht berechnet worden ist. Von daher besteht aus unserer Sicht hier formal ein Problem, das den Beschluss in dieser Form zurzeit nicht verabschiedungsfähig macht.

Wir halten, kurz gesagt, den Vorschlag der KBV für angemessen und schlagen mit Blick auf Ausbildungsinstitute nach § 117 SGB V die kleine Ergänzung vor, die Sie unserer Stellungnahme entnehmen können. – Das war es von unserer Seite.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Schopohl. – Frage an die Bänke, an die Ländervertreter, an die Patientenvertretung: Gibt es hierzu Fragen? – Der GKV-SV, bitte schön.

GKV-SV: Ich habe an Herrn Schopohl eine Frage. Sind Sie nicht auch der Meinung, dass gerade der KBV-Vorschlag doch in expliziter Weise diese Transparenz fordert, die Sie jetzt als bürokratisch ablehnen?

Herr Hecken (Vorsitzender): Herr Schopohl, bitte.

Herr Schopohl (BPtK): Der KBV-Vorschlag sieht die Anrechnung in Vollzeitäquivalenten vor, so wie es sie in der Bedarfsplanung gibt, entweder 1 oder 0,5. Das ist wesentlich leichter und klarer festzustellen als 0,1er-Schritte, die ich dann jedes Mal individuell berechnen müsste. Das ist natürlich auch eine gewisse Transparenz, aber die ist deckungsgleich mit den von der Zulassungsverordnung vorgesehenen Zulassungen. Da gibt es keine 0,1er-Zulassung. Insofern denken wir, dass das systemkonform ist und die Unterscheidung in volle und halbe Versorgungsaufträge auch notwendig ist.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Die DKG.

DKG: Gibt es aus Ihrer Sicht das Definitionskriterium, das zweifelsfrei unterscheiden kann zwischen einer vertragsärztlichen Leistung und dem hochspezialisierten Leistungsspektrum einer PIA, wie sie im Gesetz oder in der Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner besteht? Sehen Sie hier ein Kriterium, das auch umsetzbar ermittelt werden kann?

Herr Hecken (Vorsitzender): Herr Schopohl, bitte.

Herr Schopohl (BPtK): Das ist natürlich schwierig, und deshalb stellt sich die Frage, ob die PIAs überhaupt geeignet sind, um die Tätigkeiten dort anzurechnen, weil von vornherein eine spezialisierte Leistung vorgesehen ist. Aus unserer Sicht müssten die Leistungen dort eigentlich so spezialisiert sein, dass sie nicht denen eines niedergelassenen Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsarztes entsprechen. Wir wissen auch, dass sich das Leistungsspektrum unterscheidet. Der einzige gangbare Weg wäre aus unserer Sicht, sich genau anzusehen, was in der PIA passiert, und das dann festzulegen. Zugegebenermaßen geht auch das nicht ohne bürokratischen Aufwand.

Herr Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank. – Der GKV-SV.

GKV-SV: Sind Sie der Ansicht, dass der Gesetzgeber an dieser Stelle keine gute Regelung getroffen hat, oder weshalb sind Sie der Ansicht, dass die PIAs da eigentlich nicht hineingehören? Denn der

Gesetzgeber erwähnt ja explizit die PIAs als Einrichtungen, deren Leistung für den vertragsärztlichen Bereich einbezogen werden sollte.

Herr Schopohl (BPtK): Ich hatte eingangs schon gesagt, dass wir die gesetzliche Regelung in der pauschalen Form für schwierig halten. Sie ist jetzt da. Wir denken aber, dass man bei einer Auslegung des Gesetzes und bei dem Spielraum, den der G-BA hat, eben die sinnvolle Lösung finden muss und hier keine pauschale Anrechnung der PIAs vorsehen kann, sondern sich in der Tat die einzelnen Leistungen ansehen müsste.

Herr Hecken (Vorsitzender): Würde das nicht bedeuten, dass man dann faktisch für einen Zeitraum von zwei oder drei Jahren den vom Gesetzgeber geäußerten Willen negieren würde, indem man sagt, wir versuchen uns jetzt irgendwelche evidenzbasierten Daten zu beschaffen, und während dieser Zeit machen wir gar nichts? Hielten Sie das mit Blick auf die relativ klare gesetzliche Regelung für vom Normzweck gedeckt, oder könnten Sie sich ein Modell vorstellen, dass man sagt, man geht relativ moderat mit einer pauschalen Anrechnung in das System, wir verschaffen uns dann evidenzbasierte Daten über die tatsächlich vorhandenen und erbrachten Leistungsspektren und gehen nach anderthalb Jahren hin und versuchen eine Feinjustierung auf der Basis der dann vorhandenen Daten? Hielten Sie das für einen Weg, den man möglicherweise beschreiten könnte?

Herr Schopohl (BPtK): Wir glauben schon, dass es mit den gesetzlichen Regelungen in Einklang ist, wenn man zunächst die Daten erheben würde. Wenn man vom Wortlaut ausgeht, so wird pauschal von Einrichtungen gesprochen und dort nicht explizit für bestimmte Einrichtungen geregelt. Die werden genannt. Insofern deutet der Wille des Gesetzgebers darauf hin. Aber gerade Sinn und Zweck sprechen aus unserer Sicht dagegen, wenn das zur Folge hat, dass ich etwas anrechne, was das Leistungsspektrum gar nicht oder jedenfalls nur in kleinen Teilen berührt. Insofern können wir uns schon vorstellen, dass man erst die Daten erhebt. Wir halten es nicht für zwingend notwendig, in der Zwischenzeit eine pauschale Anrechnung zu machen, sondern meinen, dass man, bis man die Erkenntnisse hat, die für die Norm erforderlich sind, dann auf eine Anrechnung gänzlich verzichten könnte.

Herr Hecken (Vorsitzender): Danke schön. – Weitere Fragen? – Keine. Dann ist die Anhörung hiermit auch schon kurz und schmerzlos beendet. Danke, dass Sie da waren. Bis zum nächsten Mal, Herr Schopohl.

Ende der Anhörung: 11.17 Uhr