

an das Bundesministerium für Gesundheit über die Auswirkungen der Änderung der Mindest- versorgungsanteile in der psychotherapeuti- schen Versorgung

Vom 16. Juli 2015

Inhalt

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen.....	2
1 Rechtsgrundlagen und Hintergrund	3
2 Vorgehen und Daten	4
3 Ergebnisse.....	5
3.1 Entwicklung der Zulassungen in der psychotherapeutischen Versorgung	5
3.2 Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten innerhalb der Quote	8
3.3 Entwicklung der Quoten auf Ebene der Planungsbereiche.....	10
4 Fazit und Ausblick.....	11
5 Anhang.....	12
5.1 Datenblatt (Muster).....	12
5.2 Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.12.2013 – Änderung der BPL-RL: Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung	13
5.3 Prüfung gemäß § 94 SGB V durch das BMG	19

Verzeichnis der verwendeten Abkürzungen

äP	ärztliche Psychotherapeuten
äP (nur KuJ)	ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen
BPL-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KVen	Kassenärztlichen Vereinigungen
KJP	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
pP	psychologische Psychotherapeuten
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
t1	vor Änderung der Quotenregelungen
t2	unmittelbar nach Änderung der Quotenregelung
t3	ein möglichst aktueller Stand
Typ 1	Kernstädte
Typ 2	Ergänzungsgebiet
Typ 3	stark mitversorgte Regionen
Typ 4	schwach mitversorgte Regionen
Typ 5	Selbstversorger
Typ 10	Sonderregion Ruhrgebiet

1 Rechtsgrundlagen und Hintergrund

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 9 und 101 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA war beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

Mit dem dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (3. AMGuaÄndG) vom 12.08.2013 hatte der Gesetzgeber auch eine Änderung im § 101 Absatz 4 SGB V beschlossen. Betroffen waren davon die Regelungen zum Umgang und zur Ausgestaltung der gesetzlichen Quoten für ärztliche Psychotherapeuten (äP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten. Generell sieht der Gesetzgeber vor, dass 25 % der bis zu einem Versorgungsgrad von 100 % ausgewiesenen Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten durch ärztliche Psychotherapeuten und 20 % durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu besetzen sind. In der ursprünglichen Gesetzesfassung war vorgesehen, dass Quotenplätze für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten „reserviert“ werden, d.h., sie konnten von psychologischen Psychotherapeuten nicht besetzt werden. Ziel dieser Regelung war es bereits bei der Besetzung der Zulassungsmöglichkeiten steuernd auf den „Versorgungsmix“ innerhalb einer Fachgruppe einzuwirken und sicherzustellen, dass Kinder und Jugendliche angemessen psychotherapeutisch versorgt werden und dass innerhalb des psychotherapeutischen Versorgungsangebotes eine hinreichende somatische Kompetenz durch Ärzte gesichert ist.

Aufgrund der obigen Gesetzesänderung wurden die bestehenden Regelungen, wonach nicht besetzte Quotensitze für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für psychologische Psychotherapeuten gesperrt waren, ab 1. Januar 2014 außer Kraft gesetzt. Diese Änderung in den Vorgaben des SGB V hatte auch der G-BA im § 25 der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) fristgerecht zum 19. Dezember 2013 nachvollzogen. Damit können sich seit dem 1. Januar 2014 psychologische Psychotherapeuten bis zur Sperrgrenze von 110 % niederlassen, ohne dass Quotensitze für ärztliche Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Niederlassung blockieren. Sind die Quoten trotz allgemeiner Sperrung des Planungsbereichs aufgrund einer Überschreitung des Versorgungsgrades über 110 % nicht erfüllt, können zusätzliche ärztliche Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oberhalb der Sperrgrenze zugelassen werden, bis die Quoten für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgeschöpft sind.

Der G-BA hatte sich mit der Beschlussfassung über die „Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung“ am 19. Dezember 2013 in den Tragenden Gründen selbst verpflichtet, die Auswirkungen dieser Änderungen ein Jahr nach deren Inkrafttreten zu überprüfen, zu bewerten und bei Bedarf einen möglichen Anpassungsbedarf zu beraten. Das BMG hat im Nichtbeanstandungsschreiben vom 20. Dezember 2013 um Übermittlung der Ergebnisse der Überprüfung und Bewertung bis zum 30. Juni 2015 gebeten.

Für die Erarbeitung des vorliegenden Evaluationsberichtes hatte der UA Bedarfsplanung am 18. Februar 2015 eine Kleingruppe „Quotenregelungen in der Psychotherapie“ eingerichtet.

2 Vorgehen und Daten

Die Bewertung der Auswirkungen der Neufassung der Quotenregelung erfolgt im Rahmen dieses Berichts rein quantitativ bezogen auf die Veränderungen in den Versorgungskapazitäten. Weitergehende Veränderungen mit Blick auf z.B. Qualität, Inhalt und Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung werden in dieser Analyse nicht betrachtet. Diese Gesichtspunkte standen auch nicht im Fokus der damaligen Gesetzgebung, die letztlich allein auf eine Anpassung der Versorgungskapazitäten abzielte.

Für die Bewertung der quantitativen Veränderungen der Versorgungskapazitäten sind Daten bezogen auf die in der Bedarfsplanung geltenden Planungsbereiche erforderlich, die nach ärztlichen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten differenzieren und die für den relevanten Zeitraum vorliegen. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der Ärzte-ZV ist der Umfang der Attribute innerhalb des Bundesarztregisters beschränkt, sodass dort insbesondere die abrechnungsvolatile Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten nicht hinreichend abgebildet ist. Das Bundesarztregister konnte aus diesem Grund für den vorliegenden Bericht nicht verwendet werden. Im Auftrag des G-BA übermittelte stattdessen die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Datenblätter an die 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), in denen die relevanten Daten erhoben wurden. Die Datenblätter orientierten sich im Wesentlichen an der alten Anlage 2.4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie vor der Reform im Jahr 2012, in der die psychotherapeutischen Quoten und deren Besetzung in den Planungsbereichen der KVen dezidiert erhoben wurden (vgl. Anlage 5.1).

Die Abfrage fand zwischen dem 15. April 2015 und dem 6. Mai 2015 statt. Alle KVen übermittelten die angefragten Daten. Es wurden drei Datenstände abgefragt: vor Änderung der Quotenregelungen (t1), unmittelbar nach Änderung der Quotenregelung (t2) sowie ein möglichst aktueller Stand (t3). Die Qualitätsprüfung der Daten ergab keine Ungenauigkeiten, sodass Nachlieferungen der Daten nicht erforderlich waren. Mit Blick auf die drei unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte gilt es deutlich zu machen, dass die Stichtage der übermittelten Daten zwischen den KVen z.T. stark variieren. Ursache hierfür sind die unterschiedlich terminierten und in unterschiedlichen Frequenzzyklen stattfindenden Sitzungen der Landesausschüsse. Insofern liegt für keinen der erhobenen Zeitpunkte ein bundesweiter Stichtagsbezug der Daten im eigentlichen Sinne vor. Für den analytischen Zweck des vorliegenden Berichts, der ausschließlich die Veränderungen aufgrund der Richtlinienänderung im Fokus hat, ist diese Unschärfe jedoch unerheblich.

Bei der Erhebung wurden die Zulassungen gemäß ihrer Anrechnungsfaktoren in der Bedarfsplanung für 4 Gruppen abgefragt: ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen. Letztere stellen insofern eine Besonderheit dar, dass sie bei der Anrechnung auf die Quoten in beiden Sub-Quoten für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten angerechnet werden. Aus diesem Grund ist auch eine separate Erfassung dieser Gruppe erforderlich.

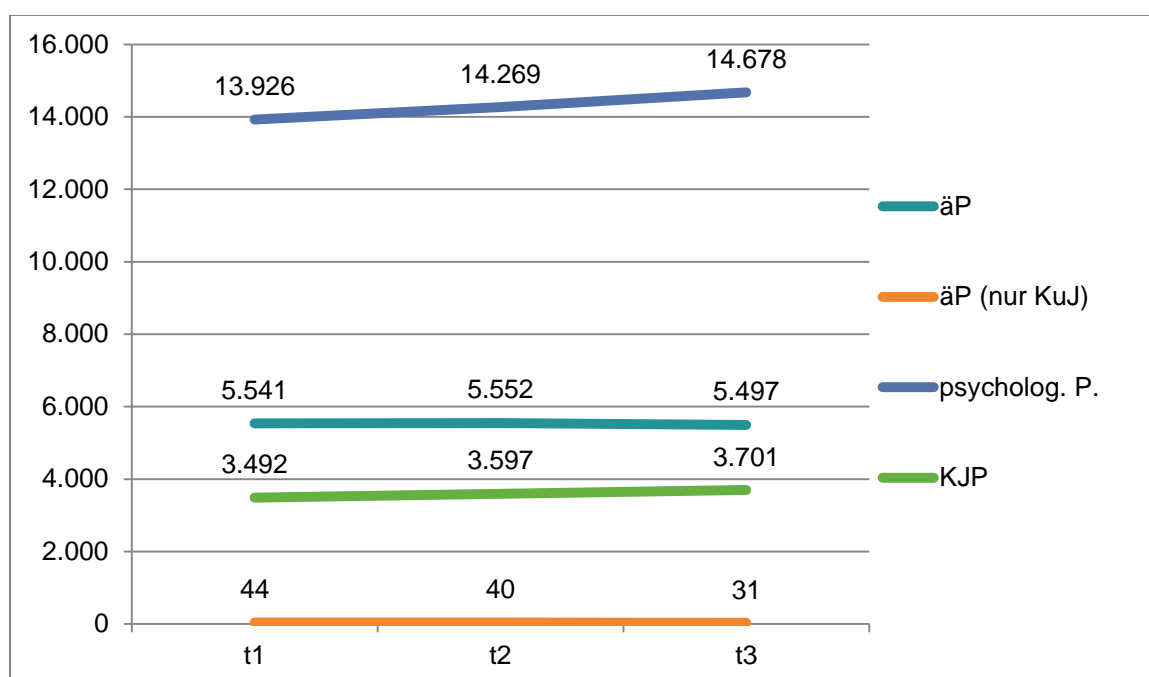
Zur Validierung der Daten und zur regionalisierten Auswertung wurden die KVen gebeten, für die jeweilige Planungsregion die Kreistypzuordnung gemäß BPL-RL bzw. Beschluss des Landesausschusses zu übermitteln. Dabei wird zwischen 5 Typen differenziert: Typ 1 – Kernstädte, Typ 2 – Ergänzungsgebiet, Typ 3 stark mitversorgte Regionen, Typ 4 – schwach mitversorgte Regionen und Typ 5 – Selbstversorger. In der BPL-RL wird darüber hinaus das Ruhrgebiet als Sonderregion definiert, das als Typ 10 ausgewiesen wird.

3 Ergebnisse

3.1 Entwicklung der Zulassungen in der psychotherapeutischen Versorgung

Die Auswertungen der Rückmeldungen der KVen zeigen bei den Entwicklungen der Zulassungen der unterschiedlichen Gruppen ein differenziertes Bild. Während die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten und der ärztlichen Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, rückläufig ist (-1 % bzw. - 30 %), steigt die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten und nicht ärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im beobachteten Zeitraum an (+5 % bzw. +6 %).

Abbildung 1: Entwicklung der Psychotherapeuten nach Sub-Gruppen (bundesweit)

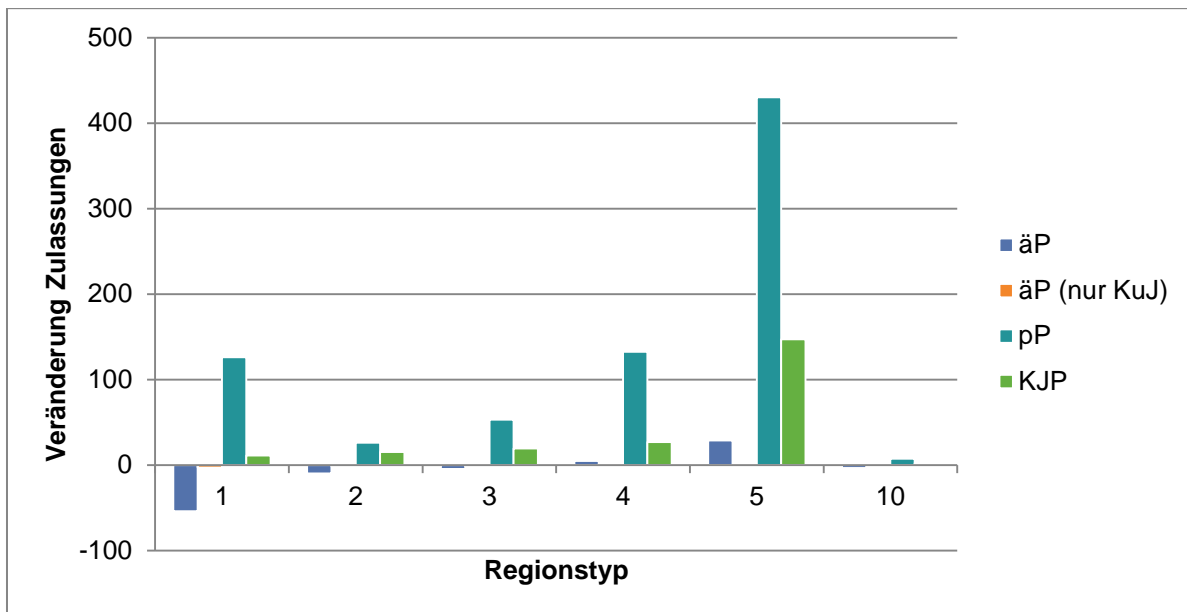


Quelle: Umfrage bei den KVen

In einer regionalisierten Auswertung (siehe Abbildung 2) zeigt sich, dass sich die Zuwächse bei den psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten v.a. auf die ländlichen Regionen (Typ 5) konzentrieren. Demgegenüber ist im Erhebungszeitraum bei den ärztlichen Psychotherapeuten in Kernstädten (Typ 1) ein Rückgang der Zulassungen zu beobachten.

Dieser Effekt, der weitgehend unabhängig von den Quotenregelungen ist, entspricht den Erwartungen und der Zielrichtung der Bedarfsplanungsreform von 2012, deren Ziel die Anhebung des psychotherapeutischen Versorgungsniveaus insbesondere in ländlichen Regionen war. Dieses Ziel konnte über alle Sub-Gruppen hinweg mehr oder weniger erreicht werden. Allerdings sind die Gründe für den beobachteten Rückgang der ärztlichen Psychotherapeuten in attraktiven Kernstädten unklar. Es lässt sich aus den erhobenen Daten nicht ablesen, ob es sich hierbei um Ärzte handelt, die ihre ärztliche Tätigkeit beenden (Ausscheiden aus der Versorgung), oder ob sich Ärzte, die ggf. vorübergehend psychotherapeutisch tätig waren, entschieden haben, wieder vornehmlich in ihrem ärztlichen Fachgebiet tätig zu sein (Verlagerung innerhalb der Versorgung).

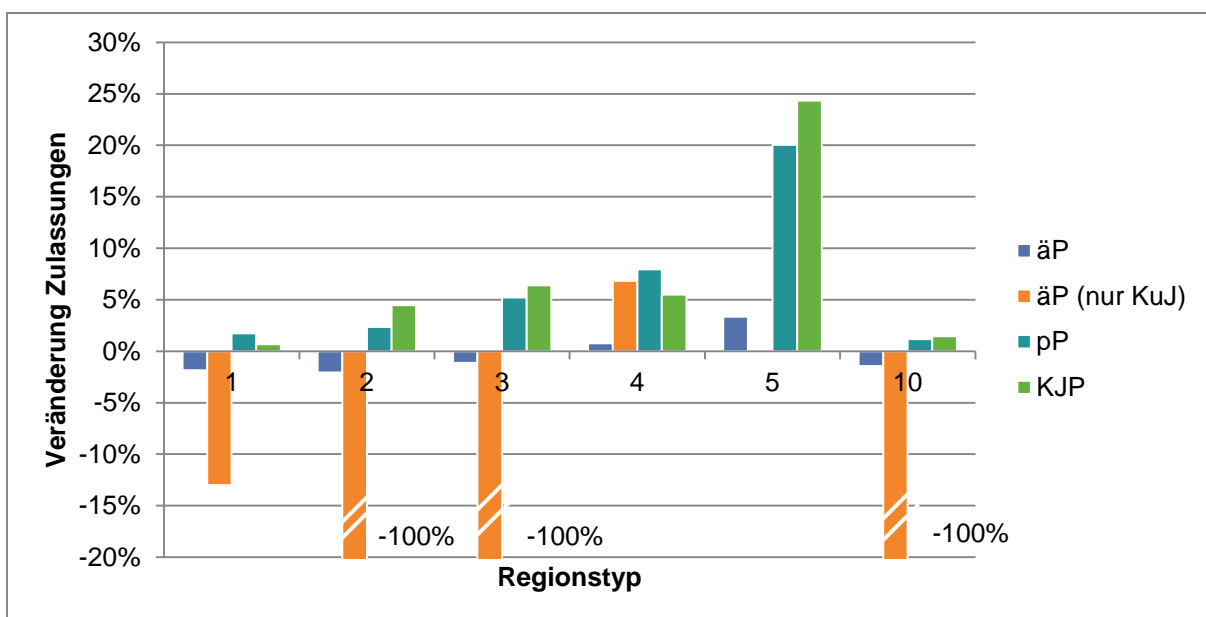
Abbildung 2: Veränderung der Zulassungen der Psychotherapeuten nach Sub-Gruppen und Kreistypen von Zeitpunkt t1 bis t3 absolut (t3 – t1)



Quelle: Umfrage bei den KVen

Die prozentuale Auswertung der Veränderung nach Regionstyp (Abbildung 3) unterstreicht noch einmal den Zuwachs in ländlichen Regionen (Typ 5) bei den psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der im Vergleich zur bestehenden Arztzahl deutlich erkennbarer ausfällt. Demgegenüber ist das prozentuale Wachstum dieser Gruppen in den Kernstädten (Typ 1) überschaubar. Die deutlichen Veränderungen bei den ärztlichen Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, sind der vergleichsweise kleinen Gesamtgruppe geschuldet und ziehen somit bundesweit keine negativen Effekte in der Versorgung nach sich (Abbildung 2).

Abbildung 3: Veränderung der Zulassungen der Psychotherapeuten nach Sub-Gruppen und Kreistypen von Zeitpunkt t1 bis t3 in % (t3 – t1)



Quelle: Umfrage bei den KVen

Für die Bewertung der Auswirkungen der Änderungen der Quotenregelungen steht jedoch weniger die Entwicklung der Gesamtzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in den einzelnen Gruppen im Fokus, als vielmehr die Entwicklung der Besetzung der Quoten selbst. Dazu wurde die Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten innerhalb der Quoten genauer analysiert.

3.2 Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten innerhalb der Quote

Für die Auswertung der Zulassungsmöglichkeiten innerhalb der Quoten für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden hier ausschließlich jene Zulassungsmöglichkeiten betrachtet, die sich innerhalb der Quotenplätze bewegen. Zulassungsmöglichkeiten, die über die Quotenplätze hinaus für ärztliche Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten zur Verfügung stehen, werden bei dieser Betrachtung nicht ausgewiesen.

Das heißt:

- a) In einer Region, die grundsätzlich geöffnet ist, in der allerdings die Quoten für ärztliche Psychotherapeuten bereits gefüllt sind, werden in dieser Auswertung fiktiv keine Zulassungsmöglichkeiten für diese ausgewiesen.
- b) In einer offenen Region, in der auch die Quoten noch nicht voll besetzt sind, werden nur so viele Sitze ausgewiesen, wie zur Besetzung der Quote erforderlich sind.
- c) In einer gesperrten Region, in der die Quoten noch nicht ausgeschöpft sind, werden die offenen Quotenplätze ausgewiesen.

Durch diese Berechnung können die Entwicklungen bei der Besetzung der Quoten weitgehend isoliert betrachtet werden. Bei jeder anderen Zählweise würden beispielsweise Zulassungsentwicklungen bei den psychologischen Psychotherapeuten und auch bei den ärztlichen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ausgewiesen werden, was zu einer Vermischung unterschiedlicher Trends führen würde. In dieser Darstellung wird nicht berücksichtigt, dass ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, in beiden Quoten gezählt werden. Die jeweiligen Zulassungsmöglichkeiten werden deshalb insgesamt geringfügig überschätzt. Angesichts der geringen Zahl (vgl. Abbildung 1) an ärztlichen Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, ist dieser Fehler jedoch zu vernachlässigen.

Die folgende Auswertung (Abbildung 4) zeigt die Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten im Erhebungszeitraum für die drei Sub-Gruppen. Dabei besteht keine vollständige Kongruenz zwischen den Zahlen zur Entwicklung der Ärzte und Psychotherapeuten in der jeweiligen Gruppe (vgl. Abbildung 1) und der Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten. So sinkt beispielsweise die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten insgesamt, während die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten rückläufig ist. Hintergrund ist hier der Rückgang von ärztlichen Psychotherapeuten in gesperrten Planungsbereichen bei gleichzeitigen Niederlassungen in offenen Regionen. Auch steigt die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt stärker an, als die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten für diese Gruppe sinkt. Hintergrund dafür können beispielsweise zusätzliche Zulassungen auf Nicht-Quotenplätzen oder in gesperrten Planungsbereichen z.B. über Sonderbedarfe sein.

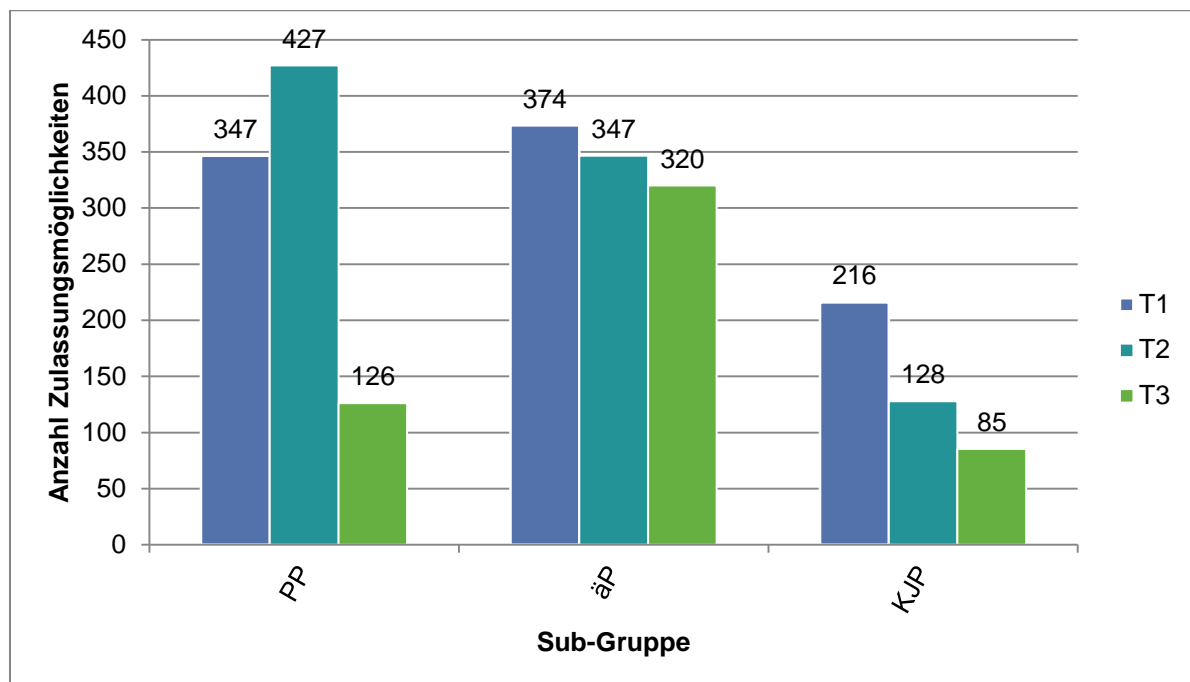
Insgesamt wird deutlich, dass die Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten mit der Abschaffung der Blockade von Quotenplätzen zwischen t1 und t2 um bundesweit 80 Zulassungsmöglichkeiten angestiegen sind. Dabei wird der Effekt der für psychologische Psychotherapeuten frei werdenden Quotenplätze sogar unterschätzt, da zwischen dem Zeitraum t1 und t2 ca. 340 neue Zulassungen für psychologische Psychotherapeuten entstanden sind, die wahrscheinlich im Wesentlichen auf vor der Reform der AMG-Novelle geöffnete Planungsbereiche konzentriert waren. Von den zum Zeitpunkt t1 ausgewiesenen 347 Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten wurde somit wahrscheinlich ein Großteil besetzt, sodass die zum Zeitpunkt t2 ausgewiesenen Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten vornehmlich ein Effekt der weggefallenen Blockade von Quotenplätzen ist. Diese Sitze sind vergleichsweise schnell durch psychologische Psychotherapeuten besetzt werden, sodass zum Zeitpunkt t3 bundesweit lediglich 126 Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten ausgewiesen werden. Zum einen zeigt diese Auswertung somit, dass Psychotherapeutensitze, wenn sie ausgewiesen werden, auch vergleichsweise schnell besetzt werden. Zum anderen zeigt sich, dass aufgrund des Wegfalls der Sperrung von Quotenplätzen von Kinder- und Jugendlichen Psy-

chotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten schätzungsweise 400 neue Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten geschaffen wurden (vgl. Abbildung 4). Aufgrund der Volatilität im Gesamtsystem ist die genaue Zahl der neu geschaffenen Zulassungsmöglichkeiten auf Grundlage der Zahlen nicht exakt zu bestimmen.

Bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigt die Analyse im Beobachtungszeitraum einen Rückgang der Zulassungsmöglichkeiten mit Blick auf die Quotenplätze. Während zum Zeitpunkt t1 noch 216 Quoten-Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgewiesen wurden, sinkt diese Zahl im Erhebungszeitraum auf 85 Plätze. Auch hier zeigt sich, dass ausgewiesene Zulassungsmöglichkeiten für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergleichsweise schnell besetzt werden. Neben den hier ausgewiesenen Zulassungsmöglichkeiten auf den Quotenplätzen stehen für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch auch die regulären Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten offen. Da jedoch im Beobachtungszeitraum 131 Quotenplätze besetzt wurden und die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten insgesamt nur um 210 Zulassungen gestiegen ist, zeigt sich, dass von den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten v.a. die Quotenplätze besetzt werden.

Bei den ärztlichen Psychotherapeuten zeigt sich ein mit den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vergleichbares, wenngleich etwas abgeschwächtes Bild. Auch hier sinkt die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten in den Quotenplätzen im Beobachtungszeitraum von insgesamt 374 (t1) auf 320 (t3). Anders als bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgt dieser Rückgang der Zulassungsmöglichkeiten allerdings bei einem gleichzeitigen Rückgang der Zulassungen in dieser Sub-Gruppe um ca. 40 Zulassungen insgesamt. Damit bestätigt die Untersuchung den allgemein kolportierten Trend, dass in der Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten größere Schwierigkeiten bei der Besetzung der Quotenplätze bestehen, als in den anderen Sub-Gruppen. Wenn jedoch Neuzulassungen realisiert werden können, erfolgt dies fast ausschließlich in Regionen mit offenen Quotenplätzen.

Abbildung 4: Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten nach Sub-Gruppen



Quelle: Befragung bei den KVen

3.3 Entwicklung der Quoten auf Ebene der Planungsbereiche

Neben der Betrachtung der Entwicklung der Zulassungsmöglichkeiten liefert auch die Auswertung der Erfüllung der Quoten auf Ebene der Planungsbereiche eine ergänzende Perspektive. So wäre es denkbar, dass sich die Zulassungsmöglichkeiten in den Sub-Gruppen auf einige wenige Planungsbereiche konzentrieren, während alle anderen Regionen die Vorgaben der Quoten bereits erfolgreich umsetzen. Die Analyse, ob und wenn ja, welche Quoten in den Planungsbereichen bereits erfüllt werden, lässt hier weitergehende Schlüsse zu. Die psychologischen Psychotherapeuten werden dabei fiktiv als eigene Quote dargestellt, um abzubilden, ob deren Soll-Zahl erreicht ist und der Versorgungsmix innerhalb der Gruppe der Psychotherapeuten den Erwartungen entspricht.

Grundsätzlich sind je Planungsbereich mit Blick auf die Erfüllung der Quotenregelungen acht Konstellationen denkbar. Erstens können alle Quoten erfüllt sein (äP, KJP und pP), zweitens bis viertens können jeweils nur zwei Quoten erfüllt sein (äP und KJP / äP und pP / KJP und pP), fünftens bis siebentens kann nur jeweils eine Quote erfüllt sein (äP, KJP oder pP) und achtens kann keine der Quoten erfüllt sein. In Tabelle 1 wird die Umsetzung der Quotenregelungen im Beobachtungszeitraum dargestellt. Grundgesamtheit sind dabei immer die 391 Planungsbereiche, die für die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten bundesweit zur Anwendung kommen.

Tabelle 1: Entwicklung der Umsetzung der Quotenregelungen in den Planungsbereichen im Beobachtungszeitraum

	äP/KJP/PP	äP/PP	äP/KJP	KJP/PP	äP	KJP	PP	Keine
t1	176	34	6	57	20	15	18	65
t2	203	29	6	27 ¹	10	52 ¹	7	57
t3	220	26	6	68	5	29	15	22

Quelle: Befragung bei den KVen

Es zeigt sich, dass die Zahl der Planungsbereiche, in denen alle Quoten erfüllt werden, im Beobachtungszeitraum von 176 auf 220 ansteigt (+44). Analog dazu sinkt die Zahl der Planungsbereiche, in denen keine der Quoten umgesetzt wird von 65 auf 22 (- 43).

Demgegenüber bleiben die Zahlen in den übrigen Konstellationen weitestgehend konstant.

¹ Der deutliche Rückgang der Zahl der Regionen in denen die Quote der KJP und psychologische Psychotherapeuten zum Zeitpunkt t2 erfüllt ist, ist der Schaffung der neuen Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten durch den Wegfall der Quotenregelung geschuldet. Da neue Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten ausgewiesen werden, erfüllen diese Regionen dann nur noch die Quoten der KJP, deren Zahl analog steigt. Im Zuge der Besetzung dieser Zulassungsmöglichkeiten „wandern“ diese Planungsbereiche zum Zeitpunkt t3 jedoch wieder zurück in die alte Kategorie.

4 Fazit und Ausblick

Die Auswertungen bestätigen insgesamt die Erwartungen des G-BA, wonach durch den Wegfall der Blockade der Quotensitze Zulassungsmöglichkeiten für psychologische Psychotherapeuten geschaffen wurden (ca. 400). Unbenommen davon zeigt sich allerdings auch, dass die Quoten für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zunehmend besetzt werden. Dabei werden die KJP-Quotenplätze schneller befüllt, während die ärztlichen Psychotherapeuten eine etwas geringere Dynamik aufweisen.

Die Änderung des SGB V und konsekutiv der BPL-RL zeigt somit die vom Gesetzgeber gewünschte Wirkung, dass vorab blockierte Quotenplätze durch psychologische Psychotherapeuten besetzt werden. Für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern hat die Regelung allerdings keine Relevanz. Ebenso wird dadurch nicht sichergestellt, dass innerhalb der Psychotherapie eine hinreichende somatische Kompetenz vorgehalten wird.

Nach Auffassung der Bänke kann vor diesem Hintergrund der versorgungspolitische Erfolg dieser Regelung zumindest kritisch hinterfragt werden.

Das für die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und eine hinreichende somatische Kompetenz innerhalb der Psychotherapie maßgebliche Instrument sind demgegenüber die bestehenden Quotenregelungen, deren Inhalt und Steuerungswirkung jedoch von der Gesetzesänderung kaum betroffen waren.

Die stetige weitere Besetzung der Quotenplätze lässt vermuten, dass die Bedarfsplanung auch ohne die Lockerung der Blockade von Quotenplätzen ihre Steuerungswirkung entfaltet hätte und kurz- bis mittelfristig eine angemessene Versorgung auch durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten gewährleistet gewesen wäre.

Die Patientenvertretung teilt diese Auffassung nicht.

Mit der obigen Gesetzesänderung war allerdings eine Kompetenzübertragung an den G-BA verbunden, der ab dem 1. Januar 2016 die Zusammensetzung der Quoten weiterentwickeln soll. Der vorliegende Bericht und die weitere Beobachtung und Analyse der psychotherapeutischen Versorgung schaffen die Grundlagen, diese Aufgaben adäquat wahrnehmen zu können.

5.2 Tragende Gründe zum Beschluss vom 19.12.2013 – Änderung der BPL-RL:
Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung

Vom 19. Dezember 2013

Inhalt

1	Rechtsgrundlagen	2
2	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	§ 25 Versorgungsrad in der psychotherapeutischen Versorgung	2
3	Würdigung der Stellungnahmen	2
4	Bürokratiekostenermittlung.....	3
5	Verfahrensablauf.....	3
6	Dokumentation des Stellungsnahmeverfahrens.....	6

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 § 25 Versorgungsrad in der psychotherapeutischen Versorgung

Mit der 3. AMG-Novelle hat der Gesetzgeber auch eine Änderung des § 101 Absatz 4 SGB V beschlossen. Damit ist die bisherige Anrechnung von nicht besetzten Quotenplätzen für ärztliche Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf den Versorgungsgrad der Psychotherapeuten insgesamt nicht mehr möglich. Bei der Beurteilung von Überversorgung und der Feststellung des Versorgungsgrades sind die Quoten nach § 25 Nummer 2 und 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie somit nicht mehr gesondert zu berücksichtigen und nur tatsächlich vorhandene Leistungserbringer zugrunde zu legen (§ 101 Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V). Eine Überversorgungsfeststellung ist nur noch dann möglich, wenn der tatsächliche Versorgungsgrad über 110% liegt.

Mit der vorliegenden Änderung des § 25 wird dieser Gesetzesänderung Rechnung getragen.

Mit der Neufassung wird es entsprechend der gesetzlichen Vorgabe künftig insbesondere Psychologischen Psychotherapeuten ermöglicht, für ärztliche Psychotherapeuten vorbehaltene und nicht ausgeschöpfte Zulassungsmöglichkeiten zu nutzen, sofern der tatsächliche Versorgungsgrad – ohne Anrechnung nicht besetzter Stellen – in dem betreffenden Planungsbereich unter 110% liegt (BT-Drs. 17/13083 vom 05.06.2013, S. 24).

Der § 25 stellt in Zukunft sicher, dass Zulassungsmöglichkeiten in gesperrten Planungsbereichen, in denen die Quoten für ärztliche Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten noch nicht ausgeschöpft sind, für diese Sub-Gruppen weiterhin ausgewiesen werden. Denn selbst wenn Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten bestehen, können Ärztliche Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, sofern in der Gruppe der Psychotherapeuten der den Ärzten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorbehaltene Versorgungsanteil noch nicht ausgeschöpft ist (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 5.11.2008, Az.: B 6 KA 13/07R).

Der G-BA wird die Auswirkungen dieser Änderungen ein Jahr nach Inkrafttreten überprüfen, bewerten und bei Bedarf über möglichen Anpassungsbedarf beraten.

3 Würdigung der Stellungnahmen

3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V wurden in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerfO durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 28. Oktober 2013 eingeleitet. Fristende war der 25. Oktober 2013.

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

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundesärztekammer (BÄK) und	22.11.2013
	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	22.11.2013

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stimmnahmeverfahrens“). Nach Auffassung des G-BA ergeben sich aus den schriftlichen Stellungnahmen keine Änderungen in Bezug auf die Änderung der BPL-RL zu dem Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung.

3.2 Mündliches Stimmnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die Anhörung hat am 2. Dezember 2013 stattgefunden. An der Anhörung hat ein Vertreter der BPtK teilgenommen, die BÄK hat auf eine Anhörung verzichtet (siehe Anlage 3).

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

4 Bürokratiekostenermittlung

Durch die im Beschluss enthaltenen Regelungen entstehen keine Informationspflichten für 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
25.10.2013	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
25.10.2013	UA BPL	Beschluss zur Einleitung des Stimmnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 Verfo) zur Umsetzung von weiteren gesetzlichen Beteiligungsrechten über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
02.12.2013	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
02.12.2013	UA BPL	Anhörung
02.12.2013	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlussentwurf, Tragende Gründe)
19.12.2013	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
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 19. Dezember 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

6 Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- Anlage 1 Beschlussentwurf zur Neuregelung des Mindestversorgungsgrades in der psychotherapeutischen Versorgung
- Anlage 2 Tragende Gründe
- Anlage 3 Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
- Anlage 4 Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Anlage 5 stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

5.3 Prüfung gemäß § 94 SGB V durch das BMG



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

REFERAT 213
BEARBEITET VON Adina Wiebe
HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4242
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

vorab per Fax: 030 - 275838105

Berlin, 20. Dezember 2013
AZ 213 - 21432 - 09

**Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gem. § 91 SGB V vom 19. Dezember 2013
hier: Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Mindestversorgungsanteile in der psychotherapeutischen Versorgung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

der von Ihnen gemäß § 94 SGB V vorgelegte o.a. Beschluss vom 19. Dezember 2013 über eine
Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird nicht beanstandet.

Ich bitte Sie, dem Bundesministerium für Gesundheit über das Ergebnis Ihrer in den Tragenden
Gründen vorgesehenen Überprüfung und Bewertung der Auswirkungen der Änderungen bis
zum 30. Juni 2015 zu berichten.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz

U-Bahn U 6: Oranienburger Tor
S-Bahn S1, S2, S3, S7: Friedrichstraße
Straßenbahn M 1