



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)

Vom TT. Monat JJJJ

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am TT. 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 B 7), zuletzt geändert am 15. Oktober 2015 (BAnz AT 05.01.2016 B 2), wie folgt zu ändern:

- I. In § 40 Satz 1 werden nach den Wörtern „Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss“ die Wörter „jeweils zu Beginn eines Quartals“ eingefügt.

- II. § 41 wird wie folgt geändert:
 1. § 41 Absatz 3 wird wie folgt gefasst:

„Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,

 1. wenn sich Ärzte der Arztgruppen nach § 11 Absatz 2, § 12 Absatz 2 Nummern 1 – 5, 7, 9 und 10, § 13 Absatz 2 Nummern 1, 3 und 4 und § 14 Absatz 2 zusammenschließen oder
 2. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
 3. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
 4. wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach WBO-Recht 1992) zusammenschließen oder

5. wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.“
2. § 41 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:
 „Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 kann auch bestehen, wenn sich Ärzte aus der Arztgruppe der Nervenärzte nach § 12 Absatz 2 Nummer 6 zusammenschließen, sofern besondere Versorgungsbedürfnisse entsprechend § 103 Absatz 4 Satz 5 Nummer 7 SGB V vorliegen.“
3. § 41 Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
 „¹Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam. ²Maßgeblich ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.“

III. § 42 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 1 Satz 7 Halbsatz 1 wird wie folgt gefasst:
 „Bei außergewöhnlichen Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben die betroffenen Quartale bei der Berechnung außer Betracht und es werden vorherige Quartale zur Berechnung herangezogen;“
2. In Absatz 2 wird nach dem Wort „und“ die Angabe „/oder“ eingefügt.

IV. § 43 wird wie folgt geändert:

1. Der bisherige Wortlaut wird zu Absatz 1.
2. In Absatz 1 Satz 2 wird nach dem Wort „Kindern“ die Angabe „und/oder der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung (im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes)“ eingefügt.
3. Nach Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz 4 angefügt:

GKV-SV	KBV/DKG
<p>„⁴Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V aufweist und eine Steigerung des Praxisumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar ist; dies ist insbesondere nicht der Fall, wenn der Landesausschuss eine Feststellung</p>	<p>„⁴Satz 1 gilt auch in den Fällen, in denen ein bereits zugelassener Vertragsarzt über vier Quartale einen im Vergleich zur Fachgruppe unterdurchschnittlichen Praxisumfang nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V aufweist.“</p>

nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V getroffen hat und der Zulassungsausschuss Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a Satz 7 ablehnen soll.“	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

4. Nach Absatz 1 [...]

GKV-SV	KBV/DKG	PatV
[...] werden folgende Absätze 2 bis 4 angefügt:	[...] wird folgender Absatz 2 angefügt:	
„(2) Die Ermittlung der Obergrenze nach Absatz 1 erfolgt unter den folgenden Maßgaben:		
1. Die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts erfolgt ohne Berücksichtigung der Ärzte, die nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB V tätig sind.		
2. Die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts erfolgt bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich. Wenn innerhalb eines Planungsbereiches in einer Fachgruppe weniger als 10 Ärzte für die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts zur Verfügung stehen, bildet der KV Bezirk die Grundlage für die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts.	[keine weitere Ergänzung]	
3. Der Durchschnitt der Fachgruppe nach Absatz 1 ist der Median.		
4. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. 10 v.H. fest. Der Zulassungsausschuss kann auf Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung dieser Obergrenze beschließen, wenn dies	2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. 50 v.H. fest. Der Zulassungsausschuss kann auf Antrag des Psychotherapeuten	2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. bis zu 50 v.H. fest. Der Zulassungsausschuss kann auf

<p>unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Grundlage für die Prüfung der regionalen Besonderheiten können insbesondere die Kriterien des § 2 dieser Richtlinie sein.</p>	<p>eine Anhebung dieser Obergrenze beschließen, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Grundlage für die Prüfung der regionalen Besonderheiten können insbesondere die Kriterien des § 2 dieser Richtlinie sein.“</p>	<p>Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung dieser Obergrenze beschließen, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Grundlage für die Prüfung der regionalen Besonderheiten können insbesondere die Kriterien des § 2 dieser Richtlinie sein.“</p>
<p>(3) ¹Die jährliche Steigerung des Praxisumfangs ist auf 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze beschränkt. ²Die Obergrenze kann auf Antrag des Vertragsarztes nach 5 Jahren neu berechnet werden.</p>	<p>[keine weitere Ergänzung]</p>	
<p>(4) Für Antragsteller mit einem hälftigen Versorgungsauftrag wird der halbe nach § 43 Absatz 2 berechnete Wert als Obergrenze festgelegt.“</p>	<p>[keine weitere Ergänzung]</p>	

V. § 44 wird wie folgt geändert:

1. In Satz 2 wird nach dem Wort „EBM“ die Angaben „, dieser Richtlinie“ eingefügt.
- 2.

GKV-SV/KBV	Vorsitzender
<p>In Satz 3 wird nach dem Wort „bewirken“ der Satzteil „und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.“ gestrichen.</p>	<p>[Keine Streichung des Halbsatzes]</p>

Anlage 1 zu den Tragenden Gründen zur Änderung der §§ 40-47 BPL-RL

VI. In § 45 Satz 3 wird die Angabe „PzVol“ durch das Wort „Punktzahlvolumen“, die Angabe „PzFg“ durch die Wörter „Punktzahl Fachgruppe“ und die Angabe „Fakt“ durch das Wort „Faktor“ ersetzt.

VII. § 47 wird aufgehoben.

VIII. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL- RL)

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Ergänzung § 40 BPL-RL.....	2
2.2 Änderung § 41 BPL-RL	2
2.3 Ergänzung § 42 BPL-RL.....	2
2.4 Ergänzung § 43 BPL-RL.....	4
2.5 Änderung § 44 BPL-RL	11
2.6 Ergänzung § 45 BPL-RL.....	11
2.7 Streichung § 47 BPL-RL.....	11
3. Würdigung der Stellungnahmen	11
4. Bürokratiekostenermittlung	12
5. Verfahrensablauf	12
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	12

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V dem G-BA die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen. Der G-BA ist beauftragt, die erforderlichen Vorschriften für eine funktionsfähige und deren Sinn und Zweck verwirklichende Bedarfsplanung zu schaffen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V) den G-BA beauftragt, die Regelungen zum Jobsharing und zur Anstellung mit Leistungsbeschränkung zu überarbeiten. In der Bedarfsplanungs-Richtlinie selbst sind v.a. die Regelungen zum Jobsharing maßgeblich, während die Regelungen zur Anstellung mit Leistungsbeschränkung im Wesentlichen auf diese Regelungen verweisen. Im Zuge der Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags wurden auch die übrigen Regelungen zum Jobsharing noch einmal kritisch überprüft und punktuell angepasst.

Folgende Regelungen wurden im Einzelnen geändert:

2.1 Ergänzung § 40 BPL-RL

Die Ergänzung im § 40 stellt sicher, dass das Jobsharing nur zum Anfang eines Quartals beginnen kann. In der Vergangenheit hatte der Beginn von Jobsharing-Verhältnissen innerhalb eines Quartals immer wieder zu administrativen Schwierigkeiten geführt, da die Leistungen vor und nach Beginn des Jobsharings getrennt bewertet werden mussten. Hierzu hatte es diverse Streitfälle zwischen Antragstellern und Zulassungsausschüssen bzw. den KVen gegeben. Die klare Vorgabe, dass künftig ein Jobsharing-Verhältnis nur jeweils zum Anfang eines Quartals beginnen kann, reduziert das entsprechende Konfliktpotential und auch die administrativen Aufwände in den KVen.

2.2 Änderung § 41 BPL-RL

Der § 41 wurde insofern überarbeitet, dass künftig auf die allgemeinen Regelungen zur Arztgruppenszusammensetzung in den §§ 11 – 14 BPL-RL verwiesen wird. Dies dient v.a. der Klarheit und Konsistenz der Richtlinie insgesamt. Alle Regelungen, die über die Zusammensetzung der Arztgruppen hinausgehen, bleiben unverändert erhalten. Darüber hinaus erfolgt eine Klarstellung des bisher unspezifischen Verweises in Absatz 5 (alt) auf die Musterweiterbildungsordnung von 1992. Die bisherigen Regelungen zur Fachidentität bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten in § 47 werden mit Blick auf die Normenklarheit der Bedarfsplanungs-Richtlinie in den § 41 als neuer Absatz 5 überführt. Inhaltlich bleiben die Regelungen unverändert.

2.3 Ergänzung § 42 BPL-RL

Im § 42 erfolgen zwei Klarstellungen. Zum einen wird klargestellt, dass im Falle von außergewöhnlichen Entwicklungen (z.B. Krankheit des Arztes) die betroffenen Quartale außer Betracht bleiben und die vorherigen Quartale für die Ermittlung der Punktzahlobergrenze heranzuziehen sind. Die bisherige Formulierung führte offenbar teilweise zu Unklarheiten hinsichtlich der Frage, welche Quartale für die Berechnung heranzuziehen sind. Zum anderen wird klargestellt, dass die Obergrenze neben dem Gesamtpunktzahlvolumen auch auf Basis von Euro und/ oder Punktzahlen ermittelt werden kann. Die Notwendigkeit einer Klarstellung ergab sich hierbei aus der Rechtsprechung. Hier wurde die Ermittlung der Obergrenze unter Heranziehung beider Kennzahlen Euro und Punktzahl gefordert. Dies ist technisch i.d.R. jedoch nicht umsetzbar. Durch die vorgenommene Konkretisierung wird der

Handlungsspielraum für den Zulassungsausschuss bei der Festlegung der Obergrenze insofern etwas geöffnet.

2.4 Ergänzung § 43 BPL-RL

GKV-SV	KBV	PatV
<p>§ 43 Absatz 1 Satz 2</p> <p>Die Ergänzung im § 43 Absatz 1 Satz 2 betrifft die Pflegezeiten. Bereits heute werden bei den Berechnungen der Punktzahlbergrenze Krankheits- und Erziehungszeiten nicht berücksichtigt. Der G-BA weitet diese Regelungen nun auch auf Pflegezeiten aus und lehnt sich damit an Regelungen an, die sich aus dem Pflegezeitgesetz ergeben. Eine Übertragung der Regelungen aus dem Pflegezeitgesetz erfolgt dabei lediglich sinngemäß, um zu verdeutlichen, dass hier keine direkte Übertragung gesetzlicher Regelungen des Angestelltenrechts auf selbstständige, freiberuflich tätige Ärzte erfolgt.</p> <p>§ 43 Absatz 1 Satz 4</p> <p>Die mit dem gesetzlichen Auftrag nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V verbundenen Änderungen wurden in den § 43 integriert. Der Gesetzgeber gibt dem G-BA auf, Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu treffen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzten mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang, die ein Jobsharing-Verhältnis eingehen, soll so die Möglichkeit gegeben werden, den Praxisumfang auf den Durchschnittsumsatz der Arztgruppe zu steigern. Entgegen der allgemeinen Regelung in § 42, nach der die Leistungsbeschränkung beim Jobsharing auf das vom zuerst zugelassenen Vertragsarzt individuell abgerechnete Leistungsvolumen abstellt, soll die Obergrenze für unterdurchschnittliche Arztpraxen nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes erfolgen. Eine analoge Regelung bestand in der Vergangenheit bereits für solche Ärzte, die Jobsharing beantragen, aufgrund der Kürze der bisherigen Tätigkeit aber keine vier Quartale heran gezogen werden konnten, um die Punktzahlbergrenze zu berechnen.</p>		
<p>Die Ausnahmeregelungen gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V werden in § 43 Absatz 1 Satz 4 der Richtlinie verortet. Sie gelten dabei nur, wenn eine Steigerung des Praxisumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar ist. Dadurch wird den Zulassungsausschüssen auf regionaler Ebene die Möglichkeit gegeben, Leistungsmengensteigerungen auf den Fachgruppendurchschnitt bei unterdurchschnittlichen Praxen auf die Fälle zu begrenzen, in denen dies unter</p>		

GKV-SV	KBV	PatV
<p>Versorgungsgesichtspunkten sachgerecht erscheint. Sachgerecht erscheint es nicht, eine bereits bestehende Überversorgung durch weitere Leistungsmengensteigerungen noch zu erhöhen, wenn gleichzeitig Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung durchgeführt werden, insbesondere wenn für eine Fachgruppe im Planungsbereich Versorgungsgrade von mehr als 140 v.H. festgestellt wurden und Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens abgelehnt wurden, weil eine Nachbesetzung unter Versorgungsgesichtspunkten nicht erforderlich ist.</p> <p>Auch wenn unterdurchschnittlichen Praxen grundsätzlich eine Wachstumsmöglichkeit zugestanden werden muss, so erscheint es vor dem Hintergrund einer zielgerichteten Versorgungssteuerung durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht nicht gerechtfertigt, individuelle Entwicklungsmöglichkeiten einzelner Leistungserbringer pauschal über das allgemeine Versorgungsinteresse zu stellen und wirksame Steuerungsinstrumente regelhaft zu unterlaufen. Die vorgesehene Ausnahmeregelung unter Berücksichtigung der regionalen Versorgungssituation ermöglicht es, den Wunsch nach individuellen Entwicklungsmöglichkeiten mit den Zielen einer sachgerechten Versorgungssteuerung angemessen zu verbinden.</p> <p>Für eine wirksame Versorgungssteuerung sollten bei Praxen mit dauerhaft deutlich unterdurchschnittlichem Praxisumfang im Übrigen nicht nur Anreize und Möglichkeiten zur Leistungsmengensteigerung gesetzt werden. Es ist</p>		

GKV-SV	KBV	PatV
<p>daneben zu überprüfen ob die jeweilige Berechtigung und Verpflichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V in ausreichendem Maße erfüllt wird. § 27 Ärzte-ZV sieht für derartige Fälle bereits ein Regulierungsinstrument vor und zwar eine vollständige oder hälftige Entziehung der Zulassung. Diese ist systematisch auch konsequent, da der übertragene Versorgungsgrad an die tatsächliche Versorgungsleistung angepasst wird und mit ihm die in der Bedarfsplanung ausgewiesenen Verhältniszahlen und Niederlassungsmöglichkeiten. Leistungserbringer, die nur durch die Hinzuziehung Dritter in der Lage sind ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen, können lediglich eine Ausnahme darstellen, nicht die Regel.</p> <p>Hintergrund der gesetzlichen Regelung war nach den Gesetzesmaterialien offenbar die Rechtsprechung des BSG, wonach Praxen mit unterdurchschnittlichem Umsatz durch Regelungen der Honorarverteilung nicht daran gehindert werden dürfen, ihr Honorar innerhalb von fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern und auch unterdurchschnittliche Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden dürfen (Urteil vom 28.01.2009, Az. B 6 KA 5/08).</p>		
<p>§ 43 Absatz 2</p> <p>§ 43 Absatz 2 legt Maßgaben zur Berechnung der Obergrenze in Ausnahmefällen fest, die insofern von den Berechnungsvorgaben gemäß § 42 der Richtlinie abweichen.</p> <p>Die Ermittlung der Obergrenze auf Grundlage der Fachgruppendurchschnitte hat sich für die bisher bestehenden Ausnahmefälle grundsätzlich</p>		

GKV-SV	KBV	PatV
<p>bewährt. Insbesondere in den Fällen nach § 43 Absatz 1 Satz 4 ist dieser Ansatz insofern mit Schwierigkeiten verbunden, als ihm eine ggf. unbeabsichtigte Konvergenz innewohnt. Da der Fachgruppendurchschnitt in diesen Fällen nicht nur Berechnungsgrundlage, sondern auch Aufgreifkriterium ist, würde die uneingeschränkte Anwendung der Ausnahmeregelung auf den Fachgruppendurchschnitt selbst zurückwirken. Geht man z.B. von einer Normalverteilung der Praxisumfänge aus, läge bei der Verwendung des arithmetischen Mittels immer die Hälfte aller Arztpraxen unter dem Fachgruppendurchschnitt und könnte deshalb für sich in Anspruch nehmen eine entsprechende Ausweitung des Praxisumfangs im Sinne der Regelung gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zu beantragen. Im Ergebnis würden die im Rahmen der Ausnahmeregelung genehmigten Steigerungen des Praxisumfangs den Fachgruppendurchschnitt sukzessive erhöhen und so einen dauerhaften Anpassungsprozess nach oben auslösen. Um diese unbeabsichtigte Dynamik zu verhindern, wurde die bisherige Berechnungsgrundlage nach § 43 entsprechend modifiziert.</p> <p>Zunächst wurde in Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 festgelegt, dass die Berechnung der Fachgruppendurchschnitte ohne die Berücksichtigung von Jobsharern und Angestellten mit Leistungsbegrenzung erfolgt. Dadurch wird die oben beschriebene Konvergenz vermieden, da die im Rahmen dieser Ausnahmeregelung genehmigten Steigerungen des Praxisumfangs nicht in die Ermittlung der Fachgruppendurchschnitte eingehen. Vertragsärzte werden entsprechend ihres Zulassungsumfangs mit 0,5 bzw. 1,0 Vollzeitäquivalenten berücksichtigt.</p>		
<p>Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 legt den regionalen Bezug der Berechnung fest. Um die regionale Versorgungssituation und Versorgungsunterschiede innerhalb der KVen angemessen zu berücksichtigen erfolgt die Berechnung des Fachgruppendurchschnitts grundsätzlich auf Ebene der betroffenen Planungsbereiche. Da für eine sachgerechte Durchschnittsbestimmung aus methodischen Gründen eine Mindestanzahl an Einzelwerten erforderlich ist, kann der Planungsbereich nicht als Berechnungsgrundlage genutzt werden, wenn dort weniger als 10 Ärzte in die Berechnung einbezogen werden können. In diesen Fällen erfolgt die Berechnung auf Grundlage des KV Bezirks. Die Zählung der Ärzte erfolgt in Bedarfsplanungsgewichten.</p> <p>In Absatz 2 Satz 1 Nr. 3 wird festgelegt, dass als Mittelwert im Sinne dieser Regelung der Median zu verstehen ist. Diese Klarstellung erfolgt aus</p>		

GKV-SV	KBV	PatV
<p>methodischen Gründen. Im Gegensatz zum arithmetischen Mittel ist der Median deutlich weniger empfindlich für Ausreißer nach oben oder unten und stellt damit einen stabileren Wert dar.</p>		
<p>[Absatz 2 Satz 1 Nr. 4]</p> <p>Der Gesetzgeber gibt dem G-BA in § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V zweiter Halbsatz vor, die Ausnahmeregelung für Psychotherapeuten nicht auf den Fachgruppendurchschnitt zu begrenzen. Eine Begründung für die Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten lässt sich den Gesetzesmaterialien jedoch nicht entnehmen. Es ist insofern zu vermuten, dass hierbei auf die Heterogenität der Versorgung und die besondere Struktur der Leistungserbringung im Bereich der Psychotherapie abgestellt wird. Für die Ausgestaltung von Regelungen im Bereich der Bedarfsplanung werden seit jeher Toleranzwerte genutzt, beispielsweise bei der Feststellung von Überversorgung. Das Mittel hat sich grundsätzlich bewährt und erscheint auch in diesem Fall geeignet. Eine Obergrenze von 10 v.H. über dem Fachgruppendurchschnitt erscheint sachgerecht, um die strukturellen Unterschiede angemessen zu berücksichtigen und gleichzeitig eine unbegründete Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten zu vermeiden. Darüber hinaus enthält die Regelung eine Öffnungsklausel, die es den Zulassungsausschüssen ermöglicht und unter Berücksichtigung der Versorgung vor Ort ggf. auch höhere Obergrenzen festzulegen.</p>	<p>Die Nummer 2 trägt dem ausdrücklichen Wunsch des Gesetzgebers im § 101 Absatz 1 zweiter Halbsatz 1 Nummer 6 SGB V Rechnung, für die Psychotherapeuten im Bereich Jobsharing Sonderregelung zu schaffen. Es wird den Psychotherapeuten ausdrücklich zugestanden, ihr Praxisvolumen auch über den Fachgruppendurchschnitt hinaus auszuweiten. Der G-BA hat deshalb Regelungen geschaffen, nach denen für die Berechnung der Punktzahlobergrenze der Fachgruppendurchschnitt herangezogen und um 50% erhöht wird. Mit dieser Regelung möchte der G-BA sicherstellen, dass die auch in gesperrten Planungsbereichen existierende Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen besser bedient werden kann und Wartezeiten abgebaut werden können. Die 50% stellen einen substantiellen Zuschlag dar, der damit auch gleichzeitig eine vereinfachte Verwaltungs- und Antragspraxis in den Zulassungsausschüssen sicherstellt, die frei von Ermessensentscheidungen gemäß den Bundesvorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie entscheiden können.</p>	<p>Die Nummer 2 trägt dem ausdrücklichen Wunsch des Gesetzgebers im § 101 Absatz 1 zweiter Halbsatz 1 Nummer 6 SGB V Rechnung, für die Psychotherapeuten im Bereich Jobsharing Sonderregelung zu schaffen. Es wird den Psychotherapeuten ausdrücklich zugestanden, ihr Praxisvolumen auch über den Fachgruppendurchschnitt hinaus auszuweiten. Der G-BA hat deshalb Regelungen geschaffen, nach denen für die Berechnung der Punktzahlobergrenze der Fachgruppendurchschnitt herangezogen und um bis zu 50% erhöht wird. Mit dieser Regelung möchte der G-BA sicherstellen, dass die auch in gesperrten Planungsbereichen existierende Nachfrage nach psychotherapeutischen Leistungen besser bedient werden kann und Wartezeiten abgebaut werden können. Dieser substantielle Zuschlag von bis zu 50% bietet für die Antragsbearbeitung in den Zulassungsausschüssen einen die Verwaltungspraxis vereinfachenden Orientierungspunkt, gibt aber zugleich den Zulassungsausschüssen auf, bei jeder Antragstellung auch die Gesamtversorgungssituation in den Blick zu nehmen, damit neben dieser Obergrenze</p>

GKV-SV	KBV	PatV
	<p>Darüber hinausgehende Steigerungen der Punktzahlbergrenze sind durch den Zulassungsausschuss gesondert zu prüfen. Den Zulassungsausschüssen wird hier bewusst ein Entscheidungs- und Ermessenspielraum zugebilligt. Der G-BA gibt zudem einen Hinweis, auf Basis welcher Kriterien eine solche Prüfung durch den Zulassungsausschuss erfolgen kann und verweist hierzu auf die bestehenden Vorschläge des § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Mit diesen Regelungen stellt der G-BA sicher, dass dem Wunsch des Gesetzgebers, die Punktzahlbergrenze für Psychotherapeuten im Jobsharing auch über den Fachgruppendurchschnitt hinaus steigern zu können, entsprochen wird. Gleichzeitig lässt die Regelung ausreichend Spielraum für regionale Besonderheiten.</p>	<p>auch der feststellbare psychotherapeutische Versorgungsbedarf berücksichtigt werden kann. Dies wird umso wichtiger, je länger die Regelung in Kraft ist.</p> <p>Darüber hinausgehende Steigerungen der Punktzahlbergrenze sind durch den Zulassungsausschuss gesondert zu prüfen. Den Zulassungsausschüssen wird hier bewusst ein Entscheidungs- und Ermessenspielraum zugebilligt. Der G-BA gibt zudem einen Hinweis, auf Basis welcher Kriterien eine solche Prüfung durch den Zulassungsausschuss erfolgen kann und verweist hierzu auf die bestehenden Vorschläge des § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Mit diesen Regelungen stellt der G-BA sicher, dass dem Wunsch des Gesetzgebers, die Punktzahlbergrenze für Psychotherapeuten im Jobsharing auch über den Fachgruppendurchschnitt hinaus steigern zu können, entsprochen wird. Gleichzeitig lässt die Regelung ausreichend Spielraum für regionale Besonderheiten.</p>
<p>§ 43 Absatz 3</p> <p>Die Regelung gemäß § 43 Absatz 3 regelt die zeitliche Komponente der Ausnahmeregelung. Der Zeitbezug ergibt sich dabei direkt aus der in den Gesetzesmaterialien zitierten BSG Rechtsprechung. Demnach dürfen auch unterdurchschnittliche Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden.</p>		

GKV-SV	KBV	PatV
<p>Das BSG stellt hierbei auf einen Zeitraum von 5 Jahren ab, sodass es den betreffenden Leistungserbringern im Ergebnis ermöglicht werden muss ihr Honorar innerhalb von fünf Jahren bis zum Durchschnittsumsatz der Fachgruppe zu steigern (Urteil vom 28.01.2009, Az. B 6 KA 5/08). Dem entsprechend wird die im Rahmen dieser Ausnahmeregelung festgelegte Obergrenze für einen begrenzten Zeitraum von 5 Jahren festgelegt. Um einen sprunghaften Anstieg der Leistungsmengen zu vermeiden und entsprechende Verwerfungen im Bereich der Honorarverteilung zu vermeiden, wird der potentielle Anstieg gleichmäßig auf den zugrunde liegenden Zeitraum verteilt. Dadurch ergibt sich bis zum Erreichen der Obergrenze eine potentielle Steigerung i.H.v. 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze.</p>		
<p>§ 43 Absatz 4</p> <p>§ 43 Absatz 4 stellt klar, dass der Versorgungsauftrag des Antragstellers bei der Festlegung der Obergrenze zu berücksichtigen ist. Die nach § 43 Absatz 2 berechnete Obergrenze wird bei Antragstellern mit einem hälftigen Versorgungsauftrag entsprechend halbiert.</p>		

2.5 Änderung § 44 BPL-RL

Im § 44 erweitert der G-BA die Tatbestände, auf deren Grundlage eine Anpassung Punktzahlobergrenze erfolgen kann. Neu aufgenommen werden Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie selbst. So soll z.B. die Möglichkeit eingeräumt werden, aufgrund der hier beschriebenen Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie auch eine Änderung der Punktzahlobergrenze zu beantragen.

GKV-SV/KBV	Vorsitzender
<p>Ebenso werden die Möglichkeiten der Krankenkassen und KVen erweitert, selbst Anträge auf Anpassung der Punktzahlobergrenzen stellen zu können. Die bisherige Regelung sah vor, dass besondere Voraussetzungen vorliegen müssen, damit ein Antrag auf Anpassung der Punktzahlobergrenze gestellt werden kann. Diese Voraussetzungen ("nicht gerechtfertigte Benachteiligung") waren schwer justiziabel und praktisch kaum umsetzbar. Sie entfallen deshalb künftig.</p>	<p>Der Vorsitzende des G-BA schlägt eine Beibehaltung des Satzteils („...und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung/Benachteiligung darstellen würde.“) vor. Nach Auswertung der einschlägigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteile vom 12.12.2012, B 6 KA 1/12 R sowie vom 15.07.2015, B 6 KA 26/14 R) besteht aus rechtlicher Sicht kein Grund für die Streichung des Satzteils. Ohne die Sachgerechtigkeit und Vereinbarkeit dieses Satzteils mit höherrangigem Recht in Zweifel zu ziehen, hat das Bundessozialgericht lediglich ausgeführt, dass die in den Revisionsverfahren zur Überprüfung gestellten Anträge auf Neuberechnung der abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumina am Maßstab der rechtlichen Vorgaben nicht hinreichend substantiiert begründet waren. Damit wird jedoch die Sachgerechtigkeit des in Rede stehenden Satzteils in § 44 Satz 3 BPL-RL nicht in Frage gestellt.</p>

2.6 Ergänzung § 45 BPL-RL

Im § 45 erfolgen lediglich redaktionelle Anpassungen, indem die bisherigen Abkürzungen ausgeschrieben werden. Dies dient insgesamt der Normenklarheit und ist mit keinerlei inhaltlichen Änderungen verbunden.

2.7 Streichung § 47 BPL-RL

Die Inhalte des § 47 gehen vollständig im neuen Absatz 5 des § 41 auf. Eine inhaltliche Änderung ist damit nicht vorgesehen.

3. Würdigung der Stellungnahmen

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]

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
02.11.2015	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
11.03.2016	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
11.03.2016	UA BPL	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	<i>Anhörung</i>
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, 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 Absatz 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 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben</i>
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

Berlin, den TT. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

[Ergänzung nach Auswertung der Stellungnahmen]



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 20.04.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-378

E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd

Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer · Postfach 12 08 64 · 10598 Berlin

Gemeinsamer Bundesausschuss
Herrn Dirk Hollstein
Wegelystr. 8
10623 Berlin

Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)

Ihr Schreiben vom 23.03.2016

Sehr geehrter Herr Hollstein,

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

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH
Leiter Dezernat 3

Anlage



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung
bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)

Berlin, 20.04.2016

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 23.03.2016 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich verschiedener Änderungen im Abschnitt „Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen“ der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie, BPL-RL) in der Fassung vom 20.12.2012 aufgefordert. Die Änderungen betreffen die §§ 40 bis 47 BPL-RL.

Mit der Novellierung der Vorschrift des § 101 SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt, die Regelungen zum Jobsharing und zur Anstellung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten. Sofern der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich ist, soll die Praxis im Sinne einer Ausnahmeregelung die Möglichkeit erhalten, bei Eingehen eines Jobsharing-Verhältnisses oder bei Anstellung einer weiteren Ärztin bzw. eines weiteren Arztes den Praxisumfang auf den Durchschnitt der Arztgruppe zu steigern.

Im Zuge der Bearbeitung des gesetzlichen Auftrags wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss auch die übrigen Regelungen zum Jobsharing kritisch überprüft und punktuell angepasst.

Die Bundesärztekammer nimmt zur vorgesehenen Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Änderung des § 43 Abs. 1 BPL-RL

Die mit dem gesetzlichen Auftrag nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V verbundenen Änderungen wurden in § 43 Abs. 1 S. 4 BPL-RL integriert. Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes wird dabei vorgeschlagen, dass die Ausnahmeregelung nur dann gelten soll, wenn eine Steigerung des Praxisumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar ist. Dies sei dann ausgeschlossen, wenn der Landesausschuss nach § 103 Abs. 1 S. 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist und der Zulassungsausschuss Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a S. 7 SGB V ablehnen soll.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer entspricht die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Restriktion nicht der Intention des Gesetzgebers.

Änderung des § 43 Abs. 2 BPL-RL

§ 43 Abs. 2 BPL-RL regelt die Ermittlung der Obergrenzen. Nach § 43 Abs. 2 Nr. 1 BPL-RL soll dabei die Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts ohne Berücksichtigung der Ärzte erfolgen, die nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V tätig sind.

Für die Bundesärztekammer bleibt unklar, ob Personen oder Leistungen keine Berücksichtigung bei der Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts finden sollen. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine entsprechende Klarstellung der Regelung.

Änderung des § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 BPL-RL

Gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V soll bei psychotherapeutischen Praxen die Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden. In § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 S. 1 BPL-RL finden sich unterschiedliche Prozentsätze für die Festlegung der Obergrenze. Eine Festschreibung von 10 Prozent stellt nach Auffassung der Bundesärztekammer eine zu enge Begrenzung da. Die Vorgabe, dass es immer 50 Prozent sein müssen, mag eine zu starre, nicht immer sachgerechte Regelung

sein. Die Bundesärztekammer spricht sich für die Einfügung der Worte „in der Regel“ in den Vorschlag von KBV und DKG aus.

Bezüglich der Regelung in § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 S. 2 BPL-RL, dass der Zulassungsausschuss auf Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung der Obergrenze beschließen kann, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, stellt sich der Bundesärztekammer die Frage, ob bei dieser Prüfung auch Aspekte des Sonderbedarfs berührt sind.

Änderung des § 43 Abs. 3 BPL-RL

Der GKV-Spitzenverband schlägt in § 43 Abs. 3 BPL-RL vor, die jährliche Steigerung des Praxisumfangs auf 20 Prozent der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze zu beschränken.

Diese Begrenzung wird von der Bundesärztekammer abgelehnt, da hierdurch für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang keine realen Wachstumsmöglichkeiten geschaffen werden und somit auch keine Anreize gesetzt werden, die Versorgung durch Jobsharing und Anstellung zu verbessern.

Weitere Änderungen

Die weiteren vorgesehenen Änderungen in den §§ 40 bis 47 BPL-RL sind nachvollziehbar und finden die Zustimmung der Bundesärztekammer.

Die Bundesärztekammer begrüßt zudem die zeitnahe Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Berlin, 20.04.2016

i. A.



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

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesaus-
schusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-
Richtlinie:**

**Änderung im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsa-
men Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkun-
gen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
20.04.2016**

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	3
II. Beginn der gemeinsamen Berufsausübung muss jederzeit möglich sein – Ziffer I.....	5
III. Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Ziffer IV Nr. 2	5
IV. Regelungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V – Ziffer IV	6
1. Steigerung des Praxisumfanges ohne Einschränkung (Ziffer IV. Nr. 3)	6
2. KV Bezirk als Grundlage für Fachgruppendurchschnitt (Ziffer IV Nr. 4)	8
3. Obergrenze bei Psychotherapeuten (Ziffer IV Nr. 4)	8
4. Keine Begrenzung des Wachstums pro Jahr (Ziffer IV Nr. 4).....	11
5. Berechnung bei hälftigen Versorgungsauftrag (Ziffer IV Nr. 4).....	12

I. Einleitung

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) beauftragt, die Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) hinsichtlich der Regelungen zu den Leistungsbegrenzungen bei Jobsharing und Anstellung mit Leistungsbeschränkung zu überarbeiten. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die zeitnahe Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

- Positiv wird bewertet, dass bei der Berechnung der Punktzahlobergrenze nicht nur Kinderbetreuungszeiten, sondern auch Pflegezeiten berücksichtigt werden. Das ermöglicht, dass Beruf und Pflege von Familienangehörigen künftig besser miteinander vereinbart werden können. Diese Regelung ist für die Fachgruppe der Psychotherapeuten besonders bedeutsam, da bei Psychotherapeuten eine Vertretung bei genehmigungspflichtiger Psychotherapie und probatorischen Sitzungen nicht möglich ist.
- Nach Ansicht der BPTK schränkt die Regelung, nach der die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen nur zum Anfang eines Quartals beginnen kann, die Berufsausübungsfreiheit ein. Es muss den Leistungserbringern möglich sein, die gemeinsame Berufsausübung jederzeit beginnen zu können.
- Der G-BA hat mit dem GKV-VSG den Auftrag erhalten, eine Leistungsobergrenze im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfanges festzulegen, die bei Psychotherapeuten oberhalb des Fachgruppendurchschnitts liegen soll. Die BPTK befürwortet den Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), nach der die Ausnahmeregelung für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang nicht durch eine weitere Engführung, nämlich die Bindung daran, ob rechnerisch eine Überversorgung vorliegt, eingeschränkt wird. Eine solche Engführung wäre insbesondere bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten angesichts der fehlerhaften Grundlagen für die Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen nicht vertretbar.

- Die BPTK hält den Vorschlag des GKV-SV, die Obergrenze im Falle des Job-sharing bzw. Anstellung für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang bei Psychotherapeuten auf den Fachgruppendurchschnitt zuzüglich 10 v.H. festzulegen, für nicht ausreichend. Die Intention des Gesetzgebers ist es, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern, also Wartezeiten abzubauen und umfassende Versorgungsangebote vorzuhalten. Dazu gehört auch, es den Praxen über die Strukturzuschläge zu ermöglichen, Praxispersonal anzustellen, um die Koordinationsaufgaben bei weiterentwickelten Praxisstrukturen besser als bisher möglich übernehmen zu können. Um dies auch wirtschaftlich darstellbar zu machen, ist die Festlegung der Obergrenze in Höhe des Fachgruppendurchschnitts zuzüglich einer Erhöhung um 50 Prozent erforderlich. Nur durch eine substantielle Erhöhung der Obergrenze in mindestens diesem Umfang über den Fachgruppendurchschnitt hinaus ist es möglich, Praxisstrukturen effektiv weiterzuentwickeln.
- Letztlich ist die durch den GKV-SV vorgeschlagene Begrenzung der jährlichen Steigerung des Praxisumfanges auf 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze abzulehnen. Eine solche Regelung widerspricht dem Gesetzgeberwillen, für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang reale Wachstumsmöglichkeiten zu schaffen. Ein langsames über Jahre andauerndes Anwachsen des Praxisvolumens ist in Fällen des Jobsharings bzw. der Anstellung weder für den Praxisinhaber noch für den Praxispartner bzw. Angestellten wirtschaftlich darstellbar und schafft auch keine Anreize, die Versorgung durch Jobsharing und Anstellung zu verbessern, wie es der Gesetzgeber intendiert hatte.
- Die BPTK begrüßt die Überführung der Regelungen des § 47 zur Fachidentität der Arztgruppe der Psychotherapeuten in den § 41, der damit vollumfänglich die Fragen der Fachidentität bei gemeinsamer Berufsausübung regelt.
- Die BPTK möchte an dieser Stelle zudem auf die aus ihrer Sicht bestehende Notwendigkeit der Anpassung der BPL-RL mit Blick auf psychotherapeutische

Praxen mit durchschnittlichem oder überdurchschnittlichem Praxisumfang hinweisen, die bei der vorgeschlagenen Regelung systematisch schlechter gestellt werden.

II. Beginn der gemeinsamen Berufsausübung muss jederzeit möglich sein – Ziffer I

Die geplante Vorgabe in § 40 Satz 1, die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen nur zum Anfang eines Quartals beginnen zu lassen, schränkt die Berufsausübungsfreiheit der Ärzte und Psychotherapeuten ein. Es muss den Leistungserbringern weiterhin möglich sein, die gemeinsame Berufsausübung jederzeit beginnen zu können. Administrative Herausforderungen, wie sie in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf vorgetragen werden, genügen nicht, die Einschränkung zu rechtfertigen. Die BPTK fordert daher die Streichung der Änderung Ziffer I.

III. Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Ziffer IV Nr. 2

Die BPTK begrüßt, dass mit der Ergänzung des § 43 Absatz 1 Satz 2 bei der Berechnung der Punktzahlobergrenze nicht nur Kinderbetreuungszeiten, sondern auch Pflegezeiten berücksichtigt werden. Auch eine lediglich sinngemäße Übertragung des Pflegezeitgesetzes trägt dazu bei, dass Beruf und Pflege von Familienangehörigen besser miteinander vereinbart werden können und schafft die Möglichkeit, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu betreuen, ohne eine Reduzierung der Obergrenze des Praxisumfanges unterhalb des Fachgruppendurchschnittes befürchten zu müssen.

Diese Regelung ist für die Fachgruppe der Psychotherapeuten besonders bedeutsam, da bei Psychotherapeuten eine Vertretung bei genehmigungspflichtiger Psychotherapie und probatorischen Sitzungen nach § 14 Absatz 3 BMV-Ä grundsätzlich unzulässig ist und somit eine Reduktion der eigenen Tätigkeit aufgrund der erforderlichen Pflege von Angehörigen über eine Praxisvertretung nicht kurzfristig kompensiert werden kann.

IV. Regelungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V – Ziffer IV

1. Steigerung des Praxisumfanges ohne Einschränkung (Ziffer IV. Nr. 3)

Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V hat der G-BA den Auftrag erhalten, Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Falle eines unterdurchschnittlichen Praxisumfanges zu treffen. In der Gesetzesbegründung stellt der Gesetzgeber dar, dass eine solche Regelung in den Fällen, in denen der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich ist, notwendig ist, da in diesen Fällen trotz einer nunmehr gemeinsamen Tätigkeit, der Praxisumfang nur geringfügig gesteigert werden kann. Daher soll die Möglichkeit gegeben werden, den Praxisumfang auf den Durchschnittsumfang der jeweiligen Arztgruppe zu steigern. Die Intention des Gesetzgebers ist es, die vertragsärztliche Versorgung zu verbessern und den Einrichtungen der vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit zu schaffen, auch außerhalb der Aufbauphase einer vertragsärztlichen Praxis, über Anstellung und Jobsharing ein Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt zu ermöglichen und umfassende Versorgungsangebote vorzuhalten. Den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten soll es gerade erleichtert werden, ihren Versorgungsauftrag wahrzunehmen.

Der Vorschlag von KBV und DKG kommt dem Auftrag des Gesetzgebers deutlich besser nach und wird von der BPTK befürwortet. Der Vorschlag des GKV-SV führt zu einer so geringfügigen Erweiterungsmöglichkeit und Engführung, dass dies der Intention des Gesetzgebers nicht entspricht. Der GKV-SV schlägt eine Regelung vor, nach der die Steigerung des Praxisumfanges für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang nur dann gelten soll, wenn eine Steigerung des Praxisumfanges unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar sei. Dies sei gemäß Vorschlag des GKV-SV dann ausgeschlossen, wenn der Landesausschuss nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist und der Zulassungsausschuss Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V ablehnen soll.

Hinzu kommt, dass die Koppelung an den Versorgungsgrad insbesondere bei der psychotherapeutischen Versorgung nicht sinnvoll ist. Psychisch kranke Menschen sind in Deutschland unzureichend versorgt, dies zeigen u. a. die langen Wartezeiten auf einen

Therapieplatz und die hohe Anzahl von Kostenerstattungen. Jedoch weisen 271 von 384 Versorgungsregionen in Deutschland für die Arztgruppe der Psychotherapeuten einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent auf. Das ist das Resultat grundlegender Fehler bei der Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten. Bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) wurde 1999 ein spezielles Verfahren gewählt. Bei allen Arztgruppen wurden zur Ermittlung der AVZ beim Ist-Zustand alle Leistungserbringer der jeweiligen Arztgruppe einbezogen. Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten nach den gesetzlichen Vorgaben alle ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte gezählt werden und alle Psychotherapeuten, die bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben. Im Widerspruch dazu wurde seinerzeit in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt, dass nur diejenigen zu zählen seien, die bis zum 31. August 1999 „rechtswirksam zugelassen“ wurden. Auf Grund noch laufender Zulassungsverfahren war dies lediglich ein Bruchteil der nach dem Gesetz zu zählenden Psychotherapeuten. Die AVZ bilden damit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage im Jahr 1999 ab. Hinzu kommt, dass bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten, anders als bei allen anderen Arztgruppen, nicht nur auf die Versorgungslage in den westdeutschen Bundesländern, sondern auf das ganze Bundesgebiet abgestellt wurde.

Eine Verknüpfung der Ausnahmeregelung im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V mit der Regelung des § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V ist nicht im Sinne des Gesetzgebers. Gerade für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Ausnahmeregelung geschaffen werden. Es wäre systemfremd diese Ausnahmeregelung wiederum einzuschränken.

Zudem widerspräche die vorgeschlagene Einschränkung der Systematik der Regelungen des Titels im SGB V zur Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung (§§ 99 bis 105 SGB V). § 103 Absatz 3a Satz 7 betrifft die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens – bei den Ausnahmeregelungen geht es aber gerade nicht um die Nachbesetzung, sondern um die Versorgung auf einem bereits bestehenden Vertragsarztsitz.

Letztlich wird nicht beachtet, dass der Gesetzgeber zwar mit der Einführung einer Soll-Regelung in § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V einen konsequenten Abbau von Vertragsarztsitzen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht notwendig sind, erreichen will. Jedoch wurde im Gesetzentwurf der Bundesregierung auch klargestellt, dass auf Grund der Soll-Regelung den Zulassungsausschüssen nach wie vor die Möglichkeit gegeben werden soll, Anträgen auf Nachbesetzung auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Gebieten zu entsprechen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Wenn jedoch eine Nachbesetzung bei der Aufgabe einer Praxis grundsätzlich weiterhin möglich sein soll und im eingeschränkten Ermessen der Zulassungsausschüsse liegt, ist es nicht nachvollziehbar, dass die Weiterversorgung in einer zugelassenen Praxis durch den Praxisinhaber, der den Versorgungsauftrag seiner Praxis über ein Jobsharing- oder Angestelltenverhältnis erfüllen will, kategorisch ausgeschlossen wird.

2. KV Bezirk als Grundlage für Fachgruppendurchschnitt (Ziffer IV Nr. 4)

Vorschlag des GKV-SV ist es, den Fachgruppendurchschnitt bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich zu ermitteln. Diese Regelung erscheint der BPTK zum einen als überflüssiger Aufwand. Zum anderen ist zu bedenken, dass je kleiner der Bezugsbereich um so fehleranfälliger das Ergebnis ist. Ausreißer können in diesen Fällen den Fachgruppendurchschnitt zu stark beeinflussen. Aus diesem Grund spricht sich die BPTK für die Streichung des durch den GKV-SV vorgeschlagenen § 43 Absatz 2 Satz 2 aus.

3. Obergrenze bei Psychotherapeuten (Ziffer IV Nr. 4)

Die Vorschläge des GKV-SV, der KBV, DKG und Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter gehen an dieser Stelle weit auseinander.

Laut der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu Nummer 43 (§ 101 SGB V), BT-Drucks. 18/5123 ist es das Ziel der Regelung, entsprechenden Praxen die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang in einem „angemessenen Umfang“ zu steigern. Den psychotherapeutischen Praxen soll es ausdrücklich zugestanden werden, den Praxisumfang auch über den Fachgruppendurchschnitt einer psy-

chotherapeutischen Praxis zu steigern, wenn ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Angestelltenverhältnis eingegangen wird. Ziel des Gesetzgebers ist es, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.

Fast alle psychotherapeutischen Leistungen sind zeitbezogen. Aus diesem Grund kann die Auslastung einer Praxis im Verhältnis zu einer ärztlichen Praxis auch eindeutig bestimmt werden. Die Beschränkung auf den durchschnittlichen Praxisumfang einer Arztgruppe als Obergrenze mag bei Leistungen ohne Zeitbezug, also bei den meisten ärztlichen Leistungen, gerechtfertigt sein, da der zulässige Leistungsumfang nicht einfach errechnet werden kann. Bei zeitbezogenen Leistungen kann der zulässige Leistungsumfang jedoch ohne weiteres errechnet und dadurch eine zeitbezogene Grenze festgelegt werden. Die Zeitbezogenheit der psychotherapeutischen Leistung bringt auch mit sich, dass im Gegensatz zu anderen ärztlichen Leistungen keine Verdichtung möglich ist. Das Leistungsgeschehen der Arztgruppen der somatischen Medizin kann verdichtet werden, z. B. durch Delegation. Dies kann somit auch zu einer weiteren Erhöhung des Fachgruppendurchschnittes führen. Die zeitbezogenen Leistungen der Psychotherapeuten können dagegen nicht weiter verdichtet werden und damit kann der Fachgruppendurchschnitt auch nicht ansteigen. Daher hat die BPTK in der Vergangenheit vorgeschlagen, bei der Festlegung der Obergrenze für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang, die ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Angestelltenverhältnis eingehen, als Anhaltspunkt den Umfang einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis heranzuziehen.

Die Festlegung der Obergrenze in Höhe des Fachgruppendurchschnittes zuzüglich lediglich 10 Prozent, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers. Es kann faktisch kaum einen Beitrag zum Abbau von Wartezeiten leisten oder zum Vorhalt von komplexeren Versorgungsangeboten führen. Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung würde damit nicht erreicht. Hinzu kommt, dass eine Anstellung oder ein Jobsharing-Verhältnis bei der Begrenzung auf den Fachgruppendurchschnitt zzgl. einer 10prozentigen Erhöhung wirtschaftlich nicht darstellbar ist. Die Anstellung oder das Eingehen eines Jobsharing-Verhältnisses ist in diesem Fall weder für den Praxisinhaber noch für den angestellten Psychotherapeuten bzw. den Jobsharingpartner wirtschaftlich sinnvoll. Die vom GKV-Spitzenverband vor-

gesehene Änderung, mit einer Festlegung der Obergrenze in Höhe des Fachgruppendurchschnitts zzgl. 10 v.H. lehnt die BPTK daher ab. Er würde faktisch nur eine sehr geringfügige Ausweitung des Praxisumfangs ermöglichen, die aus wirtschaftlichen Gründen keine Umsetzung erfahren kann. Die Regelung würde somit ins Leere laufen.

Die BPTK sieht die richtigen Ansätze einerseits in dem Vorschlag der KBV und DKG, die für Psychotherapeuten als Obergrenze den Fachgruppendurchschnitt zzgl. 50 Prozent vorsehen, sowie andererseits in dem Vorschlag der Patientenvertreter, die den Fachgruppendurchschnitt um bis zu 50 Prozent erhöhen wollen.

Der Ansatz der Patientenvertreter eröffnet individuelle Lösungen für die spezifische Situation vor Ort. Eine starre Regelung hilft an dieser Stelle nicht weiter. Jedoch ist es angemessen, den Zulassungsausschüssen einen klaren Anknüpfungspunkt zu geben, der die vom Gesetzgeber intendierte Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung widerspiegelt. Als zentrale Aspekte sind zu beachten, dass zu geringe Erhöhungen der Obergrenze über den Fachgruppendurchschnitt hinaus nicht hilfreich sind, um die hohen Wartezeiten abzubauen, Praxisstrukturen weiterentwickeln und Praxispersonal einstellen zu können, damit Koordinationsaufgaben in der Versorgung besser übernommen werden können und die persönliche Erreichbarkeit der Praxen umfassender gewährleistet werden kann. Eine Erhöhung der Obergrenze des zulässigen Praxisumfangs muss also immer dazu führen, dass auch tatsächlich ein umfassenderes Versorgungsangebot vorgehalten werden kann. Das ist in der Regel nicht möglich, wenn die Obergrenze lediglich um wenige Prozent über den Fachgruppendurchschnitt erhöht wird und aus diesem Grund lediglich eine Steigerung um wenige Therapiestunden pro Woche ermöglicht wird. Aus diesem Grund schlägt die BPTK vor, als Obergrenze den Fachgruppendurchschnitt zzgl. regelmäßig 50 Prozent bei Psychotherapeuten bei Jobsharing festzulegen. Dies gibt dem Zulassungsausschuss grundsätzlich vor, den Fachgruppendurchschnitt um 50 Prozent zu erhöhen, eröffnet aber gleichzeitig die Möglichkeit, bei besonderen Ausnahmefällen auch eine geringere Erhöhung des Fachgruppendurchschnittes zu bestimmen, wenn es beispielsweise deutliche Hinweise darauf gibt, dass eine nicht nur rechnerische, sondern reale Überversorgung vorliegt. Maßgeblich ist hierbei insbesondere das Versorgungsgebiet der jeweiligen Praxis, damit die lokalen Besonderheiten der Versorgungssituation berücksichtigt werden können.

Die BPTK schlägt daher folgende Änderung des Vorschlages der Patientenvertreter bzw. der KBV und DKG vor.

IV. § 43 wird wie folgt geändert:

4. Nach Absatz 1 [...]

2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. **in der Regel**¹ 50 v.H. fest. Der Zulassungsausschuss kann auf Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung dieser Obergrenze beschließen, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Grundlage für die Prüfung der regionalen Besonderheiten können insbesondere die Kriterien des § 2 dieser Richtlinie sein.“

4. Keine Begrenzung des Wachstums pro Jahr (Ziffer IV Nr. 4)

Eine Begrenzung des Wachstums einer Praxis auf 20 v.H. pro Jahr führt zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Engführung der Ausnahmeregelung. Die Begrenzung schränkt die Ausnahmeregelung so weit ein, dass es wirtschaftlich kaum sinnvoll ist, eine Berufsausübungsgemeinschaft einzugehen. Auch ist es organisatorisch nur schwer vorstellbar, wie so eine Steigerung ggf. über mehrere Jahre zu planen und zu realisieren wäre.

Die Begrenzung auf 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze führt zudem dazu, dass das Wachstum bis zur Obergrenze nur dann erreicht wird, wenn in jedem Jahr auch tatsächlich und punktgenau 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze erreicht wird. Eine solche Punktlandung ist aber faktisch unmöglich, so dass das Wachstum bis zur Obergrenze in dem vorgegebenen Fünf-Jahreszeitraum nicht erreicht werden kann.

¹ Änderungsvorschläge der BPTK sind fett gedruckt

Der GKV-SV verweist in den tragenden Gründen zum Beschlussentwurf darauf, dass der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zitiert, nach der auch unterdurchschnittliche ausgelastete Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden dürfen. In dem der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung auf das Urteil verweist, verdeutlicht er jedoch lediglich, dass eine Wachstumssteigerung nicht ausgeschlossen werden darf. Daraus ist aber nicht zu folgern, dass eine jährliche Begrenzung des Wachstums des Praxisumfangs einzuführen ist. Bei der Umsetzung auf den Fall des Jobsharing bzw. der Anstellung ist zudem zu bedenken, dass ein langsames über Jahre andauerndes Anwachsen des Praxisvolumens wirtschaftlich weder für den Praxisinhaber noch für den Praxispartner darstellbar ist.

5. Berechnung bei hälftigen Versorgungsauftrag (Ziffer IV Nr. 4)

Die Klarstellung, dass die Obergrenze bei einem hälftigen Versorgungsauftrag durch Halbierung des nach § 43 Absatz 2 errechneten Wertes festgelegt wird, ist nach Ansicht der BPTK nicht erforderlich.

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):

Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)

**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>Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen</u>	<u>3</u>
	<u>Stellungnahmen zur Änderung des § 40 BPL-RL</u>	<u>3</u>
	<u>Stellungnahmen zur Änderung des § 43 BPL-RL</u>	<u>4</u>
<u>III.</u>	<u>Mündliche Stellungnahmen.....</u>	<u>14</u>

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 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 11.03.2016 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 20.04.2016.

II. Schriftliche Stellungnahmen

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

Bundesärztekammer (BÄK)	20.04.2016
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	20.04.2016

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 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016	Weitere Änderungen Die weiteren vorgesehenen Änderungen in den §§ 40 bis 47 BPL-RL sind nachvollziehbar und finden die Zustimmung der Bundesärztekammer.		Kenntnisnahme	Nein
		Die Bundesärztekammer begrüßt zudem die zeitnahe Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in der Bedarfsplanungs-Richtlinie.		Kenntnisnahme	Nein

Stellungnahmen zur Änderung des § 40 BPL-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
2.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016	Beginn der gemeinsamen Berufsausübung muss jederzeit möglich sein – Ziffer I Die geplante Vorgabe in § 40 Satz 1 , die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen nur zum Anfang eines Quartals beginnen zu lassen, schränkt die Berufsausübungsfreiheit der Ärzte und Psychotherapeuten ein. Es muss den Leistungserbringern weiterhin möglich sein, die gemeinsame Berufsausübung jederzeit beginnen zu können. Administrative Herausforderungen, wie sie in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf vorgetragen werden, genügen nicht, die Einschränkung zu rechtfertigen. Die BPtK fordert daher die Streichung der Änderung Ziffer I .		Kenntnisnahme. Es kann dahinstehen, ob es sich vorliegend um eine Einschränkung der Berufsausübungsfreiheit handelt, da reine Verfahrensfragen klargestellt werden. Die Regelung schafft mit Blick auf die Zulassungsverfahren Rechtsicherheit. Redaktionelle Änderung durch Streichung des Wortes „jeweils“ in Satz 1, losgelöst von der Stellungnahme	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Stellungnahmen zur Änderung des § 43 BPL-RL

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
3.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016	<p>Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Ziffer IV Nr. 2 Die BPtK begrüßt, dass mit der Ergänzung des § 43 Absatz 1 Satz 2 bei der Berechnung der Punktzahlobergrenze nicht nur Kinderbetreuungszeiten, sondern auch Pflegezeiten berücksichtigt werden. Auch eine lediglich sinngemäße Übertragung des Pflegezeitgesetzes trägt dazu bei, dass Beruf und Pflege von Familienangehörigen besser miteinander vereinbart werden können und schafft die Möglichkeit, pflegebedürftige nahe Angehörige in häuslicher Umgebung zu betreuen, ohne eine Reduzierung der Obergrenze des Praxisumfanges unterhalb des Fachgruppendurchschnittes befürchten zu müssen.</p>	Diese Regelung ist für die Fachgruppe der Psychotherapeuten besonders bedeutsam, da bei Psychotherapeuten eine Vertretung bei genehmigungspflichtiger Psychotherapie und probatorischen Sitzungen nach § 14 Absatz 3 BMV-Ä grundsätzlich unzulässig ist und somit eine Reduktion der eigenen Tätigkeit aufgrund der erforderlichen Pflege von Angehörigen über eine Praxisvertretung nicht kurzfristig kompensiert werden kann.	Kenntnisnahme	Nein
4.	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016	<p>Änderung des § 43 Abs. 1 [Satz 4] BPL-RL Die mit dem gesetzlichen Auftrag nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V verbundenen Änderungen wurden in § 43 Abs. 1 S. 4 BPL-RL integriert. Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes wird dabei vorgeschlagen, dass die Ausnahmeregelung nur dann gelten soll, wenn eine Steigerung des Praxisumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar ist. Dies sei dann ausgeschlossen, wenn der Landesaus-</p>	Nach Auffassung der Bundesärztekammer entspricht die vom GKV-Spitzenverband vorgeschlagene Restriktion nicht der Intention des Gesetzgebers.	<p>KBV/DKG/PatV: Stimmt den Ausführungen der BÄK zu GKV-SV: Kenntnisnahme und Beibehaltung der Position, da die vom Gesetzgeber vorgesehene Leistungsausweitung in überversorgten Regionen erst nach Prüfung der Versorgungssituation erfolgen sollte</p> <p>Redaktionelle Änderung durch Änderung des Wortes „nachvollziehbar“ in „begründbar“, losgelöst von der Stellung-</p>	Beschlussentwurf GKV-SV: Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>schuss nach § 103 Abs. 1 S. 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist und der Zulassungsausschuss Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 3a S. 7 SGB V ablehnen soll.</p>		nahme	
5.	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016</p>	<p>[Änderung des § 43 Abs. 1 Satz 4 BPL-RL]</p> <p>Regelungen nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V – Ziffer IV</p> <p>1. Steigerung des Praxisumfanges ohne Einschränkung (Ziffer IV. Nr. 3)</p> <p>Gemäß § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V hat der G-BA den Auftrag erhalten, Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Falle eines unterdurchschnittlichen Praxisumfanges zu treffen. In der Gesetzesbegründung stellt der Gesetzgeber dar, dass eine solche Regelung in den Fällen, in denen der bisherige Praxisumfang unterdurchschnittlich ist, notwendig ist, da in diesen Fällen trotz einer nunmehr gemeinsamen Tätigkeit, der Praxisumfang nur geringfügig gesteigert werden kann. Daher soll die Möglichkeit gegeben werden, den Praxisumfang auf den Durchschnittsumfang der jeweiligen Arztgruppe zu steigern. Die Intention des Gesetzgebers ist es, die vertragsärztliche Versorgung zu verbessern und den Einrichtungen der vertragsärztlichen Versor-</p>	<p>Hinzu kommt, dass die Koppelung an den Versorgungsgrad insbesondere bei der psychotherapeutischen Versorgung nicht sinnvoll ist. Psychisch kranke Menschen sind in Deutschland unzureichend versorgt, dies zeigen u. a. die langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz und die hohe Anzahl von Kostenerstattungen. Jedoch weisen 271 von 384 Versorgungsregionen in Deutschland für die Arztgruppe der Psychotherapeuten einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent auf. Das ist das Resultat grundlegender Fehler bei der Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten. Bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) wurde 1999 ein spezielles Verfahren gewählt. Bei allen Arztgruppen wurden zur Ermittlung der AVZ beim Ist-Zustand alle Leistungserbringer der jeweiligen Arztgruppe einbezogen. Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten nach den gesetzlichen Vorgaben alle ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte gezählt werden und alle Psychotherapeuten, die bereits vor Inkrafttre-</p>	<p>Kenntnisnahme der Begründung. Kein Bezug zum Stellungnahmegegenstand</p> <p>KBV/DKG/PatV: Stimmt den Ausführungen der BPtK zu</p> <p>GKV-SV: Kenntnisnahme und Beibehaltung der Position, da die vom Gesetzgeber vorgegebene Leistungsausweitung in überversorgten Regionen erst nach Prüfung der Versorgungssituation erfolgen sollte.</p>	<p>Beschlussentwurf GKV-SV: Nein</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>gung die Möglichkeit zu schaffen, auch außerhalb der Aufbauphase einer vertragsärztlichen Praxis, über Anstellung und Jobsharing ein Wachstum auf den Fachgruppendurchschnitt zu ermöglichen und umfassende Versorgungsangebote vorzuhalten. Den Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten soll es gerade erleichtert werden, ihren Versorgungsauftrag wahrzunehmen.</p> <p>Der Vorschlag von KBV und DKG kommt dem Auftrag des Gesetzgebers deutlich besser nach und wird von der BPTk befürwortet. Der Vorschlag des GKV-SV führt zu einer so geringfügigen Erweiterungsmöglichkeit und Engführung, dass dies der Intention des Gesetzgebers nicht entspricht. Der GKV-SV schlägt eine Regelung vor, nach der die Steigerung des Praxisumfangs für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang nur dann gelten soll, wenn eine Steigerung des Praxisumfangs unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung nachvollziehbar sei. Dies sei gemäß Vorschlag des GKV-SV dann ausgeschlossen, wenn der Landesausschuss nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V die Feststellung getroffen hat, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist und der Zulassungsausschuss Anträge auf die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz</p>	<p>ten des Psychotherapeutengesetzes an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung teilgenommen haben. Im Widerspruch dazu wurde seinerzeit in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt, dass nur diejenigen zu zählen seien, die bis zum 31. August 1999 „rechtswirksam zugelassen“ wurden. Auf Grund noch laufender Zulassungsverfahren war dies lediglich ein Bruchteil der nach dem Gesetz zu zählenden Psychotherapeuten. Die AVZ bilden damit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage im Jahr 1999 ab. Hinzu kommt, dass bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten, anders als bei allen anderen Arztgruppen, nicht nur auf die Versorgungslage in den westdeutschen Bundesländern, sondern auf das ganze Bundesgebiet abgestellt wurde.</p> <p>Eine Verknüpfung der Ausnahmeregelung im Sinne des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V mit der Regelung des § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V ist nicht im Sinne des Gesetzgebers. Gerade für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Ausnahmeregelung geschaffen werden. Es wäre systemfremd diese Ausnahmeregelung wiederum einzuschränken.</p> <p>Zudem widerspräche die vorgeschlagene Einschränkung der Systematik der Regelungen des Titels im SGB V zur Bedarfs-</p>		

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:**Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		3a Satz 7 SGB V ablehnen soll.	<p>planung, Unterversorgung, Überversorgung (§§ 99 bis 105 SGB V). § 103 Absatz 3a Satz 7 betrifft die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens – bei den Ausnahmeregelungen geht es aber gerade nicht um die Nachbesetzung, sondern um die Versorgung auf einem bereits bestehenden Vertragsarztsitz.</p> <p>Letztlich wird nicht beachtet, dass der Gesetzgeber zwar mit der Einführung einer Soll-Regelung in § 103 Absatz 3a Satz 7 SGB V einen konsequenten Abbau von Vertragsarztsitzen, die für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht notwendig sind, erreichen will. Jedoch wurde im Gesetzentwurf der Bundesregierung auch klargestellt, dass auf Grund der Soll-Regelung den Zulassungsausschüssen nach wie vor die Möglichkeit gegeben werden soll, Anträgen auf Nachbesetzung auch in bedarfsplanungsrechtlich überversorgten Gebieten zu entsprechen, wenn dies aus Versorgungsgründen erforderlich ist. Wenn jedoch eine Nachbesetzung bei der Aufgabe einer Praxis grundsätzlich weiterhin möglich sein soll und im eingeschränkten Ermessen der Zulassungsausschüsse liegt, ist es nicht nachvollziehbar, dass die Weiterversorgung in einer zugelassenen Praxis durch den Praxisinhaber, der den Versorgungsauftrag seiner Praxis über ein Jobsharing- oder Angestelltenverhältnis erfüllen will, kategorisch ausgeschlossen wird.</p>		
6.	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016	Änderung des § 43 Abs. 2 [Nr. 1] BPL-RL § 43 Abs. 2 [Nr. 1] BPL-RL regelt die	Für die Bundesärztekammer bleibt unklar, ob Personen oder Leistungen keine Berücksichtigung bei der Ermittlung des Fachgrup-	Es ist eine Klarstellung erfolgt, auf welche Personen und Leistungen sich die Regelung	Ja. Änderung „1. Die Ermittlung des

Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:**Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		Ermittlung der Obergrenzen. Nach § 43 Abs. 2 Nr. 1 BPL-RL soll dabei die Ermittlung des Fachgruppenschnitts ohne Berücksichtigung der Ärzte erfolgen, die nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V tätig sind.	pendurchschnitts finden sollen. Die Bundesärztekammer empfiehlt eine entsprechende Klarstellung der Regelung.	konkret bezieht.	<i>Fachgruppenschnitt erfolgt ohne Berücksichtigung der Ärzte, die gemeinsam in Jobsharing-Praxen oder Angestelltenverhältnissen mit Leistungsbegrenzung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 SGB V tätig sind.“</i>
7.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016	[Änderung des § 43 Abs. 2 Nr. 2 BPL-RL] KV Bezirk als Grundlage für Fachgruppenschnitt (Ziffer IV Nr. 4) Vorschlag des GKV-SV ist es, den Fachgruppenschnitt bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich zu ermitteln.	Diese Regelung erscheint der BPtK zum einen als überflüssiger Aufwand. Zum anderen ist zu bedenken, dass je kleiner der Bezugsbereich umso fehleranfälliger das Ergebnis ist. Ausreißer können in diesen Fällen den Fachgruppenschnitt zu stark beeinflussen. Aus diesem Grund spricht sich die BPtK für die Streichung des durch den GKV-SV vorgeschlagenen § 43 Absatz 2 Satz 2 aus.	Der Stellungnahme wird unter Streichung des Vorschlages des GKV-SV Rechnung getragen.	Ja, Nr. 2 (GKV-SV) wird gestrichen.
8.	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016	Änderung des § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 BPL-RL Gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 6 SGB V soll bei psychotherapeutischen Praxen die Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppenschnitt begrenzt werden. In § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 S. 1 BPL-RL finden sich unterschiedliche Prozentsätze für die Festlegung der Obergrenze. Eine Festschreibung von 10 Prozent stellt nach Auffassung der Bundesärztekammer eine zu enge Begrenzung da. Die Vorgabe, dass es immer 50 Prozent sein müssen, mag eine zu starre, nicht immer sachgerechte Regelung sein. Die Bundesärztekammer spricht sich für die Einfügung der Worte „in der Regel“ in den Vorschlag von KBV und DKG aus.		Aus Gründen der Rechtssicherheit sprechen sich die Bänke für eine klare Vorgabe aus. Die PatV spricht sich gegen die vorgeschlagene mögliche Öffnung nach oben aus. KBV/DKG/PatV: Sprechen	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>sich weiterhin für eine Obergrenze des Fachgruppendurchschnitts + 50% aus. GKV-SV: Spricht sich weiterhin für eine Obergrenze des Fachgruppendurchschnitts + 10% aus. Diese Prozentgrenze führt zu sachgerechten Ergebnissen in der psychotherapeutischen Versorgung und entspricht der Systematik der Bedarfsplanung. Darüber hinaus ergeben sich aus der Stellungnahme keine nachvollziehbaren Gründe für eine Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten.</p>	
9.	<p>Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016</p>	<p>Änderung des § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 Satz BPL-RL</p> <p>Bezüglich der Regelung in § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. Nr. 2 S. 2 BPL-RL, dass der Zulassungsausschuss auf Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung der Obergrenze beschließen kann, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, stellt sich der Bundesärztekammer die Frage, ob bei dieser Prüfung auch Aspekte des Sonderbedarfs berührt sind.</p>		<p>Die mit der Regelung intendierten Leistungsausweitung im Zuge des Jobsharings auf Grundlage regionaler Versorgungserfordernisse werden bereits über die Regelung zum Sonderbedarf ermöglicht.</p>	<p>Ja, Streichung der Sätze 2 und 3 der Nr. 4 (GKV-SV) und Nr. 2 (KBV/DKG/PatV)</p>
10.	<p>Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) /</p>	<p>[Änderung des § 43 Abs. 2 Nr. 4 bzw. 2 BPL-RL] Obergrenze bei Psychotherapeuten (Ziffer IV Nr. 4)</p> <p>Die Vorschläge des GKV-SV, der KBV, DKG und Patientenvertreterinnen und Patienten-</p>		<p>KBV/DKG/PatV: Sprechen sich weiterhin für eine Obergrenze des Fachgruppendurchschnitts + 50% aus.</p>	<p>Nein</p>

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
	20.04.2016	<p>vertreter gehen an dieser Stelle weit auseinander.</p> <p>Laut der Gesetzesbegründung zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu Nummer 43 (§ 101 SGB V), BT-Drucks. 18/5123 ist es das Ziel der Regelung, entsprechenden Praxen die Möglichkeit zu geben, den Praxisumfang in einem „angemessenen Umfang“ zu steigern. Den psychotherapeutischen Praxen soll es ausdrücklich zugestanden werden, den Praxisumfang auch über den Fachgruppendurchschnitt einer psychotherapeutischen Praxis zu steigern, wenn ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Angestelltenverhältnis eingegangen wird. Ziel des Gesetzgebers ist es, die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern.</p> <p>Fast alle psychotherapeutischen Leistungen sind zeitbezogen. Aus diesem Grund kann die Auslastung einer Praxis im Verhältnis zu einer ärztlichen Praxis auch eindeutig bestimmt werden. Die Beschränkung auf den durchschnittlichen Praxisumfang einer Arztgruppe als Obergrenze mag bei Leistungen ohne Zeitbezug, also bei den meisten ärztlichen Leistungen, gerechtfertigt sein, da der zulässige Leistungsumfang nicht einfach errechnet werden kann. Bei zeitbezogenen Leistungen kann der zulässige Leistungsumfang jedoch ohne weiteres errechnet und dadurch eine zeitbezogene Grenze festgelegt werden. Die Zeitbezogenheit der psychotherapeutischen Leistung bringt auch mit sich, dass im Gegensatz zu anderen ärztlichen Leistungen keine Verdichtung möglich ist. Das Leistungsgeschehen der Arztgruppen der somatischen Medizin kann verdichtet werden, z. B. durch Delegation. Dies kann somit auch zu einer weiteren Erhöhung des Fachgruppendurchschnittes führen. Die zeitbezogenen Leistungen der Psychotherapeuten können dagegen nicht weiter verdichtet werden und damit kann der Fachgruppendurchschnitt auch nicht ansteigen. Daher hat die BPTK in der Vergangenheit vorgeschlagen, bei der Festlegung der Obergrenze für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang, die ein Jobsharing-Verhältnis oder ein Angestelltenverhältnis eingehen, als Anhaltspunkt den Umfang einer voll ausgelasteten psychotherapeutischen Praxis heranzuziehen.</p> <p>Die Festlegung der Obergrenze in Höhe des Fachgruppendurchschnittes zuzüglich lediglich 10 Prozent, wie vom GKV-SV vorgeschlagen, entspricht nicht der Intention des Gesetzgebers. Es kann faktisch kaum einen Beitrag zum Abbau von Wartezeiten leisten oder zum Vorhalt von komplexeren Versorgungsangeboten führen. Eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung würde damit nicht erreicht. Hinzu kommt, dass eine Anstellung oder ein Jobsharing-Verhältnis bei der Begrenzung auf den Fachgruppendurchschnitt zzgl. einer 10prozentigen Erhöhung wirtschaftlich nicht darstellbar ist.</p>		<p>GKV-SV: Spricht sich weiterhin für eine Obergrenze des Fachgruppendurchschnitts + 10% aus. Diese Prozentgrenze führt zu sachgerechten Ergebnissen in der psychotherapeutischen Versorgung und entspricht der Systematik der Bedarfsplanung. Darüber hinaus ergeben sich aus der Stellungnahme keine nachvollziehbaren Gründe für eine Ungleichbehandlung von Ärzten und Psychotherapeuten.</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Die Anstellung oder das Eingehen eines Jobsharing-Verhältnisses ist in diesem Fall weder für den Praxisinhaber noch für den angestellten Psychotherapeuten bzw. den Jobsharingpartner wirtschaftlich sinnvoll. Die vom GKV-Spitzenverband vorgesehene Änderung, mit einer Festlegung der Obergrenze in Höhe des Fachgruppendurchschnitts zzgl. 10 v.H. lehnt die BPtK daher ab. Er würde faktisch nur eine sehr geringfügige Ausweitung des Praxisumfangs ermöglichen, die aus wirtschaftlichen Gründen keine Umsetzung erfahren kann. Die Regelung würde somit ins Leere laufen.</p> <p>Die BPtK sieht die richtigen Ansätze einerseits in dem Vorschlag der KBV und DKG, die für Psychotherapeuten als Obergrenze den Fachgruppendurchschnitt zzgl. 50 Prozent vorsehen, sowie andererseits in dem Vorschlag der Patientenvertreter, die den Fachgruppendurchschnitt um bis zu 50 Prozent erhöhen wollen.</p> <p>Der Ansatz der Patientenvertreter eröffnet individuelle Lösungen für die spezifische Situation vor Ort. Eine starre Regelung hilft an dieser Stelle nicht weiter. Jedoch ist es angemessen, den Zulassungsausschüssen einen klaren Anknüpfungspunkt zu geben, der die vom Gesetzgeber intendierte Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung widerspiegelt. Als zentrale Aspekte sind zu beachten, dass zu geringe Erhöhungen der Obergrenze über den Fachgruppendurchschnitt hinaus nicht hilfreich sind, um die hohen Wartezeiten abzubauen, Praxisstrukturen weiterentwickeln und Praxispersonal einstellen zu können, damit Koordinationsaufgaben in der Versorgung besser übernommen werden können und die persönliche Erreichbarkeit der Praxen umfassender gewährleistet werden kann. Eine Erhöhung der Obergrenze des zulässigen Praxisumfangs muss also immer dazu führen, dass auch tatsächlich ein umfassenderes Versorgungsangebot vorgehalten werden kann. Das ist in der Regel nicht möglich, wenn die Obergrenze lediglich um wenige Prozent über den Fachgruppendurchschnitt erhöht wird und aus diesem Grund lediglich eine Steigerung um wenige Therapiestunden pro Woche ermöglicht wird. Aus diesem Grund schlägt die BPtK vor, als Obergrenze den Fachgruppendurchschnitt zzgl. regelmäßig 50 Prozent bei Psychotherapeuten bei Jobsharing festzulegen. Dies gibt dem Zulassungsausschuss grundsätzlich vor, den Fachgruppendurchschnitt um 50 Prozent zu erhöhen, eröffnet aber gleichzeitig die Möglichkeit, bei besonderen Ausnahmefällen auch eine geringere Erhöhung des Fachgruppendurchschnittes zu bestimmen, wenn es beispielsweise deutliche Hinweise darauf gibt, dass eine nicht nur rechnerische, sondern reale Überversorgung vorliegt. Maßgeblich ist hierbei insbesondere das Versorgungsgebiet der jeweiligen Praxis, damit die lokalen Besonderheiten der Versorgungssituation berücksichtigt werden können.</p>			

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>Die BPtK schlägt daher folgende Änderung des Vorschlages der Patientenvertreter bzw. der KBV und DKG vor.</p> <p><i>IV. § 43 wird wie folgt geändert:</i></p> <p>4. Nach Absatz 1 [...]</p> <p>2. Für Psychotherapeuten legt der Zulassungsausschuss als Obergrenze den Durchschnitt der von der Fachgruppe im Planungsbereich abgerechneten Punktzahlvolumina jeweils zzgl. in der Regel 50 v.H. fest. Der Zulassungsausschuss kann auf Antrag des Psychotherapeuten eine Anhebung dieser Obergrenze beschließen, wenn dies unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Grundlage für die Prüfung der regionalen Besonderheiten können insbesondere die Kriterien des § 2 dieser Richtlinie sein.“</p>			
11.	Bundesärztekammer (BÄK) / 20.04.2016	<p>Änderung des § 43 Abs. 3 BPL-RL Der GKV-Spitzenverband schlägt in § 43 Abs. 3 BPL-RL vor, die jährliche Steigerung des Praxisumfangs auf 20 Prozent der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze zu beschränken.</p>	Diese Begrenzung wird von der Bundesärztekammer abgelehnt , da hierdurch für Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang keine realen Wachstumsmöglichkeiten geschaffen werden und somit auch keine Anreize gesetzt werden, die Versorgung durch Jobsharing und Anstellung zu verbessern.	Der Stellungnahme wird unter Streichung des Vorschlages des GKV-SV Rechnung getragen.	Ja, Absatz 3 (GKV-SV) wird gestrichen.
12.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016	<p>[Änderung des § 43 Abs. 3 BPL-RL] Keine Begrenzung des Wachstums pro Jahr (Ziffer IV Nr. 4) Eine Begrenzung des Wachstums einer Praxis auf 20 v.H. pro Jahr führt zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Engführung der Ausnahmeregelung. Die Begrenzung schränkt die Ausnahmeregelung so weit ein, dass es wirtschaftlich kaum sinnvoll ist, eine Berufsausübungsgemeinschaft einzugehen. Auch ist es organisatorisch nur schwer vorstellbar, wie so eine Steigerung ggf. über mehrere Jahre zu planen und zu realisieren wäre.</p> <p>Die Begrenzung auf 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze führt zudem dazu, dass das Wachstum bis zur Obergrenze nur dann erreicht wird, wenn in jedem Jahr auch tatsächlich und punkt-genau 20 v.H. der Differenz zwischen dem bisherigen Praxisumfang und der festgelegten Obergrenze erreicht wird. Eine solche Punktlandung ist aber faktisch unmöglich, so dass das Wachstum bis zur Obergrenze in dem vorgegebenen Fünf-Jahreszeitraum nicht erreicht werden</p>		Der Stellungnahme wird unter Streichung des Vorschlages des GKV-SV Rechnung getragen.	Ja, Absatz 3 (GKV-SV) wird gestrichen.

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-RL)**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>kann.</p> <p>Der GKV-SV verweist in den tragenden Gründen zum Beschlusssentwurf darauf, dass der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung zum GKV-VSG die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zitiert, nach der auch unterdurchschnittliche ausgelastete Arztpraxen außerhalb der Aufbauphase für einen begrenzten Zeitraum nicht von jeder Wachstumsmöglichkeit ausgeschlossen werden dürfen. In dem der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung auf das Urteil verweist, verdeutlicht er jedoch lediglich, dass eine Wachstumssteigerung nicht ausgeschlossen werden darf. Daraus ist aber nicht zu folgern, dass eine jährliche Begrenzung des Wachstums des Praxisumfangs einzuführen ist. Bei der Umsetzung auf den Fall des Jobsharing bzw. der Anstellung ist zudem zu bedenken, dass ein langsames über Jahre andauerndes Anwachsen des Praxisvolumens wirtschaftlich weder für den Praxisinhaber noch für den Praxispartner darstellbar ist.</p>			
13.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 20.04.2016	<p>[Änderung des § 43 Abs. 4 BPL-RL] Berechnung bei hälftigen Versorgungsauftrag (Ziffer IV Nr. 4) Die Klarstellung, dass die Obergrenze bei einem hälftigen Versorgungsauftrag durch Halbierung des nach § 43 Absatz 2 errechneten Wertes festgelegt wird, ist nach Ansicht der BPtK nicht erforderlich.</p>		<p>Kenntnisnahme. Die Klarstellung wird für erforderlich gehalten, weil in der Vergangenheit eine Regelung zum hälftigen Versorgungsauftrag im Jobsharing fehlte.</p> <p>Losgelöst von der Stellungnahme folgen die KBV/DKG/PatV dem Vorschlag des GKV-SV.</p>	Nein

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 Rahmen 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 Stellungsverfahren ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 13. Mai 2016 eingeladen worden.

Teilnehmer der Anhörung und Offenlegung von Interessenkonflikten

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerfO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerfO (abrufbar unter www.g-ba.de).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung vom 13. Mai 2016 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede / Titel / Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Bundespsychotherapeu- tenkammer (BPtK) ge- mäß § 91 Absatz 5 SGB V	Herr Timo Harfst	nein	nein	nein	nein	nein	nein
	Frau Carolin Böhmig	nein	nein	nein	nein	nein	nein

Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

Frage 4: Drittmittel

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

Frage 5: Sonstige Unterstützung

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

Der Inhalt der mündlichen Stellungnahme wurde in einem stenografischen Wortprotokoll (**Anhang**) festgehalten und in fachlicher Diskussion im Unterausschuss Bedarfsplanung gewürdigt. Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat festgestellt, dass keine über die schriftlich abgegebenen Stellungnahmen hinausgehenden Aspekte in der Anhörung vorgetragen wurden. Daher bedurfte es keiner gesonderten Auswertung der mündlichen Stellungnahmen (siehe 1. Kapitel § 13 Absatz 3 Satz 4 VerfO).

Wortprotokoll

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des
Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-
Richtlinie:
Änderungen im 9. Abschnitt Zulassung zur
gemeinsamen Berufsausübung bei
Zulassungsbeschränkungen (§§ 40 bis 47 BPL-
RL)**

Vom 13. Mai 2016

Vorsitzender:	Herr Prof. Hecken
Beginn:	11:17 Uhr
Ende:	11:26 Uhr
Ort:	Geschäftsstelle des G-BA Wegelystraße 8, 10623 Berlin

Teilnehmer der Anhörung

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK):

Frau Carolin Böhmig

Herr Timo Harfst

Beginn der Anhörung: 11:17 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer betreten den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): So Frau Böhmig, Herr Harfst herzlich willkommen zu unserer Anhörung im Rahmen des Stellungnahme Verfahrens Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie hier 9. Abschnitt Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkung. Das Stellungnahmeverfahren wurde eingeleitet am 11. März 2016. Am 20. April 2016 haben die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer Stellungnahmen fristgerecht abgegeben. Bundesärztekammer hat auf die Möglichkeit hier ihre Einwände ihre Anregungen, Bedenken vorzutragen verzichtet. Sie sind heute erschienen. Wir weisen noch einmal darauf hin, aber sie kennen das ja schon, das wir uns schon sehr intensiv mit den eingegangenen Stellungnahmen beschäftigt haben. D.h. sie nicht nur flüchtig gelesen worden sind, sondern auch schon durch diskutiert worden sind. Vor diesem Hintergrund zunächst einmal die immer formal zu stellende Frage, ob es seit Abgabe der schriftlichen Stellungnahme noch irgendwelche Obliegenheiten, irgendwelche Dinge gibt die sie jetzt hier ergänzend als rechtlich oder in sonstiger Weise relevant vortragen möchten. Dann aber auch damit das ist nicht völlig umsonst ist, dass sie jetzt herübergekommen sind, haben sie kurz die Möglichkeit, 2-3 Punkte die aus ihrer Sicht besonders relevant sind noch einmal kurz vorzutragen. Dann würden wir, wenn Bedarf besteht, eben noch Fragen dazu stellen und dann wären wir auch schon am Ende der Anhörung. Wer möchte von Ihnen? Frau Böhmig bitte.

Frau Böhmig (BPtK): Wir würden gern unsere schriftliche Stellungnahme noch einmal mit ein paar praktischen Erwägungen untermauern. Zum Vorschlag des GKV Spitzenverbandes die Regelung zum Jobsharing davon abhängig zu machen, dass kein Versorgungsgrad von über 140% vorliegt und der Zulassungsausschuss nach Besetzungsverfahren ablehnen soll. Möchte ich gerne drei Beispiele gegenüberstellen um zu zeigen dass diese Regelung zu eng zulaufen würde. Einerseits den Antrag auf Jobsharing bei einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang. Dann einen Antrag im Nachbesetzungsverfahren und bei der Sonderbedarfzulassung. Also man stelle sich vor, in einem Gebiet mit einem Versorgungsgrad von über 140% und in dem Gebiet hat der Landesausschuss die Feststellung nach § 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V getroffen, gibt es einen Praxisinhaber mit Vertragsarztsitz der in der Vergangenheit seinen Praxisumfang unterdurchschnittlich ausgeübt hat. Und der jetzt durch Jobsharing seine Praxis erweitern will. Gleichzeitig gibt es einen Antragsteller der bisher noch keinen Vertragsarztsitz hat, der aber die Möglichkeit sieht einen anderen Vertragsarztsitz zu übernehmen in einem Nachbesetzungsverfahren. Und die dritte Möglichkeit, dass auch wiederum ein Arzt oder Psychotherapeut keinen Vertragsarztsitz hat aber die Möglichkeit sieht, eine Sonderbedarfzulassung zu beantragen. Die Sonderbedarfzulassung könnte gewährt werden, wenn es den lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf gibt. Auch das Nachbesetzungsverfahren könnte zugelassen werden, wenn der Zulassungsausschuss dies aus Versorgungsgründen für erforderlich hält. Also auch wenn es einen lokalen oder qualifikationsbezogenen Sonderbedarf gibt oder der Arztsitz weiterhin benötigt wird. Allein der Antrag auf Jobsharing bis zur Höhe des Fachgruppendurchschnitts bzw. darüber hinaus würde kategorisch abgelehnt werden. D.h., in dem Moment könnten zusätzliche Arztsitze geschaffen werden. Aber diejenigen mit einem bereits bestehenden Arztsitz könnten dem nicht auf dem Fachgruppendurchschnitts bzw. darüber hinaus erweitern. D.h., dass für den Antrag auf Jobsharing bei unterdurchschnittlichem Praxisumfang viel engere Voraussetzungen gegeben werden als bei dem Antrag für eine Sonderbedarfzulassung. Oder im Nachbesetzungsverfahren. Und das, so meinen wir, ist nicht im Sinne des Gesetzgebers. Dankeschön.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ja ganz herzlichen Dank. Mit Blick an die Bänke Patientenvertretung und Ländervertreter gibt es Fragen? Keine? Herr Harfst bitte.

Herr Harfst (BPtK): Ich würde mir noch gerne eine kurze Ergänzung machen mit Blick auf den Anknüpfungspunkt der Feststellung der Landesausschüsse. Dass ein über Versorgungsgrad von 140% überschritten worden ist. Die Problematik ist ja allseits bekannt. Und im GKV-VSG auch vom Gesetzgeber adressiert worden, dass die Verhältniszahlen

auch gerade in der Ortsgruppe der Psychotherapeuten sehr problematisch sind und sich als Anknüpfungspunkt nicht eignen. Man hat eine gute Verbesserung in den ländlichen Kreisen hingekriegt mit der letzten Bedarfsplanungsreform. Aber es gibt natürlich nach wie vor große Unwuchten, die es einfach verbieten an der Stelle sozusagen auf diese Variante zurückzugreifen. Um das ein bisschen zu illustrieren, man nehme zum Beispiel Leverkusen im Rahmen der letzten Bedarfsplanungsreform. Gewechselt vom Kreistyp 1 auf den Kreistyp 2 und plötzlich hat es sich sozusagen die allgemeine Verhältniszahl verdreifacht. Und es ist ein über Versorgungsgrad von über 400% entstanden. Bekanntermaßen ist die Versorgungslage in Leverkusen was die Psychotherapie anbelangt nicht gerade ausgezeichnet. Würde dann aber an der Stelle verhindern, dass tatsächlich Praxisumfänge gesteigert werden über Jobsharing und Anstellung und aus unserer Sicht vielleicht auch noch mal wichtig zu erwähnen, wir denken man sollte die Chance auch nutzen Impulse zu setzen für eine Weiterentwicklung der Praxisstrukturen, dass die Versorgungsaufträge an den Stellen entsprechend umfassender wahrgenommen werden können. Die Aufgaben der Sprechstunde entsprechend erfüllt werden und dieses Instrument tatsächlich umfänglich nutzen wie es vom Gesetzgeber her auch angedacht war. Um tatsächliche Effekte für die psychotherapeutische Versorgung zu erzielen. Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Dankeschön Herr Harfst. Fragen, Anregungen oder Wünsche. Keine. Dann danke, dass sie da waren. Die Anhörung ist damit beendet.

Schluss der Anhörung: 11:26 Uhr