

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet

Vom 17. November 2017

Inhalt

1. Rechtsgrundlage.....	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Zu § 11.....	2
2.2 Zu § 12 Absatz 4	2
2.3 Zu § 65.....	3
2.4 Zu Anlage 3.....	4
2.5 Zu Anlage 5.....	5
3. Würdigung der Stellungnahmen	5
3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V	5
3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V	6
4. Bürokratiekostenermittlung.....	6
5. Verfahrensablauf	7
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens.....	8

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

Das Ruhrgebiet wurde bei der Einführung der Bedarfsplanung 1993 als besondere Region geplant, für die besondere Verhältniszahlen galten. Mit Reform der Bedarfsplanung 2012 wurde der Sonderstatus des Ruhrgebiets als Übergangsregelung fortgeschrieben, dessen Wirkung bis zum 31.12.2017 evaluiert werden sollte. Der Sonderstatus läuft zu diesem Datum aus, sofern der G-BA keinen anderslautenden Beschluss fasst.

Der G-BA hat seit 2014 eine Kleingruppe mit der fachlichen Beratung um die Weiterentwicklung des Ruhrgebiets beauftragt. Deren Beratungen mündete in der Beauftragung und Durchführung eines Gutachtens durch das IGES Institut zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Ruhrgebiet, dessen Ergebnisse in die Beschlussfassung des G-BA zum Ruhrgebiet eingehen.

2.1 Zu § 11

Das Gutachten des IGES konnte keine tragfähigen Argumente identifizieren, die in der hausärztlichen Versorgung eine Schlechterstellung des Ruhrgebiets (2.134 EW je Hausarzt anstatt 1.671 EW je Hausarzt) rechtfertigen würden. Der durch Hausärzte zu versorgende Behandlungsbedarf der Bevölkerung im Ruhrgebiet ist nach Auffassung des G-BA mindestens vergleichbar mit allen anderen Regionen in Deutschland und erfordert deshalb das gleiche Niveau an Versorgungskapazitäten. Vor diesem Hintergrund wird der Sonderstatus des Ruhrgebiets in der hausärztlichen Versorgung durch den G-BA aufgehoben und es gilt die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 1.671 EW je Hausarzt.

Durch diese Anpassung der Verhältniszahl werden nach Modellrechnungen des G-BA etwa 600 neue Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Ein solcher erheblicher Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten ist mit dem Risiko von ggf. bundesweiten, zumindest aber regionalen Verwerfungen (vgl. hierzu Näheres unten zu § 65) durch ungesteuertes Zulassungsverhalten verbunden. Vor diesem Hintergrund werden für die hausärztliche Versorgung in der Region des Ruhrgebiets im § 65 neue, spezifische Übergangsregelungen geschaffen, um eine ausgewogene Versorgung auch unter Berücksichtigung einer absehbaren regionalen Konkurrenz um hausärztlich tätige Vertragsärzte sicherstellen zu können und eine gleichmäßige Versorgung der Patienten zu erreichen. Die beträchtlichen Anpassungen der hausärztlichen Bedarfsplanung im Regionalverband Ruhr (RVR) bedürfen einer prüfenden Beobachtung der Entwicklung durch den G-BA, die nur mit einer schrittweisen Änderung möglich ist.

2.2 Zu § 12 Absatz 4

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gibt das Gutachten zur Versorgungssituation im Ruhrgebiet deutliche Hinweise, dass die derzeit bestehende Typisierung nach mitversorgenden Regionen, mehr oder weniger stark mitversorgten Regionen und eigenversorgten Regionen auf das Ruhrgebiet nicht anwendbar ist. In einer Region mit einer bundesweit einzigartigen Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität leisten auch die städtischen Regionen im Ruhrgebiet eben gerade keine Mitversorgung für das Umland außerhalb des RVR. Stattdessen sind die Versorgungsbeziehungen intraregional

wechselseitig und beziehen auch jene Regionen mit ein, die gemäß den Vorgaben des BBSR als Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend) ausgewiesen werden würden.

Die bisherige Kreistypisierung ist insofern auf die Regionen des Ruhrgebiets nicht anwendbar. Die Ausweisung des Ruhrgebiets als besondere Region ist somit in der Perspektive von Mitversorgungseffekten weiterhin erforderlich. Vor diesem Hintergrund wird die bisher bestehende Typisierung nach 5 Typen um einen Typ 6 (polyzentrische Verflechtungsräume) erweitert. Der Typ 6 beschreibt dabei gerade jene Regionen, in denen wegen der hohen Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität eine Differenzierung nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen nicht erfolgen kann. In der derzeitigen Betrachtung der Kreise in Deutschland erfolgt die Anwendung des Typs 6 vorerst ausschließlich in den Grenzen des RVR.

Mit der Etablierung eines neuen Kreistyps ist die Festlegung neuer Verhältniszahlen erforderlich. Der G-BA orientiert sich dazu methodisch an seinem bisherigen Vorgehen zur Ermittlung von Verhältniszahlen (Festlegung der Verhältniszahl auf Basis der Einwohner und Ärzte zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe). Die Verhältniszahlen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Typ 6 orientieren sich insofern am bisherigen Versorgungsniveau des Ruhrgebiets. Somit sind in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung keine Übergangsregelungen erforderlich.

Allerdings sieht der G-BA ähnlich wie bei der Bedarfsplanungsreform 2012 in der psychotherapeutischen Versorgung einen Anpassungsbedarf. Auch im Ruhrgebiet war die psychotherapeutische Versorgung ähnlich wie in den Regionen des Typs 4 und 5 zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung noch nicht soweit entwickelt, dass von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann. Wie für die Typen 4 und 5 in der Bedarfsplanungsreform 2012 wird deshalb auch im Typ 6 das psychotherapeutische Versorgungsniveau unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Abstands zwischen den Typen 5 und 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben. Das Nähere hierzu wird in den Änderungen der Anlage 5 beschrieben.

Die Sonderregelungen zum Ruhrgebiet (Verweis auf § 65) werden für die allgemeine fachärztliche Versorgung gleichwohl abgeschafft, da der Typ 6 als neuer allgemeiner Typ etabliert wird.

Im Zuge der Etablierung eines neuen Kreistyps ergänzt der G-BA gleichzeitig die verbalen Bezeichnungen aller 6 Typen. Diese waren in der Vergangenheit in der öffentlichen Diskussion nicht einheitlich verwendet worden. Insofern stellt diese Ergänzung eine redaktionelle Änderung im Sinne der allgemeinen Klarheit und eines gemeinsamen Verständnisses dar.

2.3 Zu § 65

Da der Sonderstatus des Ruhrgebiets in der Bedarfsplanung vollständig beendet wird, können die bisher hierzu bestehenden Regelungen (§ 65 Absatz 2 – 5) ersatzlos entfallen. Stattdessen werden neue Regelungen geschaffen, die die Übergangsregelungen in der hausärztlichen Versorgung weiter konkretisieren. Dazu ist es für die Übergangszeit weiterhin erforderlich, die Region des Ruhrgebiets von anderen Regionen abzugrenzen. Hierzu knüpft der G-BA in § 65 Satz 1 an den RVR (vgl. Gesetz über den Regionalverband Ruhr (RVRG)) an.

Angesichts von etwa 600 Zulassungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung, die durch eine Anpassung der Verhältniszahlen im Ruhrgebiet in vergleichsweise attraktiven urbanen Räumen entstehen, sieht der G-BA ein erhebliches Risiko regionaler Verwerfungen im Zulassungsverhalten der Hausärzte. Eine ungesteuerte vollständige Öffnung des Ruhrgebiets wird aus Sicht des G-BA dazu führen, dass weniger attraktive Regionen im Umland und ggf. sogar bundesweit in der Konkurrenzsituation um die knappe Ressource Hausarzt Nachbesetzungsschwierigkeiten haben werden. Eine große Zahl an Hausärzten würde sich entscheiden, statt einer Niederlassung in ländlicheren Regionen eine Niederlassung im Ruhrgebiet anzustreben bzw. sogar bestehende Praxen in ländlichen Regionen zugunsten einer neuen Niederlassung im Ruhrgebiet zu schließen. Der G-BA hält

es daher für wichtig, die Auswirkungen der erheblichen Änderung der Arztzahl im Hinblick auf seine derzeitige Einschätzung der Versorgung und vor einer nicht oder nur schwer umkehrbaren Änderung der Versorgungslandschaft im RVR weiter zu beobachten. Vor diesem Hintergrund sieht der G-BA einen Übergangszeitraum von 10 Jahren vor, in der der oben beschriebene deutliche Zuwachs an Zulassungsmöglichkeiten zeitlich gestaffelt und priorisiert wird.

Die Übergangsregelungen in der hausärztlichen Versorgung (Absatz 3) werden wie folgt ausgestaltet: Durch eine gestufte Anpassung der Verhältniszahl werden in einem Zeitraum von 10 Jahren nur etwa 400 der vorgesehenen rund 600 Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Der G-BA lässt dabei bewusst in der Übergangszeit nur 400 Zulassungsmöglichkeiten entstehen, um deren Verteilung im Übergangszeitraum besser steuern zu können. Würden alle 600 Zulassungsmöglichkeiten in den 10 Jahren gestaffelt ausgewiesen, würden mehr Planungsbereiche für Zulassungen geöffnet werden, sodass die Steuerungswirkung, die letztlich nur über eine Sperrung eines Planungsbereichs erreicht wird, in weniger Konstellationen greifen kann. Nach Ablauf der 10 Jahre gilt für Hausärzte im Bundesgebiet ausnahmslos eine einheitliche allgemeine Verhältniszahl. Die Staffelung erfolgt in Zweijahresschritten. Die Verhältniszahlen wurden dabei vom G-BA so kalkuliert, dass pro Jahr gleichmäßig etwa 40 neue Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen orientiert sich dabei eng am derzeitigen Versorgungsstand in allen Mittelbereichen des Ruhrgebiets und den erwarteten Effekten (Modellrechnungen), die sich aus einer entsprechenden Öffnung ergeben.

Der G-BA weist ausdrücklich auf die Möglichkeit hin, in der Übergangszeit im RVR von der gesetzlichen Möglichkeit zur Anpassung der bedarfsplanungsrechtlichen Vorgaben aufgrund regionaler Besonderheiten nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch zu machen. Zum Beispiel kann die Verhältniszahl in besser versorgten Bereichen zunächst nicht im vorgesehenen Umfang verringert werden, so dass neue Zulassungsmöglichkeiten vorrangig in schlechter versorgte Bereichen entstehen.

Denn die Regelungen zur Bedarfsplanung und zu Zulassungssperren bei Überversorgung dienen zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - einem im Sozialstaat überragend wichtigen Gemeinwohlbelang (BVerfG vom 13.9.2005 - 2 BvF 2/03; BSG vom 4.05.2016 B 6 KA 24/15 R;). Dieses Instrument der Bedarfsplanung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und unkontrollierte Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Anpassungen müssen nach der Rechtsprechung stets so vorgenommen werden, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung hierdurch nicht in Frage gestellt wird (BSG vom 17.10.2007 -B 6 KA 45/06).

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung wird der Sonderstatus des Ruhrgebiets vollständig abgeschafft, sodass auch die besonderen Verhältniszahlen für die Arztgruppen dieser Versorgungsebene ersatzlos entfallen können. Auch die Regelungen, wonach in Raumordnungsregionen, die nur zum Teil im Ruhrgebiet liegen, die Verhältniszahlen des Ruhrgebiets gelten, sind demnach obsolet. In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gelten künftig die bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen. Da das Versorgungsniveau in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet bereits heute weitestgehend dem Bundesniveau entspricht, sind auch für diese Versorgungsebene keine Übergangsregelungen erforderlich, da die Zahl der neu ausgewiesenen Zulassungsmöglichkeiten überschaubar ist.

2.4 Zu Anlage 3

In der Anlage 3.1 kann die Ausweisung der Mittelbereiche des Ruhrgebiets vollständig entfallen, da diese nicht mehr einer Sonderregion zugeordnet werden.

In der Anlage 3.2 werden die Kreisregionen des Ruhrgebiets künftig dem neuen Typ 6 zugeordnet.

2.5 Zu Anlage 5

Mit der Beendigung des Sonderstatus des Ruhrgebiets können auch die Regelungen zur Ermittlung der Verhältniszahlen für die Region (§ 5a) vollständig entfallen. Stattdessen werden in den übrigen Regelungen zur Festlegung der allgemeinen Verhältniszahlen nun auch die Vorgaben zur Ermittlung der Verhältniszahlen des neuen Typs 6 abgebildet (Abschnitt 2, §§ 9 und 10). Wie in den übrigen 5 Typen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung orientiert sich das Versorgungsniveau des Typs 6 an dem historischen Niveau zur Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppen.

In der psychotherapeutischen Versorgung wird jedoch ein Anpassungsbedarf bei den Verhältniszahlen gesehen. Zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten (1999) war das Versorgungsgeschehen im Ruhrgebiet ähnlich wie in den Typen 4 und 5 noch nicht soweit entwickelt, dass von einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung ausgegangen werden kann. Vor diesem Hintergrund nimmt der G-BA entsprechend der Anpassung bei den Typen 4 und 5 im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2012 im Typ 6 eine Anpassung der für Psychotherapeuten maßgeblichen Verhältniszahl vor. Der G-BA orientiert sich dabei am Versorgungsniveau, das auch den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet zugewilligt wird.

Dabei ist auffällig, dass im Vergleich zwischen Typ 5 und Typ 6 die psychotherapeutischen Verhältniszahlen eine deutlich größere Spanne abbilden, als die übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Referenzierung auf den Typen 5 bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der Psychotherapeuten im Typ 6 folgt den allgemeinen planerischen Grundsätzen des G-BA, die für die bisherige Typisierung maßgeblich waren. Der Typ 5 wird dabei als eigenversorgte Region beschrieben, die weder Mitversorgungsangeboten für das Umland anbietet noch Mitversorgungsangebote des Umlandes in Anspruch nimmt. Aus diesem Grund muss sich der Typ 5 aus sich selbst heraus versorgen können. Auch für den neuen Typ 6, dem polyzentrischen Verflechtungsraum, geht der G-BA auf Grundlage des Gutachtens des IGES Instituts von sehr überschaubaren und sich mitunter saldierenden Mitversorgungsbeziehungen mit dem Umland aus, die sich auch in den sehr geringen Unterschieden des Versorgungsniveaus zwischen den Typen 5 und 6 abbilden. Dabei wird dem Typ 6 i.d.R. ein etwas höheres Versorgungsniveau zugewilligt als dem Typ 5. Gleichzeitig liegen keinerlei Erkenntnisse für den Bereich der Psychotherapeuten im Vergleich zu anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung für deutlich abweichende Mitversorgungseffekte und Inanspruchnahme vor. Vor diesem Hintergrund wählt der G-BA den durchschnittlichen Abstand zwischen Typ 5 und Typ 6 aller übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung als Grundlage für die Anpassung der Verhältniszahl der Psychotherapeuten im Typ 6. Der G-BA geht auf Grundlage seiner Modellrechnungen davon aus, dass hierdurch etwa 85 Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten neu entstehen.

Anders als in der hausärztlichen Versorgung besteht jedoch derzeit kein regionaler Wettbewerb um psychotherapeutischen Nachwuchs, sodass für die Psychotherapeuten auf Übergangsregelungen verzichtet werden kann. Verwerfungen im Zulassungsverhalten zulasten anderer Regionen werden nicht erwartet.

3. Würdigung der Stellungnahmen

3.1 Schriftliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V wurde in Verbindung mit dem 3. Abschnitt 1. Kapitel der VerfO durchgeführt. Das Stellungnahmeverfahren wurde am 25. März 2017 eingeleitet. Fristende war der 23. Oktober 2017.

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

Gesetzliche Grundlage	Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
§ 91 Absatz 5 SGB V	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	19.10.2017
	Bundesärztekammer (BÄK)	23.10.2017

Der Inhalt der schriftlichen Stellungnahmen wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe Abschnitt 6 „Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens“).

3.2 Mündliches Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V

Die Anhörung hat am 10. November 2017 stattgefunden. An der Anhörung haben zwei Vertreter der BPtK teilgenommen, die BÄK hat auf eine Anhörung verzichtet (siehe Anlage 3).

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
14.10.2014	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
08.09.2017	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
08.09.2017	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
10.11.2017	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
10.11.2017	UA BPL	<i>Anhörung</i>
10.11.2017	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, Tragende Gründe)
17.11.2017	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 17. November 2017

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens

Das Stellungnahmeverfahren ist in folgenden Anlagen dokumentiert:

- Anlage 1 Beschlussentwurf zur Änderungen der Regelungen im Ruhrgebiet
- Anlage 2 Tragende Gründe
- Anlage 3 Eingereichte Stellungnahmen der zur Stellungnahme berechtigten Organisationen
- Anlage 4 Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V
- Anlage 5 stenografisches Wortprotokoll der mündlichen Anhörung

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet

Vom XX.XX.XXXX

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BANz AT 31.12.2012 B 7), zuletzt geändert am T. Monat JJJJ (BANz AT TT.MM.JJJJ V) wie folgt zu ändern:

I. In § 11 wird in Absatz 4 Satz 2 wie folgt gefasst:

„Für hausärztliche Planungsbereiche, die vollständig im Verbandsgebiet des Regionalverbandes Ruhr (RVR) liegen, gelten die Übergangsregelungen nach § 65.“

II. § 12 wird wie folgt geändert:

1. Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„¹Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt:

						GKV-SV/ KBV	LV/PatV
	Typ 1 (stark mitvers orgt)	Typ 2 (mitvers orgt und mitvers orgt)	Typ 3 (stark mitvers orgt)	Typ 4 (mitvers orgt)	Typ 5 (eigenv ersorgt)	Typ 6 (polyzentrisch er Verflechtungs raum)	Typ 6 (polyzentrisch er Verflechtungs raum)
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664	20.440	17.272
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711	34.591	33.561
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042	5.555	4.802
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042	35.736	29.642
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768	25.334	22.930
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183	31.373	22.350
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813	22.578	18.879
Psycho- therapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953	GKV-SV	KBV/LV/ PatV
						8.743	4.813
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189	37.215	37.959
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859	3.527	3.075

²Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“. ³Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.“

2. Absatz 5 wird gestrichen.

III. § 65 wird wie folgt gefasst:

„¹Abweichend von § 11 Absatz 4 Satz 1 gelten ab dem 01.01.2018 in den Planungsbereichen, die vollständig im Verbandsgebiet des RVR liegen für einen Übergangszeitraum von 10 Jahren in der hausärztlichen Versorgung die folgenden Allgemeinen Verhältniszahlen:

Jahre	Verhältniszahl
2018 und 2019	2.000 Einwohner je Hausarzt
2020 und 2021	1.900 Einwohner je Hausarzt
2022 und 2023	1.850 Einwohner je Hausarzt
2024 und 2025	1.800 Einwohner je Hausarzt
2026 und 2027	1.750 Einwohner je Hausarzt

²Die Regelungen nach § 2 bleiben davon unberührt.“

IV. Die Anlage 3.1 wird wie folgt gefasst:

„Anlage 3.1 Mittelbereiche nach § 11 Absatz 3

Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 1. Dezember 2014

Eine Abgrenzung der Mittelbereiche seitens des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung mit der Referenz Gemeinden zu Mittelbereichen findet man unter www.g-ba.de

Für die Mittelbereiche, die im Gebiet nach § 65 Absatz 3 liegen, gilt die in Absatz 4 festgelegte Verhältniszahl für Hausärzte.

Die Mittelbereiche des Ruhrgebiets sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
50105	Wesel/Hamminkeln	50332	Gladbeck
50106	Xanten	50333	Gelsenkirchen
50109	Kamp-Lintfort	50529	Hagen
50110	Rheinberg	50530	Schwerte
50111	Voerde	50531	Ennepetal
50112	Dinslaken	50532	Gevensberg
50113	Neukirchen-Vluyn	50533	Wetter
50114	Moers	50534	Sprockhövel
50115	Oberhausen	50535	Schwelm
50116	Essen	50536	Hattingen

50117	Mülheim an der Ruhr	50537	Witten
50118	Duisburg	50538	Herdecke
50316	Haltern	50539	Bochum
50323	Dersten	50540	Unna
50324	Marl	50541	Dortmund
50325	Herten	50542	Kamen
50326	Recklinghausen	50543	Bergkamen
50327	Oer-Erkenschwick	50544	Hamm
50328	Datteln	50545	Lünen
50329	Waltrop	50546	Werne
50330	Castrop-Rauxel	50547	Herne
50331	Bottrop		

KV übergreifende Mittelbereiche, die gemäß der Richtlinie getrennt werden müssen, sind:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
10108	Geesthacht	40001	Bremen
20001	Hamburg	40002	Bremerhaven

Mittelbereiche, die aufgrund der Trennung an der KV-Grenze neu entstehen:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
2100000	Geesthacht_SH	2400000	Bremen_HB
2200000	Hamburg_HH	2400001	Bremerhaven_HB
2300000	Geesthacht_NS	2300001	Hamburg_NS
2300002	Bremen_NS	2300003	Bremerhaven_NS

Mittelbereiche in weiterer Abweichung zur BBSR-Abgrenzung:

MBKey	MBName	MBKey	MBName
2300004	Lüneburg exkl. Amt Neuhaus	3300000	Hagenow inkl. Amt Neuhaus

V. Die Anlage 3.2 wird wie folgt neu gefasst:

„Anlage 3.2 Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Absatz 3

Zuordnung der Planungsbereiche im Sinne des § 12 Absatz 3 zu den Kreistypen, Gebietsstand 31. Dezember 2009

Kreis-typ	Planungsbereich	Kreis-typ	Planungsbereich
2	Aachen ¹	3	Ahrweiler
1	Aachen, Stadt ¹	3	Aichach-Friedberg

Kreis- typ	Planungsbereich
3	Alb-Donau-Kreis
5	Altenburger Land
5	Altenkirchen (Westerwald)
5	Altmarkkreis Salzwedel
5	Altötting
5	Amberg, Stadt/Amberg-Sulzbach
3	Ammerland
5	Ansbach, Stadt/Ansbach
2	Aschaffenburg, Stadt/Aschaffenburg
3	Augsburg
1	Augsburg, Stadt
3	Bad Doberan
5	Bad Kissingen
5	Bad Kreuznach
4	Bad Tölz-Wolfratshausen
4	Baden-Baden, Stadt/Rastatt
5	Bamberg, Stadt/Bamberg
4	Barnim
5	Bautzen
5	Bayreuth, Stadt/Bayreuth
5	Berchtesgadener Land
3	Bergstraße
1	Berlin, Bundeshauptstadt
5	Bernkastel-Wittlich
5	Biberach
1	Bielefeld, Stadt
5	Birkenfeld
3	Böblingen
1*6	Bochum, Stadt
5	Bodenseekreis
1	Bonn, Stadt
4	Börde
4	Borken
2*6	Bottrop, Stadt
4	Brandenburg an der Havel, Stadt/Potsdam-Mittelmark
1	Braunschweig, Stadt
3	Breisgau-Hochschwarzwald
1	Bremen, Stadt
1	Bremerhaven, Stadt
4	Burgenlandkreis
3	Calw
4	Celle
5	Cham
1	Chemnitz, Stadt

Kreis- typ	Planungsbereich
5	Cloppenburg
5	Coburg, Stadt/Coburg
4	Cochem-Zell
3	Coesfeld
1	Cottbus, Stadt
4	Cuxhaven
3	Dachau
4	Dahme-Spreewald
1	Darmstadt, Stadt
3	Darmstadt-Dieburg
5	Deggendorf
4	Delmenhorst, Stadt/Diepholz
5	Demmin
5	Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt- Bitterfeld
5	Dillingen a.d.Donau
5	Dingolfing-Landau
5	Dithmarschen
5	Donau-Ries
5	Donnersbergkreis
1*6	Dortmund, Stadt
1	Dresden, Stadt
1*6	Duisburg, Stadt
3	Düren
1	Düsseldorf, Stadt
3	Ebersberg
4	Eichsfeld
3	Eichstätt
5	Eifelkreis Bitburg-Prüm
5	Eisenach, Stadt/Wartburgkreis
5	Elbe-Elster
5	Emden, Stadt/Aurich
4	Emmendingen
5	Emsland
2*6	Ennepe-Ruhr-Kreis
3	Enzkreis
3	Erding
1	Erfurt, Stadt
1	Erlangen, Stadt
3	Erlangen-Höchstadt
4	Erzgebirgskreis
1*6	Essen, Stadt
2	Esslingen
4	Euskirchen
5	Flensburg, Stadt/Schleswig- Flensburg

Kreis- typ	Planungsbereich
3	Forchheim
2	Frankenthal (Pfalz), Stadt/Speyer, Stadt/Rhein-Pfalz-Kreis
5	Frankfurt (Oder), Stadt/Oder- Spree
1	Frankfurt am Main, Stadt
1	Freiburg im Breisgau, Stadt
3	Freising
5	Freudenstadt
5	Freyung-Grafenau
5	Fulda
2	Fürstenfeldbruck
3	Fürth
2	Fürth, Stadt
5	Garmisch-Partenkirchen
2*6	Gelsenkirchen, Stadt
1	Gera, Stadt
3	Germersheim
5	Gießen
3	Gifhorn
4	Göppingen
5	Görlitz
4	Goslar
5	Gotha
2	Göttingen
5	Grafschaft Bentheim
5	Greifswald, Hansestadt/Ostvorpommern
5	Greiz
2	Groß-Gerau
5	Günzburg
5	Güstrow
4	Gütersloh
1*6	Hagen, Stadt
1	Halle (Saale), Stadt
1	Hamburg, Freie und Hansestadt
5	Hameln-Pyrmont
2*6	Hamm, Stadt
3	Hannover ¹
1	Hannover, Landeshauptstadt ¹
3	Harburg
5	Harz
5	Haßberge
4	Havelland
1	Heidelberg, Stadt
5	Heidenheim

Kreis- typ	Planungsbereich
3	Heilbronn
1	Heilbronn, Stadt
4	Heinsberg
3	Helmstedt
2	Herford
2*6	Herne, Stadt
5	Hersfeld-Rotenburg
3	Herzogtum Lauenburg
5	Hildburghausen
4	Hildesheim
5	Hochsauerlandkreis
2	Hochtaunuskreis
5	Hof, Stadt/Hof
5	Hohenlohekreis
5	Holzminde
4	Höxter
4	Ilm-Kreis
1	Ingolstadt, Stadt
1	Jena, Stadt
3	Jerichower Land
5	Kaiserslautern, Stadt/Kaiserslautern
3	Karlsruhe
1	Karlsruhe, Stadt
3	Kassel
1	Kassel, Stadt
5	Kaufbeuren, Stadt/Ostallgäu
4	Kelheim
5	Kempten (Allgäu), Stadt/Oberallgäu
1	Kiel, Landeshauptstadt
4	Kitzingen
5	Kleve
1	Koblenz, Stadt
1	Köln, Stadt
5	Konstanz
1	Krefeld, Stadt
5	Kronach
5	Kulmbach
5	Kusel
5	Kyffhäuserkreis
5	Lahn-Dill-Kreis
4	Landau in der Pfalz, Stadt/Südliche Weinstraße
4	Landsberg a. Lech
5	Landshut, Stadt/Landshut

Kreis- typ	Planungsbereich
5	Leer
4	Leipzig
1	Leipzig, Stadt
2	Leverkusen, Stadt
5	Lichtenfels
4	Limburg-Weilburg
5	Lindau (Bodensee)
4	Lippe
5	Lörrach
1	Lübeck, Hansestadt
5	Lüchow-Dannenberg
2	Ludwigsburg
1	Ludwigshafen am Rhein, Stadt
5	Ludwigslust
4	Lüneburg
1	Magdeburg, Landeshauptstadt
4	Main-Kinzig-Kreis
4	Main-Spessart
5	Main-Tauber-Kreis
2	Main-Taunus-Kreis
1	Mainz, Stadt
3	Mainz-Bingen
1	Mannheim, Universitätsstadt
5	Mansfeld-Südharz
5	Marburg-Biedenkopf
4	Märkischer Kreis
4	Märkisch-Oderland
4	Mayen-Koblenz
4	Meißen
5	Memmingen, Stadt/Unterallgäu
4	Merzig-Wadern
2	Mettmann
4	Miesbach
4	Miltenberg
4	Minden-Lübbecke
4	Mittelsachsen
1	Mönchengladbach, Stadt
5	Mühdorf a.Inn
2 *6	Mülheim an der Ruhr, Stadt
2	München
1	München, Landeshauptstadt
1	Münster, Stadt
5	Müritz
5	Neckar-Odenwald-Kreis

Kreis- typ	Planungsbereich
5	Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz
4	Neuburg-Schrobenhausen
4	Neumarkt i.d.OPf.
4	Neumünster, Stadt/Rendsburg- Eckernförde
2	Neunkirchen
4	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
3	Neustadt an der Weinstraße, Stadt/Bad Dürkheim
2	Neu-Ulm
3	Neuwied
5	Nienburg (Weser)
5	Nordfriesland
5	Nordhausen
4	Nordsachsen
4	Northeim
1	Nürnberg, Stadt
4	Nürnberger Land
5	Oberbergischer Kreis
2 *6	Oberhausen, Stadt
3	Oberhavel
5	Oberspreewald-Lausitz
4	Odenwaldkreis
2	Offenbach
2	Offenbach am Main, Stadt
3	Oldenburg
1	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
5	Olpe
5	Ortenaukreis
4	Osnabrück
1	Osnabrück, Stadt
5	Ostalbkreis
3	Osterholz
5	Osterode am Harz
4	Ostholstein
5	Ostprignitz-Ruppin
2	Paderborn
5	Parchim
5	Passau, Stadt/Passau
3	Peine
3	Pfaffenhofen a.d.Ilm
1	Pforzheim, Stadt
3	Pinneberg

Kreis- typ	Planungsbereich
5	Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz
3	Plön
1	Potsdam, Stadt
5	Prignitz
5	Ravensburg
2*6	Recklinghausen
5	Regen
3	Regensburg
1	Regensburg, Stadt
2	Remscheid, Stadt
2	Rems-Murr-Kreis
5	Reutlingen
2	Rhein-Erft-Kreis
3	Rheingau-Taunus-Kreis
5	Rhein-Hunsrück-Kreis
2	Rheinisch-Bergischer Kreis
2	Rhein-Kreis Neuss
4	Rhein-Lahn-Kreis
2	Rhein-Neckar-Kreis
4	Rhein-Sieg-Kreis
5	Rhön-Grabfeld
5	Rosenheim, Stadt/Rosenheim
1	Rostock, Hansestadt
4	Rotenburg (Wümme)
5	Rottal-Inn
5	Rottweil
5	Rügen
4	Saale-Holzland-Kreis
4	Saalekreis
5	Saale-Orla-Kreis
5	Saalfeld-Rudolstadt
2	Saarlouis
4	Saarpfalz-Kreis
4	Sächsische Schweiz- Osterzgebirge
1	Salzgitter, Stadt
4	Salzlandkreis
4	Schaumburg
4	Schwabach, Stadt/Roth
5	Schwäbisch Hall
4	Schwalm-Eder-Kreis
5	Schwandorf
5	Schwarzwald-Baar-Kreis
5	Schweinfurt, Stadt/Schweinfurt

Kreis- typ	Planungsbereich
4	Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg
4	Segeberg
2	Siegen-Wittgenstein
5	Sigmaringen
4	Soest
2	Solingen, Stadt
5	Soltau-Fallingbostal
4	Sömmerda
5	Sonneberg
4	Spree-Neiße
4	St. Wendel
4	Stade
1	Stadtverband Saarbrücken
3	Starnberg
4	Steinburg
4	Steinfurt
5	Stendal
2	Stormarn
5	Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern
5	Straubing, Stadt/Straubing-Bogen
1	Stuttgart, Landeshauptstadt
5	Suhl, Stadt/Schmalkalden- Meinigen
4	Teltow-Fläming
5	Tirschenreuth
5	Traunstein
1	Trier, Stadt
3	Trier-Saarburg
4	Tübingen
5	Tuttlingen
5	Uckermark
5	Uecker-Randow
5	Uelzen
1	Ulm, Universitätsstadt
2*6	Unna
5	Unstrut-Hainich-Kreis
5	Vechta
3	Verden
2	Viersen
5	Vogelsbergkreis
5	Vogtlandkreis
5	Vulkaneifel
5	Waldeck-Frankenberg
5	Waldshut

Kreis- typ	Planungsbereich
4	Warendorf
5	Weiden i.d. OPf., Stadt/Neustadt a. d. Waldnaab
4	Weilheim-Schongau
4	Weimar, Stadt/Weimarer Land
5	Weißenburg-Gunzenhausen
5	Werra-Meißner-Kreis
2*6	Wesel
4	Wesermarsch
5	Westerwaldkreis
4	Wetteraukreis
1	Wiesbaden, Landeshauptstadt
5	Wilhelmshaven, Stadt/Friesland
5	Wittenberg
5	Wittmund
3	Wolfenbüttel
1	Wolfsburg, Stadt
3	Worms, Stadt/Alzey-Worms
5	Wunsiedel i. Fichtelgebirge
1	Wuppertal, Stadt
3	Würzburg
1	Würzburg, Stadt
5	Zollernalbkreis
5	Zwickau

~~*Es gelten die Vorschriften nach § 65 Absatz 2 bis 5 dieser Richtlinie~~

VI. Die Anlage 5 wird wie folgt geändert:

1. § 5a wird gestrichen.

2. Die Überschrift des Abschnittes 2 wird wie folgt gefasst:
„Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 6 Typen“

3. § 9 wird wie folgt gefasst:

„§ 9 Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten

Die Verteilung der in §§ 6 bis 78 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die 5 Typen 1 bis 5 nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31. Dezember 2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012.

Bei den Frauen- und Kinderärzten wird nur die Verteilung der weiblichen bzw. der Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“ berücksichtigt.“

4. § 10 wird wie folgt gefasst:

„§ 10 Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 56 Typen

Aus den nach § 89 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten je Typ der Typen 1 bis 5 wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe und Typ ermittelt.

KBV/GKV-SV	PatV/LV
Die Verhältniszahlen im Typ 6 werden auf Grundlage der Einwohner- und Arztlzahlen zum Stichtag 31.12.1990 in den Kreisen dieses Typs ermittelt.	Um der historisch bedingten planerisch geringeren Arzt- und Psychotherapeutendichte im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in der Metropolregion Ruhr nach § 65 Absatz 2 entgegenzuwirken werden neue Verhältniszahlen für diese Region gebildet. Die Kreise dieser Region waren bislang den Kreistypen 1 und 2 zugeordnet. Mit der Neubildung neuer Verhältniszahlen werden alle Kreise der Region dem Kreistyp 6 zugeordnet. Die Verhältniszahl bestimmt sich jeweils aus der durchschnittlichen bevölkerungsgewichteten Verhältniszahl der Typen 1 und 2.

Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich dabei auf die weibliche Bevölkerung, die der Kinderärzte auf die Bevölkerung „bis unter 18 Jahre“.

Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche

Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhältniszahlen der Typen 4 und 3 bei allen anderen Gruppen der allgemein fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33%).

KBV/PatV/LV	GKV-SV
<p>Aus vorgenannten Gründen wird die Verhältniszahl der Psychotherapeuten im Typ 6 auf Grundlage des durchschnittlichen Abstands zwischen Typ 1 und Typ 6 der übrigen Arztgruppen der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung ermittelt (Faktor 0,64). Die Verhältniszahl der Psychotherapeuten des Typs 1 wird mit diesem Faktor multipliziert und bildet die Allgemeine Verhältniszahl der Psychotherapeuten des Typ 6.</p>	<p>lehnt nebenstehenden Vorschlag ab</p>

VI. Die Änderung der Richtlinie tritt am 1. Januar 2018 in Kraft.

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

Berlin, den

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1 Zu § 11.....	2
2.2 Zu § 12 Absatz 4	2
2.3 Zu § 65.....	5
2.4 Zu Anlage 3.....	6
2.5 Zu Anlage 5.....	6
3. Würdigung der Stellungnahmen	7
4. Bürokratiekostenermittlung	7
5. Verfahrensablauf	8
6. Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens	8

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

Das Ruhrgebiet wurde bei der Einführung der Bedarfsplanung 1993 als besondere Region geplant, für die besondere Verhältniszahlen galten. Mit Reform der Bedarfsplanung 2012 wurde der Sonderstatus des Ruhrgebiets als Übergangsregelung fortgeschrieben, dessen Wirkung bis zum 31.12.2017 evaluiert werden sollte. Der Sonderstatus läuft zu diesem Datum aus, sofern der G-BA keinen anderslautenden Beschluss fasst.

Der G-BA hat seit 2014 eine Kleingruppe mit der fachlichen Beratung um die Weiterentwicklung des Ruhrgebiets beauftragt. Deren Beratungen mündete in der Beauftragung und Durchführung eines Gutachtens durch das IGES Institut zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Ruhrgebiet, dessen Ergebnisse in die Beschlussfassung des G-BA zum Ruhrgebiet eingehen.

2.1 Zu § 11

Das Gutachten des IGES konnte keine tragfähigen Argumente identifizieren, die in der hausärztlichen Versorgung eine Schlechterstellung des Ruhrgebiets (2.134 EW je Hausarzt anstatt 1.671 EW je Hausarzt) rechtfertigen würden. Der durch Hausärzte zu versorgende Behandlungsbedarf der Bevölkerung im Ruhrgebiet ist nach Auffassung des G-BA mindestens vergleichbar mit allen anderen Regionen in Deutschland und erfordert deshalb das gleiche Niveau an Versorgungskapazitäten. Vor diesem Hintergrund wird der Sonderstatus des Ruhrgebiets in der hausärztlichen Versorgung durch den G-BA aufgehoben und es gilt die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 1.671 EW je Hausarzt.

Durch diese Anpassung der Verhältniszahl werden nach Modellrechnungen des G-BA etwa 600 neue Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Ein solcher erheblicher Anstieg der Zulassungsmöglichkeiten ist mit dem Risiko von ggf. bundesweiten, zumindest aber regionalen Verwerfungen (vgl. hierzu Näheres unten zu § 65) durch ungesteuertes Zulassungsverhalten verbunden. Vor diesem Hintergrund werden für die hausärztliche Versorgung in der Region des Ruhrgebiets im § 65 neue, spezifische Übergangsregelungen geschaffen, um eine ausgewogene Versorgung auch unter Berücksichtigung einer absehbaren regionalen Konkurrenz um hausärztlich tätige Vertragsärzte sicherstellen zu können und eine gleichmäßige Versorgung der Patienten zu erreichen. Die beträchtlichen Anpassungen der hausärztlichen Bedarfsplanung im Regionalverband Ruhr (RVR) bedürfen einer prüfenden Beobachtung der Entwicklung durch den G-BA, die nur mit einer schrittweisen Änderung möglich ist.

2.2 Zu § 12 Absatz 4

KBV/GKV-SV	LV/ PatV
In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gibt das Gutachten zur Versorgungssituation im Ruhrgebiet deutliche Hinweise, dass die derzeit bestehende Typisierung nach	Im Zuge der nach § 65 Abs. 2 BPL-RL vorgesehenen Überprüfung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet haben die Gutachter in Abstimmung mit dem G-BA

mitversorgenden Regionen, mehr oder weniger stark mitversorgten Regionen und eigenversorgten Regionen auf das Ruhrgebiet nicht anwendbar ist. In einer Region mit einer bundesweit einzigartigen Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität leisten auch die städtischen Regionen im Ruhrgebiet eben gerade keine Mitversorgung für das Umland außerhalb des RVR. Stattdessen sind die Versorgungsbeziehungen intraregional wechselseitig und beziehen auch jene Regionen mit ein, die gemäß den Vorgaben des BBSR als Typ 2 (mitversorgt und mitversorgend) ausgewiesen werden würden.

Die bisherige Kreistypisierung ist insofern auf die Regionen des Ruhrgebiets nicht anwendbar. Die Ausweisung des Ruhrgebiets als besondere Region ist somit in der Perspektive von Mitversorgungseffekten weiterhin erforderlich. Vor diesem Hintergrund wird die bisher bestehende Typisierung nach 5 Typen um einen Typ 6 (polyzentrische Verflechtungsräume) erweitert. Der Typ 6 beschreibt dabei gerade jene Regionen, in denen wegen der hohen Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität eine Differenzierung nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen nicht erfolgen kann. In der derzeitigen Betrachtung der Kreise in Deutschland erfolgt die Anwendung des Typs 6 vorerst ausschließlich in den Grenzen des RVR.

Mit der Etablierung eines neuen Kreistyps ist die Festlegung neuer Verhältniszahlen erforderlich. Der G-BA orientiert sich dazu methodisch an seinem bisherigen Vorgehen zur Ermittlung von Verhältniszahlen (Festlegung der Verhältniszahl auf Basis der Einwohner und Ärzte zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe). Die Verhältniszahlen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Typ 6 orientieren sich insofern am bisherigen Versorgungsniveau des Ruhrgebiets. Somit sind in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung keine Übergangsregelungen erforderlich.

KBV	GKV-SV
Allerdings sieht der G-BA ähnlich wie bei der Bedarfsplanungsreform 2012 in der	lehnt nebenstehenden Vorschlag ab

die Regionen Rheinland und Rhein-Main als Vergleichsregionen definiert.

Hinsichtlich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung stellen die Gutachter fest, dass

- die Ärztedichte im Ruhrgebiet durchgehend deutlich niedriger ist als in den Vergleichsregionen (ohne die Psychotherapeuten - 17 bzw. - 15 %)
- damit korrespondierend die Fallzahlen je Arzt im Ruhrgebiet deutlich höher liegen (ohne die Psychotherapeuten + 28 bzw. + 38 %).

Zugleich weisen vergleichsweise ungünstige Ausprägungen bei der Sozioökonomie und der Morbidität auf einen tendenziell höheren Versorgungsbedarf hin.

Daraus ergeben sich im Gutachten folgende Handlungsempfehlungen:

*„Die gemäß den gegenwärtigen Sonderregelungen geltenden **Verhältniszahlen im Ruhrgebiet sollten so angepasst werden, dass sich das Niveau der geplanten Arzt- bzw. Psychotherapeutesitze in der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung erhöht. Ein für das gesamte Ruhrgebiet systematisch geringeres Niveau der Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte in der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgung lässt sich nicht ausreichend begründen – und in dieser Hinsicht auch keine generelle Fortgeltung des Sonderstatus in der Bedarfsplanung. Das systematisch geringere Niveau erfordert eine deutlich höhere durchschnittliche Fallzahlbelastung der Arzt- und Psychotherapeutenpraxen im Ruhrgebiet, um einen gemessen an der bevölkerungsbezogenen Fallhäufigkeit vergleichbaren Versorgungszugang zu gewährleisten. Es steht darüber hinaus im Kontrast zu deutlichen Hinweisen einer überdurchschnittlich hohen Morbidität im Ruhrgebiet.“***

Zugleich stellt das Gutachten aber auch fest, dass sich eine Differenzierung der Verhältniszahlen zwischen den nach der BBSR-Systematik den Kreistypen 1 oder 2

<p>psychotherapeutischen Versorgung einen Anpassungsbedarf. Auch im Ruhrgebiet war die psychotherapeutische Versorgung ähnlich wie in den Regionen des Typs 4 und 5 zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung noch nicht so weit entwickelt, dass von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann. Wie für die Typen 4 und 5 in der Bedarfsplanungsreform 2012 wird deshalb auch im Typ 6 das psychotherapeutische Versorgungsniveau unter Berücksichtigung des durchschnittlichen Abstands zwischen den Typen 1 und 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehoben. Das Nähere hierzu wird in den Änderungen der Anlage 5 beschrieben.</p>		<p>zuzuordnenden Kreisen und kreisfreien Städte des Ruhrgebiets nicht als sachgerecht darstellt. Sie empfehlen daher die Beibehaltung einer einheitlichen Verhältniszahl. Im Gutachten heißt es hierzu:</p> <p><i>Der Verzicht auf eine kreistypenspezifische Differenzierung der Verhältniszahlen in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung lässt sich hingegen begründen. Da in den Kernstädten des Ruhrgebiets, die gemäß der gegenwärtigen Bedarfsplanungssystematik dem Kreistyp 1 zuzuordnen sind, durch Mitversorgung von Patienten aus dem Umland per Saldo kaum Belastungen anfallen, ist die Beibehaltung fachgruppenbezogen einheitlicher Verhältniszahlen und damit eines wesentlichen Elements des heutigen Sonderstatus empfehlenswert.</i></p> <p>Vor diesem Hintergrund ist es sachlich geboten,</p> <ul style="list-style-type: none"> • einerseits weiterhin eine einheitliche Verhältniszahl für das Ruhrgebiet festzulegen, • andererseits aber angesichts der im Gutachten dargestellten Versorgungssituation die für den neuen Kreistyp 6 auszuweisenden Verhältniszahlen gegenüber den derzeit noch für das Ruhrgebiet übergangsweise fortgeltenden Werten abzusenken und damit die Zahl der geplanten Arztstühle anzuheben.
<p>Die Sonderregelungen zum Ruhrgebiet (Verweis auf § 65) werden für die allgemeine fachärztliche Versorgung gleichwohl abgeschafft, da der Typ 6 als neuer allgemeiner Typ etabliert wird.</p> <p>Im Zuge der Etablierung eines neuen Kreistyps ergänzt der G-BA gleichzeitig die verbalen Bezeichnungen aller 6 Typen. Diese waren in der Vergangenheit in der öffentlichen Diskussion nicht einheitlich verwendet worden. Insofern stellt diese Ergänzung eine redaktionelle Änderung im Sinne der allgemeinen Klarheit und eines gemeinsamen Verständnisses dar.</p>		<p>Daher wird das Ruhrgebiet als neuer Kreistyp 6 „polyzentrischer Verflechtungsraum“ in die bisherige Kreistypisierung einbezogen.</p> <p>Um nicht von der bisherigen Systematik der Festlegung der Verhältniszahlen nach der Kreistypisierung des BBSR abzuweichen und eine rechtssichere Regelung zu erreichen, werden die Verhältniszahlen so angepasst, dass je Arztgruppe eine nach Einwohnerzahl gewichtete durchschnittliche Verhältniszahl für die</p>

	Kreistypen 1 und 2 für das Ruhrgebiet ermittelt und festgelegt wird.
--	--

2.3 Zu § 65

Da der Sonderstatus des Ruhrgebiets in der Bedarfsplanung vollständig beendet wird, können die bisher hierzu bestehenden Regelungen (§ 65 Absatz 2 – 5) ersatzlos entfallen. Stattdessen werden neue Regelungen geschaffen, die die Übergangsregelungen in der hausärztlichen Versorgung weiter konkretisieren. Dazu ist es für die Übergangszeit weiterhin erforderlich, die Region des Ruhrgebiets von anderen Regionen abzugrenzen. Hierzu knüpft der G-BA in § 65 Satz 1 an den RVR (vgl. Gesetz über den Regionalverband Ruhr (RVRG)) an.

Angesichts von etwa 600 Zulassungsmöglichkeiten in der hausärztlichen Versorgung, die durch eine Anpassung der Verhältniszahlen im Ruhrgebiet in vergleichsweise attraktiven urbanen Räumen entstehen, sieht der G-BA ein erhebliches Risiko regionaler Verwerfungen im Zulassungsverhalten der Hausärzte. Eine ungesteuerte vollständige Öffnung des Ruhrgebiets wird aus Sicht des G-BA dazu führen, dass weniger attraktive Regionen im Umland und ggf. sogar bundesweit in der Konkurrenzsituation um die knappe Ressource Hausarzt Nachbesetzungsschwierigkeiten haben werden. Eine große Zahl an Hausärzten würde sich entscheiden, statt einer Niederlassung in ländlicheren Regionen eine Niederlassung im Ruhrgebiet anzustreben bzw. sogar bestehende Praxen in ländlichen Regionen zugunsten einer neuen Niederlassung im Ruhrgebiet zu schließen. Der G-BA hält es daher für wichtig, die Auswirkungen der erheblichen Änderung der Arztzahl im Hinblick auf seine derzeitige Einschätzung der Versorgung und vor einer nicht oder nur schwer umkehrbaren Änderung der Versorgungslandschaft im RVR weiter zu beobachten. Vor diesem Hintergrund sieht der G-BA einen Übergangszeitraum von 10 Jahren vor, in der der oben beschriebene deutliche Zuwachs an Zulassungsmöglichkeiten zeitlich gestaffelt und priorisiert wird.

Die Übergangsregelungen in der hausärztlichen Versorgung (Absatz 3) werden wie folgt ausgestaltet: Durch eine gestufte Anpassung der Verhältniszahl werden in einem Zeitraum von 10 Jahren nur etwa 400 der vorgesehenen rund 600 Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen. Der G-BA lässt dabei bewusst in der Übergangszeit nur 400 Zulassungsmöglichkeiten entstehen, um deren Verteilung im Übergangszeitraum besser steuern zu können. Würden alle 600 Zulassungsmöglichkeiten in den 10 Jahren gestaffelt ausgewiesen, würden mehr Planungsbereiche für Zulassungen geöffnet werden, sodass die Steuerungswirkung, die letztlich nur über eine Sperrung eines Planungsbereichs erreicht wird, in weniger Konstellationen greifen kann. Nach Ablauf der 10 Jahre gilt für Hausärzte im Bundesgebiet ausnahmslos eine einheitliche allgemeine Verhältniszahl. Die Staffelung erfolgt in Zweijahresschritten. Die Verhältniszahlen wurden dabei vom G-BA so kalkuliert, dass pro Jahr gleichmäßig etwa 40 neue Zulassungsmöglichkeiten ausgewiesen werden. Die Festlegung der Verhältniszahlen orientiert sich dabei eng am derzeitigen Versorgungsstand in allen Mittelbereichen des Ruhrgebiets und den erwarteten Effekten (Modellrechnungen), die sich aus einer entsprechenden Öffnung ergeben.

Der G-BA weist ausdrücklich auf die Möglichkeit hin, in der Übergangszeit im RVR von der gesetzlichen Möglichkeit zur Anpassung der bedarfsplanungsrechtlichen Vorgaben aufgrund regionaler Besonderheiten nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V und § 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch zu machen. Zum Beispiel kann die Verhältniszahl in besser versorgten Bereichen zunächst nicht im vorgesehenen Umfang verringert werden, so dass neue Zulassungsmöglichkeiten vorrangig in schlechter versorgte Bereichen entstehen.

Denn die Regelungen zur Bedarfsplanung und zu Zulassungssperren bei Überversorgung dienen zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - einem im Sozialstaat überragend wichtigen Gemeinwohlbelang (BVerfG vom 13.9.2005 - 2 BvF 2/03; BSG vom 4.05.2016 B 6 KA 24/15 R;). Dieses Instrument der Bedarfsplanung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen und unkontrollierte Zulassungen in für Neuzulassungen attraktiven Bereichen vermieden werden. Anpassungen müssen nach der Rechtsprechung stets so vorgenommen werden, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung hierdurch nicht in Frage gestellt wird (BSG vom 17.10.2007 -B 6 KA 45/06).

In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung wird der Sonderstatus des Ruhrgebiets vollständig abgeschafft, sodass auch die besonderen Verhältniszahlen für die Arztgruppen dieser Versorgungsebene ersatzlos entfallen können. Auch die Regelungen, wonach in Raumordnungsregionen, die nur zum Teil im Ruhrgebiet liegen, die Verhältniszahlen des Ruhrgebiets gelten, sind demnach obsolet. In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gelten künftig die bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen. Da das Versorgungsniveau in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet bereits heute weitestgehend dem Bundesniveau entspricht, sind auch für diese Versorgungsebene keine Übergangsregelungen erforderlich, da die Zahl der neu ausgewiesenen Zulassungsmöglichkeiten überschaubar ist.

2.4 Zu Anlage 3

In der Anlage 3.1 kann die Ausweisung der Mittelbereiche des Ruhrgebiets vollständig entfallen, da diese nicht mehr einer Sonderregion zugeordnet werden.

In der Anlage 3.2 werden die Kreisregionen des Ruhrgebiets künftig dem neuen Typ 6 zugeordnet.

2.5 Zu Anlage 5

Mit der Beendigung des Sonderstatus des Ruhrgebiets können auch die Regelungen zur Ermittlung der Verhältniszahlen für die Region (§ 5a) vollständig entfallen. Stattdessen werden in den übrigen Regelungen zur Festlegung der allgemeinen Verhältniszahlen nun auch die Vorgaben zur Ermittlung der Verhältniszahlen des neuen Typs 6 abgebildet (Abschnitt 2, §§ 9 und 10). Wie in den übrigen 5 Typen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung orientiert sich das Versorgungsniveau des Typs 6 an dem historischen Niveau zur Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppen.

KBV	GKV-SV
<p>In der psychotherapeutischen Versorgung wird jedoch ein Anpassungsbedarf bei den Verhältniszahlen gesehen. Zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten (1999) war das Versorgungsgeschehen im Ruhrgebiet ähnlich wie in den Typen 4 und 5 noch nicht so weit entwickelt, dass von einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung ausgegangen werden kann. Vor diesem Hintergrund nimmt der G-BA entsprechend der Anpassung bei den Typen 4 und 5 im Zuge der Bedarfsplanungsreform 2012 im Typ 6 eine Anpassung der für Psychotherapeuten maßgeblichen</p>	<p>lehnt nebenstehenden Vorschlag ab</p>

Verhältniszahl vor. Der G-BA orientiert sich dabei am Versorgungsniveau, das auch den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet zugebilligt wird. Dabei ist auffällig, dass im Vergleich zwischen Typ 1 und Typ 6 die psychotherapeutischen Verhältniszahlen eine deutlich größere Spanne abbilden, als die übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig liegen keinerlei Erkenntnisse vor, die eine solche Abweichung, die letztlich nur Ausdruck deutlich abweichender Mitversorgungseffekte und Inanspruchnahme sein könnte, für die Psychotherapeuten plausibel begründen können. Vor diesem Hintergrund wählt der G-BA den durchschnittlichen Abstand zwischen Typ 1 und Typ 6 aller übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung als Grundlage für die Anpassung der Verhältniszahl der Psychotherapeuten im Typ 6. Der G-BA geht auf Grundlage seiner Modellrechnungen davon aus, dass hierdurch etwa 180 Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten neu entstehen. Anders als in der hausärztlichen Versorgung besteht jedoch derzeit kein regionaler Wettbewerb um psychotherapeutischen Nachwuchs, sodass für die Psychotherapeuten auf Übergangsregelungen verzichtet werden kann. Verwerfungen im Zulassungsverhalten zulasten anderer Regionen werden nicht erwartet.

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
TT.MM.JJJJ	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe BPL-RL Neuregelungen
TT.MM.JJJJ	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
TT.MM.JJJJ	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]

Stellungnahme

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

19.10.2017

Inhaltsverzeichnis

1. G-BA plant, Diskriminierung kranker Menschen im Ruhrgebiet fortzuführen	3
2. Vorschlag der Patienten- und Ländervertreter bringt Besserung	4
3. Benachteiligung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden	4
• Gutachten belegt psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet.....	4
• Vorschlag des GKV-Spitzenverbands	5
• Vorschlag der KBV, der Patienten- und der Ländervertreter	6
4. Gleiche Chance auf Behandlung wie in Vergleichsregionen	7
5. Bedarfsplanung an der Morbidität ausrichten	9

1. G-BA plant, Diskriminierung kranker Menschen im Ruhrgebiet fortzuführen

„Ein für das gesamte Ruhrgebiet systematisch geringeres Niveau der Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte in der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgung lässt sich nicht ausreichend begründen. Entsprechend sollten die gegenwärtigen Verhältniszahlen angepasst werden.“ (IGES, 2017, Seite 109)¹

Vor dem Hintergrund dieser Schlussfolgerung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebenen Gutachtens (IGES, 2017) ist der Vorschlag von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), die Allgemeinen Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet – mit Ausnahme der Arztgruppen der Psychotherapeuten, der Urologen sowie der Kinder- und Hausärzte – ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten unverändert zu lassen, nicht nachvollziehbar. Er legt vielmehr nahe, dass weder der GKV-Spitzenverband noch die KBV eine angemessene Versorgung der Bevölkerung im Ruhrgebiet zum Ziel haben. Die vom G-BA beauftragten Gutachter kommen – aufgrund der Analysen der Mitversorgungseffekte im Ruhrgebiet – zwar zu dem Schluss, dass für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets weiterhin eine einheitliche Verhältniszahl verwendet werden sollte. Sie machen aber auch deutlich, dass es keine Rechtfertigung für die deutlich geringere Arzt- und Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet gibt und empfehlen daher, die Verhältniszahlen anzupassen (IGES, 2017).

Die Umbenennung des Typ 6 „Ruhrgebiet“ in Typ 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der G-BA den Empfehlungen der Gutachter nicht folgt und es für die Mehrzahl der Arztgruppen keine Veränderung der Verhältniszahlen geben soll und damit der Sonderstatus des Ruhrgebiets erhalten bleibt. Denn der neue Kreistyp 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ betrifft ausschließlich das Ruhrgebiet und enthält – mit Ausnahme einiger weniger Arztgruppen – exakt die bisherigen Vorgaben. Damit werden die Verhältniszahlen im Ruhrgebiet der Höhe nach für fast alle Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unverändert fortgeschrieben und damit weiterhin gänzlich anders festgelegt als für das gesamte übrige Bundesgebiet. Es bleibt dabei, dass Patienten im Ruhrgebiet weiterhin bei vielen Erkrankungen schlechter versorgt werden als anderswo in Deutschland.

¹ IGES (2017). Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf.

2. Vorschlag der Patienten- und Ländervertreter bringt Besserung

Wesentlich überzeugender als die Aufrechterhaltung des unzulänglichen Status quo erscheint daher der Ansatz der Ländervertreter und der Patientenvertreter, für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (mit Ausnahme der Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte) eine einheitliche Verhältniszahl für das Ruhrgebiet anhand der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung festzulegen. Denn dann wird die Allgemeine Verhältniszahl nicht nur anhand der historischen Niederlassungszahlen im Ruhrgebiet festgelegt, sondern anhand der Niederlassungszahlen über die entsprechenden Kreistypen im gesamten Bundesgebiet ermittelt.

Aufgrund der starken Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Nervenärzte ist eine solche Anpassung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders dringend. Angesichts der Bedeutsamkeit der Gesprächsleistungen in der Versorgung dieser Patientengruppe sind gerade hier die gegenüber den Vergleichsregionen um fast 50 Prozent erhöhten Fallzahlen je Arzt mit Blick auf die resultierende Versorgungsqualität sehr kritisch zu bewerten.

Bei allen Schwächen, die die Festlegung der Verhältniszahlen über historische Stichtage mit sich bringt, macht die Durchschnittsbildung über die entsprechenden Kreistypen 1 und 2 im Bundesgebiet die Berechnung der Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet gegenüber der rein örtlichen Festlegung weniger zufällig und verbessert die Versorgungssituation in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet im Vergleich zum Ist-Zustand.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) wird sich in ihrer Stellungnahme im Folgenden auf den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung konzentrieren.

3. Benachteiligung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden

- **Gutachten belegt psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet**

Das Ruhrgebiet ist psychotherapeutisch unterversorgt. So zeigt das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten, dass im Ruhrgebiet 52 Prozent² weniger Psychotherapeuten zur Verfügung stehen als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Diese

² Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

niedrige Zahl an Psychotherapeuten führt dazu, dass die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet um 35 Prozent³ niedriger ist als in den beiden Vergleichsregionen. Das bedeutet, dass im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

Niedergelassene Psychotherapeuten im Ruhrgebiet reagieren auf den Mangel an Behandlungsplätzen, indem sie deutlich mehr Patienten behandeln als ihre Kollegen im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet. Ihre Fallzahlbelastung ist 30 Prozent⁴ höher als in den Vergleichsregionen (IGES, 2017). Dadurch können sie jedoch die zu niedrige Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten nicht kompensieren. Die Gutachter konstatieren diesbezüglich:

„Die höheren Fallzahlen je Psychotherapeut reichen angesichts der sehr viel geringeren Psychotherapeutendichte bei weitem nicht aus, um ein ähnliches Niveau der bevölkerungsbezogenen Fallhäufigkeit zu erreichen wie in den Vergleichsregionen.“ (IGES, 2017, S. 103)

Aus der niedrigen Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet resultiert, dass die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz im Ruhrgebiet im Mittel um 2 Monate länger ist als im Bundesdurchschnitt. Bundesweit warten Menschen durchschnittlich rund 6 Monate, im Ruhrgebiet fast 8 Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Diese Ergebnisse der Wartezeitenstudie der BPTK aus dem Jahr 2011⁵ dürften sich bis heute nicht wesentlich verändert haben, da bisher keine Anpassung der Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet vorgenommen worden ist.

- **Vorschlag des GKV-Spitzenverbands**

Trotz der eindeutigen Ergebnisse des Gutachtens, die die massive psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet belegen, lehnt der GKV-Spitzenverband jegliche Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet ab.

³ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁴ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁵ BPTK (2011). Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Abrufbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf

Auch wenn der GKV-Spitzenverband die Aufgabe hat, die Begrenzung der finanziellen Mittel im Auge zu behalten, mutet ein Beschlussvorschlag, der sich angesichts der offensichtlichen Versorgungsprobleme im Ruhrgebiet auf eine reine Ablehnung ohne Alternative beschränkt, jedoch zynisch an. Es stellt sich auch die Frage, warum der GKV-Spitzenverband der Einholung eines mit Versichertengeldern finanzierten Gutachtens zustimmt, wenn er dessen Ergebnisse schlicht ignoriert und ohne weitere fachliche Begründung einen offensichtlich nicht hinnehmbaren Status quo verteidigt.

- **Vorschlag der KBV, der Patienten- und der Ländervertreter**

Die BPtK begrüßt, dass KBV, Patientenvertreter und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Änderungsbedarf erkennen und versuchen, eine Lösung zu finden. Allerdings greift das mehr oder weniger willkürlich gewählte Verfahren einer durchschnittlichen Abstandsbildung zwischen den Verhältniszahlen des Kreistyps 1 und des Kreistyps 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und eine anschließende Multiplikation des Faktors mit der Verhältniszahl der Psychotherapeuten des Typs 1 deutlich zu kurz. Zudem setzt der Vorschlag nicht auf den korrigierten Verhältniszahlen der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf, wie sie die Patienten- und Ländervertreter vorgeschlagen haben. Der erforderliche Anpassungsbedarf bei diesen Arztgruppen im Ruhrgebiet wird entsprechend nicht berücksichtigt. Insgesamt führt der Vorschlag zu keiner hinreichenden Annäherung an den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.

Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl von 4.813 festzulegen, würde zu einem Zuwachs von 193 Psychotherapeutenstellen führen. Damit bleibt die Versorgungsdichte im Ruhrgebiet weit unterhalb derer in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Im Rheinland stehen 41 und im Rhein-Main-Gebiet 43,4 Psychotherapeutenstellen pro 100.000 Einwohner zur Verfügung (IGES, 2017). Im Ruhrgebiet würden entsprechend des Vorschlags von KBV, Patienten- und Ländervertretern rund 24 Psychotherapeutenstellen pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.

Würde der Beschlussentwurf umgesetzt, würden zum Beispiel in drei Planungsbereichen (Bochum, Dortmund und Ennepe-Ruhr-Kreis) keine neuen Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen. In diesen Planungsbereichen könnten die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz demnach nicht reduziert werden. Psychisch kranke Menschen müssten dort unverändert auch in Zukunft im Durchschnitt fast 6 Monate auf den Beginn einer

Psychotherapie warten.⁶ In 4 weiteren Planungsbereichen (Mühlheim an der Ruhr, Bottrop, Hagen und Herne) würden weniger als 10 Psychotherapeutenplätze zusätzlich ausgewiesen werden. Auch hier wäre daher nicht mit einer substantiellen Abnahme der Wartezeiten zu rechnen. Insgesamt würde das Ziel verfehlt, die Versicherten im Ruhrgebiet vergleichbar mit denjenigen in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet zu versorgen.

Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern verfehlt demnach das Ziel, die notwendigen Korrekturen vorzunehmen, die durch das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten aufgezeigt werden. Das Ziel, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet zu beenden und ein psychotherapeutisches Versorgungsniveau sicherzustellen, das dem in den Vergleichsregionen entspricht, kann mit diesem Vorschlag nicht erreicht werden.

4. Gleiche Chance auf Behandlung wie in Vergleichsregionen

Psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet haben Anspruch auf eine annähernd gleiche Versorgung wie psychisch kranke Menschen in vergleichbaren Regionen. Ohne sachlichen Grund dürfen sie nicht schlechter gestellt werden. Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, dann müssen psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet wenigstens so behandelt werden wie in den Vergleichsregionen. Aktuell ist die Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet nur halb so hoch wie in den Vergleichsregionen. Daran würde auch der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern zur Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wenig ändern. Die Psychotherapeutendichte würde sich im Ruhrgebiet lediglich von etwa 20 auf rund 24 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner erhöhen.

Dem G-BA als untergesetzlichem Normgeber steht eine weite Einschätzungsprärogative zu. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Entscheidungen keiner sachlichen Grundlage bedürfen. Vielmehr erfordert eine rechtmäßige Entscheidung, dass der Normgeber auf Grundlage der ihm zur Verfügung stehenden Daten entscheidet und sich auch erkennbar damit auseinandersetzt. Das Gutachten zeigt, dass für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet 35 Prozent⁷ niedriger liegt

⁶ Wartezeiten auf den Beginn einer Psychotherapie: Bochum: 21,8 Wochen; Dortmund: 25,0 Wochen; Ennepe-Ruhr-Kreis: 24,5 Wochen (vgl. BPtK-Wartezeitenstudie, 2011).

⁷ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet, ohne dass es im Ruhrgebiet einen niedrigeren Behandlungsbedarf gibt. Demnach können im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als in den beiden Vergleichsregionen, weil es im Ruhrgebiet zu wenige Psychotherapeuten gibt.

Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, muss er sicherstellen, dass Patienten im Ruhrgebiet annähernd so versorgt werden können wie in vergleichbaren Regionen. Er kann diesen Umstand nicht ignorieren und, ohne sich damit auseinanderzusetzen, einen Berechnungsweg wählen, der zu einem völlig unzureichenden Ergebnis führt. Um im Ruhrgebiet zumindest die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreichen zu können, müssten zusätzlich zu den aktuell 1.015 weitere 547 Psychotherapeutensitze ausgewiesen werden. Dies entspricht einer Verhältniszahl von 3.607. Das sind 354 Psychotherapeutensitze mehr als von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen.

Bei diesem Vorschlag muss jedoch berücksichtigt werden, dass damit die überdurchschnittlichen Fallzahlen der psychotherapeutischen Praxen im Ruhrgebiet im Vergleich zu den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (+30 Prozent⁸) und die geringere Leistungsintensität pro Patient (-12 Prozent⁹) weiterhin hingenommen würden. Dies würde bereits dem Prinzip einer vergleichbaren Versorgung von Patienten innerhalb und außerhalb des Ruhrgebiets zuwiderlaufen. In diesem Sinne halten die Gutachter fest:

„Hieraus lassen sich zwar keine unmittelbaren Rückschlüsse auf eine verminderte Behandlungsqualität ziehen, aber angesichts der deutlichen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Morbidität der Bevölkerung im Ruhrgebiet ist dieser Befund zumindest kritisch zu hinterfragen.“ (IGES, 2017, S. 108)

Hinzu kommt, dass die Morbiditätslast im Ruhrgebiet höher ist als in vergleichbaren Regionen und damit grundsätzlich von einem höheren Versorgungsbedarf auszugehen ist. So konstatieren die Gutachter:

„Das Ruhrgebiet weist auch bei den soziodemografischen und sozioökonomischen Indikatoren des Versorgungsbedarfs gegenüber den Vergleichsregionen

⁸ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

⁹ Bevölkerungsgewichteter Mittelwert aus den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).

durchweg ungünstigere Ausprägungen auf, die grundsätzlich auf einen höheren Versorgungsbedarf hindeuten.“ (IGES, 2017, S. 61)

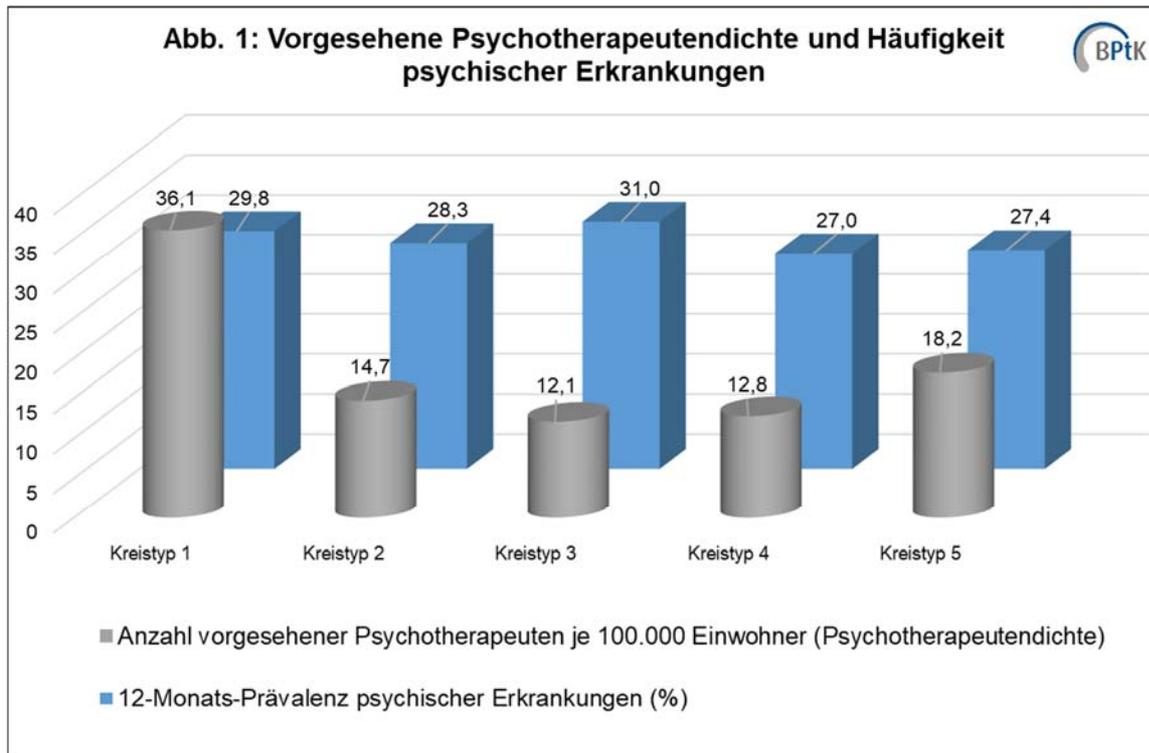
„Diese Anzeichen für einen erhöhten Versorgungsbedarf verstärken tendenziell die einschränkende Wirkung der geringeren Arzt- und Psychotherapeuten-dichte im Ruhrgebiet auf den Zugang zur Versorgung und wirken einer Kompensation durch höhere Fallzahlen (je Arzt und je Einwohner) entgegen.“ (IGES, 2017, S. 103)

Will der G-BA die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden und die Ergebnisse und Vorschläge des von ihm in Auftrag gegebenen Gutachtens adäquat umsetzen, so reicht eine Verhältniszahl von 4.813, wie von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen, nicht aus. Damit im Ruhrgebiet eine bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreicht werden kann, muss eine **Verhältniszahl von 3.607** vorgesehen werden. Zudem sollte die Sonderregion Ruhrgebiet weiterhin als das bezeichnet werden, was sie ist: eine Sonderregion und kein eigener Typ.

5. Bedarfsplanung an der Morbidität ausrichten

Die Beibehaltung der kreistypenspezifischen Verhältniszahlen und die Anpassung der Verhältniszahl für das Ruhrgebiet können nur ein erster Schritt sein, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet zu beenden und dort zumindest eine Versorgung sicherzustellen, wie sie psychisch kranken Menschen in vergleichbaren Regionen zur Verfügung steht. Grundsätzlich ist eine Abkehr von unterschiedlichen Kreistypen im Rahmen der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten notwendig. Die geringen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen, die sich aus den bevölkerungsrepräsentativen Morbiditätsdaten des Zusatzmoduls zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) ergeben¹⁰, stehen nicht im Einklang mit der extremen Spreizung der Verhältniszahlen, wie sie aktuell in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehen ist (vgl. Abbildung 1).

¹⁰ Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.



Quelle: Daten aus IGES & Jacobi, 2016; eigene Darstellung der BPtK.

Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung gezeigt.¹¹ Demnach sollte für das Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl festgelegt werden, die sich auch für das übrige Bundesgebiet als Ausgangspunkt für die Bedarfsplanung eignet (Bundeseinheitliche Verhältniszahl in der Höhe von 3.300).

Diese bundeseinheitliche Verhältniszahl sollte entsprechend der regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen angepasst werden. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie¹² hat IGES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi¹³ einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen je Planungsbereich geschätzt werden kann. Die Abweichung der Häufigkeit

¹¹ Kurzfassung abrufbar unter <http://www.zi-hsrc-berlin.de/presentations/14%20September/B3-22%20Unger.pdf>.

¹² Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

¹³ IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutesitze. Abrufbar unter: http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_obj15660/IGES_Publication_Psychotherapeutesitze_WEB_ger.pdf.

psychischer Erkrankungen in den Planungsbereichen von der bundesdurchschnittlichen Prävalenz wird im Sinne eines psychotherapeutischen Mehr- oder Minderbedarfs definiert. So ergeben sich für das Ruhrgebiet Abweichungen im psychotherapeutischen Versorgungsbedarf durch Unterschiede in der Morbiditätsstruktur von minus 9,5 Prozent (Mühlheim an der Ruhr) bis plus 11,4 Prozent (Duisburg). Diese Unterschiede stellen das Konzept infrage, das Ruhrgebiet als Sonderregion mit einer einheitlichen Verhältniszahl zu planen.

Darüber hinaus werden in dem Konzept der BPtK die Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen über Berufspendlerbewegungen¹⁴ sowie die Unterschiede in der Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden je Urbanisierungsgrad (vgl. Daten der DEGS1-MH-Studie¹⁵) bei der Berechnung der Verhältniszahlen für jeden einzelnen Planungsbereich berücksichtigt. Entsprechend des Konzepts der BPtK würden die Verhältniszahlen für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets zwischen 2.656 für den Planungsbereich Essen und 3.768 für den Planungsbereich Wesel schwanken. In Abbildung 2 ist beispielhaft für diese beiden Planungsbereiche die Anwendung der einzelnen Elemente des BPtK-Konzepts dargestellt.

¹⁴ Die Ein- und Auspendlerquote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten findet sich auf Kreisebene in der INKAR-Datenbank (www.inkar.de).

¹⁵ Mack, S. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.

**Abb. 2: Beispielhafte Anwendung des BPtK-Konzepts für eine Reform der
Bedarfsplanung für zwei Planungsbereiche im Ruhrgebiet**



	Kreisfreie Stadt Essen	Kreis Wesel
	EVZ _{Bund} = 3.300	EVZ _{Bund} = 3.300
+ Korrektur für regionale Morbiditätsunterschiede (Bedarfsindex; IGES & Jacobi, 2016)	+ 8,2 % VZ = 3.049	- 6,4 % VZ = 3.525
+ Korrektur für Mitversorgungseffekte (geschätzt über Berufspendlerströme; INKAR-Datenbank; www.inkar.de)	+ 5,4 % VZ = 2.892	- 6,4 % VZ = 3.768
+ Korrektur für höhere Versorgungsnachfrage mit steigendem Urbanisierungsgrad (vgl. DEGS1-MH; Mack et al., 2014)	+ 8,9 % <u>VZ = 2.656</u>	0 % <u>VZ = 3.768</u>

Quelle: Berechnungen auf Grundlage des Konzepts zur Bedarfsplanung der BPtK, 2017.

Mit dem BPtK-Konzept kann der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden. Es würde insbesondere zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlicheren Regionen sowie im Ruhrgebiet führen. Im Ruhrgebiet würden 755 Psychotherapeutenplätze zusätzlich ausgewiesen werden.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet

Berlin, 23.10.2017

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Hintergrund

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 25.09.2017 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20.12.2012 bezüglich der für das Ruhrgebiet geltenden Regelungen aufgefordert.

Bei der Einführung der Bedarfsplanung im Jahr 1993 wurde das Ruhrgebiet als Region mit besonderen Verhältniszahlen geplant. Bei der Reform der Bedarfsplanung im Jahr 2012 wurde der Sonderstatus des Ruhrgebietes als Übergangsregelung befristet bis zum 31.12.2017 fortgeschrieben, sofern der Gemeinsame Bundesausschuss in diesem Zeitraum keine Anpassung oder eine unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschließt. Die nun vorgesehenen Änderungen betreffen die hausärztlich, die allgemeine fachärztliche sowie die spezialisierte fachärztliche Versorgung (§§ 11 – 13 Bedarfsplanungs-Richtlinie).

Hausärztliche Versorgung

Der Beschlussentwurf sieht vor, dass im hausärztlichen Bereich die derzeit geltende Verhältniszahl von 2.134 Einwohnern je Hausarzt schrittweise in einem Übergangszeitraum von 10 Jahren in die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von 1.671 Einwohner je Hausarzt überführt wird. Nach Modellrechnungen werden hierdurch rund 600 neue Zulassungsmöglichkeiten für Hausärzte im Ruhrgebiet geschaffen. Die vorgesehene stufenweise Anpassung berücksichtigt mögliche negative Auswirkungen auf die hausärztliche Versorgungssituation in ländlichen, weniger attraktiven Regionen in Nordrhein-Westfalen sowie bundesweit.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Der Beschlussentwurf sieht vor, eine weitere raumordnungsspezifische Planungskategorie einzuführen. Dieser sog. Typ 6 (polyzentrische Verflechtungsräume) ist entsprechend der Ausführungen in den Tragenden Gründen für Regionen vorgesehen, in denen wegen der hohen Verdichtung, Binnenverflechtung und Urbanität keine der bisherigen fünf Kreistypen zugrunde gelegt werden kann. Der Typ 6 findet – vorerst – ausschließlich in den Grenzen des Regionalverbandes Ruhr (RVR) Anwendung.

Eingefügt werden zudem in § 12 Absatz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie Bezeichnungen für alle Kreistypen.

Nicht konsentiert werden konnten die Verhältniszahlen des neuen Kreistyps. GKV-Spitzenverband und KBV schlagen vor, die bisherigen besonderen Verhältniszahlen für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet fortzuschreiben und sich somit am bisherigen Versorgungsniveau zu orientieren. Die Vertreter der Länder und die Patientenvertreter befürworten hingegen die Ermittlung und Festlegung einer nach Einwohnerzahl gewichteten durchschnittlichen Verhältniszahl für die Kreistypen 1 und 2 für das Ruhrgebiet. Dies würde – mit der Ausnahme Urologie – zu niedrigeren Verhältniszahlen und somit zu neuen Zulassungsmöglichkeiten führen.

Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung besteht auch zwischen GKV-Spitzenverband und KBV ein Dissens, da die KBV die gegebene psychotherapeutische Versorgung als nicht bedarfsgerecht ansieht. In Übereinstimmung mit den Vertretern der Länder und den Patientenvertretern spricht sich die KBV für eine deutliche Absenkung der Verhält-

niszahl aus; nach Modellrechnungen könnten bis zu 180 neue Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten entstehen.

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung wird der Sonderstatus des Ruhgebietes abgeschafft; die bisher geltenden besonderen Verhältniszahlen entfallen ersatzlos. Da das Versorgungsniveau bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet weitestgehend dem Bundesniveau entspricht, wird eine Übergangsregelung als entbehrlich angesehen.

Die Bundesärztekammer nimmt zum Beschlussentwurf wie folgt Stellung:

Die gefundenen Lösungen zur Ablösung des Sonderstatus des Ruhrgebietes bei der Bedarfsplanung sind für die Bundesärztekammer nachvollziehbar.

Die größte Veränderung geht von der Übernahme der bundesweit einheitlichen Verhältniszahl in der hausärztlichen Versorgung aus. Angesichts möglicher Auswirkungen auf die Versorgungssituation in anderen Regionen befürwortet die Bundesärztekammer die stufenweise Absenkung der Verhältniszahl.

Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass eine Fortschreibung der bisherigen Verhältniszahl dazu führen würde, dass auch mitversorgte Kreise (Typ 4) eine niedrigere Verhältniszahl als das Ruhrgebiet haben. Von daher spricht sich die Bundesärztekammer nachdrücklich für eine Reduzierung der Verhältniszahl in diesem Versorgungsbereich aus.

Berlin, 23.10.2017



Dipl.-Ökonomin Britta Susen, LL.M.
Leiterin Dezernat 1



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 23.10.2017

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

www.baek.de

Dezernat 3
Qualitätsmanagement,
Qualitätssicherung und
Patientensicherheit

Fon +49 30 400 456-430

Fax +49 30 400 456-455

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 der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Ihr Schreiben vom 25.09.2017

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

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 der Regelungen zum Ruhrgebiet

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 Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung insbesondere der psychotherapeutischen Versorgung.....</u>	<u>6</u>
<u>III.</u>	<u>Mündliche Stellungnahmen.....</u>	<u>17</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 25. September 2017 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 23. Oktober 2017.

II. Schriftliche Stellungnahmen

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

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	19.10.2017
Bundesärztekammer (BÄK)	23.10.2017

Der Inhalt der Schreiben 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 der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlus-entwurfes (Ja / Nein)
1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	G-BA plant, Diskriminierung kranker Menschen im Ruhrgebiet fortzuführen (...)	<p>Ein für das gesamte Ruhrgebiet systematisch geringeres Niveau der Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte in der haus- und allgemeinen fachärztlichen Versorgung lässt sich nicht ausreichend begründen. Entsprechend sollten die gegenwärtigen Verhältniszahlen angepasst werden.“ (IGES, 2017, Seite 109)</p> <p>Vor dem Hintergrund dieser Schlussfolgerung des vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag gegebenen Gutachtens (IGES, 2017) ist der Vorschlag von GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), die Allgemeinen Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet – mit Ausnahme der Arztgruppen der Psychotherapeuten, der Urologen sowie der Kinder- und Hausärzte – ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten unverändert zu lassen, nicht nachvollziehbar. Er legt vielmehr nahe, dass weder der GKV-Spitzenverband noch die KBV eine angemessene Versorgung der Bevölkerung im Ruhrgebiet zum Ziel haben. Die vom G-BA beauftragten Gutachter kommen – aufgrund der Analysen der Mitversorgungseffekte im Ruhrgebiet – zwar zu dem Schluss, dass für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets weiterhin eine einheitliche Verhältniszahl verwendet werden sollte. Sie machen aber auch deutlich, dass es keine Rechtfertigung für die deutlich geringere Arzt- und Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet gibt und empfehlen daher, die Verhältniszahlen anzupassen (IGES, 2017).</p>	<p>Der G-BA hat sich dezidiert mit den Ergebnissen des Gutachtens auseinandergesetzt und differenziert nach Arztgruppen die Versorgungslage bewertet. Entsprechend wurden für einzelne Arztgruppen Änderungsvorschläge der Bänke diskutiert.</p> <p>PatV/LV: Die PatV teilt die Auffassung der BPtK, dass die bisherigen Planzahlen für das Ruhrgebiet eine systematische Schlechterstellung der Bevölkerung im Ruhrgebiet bedingen. Die PatV ist jedoch der Auffassung, dass sich der G-BA bei den Beratungen zur Neufassung der Planungsgrundlagen für die Sonderregion Ruhrgebiet für eine wesentliche Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Menschen im Ruhrgebiet ausgesprochen hat, so dass mit einer 10-jährigen Übergangszeit eine Anpassung an die allgemeinen Verhältniszahlen in Deutschland erreicht wird. In der allgemein fachärztlichen Versorgung und für den Bereich der Psychotherapeuten fand zwar eine Auseinandersetzung mit den Feststellungen im Gutachten des IGES statt, die jedoch nach Auffassung von GKV und KBV</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>im Ergebnis nur dazu geführt hat, dass die bisherigen Verhältniszahlen unter anderer Benennung fortgeführt werden sollen. Lediglich bei den Psychotherapeuten soll eine Absenkung der Verhältniszahl erfolgen, so dass einige wenige Psychotherapeuten zusätzlich zugelassen werden können. Auf diese Weise bleibt es im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Wesentlichen bei einer Schlechterstellung des Ruhrgebiets gegenüber vergleichbaren Regionen trotz eines aufgrund der Soziodemografie anzunehmenden höheren Bedarfs. Die Patientenvertretung hält dies für nicht angemessen und fordert eine Absenkung der Verhältniszahlen, wie dies auch im Gutachten zur Versorgungssituation im Ruhrgebiet vorgeschlagen wurde.</p> <p>KBV/GKV-SV/DKG: Der G-BA distanziert sich ausdrücklich von dem Vorwurf, die Bevölkerung des Ruhrgebietes beim Zugang zu medizinischer Versorgung systematisch zu diskriminieren. Das vom I-GES Institut erstellte Gutachten zur Versorgungssituation im Ruhrgebiet stellte einerseits die geringere Arzt- und Psychotherapeutendichte mit hoher Fallzahlbelastung der Ärzte im Ruhrgebiet fest, konstatierte anderer-</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				seits aber auch mithilfe einer Patientenbefragung keinerlei wahrgenommene Versorgungsprobleme.	
2.	Bundesärztekammer (BÄK) / 23.10.2017	Angesichts möglicher Auswirkungen auf die Versorgungssituation in anderen Regionen befürwortet die Bundesärztekammer die stufenweise Absenkung der Verhältniszahl.	Die größte Veränderung geht von der Übernahme der bundesweit einheitlichen Verhältniszahl in der hausärztlichen Versorgung aus.	Zustimmende Kenntnisnahme	Nein
3.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Zudem sollte die Sonderregion Ruhrgebiet weiterhin als das bezeichnet werden, was sie ist: eine Sonderregion und kein eigener Typ.	Die Umbenennung des Typ 6 „Ruhrgebiet“ in Typ 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass der G-BA den Empfehlungen der Gutachter nicht folgt und es für die Mehrzahl der Arztgruppen keine Veränderung der Verhältniszahlen geben soll und damit der Sonderstatus des Ruhrgebiets erhalten bleibt. Denn der neue Kreistyp 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ betrifft ausschließlich das Ruhrgebiet und enthält – mit Ausnahme einiger weniger Arztgruppen – exakt die bisherigen Vorgaben. Damit werden die Verhältniszahlen im Ruhrgebiet der Höhe nach für fast alle Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung unverändert fortgeschrieben und damit weiterhin gänzlich anders festgelegt als für das gesamte übrige Bundesgebiet. Es bleibt dabei, dass Patienten im Ruhrgebiet weiterhin bei vielen Erkrankungen schlechter versorgt werden als anderswo in Deutschland.	Das IGES Gutachten hat gezeigt, dass aufgrund der besonderen Regionalstruktur und der Eigenversorgung der sehr städtisch geprägten Region eine Versorgungsplanung mit einem eigenständigen Typen gerechtfertigt werden kann. Die Einführung eines neuen Typ 6 „Polyzentrischer Verflechtungsraum“ löst den Sonderstatus des Ruhrgebietes ab. Aufgrund des anhaltenden Trends zur Urbanisierung in Deutschland ist nicht auszuschließen, dass weitere Regionen zukünftig als Typ 6 klassifiziert werden.	Nein
4.	Bundesärztekammer (BÄK) / 23.10.2017	Die gefundenen Lösungen zur Ablösung des Sonderstatus des Ruhrgebietes bei der Bedarfs-		Kenntnisnahme	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		planung sind für die Bundesärztekammer nachvollziehbar.			

Stellungnahmen zur Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung insbesondere der psychotherapeutischen Versorgung

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
5.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Vorschlag der Patienten- und Ländervertreter bringt Besserung	<p>Wesentlich überzeugender als die Aufrechterhaltung des unzulänglichen Status quo erscheint daher der Ansatz der Ländervertreter und der Patientenvertreter, für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (mit Ausnahme der Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte) eine einheitliche Verhältniszahl für das Ruhrgebiet anhand der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung festzulegen. Denn dann wird die Allgemeine Verhältniszahl nicht nur anhand der historischen Niederlassungszahlen im Ruhrgebiet festgelegt, sondern anhand der Niederlassungszahlen über die entsprechenden Kreistypen im gesamten Bundesgebiet ermittelt.</p> <p>Aufgrund der starken Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Nervenärzte ist eine solche Anpassung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders dringend. Angesichts der Bedeutsamkeit der Gesprächsleistungen in der Versorgung dieser Patientengruppe sind gerade hier die gegenüber den Vergleichsregionen um fast 50 Prozent erhöhten Fallzahlen je Arzt mit Blick</p>	<p>PatV und LV:</p> <p>Die BPtK spricht sich für den Vorschlag der PatV und LV aus und präferiert eine Verhältniszahlermittlung auf Grundlage des bundesweiten Typs 1 und 2.</p> <p>GKV-SV/KBV/DKG:</p> <p>Der Vorschlag der von PatV und LV entspricht entgegen des Ausführungen der BPtK gerade nicht der allgemeinen Systematik der Bedarfsplanung zur Festlegung von Verhältniszahlen (Orientierung an Stichtagen) sondern fordert eine völlig neue Systematik, die nicht konsistent mit der Ermittlung der anderen Verhältniszahlen ist. Demgegenüber folgt der Vor-</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>auf die resultierende Versorgungsqualität sehr kritisch zu bewerten.</p> <p>Bei allen Schwächen, die die Festlegung der Verhältniszahlen über historische Stichtage mit sich bringt, macht die Durchschnittsbildung über die entsprechenden Kreistypen 1 und 2 im Bundesgebiet die Berechnung der Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet gegenüber der rein örtlichen Festlegung weniger zufällig und verbessert die Versorgungssituation in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung im Ruhrgebiet im Vergleich zum Ist- Zustand.</p>	<p>schlag zur Ermittlung der Verhältniszahlen von KBV und GKV-SV dem Vorgehen, das auch bei der Ermittlung aller anderen Verhältniszahlen verwandt wurde.</p>	
6.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Benachteiligung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet benennen	<p>Das Ruhrgebiet ist psychotherapeutisch unterversorgt. So zeigt das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten, dass im Ruhrgebiet 52 Prozent weniger Psychotherapeuten zur Verfügung stehen als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Diese niedrige Zahl an Psychotherapeuten führt dazu, dass die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet um 35 Prozent niedriger ist als in den beiden Vergleichsregionen. Das bedeutet, dass im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet (IGES, 2017).</p> <p>Niedergelassene Psychotherapeuten im Ruhrgebiet reagieren auf den Mangel an Behandlungsplätzen, indem sie deutlich mehr Patienten behandeln als ihre Kollegen im Rheinland und im Rhein-Main-Gebiet. Ihre Fallzahlbelastung ist 30 Prozent höher als in den Vergleichsregionen (IGES, 2017). Dadurch können sie jedoch die zu niedrige Anzahl niedergelassener Psychotherapeuten nicht kompensieren. Die Gutachter konstatieren diesbezüglich:</p> <p>„Die höheren Fallzahlen je Psychotherapeut reichen angesichts der sehr viel geringeren Psychotherapeutendichte bei</p>	<p>Die BPtK bewertet die psychotherapeutische Versorgungssituation im Ruhrgebiet aufgrund geringerer Psychotherapeutendichte, höherer Fallzahlen je Psychotherapeut und höherer Wartezeiten als im Bundesdurchschnitt als unzureichend und fordert eine Anpassung der Verhältniszahl. Dem wird mit den jeweiligen Beschlüssen von KBV/GKV-SV, PatV und LV mit unterschiedlicher Intensität Rechnung getragen.</p>	Ja, § 12 Absatz 4 GKV-SV/KBV/ DKG wird konsentiert

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>weitem nicht aus, um ein ähnliches Niveau der bevölkerungsbezogenen Fallhäufigkeit zu erreichen wie in den Vergleichsregionen.“ (IGES, 2017, S. 103)</p> <p>Aus der niedrigen Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet resultiert, dass die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz im Ruhrgebiet im Mittel um 2 Monate länger ist als im Bundesdurchschnitt. Bundesweit warten Menschen durchschnittlich rund 6 Monate, im Ruhrgebiet fast 8 Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Diese Ergebnisse der Wartezeitenstudie der BPtK aus dem Jahr 2011 dürften sich bis heute nicht wesentlich verändert haben, da bisher keine Anpassung der Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet vorgenommen worden ist.</p>		
7.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Ablehnung des Vorschlags der GKV-SV:	<p>Trotz der eindeutigen Ergebnisse des Gutachtens, die die massive psychotherapeutische Unterversorgung im Ruhrgebiet belegen, lehnt der GKV-Spitzenverband jegliche Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet ab.</p> <p>Auch wenn der GKV-Spitzenverband die Aufgabe hat, die Begrenzung der finanziellen Mittel im Auge zu behalten, mutet ein Beschlussvorschlag, der sich angesichts der offensichtlichen Versorgungsprobleme im Ruhrgebiet auf eine reine Ablehnung ohne Alternative beschränkt, jedoch zynisch an. Es stellt sich auch die Frage, warum der GKV-Spitzenverband der Einholung eines mit Versichertengeldern finanzierten Gutachtens zustimmt, wenn er dessen Ergebnisse schlicht ignoriert und ohne weitere fachliche Begründung einen offensichtlich nicht hinnehmbaren Status quo verteidigt.</p>	<p>GKV-SV:</p> <p>In der Stellungnahme der BPtK wird als Beleg für die Wartezeiten eine Studie aus dem Jahre 2011 herangezogen. Das methodische Vorgehen in dieser Studie ist schon mehrfach kritisiert worden und neuere Erhebungen des Wissenschaftlichen Institut der AOK und der KBV zeigen ein völlig anderes Bild, das auch korrespondiert mit der im IGES-Gutachten festgestellten Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem psychotherapeutischen Versorgungsangebot. Nicht zuletzt wird von Seiten der BPtK darauf verzichtet, die im vorliegenden Gutachten erhobenen Wartezeiten heranzuziehen. Auf den Seiten 92 bis 94 werden die Wartezeiten im Vergleich zu den Regionen Rheinland und Rhein-Main</p>	Ja, § 12 Absatz 4 GKV-SV/KBV/DKG wird konsentiert

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				<p>dargestellt, ohne dass sich maßgebliche Verwerfungen zwischen den Facharztgruppen zeigen. Hierzu wird ausgeführt: „Bei den Fachärzten dauert es in allen drei Regionen etwas länger als beim Hausarzt, einen Termin bei akutem Bedarf zu erhalten – dennoch bekamen die Befragten in mehr als 70% der Fälle innerhalb von drei Tagen einen Termin. Die Wartezeiten bei akutem Bedarf sind insbesondere bei den Psychotherapeuten, Orthopäden, sowie bei Haut- und Nervenärzten vergleichsweise höher. Hier musste bei akutem Behandlungsbedarf bei mehr als jedem fünften Arztbesuch über drei Tage auf einen Termin gewartet werden.“ Weiterhin wurde die Zufriedenheit der Befragten mit den Wartezeiten erhoben, hier lag das Ruhrgebiet mit 77% der Befragten, die „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ waren sogar noch vor den Ergebnissen aus dem Rhein-Main-Gebiet. Gleichzeitig waren nur 11% der Befragten „unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“; damit liegt das Ruhrgebiet hinter dem Rheinland (12%) und dem Rhein-Main-Gebiet (14%). Die von der BPTK herangezogenen Wartezeiten von fast acht Monaten (s. S. 5) können daher nicht nachvollzogen werden; vielmehr zeigen die Ergebnisse, dass eine solide Krankenversorgung im Ruhrgebiet</p>	

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
				besteht und dass von einer „Benachteiligung“ oder „Diskriminierung“ psychisch Kranker nicht gesprochen werden kann. Die Ergebnisse des Gutachtens spiegeln wider, dass die Versorgung der Bevölkerung im Ruhrgebiet weitestgehend sachgerecht ist und eine Anpassung der Verhältniszahl daher aus Sicht des GKV-SV nur in einem angemessenen Rahmen erforderlich ist.	
8.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	<p>Zum Vorschlag der KBV/LV/PatV:</p> <p>Insgesamt führt der Vorschlag zu keiner hinreichenden Annäherung an den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf.</p> <p>Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern verfehlt demnach das Ziel, die notwendigen Korrekturen vorzunehmen, die durch das vom G-BA in Auftrag gegebene Gutachten aufgezeigt werden.</p> <p>Das Ziel, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet</p>	<p>Allerdings greift das mehr oder weniger willkürlich gewählte Verfahren einer durchschnittlichen Abstandsbildung zwischen den Verhältniszahlen des Kreistyps 1 und des Kreistyps 6 der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und eine anschließende Multiplikation des Faktors mit der Verhältniszahl der Psychotherapeuten des Typs 1 deutlich zu kurz. Zudem setzt der Vorschlag nicht auf den korrigierten Verhältniszahlen der übrigen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf, wie sie die Patienten- und Ländervertreter vorgeschlagen haben. Der erforderliche Anpassungsbedarf bei diesen Arztgruppen im Ruhrgebiet wird entsprechend nicht berücksichtigt.</p> <p>Der Vorschlag von KBV, Patienten- und Ländervertretern, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl von 4.813 festzulegen, würde zu einem Zuwachs von 193 Psychotherapeutenstellen führen. Damit bleibt die Versorgungsdichte im Ruhrgebiet weit unterhalb derer in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet. Im Rheinland stehen 41 und im Rhein-Main-Gebiet 43,4 Psychotherapeutenstellen pro 100.000 Einwohner zur Verfügung (IGES, 2017). Im Ruhrgebiet würden</p>	<p>Die BPtK fordert eine Verhältniszahl, die sie aus Unterschieden der regionalen Fallhäufigkeit ableitet. Diese Vorgehensweise ist mit der bisherigen Form der Bedarfsplanung, in der (regionale) Fallzahlen kein direkter Bestandteil der Kapazitätsplanung sind, nicht vereinbar. Im Übrigen stand bei der Überprüfung der Regelungen zum Ruhrgebiet eine morbiditätsorientierte psychotherapeutische Kapazitätsplanung nie zur Diskussion. Der G-BA hat zur grundsätzlichen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung Anfang 2017 ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches sich mit den aufgeworfenen Fragen eingehend auseinandersetzt.</p> <p>KBV/GKV-SV/DKG:</p> <p>Ziel der Verhältniszahlen ist es zudem nicht, das psychotherapeutische Ver-</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlus-entwurfes (Ja / Nein)
		<p>zu beenden und ein psychotherapeutisches Versorgungsniveau sicherzustellen, das dem in den Vergleichsregionen entspricht, kann mit diesem Vorschlag nicht erreicht werden.</p> <p>Die BPtK begrüßt, dass KBV, Patientenvertreter und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Änderungsbedarf erkennen und versuchen, eine Lösung zu finden.</p>	<p>entsprechend des Vorschlags von KBV, Patienten- und Ländervertretern rund 24 Psycho-therapeutensitze pro 100.000 Einwohner zur Verfügung stehen.</p> <p>Würde der Beschlussentwurf umgesetzt, würden zum Beispiel in drei Planungsbereichen (Bochum, Dortmund und Ennepe-Ruhr-Kreis) keine neuen Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen. In diesen Planungsbereichen könnten die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz demnach nicht reduziert werden. Psychisch kranke Menschen müssten dort unverändert auch in Zukunft im Durchschnitt fast 6 Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten. In 4 weiteren Planungsbereichen (Mühlheim an der Ruhr, Bottrop, Hagen und Herne) würden weniger als 10 Psychotherapeutensitze zusätzlich ausgewiesen werden. Auch hier wäre daher nicht mit einer substanziellen Abnahme der Wartezeiten zu rechnen. Insgesamt würde das Ziel verfehlt, die Versicherten im Ruhrgebiet vergleichbar mit denjenigen in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet zu versorgen.</p>	<p>sorgungsniveau der Vergleichsregionen des IGES Gutachtens im Ruhrgebiet 1:1 herzustellen. Das Gutachten hat gerade gezeigt, dass in den Vergleichsregionen wesentlich stärkere Mitversorgungsbeziehungen bestehen, die ein höheres Versorgungsniveau rechtfertigen. Das Ruhrgebiet versorgt sich demgegenüber weitestgehend selbst und benötigt deshalb gerade keine zusätzlichen Kapazitäten für die Mitversorgung des Umlandes.</p>	
9.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Will der G-BA die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet beenden und die Ergebnisse und Vorschläge des von ihm in Auftrag gegebenen Gutachtens adäquat umsetzen, so reicht eine Verhältniszahl von 4.813, wie von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen, nicht aus. Damit im Ruhrgebiet	Psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet haben Anspruch auf eine annähernd gleiche Versorgung wie psychisch kranke Menschen in vergleichbaren Regionen. Ohne sachlichen Grund dürfen sie nicht schlechter gestellt werden. Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, dann müssen psychisch kranke Menschen im Ruhrgebiet wenigstens so behandelt werden wie in den Vergleichsregionen. Aktuell ist die Psychotherapeutendichte im Ruhrgebiet nur halb so hoch wie in den Vergleichsregionen. Daran würde auch der Vorschlag von KBV, Patienten -und Ländervertretern zur Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wenig ändern. Die Psychotherapeutendichte	Siehe Nr. 8	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
		<p>eine bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreicht werden kann, muss eine Verhältniszahl von 3.607 vorgesehen werden.</p>	<p>würde sich im Ruhrgebiet lediglich von etwa 20 auf rund 24 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner erhöhen.</p> <p>Dem G-BA als untergesetzlichem Normgeber steht eine weite Einschätzungsprärogative zu. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Entscheidungen keiner sachlichen Grundlage bedürfen. Vielmehr erfordert eine rechtmäßige Entscheidung, dass der Normgeber auf Grundlage der ihm zur Verfügung stehenden Daten entscheidet und sich auch erkennbar damit auseinandersetzt. Das Gutachten zeigt, dass für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit im Ruhrgebiet 35 Prozent niedriger liegt als in den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet, ohne dass es im Ruhrgebiet einen niedrigeren Behandlungsbedarf gibt. Demnach können im Ruhrgebiet mehr als ein Drittel weniger psychisch kranke Patienten behandelt werden als in den beiden Vergleichsregionen, weil es im Ruhrgebiet zu wenige Psychotherapeuten gibt.</p> <p>Wenn der G-BA sich entscheidet, das Ruhrgebiet abweichend von der allgemeinen Systematik zu planen, muss er sicherstellen, dass Patienten im Ruhrgebiet annähernd so versorgt werden können wie in vergleichbaren Regionen. Er kann diesen Umstand nicht ignorieren und, ohne sich damit auseinanderzusetzen, einen Berechnungsweg wählen, der zu einem völlig unzureichenden Ergebnis führt. Um im Ruhrgebiet zumindest die bevölkerungsbezogene Fallhäufigkeit wie in den Vergleichsregionen erreichen zu können, müssten zusätzlich zu den aktuell 1.015 weitere 547 Psychotherapeutenplätze ausgewiesen werden. Dies entspricht einer Verhältniszahl von 3.607. Das sind 354 Psychotherapeutenplätze mehr als von KBV, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen.</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Bei diesem Vorschlag muss jedoch berücksichtigt werden, dass damit die überdurchschnittlichen Fallzahlen der psychotherapeutischen Praxen im Ruhrgebiet im Vergleich zu den Vergleichsregionen Rheinland und Rhein-Main-Gebiet (+30 Prozent) und die geringere Leistungsintensität pro Patient (-12 Prozent) weiterhin hingenommen würden. Dies würde bereits dem Prinzip einer vergleichbaren Versorgung von Patienten innerhalb und außerhalb des Ruhrgebiets zuwiderlaufen. In diesem Sinne halten die Gutachter fest:</p> <p>Hieraus lassen sich zwar keine unmittelbaren Rückschlüsse auf eine verminderte Behandlungsqualität ziehen, aber angesichts der deutlichen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Morbidität der Bevölkerung im Ruhrgebiet ist dieser Befund zumindest kritisch zu hinterfragen.“ (IGES, 2017, S. 108)</p> <p>Hinzu kommt, dass die Morbiditätslast im Ruhrgebiet höher ist als in vergleichbaren Regionen und damit grundsätzlich von einem höheren Versorgungsbedarf auszugehen ist. So konstatieren die Gutachter:</p> <p>„Das Ruhrgebiet weist auch bei den soziodemografischen und sozioökonomischen Indikatoren des Versorgungsbedarfs gegenüber den Vergleichsregionen durchweg ungünstigere Ausprägungen auf, die grundsätzlich auf einen höheren Versorgungsbedarf hindeuten.“ (IGES, 2017, S. 61)</p> <p>„Diese Anzeichen für einen erhöhten Versorgungsbedarf verstärken tendenziell die einschränkende Wirkung der geringeren Arzt- und Psychotherapeuten- dichte im Ruhrgebiet auf den Zugang zur Versorgung und wirken einer Kompensation durch höhere Fallzahlen (je Arzt und je Einwohner) entgegen.“ (IGES, 2017, S. 103)</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
10.	Bundesärztekammer (BÄK) / 23.10.2017	Von daher spricht sich die Bundesärztekammer nachdrücklich für eine Reduzierung der Verhältniszahl in diesem Versorgungsbereich aus.	Bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung weist die Bundesärztekammer darauf hin, dass eine Fortschreibung der bisherigen Verhältniszahl dazu führen würde, dass auch mitversorgte Kreise (Typ 4) eine niedrigere Verhältniszahl als das Ruhrgebiet haben.	Dem wird mit den jeweiligen Beschlüssen von KBV/GKV-SV, PatV und LV mit unterschiedlicher Intensität Rechnung getragen.	Ja, § 12 Absatz 4 GKV-SV/KBV/ DKG wird konsentiert
11.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 19.10.2017	Grundsätzlich ist eine Abkehr von unterschiedlichen Kreistypen im Rahmen der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten notwendig.	<p>Die Beibehaltung der kreistypenspezifischen Verhältniszahlen und die Anpassung der Verhältniszahl für das Ruhrgebiet können nur ein erster Schritt sein, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen im Ruhrgebiet zu beenden und dort zumindest eine Versorgung sicherzustellen, wie sie psychisch kranken Menschen in vergleichbaren Regionen zur Verfügung steht.</p> <p>Die geringen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen, die sich aus den bevölkerungsrepräsentativen Morbiditätsdaten des Zusatzmoduls zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) ergeben, stehen nicht im Einklang mit der extremen Spreizung der Verhältniszahlen, wie sie aktuell in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgesehen ist (vgl. Abbildung 1 der Originalstellungnahme).</p> <p>Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung gezeigt. Demnach sollte für das Ruhrgebiet eine einheitliche Verhältniszahl festgelegt werden, die sich auch für das übrige Bundesgebiet als Ausgangspunkt für die Bedarfsplanung eignet (Bundeseinheitliche Verhältniszahl in der Höhe von 3.300).</p> <p>Diese bundeseinheitliche Verhältniszahl sollte entsprechend der regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer</p>	<p>Dem G-BA ist die Studie des I-GES/Jacobi et al. zum psychotherapeutischen Bedarfsindex bekannt. Die Ableitung eines psychotherapeutischen Mehr-/bzw. Minderbedarfs anhand von Prävalenz-Befragungsdaten kann an mehreren Stellen methodisch hinterfragt werden. Eine Berücksichtigung weiterer Faktoren, die neben dem Demografiefaktor die regionale Morbidität und Sozio-ökonomie abbilden in einem einheitlichen Verfahren für alle Gruppen der Bedarfsplanung ermittelt werden können, wird derzeit im Rahmen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung geprüft.</p> <p>Darüber hinaus stand bei der Überprüfung der Regelungen zum Ruhrgebiet die generelle Aufhebung der Kreistypisierung nie zur Diskussion.</p>	Nein

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Erkrankungen angepasst werden. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie hat IGES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen je Planungsbereich geschätzt werden kann. Die Abweichung der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den Planungsbereichen von der bundesdurchschnittlichen Prävalenz wird im Sinne eines psychotherapeutischen Mehr- oder Minderbedarfs definiert. So ergeben sich für das Ruhrgebiet Abweichungen im psychotherapeutischen Versorgungsbedarf durch Unterschiede in der Morbiditätsstruktur von minus 9,5 Prozent (Mühlheim an der Ruhr) bis plus 11,4 Prozent (Duisburg). Diese Unterschiede stellen das Konzept infrage, das Ruhrgebiet als Sonderregion mit einer einheitlichen Verhältniszahl zu planen.</p> <p>Darüber hinaus werden in dem Konzept der BPtK die Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen über Berufspendlerbewegungen sowie die Unterschiede in der Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden je Urbanisierungsgrad (vgl. Daten der DEGS1-MH-Studie) bei der Berechnung der Verhältniszahlen für jeden einzelnen Planungsbereich berücksichtigt. Entsprechend des Konzepts der BPtK würden die Verhältniszahlen für die Planungsbereiche des Ruhrgebiets zwischen 2.656 für den Planungsbereich Essen und 3.768 für den Planungsbereich Wessel schwanken. In Abbildung 2 (der Originalstellungnahme) ist beispielhaft für diese beiden Planungsbereiche die Anwendung der einzelnen Elemente des BPtK-Konzepts dargestellt.</p> <p>Mit dem BPtK-Konzept kann der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine</p>		

**Zusammenfassung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V:
Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet**

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden. Es würde insbesondere zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlicheren Regionen sowie im Ruhrgebiet führen. Im Ruhrgebiet würden 755 Psychotherapeutensitze zusätzlich ausgewiesen werden.		

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 Stellungnahmeverfahrens ergeben haben, einzubringen.

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben sowie nicht auf eine Anhörung verzichtet haben, sind fristgerecht zur Anhörung am 10. November 2017 eingeladen worden.



Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 10. November 2017
von 11.11 Uhr bis 11.22 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer für die **Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)**:

Herr Timo Harfst

Frau Dr. Theresa Unger

Beginn der Anhörung: 11.11 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer behalten ihre Plätze aus der vorherigen Anhörung bei)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): In dieser Anhörung geht es um die Änderung der Regelungen zum Ruhrgebiet. Auch hier gab es ein schriftliches Stellungnahmeverfahren. Bundesärztekammer und Psychotherapeutenkammer haben Stellungnahmen angegeben, die BÄK im Wesentlichen die Regelungen begrüßend, die im Stellungnahmeverfahren vorgeschlagen worden sind, die Bundespsychotherapeutenkammer in vielen Punkten dagegen.

An dieser Stelle möchte ich der guten Ordnung halber darauf hinweisen, dies aber rein gefühlsmäßig – der eine sieht es so, der andere sieht es so –, dass Stellungnahmen im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens keine Presseerklärungen sind, die man in irgendwelchen Verbandsblättchen abdruckt. Das sollte man bei der einen oder anderen politischen Bewertung, die da abgegeben wird, wenn gar krasse Versorgungsnotstände beschrieben werden, vielleicht in Zukunft einfach einmal kritisch reflektieren. Wenn ich eine Presseerklärung schreiben würde, dann würde ich sagen, ja, da muss man die angeblichen oder tatsächlichen Versorgungsnotstände in besonders krasser Form apostrophieren. Nach meinem Dafürhalten wäre es eigentlich besser gewesen, wenn man das mit Zahlen, Fakten, Argumenten untermauert hätte oder noch stärker untermauert hätte; ich will nicht sagen, dass es hier keine Argumente gibt.

Aber das soll jetzt nicht Gegenstand der Diskussion sein. Das ist mir nur bei der Lektüre aufgefallen, weil da die Steilkurve gefahren wurde, sodass ich an zwei, drei Stellen das Gefühl hatte, dass das Krafffahrzeug aus der Kurve herausgetragen wurde. Das mindert aber selbstverständlich die Objektivität, die gute Laune und das Interesse des Gremiums an Ihrem Vortrag nicht.

Die Regularien habe ich eben bekannt gegeben; ich mache sie erneut bekannt: Wir führen Wortprotokoll. Nennen Sie deshalb bitte Ihren Namen und die von Ihnen vertretene Institution, bevor Sie das Wort ergreifen, und benutzen Sie das Mikrofon. Auch hier gebe ich Ihnen die Gelegenheit, noch einmal kurz zusammenfassend Ihre wesentlichen Anliegen darzustellen. – Bitte schön, Herr Harfst.

Herr Harfst (BPtK): Noch einmal vielen Dank. – Sie sehen uns unversehrt; niemand bei uns ist aus der Kurve geschlittert und hat sich Verletzungen zugezogen; dies nur als Vorbemerkung.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Wobei das eine das andere nicht ausschließt.

Herr Harfst (BPtK): Nein, man kann schlittern und trotzdem unversehrt bleiben. Das ist schon richtig, ja.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): So ist es. Davon leben wir ja.

Herr Harfst (BPtK): Ganz genau.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Schlittern ist ja doch Geschäftsprinzip, oder?

Herr Harfst (BPtK): Ja, und Reflexion ja sowieso bei uns auch. Das dürfen Sie nicht vergessen.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Das ist ganz selbstverständlich. Also, es gäbe keine Berufsgruppe, bei der ich mehr Reflexion erwarten würde als bei der Ihrigen.

Herr Harfst (BPtK): Deswegen verstehe ich ja auch Ihre Intervention, weil sie sozusagen auf fruchtbaren Boden fällt.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Sie sehen uns heute richtig gut gelaunt. – Bitte schön.

Herr Harfst (BPtK): Die wesentlichen fachlichen Argumente, warum die Vorschläge, die insbesondere von GKV-SV und KBV zur Reform der Bedarfsplanung im Ruhrgebiet vorgelegt worden sind, finden sich in dem vom G-BA beauftragten Gutachten des IGES-Instituts. Eingangs muss man vielleicht, auch wenn wir nachher noch einmal auf die Spezifika für die Fachgruppe der Arztgruppe der Psychotherapeuten kommen, zunächst sagen: Generell für die Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung ist in dem Gutachten sehr deutlich dargelegt worden, dass zwar eine einheitliche Planung sinnvoll ist – das ist in der Argumentation aufgegriffen worden –; aber sehr wohl ist auch deutlich gemacht worden, dass die Versorgungslage defizitär ist und dass Anpassungsbedarf besteht. Die bevölkerungsbezogene Fallzahlhäufigkeit ist gegenüber den Vergleichsregionen, die das IGES-Institut an dieser Stelle untersucht hat, deutlich abgesenkt. Insofern ist es aus unserer Perspektive nicht nachvollziehbar, dass auch ohne eine weitere Argumentation diesbezüglich vorgeschlagen wird, die allgemeinen Verhältniszahlen für die wohnortnahen Facharztgruppen mit Ausnahme der Arztgruppe der Psychotherapeuten – da hat ja die KBV noch einmal eine andere Position eingenommen – sollten unverändert gelassen werden.

Als Berufsgruppe, die insbesondere in der Versorgung psychisch Kranker tätig ist, ist es uns ein besonderes Anliegen, auf die Versorgungsdefizite im Bereich der psychiatrischen Versorgung hinzuweisen. Auch da sehen wir einen wirklich dringenden Anpassungsbedarf. Wenn Sie Kolleginnen und Kollegen aus dem Ruhrgebiet fragen, wie mühsam es ist, für einen Patienten einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychiater zu finden, der zeitnah zum Beispiel für eine medikamentöse Mitbehandlung erforderlich ist, dann wird sehr schnell deutlich, dass die Versorgungsgrade, die wir im Ruhrgebiet aktuell haben, nicht ausreichend sind und da eine entsprechende Anpassung erforderlich ist. Man sollte ohnehin im Rahmen einer grundsätzlichen Reform der Bedarfsplanung über die Unterteilung der Facharztgruppe der Nervenärzte nachdenken, um da tatsächlich eine vernünftige ambulante Versorgung im psychiatrischen Bereich sicherstellen zu können.

Den Ansatz der Ländervertreter und der Patientenvertretung, hier eine entsprechende Anpassung vorzunehmen, empfinden wir als sehr nachvollziehbar. Generell würden wir durchaus davon ausgehen: Man müsste sich im Grunde genommen schon auch hier an der bevölkerungsbezogenen Fallzahlhäufigkeit orientieren, damit es zumindest eine Perspektive für Patienten aus dem Ruhrgebiet gibt, in ähnlicher Häufigkeit versorgt zu werden. Dabei sind die sozusagen nicht immer im Sinne des Patientenwohls erforderlichen Anpassungsprozesse ohnehin mit zu bedenken, dass eben Kontakte kürzer sind und dass die betreffenden Fachärzte entsprechend mehr arbeiten, um die Versorgungslast tatsächlich tragen zu können. Insofern ist im Grunde genommen der Ansatz, der hier von den Ländervertretern und der Patientenvertretung vorgeschlagen wurde, das unterste Mindestmaß, um da eine Verbesserung in der allgemeinen wohnortnahen fachärztlichen Versorgung zu erzielen.

Auch bezogen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist Folgendes sehr deutlich dargelegt worden, was auch die KBV noch einmal deutlich gemacht hat: Die Entwicklung der Versorgungsgrade war gerade im Ruhrgebiet zur Einführung der Bedarfsplanung so defizitär, dass man nicht auf den alten Zahlen aufsetzen kann. Wir haben meines Erachtens schon verschiedentlich in unseren Stellungnahmen zur Bedarfsplanung dargelegt, welche Defizite generell zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten bestanden, ebenso, dass ein Großteil der Zulassungsverfahren zu dem Zeitpunkt, da gezählt wurde, noch gar nicht abgeschlossen war, sodass

sogar die Versorgung, die sich bis zu diesem Zeitpunkt im Prinzip schon entwickelt hatte, über die Verhältniszahl, die sich da heute findet, gar nicht abgebildet wird. Insofern gibt es da aus unserer Perspektive einen dringenden Anpassungsbedarf. Der Vorschlag der KBV, der Ländervertreter und der Patientenvertreter geht aus unserer Sicht in die richtige Richtung, aber eben nicht weit genug.

Rein von der Argumentationslogik würden wir auch noch sagen: Wenn man sozusagen über die Spreizung zwischen den Regionstypen 1 bis 6 argumentiert, dann müsste man, bezogen auf die zugrunde zu legende Spreizung bei den anderen Facharztgruppen, ohnehin auf die angepassten Verhältniszahlen entsprechend dem Vorschlag der Ländervertreter und der Patientenvertretung aufsetzen; dann könnte man eine Anpassung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten vornehmen.

Wenn man nun das Gutachten des IGES nimmt, wie in unserer Stellungnahme dargelegt, müsste man, um eine ähnliche Chance für Patienten mit psychischen Erkrankungen herzustellen, tatsächlich eine psychotherapeutische Versorgung in einem Minimalumfang zu erhalten, zusätzliche Zulassungen im Umfang von 550 Zulassungen ermöglichen. Die entsprechenden Verhältniszahlen, die daraus resultierten, haben wir in unserer Stellungnahme dargelegt; 3.607 wäre sozusagen die allgemeine Verhältniszahl für die Arztgruppe, die wir da für erforderlich halten.

Generell – auch dieses Konzept kennen Sie – halten wir eine umfassende Reform der Bedarfsplanung für erforderlich, die auf einer einheitlichen Verhältniszahl aufsetzt und unter Berücksichtigung von Sozialstrukturen und Mobilitätsfaktoren entsprechende regionale Anpassungen vornimmt. Wenn man das zugrunde legte, müsste man weitere 200 Zulassungen ermöglichen, damit eine bedarfsgerechte Versorgung erreicht wird.

Zum Abschluss äußere ich noch einmal folgenden Hinweis: Letztendlich ist hier die Situation, dass der Vorschlag im Kern eine Umbenennung der Sonderregion Ruhrgebiet zum Gegenstand hat, ohne dass die anderen Elemente tatsächlich Eingang in die Regelung für den neuen Regionstyp 6 des multizentrischen Versorgungsgebiets finden, weil die anderen Vergleichsregionen erst einmal weiterhin so geplant werden sollen wie bisher, und im Kern wird für die genannten anderen Facharztgruppen gar keine Anpassung vorgenommen. Insofern ist dies im Prinzip ein Relabelling der Versorgungsregionen, und man könnte eigentlich den Namen „Sonderregion“ weiterhin so stehen lassen, wenn man das so handhabt wie derzeit insbesondere von GKV-SV-Seite vorgesehen, eben mit den Einschränkungen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten; da hat die KBV sich ja anders positioniert, ebenso die Patienten- und die Ländervertreter. – Das vielleicht als Einstieg.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ganz herzlichen Dank, Herr Harfst. – Ich schaue in die Runde: Fragen? – Keine. Dann sind wir schon fertig. Die Anhörung ist zu Ende. Sie dürfen wiederholen und zusammenfassen.

(Heiterkeit)

Es ging ja auch ohne Attacke, bis auf den Schluss. Das war dann wieder etwas unfreundlicher. – Okay. Dann sage ich herzlichen Dank, dass Sie da waren. Wir werden das jetzt selbstverständlich noch einmal zu diskutieren haben, auch das, was in der schriftlichen Stellungnahme stand. Damit ist die Anhörung beendet. – Danke schön.

Schluss der Anhörung: 11.22 Uhr