

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

Vom 15. Februar 2018

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Würdigung der Stellungnahmen	3
4. Bürokratiekostenermittlung.....	3
5. Verfahrensablauf	4
6. Dokumentation des Stellungsverfahren.....	5

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber gibt dem G-BA in § 101 Absatz 1 Nr. 2b SGB V vor, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen, um so das Versorgungsgeschehen besser zu erfassen.

In Umsetzung dieser Verpflichtung hat der G-BA zunächst im Rahmen der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 eine entsprechende generelle Regelung in § 22 aufgenommen und diese in der Folge mit Beschluss vom 17.04.2014 weiter konkretisiert.

Da die Auswirkungen der Regelung sowohl im Hinblick auf die Versorgung, als auch auf das Leistungsgeschehen zum damaligen Zeitpunkt als nicht vollständig absehbar angesehen wurden, wurde die Regelung gemäß § 22 Abs. 7 zunächst auf vier Jahre – bis zum 31.05.2018 - befristet (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 17.04.2014).

Im Hinblick auf den weiterhin unverändert bestehenden gesetzlichen Auftrag in § 101 Absatz 1 Nr. 2b SGB V, sowie die mit Erlass des "Gesetz[es] zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (PsychVVG) erneut formulierte Forderung, „...mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen...herzustellen“ (Begründung zum Gesetzentwurf PsychVVG zu § 295 Abs. 1 S. 4 SGB V, BT Drs. 18/9528, S. 54), wird eine Fortgeltung des § 22 Abs. 7 bis zum 31.12.2022 beschlossen.

Der G-BA hat sich mit Blick auf den weiterhin bestehenden gesetzlichen Auftrag zur Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen für eine Verlängerung der Befristungsregelung entschieden, da der wesentliche Kritikpunkt, der bereits im Jahr 2014 zu einer Befristung der Regelung führte, weiterhin fortbesteht. Nach wie vor liegen für die ermächtigten Einrichtungen keine grundlegenden systematischen Informationen vor, wer, mit welcher Qualifikation, an welchen Patienten, in welchem Umfang, welche Art von Versorgungsleistungen erbringt. Zwar haben sich teilweise Verbesserungen der Transparenz bspw. in den Qualitätsberichten ergeben, jedoch sind diese noch nicht vollumfänglich umgesetzt bzw. ist eine eindeutige Zuordnung zur vertragsärztlichen Versorgung nicht in allen Fällen möglich. Die bestehende Regelung lässt es bereits heute zu, dass bei der Anrechnung von Ermächtigungen auch weitergehende Informationsquellen Eingang finden, soweit diese vorliegen. Da sich die Datenlage bisher nicht ausreichend verbessert hat, ist zum derzeitigen Zeitpunkt keine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung möglich. Jedoch ist angesichts aktueller gesetzlicher Änderungen (Einführung einer Krankenhausarzt Nummer, Einführung einer Standortdefinition und eines Krankenhausstandortverzeichnisses sowie die Weiterentwicklung der Krankenhausstatistikverordnung (alles voraussichtlich gültig ab 1.1.2020)) zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eine höhere Transparenz entstehen wird. Damit wird es spätestens im Jahre 2022 möglich sein, über Fortgeltung oder ggf. notwendige Anpassung des § 22 auf einer breiteren empirischen Grundlage beraten zu können.

3. Würdigung der Stellungnahmen

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 10. November 2017 eingeleitet. Fristende war der 8. Dezember 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)	08.12.2017
	Bundesärztekammer (BÄK)	Verzicht

Der Inhalt der Schreiben 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 15. Januar 2018 stattgefunden. An der Anhörung hat ein Vertreter der BPtK teilgenommen.

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
10.11.2017	UA BPL	<i>Beratung der Ergebnisse der AG</i>
10.11.2017	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
15.01.2018	UA BPL	Auswertung der Stellungnahmen
15.01.2018	UA BPL	<i>Anhörung</i>
15.01.2018	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 15. Februar 2018

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 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)
- 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

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

Vom XX.XX.XXXX

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am XX.XX.XXXX beschlossen, die Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Fassung vom 20. Dezember 2012 (BAnz AT 31.12.2012 B 7), zuletzt geändert am 15.12.2016 (BAnz AT 31.05.2017 B 2) wie folgt zu ändern:

I. § 22 Absatz 7 wird wie folgt geändert:

1. Das Wort „G-BA“ wird durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesausschuss“ ersetzt.
2. Die Angabe „31.Mai 2018“ wird durch die Angabe „31.12.2022“ ersetzt.

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

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

Berlin, den XX.XX.XXXX

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

Vom TT. Monat JJJJ

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	2
2. Eckpunkte der Entscheidung	2
3. Würdigung der Stellungnahmen	2
4. Bürokratiekostenermittlung.....	3
5. Verfahrensablauf	3
6. Dokumentation des Stellungsverfahren.....	4

1. Rechtsgrundlage

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

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der Gesetzgeber gibt dem G-BA in § 101 Absatz 1 Nr. 2b SGB V vor, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestimmungen zur Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten bei der Berechnung des Versorgungsgrades zu treffen, um so das Versorgungsgeschehen besser zu erfassen.

In Umsetzung dieser Verpflichtung hat der G-BA zunächst im Rahmen der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 eine entsprechende generelle Regelung in § 22 aufgenommen und diese in der Folge mit Beschluss vom 17.04.2014 weiter konkretisiert.

Da die Auswirkungen der Regelung sowohl im Hinblick auf die Versorgung, als auch auf das Leistungsgeschehen zum damaligen Zeitpunkt als nicht vollständig absehbar angesehen wurden, wurde die Regelung gemäß § 22 Abs. 7 zunächst auf vier Jahre – bis zum 31.05.2018 - befristet (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 17.04.2014).

Im Hinblick auf den weiterhin unverändert bestehenden gesetzlichen Auftrag in § 101 Absatz 1 Nr. 2b SGB V, sowie die mit Erlass des "Gesetz[es] zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen" (PsychVVG) erneut formulierte Forderung, „...mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen...herzustellen“ (Begründung zum Gesetzentwurf PsychVVG zu § 295 Abs. 1 S. 4 SGB V, BT Drs. 18/9528, S. 54), wird eine Fortgeltung des § 22 Abs. 7 bis zum 31.12.2022 beschlossen.

Der G-BA hat sich mit Blick auf den weiterhin bestehenden gesetzlichen Auftrag zur Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen für eine Verlängerung der Befristungsregelung entschieden, da der wesentliche Kritikpunkt, der bereits im Jahr 2014 zu einer Befristung der Regelung führte, weiterhin fortbesteht. Nach wie vor liegen für die ermächtigten Einrichtungen keine grundlegenden systematischen Informationen vor, wer, mit welcher Qualifikation, an welchen Patienten, in welchem Umfang, welche Art von Versorgungsleistungen erbringt. Zwar haben sich teilweise Verbesserungen der Transparenz bspw. in den Qualitätsberichten ergeben, jedoch sind diese noch nicht vollumfänglich umgesetzt bzw. ist eine eindeutige Zuordnung zur vertragsärztlichen Versorgung nicht in allen Fällen möglich. Die bestehende Regelung lässt es bereits heute zu, dass bei der Anrechnung von Ermächtigungen auch weitergehende Informationsquellen Eingang finden, soweit diese vorliegen. Da sich die Datenlage bisher nicht ausreichend verbessert hat, ist zum derzeitigen Zeitpunkt keine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung möglich. Jedoch ist angesichts aktueller gesetzlicher Änderungen (Einführung einer Krankenhausarzt Nummer, Einführung einer Standortdefinition und eines Krankenhausstandortverzeichnisses sowie die Weiterentwicklung der Krankenhausstatistikverordnung (alles voraussichtlich gültig ab 1.1.2020)) zu erwarten, dass in den nächsten Jahren eine höhere Transparenz entstehen wird. Damit wird es spätestens im Jahre 2022 möglich sein, über Fortgeltung oder ggf. notwendige Anpassung des § 22 auf einer breiteren empirischen Grundlage beraten zu können.

3. Würdigung 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 *(wird ergänzt)*

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

Stellungnahme zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL):
Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

08.12.2017

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Evaluation der Auswirkungen der Regelung vom 14. April 2017.....	5
3	Schwerpunkt der Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen.....	7
4	Beschlussvorschlag.....	9

1 Einleitung

Die derzeit geltende Bedarfsplanungs-Richtlinie regelt in § 22 die Berücksichtigung der durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten bei der Berechnung des Versorgungsgrades. Hierdurch soll das Versorgungsgeschehen in den jeweils betroffenen Fachgebieten der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung besser abgebildet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) setzt damit den gesetzlichen Auftrag in § 101 Absatz 2b SGB V um.

Mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2012 hatte der G-BA zunächst eine Regelung für ermächtigte Ärzte aufgenommen und die mögliche Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen einer einvernehmlichen Regelung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesverbände der Krankenkassen auf regionaler Ebene überlassen. Mit Beschluss vom 17. April 2014 hat der G-BA dann die Vorgaben zur Anrechnung der ermächtigten Ärzte weiter konkretisiert, eine analoge Anrechnungsregelung auf Basis eines Fallzahlquotienten für ermächtigte Krankenhäuser geschaffen, die ambulante Behandlungen nach §§ 116a und 118a SGB V erbringen, und für ermächtigte Einrichtungen nach §§ 118 und 119 SGB V eine pauschale Anrechnung mit einem Anrechnungsfaktor von 0,5 je Einrichtung bei der Berechnung des Versorgungsgrades festgelegt. Letzteres beruhte nicht zuletzt auf der unzureichenden Datenlage zum Versorgungsspektrum und -umfang der Einrichtungen nach §§ 118 und 119 SGB V.

Lediglich sofern belastbare Daten über den Umfang der Leistungen der Einrichtungen aus dem fachgebietsspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes vorliegen, erfolgt für die ermächtigten Einrichtungen nach §§ 118 und 119 SGBV eine Anrechnung für diesen Teil der Leistungen entsprechend den Vorschriften für die ermächtigten Krankenhäuser, die ambulante Behandlungen nach § 116a SGBV (Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung) und § 118a SGB V (Geriatrische Institutsambulanzen) durchführen. Hierfür können laut § 22 Absatz 2 Satz 3 Nummer 2 Satz 3 BPL-RL auch Daten oder Informationen aus einer freiwilligen Selbstauskunft der betroffenen Einrichtungen verwendet werden.

Nach § 22 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt für die ermächtigten Einrichtungen eine Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. Sofern keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vorliegen, sieht die Richtlinie eine Anrechnung für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten, für Geriatrische Institutsambulanzen bei

der Arztgruppe der Fachinternisten und bei den Sozialpädiatrischen Zentren bei der Arztgruppe der Kinderärzte vor. Die pauschale Anrechnung der Einrichtungen bei den jeweiligen Arztgruppen war seinerzeit noch nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern wurde erst im Nachgang zum Stellungnahmeverfahren in den Beschlussentwurf integriert und in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 17. April 2014 dennoch nicht weiter begründet. Dies gilt insbesondere auch für die Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die vor dem Hintergrund des typischen Leistungsspektrums und Leistungsumfangs der PIA, aber auch angesichts der langjährigen Konflikte zwischen den PIA und den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie um ihre jeweiligen Zuständigkeiten in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – offenkundig wider besseren Wissens – vorgenommen wurde.

Eine Abweichungsmöglichkeit von den Anrechnungsregelungen in § 22 Absätze 1 und 2 BPL-RL ist nur dann gegeben, wenn dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist, und bedarf einer einvernehmlichen Entscheidung auf Landesebene.

In Kenntnis der unsicheren Datenlage, auf der die Regelungen des § 22 Bedarfsplanungs-Richtlinie fußen, hat sich der G-BA in § 22 Absatz 6 BPL-RL selbst verpflichtet, 3 Jahre nach Inkrafttreten die Auswirkungen der Regelung zu evaluieren und auf der Grundlage der Ergebnisse über die Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung zu beraten. Darüber hinaus wurde die Regelung des Beschlusses vom 17. April 2014 bis zum 31. Mai 2018 befristet und tritt mit diesem Datum außer Kraft, sofern keine Anpassung oder die unveränderte Fortgeltung beschlossen wird.

Der nun vorliegende Beschlussentwurf sieht eine Verlängerung der Regelung um weitere viereinhalb Jahre bis zum 31. Dezember 2022 vor. Begründet wird die unveränderte Fortschreibung der Regelung um weitere viereinhalb Jahre insbesondere mit dem weiterhin bestehenden gesetzlichen Auftrag zur Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Einrichtungen und dem Fehlen von grundlegenden systematischen Informationen, wer mit welcher Qualifikation an welchen Patienten in welchem Umfang welche Art von Versorgungsleistungen erbringt. Weiterhin wird darauf verwiesen, dass bereits heute die Regelungen zulassen, dass bei der Anrechnung von Ermächtigungen auch weitergehende Informationsquellen Eingang finden. Eine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung sei zum derzeitigen Zeitpunkt jedoch nicht möglich.

2 Evaluation der Auswirkungen der Regelung vom 14. April 2017

Der G-BA hat sich nach § 22 Absatz 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie selbst verpflichtet, 3 Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses – somit zum 2. August 2017 – die Auswirkungen der Regelung zur Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Ärzten in ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe zu evaluieren. Zumindest auf der Grundlage des vorliegenden Beschlussentwurfs und den Tragenden Gründen ist nicht erkennbar, dass vom G-BA eine solche Evaluation durchgeführt worden ist. In den Tragenden Gründen wird lediglich dargelegt, dass die Auswirkungen der Regelungen sowohl im Hinblick auf die Versorgung als auch auf das Versorgungsgeschehen zum damaligen Zeitpunkt als nicht vollständig absehbar angesehen wurden. Dies begründete die Befristung der Regelung und dürfte letztlich auch ein Ausgangspunkt für den Evaluationsauftrag gemäß § 22 Absatz 6 BPL-RL gewesen sein. Im Weiteren stellt der G-BA in den Tragenden Gründen lediglich fest, dass für die ermächtigten Einrichtungen weiterhin keine grundlegenden systematischen Informationen vorliegen, wer mit welcher Qualifikation an welchen Patienten in welchem Umfang welche Art von Versorgungsleistungen erbringt.

Auch aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fehlen nach wie vor die erforderlichen Daten zum Leistungsspektrum und Leistungsumfang in den ermächtigten Einrichtungen, um eine spezifischere Anrechnungsregelung für die Ärzte und Psychotherapeuten in den ermächtigten Einrichtungen zu entwickeln. Abgesehen von dem Defizit an belastbaren Daten, die eine spezifische Anrechnung der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen ermöglichen könnten, hat es der G-BA jedoch unterlassen, die Auswirkungen seiner Regelung zu evaluieren und zumindest die vorliegenden Daten und Informationen zum Leistungsgeschehen in den ermächtigten Einrichtungen dahingehend zu prüfen, ob die Anrechnungsregeln gemäß Absatz 3 angemessen und sachgerecht sind.

Auch das Bundesministerium für Gesundheit hatte im Rahmen seiner Rechtsaufsicht diesen Aspekt thematisiert und dem G-BA mit Ziffer 2 seines Bescheids vom 17. Juli 2014 Folgendes aufgegeben:

„2. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird darüber hinaus gebeten, mit der in dem Beschluss vorgesehenen Evaluation der Auswirkung der Regelung möglichst frühzeitig zu beginnen, damit auf etwaige insbesondere von der Patientenvertretung und von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befürchteten negativen Auswirkungen des Beschlusses auf die Versorgung gegebenenfalls schnell reagiert werden kann.“

Hierfür wäre es zielführend gewesen, wenn der G-BA frühzeitig Informationen u. a. zu folgenden Fragen eingeholt hätte:

- Welche Auswirkungen haben die Anrechnungsregelungen auf die Versorgungsgrade in den betroffenen Arztgruppen?
- In welchem Umfang haben sich hierdurch die rechnerischen Versorgungsgrade in den verschiedenen Planungsbereichen erhöht?
- In wie vielen Planungsbereichen hatte die Anrechnungsregelung eine Sperrung für die betroffene Arztgruppe zur Folge? Welche Planungsbereiche sind hiervon besonders betroffen?
- Sind hiervon Planungsbereiche mit ungünstigeren tatsächlichen Versorgungsgraden, gemessen in Ärzte pro 100.000 Einwohner, stärker betroffen?
- Inwieweit haben bei der Anrechnung von Ermächtigungen weitergehende Informationsquellen Eingang gefunden und regional zu einer Modifikation der Anrechnungsregelung geführt?
- Bei wie vielen ermächtigten Einrichtungen lagen Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, wurden aktiv von den zuständigen Gremien auf Landesebene eingeholt bzw. solche Informationen als freiwillige Selbstauskunft der Einrichtung zur Verfügung gestellt und haben dann zu einer Anrechnung bei einer anderen Arztgruppe geführt?
- In wie vielen Planungsbereichen wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten von den Anrechnungsregelungen abzuweichen?
- In wie vielen Planungsbereichen wurde ein Abweichen von den Anrechnungsregelungen zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten von einer Seite vorgeschlagen, ohne dass hierüber eine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden konnte?

Die BPtK spricht sich dafür aus, dass der G-BA diese Evaluation der Auswirkungen seiner Regelung zeitnah durchführt und dann die Ergebnisse dieser Evaluation hinsichtlich der Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung prüft. Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPtK dafür aus, die im Beschlussentwurf vorgesehene Verlängerung der Regelung auf den 31. Dezember 2019 zu befristen.

An dieser Stelle verweist die BPtK auch noch einmal auf ihre grundsätzliche Kritik an der Anrechnung der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad in den jeweiligen Arztgruppen, wie sie bereits in der Stellungnahme vom 20. Januar 2014 vorgebracht wurde. Die Anrechnung von Ärzten in ermächtigten Einrichtungen kann die Zahl

der Zulassungsmöglichkeiten reduzieren. Zugleich sind in die Berechnung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die jeweilige Arztgruppe die Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen seinerzeit nicht eingeflossen. Wenn sie nun bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden – und sei dies nur pauschal mit dem Anrechnungsfaktor von 0,5 je Einrichtung – führt dies zu relevanten Verzerrungen und täuscht eine höhere Versorgungsdichte vor, als sie real nach der eigentlichen Systematik der Bedarfsplanung gegeben ist.

3 Schwerpunkt der Leistungen in Psychiatrischen Institutsambulanzen

Zu Recht stellt der G-BA in den Tragenden Gründen insgesamt für die ermächtigten Einrichtungen fest, dass sich die Datengrundlage bisher nicht ausreichend verbessert hat, um eine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung zu ermöglichen. Dies trifft auch auf die Datengrundlage zum Leistungsgeschehen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen zu.

Hierbei hat der G-BA jedoch übersehen, dass trotz der fortbestehenden Defizite hinsichtlich der Leistungsdokumentation in den PIA inzwischen belastbare Daten vorliegen, welche untermauern, dass die Anrechnung dieser Einrichtungen bzw. der Ärzte in diesen Einrichtungen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht sachgerecht ist. In einem Beitrag von Neubert und Richter (2016) im Krankenhaus-Report des WIdO wird das Leistungsspektrum der PIA auf Basis der § 21-Daten analysiert und werden die regionalen Unterschiede in Art und Umfang der Patientenversorgung beschrieben. Danach wurden in den PIA im Jahr 2014 circa 2,4 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet. Hierbei handelt es sich typischerweise um Quartalsfälle, in denen alle Behandlungsleistungen zusammengefasst abgerechnet werden.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entspricht demnach mit 0,4 Millionen Fällen einem Anteil von 16 Prozent und findet überwiegend in spezifischen Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Für diese Einrichtungen wäre entsprechend eine pauschale Anrechnung auf die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu prüfen.

Die durchschnittlichen Kontakttage in den PIA liegen insgesamt bei 3,2 Kontakttagen je Fall. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen fallen sie mit 2,7 noch einmal deutlich niedriger aus. Hierbei sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen, die nicht zuletzt mit den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen in Beziehung stehen. Während die Anzahl

der mittleren Kontakttage in Bundesländern, in denen die Vergütung nach Quartalspauschalen erfolgt, am niedrigsten ausfällt, beträgt sie in Bayern vor dem Hintergrund der Einzelleistungsvergütung durchschnittlich 4,3 Kontakttage. Bei einem Drittel der Fälle in den PIA besteht nur an einem Tag pro Quartal Kontakt mit der Ambulanz, bei einem weiteren Drittel beschränken sich die Kontakttage pro Quartal auf 2 oder 3 Kontakte. Dies macht bereits deutlich, dass der Schwerpunkt der Leistungen in den PIA nicht dem Leistungsspektrum der vertragspsychotherapeutischen Versorgung entspricht. Das Leistungsspektrum der Arztgruppe der Psychotherapeuten ist im Vergleich dazu durch eine deutlich höherfrequente psychotherapeutische Behandlung (Richtlinienpsychotherapie und Akutbehandlung) der Patienten geprägt und ist darüber hinaus durch die Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen gekennzeichnet. Für die psychotherapeutischen Sprechstunden und die probatorischen Sitzungen gilt weiterhin, dass sie überhaupt erst der diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Versorgung bzw. Prüfung der Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie dienen und damit per se nicht Bestandteil des gesetzlichen Versorgungsauftrags der PIA sind, wie dieser in der dreiseitigen Vereinbarung zu den PIA definiert ist.

Da die Behandlungskontakte nach der aktuell gültigen Dokumentationsvereinbarung lediglich nach einem Vierfelder-Schema dokumentiert werden, kann derzeit nur zwischen Behandlungskontakten mit einem Arzt bzw. Psychologen und den anderen Berufsgruppen sowie zwischen aufsuchenden Kontakten und Kontakten in den Räumlichkeiten der PIA unterschieden werden. Innerhalb der Gruppe Arzt/Psychologe findet nach der gegenwärtigen Dokumentationsvereinbarung keine Differenzierung nach Berufsgruppe und Abschluss einer Gebietsweiterbildung oder Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut statt.

Nach den Analysen von Neubert und Richter (2016) entfallen 70 Prozent der Behandlungskontakte in der PIA auf den Arzt bzw. Psychologen und 30 Prozent auf die anderen Berufsgruppen, insbesondere die Pflege. Bei den aufsuchenden Kontakten fällt auf, dass diese sich zu einem großen Teil auf Patienten über 70 Jahre beziehen, woraus die Autoren schlussfolgern, dass es sich hierbei eher um „Heimtreatment“ denn um „Home Treatment“ als typische aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten handelt. In jedem Fall spricht vieles dafür, dass auch diese aufsuchenden Behandlungskontakte keinen Bezug zum Leistungsgeschehen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis haben, sondern im Kern psychiatrische Konsile in Pflegeheimen abbilden und insoweit vollumfänglich der ambulanten psychiatrischen Versorgung zuzurechnen sind.

Da ein Großteil der Patienten in den PIA auch eine medikamentöse Behandlung erhält, ist ferner davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil der Behandlungskontakte, die unter PIA-002 (Arzt/Psychologe, Kontakt in der PIA) kodiert werden, zwingend auf den Kontakt mit dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entfallen muss und dabei nicht zuletzt auch dem Monitoring der medikamentösen Behandlung dient. Angesichts der geringen Anzahl an Kontakttagen kann daher für den ganz überwiegenden Teil der Patienten, die in den PIA behandelt werden, ausgeschlossen werden, dass sie im Schwerpunkt Leistungen erhalten, die dem Leistungsspektrum der Arztgruppe der Psychotherapeuten zuzurechnen sind.

Hinzu kommt schließlich, dass in vielen Regionen bereits die Vergütungssystematik der Quartalspauschalen dazu führt, dass psychotherapeutische Behandlungen, wie sie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durchgeführt werden, in den PIA nicht wirtschaftlich erbracht werden können.

Insgesamt ist daher festzustellen, dass die vorliegenden Daten einer Anrechenbarkeit der Ärzte in den PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich widersprechen und keinerlei Hinweise vorliegen, die eine solche Anrechnung weiter rechtfertigen würden.

Die fortgesetzte Anrechnung der in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad der Arztgruppe der Psychotherapeuten führt dazu, dass der vertragspsychotherapeutischen Versorgung notwendige Behandlungsplätze entzogen werden, ohne dass dem ein entsprechendes Angebot gegenübersteht. Die Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, wie sie gegenwärtig als Standardvorgehen in § 22 Absatz 3 BPL-RL festgeschrieben ist, erscheint daher aus Sicht der BPtK als willkürlich. Die Regelung in § 22 Absatz 3 BPL-RL sollte daher entsprechend dem nachfolgenden Beschlussvorschlag korrigiert werden.

4 Beschlussvorschlag

Die BPtK schlägt daher vor, den Beschluss wie folgt zu fassen:

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am xx.xx.xxxx 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. Dezember 2012 B 7), zuletzt geändert am 15. Dezember 2016 (BAnz AT 31. Mai 2017 B 2), wie folgt zu ändern:

- I. *§ 22 Absatz 3 wird wie folgt geändert:
In Satz 3 wird das Wort „Psychotherapeuten“ durch das Wort „Nerven-
ärzte“ ersetzt.*

- II. *Paragraph 22 Absatz 7 wird wie folgt geändert:*
 1. *Das Wort „G-BA“ wird durch die Wörter „Gemeinsamer Bundesaus-
schuss“ ersetzt.*
 2. *Die Angabe „31. Mai 2018“ wird durch die Angabe „31. Dezember
2019“ ersetzt.*

- III. *Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im
Bundesanzeiger in Kraft.“*

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



Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 08.12.2017

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 gem. § 91 Abs. 5 SGB V zu Änderungen der
Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten
und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)**

Ihr Schreiben vom 10.11.2017

Sehr geehrter Herr Hollstein,
sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 10.11.2017, in welchem der Bundesärztekammer
Gelegenheit zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V zu Änderungen der
Bedarfsplanungs-Richtlinie (Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen
Faktoren [§ 22 BPL-RL]) gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

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

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):

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:

Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Absatz 5 SGB V

Inhalt

<u>I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren</u>	<u>2</u>
<u>II. Schriftliche Stellungnahmen</u>	<u>2</u>
<u>Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen.....</u>	<u>3</u>
<u>III. Mündliche Stellungnahmen.....</u>	<u>13</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 10. November 2017 eingeleitet, die Frist für die Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 8. Dezember 2017.

II. Schriftliche Stellungnahmen

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

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)	08.12.2017
Bundesärztekammer (BÄK)	Verzicht

Der Inhalt der Schreiben wurde in tabellarischer Form zusammengefasst und in fachlicher Diskussion im zuständigen Unterausschuss Bedarfsplanung beraten und ausgewertet (siehe folgende Tabelle).

Allgemeine oder übergreifende Stellungnahmen

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
1.	Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) / 08.12.2017	<p>Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am xx.xx.xxxx 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. Dezember 2012 B 7), zuletzt geändert am 15. Dezember 2016 (BANz AT 31. Mai 2017 B 2), wie folgt zu ändern:</p> <p>I. § 22 Absatz 3 wird wie folgt geändert: In Satz 3 wird das Wort „Psychotherapeuten“ durch das Wort „Nervenärzte“ ersetzt.</p>	<p>Nach § 22 Absatz 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie erfolgt für die ermächtigten Einrichtungen eine Anrechnung bei der Arztgruppe, die den Schwerpunkt der Leistungen in der Einrichtung erbringt. Sofern keine Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vorliegen, sieht die Richtlinie eine Anrechnung für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten, für Geriatrische Institutsambulanzen bei der Arztgruppe der Fachinternisten und bei den Sozialpädiatrischen Zentren bei der Arztgruppe der Kinderärzte vor. Die pauschale Anrechnung der Einrichtungen bei den jeweiligen Arztgruppen war seinerzeit noch nicht Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens, sondern wurde erst im Nachgang zum Stellungnahmeverfahren in den Beschlussentwurf integriert und in den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 17. April 2014 dennoch nicht weiter begründet. Dies gilt insbesondere auch für die Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die vor dem Hintergrund des typischen Leistungsspektrums und Leistungsumfangs der PIA, aber auch angesichts der langjährigen Konflikte zwischen den PIA und den niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie um ihre jeweiligen Zuständigkeiten in der Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – offenkundig wider besseren Wissens – vorgenommen wurde.</p> <p>Eine Abweichungsmöglichkeit von den Anrechnungsregelungen in § 22 Absätze 1 und 2 BPL-RL ist nur dann gegeben, wenn dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten erforderlich ist, und bedarf einer einvernehmlichen Entscheidung auf Landesebene.</p>	<p>GKV:SV/KBV/DKG: Zu I.: Die Ausführungen der BPtK erscheinen zunächst zutreffend, jedoch berücksichtigen sie einen Punkt nicht ausreichend. Der Gesetzgeber hat dem G-BA in § 101 SGB V den Auftrag erteilt, „Regelungen [zu treffen], mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden“. Dies bedeutet, dass nicht alle Leistungen angerechnet werden müssen, sondern nur die Leistungen, die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Die von der BPtK angeführten PIAs gemäß § 118 SGB V behandeln verschiedene Klientele. Der überwiegende Teil der Patienten wird aufgrund der Kriterien „Art, Dauer oder Schwere“ behandelt. Darüber hinaus werden Patienten aufgrund einer zu großen Entfernung zu geeigneten Behandlern durch Krankenhäuser betreut – dieses Kriterium ist nicht immer ganz eindeutig, es handelt sich in diesem Kontext jedoch um die Patienten, die der vertragsärztlichen Versorgung zugerechnet werden müssen.</p>	Nein

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Der G-BA hat sich nach § 22 Absatz 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie selbst verpflichtet, 3 Jahre nach Inkrafttreten des Beschlusses – somit zum 2. August 2017 – die Auswirkungen der Regelung zur Anrechnung von ermächtigten Ärzten und Ärzten in ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe zu evaluieren. Zumindest auf der Grundlage des vorliegenden Beschlussentwurfs und den Tragenden Gründen ist nicht erkennbar, dass vom G-BA eine solche Evaluation durchgeführt worden ist. In den Tragenden Gründen wird lediglich dargelegt, dass die Auswirkungen der Regelungen sowohl im Hinblick auf die Versorgung als auch auf das Versorgungsgeschehen zum damaligen Zeitpunkt als nicht vollständig absehbar angesehen wurden. Dies begründete die Befristung der Regelung und dürfte letztlich auch ein Ausgangspunkt für den Evaluationsauftrag gemäß § 22 Absatz 6 BPL-RL gewesen sein. Im Weiteren stellt der G-BA in den Tragenden Gründen lediglich fest, dass für die ermächtigten Einrichtungen weiterhin keine grundlegenden systematischen Informationen vorliegen, wer mit welcher Qualifikation an welchen Patienten in welchem Umfang welche Art von Versorgungsleistungen erbringt. Auch aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fehlen nach wie vor die erforderlichen Daten zum Leistungsspektrum und Leistungsumfang in den ermächtigten Einrichtungen, um eine spezifischere Anrechnungsregelung für die Ärzte und Psychotherapeuten in den ermächtigten Einrichtungen zu entwickeln. Abgesehen von dem Defizit an belastbaren Daten, die eine spezifische Anrechnung der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen ermöglichen könnten, hat es der G-BA jedoch unterlassen, die Auswirkungen seiner Regelung zu evaluieren und zumindest die vorliegenden Daten und Informationen zum Leistungsgeschehen in den</p>	<p>Da eine eindeutige Zuordnung nicht immer leicht ist, besteht die Möglichkeit auf Landesebene von den sehr zurückhaltenden Vorgaben des G-BA mit der Anrechnung von einer halben Zulassung bei den Psychotherapeuten abzuweichen.</p> <p>Die von der BPtK angeführte Veröffentlichung von Neubert und Richter (2016) zeigt die vereinbarte Vier-Felder-Matrix für die Dokumentation der PIA Leistungen. Diese ermöglicht keine Differenzierung von ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Eine pauschale Anrechnung der PIAs bei der Arztgruppe der Nervenärzte würde das Problem der Intransparenz nicht lösen, da weiterhin unklar wäre, wie groß der Leistungsanteil der Gruppen in realiter ist. Die bisherige Regelung wird außerdem aus Sicht des G-BA u.a. deshalb als sachgerecht angesehen, da zudem zu erwarten ist, dass die Ressourcen von Ermächtigten für psychotherapeutische Behandlungen auch aufgrund der neuen Regelungen der Terminservicestellen ausgeweitet werden.</p> <p>Die BPtK verweist zudem darauf, dass durch ein Fortbestehen der Anrechnungsregelung „der Versorgung Behandlungsplätze entzogen werden“. Der G-BA weist an dieser Stelle</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>ermächtigten Einrichtungen dahingehend zu prüfen, ob die Anrechnungsregeln gemäß Absatz 3 angemessen und sachgerecht sind.</p> <p>Zu Recht stellt der G-BA in den Tragenden Gründen insgesamt für die ermächtigten Einrichtungen fest, dass sich die Datengrundlage bisher nicht ausreichend verbessert hat, um eine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung zu ermöglichen. Dies trifft auch auf die Datengrundlage zum Leistungsgeschehen in den Psychiatrischen Institutsambulanzen zu. Hierbei hat der G-BA jedoch übersehen, dass trotz der fortbestehenden Defizite hinsichtlich der Leistungsdokumentation in den PIA inzwischen belastbare Daten vorliegen, welche untermauern, dass die Anrechnung dieser Einrichtungen bzw. der Ärzte in diesen Einrichtungen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht sachgerecht ist. In einem Beitrag von Neubert und Richter (2016) im Krankenhaus-Report des WIdO wird das Leistungsspektrum der PIA auf Basis der § 21-Daten analysiert und werden die regionalen Unterschiede in Art und Umfang der Patientenversorgung beschrieben. Danach wurden in den PIA im Jahr 2014 circa 2,4 Millionen Behandlungsfälle abgerechnet. Hierbei handelt es sich typischerweise um Quartalsfälle, in denen alle Behandlungsleistungen zusammengefasst abgerechnet werden.</p> <p>Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entspricht demnach mit 0,4 Millionen Fällen einem Anteil von 16 Prozent und findet überwiegend in spezifischen Ambulanzen für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Für diese Einrichtungen wäre entsprechend eine pauschale Anrechnung auf die Arztgruppe der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zu prüfen.</p>	<p>noch einmal ausdrücklich auf die aktuelle Gesetzeslage hin, nach der bei der Feststellung einer Überversorgung gem. § 103 Abs. 1 SGB V sowie einer Unterversorgung gem. § 100 Abs. 1 SGB V Ermächtigte explizit nicht zu berücksichtigen sind. Auch vor diesem Hintergrund hält der G-BA eine befristete Fortsetzung der derzeitigen Regelungen zur pauschalen Anrechnung von Ermächtigten für vertretbar.</p> <p>PatV: Die PatV hält nach wie vor eine pauschale Anrechnung der Einrichtungen nach §§ 118 und 119 auf die Facharztgruppe der Psychotherapeuten bzw. die Kinderärzte (§ 22 Abs. 3 Satz 3 Bedarfsplanungs-RL) für nicht sachgerecht. Da jedoch nach wie vor die Daten fehlen, wird erwartet, dass im Rahmen der Fristverlängerung gesicherte Erkenntnisse vorliegen werden. Vor dem Hintergrund, dass gemäß § 100 Abs. 1 und § 103 Abs. 1 SGB V keine Anrechnung bei Über- und Unterversorgung stattfindet, wird die Verlängerung der Frist mitgetragen.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>Die durchschnittlichen Kontakttage in den PIA liegen insgesamt bei 3,2 Kontakttagen je Fall. Im Bereich der Kinder und Jugendlichen fallen sie mit 2,7 noch einmal deutlich niedriger aus. Hierbei sind erhebliche regionale Unterschiede festzustellen, die nicht zuletzt mit den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen in Beziehung stehen. Während die Anzahl der mittleren Kontakttage in Bundesländern, in denen die Vergütung nach Quartalspauschalen erfolgt, am niedrigsten ausfällt, beträgt sie in Bayern vor dem Hintergrund der Einzelleistungsvergütung durchschnittlich 4,3 Kontakttage. Bei einem Drittel der Fälle in den PIA besteht nur an einem Tag pro Quartal Kontakt mit der Ambulanz, bei einem weiteren Drittel beschränken sich die Kontakttage pro Quartal auf 2 oder 3 Kontakte. Dies macht bereits deutlich, dass der Schwerpunkt der Leistungen in den PIA nicht dem Leistungsspektrum der vertragspsychotherapeutischen Versorgung entspricht. Das Leistungsspektrum der Arztgruppe der Psychotherapeuten ist im Vergleich dazu durch eine deutlich höherfrequente psychotherapeutische Behandlung (Richtlinienpsychotherapie und Akutbehandlung) der Patienten geprägt und ist darüber hinaus durch die Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunden und probatorischen Sitzungen gekennzeichnet. Für die psychotherapeutischen Sprechstunden und die probatorischen Sitzungen gilt weiterhin, dass sie überhaupt erst der diagnostischen Abklärung und Indikationsstellung für die weitere Versorgung bzw. Prüfung der Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie dienen und damit per se nicht Bestandteil des gesetzlichen Versorgungsauftrags der PIA sind, wie dieser in der dreiseitigen Vereinbarung zu den PIA definiert ist. Da die Behandlungskontakte nach der aktuell gültigen Dokumentationsvereinbarung lediglich nach einem Vierfelder-Schema dokumentiert werden, kann derzeit nur zwischen Behandlungskontakten mit einem Arzt</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>bzw. Psychologen und den anderen Berufsgruppen sowie zwischen aufsuchenden Kontakten und Kontakten in den Räumlichkeiten der PIA unterschieden werden. Innerhalb der Gruppe Arzt/Psychologe findet nach der gegenwärtigen Dokumentationsvereinbarung keine Differenzierung nach Berufsgruppe und Abschluss einer Gebietsweiterbildung oder Approbation als Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut statt.</p> <p>Nach den Analysen von Neubert und Richter (2016) entfallen 70 Prozent der Behandlungskontakte in der PIA auf den Arzt bzw. Psychologen und 30 Prozent auf die anderen Berufsgruppen, insbesondere die Pflege. Bei den aufsuchenden Kontakten fällt auf, dass diese sich zu einem großen Teil auf Patienten über 70 Jahre beziehen, woraus die Autoren schlussfolgern, dass es sich hierbei eher um „Heimtreatment“ denn um „Home Treatment“ als typische aufsuchende Behandlung im häuslichen Umfeld der Patienten handelt. In jedem Fall spricht vieles dafür, dass auch diese aufsuchenden Behandlungskontakte keinen Bezug zum Leistungsgeschehen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis haben, sondern im Kern psychiatrische Konsile in Pflegeheimen abbilden und insoweit vollumfänglich der ambulanten psychiatrischen Versorgung zuzurechnen sind.</p> <p>Da ein Großteil der Patienten in den PIA auch eine medikamentöse Behandlung erhält, ist ferner davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil der Behandlungskontakte, die unter PIA-002 (Arzt/Psychologe, Kontakt in der PIA) kodiert werden, zwingend auf den Kontakt mit dem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie entfallen muss und dabei nicht zuletzt auch dem Monitoring der medikamentösen Behandlung dient. Angesichts der geringen Anzahl an Kontakttagen kann daher für den ganz überwiegenden Teil der Patienten, die in</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>den PIA behandelt werden, ausgeschlossen werden, dass sie im Schwerpunkt Leistungen erhalten, die dem Leistungsspektrum der Arztgruppe der Psychotherapeuten zuzurechnen sind.</p> <p>Hinzu kommt schließlich, dass in vielen Regionen bereits die Vergütungssystematik der Quartalspauschalen dazu führt, dass psychotherapeutische Behandlungen, wie sie in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durchgeführt werden, in den PIA nicht wirtschaftlich erbracht werden können.</p> <p>Insgesamt ist daher festzustellen, dass die vorliegenden Daten einer Anrechenbarkeit der Ärzte in den PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich widersprechen und keinerlei Hinweise vorliegen, die eine solche Anrechnung weiter rechtfertigen würden.</p> <p>Die fortgesetzte Anrechnung der in diesen Einrichtungen tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad der Arztgruppe der Psychotherapeuten führt dazu, dass der vertragspsychotherapeutischen Versorgung notwendige Behandlungsplätze entzogen werden, ohne dass dem ein entsprechendes Angebot gegenübersteht. Die Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, wie sie gegenwärtig als Standardvorgehen in § 22 Absatz 3 BPL-RL festgeschrieben ist, erscheint daher aus Sicht der BPtK als willkürlich. Die Regelung in § 22 Absatz 3 BPL-RL sollte daher entsprechend dem nachfolgenden Beschlussvorschlag korrigiert werden.</p> <p>An dieser Stelle verweist die BPtK auch noch einmal auf ihre grundsätzliche Kritik an der Anrechnung der Ärzte in den ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad in den jeweiligen Arztgruppen, wie sie bereits in der Stellungnahme vom 20. Januar 2014 vorgebracht wurde. Die Anrechnung von Ärzten in ermächtig-</p>		

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			<p>nung von Ermächtigungen auch weitergehende Informationsquellen Eingang finden. Eine Anpassung der grundsätzlichen Systematik der Anrechnung sei zum derzeitigen Zeitpunkt jedoch nicht möglich.</p> <p>Auch das Bundesministerium für Gesundheit hatte im Rahmen seiner Rechtsaufsicht diesen Aspekt thematisiert und dem G-BA mit Ziffer 2 seines Bescheids vom 17. Juli 2014 Folgendes aufgegeben:</p> <p><i>„2. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird darüber hinaus gebeten, mit der in dem Beschluss vorgesehenen Evaluation der Auswirkung der Regelung möglichst frühzeitig zu beginnen, damit auf etwaige insbesondere von der Patientenvertretung und von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten befürchteten negativen Auswirkungen des Beschlusses auf die Versorgung gegebenenfalls schnell reagiert werden kann.“</i></p> <p>Hierfür wäre es zielführend gewesen, wenn der G-BA frühzeitig Informationen u. a. zu folgenden Fragen eingeholt hätte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Auswirkungen haben die Anrechnungsregelungen auf die Versorgungsgrade in den betroffenen Arztgruppen? • In welchem Umfang haben sich hierdurch die rechnerischen Versorgungsgrade in den verschiedenen Planungsbereichen erhöht? • In wie vielen Planungsbereichen hatte die Anrechnungsregelung eine Sperrung für die betroffene Arztgruppe zur Folge? Welche Planungsbereiche sind hiervon besonders betroffen? 	<p>bietspezifischen Versorgungsspektrum eines niedergelassenen Vertragsarztes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ob versucht wurde, die entsprechenden Daten zu beschaffen - Ob andere Datenquellen zur Anrechnung herangezogen wurden - Welche Erfahrungen bei der Beschaffung von Daten gemacht wurden / Welche Schwierigkeiten dabei auftraten - Ob Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtungen vorliegen, oder ob eine pauschale Anrechnung bei der in §22 Abs. 3 vorgenommen wird <p>befragt.</p> <p>Die Ergebnisse der Befragung zeigten, dass trotz zum Teil intensiver Bemühungen um weiterführende Informationen zu den Leistungen der Einrichtungen und der beteiligten Fachgruppen auch regional keine Daten Grundlagen vorliegen oder von den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, die eine Anrechnung der Einrichtungen abweichend von der pauschalen Anrechnung nach §22 Abs. 3 Satz 3 ermöglichen würde. Einige KVen berichteten von einer fehlenden Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Leistungs- oder Schwerpunktinformationen der Einrichtungen, auf die im Zuge der Anfragen von den Einrichtungen hingewiesen wurde.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlus-entwurfes (Ja / Nein)
			<ul style="list-style-type: none"> • Sind hiervon Planungsbereiche mit ungünstigeren tatsächlichen Versorgungsgraden, gemessen in Ärzte pro 100.000 Einwohner, stärker betroffen? • Inwieweit haben bei der Anrechnung von Ermächtigungen weitergehende Informationsquellen Eingang gefunden und regional zu einer Modifikation der Anrechnungsregelung geführt? • Bei wie vielen ermächtigten Einrichtungen lagen Informationen über den Schwerpunkt der Einrichtung vor, wurden aktiv von den zuständigen Gremien auf Landesebene eingeholt bzw. solche Informationen als freiwillige Selbstauskunft der Einrichtung zur Verfügung gestellt und haben dann zu einer Anrechnung bei einer anderen Arztgruppe geführt? • In wie vielen Planungsbereichen wurde von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, unter Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten von den Anrechnungsregelungen abzuweichen? • In wie vielen Planungsbereichen wurde ein Abweichen von den Anrechnungsregelungen zur Berücksichtigung der regionalen Besonderheiten von einer Seite vorgeschlagen, ohne dass hierüber eine einvernehmliche Entscheidung getroffen werden konnte? <p>Die BPTK spricht sich dafür aus, dass der G-BA diese Evaluation der Auswirkungen seiner Regelung zeitnah durchführt und dann die Ergebnisse dieser Evaluation hinsichtlich der Erforderlichkeit einer Anpassung der Regelung prüft. Vor diesem Hintergrund spricht sich die BPTK dafür aus, die im Beschlusentwurf vorgesehene</p>	<p>In allen KVen werden die ermächtigten Einrichtungen nach § 118 SGB V pauschal mit einem Gewicht von 0,5 bei den Psychotherapeuten angerechnet.</p> <p>Der G-BA ist anhand der Evaluation zu dem Ergebnis gekommen, dass die getroffene Regelung sachgerecht ist. Die Einschätzung des G-BA ist jedoch, dass mit Einführung der Krankenhausarztnummer, des Krankenhaus-Standort-Verzeichnisses und der Krankenhausstatistikverordnung die Datengrundlage zu den ermächtigten Einrichtungen verbessert und zum 31.12.2022 eine belastbare Grundlage zur Anrechnung von ermächtigten Einrichtungen bieten kann.</p> <p>Sobald eine entsprechende Grundlage für die Anrechnung geschaffen ist, wird der G-BA sich der Fragestellung erneut zuwenden und ggf. schon vor dem Ablauf der Frist die Anrechnung der Ermächtigungen anpassen. Eine Absenkung des Befristungszeitraums wird daher nicht als zielführend angesehen.</p> <p>PatV: Siehe oben.</p>	

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme	Änderung des Beschlusses (Ja / Nein)
			Verlängerung der Regelung auf den 31. Dezember 2019 zu befristen.		

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 15. Januar 2017 eingeladen worden.

Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 5 SGB V

hier: Änderung der BPL-RL § 91 Absatz 5: Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren (§ 22 BPL-RL)

Sitzung im Hause des Gemeinsamen Bundesausschusses in Berlin
am 15. Januar 2018
von 11.00 Uhr bis 11.07 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

Angemeldete Teilnehmer der **Bundespsychotherapeutenkammer:**

Herr Harfst

Beginn der Anhörung: 11.00 Uhr

(Der angemeldete Teilnehmer betritt den Raum)

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ich begrüße den ständigen Gast bei unseren Anhörungen. – Hallo, Herr Harfst, guten Morgen! Herzlich willkommen im Unterausschuss Bedarfsplanung, heute zur Anhörung zur Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie § 91 Abs. 5, Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren, § 22 Bedarfsplanungsrichtlinie.

Wir haben hierzu ein schriftliches Stellungnahmeverfahren durchgeführt. Stellungnahmeberechtigt waren die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer. Beide haben Stellungnahmen abgegeben. Die Bundesärztekammer hat auf die Möglichkeit der mündlichen Anhörung verzichtet, die Bundespsychotherapeutenkammer nicht.

Sie haben eine umfängliche Stellungnahme abgegeben. Normalerweise frage ich immer: Haben sich seit der Abgabe der Stellungnahme Veränderungen ergeben? – Davon gehe ich nicht aus. Deshalb gebe ich Ihnen einfach, damit sich der Weg wenigstens gelohnt hat, die Möglichkeit, hier noch einmal in ein paar Takten den wesentlichen Inhalt Ihrer Stellungnahme zusammenzufassen und dann möglicherweise Fragen des Unterausschusses zu beantworten.

Den üblichen geschäftsleitenden Hinweis kennen Sie schon; aber ich muss ihn stets wiederholen: Wir führen Wortprotokoll. Benutzen Sie deshalb bitte das Mikrofon. Die entsendende Organisation und den Namen können Sie sich sparen. Da Sie der einzige Teilnehmer sind, erklären wir eben jetzt schon für das Wortprotokoll, dass es Herr Harfst von der Bundespsychotherapeutenkammer ist, der im Folgenden spricht. – Ich erteile Ihnen das Wort. Bitte schön.

Herr Harfst (BPTK): Vielen Dank, lieber Herr Professor Hecken. – Bei dieser Gelegenheit ein frohes neues Jahr auch noch einmal in die Runde! Von unserer Seite möchten wir nur ganz kurz sozusagen ein paar zentrale Punkte unserer Stellungnahme benennen.

Der erste Punkt ist bekanntermaßen, dass seinerzeit der G-BA selbst sich den Auftrag gegeben hat, die Auswirkungen der Regelung zu evaluieren. Zumindest war für uns aus den tragenden Gründen – wir haben nur den Entwurf der tragenden Gründe – nicht erkennbar, inwieweit das in diesem Zeitraum der drei Jahre, die da niedergeschrieben wurden, tatsächlich durchgeführt worden ist.

Wir haben Ihnen eine Reihe von Fragen, die ich jetzt wohl nicht irgendwie noch einmal im Einzelnen thematisieren muss, in unserer Stellungnahme niedergeschrieben, von denen wir denken, dass dies Punkte sind, die dabei insbesondere relevant sind, um zu schauen, welche Auswirkungen die getroffene Regelung tatsächlich insgesamt für die verschiedenen Facharztgruppen hat, und die daraus resultierenden Veränderungen der Versorgungsgrade dann wieder auf der Ebene der möglicherweise nicht mehr bestehenden Zulassungsmöglichkeiten, die aufgetaucht waren. Das war auch ein Anliegen, das seinerzeit das BMG im Zuge der Nichtbeanstandung noch einmal hervorgehoben und wozu es auch deutlich gemacht hatte, dass diese Form der Überprüfung, der Evaluation dieser Regelung möglichst frühzeitig stattfinden sollte.

Zudem hatten wir Ihnen die Publikation aus dem *Krankenhaus-Report* von 2016 zur Verfügung gestellt, in der noch einmal dargelegt ist, bezogen auf diese spezifische Regelung zur Anrechnung der PIA auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten, dass das Leistungsgeschehen ganz offenkundig eben nicht so ist, dass es in irgendeiner Form zu der psychotherapeutischen Versorgung passen kann. Bekanntermaßen war das ein Bericht, der von Mitarbeitern der Krankenkassen erstellt worden ist, die selber an keiner Stelle irgendwie auch nur einen Hinweis dafür geben, dass das Leistungsgeschehen im Schwerpunkt im Bereich der psychiatrischen Versorgung liegen könnte.

Ich glaube, alle Akteure, die ein Stück weit mit dem Versorgungsbereich PIA befasst sind, wissen auch darum, dass die Konfliktlinien dort ganz typischerweise stets im Bereich der psychiatrischen Versorgung anzusiedeln sind. Immer wieder, wenn die dreiseitigen Verträge gemacht werden müssen, zeigt sich, dass da diese Probleme auftauchen: Ist das nicht ein Teil der ambulanten psychiatrischen Versorgung, der da zu leisten ist? Sind die Patienten in den PIAs richtig aufgehoben? Es zeigt sich eben ganz deutlich, dass der größte Teil der Patienten, die in den PIA versorgt werden, nur ein oder zwei Kontakte pro Quartal haben. Wir kennen das auch aus einigen PIA, die dann spezielle Verträge haben, in denen das dann noch einmal sozusagen entsprechend gestaffelt ist: Wenn zwei Kontakte im Quartal stattfinden, ist das mit einer höheren Pauschale verbunden; ein Kontakt muss zwingend dann beim Facharzt gewesen sein.

All diese Dinge sprechen sehr deutlich dafür, dass es zu der Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht richtig zugeordnet ist. Sicherlich muss man, wenn man über diese Neuregelung nachdenkt, sich auch noch einmal angucken, an welchen Stellen diejenigen PIA, die speziell die Versorgung von Kindern und Jugendlichen adressieren, dann eher auf die Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater angerechnet werden müssten.

Das alles wird aber sozusagen von unserer Seite auch mit dem Vorbehalt geäußert, dass man sich immer anschauen muss, ob die Datenlage insgesamt überhaupt gut genug ist, sodass eine solche pauschale Regelung angemessen ist – das kennen Sie ja; das hatten wir damals in unserer Stellungnahme auch schon formuliert –, oder ob man in diesem Bereich nicht komplett auf eine Anrechnung verzichten sollte und ob dies nicht doch auch gesetzeskonform ist und den Auftrag des Gesetzgebers hinreichend umsetzt, weil ja sehr wohl für einige ermächtigte Einrichtungen dann immer noch Regelungen getroffen würden. – Dies zur Stellungnahme von unserer Seite. – Vielen Dank.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Herzlichen Dank, Herr Harfst. – Ich schaue in die Runde. Fragen? – Keine Fragen. Ich habe auch keine Fragen. – Dann bedanken wir uns für die Ausführungen.

Herr Harfst (BPtK): Ja, vielen Dank. – Dann unterschreibe ich nur noch, und dann bin ich weg.

Herr Prof. Hecken (Vorsitzender): Ihnen auch ein frohes neues Jahr. Sie werden ja öfter kommen; wir sehen uns ja fast wöchentlich. – Somit können wir diese Anhörung an dieser Stelle beenden.

Schluss der Anhörung: 11.07 Uhr