

Anhang zum Kapitel B-2
Dokumentation des Stellungnahmeverfahrens
der Zusammenfassenden Dokumentation
„Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL)“

***Dokumente des Stellungnahmeverfahrens
gemäß § 91 Abs. 5 und 5a SGB V***

- Zur Stellungnahme übermittelte Dokumente
- Eingegangene Stellungnahmen



Stand: 14.11.2012 (Version: 4.3)

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über
die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur
Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung
in der vertragsärztlichen Versorgung
(Bedarfsplanungs-Richtlinie)

in der Neufassung vom tt. Monat 20jj
veröffentlicht im Bundesanzeiger JJJJ S. xxxx



Inhalt

1. Abschnitt: Allgemeines.....	5
§ 1 Zweck und Regelungsbereich	5
§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.....	6
§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften	7
2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung.....	7
§ 4 Bedarfsplan.....	7
§ 5 Versorgungsebenen	8
§ 6 Arztgruppen.....	9
§ 7 Planungsbereiche.....	9
§ 8 Verhältniszahlen.....	10
§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demografiefaktor	15
§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung.....	17
3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung	17
§ 11 Hausärztliche Versorgung	17
4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung.....	19
§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung	19
§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung	22
§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung.....	23
§ 15 Weitere Arztgruppen	25
§ 16 Praxisnachfolge.....	25
5. Abschnitt Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung.....	26
§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades	26
§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertrags-psychotherapeuten	26
§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten.....	27
§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet	27
§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen	27
§ 22 Verbindlichkeit des Bedarfsplans, Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren.....	28
6. Abschnitt: Überversorgung	30
§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung	30
§ 24 Feststellung von Überversorgung	30
§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung	30
§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen	31
7. Abschnitt: Unterversorgung.....	33
§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung	33
§ 28 Definition der Unterversorgung.....	33
§ 29 Definition der Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung	33
§ 30 Prüfung auf Unterversorgung	34
§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung	34
§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses.....	34



§ 33	Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss	35
§ 34	Maßnahmen des Landesausschusses	35
§ 35	Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V) 35	
8. Abschnitt:	Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V).....	36
§ 36	Zulassungstatbestände	37
§ 37	Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen	38
§ 38	Fachgebietswechsel	39
§ 39	Versorgungssteuerung in besonderen Fällen	39
9. Abschnitt:	Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen.....	39
§ 40	Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen.....	39
§ 41	Fachidentität	40
§ 42	Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens.....	42
§ 43	Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen	42
§ 44	Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage	43
§ 45	Berechnung der Anpassungsfaktoren	43
§ 46	Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung	43
§ 47	Psychotherapeuten und Jobsharing	43
10. Abschnitt:	Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur.....	44
§ 48	Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung.....	44
§ 49	Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte	44
§ 50	Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur	45
11. Abschnitt:	Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse	45
§ 51	Bestimmung der Anrechnungsfaktoren	45
§ 52	Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing	46
§ 53	Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung.....	46
§ 54	Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung.....	46
§ 55	Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen	46
§ 56	Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung	47
§ 57	Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V	47
Abschnitt 12:	Beschäftigung von angestellten Ärzten.....	47
§ 58	Anstellungsvoraussetzungen.....	47
§ 59	Fachidentität	48
§ 60	Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens.....	49
§ 61	Anstellung von Psychotherapeuten.....	49
§ 62	Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung.....	50
13. Abschnitt:	Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	50



Unterabschnitt 1: Inkrafttreten	50
§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist	50
§ 64 Zeitlich begrenzte Fortgeltung der Richtlinie 2007	51
Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen	51
§ 65 Planungsbereiche	51
§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad	52
§ 67 Versorgungssteuerung	53
§ 68 Übergangsregelung zur gesonderten fachärztlichen Versorgung einschließlich Moratorium	53
Übersicht über die Anlagen	54



(redaktionelle Anmerkung: Verweise im Richtlinien text erfolgen vorbehaltlich einer abschließenden Prüfung auf Richtigkeit)

1. Abschnitt: Allgemeines

Der G-BA strebt eine sprachliche Gleichberechtigung der Geschlechter an. Die Verwendung von geschlechtlichen Paarformen würde aber Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken. Die in diesen Richtlinien verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb auch jeweils in ihrer weiblichen Form.

§ 1 Zweck und Regelungsbereich

- (1) Die Richtlinie dient der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und Zulassungsbeschränkungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (einschließlich der psychotherapeutischen Versorgung) aufgrund von Überversorgung und Unterversorgung.
- (2) Zu diesem Zweck regelt die Richtlinie auf der Grundlage der nachstehenden gesetzlichen Bestimmungen
 1. die vertragsärztliche Bedarfsplanung, insbesondere den Inhalt der Feststellungen in den Bedarfsplänen und die Abgrenzung der Planungsbereiche (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 sowie § 99 SGB V; § 12 Abs. 3 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Ärzte-ZV),
 2. Beispiele regionaler Besonderheiten, die bei der Aufstellung der Bedarfspläne zur Begründung eines Abweichens von dieser Richtlinie herangezogen werden können (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V)
 3. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades und von Überversorgung in den einzelnen Arztgruppen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 101 Abs. 5, § 103 Abs. 1 SGB V; § 16 b Abs. 1 Satz 3 Ärzte-ZV).
 4. Maßstäbe für zusätzliche lokale sowie für qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen als Voraussetzungen für Ausnahmen bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V),
 5. allgemeine Voraussetzungen, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen nach § 100 Absatz 3 SGB V einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V).
 6. Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Beurteilung einer drohenden oder bestehenden Unterversorgung (§ 104 Abs. 1 SGB V; § 16 Abs. 1 Ärzte-ZV),
 7. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V),
 8. Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung



- von Ärzten, die bei Vertragsärzten angestellt sind,
- von Ärzten, die in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätig sind,
- von Ärzten, die in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigt sind,
- von ermächtigten Ärzten und von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten, sowie
- von Ärzten, die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellt sind,

bei der Bedarfsplanung sowie der Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse,

9. die Voraussetzungen für die Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V),
10. die besondere Überversorgungsfeststellung und Durchführung von Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 4 SGB V).
11. Übergangsregelungen für die Anpassung der bisherigen Bedarfsplanungsrichtlinie (Richtlinie 2007) an die Anforderungen der Neuregelung (Richtlinie 2012).

- (3) Soweit sich diese Richtlinie auf Ärzte bezieht, gilt sie entsprechend für Psychotherapeuten.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Von dieser Richtlinie darf mit Begründung im Sinne des § 12 A-ZV abgewichen werden, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern (§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Regionale Besonderheiten im Sinne des § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V können insbesondere sein:

1. die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen),
2. die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten),
3. sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf)
4. räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung, geographische Phänomene wie Gebirgszüge oder Flüsse, Randlagen, Inseln oder eine besondere Verteilung von Wohn- und Industriegebieten)

oder

5. Infrastrukturelle Besonderheiten (u.a. Verkehrsanbindung, Sprechstundenzeiten/ Arbeitszeiten und Versorgungsschwerpunkte des Vertragsarztes, Barrierefreiheit, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche unter Berück-



sichtigung von Über- und Unterversorgung und anderer Sektoren, z.B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc.)

Ist es aufgrund regionaler Besonderheiten für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich, von diesen Richtlinien abzuweichen, sind die Abweichungen in den nach § 99 Abs. 1 Satz 1 SGB V aufzustellenden Bedarfsplänen zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

- (1) Die Richtlinie gilt bundeseinheitlich. Absatz 2 bleibt unberührt.
- (2) Sofern gemäß § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV von Kassenärztlichen Vereinigungen oder Landesausschüssen in den vorgeschriebenen Verfahren abweichende Regelungen zu dieser Richtlinie vorgesehen werden, sind die abweichenden Regelungen bei der Anwendung dieser Richtlinie verbindlich.

2. Abschnitt: Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 4 Bedarfsplan

(1)

DKG / GKV-SV / KBV	PatV
<p>¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. ²Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsbezirk.³Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. ⁴Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, beginnend mit dem Stand zum 1. Juli</p>	<p>¹Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen Bedarfspläne auf, die den Stand und den Bedarf an ärztlicher Versorgung darstellen sollen. ²Der Bedarfsplan umfasst Grundsätze zur regionalen Versorgung, systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie sowie die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsbezirk. Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung behinderter Menschen umfasst der Bedarfsplan im Rahmen der ärztlichen Versorgung auch Feststellungen über den bestehenden Umfang einer barrierefreien ärztlichen Versorgung sowie im Rahmen der Ziele der Bedarfsplanung</p>



<p>2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). ⁵Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich, beginnend mit dem Stand zum 1. Juli 2013 die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsbezirk erstellt (Stand der Bedarfsplanung). ⁶Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 4 und 5 genannten Fristen verkürzt werden. ⁷Abs. 3 bleibt unberührt. ⁸Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV und den jeweiligen Landesregelungen.</p>	<p>Festlegungen zum angestrebten Umfang barrierefreier vertragsärztlicher Versorgung und ggf. geeigneter Maßnahmen. ⁴Der Bedarfsplan ist kontinuierlich fortzuschreiben und dem Landesausschuss in elektronischer weiterverarbeitbarer Form zur Verfügung zu stellen. ⁵Von den Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zeitabständen von drei bis fünf Jahren, beginnend mit dem Stand zum 1. Juli 2013, die Grundsätze zur regionalen Versorgung und systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie beschrieben (Grundsätze der Bedarfsplanung). ⁶Darüber hinaus wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen in der Regel halbjährlich, beginnend mit dem Stand zum 1. Juli 2013 die Berichterstattung über die fachgruppenspezifischen Versorgungsgrade je Planungsbezirk erstellt (Stand der Bedarfsplanung). ⁷Erforderlichenfalls können die in den Sätzen 5 und 6 genannten Fristen verkürzt werden. ⁸Abs. 3 bleibt unberührt. ⁹Die Beteiligung anderer Stellen richtet sich nach §§ 90a und 99 SGB V und §§ 13 und 14 der Ärzte-ZV.</p>
--	--

- (2) ¹Inhalt und Form der Übersichten nach Absatz 1 Satz 2 richten sich nach der Anlage 2. ²Die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellt basierend auf Anlage 2 eine Datensatzbeschreibung für die elektronische Übermittlung der Daten durch die KVen.
- (3) Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen benutzen das in Anlage 2.2 niedergelegte Schema, in der nach dieser Regelung jeweils aktualisierten Form; auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen gegebenenfalls Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

§ 5 Versorgungsebenen

- (1) Als Grundstruktur der Bedarfsplanung werden vier Versorgungsebenen bestimmt, welche für die Zuordnung der Arztgruppen und den Zuschnitt der Planungsbereiche und dementsprechend für die Versorgungsgradfeststellung mittels Verhältniszahlen maßgeblich sind:



1. hausärztliche Versorgung;
 2. allgemeine fachärztliche Versorgung;
 3. spezialisierte fachärztliche Versorgung;
 4. gesonderte fachärztliche Versorgung.
- (2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des 5. Abschnitts festgestellt.

§ 6 Arztgruppen

- (1) Die Bestimmung der Arztgruppen in § 4 erfolgt nach ihrer Versorgungsausrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung.
- (2) Fachärzte mit Facharztbezeichnungen, welche nach den geltenden Weiterbildungsordnungen nicht mehr erworben werden können, werden der Arztgruppe zugeordnet, der das Gebiet nach dem geltenden Recht zugeordnet ist (z. B. Ärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde zum Gebiet der Internisten).
- (3) Die gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V ausschließlich an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemein- / Praktischen Ärzte, werden bedarfsplanungsrechtlich dem Fachgebiet zugeordnet, dem die ausgeführten fachärztlichen Leistungen nach geltendem Weiterbildungsrecht vorrangig zuordbar sind.
- (4) Führen Vertragsärzte, die nach ihrer bisherigen Bezeichnung einer der Arztgruppen nach §§ 11 - 13 zugeordnet worden sind, aufgrund von Änderungen des Weiterbildungsrechts in weiterbildungsrechtlich zulässigen Fällen eine Bezeichnung für ein Gebiet, dessen Definition zwei Arztgruppen betrifft, bleiben sie der Arztgruppe zugeordnet, in der sie überwiegend ärztliche Leistungen erbringen. Besondere Regelungen für den Fall der Umwandlung von Bezeichnungen oder Änderungen von Gebieten im Rahmen dieser Richtlinie bleiben unberührt.

§ 7 Planungsbereiche

¹Räumliche Grundlage für die Ermittlungen zum allgemeinen Stand der vertragsärztlichen Versorgung und zum jeweiligen örtlichen Stand der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Feststellungen zur Überversorgung oder Unterversorgung ist der Mittelbereich, die kreisfreie Stadt, der Landkreis, die Kreisregion oder die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstitutes für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) bzw. der von einer KV umfasste Bereich (Planungsbereiche). ²Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3 ersichtlich. ³Abweichend von Satz 1 kann der Landesausschuss mit 2/3 Mehrheit im Fall einer Gebietsreform beschließen, dass die Planungsbereiche hiervon unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen. ⁴Für die Mittelbereiche und Raumordnungsregionen, welche die Bezirke der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreiten, werden Anpassungen vorgenommen. ⁵Diese sind in Anlage 3 ersichtlich. ⁶Eine genaue Beschreibung der Planungsbereiche erfolgt in den §§ 11 bis 14.



§ 8 Verhältniszahlen

DKG / GKV-SV / KBV	PatV
<p>(1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V gemäß §§ 11 – 13 bestimmt werden.</p>	<p>(1) Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad wird durch arztgruppenspezifische Allgemeine Verhältniszahlen ausgedrückt, die auf der Grundlage von § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 sowie § 101 Abs. 5 (Hausärzte) in Verbindung mit § 101 Abs. 2 SGB V in dem Verfahren nach den §§ 4 bis 8 bestimmt werden. Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 2 zu bestimmen. Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, bestimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.</p>
<p>(2) Als Grundlage für die arztgruppenspezifische Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung im Planungsbereich sind die arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (Allgemeine Verhältniszahlen) nach Maßgabe des Absatzes 2 zu bestimmen. Sofern Verhältniszahlen auf der Grundlage von § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V abweichend von dem Verfahren der §§ 11 bis 14 und der Anlage 5 arztgruppenspezifisch und regional abweichend festgestellt werden, be-</p>	<p>(2) Der für die Versorgungsebenen maßgebliche regionale Versorgungsgrad wird arztgruppenspezifisch nach Maßgabe des § 9 festgestellt.</p>



<p>stimmen diese Verhältniszahlen den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad im Sinne dieser Richtlinie.</p>	
	<p>(3) Erforderliche Grundlagen für die Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen sind in der Anlage 5 dargestellt.</p>
	<p>(4) Der G-BA bestimmt für jeden Planungsbereich den Bedarfsindex nach § 9, berechnet die arztgruppenspezifischen Allgemeinen Verhältniszahlen und weist für jeden Planungsbereich spezifische Soll-Ärztzahlen für jede Arztgruppe aus. Norm-Verhältniszahlen und Soll-Ärztzahlen werden wie folgt bestimmt:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Für die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen wird die tatsächliche Anzahl der Einwohner je Arzt der jeweiligen Arztgruppe herangezogen, die dem Durchschnitt der Planungsbereiche entspricht, für welche ein mittlerer Versorgungsbedarf nach dem Verfahren des § 9 (Bedarfsindex als Mitbestimmungsgröße) gemessen wurde. Basis ist das bedarfsmittlere Viertel der Planungsbereiche (Norm-Kreise/Norm-Mittelbereiche bzw. Norm-Raumordnungsregionen).2. Die arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahlen werden in Abhängigkeit vom relativen Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich angepasst: Für jede Planungsregion werden die Einwohnerzahl, differenziert nach Kindern (bis 14 Jahren) und Erwachsenen (ab 15 Jahren) durch die jeweilige allgemeine Norm-Verhältniszahl der Fachgruppe dividiert. Die sich daraus ergebende Soll-Ärztzahl wird mit dem Wert des nach § 9 ermittelten Bedarfsindex dieses Planungsbereiches (je nach Fachgruppe „Bedarfs-



	<p>index Kinder“ oder „Bedarfsindex Erwachsene“) multipliziert. Das Ergebnis stellt die regionale Soll-Ärztzahl dar.</p>
	<p>(5) Der G-BA weist ergänzend für Maßnahmen nach § Z für jeden Planungsbereich auf Basis der Bevölkerungsprognosen der Statistischen Landesämter prospektive Planungswerte über einen 10-Jahreszeitraum aus.</p>
	<p>§ 9 Bedarfsindex</p>
	<p>(1) ¹Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung wird zum Zwecke der Festlegung der arztgruppenspezifischen allgemeinen Norm-Verhältniszahl (§ 8 Abs. 4 Nr. 1) sowie ihrer Modifikation in den Planungsbereichen (§ 8 Abs. 4 Nr. 2) der Versorgungsbedarf eines Planungsbereichs anhand des Bedarfsindex gemessen. ²Der Bedarfsindex gibt, getrennt für Kinder und Erwachsene, an, in welchem prozentualen Ausmaß der Ärztebedarf in einer Region aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur, ihrer sozioökonomischen Situation und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht. ³Der Bedarfsindex wird für die Ermittlung der Norm-Verhältniszahlen sowie der regionalen Soll-Ärztzahlen nach § 6 Absatz 4 verwendet.</p>
	<p>(2) ¹Der Bedarfsindex wird auf der Basis geeigneter demografischer, morbiditätsbezogener und sozioökonomischer Faktoren mit Einfluss auf den Bedarf an ärztlichen Leistungen gemäß Absatz 3 berechnet. ²Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen kann nach den Vo-</p>



	<p>raussetzungen des § 99 SGB V vom Bedarfsindex zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten abgewichen werden.</p>
	<p>(3) ¹Der Bedarfsindex setzt sich aus zwei Faktoren zusammen. ²Faktor 1 misst, in welchem Ausmaß der Versorgungsbedarf einer Region aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur vom Bundesdurchschnitt abweicht. ³Faktor 2 misst, in welchem Ausmaß der Versorgungsbedarf einer Region aufgrund ihrer sozioökonomischen Situation und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht.</p> <p>⁴Der Bedarfsindex wird in folgenden Schritten berechnet:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Für den Faktor 1 wird der quantitative Zusammenhang zwischen der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur einerseits und dem Ärztebedarf andererseits auf Basis des aktuellen altersbezogenen durchschnittlichen Ausgabenprofils des Risikostrukturausgleichs (RSA) der gesetzlichen Krankenversicherung für ambulante ärztliche Leistungen bestimmt. ²Auf der Grundlage des RSA-Ausgabenprofils wird jeder Altersstufe der Wert der GKV-durchschnittlichen Ausgaben für ambulante medizinische Leistungen für diese Altersstufe zugeordnet. ³Die Abweichung des Ärztebedarfs im Planungsbereich wird dadurch ermittelt, dass die altersspezifischen Werte der GKV-durchschnittlichen Ausgaben für ambulante medizinische Leistungen mit den jeweiligen Anteilen der Altersstufen an der regionalen Bevölkerung gewichtet werden und auf dieser Basis ein gewichteter Durchschnittswert berechnet wird. ⁴Die prozentuale Abweichung dieses Wertes vom Bundesdurchschnitt entspricht dem Ausmaß, in dem der Ärztebedarf in der Planungsregion aufgrund ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur vom bundesdurchschnittlichen Ärztebedarf abweicht. ⁵Für die Planung von



	<p>Fachgruppen, die ausschließlich Kinder behandeln, wird der Teilindex „Altersstruktur Kinder“ angewendet, der sich nur auf die Altersgruppe von 0 bis 14 Jahre bezieht; bei allen anderen Fachgruppen wird der Teilindex „Altersstruktur Erwachsene“ (Altersgruppe ab 15 Jahre) angewendet.</p> <p>2. ¹Für den Faktor 2 wird der quantitative Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Situation einer Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung einerseits und dem Ärztebedarf andererseits bestimmt. ²Hierzu sind zunächst nachgewiesenermaßen bedarfsrelevante sozioökonomische und morbiditätsbezogene Indikatoren zu einem Faktor zu verdichten. ³Anschließend wird der quantitative Zusammenhang zwischen diesem Faktor einerseits und dem Ärztebedarf andererseits anhand statistischer Verfahren bestimmt, wobei der Ärztebedarf durch die Variable Mortalität repräsentiert wird. ⁴Dabei ist der Zusammenhang um Einflüsse von Alters- und Geschlechtsstruktur zu bereinigen. ⁵Die Abweichung des Ärztebedarfs im Planungsbereich wird dadurch ermittelt, dass die planungsbereichsspezifische Mortalität auf Basis der regionalen Ausprägungen des Faktors 2 geschätzt wird. ⁶Die prozentuale Abweichung der für den Planungsbereich geschätzten Mortalität von der geschätzten bundesdurchschnittlichen Mortalität entspricht dem Ausmaß, in dem der Ärztebedarf in der Planungsregion aufgrund der sozioökonomischen Situation dieser Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung vom Bundesdurchschnitt abweicht.</p> <p>3. ¹Die Teilergebnisse von Faktor 1 („Teilindex Kinder“ und „Teilindex Erwachsene“) und von Faktor 2 werden für jede kreisfreie Stadt bzw. jeden Landkreis gleichgewichtig (0,5) addiert. ²Die Summen bilden für jede kreisfreie Stadt und jeden Landkreis einen „Bedarfsin-</p>
--	---



	dex Kinder“ sowie einen „Bedarfsindex Erwachsene“. ³ Die prozentuale Abweichung vom Bundesdurchschnitt bildet den Mehr- oder Minderbedarf an ambulanter ärztlicher Leistung im Planungsbereich ab.
	(4) Die Berechnungen nach Absatz 3 werden einmal pro Jahr vom Gemeinsamen Bundesausschuss durchgeführt und als Anlage zu dieser Richtlinie veröffentlicht.
	(5) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.

§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demografiefaktor

PatV	DKG
Die Grundlage ist aus Sicht der PatV nicht nachvollziehbar, so dass die Regelung insgesamt abgelehnt wird.	Die DKG spricht sich grundsätzlich gegen die Einbeziehung der Arztgruppen in § 14 aus. Gleichfalls ist aus Sicht der DKG nicht nachvollziehbar, aus welchem Grund für diese Arztgruppen der Demografiefaktor nicht angewandt werden soll. Aus Sicht der DKG ist dieses Vorgehen nicht akzeptabel. Sofern die Arztgruppen in § 14 der Richtlinie geplant werden, spricht sich die DKG dafür aus, dass der Demografiefaktor Anwendung findet.

- (1) Die Allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor modifiziert. Die Modifikation erfolgt planungsbereichsbezogen durch Multiplikation der Allgemeinen Verhältniszahl mit dem Demografiefaktor. Der Demografiefaktor wird durch Altersfaktoren und einen Leistungsbedarfsfaktor gemäß den Absätzen 3 bis 4 berechnet. Durch einvernehmlichen Beschluss der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen kann vom Demografiefaktor begründet abgewichen werden.
- (2) Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater sowie den Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 kommt der Demografiefaktor nicht zur Anwendung.
- (3) Die Altersfaktoren sind die Anteile der unter 65-jährigen bzw. 65-jährigen und älteren Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung in Prozent. Sie werden für die Frauen-



ärzte auf der Basis der Frauen berechnet. Bei den anderen Arztgruppen werden Frauen und Männer gezählt. Die Altersfaktoren werden in allgemeine Altersfaktoren nach Nummer 1 und regionale Altersfaktoren nach Nummer 2 unterschieden.

1. Die allgemeinen Altersfaktoren werden zum Stichtag 31.12.2010 ermittelt.

Daraus ergeben sich folgende allgemeine Altersfaktoren:

	Allgemeiner Altersfaktor unter 65	Allgemeiner Altersfaktor 65 und älter
Gesamtbevölkerung	79,4	20,6
Bevölkerung (weiblich)	79,0	21,0

2. Die regionalen Altersfaktoren werden auf der Basis des letzten amtlichen Standes der Wohnbevölkerung im Planungsbereich berechnet.
- (4) Der Leistungsbedarfsfaktor wird auf der Basis der Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Abstand von fünf Jahren berechnet. Es ist der Leistungsbedarf in Punkten für die 12 letzten Abrechnungsquartale getrennt für die Arztgruppen, die nicht nach Absatz 2 ausgeschlossen sind und für die Altersgruppen der Versicherten unter 65 Jahren bzw. 65 Jahre und älter zu ermitteln. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf ohne Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermittelt. Die ermittelten Punktzahlen sind durch die Anzahl der Versicherten der jeweiligen Altersgruppe zu teilen. Bei der Arztgruppe der Frauenärzte sind nur die Frauen zu zählen. In jeder Arztgruppe wird nun der Leistungsbedarf je Versicherten der 65-Jährigen und älteren durch den Leistungsbedarf je Versicherten der unter 65-Jährigen geteilt. Das Ergebnis ist der Leistungsbedarfsfaktor. Diese Relation drückt das Verhältnis des Behandlungsbedarfs der 65-jährigen und älteren Bevölkerung zu dem der bis 65 Jährigen aus.
 - (5) Der Demografiefaktor wird je Arztgruppe aus den Altersfaktoren und dem Leistungsbedarfsfaktor der jeweiligen Arztgruppe bestimmt: Es wird die Summe aus dem allgemeinen Altersfaktor der unter 65 und dem Produkt von allgemeinem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor gebildet. Diese Summe wird geteilt durch die Summe aus regionalem Altersfaktor der unter 65-jährigen und dem Produkt von regionalem Altersfaktor der 65-jährigen und älteren Bevölkerung mal Leistungsbedarfsfaktor.
 - (6) Die Berechnungen der Absätze 3 bis 5 werden einmal pro Jahr von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt.
 - (7) Die Anpassung der Verhältniszahl der Arztgruppen erfolgt nach Durchführung der Berechnungen jeweils zum 30. Juni eines Jahres.
 - (8) Bei der Besetzung von Arztsitzen, die aufgrund des Demografiefaktors ausgeschlossen werden, hat der Zulassungsausschuss in geeigneten Fällen darauf hinzuwirken, dass möglichst solche Bewerber Berücksichtigung finden, die zusätzlich zu ihrem Fachgebiet über eine gerontologisch/geriatrische Qualifikation verfügen.



- (9) Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungsrichtlinie tritt der Leistungsbedarfsfaktor nach Abs. 4 außer Kraft.
- (10) Die arztgruppenbezogenen Leistungsbedarfsfaktoren sowie ein Rechenbeispiel sind in Anlage 4 aufgeführt.

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

¹Der Landesausschuss hat auf der Grundlage von Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über die vom Zulassungsausschuss ausgesprochenen Zulassungen im Planungsbereich in geeigneten Zeitabständen den Stand der Versorgung zu überprüfen. ²Die Mitteilung erstreckt sich bei psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten auch auf die gemäß § 12 jeweils zum 31. Dezember des Jahres zu treffende Feststellung über die Zuordnung von Vertragsärzten als ausschließlich psychotherapeutisch tätige oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte.

3. Abschnitt: Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

- (1) Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung sind Hausärzte

GKV-SV / PatV	KBV / DKG
und Kinderärzte. <i>Position:</i> Kinderärzte auf Mittelbereichsebene beplanen und Hausärztlicher Versorgung zuordnen.	<i>Position:</i> Kinderärzte auf Kreisebene beplanen und Fachärztlicher Versorgung zuordnen.

- (2) Zur Arztgruppe der Hausärzte gehören gemäß § 101 Abs. 5 SGB V:
 - 1. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V vorliegt,
 - 2. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V gewählt haben,
 - 3. sofern sie nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eine entsprechende Bezeichnung erworben haben: Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte).



GKV-SV / PatV	KBV / DKG
<p>4. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.</p> <p>(3) Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) vorgenommen werden. Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.</p> <p>(4) Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. Abweichungen gemäß § 68 sind zulässig. Die Region nach § 65 Abs. 3 bleibt unberührt. Die Verhältniszahl für Kinderärzte wird einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Kinderarzt zu 5.041 Kindern festgelegt. Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die Altersgruppe der Kinder bis einschließlich zu ihrem 18. Geburtstag</p> <p>(5) Bei der Zulassung von Kinderärzten ist die prognostische Anzahl von Kindern in zehn Jahren ausgehend vom Zulassungszeitpunkt zu berücksichtigen. Führt die Anzahl von Kindern in zehn Jahren im Vergleich zur derzeitigen Anzahl von Kindern zu einem Absinken</p>	<p>(3) Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich der Mittelbereich über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung, sind die Teile der Mittelbereiche getrennt zu beplanen. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen in Stadtteile, Ortsbereiche) vorgenommen werden. Die abweichende Raumgliederung ist bekannt zu geben. Die Planungsbereiche sind aus der Anlage 3.1 ersichtlich.</p> <p>(4) Die Verhältniszahl wird für die Arztgruppe der Hausärzte einheitlich mit dem Verhältnis: 1 Hausarzt zu 1.671 Einwohnern festgelegt. Abweichungen gemäß § 68 sind zulässig. Die Region nach § 65 Abs. 3 bleibt unberührt.</p>



des Bedarfs an Kinderärzten, so sind Zulassungen bei einem Versorgungsgrad von 100 bis 110 v.H. befristet auf das Arbeitsleben des Arztes zu vergeben.	
--	--

4. Abschnitt: Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(1) Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung sind:

1. Augenärzte
2. Chirurgen
3. Frauenärzte
4. Hautärzte
5. HNO-Ärzte
6. Nervenärzte
7. Orthopäden
8. Psychotherapeuten
9. Urologen
10. Kinderärzte [KBV-Position]
11. Fachinternisten (spezialisiert fachärztlich tätig) [PatV-Position]

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Augenärzte gehören die Fachärzte für Augenheilkunde.
2. ¹Zur Arztgruppe der Chirurgen gehören die Fachärzte für Chirurgie, die Fachärzte für Allgemeine Chirurgie, die Fachärzte für Kinderchirurgie, die Fachärzte für Plastische Chirurgie, die Fachärzte für Plastische und Ästhetische Chirurgie, die Fachärzte für Gefäßchirurgie sowie die Fachärzte für Visceralchirurgie. ²Nicht zu dieser Arztgruppe gehören die Fachärzte für Herzchirurgie, die Fachärzte für Thoraxchirurgie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
3. Zur Arztgruppe der Frauenärzte gehören die Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.
4. Zur Arztgruppe der Hautärzte gehören die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.



5. Zur Arztgruppe der HNO-Ärzte gehören die Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, die Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie und die Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen.
6. Zur Arztgruppe der Nervenärzte gehören die Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Psychiater und Psychotherapeuten, wobei bei überwiegend psychotherapeutischer Tätigkeit eine Zuordnung zur Arztgruppe der Psychotherapeuten erfolgt.
7. Zur Arztgruppe der Orthopäden gehören die Fachärzte für Orthopädie und die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
8. Zur Arztgruppe der Psychotherapeuten gehören gemäß § 101 Abs. 4 Satz 1 SGB V die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte, die Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte, welche als solche gemäß § 95 Abs. 13 SGB V zugelassen oder in diesem Umfang tätig sind. Für die Bemessung des Tätigkeitsumfangs im Einzelnen gilt § 18. Für die Bemessung wird bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten ein Faktor von 0,7 zugrunde gelegt. Die Erteilung einer Zulassung als überwiegend psychotherapeutisch tätiger Vertragsarzt ist nur zulässig, wenn der Vertragsarzt gleichzeitig in seinem Fachgebiet zugelassen ist oder wird. Die Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte berührt, unbeschadet der Regelung in § 15 Abs. 2, den Status als Hausarzt nicht, sofern keine Genehmigung zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V vorliegt. Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten:
 - ausschließlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassene Leistungserbringer, die nicht berechtigt sind, Personen zu Lasten der GKV zu behandeln, deren Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen hat,
 - Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. erreichen bzw. überschreiten.
9. Zur Arztgruppe der Urologen gehören die Fachärzte für Urologie.
10. Zur Arztgruppe der Kinderärzte gehören die Fachärzte für Kinderheilkunde und die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin.

DKG/KBV/GKV-SV	PatV
	11. Internisten ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung und die Fach-



	<p>ärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Angiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Gastroenterologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Kardiologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Nephrologie, die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie sowie die Fachärzte für Innere Medizin und Schwerpunkt Rheumatologie. 2Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.</p>
--	--

- (4) Planungsbereich für die allgemeine fachärztliche Versorgung ist die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion. Kreisregionen sind Kreiszusammenfassungen in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Für die Feststellung der Allgemeinen Verhältniszahlen und die Überversorgung werden die Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtreionen des BBSR. Die Methodik zur Bestimmung der Kreistypen ist in Anlage XX beschrieben. Zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung kann eine abweichende Raumgliederung (Zusammenlegung oder weitere Untergliederungen) vorgenommen werden. Die Planungsbereiche und ihre Typisierung sind aus der Anlage 3.2 ersichtlich.

- (5) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt (Position PatV: Generalvorbehalt gegenüber Verhältniszahlen, siehe Antrag PatV §§ 8 und 9)

	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042



Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeu- ten	3.079	7.496	9.103	9.930	6.021
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

(6) Für die Region nach § 65 Abs. 3 gelten gesonderte Verhältniszahlen.

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

(1) Der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

1. Anästhesisten
2. Fachinternisten (spezialisiert fachärztlich tätig)
PatV sieht das Erfordernis der Zuordnung der Fachinternisten zu § 12
3. Kinder- und Jugendpsychiater
4. Radiologen

(2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Anästhesisten gehören die Fachärzte für Anästhesiologie und die Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivtherapie.
2. ¹Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gemäß § 101 Abs. 5 Satz 3 SGB V gehören alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. ²Die Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausärzte) können – unbeschadet der Regelung des § 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V – nicht an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
3. Zur Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) gehören die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und die Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
4. Zur Arztgruppe der Radiologen gehören die Fachärzte für Radiologie, die Fachärzte für Strahlentherapie und Radiologische Diagnostik, die Fachärzte für Radiologische Diagnostik sowie die Fachärzte für Diagnostische Radiologie.

DKG/KBV/GKV-SV	PatV
(3) Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Raumordnungsregion in	(3) Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist die Kreisebene in der Zuord-



<p>der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich die Raumordnungsregion über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Raumordnungsregion getrennt zu beplanen.</p>	<p>nung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Erstreckt sich die Kreisebene über die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung sind die Teile der Kreisebene getrennt zu beplanen.</p>
--	---

- (4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) bestimmen sich wie folgt:

Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909

GKV-SV: Dabei bezieht sich die Verhältniszahl für die Kinder- und Jugendpsychiater auf unter 18-jährige.

- (5) Bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie hat der Zulassungsausschuss darauf hinzuwirken, dass Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

- (1) Der gesonderten fachärztlichen Versorgung gehören folgende Arztgruppen an:

KV-SV / KBV / PatV	DKG
<ol style="list-style-type: none"> 1. Humangenetiker 2. Laborärzte 3. Neurochirurgen 4. Nuklearmediziner 5. Pathologen 6. Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner 7. Strahlentherapeuten 8. Transfusionsmediziner 	<p>grundsätzlich ablehnende Haltung zur Beplanung dieser Arztgruppen (siehe auch <u>§§ 9 Abs. 2; 14 Abs. 3; 63 sowie 68</u>)</p>

- (2) Es gelten folgende Definitionen für die Arztgruppen:

1. Zur Arztgruppe der Humangenetiker gehören die Fachärzte für Humangenetik.



2. Zur Arztgruppe der Laborärzte gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für experimentelle und diagnostische Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
3. Zur Arztgruppe der Neurochirurgen gehören die Fachärzte für Neurochirurgie.
4. Zur Arztgruppe der Nuklearmediziner gehören die Fachärzte für Nuklearmedizin.
5. Zur Arztgruppe der Pathologen gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie und die Fachärzte für pathologische Anatomie.
6. Zur Arztgruppe der Physikalischen- und Rehabilitations-Mediziner gehören die Fachärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
7. Zur Arztgruppe der Strahlentherapeuten gehören die Fachärzte für Strahlentherapie.
8. Zur Arztgruppe der Transfusionsmediziner gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionsmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin.

(3) Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist der **Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung**. § 12 Abs. 2 Satz 2 Ä-ZV bleibt unberührt (Position DKG: keine Beplanung vorsehen, s.o. // Position PatV: Planung auf Kreisebene vorsehen, ebenso bei § 12)

(4) Die Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung bestimmen sich wie folgt (Position PatV: Generalvorbehalt gegenüber Verhältniszahlen):

Humangenetiker	551.258
Laborärzte	92.728
Neurochirurgen	146.552
Nuklearmediziner	107.698
Pathologen	109.918
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	155.038
Strahlentherapeuten	157.796
Transfusionsmediziner	1.202.229



§ 15 Weitere Arztgruppen

Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft in Abständen von zwei Jahren, welche weiteren Arztgruppen entsprechend ihrer zahlenmäßigen Entwicklung oder aufgrund der Änderung der fachlichen Ordnung oder zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung in die Planung einbezogen werden.

§ 16 Praxisnachfolge

Im Falle der Praxisnachfolge gilt, dass die Praxis auch für Ärzte ausgeschrieben werden kann, welche ganz oder teilweise in einem Fachgebiet tätig sind, welches mit dem alten Fachgebiet übereinstimmt. Bei der Nachbesetzung soll zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung eine ausgewogene Verteilung der von dieser Regelung betroffenen Fachgebiete gesichert sein (z.B. bei Fachinternisten mit Schwerpunkten oder Nervenärzten (Psychiater/Neurologen)).



5. Abschnitt Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

§ 17 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades

- (1) Die örtliche Verhältniszahl wird auf der Grundlage der zum Zeitpunkt der Feststellung im Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Vertragsärzte und angestellten Ärzte (Anrechnungsfaktor nach § 21) der Arztgruppe im Verhältnis zur Einwohnerzahl ermittelt. Die Zahl der Einwohner bemisst sich nach der Wohnbevölkerung nach dem letzten amtlichen Stand.
- (2) Bei der Feststellung nach Absatz 1 ist der Demografiefaktor zu berücksichtigen.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

- (1) In der Gruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzte wird für die Feststellungen des Versorgungsgrades jeweils auf den 31. Dezember des vorausgegangenen Jahres auf der Grundlage einer durchschnittlichen Berechnung des ersten bis dritten Quartals des Vorjahres und des vierten Quartals des vor dem Vorjahr liegenden Jahres abgestellt. Wird der Zeitraum von vier Quartalen wegen der Dauer der vorausgegangenen Tätigkeit des Arztes nicht ausgefüllt, ist auf der Grundlage der tatsächlichen Tätigkeitsdauer der Anteil der psychotherapeutischen Leistungen am Gesamtanteil der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. Die überwiegend psychotherapeutisch tätigen oder als solche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet zugelassenen Vertragsärzte werden auch beim örtlichen Versorgungsgrad ungeachtet ihres tatsächlichen Leistungsanteils mit dem Faktor 0,7 angerechnet. Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV wird der Faktor halbiert.
- (2) Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind zugelassene Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin sowie Ärzte, welche als ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind, sowie Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v.H. überschreiten. Als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gelten Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen mehr als 50 v.H., jedoch nicht mehr als 90 v. H. ihrer ärztlichen Leistungen umfassen. Ab dem 1. April 2005 zählen als psychotherapeutische Leistungen in diesem Sinne die Leistungen der Abschnitte 35.2 und 35.3 sowie die Leistungen nach den Nrn. 35111 bis 35113, 35120, 35130, 35131, 35140 bis 35142 und 35150 des EBM mit Stand vom 1. April 2005. Der Leistungsanteil der psychothe-



psychotherapeutischen Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen der vorgenannten psychotherapeutischen Leistungen des EBM an den gesamten Punktzahlen des Arztes ermittelt. Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.

- (3) Die Berücksichtigung ermächtigter Psychotherapeuten und angestellter Psychotherapeuten erfolgt gemäß §§ 22 und 58.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

- (1) Hausärzte, welche zum Stichtag 31.12. des Vorjahres der Arztgruppe der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden nicht erfasst, Hausärzte, welche zu diesem Stichtag der Arztgruppe der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte zuzuordnen sind, werden mit dem Faktor 0,3 erfasst.
- (2) Hausärzte, welche neben der Hausarztfunktion eine fachärztliche Tätigkeit unter einer weiteren Facharztbezeichnung wahrnehmen, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

Vertragsärzte, welche neben ihrer Zulassung im Fachgebiet als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte zugelassen sind oder als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfasst und in der Arztgruppe der Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,7 angerechnet werden, werden bei der Bestimmung der regionalen Verhältniszahl der Arztgruppe, in der sie im Fachgebiet zugelassen sind, mit dem Faktor 0,3 angerechnet. Für die entsprechenden Vertragsärzte mit einem hälftigen Versorgungsauftrag gemäß § 19a Ärzte-ZV werden die Faktoren halbiert.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

- (1) Ärzte, welche als Vertragsarzt für zwei Gebiete zugelassen sind, werden bei Feststellungen zum örtlichen Versorgungsgrad der jeweiligen Arztgruppe mit dem Faktor 0,5 zugerechnet. Bei Ärzten nach Absatz 2, welche in zwei Fachgebieten tätig sind, wird der Faktor halbiert.
- (2) Ärzte, welche durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss ihren Versorgungsauftrag auf die Hälfte gemäß § 19a Abs. 2 Ärzte-ZV beschränkt



haben oder bei denen der Zulassungsausschuss die hälftige Entziehung der Zulassung beschlossen hat, werden mit dem Faktor 0,5 erfasst.

- (3) Angestellte Ärzte eines Vertragsarztes nach § 95 Abs. 9 Satz 1 SGB V und die in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellten Ärzte werden entsprechend ihrer Arbeitszeit mit den Anrechnungsfaktoren nach §§ 51 und 58 auf den Versorgungsgrad angerechnet.
- (4) Endet die Leistungsbegrenzung nach § 26 bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen durch die Anordnung des Landesausschusses nach § 16 b Abs. 3 und 4 Ärzte-ZV, wird der angestellte Arzt eines Vertragsarztes oder eines Medizinischen Versorgungszentrums bei der Ermittlung des Versorgungsgrades nach dem Anrechnungsfaktor gemäß Absatz 3 berücksichtigt.
- (5) Bei Umwandlung einer Anstellung in eine Zulassung gemäß § 95 Abs. 9b SGB V wird der zugelassene Arzt mit dem Faktor 1 oder bei einer Dreivierteltags- oder Halbtagsstätigkeit mit dem Faktor 0,5 abgerechnet.

GKV-SV / KBV	DKG (ggf. andere Verortung)
<p>§ 22 Verbindlichkeit des Bedarfsplans, Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren</p> <p>(1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ermächtigt sind, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet. Abweichungen hiervon können einvernehmlich nach Maßgabe des Abs. 2 Satz 1 getroffen werden.</p>	<p>§ 22 Berücksichtigung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzten bei der Versorgungsgradmessung</p> <p>(1) Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten, welche in vollem oder im Sinne des § 19a Ärzte-ZV hälftigem Umfang eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ohne Überweisungsvorbehalt ermächtigt sind, werden wie Vertragsärzte oder Psychotherapeuten angerechnet.</p>
<p>(2) Das Maß der Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen über Absatz 3 hinaus ist regional einvernehmlich zwischen den für die Bedarfsplanung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkas-</p>	<p>(2) Die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte im Rahmen der Berechnung des Versorgungsgrades nach § 101 Abs. 1 Satz 9 und Satz 1, Nr. 2b SGB V erfolgt auf Grundlage der Daten nach § 303b SGB V i.V.m. § 268 SGB V. Der G-BA als Berechtigter nach § 303e Abs. 1 Nr. 9 SGB V</p>



<p>sen festzulegen. Dabei kann der Umfang der Anrechnung nur in fachgebietsbezogenen Vollversorgungsaufträgen berechnet werden.</p>	<p>fordert einmal jährlich bei der Institution nach § 303d SGB V einen Datensatz an. *) Der G-BA stellt diese Daten den Selbstverwaltungspartnern auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung.</p>
	<p>(3) Als Maßstab für die Anrechnung ist auf das erbrachte Fallzahlvolumen im Vergleich zum jeweils maßgeblichen vertragsärztlichen oder psychotherapeutischen Fachgruppendurchschnitt des Betrachtungszeitraumes abzustellen. Der Leistungsumfang von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen ist aggregiert auf Ebene der Einrichtungsart zu berücksichtigen. Näheres zur Anrechnung wird regional einvernehmlich zwischen den für die Bedarfsplanung zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen festgelegt. Von einer Anrechnung kann abgesehen werden, sofern im Rahmen der Ermächtigung vertragsärztliche Leistungen nur in vernachlässigbarem Umfang erbracht werden.</p>
	<p>(4) Eine Anrechnung nach Abs. 3 und 4 kann unterbleiben, sofern eine Vergleichbarkeit mit der jeweils maßgeblichen Arztgruppe nach Abs. 4 Satz 1 im jeweiligen Planungsbereich insbesondere hinsichtlich des zu behandelnden Patientenklientels und des Leistungsspektrums in überwiegenderem Maße nicht gegeben oder nicht möglich ist.</p> <p><i>*) Der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung verständigen sich hierzu gemeinsam und einheitlich auf den anfordernden Datenkranz/Datenalgorithmus und teilen diesen der Geschäftsstelle des G-BA mit.</i></p>



6. Abschnitt: Überversorgung

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bei der Feststellung von Überversorgung hat der Landesausschuss auf der Grundlage der Zuordnung des zu prüfenden Planungsbereiches gemäß §§ 11 bis 14 in Verbindung mit Anlage 3 sowie auf der Grundlage der danach gemäß § 8 für die zu prüfende Arztgruppe maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt zu verfahren:

1. Gegebenenfalls sind Korrekturfaktoren nach den §§ 19 bis 22 zu berücksichtigen;
2. Eine eventuelle Überversorgung durch Vergleich der beiden Verhältniszahlen ist gemäß § 24 festzustellen.

§ 24 Feststellung von Überversorgung

- (1) Ergibt der danach vorzunehmende Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen Allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten örtlichen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H. (die örtliche Einwohner/Arztrelation ist um 10 Prozentpunkte größer als die Allgemeine Verhältniszahl), so ist grundsätzlich von Überversorgung auszugehen.
- (2) Überschreitet der nach den vorstehenden Bestimmungen korrigierte örtliche Versorgungsgrad als örtliche Verhältniszahl die Allgemeine Verhältniszahl um 10 v. H. – dies ist der Fall, wenn die Allgemeine Verhältniszahl um 10 Prozentpunkte größer ist als die örtliche Einwohner/Arztrelation –, so liegt Überversorgung vor.

§ 25 Feststellungen des Landesausschusses zum regionalen Versorgungsgrad in der psychotherapeutischen Versorgung

- (1) Bei der Feststellung nach § 21 hat der Landesausschuss für die psychotherapeutische Versorgung für jeden Planungsbereich gemäß § 101 Abs. 4 SGB V folgende Feststellungen zu treffen:
 1. Der Versorgungsgrad für den Planungsbereich ist anhand der Allgemeinen Verhältniszahl zu ermitteln und in Psychotherapeutenzahlen auszudrücken.
 2. Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 25-prozentiger Anteil für psychotherapeutische Ärzte in Zahlen der Ärzte festzustellen (Quote).
 3. Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Leistungserbringer festzustellen, die gemäß § ... der Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (Quote).



4. Bei der Beurteilung von Überversorgung sind die Quoten nach den Nummern 2 und 3 mit den zahlenmäßig voll in Betracht kommenden Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugrunde zu legen, auch soweit Quoten durch eine entsprechende Zahl der Psychotherapeuten nicht ausgeschöpft sind (§ 101 Abs. 4 Satz 5 und 6 SGB V).
 5. Stellt der Landesausschuss Überversorgung fest, hat er zugleich eine Feststellung zu treffen, in welchem Umfang gemäß § 101 Abs. 4 SGB V – ausgedrückt in Psychotherapeutenzahlen – in jedem Versorgungsanteil Ärzte oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen werden können, wenn die Versorgungsanteile nicht ausgeschöpft sind.
 6. Die Feststellungen nach den Nummern 2 bis 5 sind auf der Grundlage der Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § ... zu treffen. Die letztmalige Feststellung nach § 101 Abs. 4 Sätze 5 und 6 ist spätestens am 1. Januar 2013 mit Wirkung für das Jahr 2013 zu treffen.
- (2) Bei den Feststellungen nach Nrn. 1 bis 3 wird auf halbe Zulassungen oder Genehmigungen aufgerundet.
 - (3) Ab 1. Januar 2014 gilt Absatz 1 mit folgender Maßgabe: Innerhalb der Quote nach Absatz 1 Nr. 2 ist ein 50 %-Anteil für Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie festzustellen und in die Beurteilung nach Absatz 1 Nr. 4 gesondert einzubeziehen. Absatz 1 Nr. 5 gilt für den Anteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entsprechend.
 - (4) Ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung an, darf der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der vom Landesausschuss für den jeweiligen Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 festgestellten nicht ausgeschöpften Psychotherapeutenzahlen Zulassungen für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Ärztliche Psychotherapeuten erteilen. Der Zulassungsausschuss entscheidet nach Maßgabe der Regelungen in § 26. Der Versorgungsanteil der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird nicht einbezogen.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

- (1) Kommt der Landesausschuss nach einer erstmaligen Feststellung von Überversorgung aufgrund der weiteren Entwicklung und seiner Prüfung zu der Folgerung, dass Überversorgung nicht mehr besteht, so ist der Aufhebungsbeschluss hinsichtlich der Zulassungsbeschränkungen mit der Auflage zu versehen, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten ist. Wird der Überversorgungsgrad bereits mit einer hälftigen Zulassung überschritten, kommt nur eine Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag oder eine hälftige Genehmigung in Betracht.



- (2) ¹Für Ärzte oder Psychotherapeuten, die gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V in beschränkter Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung zugelassen sind, und die nach den §§ 46 oder 47 in gesperrten Planungsbereichen nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, bewirkt die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen nach Absatz 1 im Fachgebiet, dass für solche Ärzte oder Psychotherapeuten die Beschränkung der Zulassung und die Leistungsbegrenzung für die Gemeinschaftspraxis nur nach Maßgabe der Bestimmung zum Umfang des Aufhebungsbeschlusses enden, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung. ²Die Beendigung der Beschränkung der Zulassung auf die gemeinsame Berufsausübung und der Leistungsbegrenzung nach zehnjähriger gemeinsamer Berufsausübung bleibt unberührt (§ 101 Abs. 3 Satz 2 SGB V).
- (3) Unter Berücksichtigung der Vorrangigkeit der in Absatz 2 Satz 1 geregelten Reihenfolge von Ärzten und Psychotherapeuten, deren Zulassungsbeschränkung und Leistungsbegrenzung aufgehoben wird, endet die Beschränkung der Leistungsbegrenzung bei angestellten Ärzten gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V nach Maßgabe der Bestimmung des Umfangs des Aufhebungsbeschlusses, und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der Jahre der Anstellung.
- (4) ¹Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:
1. Der Beschluss des Landesausschusses nach Absatz 1 ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.
 2. ¹In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potentielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. ²Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.
 3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:
 - berufliche Eignung,
 - Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
 - Approbationsalter,
 - Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V,
 - bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
 - Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z.B. Fachgebietsschwerpunkt), Barrierefreiheit).
- (4) Über die Beendigung von Zulassungs- und Leistungsbegrenzungen gemäß § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und 5 *SGB V ist vorrangig vor Anträgen auf (Neu-)Zulassung,



und zwar in der Reihenfolge der jeweils längsten Dauer der gemeinsamen Berufsausübung oder der Anstellung zu entscheiden.

7. Abschnitt: Unterversorgung

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung

Bei der Feststellung von Unterversorgung für einen vertragsärztlichen Planungsbereich ist von der Allgemeinen Verhältniszahl für die jeweilige Arztgruppe nach § 8 als Allgemeine Verhältniszahl auszugehen. Als allgemeine Verhältniszahl gilt die Verhältniszahl nach § 5 Abs. 1 Satz 2.

§ 28 Definition der Unterversorgung

Eine Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten liegt vor, wenn in bestimmten Planungsbereichen Vertragsarztsitze, die im Bedarfsplan für eine bedarfsgerechte Versorgung vorgesehen sind, nicht nur vorübergehend nicht besetzt werden können und dadurch eine unzumutbare Erschwernis in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen eintritt, die auch durch Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen nicht behoben werden kann.

§ 29 Definition der Unterversorgung und in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung

(GKV-SV)	(DKG-SV/KBV/PatV)
Das Vorliegen einer Unterversorgung ist zu vermuten , wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ ...) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ ...) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet.	Vom Vorliegen einer Unterversorgung ist auszugehen , wenn der Stand der hausärztlichen Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 v.H. und der Stand der fachärztlichen Versorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (§ ...) und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung (§ ...) jeweils den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 v. H. unterschreitet.

Eine Unterversorgung droht, wenn insbesondere aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertrags-ärzten in einem Umfang zu erwarten ist, der zum Eintritt einer Unterversorgung nach den in Satz 1 genannten Kriterien führen würde.



§ 30 Prüfung auf Unterversorgung

¹Liegt ein Anhalt für eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich vor, so ist auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung anhand der in den Planungsblättern enthaltenen Versorgungsdaten vorzunehmen. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung

- (1) Bei der Prüfung sind folgende Kriterien zu berücksichtigen:
1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Leistungsfähigkeit und Altersstruktur sowie die Praxisstruktur (Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft) und – soweit möglich – der Versorgungsbeitrag;
 2. Bei den Versicherten ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen;
 3. Bei Prüfungen zum Versorgungsgrad der hausärztlichen Versorgung der Umfang, in welchem außer Allgemein- / Praktischen Ärzten andere teilnahmeberechtigte Fachärzte (Internisten mit Hausarztentscheidung sowie Kinderärzte) im Sinne des § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.
- (2) Ergibt sich aufgrund der vorgenannten Kriterien in den Nummern 1 bis 3, dass trotz Unterschreitens von Allgemeinen Verhältniszahlen nach § 8 für einzelne Arztgruppen oder für die hausärztliche Versorgung weitere Arztsitze nicht oder nicht in der von den Verhältniszahlen vorgegebenen Größenordnung erforderlich sind, so ist aufgrund der Prüfung vor Ort der tatsächliche Bedarf auszuweisen.

§ 32 Benachrichtigung des Landesausschusses

Ergibt die Prüfung für die Kassenärztliche Vereinigung oder für einen Landesverband der Krankenkassen oder für einen Verband der Ersatzkassen, dass eine Unterversorgung oder eine drohende Unterversorgung in dem Planungsbereich anzunehmen ist, so ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Mitteilung der für diese Feststellung maßgebenden Tatsachen und der Übersendung der zur Prüfung dieser Tatsachen erforderlichen Unterlagen zu benachrichtigen.



§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

- (1) Der Landesausschuss hat innerhalb angemessener Frist, die drei Monate nicht überschreiten darf, zu prüfen, ob in dem betreffenden Planungsbereich eine ärztliche Unterversorgung besteht oder unmittelbar droht.
- (2) ¹Die Prüfung, ob die hierfür genannten Kriterien vorliegen, ist auf der Grundlage der mitgeteilten Tatsachen und der übersandten Unterlagen sowie der in den Planungsblättern enthaltenen Planungs- und Versorgungsdaten unter Berücksichtigung des Zieles der Sicherstellung vorzunehmen. ²Hält der Landesausschuss diese Unterlagen für nicht ausreichend, so hat er eine weitere Prüfung der tatsächlichen Verhältnisse in dem Planungsbereich vorzunehmen oder ergänzende Unterlagen und Angaben von der Kassenärztlichen Vereinigung oder einem Landesverband der Krankenkassen oder der Ersatzkassen anzufordern.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die aufgrund der Feststellung über eine eingetretene oder unmittelbar drohende ärztliche Unterversorgung erforderlichen weiteren Maßnahmen des Landesausschusses richten sich nach den Vorschriften des SGB V und der Ärzte-ZV.

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3a SGB V)

Diese Regelung wird bis zum 30.4.2013 durch den G-BA neu gefasst. Bis dahin gilt die hier eingefügte, mit § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 06. September 2012, inhaltsgleiche Regelung.

- (1) ¹Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf innerhalb eines Planungsbereichs in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn in diesem Planungsbereich keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 bis 33 vorliegt. ²Die Prüfung auf einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf erfolgt auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse durch den Landesausschuss.
- (2) ¹Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen legt fest, für welche Bezugsregionen innerhalb eines Planungsbereiches er die Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf trifft. ²Als Bezugsregionen können Altkreise, einzelne Verwaltungsgemeinschaften, Städte, Gemeinden oder andere Bezugsregionen gewählt werden. ³Die Bezugsregion ist von der Größe her so zu wählen, dass gemessen an ihrer flächenmäßigen Ausdehnung eine versorgungsrelevante Bevölkerungszahl vorhanden ist.



- (3) Das Vorliegen eines lokalen Versorgungsbedarfs ist zu prüfen, soweit in der durch den Landesausschuss nach Absatz 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 28 erfüllt sind.
- (4) ¹Auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Landesverbandes der Krankenkassen oder eines Verbandes der Ersatzkassen ist eine gemeinsame Prüfung der Struktur und des Standes der ärztlichen Versorgung auch dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 3 nicht erfüllt sind. ²Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist -die drei Monate nicht überschreiten darf- durchzuführen.
- (5) §§ 32 und 33 gelten entsprechend.
- (6) Bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:
 1. Bei allen Ärzten deren Tätigkeitsgebiet, Altersstruktur (inklusive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge), ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
 2. bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen Leistungen sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen. Die Feststellung der tatsächlichen Inanspruchnahme kann auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Bei der Interpretation dieses Kriteriums kann berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;
 3. Qualität der infrastrukturellen Anbindung.

8. Abschnitt: Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V)

Der 8. Abschnitt wird bis zum 30.4.2013 durch den G-BA neu geregelt. Bis dahin gelten die hier eingefügten, mit dem Abschnitt 7 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 06. September 2012 inhaltsgleichen Regelungen.



§ 36 Zulassungstatbestände

- (1) Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes der betroffenen Arztgruppe entsprechen, wenn eine der nachstehenden Ausnahmen vorliegt:
- a) Nachweislicher lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises.
 - b) ¹Es liegt besonderer Versorgungsbedarf vor, wie er durch den Inhalt des Schwerpunkts, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung umschrieben ist. ²Ein besonderer Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß § 11 bis 14 mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst. ³Voraussetzung für eine Zulassung ist, dass die ärztlichen Tätigkeiten des qualifizierten Inhalts in dem betreffenden Planungsbereich nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen und dass der Arzt die für den besonderen Versorgungsbedarf erforderlichen Qualifikationen durch die entsprechende Facharztbezeichnung sowie die besondere Arztbezeichnung oder Qualifikation (die Subspezialisierung muss Leistungen beinhalten, die die gesamte Breite des spezialisierten Versorgungsbereichs ausfüllen) nachweist. ⁴Die Berufsbezeichnung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut ist dabei einer Schwerpunktbezeichnung im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung gleichgestellt. ⁵Eine mögliche Leistungserbringung in Krankenhäusern bleibt außer Betracht.
 - c) ¹Eine qualitätsbezogene Ausnahme kann gestattet werden, wenn durch die Zulassung eines Vertragsarztes, der spezielle ärztliche Tätigkeiten ausübt, die Bildung einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis mit spezialistischen Versorgungsaufgaben ermöglicht wird (z. B. kardiologische oder onkologische Schwerpunktpraxen). ²Buchstabe a gilt entsprechend.
 - d) ¹Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn unbeschadet der festgestellten Überversorgung in einer Arztgruppe, welche nach ihrer Gebietsbeschreibung auch ambulante Operationen einschließt, diese Versorgungsform nicht in ausreichendem Maße angeboten wird. ²Voraussetzung für eine Ausnahme ist, dass der Vertragsarzt, der sich um die Zulassung bewirbt, schwerpunktmäßig ambulante Operationen aufgrund der dafür erforderlichen Einrichtungen ausübt. ³Dasselbe gilt im Falle einer Gemeinschaftspraxisbildung mit dem Schwerpunkt ambulante Operationen. ⁴Bei der Bedarfsfeststellung bleibt das Leistungsangebot von zu ambulanten Operationen bereiten Krankenhäusern gemäß § 115 b SGB V außer Betracht.
 - e) ¹Die Voraussetzungen für eine Ausnahme sind gegeben, wenn durch die Kassenärztliche Vereinigung



1. zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung einem Vertragsarzt oder
2. aufgrund der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V einem weiteren Arzt in der Dialysepraxis (vgl. § 7 Abs. 1 und 2 der Anlage 9.1 der Bundesmantelverträge)

die Genehmigung zur Durchführung eines Versorgungsauftrags für die nephrologische Versorgung der von einer chronischen Niereninsuffizienz betroffenen Patienten mit Dialyseleistungen gemäß § 2 Abs. 7 der Bundesmantelverträge erteilt werden soll, der Zulassung jedoch Zulassungsbeschränkungen für die Zulassung von Fachärzten für Innere Medizin zur Teilnahme an der fachärztlich-internistischen Versorgung entgegenstehen. ²Die Zulassung in den Fällen der Buchstaben a bis d setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. ³Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

- f) Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

§ 37 Wegfall von zulassungsbeschränkenden Auflagen

- (1) ¹Die Zulassung gemäß § 24 ist im Falle der Buchstaben a und b an den Ort der Niederlassung gebunden und hat in den Fällen der Buchstaben b bis d mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind. ²Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.
- (2) Im Falle von Buchstabe e wird die Zulassung mit der Maßgabe erteilt, dass sie auf den definierten Versorgungsauftrag beschränkt ist und im Falle gemeinsamer Berufsausübung auf die Dauer der gemeinsamen Berufsausübung; diese Beschränkung endet, wenn Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten aufgehoben werden, jedoch nur im Umfang des Aufhebungsbeschlusses nach § 23 Abs. 1 und unter Beachtung der Reihenfolgeregelung nach § 23 Abs. 2 Satz 1 letzter Halbsatz und Abs. 4.
- (3) Eine Nachfolgebesetzung nach § 103 Abs. 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.



§ 38 Fachgebietswechsel

Die Bestimmungen in § 36 gelten entsprechend, wenn der Zulassungsausschuss bei für eine Arztgruppe angeordneten Zulassungsbeschränkungen über den Antrag eines zugelassenen Vertragsarztes zu entscheiden hat, das Gebiet, unter welchem er zugelassen ist, in ein Gebiet zu ändern, für welches Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden sind.

§ 39 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

- (1) Auf gemeinsamen Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen kann der Landesausschuss für die Arztgruppen der hausärztlichen und der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zur Verbesserung der Versorgung für das Gebiet eines Zulassungsbezirkes oder des KV-Bezirks folgende Regelung treffen:

Nach Feststellung der Verhältniszahlen unter Anwendung des Demografiefaktors werden in der jeweiligen Arztgruppe die Versorgungsgrade aller Planungsbereiche im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung verglichen. Planungsbereiche, in denen der Versorgungsgrad relativ am niedrigsten ist, ohne dass Unterversorgung vorliegt, sind auszuweisen. Verbleiben danach mindestens ein Fünftel aller Planungsbereiche in der Versorgungsgradstufe unter 100 v.H. für die Arztgruppe, mindestens jedoch zwei Planungsbereiche, können einzelne oder die übrigen Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 v.H. und 110 v.H. für Neuzulassungen oder Genehmigungen von Anstellungen gesperrt werden. Diese Planungsbereiche gelten i.S.v. § 104 SGB V als überversorgt. Insgesamt dürfen jedoch nicht mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche im Zulassungsbezirk oder KV-Bezirk entsprechend der Entscheidung nach Satz 1 gesperrt werden.

- (2) Der Landesausschuss kann im Rahmen der Regelung nach Absatz 1 vorsehen, dass eine Neuzulassung gleichwohl erfolgen darf, wenn der Bewerber sich verpflichtet, mindestens mit einem halben Versorgungsbeitrag in einem niedrig versorgten Planungsbereich nach Absatz 1 eine Zweigpraxis zu errichten.

9. Abschnitt: Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 40 Voraussetzungen für eine Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

Auf Antrag hat der Zulassungsausschuss einen Arzt in einem Planungsbereich, für dessen Arztgruppe Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zur gemeinsamen Berufsausübung mit einem bereits zugelassenen Arzt (Vertragsarzt) derselben Arztgruppe mit den Rechtswirkungen des § 101 Abs. 3 SGB V zuzulassen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

1. Der antragstellende Arzt erfüllt in seiner Person die Voraussetzungen der Zulassung (im Folgenden Antragsteller).



2. Der Vertrag über die gemeinsame Berufsausübung stellt einen Vertrag zur Bildung einer Gemeinschaftspraxis dar, der die Voraussetzungen der Genehmigungsfähigkeit gemäß § 33 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV erfüllt.
3. Der Antragsteller gehört derselben Arztgruppe wie der Vertragsarzt an, wobei im Einzelnen die Regelungen nach § 23 b zu beachten sind.
4. Der Vertragsarzt und der Antragsteller erklären sich gegenüber dem Zulassungsausschuss schriftlich bereit, während des Bestandes der Gemeinschaftspraxis mit dem Antragsteller den zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, und erkennen die dazu nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen vom Zulassungsausschuss festgelegte Leistungsbeschränkung an; soll der Antragsteller in eine bereits gebildete Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so sind die Erklärungen von allen Vertragsärzten abzugeben.

§ 41 Fachidentität

- (1) ¹Bei der gemeinsamen Berufsausübung ist eine Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V erforderlich. ²Fachidentität liegt vor, wenn die Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, die Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. ³Einer Übereinstimmung steht nicht entgegen, wenn nur einer der Ärzte über eine Schwerpunktbezeichnung oder Schwerpunktkompetenz verfügt. ⁴Sind mehrere Vertragsärzte bereits in gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis) zugelassen, genügt die Übereinstimmung des Gebietes oder der Facharztkompetenz des Antragstellers mit einem der in gemeinsamer Berufsausübung verbundenen Vertragsärzte; im Übrigen gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend. ⁵Nimmt der Vertragsarzt an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 SGB V teil, ist die Zulassung eines Antragstellers, welcher gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V wahlberechtigt ist, nur mit der Maßgabe zulässig, dass der Antragsteller sich für dieselbe Versorgungsfunktion entscheidet, welche der Vertragsarzt wahrnimmt, und beide Ärzte die Verpflichtung eingehen, Wahlentscheidungen für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung nur gemeinsam zu treffen. ⁶Der Zulassungsausschuss hat die Verpflichtung mit der Zulassung des Antragstellers als Auflage zu verbinden.
- (2) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 besteht auch, solange der Vertragsarzt an der hausärztlichen Versorgung nach § 101 Abs. 5 SGB V teilnimmt und sich als Allgemein- / Praktischer Arzt oder als Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) mit einem Internisten mit Hausarztentscheidung oder als Internist mit Hausarztentscheidung mit einem Allgemein- / Praktischen Arzt oder einem Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt) zur gemeinsamen hausärztlichen Berufsausübung zusammenschließt.
- (3) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Satz 1 und 2 besteht auch,
 1. wenn sich ein Facharzt für Anästhesiologie mit einem Facharzt für Anästhesiologie und Intensivtherapie zusammenschließt oder



2. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit einem Facharzt für Allgemeine Chirurgie zusammenschließt oder
 3. wenn sich ein Facharzt für Orthopädie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt oder
 4. wenn sich ein Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie mit einem Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen zusammenschließt oder
 5. wenn sich ein Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde (Lungenarzt) mit einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie oder einem Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Pneumologie oder mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde zusammenschließt oder
 6. wenn sich ein Facharzt für Kinderheilkunde mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin zusammenschließt oder
 7. wenn sich ein Facharzt für Psychotherapeutische Medizin mit einem Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zusammenschließt oder
 8. wenn sich ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zusammenschließt oder
 9. wenn sich ein Facharzt für Psychiatrie mit einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zusammenschließt oder
 10. wenn sich ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie mit einem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zusammenschließt.
- (4) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Radiologie zusammenschließen.
- (5) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin, deren Schwerpunkt Bestandteil der Gebietsbezeichnung ist, mit Internisten mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen.
- (6) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich Ärzte aus dem Gebiet der Chirurgie, deren Gebietsbezeichnung aus einer Schwerpunktbezeichnung hervorgegangen ist, mit Chirurgen mit identischer Schwerpunktbezeichnung (nach altem WBO-Recht) zusammenschließen; dies gilt nicht für die Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- (7) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Facharzt für Nervenheilkunde (Nervenarzt) mit einem Arzt zusammenschließt, der gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie oder gleichzeitig die Gebietsbezeichnungen Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie führt.
- (8) Übereinstimmung in den Arztgruppen im Sinne von Absatz 1 Sätze 1 und 2 besteht auch, wenn sich ein Laborarzt mit einem Arzt aus dem Gebiet der Mikrobiologie zusammenschließt, sofern die Tätigkeit des Mikrobiologen auf die Labortätigkeit beschränkt wird.



§ 42 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

- (1) ¹Vor der Zulassung des Antragstellers legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina⁷⁾ fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt sowie dem Antragsteller nach seiner Zulassung gemeinsam als Leistungsbeschränkung maßgeblich sind (Obergrenze). ²Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. ³Das Überschreitungsvolumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. ⁴Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungsvolumen) wird nach § 45 durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst. ⁵Bei Internisten ist zur Ermittlung des Fachgruppendurchschnittes auf die Entscheidung des bereits zugelassenen Vertragsarztes zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung abzustellen. ⁶Im Übrigen gilt für Anpassungen § 44 ⁷Außergewöhnliche Entwicklungen im Vorjahr, wie z. B. Krankheit eines Arztes, bleiben außer Betracht; eine Saldierung von Punktzahlen innerhalb des Jahresbezugs der Gesamtpunktzahlen im Vergleich zum Vorjahresvolumen ist zulässig. ⁸Der Zulassungsausschuss trifft seine Festlegungen auf der Grundlage der ihm durch die Kassenärztliche Vereinigung übermittelten Angaben.
- (2) Anstelle der Gesamtpunktzahlvolumina kann die Obergrenze auch auf der Basis von Euro und Punktzahlen gebildet werden.

§ 43 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens in Sonderfällen

¹Kann wegen der Kürze der bisherigen Tätigkeit des Vertragsarztes ein Vergleich über einen längeren Zeitraum nicht vorgenommen werden, so legt der Zulassungsausschuss das Punktzahlvolumen für die einzelnen Quartale nach Maßgabe des Durchschnitts der Fachgruppe des bereits zugelassenen Vertragsarztes als Obergrenze fest. ²Hat ein Vertragsarzt wegen der Betreuung und Erziehung von Kindern im Ausgangsberechnungszeitraum im Vergleich zur Fachgruppe geringere Punktzahlvolumina erreicht, gilt Satz 1 entsprechend. ³Soll der Antragsteller in eine bereits bestehende Gemeinschaftspraxis aufgenommen werden, so hat der Zulassungsausschuss die Berechnungen nach § 42 entsprechend der Zahl der bereits tätigen Vertragsärzte in der Gemeinschaftspraxis zu mindern; handelt es sich um eine fachverschiedene Gemeinschaftspraxis oder ein fachverschiedenes Medizinisches Versorgungszentrum, so ist für die Leistungsbeschränkung Bezugsgröße das Leistungsvolumen des fachidentischen Vertragsarztes.



§ 44 Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage

¹Sowohl für die Berechnung des Ausgangspunktzahlvolumens als auch des Vergleichspunktzahlvolumens nach § 42 ist das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich. ²Auf Antrag des Vertragsarztes sind die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. ³Die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können eine Neuberechnung beantragen, wenn Änderungen der Berechnung der für die Obergrenzen maßgeblichen Faktoren eine spürbare Veränderung bewirken und die Beibehaltung der durch den Zulassungsausschuss festgestellten Gesamtpunktzahlvolumina im Verhältnis zu den Ärzten der Fachgruppe eine nicht gerechtfertigte Bevorzugung / Benachteiligung darstellen würde.

§ 45 Berechnung der Anpassungsfaktoren

¹Die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs folgen der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). ²Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. ³Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:

$$\frac{\text{PzVol}}{\text{PzFg}} = \text{Fakt}$$

⁴Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. ⁵Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis (die Saldierungsregelung nach § 42 Abs. 1 Satz 6 bleibt hiervon unberührt). ⁶Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit.

§ 46 Berücksichtigung des zugelassenen Praxispartners bei der Bedarfsplanung

Der neu hinzutretende Partner der Gemeinschaftspraxis wird für die Dauer der Regelung nach den §§ 40 und 41 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.

§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing

Die Bestimmungen der §§ 40 bis 46 gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:



1. Gemeinsame Berufsausübung im Sinne des § 23a ist nur unter zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits oder unter Angehörigen der beiden Berufsgruppen gemeinsam zulässig.
2. Arztgruppe im Sinne des § 23 b ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.

10. Abschnitt: Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

§ 48 Voraussetzungen für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung

Die Vorschrift wird bis zum 30.06.2013 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss neu geregelt. Bis dahin gilt die hier eingefügte, mit § 35 der Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung vom 15. Februar 2007, zuletzt geändert am 06. September 2012 inhaltsgleiche Regelung. Für eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung sollten folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Innerhalb der einzelnen Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den in der hausärztlichen Versorgung und den in der fachärztlichen Versorgung tätigen Ärzten bestehen, wobei der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte 60 v. H. der Gesamtzahl der im Planungsbereich tätigen Ärzte betragen sollte.
2. Auch innerhalb der hausärztlichen Versorgung sollte ein ausgewogenes Verhältnis der dafür vorgesehenen einzelnen Arztgruppen unter Berücksichtigung der Bevölkerungsstruktur bestehen.

§ 49 Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte

Bei der Feststellung des Anteils der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte sind nur die Arztgruppen zu erfassen, welche gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.



§ 50 Maßnahmen zur Wiederherstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur

¹Weicht der Anteil der in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte in einem Planungsbereich wesentlich von dem nach § 48 Nr. 1 festgelegten Anteil ab, sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Niederlassungsberatung auf die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung hinwirken. ²Das gleiche gilt, wenn ein unausgewogenes Verhältnis unter den in der hausärztlichen Versorgung tätigen Arztgruppen besteht.

11. Abschnitt: Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 51 Bestimmung der Anrechnungsfaktoren

- (1) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte in medizinischen Versorgungszentren mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach §§ 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambulanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

- (2) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.



§ 52 Anwendbarkeit der Vorschriften zum Jobsharing

¹Für die Anstellung von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 entsprechend; für die Anstellung von Psychotherapeuten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 40 bis 46 mit den Maßgaben des § 47 entsprechend. ²Die Zulassungsbeschränkungen gelten nicht für den Fall einer Nachbesetzung im Sinne des § 103 Abs. 4 a Satz 5 SGB V, wobei die Nachbesetzung nur im zeitlichen Umfang der Beschäftigung des ausgeschiedenen Arztes oder des ausgeschiedenen Psychotherapeuten möglich ist.

§ 53 Anwendbarkeit der Vorschriften zur Sonderbedarfsfeststellung

(1) Für die Aufnahme von Ärzten in medizinischen Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V gelten bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen die §§ 36 und 37 mit folgenden Maßgaben entsprechend:

1. Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Zulassung eines weiteren Vertragsarztes, ist die Zulassung an die Person des Arztes und an den Vertragsarztsitz (die Betriebsstätte) des medizinischen Versorgungszentrums gebunden.
2. ¹Erfolgt die Deckung des Sonderbedarfs durch Anstellung eines weiteren Arztes, ist eine Übertragung der Tätigkeit auf andere Ärzte des medizinischen Versorgungszentrums unzulässig. ²Eine Nachbesetzung gemäß § 103 Abs. 4 a Satz 5 SGB V nach § 37 bedarf der erneuten Genehmigung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

§ 54 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum bei der Bedarfsplanung

In den zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einem medizinischen Versorgungszentrum oder mehreren medizinischen Versorgungszentren gilt § 62 entsprechend.

§ 55 Berücksichtigung von Arbeitszeitänderungen

¹Kommt es bei einem in einem medizinischen Versorgungszentrum angestellten Arzt durch eine Änderung der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors nach § 38, so ist zuvor die Genehmigung durch den Zulassungsausschuss erforderlich. ²Kommt es zu einer Verringerung des Anrechnungsfaktors, so ist dies dem Zulassungsausschuss anzuzeigen.



§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

Beantragt ein Arzt nach Maßgabe des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V i.d.F. bis zum 31.12.2011 nach Beendigung seiner Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum in demselben Planungsbereich die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung, so ist die Zulassung unbeschadet bestehender Zulassungsbeschränkungen für die Arztgruppe in demselben Planungsbereich bei Vorliegen der Zulassungsvoraussetzungen zu erteilen, wenn der angestellte Arzt im zurückliegenden Zeitraum von fünf Jahren mindestens mit dem Faktor 0,75 auf den Versorgungsgrad angerechnet worden ist. Beträgt der Faktor 0,5, kann eine hälftige Zulassung erteilt werden. Dies gilt nicht für Ärzte oder Psychotherapeuten, die aufgrund einer Nachbesetzung nach § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V i.d.F. bis zum 31.12.2011 in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätig waren.

§ 57 Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V

- (1) Die Bestimmungen dieses Abschnitts gelten für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.
- (2) Eine Anstellung wegen Nachbesetzung in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V, die bis zum 31. Dezember 2003 erfolgt ist, gilt nicht als Nachbesetzung im Sinne des § 103 Abs. 4a Satz 5 SGB V i.d.F. bis zum 31.12.2011.

Abschnitt 12: Beschäftigung von angestellten Ärzten

§ 58 Anstellungsvoraussetzungen

- (1) Der Vertragsarzt kann in seiner Praxis mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Abs. 9 SGB V anstellen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:
 1. Antrag des Vertragsarztes an den Zulassungsausschuss nach Maßgabe der Voraussetzungen des § 32 b Ärzte-ZV;
 2. Im Falle des Bestehens von Zulassungsbeschränkungen Fachidentität des anstellenden Vertragsarztes und des anzustellenden Arztes gemäß § 41 sowie eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes gemäß Absatz 5;
 3. Vorlage des schriftlichen Arbeitsvertrages unter Angabe der Arbeitszeiten und des Anstellungsortes.
- (2) ¹Für die Feststellung des Versorgungsgrades sind genehmigte angestellte Ärzte mit dem Faktor 1 zu berücksichtigen, soweit sie vollbeschäftigt sind. ²Die Berücksichtigung erfolgt nur für die Arztgruppen nach § 11 bis 14. ³Teilzeitbeschäftigte Ärzte sind bei der Feststellung des örtlichen Versorgungsgrades der ambulanten Versorgung nach Maßgabe des konkreten Beschäftigungsumfanges in der ambu-



lanten Versorgung zu berücksichtigen. ⁴Dabei gelten folgende Anrechnungsfaktoren:

Vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis zu 10 Stunden pro Woche	0,25
über 10 bis 20 Stunden pro Woche	0,5
über 20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,0

- (3) Werden Arbeitsstunden pro Monat vereinbart, ist der Umrechnungsfaktor 0,23 zur Errechnung der Wochenarbeitszeit anzuwenden.
- 4) ¹Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des Vertragsarztes im Sinne des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV in einem anderen Planungsbereich tätig, sind die Arbeitszeiten an diesem Ort nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 anteilig im Hinblick auf die Tätigkeit in der Betriebsstätte zu berücksichtigen. ²Wird der angestellte Arzt in der Zweigpraxis des nach § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV ermächtigten Arztes ausschließlich tätig, sind die Arbeitszeiten in dem Planungsbereich, in dem die Zweigpraxis liegt, nach Maßgabe der Anrechnungsfaktoren gemäß Absatz 2 zu berücksichtigen. ³Beantragt eine Berufsausübungsgemeinschaft eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes an mehreren Vertragsarztsitzen, gilt Satz 1 entsprechend.
- (5) ¹Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, ist Voraussetzung für die Beschäftigung eine Verpflichtungserklärung des anstellenden Vertragsarztes, durch die er eine Leistungsbeschränkung, welche der Zulassungsausschuss bei der Genehmigung im Verfahren nach § 42 festzusetzen hat, anerkennt. ²Die Regelungen in den Absätzen 2 und 3 finden in diesem Fall keine Anwendung
- (6) Ändert sich die vertraglich vereinbarte Arbeitszeit bei einem in einer Vertragsarztpraxis nach § 95 Abs. 9 SGB V angestellten Arzt, so gilt § 45 entsprechend.
- 7) Die Regelungen in den Absätzen 1 bis 6 gelten für die Anstellung von Psychotherapeuten bei Vertragsärzten entsprechend.

§ 59 Fachidentität

¹Fachidentität im Sinne des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V liegt vor, wenn der anzustellende Arzt mit dem anstellenden Arzt in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmt; die Regelungen nach § 41 Abs. 2 bis 7 gelten entsprechend. ²Dabei genügt eine übereinstim-



mende Facharztkompetenz, wenn der Vertragsarzt mehrere Bezeichnungen führt. ³Soll ein angestellter Arzt durch Vertragsärzte beschäftigt werden, die sich gemäß § 33 Ärzte-ZV zur gemeinsamen Berufsausübung zusammengeschlossen haben, genügt die Übereinstimmung mit der Facharztkompetenz eines der Vertragsärzte. ⁴Auf das Führen einer Schwerpunktbezeichnung hat der anzustellende Arzt für die Dauer der Anstellung zu verzichten, es sei denn, dass die Schwerpunktbezeichnungen übereinstimmen.

§ 60 Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens

- (1) ¹Der Zulassungsausschuss legt die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. ²Für die Berechnung des abrechenbaren Gesamtpunktzahlvolumens gelten die Regelungen nach den §§ 42 bis 45 entsprechend mit der Maßgabe, dass der Umfang der Leistungsbeschränkung unabhängig vom Beschäftigungsumfang des (der) angestellten Arztes (Ärzte) zu bestimmen ist.
- (2) ¹Eine vom Zulassungsausschuss festgestellte Leistungsbeschränkung bleibt wirksam, wenn der Arzt nach Ablauf der Beschäftigung eines angestellten Arztes erneut einen Arzt anstellt. ²Ist für den Vertragsarzt aufgrund von § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V nach Aufnahme eines weiteren Vertragsarztes im Rahmen einer ausnahmsweisen Gemeinschaftsbildung bereits eine Leistungsbeschränkung durch den Zulassungsausschuss festgelegt worden, so darf diese im Falle der Anstellung von Ärzten – auch hinsichtlich entsprechender Anteile bei Anstellung eines Arztes – nicht erweitert werden.

§ 61 Anstellung von Psychotherapeuten

Die Bestimmungen der §§ 58 bis 59 gelten entsprechend für Anträge von zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Anstellung von Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind, gemäß § 95 Abs. 9 SGB V mit folgender Maßgabe:

1. In Planungsbereichen, in denen keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, ist auch eine gegenseitige Anstellung zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zulässig. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt folgende Regelung: Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 23i Abs. 1 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kinder- und Jugendlichen.“
2. Fachidentität im Sinne der §§ 23 i Abs. 1 Nr. 2 und des § 23 j ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten



ten der jeweilige Status als approbierter Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Nr. 1 bleibt unberührt.

§ 62 Berücksichtigung der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt in einer Vertragsarztpraxis bei der Bedarfsplanung

In zulässigen Fällen der gleichzeitigen Tätigkeit als Vertragsarzt und als angestellter Arzt oder der Anstellung bei unterschiedlichen Arbeitgebern ist die Tätigkeit entsprechend der Anrechnungsfaktoren gemäß § 21 Abs. 2 und 3 vom Zulassungsausschuss zu erfassen oder diesem anhand der vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten mitzuteilen, damit eine entsprechende Erfassung in der Bedarfsplanung erfolgen kann.

13. Abschnitt: Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

Unterabschnitt 1: Inkrafttreten

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

- (1) Diese Richtlinie tritt am 1. Januar 2013 in Kraft (nachstehend „Richtlinie 2012“ genannt).
- (2) Die Richtlinie in der bis zum 31. Dezember 2012 geltenden Fassung (nachstehend „Richtlinie 2007“ genannt) tritt am 30. Juni 2013 außer Kraft, soweit nicht aus den nachstehenden Vorschriften etwas anderes folgt.
- (3) Die Regelungen der Richtlinie 2012 sind mit Ausnahme der Regelungen der Sätze 2 und 3 erstmalig spätestens zum 1. Juli 2013 anzuwenden. Zum 15. Februar 2013 ist für die Arztgruppen nach § 14 auf der Grundlage der Verhältniszahlen nach § 14 Abs. 3 der Versorgungsgrad zu bestimmen; § 68 ist anzuwenden. Der Demografiefaktor nach § 9 in der Fassung der Richtlinie 2012 kann ab 1. Januar 2013 bis zum 30. Juni 2013 auch auf Maßnahmen und Entscheidungen angewendet werden, für die nach der Richtlinie 2007 die Anwendung vorgeschrieben ist. Durch einvernehmlichen Beschluss nach § 9 Abs. 1 S. 4 kann für eine Übergangszeit bis zum 30. Juni 2013 noch der Demografiefaktor der Richtlinie 2007 (§ 8a) angewendet werden. § 64 bleibt unberührt.
- (4) Fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungsrichtlinie tritt der Leistungsbedarfsfaktor nach § 9 Absatz 4 sowie die Regelung zur Region nach § 65 Absatz 3 außer Kraft.



§ 64 Zeitlich begrenzte Fortgeltung der Richtlinie 2007

Auch in der Übergangszeit nach § 63 Abs. 3 getroffene Maßnahmen und Entscheidungen, denen die Richtlinie 2007 zugrunde liegt, bleiben insofern unberührt, als sie nicht durch Maßnahmen und Entscheidungen nach der Richtlinie 2012 mit Wirkung vom 1. Juli 2013 ersetzt werden können. Die Übergangsregelungen der §§ 65 ff. sind zu beachten.

Unterabschnitt 2: Übergangsregelungen

§ 65 Planungsbereiche

- (1) Soweit nach Inkrafttreten dieser Richtlinie Planungsbereiche neu festgelegt werden und von den bisherigen Planungsbereichen nach der Richtlinie 2007 abweichen, kann der Landesausschuss innerhalb der Planungsbereiche Regionen feststellen, die nach der Richtlinie 2007 überversorgt waren und für diese so lange Überversorgung feststellen, bis Regionen, die nach der Neubestimmung des Planungsbereichs bis zu einem Versorgungsgrad unter 100 v. H. versorgt sind, einen Versorgungsgrad von 100 v. H. in der Arztgruppe erreicht haben. Die Abweichungsmöglichkeiten nach § 3 bleiben unberührt.
- (2) Werden Planungsbereiche abweichend von den Grundmustern der §§ (Verweis) von den zuständigen Gremien bestimmt, sollen sie mit Wirkung zum 1. Juli 2013 so rechtzeitig bekannt gegeben werden, dass Zulassungsbewerber entsprechende Vorbereitungen für eine Zulassung treffen können. Gibt es mehrere Zulassungsbewerber findet das Verfahren nach § 26 Anwendung.
- (3) Das Ruhrgebiet wird als Region gesondert beplant. Diese Region umfasst die in Absatz 4 aufgeführten kreisfreien Städte und Landkreise. Für diese Region gelten die in Absatz 5 genannten Verhältniszahlen. Die Regelungen dieses Absatzes treten 5 Jahre nach Inkrafttreten dieser Richtlinie außer Kraft. In diesem Zeitraum wird die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet erhoben. Auf Basis der Erhebung überprüft der Gemeinsame Bundesausschuss sowohl die in Abs. 4 festgelegte räumliche Abgrenzung als auch die in Absatz 3b festgelegten Verhältniszahlen und legt gegebenenfalls eine neue Bedarfsplanung für diese Region fest.
- (4) Die zur Region Ruhrgebiet zuzuordnenden kreisfreien Städte und Landkreise sind: Bochum, Stadt; Bottrop, Stadt; Dortmund, Stadt; Duisburg, Stadt; Ennepe-Ruhr-Kreis; Essen, Stadt; Gelsenkirchen, Stadt; Hagen, Stadt; Hamm, Stadt; Herne, Stadt; Mühlheim an der Ruhr, Stadt; Oberhausen, Stadt; Recklinghausen; Unna; Wesel.
- (5) Für die Region Ruhrgebiet gelten die Verhältniszahlen (Position PatV: Generalvorbehalt gegenüber Verhältniszahlen):

Arztgruppe	Verhältniszahl
Hausärzte	2.134



Kinderärzte (beplant auf Mittelbereichsebene)	5.382
Augenärzte	20.440
Chirurgen	34.591
Frauenärzte	5.555
HNO-Ärzte	25.334
Hautärzte	35.736
Kinderärzte (beplant auf Kreisebene)	3.527
Nervenärzte	31.373
Orthopäden	22.578
Psychotherapeuten	8.743
Urologen	37.215
Anästhesisten	58.218
Fachärztlich tätige Internisten	24.396
Radiologen	51.392

Analog zum § 12 Absatz 3 bezieht sich die Verhältniszahl bei den Kinderärzten und Frauenärzten auf die „bis 18 Jährigen“ bzw. auf die weibliche Bevölkerung. Für bislang unbeplante Arztgruppen gelten die Verhältniszahlen nach den §§ 13 und 14.

GKV-SV: Ergänzung einer eigenen Verhältniszahl für Kinder- und Jugendpsychiater (KJPP) im Sondergebiet nach Abs. 3 in der Versorgungsebene der spezialisierten fachärztlichen Versorgung.

(6) Erstreckt sich eine Raumordnungsregion, die Kreise und kreisfreie Städte des Ruhrgebiets umfasst, über die Ruhrgebietsgrenze hinaus, gelten auch dort in der Übergangszeit gem. Abs. 3 die für das Ruhrgebiet maßgeblichen Verhältniszahlen.

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

(1) Bewirken die Berechnungen der Verhältniszahlen für die vorgenannten Versorgungsebenen und den jeweiligen planungsbereichsbezogenen Versorgungsgrad im Planungsbereich und für die maßgebliche Arztgruppe eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, wird der Zuwachs über einen Zeitraum von zehn Jahren ab dem 1. Januar 2013 in jährlich gleichen Anteilsschritten angepasst. Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigung auszuweisen.

(2) Die Regelung des Absatzes 1 schließt weitere zulässige und begründete Anpassungen nach § 2 nicht aus.

(3) Die angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für Entscheidungen des Landesausschusses über Unter- und Überversorgung sowie hinsichtlich der notwendigen Feststellungen zum Sonderbedarf. Bei der Berechnung der anzupas-



senden Verhältniszahlen werden die sich aus der Anwendung des Demografiefaktors nach § 9 ergebenden Veränderungen nicht berücksichtigt. Notwendige Berechnungen aufgrund des § 9 und entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bleiben unberührt.

§ 67 Versorgungssteuerung

- (1) Der Landesausschuss kann anstelle der Regelung in § 66 die Regelung in § 39 anwenden.
- (2) Die Vorschriften zur Praxisnachfolge bei Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Abs. 3a, Abs. 4 Satz 1 SGB V mit Wirkung ab 01.01.2013) sowie Anstellungen (§ 103 Abs. 4a und 4b SGB V) bleiben unberührt. Ebenso bleiben die Bestimmungen zur Feststellung von Unterversorgung unberührt.

§ 68 Übergangsregelung zur gesonderten fachärztlichen Versorgung einschließlich Moratorium

Ablehnung der DKG in Bezug auf die Ermittlung der Verhältniszahlen

Für die Arztgruppen nach § 14 (gesonderte fachärztliche Versorgung) wird der Versorgungsgrad nach Maßgabe des Jahres 2010 festgestellt. Die auf der Grundlage dieser Feststellung vorzunehmende Messung des Versorgungsgrads ergibt eine ausreichende Versorgung, die als Versorgung mit dem Versorgungsgrad 100 v. H. gilt. Nur bei Unterschreitungen des vorgenannten Versorgungsgrades von mindestens 5 v. H. ist der Planungsbereich für Zulassungen und Genehmigungen zu öffnen. Gibt es mehrere Bewerber, erfolgt die Auswahl nach der geeigneten räumlichen Verteilung.



Übersicht über die Anlagen

Anlage 1: Arztzahlen

Anlage 2: Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 3: Zuordnung der Planungsbereiche nach den §§ 10 bis 15

Anlage 4: Demografiefaktor

Anlage 5: Ermittlung der Verhältniszahlen

Anlage 6: Methodik der Typisierung der Kreise

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte nach ihrem Teilnahmestatus

Tabelle 1.0
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins- gesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins- gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins- gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins- gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99 999	99,9	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen ²⁾												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte
mit Berechtigung zum Führen einer Schwerpunktsbezeichnung

Tabelle 1.1
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Teilnehmende Ärzte			Vertragsärzte			Partner-Ärzte ¹⁾		Angestellte Ärzte		Ermächtigte Ärzte	
		Insgesamt Sp.4+7+9+11 Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	Verändg. zumVorj. in Prozent	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl	Ins-gesamt Anzahl	<u>Darunter:</u> weiblich Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Chirurgie												
2	...												
3	...												
4	...												
5	HNO-Heilkunde												
6	...												
7	...												
8	...												
9	Innere Medizin												
10	...												
11	...												
12	...												
13	Kinderheilkunde	99 999	99,9	9 999	99 999	99,9	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999	9 999
14	...												
15	...												
16	...												
17	Orthopädie												
18	...												
19	...												
20	...												
21	Pathologie												
22	...												
23	...												
24	Radiologie												
25	...												
26	...												

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

	In der vertragsärztlichen Praxis tätige ausländische Ärzte	Tabelle 2 Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	---	---

Lf. Nr.	Arztgruppe	EU-Staaten									Übrige europäische Staaten	Außer-europäische Staaten	Summe ausländische Ärzte
		Benelux-Staaten	Dänemark	Frankreich	Griechenland	Großbritannien	Italien	Spanien	Übrige EU-Staaten	Summe EU-Staaten			
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999	999
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen ²⁾												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Altersstruktur der Vertragsärzte

Tabelle 3
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Bis 34		35 - 39		40 - 49		50 - 59		60 - 69		über 65	
		Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent	Ärzte Anzahl	Anteil an d. Arztgr. in Prozent
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Allgemeinärzte												
2	Praktische Ärzte / Ärzte												
3	Anästhesisten												
4	Augenärzte												
5	Chirurgen												
6	Frauenärzte												
7	HNO-Ärzte												
8	Hautärzte												
9	Internisten												
10	Kinderärzte												
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte												
13	Lungenärzte												
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.												
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.												
16	Neurochirurgen												
17	Orthopädie												
18	Pathologen												
19	Ärztliche Psychotherapeuten												
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.												
21	Nuklearmediziner												
22	Urologen												
23	Übrige Arztgruppen ¹⁾												
24	Summe Arztgruppen												
25	Darunter: Hausärzte												
26	Fachä.tät.Internist.												

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

	Vertragsärzte in der haus- sowie fachärztlichen Versorgung	Tabelle 4 Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	---	---

Lf. Nr.	Kassenärztliche Vereinigung	Hausärztliche Versorgung						Fachärztliche Versorgung				Versorgung gesamt	
		Allgem./Praktische Ärzte Anzahl	Internisten mit Hausarztentsch. Anzahl	Summe Hausärzte (Sp. 1+2) Anzahl	Kinderärzte Anzahl	Verträ.i.d.hausä.Vers. (Sp. 3+4) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Internisten ohne Hausarztentsch. Anzahl	Übrige Gebietsärzte Anzahl	Su. Verträ.i.d.fä.Vers. (Sp. 7+8) Anzahl	Veränder. zum Vorjahr in Prozent	Su. Vertragsärzte (Sp. 5+9) Anzahl	Verhältnis haus- u. fachä.Vers. in Prozent
0		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Baden-Württemberg												
2	Bayerns												
3	Berlin												
4	Brandenburg												
5	Bremen												
6	Hamburg												
7	Hessen												
8	Mecklenburg-Vorpommern	99 999	99 999	9 999	99 999	99 999	± 99,9	9 999	9 999	9 999	± 99,9	9 999	99 : 99
9	Niedersachsen												
10	Nordrhein												
11	Rheinland-Pfalz												
12	Saarland												
13	Sachsen												
14	Sachsen-Anhalt												
15	Schleswig-Holstein												
16	Thüringen												
17	Westfalen-Lippe												
18	Bundesgebiet insgesamt												

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten sowie hausärztliche und fachärztliche Versorgung entsprechend § 73 Abs. 1a sowie § 101 Abs. 5 SGB V

Anmerkungen:

- Spalte 1 Allgemein- / Praktische Ärzte ohne Facharztgenehmigung
- Spalte 2 Ohne Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
- Spalte 3 Hausärzte nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie
- Spalte 5 Hausärzte nach der EBM-Definition
- Spalte 1 bis 5 Ohne Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit
- Spalte 7 Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit Schwerpunktbezeichnung
- Spalte 8 Einschließlich der Allgemein- / Praktischen Ärzte mit Facharztgenehmigung
Einschließlich der Ärzte mit ausschließlicher (>90 %) psychotherapeutischer Tätigkeit
Ohne die zusätzlich fachärztlich tätigen Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung

Ärzte in Gemeinschaftspraxen (einschließlich Job-Sharing-Praxen)

Tabelle 5
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Vertragsärzte			Partner- Ärzte ¹⁾ Anzahl	Angestellte Ärzte Anzahl	Ärzte Sp. 1 + 4 + 5 Anzahl
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent			
	0	1	2	3	4	5	6
1	Allgemeinärzte						
2	Praktische Ärzte / Ärzte						
3	Anästhesisten						
4	Augenärzte						
5	Chirurgen						
6	Frauenärzte						
7	HNO-Ärzte						
8	Hautärzte						
9	Internisten						
10	Kinderärzte						
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	± 99,9	99,9	99 999	99 999	99 999
12	Laborärzte						
13	Lungenärzte						
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.						
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.						
16	Neurochirurgen						
17	Orthopädie						
18	Pathologen						
19	Ärztliche Psychotherapeuten						
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.						
21	Nuklearmediziner						
22	Urologen						
23	Übrige Arztgruppen ¹⁾						
24	Summe Arztgruppen						
25	Darunter: Hausärzte						
26	Fachä.tät.Internist.						
Nachrichtlich: Anzahl der Praxen		9 999			Darunter: Fachübergreifend:		9 999

1) nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 Sozialgesetzbuch V

2) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Ärzte mit belegärztlicher Anerkennung

Tabelle 6
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Lf. Nr.	Arztgruppe	Belegärzte			Belegbare Betten					
		Anzahl	Veränderung zum Vorjahr in Prozent	Anteil an allen Vertragsärzten in Prozent	bis 10 Betten		10 bis 20 Betten		über 20 Betten	
					Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent	Anzahl	Veränderung in Prozent
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	9 999	99,9	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9	9 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen ¹⁾									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachä.tät.Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

Tabelle 7
Bundesgebiet/KV/
Planungsbereich
Stand:

Zugänge und Abgänge an Vertragsärzten im Berichtsjahr

Lf. Nr.	Arztgruppe	Zugang						Abgang		
		Zulassungsbeginn				Umschreibung		Zulassungsende		
		Anzahl Ärzte		Veränderung in Prozent	Anteil am Gesamtzugang in %	KV-intern Anzahl	KV-extern Anzahl	Anzahl Ärzte		Veränderung in Prozent
		Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr					Jahr / Halbjahr	Jahr / Halbjahr	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	Allgemeinärzte									
2	Praktische Ärzte / Ärzte									
3	Anästhesisten									
4	Augenärzte									
5	Chirurgen									
6	Frauenärzte									
7	HNO-Ärzte									
8	Hautärzte									
9	Internisten									
10	Kinderärzte									
11	Kinder- und Jugendpsychiater	99 999	99 999	99,9	99,9	99 999	99 999	99 999	99 999	99,9
12	Laborärzte									
13	Lungenärzte									
14	Mund-Kiefer-Gesichtschirurg.									
15	Nervenärzte/Neurol./Psychiat.									
16	Neurochirurgen									
17	Orthopädie									
18	Pathologen									
19	Ärztliche Psychotherapeuten									
20	Radiologen/Diagn. Radiolog.									
21	Nuklearmediziner									
22	Urologen									
23	Übrige Arztgruppen ¹⁾									
24	Summe Arztgruppen									
25	Darunter: Hausärzte									
26	Fachä.tät.Internist.									

1) Enthalten: Arbeitsmediziner, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin, Ärzte im öffentlichen Gesundheitswesen, Biochemiker, Humangenetiker, Klinischer Pharmakologen, Pharmakologen, Physiotherapeuten, Rechtsmediziner, Sportmediziner, Transfusionsmediziner

	An der psychotherapeutischen Versorgung teilnehmende Psychologische Psychotherapeuten	Bundesgebiet/KV/ Planungsbereich Stand:
--	--	---

Lf. Nr.	Berufsgruppe	Teilnehmende Psychol. Psychotherap. Sp. 2+3+4+7 Anzahl	Tätig in der Praxis			Ermächtigt		
			Zugelassen nach § 95 Abs. 10 SGB V bzw. § 24 Ärzte-ZV Anzahl	Partner nach § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V Anzahl	Angestellt nach § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V Anzahl	nach § 95 Abs. 11 SGBV Anzahl	nach §§ 31 / 31a Ärzte-ZV Anzahl	Summe Spalte 5+6 Anzahl
	0	1	2	3	4	5	6	7
1	Psychologische Psychotherapeuten *							
1. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fundierte psychologische Psychotherapie							
1. 2	Nur tiefenpsycholog. fund. psychol. Psychoth. auch f. Kinder u. Jugendl.							
1. 3	Psychologische Verhaltenstherapie							
1. 4	Psychologische Verhaltenstherapie auch für Kinder und Jugendliche							
1. 5	Nur analytische psychologische Psychotherapie							
1. 6	Nur analytische psychologische Psychotherapie auch f. Kinder u. Jugendl.							
1. 7	Tiefenpsychologisch fundierte u. analytische psychol. Psychotherapie							
1. 8	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. auch f. Ki. u. Jugendl.							
1. 9	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsychologisch fund. Psychotherapie							
1.10	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
1.11	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie							
2	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten *							
2. 1	davon: Nur tiefenpsychologisch fund. psych. Psychoth. nur f. Kinder u. Jugendl.							
2. 2	Psychologische Verhaltenstherapie nur für Kinder und Jugendliche							
2. 3	Nur analytische psychologische Psychotherapie nur f. Kinder u. Jugendl.							
2. 4	Tiefenpsychol. fund. u. analyt. psychol. Psychoth. nur f. Kind. u. Jugendl.							
2. 5	Gruppentherapie im Rahmen d. tiefenpsycholog. fund. Psychotherapie							
2. 6	Gruppentherapie im Rahmen der analytischen Psychotherapie							
2. 7	Gruppentherapie im Rahmen der Verhaltenstherapie							
3	Summe Psychologische Psychoth. und Kinder- und Jugendlichenpsychoth.							

Anmerkung: *) Tatsächliche Psychotherapeutenzahl. Die Addition der Leistungsbereiche ergibt nicht diese Summe.

Anlage 2: Bedarfsplan und Planungsblätter

Anlage 2.1: Struktur des Bedarfsplans nach § 4 Bedarfsplanungsrichtlinie

Der Bedarfsplan nach § 4 Abs. 1 Bedarfsplanungsrichtlinie sollte folgende Gliederung aufweisen.

1. Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ä-ZV)	Grund- sätze der Bedarfs- planung	alle 3 bis 5 Jahre
1.1 Ärztliche Versorgung		
1.2 Einrichtungen der Krankenhausversorgung und sonstige medizinische Versorgung		
1.3 Demografie und Soziodemografische Faktoren		
1.4 Geografische Besonderheiten		
1.5 Ziele der Bedarfsplanung		
2. Bedarfsplanung		
Regionale Grundlagen der Bedarfsplanung	Stand der Bedarfs- planung	i.d.R. alle 6 Monate
<i>systematische Abweichungen von der Bundesrichtlinie, z.B. Planungsgruppen, Planungsbereiche, Verhältniszahlen, Weitere Anpassungsfaktoren, Regionale Regelungen zum Sonderbedarf, Drohende Unterversorgung</i>		
3. Planungsblätter		
Entsprechend Anlage 2.2		

Anlage 2.2.: Die Planungsblätter zur Dokumentation des Standes der Vertragsärztlichen Versorgung

KV-Gebiet	...		Arztgruppe														
Datum	...		Kriterien für die Zuordnung zu dieser Arztgruppe ¹ (z.B. BPI-RiLi, WBO, Abrechnung etc.)														
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Name des Planungsbereichs	Gemeindekennziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	EW im Planungsbereich	Verhältniszahl im Planungsbereich	angepasste Verhältniszahl ²	Zahl der Vertragsärzte im Planungsbereich	Zahl der angestellten Ärzte im Planungsbereich	Zahl der ermächtigten Ärzte im Planungsbereich, die in der Bedarfsplanung zählen	Gesamtzahl Ärzte	Darunter: Ärzte in Berufsausübungsgemeinschaften	Versorgungsgrad	Versorgungsgrad im Vorjahr ³	Planungsbereich gesperrt*	Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung	Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze	Unterversorgung ¹	drohende Unterversorgung ¹	Anzahl Behandlungsfälle auf ein Jahr je Arzt ⁴
								(Sp. 6 + 7 + 8)				(1 = ja / 2 = nein)			(1 = ja / 2 = nein)		
Planungsbereich 1																	
Planungsbereich 2																	
...																	

¹ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesausschusses beziehen.

² Hier wird die kumulierte Wirkung aller bundeseinheitlichen sowie der regionalen Anpassungsfaktoren (z.B. Demografiefaktor gem. § 8a etc.) zusammengefasst und in ihrer Auswirkung auf die Verhältniszahl dargestellt. Die sich daraus ergebende angepasste Verhältniszahl wird hier abgebildet.

³ Wird jährlich zum 1. Januar, gemäß den letzten verfügbaren Beschlüssen der Zulassungsausschüsse aktualisiert.

⁴ Wird jährlich zum 1. Januar für die letzten 4 verfügbaren Quartale aktualisiert.

Anlage 2.3.: Ergänzende Informationen zur Dokumentation der ambulanten Versorgung gegenüber dem Landes- und Zulassungsausschuss

Allgemeine fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet		...		
Datum		...		
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindefkziffern der Gemeinden im Planungsbereich ⁵	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

KV-Gebiet		...		
Datum		...		
1	2	3	4	5
Name des Planungsbereichs	Gemeindefkziffern der Gemeinden im Planungsbereich ¹	Anzahl ermächtigte Institute	Anzahl Krankenhäuser	Darunter KH mit Meldung für ambulante OPs
Planungsbereich 1				
Planungsbereich 2				
...				

⁵ Zu diesen Punkten sind Begründungen für die inhaltliche Ausgestaltung der jeweiligen Spalten zu erstellen, die im Rahmen der Datenübertragung mitgeliefert werden. Die Begründungen können sich z.B. auf die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA, das Kapitel 2 der Bedarfsanalyse oder Entscheidungen des Landesauschusses beziehen.

ERGÄNZUNG: Anlage 3.1: Mittelbereiche nach § 10 Abs. 2**Zuordnung der Gemeinden zu Mittelbereichen in der Abgrenzung des BBSR vom 31.12.2009**

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 Abs. 3a liegen, gilt die in Abs. 3b 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	Gevelsberg
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	Dorsten	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	Castro-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

Anlage 3.2: Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen zu den Kreistypen nach § 12 Abs. 4

Zuordnung der Planungsbereiche im Sinne des § 12 Abs. XX zu den Kreistypen, Gebietsstand 31.12.2009

Kreis-typ	Planungsbereich
2	Aachen ¹
1	Aachen, Stadt ¹
3	Ahrweiler
3	Aichach-Friedberg
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*	Bochum, Stadt
5	Bodenseekreis
1	Bonn, Stadt
4	Börde
4	Borken
2*	Bottrop, Stadt

Kreis-typ	Planungsbereich
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
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*	Dortmund, Stadt
1	Dresden, Stadt
1*	Duisburg, Stadt
3	Düren
1	Düsseldorf, Stadt
3	Ebersberg
4	Eichsfeld
3	Eichstätt

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Kreis- typ	Planungsbereich
5	Eifelkreis Bitburg-Prüm
5	Eisenach, Stadt/Wartburgkreis
5	Elbe-Elster
5	Emden, Stadt/Aurich
4	Emmendingen
5	Emsland
2*	Ennepe-Ruhr-Kreis
3	Enzkreis
3	Erding
1	Erfurt, Stadt
1	Erlangen, Stadt
3	Erlangen-Höchstadt
4	Erzgebirgskreis
1*	Essen, Stadt
2	Esslingen
4	Euskirchen
5	Flensburg, Stadt/Schleswig- Flensburg
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*	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, Hanse-

Kreis- typ	Planungsbereich
	stadt/Ostvorpommern
5	Greiz
2	Groß-Gerau
5	Günzburg
5	Güstrow
4	Gütersloh
1*	Hagen, Stadt
1	Halle (Saale), Stadt
1	Hamburg, Freie und Hansestadt
5	HamelN-Pyrmont
2*	Hamm, Stadt
3	Hannover ¹
1	Hannover, Landeshauptstadt ¹
3	Harburg
5	Harz
5	Haßberge
4	Havelland
1	Heidelberg, Stadt
5	Heidenheim
3	Heilbronn
1	Heilbronn, Stadt
4	Heinsberg
3	Helmstedt
2	Herford
2*	Herne, Stadt
5	Hersfeld-Rotenburg
3	Herzogtum Lauenburg
5	Hildburghausen
4	Hildesheim
5	Hochsauerlandkreis
2	Hochtaunuskreis
5	Hof, Stadt/Hof
5	Hohenlohekreis
5	Holzminden
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

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Kreis-typ	Planungsbereich
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
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

Kreis-typ	Planungsbereich
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	Mühlendorf a. Inn
2*	Mülheim an der Ruhr, Stadt
2	München
1	München, Landeshauptstadt
1	Münster, Stadt
5	Müritz
5	Neckar-Odenwald-Kreis
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*	Oberhausen, Stadt
3	Oberhavel

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Kreis-typ	Planungsbereich
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
5	Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz
3	Plön
1	Potsdam, Stadt
5	Prignitz
5	Ravensburg
2*	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

Kreis-typ	Planungsbereich
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
4	Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg
4	Segeberg
2	Siegen-Wittgenstein
5	Sigmaringen
4	Soest
2	Solingen, Stadt
5	Soltau-Fallingb.ostel
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

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Kreis- typ	Planungsbereich
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*	Unna
5	Unstrut-Hainich-Kreis
5	Vechta
3	Verden
2	Viersen
5	Vogelsbergkreis
5	Vogtlandkreis
5	Vulkaneifel
5	Waldeck-Frankenberg
5	Waldshut
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*	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

Kreis- typ	Planungsbereich
1	Wuppertal, Stadt
3	Würzburg
1	Würzburg, Stadt
5	Zollernalbkreis
5	Zwickau

* Es gelten die Vorschriften nach § 65 Abs. 3 bis 3b dieser Richtlinie

¹ Die Region Hannover gliedert sich in die Planungsbereiche Hannover (ehemaliger Landkreis) und Hannover, Landeshauptstadt. Die Städteregion Aachen gliedert sich in die Planungsbereiche Aachen (ehemaliger Landkreis) und Aachen, Stadt.

Anlage 3.3: Raumordnungsregionen

Zuordnung der Kreise zu Raumordnungsregionen in der Abgrenzung des BBSR vom 31.12.2009⁶

Raumordnungsregion	Kreis
Schleswig-Holstein Mitte	Kiel, Landeshauptstadt
	Neumünster, Stadt
	Plön
	Rendsburg-Eckernförde
Schleswig-Holstein Nord	Nordfriesland
	Flensburg, Stadt
	Schleswig-Flensburg
Schleswig-Holstein Ost	Lübeck, Hansestadt
	Ostholstein
Schleswig-Holstein Süd	Pinneberg
	Segeberg
	Stormarn
	Herzogtum Lauenburg
Schleswig-Holstein Süd-West	Dithmarschen
	Steinburg
Hamburg	Hamburg, Freie und Hansestadt
Braunschweig	Gifhorn
	Braunschweig, Stadt
	Salzgitter, Stadt
	Wolfsburg, Stadt
	Helmstedt
	Peine
	Wolfenbüttel
	Goslar
Bremen-Umland	Diepholz
	Verden
	Osterholz
	Delmenhorst, Stadt
Bremerhaven_Niedersachsen	Cuxhaven
	Wesermarsch

⁶ Die Raumordnungsregion Bremerhaven wurde aufgeteilt in die Bereiche Bremerhaven_Niedersachsen und Bremerhaven_Bremen

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Emsland	Grafschaft Bentheim
	Emsland
Göttingen	Göttingen
	Northeim
	Holzminden
	Osterode am Harz
Hamburg-Umland-Süd	Rotenburg (Wümme)
	Stade
	Harburg
Hannover	Nienburg (Weser)
	Schaumburg
	Region Hannover
Hildesheim	Hameln-Pyrmont
	Hildesheim
Lüneburg	Lüchow-Dannenberg
	Lüneburg
	Uelzen
Oldenburg	Ammerland
	Cloppenburg
	Oldenburg
	Oldenburg (Oldenburg), Stadt
	Vechta
Osnabrück	Osnabrück
	Osnabrück, Stadt
Ost-Friesland	Emden, Stadt
	Aurich
	Leer
	Wittmund
	Wilhelmshaven, Stadt
	Friesland
Südheide	Soltau-Fallingbostal
	Celle
Bremen	Bremen, Stadt
Bremerhaven_Bremen	Bremerhaven, Stadt
Aachen	Städteregion Aachen
	Düren
	Euskirchen
	Heinsberg
Arnsberg	Soest
	Hochsauerlandkreis
Bielefeld	Bielefeld, Stadt
	Gütersloh
	Herford
	Minden-Lübbecke

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

	Lippe
Bochum/Hagen	Bochum, Stadt
	Hagen, Stadt
	Ennepe-Ruhr-Kreis
	Märkischer Kreis
	Herne, Stadt
Bonn	Bonn, Stadt
	Rhein-Sieg-Kreis
Dortmund	Unna
	Dortmund, Stadt
	Hamm, Stadt
Duisburg/Essen	Kleve
	Wesel
	Duisburg, Stadt
	Essen, Stadt
	Mülheim an der Ruhr, Stadt
	Oberhausen, Stadt
Düsseldorf	Krefeld, Stadt
	Mönchengladbach, Stadt
	Viersen
	Rhein-Kreis Neuss
	Mettmann
	Düsseldorf, Stadt
	Solingen, Stadt
	Wuppertal, Stadt
	Remscheid, Stadt
	Emscher-Lippe
Gelsenkirchen, Stadt	
Recklinghausen	
Köln	Leverkusen, Stadt
	Köln, Stadt
	Rhein-Erft-Kreis
	Oberbergischer Kreis
	Rheinisch-Bergischer Kreis
Münster	Borken
	Coesfeld
	Steinfurt
	Münster, Stadt
	Warendorf
Paderborn	Höxter
	Paderborn
Siegen	Olpe
	Siegen-Wittgenstein
Mittelhessen	Limburg-Weilburg
	Lahn-Dill-Kreis
	Marburg-Biedenkopf

	Gießen
	Vogelsbergkreis
Nordhessen	Waldeck-Frankenberg
	Schwalm-Eder-Kreis
	Werra-Meißner-Kreis
	Kassel, documenta-Stadt
	Kassel
Osthessen	Fulda
	Hersfeld-Rotenburg
Rhein-Main	Rheingau-Taunus-Kreis
	Wiesbaden, Landeshauptstadt
	Frankfurt am Main, Stadt
	Hochtaunuskreis
	Main-Taunus-Kreis
	Offenbach am Main, Stadt
	Main-Kinzig-Kreis
	Offenbach
	Wetteraukreis
Starkenburger	Groß-Gerau
	Darmstadt, Wissenschaftsstadt
	Bergstraße
	Darmstadt-Dieburg
	Odenwaldkreis
Mittelrhein-Westerwald	Ahrweiler
	Rhein-Hunsrück-Kreis
	Cochem-Zell
	Mayen-Koblenz
	Rhein-Lahn-Kreis
	Neuwied
	Westerwaldkreis
	Koblenz, kreisfreie Stadt
Altenkirchen (Westerwald)	
Rheinhessen-Nahe	Bad Kreuznach
	Birkenfeld
	Mainz, kreisfreie Stadt
	Worms, kreisfreie Stadt
	Alzey-Worms
	Mainz-Bingen
Rheinpfalz	Germersheim
	Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt
	Neustadt an der Weinstraße, kreisfreie Stadt
	Bad Dürkheim
	Südliche Weinstraße
	Rhein-Pfalz-Kreis

	Speyer, kreisfreie Stadt
	Frankenthal (Pfalz), kreisfreie Stadt
	Ludwigshafen am Rhein, kreisfreie Stadt
Trier	Trier, kreisfreie Stadt
	Berncastel-Wittlich
	Eifelkreis Bitburg-Prüm
	Vulkaneifel
	Trier-Saarburg
Westpfalz	Südwestpfalz
	Kaiserslautern, kreisfreie Stadt
	Pirmasens, kreisfreie Stadt
	Zweibrücken, kreisfreie Stadt
	Kaiserslautern
	Kusel
	Donnersbergkreis
Bodensee-Oberschwaben	Bodenseekreis
	Ravensburg
	Sigmaringen
Donau-Iller (BW)	Ulm
	Alb-Donau-Kreis
	Biberach
Franken	Heilbronn
	Heilbronn
	Main-Tauber-Kreis
	Hohenlohekreis
	Schwäbisch Hall
Hochrhein-Bodensee	Lörrach
	Waldshut
	Konstanz
Mittlerer Oberrhein	Baden-Baden
	Karlsruhe
	Karlsruhe
	Rastatt
Neckar-Alb	Zollernalbkreis
	Tübingen
	Reutlingen
Nordschwarzwald	Calw
	Pforzheim
	Enzkreis
	Freudenstadt
Ostwürttemberg	Ostalbkreis
	Heidenheim
Schwarzwald-Baar-Heuberg	Rottweil
	Schwarzwald-Baar-Kreis
	Tuttlingen
Stuttgart	Stuttgart

	Böblingen
	Esslingen
	Ludwigsburg
	Göppingen
	Rems-Murr-Kreis
Südlicher Oberrhein	Ortenaukreis
	Freiburg im Breisgau
	Breisgau-Hochschwarzwald
	Emmendingen
Unterer Neckar	Mannheim
	Heidelberg
	Neckar-Odenwald-Kreis
	Rhein-Neckar-Kreis
Allgäu	Lindau (Bodensee)
	Ostallgäu
	Kaufbeuren, Stadt
	Kempton (Allgäu), Stadt
	Oberallgäu
Augsburg	Augsburg
	Dillingen a.d.Donau
	Donau-Ries
	Augsburg, Stadt
	Aichach-Friedberg
Bayerischer Untermain	Miltenberg
	Aschaffenburg, Stadt
	Aschaffenburg
Donau-Iller (BY)	Neu-Ulm
	Memmingen, Stadt
	Günzburg
	Unterallgäu
Donau-Wald	Straubing, Stadt
	Straubing-Bogen
	Passau, Stadt
	Deggendorf
	Freyung-Grafenau
	Passau
	Regen
Industrieregion Mittelfranken	Erlangen, Stadt
	Fürth, Stadt
	Nürnberg, Stadt
	Schwabach, Stadt
	Erlangen-Höchstadt
	Fürth

	Nürnberger Land
	Roth
Ingolstadt	Neuburg-Schrobenhausen
	Ingolstadt, Stadt
	Eichstätt
	Pfaffenhofen a.d.Ilm
Landshut	Landshut
	Landshut, Stadt
	Rottal-Inn
	Dingolfing-Landau
Main-Rhön	Schweinfurt, Stadt
	Bad Kissingen
	Haßberge
	Schweinfurt
	Rhön-Grabfeld
München	Landsberg am Lech
	München, Landeshauptstadt
	Ebersberg
	Fürstenfeldbruck
	München
	Starnberg
	Dachau
	Freising
	Erding
Oberfranken-Ost	Kulmbach
	Bayreuth
	Bayreuth, Stadt
	Hof, Stadt
	Hof
	Wunsiedel i.Fichtelgebirge
Oberfranken-West	Bamberg, Stadt
	Coburg, Stadt
	Bamberg
	Coburg
	Forchheim
	Lichtenfels
	Kronach
Oberland	Garmisch-Partenkirchen
	Weilheim-Schongau
	Bad Tölz-Wolfratshausen
	Miesbach
Oberpfalz-Nord	Amberg, Stadt
	Weiden i.d.OPf., Stadt
	Amberg-Sulzbach

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

	Neustadt a.d.Waldnaab
	Schwandorf
	Tirschenreuth
Regensburg	Regensburg
	Kelheim
	Neumarkt i.d.OPf.
	Regensburg, Stadt
	Cham
Südostoberbayern	Altötting
	Rosenheim, Stadt
	Mühldorf a.Inn
	Rosenheim
	Traunstein
	Berchtesgadener Land
Westmittelfranken	Neustadt a.d.Aisch-Bad Windsheim
	Ansbach, Stadt
	Ansbach
	Weißenburg-Gunzenhausen
Würzburg	Würzburg, Stadt
	Main-Spessart
	Kitzingen
	Würzburg
Saar	Regionalverband Saarbrücken
	Merzig-Wadern
	Neunkirchen
	Saarlouis
	Saarpfalz-Kreis
	St. Wendel
Berlin	Berlin, Stadt
Havelland-Fläming	Havelland
	Brandenburg an der Havel, Stadt
	Potsdam, Stadt
	Potsdam-Mittelmark
	Teltow-Fläming
Lausitz-Spreewald	Elbe-Elster
	Dahme-Spreewald
	Cottbus, Stadt
	Oberspreewald-Lausitz
	Spree-Neiße
Oderland-Spree	Oder-Spree
	Frankfurt (Oder), Stadt
	Märkisch-Oderland
Prignitz-Oberhavel	Prignitz
	Oberhavel
	Ostprignitz-Ruppin
Uckermark-Barnim	Uckermark

	Barnim
Mecklenburgische Seenplatte	Neubrandenburg
	Demmin
	Mecklenburg-Strelitz
	Müritz
Mittleres Mecklenburg/Rostock	Rostock
	Bad Doberan
	Güstrow
Vorpommern	Stralsund
	Greifswald
	Nordvorpommern
	Ostvorpommern
	Rügen
	Uecker-Randow
Westmecklenburg	Nordwestmecklenburg
	Schwerin
	Ludwigslust
	Wismar
	Parchim
Oberes Elbtal/Osterzgebirge	Meißen
	Dresden, Stadt
	Sächsische Schweiz-Osterzgebirge
Oberlausitz-Niederschlesien	Bautzen
	Görlitz
Südsachsen	Vogtlandkreis
	Zwickau
	Chemnitz, Stadt
	Erzgebirgskreis
	Mittelsachsen
West Sachsen	Leipzig, Stadt
	Leipzig
	Nordsachsen
Altmark	Altmarkkreis Salzwedel
	Stendal
Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg	Dessau-Roßlau, Stadt
	Anhalt-Bitterfeld
	Wittenberg
Halle/S.	Mansfeld-Südharz
	Halle (Saale), Stadt
	Burgenlandkreis
	Saalekreis
Magdeburg	Harz
	Salzlandkreis
	Magdeburg, Landeshauptstadt
	Börde
	Jerichower Land

Anlage 3 zur Neufassung der BPL-RL

Mittelthüringen	Weimarer Land
	Erfurt, Stadt
	Weimar, Stadt
	Sömmerda
	Gotha
	Ilm-Kreis
Nordthüringen	Eichsfeld
	Unstrut-Hainich-Kreis
	Nordhausen
	Kyffhäuserkreis
Ostthüringen	Jena, Stadt
	Saale-Holzland-Kreis
	Gera, Stadt
	Altenburger Land
	Saalfeld-Rudolstadt
	Saale-Orla-Kreis
	Greiz
Südthüringen	Eisenach, Stadt
	Hildburghausen
	Suhl, Stadt
	Wartburgkreis
	Schmalkalden-Meiningen
	Sonneberg

Anlage 4: Demografiefaktor

Anlage 4.1 Die Leistungsbedarfsfaktoren des Demografiefaktors nach § 8a

Die Leistungsbedarfsfaktoren je Arztgruppe werden nach dem in § 8a Abs.3 Bedarfsplanungsrichtlinie beschriebenen Verfahren ermittelt. Für das 2. Quartal 2009 bis zum 1. Quartal 2012 (die letzten 12 Quartale) betragen Sie:

Arztgruppe	Leistungsbedarfsfaktor
Anästhesisten	1,801
Augenärzte	6,741
Chirurgen	1,459
Frauenärzte	0,358
Hausärzte	2,567
Hautärzte	1,862
HNO-Ärzte	1,353
Internisten	4,168
Nervenärzte	1,757
Orthopäden	2,030
Psychotherapeuten	0,135
Radiologen	1,714
Urologen	5,681

Die hier benannten Leistungsbedarfsfaktoren gelten vorbehaltlich anderer Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum 31.12.2017.

Anlage 4.2 Rechenbeispiel für Ermittlung des korrigierten Versorgungsgrads mithilfe des Demografiefaktors nach § 8a Bedarfsplanungrichtlinie

1. Hausärzte; Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Mittelbereich:	18.700
Verhältniszahl je Einwohner:	1.670
Ärzte:	12
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	107,17 %
Allgemeine Altersfaktoren:	79,4% (0-65) 20,6% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	75,0% (0-65) 25,0% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	2,567

$$\frac{79,4 + (20,6 \times 2,567)}{75 + (25 \times 2,567)} = \frac{132,2802}{139,175} = 0,950459493$$

$$\text{Korrigierte Verhältniszahl:} \quad 1.671 \times 0,950459493 = 1.588,217814$$

$$\text{Korrigierter Versorgungsgrad:} \quad \frac{1.588,217814 \times 12 \times 100}{18.700} = 101,92 \%$$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, soll im Planungsbereich ein Hausarzt nicht mehr 1.671 Einwohner versorgen, sondern rd. 1.588. Der Versorgungsgrad sinkt.

2. Frauenärzte, Planungsbereich mit vergleichsweise hohem Anteil Hochbetagter

Einwohner im Kreis:	253.846, davon 134.557 Frauen
Planungsbereichstyp:	2
Verhältniszahl je Frau:	5.619
Ärzte:	24
Versorgungsgrad ohne Demografiefaktor:	100,22 %
Allgemeine Altersfaktoren:	79,0% (0-65) 21,0% (65 und älter)
Regionale Altersfaktoren:	72,1% (0-65) 27,9% (65 und älter)
Leistungsbedarfsfaktor:	0,358

$$\frac{79,0 + (21,0 \times 0,358)}{72,1 + (27,9 \times 0,358)} = \frac{86,518}{82,0882} = 1,053963907$$

Korrigierte Verhältniszahl: $5.619 \times 1,053963907 = 5.922,223194$

Korrigierter Versorgungsgrad: $\frac{5.922,223194 \times 24 \times 100}{134.557} = 105,63 \%$

Fazit: Da die Bevölkerung vergleichsweise alt ist, soll im Planungsbereich ein Frauenarzt nicht mehr 5.619 Frauen versorgen, sondern rd. 5.922. Der Versorgungsgrad steigt.

Anlage 5 Ermittlung der Verhältniszahlen

§ 1

Generelle Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen

Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen bilden die Arzt- und Einwohnerzahlen zum Stichtag der Einführung der Bedarfsplanung in der jeweiligen Arztgruppe. Dabei wird bei der Ermittlung der Verhältniszahlen der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Bundesgebiet Rechnung getragen. (Stichtag Verteilung der Einwohner 31.12.2010, Stichtag Verteilung der Ärzte 31.12.2012).

Abschnitt 1: Ermittlung der bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen

§ 2

Hausärzte und fachärztlich tätige Internisten

(1) Für die Arztgruppen der Hausärzte (vgl. § 10 Bedarfsplanungsrichtlinie) und der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) werden die Allgemeinen Verhältniszahlen gemäß § 101 Abs. 5 in Verbindung mit § 101 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB V im folgenden Verfahren festgestellt:

1. Die Arztgruppe der Internisten wird zum Stichtag des 31. Dezember 1995 unter Einbezug aller Bundesländer erfasst. Hierbei wird die Arztgruppe der Lungenärzte der Arztgruppe der Internisten zugeordnet. Für Internisten mit ausschließlich psychotherapeutischer Tätigkeit gilt § XX Bedarfsplanungsrichtlinie [Definition ausschließlich und überwiegend psychotherap. tätig]; Zuordnungskriterium ist hierbei die Arztrechnungsnummer.
2. Die nach § 2 erfassten Internisten werden in die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten aufgeteilt.
3. Die Arztgruppe der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ergibt sich aus den Hausarztentscheidungen von Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche gemäß dem Hausarztvertrag (Anlage BMV-Ä / EKV) spätestens bis zum 31. März 1996 getroffen worden sind. Nicht einbezogen werden Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt und Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung.
4. Zur Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten gehören Internisten sowie Lungenärzte ohne Hausarztentscheidung sowie Internisten mit einer Schwerpunktbezeichnung. Die unter § 2 Nr. 3 Satz 2 genannten Internisten mit Hausarztentscheidung und gleichzeitiger Zulassung in einem internistischen Schwerpunkt werden der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten zugeordnet.

(2) Weiterhin gelten für die Bestimmung der Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Hausärzte sowie die Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten folgende Regelungen:

1. Die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten werden getrennt je Planungsbereich festgestellt und bundesweit additiv zusammengefasst. Bundesweit wird das Verhältnis der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten zueinander zum Stand vom 31. Dezember

- 1995 festgestellt und in Faktoren (jeweiliger Anteil an allen Internisten) ausgedrückt (z. B. 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor).
2. Je Planungskategorie gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 werden auf die Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte sowie Internisten nach Nr. 12 der bisherigen Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) angewandt, und zwar zur Ermittlung von Soll-Arztzahlen (rechnerisches Soll) zum Stichtag des 31. Dezember 1995. Die so ermittelten Soll-Arztzahlen für Internisten werden mit den nach § 2 Abs. 2 Nr. 1 Satz 2 festgestellten Faktoren bewertet. Daraus werden getrennte Soll-Arztzahlen für die Arztgruppen der hausärztlich sowie fachärztlich tätigen Internisten festgelegt.
 3. Für die Arztgruppe der Hausärzte werden die Allgemeinen Verhältniszahlen wie folgt ermittelt: Bundesweit werden die nach § 2 Abs. 2 Nr. 2 ermittelten Soll-Arztzahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte und für hausärztlich tätige Internisten additiv zusammengefasst. Dies ergibt die Soll-Arztzahl für Hausärzte. Abschließend wird die bundesweite Einwohnerzahlen zum Stichtag des 31. Dezember 1995 durch diese Soll-Arztzahl dividiert, woraus sich die Allgemeine Verhältniszahl für Hausärzte ergibt (vgl. § 11 Abs. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).
 4. Für die Arztgruppe der an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten wird entsprechend verfahren: Die bundesweite Einwohnerzahl zum Stichtag des 31. Dezember 1995 wird durch die unter § 2 Abs. 2 Nr. 2 Satz 3 ermittelte Soll-Arztzahl für die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten dividiert, woraus sich die Allgemeinen Verhältniszahl für fachärztlich tätige Internisten ergibt (vgl. § 13 Abs. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie).

Historisches Rechenbeispiel zu § 2

Die Allgemeinen Verhältniszahlen nach Nr. 12 der Fassung der Richtlinien vom 10. Dezember 1999 (BAnz. 2000 S. 4 603) werden zur Berechnung wie folgt herangezogen:

1. *Die Allgemeinen Verhältniszahlen für Allgemein- / Praktische Ärzte (1 : 2 269 Einw. je Arzt, z. B. für den Raumtyp 1) werden für die Arztzahl-Berechnung des Jahres 1995 herangezogen. Die Einwohnerzahl des Jahres 1995 wird dividiert durch die als Beispiel verwendeten 2 269 Einw. je Arzt
(16,3 Mio. Einw. : 2 269 = 7 186 Allgemein- / Praktische Ärzte).*
2. *Die Allgemeine Verhältniszahl für Internisten (3 679 für ebenfalls Raumtyp 1) wird auch auf die Einwohnerzahl des Jahres 1995 angewendet:
(16,3 Mio. Einw. : 3 679 = 4 432 Internisten).*
3. *Aus der Zuordnung der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten im Jahre 1995 (hier: 70 % hausärztlich zu 30 % fachärztlich tätige Internisten entsprechend 0,7 hausärztlicher Faktor zu 0,3 fachärztlicher Faktor im Raumtyp 1) kann die für 1995 berechnete Internistenanzahl gesplittet werden:
 $4\,432 \times 0,7 = 3\,104$ hausärztlich tätige Internisten und
 $4\,432 \times 0,3 = 1\,328$ fachärztlich tätige Internisten.*
4. *Nun wird die Summe der Hausärzte gebildet:
 $7\,186$ Allgemein- / Praktische Ärzte + $3\,104$ hausärztlich tätige Internisten = $10\,290$ Hausärzte.*

§ 3 Anästhesisten

Bei der Arztgruppe der Anästhesisten (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Anästhesisten und der Einwohner zum Stand vom 31. Dezember 1997 unter Einbezug aller Bundesländer zugrunde gelegt.

§ 4 Radiologen

Bei der Arztgruppe der Radiologen (vgl. § 13 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zur Zahl der zugelassenen Radiologen einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages)

§ 5 Neu zu beplanende Gruppen

Bei der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater, der PRM-Mediziner, der Nuklearmediziner, der Strahlentherapeuten, der Neurochirurgen, der Humangenetiker, der Laborärzte, der Pathologen und der Transfusionsmediziner (vgl. § 13 und 14 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Allgemeine Verhältniszahl ermittelt aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland zum Stand 31.12.2010 zur Zahl der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gewichtet nach ihrem Teilnahmeumfang zum Stand 31.12.2010.

Die Ermittlung der Verhältniszahl in der Arztgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater erfolgt bezogen auf die „bis 18 jährigen“.

Abschnitt 2: Ermittlung der Verhältniszahlen nach den 5 Typen

§ 6 Ermittlung der Arztzahlen

Für die Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der zugelassenen Kassenärzte einschließlich der Vertragsärzte der Ersatzkassen zum Stand vom 31. Dezember 1990 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.

§ 7 Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen

Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Verhältniszahl wie folgt ermittelt:

1. Es werden die am 1. Januar 1999 zugelassenen Vertragsärzte erfasst, welche nach Maßgabe der Regelungen in § XX Bedarfsplanungsrichtlinie **[Definition ausschließlich und überwiegend psychotherap. tätig]** ausschließlich oder überwie-

gend psychotherapeutisch tätig waren. Gemessen wird der durchschnittliche Leistungsanteil des 4. Quartals 1997 und des 1. bis 3. Quartals 1998; war der am 1. Januar 1999 zugelassene Vertragsarzt nicht über diesen gesamten Zeitraum tätig, wird der Leistungsanteil anhand der tatsächlichen Tätigkeitsdauer im Jahre 1998 ermittelt.

2. Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten werden darüber hinaus alle gemäß § 95 Abs. 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Jeder zugelassene Psychotherapeut wird mit dem Faktor 1 gezählt.

§ 8

Ermittlung der Einwohnerzahlen

Bei den Arztgruppen der Kinderärzte, Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen (vgl. § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie) wird die Zahl der Einwohner in der Bundesrepublik Deutschland (ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages – BGBl. 1990 II S. 885) zum Stand vom 31. Dezember 1990 gezählt. Für die Frauenärzte wird die weibliche Bevölkerung für die Kinderärzte die Bevölkerung „bis 18 Jahre“ ermittelt.

Für die Gruppe der Psychotherapeuten wird die Einwohnerzahlen des Bundesgebietes nach dem Stand vom 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt.

§ 9

Verteilung der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten

Die Verteilung der in §§ 6 bis 7 ermittelten Zahl der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten auf die 5 Typen nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie erfolgt auf Basis der Verteilung der Einwohner zum Stichtag 31.12.2010 sowie der Ärzte und Psychotherapeuten zum Stichtag 30.06.2012.

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

§ 10

Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahl für die 5 Typen

Aus den nach § 8 ermittelten Zahlen der Einwohner, Ärzte und Psychotherapeuten je Typ wird dann die Allgemeine Verhältniszahl je Arztgruppe je Typ ermittelt.

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

Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken, wird Verhältniszahl dort auf die durchschnittlich Verhältniszahl der Typen 1 bis 4 angehoben.

Beispielrechnung:

Es werden zum Stichtag 31.12.1990 6.341 Frauenärzte und 32.874.754 weibliche Einwohner gezählt.

Zum Stichtag 31.12.2010 leben 19,9% der Frauen bundesweit im Typ 4.

Zum Stichtag 30.06.2012 sind 16,2% der Frauenärzte im Typ 4 niedergelassen

$$\begin{array}{rcl} 32.874.754 \times 19,9\% & = & 6.553.433 \text{ Frauen} \\ & & \text{-----} = 6.371 \text{ Frauen je Frauenarzt im Typ 4} \\ 6.341 \times 16,2\% & = & 1.029 \text{ Frauenärzte} \end{array}$$

Anlage 6: Methodik der Typisierung der Kreise

Die Typisierung der Kreise nach § 12 Bedarfsplanungsrichtlinie und Anlage 3.2 orientiert sich am Konzept der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zum Stand vom 31.12.2010. Der G-BA beschließt die Zuordnung der Kreise, kreisfreien Städte und Kreisregionen (im folgenden Kreise) gemäß Anlage 3.2. Er nutzt dabei das in dieser Anlage beschriebene Verfahren der Typisierung. Sofern der G-BA dies beschließt, erfolgt eine Anpassung der Typisierung der Kreise auf Basis aktuellerer Daten des BBSR erfolgt alle 5 Jahre erstmals zum 01.01.2018.

Das Konzept der Großstadtregionen beschreibt die Verflechtung zwischen Kern und Umland. Es wird als repräsentativ angesehen, um die ambulanten Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden. Insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland wird Rechnung getragen.

Die Messung und Codierung der Großstadtregionen erfolgt auf Basis der Gemeindeverbände. Es ist somit auf Basis der Typisierung der Großstadtregionen, die 5 Typen unterscheidet, nicht möglich, direkt alle Kreise eindeutig einem Typ zu zuordnen, da die Gemeindeverbände eines Kreises mitunter unterschiedliche Ausprägungen aufweisen können. Deswegen wurde das Konzept des BBSR weiterentwickelt, um eine eindeutige Zuordnung aller Kreise zu 5 Typen zu gewährleisten, die der ambulanten Versorgungsfunktion der Kreise im Raum gerecht werden.

Die Zuordnung der Kreise zu diesen 5 Typen erfolgt in 3 Schritten:

1. Schritt: Identifikation aller eindeutig zuordenbaren Kreise

Als eindeutig zuordenbar gelten Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises demselben Typen zugeordnet sind. Somit leben 100% der Einwohner eines Kreises in ein und demselben Typ. Der Kreis wird diesem Typen zugeordnet.

2. Schritt: Typisierung der Kreise auf Basis der Bevölkerungsmehrheit

Für Kreise, in denen die Gemeindeverbände jeweils unterschiedlichen Typen zugeordnet sind, erfolgt eine direkte Zuordnung zu einem Typen, wenn in einer großstadtregionalen Zone die Mehrheit der Einwohner des Kreises (>50%) leben. Dazu wird der Anteil der Einwohner je Kreis je Typ an der Gesamtzahl der Einwohner je Kreis ermittelt.

3. Schritt: Typisierung von „Mischkreisen“ auf Basis des kalkulierten Versorgungsniveaus

Für Kreise mit Gemeindeverbänden in mehr als zwei Typen und keiner Bevölkerungsmehrheit über 50% in einem Typ liefern die Schritte 1 und 2 keine eindeutige Zuordnung. Aus diesem Grund wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typen ein bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt. Der Kreis wird dann dem Typen zugeordnet, dessen bundesdurch-

schnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ wird wie folgt ermittelt:

Die für die Typisierung maßgebliche Zuordnungstabelle des BBSR der Gemeindeverbände zu den Großstadregionen (derzeit 31.12.2010) wird um Arztzahlen differenziert nach Arztgruppen zum Stichtag der Zuordnungstabelle ergänzt. Auf Basis dieser Daten wird auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten⁷ ermittelt. Ebenso wird das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt. Letzteres Verhältnis wird dem Typ 5 zugeordnet⁸.

Die Arzt- /Einwohnerrelation der Typen 1, 2, 3 und 4 wird ins Verhältnis zur Arzt-/Einwohnerrelation des Typen 5 gesetzt und in Prozent ausgedrückt. Diese Prozentwerte stellen das bundesdurchschnittliche Versorgungsniveau je Typ dar.

Das kalkulierte Versorgungsniveau des Mischkreises ergibt sich aus der einwohnergewichteten Addition der jeweiligen Versorgungsniveaus des Kreises. Der Kreis wird dann dem Typen zugeordnet, dessen bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist.

Rechenbeispiel:

a) Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveau des Typen 4

Summer der Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung
ohne Psychotherapeuten im Typ 4

$$\frac{\text{-----}}{\text{/Einwohnerrelation Typ 4}} = \text{Arzt-}$$

Summe der Einwohner der Gemeindeverbände des Typen 4

Verhältnis EW/Arzt Typ 4

$$\text{-----} = \text{Versorgungsniveau Typ 4}$$

Verhältnis EW/Arzt Typ 5

⁷ Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Dieses Verteilungsmuster soll nicht zuletzt durch die Bedarfsplanungsreform 2012 korrigiert werden. Gleichzeitig stellen die Psychotherapeuten in der Allgemeinen Fachärztlichen Versorgung die größte Arztgruppe dar. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.

⁸ Viele Gemeindeverbände des Typs 5 werden z.T. durch umliegende Gemeindeverbände der Typen 2, 3 und 4 mitversorgt, die jedoch im selben Kreis liegen. Bei der kleinräumigen Kalkulation der Dichtemaße auf Ebene der Gemeindeverbände werden im Typ 5 somit überdurchschnittlich oft jene Teilregionen eines Kreises ohne Arzt gezählt. Bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt wird der Typ 5 deshalb systematisch unterschätzt. Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht.

Für die fünf Typen ergeben sich nach der oben beschriebenen Methode folgende Versorgungsniveaus, die auch für künftige Kreistypenanpassungen zugrunde gelegt werden sollen:

Typ 5: 1
 Typ 1: 1,39
 Typ 2: 0,96
 Typ 3: 0,48
 Typ4: 0,77

b) Zuordnung des Mischkreises zu einem Typ

Beispiel: Delmenhorst

Typ	EW	Bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau	Kalkulation
Typ 1	0%	139%	0% x 139 %
Typ 2	37%	96%	37% x 96%
Typ 3	25%	48%	25% x 48%
Typ 4	13%	77%	13% x 77%
Typ 5	25%	100%	25% x 100%

Kalk. Versorgungsniveau des Mischkreises ----- 83%

Geringster Abstand zum Typen 4 (77%)

Der Kreis Delmenhorst wird als Typ 4 typisiert.



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs- Richtlinie: Beratungsgegenstand

Vom 20. Dezember 2012

Inhalt

1. Rechtsgrundlage	3
2. Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1 Allgemeines	3
2.2 Grundlagen der Bedarfsplanung	4
2.3 Hausärztliche Versorgung	11
2.4 Fachärztliche Versorgung	13
2.5 Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung	15
2.6 Überversorgung	17
2.7 Unterversorgung	19
2.8 Sonderbedarf – Abschnitt 8	20
2.9 Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen	21
2.10 Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten	21
2.11 Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur	21
2.12 Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse	22
2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten	22
2.14 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen	22

3. Anlagen.....	25
4. Verfahrensablauf.....	30
5. Fazit.....	31

1. Rechtsgrundlage

Der Gesetzgeber hat durch die §§ 92 Abs. 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. Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 (BGBl. I S. 2983, Nr. 70), in Kraft getreten am 01.01.2012 (GKV-VStG), hat wesentliche Änderungen dieser Rechtsgrundlage gebracht. Mit den neuen gesetzlichen Vorgaben soll eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder eingeführt werden.

Dem G-BA sind neue Aufgabenbereiche übertragen worden. Gleichzeitig wurden die bestehenden Befugnisse flexibilisiert. Insbesondere folgende Änderungen waren umzusetzen:

- Die Berücksichtigung weiterer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Ärzte ist neu aufgenommen worden. Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummern 2a, 2b und Satz 7 SGB V sind einerseits die aufgrund von Ermächtigungen tätigen Ärzte und die in einer Einrichtung nach § 105 Absatz 1 Satz 2 SGB V angestellten Ärzte einzubeziehen und andererseits die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V in Abzug zu bringen.
- Die Flexibilisierung bei der Festlegung der Planungsbereiche nach § 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V befugt den G-BA, zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung an neue räumliche Strukturen anzuknüpfen. Dabei können die Planungsbereiche auch nach Arztgruppen getrennt normiert werden.
- Mehr Freiheit hat der G-BA ebenso hinsichtlich der Regelung der Verhältniszahlen. Der Stichtagsbezug wurde zugunsten der in § 101 Absatz 2 SGB V genannten sachgerechten Kriterien aufgegeben.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Der G-BA hat mit der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Flexibilisierung und Regionalisierung der Bedarfsplanung durch das GKV-VStG umgesetzt. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte der Bedarfsplanungs-Richtlinie näher begründet.

2.1 Allgemeines

Zur Sicherstellung eines gleichmäßigen Zugangs zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung für alle GKV-Versicherten (unabhängig von Wohnort, Einkommen oder anderer

Gründe) wird mit dem Instrument der Bedarfsplanung kenntlich gemacht, wo ein über- bzw. unterdurchschnittliches Versorgungsniveau vorliegt. Während bei Vorliegen eines überdurchschnittlichen Versorgungsniveaus (Überschreiten des bundesweiten Durchschnitts < 10 %) eine Region gesperrt wird, greifen im Falle der drohenden oder schon eingetretenen Unterversorgung weitergehende Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung. Die Bedarfsplanung selbst stellt somit ein Informationssystem dar, mit dem fachgruppenspezifisch bundesweit der Stand der Versorgung erhoben wird. Während die alte Bedarfsplanungs-Richtlinie in erster Linie die maximale Zahl der im System tätigen Vertragsärzte und Psychotherapeuten darstellte, stehen nunmehr Probleme zum Zugang der Versorgung im ländlichen Raum im Vordergrund. Während gleichzeitig immer noch für spezialisierte Fachgruppen mehr Bewerber Zulassungen beantragen als entsprechende Kapazitäten vorhanden sind, wird deutlich, dass insbesondere in der hausärztlichen Versorgung und allgemeinen fachärztlichen Versorgung erkennbare Unterschiede in der Versorgungsdichte auftreten. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss den Auftrag erteilt, die Bedarfsplanung insbesondere im Hinblick auf die Flexibilisierung von Verhältniszahlen, Planungsräumen sowie die Definition von Sonderbedarf weiter zu entwickeln. Zur Anpassung des bundesweiten Rahmens der Bedarfsplanung an regionale Besonderheiten sind begründete Abweichungen auf Landesebene möglich.

Sprachliche Gleichbehandlung - Generalklausel

Die Verwendung der Generalklausel erfüllt die Forderung nach sprachlicher Gleichbehandlung nicht. Sie ist daher für neu zu erstellende Normtexte grundsätzlich nicht zulässig, es sei denn, dass die Verständlichkeit, Klarheit und Lesbarkeit des Textes maßgeblich beeinträchtigt ist. Dies ist nicht bereits der Fall bei zahlreichen Änderungen oder Einfügungen der vollen Paarformen; es kann jedoch der Fall sein bei einer Häufung von Kongruenzanpassungen, die zum Erhalt der grammatikalischen Richtigkeit des Textes erforderlich sind. Die Grenze für die Anwendung der Generalklausel ist fließend, sie ist nach Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Bedarfsplanungs-Richtlinie erreicht, da sich die maßgeblichen Sätze nicht mehr nachvollziehbar laut lesen lassen bzw. rechtliche Uneindeutigkeiten durch verschiedene Bezugsworte auftreten würden.

2.2 Grundlagen der Bedarfsplanung

§ 1 Rechtsgrundlage, Zweck und Regelungsbereich

Die sich aus dem SGB V ergebende Rechtsgrundlage der Richtlinie erstreckt sich auf die Definition und Zuordnung derjenigen Arztgruppen, die im Rahmen der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden. Der Terminus Arztgruppe umfasst dabei auch die psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Den Arztgruppen werden Planungsräume zugeordnet, in denen – gemessen am bundesweiten Durchschnitt – für den jeweiligen Planungstyp, Über- und Unterversorgung festgestellt werden kann. Die Grundlagen der Feststellung von Unter- und Überversorgung gehören ebenso dazu wie die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge zur Berücksichtigung von Möglichkeiten der gemeinsamen Berufsausübung und der Anstellung bei Vertragsärzten in Medizinischen

Versorgungszentren. Zur Ausgestaltung der Sonderbedarfszulassung sowie Regelungen zu Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf wird der Gemeinsame Bundesausschuss aus Zeitgründen im Jahre 2013 beschließen. Zur Ermöglichung eines reibungslosen Übergangs von alter zu neuer Richtlinie sind entsprechende Übergangsregelungen Bestandteil der Richtlinie.

§ 2 Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Während die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung einen bundesweit vergleichbaren, einheitlichen Rahmen der Bedarfsplanung darstellt, können aus vielfältigen Gründen Abweichungen von diesem einheitlichen Rahmen erforderlich machen. Hierzu gehören insbesondere die regionale Demografie bzw. Morbidität, räumliche Faktoren oder auch besondere Versorgungslagen. Gut gesichert ist auch der Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Faktoren und der Morbidität einer Bevölkerung. Im Rahmen der Erstellung der Bedarfsplanungs-Richtlinie haben die Patientenvertreter ein Gutachten beim IGES-Institut in Berlin in Auftrag gegeben, das einen möglichen Ansatz der Berücksichtigung der regionalen sozioökonomischen Faktoren und Morbidität zum Inhalt hatte. Bedarfsbestimmende Faktoren können dabei das Einkommen oder morbiditätsbezogene Kenngrößen der Wohnbevölkerung eines Planungsbereiches sein. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Indizes, die potenziell auf regionaler Ebene Anwendung finden können. Hierzu gehört beispielsweise der Bayerische Index Multipler Deprivation, der konsistent auf den Zusammenhang von Krankheit und sozialer Lage hinweist. Aufgrund der Vielfältigkeit dieser Ansätze wurde eine Berücksichtigung eines einheitlichen Ansatzes in der Bundesrichtlinie nicht als möglich angesehen, so dass die Einbeziehung sozioökonomischer Faktoren eine der Abweichungsmöglichkeiten auf Landesebene darstellt. Abweichungen von der Bundesrichtlinie sind zu begründen und explizit im Bedarfsplan auszuweisen. Nach wie vor dient die Bedarfsplanung der Sicherstellung gleichwertiger Versorgungszugänge im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland, nicht zuletzt aus Gründen der Rechtssicherheit sind die Abweichungen nach § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV zu kennzeichnen und die Besonderheiten darzustellen.

Aufgrund der regionalen Besonderheiten wäre eine rechtliche Grundlage wünschenswert, die eine Trennung von Planungsebene und Verteilungsebene vornimmt. Auf der Planungsebene wird die Anzahl der Zulassungen mit Raumbezug festgelegt (anhand der Verhältniszahlen und der Wohnbevölkerung). Auf der Verteilungsebene erfolgt anhand von zu definierenden Kriterien die Steuerung der Niederlassungen. Dies ist insbesondere in Regionen mit einer über- oder unterdurchschnittlichen Bevölkerungsdichte anzustreben; eine ausgewogene Verteilung liegt hier häufig nicht vor, weil die Niederlassungsentscheidung im Planungsbereich eher an der Attraktivität des Standortes als an der Versorgungsnotwendigkeit ausgerichtet ist.

§ 3 Geltung der Richtlinie und der Abweichungen sowie Verhältnis zu anderen Rechtsvorschriften

Als bundesweiter Rahmen gilt die Richtlinie bundeseinheitlich. Abweichungen dieser Richtlinie erlangen Rechtskraft durch den § 3 Abs. 2 der Richtlinie, wonach diese Abweichungen, sofern ordnungsgemäß bekanntgegeben, als Teil dieser Richtlinie erklärt werden.

§ 4 Bedarfsplan

DKG / GKV-SV / KBV	PatV
<p>Der Bedarfsplan stellt das der Öffentlichkeit zugängliche, umfassende Dokument der Bedarfsplanung einer Kassenärztlichen Vereinigung dar und ist eine der wesentlichen Entscheidungsunterlagen für Beschlussfassungen des Landesausschusses zu Feststellung von Unter- und Überversorgung. Der Bedarfsplan gliedert sich in 3 Teile. Während der erste Teil Grundsätze zur Versorgungssituation im Zuständigkeitsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung umfasst und sich eng an den Vorgaben des § 12 Abs. 3 ÄZV orientiert, ist der zweite Teil auf die Abweichungen und Besonderheiten der Anpassung der Richtlinie auf Landesebene ausgerichtet. Hierzu gehören beispielsweise Anpassungen der Planungsbereiche, der Verhältniszahlen oder aber auch die Ausweisung zusätzlich oder getrennt beplanter Fachgruppen. Ergänzende Angaben zur Versorgungssituation wie beispielsweise der Barrierefreiheit können hier ergänzt werden. Der dritte Teil des Bedarfsplans umfasst die Berichterstattung über den Versorgungsgrad der jeweiligen Planungsbereiche, gegliedert nach Fachgruppen unter Mitteilung der Beschlussfassung des Landesausschusses zur Sperrung von Planungsbereichen sowie zur Ausweisung von Unterversorgung und drohender Unterversorgung. Alle drei Teile unterliegen unterschiedlichen Aktualisierungszyklen. Grundsätzlich ist immer dann neu zu veröffentlichen, wenn Änderungen eingetreten sind. Unabhängig von dem Erfordernis der Aktualisierung bei Änderungen sollen der Teil eins und zwei des Bedarfsplans in Abständen von drei bis fünf Jahren überarbeitet werden. Auch wenn keine Änderungen vorliegen ist der Stand der Versorgung für die Planungsbereiche und Fachgruppen einer Kassenärztlichen Vereinigung in der Regel halbjährlich zu veröffentlichen (3. Teil des Bedarfsplans). Die Daten des Bedarfsplans sind den Vertragspartnern sowie dem Landesausschuss neben der Druckform als Spreadsheet gängiger Tabellenkalkulationsprogramme zur Verfügung zu stellen. Bei der</p>	<p>Als öffentlich-rechtliche Körperschaften sind Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen unmittelbar an das Benachteiligungsverbot nach Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG gebunden. Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages haben sie den Auftrag zu prüfen, inwiefern beim Zugang zu ärztlichen Leistungen und Einrichtungen behinderungsbedingte Benachteiligungen vorliegen und ob diese durch fördernde Maßnahmen kompensiert werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist gemäß § 92 Abs. 1 SGB V verpflichtet, im Rahmen seiner Richtlinie den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.</p> <p>Mit seiner Vorgabe, dass im Rahmen des Bedarfsplans Angaben über Zielsetzung und Umfang einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung gemacht werden müssen, trägt der G-BA diesen Verpflichtungen Rechnung. Er berücksichtigt dabei auch die Vorgaben der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) gemäß Art. 9 Abs. 1 Satz 2 lit. a BRK (Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernisse zu medizinischen Einrichtungen), Art. 25 BRK (behinderten Menschen ist eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, Qualität und demselben Standard möglichst gemeindenah zur Verfügung zu stellen wie nichtbehinderten Menschen), in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen gemäß Art. 3 BRK: Selbstbestimmung, gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen und Barrierefreiheit (Zugänglichkeit). Gemäß § 4 BGG (Bundesbehindertengleichstellungsgesetz) liegt Barrierefreiheit vor, wenn eine Einrichtung für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar ist.</p> <p>Den KVen und Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen ist bei der Umsetzung dieser Vorgabe im Bedarfsplan ein Ermessen in Hinblick auf den anzustrebenden Umfang der barrierefreien Vertragsarztpraxen sowie in Hinblick auf die</p>

<p>Erstellung des Bedarfsplans und Umsetzung entsprechender Maßnahmen haben die Kassenärztlichen Vereinigungen andere Träger der Krankenversicherung und die kommunalen Verbände, soweit deren Belange durch die Bedarfsplanung berührt werden, zu unterrichten und bei der Aufstellung und Fortentwicklung der Bedarfspläne rechtzeitig hinzuzuziehen. Auch sind andere soziale Versicherungsträger und die Krankenhausgesellschaften zu unterrichten, sie können bei der Bedarfsplanung hinzugezogen werden (insb. § 13 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Die Unterrichtung der Gremien nach §90a SGB V bleibt unberührt.</p>	<p>geeigneten Maßnahmen zu Erreichung der Zielsetzung eingeräumt. Um jedoch einen gleichberechtigten Zugang im Sinne von Art 25 BRK zu gewährleisten, muss es Ziel sein, dass eine barrierefreie ärztliche Versorgung in allen Arztgruppen angeboten werden kann.</p>
---	---

§ 5 Versorgungsebenen

Nicht zuletzt bedingt durch den technischen Fortschritt und die Ausdifferenzierung der Versorgung in weitere Fachgruppen sowie durch die Verlagerung von bislang ausschließlich stationärer Versorgungsleistungen in den ambulanten Sektor bedarf es neben der Definition der einzubeziehenden Arztgruppen der Gliederung derselben in Versorgungsebenen. Unterschieden werden dabei grundsätzlich die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die fachärztliche Versorgung wiederum umfasst drei Gliederungsebenen. Die bislang beplanten fachärztlichen Fachgruppen werden gegliedert in eine allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung. Neu hinzukommen diejenigen Fachgruppen, die bislang keiner Bedarfsplanung unterlagen und aufgrund ihres Wachstums und ihrer Ressourcenbedeutung einer Bedarfsplanung zugeführt werden. Diese Fachgruppen werden in der gesonderten fachärztlichen Versorgung zusammengefasst. Die Zuordnung zu den Versorgungsebenen erfolgt prinzipiell nach der Größe des Einzugsgebiets der jeweiligen Fachgruppe. So ist das Einzugsgebiet einer Hausarztpraxis aus Versorgungsgründen kleiner als das einer radiologischen Praxis. Insofern müssen im Unterschied zur bisherigen Bedarfsplanung, die ausschließlich den Kreis und die kreisfreien Stadt als Planungsraum anerkannte, geeignete Planungsbereiche den Fachebenen zugeordnet werden. Ausnahmen bestehen nur bei wenigen Fachgruppen wie den Ärzten für Physikalische und Rehabilitativmedizin und den Fachärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und – psychotherapie (KJPP), die aus Gründen der vergleichsweise kleinen Gruppengröße nicht kleineren Planungsbereichen zugeordnet werden konnten.

§ 6 Arztgruppen

Die Definition der Arztgruppen im Sinne der Bedarfsplanung beruht weitgehend auf den Facharztbezeichnungen, die nach den geltenden Weiterbildungsordnungen erworben werden. Schon erworbene, nicht mehr in der gegenwärtigen, jeweiligen Landesweiterbildungsordnung einer Landesärztekammer existierende Facharztbezeichnungen werden nach den Maßgaben des § 6 den jeweiligen Arztgruppen zugeordnet. Es handelt sich dabei um eine Regelung, die schon in der vorherigen Bedarfsplanungs-Richtlinie Bestand hatte.

§ 7 Planungsbereiche

Bedingt durch die kontinuierliche Erweiterung des ambulanten Versorgungsauftrages um weitere Fachgruppen und durch Entwicklungen auf dem Gebiet der Kreise und kreisfreien Städte (Kreisgebietsreformen mit der Bildung von Groß-Kreisen) konnte die grundsätzliche Zuordnung aller Fachgruppen zu den bisherigen Planungsbereichen (insb. Kreisregionen) nicht aufrecht erhalten werden. Während das Einzugsgebiet von Hausärzten deutlich kleiner ist als ein Kreis oder eine Kreisregion, ist für Radiologen ein Kreis oftmals zu klein und das Einzugsgebiet der jeweiligen Praxis über einen Kreis hinausgehend. Aus diesem Grunde müssen zur besseren Verteilung und Steuerung eines gleichmäßigen Versorgungszuganges geeignete Planungsbereichstypen den jeweiligen Versorgungsebenen zugeordnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich entschieden, bei der Auswahl der jeweiligen Planungsbereichstypen aus Gründen der Rechtssicherheit wie schon in der bisherigen Bedarfsplanung auf Raumplanungskonzeptionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zu verweisen, dessen Konzepte auch in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen wie der Daseinsvorsorge Anwendung finden. Grundsätzlich kommen der sog. Mittelbereich, die Kreisregion, die Raumordnungsregion und das KV-Gebiet als Planungsbereiche zur Anwendung. Eine detaillierte Herleitung des Planungsbereichs erfolgt in den die jeweiligen Arztgruppen betreffenden Paragraphen.

<p>§ 8 Verhältniszahlen</p>	<p>§ 8 Verhältniszahlen</p> <p>§ 9 Bedarfsindex als Mitbestimmungsgröße der Verhältniszahlen</p>
<p>GKV-SV / KBV</p>	<p>PatV (Tragende Gründe zum Antrag PatV)</p>
<p>Gemäß dem Auftrag des Gesetzgebers im VStG ist der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Überarbeitung der Richtlinie von der grundsätzlichen Systematik ausgegangen, dass einwohnerbezogen arztgruppenspezifische, allgemeine Verhältniszahlen berechnet werden. Die Verhältniszahlen der Richtlinie 2007 werden dabei unter Berücksichtigung der aktuellen Einwohner- und Arztverteilung sukzessive weiterentwickelt und auf die neuen Planungsbereiche angepasst. Die Sollgröße der bisher nicht beplanten Fachgruppen orientiert sich am Zulassungsstand im Jahre 2010. Eine genaue Methodik der Herleitung der Verhältniszahlen wird in Anlage 5 dargelegt.</p>	<p>Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung im Sinne des § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, führt der G-BA einen Bedarfsindex ein, mit dem die arztgruppenspezifischen Allgemeinen (Norm-) Verhältniszahlen ermittelt sowie auf Ebene der Planungsbereiche Abweichungen beim Ärztebedarf berücksichtigt werden.</p> <p>Gemäß § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss seine Verhältniszahlen anzupassen oder auch neue Verhältniszahlen festzulegen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist. Dabei sollen Veränderungen in der Morbidität und einem daraus resultierenden Mehr- oder Minderbedarf an Vertragsärzten einer Arztgruppe bei der Festlegung von Verhältniszahlen berücksichtigt werden (KassKomm-Hess § 101 SGB V RdNr 16).</p>

	<p>Gemäß der Ergänzung durch das GKV-VStG ist auch insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen.</p> <p>Bei der Berücksichtigung sachgerechter Kriterien ist der G-BA jedoch nicht auf die Demografieentwicklung beschränkt. Vielmehr kommen solche Faktoren in Betracht, die Auswirkungen auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf haben (vgl. Begründung zum GKV-VStG, BT-Drs. 17/6906, S. 74).</p> <p>Der G-BA schafft mit der Einführung eines Bedarfsindex eine sachgerechte Umsetzung von § 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V, welcher auch eine demografische Perspektive beinhaltet und damit auch den Demografie-Faktor in § 8a BdpI-RL a.F. ersetzt. Er stützt sich dabei auf das Wissenschaftliche Gutachten des IGES Instituts „Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung“, das dem Unterausschuss vorgestellt und übersendet worden ist.</p> <p>Das Gutachten hat zum einen aufgezeigt, dass die Faktoren Alter und Geschlecht sowie sozioökonomische Faktoren und Morbidität Auswirkungen auf den Ärztebedarf im ambulanten Bereich haben. Insbesondere wird auch deutlich, dass die alleinige Berücksichtigung der demografischen Entwicklung zu unerwünschten Effekten führen kann, wenn nicht gleichzeitig auch die sozioökonomischen Bedingungen in Betracht genommen werden.</p> <p>Darüber hinaus ist auch dargelegt worden, wie diese Faktoren mit Hilfe eines Bedarfsindex bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wissenschaftlich fundiert berücksichtigt werden können.</p> <p>§ 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V bleibt unberührt.</p>
--	---

§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demografiefaktor

GKV-SV / KBV / PatV	DKG
<p>Schon in die bisherige Bedarfsplanungs-Richtlinie eingeführt und noch einmal durch den Gesetzgeber verstärkt wird der Demografiefaktor zur Modifikation der Verhältniszahl herangezogen, um der Alterung der Bevölkerung angemessen Rechnung tragen zu können. Dabei wurde der Demografiefaktor der Richtlinie 2007 weiterentwickelt. Der Demografiefaktor dieser Richtlinie löst den bislang gültigen Demografiefaktor ab, § 63 der Richtlinie als Übergangsregelung bleibt unberührt. Der Demografiefaktor der Richtlinie trennt nach dem Leistungsbedarf der über 65- bzw. unter 65-Jährigen Wohnbevölkerung eines Planungsbereichs. Für eine Reihe von Fachgruppen ergeben sich deutlich gesteigerte Leistungsumfänge für die ältere Bevölkerung im Vergleich zur jüngeren Bevölkerung. Berechnet wird für die beiden Altersgruppen der mittlere Leistungsbedarfsfaktor in der ambulanten Versorgung der letzten drei Jahre. Der Leistungsbedarfsfaktor gilt für fünf Jahre. Aufsatzjahr ist das Jahr 2010, womit der Demografiefaktor zum einen auf die gegenwärtige Verteilung der Ärzte einwirkt, zum anderen auch auf die im Bundesgebiet unterschiedlich stattfindende Alterung der Bevölkerung der nächsten Jahre reagiert und in den erforderlichen Arztbedarf übersetzt. Der zugrunde gelegte Leistungsbedarfsfaktor ist abhängig von der zukünftigen Entwicklung der medizinischen Versorgung, der Gestaltung von Vergütungssystemen sowie weiteren Faktoren, so dass der Gemeinsame Bundesausschuss den sog. Leistungsbedarfsfaktor nach fünf Jahren außer Kraft setzen und neu bestimmen wird, sofern der G-BA eine Neubestimmung beschließt. Für die Arztgruppen der Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater findet der Demografiefaktor keine Anwendung. Der Leistungsbedarf der Kinder- und</p>	<p>Die DKG lehnt die Bepanung der in § 14 genannten Arztgruppen generell ab. Hiervon unbenommen ist die explizite Nichtanwendung des Demografiefaktors für diese Arztgruppen nicht nachvollziehbar begründet und daher aus Sicht der DKG als nicht sachgerecht abzulehnen. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung ist mit einem veränderten Leistungsbedarf auch in diesen Arztgruppen zu rechnen.</p>

<p>Jugendlichen-Psychotherapeuten wird bei der Bestimmung des Leistungsbedarfsfaktors für die Psychotherapeuten nicht angewendet. Neben der Demografie sind weitere Faktoren der Differenzierung des ärztlichen Bedarfes eingehend im Rahmen der Beratungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie diskutiert worden. Entsprechende Modifikationsfaktoren sind in den Tragenden Gründen zu § 2 dargelegt.</p>	
---	--

§ 10 Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Stand der vertragsärztlichen Versorgung

Die Mitteilungen der Kassenärztlichen Vereinigungen orientieren sich an dem Bedarfsplan, wie er in § 4 dargelegt wird. Auf Anfrage des Landesausschusses haben die Kassenärztlichen Vereinigungen ggf. Erläuterungen zu den aktuellen Angaben zu machen.

2.3 Hausärztliche Versorgung

§ 11 Hausärztliche Versorgung

Die Versorgungsebenen werden grundsätzlich in folgender Gliederung dargestellt:

- Definition der Arztgruppe
- Zugeordneter Planungsbereich und
- Festlegung der Verhältniszahl.

<p>KBV</p>	<p>GKV-SV (Position zu Kinderärztlicher Versorgung auch für § 12)</p>
<p>Der hausärztlichen Versorgung werden Fachärzte für Allgemeinmedizin, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben sowie Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin einbezogen. Der zugeordnete Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung ist der sog. Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Diese sog. Mittelbereiche stellen 883 Planungsbereiche im Bundesgebiet dar, in denen feingliedriger als dies die Kreisbetrachtung ermöglicht, hausärztliche Versorgung zukünftig erhoben und beplant wird. Versorgungslücken, aber auch Überversorgungen werden durch das feinere</p>	<p>Die Hausärztlichen Versorgung umfasst in der vorliegenden Richtlinie analog zum § 73 Abs. 1a SGB V die Kinderärztliche Versorgung. Für die Planung der Kinderärzte wurde der Mittelbereich als Raumgliederung der Regionalbasis des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) gewählt, da damit eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird, die den regionalen Bedürfnisse der flächendeckenden kinderärztlichen Versorgung Rechnung trägt.</p> <p>Analog zur Anlage 5 wurde für die Planung der Kinderärzte die Verhältniszahl ermittelt.</p>

Planungsraster schneller sichtbar und können gezielter adressiert werden. Mit der Überwindung der sog. Raublindheit der bisherigen Bedarfsplanung kann damit angemessener der hausärztlichen Versorgung Rechnung getragen werden. Sofern ein Mittelbereich die Grenzen einer Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet, was nur in sehr wenigen Fällen zutrifft, sind Teile der Mittelbereiche getrennt so zu beplanen, dass Gemeindeverbände den jeweiligen KV-Bezirken zugeordnet werden. Im Rahmen der Abweichungsmöglichkeiten der Landesebene können abweichende Raumgliederungen, Zusammenlegungen oder Untergliederungen der Mittelbereiche vorgenommen werden. Dies ist insbesondere dann prüfungswert, wenn in größeren Städten eine feingliedrigere Betrachtung der Versorgungssituation angestrebt wird.

Als Verhältniszahl wird bundeseinheitlich ein Hausarzt auf 1671 Einwohner festgelegt. Die Verhältniszahl orientiert sich an der bisherigen Sollzahl der hausärztlichen Versorgung. Die hieraus entstehende Dynamik im Hinblick auf Wachstumsmöglichkeiten begründet sich dabei weniger aus der Verhältniszahl als vielmehr aus der Zuordnung der Arztgruppe der Hausärzte zu dem kleineren Planungsbereichtyp des Mittelbereiches.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach Konsultation mit den betroffenen Regionen festgelegt, dass das Ruhrgebiet weiterhin als Sonderregion fortgeführt wird. Eine entsprechende Regelung für die Fachgruppen findet sich in der Übergangsregelung.

Der Absatz 4 befasst sich mit der Anrechnung von psychotherapeutisch tätigen Hausärzten auf die Zahl der Hausärzte.

Aufgrund der sich stark verändernden Inanspruchnahme von Ärzten durch Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag seit 1990 wurde ein Faktor von 0,6 ergänzt, der berücksichtigt, dass der überwiegende Teil der Jugendlichen heute z.B. im Alter von 16 Jahren nicht mehr zum Kinderarzt geht, sondern vielmehr Behandlungsangebote Allgemeiner Hausärzte und bei den Mädchen von Gynäkologen wahrnimmt (zusammen etwa 80% der Quartalsfälle).

Ein weiteres Problem bei der Entwicklung der Kinderzahlen ist die unbefristete Zulassung von Kinderärzten auch in Regionen, in denen sich bereits heute ein drastischer Rückgang der Kinderzahlen und damit ein Absenken des Bedarfs an Kinderärzten abzeichnet. Der Anteil der Kinder an der Bevölkerung ist bereits von 1990 bis 2010 um ca. 3 Prozentpunkte gesunken und Prognosen gehen davon aus, dass sich die Anzahl der unter 20-jährigen bis 2040 um fast 20% reduzieren wird; in einzelnen Regionen sogar weit darüber hinaus (Statistisches Bundesamt). Aus diesem Grunde findet ein Vorgehen Anwendung, das bereits heute eine Abschätzung der zukünftigen Bedarfsentwicklung aufgreift. Zulassungen im Versorgungsbereich zwischen 100 und 110% werden zukünftig auf das Arbeitsleben des Kinderarztes befristet, wenn eine Prognose des Versorgungsbedarfs in zehn Jahren vom Augenblick der Antragstellung auf Zulassung ergibt, dass von einem sinkenden Versorgungsbedarf ausgegangen werden muss. Im gegensätzlichen Fall, nämlich wenn kein sinkender Versorgungsbedarf erwartet werden muss, ist eine unbefristete Zulassung auszusprechen.

2.4 Fachärztliche Versorgung

§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung

(GKV-SV-Position zu Kinderärztlicher Versorgung siehe Tragende Gründe zu § 10)

Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die benannten Fachgruppen gezählt. Die Fachgruppenzusammensetzung orientiert sich dabei an der bisherigen Versorgungsrealität und umfasst weiterhin die Gruppe der Fachärzte für Orthopädie sowie der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Ebenso werden die Nervenärzte weiterhin in einer Gruppe beplant. Die Kinderärzte werden nach §101, Abs. 5, Satz 1 SGB V als eigenständige Gruppe im Sinne der Bedarfsplanung verstanden. Auch sie werden der allgemeinen fachärztlichen Grundversorgung zugeordnet. Für diese Entscheidung waren v.a. die folgenden Gründe maßgeblich:

1. Bundesweit ist von einem Rückgang der Geburtenrate und damit auch der Zahl der zu versorgenden Kinder auszugehen. Eine sehr kleinräumige Planung könnte hier dazu führen, dass Planungsbereiche eine zu geringe Zahl an Kindern aufweisen, die den wirtschaftlichen Betrieb einer Kinderarztpraxis nicht mehr gewährleistet. Auf Ebene der Kreise ist demgegenüber mit einer hinreichend stabilen Zahl an Kindern zu rechnen, die eine langfristig stabile Versorgungsstruktur ermöglicht.
2. Im Fachgebiet der Kinderärzte ist aktuell eine zunehmende Spezialisierung in Schwerpunkten und Teilgebieten zu beobachten. In Erwartung einer Fortsetzung und Verstärkung dieses Trends, wird davon ausgegangen, dass die kinderärztliche Versorgung aus zentralen Orten einer Region heraus erfolgen sollte, um dort die unterschiedlichen Spezialisierungen vorhalten zu können.
3. Die Typisierung der Kreise erfolgt auf Basis von deren Funktion für das Umland. Auch die Infrastruktur des öffentlichen Nahverkehrs ist an diesen Funktionen ausgerichtet. Somit ist sichergestellt, dass junge Patienten im Rahmen der neuen Kreistypisierung ihren Kinderarzt mit vertretbarem Aufwand erreichen können.
4. Die bisherige Niederlassungsstruktur der Kinderärzte ist an der Versorgung des Umlands aus zentralen Orten heraus orientiert. Die neue Kreistypisierung folgt diesem Verteilungsmuster und bildet somit die bisherige Versorgungsfunktion der Kinderärzte adäquat ab.

Bei den Arztgruppen dieser Versorgungsebene ist festzustellen, dass Mitversorgungseffekte keine entsprechend feingliedrige Planungsraumzuordnung erfordert, wie dies bei den Hausärzten der Fall ist. Insofern wird der Kreis bzw. die Kreisregion weiterhin als angemessene Planungsbereichsgröße durch den Gemeinsamen Bundesausschuss angesehen. Um allerdings der Unterschiedlichkeit von Kreisen und Kreisstädten Rechnung zu tragen, wurde in Ablösung der bisherigen Differenzierung in neun Kreistypen ein Folgekonzept erarbeitet, das prinzipiell fünf Kreistypen unterscheidet. Die Differenzierung erfolgt nach dem Grad der Mitversorgung in den Kreistypen 1 bis 4. Großstädten wird demnach eine höhere Arztdichte zugebilligt als umliegende Gebiete, die mit der Großstadt im unterschiedlichen Ausmaße verflochten sind (Typ 3 und 4). Typ 2 entspricht Kreisregionen, sie wohl umliegende Gebiete mitversorgen als auch selbst im Einzugsgebiet großer Städte liegen und von der dortigen medizinischen Versorgung profitieren. Klar abgegrenzt von den Kreistypen 1-4 ist der sog. Kreistyp 5, der ländlichen Regionen entspricht, in denen abseits großer Städte aus sich heraus eine vergleichbar gute Versorgung sichergestellt werden muss. Die Typisierung erfolgte auf der Basis des Konzeptes der Großstadregion des BBSR. Eine genaue Herleitung der Methodik ist in Anlage 6 beschrieben. Die Verhältniszahlen orientieren sich dabei an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung. Sie wurden auf Basis der aktuellen Verteilung der Einwohner und Ärzte weiterentwickelt und für das neue Konzept der 5 Kreistypen gangbar gemacht. Dabei können sich im Einzelfall über die

unterschiedliche Raumtypzuordnung Veränderungen des Versorgungsgrades ergeben. Für das Ruhrgebiet gilt gleichermaßen eine Sonderregelung.

§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung

Aufgrund des größeren Einzugsgebietes werden Anästhesisten, Radiologen und spezialisiert fachärztlich tätige Internisten der sogenannten spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet.

Kinder- und Jugendpsychiater wurden dieser Versorgungsebene zugeordnet, da aufgrund der Gruppenstärke eine Beplanung auf Kreisebene zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich ist. Gleichwohl ist festzustellen, dass schon heute erhebliche Ungleichgewichte in der Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater im regionalen Vergleich bestehen, so dass über die Einbeziehung der Gruppe in die Bedarfsplanung ein gleichmäßigerer Zugang beabsichtigt wird. Als Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung hat der Gemeinsame Bundesausschuss die sog. Raumordnungsregion des BBSR zugeordnet. Diese entspricht 96 großen, flächigen Gebieten, die in der Wechselwirkung städtischer und ländlicher Gebiete weitgehend ein eigenes Versorgungsgleichgewicht herstellen. Zu beachten ist, dass insbesondere im Falle der Stadtstaaten bestehende Mitversorgungsbeziehungen in den Bedarfsplänen umliegender Länder Beachtung finden sollten. Die Verhältniszahlen orientieren sich an den Sollzahlen der bisherigen Bedarfsplanung, währenddessen für die Kinder- und Jugendpsychiater die Zahl der zugelassenen Ärztinnen und Ärzte des Jahres 2010 als Grundlage genommen wird.

§ 13 Abs. 4

Grundsätzlich gibt die derzeitige Versorgungssituation mit Anästhesisten keinen Hinweis auf einen Versorgungsmangel, vielmehr ist in vielen Planungsbereichen von Überversorgung auszugehen. Die entstehenden Zulassungsmöglichkeiten sollen daher durch die spezielle Ausrichtung auf Schmerztherapie oder Palliativmedizin insbesondere die Verbesserung der Versorgung schwerkranker Menschen sicherstellen.

§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung

GKV-SV / KBV	DKG
<p>Zum einen aufgrund des bislang ungebrochenen Wachstums in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung, zum anderen auch mit dem bei kleinen Gruppen einhergehenden überproportionalen Ressourcenverbrauch hat der Gemeinsame Bundesausschuss entschieden, die bislang nicht beplanten Fachgruppen, die Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnen können, in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Hierzu gehören die in § 14 aufgeführten Fachgruppen. Als Planungsbereich für diese Fachgruppen wird der Bezirk der Kassenärztlichen</p>	<p>Die DKG lehnt die Aufnahme der in § 14 aufgeführten Arztgruppen – wie schon im Rahmen des Moratoriums – ab. Die DKG lehnt die Aufnahme der in § 14 aufgeführten Arztgruppen in die Bedarfsplanung – wie schon im Rahmen des Moratoriums – ab und hält ihre Bedenken im Hinblick auf die diesbezügliche Reichweite der Regelungskompetenz des G-BA aufrecht. Es ist darauf hinzuweisen, dass Arztgruppen betroffen sind, die aufgrund der geringen Anzahl von Ärzten bisher von der Bedarfsplanung ausgenommen wurden.</p>

<p>Vereinigungen zugeordnet. Eingehend wurde auch die Notwendigkeit einer ggf. bundesweiten Bedarfsplanung ausgewählter Fachgruppen diskutiert, die an rechtlichen Rahmenbedingungen scheitert. Vor diesem Hintergrund ist zu prüfen, ob nach § 12 Abs. 2 Ärztezulassungsverordnung (Ä-ZV) mit Zustimmung der Beteiligten für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden auch ein gemeinschaftlicher Bedarfsplan für die Bereiche mehrerer Kassenärztlicher Vereinigung aufgestellt werden kann. Diese Überprüfung wird aufgrund der Besonderheit der betroffenen Fachgruppen, bspw. hinsichtlich der deutschlandweiten Tätigkeit, des geringen Patientenkontaktes oder der Spezifität der erbrachten Leistungen, als zielführend für die positive Weiterentwicklung der Versorgung angesehen.</p> <p>Als Verhältniszahl wird die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte des Jahres 2010 herangezogen. MKG-Chirurgen werden aufgrund der für das Fachgebiet typischen kammerrechtlichen Doppelzulassung (vgl. BSG, Urteil vom 17.11.1999, Az. B 6 KA 15/99 R) nicht berücksichtigt.</p>	<p>Der von den anderen Bänken angeführte Regelungsbedarf aufgrund überproportionaler Steigerungen in den Zulassungszahlen und den Ressourcenverbräuchen ist nach Auffassung der DKG nicht hinreichend empirisch geprüft und belegt. Zudem mangelt es an einem transparenten normativen Maßstab, der eine entsprechende Wertung der Entwicklungen erlaubt. Auch bestehen zu den Auswirkungen einer Beplanung nach Ansicht der DKG keine belastbaren Analysen.</p> <p>Unter den betroffenen Arztgruppen befinden sich Fachgebiete, die eine Schlüsselfunktion für die Behandlung von seltenen Erkrankungen und die Erbringung hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V einnehmen. In § 116b SGB V ist gesetzlich verankert, dass ausschließlich die Qualität Voraussetzung für die Behandlung dieser Patienten sein soll. Wenn nunmehr die für die Behandlung komplexer Erkrankungen wichtigen Arztgruppen in die Bedarfsplanung einzubeziehen sind, hat dies nach Auffassung der DKG eine unsachgemäße Erschwernis in der Umsetzung der 116b-Vorgaben zur Folge, mit entsprechenden Einschränkungen für die Patientenversorgung.</p>
--	---

§ 15 Weitere Arztgruppen

In Anbetracht des technischen Fortschritts und der Ausdifferenzierung ambulanter Versorgung in Form weiterer Facharztgruppen behält sich der Bundesausschuss vor, in regelmäßigen Abständen von zwei Jahren über die Aufnahme weiterer Fachgruppen in die Bedarfsplanung zu entscheiden.

2.5 Feststellung des allgemeinen Versorgungsgrades als Ausgangsrelation für die Prüfung von Überversorgung und Unterversorgung

Das grundlegende Konzept der Verhältniszahlermittlung der bisherigen Richtlinie wurde mit Änderungen (siehe auch §8a Demographiefaktor) beibehalten. Die bundesweit ermittelte Verhältniszahl je Fachgruppe und Planungsbereichstyp wird bezogen auf den jeweiligen Planungsbereich einer Kassenärztlichen Vereinigung. Voll für ihr Fachgebiet ermächtigte Ärzte werden, sofern Landesregelungen nicht anderes vorsehen, nach §15b der Richtlinie wie zugelassene Ärzte in die Versorgungsgradermittlung einbezogen.

Die Verhältniszahl wird dabei korrigiert um den Demographiefaktor, um eine Höhergewichtung der älteren Bevölkerung bei ausgewählten Fachgruppen berücksichtigen zu können.

§ 18 Feststellung des regionalen Versorgungsgrades für Vertragspsychotherapeuten

Aufgrund der Definition der Gruppe der Psychotherapeuten, die sich für den Teil der ärztlichen Psychotherapeuten auf das Leistungsgeschehen des vorherigen Jahres bezieht, sind Regelungen zur Berechnung des Versorgungsgrads der Vertragspsychotherapeuten erforderlich. Die vorliegenden Regelungen entsprechen der Altregelung.

§ 19 Anrechnungsfaktoren bei Hausärzten

Hausärzte, die ebenfalls psychotherapeutische Leistungen erbringen dürfen, sind je nach Umfang dieser Leistungen mit einem reduzierten Faktor auf die hausärztliche Versorgung anzurechnen. Gleiches gilt für Tätigkeiten von Hausärzten im fachärztlichen Gebiet, die mit einer eigenen Facharztbezeichnung wahrgenommen werden. Auch hier erfolgt eine entsprechende Anpassung des zu berücksichtigenden Faktors in der hausärztlichen Bedarfsplanung durch § 18.

§ 20 Anrechnungsfaktor für überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte für übrige Tätigkeit im Fachgebiet

Fachärzte, die psychotherapeutische Leistungen erbringen, werden je nach Umfang dieser Leistungserbringung mittels eines Faktors auf ihre Fachgruppe angerechnet. Selbiges regelt der § 19.

§ 21 Berücksichtigung von Anrechnungsfaktoren bei Zulassungen und Anstellungen

Entspricht der bisherigen Bedarfsplanungsregelung und regelt die Anrechnung angestellter und zugelassener Ärzte auf den örtlichen Versorgungsgrad.

§ 22 Berücksichtigung von ermächtigten Ärzten und anderen Faktoren [KBV / GKV-SV-Formulierungsvorschlag des RL-Textes]

Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten, die im Rahmen eines Vollversorgungsauftrages für ihr Fachgebiet ohne Überweisung tätig werden, werden wie zugelassene Vertragsärzte oder –Psychotherapeuten angerechnet. Ermächtigte Ärzte, die nur für Teile ihres Fachgebietes ermächtigt wurden oder nur auf Überweisung tätig werden dürfen, kommen nicht zur Anrechnung. Fachärzte hingegen, die ausschließlich auf Überweisung tätig werden dürfen, werden grundsätzlich bei umfassender Ermächtigung für das Fachgebiet für die Bedarfsplanung angerechnet. Zur Abbildung der Versorgungssituation vor Ort (Abs. 3) legen auf Landesebene einvernehmlich Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen fest, dass eine weitergehende Berücksichtigung von Ärzten und Psychotherapeuten in ermächtigten Einrichtungen vorgenommen wird. Das gleiche gilt im Rahmen der allgemeinen Abweichungsmöglichkeit auf Landesebene auch für die weitergehende Berechnung von Versorgungsanteilen ermächtigter Ärzte über den Absatz

1 hinaus, um beispielsweise den besonderen Versorgungsspektren der gesonderten fachärztlichen Versorgung Rechnung tragen zu können.

§ 22 Berücksichtigung von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Ärzten bei der Versorgungsgradmessung [DKG-Formulierungsvorschlag des RL-Textes]

Für die DKG ist es besonders wichtig, dass die Anrechnung des vertragsärztlichen Versorgungsumfanges der ermächtigten Ärzte sachgerecht Berücksichtigung findet.

Absatz (1)

Die DKG erachtet die Ergänzung „ohne Überweisungsvorbehalt“ für notwendig. Durch den bestehenden Überweisungsvorbehalt bei bestimmten Arztgruppen besteht generell eine Steuerungsfunktion. Damit wird die doppelte Steuerung über die Berücksichtigung gemäß § 22 nicht notwendig.

Die DKG schlägt vor, in § 22 Abs. 3ff über die Daten nach § 303b SGB V die Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte im Rahmen des Versorgungsauftrages nach § 101 Abs. 1 Satz 9 und Satz 1, Nr. 2b vorzunehmen, da hier den Beteiligten eine rechtliche Grundlage zur Berücksichtigung der in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzte an die Hand gegeben ist. Um eine Einheitlichkeit der Datenerhebung zu gewährleisten, stimmen sich die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene hinsichtlich des entsprechenden Datenalgorithmus ab, auf Basis dessen der GBA die Daten bei der entsprechenden Stelle anfordert und diese allen Beteiligten zur Verfügung stellt. Die Anrechnung erfolgt dabei auf Basis des ermittelten Fallzahlvolumens in Abgleich mit dem jeweiligen vergleichbaren Fachgruppenschritt. Die Anrechnung kann unterbleiben, wenn auf Orts-/Landesebene eine Vergleichbarkeit nicht gegeben bzw. nicht möglich ist.

2.6 Überversorgung

§ 23 Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung

Bezogen auf die bundesweite Verhältniszahl, korrigiert um den zuvor angewendeten Demographiefaktor, hat der Landesausschuss sowohl Über- wie auch Unterversorgung festzustellen. Die Feststellung von Überversorgung in den §§ 21 und 22 regelt auf der Grundlage des SGB V, dass bei einer Überschreitung der ermittelnden Verhältniszahl um 10 von 100 die Sperrung des Planungsbereichs anzuordnen ist. Die Regelungen entsprechen der bisherigen Regelung der Bedarfsplanungs-Richtlinie einschließlich der §§ 23 und 24.

§ 26 Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen

Während in der alten Bedarfsplanung mit Unterschreitung der Sperrungsgrenze um einen Einwohner eine volle weitere Stelle im Bedarfsplan ausgewiesen wurde, wird nunmehr (§ 25 Abs. 1) eine Zulassung je nach Arzt/Einwohnerrelation auch auf eine hälftige Zulassung ausgesprochen. Damit soll der bislang sich ergebende Aufrundungseffekt auf eine ganze Stelle der tatsächlichen Versorgungslage vor Ort angemessen angepasst werden.

Änderungen zur bestehenden Bedarfsplanungs-Richtlinie ergeben sich zudem im Abs. 3, 3., letzter Spiegelstrich. Bei der Auswahl bei mehreren Bewerbern kann der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen neben den bislang definierten Kriterien seine Entscheidung auch von Versorgungsgesichtspunkten abhängig machen. Hierzu gehört beispielsweise der geeignete Fachgebietsschwerpunkt bzw. auch Ausstattungsmerkmale der Praxis im Hinblick auf die Barrierefreiheit der Einrichtung.

Rechenbeispiel

Annahme: Einwohner im Planungsbereich: 308.000 Personen

Allgemeine Psychotherapeuten-Verhältniszahl, Raumtyp1: 1 : 3.079

100 %-Soll-Versorgungsgrad: 100,03 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 100,5)

Grenze zur Überversorgung: 110,04 Psychotherapeuten (Aufrunden auf halbe Stellen = 110,5)

In diesem Planungsbereich sind tatsächlich

- 22 ärztliche Psychotherapeuten,
 - davon 9 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- und 19 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie
- 68 Psychologische Psychotherapeuten,

also insgesamt 109 Psychotherapeuten tätig, womit dieser Planungsbereich für weitere Zulassungen offen wäre.

Nach der 25 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den ärztlichen Psychotherapeuten bei 25,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 25,5) Ärzten. Dieser Anteil wird um 3,5 Ärzte unterschritten. Die ab 2014 vorgesehene Zahl der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (50% Quote in der Quote = 12,504 (Aufrunden auf halbe Stellen = 13)) wird um 4 Ärzte unterschritten.

Nach der 20 %-Regelung liegt der Mindestversorgungsanteil bei den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 20,01 (Aufrunden auf halbe Stellen = 20,5). Dieser Anteil wird um 1,5 Versorgungsaufträge unterschritten.

Die jeweiligen Versorgungsanteile sind bei der Allgemeinen Psychotherapeuten-Verhältniszahl bei der Feststellung der Überversorgung mitzurechnen.

Im vorliegenden Beispiel hat dies folgende Auswirkung:

Die Arztgruppe der ärztlichen Psychotherapeuten wird mit 25,5 Versorgungsaufträgen und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit ihrem 20 %-Anteil, also mit fiktiven 20,5 Personen und nicht etwa mit den tatsächlich tätigen 19 Personen, berechnet, was in der Summe unter Berücksichtigung der niedergelassenen Psychologischen Psychotherapeuten 114 Personen ergibt – mit der Konsequenz einer grundsätzlichen Zulassungssperre für Psychotherapeuten für diesen Planungsbereich.

In diesem Beispiel können so lange ärztliche Psychotherapeuten trotz der Zulassungsbeschränkung zugelassen werden

a) Bis 31.12.2013: bis deren Zahl 25,5 Personen erreicht, also noch 3,5 Ärzte

b) Ab 1.1.2014: bis deren Zahl 13 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erreicht, also noch 3,5 Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die Quote für die restlichen ärztlichen Psychotherapeuten wäre in diesem Fall bereits ausgeschöpft.

Zudem können sich 1,5 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten niederlassen.

Für Psychologische Psychotherapeuten ist der Planungsbereich sowohl vor wie auch nach dem 31.12.2013 gesperrt.

2.7 Unterversorgung

§ 27 Maßstäbe zur Feststellung von Unterversorgung

GKV-SV	KBV
Grundlage für die Feststellung von Unterversorgung ist die allgemeine Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich nach dieser Richtlinie. Bei der Überprüfung auf Unterversorgung ist insbesondere auch die mögliche Abhilfe durch ermächtigte Ärzte oder Einrichtungen zu prüfen, sowie Versorgungsfunktionen von Krankenhäusern oder angrenzender Planungsbereichen zu berücksichtigen. Kann die im Bedarfsplan als bedarfsgerecht ausgewiesene Arztdichte langfristig nicht sichergestellt werden, so ist Unterversorgung zu vermuten (§ 28).	Grundlage der Feststellung von Unterversorgung ist die allgemeine Verhältniszahl der jeweiligen Arztgruppe im jeweiligen Planungsbereich. Sofern nicht nur vorübergehend die im Bedarfsplan als bedarfsgerechte Versorgung ausgewiesene Arztdichte nicht sichergestellt werden kann, ist von einer Unterversorgung auszugehen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Versorgung nicht durch ermächtigte Ärzte oder Einrichtungen sichergestellt werden kann (§ 28).

In vielen Versorgungsregionen bahnt sich eine Unterversorgung über mehrere Jahre an, ohne dass zu dem gegebenen Zeitpunkt aktuell eine Unterversorgung vorliegt. Um solchen Umständen Rechnung zu tragen, wird festgelegt, dass von einer Unterversorgung auszugehen ist, wenn in der hausärztlichen Versorgung in den Planungsblättern der ausgewiesene Bedarf um mehr als 25% unterschritten wird. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung und in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gilt die Unterschreitung des ausgewiesenen Bedarfs um 50 von 100 als drohende Unterversorgung im Sinne der Richtlinie. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, inwieweit die Altersstruktur der Ärzte eine Unterversorgung absehbar macht.

§ 28 Definition der Unterversorgung

Die Feststellung von Unterversorgung in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss war bislang nicht zuletzt durch die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe erschwert. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird die Definition von Unterversorgung im Jahre 2013 erneut aufgreifen und mit dem Ziel modifizieren, die Anwendbarkeit zu verbessern.

§ 30 Prüfung auf Unterversorgung

Auf Antrag eines Landesverbandes der Krankenkassen oder der Ersatzkassen oder auf Veranlassung der Kassenärztlichen Vereinigung kann eine Prüfung auf Unterversorgung vorgenommen werden. Die Prüfung darf dabei die Höchstdauer von 3 Monaten nicht überschreiten.

§ 31 Kriterien für die Prüfung auf Unterversorgung

Bei der Prüfung auf Unterversorgung ist eine eingehende Analyse der Versorgungssituation im Hinblick auf Merkmale wie Praxisstrukturen, Leistungsfähigkeit der tätigen Ärzte sowie die Beschreibung der Versichertenstruktur Voraussetzung. Hierbei können auch

Tätigkeitsumfänge der im jeweiligen Fachgebiet tätigen Ärzte in die Betrachtung einbezogen werden. Absatz 2 regelt, dass trotz rechnerischer Unterversorgung aufgrund der besonderen Versorgungsstruktur vor Ort faktisch keine Unterversorgung festgestellt werden muss, sofern dies begründet werden kann.

§ 33 Prüfung der Versorgungslage durch den Landesausschuss

Der Landesausschuss hat für diese Prüfung drei Monate Zeit. Sofern die vorgelegten Unterlagen nicht hinreichend den Versorgungsstand beschreiben, kann der Landesausschuss weitergehende Unterlagen anfordern.

§ 34 Maßnahmen des Landesausschusses

Die tatsächlich einzuleitenden Maßnahmen richten sich nach den Vorschriften des SGB V sowie der Ärztezulassungsverordnung.

§ 35 Voraussetzungen für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss (§ 101 Abs. 3a SGB V)

Bis zum Inkrafttreten einer noch zu entwickelnden Regelung gilt der bisherige § der Richtlinie fort. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird bis zum 30.04.2013 eine Folgeregelung fertig stellen.

2.8 Sonderbedarf – Abschnitt 8

Der Abschnitt 7 der Richtlinie 2007 gilt fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. Juni 2013 gesetzt.

§ 39 Versorgungssteuerung in besonderen Fällen

Diese Regelung dient der Versorgungssteuerung in Fällen, in denen sich in einem KV-Bezirk/Zulassungsbezirk aus strukturellen Gründen in zahlreichen Planungsbereichen Probleme bei der Nachbesetzung von Arztsitzen zeigen, die sich möglicherweise noch verstärken, wenn bspw. durch den Demografiefaktor attraktive Gebiete partiell entsperrt werden oder erst gar nicht gesperrt sind. Liegt in den Gebieten mit hoher Nachbesetzungswahrscheinlichkeit eine ausreichende Versorgung vor, können diese bereits gesperrt werden, wenn der Versorgungsgrad 100 v.H. übersteigt. Voraussetzung ist, dass mindestens 20 v.H. der nicht unterversorgten Planungsbereiche nicht ausreichend (< 100 v.H.) versorgt sind. Dass unterversorgte Planungsbereiche bei der Zählung ausgeschlossen sind, liegt daran, dass bei Vorliegen von Unterversorgung von anderen Regelungen Gebrauch gemacht werden kann. Da in KVen mit geringer Anzahl an Planungsbereichen bereits eine zusätzliche Sperrung von Planungsbereichen bei Vorliegen einer unterdurchschnittlichen Versorgung in einem einzigen Planungsbereich erfolgen könnte, wurde die Mindestanzahl auf zwei Planungsbereichen festgelegt. Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der KVen und der unterschiedlichen räumlichen Bezugsgrößen

der Versorgungsebenen (Mittelbereiche/Kreise), kann der Landesausschuss festlegen, ob das Instrument der Versorgungssteuerung im KV-Bezirk oder im Zulassungsbezirk angewendet werden soll. Die zusätzliche Sperrung von Planungsbereichen ist nicht abhängig von den Versorgungsgraden, sondern es kann individuell entschieden werden, welche Räume mit einem Versorgungsgrad im Korridor 100 bis 110 v.H. gesperrt werden. Es können auch alle Planungsräume dieses Korridors gesperrt werden, sofern dies nicht zu einer Sperrung von mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche in der Bezugsregion (KV/Zulassungsbezirk) führt. In diesem Fall können Planungsbereiche nur bis zum Erreichen dieser Grenze zusätzlich gesperrt werden. Die 70 v.H. Regelung soll verhindern, dass die Niederlassungsfreiheit der Ärzte zu stark eingeschränkt wird. Dass die Regelung nicht greift, wenn mehr als 70 v.H. aller Planungsbereiche von vorneherein gesperrt sind, muss aus diesen Gründen in Kauf genommen werden. Da die Möglichkeit eingeräumt wurde, entweder die gesamte KV oder den Zulassungsbezirk als räumliche Bezugsgröße zu wählen, kann das Greifen der 70 v.H.-Regelung möglicherweise umgangen werden.

Beispiel:

Eine KV oder ein Zulassungsbezirk verfügt über sieben Planungsbereiche. Um zusätzliche Sperrungen zu den schon ohnehin gesperrten Gebieten vornehmen zu können, müssen mindestens zwei Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100% aufweisen, unterversorgte Planungsbereiche sind nicht zu zählen. Sind für zwei Planungsbereiche Zulassungssperren angeordnet worden und weitere drei liegen zwischen 100 und 110%, können nur zwei Planungsbereiche zusätzlich gesperrt werden, da ansonsten die Zahl der gesperrten Planungsbereiche (5 von 7) 70 v.H. aller Planungsbereiche übersteigen würde.

2.9 Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen

§ 47 Psychotherapeuten und Jobsharing

Im Unterschied zur Altregelung wird klargestellt, dass unter gemeinsamer Berufsausübung auch das Zusammenwirken von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gewertet werden kann.

2.10 Beschäftigung von angestellten Ärzten bei Vertragsärzten

Unveränderte Übernahme aus der bisherigen Richtlinie

2.11 Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur

Die Regelung schreibt die diesbezügliche bisherige Regelung der Bedarfsplanungs-Richtlinie fort, bis der G-BA eine neue Regelung entwickelt hat; als Zeitfrist hat sich der G-BA den 30. Juni 2013 gesetzt.

2.12 Grundlagen, Maßstäbe und Verfahren für die Berücksichtigung der nach § 95 Abs.1 Satz 2 SGB V tätigen Ärzte oder in Versorgungseinrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V beschäftigten Ärzte bei der Bedarfsplanung sowie Planungsentscheidungen bei Überversorgung und Unterversorgung und im Genehmigungsverfahren der Zulassungsausschüsse

§ 56 Voraussetzungen der bedarfsunabhängigen Zulassung

Im Nachgang zur gesetzlichen Änderung des § 103 Abs. 4a Satz 4 SGB V wird der Übergang einer vertragsärztlichen Genehmigung in eine vertragsärztliche Zulassung geregelt.

2.13 Beschäftigung von angestellten Ärzten

alte Richtlinie wird fortgeschrieben.

2.14 Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

§ 63 Inkrafttreten, Außerkrafttreten und Anwendungsfrist

DKG	GKV-SV / KBV
<p>Aufgrund der generellen Ablehnung bzgl. Einbeziehung der Arztgruppen nach § 14 in die Bedarfsplanung, weist die DKG darauf hin, dass die Einbeziehung der Arztgruppen nach § 14 in den § 63 und der Bezug zu § 68 abzulehnen ist. Die Begründung ergibt sich aus § 14.</p>	<p>Mit dem Inkrafttreten der Richtlinie zum 1.1.2013 sind die Voraussetzungen geschaffen, um auf Landesebene mit der Erstellung des Bedarfsplans zu beginnen. Nach der Einvernehmensherstellung der Vertragspartner ist der Landesausschusses zur Feststellung von Unter- und Überversorgung mit dem Bedarfsplan zu befassen. Die zuständigen Landesaufsichten können daraufhin die Genehmigung des Bedarfsplans mit Auflagen versehen. Sofern eingerichtet, sind Landesgremien nach §90a SGB V anzuhören. Für diesen Abstimmungs- und Genehmigungsprozess wird in der Richtlinie ein Zeitraum von 6 Monaten vorgesehen (Absatz 2). Danach tritt die bisherige Bedarfsplanungsrichtlinie außer Kraft.</p> <p>Für die Übergangszeit vom 1.1. bis zum 30.6.2013 gelten Übergangsregelungen, die die Handlungsfähigkeit der Zulassungsausschüsse vor Ort sicherstellen sollen und welche die Anwendung der Richtlinie 2007 gestatten. Hinsichtlich der Anwendung des Demografiefaktors können entsprechende Entscheidungen ab dem 1.1.2013 auch mit dem Demografiefaktor der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie getroffen</p>

	<p>werden. Sofern die Landesvertragspartner dies einvernehmlich regeln, kann jedoch auch der bisherige Demografiefaktor der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 in diesem Zeitraum noch Anwendung finden (Abs.3). Der Demografiefaktor der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 ist nach 5 Jahren im Hinblick auf den Leistungsbedarfsfaktor anzupassen, da von einem veränderten Leistungsgeschehen in diesem Zeitraum ausgegangen wird.</p> <p>Sonderbedarfszulassungen aufgrund der Regelungen der Richtlinie 2007 bestehen fort und bleiben sowohl in inhaltlicher wie zeitlicher Hinsicht unberührt. Gleiches gilt für Zulassungen zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen sowie Genehmigungen zur Beschäftigung angestellter Ärzte auf der Grundlage der Richtlinie 2007. Hinsichtlich der Anpassung der Gesamtpunktzahlvolumina sind die Regelungen der Richtlinie 2012 anzurechnen.</p>
--	--

Die Ländervertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss spricht sich für eine Übergangsfrist von 9 Monaten aus.

§ 64 Zeitlich begrenzte Fortgeltung der Richtlinie 2007

Entscheidungen, die in der Übergangszeit getroffen wurden, haben über den 30.6.2013 hinaus Bestand, sofern sie nicht durch Folgeregelungen auf der Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 ersetzt werden. Für das Ruhrgebiet gelten gesonderte Regelungen des §65.

§ 65 Planungsbereiche

Durch die Veränderung der Planungsbereiche können Teile neuer Planungsbereiche, die ehemals gesperrten Regionen entsprechen, entsperrt werden. Nach dieser Regelung kann der Landesausschuss die Teilgebiete eines neuen Planungsbereichs weiterhin im Sinne einer Versorgungssteuerung als gesperrt ausweisen. Dies gilt solange, bis der bislang schlechter versorgte Anteil des Planungsbereichs einen Versorgungsgrad von 100% erreicht. Absatz 2 regelt die zeitgerechte Mitteilung von Planungsbereichsänderungen auf Landesebene, damit Bewerber sich entsprechend im Rahmen des Bewerbungsverfahrens vorbereiten können. Absatz 3 regelt die Fortführung der gesonderten Beplanung des Ruhrgebietes für einen Zeitraum von 5 Jahren. Nach diesem Zeitpunkt ist erneut über die Sonderstellung dieser Region Deutschlands zu entscheiden. Unverändert bleibt dabei auch die Zuordnung von Landkreisen und kreisfreien Städten, wie in Abs. 3a geregelt. Ebenso unverändert bleiben die Verhältniszahlen, währenddessen die Planungsbereiche auf das Ruhrgebiet übertragen werden. So gilt für die hausärztliche Versorgung der Mittelbereich, für

die allgemeine fachärztliche Versorgung der Kreis und die kreisfreie Stadt und für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion.

[Ergänzungsvorschlag GKV-SV: Bei den Kinder- und Jugendpsychiatern (KJPP) besteht analog zu den anderen Facharztgruppen der Spezialisierten Fachärztlichen Versorgung ebenfalls eine Sonderregelung für das Ruhrgebiet. Entsprechend gilt hier auch eine eigene Verhältniszahl, die sich aus dem Durchschnitt der Versorgung im Ruhrgebiet des Jahres 2010 ableitet.]

Für die bislang nicht geplante gesonderte fachärztliche Versorgung gilt der KV-Bezirk, womit kein Sonderstatus für das Ruhrgebiet entsteht. Da die Grenzen des Ruhrgebiets nicht identisch sind mit den Raumordnungsregionengrenzen, gelten bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung im Kreis Kleve und im Märkischen Kreis die Verhältniszahl des Ruhrgebiets für die jeweilige Fachgruppe.

PatV wünscht Erhebung und Berücksichtigung der tatsächlichen Versorgungssituation, so dass diese bei Überprüfung nach 5 Jahren berücksichtigt werden können.

§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad

Ergeben sich durch die Bedarfsplanungsreform eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten, kann dieser Zuwachs über einen Zeitraum von 10 Jahren ab dem 1. Januar 2013 in jährlich gleichen Anteilsschritten angepasst werden. Die angepassten Verhältniszahlen sind durch den Bedarfsplan der Kassenärztlichen Vereinigungen auszuweisen. Die insofern angepassten Verhältniszahlen gelten als Verhältniszahlen für die Entscheidung des Landesausschusses zur Feststellung von Über- und Unterversorgung sowie zur notwendigen Feststellung von Sonderbedarf durch den Zulassungsausschuss. Der Demografiefaktor kommt hierbei nicht zur Anwendung.

PatV Regelung beschränkt sich auf die gesonderte fachärztliche Versorgung.

§ 67 Versorgungssteuerung

Anstelle der Regelung in § 66 kann der Landesausschuss auch die Möglichkeit der Sperrung von Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 bis 110 % bei entsprechend vorliegenden schlechteren Versorgungsgraden von anderen Planungsbereichen zur Anwendung bringen. Absatz 2 dient der Klarstellung, dass gesetzliche Regelungen zur Praxisnachfolge bei Zulassungsbeschränkungen unberührt bleiben sowie auch die Bestimmung zur Feststellung von Unterversorgung.

§ 68 Übergangsregelung zur gesonderten fachärztlichen Versorgung einschließlich Moratorium

GKV-SV / KBV	DKG
Für die gesonderte fachärztliche Versorgung bestehen mit Einführung der Bedarfsplanung auch weiterhin bundesweit Niederlassungsmöglichkeiten. Die bisherige Entwicklung in den Gruppen der gesonderten Fachärzte kann als	Zu § 68 der RL / § 5 der Anlage 5: Die DKG lehnt die Methodik der Verhältniszahlberechnung bzw. die Übergangsregelung als nicht sachgerecht ab. Die Berechnung des Versorgungsgrads nach Maßgabe des Jahres 2010 würde

heterogen bezeichnet werden. Insbesondere hinsichtlich des Niederlassungsverhaltens wird eine Konzentration einzelner Arztgruppen in bestimmten Regionen Deutschlands festgestellt. Dennoch findet sich in der Versorgungssituation kein Indiz, dass die Versorgung nicht ausreichend ist. Eine Abschätzung der zukünftigen Entwicklung der Arztgruppen und die perspektivische Entwicklung des Leistungsgeschehens beziehungsweise die Bedeutung der hier erbrachten Leistungen ist zum jetzigen Stand nur bedingt möglich.

Der Landesausschuss kann deshalb von einer Regelung Gebrauch machen, die in § 68 eine Öffnung des Planungsbereichs bei Unterschreitung der mit 100 % als ausreichend angesehenen Versorgung um 5 % vorsieht. Bei der Auswahl mehrerer geeigneter Bewerber kann, sofern für die jeweilige Fachgruppe geeignet, zudem die räumliche Verteilung als Kriterium herangezogen werden.

einen relevanten Teil der quantitativen Entwicklung in der Versorgung unberücksichtigt lassen und daher ein zu geringes Versorgungsniveau fixieren. Darüber hinaus ergibt sich aus Sicht der DKG die Frage nach der Legitimation bzw. der rechtlichen Befugnis des GBA, inwiefern dieser eine Regelung gemäß § 68 der Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie einführen kann. Dabei ist aus Sicht der DKG die vom GBA getroffene Regelung zur Feststellung des Versorgungsgrades sowie insbesondere die getroffene Regelungen zur Unterschreitung juristisch zumindest prüfbar.

3. Anlagen

ANLAGE 2:

Die mit dem Versorgungsstrukturgesetz verbundenen Möglichkeiten, auf regionaler Ebene in der Bedarfsplanung von den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses abzuweichen (vgl. § 99 Abs. 1 Satz 3), macht eine Weiterentwicklung des Bedarfsplans und der Planungsblätter erforderlich.

Der Bedarfsplan (Anlage 2.1) soll, ebenso wie bisher, das zentrale Dokument für Entscheidungen im Bezug zur Bedarfsplanung sein. Neben der Dokumentation des aktuellen Standes der Versorgung (Anlage 2.2 und 2.3) soll hier zukünftig v.a. die regionale Versorgungssituation genauer beschrieben werden. Dazu sollen die zuständigen Stellen im Kapitel 1 „Regionale Versorgungssituation (§ 12 Abs. 3 Ä-ZV)“ die für die regionale ambulante Versorgung relevanten Informationen und Daten sammeln, auswerten und aufbereiten. Mögliche Grundlagen für die hier erstellten Analysen können z.B. das Landesarztregister, der Landeskrankenhausplan, weitergehende Informationen zu ermächtigten Instituten etc. sein.

Die Analyse der regionalen Versorgungssituation in Kapitel 1 bildet die Grundlage für das Kapitel 2 - "Bedarfsplanung". Darin sollen die regionalen Erwägungen, die sich aufgrund der Analysen in Kapitel 1 ergeben, dokumentiert werden. Dazu gehören auch die Begründungen für mögliche regionale Abweichungen von den Vorgaben des Gemeinsamen

Bundesausschusses. Diese Abweichungen sollen in Kapitel 2 begründet und in der ihnen zugrunde liegenden Methodik beschrieben werden.

Ogleich sich die konkrete Versorgungssituation regelhaft verändert, ist davon auszugehen, dass Grundzüge der Versorgung und der regionalen Bedarfsplanung, die in Kapitel 1 und 2 beschrieben werden, mittelfristig stabil sind. Vor diesem Hintergrund sollen diese Kapitel i.d.R. nur alle 3 bis 5 Jahre angepasst werden. Sollten besondere Umstände (z.B. neue Verkehrswege, neue größere Versorgungseinrichtungen etc.) eine Anpassung erforderlich machen, ist diese jederzeit möglich.

Die Planungsblätter in Kapitel 3 (Anlage 2.2 und 2.3) sollen dafür sorgen, eine einheitliche Dokumentation der aktuellen Versorgungssituation zu gewährleisten. Sie sind an die Planungsblätter der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 (Anlage 2, 4, 6 und 7) angelehnt und fassen diese weitestgehend zusammen. Gleichzeitig geben sie den zuständigen Stellen vor Ort die Möglichkeit die regionalen Abweichungen vor Ort abzubilden. Aus diesem Grund wurde die Möglichkeit gegeben die Arztgruppen und die Zuschnitte der Planungsbereiche zu verändern. Ebenso besteht in Spalte 5 die Möglichkeit die kumulierte Wirkung regionaler Abweichungsfaktoren zu dokumentieren. Auf die Erfassung einzelner regionaler Abweichungsmöglichkeiten wurde verzichtet, da diese ggf. zu vielfältig werden können.

Auch in den Planungsblättern der Anlage 2.2. sollen die Begründungen für mögliche Abweichungen dokumentiert werden, wobei hier ggf. auf den Bedarfsplan (Kapitel 2) verwiesen werden kann.

ANLAGE 3.1

Da die Abgrenzung des BBSR der Gemeinden zu Mittelbereichen zum Zeitpunkt der Richtlinienerstellung auf dem Gebietsstand 31.12.2009 basiert, konnte keine jüngere Abgrenzung zugrunde gelegt werden.

Eine Zuordnung der rd. 12.000 Gemeinden zu Mittelbereichen hätte den Rahmen der Richtlinie gesprengt, so dass anstelle dessen ein Verweis (Weblink) eingefügt wird. Um Planungs- und Rechtssicherheit bei den für die Bedarfsplanung maßgeblichen Raumeinheiten zu gewährleisten, wird die Referenzdatei auf die Homepage des G-BA gestellt, durch die Geschäftsstelle gepflegt und im Nachgang vom G-BA in Beschlüssen zur Raumgliederung angepasst.

ANLAGE 3.2

Bereits in der Richtlinie 2007 wurde der Kreis Region Hannover aus Gründen der Versorgungssteuerung auf Basis der Altkreise Hannover, Landkreis und Hannover, Landeshauptstadt beplant - entgegen des bei der Kreistypisierung des BBSR zugrunde gelegten Gebietsstands. Da mit einer kreisscharfen Planung zu befürchten ist, dass die für die ehemalige Landkreisbevölkerung vorzuhaltenden Ärztopotenziale in die Kernstadt abwandern, wurde die getrennte Beplanung in die aktuelle Richtlinie übernommen.

Analog zur Region Hannover wurde mit der Städteregion Aachen verfahren. Die Städteregion ist seit dem 21. Oktober 2009 Rechtsnachfolger des Kreises Aachen, der aufgelöst wurde und dessen neun Gemeinden mit der kreisfreien Stadt Aachen die neue Städteregion bilden. Aus den oben genannten Gründen der Versorgungssteuerung ist die Kreisreform ebenfalls nicht in Anlage 3.2 berücksichtigt worden.

Festgehalten wurde weiterhin an den Kreiszusammenfassungen (sog. Kreisregionen) des BBSR. Kreisregionen sind funktionalräumlich orientierte Zusammenfassungen. Sie tragen dazu bei, bundesweit vergleichbare Raumeinheiten herzustellen: Kleinere kreisfreie Städte unter 100.000 Einwohnern werden mit den ihnen zugeordneten Landkreisen zu Kreisregionen zusammengefasst. Entgegen der Vorgehensweise für die Regionen Hannover und Aachen soll hier der starken Mitversorgung der kreisfreien Städte für die (kleinen) Kragenkreise Rechnung getragen werden. Die ehemaligen Landkreise Aachen und Hannover sind hingegen so groß, dass eine Zentralisierung der Versorgung, die im Zuge der Zusammenlegung zu befürchten wäre, Mitversorgerbeziehungen induzieren würde, die insgesamt zu einer schlechteren Anbindung der Bevölkerung an die allgemeine fachärztliche Versorgung führen würde.

ANLAGE 4:

In der Anlage 4 werden die Leistungsbedarfsfaktoren, die Grundlage für die Anwendung des Demografiefaktors nach § 8a sind, veröffentlicht. Sie werden im Abstand von 5 Jahren ggf. aktualisiert, sofern der G-BA dies beschließt. Darüber hinaus soll ein Rechenbeispiel helfen, die Anwendung des Demografiefaktors für die Praktiker der Bedarfsplanung transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

ANLAGE 5:

In der Anlage 5 werden die Grundlagen für die Ermittlung der Verhältniszahlen für die einzelnen Planungsgruppen transparent und nachvollziehbar dargestellt. Dabei wird deutlich, dass sich alle Verhältniszahlen systematisch herleiten lassen und keine Setzungen erfolgt sind. Der G-BA stellt damit u.a. eine klare Begründbarkeit der Verhältniszahlen sicher.

Als einzige Abweichung von dieser Systematik ist die Verhältniszahl der Arztgruppe der Psychotherapeuten im Typ 5 (ländliche Regionen) zu nennen. Die Ermittlung einer Verhältniszahl im Rahmen der dargestellten Methodik führt hier wegen der historisch begründeten eher städtezentrierten Verteilung der Psychotherapeuten nicht zum gewünschten Ergebnis eines angemessenen Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung. Hier wurde deshalb das Soll-Versorgungsniveau für diesen Regionstyp auf das durchschnittliche Niveau der Städte und ihres Umlandes angehoben. Damit wertet der G-BA bewusst das Versorgungsniveau der ländlichen Regionen auf.

ANLAGE 6

Mit der Neuausrichtung der Bedarfsplanung soll zur Herstellung von mehr Versorgungsgerechtigkeit und einer effizienteren Versorgungsorganisation den bekannten Schwächen eines „gewachsenen“ Systems begegnet werden. Die bestehende Form der Bedarfsplanung, die auf einem nicht weiter fortgeschriebenem Raumkonzept (Siedlungsstrukturelle Kreistypen in neun Abgrenzungen) des BBSR basiert, bildet Mitversorgereffekte nur unzureichend ab. Um eine grundsätzlich flächendeckende und verteilungsgerechte fachärztliche Versorgung der Bevölkerung auch künftig sicherstellen zu können, musste ein neues Konzept entwickelt werden.

Hinsichtlich der Raumgröße wird die administrative Ebene der Kreise und kreisfreien Städte für den Bereich der allgemeinen fachärztlichen (Grund-) Versorgung weiterhin als sinnvolle Planungsraumgröße angesehen. Auch wenn die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse im Grundgesetz verankert ist, wird im Zentrale-Orte-Konzept, welches in der Raumplanung die Versorgungsnetze für die Sicherung der Daseinsvorsorge durch Infrastrukturangebote mit überörtlicher Bedeutung bildet, der Unterschiedlichkeit des Raums Rechnung getragen. Da das Versorgungsangebot ambulanter ärztlicher Leistungen stark korreliert mit anderen Versorgungsangeboten des periodischen Bedarfs, wurden aufgrund siedlungsstruktureller Ungleichheiten weiterhin unterschiedliche Kreistypisierungen vorgenommen, wobei eine Untergliederung in fünf Typen modifiziert nach dem BBSR-Konzept der Großstadtreionalen Zonen als angemessen angesehen wurde. Übertragen auf die Sicherstellung ambulanter Leistungen benötigt ein mitversorgter Kreis daher eine niedrigere Versorgungsdichte als eine mitversorgende Region, da sich im Ergebnis eine gegenseitige Kompensation ergibt. Hinsichtlich der Kreistypisierung, die in der Richtlinie 2007 zugrunde gelegt wurde, hatte das BBSR ein Top-down-Ansatz gewählt: der großräumige Kontext - repräsentiert durch den Regionsgrundtyp - prägt die Kategorisierung der dazu gehörigen Kreise. Der siedlungsstrukturelle Kreistyp enthielt somit implizit ein Lagekriterium. In der Neutypisierung ist die Blickrichtung geändert und ein Bottom-up-Ansatz gewählt worden. Dies bedeutet, dass für den neuen siedlungsstrukturellen Kreistyp somit nur Siedlungsstrukturmerkmale herangezogen werden. Die Lagegunst oder -ungunst wird hingegen als eigenständige Dimension aufgefasst und in dem Nachfolge-Konzept der siedlungsstrukturellen Kreise nicht abgebildet. Aus Gründen der Rechtssicherheit wurde für die Bewertung der Versorgungsfunktion der Kreise weiterhin ein an ein amtliches Konzept assoziiertes Raumgliederungsmodell zugrunde gelegt. Ein für die ärztliche Bedarfsplanung unverändert übertragbares Konzept auf Kreisebene fand sich jedoch nicht. Da das Konzept der Großstadtreionen des BBSR die Siedlungsstruktur und Lagegunst gemeinsam abbildet, allerdings in der räumlichen Abgrenzung der Gemeindeverbände, wurde dieses dergestalt modifiziert, dass auch auf Ebene der Kreise Aussagen zur Versorgungsfunktion getroffen werden können. Insbesondere der ländlich periphere Raum, dessen Eigenversorgungscharakteristik im alten Konzept nur unzureichend abgebildet wird, erfährt im neuen Konzept eine Aufwertung, um die Anbindung der Bevölkerung an die ambulante fachärztliche Versorgung zu verbessern.

Sofern es sich um Mischkreise handelt, deren Bevölkerung sich in Gemeindeverbänden mit unterschiedlicher BBSR-Typisierungen differenziert, wurde eine direkte Zuordnung der Kreise zu einem Typ vorgenommen, sofern die Bevölkerung mehrheitlich in einem der fünf Versorgungszonen liegt. Ziel war es, dass bei der Typisierung in der Richtlinie die Grundcharakteristik eines Raums wiedergespiegelt wird. Eine Typisierung auf Basis des kalkulierten einwohnergewichteten Versorgungsniveaus in den jeweiligen Versorgungszonen hätte bei Vorliegen einer Majorität aufgrund der hohen Spreizung der zugrunde gelegten

Niveaus für die jeweiligen Typen nach umfassenden Analysen zu Verwerfungen geführt, die der Versorgungsfunktion dieser Räume nicht gerecht worden wäre.

4. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
01.01.2012		Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) hat in neuen gesetzlichen Vorgaben dem G-BA aufgegeben, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie insbesondere eine zielgenauere und den regionalen Besonderheiten Rechnung tragende flexible Ausgestaltung der Bedarfsplanung mit erweiterten Einwirkungsmöglichkeiten der Länder einzuführen.
22.02.2011 22.02.2011 02.05.2011 09.09.2011 11.11.2011 12.12.2011	UA BPL	Aufnahme der Beratungen gemäß 1. Kapitel § 5 Abs. 1 VerfO zur Vorbereitung einer Neufassung
17.09.2012	UA BPL	Einrichtung und Beauftragung einer Arbeitsgruppe Redaktionsarbeit
05.11.2012	UA BPL	Beratung der Ergebnisse der AG Redaktionsarbeit BPI-RL
17.01.2012 08.02.2012 27.03.2012 25.04.2012 15.05.2012 22.06.2012 31.07.2012 13./14.08.12 20.08.2012 17.09.2012 16.10.2012 05.11.2012	UA BPL	Beratungen zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben durch das GKV-VStG insbesondere zu <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsebenen • Arztgruppen • Planungsbereichen, • Kreistypenmodellen, • Verhältniszahlen • Bedarfsmodifizierenden Faktoren (z.B. Demografiefaktor),
12.11.2012	UA BPL	<i>Beschluss zur Einleitung des Stellungnahmeverfahrens vor abschließender Entscheidung des G-BA (gemäß 1. Kapitel § 10 VerfO) über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) für folgende Stellungnahmeberechtigten</i> <ul style="list-style-type: none"> • Bundesärztekammer (BÄK) • Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) • Bundesdatenschutzbeauftragter (BfDI)
17.12.2012	UA BPL	<i>Auswertung der Stellungnahmen</i>
17.12.2012	UA BPL	<i>Anhörung</i>
17.12.2012	UA BPL	<ul style="list-style-type: none"> • Abschluss der vorbereitenden Beratungen • Beschluss der Beschlussunterlagen (Beschlusssentwurf, tragende Gründe, ZD)

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand / Verfahrensschritt
20.12.2012	G-BA	Abschließende Beratungen und Beschluss über eine Änderung der <Richtlinie XY>
TT.MM.JJJJ		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit / Auflage
TT.MM.JJJJ	XY	ggf. weitere Schritte gemäß VerfO soweit sie sich aus dem Prüfergebnis gemäß § 94 Absatz 1 SGB V des BMG ergeben
TT.MM.JJJJ		Veröffentlichung im Bundesanzeiger
TT.MM.JJJJ		Inkrafttreten

5. Fazit

[Der G-BA hat am 20. Dezember 2012 die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen und nach § 94 Absatz 1 SGB V dem Bundesministerium der Gesundheit vorgelegt.]

Berlin, den 20. Dezember 2012

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken

Eingegangene Stellungnahmen

1. Bundesärztekammer (BÄK)
2. Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie

Berlin, 11.12.2012

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 12.11.2012 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich der Neufassung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) aufgefordert.

Die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde insbesondere notwendig durch die Änderung der Rechtsgrundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses durch das zum 01.01.2012 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG).

Der Gesetzgeber hat u. a. folgende Vorgaben zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung gemacht:

- Stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität (§ 99 Abs. 1 SGB V)
- Einbezug der auf der Grundlage einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte sowie der in den Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz Nr. 2b, § 101 Abs. 1 Satz 7)
- Berücksichtigung der spezialfachärztlichen Versorgung bei der Berechnung des Versorgungsgrades (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a)
- Neufassung der regionalen Planungsbereiche zum 01.01.2013 mit der Möglichkeit bei der Größe nach Arztgruppen zu differenzieren (§ 101 Abs. 1 Satz 6)
- Präzisierung der Voraussetzungen für Sonderbedarfszulassungen (§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3)
- Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen (§ 101 Abs. 2 Nr. 3), Wegfall des Stichtagsbezugs

Bis auf die Neufassung der Voraussetzungen für die Sonderbedarfszulassungen wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss die gesetzlichen Vorgaben in der neuen Richtlinie umgesetzt. Bezüglich der Sonderbedarfszulassungen sowie der Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur gelten die bisherigen Regelungen zunächst fort. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat angekündigt, im kommenden Jahr auch diese Abschnitte der Bedarfsplanungs-Richtlinie neu zu regeln.

Die Bundesärztekammer nimmt zur beabsichtigten Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt Stellung:

Anlässlich der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie erlauben wir uns zunächst zwei grundsätzliche Anmerkungen:

1. Die Bedarfsplanung begrenzt die Berufsausübungsfreiheit der Ärztinnen und Ärzte, indem die Teilnahme an der Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten limitiert wird. Wenngleich von Seiten der Bundesärztekammer keine grundsätzlichen Einwände gegen eine Bedarfsplanung erhoben werden, sehen wir aber doch die Notwendigkeit, die Beschränkungen der ärztlichen Berufsfreiheit durch die Bedarfsplanung auf das unumgängliche Minimum zu begrenzen. Zudem ist zu fordern, dass die Bedarfsplanungsregelungen frei von Missbrauchspotential sind. Insbesondere darf nicht versucht werden, über die Bedarfsplanung entgegen medizinischer Notwendigkeit auf die Leistungsmengenentwicklung Einfluss zu nehmen.

2. Die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie stellt die Weiterentwicklung einer sektorspezifischen Regelung dar. Krankenhausplanung und die Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung stehen nach wie vor mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Inwieweit es über die gemeinsamen Landesgremien gemäß § 90a SGB V zu einer stärkeren Verzahnung kommt, gilt abzuwarten. Zumal das gemeinsame Landesgremium nur Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben kann. Angesichts der vielfältigen Wechselwirkungen zwischen den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen spricht sich die Bundesärztekammer weiterhin für eine systematische Verknüpfung von Krankenhausplanung und vertragsärztlicher Bedarfsplanung aus. Von den gemeinsamen Landesgremien erhoffen wir uns hierfür Impulse.

Nach diesen grundsätzlichen Anmerkungen nehmen wir im Folgenden zu ausgewählten Einzelaspekten der neuen Richtlinie Stellung:

- **§ 4 Bedarfsplan, hier: barrierefreie ärztliche Versorgung**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag der Patientenvertreter (PatV), in die Bedarfsplanung auch Feststellungen über den bestehenden Umfang sowie Festlegungen zum angestrebten Umfang barrierefreier ärztlicher Versorgung aufzunehmen. Nach unserer Auffassung wäre die systematische Erfassung des Status quo im Regionalvergleich der notwendige erste Schritt zur Feststellung des Bedarfs an einer barrierefreien vertragsärztlichen Versorgung. Bezüglich der Erhöhung des Anteils barrierefreier Arztpraxen sieht die Bundesärztekammer auch den Staat und die Selbstverwaltung in der Pflicht, dieses Ziel über entsprechende Förderprogramme zu unterstützen.

- **§ 8 Verhältniszahlen**

Eine entscheidende Stellgröße für die Bestimmung der für die Versorgung der Bevölkerung einer Planungsregion notwendigen Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind die einwohnerbezogenen arztgruppenspezifischen allgemeinen Verhältniszahlen. Dabei wurden die bisher geltenden Verhältniszahlen unter Berücksichtigung der aktuellen Einwohner- und Arztverteilung zugrunde gelegt und auf die neuen Planungsbereiche angepasst. Die Verhältniszahlen der bisher nicht beplanten Fachgruppen orientieren sich am Zulassungsstand im Jahr 2010.

Die Bundesärztekammer bedauert, dass für die Bestimmung des Bedarfs an ärztlicher Versorgung keine andere Methodik gefunden wurde, als den Bedarf weiterhin von den zu einem bestimmten Zeitpunkt niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte abzuleiten. Inwieweit eine inhaltliche Wertung der Angemessenheit der Verhältniszahlen vorgenommen wurde, lässt sich aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie und den tragenden Gründen nicht nachvollziehen; sie wäre aber nach unserer Auffassung notwendig gewesen. Den Ansatz einer Berücksichtigung der sozioökonomischen Situation einer Region und der Morbidität ihrer Bevölkerung, wie seitens der Patientenvertreter vorgeschlagen, hält die Bundesärztekammer für verfolgenswert. Dies setzt allerdings eine zuverlässige Operationalisierung voraus.

- **§ 9 Modifikation des Versorgungsgrades durch einen Demographiefaktor**

Der Gesetzgeber schreibt die Berücksichtigung der demographischen Entwicklung bei der Anpassung der Verhältniszahlen vor (§ 101 Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Von der Bundesärztekammer wird die Berücksichtigung des demographischen Wandels der Gesellschaft und des mit der zunehmenden Anzahl der über 60-Jährigen einhergehenden Anstiegs des Versorgungsbedarfs befürwortet. Nicht nachvollziehbar ist, warum der Leistungsbedarfsfaktor fünf Jahre nach Inkrafttreten der Bedarfsplanungs-Richtlinie außer Kraft treten

soll. Nach unserer Auffassung hätte es dieser Regelung nicht bedurft, da es dem Gemeinsamen Bundesausschuss aufgrund seiner Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ohnehin frei steht, den Demographiefaktor weiterzuentwickeln bzw. eine Neufassung des Demographiefaktors zu beschließen, sobald ein geeigneterer Ansatz gefunden wurde.

Ebenfalls nicht nachvollziehbar und in den tragenden Gründen auch nicht ausreichend erläutert ist für die Bundesärztekammer, warum der Demographiefaktor für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung im Sinne des § 14 nicht zur Anwendung kommen soll.

- **§ 11 Hausärztliche Versorgung**

Da Kinderärzte häufig über eine Schwerpunktbezeichnung verfügen und somit nach § 73 Abs. 1 Nr. 5 Satz 4 SGB V auch der fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden können, spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die Kinderärzte der allgemeinem fachärztlichen Versorgung zuzuordnen.

In diesem Zusammenhang möchten wir darauf hinweisen, dass sich in der zugesandten Fassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und der tragenden Gründe noch unterschiedliche Altersgrenzen finden.

- **§ 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung**

Neben der Zuordnung der Kinderärzte in die allgemeine fachärztliche Versorgung (siehe Anmerkung zu § 11 Hausärztliche Versorgung) spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, die beiden Arztgruppen Nr. 6 Nervenärzte und Nr. 8 Psychotherapeuten stärker zu differenzieren; die vorgenommenen Aufteilungen sind nach unserer Auffassung nicht ausreichend. Sowohl zwischen Neurologen und Psychiatern als auch zwischen Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärztinnen und Ärzten bzw. Psychologischen Psychotherapeuten bestehen deutliche Unterschiede. Da entsprechend der jeweiligen Facharztkompetenz unterschiedliche Leistungsspektren abgedeckt werden, sollten diese Arztgruppen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung auch getrennt beplant werden. Dabei sprechen wir uns auch dafür aus, die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eigenständig zu beplanen. Die in der Richtlinie im Weiteren vorgesehenen, teilweise fortgeschriebenen Sonderregelungen, insbesondere die in § 25 vorgesehenen Quoten, sehen wir als Beleg für unsere Auffassung.

Die Dynamik, die sich aus der Zuordnung der Planungsbereiche der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zu fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien und der damit einhergehenden Differenzierung der Verhältniszahlen ergibt, ist für die Bundesärztekammer nicht abschätzbar.

- **§ 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung**

Die Bundesärztekammer unterstützt den Vorschlag, die Raumordnungsregion als Planungsbereich für die unter die spezialisierte fachärztliche Versorgung fallenden Arztgruppen zu wählen. Die Notwendigkeit einer kleinräumigeren Planung wird nicht gesehen.

Unter Versorgungsgesichtspunkten wird eindeutig begrüßt, dass bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie Bewerber mit einem Versorgungsschwerpunkt in Schmerztherapie oder Palliativmedizin bevorzugt werden sollen.

- **§ 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung**

Die Schwierigkeit der Beplanung der hier zusammengefassten Arztgruppen hatte sich bereits bei dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 06.09.2012 zur Aufnahme bisher unbeplanter Arztgruppen und einer Übergangsregelung gezeigt.

Nach Auffassung der Bundesärztekammer sind die acht der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordneten Arztgruppen unterschiedlich zu bewerten. Insbesondere für die Arztgruppen der Pathologen, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner spricht sich die Bundesärztekammer gegen eine Aufnahme in die Bedarfsplanungs-Richtlinie aus. Wir befürchten hier die Zerstörung, zumindest aber deutliche Schwächung bestehender sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

- **§ 29 Definition der Unterversorgung**

Um eine stärkere Eindeutigkeit zu erreichen und unnötige Ermessensspielräume zu begrenzen, spricht sich die Bundesärztekammer für den Formulierungsvorschlag von DKG, KBV und PatV aus.

- **§ 66 Verhältniszahlen, Versorgungsgrad**

In § 66 Abs. 1 ist vorgesehen, dass, sofern sich eine Zunahme von Versorgungssitzen oder Anstellungsmöglichkeiten ergibt, dieser Zuwachs über einen Zeitraum von 10 Jahren ab dem 01.01.2013 in jährlich gleichen Anteilsschritten erfolgt.

Die Bundesärztekammer spricht sich für eine deutliche Verkürzung des 10-Jahres-Zeitraums aus. Da die zusätzlichen Versorgungssitze oder Anstellungsmöglichkeiten dem auf der Grundlage der Richtlinie identifizierten Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen, sollte eine umgehende bzw. eine zumindest deutlich schnellere Bedarfsdeckung erfolgen.

Redaktioneller Hinweis:

Zu der in der Richtlinie vorgenommenen Beschreibung und Zuordnung von Arztgruppen möchten wir noch folgende Hinweise geben:

- Zur Arztgruppe der **Physikalischen und Rehabilitativen Mediziner** gehören die Fachärzte für ρ Physikalische und τ Rehabilitative Medizin und die Fachärzte für Physiotherapie.
- Zur Arztgruppe der **Laborärzte** gehören die Fachärzte für Biochemie, die Fachärzte für ~~experimentelle und diagnostische~~ Mikrobiologie, die Fachärzte für Immunologie, die Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, die Fachärzte für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie die Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie.
- Zur Arztgruppe der **Pathologen** gehören die Fachärzte für Neuropathologie, die Fachärzte für Pathologie, *Fachärzte für Pathobiochemie und Labordiagnostik*, *Fachärzte für Pathologische Physiologie* und die Fachärzte für Pathologische Anatomie.
- Zur Arztgruppe der **Transfusionsmediziner** gehören die Fachärzte für Blutspende- und Transfusionswesenmedizin und die Fachärzte für Transfusionsmedizin

Fazit:

Die Bundesärztekammer sieht in dem vorgelegten Richtlinienentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der voranstehenden Anmerkungen eine weitgehend umsetzungsfähige Lösung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Dass der Versorgungsbedarf damit weiterhin nur innerhalb von Sektorengrenzen betrachtet wird, ist eine grundsätzliche Schwäche des Gesetzesrahmens. Auch sollte der hohe Differenzierungsgrad der neuen Regelungen nicht den Blick darauf verstellen, dass diese Art von Bedarfsplanung lediglich eine hilfswise Annäherung an die regionale Morbidität in der Bevölkerung und ihrer Versorgung sein kann.

Berlin, 11.12.2012

Dr. med. Bernhard Rochell
Hauptgeschäftsführer

Beschlussentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 14.11.2012

Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 11.12.2012

Inhaltsverzeichnis

A. Vorbemerkung.....	3
B. Zusammenfassung	5
C. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung.....	8
I. Planungsbereiche	8
1. Raumgliederung gewährleistet keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung.....	9
2. Kombination zweier BBSR-Modelle problematisch.....	9
II. Allgemeine Verhältniszahlen.....	12
1. Keine sachgerechte Festlegung der AVZ der Arztgruppe „Psychotherapeuten“	13
2. Verhältniszahl der Versorgungszone 5 entspricht nicht den Vorgaben des Entwurfs	19
3. Datengrundlage nicht nachvollziehbar	20
4. Keine abgesenkte Versorgungsdichte in einer Sonderregion Ruhrgebiet	20
5. Sachgerechte Kriterien für die Festlegung der AVZ für Psychotherapeuten	22
III. Sicherung des aktuellen Versorgungsniveaus.....	23
IV. Demografiefaktor	25
1. Demografiefaktor verhindert leitliniengerechte Versorgung.....	25
2. Widerspruch zum Gesundheitsziel „Gesund älter werden“	26
3. Inanspruchnahme entspricht nicht Behandlungsbedarf.....	27
4. Demografiefaktor verschlechtert die Versorgung auf dem Land	29
V. Bedarfsindex	31
VI. Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht über 10 Jahre strecken	32
E. Besonderer Versorgungsbedarf	34
I. Barrierefreiheit.....	34
II. Sonderbedarf	35
1. Nichteinhalten vereinbarter Wartezeiten	35
2. Versorgungsbedarf mit muttersprachlicher Psychotherapie	35
III. Mindestversorgungsanteile.....	37
1. Mindestversorgungsanteil Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie.....	37
2. Mindestversorgungsanteil psychotherapeutisch tätiger Ärzte	37
3. Keine Quote in der Quote	38
4. Sperrung von freien Sitzen abschaffen	39
F. Anstellung und Jobsharing	39
I. Anstellungen und Jobsharing ermöglichen.....	39
II. Leistungsbeschränkung für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie	41

A. Vorbemerkung

Der übermittelte Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie ermöglicht es der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) nicht, ihr Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V im gesetzlich vorgeschriebenen Umfang wahrzunehmen. Der Richtlinienentwurf gibt zum großen Teil Rechenwege vor und nennt auch das Ergebnis der Berechnungen. Da jedoch die zum Nachvollziehen erforderlichen Daten nicht zur Verfügung gestellt werden, kann das Ergebnis bei entscheidenden Fragen nicht nachvollzogen werden. Offen bleibt damit, welche Auswirkungen die getroffenen Regelungen auf den Berufsstand letztlich haben.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat auf Anfrage der BPtK die zur Beurteilung des Entwurfs erforderlichen Daten nicht zur Verfügung gestellt. Die Erfordernisse des § 91 Absatz 5 SGB V können nur dadurch erfüllt werden, dass der G-BA der BPtK die erforderlichen Daten übermittelt und ihr die Gelegenheit gibt, auf dieser Basis vollumfänglich Stellung zum Richtlinienentwurf zu nehmen.

Der BPtK stehen Daten des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) sowie die Bedarfsplanungsblätter mit Stand 2011 zur Verfügung. So konnten einige Rechenergebnisse nachvollzogen, andere nur auf Plausibilität geprüft werden. Dabei stellte sich u. a. heraus, dass die für den Typ 5 errechnete Allgemeine Verhältniszahl (AVZ) für Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 5) nicht mit der Vorgabe von § 10 Satz 3 der Anlage 5 übereinstimmt. Das Ergebnis ist nicht der Durchschnitt der Verhältniszahlen der Typen 1 bis 4.

Ob weitere Fehler in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthalten sind und wie sich die Regelungen tatsächlich auswirken, kann die BPtK mangels der erforderlichen Daten nicht beurteilen. Die BPtK appelliert an die Mitglieder des Unterausschusses Bedarfsplanung und die Mitglieder des Plenums des G-BA, die Richtlinie nur dann zu verabschieden, wenn Unklarheiten ausgeräumt bzw. alle Rechenwege auch von der BPtK nochmals nachvollzogen wurden.

Nur so kann vermieden werden, dass sich die Richtlinie wegen Rechenfehlern und der fehlenden Nachprüfbarkeit ihrer Auswirkungen der Gefahr der Nichtigkeit aussetzt.

Fehlende Verweise im Entwurf und solche, die sich nicht auf den Richtlinienentwurf beziehen, führen dazu, dass nicht eindeutig ist, worauf sich die Verweise beziehen und wie weit die Regelungen reichen sollen.

Vor diesem Hintergrund hatte die BPTK in Erwägung gezogen, eine Wiederholung des Stellungnahmeverfahrens zu fordern, weil ihr die Abgabe einer umfassenden Stellungnahme mangels notwendiger Informationen nicht ermöglicht wurde. Da sich aber grundsätzliche Kritikpunkte auch ohne diese Daten bzw. mit den Daten des BBSR aufdrängen, möchte die BPTK bereits an dieser Stelle darauf eingehen. Damit möchte sie konstruktiv an der Neufassung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie mitwirken, die eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung sicherstellen kann.

B. Zusammenfassung

Der G-BA hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz den Auftrag erhalten, über die Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie Vorgaben für die Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung zu machen. Dieses Ziel wird für psychisch kranke Menschen mit dem vorgelegten Beschlussentwurf verfehlt.

Zwar wird in den ländlichen, nach der neuen Systematik „eigenversorgten“ Regionen die Versorgungsdichte um 1.150 Praxissitze angehoben, aber die Basis der Anhebung sind die 13.785 zum 31. August 1999 zugelassenen Psychotherapeuten und nicht die 21.606 Psychotherapeuten, die nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aktuell die Versorgung tragen. Der Verbesserung der Versorgung auf dem Land stehen daher über 6.000 potentiell abbaubare Psychotherapeutesitze in den anderen Versorgungsregionen gegenüber.

Mit etwa 15.000 Psychotherapeuten bundesweit kann eine bedarfsgerechte Versorgung nicht sichergestellt werden. Diese gelingt schon mit den derzeit nach Angaben der KBV vorhandenen 21.606 Psychotherapeuten nicht. Der GKV-Spitzenverband und die KBV haben daher am 9. Oktober 2012 Mittel für zusätzliche Niederlassungen vereinbart.

Der Entwurf sieht im Gegensatz zur gesetzlichen Vorgabe keine Anpassung der Verhältniszahlen nach sachgerechten Kriterien vor, sondern allein die Weiterführung der zum Stichtag 31. August 1999 ermittelten und für eine bedarfsgerechte Versorgung ungeeigneten Verhältniszahlen. Er korrigiert für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ weder das Aufsatzjahr noch den Raumordnungsbezug (Westdeutschland gegenüber Gesamtdeutschland).

Der Entwurf verbessert in ländlichen Regionen die psychotherapeutische Versorgung und gleichzeitig soll sie sich – da historische Planungsfehler fortgeschrieben werden – in allen anderen Versorgungsregionen massiv verschlechtern. Sachgerechte Bedarfsplanung sieht anders aus.

Hinzu kommt, dass die AVZ für Psychotherapeuten für den Typ 5 nicht den Angaben des Entwurfs zur Ermittlung der Verhältniszahl entspricht. Nach § 10 Satz 3 der Anlage 5 ist als AVZ für Psychotherapeuten im Typ 5 der Durchschnitt der Verhältniszahlen für Psychotherapeuten der Typen 1 bis 4 festzulegen. Der Entwurf weist jedoch dem Typ 5 nicht diesen Durchschnitt zu, sondern eine andere Verhältniszahl.

Der Demografiefaktor soll auch auf die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ angewandt werden. Die Häufigkeit psychischer Störungen ist jedoch bei Menschen aller Altersgruppen ungefähr gleich – anders als bei nahezu allen somatischen Krankheitsgruppen, bei denen die Erkrankungsprävalenz im Alter erheblich ansteigt. Daher ist bei psychischen Erkrankungen die Voraussetzung für eine sinnvolle Anwendung des Demografiefaktors nicht gegeben. Da ältere Menschen von Psychotherapie genauso profitieren wie jüngere Menschen, empfehlen evidenzbasierte Leitlinien für alle Altersgruppen Psychotherapie. Der verbesserte Zugang zur Psychotherapie für ältere Menschen ist eine konkrete Empfehlung im Gesundheitsziel „Gesund älter werden“. Im diametralen Gegensatz zu diesem Gesundheitsziel plant der Entwurf durch die nicht sachgerechte Anwendung des Demografiefaktors, die psychotherapeutische Versorgung für ältere Menschen zu verschlechtern.

Da der Demografiefaktor unmittelbar umgesetzt werden soll und die Verbesserung der Versorgung im ländlichen Raum über zehn Jahre gestreckt wird, ist davon auszugehen, dass die Versorgungsdichte durch den Demografiefaktor dort kontinuierlich nach unten korrigiert wird, wo sich die Versorgungsdichte eigentlich verbessern soll. Dies ist mit Sicherheit keine Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien.

Für psychisch kranke Menschen in der Sonderregion Ruhrgebiet ist der Zugang zur Psychotherapie besonders erschwert. Die Versorgungsdichte im Ruhrgebiet liegt nur bei einem Drittel der Versorgungsdichte anderer vergleichbarer Regionen. Entsprechend lang sind die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Diese unzumutbare Versorgungssituation soll für fünf weitere Jahre bestehen bleiben. Auch das ist nicht Bedarfsplanung nach sachgerechten Kriterien.

Um im Ergebnis mit der Reform der Bedarfsplanung Vorgaben für die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung psychisch kranker Menschen machen zu können, schlägt die BPTK folgende Änderung innerhalb der Bedarfsplanungs-Richtlinie vor:

- Festlegung von Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“, die zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung geeignet sind.
- Keine Anwendung des Demografiefaktors auf die Arztgruppe „Psychotherapeuten“.
- Sofortige Aufhebung der Sonderregelung für das Ruhrgebiet und Zuweisung der Verhältniszahlen nach der bundesweiten Systematik.
- Verzicht auf die Streckung der Ausweisung zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten in ländlichen Regionen über zehn Jahre.
- Erhalt des aktuellen Versorgungsniveaus, indem sichergestellt wird, dass Versorgungssitze in Planungsbereichen eines KV-Bezirks ausgeschrieben werden müssen, wenn in einem Planungsbereich Sitze von Psychotherapeuten nicht nachbesetzt werden.
- Beibehaltung der versorgungsorientierten Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie bei gleichzeitigem Verzicht auf die berufspolitisch motivierte Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte, da sie insbesondere in strukturschwachen Gebieten durch die Nichtbesetzung der für Ärzte reservierten Praxissitze zu einer weiteren Verschlechterung der Versorgung beiträgt.
- Zusätzliche Regelungen zum besonderen Versorgungsbedarf sowie zur Anstellung und Jobsharing, die zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen.
- Offenlegen notwendiger, dem Entwurf zugrundeliegender Daten zum jeweiligen Stichtag:
 - Zahl der Psychotherapeuten in jedem der 372 Planungsbereiche (maßgeblich für die Berechnung der Verhältniszahlen).
 - Zahl der „Ärzte der fachärztlichen Grundversorgung“ in den Stadtregionalen Zonen nach der Typisierung des BBSR (maßgeblich für die Typisierung der Planungsbereiche).

C. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung

Die regionalen Planungsbereiche sind mit Wirkung zum 1. Januar 2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird (§ 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V). Der G-BA hat die Verhältniszahlen anzupassen oder neu festzulegen, wenn dies **zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung** erforderlich ist (§ 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Letzteres begründet der Gesetzgeber wie folgt:

*„Die Anpassung der Verhältniszahlen soll damit künftig nicht mehr stichtagsbezogen, sondern **allein nach sachgerechten Kriterien** (§ 101 Absatz 2 Satz 1) erfolgen“* (Hervorhebung nicht im Original, BT-Drs. 17/6906, Seite 74).

Der vorliegende Beschlussentwurf soll der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben dienen. Die BPTK ist der Auffassung, dass der Entwurf, der neue Planungsbereiche und Verhältniszahlen erst für den 1. Juli 2013 vorsieht, den gesetzlichen Vorgaben nicht nur in zeitlicher Hinsicht nicht entspricht. Die Regelungen des vorliegenden Entwurfs zur Arztgruppe der Psychotherapeuten sind nicht geeignet, eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Insbesondere die Ermittlung der Verhältniszahlen erfolgt nicht sachgerecht.

Der Zuschnitt der Planungsbereiche, deren Typisierung und die AVZ sind daran zu messen, ob mit ihnen eine bedarfsgerechte Versorgung sichergestellt wird. Gleiches gilt für den Demografiefaktor, den Bedarfsindex sowie die Frage, wann notwendige Zulassungen erteilt werden sollen.

I. Planungsbereiche

Der Entwurf sieht für den Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung als Planungsbereich grundsätzlich die kreisfreien Städte und Landkreise bzw. Kreisregionen vor. Zur Zuordnung der Verhältniszahlen verwendet er kein anerkanntes Modell der Raumordnung, sondern kombiniert zwei Modelle des BBSR, was zu Zuordnungsschwierigkeiten führt.

1. Raumgliederung gewährleistet keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung

Zur Gewährleistung der Wohnortnähe der psychotherapeutischen Versorgung sollten Psychotherapeuten analog zur hausärztlichen Versorgung auf der Ebene der Mittelbereiche oder kleinräumiger geplant werden. Psychotherapie erfordert regelmäßige Kontakte (in der Regel ein- oder mehrmals pro Woche) und ist besonders auf die Gewährleistung kurzer Wegstrecken angewiesen.

Der Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) sieht jedoch vor, dass Psychotherapeuten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet werden, womit die Versorgungsebene und der Raumordnungsbezug die kreisfreien Städte, Landkreise oder Kreisregionen sind (§ 12 Absatz 4). Dies führt dazu, dass vor allem in flächenmäßig großen Planungsbereichen keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung gewährleistet werden kann – beispielsweise verfügt der Landkreis Uckermark über eine Fläche von über 3.000 km².

Daher sollte folgender § 12 Absatz 7 – neu – aufgenommen werden:

(7) Planungsbereich für Psychotherapeuten ist abweichend von Absatz 4 der Mittelbereich nach § 11 Absatz 3.

2. Kombination zweier BBSR-Modelle problematisch

Das Modell des Entwurfs, nach dem kreisfreie Städte, Landkreise oder Kreisregionen jeweils einem Planungsbereichstyp zugeordnet werden, ist kein anerkanntes Modell der Raumforschung. Es kombiniert zwei Modelle und versucht, Kreise oder Kreisregionen in die Typologie des BBSR-Modells der „Einzugsbereiche von Großstadtregionen“ zu überführen, obwohl sich dieses Modell nicht auf Kreise und Kreisregionen bezieht, sondern auf die erheblich kleineren Gemeindeverbände. Das Ergebnis ist ein neues Modell, das kreisfreie Städte, Landkreise und Kreisregionen in fünf Typen einteilt.

Die Entwicklung eines eigenen Modells ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Die Zuordnung der AVZ zu den Planungsbereichen auf Basis des Modells der „Versorgungszonen“ erfolgt nach dem Beschlussentwurf, um „die ambulanten Versorgungs-

beziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum adäquat abzubilden“ (Anlage 6). Grundsätzlich ist es überlegenswert, Mitversorgungseffekte zu berücksichtigen. Das BBSR-Modell der „Einzugsbereiche von Großstadregionen“ bezieht sich allerdings auf Pendlerbewegungen von sozialversicherungspflichtig Beschäftigten zwischen Wohn- und Arbeitsort. Ärztliche und psychotherapeutische Mitversorgungseffekte werden nicht unmittelbar abgebildet. Auf Mitversorgungseffekte für Kinder, Rentner und Arbeitslose kann auch nicht aus den Pendlerbewegungen der arbeitenden Bevölkerung geschlossen werden. In Regionen mit einem hohen Anteil dieser Menschen wird es somit zu Fehleinschätzungen kommen.

Weiterhin ist eine ausgewogene flächendeckende Versorgung gefährdet, wenn die dafür erforderliche kleinräumige Raumgliederungsebene nicht verwendet wird. Dies zeigt sich bei der Zuordnung der kreisfreien Städte, Landkreise oder Kreisregionen zu diesen „Versorgungszonen“. Der Anlage 6 lässt sich entnehmen, dass das Modell des Entwurfs für „Kreise, in denen alle Gemeindeverbände innerhalb des Kreises denselben Typen [hier im Sinne der stadtreionalen Zonen nach der Kategorie des BBSR] zugeordnet sind“, eine identische Zuordnung zu diesem Versorgungszonentyp vorsieht. Für die Zuordnung von „gemischten Kreisen“ werden Annahmen getroffen. Kreise werden den Versorgungszonen zugeordnet, in denen die Mehrheit der Einwohner des Kreises (über 50 Prozent) leben. Dies ist eine willkürliche Festsetzung – allerdings mit teilweise erheblichen Konsequenzen für die Versorgungsdichte eines Planungsbereichs. Die Grenze könnte auch bei 60 Prozent, 65 Prozent oder 75 Prozent liegen. Eine weitere Typisierung von Mischkreisen ohne „Bevölkerungsmehrheit von über 50 %“ erfolgt auf Basis einer Berechnungsformel, die den Anteil der Einwohner in Großstadregionen und ein „bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau“ der Zonen (bei expliziter Nichtberücksichtigung der Psychotherapeuten) kombiniert. Der Kreis wird dann der Versorgungszone zugeordnet, deren „bundesdurchschnittliches Versorgungsniveau dem kalkulierten Versorgungsniveau des Mischkreises am nächsten ist“. Dieses Procedere der Zuordnung der „Mischkreise“ ist anhand der durch den G-BA für das Stellungnahmeverfahren zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht nachvollziehbar.

Zur Systematik wird in der Anlage 6 ausgeführt: „(Es) ... wird auf Basis der aktuellen Verteilung der Ärzte und Einwohner im Raum für jeden Typen ein bundesdurch-

schnittliches Versorgungsniveau ermittelt. Im Anschluss wird auf Basis der Werte der bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus ein einwohnergewichtetes Versorgungsniveau für jeden Mischkreis ermittelt.“

Die Ermittlung des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus wird dadurch bestimmt, dass „... auf Grundlage der Gemeindeverbände das bundesweite Verhältnis Einwohner je Arzt je Typ für die Typen 1 bis 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt“ und „das durchschnittliche Verhältnis Einwohner je Arzt für die Typen 1, 2, 3 und 4 über alle Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung nach § 12 mit Ausnahme der Psychotherapeuten ermittelt“ und „dem Typ 5 zugeordnet“ wird. Die Ergebnisse der Berechnungen (AVZ-Typ 1: 1,39; Typ 2: 0,96; Typ 3: 0,48; Typ 4: 0,77) setzen Kenntnis über die Verteilung der Arztgruppen der fachärztlichen Grundversorgung auf Gemeindeebene voraus. Diese liegen aktuell soweit ersichtlich nur der KBV vor und sind auf Basis öffentlich verfügbarer Angaben nicht nachvollziehbar. Die BPTK hält eine Überprüfung des Ergebnisses dieser Berechnung – insbesondere mit Blick auf das äußerst niedrige Versorgungsniveau im Typ 3 – für zwingend erforderlich.

Es stellt sich die Frage, warum die AVZ nicht für die stadtreionalen Zonen (SRZ) des BBSR berechnet und dann nach Bevölkerungsanteil individuell auf die Planungsbereiche umgelegt werden. Durch die Anwendung des Demografiefaktors entstehen bundesweit ohnehin 372 unterschiedliche AVZ für jede Arztgruppe. Selbst wenn man von dem Erfordernis ausgeht, die AVZ aus Anschaulichkeitsgründen zu vereinfachen, stellt sich, wie oben bereits erwähnt, die Frage, warum eine eindeutige Zuordnung eines Kreises bei mindestens „50 Prozent“-Anteil an einer stadtreionalen Zone vorgenommen wird und nicht bei einem anderen (höheren) Schwellenwert. Auf diese Weise wird schwer zu begründen sein, dass beispielsweise der Landkreis Fürth (Anteil SRZ 2: 49,6 Prozent; Anteil SRZ 3: 50,4 Prozent) eine Zuordnung zu den ungünstigsten AVZ des Typs 3 erhält, wohingegen der Landkreis Saarlouis (Anteil SRZ 2: 53 Prozent, Anteil SRZ 3: 47 Prozent) die deutlich besseren AVZ des Typs 2 erhält. Weiterhin führt die Berechnungsmethodik des Entwurfs beispielsweise dazu, dass der Planungsbereich Reutlingen gemäß Anlage 3.2 als Typ 5 geführt wird – obwohl kein einziger Einwohner des Landkreises Reutlingen in der stadtreionalen Zone des „eigenversorgten“ Typs 5 lebt. Das BBSR weist für Reutlingen fol-

gende Bevölkerungsanteile aus: Anteil SRZ 1: 39,9 Prozent; Anteil SRZ 2: 22 Prozent; Anteil SRZ 3: 27,2 Prozent; Anteil SRZ 4: 10,9 Prozent; Anteil SRZ 5: 0 Prozent.

Nach unserer Einschätzung noch gravierender ist die absehbare Unterversorgung in Teilen großflächiger Planungsbereiche, die aufgrund der für den Entwurf eigens entwickelten Übertragung eines Modells auf Basis der Gemeindeverbände auf die Ebene von Stadt- und Landkreisen entstehen wird. So gelten fast alle Planungsbereiche, die an Berlin angrenzen als „mitversorgte“ Zonen des Typs 3 oder 4 – obwohl ein großer Teil der Einwohner weit über 50 Kilometer vom Berliner Zentrum entfernt wohnt. Diese Planungsbereiche werden gemäß siedlungsstruktureller Merkmale vom BBSR als ländliche Regionen geführt. Dies belegt, dass das BBSR-Konzept der siedlungsstrukturellen Kreistypen zu einer Typisierung der Planungsbereiche führt, die den gesetzlichen Anforderungen näher kommen und vorzuziehen sind, wenn schon auf die eigentlich erforderliche kleinräumige Planung bei Psychotherapeuten verzichtet wird. Denn nach den gesetzlichen Anforderungen sind die Planungsbereiche so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird (§ 101 Absatz 1 Satz 6 SGB V).

Die Abweichungen von wissenschaftlichen, anerkannten Modellen der Raumforschung lassen sich nicht durchgängig als sachgerecht begründen. Daher sollte mit Blick auf die Rechtssicherheit auf die eigenständig entwickelten Modelle verzichtet werden.

II. Allgemeine Verhältniszahlen

Neue Verhältniszahlen sind so festzulegen, dass dies der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dient (§ 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Dabei sind allein sachgerechte Kriterien zugrunde zu legen. Unabhängig vom letztlich gewählten Zuschnitt und der Typisierung der Planungsbereiche ist entscheidend, dass die zugeordneten Verhältniszahlen den gesetzlichen Anforderungen an eine bedarfsgerechte Versorgung gerecht werden.

1. Keine sachgerechte Festlegung der AVZ der Arztgruppe „Psychotherapeuten“

Der Beschlussentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie übernimmt die Berechnungsgrundlage der alten Verhältniszahlen für Psychotherapeuten und ordnet sie anhand der derzeitigen Verteilung den fünf neuen Kreistypen zu. Die schematische Überführung alter Verhältniszahlen in die neue Raumordnungssystematik setzt allerdings voraus, dass diese sachgerecht sind – was nicht der Fall ist.

• Ungleichbehandlung der Arztgruppen in der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie

Für die Verhältniszahlberechnung der Psychotherapeuten wurden gemäß § 7 Absatz 2 der Anlage 5 „alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst“. Dies waren nach Angaben der KBV 13.785 Psychotherapeuten und entspricht wörtlich § 5 Absatz 6 Nummer 2 der geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie. Dafür sah der Gesetzgeber nicht wie im – seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – geltenden Recht eine Ermittlung allein anhand sachgerechter Kriterien vor, sondern ausdrücklich eine stichtagsbezogene Berechnung (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V).

Nach § 8 der Anlage 5 sollen die Einwohnerzahlen des gesamten Bundesgebiets zum Stichtag 31. Dezember 1997 zugrunde gelegt werden. Für alle anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung gilt der Bezug zum Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (**ohne das Beitrittsgebiet** nach Artikel 3 des Einigungsvertrages).

Somit wurden und sollen auch im jetzigen Entwurf erneut die Verhältniszahlen anhand unterschiedlicher Raumbezüge ermittelt werden, ohne dass dies unter dem Gesichtspunkt einer bedarfsgerechten Versorgung begründet wird. Der Beschränkung der Ermittlung auf das Bundesgebiet West bei den anderen Arztgruppen lag 1990 die Überlegung zugrunde, dass die über Jahrzehnte in Westdeutschland gewachsene Versorgungsstruktur als Grundlage für eine Bedarfsplanung dienen konnte. Diese Überlegung traf und trifft auf Psychotherapeuten nur mit der Einschränkung zu, dass die Versorgungsstrukturen auch in Westdeutschland für diesen neuen Heil-

beruf weitaus weniger entwickelt waren. In Ostdeutschland existierten hingegen aufgrund des Systemumbruchs keine in diesem Sinn gewachsenen Strukturen. Dort waren aus historischen Gründen die Ausbildungskapazitäten für Psychotherapeuten deutlich geringer und die Versorgung mit ambulanter Psychotherapie fand in anderen Strukturen als der Niederlassung in eigener Praxis statt. Die Versorgung war dort zum Stichtag 31. August 1999 mindestens um den Faktor 3 schlechter als in den westlichen Bundesländern – was sogar anhand einer Analyse der Planungsblätter aus dem Jahr 2000 noch belegt ist.

Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen wurden und werden auch jetzt entgegen der gesetzlichen Vorgabe des § 101 Absatz 4 Satz 3 SGB V nur diejenigen Psychotherapeuten gezählt, die bis zum 31. August 1999 rechtswirksam zugelassen waren. Die gesetzliche Regelung sieht demgegenüber ausdrücklich vor, dass alle gemäß § 95 Absatz 10 SGB V zugelassenen Psychotherapeuten zu zählen waren. Bei den nach § 95 Absatz 10 SGB V zugelassenen Psychotherapeuten handelt es sich um die Psychotherapeuten, die bereits im Rahmen des sogenannten Delegations- oder des (damaligen) Kostenerstattungsverfahrens im Rahmen der GKV tätig waren. Diese sollten sofort zugelassen werden. § 95 Absatz 10 SGB V „regelt die Voraussetzungen, unter denen die Psychotherapeuten sofort zugelassen werden können“ (BT-Drs. 13/8035, Seite 21). Da diese bereits vorher im Rahmen der GKV tätig waren, sollten sie auch alle in die Berechnung der Verhältniszahlen mit einfließen. Durch den der gesetzlichen Regelung widersprechenden Stichtag „31. August 1999“ in der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurde genau dies unterlaufen.

Die Zulassungen erfolgten nämlich nicht „sofort“. Zum Stichtag waren die in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sehr unterschiedlich gehandhabten Zulassungsverfahren inklusive der Bearbeitung der Widersprüche und der Gerichtsverfahren noch nicht abgeschlossen. Diejenigen Psychotherapeuten, die vor 1999 im Delegations- und Kostenerstattungsverfahren tätig waren, waren zum 31. August 1999 nur zum Teil „rechtswirksam“ niedergelassen. Allein im Bezirk der KV Nordrhein betrifft dies 1.048 Widersprüche bei 2.981 Anträgen auf Zulassung nach § 95 Absatz 10 SGB V. Die AVZ für Psychotherapeuten bilden somit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage vor 1999 ab – obwohl das Ziel des Gesetzgebers darin bestand, die Psychotherapeuten zu berücksichtigen, die bereits vor Inkrafttreten des

Psychotherapeutengesetzes im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren.

Rechtswidrig ermittelte Verhältniszahlen aus dem Jahr 1999 sind als Berechnungsgrundlage „neuer“ und sachgerechter Verhältniszahlen nicht geeignet. Den AVZ der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie liegen die alten Verhältniszahlen zugrunde, obwohl eine bedarfsgerechte Versorgung mit den derzeit zugelassenen Psychotherapeuten nicht sichergestellt werden kann. Angeblich ist ganz Deutschland überversorgt, dennoch liegen die Wartezeiten bei durchschnittlich drei Monaten für ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Die Vorgabe des Gesetzes ist es, Verhältniszahlen zur bedarfsgerechten Versorgung nach sachgerechten Kriterien zu ermitteln. Die Ermittlung der Verhältniszahlen anhand des Stichtags von 1999 unter Einbeziehung Ostdeutschland ist nicht sachgerecht.

Der Entwurf räumt dies selbst ein. In der Anlage 6 heißt es wörtlich:

„Aufgrund der Historie dieser Fachgruppe ist die Verteilung der Psychotherapeuten auch derzeit noch stark an der Kernstadt orientiert. Die Ermittlung der Versorgungsniveaus (Einwohner-Arzt Verhältnisse) je Typ unter Berücksichtigung der Psychotherapeuten würde somit zu erheblichen Verzerrungen verbunden mit einer Überbewertung des Typs 1 und einer Unterbewertung der Typen 2 bis 5 führen. Aus diesem Grund wurden die Versorgungsniveaus der einzelnen Typen im Schritt 3 ohne die Psychotherapeuten kalkuliert.“

Neben der Erkenntnis, dass die psychotherapeutische Versorgungslage aufgrund des Stichtagsbezugs 31. August 1999 und des Raumordnungsbezugs Gesamtdeutschland defizitär ist, wird im Entwurf die Wertung vorgenommen, dass die Versorgungszonen des Typs 1 „überbewertet“ und die anderen Typen „unterbewertet“ sind. Die fachliche Basis dieser Wertung bleibt offen. Der Entwurf begründet mit dieser Wertung die Notwendigkeit, die mit dem Stichtagsverfahren ermittelten Verhältniszahlen zu korrigieren.

Darüber hinaus wird aus den Ausführungen die Notwendigkeit abgeleitet, die Verhältniszahlen für den Typ 5 anders festzulegen. In der Anlage 6 wird ausgeführt, dass der Typ 5 bei allen Arztgruppen „*bei einer Auswertung des Verhältnisses Einwohner je Arzt ... deshalb systematisch unterschätzt (wird). Aus diesem Grund ist eine Anhebung des bundesweiten Versorgungsniveaus des Typen 5 auf das durchschnittliche Versorgungsniveau der Typen 1, 2, 3 und 4 sachgerecht*“. Eine bedarfsgerechte Versorgung in diesen „eigenversorgten“ Regionen kann somit nur durch eine gezielte Setzung erfolgen. Hierdurch begründet sich auch die Setzung der AVZ bei Psychotherapeuten nach § 10 Satz 3 der Anlage 5. Diese kann allerdings auf Basis eines völlig ungeeigneten Stichtags nicht sachgerecht sein.

- **Neufestlegung der AVZ nach einheitlicher Systematik**

Die Tatsache, dass die AVZ für die Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung mit Bezug auf unterschiedliche Regionen (Westdeutschland gegenüber Gesamtdeutschland) ermittelt wurden, stellt eine Ungleichbehandlung dar. Diese hält verfassungsrechtlichen Anforderungen nur stand, wenn im Sinne der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung ein sachlicher Grund für die unterschiedliche Ermittlung besteht.

Ob Verhältniszahlen für verschiedene Arztgruppen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeführt werden, anhand unterschiedlicher Raumbezüge ermittelt werden konnten, ist für die Frage, ob Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgung **heute** anhand unterschiedlicher Raumbezüge ermittelt werden dürfen, ohne Belang.

Denn § 101 Absatz 4 SGB V sah ausdrücklich die Ermittlung für Psychotherapeuten stichtagsbezogen zum Stand 1. Januar 1999 vor (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V). Für die anderen Arztgruppen galt ein anderer Stichtag, der 31. Dezember 1990 (§ 101 Absatz 1 Satz 4 SGB V).

Die Neufestlegung der Verhältniszahlen erfolgt nunmehr für alle Arztgruppen auf einheitlicher gesetzlicher Grundlage (§101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V). Eine Differenzierung ist somit nur dann möglich und erforderlich, wenn sie der bedarfsgerechten

Versorgung dient. Der Verweis auf ein früheres, auf anderer rechtlicher Grundlage durchgeführtes Verfahren, erfüllt diese Anforderung nicht.

Im Übrigen ist die Ungleichbehandlung auch rechtswidrig, da der Entwurf nicht zu erkennen gibt, dass er sich dieser Ungleichbehandlung und der Grundlage bewusst ist, auf der sie erfolgt. Zur Rechtfertigung einer Ungleichbehandlung muss sich ein Normgeber mit der Frage der Ungleichbehandlung auseinandersetzen und darlegen, dass und warum er sie für notwendig hält. Bei der nun erfolgten Neufestsetzung der Verhältniszahlen ist nicht ersichtlich, ob dem Entwurf die Erkenntnis zugrunde liegt, dass die Verhältniszahlen für **alle** Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf **derselben** gesetzlichen Grundlage festzulegen sind. Warum nicht für alle Arztgruppen die bessere Versorgungslage in Westdeutschland zur Ermittlung von bedarfsgerechten Verhältniszahlen herangezogen wird und warum dies nicht erforderlich sein soll, ist nicht ansatzweise ersichtlich.

Die Berücksichtigung der Verteilung der Ärzte und Psychotherapeuten zum 30. Juni 2012 (nach § 9 der Anlage 5) ändert nichts an der Fragwürdigkeit des Vorgehens, da durch die Festlegung der Gesamtzahl der Psychotherapeutensitze (nach § 7 Absatz 2 der Anlage 5) die historische Unterschätzung des Versorgungsbedarfs zementiert wird. Es ist sogar damit zu rechnen, dass durch diese Art der „Korrektur“ insbesondere die Versorgungslage in städtischen Regionen verzerrt dargestellt wird. Denn eine Anpassung der Verteilung ohne Berücksichtigung des Mengenzuwachses in den Regionen, die 1999 vergleichsweise besser ausgebaute Strukturen hatten, wird zu einer Anhebung der AVZ führen. Der Versorgungsgrad in Großstädten steigt an, ohne dass auch nur eine einzige weitere Zulassung erteilt wird. Der ausgewiesene Versorgungsgrad der Städte des derzeitigen Kreistyps 1 steigt um knapp 20 Prozent an. Der Versorgungsgrad erreicht zum Teil absurde Größenordnungen – z. B. in Remscheid steigt er von aktuell 120 auf 340, in Fürth von 113,3 auf 329,6 oder in Offenbach sogar von 238,6 auf 694.

Die Vorgaben der AVZ für Psychotherapeuten in der tabellarischen Auflistung nach § 12 Absatz 5 verdeutlichen darüber hinaus, dass die angestrebte Verteilung der Psychotherapeuten im Sinne des bundesdurchschnittlichen Versorgungsniveaus in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb des Modells des Entwurfs nicht

erreicht wird. Die Spreizung der AVZ verringert sich zwar gegenüber dem aktuell gültigen Modell, bleibt jedoch mit dem Verhältnis 3,2:1 deutlich über dem Durchschnitt der Spreizung der AVZ in den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (1,9:1). Selbst die angestrebte „U-Form“ der Versorgungsdichte wird verfehlt – vor allem, weil den „mitversorgten“ Regionen eine ungünstigere AVZ (Typ 4, 9.930) als den „stark mitversorgten“ Regionen (Typ 3, 9.103) zugeteilt wird.

Eine Verzerrung des Versorgungsgrades wird darüber hinaus auch bei Umsetzung der Regelung des § 22 Absatz 2 (Entwurf KBV/GKV-Spitzenverband) eintreten. Danach sollen nach Maßgabe (unterschiedlicher) regionaler Vorgaben Ärzte in ermächtigten Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Hintergrund dafür, die Art und Reichweite einer Anrechnung auf die regionale Ebene zu verlagern und nicht in der Richtlinie selbst zu regeln, dürfte die Schwierigkeit sein, genau diese Festlegung zu treffen.

Eine Verzerrung tritt deshalb ein, weil Ärzte in ermächtigten Einrichtungen nun einerseits bei der Berechnung des Versorgungsgrades herangezogen werden sollen, andererseits aber nicht bei der Ermittlung der AVZ. Die AVZ gibt ein SOLL vor, an der die IST-Verhältniszahl im Planungsbereich gemessen wird. So ergibt sich der Versorgungsgrad. Werden die Vergleichsgrößen nicht auf derselben Basis ermittelt, werden zwei unterschiedliche Dinge miteinander verglichen. Es gab 1999 (und 1990) bereits ermächtigte Einrichtungen. Die dort Beschäftigten flossen aber nicht in die übernommene Verhältniszahl ein. Würden sie nun aber einseitig bei der Berechnung der IST-Verhältniszahl im Planungsbereich berücksichtigt, ist dies widersprüchlich und nicht sachgerecht. Dieses Problem lässt sich lösen, indem die IST-Verhältniszahl auf demselben Weg ermittelt wird wie die AVZ und sich der Entwurf nicht auf eine Übernahme alter AVZ beschränkt.

Unabhängig von dieser Überlegung würde der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) nur zu mehr Bürokratie führen, ohne einen echten Mehrwert gegenüber dem Vorschlag von KBV und GKV-Spitzenverband zu bieten.

2. Verhältniszahl der Versorgungszone 5 entspricht nicht den Vorgaben des Entwurfs

§ 10 der Anlage 5 sieht vor, dass die AVZ in Regionen des Typs 5 „**auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 4 angehoben**“ werden soll, um „der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 entgegenzuwirken“. In § 12 Absatz 5 wird diese AVZ mit 6.021 angegeben. Dabei handelt es sich aber nicht um die durchschnittliche Versorgungsdichte der Typen 1 bis 4, die bei 5.166 liegt, wenn man die AVZ des Entwurfs nach § 12 Absatz 5 zugrunde legt:

Versorgungszone	AVZ (gemäß § 12 Absatz 5)	Einwohner (in Millionen nach BBSR, 2010; Planungsbereiche gemäß Anlage 3.2)	Psychotherapeuten (Spalte 3/Spalte 2)	Ø AVZ (Spalte 3/Spalte 4)
Typ 1	3.079	22.915.556	7.442,5	
Typ 2	7.496	11.528.104	1.537,9	
Typ 3	9.103	9.464.658	1.039,7	
Typ 4	9.930	16.375.070	1.649,1	
Typen 1 - 4		60.283.388	11.669,2	5.166

Es kann darüber hinaus ausgeschlossen werden, dass die durchschnittliche AVZ der Typen 1 bis 4 höher ausfällt als der einwohnergewichtete Durchschnitt aller aktuell gültigen AVZ (5.953). Woher der Entwurf eine AVZ für den Typ 5 von 6.021 nimmt, ergibt sich aus dem Entwurf nicht.

Allerdings ergeben sich auf Basis der zur Verfügung stehenden Daten bei einer AVZ von 6.021 für Typ 5 1.154 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten im „ländlichen“ Raum – was der Zahl entspricht, auf die sich KBV und GKV-Spitzenverband in der Vereinbarung vom 9. Oktober 2012 verständigt haben.

In der Tabelle des § 12 Absatz 5 wäre der als AVZ für Psychotherapeuten in Typ 5 angegebene Wert „6.021“ zu streichen und durch den Wert „5.166“ zu ersetzen, wenn auf die Festlegung von sachgerechten Verhältniszahlen verzichtet werden würde.

Grundsätzlich ist der Ansatz richtig, durch eine gezielte Setzung die Defizite der psychotherapeutischen Versorgung im ländlichen Raum (bzw. in „eigenversorgten Regionen“ im Sinne der neuen Systematik) zu beheben. Allerdings sollte eine solche Setzung auf Basis einer Berechnung vorgenommen werden, die mindestens die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Psychotherapeutengesetzes gewachsene ambulante psychotherapeutische Versorgungsstruktur in Westdeutschland widerspiegelt.

3. Datengrundlage nicht nachvollziehbar

Nach § 9 der Anlage 5 wird zur Ermittlung der AVZ die Verteilung der Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012 herangezogen. Die Richtigkeit dieser Angaben kann anhand der Daten, die der BPTK vorliegen, nicht nachvollzogen werden, da die Anzahl der Psychotherapeuten pro Planungsbereich zum Stichtag 30. Juni 2012 trotz Anfragenicht zur Verfügung gestellt wurde. Die vorliegenden Planungsblätter mit „Stand Frühjahr 2011“ führen zu vergleichsweise niedrigeren AVZ im neuen Typ 1 und vergleichsweise höheren AVZ im Typ 2. Die Berechnungswege zu den AVZ sollten nachvollziehbar dargelegt werden. Dies gilt auch für die Berechnungsgrundlage. Nach Auskunft der KBV wird die bundesweite Anzahl der Psychotherapeuten zum Stichtag 30. Juni 2012 mit 21.606 beziffert. Die Angaben mit „Stand Frühjahr 2011“ weisen bereits 21.756 Psychotherapeuten aus. Es ist nicht plausibel, dass im Juni 2012 weniger Psychotherapeuten zugelassen gewesen sein sollen als ein Jahr zuvor.

4. Keine abgesenkte Versorgungsdichte in einer Sonderregion Ruhrgebiet

§ 65 Absatz 3 legt fest, dass das Ruhrgebiet als „Sonderregion“ beplant wird. § 65 Absatz 5 weist dem Ruhrgebiet die aktuell gültige AVZ von 8.743 für Psychotherapeuten für weitere fünf Jahre zu. Damit wird die erhebliche psychotherapeutische Unterversorgung fortgeschrieben. Die Menschen im Ruhrgebiet müssen auch in Zukunft mit circa einem Drittel der Psychotherapeuten auskommen, die nach der aktuell gültigen Systematik für die Versorgung von Kernstädten in großen Verdichtungsräumen für erforderlich gehalten wird.

Es wird weder ein Grund genannt, noch ist ein solcher ersichtlich, warum im Ruhrgebiet zur bedarfsgerechten Versorgung eine andere AVZ festgelegt werden soll als in allen anderen vergleichbaren Planungsbereichen. Ein solcher Grund kann sogar

ausgeschlossen werden, da die Prävalenzen im Ruhrgebiet jedenfalls bei psychischen Erkrankungen nicht niedriger sind als in strukturell vergleichbaren Regionen.

Ermächtigungsgrundlage für die Festsetzung der Verhältniszahlen für das Ruhrgebiet ist – wie bei allen anderen Planungsbereichen auch – § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V. Danach müssen auch im Ruhrgebiet die Verhältniszahlen eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen. Diejenigen Städte im Ruhrgebiet, die nach der allgemeinen Systematik dem Typ 1 zuzuordnen wären (z. B. Duisburg, Essen oder Dortmund), erhalten eine AVZ für Psychotherapeuten von 8.743. Vergleichbare Städte außerhalb des Ruhrgebiets (z. B. Nürnberg, Leipzig oder Stuttgart) erhalten eine AVZ von 3.079. Im Ruhrgebiet wird also eine beinahe dreimal niedrigere Versorgungsdichte geplant. Beide AVZ sollen nach dem Gesetz demselben Ziel dienen: einer bedarfsgerechten Versorgung. Planungsbereiche des gleichen Typs müssen daher auch die gleiche Verhältniszahl erhalten, es sei denn, für eine bedarfsgerechte Versorgung ist (ausnahmsweise) etwas anderes erforderlich. Allein die bisherige Einordnung des Planungsbereichs in eine „Sonderregion“ rechtfertigt dies jedoch nicht.

Darüber hinaus widerspricht die Beibehaltung der Sonderregion Ruhrgebiet auch der allgemeinen Systematik. Seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz – und auch nach den Regelungen des Entwurfs – kann in den Bedarfsplänen von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abgewichen werden, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist (§ 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Wäre tatsächlich – was hier insbesondere mit Blick auf Demografie und Morbidität nach dem eben gesagten ausgeschlossen werden kann – für eine bedarfsgerechte Versorgung eine Abweichung erforderlich, so würde es sich um eine regionale Besonderheit handeln. Diese wäre dann richtigerweise im Bedarfsplan zu berücksichtigen und nicht in der Richtlinie selbst.

Schon der Umstand, dass nur eine einzige „Sonderregion“ in der Richtlinie vorgesehen ist, zeigt, dass es bei der Beibehaltung der Sonderregion nicht um die bedarfsgerechte Versorgung geht, sondern allein um das Fortschreiben der nach der bisherigen Richtlinie bestehenden Sonderregion. Dabei wird verkannt, dass Planungsbe-

reiche und Verhältniszahlen nunmehr allein nach sachgerechten Kriterien festzulegen sind und nicht nach historischen Begebenheiten.

Auch die Beibehaltung im Rahmen von als „Übergangsbestimmungen“ bezeichneten Regelungen ändert nichts an der Rechtswidrigkeit der Festsetzung einer abweichenden Verhältniszahl, die nicht der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung dient. Denn es fehlt an einer Ermächtigungsgrundlage, für einen Übergangszeitraum Verhältniszahlen festzusetzen, die nicht der bedarfsgerechten Versorgung dienen.

5. Sachgerechte Kriterien für die Festlegung der AVZ für Psychotherapeuten

Für Psychotherapeuten basiert eine sachgerechte Festlegung auf dem Aufsatzjahr 2005, dem Raumbezug Westdeutschland und der Korrektur der Versorgungsdichte auf dem Land. § 7 der Anlage 5 (Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen) sollte daher wie folgt formuliert werden:

„§ 7

Ermittlung der Psychotherapeutenzahlen

Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) wird die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten nach Maßgabe des § 18 der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Stand 31. Dezember 2005 (in den Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Bundesrepublik Deutschland, ohne das Beitrittsgebiet nach Artikel 3 des Einigungsvertrages) gezählt.“

§ 8 Satz 2 der Anlage 5 ist entsprechend wie folgt zu fassen:

„Für die Gruppe der Psychotherapeuten werden die Einwohnerzahlen des Bundesgebiets zum Stand 31. Dezember 2005 zugrunde gelegt.“

Psychotherapeutenzahlen und Einwohnerzahlen können sich auf denselben Stichtag beziehen. Abweichende Stichtage sind allein dem Umstand geschuldet, dass die Einwohnerzahlen meist etwa zwei Jahre verzögert vorliegen.

III. Sicherung des aktuellen Versorgungsniveaus

Sowohl dem Gesetz als auch der Vereinbarung zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vom 9. Oktober 2012 liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die psychotherapeutische Versorgung insgesamt verbessert werden muss. Dieses Ziel kann nicht erreicht werden, wenn zwar in ländlichen Regionen zusätzliche Zulassungen entstehen, die Versorgung insgesamt aber durch den Verzicht auf die Nachbesetzung in anderen Regionen in der Summe deutlich verschlechtert wird. Daher spricht die Vereinbarung auch ausdrücklich von 1.150 zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten. Diese sind zusätzlich zu den derzeit 21.606 niedergelassenen Psychotherapeuten zu sehen. Würden sie nur zu den 13.785 Psychotherapeuten des 31. August 1999 hinzuaddiert, ist der Nettoeffekt negativ und über 6.000 Psychotherapeuten-sitze werden als abbaubar ausgewiesen.

Wenn der G-BA die Verhältniszahlen für Psychotherapeuten nicht unmittelbar so anpasst, dass die flächendeckende Stilllegung tausender Sitzen verhindert wird, ist eine Regelung erforderlich, die sicherstellt, dass das Ziel der Verbesserung der Versorgung erreicht werden kann. Dazu sollte eine neue Regelung als § 25 Absatz 5 aufgenommen werden, die es verhindert, dass sich die Versorgung durch neue Verhältniszahlen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung insgesamt durch den Verzicht auf die Nachbesetzung von bestehenden Sitzen verschlechtert.

Nach § 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V in der ab dem 1. Januar 2013 geltenden Fassung ist vor der Nachbesetzung durch den Zulassungsausschuss zu prüfen, ob diese durchgeführt oder auf eine Nachbesetzung verzichtet werden soll.

Es sollte vorgesehen werden, dass beim Verzicht auf eine Nachbesetzung in einem Planungsbereich gleichzeitig eine Zulassung zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten, insbesondere mit Blick auf Angebot und Erreichbarkeit, in dem Planungsbereich des Bezirks derselben KV zu erteilen ist, in dem sich die Versorgungslage am schlechtesten darstellt. Eine solche Regelung dient dem Ziel einer angemessenen psychotherapeutischen Versorgung und greift den Rechtsgedanken von § 24 Absatz 3 Satz 1 Ärzte-ZV auf, wonach zur Verbesserung der Versorgung die Eröffnung einer Zweigpraxis auch in überversorgten Planungsbereichen zulässig ist.

Aufgrund der Historie der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ ist die Verteilung der Psychotherapeuten gegenüber anderen Arztgruppen deutlich verzerrt. Für eine angemessene Versorgung sind gegenüber dem derzeitigen Stand insgesamt mehr Psychotherapeuten erforderlich. Dementsprechend werden die Verhältniszahlen insbesondere in ländlichen Regionen so angepasst, dass dort zusätzliche Zulassungen möglich werden. Das Ziel der angemessenen psychotherapeutischen Versorgung kann aber nicht erreicht werden, wenn sich trotz dieser Zulassungen durch das Stilllegen von Praxissitzen in anderen Regionen die Versorgungssituation insgesamt verschlechtert.

Dem Landesausschuss sollte ermöglicht werden, die Zulassung in einem anderen Planungsbereich vorzusehen, wenn dies aus Versorgungsgründen sinnvoll ist.

Eine solche Regelung kann auf die Kompetenz des G-BA gestützt werden, in seinen Richtlinien Bestimmungen über die „Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ zu beschließen (§ 101 Absatz 1 Nummer 2 SGB V) sowie die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten (§ 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V), hier zur Bedarfsplanung (§ 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V), zu erlassen.

Die Regelung kann an die Formulierung der Regelungen des § 25 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 4 angelehnt werden, die auch nach Außerkrafttreten der gesetzlichen Regelungen des § 101 Absatz 4 Sätze 5 und 6 SGB V weitergelten sollen.

§ 25 Absatz 5 – neu – sollte so formuliert werden:

„(5) ¹Endet die Zulassung eines Leistungserbringers der Arztgruppe Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) und lehnt ein Zulassungsausschuss die Durchführung des Nachbesetzungsverfahrens gemäß § 103 Absatz 3a SGB V ab, hat der Landesausschuss die Feststellung zu treffen, dass in dem Planungsbereich im Bezirk derselben Kassenärztlichen Vereinigung, der den niedrigsten faktischen Versorgungsgrad ausweist, eine Zulassung zur Verbesserung der

Versorgung der Versicherten erteilt werden kann, auch wenn dieser Planungsbereich als überversorgt gilt. ²Der Zulassungsausschuss hat nach Maßgabe der Feststellung des Landesausschusses die Zulassung zu erteilen. ³Abweichend von Satz 1 kann sich die Feststellung aus Versorgungsgründen auf einen anderen Planungsbereich beziehen. ⁴Sätze 1 bis 3 gelten entsprechend für hälftige Versorgungsaufträge.“

IV. Demografiefaktor

Der Demografiefaktor ist auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Nach § 101 Absatz 2 Nummer 3 SGB V kann und darf die demografische Entwicklung nur zur „Sicherstellung der *bedarfsgerechten* Versorgung“ berücksichtigt werden. Im Gegensatz zu anderen Fachgebieten besteht jedoch in der psychotherapeutischen Versorgung kein relevanter Unterschied im Behandlungsbedarf der Altersgruppen. Der Demografiefaktor würde aufgrund der ungerechtfertigten Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme – ohne Berücksichtigung der Zugangsbarrieren – perspektivisch zu einer erheblichen Verringerung des Angebots an ambulanter Psychotherapie führen. Hierdurch wird eine leitliniengerechte Versorgung verhindert – insbesondere in Regionen mit hohem Anteil älterer Menschen. Dort wird auch das Gesundheitsziel des besseren Zugangs älterer Menschen zur Psychotherapie konterkariert – ebenso wie die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auf dem Land.

1. Demografiefaktor verhindert leitliniengerechte Versorgung

Nach wissenschaftlichen Studien ist Psychotherapie allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie bei Menschen aller Altersgruppen wirksam. Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression (S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung; www.awmf.org) beschreibt die Wirknachweise von Psychotherapie für ältere depressive Menschen auf Basis methodisch hochwertiger Studien. Psychotherapie wird dementsprechend unabhängig vom Alter der Patienten mit dem Empfehlungsgrad A zur Behandlung leichter bis mittelschwerer Depressionen und mit dem Empfehlungsgrad A in Kombination mit medikamentöser Therapie für schwere Depressionen empfohlen.

Eine leitliniengerechte Behandlung älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert somit den Zugang zur Psychotherapie für diese Personengruppe. Der Demografiefaktor wird das Angebot psychotherapeutischer Leistungen jedoch gerade dort weiter verknappen, wo ältere Menschen wohnen. Dies dient nicht der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung und ist damit nicht sachgerecht.

2. Widerspruch zum Gesundheitsziel „Gesund älter werden“

Die Trägerorganisationen des G-BA haben im Rahmen von gesundheitsziele.de ausdrücklich die Empfehlung ausgesprochen, den Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie zu verbessern. In der Begründung zu dieser Empfehlung heißt es:

„So wird beispielsweise die Möglichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung kaum in Betracht gezogen, obwohl die Effektivität von Psychotherapie auch bei älteren Menschen gut dokumentiert ist. ... Psychotherapien im Alter finden selten statt. Diese Behandlungsmöglichkeit sollte für ältere Menschen genauso selbstverständlich in Betracht gezogen werden wie bei jüngeren Patientinnen und Patienten.“

KBV, GKV-Spitzenverband und DKG gehen richtigerweise davon aus, dass bei älteren Menschen unter Evidenzgesichtspunkten ein höherer Behandlungsbedarf anzunehmen ist, als sich im aktuellen Inanspruchnahmeverhalten dieser Altersgruppe manifestiert. Der Demografiefaktor wird jedoch in Anbetracht der alternden Bevölkerung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung zu immer ungünstigeren Verhältniszahlen führen. Damit verschlechtert er den Zugang zu Psychotherapie dort, wo besonders viele ältere Menschen wohnen. Ursache ist die fachlich nicht gerechtfertigte Gleichsetzung von Bedarf und Inanspruchnahme bei der Berechnung des Leistungsbedarfsfaktors.

Die Verhältniszahlen sind seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz jedoch so anzupassen, dass sie eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Im Widerspruch zu der Erkenntnis, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden sollte, führt der Demografiefaktor dazu, dass sich für ältere Menschen vor allem in ländlichen Regionen der Zugang zu Psychotherapie noch weiter verschlechtern wird.

Dem Normgeber kommt grundsätzlich eine weite Einschätzungsprärogative zu. Allerdings bewegt sich der Normgeber nur dann rechtmäßig in dem ihm zustehenden Spielraum, wenn er sich im Rahmen der ihm zugebilligten Ermächtigung bewegt und die Regelung im Einklang mit den von ihm selbst getroffenen Annahmen und zugrunde gelegten Zielen steht. Dies ist hier nicht der Fall. Das Gesetz schreibt Verhältniszahlen vor, die eine bedarfsgerechte Versorgung sicherstellen. Die Trägerorganisationen des G-BA haben erkannt, dass der Zugang älterer Menschen zur Psychotherapie verbessert werden muss und somit ein höherer Versorgungsbedarf besteht. Der Bundesgesundheitsminister unterstützt das Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ ausdrücklich (Gemeinsame Pressemitteilung von BMG und gesundheitsziele.de vom 12. März 2012). Die Gesundheitsministerkonferenz am 27. und 28. Juni 2012 hat einstimmig die verstärkte Umsetzung des formulierten Gesundheitsziels gefordert (Beschluss der 85. GMK zu TOP 9.2).

3. Inanspruchnahme entspricht nicht Behandlungsbedarf

Zur Berechnung des Demografiefaktors wird ein Leistungsbedarfsfaktor verwendet, der das Verhältnis der Leistungen, die an über 65-Jährigen erbracht wurden, zu den Leistungen an unter 65-Jährigen ins Verhältnis setzt. Der Demografiefaktor fußt auf zwei Annahmen. Zum einen geht er davon aus, dass die Leistungen, die derzeit für Ältere erbracht und von ihnen in Anspruch genommen werden, dem Bedarf entsprechen. Zum anderen wird vorausgesetzt, dass sich mit steigendem Alter der Behandlungsbedarf so stark ändert, dass deshalb eine Anpassung der Verhältniszahlen erforderlich wird. Bei der Mehrzahl der somatischen Krankheiten ist es plausibel, dass sich der Behandlungsbedarf im höheren Alter erheblich verändert. Die Prävalenzen der meisten somatischen Erkrankungen sind in der älteren Bevölkerung erheblich höher als bei jüngeren Bevölkerungsgruppen.

Die Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen in verschiedenen Altersgruppen zeigen jedoch, dass diese Annahme bei psychischen Erkrankungen nicht haltbar ist. Mehrere epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass psychische Erkrankungen im Alter etwa ebenso häufig auftreten wie im jüngeren Erwachsenenalter. Im Laufe eines Jahres ist etwa ein Viertel der über 65-Jährigen von einer psychischen Erkran-

kung betroffen (zusammenfassend Weyerer, 2011¹). Abrechnungsdaten einer KV zeigen in der Altersgruppe von über 70-Jährigen sogar die im Vergleich zu anderen Altersgruppen höchste Prävalenz von Depressionen (Ultes-Kaiser, 2010²). Gleichzeitig zeigen die Auswertungen von Abrechnungsdaten, dass Menschen über 65 in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung deutlich unterrepräsentiert sind. Der sechste Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drs. 17/3815) führt dazu aus:

„Die psychotherapeutische Versorgung älterer Menschen wird deren Behandlungsbedarf nach wie vor nicht gerecht. Auf der Grundlage vorliegender Untersuchungen ist davon auszugehen, dass bei bis zu zehn Prozent der über 60-Jährigen die Indikation einer Psychotherapie gegeben ist, ein großer Anteil dieser Personen aber keine entsprechende Behandlung erhält. Die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nimmt mit zunehmendem Alter deutlich ab: Während die 60- bis 69-Jährigen mit einem Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patienten und Patientinnen in Deutschland bereits deutlich unterrepräsentiert sind, weist der Anteil der Gruppe der über 70-Jährigen mit etwa 1,3 Prozent ein deutliches Versorgungsdefizit aus.“

Diese Diskrepanz erklärt sich, so der Altenbericht, mit den Altersbildern der Zuweiser und Behandelnden. Die Ursache liegt aber auch bei den älteren Menschen selbst. Zum einen haben ältere Jahrgangskohorten aktuell noch größere Vorbehalte gegenüber einer psychotherapeutischen Behandlung. Zum anderen halten sowohl zuweisende Ärzte als auch teilweise Psychotherapeuten selbst Psychotherapie (fälschlicherweise) bei jungen Menschen für indizierter als bei älteren Menschen. Hinzu kommt der grundsätzlich erschwerte Zugang aufgrund der dramatischen Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen, in denen überproportional viele ältere Menschen leben. Im sechsten Bericht zur Lage der älteren Genera-

¹ S. Weyerer, (2011). Nicht nur Demenz: Häufigkeit psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter. In C. Fuchs, B.M. Kurth & P.C. Scriba (Hrsg.). Report Versorgungsforschung, Bd. 3. Die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

² Ultes-Kaiser, S. (2010). Der Versorgungsatlas der KV Rheinland-Pfalz: Besser orientiert – besser versorgt? Vortrag auf der ZI-Fachtagung „Versorgungsforschung wird geo-grafisch: Bessere Versorgung durch regionale Vergleiche?“ am 10. Oktober 2011 in Berlin

tion in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drs. 17/3815) wird vor diesem Hintergrund gefordert:

„Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen muss an gesundheitlichen Bedarfen und Notwendigkeiten ausgerichtet sein. Ungeprüfte Annahmen über das Alter dürfen nicht die Grundlage der Gesundheitsversorgung sein. ... Älteren Menschen muss genauso wie jüngeren Menschen Zugang zu den erforderlichen gesundheitsbezogenen Leistungen gewährt werden. Eine Rationierung solcher Leistungen aufgrund des Lebensalters ist abzulehnen.“

Der Demografiefaktor würde dazu führen, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in Regionen mit einem hohen Anteil älterer Menschen verschlechtert – und somit genau das Gegenteil bewirkt wird.

4. Demografiefaktor verschlechtert die Versorgung auf dem Land

Die Anwendung des Demografiefaktors steht mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker älterer Menschen im Widerspruch zum Ziel, die Versorgung in ländlichen Regionen zu verbessern. Die demografischen Daten zeigen, dass insbesondere die Bevölkerung auf dem Land altert. Schon 2020 werden gemäß der Prognose des BBSR 25 Prozent der Bevölkerung in ländlichen Regionen älter als 65 Jahre sein – gegenüber 21 Prozent in Großstädten. Bis zum Jahr 2030 wird diese Diskrepanz noch anwachsen (Großstädte: 25 Prozent, ländliche Regionen 31 bis 32 Prozent). Die Anwendung des Demografiefaktors führt somit dazu, dass die Verhältniszahlen genau dort ungünstiger werden, wo vorher von Gesetzgeber und G-BA ein höherer Versorgungsbedarf erkannt worden ist. Die Anwendung des Demografiefaktors auf die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ verhindert eine bedarfsgerechte Versorgung.

Erschwerend kommt hinzu, dass der Demografiefaktor nicht etwa in einigen Jahren Wirkung entfaltet. Vielmehr ist der Demografiefaktor nach der Übergangsregelung des § 63 Absatz 3 Satz 3 unmittelbar anzuwenden, noch bevor die neuen Verhältniszahlen zum 1. Juni 2013 in Kraft treten. In ländlichen Regionen werden die neuen Verhältniszahlen unmittelbar verschlechtert, noch bevor die neuen Verhältniszahlen Anwendung finden.

Anders als bei allen anderen Arztgruppen außer den Frauenärzten führt der Demografiefaktor bei Psychotherapeuten zu ungünstigeren Verhältniszahlen, wenn der Anteil der über 65-Jährigen im jeweiligen Planungsbereich höher ist als im Bundesdurchschnitt 2010. Der Leistungsbedarfsfaktor gibt das Verhältnis der Leistungen, die an über 65-Jährige erbracht wurden, zum Anteil der Leistungen an unter 65-Jährigen wider. Dabei wird die Annahme getroffen, dass dies dem Bedarf entspricht – entgegen der Erkenntnis, dass dies bei Psychotherapie nicht der Fall ist (s. o.).

Der errechnete Leistungsbedarfsfaktor führt dazu, dass der Bedarf bei über 65-Jährigen um den Faktor 7,4 niedriger eingeschätzt wird als bei unter 65-Jährigen (Faktor 0,135). Ausgehend von den falschen Annahmen postuliert der Demografiefaktor einen fast siebeneinhalb Mal niedrigeren Behandlungsbedarf in der Altersgruppe der über 65-Jährigen. Ein solcher „Unterschied“ im Behandlungsbedarf wird bei keiner anderen Arztgruppe erreicht, noch nicht einmal bei Arztgruppen, die im Schwerpunkt Menschen mit Erkrankungen behandeln, die im Alter erwiesenermaßen eine weitaus höhere Prävalenz aufweisen. Bei diesen Arztgruppen nimmt der Demografiefaktor zudem einen höheren Behandlungsbedarf an und er führt zu einer besseren Versorgungslage bei einer älteren Bevölkerung. Bei Psychotherapeuten verschlechtert der Demografiefaktor hingegen die Versorgung bei einer älteren Bevölkerung. Bei Augenärzten ist der Faktor mit 6,7 am höchsten, bei Urologen 5,7, bei Internisten 4,1. Bei Hausärzten, die allgemein Krankheiten behandeln, liegt der Faktor bei 2,5, bei allen andern bei 2 oder darunter.

Es besteht keine Aussicht, dass der Demografiefaktor durch eine Veränderung bei der Inanspruchnahme durch psychisch kranke ältere Menschen in Zukunft den Leistungsbedarf korrekt abbilden kann. Denn genau dort, wo viele ältere Menschen wohnen und behandlungsbedürftig sind, wird das Angebot weiter verknappt und es besteht somit keine Möglichkeit, einen höheren Behandlungsanteil älterer Menschen zu erreichen.

Der Demografiefaktor ist grundsätzlich auf die Fachgruppe der Psychotherapeuten nicht anwendbar. Daher ist in der Richtlinie zu regeln, dass er auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten keine Anwendung findet.

Der G-BA hatte bereits einen Demografiefaktor eingeführt und zu Recht mit Beschluss vom 19. Juli 2012 außer Kraft gesetzt und dies wie folgt begründet:

„Das allgemeine Ziel der Einführung des § 8a in die Bedarfsplanungsrichtlinie, mit modifizierten Verhältniszahlen zu gerechteren Versorgungsgraden und damit flächendeckend zu einer Versorgung zu kommen, die die Alterung der Bevölkerung und insbesondere die veränderten Versorgungsbedürfnisse alter Menschen stärker als bisher berücksichtigt, wurde in der Praxis jedoch verfehlt.“

Die Verfehlung dieses Ziels liegt an der unzulässigen Gleichsetzung von Abrechnungsdaten mit wissenschaftlich begründetem Versorgungsbedarf. Wie aus den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 19. Juli 2012 ersichtlich ist, hat insbesondere die Erkenntnis, dass der Demografiefaktor für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu absurden Ergebnissen führt, den G-BA dazu veranlasst, vom Beschlussentwurf Abstand zu nehmen und den Demografiefaktor vollständig außer Kraft zu setzen. Die Gründe, die zur Aufhebung des Demografiefaktors geführt haben, gelten fort. Daher würde der G-BA im Widerspruch zu seiner eigenen Erkenntnis handeln, wenn er den Demografiefaktor nunmehr doch ab dem 1. Januar 2013 auch für Psychotherapeuten einführt, wie es der Beschlussentwurf vorsieht (§ 63 Absatz 3 Satz 3). Nach dieser Vorschrift soll alternativ der alte, mit Wirkung zum 1. Januar 2013 durch den zitierten Beschluss aufgehobene Demografiefaktor angewandt werden können. Dies ist völlig unverständlich. Dieser Demografiefaktor wurde gerade aufgehoben, weil er sein Ziel verfehlt hat. Nun soll er für ein halbes Jahr erneut angewandt werden können, obwohl er vom G-BA selbst für ungeeignet gehalten wird.

V. Bedarfsindex

Die Konzeption des Bedarfsindexes ist weitaus differenzierter als diejenige des Demografiefaktors. Allerdings zeigt die Regelung des vorgeschlagenen § 9 Absatz 3 Satz 4 Nummer 1, dass auch er sich auf die realisierte Inanspruchnahme bzw. Diagnostik und Therapie und die hieraus entstandenen Aufwendungen bezieht. Hier stellt sich insoweit ein vergleichbares Problem wie beim Demografiefaktor. Wenn auf die derzeitige Inanspruchnahme Bezug genommen wird, so gilt auch für den Bedarfsindex, dass er den Versorgungsbedarf psychisch kranker älterer Menschen strukturell

unterschätzt. Der Bedarfsindex hat den Vorteil, dass er im Ansatz auch unabhängig von den erbrachten Leistungen versucht, die Morbidität der Bevölkerung mit in die Berechnungen einzubeziehen. Da er GKV-Routinedaten nutzt, ist er jedoch retrospektiv und als Instrument prospektiver Planung noch nicht ausgereift, da diese sich auch an Gesundheitszielen, wie z. B. dem Zugang zu leitlinienorientierter Versorgung, orientieren sollte.

Auch die BPtK forderte im Rahmen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung, die nicht mit stichtagsbezogenen Verhältniszahlen arbeitet, sondern sich dem Versorgungsbedarf morbiditätsbezogen annähert. Entsprechende gesetzliche Vorgaben wurden damals nicht getroffen. Trotz der grundsätzlichen Unterstützung einer morbiditäts- und leitlinienorientierten Bedarfsplanung, die sich nicht ausschließlich am derzeit erbrachten Leistungsspektrum orientiert, sondern epidemiologische Daten mit einbezieht, glaubt die BPtK nicht, dass im Rahmen des derzeit laufenden Verfahrens für die Bedarfsplanungs-Richtlinie durch den vorgeschlagenen Index ein abschließender und sinnvoller Weg gefunden werden kann. Gesundheitspolitisch unterstützt die BPtK jedoch solche Ansätze.

VI. Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht über 10 Jahre strecken

§ 66 Absatz 1 des Entwurfs sieht vor, dass aufgrund der neuen Verhältniszahlen entstehende zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht unmittelbar ausgeschrieben werden. Vielmehr ist vorgesehen, den Zuwachs über einen Zeitraum von zehn Jahren in jährlich gleichen Anteilsschritten anzupassen. Gemeint ist wahrscheinlich nicht die Anpassung des Zuwachses, sondern, dass die neuen Verhältniszahlen nicht angewandt werden sollen, wenn sie zu einem Zuwachs an Niederlassungsmöglichkeiten führen würden. An ihre Stelle sollen dann andere Verhältniszahlen treten. Diese müssten jährlich neu festgelegt werden, indem der eigentlich durch die neuen Verhältniszahlen erforderliche Zuwachs ermittelt wird, um dann die Verhältniszahl so festzulegen, dass der Zuwachs in gleichen Anteilsschritten über zehn Jahre gestreckt wird.

Die Regelung ist jedenfalls für die Arztgruppe Psychotherapeut ein Versehen, da die monetären Annahmen und Vorgaben im Bewertungsausschuss – an den sich der G-BA mit Blick auf die Verhältniszahl für den Typ 5 offenbar orientiert – die Finanzierung aller aufgrund der neuen Verhältniszahlen entstehenden zusätzlichen Zulassungen für Psychotherapeuten ab 2013 ermöglicht. Es ist ausgeschlossen, dass GKV-Spitzenverband und KBV im Bewertungsausschuss vereinbaren, das Geld ab nächstem Jahr für alle Sitze bereitzustellen und im Rahmen der Beratungen im G-BA dann diese Zulassungen über einen Zeitraum von zehn Jahren strecken wollen.

Für diese Regelung fehlt zudem eine Ermächtigungsgrundlage und sie ist als Eingriff in die Berufsfreiheit rechtswidrig. Bei den Regelungen zur Zulassung und Bedarfsplanung handelt es sich um Berufsausübungsregeln, die einer objektiven Berufszulassungsschranke nahe kommen. Zur Rechtfertigung bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage und der Eingriff müsste zur Abwehr nachweisbarer oder höchstwahrscheinlich schwerwiegender Gefahren für ein überragend wichtiges Gemeinschaftsgut geeignet, erforderlich und angemessen sein.

An einer Ermächtigungsgrundlage für einen Eingriff in die Berufsfreiheit von Psychotherapeuten (Artikel 12 Absatz 1 GG) fehlt es. In Bezug auf eine unterschiedlich starke Einschränkung der Berufsfreiheit ist hier zudem eine Rechtfertigung nicht ersichtlich. In einem Planungsbereich mit ausgewiesener Überversorgung kann ein solcher Eingriff gerechtfertigt sein, wenn ein Bedarf an weiteren Leistungserbringern nicht mehr besteht. Ein Eingriff in die Berufsfreiheit durch die Verweigerung einer Zulassung ist aber dann rechtswidrig, wenn in dem betreffenden Planungsbereich in der Logik der Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterer Versorgungsbedarf besteht.

Aufgrund der neuen Verhältniszahlen legt der G-BA fest, woraus sich die Grenze ergibt, ab der keine weiteren Leistungserbringer mehr notwendig sind. Die Folge der Sperrung ergibt sich unmittelbar aus dem Gesetz, nämlich dann, wenn ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht oder überschritten ist (§ 101 Absatz 1 Satz 3 SGB V). Es ist verfassungsrechtlich nicht hinnehmbar, die Berufsfreiheit einzuschränken, um den eigenen Annahmen nach notwendige Zulassungen abzulehnen bzw. zu strecken.

Auch unter dem Gleichheitsgesichtspunkt ist eine solche Regelung rechtswidrig. Es ist kein sachlicher Grund ersichtlich, warum für Planungsbereiche, in denen die Versorgungslage derzeit gerade besonders schlecht ist, ungünstigere Verhältniszahlen festgelegt werden als in allen anderen vergleichbaren Planungsbereichen. Daran ändert auch die Regelung von § 66 Absatz 3 Satz 1 nichts, wonach die angepassten Verhältniszahlen für Entscheidungen über Unter- und Überversorgung gelten sollen. Denn entscheidend ist, dass hier vergleichbaren Kreisen ohne sachlichen Grund unterschiedliche Verhältniszahlen zugeordnet werden.

In den Tragenden Gründen zu § 66 findet sich keine Begründung zu der Frage der Ungleichbehandlung. Vielmehr handelt es sich inhaltlich nicht um eine Begründung, sondern um eine Umschreibung der Regelung, wie sie bereits unmittelbar aus dem Richtlinien text ersichtlich ist. Unklar ist, warum sich der Zusatz „PatV-Regelung beschränkt sich auf die gesonderte fachärztliche Versorgung“ nur in dem Entwurf der Tragenden Gründe findet. Im Richtlinien text ist die Forderung der Patientenvertreter nicht enthalten, obwohl dieser rechtlich maßgeblich ist.

Die BPTK schlägt vor § 66 zu streichen. Gleiches gilt für § 67, der als alternatives Instrument zur Streckung auf § 39 verweist.

E. Besonderer Versorgungsbedarf

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte auch so gefasst werden, dass sie der Notwendigkeit von besonderem Versorgungsbedarf Rechnung trägt.

I. Barrierefreiheit

Die BPTK befürwortet die von der Patientenvertretung in § 4 Absatz 1 Sätze 2 und 3 vorgeschlagene Regelung, in den Bedarfsplänen den Umfang barrierefreier ambulanter Versorgung festzulegen. Vor allem die Festlegung eines konkreten Ziels zum Umfang der barrierefreien Versorgung im Bedarfsplan ist ein sinnvoller Ansatz. Anders als bei bundesweiten starren Festlegungen bietet die Festlegung von Zielen im Bedarfsplan durch die damit gegebene Flexibilität die Chance auf konkrete Verbesserungen.

II. Sonderbedarf

Der Abschnitt zum Sonderbedarf soll nach den Ausführungen im Entwurf später erneut überarbeitet werden. Dennoch können bereits an dieser Stelle wichtige Ergänzungen eingefügt werden.

1. Nichteinhalten vereinbarter Wartezeiten

Sonderbedarfszulassungen sollten dort ermöglicht werden, wo keine zeitnahe fachärztliche Versorgung gewährleistet ist. Dies kann anhand der gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V zu vereinbarenden Wartezeiten festgestellt werden. Werden die Wartezeiten nicht eingehalten, so liegt keine zeitnahe fachärztliche Versorgung mehr vor. Somit ist dem Versorgungsbedarf durch Sonderbedarfszulassung Rechnung zu tragen.

Sonderbedarf kann dabei in der Regel angenommen werden, wenn die Wartezeiten zwar überschritten werden, das Ausmaß der Überschreitung und die Art der Fälle, in denen sie überschritten werden, noch nicht allgemein auf eine Unterversorgung, sondern einen bestimmbareren Bedarf betrifft oder auf einen zusätzlichen lokal begrenzten Bedarf schließen lässt.

Bei der Auflistung von Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf sollte in § 36 Absatz 1 als neuer Buchstabe c) aufgenommen werden:

„c) Versorgungsbedarf wegen Nichteinhaltung der gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V in den Gesamtverträgen festgelegten Wartezeiten.“

2. Versorgungsbedarf mit muttersprachlicher Psychotherapie

Sonderbedarfszulassungen sollten dort ermöglicht werden, wo ein nicht gedeckter Bedarf an muttersprachlicher Psychotherapie besteht. Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist in der Regel in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten, oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Die größte Migrantengruppe kommt aus der Türkei (2,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; Statistisches Bundesamt, 2010)

und – etwas weniger häufig – aus der ehemaligen Sowjetunion. Sonderbedarfszulassungen sollten ausschließlich für den Anteil der Migranten erwogen werden, deren Deutschkenntnisse für eine psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichen. Nach einem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2008) sind bei 18 Prozent der Menschen türkischer Herkunft die Sprachkenntnisse so gering, dass eine Psychotherapie in deutscher Sprache nicht möglich wäre. Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise durch einen Mindestversorgungsanteil von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Eine ausreichend spezifische Lösung bietet jedoch die Sonderbedarfszulassung. Die Sonderbedarfszulassungen sollten an das Durchführen von Psychotherapien in der Muttersprache der entsprechenden Patienten geknüpft werden. Der Sonderbedarfstatbestand kann auf psychotherapeutische Leistungen beschränkt werden, da diese noch stärker als andere medizinische Versorgungsleistungen voraussetzen, dass Patienten sich differenziert sprachlich ausdrücken können.

Beispiel zur Veranschaulichung der Größenordnung:

Aktuell beträgt der Anteil von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung circa drei Prozent. In Ballungsgebieten, wie z. B. in einigen Berliner Bezirken, liegt dieser Anteil um ein Vielfaches darüber. Wenn man davon ausgeht, dass bei einem noch zu definierenden Anteil einer bestimmten Migrantenspopulation an der Bevölkerung in einer Bezugsregion ein Sonderbedarf besteht (im Folgenden gehen wir exemplarisch von einem Anteil > zehn Prozent aus), könnte beispielsweise in Berlin in drei Bezirken (Berlin-Mitte, Berlin-Friedrichshain-Kreuzberg und Berlin-Neukölln) ein solcher Sonderbedarf bestehen. Diese Zahlen steigen oder fallen in Abhängigkeit von der Festlegung des regionalen Anteils der Migranten in der Bevölkerung, der den Sonderbedarf rechtfertigt.

Beispiel: In Berlin-Neukölln wohnten 2009 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) 34.780 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (davon 10.755 mit deutscher

Staatsbürgerschaft) bei insgesamt 307.595 Einwohnern des Bezirks. Nach einem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2008) sind bei 18 Prozent, d. h. bei circa 6.200 Menschen türkischer Herkunft in Berlin-Neukölln, die Sprachkenntnisse so gering, dass eine Psychotherapie in deutscher Sprache nicht möglich wäre. Ausgehend von der AVZ (Einwohner/Psychotherapeuten) in Berlin von 2.577:1 würde dies einen Sonderbedarf von zwei bis drei Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln, begründen. Für die drei genannten Berliner Bezirke würden sich damit sieben solcher Sonderbedarfszulassungen ergeben.

Bei der Auflistung von Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf sollte folgendes in § 36 Absatz 1 als neuer Buchstabe d) aufgenommen werden:

„d) Versorgungsbedarf mit Psychotherapie in einer anderen Sprache als Deutsch und die Verfügbarkeit eines entsprechenden Angebots.“

III. Mindestversorgungsanteile

1. Mindestversorgungsanteil Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche wird durch die Mindestquote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie gesichert. Anders als der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dient der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, der Versorgung einer Patientengruppe, deren adäquate Versorgung ohne den Mindestversorgungsanteil gefährdet wäre.

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht auch nach dem 31. Dezember 2013 fort. Zum Schutz der ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es daher sinnvoll, der Mindestquote eine unbefristete Gültigkeit zu verschaffen.

2. Mindestversorgungsanteil psychotherapeutisch tätiger Ärzte

Der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist keine versorgungsbezogene Quote, sondern eine Quote, die dem Schutz einer Berufsgruppe dient und die Versorgung verschlechtert, da derzeit weit über 170 nicht von Ärzten

besetzte Praxissitze für die Zulassung von Psychotherapeuten gesperrt werden, obwohl es in über zwölf Jahren seit Geltung der Quote nicht gelungen ist, diese Sitze mit Ärzten zu besetzen.

Die Quote verschärft Versorgungsengpässe in ländlichen Regionen weiter, obwohl Patientinnen und Patienten monatelang auf den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung warten, mit der Folge, dass sich ihre psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren können. Insbesondere in Ostdeutschland wird die Versorgungssituation dadurch zusätzlich verschlechtert, dass freie Praxissitze, die über die Bedarfsplanung für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert sind, durch Psychologische Psychotherapeuten nicht besetzt werden können.

Zum 1. Januar 2014 ist die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte daher aufzuheben. Der G-BA erkennt den Unterschied zwischen einer Ärztequote, die dem Schutz einer Berufsgruppe dient, und der Quote für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Im Rechenbeispiel auf Seite 18 der Tragenden Gründe spricht er von einem „Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“. Eine solche Quote gibt es aber nicht. Vielmehr können sich im Rahmen der Quote alle Leistungserbringer, insbesondere auch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten, niederlassen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Es geht um Versorgung, nicht um Berufspolitik.

In § 25 Absatz 1 Nummer 2 sollte nach dem Wort „ist“ eingefügt werden: „**bis zum 31. Dezember 2013**“.

3. Keine Quote in der Quote

Die Regelung in § 25 Absatz 3, wonach ab dem 1. Januar 2014 eine „Quote in der Quote“ eingeführt werden soll, verschärft die an sich schon nicht sachgerechte Ärztequote zusätzlich. Das Leistungsspektrum psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Psychotherapeuten ist identisch. Einen Unterschied zwischen im Rahmen der Arztgruppe des § 101 Absatz 4 Satz 1 SGB V tätigen „Ärzten für Psychosomatische Me-

dizin und Psychotherapie“ und anderen Ärzten der Arztgruppe, der eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen von Quoten rechtfertigen würde, ist nicht ersichtlich.

4. Sperrung von freien Sitzen abschaffen

Sollte sich der G-BA aus für die BPTK nicht nachvollziehbaren Gründen für die Beibehaltung einer Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte entscheiden, so müsste in § 25 anstelle des Absatzes 4 im Entwurf ein neuer Absatz 4 vorgesehen werden, der ab dem 1. Januar 2014 die Besetzung von im Rahmen der Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte freigehaltener aber nicht besetzter Sitze vorsieht:

„(4) In dem Umfang in dem der Versorgungsanteil für Ärzte nach Absatz 1 Nummer 2 nach der Feststellung des Landesausschusses gemäß Absatz 1 Nummer 5 nach dem 31. Dezember 2013 nicht ausgeschöpft wird, sind auch andere Psychotherapeuten als Ärzte zuzulassen, solange der faktische Versorgungsgrad 110 Prozent nicht erreicht. Die nach Satz 1 erteilten Zulassungen werden nicht auf den Versorgungsanteil nach Absatz 1 Nummer 2 angerechnet.“

Damit würde verhindert, dass der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte zulasten psychisch kranker Menschen geht.

F. Anstellung und Jobsharing

I. Anstellungen und Jobsharing ermöglichen

Die BPTK begrüßt die Regelung, dass auch nach dem Wortlaut der Bedarfsplanungs-Richtlinie zukünftig die Anstellung und Jobsharing zwischen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in gesperrten Planungsbereichen möglich ist. Allerdings kann die Anstellung von Ärzten durch Psychotherapeuten ebenso ermöglicht werden. Das Leistungsspektrum von psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten ist weitestgehend identisch. Daher ist davon auszugehen, dass Fachidentität vorliegt. Das bestätigt im Übrigen auch der Umkehrschluss aus § 95 Absatz 1 Satz 2 SGB V, wonach alle Psychotherapeuten und Ärzte der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4 SGB V nicht fachübergreifend sind.

Zudem ist eine Berufsausübungsgemeinschaft nach § 33 Absatz 2 Ärzte-ZV ausdrücklich zwischen Ärzten und Psychotherapeuten erlaubt. Daher sollte die nicht gerechtfertigte und der Ärzte-ZV widersprechende Einschränkung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten aufgehoben werden.

Auch ansonsten spricht das ärztliche Berufsrecht nicht gegen eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Zunächst regelt es nur die Kooperation zwischen Ärzten (vgl. § 18 MBO-Ärzte). Eine Auslegung dieser Vorschrift dahingehend, dass sie entgegen der Regelungen des Sozialrechts Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten und Psychotherapeuten verbietet, wäre irrelevant, da diese untergesetzliche Norm vor dem Hintergrund sozialrechtlicher Normen keinen Bestand haben kann:

„Was gilt nun, wenn etwa das bayerische Berufsrecht eine Berufsausübungsgemeinschaft zwischen einem Arzt und einem Psychotherapeuten nicht gestattet, § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV diese Gestaltung aber eindeutig erlaubt? Trotz der Wendung in der Begründung der Bundesregierung zur Gegenäußerung des Bundesrates kann § 33 Ärzte-ZV in der Fassung des VÄndG nur als vertragsarztrechtliche Zulassung auch solcher Kooperationen verstanden werden, die über das Berufsrecht hinausgehen. Was das Vertragsarztrecht gestattet, kann nicht berufsrechtswidrig sein, soweit allein die vertragsarztrechtliche Tätigkeit betroffen ist (so auch Schallen Ärzte-ZV, Rn. 365, 1161)“ (Wenner in: Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, München 2008, Seite 222).

Auch das ärztliche Berufsrecht spricht nicht gegen die Anstellung von Ärzten durch Personen, die keine Ärzte sind. Lediglich die Entgegennahme von Weisungen **hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen** ist untersagt. Es stellt sich die Frage, ob dieses Gebot überhaupt verfassungskonform so ausgelegt werden könnte, dass die Entgegennahme von Weisungen auch von entsprechend qualifizierten Personen ausgeschlossen ist. Letztlich spricht aber auch das Verbot der Entgegennahme fachlicher Weisungen ohnehin nicht per se gegen eine Anstellung von Ärzten. Ansonsten könnten Ärzte nicht in Krankenhäusern angestellt sein. Denn Arbeitgeber ist dort kein

Arzt, sondern das Krankenhaus bzw. der Krankenhausträger – in der Regel eine juristische Person. Dennoch bestehen Anstellungsverhältnisse z. B. zwischen einer „Krankenhaus GmbH“ und Ärzten. Die Einhaltung eines berufsrechtlichen Verbots, nur von Ärzten fachliche Weisungen anzunehmen, steht nicht der Anstellung als solcher entgegen, sondern ist eine Frage der Ausgestaltung des Arbeitsvertrages. Dort kann vereinbart werden, dass Weisungen vom Arbeitgeber hinsichtlich ärztlicher Entscheidungen nicht erteilt werden. Nur die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten wäre dann ggf. nicht möglich.

In einem neuen Absatz 9 des § 41 sollte zur Fachidentität folgende Regelung getroffen werden:

„Übereinstimmung in den Arztgruppen besteht auch, wenn sich ein ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt mit einem Psychologischen Psychotherapeuten oder einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusammenschließt; der erste Halbsatz gilt auch für Zusammenschlüsse in beliebiger Kombination zwischen den dort genannten Berufen.“

§ 47 kann entfallen, da nach § 1 Absatz 3 die Regelung dann auch für Psychotherapeuten gilt. In § 59 Satz 1 zweiter Halbsatz sollte der Verweis wie folgt ergänzt werden: „nach § 41 Absatz 2 bis 7 und 9“. Dadurch kann § 61 dann entfallen, da nach § 1 Absatz 3 die Regelung des § 41 dann auch für Psychotherapeuten gilt.

II. Leistungsbeschränkung für antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie

Bei der Beschränkung des Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Leistungen kann auf die zeitbezogene Kapazitätsgrenze Bezug genommen werden. Diese gewährleistet aufgrund der höchstpersönlichen Leistungserbringung in der Psychotherapie eine ausreichende Begrenzung des Praxisumfangs. Bei den meisten anderen EBM-Leistungen kann diese Art der Begrenzung nicht herangezogen werden, da die Leistungen zum einen nicht klar zeitbezogen sind und zum anderen auch vielfach delegiert werden können. Daher bleibt es bei den übrigen Leistungen bei der Begrenzung auf den bisherigen Praxisumfang.

Diese neue Leistungsbegrenzung ermöglicht es Psychotherapeuten, die Praxis im Falle von Jobsharing und Anstellung weiter voll auszunutzen. Damit wird der mit der Einführung hälftiger Zulassungen verbundenen Intension des Gesetzgebers Rechnung getragen, eine weitere Flexibilisierung im Bereich des Vertragsarztrechtes vorzusehen. Anders als der vollständige Verzicht auf eine halbe Zulassung ermöglicht die Anstellung, beispielsweise nach einer Phase geringerer Arbeitszeit z. B. aufgrund familiärer Verhältnisse, wieder den vollen Tätigkeitsumfang aufzunehmen. Dadurch wird das Gleichgewicht zwischen dem Interesse an der Vermeidung überflüssiger Ausweitungen von Leistungen einerseits und der flexiblen Handhabung eines festgelegten Praxisumfangs andererseits gewährleistet.

In § 42 sollte dazu folgender neuer Absatz 3 eingefügt werden:

„(3) Abweichend von Absatz 1 gilt als Obergrenze für psychotherapeutische Leistungen für die Psychotherapeuten (§ 12 Absatz 1 Nummer 8) die zeitbezogene Kapazitätsgrenze gemäß Teil F Ziffer 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V vom 26. März 2010. Bei Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag gilt als Obergrenze die Hälfte und bei überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten ein Anteil von 0,7. Die Erklärung nach § 40 Nummer 4 bezieht sich auf diese Obergrenze.“

Diese Regelung gilt dann auch gemäß § 60 Absatz 1 Satz 2 für Anstellungen und gemäß § 1 Absatz 3 für Psychotherapeuten entsprechend.



Gemeinsamer Bundesausschuss

Mündliche Anhörung

gemäß § 91 Abs. 9 Satz 1 SGB V in Verbindung mit
1. Kapitel, § 12 Verfahrensordnung des G-BA

Stellungnahmeverfahren

zum Entwurf der
Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfs-
planung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung
und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung nach
§§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 und 101 SGB V

(Bedarfsplanungs-Richtlinie/BPL-RL)

Sitzung im Hause

des Gemeinsamen Bundesausschusses

in Berlin

am 17. Dezember 2012

von 11:15 Uhr bis 12:30 Uhr

– Stenografisches Wortprotokoll –

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

Frau Konitzer, Vizepräsidentin der BPtK

Beginn der Anhörung: 11:15 Uhr

Vorsitzender:

Ich rufe den ursprünglich vor der Tagesordnungsordnung stehenden Punkt auf: Anhörung über den Entwurf der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Ich bitte, die Anzuhörenden der Bundespsychotherapeutenkammer in den Sitzungssaal zu holen.

Herzlich willkommen, Frau Konitzer als Vizepräsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer und Frau Dr. Tophoven als Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer.

Wir befassen uns heute mit dem Entwurf der Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie und hier mit den im schriftlichen Stellungsverfahren eingegangenen Stellungnahmen. Gemäß § 91 Abs. 5 und Abs. 5a SGB V wurden der Bundesärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer und dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Entwurf der Neufassung der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch die Richtlinie berührt worden sind.

Das Stellungsverfahren wurde nach entsprechender Beschlussfassung im Unterausschuss Bedarfsplanung am 14. November 2012 eingeleitet. Die Frist zur Einreichung von schriftlichen Stellungnahmen endete am 11. Dezember 2012. Heute findet die Anhörung zum Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie statt. Von den zur Stellungnahme berechtigten Organisationen wurden schriftliche Stellungnahmen vorgelegt. In der Reihenfolge ihres Einganges hat eine Stellungnahme eingereicht die Bundesärztekammer am 11.12.2012, Sekunden vor der Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer, die auch am 11.12.2012 vorgelegt worden ist. Wir haben das zeitlich genau dokumentiert, sodass das entsprechend nachvollzogen werden kann. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit hat mit Schreiben ebenfalls vom 11.12.2012 mitgeteilt, dass er keine Stellungnahme zum Richtlinienentwurf abgibt.

Wir haben die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer zum heutigen Anhörungsverfahren geladen. Die Bundesärztekammer hat darauf verzichtet, eine mündliche Stellungnahme abzugeben. Die Bundespsychotherapeutenkammer macht von ihrem Recht zur mündlichen Stellungnahme Gebrauch. Herzlich willkommen.

Bevor wir in die Anhörung und damit in das Verfahren zur mündlichen Stellungnahme eintreten, bitte ich der guten Ordnung halber darum – wir werden es korrigieren, falls es gleichwohl geschehen sollte –, bei Wortmeldungen von Mitgliedern des Unterausschusses Bedarfsplanung keine Namen zu nennen, weil es nicht öffentlich ist, wer Mitglied welchen Unterausschusses ist. Das ist hier alles immer streng geheim. Das ist insbesondere im Bereich Arzneimittel von Belang, damit nicht die Tür für eine mögliche Einflussnahme geöffnet wird. Deshalb ist das in der Geschäftsordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses so geregelt. Nennen Sie also bitte nicht Ihren Namen, sondern nur die zugehörige Mitgliedsorganisation. Ich gehe davon aus, dass sowohl Frau Konitzer als auch Frau Dr. Tophoven die handelnden Personen kennen und insofern gleichwohl noch eine vertrauensvolle und heimelige Gesprächsatmosphäre geschaffen werden kann. Falls jemand seinen Namen nennt, werden wir diesen Namen im Protokoll nicht erwähnen, sondern nur KBV, GKV, DKG, Ländervertretung oder Patientenvertretung nennen.

Nach dem ersten Kapitel, § 12 Abs. 3 Satz 5 unserer Verfahrensordnung hat die mündliche Stellungnahme folgenden Zweck:

„Sie 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 Stellungsverfahrens ergeben haben, einzubringen.“

Insofern müssen wir unseren Fokus auf das richten, was seit dem 13. Dezember, 12.30 Uhr, bis heute passiert ist. Das Anliegen, das damit verbunden ist, Frau Konitzer und Frau Dr. Tophoven, ist nicht, hier die 48 Seiten, die Sie schriftlich eingereicht haben, vorzutragen. Das wäre, wie ich glaube, eine unangemessene Vorgehensweise. Sie können davon ausgehen, dass die Mitglieder des Unterausschusses, denen die Stellungnahme zugeleitet worden ist, die Stellungnahme kennen. Das soll Sie selbstverständlich aber nicht darin beschränken, zwei, drei Punkte, die für Sie besonders wesentlich sind, auszuführen.

Wir wollen versuchen, die Anhörung – sofern das geht, das richtet sich selbstverständlich nach dem Diskussionsverlauf – innerhalb eines Zeitraums von etwa einer Stunde abzuschließen. Kern der Dinge ist, dass Sie zunächst kurz die aus Ihrer Sicht wesentlichen Punkte, insbesondere das, was sich seit dem 13. Dezember ergeben hat, darstellen. Dann ist der Vortrag relativ kurz. Daran anschließend führen wir eine Frage- und Diskussionsrunde durch, in der Ihre Bedenken

und Einwendungen mit den Mitgliedern des Unterausschusses und mit der Patientenvertretung diskutiert werden können.

Wir werden im Anschluss daran, wenn die offizielle Anhörung beendet ist, das mündliche Anhörungsverfahren auswerten und überprüfen, inwieweit das, was Sie schriftlich vorgetragen haben und was hier in der mündlichen Diskussion zutage getreten ist, Eingang in die Bedarfsplanungs-Richtlinie und in die Beschlussfassung zur Bedarfsplanungs-Richtlinie finden kann. – So viel als Vorspruch. Ich möchte es nicht länger machen, sonst ist die Zeit schon um. Ich weiß nicht, wer vortragen möchte? Ich nehme an, Frau Konitzer wird beginnen. – Bitte schön, Frau Konitzer, Sie haben das Wort.

Frau Konitzer (Bundespsychotherapeutenkammer):

Vielen Dank für die freundliche Begrüßung. Ich möchte mich im Sinne dessen, was Sie gesagt haben, beschränken erstens auf das Thema des Demografiefaktors, weil er wieder in die Richtlinie aufgenommen werden soll. Der Demografiefaktor trifft unseres Erachtens bei Psychotherapeuten nicht die Situation. Er fußt auf der Annahme, dass sich der Behandlungsbedarf im höheren Alter erheblich verändert. Er kann deshalb nur dort sinnvoll angewandt werden, wo diese Annahme zutrifft.

Auf psychische Erkrankungen trifft das nicht zu. Sie treten im Alter etwa ebenso häufig auf wie im jüngeren Erwachsenenalter. Insofern gibt es bei Psychotherapeuten keinen demografischen Anpassungsbedarf. Wo es keinen Anpassungsbedarf gibt, ist es auch nicht sinnvoll, so etwas anzuwenden.

Insofern möchten wir noch einmal unterstreichen, dass unseres Erachtens der Demografiefaktor in Bezug auf die Psychotherapeuten ganz aus der Richtlinie herausgenommen werden sollte. Er würde die psychotherapeutische Versorgung, insbesondere auf dem Land, verschlechtern, obwohl das Ziel der Reform die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung auf dem Land ist.

Zweitens möchte ich zu der Bedarfsplanungs-Richtlinie grundsätzlich sagen, dass es aus unserer Sicht sehr problematisch ist, dass die Verhältniszahlen der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie fortgeschrieben werden. In Ihrem Entwurf werden die spätestens am 31. August 1999 durch die Zulassungsausschüsse rechtswirksam zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst. Das heißt, die Formulierung der

neuen Richtlinie entspricht wörtlich der Formulierung der momentan geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Das ist unseres Erachtens keine Anpassung anhand sachgerechter Kriterien. Denn nur die Verteilung der Psychotherapeuten je Einwohner wird anhand eines aktuellen Stichtags berechnet. Durch diese Festlegung der Gesamtzahl der Psychotherapeutensitze anhand des alten Stichtags wird die historische Unterschätzung des Versorgungsbedarfs zementiert. Es wirkt sogar ein Stück in die gegenteilige Richtung. Denn durch diese Art der Korrektur wird die Versorgungslage in Regionen, die 1999 vergleichsweise besser ausgebaute Strukturen hatten, noch einmal um etwa 20 % heruntergerechnet. Dies tun Sie vor dem Hintergrund von um 50 % gestiegenen Fehlzeiten und dem Anstieg psychischer Erkrankungen. Das ist unseres Erachtens keine sachgerechte Festlegung des Bedarfs. – Das zunächst von mir. Weiter möchte ich nicht die 46 Seiten meiner Stellungnahme ausführen. Ich danke Ihnen.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank, Frau Konitzer. Ich frage jetzt die Vertreter der GKV, der DKG, der KBV, der Ländervertretung und der Patientenvertretung: Gibt es Ergänzungen, Fragen, sonstige Hinweise zu dem, was Frau Konitzer hier vorgetragen hat? Der Vertreter der KBV und anschließend die Vertreterin der Patientenvertretung wünschen das Wort.

KBV:

Frau Konitzer, vielen Dank für die Stellungnahme und auch für die ausführliche schriftliche Stellungnahme. Wir haben uns bemüht, einige Punkte aufzugreifen, die erkennbar in der alten Bedarfsplanungs-Richtlinie nicht gut adressiert waren. Dazu gehört zum Beispiel die Spreizung der Verhältniszahlen Stadt – Land, die deutlich zurückgegangen ist. Die Aufwertung des ländlichen Raumes gehört genauso dazu wie Jobsharing-Regeln, aber auch, im Demografiefaktor Anpassungen vorzunehmen.

Wir haben die Analyse, die Sie angefertigt haben, aufmerksam studiert. Gibt es zumindest begrüßenswerte Tendenzen? Gibt es irgendetwas, was man herausheben und zu dem man sagen kann: Das geht in die richtige Richtung? Bei uns kam der Eindruck auf, dass es insgesamt als ablehnende Grundhaltung verstanden werden muss, was Sie geschrieben haben. Wir würden

gern Hinweise erhalten: In welchem Bereich sollten wir weiterarbeiten?

Vorsitzender:

Ich würde vorschlagen, die Vertreterin der Patientenvertretung stellt ihre Frage. Danach würde ich Frau Konitzer die Möglichkeit geben, die Fragen im Block zu beantworten.

Patientenvertretung:

Auch von meiner Seite vielen Dank für Ihre Stellungnahme. Ich habe eine Nachfrage. Sie haben u. a. geschrieben, dass die Verhältniszahlen so, wie sie festgelegt sind, aus Ihrer Sicht den gesetzlichen Anforderungen nicht entsprechen. Können Sie das bitte noch einmal erläutern?

Vorsitzender:

Es wurden zwei Fragen gestellt. Erstens: Gibt es auch etwas Begrüßenswertes? Zweitens: Die Frage, warum die Verhältniszahlen den gesetzlichen Anforderungen nicht genügen würden. - Frau Konitzer, Bitteschön.

Frau Konitzer (Bundespsychotherapeutenkammer):

Zu dem Vertreter der KBV möchte ich anmerken: Es gibt auch Erfreuliches. Wir begrüßen, dass im ländlichen Raum die Verhältniszahlen jedenfalls ein Stück angepasst werden und dass die Spreizung insofern gemindert wird. Das ist aus unserer Sicht ein richtiger Schritt in die Richtung, eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, insbesondere für die Kategorien, die demnächst als eigenversorgte Planungsbezirken gelten. Das ist ausgesprochen erfreulich.

Was wir auch für sinnvoll halten würden, ist, dass dieses aufsetzt auf die gegenwärtige Versorgung, was die Verhältniszahlen und was die Versorgung angeht, und dass diese bessere Versorgung auf dem Land zusätzlich geschaffen werden sollte. Das würden wir für sachgerecht halten.

Damit komme ich zu der Frage der Patientenvertretung, inwiefern wir denken, dass die Verhältniszahlen nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprechen. Es war 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz vorgesehen, dass alle Behandler, die bis dahin an der Versorgung gesetzlich Versicherter beteiligt waren, im System aufgenommen werden sollten. Sie hätten auch gezählt werden müssen. Zu dem Zeitpunkt, an dem

die Verhältniszahlen erhoben wurden, war aber ein großer Teil von diesen Behandlern noch gar nicht im System. Wir haben Ihnen in der Stellungnahme ein Beispiel mitgeteilt, wonach zum Beispiel im Bereich der KV Nordrhein etwa ein Drittel der gestellten Anträge zu dem Zeitpunkt noch gar nicht zu Ende bearbeitet war. Die ganzen Zulassungsverfahren für diese Behandler sind, weil sie teilweise durch mehrere Instanzen gingen, erst 2005 abgeschlossen gewesen.

Deshalb ist unsere Auffassung: Wenn man diesem gesetzlichen Auftrag nachkommen will, müsste man die Psychotherapeuten zählen, die 2005 zugelassen worden waren, um auf dieser Grundlage die Verhältniszahlen zu ermitteln. Außerdem müsste man aus unserer Sicht die Verhältniszahlen von Westdeutschland nehmen und nicht von ganz Deutschland.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank. Es liegen mir zwei Wortmeldungen vor: von der Ländervertretung und von der KBV.

Ländervertretung:

Frau Konitzer, Sie haben sich in Ihrer Stellungnahme ausführlich darüber beklagt, dass die Übergangsfrist für die Aufstockung der Psychotherapeuten im ländlichen Bereich auf zehn Jahre bezogen ist. Das hat sich nach unserem jetzigen Stand möglicherweise auf fünf Jahre verändert. Meine erste Frage lautet: Würde das an Ihrer Stellungnahme etwas ändern?

Meine zweite Frage ist: Gibt es für Sie zwischen den Jahren 1999 und 2005 ein weiteres Datum, an dem Sie aus irgendwelchen Gründen in fachlicher Hinsicht eine Zäsur setzen könnten, zum Beispiel bei der Unterscheidung zwischen Widerspruchsverfahren und Gerichtsverfahren? Gibt es für Sie noch ein Datum, das man ebenfalls in Bezug auf Ihre Forderung, nicht das Jahr 1999 als Grundlage zu nehmen, berücksichtigen sollte? Vielen Dank.

Vorsitzender:

Frau Konitzer, vielleicht wollen Sie die Frage zuerst beantworten?

Frau Konitzer (Bundespsychotherapeutenkammer):

Was die Übergangsfrist angeht, möchte ich sagen: Die Aufgabe dieser Bedarfsplanungs-

Richtlinie verstehen wir so, dass praktisch eine Norm gesetzt wird, was eine Soll-Vorschrift für eine bedarfsgerechte Versorgung ist. Wir sehen das rechtlich als ausgesprochen problematisch an, wenn diese bedarfsgerechte Versorgung einem Teil der Versicherten für einen Übergangszeitraum vorenthalten wird. Wir sehen für eine solche Übergangsregelung keine Rechtsgrundlage. Eine Veränderung auf fünf Jahre würde das Ganze zwar irgendwie verkürzen. Aber das ändert nichts, wie ich einmal als Nichtjuristin sage, an der fehlenden Rechtsgrundlage für eine solche Regelung.

Dasselbe Problem sehen wir für das Ruhrgebiet, wo ohne eine solche Rechtsgrundlage eine Übergangsregelung geschaffen werden soll.

Im Hinblick auf einen Zwischenzeitraum zwischen 1999 und 2005 sehe ich persönlich das gleiche Problem. Ich wüsste nicht, wie man einen entsprechenden Zwischenzeitraum rechtlich gesehen legitimieren sollte. Wenn man den Zeitpunkt später wählen würde, würde man wahrscheinlich mehr Psychotherapeuten erfassen. Das wäre aber je nach Region ausgesprochen unterschiedlich, weil die Zulassungsausschüsse und die KVn unterschiedlich gearbeitet haben. Es gab Regionen, in denen fast flächendeckend Widerspruchsverfahren stattgefunden haben und die KVn vor Gericht gegangen sind. Deshalb hat es so lange gedauert. Es gab Regionen, in denen das nicht der Fall war. Wenn man jetzt mit dem Rasenmäher darüber gehen würde, würde man eine Durchschnittsmittelung erhalten. Aber die zu begründen, scheint mir schwierig. Genauer kann ich mich dazu jetzt nicht äußern, weil ich von Ihnen konkrete Überlegungen haben müsste, um das einschätzen zu können.

Vorsitzender:

Der Vertreter der KBV.

KBV:

Es ist ein wichtiger Punkt, den Sie mit der Ermittlung der Verhältniszahl ansprechen und vor allem mit der Frage: Was ist der psychotherapeutische Behandlungsbedarf in dem Lande? Das gilt für alle Fachgruppen gleichermaßen, nicht nur für die Psychotherapeuten.

Wir waren insofern fast eher ermutigt, auch durch die Stellungnahme, dass die Psychotherapeutenkammer am Ende eine Stichtagsregelung bevorzugt, nämlich das Jahr 2005, und keine andere Herleitung des Bedarfs angestellt hat, was auch extrem schwierig ist. Wir hatten national und international nach Systemen recherchiert,

wie man solche Verhältniszahlen ermitteln kann. Wir haben kein System gefunden, außer entsprechende Stichtagsregelungen, die handhabbar anwendbar sind.

1999 hatten wir 13 785 Psychotherapeuten in der Versorgung. Das ist europaweit einzigartig. Das ist ein Bestand an Versorgung, der in vielen anderen Ländern nicht einmal ansatzweise erreicht werden kann. Selbst die private Krankenversicherung in Deutschland erreicht nicht dieses Versorgungsniveau. Wenn Sie sich die aktuellen Diskussionen über den Uni-Sex-Tarif anschauen, macht sich die private Krankenversicherung gerade auf den Weg, sich auf 50 Beratungsstunden voran zu arbeiten. Wir haben eine außergewöhnlich gute psychotherapeutische Versorgung in Deutschland, worauf wir auch ein bisschen stolz sind.

Wir sind davon ausgegangen, dass diese Zahl der ursprünglich im System befindlichen Psychotherapeuten ausreicht, bis auf einen Umstand, nämlich bis auf die ländliche Versorgung, die in der Tat deutlich unterbewertet war. Das konnte nicht so weitergehen. Wir haben hier noch einmal über 1 200 neue Sitze dazu gegeben, sodass wir sozusagen ein neues Aufsatzjahr im Jahr 2012 haben, was aus Ihrer Sicht wahrscheinlich immer noch nicht ausreichen wird, aber nach unserer Auffassung schon einmal in die richtige Richtung geht.

Das, was uns große Sorgen macht, ist die Fehlverteilung. Diese Fehlverteilung ist für mich zum Teil auch begründet in dieser Stunde null, die Sie angesprochen haben, die wir auch erst zum Teil korrigieren konnten, aber nicht ganz.

Wir stellen zum Beispiel hier in Berlin fest, dass Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Wedding nach Wilmersdorf ziehen. Vier von neun war die letzte Zahl, die uns gemeldet worden ist. Wir haben bei den Psychotherapeuten Ansiedlungsmuster wie bei anderen Arztgruppen gleichermaßen. Diese Reform muss vor allem über die Raumplanung wirken, über die Möglichkeit, Funktion und Lage von Räumen besser abbilden zu können.

Nun komme ich zu meiner Frage: Sie schlagen vor, dass Mittelbereiche die Grundlage der Bedarfsplanung für die Psychotherapeuten werden sollten. Wir haben auch das eingehend geprüft, haben es aber aus verschiedenen Gründen wieder verworfen. Eine einheitliche Verhältniszahl, gekoppelt mit Mittelbereichen, würde zu einer grotesken Überversorgung in Städten sowie zu einem Handlungsbedarf und Leistungsbedarf in ländlichen Gebieten führen, der möglicherweise so gar nicht gefüllt werden könnte.

Ich möchte daher fragen: War es Ihre Intention, Überversorgungsgrade in Städten noch stärker auszubauen, indem man auf diese kleinteiligere Mittelbereichsbedarfsplanung überführt, oder haben Sie möglicherweise auch ins Kalkül gezogen, dass man für diese Mittelbereiche unterschiedliche Verhältniszahlen wird zur Anwendung bringen müssen?

Im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung – das wird nicht der letzte Schritt sein, den wir in einer Reform machen werden – wären es hilfreiche Hinweise für uns, wie man das System weiterentwickeln kann.

Vorsitzender:

Frau Konitzer oder Frau Dr. Tophoven, bitte.

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Danke, für die Frage. Bei der Frage, welchen Stichtag man wählt, ist wahrscheinlich ganz entscheidend, ob es ein Stichtag ist, der die Versorgungsdichte annähernd erfasst hat, die 1999 vorlag. Das ist der 31.08.1999 auf keinen Fall.

Die zweite Frage lautet: Kann man mit den Psychotherapeuten, die damals zugelassen waren, eine flächendeckende Versorgung sicherstellen? Am 31.08.1999 haben 13 785 Psychotherapeuten – Sie erwähnten die Zahl – die Versorgung sichergestellt. Das sind ungefähr 6 000 Psychotherapeuten weniger als heute, die die Versorgung sicherstellen. Mit der heutigen Zahl von 21 606 Psychotherapeuten – ohne die ermächtigten – haben wir bundesdurchschnittlich Wartezeiten von drei Monaten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss müsste sich meines Erachtens die Frage stellen, wie das Signal nach außen wirkt, wenn Sie bei einer psychotherapeutischen Versorgung, auf die die Patienten durchschnittlich drei Monate warten, die für die Versorgung notwendige Zahl um 6 000 geringer angeben, als die derzeit tätigen Psychotherapeuten. So weit zur ersten Frage.

Zur zweiten Fragen nach den Mittelbereichen: Unser zentraler Punkt ist die Erreichbarkeit. Denn die Patienten müssen vermehrt und häufig ihre Psychotherapeuten in Anspruch nehmen.

Das würde dazu führen, wie wir gesehen haben, dass man in dieser Systematik der retrospektiven Strukturplanung zu Verhältniszahlen käme, die so kaum darstellbar sind. Darum haben wir das erwähnt, aber nicht weiter ausgeführt. Wir denken, wir haben auch sehr deutlich

gemacht, dass wir kein Interesse daran haben, die Verhältniszahlen in den städtischen Regionen noch weiter abzusenken und damit mehr Zulassungen dort zu ermöglichen. Das kann man, wie ich glaube, aus unserem Vorschlag entnehmen, den wir gemacht haben.

Uns ist klar: Wenn man die Systematik nimmt und sagt, wir haben die jetzigen 21 600 Psychotherapeuten, plus die zusätzlichen 1 259, nur dann verbessert man, netto saldiert, die Versorgung. Das, was Sie aktuell planen, ist eine Verschlechterung der Versorgung um 6 000 Psychotherapeuten.

Wenn man eine echte Verbesserung will, ist unser Vorschlag folgender: Nach dem SGB V können die Zulassungsausschüsse künftig in überversorgten Regionen Praxissitze nicht zur Nachbesetzung ausschreiben. Wenn aber ein Zulassungsausschuss zu einem solchen Ergebnis kommt und ein Sitz nicht wieder ausgeschrieben wird, sollte im jeweiligen KV-Bereich die Möglichkeit bestehen, dass in dem Planungsgebiet, der die geringste Versorgungsdichte hat oder in dem die Landesausschüsse andere Gründe finden, dass es einer Verbesserung der Versorgung bedarf, diesen Sitz auszuschreiben, auch wenn flächendeckend alle Planungsbereiche in Deutschland psychotherapeutisch als überversorgt gelten werden.

Ich bitte, Sie das zu berücksichtigen. Deutschland wird, nachdem die 1 289 Praxissitze in ländlichen Regionen besetzt sein werden, wieder flächendeckend als überversorgt gelten – bei weiter bestehenden Wartezeiten. Die These ist: Diese Bedarfsplanung soll nach sachgerechten Kriterien erfolgen und möglichst wirklichkeitsnah sein. Unsere feste Überzeugung ist: Schon die Zahlen zeigen, dass Sie die Versorgungsrealität mit einer solchen Entscheidung verfehlen.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank, Frau Dr. Tophoven. Ich möchte an der Stelle darauf hinweisen: Unbeschadet detaillierter Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie können aufgrund der Öffnungsklausel, die die Länder haben, solche Mechanismen und Verschiebungen, wie Sie sie regelhaft implementieren wollten, dann, wenn in einem Bereich einer KV zusätzliche Versorgungsbedarfe gesehen werden – im ländlichen Bereich, wo auch immer –, durch entsprechende Veränderungen der Verhältniszahlen bewirkt werden.

Die Frage ist: Überlässt man das den strukturellen Gegebenheiten in den einzelnen Ländern und den Landesausschüssen oder implementiert man so eine Regelmechanik, die letztlich dazu

führen würde, dass regelhaft kein Abbau, sondern immer nur eine Verlagerung stattfände, in der Richtlinie? Es gibt angesichts der Versorgungsrealitäten in der Bundesrepublik Deutschland mit Sicherheit unterschiedliche Situationen, die durch diese Länderöffnungsklausel, wie ich glaube, sehr gut abgedeckt werden können. – Der Vertreter der KBV und danach die Vertreterin von der Patientenversorgung erhalten das Wort. Bitteschön.

KBV:

Ich habe eine ganz kurze Anmerkung: Die Anzahl der als überversorgt ausgewiesenen Sitze geht leicht zurück, nicht in dem Maße, wie es sich die BPtK (?) gewünscht hätte, aber sie geht leicht zurück. Insofern denke ich, dass wir auch dem Anliegen ein Stück weit entgegengekommen sind.

Vorsitzender:

Jetzt kommen wir zur Frage der Patientenvertretung.

Patientenvertretung:

Ich habe eine erste Frage zu dem ländlichen Raum. Sie haben das vorhin schon gestreift. In Ihrer Stellungnahme haben Sie ausgeführt, dass Sie Schwierigkeiten damit hätten, die Verhältniszahlen für diesen Typ 5, ländlicher Raum, zu ermitteln. Sind Ihnen inzwischen erhellende Erkenntnisse gekommen? Können Sie uns kurz erläutern, warum Sie Probleme haben, das nachzuvollziehen?

Das hängt auch mit Anlage 5, § 10 Ermittlung der allgemeinen Verhältniszahlen für die fünf Typen zusammen. Es wäre nett, wenn Sie Ihre Probleme in dem Bereich noch einmal erläutern könnten.

Die zweite Frage, die ich habe, ist folgende: Sie haben gesagt, Sie hätten es gern, dass die Anzahl der Psychotherapeuten auf der Mittelbereichsebene geplant werden soll. Wenn das nicht konsensfähig sein oder werden sollte, wären die Psychotherapeuten diesem Kreismodell zuzuordnen, bei dem wir derzeit von den fünf Kreistypen plus Ruhrgebiet als Sonderregion ausgehen.

Mich interessiert zu wissen: Wenn diese fünf Kreistypen so dargestellt und ausgelegt sind, dass sie alle Pendlerströme berücksichtigen und so eine gute Versorgungsqualität darstellen sollen, warum brauchen wir nach Ihrer Auffassung

eine Sonderregelung, eine lex specialis, für das Ruhrgebiet? Danke schön.

Vorsitzender:

Wer möchte antworten? Frau Dr. Tophoven oder Frau Konitzer?

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Ich kann etwas zu der Frage nach der allgemeinen Verhältniszahl für den Typ 5 sagen: Wir hatten darum gebeten, uns die Daten zur Verfügung zu stellen, weil wir im Einzelnen gern nachvollzogen hätten, was das für die Berufsgruppe bedeutet. Wir haben mit dem, was wir erreichen konnten, versucht, die Zahlen jeweils nachzuvollziehen. Erst einmal stellte sich für uns rein logisch die Frage: Wenn man den einwohnergewichteten Durchschnitt über alle fünf Versorgungstypen bildet, landet man bei 5 953 als Durchschnitt. Jetzt müsste der Durchschnitt über die vier besser versorgten Typen logischerweise darunter liegen. In der Bedarfsplanungs-Richtlinie wird aber als AVZ für den Typ 5 6 021 ausgewiesen.

Wir haben uns, so gut es ging, die Daten besorgt und haben nachgerechnet. Wir kamen zu einer AVZ von 5 166. Wir konnten es nicht so nachvollziehen. Wir haben es als Frage formuliert, sind uns aber ziemlich sicher, dass schon rein logisch die jetzt im Beschlussentwurf befindliche Zahl so nicht stimmen kann. Mit voller Gewissheit können wir das leider nicht sagen. Das kann wahrscheinlich nur die KBV.

Zum Ruhrgebiet würde Frau Konitzer jetzt gern etwas sagen.

Frau Konitzer (Bundespsychotherapeutenkammer):

Aus unserer Sicht gibt es keinen Grund, weiterhin eine Sonderregion Ruhrgebiet festzustellen. Es gibt keinen sachlichen Grund, weshalb in den Städten des Ruhrgebiets eine andere Relation bedarfsgerecht sein sollte, als in anderen Großstädten.

Auch die Epidemiologie gibt dazu keinerlei Grundlage her. Die Prävalenzen sind bei psychischen Erkrankungen im Ruhrgebiet nicht niedriger, als in strukturell vergleichbaren Regionen. Wir gehen davon aus, die einzige Erklärung, die wir haben, ist, dass Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen die Sonderregion beibehalten wollen, weil sie historisch gewachsen ist,

und dass Sie als Gemeinsamer Bundesausschuss dem folgen möchten.

Aus unserer Sicht ist das nicht sinnvoll. Wir gehen davon aus, dass alle Verhältniszahlen der bedarfsgerechten Versorgung dienen müssen. Es gibt keinen Grund, der den Unterschied aufgrund der bedarfsgerechten Versorgung rechtfertigt. Im Ruhrgebiet spüren wir die Folgen dieser Sonderregion bei der Versorgung psychisch kranker Menschen besonders. Es gibt dort extrem lange Wartezeiten. Das würde mit der bis jetzt vorgesehenen Regelung fortgeschrieben.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank, Frau Konitzer. Wir wollen das Ruhrgebiet als Sonderregion nicht deshalb beibehalten, weil sie historisch gewachsen ist, sondern weil wir nach derzeitigem Stand der Erkenntnisse davon ausgehen, dass die besonderen Verflechtungen, die in diesem Raum herrschen, die sich dadurch auszeichnen, dass es hier fließende Übergänge zwischen den einzelnen Regionen und ein sehr großes Angebot an stationärer Versorgung gibt, nach wie vor bestehen.

Wir werden aber selbstverständlich auf der Zeitschiene das Ruhrgebiet und den Sonderstatus als Planungsregion kritisch hinterfragen und kritisch überprüfen. Darauf werden wir sicherlich noch einige Energie verwenden. – Jetzt möchte ein Vertreter der GKV eine Frage stellen. Bitte schön.

GKV:

Frau Konitzer, wenn ich Sie richtig verstehe – sowohl die schriftliche Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer als auch Ihre mündliche Ausführung –, sagen Sie, dass Sie den Abbau von 6 000 Sitzen im Bereich der Psychotherapie befürchten. Haben Sie Anlass anzunehmen, dass diese Kann-Bestimmung in dieser Weise umgesetzt wird? Wir haben eine Reihe von anderen Kann-Bestimmungen, zum Beispiel im Bereich des Sonderbedarfs, der auch in eine ganz andere Richtung gehen könnte. Warum nehmen Sie an, dass gerade diese 6 000 Sitze wirklich abgebaut würden?

Vorsitzender:

Frau Dr. Tophoven, bitte.

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Weil wir die Bedarfsplanungs-Richtlinie ernst nehmen. Wenn künftig Planungsbereiche als über- oder unterversorgt bezeichnet und die Feststellungen getroffen werden, wird man davon ausgehen, dass das auch das meint, was gesagt wird, nämlich dass ein Planungsbereich überversorgt ist, wenn dort mehr Psychotherapeuten niedergelassen sind, als die Soll-Vorgabe ist.

Wir halten es für ausgesprochen problematisch, wenn eine untergesetzliche Norm, von der man sich wünschen würde, dass sie von allen ernst genommen wird, so ausgestaltet wird, dass für alle Patienten in den Planungsbereichen deutlich werden wird, dass hier nichts überversorgt ist, sondern dass man angesichts der Wartezeiten nicht von Überversorgung sprechen kann.

Wir befürchten, das wird ein Auseinanderfallen sein von den Soll-Vorgaben, die die Bedarfsplanungs-Richtlinie aufstellt, und von dem Versorgungsgeschehen, das die Patienten und auch die Psychotherapeuten tagtäglich erleben werden. Wenn man das, was Sie hier mit viel Mühe erarbeitet haben, ernst nimmt, gehen wir davon aus: Sie meinen Unterversorgung, wenn Sie Unterversorgung sagen, und Überversorgung, wenn Sie Überversorgung sagen. Das wird sich so in der Wirklichkeit nicht abbilden.

Vorsitzender:

Der Vertreter von der KBV, bitte.

KBV:

Auch wir nehmen die Stellungnahme, die die Bundespsychotherapeutenkammer abgegeben hat, und die Hinweise, die darin enthalten sind, im Hinblick auf die Überversorgungsgrade sehr ernst, die besonders in Städten zum Teil doch sehr exorbitant sind und offensichtlich nichts mit der Morbidität der Bevölkerung zu tun haben, sondern eher mit dem Standort von Ausbildungsstätten, von Universitäten, von großstädtischen Gebieten.

Im Hinblick darauf, was man als Kammer beitragen kann, dass sich dieses Ansiedlungsmuster mehr an der Morbidität und nicht an der Attraktivität eines Standortes ausrichtet, möchte ich wissen: Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Bedarfsplanungs-Richtlinie und die Aktivitäten einer Kammer besser aufeinander auszurichten, damit Ansiedlungsmuster nicht entlang der Attraktivität des Standortes stattfinden, sondern anhand der Morbidität? Gibt es in der Bundespsychotherapeutenkammer dazu Überlegungen?

Vorsitzender:

Wer von Ihnen möchte antworten? Frau Dr. Tophoven.

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Ja, ich denke, wir haben das in der Vergangenheit schon bewiesen. Sie erinnern sich vielleicht an die Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Die Psychotherapeuten sind klaglos in die ländlichen Regionen gegangen und haben sich dort niedergelassen.

Psychotherapeuten sind offensichtlich bereit, auf das Land zu gehen. Das können Sie auch daran sehen, dass flächendeckend, jedenfalls nach der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie, Deutschland überversorgt ist. Also: Psychotherapeuten sind bereit, dorthin zu gehen, wo Versorgung notwendig.

Zur Frage der Städte muss man festhalten, dass Sie mit der jetzigen Bedarfsplanung eine normative Festsetzung treffen und die vorgegebene Versorgungsdichte um 20 % reduzieren. Also wird es in Zukunft so sein, dass die Ballungsgebiete von jetzt auf gleich bedeutend höhere Überversorgungsgrade haben, als vor der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Unser Eindruck ist, dass das eine eher normative Festsetzung ist, die sich ergibt, wenn Sie mit Ihrem Modell die jetzigen Kreistypen 1 und 5 zusammenlegen und weiter entwickeln. In der Konsequenz führt sie aber dazu, dass Sie die Ballungsgebiete als noch übersorgte ausweisen. Dass die Kammer bereit ist, über eine gleichmäßigere flächendeckende Versorgung nachzudenken, haben wir, wie ich denke, mit unserem Vorschlag bewiesen, wonach es eine Umsteuerung von Praxissitzen zwischen sehr überversorgten Planungsgebieten, in denen Sitze nicht wieder ausgeschrieben werden, und anderen Planungsbereichen geben kann.

Wir finden, mit diesem Vorschlag ist die Profession sehr weit gegangen. Damit hat die Kammer unserer Ansicht nach bewiesen, dass wir ein Interesse daran haben, zu einer ausgewogenen Versorgungsdichte auf dem Land und in den Ballungsgebieten zu kommen.

Vorsitzender:

Jetzt rufe ich den Ländervertreter auf.

Ländervertretung:

Ich darf meinen Vorredner von der KBV nur daran erinnern, dass der Sicherstellungsauftrag in Deutschland bei der KBV und den KVn liegt und nicht bei den Kammern. Danke schön.

Vorsitzender:

Das hat der Vertreter der KBV aus meiner Sicht durch seine Frage nicht infrage gestellt, sondern er hat nur gefragt, wie die Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages unter Berücksichtigung der legitimen Interessen einer Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts optimiert werden kann. Vor dem Hintergrund sehe ich keinen Widerspruch. Wenn der Vertreter der KBV etwas dazu sagen möchte, wenn Sie es für unentbehrlich halten, würde ich es als „Aperçu-chen“ in das Protokoll aufnehmen.

KBV:

In der Tat sind beides Körperschaften. Der eine kümmert sich um Aus- und Weiterbildung. Das ist eine ganz wesentliche Voraussetzung dafür, dass man später mit den Aus- und Weitergebildeten in den Fachgruppen eine Versorgung sicherstellen kann. Das muss wie ein Uhrwerk ineinandergreifen. Das kann nicht getrennt voneinander laufen. Insofern halte ich es für überaus wichtig, dass hier eine enge Abstimmung der Beteiligten stattfindet.

Ich habe eine letzte Frage zur Ausbildungssituation. Wir haben ähnliche Entwicklungen in der Ärzteschaft über alle Arztgruppen hinweg 1993 kennengelernt. Zum damaligen Zeitpunkt war ein großer Ausbildungsüberhang vorhanden. Die ausgebildeten Ärzte sind in die Versorgung gedrängt. Auch heute noch haben wir die Situation – die Bedarfsplanungsreform versucht, dies zu adressieren –, dass man im spezialisierten Bereich immer noch Zuwächse hat, die eigentlich gar nicht systemverträglich abgebildet werden können, in der wohnortnahen, in der sprechenden Medizin aber eher Nachwuchssorgen bestehen.

Können Sie etwas zur Ausbildungssituation im Bereich der Psychotherapie sagen? Wie viele Kolleginnen und Kollegen werden jährlich ausgebildet und rechnen damit, eine Beschäftigung im System zu finden?

Vorsitzender:

Wer von Ihnen möchte antworten. Frau Konitzer oder Frau Dr. Tophoven? – Frau Konitzer, bitte.

Frau Konitzer (Bundespsychotherapeutenkammer):

Wir haben zurzeit eine Ausbildungssituation, in der wir die ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen relativ gut ersetzen können. Dem Vertreter der KBV kann ich nur zustimmen. Es geht bei der Ausbildung darum, die Kolleginnen und Kollegen zu ersetzen, die im System sind. Das betrifft nicht nur die niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern auch die Psychotherapeuten in der stationären Versorgung. Insofern sind wir ganz froh, dass wir im Moment nicht in einer Situation sind, in der wir sagen müssen: Es wird in 20 Jahren ein erheblicher Mangel auftreten.

Ich würde zu dem, was Sie vorher gesagt haben, gern noch anfügen, dass es übrigens auch eine ganze Reihe von Ausbildungsstätten gibt, die sich auf dem Land befinden. Bad Salzungen würde ich jetzt nicht als Ballungsgebiet bezeichnen, Sinzig auch nicht unbedingt, Bad Berleburg ebenfalls nicht. Überall dort in Nordrhein-Westfalen sind zum Beispiel Ausbildungsstätten. Das halte ich für sehr gut. Dort wird auf dem Land ausgebildet. Daher bestehen gute Voraussetzungen, dass wir das auch in Zukunft bereitstellen können.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank. – Ich habe eine Frage. Danach gibt es noch zwei Wortmeldungen. Haben Sie einen Überblick darüber, wie viele volle oder halbe Sitze, die derzeit von Psychotherapeuten besetzt sind, unterhalb des möglichen Zeit- und Behandlungsvolumens ausgeübt oder wahrgenommen werden? Die Frage, ob es zu massiven Veränderungen in der Versorgung in städtischen Gebieten dadurch kommt, dass möglicherweise Sitze wegfallen, hängt entscheidend damit zusammen, ob all diejenigen, die heute zu 100 % oder zu 50 % in der Versorgung sind, tatsächlich zu 100 % oder zu 50 % ihren Sitz wahrnehmen.

Ich beziehe mich hier nicht auf valide Daten, die in irgendeiner Form evidenzbasiert sind, höre aber an vielen Stellen, dass es offensichtlich gerade in städtischen Bereichen eine Reihe von Praxen gibt, die nur stundenweise der Patientenbehandlung zur Verfügung stehen. Das könnte natürlich auch erklären, wieso trotz einer Vielzahl von Sitzen – ich nehme jetzt einmal Berlin – relative lange Wartezeiten bestehen. Das ist etwas, was man auf der einen Seite als Status quo hinnehmen und zu dem man sagen kann: Das ist so. Auf der anderen Seite könnte man das auch dadurch abbilden, dass man am Ende darstellt und sauber herunterrechnet, ob ein zu 100 % vergebener Sitz tatsächlich 100 % Leistung er-

bringt und ein zu 50 % vergebener Sitz 50 % der Leistung erbringt.

Gibt es dazu irgendwelches empirisches Material? Aus dem Bekanntenkreis haben mir viele gesagt, die psychotherapeutische Behandlung nachgesucht haben: Ich habe jetzt Gott sei Dank jemanden gefunden, aber er arbeitet nur zehn oder 15 Stunden die Woche und hat möglicherweise einen halben oder einen ganzen Sitz.

Das könnte auch die Unwuchten, die wir heute haben, erklären. Dann kann man die Verhältniszahlen ins Beliebige maximieren, ohne dass sich an der Versorgungsrealität etwas verändern würde. Meine Frage lautet: Gibt es bei Ihnen irgendwelches belastbares Material? – Mir liegen zwei Wortmeldungen vor, zum einen von der Patientenvertretung, zum anderen von der GKV.

Patientenvertretung:

Ich habe noch einmal eine Frage zum Demografiefaktor. Sie haben sehr ausführlich zur Versorgung älterer Menschen Stellung genommen. Wir haben uns Folgendes gefragt: Einer der Mängel, die wir am alten Demografiefaktor gesehen haben, war, dass er problematische Auswirkungen im Hinblick auf die Zulassung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hatte. Dazu möchte ich gern von Ihnen wissen, wie Sie in dieser Hinsicht den Entwurf der Neufassung des Demografiefaktors beurteilen.

GKV:

In Anlehnung an die Frage des Vertreters der KBV habe ich erstens auch die Frage, ob Informationen über den Auslastungsgrad der psychotherapeutischen Praxen bei der Bundespsychotherapeutenkammer vorliegen, insbesondere, ob Sie die Annahmen der KBV bestätigen können, wonach der Auslastungsgrad unter 50 % liegt.

Zweitens möchte ich wissen: Ihnen ist vielleicht die Untersuchung von Wasem, Walendzik und anderen bekannt. Demnach geht ein Drittel aller Psychotherapeuten im Erwachsenenbereich anderen Tätigkeiten nach, zum Beispiel Tätigkeiten als Gutachter beim TÜV, als Supervisor, als Gutachter im Gutachterverfahren für die Psychotherapie. Sehen Sie da einen Zusammenhang mit den Wartezeiten?

Vorsitzender:

Wer möchte antworten? Frau Dr. Tophoven, bitte.

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Vielen Dank für die Frage nach dem Versorgungsbeitrag der Psychotherapeuten. Darauf können wir nur mit den Zahlen der KBV antworten, weil die KBV die Daten hat. Wir sind sehr dankbar, dass die KBV ein bisschen Licht in die zahlreichen Mythen gebracht hat, die kursieren. Die KBV hat sich das arztgruppenspezifisch angesehen und die Frage gestellt: Wie viel Prozent der jeweiligen Arztgruppe arbeiten pro Quartal weniger als 60 Stunden?

Das Ergebnis war, dass der Anteil der Psychotherapeuten 3,1 % beträgt. Das ist immer noch viel zu viel, finden wir. Wer einen Versorgungsauftrag übernimmt – einen ganzen oder einen halben –, sollte ihn auch erfüllen.

Was uns allerdings ein bisschen getröstet hat, weil es diesen mangelnden Versorgungsbeitrag der Psychotherapeuten ein wenig relativiert, aber nicht rechtfertigt, sind die Zahlen der anderen Fachgruppen. Zum Beispiel 9,8 % der Augenärzte, 10,4 % der Radiologen, 12,7 % der Anästhesisten arbeiten weniger als 60 Stunden pro Quartal. Das rechtfertigt nicht den Anteil von 3,1 % der Psychotherapeuten, relativiert aber in der Wahrnehmung und hat uns insofern geholfen, dass wir immer mit solchen Einzelfällen konfrontiert werden. Wir sind der festen Überzeugung, dass die KVn konsequent vorgehen sollten und die im Bundesmantelvertrag vorgegebenen Stundenkontingente für einen halben oder einen ganzen Versorgungsauftrag konsequent von den Niedergelassenen fordern sollten.

Das beantwortet auch fast die Frage nach den weiteren Tätigkeiten. Weitere Tätigkeiten der niedergelassenen Psychotherapeuten sind immer dann nicht problematisch, wenn sie ihre Versorgungsaufträge erfüllen. Soweit sie das tun, kann eigentlich keiner etwas dagegen haben. Dass sie das offensichtlich in einem erheblichen Umfang tun, hat auch diese Umfrage von Wasem, Walendzik gezeigt und zeigen letztlich auch die KBV-Daten.

Danke für die Frage nach den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Konstruktion des Demografiefaktors ist jetzt insofern besser, als die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ausgenommen sind. Wir möchten aber noch einmal betonen, dass es im Falschen nichts Richtiges geben kann: Wo kein Anpassungsbedarf besteht, ist jede Anpassung falsch. Psychische Erkrankungen treten in jedem Alter gleich häufig auf. Hier gibt es keinen Anpassungsbe-

darf. Wie immer man diesen Faktor modifiziert, er führt auf jeden Fall zu einem falschen Ergebnis.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank, Frau Dr. Tophoven. Jetzt hat sich ein Vertreter der KBV noch einmal zu Wort gemeldet.

KBV:

Ich möchte nur kurz auf die Daten eingehen, die wir zur Verfügung gestellt haben. Über alle Fachgruppen hinweg ist bei so einer Betrachtung deutlich geworden, dass der Teufel im Detail liegt: Ist eine Fachgruppe ambulant operierend unterwegs? Macht sie konservative Behandlungen manchmal gleichzeitig? Insofern sind diese Zahlengrundlagen ein erster Anlass, darüber nachzudenken: Kommt jeder Arzt, jede Ärztin, jeder Psychotherapeut und jede Psychotherapeutin im System der Verpflichtung nach, wirklich Leistung zu erbringen? Das ist ein Themengebiet, mit dem wir uns auch künftig intensiver werden beschäftigen müssen, nicht nur im Bereich der Psychotherapie, sondern auch in anderen Bereichen. Aber gerade vor dem Hintergrund der Debatte über die Wartezeiten in der Psychotherapie wiegt das um so schwerer, und es wird zu prüfen sein: Sind alle am Netz so beteiligt und bringen sich so ein, wie es der Auftrag mit sich bringt?

Insofern möchte ich hier korrigierend darstellen: Wir stehen am Anfang einer Debatte. Diese Zahlen werden wir noch weiter ausarbeiten und ausdifferenzieren. Nach all den Jahren des ständig wachsenden Leistungsbedarfs und Leistungspotenzials und auch der ständig wachsenden Anzahl von Ärzten und Psychotherapeuten sind wir erstmals an einem Punkt angelangt, an dem wir konkreter und kritischer nachfragen müssen: Wie sieht die Beteiligung im System selbst aus?

Vorsitzender:

Ich danke dem Vertreter der KBV. Gibt es weitere Fragen und Wortmeldungen? Ja, von der GKV. Bitteschön.

GKV:

Ich habe die Stellungnahme gelesen und mich an einer Stelle gefragt, wie Sie es meinen? Wenn ich mir die Zahlen ansehe, die wir für die psychotherapeutische Versorgung in Berlin vorfinden, haben wir dort gewichtet 2 081 Psychotherapeuten. Wir finden gewichtet 2 311 Hausärzte.

Sie schlagen vor, die Psychotherapeuten kleinräumiger zu planen. Sie rücken sie in der Gewichtung sehr in die Nähe der hausärztlichen Versorgung. Insofern stellt sich mir die Frage: Ist das tatsächlich Ihre Auffassung von der psychotherapeutischen Versorgung, dass der Versorgungsanteil dem der Primärversorgung, der Grundversorgung, sehr ähnlich sein soll?

Vorsitzender:

Frau Dr. Tophoven, bitte.

Frau Dr. Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer):

Wir denken in erster Linie, dass die Versorgung den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen entsprechend sein sollte. Welche Verhältniszahl die richtige wäre, lässt sich, wie wir alle wissen, im Rahmen der Bedarfsplanung so schwer erfassen. Wir müssen diesen Weg einer retrospektiven Strukturplanung gehen. Das heißt: Man nimmt die realisierten Niederlassungen und versucht, von da auf den Bedarf zu schließen.

Ein anderes Verfahren wäre uns auf jeden Fall lieber. Unserer Ansicht nach wäre auch eine sektorübergreifende Sicht der richtige Ansatz. Hier im Saal wissen alle, dass die Zeit dafür noch nicht reif ist. Insofern wäre das die Antwort auf die erste Frage.

Zu Ihrer zweiten Frage, dem Vergleich mit den Hausärzten, ist anzumerken: Es geht nicht darum, verschiedene Arztgruppen miteinander zu vergleichen, sondern zu betrachten, wie groß der Versorgungsbedarf ist.

Mit Blick auf die Zahl ist zu sehen, dass eine Psychotherapie 50 Minuten dauert, und ein Psychotherapeut innerhalb einer Stunde einen Patienten sieht. Ich weiß nicht, wie viele Patienten ein Hausarzt innerhalb einer Stunde sieht, auch sehen muss. Auf jeden Fall wird die Zahl bei weitem höher liegen. Insofern ist es immer proble-

matisch, diese reinen Zahlen miteinander in Verbindung zu bringen.

Es wurde nach der Kleinräumigkeit gefragt. Ja, wir sind der Auffassung, dass man eine bestimmte Erreichbarkeit sicherstellen muss, weil in der Regel einmal die Woche ein Termin beim Psychotherapeuten stattfindet. Wenn Sie an Kinder oder ältere Menschen denken, ist es wahrscheinlich wichtig, auch da zu überlegen, dass die Erreichbarkeit in angemessener Zeit gesichert wird.

Vorsitzender:

Herzlichen Dank. – Gibt es weitere Wortmeldungen, Ergänzungswünsche? Das ist erkennbar nicht der Fall.

Frau Konitzer, Frau Dr. Tophoven, ich bedanke mich ganz herzlich dafür, dass Sie heute die Gelegenheit wahrgenommen haben, hier auch mündlich zu wesentlichen Punkten Ihrer Stellungnahme vorzutragen.

Ich weise darauf hin, dass wir das Wortprotokoll der heutigen Anhörung zum Gegenstand und zum Bestandteil der Normsetzungsdokumentation machen, damit auch für spätere Verfahrensschritte gesichert bleibt, was hier ganz konkret vorgetragen worden ist.

Wenn es keine Fragen und Anmerkungen mehr gibt, schließe ich die Anhörung. Ich bedanke mich. Ich hätte fast gesagt, ich freue mich auf ein Wiedersehen. Das wird man nicht allzu häufig machen. – Wir können hiermit die Anhörung schließen und würden, nachdem Sie den Raum verlassen haben, mit der normalen Tagesordnung fortfahren. Ganz herzlichen Dank.

(allgemeiner Beifall)

(Schluss der Anhörung: 12:30 Uhr)