

**Tragende Gründe zum Beschluss
des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung
der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Quotenregelung psychotherapeutische Versorgung von Kindern
und Jugendlichen gemäß § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V**

Vom 18.06.2009

Inhaltsverzeichnis

1.	Rechtsgrundlagen	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Verfahrensablauf	4
4.	Würdigung der Stellungnahmen	4
5.	Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens	13

1. Rechtsgrundlagen

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V neu gefasst. Hiernach soll durch entsprechende Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sichergestellt werden, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 % der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 % der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, vorbehalten ist.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Zu I.

§ 5 wird um einen neuen Absatz 6a ergänzt. In diesem wird das gesetzliche Tatbestandsmerkmal der ausschließlich psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen konkretisiert. Während Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten a priori vorwiegend bzw. ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, wird bei anderen psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringern eine ausschließliche Versorgung dieser Patientengruppe dann angenommen, wenn der Anteil der Leistungserbringung an Kindern und Jugendlichen über 90 % gemessen an der Gesamtleistung beträgt. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut werden mit dem Faktor 0,5 bei der Berechnung der Versorgung berücksichtigt.

Unter Verweis auf Kapitel 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) und einer Altersangabe wird festgelegt, welche Leistungen als psychotherapeutische Leistungen gelten, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden. Hierunter fallen alle Leistungen im Sinne der geltenden Psychotherapie-Richtlinien.

Zu II. und III.

Die Neufassung der Nummern 2 und 3 in § 22 Abs. 1 übernimmt die neuen gesetzlichen Quoten des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den Richtlinien text.

Zu IV.

Die Übergangsregelungen in § 47 zu § 22 Abs. 1 Nr. 3 bestimmen das Verfahren, nach dem der zuständige Landesausschuss die Anzahl der Leistungserbringer, welche ausschließlich Kinder und Jugendliche versorgen, ermittelt. Diese Feststellung erfolgt jeweils für den Gesamtanteil im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung. Die Entscheidung über die Versorgungsverhältnisse trifft der zuständige Landesausschuss erstmalig unmittelbar nach dem Inkrafttreten der Richtlinienänderung. Hierdurch wird eine zügige Stuserhebung zur Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrages nach § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V gewährleistet.

Um in den einzelnen Planungsbereichen des jeweiligen Bezirks eine möglichst gleichmäßige Anhebung der Versorgung zu erreichen, bleiben – für eine zweijährige Übergangszeit – Planungsbereiche mit einem bereits bestehenden Versorgungsanteil von 10 % oder mehr für eine Anhebung des Versorgungsanteils auf 20 % solange außer Betracht, bis auch die übrigen Planungsbereiche einen Versorgungsanteil von mindestens 10 % aufweisen.

Zulassungsanträge von Leistungserbringern, welche ihren Sitz während der Übergangszeit in einen anderen Planungsbereich verlegen, werden sechs Monate nach der Feststellung der Versorgungsverhältnisse durch den zuständigen Zulassungsausschuss beschieden. Zum einen wird hierdurch eine verlässliche Ermittlung des Versorgungsstandes nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung ermöglicht. Zum anderen werden mögliche Fehlallokationen vermieden, welche den Grundsätzen einer bedarfsgerechten Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Psychotherapie entgegenstehen würden. Bestehende Zulassungen gem. § 24 für die Erbringung von psychotherapeutischen Leistungen an Kindern und Jugendlichen können unbeschadet der Regelung des § 23 Abs. 3 auf Antrag der Zulassungsinhaber in eine Regelzulassung umgewandelt werden (*wenn in*

dem jeweiligen Planungsbereich die Voraussetzungen für die Erteilung einer Regelzulassung nach dieser Richtlinie vorliegen).

Zu V.

Die Anlagen werden entsprechend der Richtlinienänderungen angepasst.

3. Verfahrensablauf

Die durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) neugefasste Regelung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V ist am 01. Januar 2009 in Kraft getreten. Die Mitglieder des Unterausschusses Bedarfsplanung haben am 21. Oktober 2008, 19. Januar 2009 und 03. Juni 2009 die Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags beraten. Entsprechend eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 19. Februar 2009 wurde die Einleitung eines Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5 SGB V durch die Sprecher der Bänke konsentiert.

4. Würdigung der Stellungnahmen

Mit Schreiben vom 11. März 2009 wurde der Bundesärztekammer (BÄK) und der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) gemäß § 91 Abs. 5 SGB V Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und hierzu ein Beschlussentwurf (Stand 11. März 2009) übersandt.

a) Stellungnahme der BPtK

Mit Schreiben vom 03. April 2009 hat die BPtK dem Gemeinsamen Bundesausschuss ihre Stellungnahme zugeleitet. Zu den geplanten Änderungen führte die BPtK folgendes aus:

aa) Definition der Leistungserbringer, § 5 Abs. 6a

Nach Ansicht der BPTK fehlt ein sachlicher Grund, neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Leistungserbringern, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil 90 % erreichen, zusätzlich die Psychologischen Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche zu zählen. Das Gleiche gelte für die Einbeziehung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut zu den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Es fehle ein sachlicher Grund, diese beiden Gruppen anders zu behandeln als die Gruppe der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Während es bei den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten darauf ankommen sollte, ob sie mindestens zu 90 % Kinder und Jugendliche behandeln, würde ein Psychologischer Psychotherapeut mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche oder ein Psychologischer Psychotherapeut, der zugleich als Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut zugelassen sei, auch dann als Leistungserbringer gezählt, wenn Kinder und Jugendliche gar nicht zu seinen Patienten zählten. Daher läge es nahe, auf die tatsächliche Tätigkeit abzustellen.

Dieser Argumentation ist der Gemeinsame Bundesausschuss dem Grunde nach gefolgt. Ziel der Richtlinienänderung ist es, die tatsächliche Lage der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychotherapeutischen Leistungen abzubilden. Daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss als Ergebnis des Stellungnahmeverfahrens die Definition der Leistungserbringer in § 5 Abs. 6a dahingehend geändert, dass als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten gelten sowie diejenigen Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten.

Die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten mit einer weiteren Zulassung als Psychologischer Psychotherapeut werden unbeschadet dessen mit dem Faktor 0,5 bei der Berechnung gezählt. Durch diese Regelung wird gewährleistet, dass die Versorgungslage unter Berücksichtigung von Leistungserbringern mit einer Doppelapprobation und einer darauf basierenden Doppelzulassung wirklickeitsnah abgebildet wird. Die Berücksichtigung mit dem Faktor 0,5 in derartigen Fällen entspricht der vergleichbaren Regelung für Vertragsärzte mit einer Zulassung für zwei Fachgebiete und der Gesamtsystematik der Bedarfsplanung (z.B. Teilzulassungen). Der weitergehende Vorschlag der BPtK konnte daher nicht berücksichtigt werden.

bb) Übergangsregelung gem. § 47 Abs. 2

Die BPtK hat in ihrer Stellungnahme zu bedenken gegeben, dass die Regelung des § 47 Abs. 2, nach der der zuständige Landesausschuss erst sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung über die Versorgungsverhältnisse entscheiden darf, zu einer deutlichen Zeitverzögerung hinsichtlich des Ausbaus der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche führen würde. Dies sei angesichts der Tatsache, dass die Regelung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V bereits zum 01. Januar 2009 in Kraft getreten sei, nicht mit dem gesetzgeberischen Willen einer zeitnahen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche in Einklang zu bringen. Daher sollten die Landesausschüsse die Entscheidung über die Versorgungsverhältnisse unverzüglich nach Inkrafttreten des Beschlusses zu treffen haben.

Diesen Vorschlag hat der Gemeinsame Bundesausschuss zugunsten einer zeitnahen Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben umgesetzt.

cc) Verfahren gem. § 47 Abs. 2 Satz 4 und Übergangsregelung gem. § 47 Abs. 3

Nach Ansicht der BPtK ist die in § 47 Abs. 2 Satz 4 vorgesehene Regelung, dass Planungsbereiche innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung, in welchem bereits ein Versorgungsantrag von 10 % ausgeschöpft ist, solange für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 % außer Betracht bleiben, bis in

den übrigen Planungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens 10 % erreicht wird, sowohl in rechtlicher als auch versorgungspolitischer Hinsicht problematisch. Die vorgesehene Regelung würde dazu führen, dass in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, in dem der Versorgungsgrad in einer Vielzahl der Planungsbereiche zwischen 10 und 20 % liege, entgegen der gesetzlichen Bestimmung keine Verbesserung eintreten könne, solange der Versorgungsgrad in nur einem einzigen Planungsbereich unter 10 % liege.

Gegen die Übergangsregelung in § 47 Abs. 3 äußert die BPtK Bedenken dahingehend, dass nach dieser Vorschrift Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) zugelassen sind, erst weitere sechs Monate nach der Feststellung des Landesausschusses beschieden werden dürften. Damit werde erreicht, dass über solche Zulassungsanträge erst entschieden wird, nachdem über andere Zulassungsanträge bereits entschieden wurde. Damit würden Antragsteller benachteiligt, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) über eine Zulassung verfügen. Dies begegnet seitens der BPtK verfassungsrechtlichen Bedenken und würde nach Ansicht der BPtK gegen Artikel 12 Abs. 1 und Artikel 3 Abs. 1 GG verstoßen. Die Ungleichbehandlung von Antragstellern einerseits, die bereits über eine Zulassung verfügen, und Antragstellern andererseits, die bisher nicht zugelassen sind/waren, ließe sich nicht hinreichend rechtfertigen. Auch sei die Regelung zur Vermeidung möglicher Fehlallokationen ungeeignet. Denn das Differenzierungskriterium „Zulassung in einem anderen Planungsbereich“ sage nichts darüber aus, ob der Wechsel in den fraglichen Planungsbereich unter Versorgungsgesichtspunkten positiv oder negativ zu bewerten sei. Die Regelung verhindere ebenso, dass ein Psychotherapeut von einem (statistisch) besser versorgten Planungsbereich in einen schlechter versorgten Planungsbereich wechselt. Letzteres wäre jedoch unter Versorgungsgesichtspunkten positiv zu bewerten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich mit den vorgetragenen Bedenken zu beiden Punkten intensiv auseinandergesetzt.

Die im Entwurf beinhalteten Regelungen, nach der

1. Planungsbereiche innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung, in welchen bereits ein Versorgungsantrag von 10 % ausgeschöpft ist, solange für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 % außer Betracht bleiben, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens 10 % erreicht wird

sowie

2. Anträge von Leistungserbringern, die bereits über eine Zulassung in einem anderen Planungsbereich verfügen, erst sechs Monate nach Feststellung der Versorgungsverhältnisse beschieden werden können,

sind im Interesse einer gleichmäßigen, flächendeckenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychotherapeutischen Leistungen und zur Verhinderung einer durch Fehlallokationen sprunghaften Veränderung in der Versorgungsstruktur notwendig und auch angemessen.

Insbesondere ist die vorliegende Regelung des Beschlussesentwurfs zur sechsmo-
natigen Frist zur Neuzulassung geeignet und notwendig, um Fehlallokationen zu vermeiden. Sie ist dazu verfassungsrechtlich hinreichend legitimiert.

Inhaltlich kann die Bedarfsplanung ihren Zweck als Instrument zur nachhaltigen, bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten - und letztendlich zur Sicherung des überragenden Gemeinwohlbelangs der dauerhaften Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe BVerfGE vom 20.03.2001, Az.: 1 BvR 491/96) - nur erfüllen, wenn abrupte Veränderungen in der Versorgungslandschaft vermieden werden.

Vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007, Az.: B 6 KA 45/06 R

Die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen, wie sie der Gesetzgeber mit der Neufassung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V intendiert hat, darf nicht dazu führen, dass in einem kurzen Zeitraum zulassungswillige Leistungserbringer ohne Rücksicht auf die in den jeweiligen Planungsbereichen bestehende Versorgungslage zugelassen werden müssen. Andernfalls könnte sich der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich sprunghaft erhöhen sowie in anderen deutlich vermindern und so der als bedarfsgerecht festgestellte Versorgungsgrad noch deutlicher als zuvor verfehlt werden. Deshalb müssen auch in Konstellationen wie Änderungen der Planungsbereiche, die z.B. aufgrund einer Neugliederung der Stadt- und Landkreise erforderlich werden, oder auch Änderungen in der fachlichen Ordnung der für die Bedarfsplanung relevanten Arztgruppen - Anpassungen stets so vorgenommen werden, dass die Konsistenz der Bedarfsplanung hierdurch nicht in Frage gestellt wird.

Vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007, Az.: B 6 KA 45/06 R

Diese Grundlagen des Bedarfsplanungsrechts gelten - in Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts - ebenso für die Umsetzung für die vom Gesetzgeber geänderten Quoten in der ärztlichen Versorgung. Es gilt, zum einen sprunghafte und zum anderen dauerhafte – einer flächendeckenden Versorgung entgegenstehenden - Verschiebungen in der Versorgungslandschaft durch geeignete Regeln abzdämpfen. Hierdurch wird insbesondere dem gesetzgeberischen Anliegen entsprochen, den Ausbau der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie zeitnah flächendeckend – und somit notwendigerweise gleichmäßig – zu gestalten.

Vgl. *Gesetzentwurf der Bundesregierung zum GKV-OrgWG*,
BT-Drs. 16/9559, S. 18

Diesem Ansatz entspricht zum einen die Regelung, dass Planungsbereiche innerhalb des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung, in welchem bereits ein Versorgungsantrag von 10 % ausgeschöpft ist, solange für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 % außer Betracht bleiben, bis in den übrigen Pla-

nungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens 10 % erreicht wird. Sie stellt in diesem Zusammenhang ein geeignetes Instrument dar, um dem Anspruch eines flächendeckenden Ausbaus gerecht zu werden. Insbesondere wird durch sie - im Gegensatz zu einer vollständigen Freigabe der Planungsbereiche - eine unkoordinierte Verschiebung der Versorgungslage verhindert. Nach Auswertung der jetzigen bestehenden Versorgungslage ist auch die von der BPTK befürchtete „Bremswirkung“ nicht zu erwarten. Als weiteres Regulativ wurde jedoch in Ergänzung des ersten Beschlussentwurfes und im Zuge der Würdigung des Stellungnahmeverfahrens mit der Vorschrift des § 47 Abs. 3 (neu) geregelt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ein Jahr nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung die Auswirkungen des laufenden Feststellungsverfahrens gem. § 47 Abs. 2 auf seine zwischenzeitlichen Auswirkungen überprüft. Hierdurch wird zum einen die erwünschte, gleichmäßige Anhebung der Versorgungsquote hinreichend gewährleistet; zum anderen kann so gegebenenfalls auftretenden lokalen Disparitäten in der Anhebung der Versorgungsquote hinreichend entgegengewirkt werden.

Ebenso stellt die sechsmonatige Sperrfrist für Anträge von Leistungserbringern auf Zulassung, die bereits in einem anderen Planungsbereich zugelassen sind, ein geeignetes, erforderliches und angemessenes Mittel dar, um den von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen einer bedarfsgerechten Versorgung gerecht zu werden.

Vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007, Az.: B 6 KA 45/06 R

Eingriffe in das Recht der Berufsfreiheit sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung zulässig. Diese Regelung muss hinreichend deutlich die Entscheidung des Gesetzgebers über den Umfang und die Grenzen des Eingriffs erkennen lassen. Für die Vorschriften über Zulassungsbeschränkungen für Vertragsärzte und Psychotherapeuten, die gemäß der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts als Berufsausübungsregelungen zu qualifizieren sind, denen keine einer Berufswahl nahe kommende Bedeutung zukommt,

muss die Regelungstiefe im Gesetz selbst nicht besonders intensiv ausgeprägt sein.

Vgl. BSGE 94, 181 = SozR 4-2500 § 103 Nr 2, RdNr 21, m.w.N.

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss hat der Gesetzgeber in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 9 SGB V das Recht zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch Erlass von Richtlinien übertragen.

Ebenso wie bei der Ausgestaltung der Regelung zur Gewähr der gleichmäßigen Versorgung zwischen den einzelnen Planungsbereichen nach § 47 Abs. 2 S. 4 dient die Sperrfrist des § 47 Abs. 3 (neu) der Erreichung des oben dargestellten Zwecks einer gleichmäßigen Bedarfsplanung und eines gleichmäßigen Ausbaus der Versorgung. Von diesem gesetzgeberischen Auftrag umfasst ist auch eine Regelung, die es für einen definierten Zeitraum verhindert, dass es zu dem gleichmäßigen, flächendeckenden Ausbau entgegenstehenden Wanderungsbewegungen zwischen unter- und (bislang) überversorgten Planungsbereichen kommt. Das gesetzgeberische Ziel kann letztendlich nur erfüllt werden, wenn abrupte Veränderungen in der Versorgungslandschaft vermieden werden und einer sprunghaften Veränderung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich entgegengewirkt wird.

Vgl. BSG, Urt. v. 17.10.2007, Az.: B 6 KA 45/06 R

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung des gesetzgeberischen Auftrags, die Versorgungsquoten des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V flächendeckend und gleichmäßig umzusetzen, ist die Frist für die Anträge auf Zulassung aus anderen Planungsbereichen als sachgerechtes und notwendiges Steuerungsinstrument anzusehen. Auch die von der BPtK angeführte - zumindest theoretisch denkbare - Möglichkeit, dass durch diese Regelung geplante Verlagerungen von besser in schlechter versorgte Bereiche vermieden werden, steht dem nicht entgegen, da es sich vorliegend in der Gesamtschau und in der Gesamtabwägung des zu erwartenden Ausbaus der kinder- und jugendlichen-psychotherapeutischen Versorgung

um eine zu vernachlässigende Größe handelt und bei nachgewiesenem Bedarf eine Zulassung nach § 24 möglich bleibt.

b) Stellungnahme der BÄK

Mit Schreiben vom 08. April 2009 hat die BÄK dem Gemeinsamen Bundesausschuss ihre Stellungnahme zugeleitet. Die BÄK hielt die im Beschlussentwurf vorgesehenen Änderungen im Kontext der notwendigen Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und als Folge der gesetzlichen Änderung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V für folgerichtig und hatte keine Änderungshinweise.

Berlin, den 18.06.2009

Gemeinsamer Bundesausschuss
gem. § 91 SGB V

Hess

5. Dokumentation des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens



Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Quo- tenregelung psychotherapeutische Versorgung von Kin- dern und Jugendlichen – Umsetzung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
03.04.2009**

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: (030) 27 87 85-0
Fax: (030) 27 87 85-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seiner jetzigen Fassung für nicht beschlussfähig. Die vom G-BA vorgesehene Neuregelung verstößt in mehrfacher Hinsicht gegen geltendes Recht.

Definition der Leistungserbringer

Das Gesetz verpflichtet den G-BA in § 101 Abs. 4 SGB V, in den Richtlinien „sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist“.

Mit dieser gesetzlichen Vorgabe ist nicht vereinbar, dass § 5 Abs. 6a Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) zu den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Leistungserbringern, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil 90 Prozent erreichen, zusätzlich noch pauschal die „Psychologischen Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche“ zählen. Das Gleiche gilt für die mit Hilfe der Fußnote vorgenommene generelle Einbeziehung der sowohl als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch als Psychologische Psychotherapeuten Zugelassenen zu den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Es fehlt ein sachlicher Grund, diese beiden Gruppen anders zu behandeln als die Gruppe der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Während es bei den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten nach dem Beschlussentwurf darauf ankommen soll, ob sie mindestens zu 90 Prozent Kinder und Jugendliche behandeln, würde ein Psychologischer Psychotherapeut mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche oder ein Psychologischer Psychotherapeut, der zugleich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen ist, auch dann als Leistungserbringer gezählt, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, wenn Kinder und Jugendliche gar nicht zu seinen Patienten zählen. Es liegt nahe, auch hier auf die tatsächliche Tätigkeit abzustellen.

Die BPTK schlägt daher vor, § 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie um folgenden neuen Absatz 6a zu ergänzen:

„Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten die Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten. 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.“

Übergangsregelung in § 47 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)

Die Übergangsregelung in § 47 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) steht im Widerspruch zur gesetzlichen Vorgabe in § 101 Abs. 4 SGB V. Danach muss in der Richtlinie sichergestellt werden, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent den Psychotherapeuten vorbehalten ist, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) sieht vor: „Planungsbereiche innerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigungen, in welchen bereits ein Versorgungsantrag von zehn vom Hundert ausgeschöpft ist, bleiben für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 vom Hundert solange außer Betracht, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens zehn vom Hundert erreicht wird“.

Mit dieser Vorschrift soll sichergestellt werden, dass zunächst in allen Planungsbereichen ein Versorgungsanteil von zehn Prozent und ggf. auf einer „zweiten Stufe“ zu einem späteren Zeitpunkt ein Versorgungsanteil von 20 Prozent erreicht wird. Mit anderen Worten: Die Regelung verhindert einen Versorgungsanteil von 20 Prozent in einem Planungsbereich, solange in anderen Planungsbereichen ein Versorgungsanteil von zehn Prozent noch nicht erreicht ist.

Die vorgesehene Regelung ist ein Instrument zur planungsbereichsübergreifenden Steuerung, was dazu führen würde, dass in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, in dem der Versorgungsgrad in einer Vielzahl der Planungsbereiche zwischen zehn und 20 Prozent liegt, entgegen der gesetzlichen Bestimmung keine Verbesserung eintreten kann, solange der Versorgungsgrad in nur einem einzigen Planungsbereich unter zehn Prozent liegt.

Nach den uns vorliegenden Zahlen der KV Westfalen-Lippe vom 18.04.2008 könnte in keinem von 26 Planungsbereichen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden, solange sich kein Leistungserbringer im Planungsbereich Höxter niederlässt, da dort zu diesem Zeitpunkt lediglich ein halber Sitz mit einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt war, was einem Versorgungsanteil von 5,5 Prozent entspricht. Bezogen auf die Anzahl der Einwohner würden 98 Prozent der Bevölkerung in Westfalen-Lippe benachteiligt, weil zunächst die Versorgung von lediglich zwei Prozent der Bevölkerung zu verbessern ist.

Die im Entwurf vorgesehene Regelung ist also nicht nur rechtlich problematisch, sie ist auch versorgungspolitisch kontraproduktiv. Wohl aus diesem Grund wurde davon abgesehen, diese Regelung auf die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte zu erstrecken. Konsequenterweise müsste dazu vorgesehen werden, dass der dort maßgebliche Versorgungsanteil von 25 vom Hundert solange außer Betracht zu bleiben hat, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Versorgungsanteil von mindestens 15 vom Hundert erreicht wird.

Versorgungspolitisch mag eine Regelung wünschenswert sein, die sicherstellt, dass insbesondere im ländlichen Raum eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erreicht wird. Die BPTK geht allerdings davon aus, dass es aufgrund der erfreulichen Nachwuchssituation bei den Psychotherapeuten bundesweit einer solchen Regelung nicht bedarf und es in absehbarer Zeit (möglicherweise bis auf einige wenige Planungsbereiche) zu dem angestrebten Versorgungsgrad kommt. Eine solche Regelung wäre dann gerade für psychotherapeutisch tätige Ärzte erforderlich. Hier hat sich gezeigt, dass trotz bestehender Niederlassungsmöglichkeiten schon in der Vergangenheit in einer Vielzahl von Planungsbereichen, insbesondere im ländlichen Be-

reich, dieses Versorgungsangebot gar nicht vorhanden ist. Es gibt eine Vielzahl von Planungsbereichen, in denen die Quote nicht nur nicht ausgeschöpft wird, sondern in denen kein Arzt psychotherapeutisch tätig ist.

Übergangsregelung in § 47 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)

Gegen die „Übergangsregelung“ in § 47 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) bestehen erhebliche Bedenken. Nach dieser Vorschrift dürfen Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) zugelassen sind, erst weitere sechs Monate nach der Feststellung des Landesausschusses beschieden werden. Damit wird erreicht, dass über solche Zulassungsanträge erst entschieden wird, nachdem über andere Zulassungsanträge bereits entschieden wurde. Damit werden Antragsteller benachteiligt, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) über eine Zulassung verfügen.

Diese Benachteiligung dürfte gegen Artikel 12 Abs. 1 und Artikel 3 Abs. 1 GG verstoßen. Die Ungleichbehandlung von Antragstellern einerseits, die bereits über eine Zulassung verfügen, und Antragstellern andererseits, die bisher nicht zugelassen sind/waren, lässt sich nicht hinreichend rechtfertigen. Zur Begründung verweist der G-BA darauf, dass „mögliche Fehlallokationen“ vermieden werden sollen. Damit dürfte gemeint sein, dass vermieden werden soll, dass bereits zugelassene Leistungserbringer ihre Zulassung aus „unattraktiven Planungsbereichen“ nunmehr in „attraktive Planungsbereiche“ verlegen, die lediglich aufgrund der Quote noch für weitere Zulassungen offen sind.

Indes ist die Regelung zur Vermeidung „möglicher Fehlallokationen“ ungeeignet. Denn das Differenzierungskriterium „Zulassung in einem anderen Planungsbereich“ sagt nichts darüber aus, ob der Wechsel in den fraglichen Planungsbereich unter Versorgungsgesichtspunkten positiv oder negativ zu bewerten ist. Von einer „Fehlallokation“ mag gesprochen werden, falls ein Psychotherapeut die Regelungen zur partiellen Entsperrung nutzt, um von einem schlechter versorgten Planungsbereich in einen besser versorgten Planungsbereich zu wechseln. Die Regelung verhindert aber mit der gleichen Wahrscheinlichkeit, dass ein Psychotherapeut von einem (statistisch) besser versorgten Planungsbereich in einen schlechter versorgten Planungsbereich wechselt. Letzteres wäre unter Versorgungsgesichtspunkten positiv zu bewerten.

Da somit das Differenzierungskriterium („Bewerber verfügt bereits über eine Zulassung“) zum Erreichen des Differenzierungszieles („Vermeidung von Fehlallokationen“) ungeeignet ist, lässt sich weder die Ungleichbehandlung noch der Eingriff in die Berufsfreiheit rechtfertigen.

Übergangsregelung gemäß § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)

Unter Versorgungsgesichtspunkten inakzeptabel ist, dass gemäß § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) der zuständige Landesausschuss erst sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung entscheiden darf.

Der Gesetzgeber hat die Mindestquote zum 01.01.2009 geregelt, um die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche zu verbessern. „Der Zugang zu frühzeitigen Therapien ist daher dringend erforderlich, um persönliches Leid bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie hohe volkswirtschaftliche (Folge-)Kosten zu vermeiden“ (BT-Drs. 16/10070 vom 30.07.2008, Seite 3).

Die Übergangsregelung würde dazu führen, dass erst ca. ein Jahr nach Inkrafttreten des GKV-OrgWG die ersten Zulassungen von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, erfolgen können. Für die Kinder und Jugendlichen, die vergeblich auf einen Therapieplatz warten, hat dies gravierende, negative Folgen.

Da die Regelung des Gesetzgebers (20 Prozent Versorgungsanteil für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln) denkbar einfach ist, lässt sich eine solche zeitliche Verzögerung nicht rechtfertigen. Folgerichtig fehlt auch in den Tragenden Gründen eine Begründung dafür, dass die Feststellung des Landesausschusses erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung erfolgen soll.

Eine fachliche Begründung ist auch nicht denkbar, da die Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 für mindestens zwei Quartale vorliegen werden, wenn die Bedarfsplanungs-Richtlinie voraussichtlich Ende Mai/Anfang Juni in Kraft tritt. Die erforderlichen Berechnungen können somit spätestens dann ohne weitere zeitliche Verzögerung vorgenommen werden. Es spricht im Übrigen auch nichts dagegen, mit den Berechnungen unverzüglich nach der

Beschlussfassung des G-BA zu beginnen. Für vorbereitende Berechnungen ist es nicht erforderlich, dass der Beschluss bereits in Kraft ist. Schlimmstenfalls werden die Berechnungen vergebens durchgeführt, falls der Beschluss dann doch nicht oder anders in Kraft tritt.

Im Beschluss sollte daher vorgesehen werden, dass die Entscheidung über die Versorgungsverhältnisse unverzüglich nach Inkrafttreten des Beschlusses zu treffen ist.

Beschlussvorschlag der BPTK

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt zusammenfassend vor, den Beschluss wie folgt zu fassen:

- Einleitungsformel wie im Entwurf.
- Ziffer I wird wie folgt gefasst:

§ 5 wird um folgenden neuen Absatz 6a ergänzt:

Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten die Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten. 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.

- Ziffern II wie im Entwurf.
- Ziffer III:

§ 22 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:

*Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Leistungserbringer festzustellen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. **Der zuständige Landesausschuss der Ärzte und***

Krankenkassen entscheidet unverzüglich nach Inkrafttreten dieses Beschlusses erstmalig über die Versorgungsverhältnisse nach Satz 1.

- Ziffer IV wird gestrichen.
- Ziffern V und VI werden Ziffern IV und V.
- Die Anlagen werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben an die Definition der Leistungserbringer in der neuen Ziffer I angepasst.



Stellungnahme der Bundesärztekammer

gem. § 91 Abs. 5 SGB V
zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie:
Quotenregelung psychotherapeutische Versorgung von Kindern und
Jugendlichen

Berlin, 08.04.2009

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

Die Bundesärztekammer wurde mit Schreiben vom 11.03.2009 zur Stellungnahme gemäß § 91 Abs. 5 SGB V bezüglich einer weiteren Änderung der bestehenden Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgefordert, nachdem die Richtlinie bereits mehrfach Gegenstand von Änderungen durch den G-BA gewesen ist (vgl. die Stellungnahmen der Bundesärztekammer vom 01.02.07, 31.08.07, 05.12.07, 28.01.08, 27.03.08, 02.09.08, 12.12.08 und 11.02.09).

Die geplante Änderung ist eine Folge des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Dabei ist § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V („Übersorgung“) neu gefasst worden, um die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Hintergrund ist die Anpassung des Versorgungsangebots an die tatsächliche Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen. Hier musste angesichts häufig langer Wartezeiten insbesondere der Zugang zur Versorgung als nicht adäquat betrachtet werden. Die Neuregelung soll außerdem mittels sogenannter Mindestquoten eine Übersorgung von Planungsbereichen mit einer Gruppe aus dem Bereich der psychotherapeutisch tätigen Psychotherapeuten und Ärzten verhindern:

§ 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V: „In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist.“

Die **alte** Fassung von § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V hatte wie folgt gelautet:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2008 sicherzustellen, dass jeweils mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe vom 40 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sowie den Psychotherapeuten vorbehalten ist.“

Die Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie soll erfolgen durch

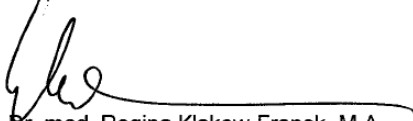
- Ergänzung eines neuen Absatzes 6a in § 5 der Richtlinie. Hierin wird konkretisiert, wer als Leistungserbringer für eine ausschließlich psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen gelten kann. Welche Leistungen psychotherapeutische Leistungen sind, wird per Verweis auf den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geregelt
- Neufassung der Nrn. 2 und 3 in § 22 der Richtlinie durch Übernahme der neuen gesetzlichen Quoten für die psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- Formulierung einer Übergangsregelung in § 47 zu § 22 Abs. 1 Nr. 3 der Richtlinie, u. a. um in den einzelnen Planungsbereichen des jeweiligen Bezirks eine möglichst gleichmäßige Anhebung der Versorgung zu erreichen und, zur Vermeidung von Fehlallokationen, eine verlässliche Ermittlung des Versorgungsstandes nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung zu ermöglichen.

Der Bundesärztekammer wurde hierzu ein einheitlicher Beschlussentwurf des zuständigen „Unterausschusses Bedarfsplanung“ vorgelegt.

Die Bundesärztekammer nimmt zur Richtlinienänderung wie folgt Stellung:

Die Bundesärztekammer hält die vorgesehenen Änderungen im Kontext der notwendigen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und als Folge der gesetzlichen Änderung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V für folgerichtig und hat keine Änderungshinweise.

Berlin, 08.04.2009



Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
Leiterin Dezernate 3 u. 4