Vermerk

zum Anspruch auf Sonderbedarfszulassung
für Leistungen der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie

Es besteht ein erheblicher Versorgungsbedarf an neuropsychologischen Leistungen, der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) derzeit nicht gedeckt werden kann (hierzu unten I.). Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist vor diesem Hintergrund eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen (hierzu unten II.), die unter Beifügung der notwendigen Unterlagen schriftlich beim Zulassungsausschuss beantragt werden kann (hierzu unten III.).

I. Allgemeines zum Versorgungsbedarf Neuropsychologie

Mit Beschluss vom 24.11.2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die ambulante neuropsychologische Therapie in Anlage 1 „Anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung: Neuropsychologische Therapie (im Folgenden: MVV-RL) aufgenommen. Die neuropsychologische Diagnostik und Therapie ist damit Bestandteil des ambulanten Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach § 3 Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL ist die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die in § 6 Absatz 2 des Beschlusses genannten fachlichen Anforderungen erfüllt werden und dies gegenüber der KV nachgewiesen wird. § 6 Absatz 2 lautet wörtlich:

> *„Zur neuropsychologischen Diagnostik gemäß § 5 Absatz 3 und zur neuropsychologischen Therapie gemäß § 7 sind berechtigt:*
>
> 1. *Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Absatz 1,*
> 2. *ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,*

3. ***psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,***
4. *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten mit fachlicher Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie,*

***jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation** inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie **gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern** oder soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer:" [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]*

Nach Angaben des G-BA und der KBV können jährlich etwa 60.000 Patienten, die an den Folgeschäden eines Schlaganfalls oder Schädel-Hirn-Traumas leiden, von der Aufnahme der neuropsychologischen Therapie in den ambulanten Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung profitieren. Die bisher für die Versorgung in der ambulanten Medizin zur Verfügung stehende fachärztliche neurologische Behandlung und die vorhandenen Heilmittel decken hiernach den für die betroffenen Patienten spezifischen Behandlungsbedarf nicht ab *(vgl. Presseerklärung der KBV und des G-BA vom 24.11.2011; Ärzte-Zeitung vom 25./26.11.2011).*

Der Beschluss des G-BA vom 24.11.2011 wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit Bescheid vom 30.01.2012 nicht beanstandet und ist mit Veröffentlichung im Bundesanzeiger vom 23.02.2012 am 24.02.2012 in Kraft getreten. Der Nichtbeanstandungsbescheid des BMG vom 30.01.2012 wurde insbesondere unter Nr. 2 Satz 1 mit folgender Auflage verbunden:

„Der G-BA wird außerdem um Prüfung und Stellungnahme bis zum 31.07.2012 gebeten, ob die medizinische Versorgung der betroffenen Versicherten mit dem in § 6 Absatz 2 des Richtlinienbeschlusses festgelegten Kreis von Leistungserbringern zeitnah gewährleistet werden kann."

In der folgenden Auflage Nr. 3 des Nichtbeanstandungsbescheid des BMG vom 30.01.2012 heißt es hierzu:

„Sofern und solange nicht genügend Leistungserbringer nach den Vorgaben des Richtlinienbeschlusses zur Verfügung stehen, um die medizinisch notwendige Versorgung der betroffenen Versicherten sicherzustellen, geht das Bundesministerium für Gesundheit davon aus, dass im Wege einer möglichst bürokratiearmen Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V auch weitere qualifizierte Personen mit neuropsychologischer Ausbildung in die Leistungserbringung in der GKV einbezogen werden können, soweit diese insbesondere nach berufsrechtlichen Vorgaben grundsätzlich zur Durchführung von neuropsychologischen Leistungen berechtigt sind"

Es ist folglich hervorzuheben, dass nach Einschätzung der KBV und des G-BA die reale Versorgungssituation nicht den realen Versorgungsbedarf decken kann. Nach Einschätzung des BMG bestehen aufgrund der zitierten Auflagen sogar Zweifel, ob der reale Versorgungsbedarf allein durch die in § 6 Absatz 2 des Änderungsbeschlusses des G-BA festgelegten Kreis von Leistungserbringern überhaupt zeitnah gewährleistet werden kann.

Entsprechend wurde mit dem **Rundschreiben der KBV vom 06.03.2012** *(Information der KBV 39/2012)* nochmals festgestellt, dass in überversorgten Planungsbereichen grundsätzlich ein besonderer Versorgungsbedarf für die Erbringung neuropsychologischer Leistungen bestehen dürfte:

> *„Nach Auskunft der Fachgesellschaft für Neuropsychologie stehen bundesweit zurzeit nur etwa 200 Neuropsychologen zur Verfügung, die entsprechend der Qualifikationsanforderung der Richtlinie ausgebildet sind. Viele der Therapeuten seien zudem in der stationären oder teilstationären Versorgung tätig. Es ist somit zu erwarten, dass die Leistung anfangs in relativ geringem Umfang erbracht wird. Mit der Aufnahme der neuropsychologischen Therapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen werden künftig sicherlich mehr Ärzte und Therapeuten die geforderte Zusatzqualifikation erwerben."*
> *(Information der KBV 39/2012 vom 06.03.2012)*

Hieran anschließend erklärt die KBV, dass damit in überversorgten Planungsbereichen nach § 24 b Bedarfsplanungs-Richtlinie (BedarfsplRL-Ä) die Möglichkeit bestehe, eine Sonderbedarfszulassung zu beantragen, um den besonderen Versorgungsbedarf zu decken.

II. Zum Anspruch auf Sonderbedarfszulassung

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung ist vor diesem Hintergrund eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen. Die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen sollten in einer Antragsbegründung an den zuständigen Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Argumentationslinie dargelegt werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass in dem Planungsbereich, für den die Zulassung begehrt wird, für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, der auch Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 4 Absatz 4 BedarfsplRL-Ä zuzuordnen sind, Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung bestehen.

Rechtsgrundlage für einen entsprechenden Antrag auf Sonderbedarfszulassung ist § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in Verbindung mit § 24 Buchst. b) BedarfsplRL-Ä des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Die Voraussetzungen für eine Zulassung im Wege

eines besonderen Versorgungsbedarfs nach §§ 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. §§ 24,25 BedarfsplRL-Ä konkretisiert § 24 Satz 1 b) Satz 3 BedarfsplRL-Ä wie folgt:

> *„Voraussetzung 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."* [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Hiernach ist im Rahmen der Bedarfsermittlung zu klären, ob ein spezieller Versorgungsbedarf besteht, der dauerhaft auf die gesamte Breite der Qualifikation bezogen ist **(1.).** Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts fordert darüber hinaus, dass dieser Bedarf für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreichen muss **(2.).** Solange der Bewertungsausschuss die Aufnahme neuropsychologischer Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht wirksam beschlossen hat, sollte die Antragsbegründung ergänzend darauf hinweisen, dass dieser Umstand nicht der Erteilung der beantragten Sonderbedarfszulassung entgegensteht **(3.).**

1. Ob die Voraussetzung eines speziellen bzw. **besonderen Versorgungsbedarfs** erfüllt ist, erfordert eine umfangreiche **Bedarfsermittlung, die durch die Zulassungsgremien** zu erfolgen hat *(BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R).* Aufgrund des großen Beurteilungsspielraums der Zulassungsgremien bei der Bewertung des in diesem Rahmen ermittelten Sachverhalts ist es jedoch zielführend, bereits selbst so konkret und präzise wie möglich den Sonderbedarf zu begründen.

Nach der Rechtsprechung des BSG ist sich hierfür an der **realen Versorgungslage auszurichten, die sich vorrangig am Versorgungsanspruch jedes einzelnen gesetzlich versicherten Patienten und dem von ihm frei wählbaren Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen zu orientieren hat** *(vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R; BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. B 6 KA 36/09 R; BSG, Urteil vom 02.09.2009, Az. B 6 KA 34/08 R).* Die Ermittlungen zur Bedarfsdeckung müssen sich an der Versorgungsrealität ausrichten. **Diesbezüglich besteht kein Beurteilungsspielraum** *(BSG, Urteil vom 02.09.2009, Az. B 6 KA 21/08 R).* Maßgeblich ist, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V im Versorgungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Leistungserbringern aber nicht angeboten werden *(BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az. B6 KA 56/07 R).* So heißt es bereits in den Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 02.09.2009 *(Az. B 6 KA 34/08 R; B 6 KA 21/08 R)* jeweils in identischen Wortlaut:

> *„**Die Ermittlungen der Zulassungsgremien zur Bedarfsdeckung müssen sich an der Versorgungsrealität ausrichten**. Deshalb kommt Angaben über die Zahl der im betroffenen Planungsbereich zugelassenen Vertragsärzte und deren Fallzahlen allenfalls indizielle Aussagekraft zu. Wenn zB Ärzte bei Anwendung eines statistischen Fallzahlvergleichs nicht ausgelastet sind, zusätzliche Patienten aber nicht versorgen wollen, besteht lediglich ein potenzielles, nicht aber ein reales Versorgungsangebot. **Nur eine Versorgung, die den Versicherten tatsächlich zur Verfügung steht, kann ihren Versorgungsbedarf decken. Solange die Versorgung nicht real gewährt wird oder jedenfalls eine Bereitschaft dazu besteht, ist eine Versorgungslücke gegeben, die der Deckung durch Sonderbedarfszulassungen** - oder notfalls durch Ermächtigungen - **zugänglich ist**"* [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Nach dieser Leitlinie der Rechtsprechung des BSG zur Bedarfsanalyse gilt für die neuropsychologische Diagnostik und Therapie im Sinne der Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL Folgendes:

1.1. Bei der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie gemäß § 2 Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL handelt es sich um **ärztliche Leistungen qualifizierten Inhalts**, die auf die gesamte Breite der Qualifikation im Sinne von § 24 Satz 1 b) Satz 3 BedarfsplRL-Ä bezogen sind. § 2 des Beschlusses des G-BA definiert die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie wie folgt:

> *„Die ambulante neuropsychologische Therapie umfasst nach § 2 des Beschlussentwurfs des G-BA Diagnostik und Therapie von geistigen (kognitiven) und seelischen (emotional-affektiven) Störungen, Schädigungen und Behinderungen nach erworbener Hirnschädigung oder Hirnerkrankung unter Berücksichtigung der individuellen physischen und psychischen Ressourcen der biographischen Bezüge, der interpersonalen Beziehungen, der sozialen und beruflichen Anforderungen sowie der inneren Kontextfaktoren (z.B. Antrieb, Motivation, Anpassungsfähigkeit).*"

In dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 23.06.2010 *(Az. B 6 KA 22/09 R)* heißt es zu dem für den Versorgungsbereich erforderlichen Differenzierungsgrad in Bezug auf spezielle Behandlungsmethoden wörtlich:

> *„Bei dem dargestellten Gebot, zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen zu differenzieren und für den konkret betroffenen Versorgungsbereich das Vorliegen ausreichender Versorgungsangebote zu ermitteln und festzustellen, ist zu beachten, dass es sich bei den psychoanalytisch begründeten und den verhaltenstherapeutischen Behandlungsverfahren um **unterschiedliche Versorgungsangebote** handelt. **Dies entspricht der unterschiedlichen Wesensart dieser Verfahren, die sich in ihrer unterschiedlichen Ausrichtung und Indikation ausdrückt** (zB bei spezifischen Phobien im Regelfall Verhaltenstherapie und nicht analytische Psychotherapie; dagegen bei umfassenderen Störungen vor dem Hintergrund frühkindlicher Belastungen, wie zB Persönlichkeitsstörungen, bevorzugt analytische Psychotherapie).*" [Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Ergänzend führt das BSG aus, dass sich dieses Differenzierungsgebot auch aus dem Vorliegen verschiedener Versorgungsangebote nach der Psychotherapie-Richtlinie ergibt. Von wesentlicher Bedeutung für die Entscheidung des BSG war in diesem Bereich, dass nach § 16 der PsychThRL psychoanalytisch begründete Verfahren und Verhaltenstherapie nicht kombinierbar sind, weil die Kombination der Verfahren zu einer Verfremdung der methodenbezogenen Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Prozesses führen kann und diese Trennung dadurch vervollständigt wird, dass eine gegenseitige Behandlungsergänzung durch Überweisung nicht normiert bzw. vorgesehen ist.

Nach diesen Maßgaben handelt es sich bei der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie um Leistungen, die einen eigenständigen, speziellen Versorgungsangebot zuzuordnen sind und einen Schwerpunkt im Sinne des § 24 Satz 1 b) BedarfsplRL darstellen.

Schon nach Abschnitt B der **Muster-Weiterbildungsordnungsordnung** der Bundespsychotherapeutenkammer stellt die klinische Neuropsychologie einen eigenen Bereich dar, deren Ziel der Erwerb einer Zusatzbezeichnung ist. Gemäß der Bereichsdefinition aus § 2 Nr. 2 a) (Muster-)WBO der BPtK bedeutet dies, dass die Klinische Neuropsychologie ein psychotherapeutisches Anwendungsfeld darstellt, für das insbesondere ein in epidemiologischen Studien nachgewiesener erheblicher Behandlungsbedarf besteht. So wurde bereits in der Stellungnahme vom 18.05.2005 der Bundespsychotherapeutenkammer zum Beratungsthema: "Ambulante Neuropsychologie" die Besonderheit der neuropsychologischen Therapie im Vergleich zu anderen Psychotherapieverfahren wie folgt herausgestellt:

> *„Die im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie verwendeten therapeutischen Methoden basieren auf unterschiedlichen Mechanismen. Ein Teil der Methoden ist auf Restitution der gestörten Funktionen ausgerichtet, eine weitere Gruppe von Therapiemethoden zielt auf eine Kompensation vorhandener Defizite und Funktionsbeeinträchtigungen ab. Darüber hinaus wird eine Reihe weiterer Therapiemethoden den Integrative Verfahren zugerechnet. Hierbei werden Methoden anderer psychotherapeutischer Verfahren, insbesondere lerntheoretisch fundierte Methoden an die besonderen Behandlungserfordernisse hirnorganisch gestörter Patienten adaptiert. Die verschiedenen Methoden werden oft parallel eingesetzt, häufig mit unterschiedlicher Gewichtung im Behandlungsverlauf, sollten jedoch stets in einen Gesamtbehandlungsplan auf der Basis einer neuropsychologischen Diagnostik eingebettet sein."(http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Themen/ambulante_Versorgung/20050518_stn_bptk_ambulante-neuropsychologie.pdf)*

Die Neuropsychologie bildet aber nicht nur nach den Differenzierungen der Muster-Weiterbildungsordnungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer einen Schwerpunkt. Vorliegend ist nicht zuletzt entscheidend, dass der an § 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V anknüpfende Beschluss des G-BA nach § 135 Absatz 1 SGB V eine verbindliche Konkretisierung der Qualität und Wirksamkeit des Versorgungsanspruchs des gesetzlich versicherten Patienten im Sinne von § 2 Absatz 1 S. 3 SGB V vorgibt *(jurisPK-SGB V/Koch, § 135 Rn. 6)*. So ist, wie bereits dargestellt wurde, nach **§ 3 Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL** die Durchführung und Abrechnung von ambulanter neuropsychologischer Therapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig, die nur zu erteilen ist, **wenn die in § 6 Absatz 2 Anlage 1 Nr. 19 MVV-RL des Beschlusses des G-BA genannten fachlichen Anforderungen erfüllt werden** und dies gegenüber der KV nachgewiesen wird. Die Diagnostik des Störungsbildes, Indikationsstellung und Behandlung kann folglich ausschließlich durch Ärzte und Ärztinnen bzw. Psychologen und Psychologinnen erbracht werden, die neben einer Fachkunde in einem Psychotherapieverfahren über eine entsprechende Ausbildung im Bereich der Neuropsychologie verfügen.

Im **Ergebnis** handelt es sich folglich bei der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie um Leistungen qualifizierten Inhalts, die einen eigenständigen, speziellen Versorgungsangebot zuzuordnen sind und damit einen Schwerpunkt im Sinne des § 24 Satz 1 b) BedarfsplRL darstellen.

1.2. **Die fachlichen Anforderungen** gemäß § 6 Absatz 2 des Beschlusses des G-BA müssen **vom Ast.** erfüllt werden und sind entsprechend in der Antragbegründung darzulegen. Dies setzt die fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie des G-BA jeweils mit neuropsychologischer Zusatzqualifikation inhaltsgleich oder gleichwertig der jeweiligen Zusatzbezeichnung für Neuropsychologie gemäß Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammern oder soweit eine solche nicht besteht, gemäß der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer voraus.

Die Voraussetzung „fachliche Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie" ist dahingehend zu verstehen, dass von einer „fachlichen Befähigung" in einem der Richtlinienverfahren immer dann auszugehen ist, wenn die gemäß § 5 (fachliche Befähigung ärztlicher Psychotherapeuten), § 6 (fachliche Befähigung psychologischer Psychotherapeuten) oder § 7 (fachliche Befähigung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) der Psychotherapie-Vereinbarung

geforderten Voraussetzungen vorliegen. Nach den genannten Vorschriften setzt die fachliche Befähigung in Richtlinienverfahren den Fachkundenachweis gemäß § 95 c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung voraus. Nach den Übergangsbestimmungen in § 16 Psychotherapie-Vereinbarung bestehen Sonderregelungen für Psychotherapeuten, die nach den Übergangsregelungen in § 95 Abs. 10 SGB V zugelassen worden sind.

1.3. Um zu begründen, **dass die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie des Weiteren in dem betroffenen Planungsbereich nicht ausreichend zur Verfügung steht,** ist der spezifische Versorgungsbedarf im betroffenen Planungsbereich der realen Versorgungssituation gegenüberzustellen. Hierzu ist zunächst der maßgebliche Planungsbereich in der Antragsbegründung festzulegen.

Zur Bestimmung des Planungsbereichs ist auf den Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der Leistung abzustellen, das heißt auf den Ort der beabsichtigten Niederlassung der Antragstellerin und dem von hieraus zu bestimmenden Einzugsgebiet. Die Bestimmung des hierauf beruhenden Planungsbereichs ist somit nicht strikt an Bedarfsplanungsgesichtspunkte gebunden. Das BSG ordnet insoweit die psychotherapeutischen Leistungen unabhängig davon, um welchen besonderen Versorgungsbereich es sich handelt, den **allgemeinen Leistungen** mit der Folge zu, dass sie in geringer Entfernung vom Wohnort erreichbar sein sollten. Diese Leistungen müssen grundsätzlich **innerhalb von 25 km** erreichbar sein *(BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R).* Aber auch dieser Radius zur Bestimmung des bedarfsanalytisch relevanten Einzugsbereichs der Praxis ist nicht statisch zu verstehen, sondern kann je nach Zuschnitt des Planungsbereichs, Infrastruktur und den Eigenheiten der Leistungserbringung variieren. Zudem gilt, dass **sog. einpendelnde Patienten** mit berücksichtigt werden müssen *(BSG, Urteil vom 08.12.2010, Az. 36/09 R).*

Zu Darlegung des spezifischen Versorgungsbedarfs ist folglich der Planungsbereich vom Ort der geplanten Niederlassung zu bestimmen und hiervon ausgehend das Einzugsgebiet von mindestens 25 km festzulegen. Für dieses Einzugsgebiet ist eine Analyse des spezifischen Versorgungsbedarfs und der realen Versorgungssituation durchzuführen.

1.3.1. Analyse des spezifischen Versorgungsbedarfs

Für den festgelegten Planungsbereich ist der spezifische Versorgungsbedarf für die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie zu schätzen. Hierzu kann insbesondere auf die in der zusammenfassenden Dokumentation des Beratungsverfahrens des G-BA vom 23.11.2011 auf Seite 14 unter „B-3.1 Epidemiologie" genannten Daten und Quellen zurückgegriffen werden. Sinnvoll erscheint es, die Analyse der Inzidenzraten nach Möglichkeit um eine Analyse der Prävalenzdaten unter Angabe der verwendeten Quellen zu ergänzen, da es sich bei erworbenen Hirnschädigungen in den meisten Fällen um chronische Erkrankungen mit langandauernden Spätfolgen und Komplexbedarfen handelt. Das Ergebnis der Analyse kann wie folgt festgehalten werden:

„Für den Planungsbereich ... ist folglich mit ca. ... neuropsychologischen Neuerkrankungen pro Jahr zu rechnen. Hinzu kommen mindestens ... bereits bestehende neuropsychologische Erkrankungen, so dass im Planungsbereich pro Jahr von einem spezifischen Versorgungsbedarf von mindestens ... bis ... neuropsychologischen Behandlungsfällen auszugehen ist."

Der Analyse des spezifischen Versorgungsbedarfs ist anschließend die Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation des maßgeblichen Planungsbereichs gegenüber gestellt werden.

1.3.2. Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation:

Für diese Analyse ist maßgeblich, wie viele zugelassene Leistungserbringer oder Leistungserbringerinnen Leistungen der neuropsychologischen Diagnostik und Therapie erbringen. Da die neuropsychologische Therapie bislang keine Leistung der GKV war, dürfte es derzeit noch keine, jedenfalls keine ausreichende Anzahl an zugelassenen Leistungserbringern oder Leistungserbringerinnen in diesem Bereich geben.

In der Antragsbegründung gilt es als Ergebnis der Bedarfsanalyse festzuhalten, dass hierdurch das Bestehen einer auf die gesamte Breite der qualifizierten Leistungen der Neuropsychologie bezogene Versorgungslücke gesichert angezeigt wird. Es sollte darauf hingewiesen werden, dass angesichts der Versorgungssituation auch mit einer dauerhaften Versorgungslücke gerechnet werden muss, da nach Einschätzung des BMG sogar Zweifel bestehen, ob der reale Versorgungsbedarf überhaupt allein durch die in § 6 Absatz 2 des Änderungsbeschlusses des G-BA festgelegten Kreis von Leistungserbringern gewährleistet werden kann.

2. Die Antragsbegründung sollte auch kurz darauf eingehen, dass der analysierte Versorgungsbedarf für eine **wirtschaftlich tragfähige Praxis** ausreichend ist. Im Beschluss des G-BA wird in § 7 Absatz 6 eine Therapiedauer von 60 Stunden, in begründeten Einzelfällen von maximal 80 Stunden vorgeschlagen. Hiervon ausgehend bestehen keine Anhaltspunkte für Zweifel daran, dass von einem ausreichenden Bedarf für einen vollzeitlichen Versorgungsauftrag im Bereich der geplanten Praxis ausgegangen werden kann. Insoweit bedarf es hierzu keiner weiteren Ermittlungen *(BSG, Urteil vom 23.06.2010, Az. B 6 KA 22/09 R).*

3. Solange der Bewertungsausschuss die Aufnahme neuropsychologischer Gebührenordnungspositionen in den EBM nicht wirksam beschlossen hat, sollte die Antragsbegründung ergänzend darauf hinweisen, dass dieser Umstand nicht der Erteilung der beantragten Sonderbedarfszulassung entgegensteht. Hier kann wie folgt argumentiert werden.

3.1. Zunächst ist auf das **Rundschreiben der KBV vom 06.03.2012** *(Information der KBV 39/2012)* hinzuweisen, in der es wörtlich heißt:

> *„Damit besteht in überversorgten Planungsbereich nach § 24 b Bedarfsplanungs-Richtlinie die Möglichkeit, eine Sonderbedarfszulassung zu beantragen, um den besonderen Versorgungsbedarf zu decken."*

Die KBV gibt zudem **Hinweise zum Beschaffungsweg**. Bis zur Einführung entsprechender EBM-Gebührenordnungspositionen durch den Bewertungsausschuss habe die vertragsärztliche Leistungserbringung auf dem **Kostenerstattungswege** gem. § 13 Abs. 3 SGB V zu erfolgen. Wörtlich heißt es in dem Rundschreiben:

> *„Der Bewertungsausschuss hat die neuropsychologische Therapie noch nicht in den einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen, sodass Vertragsärzte und -psychotherapeuten die Leistung noch nicht über ihre Kassenärztliche Vereinigung abrechnen können. In diesen Fällen hat der Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung (gem. § 13 Abs. 3 SGB V) gegen seine Krankenkasse. Für den Arzt/Psychotherapeuten bedeutet das, dass er eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ausstellt. Der Patient reicht diese weiter bei seiner Krankenkasse zur Kostenerstattung ein (vgl. KBV-Information 28/2012)."*

Im **Ergebnis** stellt die KBV somit ausdrücklich fest, dass eine Sonderbedarfszulassung bereits jetzt beantragt werden kann. Allein die Abrechnung, nicht indessen die Leistungserbringung, hat abweichend vom Sachleistungswege vorübergehend im Kostenerstattungsverfahren zu erfolgen.

3.2. Die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt steht auch mit der **Rechtsprechung des BSG** in Einklang. Denn hiernach kommt es in der Regel nicht zu einem relevanten Auseinanderfallen der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßige bewertete Leistungen:

> *„**In der Regel wird es zu einem Auseinanderfallen** der Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seitens des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und deren Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßig bewertete Leistungen durch den Bewertungsausschuss **nicht kommen**,[...]. (BSG, Urteil vom 13.11.1996, Az. 6 RKa 31/95)* [Hervorhebungen und Auslassungen durch den Unterzeichner]

Das Urteil beruht folglich auf der normativen Erwartung, dass es in der Regel nicht zu einem zeitlich erheblichen Auseinanderfallen der beiden Verfahrensstufen zur Eingliederung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Versorgung kommen darf. Jedenfalls indiziert ein derartiges Auseinanderfallen ein strukturelles Defizit, das ja gerade den Rückgriff auf das Kostenerstattungsverfahren rechtfertigt, auf welches die KBV in ihrem vorbezeichneten Informationsschreiben vollkommen zurecht verwiesen hat.

Der Rückgriff auf das Kostenerstattungsverfahren darf auch nur insoweit erfolgen, als dies zur Überwindung des Defizits notwendig ist. So hieß es schon in der ICSI-Entscheidung des BSG vom 03.04.2001 *(Az. B 1 KR 40/00 R)*, dass im Falle der Bereitstellung einer von der Krankenkasse geschuldeten, bisher noch nicht durchgeführten Behandlung, **der Patient von den Beschränkungen des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsrechts nur insoweit befreit wird, als dies zur Überwindung des Systemmangels erforderlich ist.** Entsprechend wird in der Entscheidung des BSG vom 16.09.1997 *(Az. 1 RK 28/95)* ausgeführt:

> *„Wie sich aus § 13 Abs. 1 SGB V ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. **Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes (§ 2 Abs. 2 SGB V) trägt § 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen** (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1, § 27 Abs. 1 Satz 1, § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. **Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist** (Senatsurteil vom*

24.September 1996 - BSGE 79, 125, 126 f = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11 S 51 f)."
[Hervorhebungen durch den Unterzeichner]

Das BSG geht folglich davon aus, dass grundsätzlich Versicherte ihren Leistungsanspruch nur innerhalb der Vorgaben des Vertragsarztrechts verwirklichen können. Hierzu gehört auch, dass diese Leistungen grundsätzlich durch entsprechend qualifizierte **Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeuten** zu erbringen sind. Das Kostenerstattungsverfahren lässt diesbezüglich nur Abweichungen vom Sachleistungsprinzip in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht sind. Dies erfordert hier indessen grds. nicht, dass in Bezug auf die ambulante neuropsychologische Therapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung wegen der noch ausstehenden Umsetzung in EBM-Gebührenordnungspositionen von dem Erfordernis der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung des in Anspruch genommenen Arztes bzw. Psychotherapeuten befreit werden müsste.

Folglich steht auch zu erwarten, dass sich **einige Krankenkassen**, mit denen direkt abzurechen ist, genau auf diesen Standpunkt stellen und **eine Kostenerstattung ablehnen, soweit die Therapie nicht durch einen entsprechend qualifizierten Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut erbracht wird**. Deshalb ist auch trotz der Vergütung im Kostenerstattungsverfahren eine Sonderbedarfszulassung nötig.

3.3. Hinzu kommt, dass der statusbegründende Zulassungsakt wegen Sonderbedarfs nicht unmittelbar zur Erbringung und Abrechnung der ambulanten neuropsychologischen Therapie berechtigt, sondern hierfür zusätzlich und dem Zulassungsverfahren vor dem Zulassungsausschuss nachfolgend, eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erfordert. **Über die Frage der Zulassung und der Abrechnung wird folglich in institutionell getrennten, nacheinander geschalteten Verfahren entschieden.** Die Fragen der Zulassung und Abrechnung stellen folglich nicht nur rechtlich unterschiedliche Verfahrensgegenstände dar, über die unterschiedliche Hoheitsträger aufgrund unterschiedlicher Verfahrensregelungen zu entscheiden haben. Die institutionelle Trennung bedeutet auch faktisch, dass die Durchführung der beiden Verfahren Zeit in Anspruch nehmen wird, in dessen Verlauf mit der Umsetzung in abrechnungsfähige und punktmäßige bewertete Leistungen unserer Ansicht nach gerechnet werden darf.

Die Antragsbegründung sollte hieran anschließend mit einer Zusammenfassung des Prüfungsergebnisses enden, die etwa lauten könnte:

Im **Gesamtergebnis** bleibt somit festzuhalten, dass der Ast. einen Anspruch auf die begehrte Sonderbedarfszulassung hat. Die Voraussetzungen für eine Zulassung im Wege eines besonderen Versorgungsbedarfs nach §§ 101 Absatz 1 Nr. 3 SGB V i. V. m. § 24 Satz 1 b) BedarfsplRL-Ä liegen vor. Bei der ambulanten neuropsychologischen Diagnostik und Therapie handelt es sich um Leistungen qualifizierten Inhalts, die einen eigenständigen, speziellen Versorgungsangebot zuzuordnen sind und damit einen Schwerpunkt im Sinne des § 24 Satz 1 b) BedarfsplRL-Ä darstellen. Die fachlichen Anforderungen zur ambulanten neuropsychologischen Leistungserbringung § 6 Absatz 2 des Beschlusses des G-BA werden vom Ast. erfüllt. Die ambulante neuropsychologische Diagnostik und Therapie steht in dem betroffenen Planungsbereich zudem nicht ausreichend zur Verfügung. Der analysierte und nicht gedeckte Versorgungsbedarf ist für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis zweifellos ausreichend und wird auch dauerhaft bestehen. Dass der Bewertungsausschuss noch nicht die Aufnahme neuropsychologischer Gebührenordnungspositionen in den EBM beschlossen hat, steht einer Erteilung der beantragten Sonderbedarfszulassung nicht entgegen.

III. Antrag beim Zulassungsausschuss

1. Der Antrag ist gemäß § 18 Absatz 1 Ärzte-ZV **schriftlich** an den zuständigen Zulassungsausschuss zu richten. Da die Zulassung nach § 24 Absatz 1 Ärzte-ZV für den Ort der in Aussicht genommenen Niederlassung erfolgt, ist gemäß § 96 Absatz 1 SGB V i.V.m § 11 Absatz 1 Ärzte-ZV derjenige Zulassungsausschuss **örtlich zuständig**, in dessen Zulassungsbezirk der Vertragsarztsitz gelegen ist bzw. liegen soll. Maßgeblich ist die konkrete Praxisanschrift, die in dem Antrag gemäß § 18 Absatz 1 Ärzte-ZV angegeben werden muss.

2. Nach § 18 Absatz 1 Ärzte-ZV ist auch anzugeben, unter welcher Arzt- bzw. Berufsbezeichnung die Zulassung beantragt wird. Soweit nur ein hälftiger Versorgungauftrag gemäß § 19a Abs. 2 Satz 1 Ärzte-ZV angestrebt wird, so ist dies ebenfalls im Antrag anzugeben. In diesem Fall wird auch die wirtschaftliche Tragfähigkeit nur unter dem Aspekt eines bloß hälftigen Versorgungsauftrages geprüft. Dem Antrag sind des Weiteren folgende **Unterlagen, Auszüge und Bescheinigungen** beizufügen:

2.1. Beizufügen ist ein Auszug aus dem Arzt- bzw. Psychotherapeutenregister, dem sich der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung und gegebenenfalls der Tag der

Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Facharzt-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung entnehmen lässt.

2.2. Ebenfalls beizufügen sind Zeugnisse, Beurteilungen, und Arbeitsbescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeiten. In diesem Rahmen sind insbesondere die Befähigung in einem Verfahren nach § 13 der Psychotherapie-Richtlinie und die neuropsychologische Zusatzqualifikation zu belegen.

2.3. Darüber hinaus ist ein polizeiliches Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Absatz 5 BZRG zu beantragen. Der Antrag ist bei der Meldebehörde zu stellen. Zur Übersendung ist die Anschrift des Zulassungsausschusses anzugeben. In dem Antrag auf Sonderbedarfszulassung ist folglich nur unter Angabe des Datums zu bestätigen, dass ein Führungszeugnis bei der Meldebehörde beantragt wurde.

2.4. Ferner sind folgende Unterlagen beizufügen,

- ein unterschriebener und aktuell datierter Lebenslauf,
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Ast. bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung entnehmen lassen,
- eine Erklärung über die im Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses, und
- eine Erklärung des Ast., ob er drogen- und alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

Die zuständigen Zulassungsausschüsse halten in der Regel entsprechende Antragsformulare bereit, auf die zurückgegriffen werden kann. Diesen Formularen wird sich ggf. auch entnehmen lassen, welche Unteralgen zwingend im Original einzureichen sind und bei welchen die Vorlage in Kopie genügt. Die entsprechende Verwaltungspraxis ist in dieser Hinsicht nicht einheitlich. § 18 Absatz 3 Ärzte-ZV

sieht diesbezüglich allerdings vor, dass anstelle der Originale nur amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden können.

Zu beachten ist, dass für die Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Tätigkeiten sowie für die Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Ast. bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, § 18 Absatz 4 Ärzte-ZV vorsieht, dass der nachzuweisende Sachverhalt auch anders glaubhaft gemacht werden kann. Dies ist insbesondere bei einer vorausgehenden privatärztlichen Tätigkeit von Bedeutung, da sich der Ast. diese Tätigkeit natürlich nicht selbst bescheinigen kann.