

## **Beschlussentwurf zur Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 14.11.2012**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 11.12.2012**

## Inhaltsverzeichnis

<b>A. Vorbemerkung.....</b>	<b>3</b>
<b>B. Zusammenfassung .....</b>	<b>5</b>
<b>C. Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung.....</b>	<b>8</b>
<b>I. Planungsbereiche .....</b>	<b>8</b>
1. Raumgliederung gewährleistet keine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung.....	9
2. Kombination zweier BBSR-Modelle problematisch.....	9
<b>II. Allgemeine Verhältniszahlen.....</b>	<b>12</b>
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
<b>III. Sicherung des aktuellen Versorgungsniveaus.....</b>	<b>23</b>
<b>IV. Demografiefaktor .....</b>	<b>25</b>
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
<b>V. Bedarfsindex .....</b>	<b>31</b>
<b>VI. Zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten nicht über 10 Jahre         strecken .....</b>	<b>32</b>
<b>E. Besonderer Versorgungsbedarf .....</b>	<b>34</b>
<b>I. Barrierefreiheit.....</b>	<b>34</b>
<b>II. Sonderbedarf .....</b>	<b>35</b>
1. Nichteinhalten vereinbarter Wartezeiten .....	35
2. Versorgungsbedarf mit muttersprachlicher Psychotherapie .....	35
<b>III. Mindestversorgungsanteile.....</b>	<b>37</b>
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
<b>F. Anstellung und Jobsharing .....</b>	<b>39</b>
<b>I. Anstellungen und Jobsharing ermöglichen.....</b>	<b>39</b>
<b>II. Leistungsbeschränkung für antrags- und genehmigungspflichtige         Psychotherapie .....</b>	<b>41</b>

## 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 km<sup>2</sup>.

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 Großstadtreionen“ 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	<b>5.166</b>

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 Psychotherapeutenplätze 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) <sup>1</sup>Endet 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. <sup>2</sup>Der Zulassungsausschuss hat nach Maßgabe der Feststellung des Landesausschusses die Zulassung zu erteilen. <sup>3</sup>Abweichend von Satz 1 kann sich die Feststellung aus Versorgungsgründen auf einen anderen Planungsbereich beziehen. <sup>4</sup>Sätze 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](http://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, 2011<sup>1</sup>). Abrechnungsdaten einer KV zeigen in der Altersgruppe von über 70-Jährigen sogar die im Vergleich zu anderen Altersgruppen höchste Prävalenz von Depressionen (Ultes-Kaiser, 2010<sup>2</sup>). 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-

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 verknüpft 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.