

Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL): Einbeziehung der ermächtigten Ärzte und Einrichtungen in die Bedarfsplanung (§ 22 BPL-RL)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
20.01.2014**

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	3
2.	Anrechnung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad	4
3.	Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten	5
3.1.	Vorschlag von KBV und Patientenvertretung.....	5
3.2.	Der Vorschlag der DKG	8
3.3.	Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes.....	8

1. Einleitung

Ermächtigungsgrundlage für die beabsichtigte Regelung ist § 101 Absatz 1 Nummer 2b SGB V. Danach sollen die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass dies nicht nur auf ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten zutreffen soll, sondern auch auf solche, die in ermächtigten Einrichtungen tätig sind. Die Berücksichtigung soll nur erfolgen, soweit der Leistungsumfang in der vertragsärztlichen Versorgung betroffen ist. Außerdem weist der Gesetzgeber ausdrücklich darauf hin, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festzulegen hat, unter welchen Voraussetzungen Leistungserbringer bei der Berechnung unberücksichtigt bleiben können, weil sie vertragsärztliche Leistungen nur in einem vernachlässigbaren Umfang erbringen (BT-Drs. 17/6906, Seite 73).

Die Entwürfe sind daran zu messen, inwieweit sie dem Sinn und Zweck der Norm sowie dem Willen des Gesetzgebers am besten nachkommen. Am ehesten geeignet zur Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Patientenvertretung. Er stellt sicher, dass eine Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfolgt, soweit sie auch tatsächlich Leistungen erbringen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt hier lediglich eine klarstellende Formulierung im Beschluss in Bezug auf die ermächtigten Einrichtungen nach § 117 SGB V vor, die der Forschung, Lehre und Ausbildung dienen.

Der Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) ist deshalb aus Sicht der BPTK ungeeignet, weil er pauschale Anrechnungen auf den Versorgungsgrad vorsieht. Diese hätten zum einen eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad zur Folge, die über den vertragsärztlichen Leistungsumfang der in den Einrichtung Tätigen hinausginge, und würden zum anderen so pauschal erfolgen, dass sie die Versorgungrealität nicht annähernd berücksichtigen würden.

Bedenklich beim Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes ist die volle Anrechnung von Ärzten und Psychotherapeuten in Einrichtungen auch dann, wenn die Einrichtungen keine Leistungen erbringen, die so in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung vorgesehen sind. Erfasst würden auch Einrichtungen, die ein ergänzendes Angebot für Patientengruppen vorhalten, die gerade nicht in der „regulären“ vertragsärztlichen Versorgung ausreichend versorgt werden (können). Darüber hinaus ist eine Staffelung von 0,1 Versorgungsaufträgen ein hoher bürokratischer Aufwand, dem kein angemessener Nutzen gegenübersteht. Zudem normiert der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes Informationspflichten in Form einer Selbstausskunft, deren Bürokratiekosten nicht ermittelt worden sind.

Die BPtK spricht sich daher dafür aus, den Vorschlag von KBV und Patientenvertretung mit einer klarstellenden Formulierung im Beschluss zu verabschieden.

2. Anrechnung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad

Der Vorschlag von KBV und Patientenvertretung sowie der Vorschlag der DKG setzen die Regelung zur Anrechnung in Übereinstimmung mit den nach dem Zulassungsrecht vorgesehenen vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen um. Ermächtigte Ärzte und ermächtigte Psychotherapeuten werden danach entweder in einem vollen oder in einem hälftigen Umfang des Versorgungsauftrags angerechnet. Soweit eine Ermächtigung personenbezogen ausgesprochen wird, erfolgt die Berücksichtigung wie bei Zulassungen nach vollen oder hälftigen Versorgungsaufträgen, bei denen es keine weitere Differenzierung hinsichtlich des Umfangs gibt.

Insofern überzeugt der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes nicht, „alle anderen ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten“ in 0,1er Schritten auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Zunächst stellt sich unabhängig davon, ob es dafür überhaupt einen Anwendungsbereich gibt (eine Ermächtigung im Umfang von 0,1 Versorgungsaufträgen ist zumindest der BPtK nicht bekannt), die Frage, ob es sich bei einem Umfang von 0,1 nicht bereits um einen vernachlässigbaren Umfang handelt, der nach dem Willen des Gesetzgebers gerade nicht angerechnet werden soll. Darüber hinaus ist dies mit

einem hohen bürokratischen Aufwand verbunden. Es müsste ermittelt werden, in welchem Umfang der Ermächtigte vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Leistungen erbringt. Dieser Umfang müsste dann in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt werden, um die Höhe der Anrechnung zu ermitteln. Dabei müsste höchst differenziert vorgegangen werden, da bereits bei einer wöchentlichen Tätigkeit von zwei „Sprechstunden“ jeweils eine höhere Anrechnung auf den Versorgungsgrad erfolgen würde.

3. Anrechnung von in ermächtigten Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten

Die Vorschläge sind vor dem Hintergrund der bereits ausgeführten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage zu beurteilen. Danach erfüllt der Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung die gesetzlichen Anforderungen am ehesten.

3.1. Vorschlag von KBV und Patientenvertretung

Der vorgeschlagene § 22 Absatz 2 SGB V stellt sicher, dass in ermächtigten Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten angerechnet werden, allerdings auch nur insoweit, als sie „wie ein Vertragsarzt“ an der Versorgung teilnehmen und somit ihre Leistungen mit denen eines Vertragsarztes vergleichbar sind.

Dies ist deshalb entscheidend, da eine Anrechnung auf den Versorgungsgrad die Zahl der Zulassungsmöglichkeiten reduziert bzw. reduzieren kann. Die Versorgung soll durch die Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten aber nicht verschlechtert werden. Es soll lediglich sichergestellt werden, dass in der Bedarfsplanung diese dann auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn sie die Patienten so versorgen, wie es ansonsten ein Vertragsarzt oder ein Vertragspsychotherapeut tun würde. Denn dieser muss dann in der Konsequenz nicht (zusätzlich) zugelassen werden.

Dabei ist auch zu beachten, dass in die Bedarfsplanung die bereits vorhandenen Einrichtungen bei der Ermittlung der SOLL-Zahl der jeweiligen Arztgruppe nicht eingeflossen sind. Werden sie jetzt bei Berechnung des Versorgungsgrades einseitig auf der

IST-Seite berücksichtigt, führt dies zu einer Verzerrung. Es wird ein höherer Versorgungsgrad erreicht, da die Allgemeinen Verhältniszahlen ohne diese Einrichtungen berechnet werden, die Einrichtungen jetzt aber auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Dies erfordert es sicherzustellen, dass nur diejenigen Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen berücksichtigt werden, die bildlich gesprochen einen Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten ersetzen und nicht etwa einen anderen Versorgungsbedarf decken.

Über die Anknüpfung der Anrechnung an den Facharztstatus ist im Vorschlag der KBV und der Patientenvertretung klargestellt, dass nicht etwa Assistenzärzte oder Teilnehmer einer psychotherapeutischen Ausbildung auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Deren Tätigkeit entspricht nicht der eines Vertragsarztes.

Durch Ziffer 2 ist sichergestellt, dass nicht etwa Fachärzte oder Psychotherapeuten in einer Einrichtung allein deshalb auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, weil sie dort tätig sind. Vielmehr ist erforderlich, dass sie fachgebietspezifisch das Versorgungsspektrum abdecken müssen. Damit ist ausgeschlossen, dass beispielsweise ein Psychotherapeut in einer Einrichtung, der nicht versorgt, sondern mit Aufgaben der Supervision und Lehre beschäftigt ist, fälschlicherweise auf den Versorgungsgrad angerechnet wird.

Ziffer 3 stellt klar, dass nicht Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen auf den Versorgungsgrad angerechnet werden, wenn die Einrichtung gar nicht zur „regulären“ vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt ist, sondern zur Versorgung eines spezifischen Personenkreises. So sind beispielsweise Psychiatrische Institutsambulanzen ermächtigt, einen spezifischen Personenkreis zu versorgen, der aufgrund der Art, Schwere, Dauer oder Komplexität der Erkrankung nicht bestmöglich in der regulären vertragsärztlichen Versorgung versorgt werden könnte. Würden in diesen Einrichtungen tätige Ärzte und Psychotherapeuten auf den Versorgungsgrad angerechnet, so würden der vertragsärztlichen Versorgung notwendige Behandlungsplätze entzogen, ohne dass dem ein entsprechendes Angebot gegenüberstünde. Die Beschränkung der Anrechnung auf den vollen und hälftigen Versorgungsauftrag ermöglicht eine einfache Ermittlung des Anrechnungsfaktors und schließt zugleich aus, dass vertragsärztliche

Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang auf den Versorgungsgrad angerechnet werden. Sie stellt auch sicher, dass sich hinsichtlich des Umfangs der Anrechnung kein Unterschied zwischen ermächtigten Einzelpersonen und in ermächtigten Einrichtungen Tätigen ergibt.

In den Tragenden Gründen führt der Vorschlag zu Recht aus, dass Einrichtungen nach § 117 SGB V der Forschung und Lehre dienen. Dort tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden daher nach dem Vorschlag konsequenterweise nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet. Um eine einheitliche Anwendung der Norm sicherzustellen, sollte diesbezüglich jedoch eine Klarstellung erfolgen. Der Wortlaut der Norm nimmt Einrichtungen aus, die ausschließlich der Forschung und Lehre dienen. Das könnte die Frage aufwerfen, inwieweit die Einrichtungen nach § 117 SGB V nicht auch Aufgaben neben Forschung und Lehre wahrnehmen. Vor allem aber stellt sich die Frage, ob die Verwendung des Terminus „Forschung und Lehre“ nicht eine Auslegung zur Folge haben könnte, die ausschließlich Hochschulambulanzen erfasst. Denn der Terminus „Forschung und Lehre“ wird – auch wenn es hier nicht so gemeint ist – häufig vor allem mit Universitäten in Verbindung gebracht. § 117 Absatz 2 SGB V erfasst aber gerade auch (private und öffentliche) Ausbildungsinstitute. Diese sollen nach dem Vorschlag der KBV zu Recht auch von einer Anrechnungsregelung ausgenommen werden. Zum großen Teil wird dies bereits unabhängig von der Einschränkung auf Einrichtungen, die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen, durch die Ziffern 1 und 2 des § 22 Absatz 2 SGB V berücksichtigt. Um jedoch eine nicht beabsichtigte Auslegung auszuschließen, schlägt die BPTK vor, an den § 22 Absatz 2 in Form des Vorschlags der KBV und der Patientenvertretung folgenden Satz 3 anzufügen:

„In Einrichtungen nach § 117 Absätze 1 und 2 SGB V tätige Ärzte und Psychotherapeuten werden abweichend von Satz 1 und Satz 2 nicht auf den Versorgungsgrad angerechnet.“

Dann könnte auch der Einschub in Satz 1 „die nicht ausschließlich der Forschung und Lehre dienen“ entfallen.

3.2. Der Vorschlag der DKG

Der Vorschlag sieht eine anhand der Fallzahlen ermittelte Anrechnung in Schritten von jeweils einem Viertel Versorgungsauftrag vor, soweit es sich um eine ambulante Behandlung nach § 116a SGB V handelt. Besonders bedenklich ist die pauschale Anrechnung von Psychiatrischen Institutsambulanzen mit dem Anrechnungsfaktor 0,3 je Einrichtung. Dies ist insofern nachvollziehbar, als dass Psychiatrische Institutsambulanzen im Rahmen eines speziellen Versorgungsauftrags tätig sind und Ärzte und Psychotherapeuten in diesen Einrichtungen daher gerade nicht wie Vertragsärzte versorgen. Dieses Argument legt es aber nahe, dem Vorschlag von KBV und Patientenvertretung zu folgen und die dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auch nicht anteilig auf den Versorgungsgrad anzurechnen. Ansonsten gibt es keinerlei Anhaltspunkte, dass die Höhe des Anrechnungsfaktors in irgendeiner Weise dem Versorgungsgrad entspricht. Problematisch scheint darüber hinaus, dass die Anrechnung unabhängig von der Größe der Einrichtung und der Anzahl der dort tätigen Ärzte und Psychotherapeuten mit dem Faktor 0,3 erfolgt.

3.3. Der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes

Um an das eben Gesagte anzuknüpfen, erscheint zunächst problematisch, dass auch hier eine Anrechnung von in Einrichtungen tätigen Ärzten und Psychotherapeuten erfolgen soll, die nicht wie Vertragsärzte versorgen, sondern zur Versorgung einer spezifischen Patientengruppe dienen.

Darüber hinaus erscheint der Umfang der Anrechnung in Höhe von 0,1 Vollzeitäquivalenten viel zu kleinteilig. Dieser soll anhand eines Umfangs von 20 Sprechstunden ermittelt werden. Dies bedeutet bei einem angestellten Arzt oder Psychotherapeuten, dass seine Wochenarbeitszeit zunächst in Sprechstunden umgerechnet werden müsste. Bei einer regulären Arbeitszeit von beispielsweise 40 Wochenstunden würde sich die Frage stellen, wie eine Tätigkeit von vier Stunden pro Woche anzurechnen wäre. Müssten die vier Stunden in das Verhältnis zu 20 Sprechstunden gesetzt oder müssten vielmehr die 40 Arbeitsstunden in Sprechstunden umgerechnet und dann anteilig ermittelt werden? Darüber hinaus widerspricht eine Anrechnung in Höhe eines Faktors von 0,1 dem Willen des Gesetzgebers, nach dem Tätigkeiten in einem vernachlässigbaren Umfang gerade nicht angerechnet werden sollen.

Zudem normiert der Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes in § 22 Absatz 2 Satz 3 SGV V ausdrücklich eine Informationspflicht. Danach soll die Abarbeitung des Kriterienkatalogs auf Basis einer „Selbstauskunft der betreffenden Einrichtung“ erfolgen. Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um den klassischen Fall einer Informationspflicht im Sinne von § 2 Absatz 2 Satz 2 NKRK (Gesetz zur Einsetzung eines Nationalen Normenkontrollrates) i. V. m. § 5a Absatz 1 Satz 1 der Verfahrensordnung. Danach sind Informationspflichten, die „aufgrund von Gesetz, Rechtsverordnung, Satzung oder Verwaltungsvorschrift bestehende Verpflichtungen, Daten und sonstige Informationen für Behörden oder Dritte zu beschaffen, verfügbar zu halten oder zu übermitteln“. Bei einer Selbstauskunft handelt es sich um eine Information für Behörden, die übermittelt werden muss. Es handelt sich bei ermächtigten Einrichtungen auch um im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tätige Leistungserbringer. Sofern erscheint die Aussage unter 4. in den Tragenden Gründen, dass der Beschluss keine Regelungen mit Informationspflichten für Leistungserbringer enthält, zumindest in Bezug auf den Vorschlag des GKV-Spitzenverbandes fraglich.

Sollte es sich hierbei nicht um die Normierung einer Verpflichtung zur Selbstauskunft handeln, so wäre die Regelung des GKV-Spitzenverbandes ohnehin ungeeignet. Denn die Anrechnung des Versorgungsgrades kann nicht davon abhängig gemacht werden, ob eine Einrichtung bereit ist, eine entsprechende Selbstauskunft freiwillig zu erteilen. Aus Sicht der BPTK wäre daher der Beschluss in Form des Vorschlags des GKV-Spitzenverbandes vor Ermittlung der damit verbundenen Bürokratiekosten ohnehin nicht verabschiedungsfähig. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass die beiden anderen Vorschläge zum einen keine ausdrückliche Selbstauskunft vorsehen, zum anderen die Schritte jedoch so gefasst sind, dass eine dazu gegebenenfalls notwendige Auskunft allenfalls mit zu vernachlässigendem Aufwand verbunden wäre. Eine Ermittlung des jeweiligen anzurechnenden Anteils in 0,1er Schritten anhand von den Einrichtungen regelmäßig vorgesehenen Sprechstunden als Vollzeitäquivalent ist jedenfalls mit einem so hohen Aufwand verbunden, dass es sich nicht um eine zu vernachlässigende Informationspflicht handelt.