

Stellungnahme

---

Richtlinienentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung

---

**[18.04.2019]**

## Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Zusammenfassung .....</b>                                                                                       | <b>4</b>  |
| <b>2. Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor .....</b>                                       | <b>5</b>  |
| 2.1 Einführung eines Morbiditätsfaktors.....                                                                          | 5         |
| • Limitationen von Abrechnungsdaten zur Abbildung von Morbidität .....                                                | 5         |
| • Bedarfsindex zur Abbildung von Morbidität: § 9 Absatz 4 .....                                                       | 6         |
| • Arztgruppenspezifische Lösung für Psychotherapeuten .....                                                           | 8         |
| 2.2 Ermittlung des Morbiditätsfaktors .....                                                                           | 8         |
| • Zeitbezug zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren: § 9 Absatz 2, 3 und 4 .....                                  | 8         |
| • Ermittlung des Leistungsbedarfs innerhalb einzelner Arztgruppen: § 9 Absatz 2 .....                                 | 9         |
| • Einteilung der Morbiditätsgruppen in erhöht morbide/durchschnittlich morbide: § 9 Absatz 3 .....                    | 10        |
| • Ermittlung des Leistungsbedarfs in Punkten/Euro: § 9 Absatz 4 .....                                                 | 13        |
| • Zeitliche Begrenzung des Morbiditätsfaktors: § 9 Absatz 8 .....                                                     | 14        |
| <b>3. Anpassung der Verhältniszahlen: Allgemeine fachärztliche Versorgung .....</b>                                   | <b>14</b> |
| 3.1 Starke Spreizung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Versorgung.....                                | 14        |
| • Morbiditätsstruktur widerspricht aktueller Spreizung der Verhältniszahlen .....                                     | 16        |
| • Mitversorgungsbeziehungen widersprechen dem Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen ..... | 16        |
| • Vorschläge zur Reduzierung der Spreizung .....                                                                      | 18        |
| 3.2 Ausreichende psychotherapeutische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4 .....                                   | 19        |
| • Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu lang .....                                                  | 19        |
| • Fehler der bisherigen Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten.....                                  | 20        |
| • Gutachten belegt fehlende Niederlassungsmöglichkeiten .....                                                         | 21        |
| • Gestiegene Inanspruchnahme berücksichtigen .....                                                                    | 22        |
| 3.3 Möglichkeiten zur kleinräumigen Planung .....                                                                     | 24        |
| 3.4 Psychiatrische Versorgung.....                                                                                    | 26        |
| • Ausreichende psychiatrische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4.....                                            | 26        |
| • Quotierungen in der Arztgruppe der Nervenärzte: § 12 Absatz 5 .....                                                 | 26        |
| • Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen: § 25a.....                                                   | 27        |
| <b>4. Vorgaben zur Erreichbarkeit .....</b>                                                                           | <b>27</b> |

**5. Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen –  
Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage ..... 30**

## 1. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt ausdrücklich, dass mit dem vorliegenden Richtlinien-Entwurf auch eine Anpassung der Verhältniszahlen für die Gruppe der Psychotherapeuten adressiert wird. Eine angemessene Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung ist eine unabdingbare Voraussetzung dafür, dass psychisch kranke Menschen zeitnah versorgt werden können.

Die aktuelle Bedarfsplanung sieht in städtischen und ländlichen Regionen stark unterschiedliche Versorgungsdichten in den Arztgruppen der Psychotherapeuten und Nervenärzte vor. Damit einher geht eine unzureichende Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen insbesondere außerhalb der Großstädte, die sich beispielsweise in monatelangen Wartezeiten auf eine ambulante Behandlung zeigt. Diese besonders große Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten wurde auch durch das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung<sup>1</sup> hervorgehoben. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass deutschlandweit rund 2.400 psychotherapeutische Praxen fehlen. Der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie der Patienten- und Ländervertreter trägt dem Rechnung und beinhaltet eine Anpassung der Verhältniszahlen, die zumindest die unverhältnismäßig schlechtere psychotherapeutische Versorgung außerhalb der Großstädte so korrigiert, dass die Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 auf das im Verhältnis zu Kreistyp 1 sonst übliche Niveau der fachärztlichen Versorgung angehoben werden.

Neben den starken Unterschieden bezüglich der vorgesehenen Versorgungsdichten in städtischen und ländlichen Regionen für die psychotherapeutische Versorgung, liegen dem Niveau der Verhältniszahlen in allen Kreistypen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundsätzliche Fehler zugrunde. Die BPtK schlägt vor, diese Fehler insoweit zu korrigieren, als dass die in den letzten 20 Jahren um etwa 20 Prozent gestiegene Inanspruchnahme bzw. Bereitschaft, sich wegen psychischer Erkrankungen professionelle Hilfe zu holen, bei der Festlegung der Verhältniszahlen berücksichtigt werden.

Keinerlei Änderungen an den Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten vorzunehmen, wie es von Seiten des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) vorgeschlagen wird, ist angesichts der monatelangen Wartezeiten auf einen Therapieplatz für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine unter Versorgungsgesichtspunkten nicht nachvollziehbare Haltung.

---

<sup>1</sup> Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Die BPtK wird sich in ihrer Stellungnahme im Folgenden auf den Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen konzentrieren.

## **2. Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Morbiditätsfaktor**

### **2.1 Einführung eines Morbiditätsfaktors**

Die vorgeschlagene arztgruppen- und planungsbereichsbezogene Modifikation der Verhältniszahlen anhand eines Morbiditätsfaktors ist gegenüber dem bisher angewandten Demografiefaktor grundsätzlich geeignet, die Morbidität der Bevölkerung differenzierter zu berücksichtigen und ermöglicht eine zielgenauere Abbildung regionaler Bedarfe in der Bedarfsplanung. Mit der Einführung eines Morbiditätsfaktors wird dem gesetzlichen Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz Rechnung getragen, zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung die Verhältniszahlen insbesondere unter Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur, zusätzlich zur demografischen Entwicklung, anzupassen.

Der Beschlussentwurf sieht vor, den Morbiditätsfaktor anhand von Abrechnungsdaten zu ermitteln und dabei, entgegen dem im Gutachten zur Weiterentwicklung vorgeschlagenen regressionsbasierten Ansatz, einen „zellen-basierten Ansatz“ zu wählen. Damit soll insbesondere ein zu starker Anstieg an Komplexität und der entsprechend höhere Aufwand bei der Berechnung der arztgruppen- und planungsbereichsbezogenen modifizierten Verhältniszahlen vermieden werden, der mit einem regressionsbasierten Ansatz verbunden wäre. Dabei werden anhand von vier Altersgruppen, zwei Geschlechtern und zwei Ausprägungen des Morbiditätsgrades insgesamt 16 Morbiditätsgruppen (Differenzierungsgruppen) gebildet, um die regionalen Besonderheiten im Leistungsbedarf im Vergleich zum arztgruppenbezogenen Bundesdurchschnitt zu ermitteln.

- **Limitationen von Abrechnungsdaten zur Abbildung von Morbidität**

Wenngleich das vorgeschlagene Konzept des Morbiditätsfaktors im Vergleich zum bisherigen Demografiefaktor eine bessere Abbildung der regionalen Unterschiede im Versorgungsbedarf über die gesamte Versichertenpopulation zu leisten vermag, bleibt das grundsätzliche Problem bestehen, dass die Ermittlung des Leistungsbedarfs anhand der in einer Arztgruppe erbrachten Leistungen erfolgen soll. Der Leistungsbedarf wird somit nicht über unabhängige externe Variablen, sondern über Abrechnungsdaten berechnet, die erheblich durch die Unterschiede in den ambulanten Versorgungsstrukturen mitgeprägt werden. GKV-SV und KBV verweisen in den Tragenden Gründen auf die möglichen Fehleinschätzungen der Morbidität u. a. aufgrund der Unterschiede in der Arztdichte und

halten dabei zugleich fest, dass dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) keine besseren verfügbaren Daten bekannt sind, die eine vergleichbare Differenzierung erlauben. Dieser Einschätzung ist mit Blick auf das gesamte Krankheitsspektrum in der ambulanten Versorgung sicherlich zuzustimmen. Allerdings ist insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das Heranziehen von Abrechnungsdaten mit einem besonders hohen Verzerrungsrisiko verbunden, da aufgrund der massiven Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den sechs Kreistypen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und den darüber hinausgehenden Unterschieden hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungsdichte in den Planungsbereichen, aber auch in den Teilbereichen der einzelnen Planungsbereiche, davon auszugehen ist, dass insbesondere in Regionen außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet eine geringe Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen nicht auf eine geringere Morbidität der Bevölkerung, sondern vielmehr auf den strukturellen Mangel an ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsangeboten zurückzuführen ist. Diese systematische Verzerrung, die den Abrechnungsdaten in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zugrunde liegt, führt dazu, dass die vorgesehene Berechnung des Leistungsbedarf für die 16 Morbiditätsgruppen auf Bundes- und regionaler Ebene nur sehr eingeschränkt eine geeignete Schätzung der Morbidität ist. Die tatsächlichen Morbiditätsunterschiede und damit der relative Mehr- oder Minderbedarf an psychotherapeutischer Versorgung werden dadurch weniger valide abgebildet. Darüber hinaus sind jedoch gerade für den Bereich der psychischen Erkrankungen bessere Daten verfügbar, die von diesem Endogenitätsproblem nicht betroffen sind.

- **Bedarfsindex zur Abbildung von Morbidität: § 9 Absatz 4**

Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten liegen mit den Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie)<sup>2</sup> bevölkerungsrepräsentative Daten vor, auf Basis derer eine systematische Berücksichtigung der Morbiditäts- und Sozialstruktur bei der regionalen Anpassung der Verhältniszahlen unabhängig von Abrechnungsdaten möglich ist und damit eine stärker an der tatsächlichen Morbidität orientierte Bedarfsplanung gelingen kann. Da die DEGS1-MH-Daten die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung in der psychotherapeutischen Be-

---

<sup>2</sup> Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

darfsplanung herangezogen werden. Die DEGS1-MH-Studie erfasst psychische Erkrankungen bei Erwachsenen, aus der BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts<sup>3</sup> liegen zusätzlich Ergebnisse zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor.

Wie eine Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur in der Bedarfsplanung gelingen kann, hat die BPtK in einem Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung dargelegt. Anhand der bevölkerungsrepräsentativen Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen der DEGS1-MH-Studie hat IGES in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Frank Jacobi<sup>4</sup> einen Bedarfsindex entwickelt, mit dem unter Zuhilfenahme von soziodemografischen Daten die Häufigkeit psychischer Erkrankungen (Ein-Jahres-Prävalenzrate) je Planungsbereich geschätzt werden kann. Ein Grundgedanke des IGES/Jacobi-Gutachtens ist es, dass sich über regionale Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen ein regionaler Mehr- oder Minderbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung ermitteln lässt. Diese regionalen Unterschiede ergeben sich vor allem dadurch, dass einzelne Personengruppen ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen haben. So ist das Risiko für eine psychische Erkrankung bei Frauen höher als bei Männern. Ältere Menschen (65 Jahre und älter) leiden seltener an einer psychischen Erkrankung als jüngere, insbesondere im Vergleich zu der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren. Auch arbeitslose Menschen haben ein höheres Risiko für psychische Erkrankungen als berufstätige. Dadurch ist zum Beispiel in Regionen mit besonders hoher Arbeitslosigkeit, einem höheren Anteil an jungen Menschen oder überdurchschnittlich vielen Frauen ein größerer Anteil der Bevölkerung von psychischen Erkrankungen betroffen. Dort, wo Menschen häufiger psychisch erkranken, bedarf es entsprechend mehr Psychotherapeutensitze – und umgekehrt. Die Zahl der zugelassenen Psychotherapeuten sollte deshalb regional so variieren, dass sie die Häufigkeit psychischer Erkrankungen systematisch berücksichtigt.

Der Vorteil des Bedarfsindex gegenüber dem aktuell vorgeschlagenen Morbiditätsfaktor ist, dass der ermittelte Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Morbidität zur Vorhersage von regionalem Mehr- oder Minderbedarf nicht dadurch verzerrt wird, ob Bevölkerungsgruppen mit einer bestimmten Morbiditäts- und Sozialstruktur vor dem Hintergrund der ambulanten Versorgungsstrukturen aktuell einen ausreichenden Zugang zur Versorgung haben. Stattdessen liegen die Informationen zur Schätzung des regionalen

---

<sup>3</sup> Klasen et al. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. Monatsschr Kinderheilkd, DOI 10.1007/s00112-017-0270-8

<sup>4</sup> IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abrufbar unter:  
[http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr\\_obj15660/IGES\\_Publikation\\_Psychotherapeutensitze\\_WEB\\_ger.pdf](http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15656/e15657/e15659/attr_obj15660/IGES_Publikation_Psychotherapeutensitze_WEB_ger.pdf).

Mehr- oder Minderbedarfs, unabhängig vom aktuellen Versorgungsangebot, auf Basis bevölkerungsrepräsentativer Erhebungen vor.

Die BPtK schlägt daher vor, § 9 Absatz 4 entsprechend zu ergänzen:

**„[...] <sup>4</sup>Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten wird der Leistungsbedarf auf Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Daten des Robert Koch-Instituts ermittelt.“**

- **Arztgruppenspezifische Lösung für Psychotherapeuten**

Vergleichbare bevölkerungsrepräsentative und das relevante Diagnosespektrum umfassende epidemiologische Daten liegen für andere Arztgruppen in dieser Form nicht vor. Dies sollte jedoch nicht dazu führen, dass diese Daten ungenutzt bleiben. Vielmehr sollten arztgruppenbezogen jeweils die besten verfügbaren Daten verwendet werden, um eine möglichst valide Schätzung des relativen regionalen Mehr- oder Minderbedarfs an ambulanten Versorgungsangeboten, gemessen in Arzt- bzw. Psychotherapeutensitzen, zu erreichen.

Mit dem Bedarfsindex, der vom IGES-Institut und Prof. Jacobi entwickelt wurde, liegt ein Konzept vor, mit dem der gesetzgeberische Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (2015) für eine gleichmäßigere und bedarfsgerechtere psychotherapeutische Versorgung unter Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur umgesetzt werden kann, ohne die bekannten Limitationen von Abrechnungsdaten in Kauf nehmen zu müssen.

## 2.2 Ermittlung des Morbiditätsfaktors

- **Zeitbezug zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren: § 9 Absatz 2, 3 und 4**

Der GKV-SV schlägt vor, den Leistungsbedarf je Morbiditätsgruppe auf Bundes- und Planungsbereichsebene jeweils auf Basis des gleichen Stichtags bzw. Zeitbezugs zu ermitteln. Begründet wird dies damit, dass so Verzerrungen von Diagnosehäufigkeiten ausgeglichen werden können, da Schwankungen im Zähler (Bund) und im Nenner (Region) gleichermaßen vorkommen.

Dieses Vorgehen würde jedoch dazu führen, dass sich dynamisch verändernde Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung in der Bedarfsplanung nicht mehr abbilden ließen. Die Ausweisung zusätzlicher Arztkapazitäten, die ggf. erforderlich wäre, um eine alternde und



zunehmend multimorbide Gesellschaft ausreichend zu versorgen, kann durch den Vorschlag des GKV-SV nicht abgebildet werden. Die vom GKV-SV vorgeschlagene Festsetzung von Stichtagen und Zeitbezügen bleibt damit hinter der aktuellen Anwendung des Demografiefaktors zurück, der bereits auf eine dynamische Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und damit einhergehende steigende Versorgungsbedarfe angelegt war. Die BPtK spricht sich dagegen aus, mit einer Reform der Bedarfsplanung eine auf die Zukunft ausgerichtete Strategie für eine langfristig angemessene Versorgung der Bevölkerung rückgängig zu machen.

Die BPtK befürwortet daher ausdrücklich die von der KBV vorgeschlagenen Stichtage und Zeitbezüge zur Ermittlung der Differenzierungsfaktoren in § 9 Absatz 2, 3 und 4, die einer dynamischen Entwicklung der Versorgungsbedarfe in der Bevölkerung systematisch Rechnung tragen.

- **Ermittlung des Leistungsbedarfs innerhalb einzelner Arztgruppen: § 9 Absatz 2**

Aktuell geplant ist, den Leistungsbedarf für die 16 Morbiditätsgruppen jeweils anhand von Abrechnungsdaten der KBV innerhalb einer Arztgruppe zu berechnen. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, bei denen in einigen Regionen ein besonders geringes Angebot besteht, ist das Heranziehen von abgerechneten Leistungen jedoch wenig geeignet, um die tatsächlich bestehende Morbidität abzubilden. Auch in den Tragenden Gründen zum Entwurf dieser Richtlinie wird mit Verweis auf das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung vermerkt, dass für die psychotherapeutische Versorgung kein Zusammenhang zwischen sozioökonomischen Indikatoren und (anhand von Abrechnungsdaten ermitteltem psychotherapeutischem) Versorgungsaufwand festgestellt werden kann. In bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts lassen sich dagegen deutliche Zusammenhänge zwischen sozioökonomischen Indikatoren und psychischer Morbidität ermitteln, wenn Verzerrungen durch die Inanspruchnahme von Leistungen, basierend auf Unterschieden in ambulanten Versorgungsstrukturen, ausgeschlossen werden können. Daraus lässt sich schließen, dass Abrechnungsdaten zur psychotherapeutischen Versorgung nur unzureichend geeignet sind, um planungsbereichsbezogen die psychische Morbidität und damit verbunden den Leistungsbedarf der Bevölkerung vorherzusagen.

Um dieser Fehleinschätzung entgegenzuwirken, ist es erforderlich, bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten den Leistungsbedarf nicht anhand des aktuellen psychotherapeutischen Leistungsgeschehens abzubilden, sondern einen akkurateren Schätzer für die tatsächliche psychische Morbidität einer Bevölkerungsgruppe zu verwenden. Falls dies anhand von Abrechnungsdaten erfolgen soll, ließe sich eine Verbesserung gegenüber dem

jetzt geplanten Modell dadurch erreichen, dass der Leistungsbedarf nicht über das Leistungsgeschehen innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten, sondern die kodierte Morbiditätslast psychischer Erkrankungen über alle Arztgruppen hinweg geschätzt wird. Entsprechend würden für die Berechnung des Leistungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Diagnosedaten aller an der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beteiligten Arztgruppen verwendet werden. Ein solches Vorgehen ist, im Unterschied zu anderen Arztgruppen, bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten leichter möglich, da sich die dem Bedarf zugrundeliegende Morbidität für diese Arztgruppe einer begrenzten Anzahl an ICD-10 Diagnosen zuordnen lässt.

Hierfür wäre § 9 Absatz 2 wie folgt zu ergänzen:

„[...] <sup>4</sup>Die Anpassung erfolgt mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der den Behandlungsaufwand der Morbiditätsgruppen innerhalb einer Arztgruppe widerspiegelt und die regionale Abweichung der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt entsprechend gewichtet. <sup>5</sup>**Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten erfolgt die Anpassung mit einem Leistungsbedarfsfaktor, der die von allen Arztgruppen kodierte psychische Morbidität widerspiegelt.** <sup>6</sup>**Berücksichtigt werden hierbei ausschließlich Diagnosen, die gemäß der Richtlinien des G-BA eine Indikation zur Anwendung von Psychotherapie bzw. der Neuropsychologischen Therapie sind.**

- **Einteilung der Morbiditätsgruppen in erhöht morbide/durchschnittlich morbide: § 9 Absatz 3**

Im vorliegenden Entwurf für die Bedarfsplanungs-Richtlinie besteht aktuell Dissens bezüglich der Bezeichnung der unterschiedlich stark belasteten Bevölkerungsgruppen. Der Gruppe der „erhöht morbiden“ Patienten wird von der KBV die Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ entgegengestellt. Letztere bezeichnet der GKV-SV als „nicht morbide“. Die zugrunde liegende Definition, die von allen Bänken geteilt wird, macht deutlich, dass es sich bei letztgenannter Gruppe mitnichten um eine nicht morbide Versichertengruppe handelt, sondern lediglich um eine Versichertengruppe, deren Morbiditätslast, gemessen an der Anzahl chronischer Krankheiten gemäß dem M2Q-Kriterium, unterhalb des Cut-Off-Kriteriums für „erhöht morbide“ liegt. Das Kriterium von sechs Krankheiten zur Bestimmung der von Multimorbidität betroffenen Versicherten ist dabei relativ hoch angesetzt. Die BPtK unterstützt daher ausdrücklich die Verwendung des Begriffs „durchschnittlich morbide“ zur Bezeichnung der Versichertengruppe unterhalb dieses Kriteriums für

Multimorbidität und wird diesen bei den folgenden Anmerkungen durchgängig verwenden.

Zur Einteilung der Versicherten in „erhöht morbide“ und „durchschnittlich morbide“ ist aktuell geplant, darauf abzustellen, ob innerhalb eines Jahres sechs oder mehr Krankheiten diagnostiziert worden sind. Abweichend vom Vorschlag des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, welcher auf die Krankheitsliste von Barnett et al. (2012) Bezug nimmt, werden in dem Beschlussentwurf, aus Gründen der Rechtssicherheit, die amtlichen Konzepte des Bundesversicherungsamtes (BVA) zugrunde gelegt. Dies gilt insbesondere für die Liste der Krankheiten sowie die Zuordnung der unterschiedlichen ICD-Codes zu den Krankheiten im jeweiligen Ausgleichsjahr. Darüber hinaus wird auch auf das sogenannte M2Q-Kriterium abgestellt, wonach im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eine Krankenkasse für einen Versicherten dann einen Zuschlag erhält, wenn bei diesem in mindestens zwei Quartalen eines Jahres eine gesicherte ambulante Diagnose (ICD-10 Code) kodiert worden ist, die derselben Morbiditätsgruppe zugeordnet ist. Dies erscheint aus Sicht der BPtK sachgerecht. Die Grundüberlegung im Morbi-RSA zielt auf die Abbildung schwerer und chronischer Erkrankungen ab, die prospektiv im darauffolgenden Jahr zu erhöhten Leistungsausgaben führen. Für die ambulanten Diagnosen wird dabei u. a. wegen der geringeren Diagnosequalität vorausgesetzt, dass diese Diagnose in mindestens zwei Quartalen eines Jahres als gesicherte Diagnose kodiert worden ist. Diese Quartale müssen dabei ausdrücklich nicht direkt aufeinander folgen, wie dies im Vorschlag des GKV-SV vorgesehen ist. Wenn nun im Weiteren auf eine erhöhte Morbidität im Sinne des Vorliegens von mindestens sechs Krankheiten abgestellt wird, widerspräche es der Logik des Morbi-RSA, diese nur dann anzunehmen, wenn in mindestens zwei Quartalen mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind. Vielmehr wäre als Kriterium festzulegen, dass für einen Versicherten innerhalb eines Jahres mindestens sechs Krankheiten kodiert worden sind und für jede dieser Krankheiten das sogenannte M2Q-Kriterium erfüllt ist. In diesem Sinne dürfte demnach nicht – wie in dem Beschlussentwurf vorgesehen – darauf abgestellt werden, ob für einen Versicherten zwei Quartale identifiziert werden können, in denen jeweils sechs identische Krankheiten kodiert wurden. Im Ergebnis mögen die damit verbundenen Abweichungen relativ gering ausfallen. Es ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum an dieser Stelle von den bewährten Konzepten des BVA abgewichen werden sollte.

Eine weitere Einschränkung des vorliegenden Vorschlags besteht darin, dass generisch für alle Arztgruppen auf dasselbe Konzept für erhöhte Morbidität zurückgegriffen werden soll. Aufgrund der Anforderung von sechs Krankheiten, die jeweils in mindestens zwei Quartalen in einem Jahr vorliegen müssen, ist davon auszugehen, dass dieses Kriterium

ganz überwiegend dann erfüllt wird, wenn eine erhebliche somatische Krankheitslast vorliegt. Das Kriterium wird daher ganz überwiegend ältere multimorbide Patienten als „erhöht morbide“ im Sinne des Morbiditätsfaktors kategorisieren. Der deutlich erhöhte psychotherapeutische Leistungsbedarf der Versichertengruppe mit erhöhter psychischer Morbidität könnte dagegen nur sehr unzureichend abgebildet werden, nicht zuletzt, weil die höchsten psychischen Morbiditätsraten vor allem in den jüngeren Altersgruppen vorzufinden sind. Aus Sicht der BPtK wäre daher für die Berechnung des Morbiditätsfaktors für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht auf die allgemein erhöhte Morbidität über alle Krankheiten hinweg abzustellen, sondern gezielt nur die psychischen Krankheiten zu berücksichtigen.

Nach den Daten des DEGS1-MH ist insbesondere bei Versicherten, bei denen mehrere komorbide psychische Störungen vorliegen, von einem mit der Zahl der Diagnosen steigenden Leistungsbedarf auszugehen.<sup>5</sup> Diese leiden nicht zwingend unter einer Vielzahl weiterer somatischer Krankheiten und würden insofern zu häufig das generische Kriterium der erhöhten Morbidität im Sinne von sechs Krankheiten nicht erfüllen. Stattdessen würden diese Versicherten anhand des geplanten Kriteriums in vielen Fällen trotz eines deutlich erhöhten psychotherapeutischen Leistungsbedarfs der Gruppe der „durchschnittlich morbiden“ zugeordnet werden.

Psychische Erkrankungen zeichnen sich oftmals durch ein besonders frühes Erkrankungsalter im Vergleich zu chronischen somatischen Erkrankungen aus. Gleichzeitig ist eine frühzeitige psychotherapeutische Behandlung von entscheidender Bedeutung, um einer Chronifizierung der Erkrankung und damit langjährigen persönlichen und ökonomischen Folgen entgegenzuwirken. Für eine angemessene Versorgung ist es daher zentral, dass regional dort mehr Psychotherapeuten zur Verfügung gestellt werden können, wo mehr Versicherte mit einer besonders hohen psychischen Morbidität leben. Mit der geplanten generischen Operationalisierung des Morbiditätsfaktors kann das für die psychotherapeutische Versorgung nicht ausreichend gewährleistet werden.

Es ist daher erforderlich, die Kategorisierung der erhöhten Morbidität spezifisch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu fassen. Vorbehaltlich einer weiteren empirischen Prüfung käme in Betracht, bei dieser Arztgruppe für die Einstufung als „erhöht morbide“ mindestens drei psychische Krankheiten zu fordern, für die zugleich das M2Q-Kriterium erfüllt ist.

---

<sup>5</sup> Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 289-303.

Die BPtK schlägt daher folgende Änderung in Anlage 4.1 vor (ausgehend vom Entwurf der KBV):

„[...] Ein Patient gilt demnach dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr ~~in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“)~~ mind. 6 Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden. ~~Berücksichtigt werden nur und je Krankheit in mind. 2 Quartalen (sogenanntes „M2Q-Kriterium“)~~ gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste ~~den Krankheiten der jeweiligen Krankheit~~ zugeordnet wurden, ~~in den ambulanten Abrechnungsdaten~~ kodiert ~~wurden nach ICD-10 2016) in den ambulanten Abrechnungsdaten.~~ Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gilt ein Patient dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mind. 3 psychische Krankheiten der BVA-Liste kodiert wurden und je Krankheit in mind. 2 Quartalen gesicherte Diagnosen (ICD-Codes nach ICD-10 2016), die in der BVA-Liste der jeweiligen Krankheit zugeordnet wurden, in den ambulanten Abrechnungsdaten kodiert wurden.“

Für eine wirksame Anwendung des Morbiditätsfaktors ist es zentral, dass die gewählten Faktoren zur Gruppierung der Versicherten jeweils eine möglichst trennscharfe Einteilung von Versicherten in Bezug auf ihren Leistungsbedarf aufgrund der Morbiditätslast ermöglichen. Nur so lässt sich anhand des Vergleichs von regionaler und Bundesebene in Bezug auf die einzelnen Morbiditätsgruppen ein tatsächlicher Mehr- oder Minderbedarf an Arztkapazitäten in einem Planungsbereich ableiten.

- **Ermittlung des Leistungsbedarfs in Punkten/Euro: § 9 Absatz 4**

Da regional festgelegte Ziffern grundsätzlich in Euro und nicht in Punkten bemessen werden, sollte auch der Leistungsbedarf in den 16 Morbiditätsgruppen auf dieser Basis berechnet werden. Eine Berechnung des Morbiditätsfaktors basierend auf Punktzahlen würde dagegen regionale Besonderheiten bei der Berechnung des Bundesschnitts unberücksichtigt lassen. Das könnte dazu führen, dass bundesweite Leistungsunterschiede in den 16 Morbiditätsgruppen durch regionale arztgruppenspezifische Besonderheiten verzerrt werden und nicht auf tatsächliche Leistungsunterschiede im Sinne eines unterschiedlichen Versorgungsbedarfs zurückgeführt werden könnten.

Die BPtK spricht sich daher für den von KBV, DKG und Patientenvertretern in § 9 Absatz 4 Satz 4 vorgeschlagenen Ansatz einer Berechnung der Leistungsbedarfsfaktoren in Euro aus.

- **Zeitliche Begrenzung des Morbiditätsfaktors: § 9 Absatz 8**

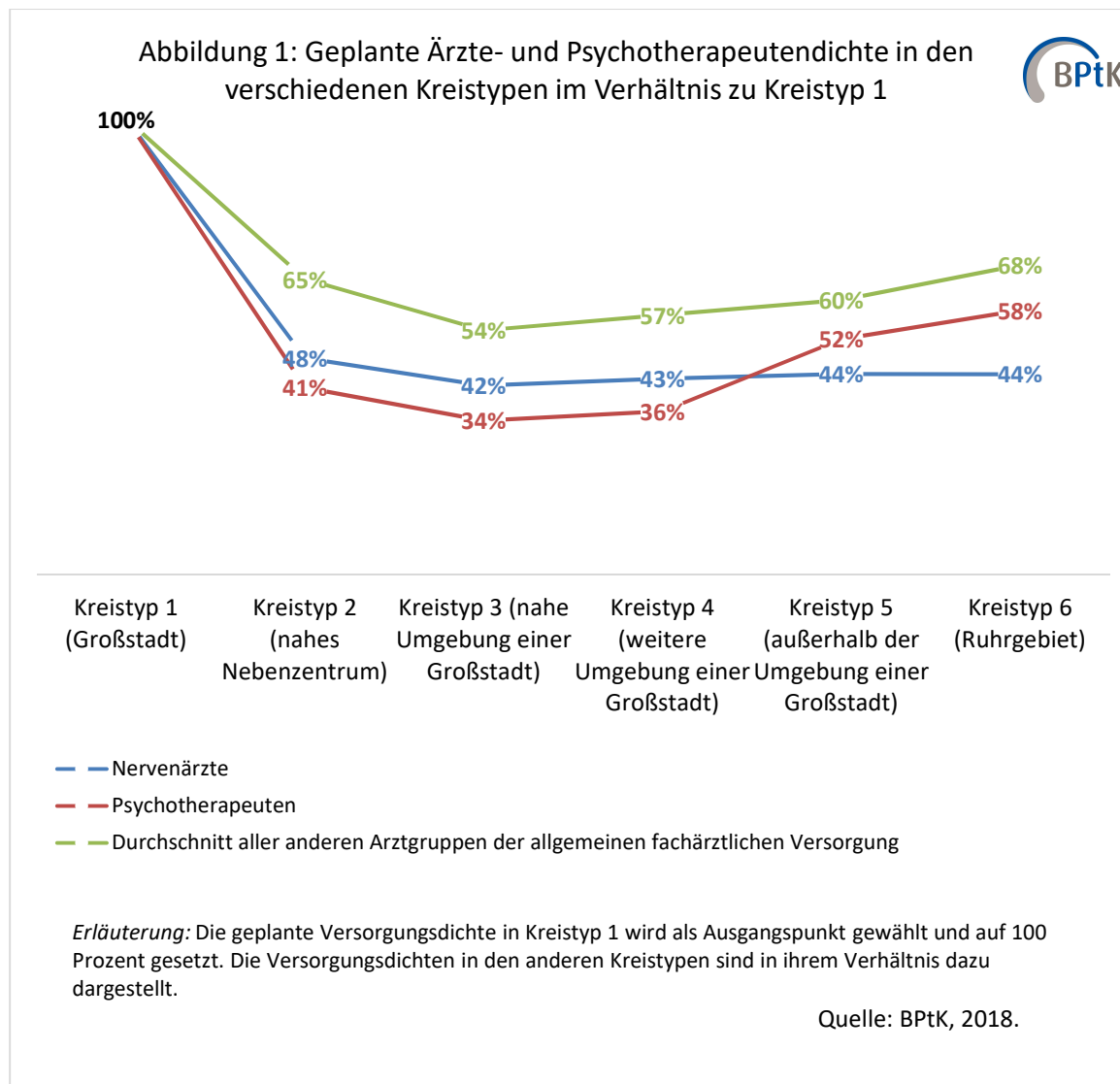
Mit dem Morbiditätsfaktor wird ein Element in die Bedarfsplanung eingeführt, mit dem bisher keine Erfahrungen auf regionaler oder Bundesebene bestehen. Gleichwohl handelt es sich beim Morbiditätsfaktor um eine Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung des Demografiefaktors, der zur regionalen Anpassung von Verhältniszahlen bereits seit mehreren Jahren als Element der Bedarfsplanung angewendet wird. Begrüßenswert ist bei der Einführung des Morbiditätsfaktors sicherlich die vom G-BA geplante enge Begleitung und ein Monitoring, welches frühzeitig Anhaltspunkte für ggf. notwendigen Anpassungsbedarf geben kann. Aus Sicht der BPtK leitet sich daraus jedoch nicht ab, dass die Anwendung des Morbiditätsfaktors, wie von GKV-SV vorgeschlagen, auf sechs Jahre begrenzt werden sollte. Die BPtK unterstützt daher den Vorschlag von KBV und Patientenvertretern auf einen entsprechenden Absatz 8 in § 9 zu verzichten.

### **3. Anpassung der Verhältniszahlen: Allgemeine fachärztliche Versorgung**

#### **3.1 Starke Spreizung der Verhältniszahlen in der psychotherapeutischen Versorgung**

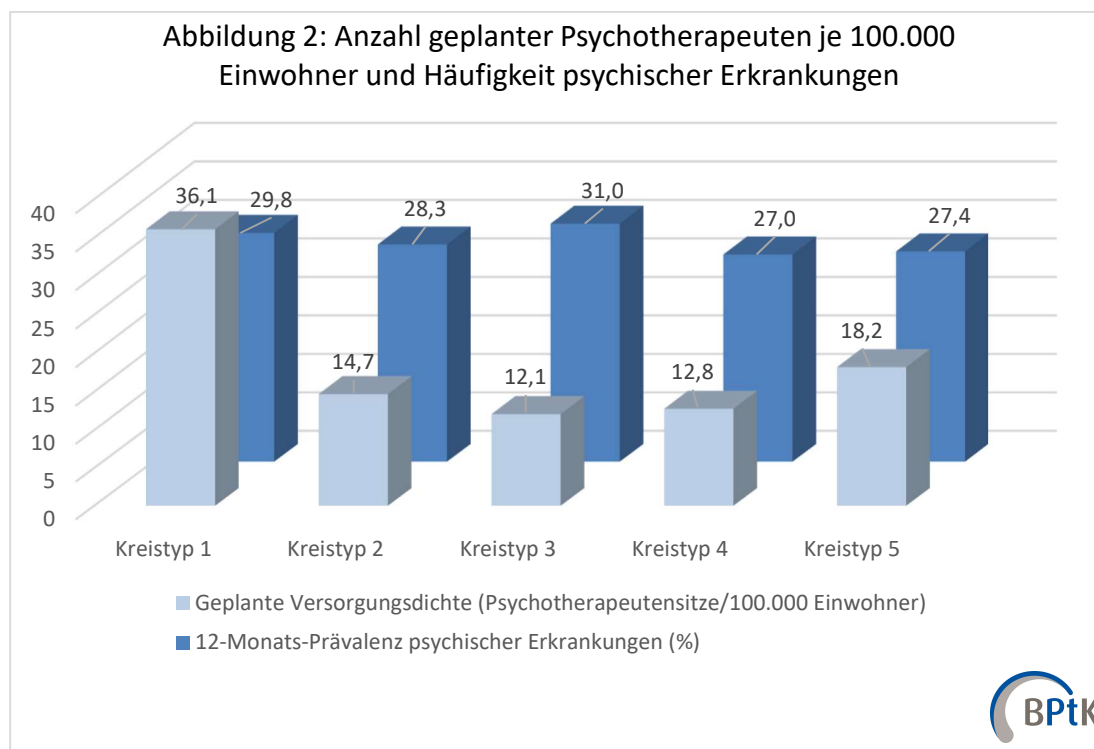
Die aktuelle Bedarfsplanung sieht in städtischen und ländlichen Regionen stark unterschiedliche Versorgungsdichten für Psychotherapeuten vor. Aktuell liegt die Spreizung der Verhältniszahlen bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3. Hinzu kommt, dass der Unterschied zwischen der geplanten Versorgungsdichte in Großstädten und der Dichte in Regionen außerhalb von Ballungszentren bei den Arztgruppen, die psychisch kranke Menschen versorgen (Psychotherapeuten und Nervenärzte), besonders groß ist. Während für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten und der Nervenärzte gerade noch 41 bzw. 48 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen ist, ist für alle anderen Arztgruppen der fachärztlichen Versorgung im Schnitt 65 Prozent der Versorgungsdichte in Kreistyp 2 im Vergleich zu Kreistyp 1 vorgesehen. Folge davon ist in den Regionen außerhalb der Großstädte eine deutlich schlechtere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Vergleich zu Menschen mit somatischen Erkrankungen (vgl. Abbildung 1).

Als Gründe für die starken Unterschiede bezüglich der vorgesehenen Versorgungsdichten könnten eine stark unterschiedliche Morbidität in den unterschiedlichen Kreistypen oder besonders starke Mitversorgungsbeziehung zwischen den Kreistypen entsprechend der theoretischen Konzeption der Kreistypen herangezogen werden. Im Folgenden wird dargestellt, dass beide Erklärungen die extremen Unterschiede in der Versorgung von psychisch kranken Menschen zwischen städtischen und ländlichen Regionen nicht legitimieren.



- **Morbiditätsstruktur widerspricht aktueller Spreizung der Verhältniszahlen**

Zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen liegen bevölkerungsrepräsentative Daten des Robert Koch-Instituts<sup>6</sup> vor. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung nur minimal schwankt. Dieser Befund widerspricht der großen Spreizung der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanung als notwendig erachteten Psychotherapeutendichte je Kreistyp (vgl. Abbildung 2). Die Morbiditätsstruktur legt vielmehr eine deutlich gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutenplätze nahe.



Quelle: Daten von IGES-Institut & Prof. Jacobi, 2016; eigene Darstellung der BPtK

- **Mitversorgungsbeziehungen widersprechen dem Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen**

Die der Bedarfsplanung zugrunde liegende Kreistypisierung nimmt eine Einteilung von Regionen anhand von hypothetisch angenommenen Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen an. Die Prämisse des Ansatzes von Mitversorgungsbeziehungen zwischen Regionen ist, dass Berufspendler ihren Facharzt oder Psychotherapeuten in der Regel in der Nähe ihres Arbeitsplatzes aufsuchen möchten. Allerdings gibt

<sup>6</sup> Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 304-319.



es große Bevölkerungsgruppen, für die diese Prämisse nicht gilt. So muss davon ausgegangen werden, dass die nichtberufstätige Bevölkerung (v. a. Kinder und ältere Menschen) in der Regel eine wohnortnahe fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung präferiert. Für die Ärzte und Psychotherapeuten, die Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, lässt sich demnach die Annahme systematischer Mitversorgungseffekte nicht begründen. Für diese Gruppe ist innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten in der Bedarfsplanung eine 20-Prozent-Quote vorgesehen.

Die Mitversorgung eines Planungsbereichs kann über die Differenz von Ein- und Auspendlerquote in den Planungsbereich geschätzt werden. Diese Daten liegen für alle Planungsbereiche durch die INKAR-Datenbank vor. Betrachtet man die Ein- oder Auspendlerüberschüsse für alle Planungsbereiche, dann zeigt sich eine Varianz von -39 bis 48,9 Prozent. Wendet man diesen Ein- oder Auspendlerüberschuss nur auf den Anteil der beschäftigten Bevölkerung an, ließe sich dadurch ein Mehr- oder Minderbedarf an Psychotherapeuten pro Planungskreis zwischen 21,7 und 29,9 Prozent ableiten. Damit liegt die Varianz deutlich unter der aktuellen Spreizung der Verhältniszahlen. Zudem entsprechen die tatsächlichen Pendlerbewegungen oftmals nicht den nach Kreistypisierung angenommen Mitversorgungsbeziehungen. So lässt sich beispielsweise für den Landkreis Böblingen ein Mehrbedarf von 3,4 Prozent aufgrund eines Einpendlerüberschusses berechnen, entsprechend der Bedarfsplanung ist der Landkreis Böblingen jedoch dem Kreistyp 3 zugeordnet, für den eine starke Mitversorgung angenommen wird.

Zusammenfassend lässt sich daraus schließen, dass Pendlerbewegungen der beschäftigten Bevölkerung nicht hinreichend geeignet sind, das Ausmaß der Spreizung der Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten zu rechtfertigen.

Die der Bedarfsplanung zugrundeliegende Kreistypisierung, die eine Einteilung von Regionen anhand von hypothetisch angenommenen Mitversorgungsbeziehungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen annimmt, wurde auch im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung<sup>7</sup> eingehend untersucht. Das Gutachten kommt dabei zu folgendem Fazit:

*„Auch auf Basis der empirischen Analysen (vergleiche Gutachtenteil C) muss die bisherige Anpassung als zu ungenau bewertet werden, da die Kreistypen nicht trennscharf zwischen den tatsächlichen Pendlerquoten differenzieren*

---

<sup>7</sup> Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

*können (vergleiche Abbildung C.4.2). Insgesamt unterscheiden sich die Pendlersalden lediglich zwischen den Kreistypen 1 und 3 eindeutig, wohingegen zwischen den Typen 2, 4 und 5 erhebliche Überschneidungen auftreten (vergleiche Gutachtenteil C.4.1).*

*Die empirische Betrachtung zeigt auch, dass die Mitversorgungstypen nicht in konsistenter Weise den realen Beziehungen entsprechen (vergleiche Abbildung C.5.1 des Gutachtens).“*

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 18]

Weiter stellt das Gutachten zur Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen fest, dass diese im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besonders groß ausfällt:

*„Die regionalen Unterschiede sind besonders groß bei der Gruppe der Psychotherapeuten beim Vergleich zwischen städtischen und ländlichen Räumen.“*

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 41]

- **Vorschläge zur Reduzierung der Spreizung**

Die BPtK begrüßt daher ausdrücklich, dass KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Änderungsbedarf erkennen und versuchen, eine Lösung zu finden. Mit der vorgeschlagenen Anpassung der Verhältniszahlen würde der unverhältnismäßig schlechteren psychotherapeutischen Versorgung außerhalb der Großstädte insofern begegnet, als dass die Verhältniszahlen in Kreistyp 2 bis 6 auf das im Verhältnis zu Kreistyp 1 sonst übliche Niveau der fachärztlichen Versorgung angehoben werden.

Der Vorschlag zur Angleichung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 an die Verhältniszahl in Kreistyp 1 für die Psychotherapeuten, den die KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter gleichermaßen auf die psychiatrische Versorgung anwenden wollen, wäre ein wirksames Mittel, um die Ungleichbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen in der fachärztlichen Versorgung zu beenden.

Vor dem Hintergrund der seit Jahren bestehenden langen Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung und den Empfehlungen durch das vom G-BA in

Auftrag gegebene Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, ist der Vorschlag des GKV-SV, die Allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – ohne erkennbare inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Gutachten - unverändert zu lassen, nicht nachvollziehbar. Der GKV-SV sollte neben der Verantwortung für die Beitragsentwicklung auch seiner Aufgabe gerecht werden, seinen Versicherten eine ausreichende Versorgung zur Verfügung zu stellen. Es stellt sich auch die Frage, warum der GKV-SV der Einholung eines mit Versichertengeldern finanzierten Gutachtens zustimmt, wenn er dessen Ergebnisse schlicht ignoriert und ohne weitere fachliche Begründung einen offensichtlich nicht hinnehmbaren Status quo verteidigt.

### 3.2 Ausreichende psychotherapeutische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4

- Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu lang

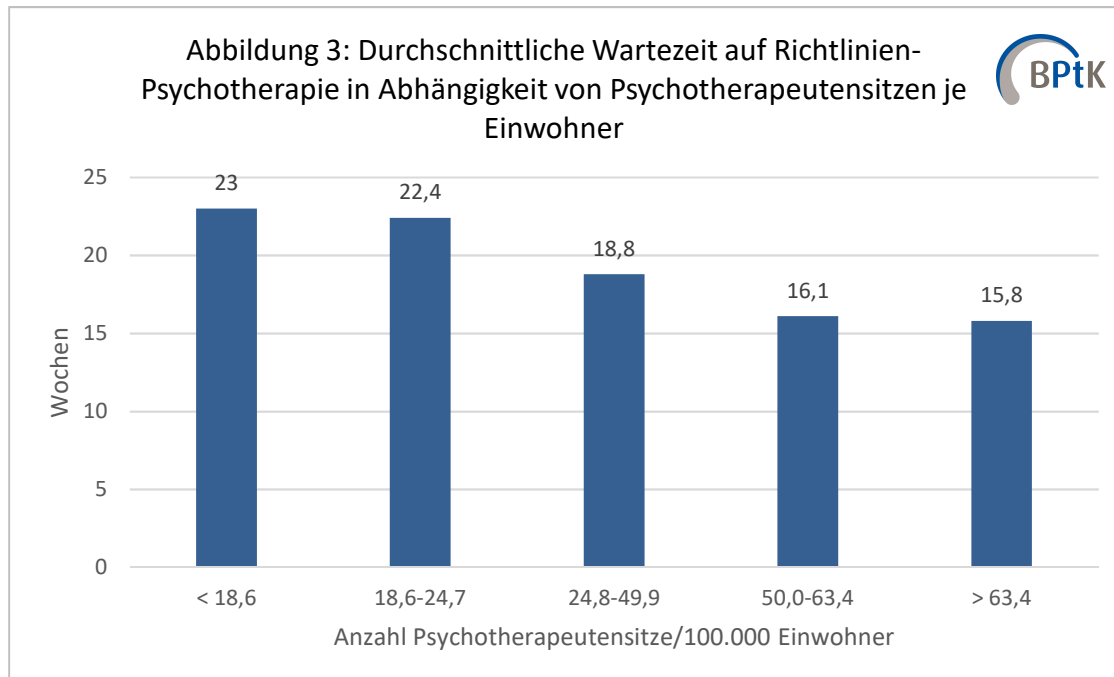
Aktuelle Erhebungen zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie des Sachverständigenrats für die Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2018)<sup>8</sup> sowie der BPtK (2018)<sup>9</sup> zeigen übereinstimmend, dass Menschen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie warten.

Besonders lang sind die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Dort warten Menschen im Durchschnitt fünf bis sechs, im Ruhrgebiet sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie. Dabei besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Wartezeit auf den Behandlungsbeginn und der Versorgungsdichte (siehe Abbildung 3). Je geringer die Anzahl der Psychotherapeutensitze je 100.000 Einwohner, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz.

---

<sup>8</sup> SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

<sup>9</sup> BPtK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)



Quelle: BPtK, 2018

- Fehler der bisherigen Bedarfsplanung bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten

Bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sind grundlegende Fehler gemacht worden, die bis heute einer bedarfsgerechten Versorgung im Wege stehen. Die Festlegung des Stichtags (31. August 1999), nur acht Monate nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als größte Leistungserbringerguppe in diesem Versorgungsbereich erstmalig regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden, führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.

Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeuten auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beteiligt gewesen waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Es wurden nur die erfasst, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber systematisch gegen Zulassungen Rechtsbe-

helfe ein, sodass die Zulassungsverfahren viel länger dauerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden worden war.

Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anzahl der Psychotherapeuten in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – diejenige in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch noch im Aufbau begriffen. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht annähernd Vorgaben für eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung machen.

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform, die zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurde lediglich die Verhältniszahl für den Kreistyp 5 angepasst. Hier waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten mit etwa 15 Wochen besonders lang. Für drei Viertel der Bevölkerung führte die Reform der Bedarfsplanung 2013 jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, obwohl auch hier Menschen wochen- und monatelang auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten mussten.<sup>10</sup>

- **Gutachten belegt fehlende Niederlassungsmöglichkeiten**

Im Juli 2015 hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz den G-BA beauftragt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung zum 1. Juli 2017 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung zu treffen, bei der er insbesondere die Arztgruppe der Psychotherapeuten im Blick hatte (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V). Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, das vom G-BA in Auftrag gegeben und unter der Leitung von Prof. Dr. Sundmacher erstellt wurde,<sup>11</sup> zeigt für die psychotherapeutische Versorgung zum einen auf, dass die Verhältniszahlen in der Arztgruppe der Psychotherapeuten besonders stark zwischen ländlichen und städtischen Regionen schwanken. Zum anderen wird im Gutachten aufgezeigt, dass selbst bei einer Ermittlung des Versorgungsbedarfs, basierend auf Abrechnungsdaten, aktuell ca. **2.400** Sitze in der psychotherapeutischen Versorgung fehlen.

---

<sup>10</sup> BPtK (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

<sup>11</sup> Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

- **Gestiegene Inanspruchnahme berücksichtigen**

Neben den historischen Fehlern, die bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht wurden, wurde bisher zudem vernachlässigt, dass die Bereitschaft, sich wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe zu suchen, und das daraus resultierende Inanspruchnahmeverhalten seit den 1990er Jahren gestiegen ist. Psychische Erkrankungen sind inzwischen weniger stigmatisiert, sie werden häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen suchen zunehmend häufiger Hilfe.

Das zeigt sich auch für die Einstellung von Patienten zur Psychotherapie. Diese hat sich in den vergangenen 30 Jahren stark verändert. 1991 war nur etwas mehr als die Hälfte aller Befragten (54,7 Prozent) der Auffassung, dass Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen empfohlen werden sollte.<sup>12</sup> 2001 hielten bereits rund 70 Prozent der Menschen in Deutschland eine Psychotherapie zur Behandlung einer Depression für empfehlenswert, aber nur knapp 40 Prozent eine Behandlung mit Psychopharmaka. Eine Umfrage der Stiftung Deutsche Depressionshilfe zeigt für das Jahr 2018, dass mittlerweile 94 Prozent aller Befragten meinen, dass Depressionen psychotherapeutisch behandelt werden sollten. Nur 55 Prozent gaben 2018 an, dass eine Depression medikamentös behandelt werden sollte.<sup>13</sup>

Auch die Entwicklung von Leitlinien zur Behandlung psychischer Erkrankungen spielt eine Rolle bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Diese liegen mittlerweile für viele psychischen Erkrankungen vor. Aufgrund der mittlerweile umfassenden Evidenz zur Wirksamkeit von Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen wird diese in einer Vielzahl von Leitlinien als Behandlungsmethode der ersten Wahl bei psychischen Erkrankungen empfohlen.

Daten des Robert Koch-Instituts zeigen, dass 27,7 Prozent der erwachsenen Deutschen innerhalb eines Jahres unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden (22,5 Mio.), aber nur 1,9 Mio. (8,4 Prozent) in psychotherapeutischer Behandlung (Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung) sind. Das bedeutet, dass maximal jeder zehnte psychisch Kranke aktuell eine Psychotherapie erhält, obwohl Psychotherapie bei den meisten psychischen Erkrankungen nach nationalen und internationalen Leitlinien die Behandlungsmethode der ersten Wahl ist.

---

<sup>12</sup> Schomerus, G. et al. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 125(6): 440-52.

<sup>13</sup> Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Abrufbar unter: [www.deutsche-depressionshilfe.de](http://www.deutsche-depressionshilfe.de)

Eine konservative Abschätzung, wie stark die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden gestiegen ist, ermöglicht ein Vergleich der Ergebnisse der zwei bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts – dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012). Hierbei zeigt sich, dass zwischen 1998 und 2012 der Anteil derer, die berichteten, schon einmal in ihrem Leben wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, von 36,4 Prozent im Jahr 1998 um knapp 20 Prozent auf 41,8 Prozent im Jahr 2012 gestiegen ist.<sup>14 15</sup>

Unter „Hilfe“ wurde in den Studien jede Form von Beratung und Behandlung erfasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychotherapie bis hin zu stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Dabei wurden Versorgungsangebote in der ambulanten Gesundheitsversorgung am stärksten genutzt (34,8 Prozent lifetime Inanspruchnahme und 13,6 Prozent in den letzten 12 Monaten). Die Inanspruchnahmerate für den stationären Bereich lag bei 13,0 Prozent (lifetime) resp. 1,9 Prozent (letzte 12 Monate). Unter den ambulanten Versorgungsangeboten wurden Psychotherapeuten von den psychisch erkrankten Patienten am häufigsten wegen psychischer Beschwerden konsultiert (lifetime: 19,4 Prozent; 12-Monats-Rate: 5,9 Prozent), gefolgt von Hausärzten (lifetime: 13,6 Prozent; 12-Monats-Rate: 4,5 Prozent) und Psychiatern (lifetime: 11,8 Prozent; 12-Monats-Rate: 4,5 Prozent).<sup>14</sup> Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht auf eine Zunahme der entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken.<sup>16</sup> Zugleich wird ein großer Teil der Versicherten wegen ihrer psychischen Erkrankungen vor allem hausärztlich versorgt. Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne eines tatsächlich gestiegenen Bedarfs zu interpretieren.

---

<sup>14</sup> Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

<sup>15</sup> Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

<sup>16</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Abrufbar unter: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

Es zeigt sich zudem, dass die Inanspruchnahme insbesondere vom Schweregrad der Erkrankung abhängt. So steigt die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung in Anspruch zu nehmen, mit der Anzahl der Komorbiditäten deutlich an. Während etwa 11,1 Prozent der Betroffenen mit einer psychischen Erkrankung innerhalb von 12 Monaten irgendeine Hilfe in Anspruch nehmen, sind es 40,4 Prozent der Betroffenen, die unter vier oder mehr psychischen Erkrankungen in den letzten 12 Monaten litten.

Die BPtK sieht daher, neben der Angleichung der Spreizung zwischen den Kreistypen, die Notwendigkeit, die gestiegene Nachfrage bei der Anpassung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu berücksichtigen.

§ 12 Absatz 4 sollte daher wie folgt angepasst werden:

[...]

|                        | Typ 1<br>(stark mit-<br>versorgend) | Typ 2<br>(mitversorgt<br>und mitver-<br>sorgend) | Typ 3<br>(stark mit-<br>versorgt) | Typ 4<br>(mitver-<br>sorgt)  | Typ 5<br>(eigenver-<br>sorgt) | Typ 6<br>(poly-zentri-<br>scher Ver-<br>flechtungs-<br>raum) |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| [...]                  |                                     |                                                  |                                   |                              |                               |                                                              |
| Psycho-<br>therapeuten | <b>3.079</b><br><b>2.566</b>        | <b>7.496</b><br><b>3.957</b>                     | <b>9.103</b><br><b>4.784</b>      | <b>8.587</b><br><b>4.503</b> | <b>5.953</b><br><b>4.255</b>  | <b>5.435</b><br><b>3.780</b>                                 |
| [...]                  |                                     |                                                  |                                   |                              |                               |                                                              |

Die resultierende Verhältniszahl für den Kreistyp 1 entspricht dabei nahezu der Verhältniszahl für Großstädte in Agglomerationsräumen vor Inkrafttreten der Reform der Bedarfplanung zum 1. Januar 2013, mit der die Zahl der Kreistypen unter Berücksichtigung der Sonderregion Ruhrgebiet von zehn auf sechs reduziert wurde. Zu berücksichtigen ist dabei, dass selbst diese Verhältniszahl unter den oben beschriebenen Fehlern kalkuliert wurde. Durch eine entsprechende Anpassung der Verhältniszahlen würden bundesweit etwa 3.900 neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen.

### 3.3 Möglichkeiten zur kleinräumigen Planung

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz hat der G-BA den Auftrag erhalten, Möglichkeiten der kleinräumigen Planung insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu prüfen. Angesichts des expliziten gesetzlichen Auftrags wird in den Tragenden Gründen zum vorliegenden Beschlussentwurf die Thematik der kleinräumigen Planung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nur kurz angerissen. Eine substanzielle Prüfung



alternativer Planungskonzepte ist dabei nicht zu erkennen. Stattdessen wird lediglich kurz die Option einer Planung auf Ebene der Mittelbereiche angesprochen, die nach Auffassung des G-BA mit der Anwendung einer einheitlichen Verhältniszahl verbunden wäre. Diese Option wird mit Verweis auf eine Aussage im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung verworfen, wonach vor allem in der Gruppe der Psychotherapeuten Patienten bereit seien, weitere Wege zum Psychotherapeuten in Kauf zu nehmen. Im Ergebnis sieht der G-BA keine Notwendigkeit für eine kleinräumigere Planung in der Arztgruppe der Psychotherapeuten oder bei anderen Arztgruppen. Unberücksichtigt bleibt dabei jedoch, dass vor dem Hintergrund regional unzureichender Versorgungsangebote Patienten gezwungen sind, weitere Wege zurückzulegen, um eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. In der Konsequenz impliziert dies auch, dass Patienten, die zeitlich oder in ihrer Mobilität stärker eingeschränkt sind, mangels erreichbarer Versorgungsangebote keine Psychotherapie erhalten können.

Zudem hat der G-BA nicht systematisch geprüft, wie eine differenziertere kleinräumige Planung innerhalb bestehender Planungsbereiche erfolgen könnte. Bereits in der aktuellen Bedarfsplanungs-Richtlinie ist in § 12 Absatz 3 Satz 6 grundsätzlich die Möglichkeit einer abweichenden Raumordnung zum Zwecke einer homogenen und stabilen Versorgung vorgesehen. Es hat sich jedoch in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die regionalen Gremien von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch machen. Es stellt sich daher die Frage, ob die bisherige Öffnung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie für regionale Anpassungen hinreichend geeignet ist, bei regional bestehenden Problemen in der psychotherapeutischen Versorgung vor Ort durch spezifische Anpassungen im Sinne einer kleinräumigen Planung zu tatsächlichen Verbesserungen beizutragen.

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) haben nun die Länder im Bereich der Bedarfsplanung umfassendere Kompetenzen in den Landes- und Zulassungsausschüssen erhalten. Es bleibt daher abzuwarten, ob diese Maßnahme des Gesetzgebers zu einer tatsächlichen Adressierung regionaler Besonderheiten im Sinne einer kleinräumigen Planung führt oder ob in der Bedarfsplanungs-Richtlinie weitere konkrete Vorgaben zur kleinräumigen Planung notwendig sind, um lokale Versorgungsprobleme adäquat beheben zu können.

### 3.4 Psychiatrische Versorgung

- **Ausreichende psychiatrische Versorgung sicherstellen: § 12 Absatz 4**

Sowohl GKV-SV als auch KBV, Patienten- und Ländervertreter erkennen den Änderungsbedarf für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Die Vorschläge zur Anpassung der Verhältniszahlen nehmen jedoch jeweils unterschiedliche Kreistypen als Ausgangspunkt für eine relative Angleichung der Versorgungsniveaus in den übrigen Kreistypen. Der GKV-SV schlägt vor, als Ankerpunkt für eine Angleichung der Verhältniszahlen auf das durchschnittliche Niveau der übrigen fachärztlichen Versorgung den Kreistyp 5 zu wählen, wobei dieser zunächst auf den Durchschnitt der Arztgruppe angehoben wird. Der Vorschlag der KBV zielt dagegen, analog dem Vorschlag für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, auf eine Angleichung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 auf das Niveau in Kreistyp 1 ab. Dies ist aus Sicht der BPtK sachgerecht angesichts der vergleichsweise langen Wartezeiten in der psychiatrischen Versorgung.<sup>17</sup> Die BPtK unterstützt daher den Vorschlag der KBV, als Ausgangspunkt für die Anpassung der Verhältniszahlen Kreistyp 1 zu wählen, um damit eine substanzielle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Planungsbereichen außerhalb der Großstädte zu ermöglichen.

- **Quotierungen in der Arztgruppe der Nervenärzte: § 12 Absatz 5**

Mit dem TSVG wurden dem G-BA weitreichende Kompetenzen für die Bildung von Quoten innerhalb von Arztgruppen übertragen. Geplant ist nun eine Quotierung innerhalb der Arztgruppe der Nervenärzte. Im Entwurf von KBV und DKG wird grundsätzlich angestrebt, 100 Prozent durch Ärzte mit einer Weiterbildung in beiden Fachgebieten zu besetzen. Wenn diese breite Qualifikation nicht in Höhe von 100 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl erreicht werden kann, soll für die Differenz zwischen tatsächlich erreichtem und 100 Prozent angestrebtem Anteil der Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung eine Quotierung von jeweils 50 Prozent für Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Neurologie eingeführt werden. Der GKV-SV schlägt dagegen eine durchgängige Quotierung von 30 Prozent für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und 20 Prozent für Fachärzte für Neurologie vor.

Die BPtK befürwortet an dieser Stelle den Vorschlag von KBV und DKG, da hierdurch doppelt qualifizierte Fachärzte systematisch berücksichtigt werden, zugleich aber bei künftig abnehmender Zahl von sowohl psychiatrisch und neurologisch qualifizierten Fachärzten

---

<sup>17</sup> SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

sichergestellt wird, dass über die Unterquote von 50 Prozent weiterhin eine ausreichende psychiatrische und neurologische Versorgung der Bevölkerung ermöglicht wird.

- **Feststellungen des Landesausschusses zu Quotenplätzen: § 25a**

Damit die festgelegten Quoten für die Anteile der Psychiater und Neurologen zu einer tatsächlichen Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen können, ist es zentral, dass diese auch dann zu Zulassungen für Ärzte der entsprechenden Qualifikationen führen, wenn in einem Planungsbereich durch den Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet wurden. Aus Sicht der BPtK ist nicht ersichtlich, warum die für die Arztgruppen der Psychotherapeuten und Internisten vorgesehene Regelung für die Arztgruppe der Nervenärzte nicht zur Anwendung kommen sollte. Sie unterstützt dementsprechend den Vorschlag von KBV, DKV, Länder- und Patientenvertretern zu § 25a.

#### **4. Vorgaben zur Erreichbarkeit**

Für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss wird in der nicht abschließenden Aufzählung der Prüfkriterien in § 5 Satz 1 als siebentes Kriterium die Erreichbarkeit ergänzt. Damit greift der G-BA Überlegungen aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auf. Die BPtK begrüßt, dass damit das Kriterium der Erreichbarkeit systematisch bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs Berücksichtigung finden soll. Diese Prüfung sollte jedoch neben der Arztgruppe/den Arztgruppen der hausärztlichen Versorgung gemäß § 11 Absatz 1 BP-RL auch bei allen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung entsprechend § 12 Absatz 1 BP-RL erfolgen.

Im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird hierzu zusammenfassend festgestellt:

*„Zusammenfassend und unter Berücksichtigung der Erreichbarkeitswerte aus den verschiedenen Quellen schlagen die Gutachter für die hausärztliche Versorgung einen Erreichbarkeitsrichtwert von 15 Minuten für das 99 Prozent Bevölkerungsquantil vor. Die allgemeine fachärztliche Versorgung für Urologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Hautärzte, Orthopäden, Nervenärzte sowie Psychotherapeuten sollten in mindestens 30 Minuten für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein. Kinderärzte und Frauenärzte bilden eine Ausnahme in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die beiden Arztgruppen haben eine besondere wohnortnahe Relevanz, da große Bevölkerungsgruppen weniger mobil sind*

*(Kinder, Schwangere) aber eine relativ häufige Frequentierung erfolgt (vergleiche Abbildung C.5.9). Für diese beiden Arztgruppen sollte daher ein geringerer Richtwert von 20 Minuten Fahrzeit erwogen werden.“*

[Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung, S. 428-429]

Aus Sicht der BPtK haben die Gutachter hierbei noch unzureichend berücksichtigt, dass insbesondere in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung, im Vergleich zu den anderen Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung, eine relativ häufige Frequentierung erfolgt, die im Durchschnitt auch die Behandlungsfrequenz bei den Arztgruppen der Kinderärzte und Frauenärzte deutlich übersteigt. Zu berücksichtigen sind hierbei zudem die besonderen Belange der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen, die einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, die mit circa 20 Prozent innerhalb dieser Arztgruppe eine substantielle Patientengruppe ausmachen und hinsichtlich ihrer Mobilität ebenfalls limitiert sind. Dies ist bei der zeitlichen Definition der arztgruppenbezogenen Erreichbarkeitsschwelle zu berücksichtigen. Eine unzureichende Erreichbarkeit der psychotherapeutischen Versorgung im Sinne von Fahrtzeiten über 20 Minuten kann daher dazu führen, dass substantielle Bevölkerungsgruppen faktisch von einer ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ausgeschlossen werden.

Die BPtK begrüßt in diesem Sinne den Vorschlag der Patientenvertreter und der DKG, auch für die Arztgruppen nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2 sowie Nummer 4 bis 8 ein Kriterium für die Erreichbarkeit festzulegen und dieses (hinsichtlich der Intention des Vorschlags) mit 30 Minuten PKW-Fahrtzeit zu definieren, innerhalb derer 99 Prozent der Bevölkerung die entsprechende fachärztliche Versorgung in Anspruch nehmen können. Der 99-Prozentanteil der Bevölkerung als Geltungsbereich, wie auch von den Gutachtern empfohlen, ist sachgerecht, um eine ungerechtfertigte Benachteiligung von ländlichen und schlecht angebundenen Regionen zu vermeiden. Die Erreichbarkeitsschwelle solle jedoch neben den Kinder- und Jugendärzten und Frauenärzten auch für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auf 20 Minuten festgelegt werden.

Darüber hinaus entspricht der vorgeschlagene Normtext nicht der Intention dieser Regelung. Schon im Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wird entgegen der Intention fälschlich formuliert, dass die allgemeine fachärztliche Versorgung in mindest-

tens 30 Minuten (anstatt innerhalb von 30 Minuten) für 99 Prozent der Bevölkerung erreichbar sein sollte. Im Beschlussentwurf wird dann sowohl beim Vorschlag der Patientenvertreter und DKG als auch beim Vorschlag des GKV-SV die Erreichbarkeitsschwelle in die falsche Richtung definiert, sodass eine unzureichende Erreichbarkeit erst vorliegen würde, wenn fast die gesamte Bevölkerung einer Region durchschnittlich länger als den jeweils definierten Minutenwert benötigen würden, um die Ärzte der entsprechenden Arztgruppe zu erreichen.

Die BPtK schlägt daher vor, § 35 Absatz 5 Satz 1 Nummer 7 wie folgt zu fassen (ausgehend vom Entwurf von Patientenvertretern und DKG):

#### 7. Erreichbarkeit

<sup>2</sup>Maßstab für die Prüfung gemäß Satz 1 Nummer 7 ist, ob **99 mehr als 1** v. H der Einwohner in der Region nach Absatz 2,

1. die Ärzte der hausärztlichen Versorgung nach § 11 in durchschnittlich als 15 PKW-Minuten,

2. die Kinder- und Jugendärzte nach § 12 Abs. 2 Satz 1 Nummer 9, **die Psychotherapeuten nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 7** und die Frauenärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3 in durchschnittlich mehr als 20 PKW-Minuten,

3. die Fachärzte nach § 12 Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 bis 2, **Nummer 4 bis 6** sowie **Nummer 4 bis 8** in durchschnittlich mehr als 30 Minuten,

erreichen, die Anzahl der betroffenen Einwohner die Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppen überschreitet und die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann. <sup>3</sup>Die Prüfung erfolgt KV-übergreifend. <sup>4</sup>Bei den Kinder- und Jugendärzten gilt als Einwohner die Bevölkerung unter 18 Jahren.

Hinsichtlich der Anlage 2.2 erscheint es der BPtK in diesem Zusammenhang nicht sinnvoll, in der arztgruppenbezogenen Darstellung der Erreichbarkeit je Planungsbereich wie für Spalte 20 vorgesehen, auf die durchschnittliche Nächsterreichbarkeit (in PKW-Fahrminuten) abzustellen. Stattdessen sollten die arztgruppenbezogen definierten Erreichbarkeitsschwellen in PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, um auf dieser Grundlage den Prozentanteil der Bevölkerung in einem Planungsbereich auszuweisen, für den dieser Schwellenwert in einer Arztgruppe überschritten wird. Für die Arztgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gemäß § 13 Absatz 1 könnte dabei in Anlehnung an die Empfehlungen des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ein Wert von

45 PKW-Fahrminuten zugrunde gelegt werden, während für die Arztgruppen der gesonderten fachärztlichen Versorgung auf eine entsprechende planungsbereichsbezogene Darstellung in Spalte 20 verzichtet werden könnte.

Darüber hinaus befürwortet die BPtK, dass in § 35 Absatz 5 Satz 3 für die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs explizit aufgenommen wird, dass sich dieser auch auf die Förderung des barrierefreien Zugangs zur Versorgung beziehen kann.

## **5. Zulassung zur gemeinsamen Berufsausübung bei Zulassungsbeschränkungen – Berücksichtigung von Veränderungen in der Berechnungsgrundlage**

Die Regelungen des Jobsharing zielen darauf ab, den gemeinsamen Leistungsumfang von Jobsharing Junior- und Seniorpartner zu begrenzen. Zugleich ist es geboten, dass für eine Reihe von Fallkonstellationen ein Antrag auf Anpassung der Punktzahlobergrenze gestellt werden kann. Dies ist erforderlich, damit auch Jobsharingpraxen in angemessener Weise auf die Anforderungen in der Versorgung und Veränderungen in den Versorgungsstrukturen und -prozessen reagieren können. Benachteiligungen von Jobsharingpraxen sind hierbei so weit wie möglich zu vermeiden. Auch Jobsharingpraxen muss es ermöglicht werden, ihren Versorgungsauftrag möglichst umfassend und am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert erfüllen und dabei die vertraglichen Vereinbarungen, aber auch Vorgaben von Richtlinien des G-BA, angemessen umsetzen zu können. In diesem Sinne befürwortet die BPtK den Vorschlag der KBV, die Möglichkeit des Antrags auf Neubestimmung der Gesamtpunktzahlvolumina nicht nur um die Fallkonstellation der Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten i. V. m. § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV, sondern auch um die Konstellation zu erweitern, dass der G-BA in seinen Richtlinien Vorgaben macht, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind und spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben.