

Bundesministerium für Gesundheit  
Herrn Bundesminister Jens Spahn, MdB  
Friedrichstraße 108  
10117 Berlin

-vorab per E-Mail-

7. Juni 2019

**Ersuchen um Beanstandung gemäß § 94 Absatz 1 Satz 2 SGB V des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 16. Mai 2019 über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Sehr geehrter Herr Bundesminister,

mit Beschluss vom 16. Mai 2019 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Anpassungen zur Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) beschlossen, mit denen maßgebliche Weichen für die Versorgungssituation in Deutschland gestellt werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) fordert seit vielen Jahren eine längst fällige Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, um den insgesamt gravierenden Defiziten in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung entgegenzutreten.

Die nunmehr vom G-BA beschlossenen Vorgaben zur Bedarfsplanung sind insgesamt jedoch nicht geeignet, um die gravierenden Engpässe in der psychotherapeutischen Versorgung zu beheben. Sie lassen zudem die Ergebnisse des vom G-BA in Auftrag gegebenen Gutachtens zur Bedarfsplanung<sup>1</sup> unberücksichtigt. Außerdem wurden die formalen Anforderungen für das Zustandekommen des Beschlusses mangels rechtsgemäßen Stellungnahmeverfahrens nicht eingehalten.

**Wir ersuchen Sie daher, den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 101 SGB V vom 16. Mai 2019 über die Bedarfsplanung sowie Maßstäbe zur**

---

<sup>1</sup> Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, Juli 2018, Verfasser: Leonie Sundmacher, Laura Schang, Wiebke Schüttig, Ronja Flemming, Julia Frank-Tewaaglsabel Geiger, Sebastian Franke, Danny Wendelnes Weinhold, Christoph Höser, Thomas Kistemann, Juliane Kemen, Neeltje van den Berg, Wolfgang Hoffmann, Fabian Kleinke, Ulrich Becker, Thomas Brechtel.

**Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) mit voraussichtlicher Wirkung zum 30. Juni 2019 zu beanstanden.**

Nachfolgende Gründe machen eine Beanstandung des vorgenannten Beschlusses zur Bedarfsplanungs-Richtlinie erforderlich:

**1. Verletzung des Rechts auf Stellungnahme**

Das Stellungnahmeverfahren nach § 91 Absatz 5 SGB V ist nicht rechtmäßig durchgeführt worden, sodass der Beschluss bereits aus formellen Gründen rechtswidrig ist.

Der G-BA hat der BPTK keine Gelegenheit zur Stellungnahme bezüglich wesentlicher Beschlussinhalte vom 16. Mai 2019 gegeben. Zwar erfolgte ein Stellungnahmeverfahren mit Aufforderung vom 2. April 2019 und mit Fristsetzung zum 23. April 2019, im Rahmen dessen auch ein Richtlinienentwurf übermittelt worden ist.

- **Übermittelter Richtlinienentwurf vom 2. April 2019 als Anlage 1**

Die BPTK hat hierzu auch fristgemäß Stellung genommen.

- **Stellungnahme BPTK als Anlage 2**

Allerdings weicht der Beschluss vom 16. Mai 2019 elementar von den Inhalten, die Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens waren, ab.

Kernelement der Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie sind insbesondere die Bestimmungen und die Modifikationen der Verhältniszahlen gemäß §§ 8, 9, 11, 12 und 13 des Entwurfs der Bedarfsplanungs-Richtlinie, mit denen arztgruppen- und planungsbereichsbezogen die bedarfsgerechte Versorgungsdichte ermittelt werden soll. Abweichend zum Beschluss vom 16. Mai 2019 lagen der BPTK mit dem übermittelten Richtlinienentwurf vom 2. April 2019 gänzlich andere Modalitäten bezüglich der Bedarfsermittlung vor.

Während im ursprünglichen Entwurf die Verhältniszahlen in zwei Schritten berechnet wurden, ist im Beschluss der Richtlinie vom 16. Mai 2019 eine Modifikation in drei Schritten vorgesehen. Die jetzt vorgenommenen Veränderungen der Berechnungen der Verhältniszahlen haben insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung gravierende negative Auswirkungen. Das in der Richtlinie geplante Vorgehen sorgt nicht zuletzt dafür, dass sich die psychotherapeutische Versorgung in den kommenden Jahren kontinuierlich verschlechtern wird. Dies steht dem gesetzlichen Auftrag aus dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) diametral entgegen. So heißt es in der Gesetzesbegründung zu § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V: „Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sind insbesondere im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen“. Gemäß § 101 SGB V sind insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Möglichkeiten einer kleinräumigen Planung zu berücksichtigen und bei der Festlegung der Verhältniszahlen eine Sicherstellung der bedarfsgerechten

Versorgung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur zu gewährleisten. Der jetzt vom G-BA vorgelegte Beschluss führt dagegen aufgrund des nachträglich eingefügten zusätzlichen Modifikationsschrittes bei der Berechnung der Verhältniszahlen, ausgehend von den ohne Morbiditätsfaktor vereinbarten Anzahlen der Praxis-sitze, unmittelbar zu einer Reduktion der geplanten Psychotherapeuten-sitze um 572.

### **1.1. Wesentliche Regelungen des Richtlinienentwurfs vom 2. April 2019 und Positionierung der BPtK**

Im Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie, zu dem die BPtK Stellung nehmen konnte, war von Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagen worden, die bestehenden allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten einmalig in den Kreistypen 2 bis 6 anzupassen. Damit sollte die Spreizung zwischen dem Versorgungsniveau in den Kreistypen 2 bis 6 im Vergleich zum Kreistyp 1 an das durchschnittliche Niveau der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angeglichen werden. Das von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagene Modell hätte in der Konsequenz zu ca. 1.900 zusätzlichen Sitzen für Psychotherapeuten in besonders schlecht versorgten Regionen geführt. Der GKV-Spitzenverband hatte dagegen keinerlei Anpassung der bestehenden allgemeinen Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten vorgeschlagen.

Die BPtK hatte in ihrer Stellungnahme die von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagene Angleichung der Spreizung an das durchschnittliche Niveau der allgemeinen fachärztlichen Versorgung begrüßt. Zusätzlich hat sie dargelegt, dass darüber hinaus aufgrund einer deutlich gestiegenen Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgungsleistungen sowie der grundsätzlichen Fehler bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zum Zeitpunkt der Einführung der Bedarfsplanung für diese Arztgruppe ein Absenken der Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent erforderlich ist. Die Forderung der BPtK entspricht knapp 4.000 zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten in den besonders schlecht versorgten Regionen.

Der Richtlinienentwurf vom 2. April 2019 sah darüber hinaus vor, dass in einem weiteren Schritt der bisherige Demografiefaktor durch einen Morbiditätsfaktor ersetzt wird. Damit sollte ein relativer Mehr- oder Minderbedarf an Versorgung aufgrund regionaler Abweichungen der Morbiditätsstruktur vom Bundesdurchschnitt abgebildet werden. Die BPtK hatte bezüglich der Berechnung des Morbiditätsfaktors darauf hingewiesen, dass die Ermittlung anhand von Abrechnungsdaten aufgrund der bestehenden Versorgungsdefizite im ländlichen Raum für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundsätzlich als problematisch einzustufen ist. In der Stellungnahme der BPtK wurde ferner dargelegt, welche Anpassungen am geplanten Morbiditätsfaktor vorgenommen werden könnten, damit die Ermittlung eines regionalen Mehr- oder Minderbedarfs auch für die psychotherapeutische Versorgung in sachgerechterer Weise möglich wird.

### **1.2. Wesentliche Regelungen des Beschlusses vom 16. Mai 2019**

Abweichend vom Entwurf der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 2. April 2019 ist im Beschluss vom 16. Mai 2019 ein völlig neuer zusätzlicher Schritt zur Modifikation der allgemeinen Verhältniszahlen eingeführt worden, sodass diese nun in insgesamt drei Schritten modifiziert werden. In einem ersten Schritt werden nach dem Beschluss des G-BA einmalig die bisherigen allgemeinen Verhältniszahlen u. a. für die Arztgruppe der Psychotherapeuten in den Kreistypen 2 bis 6 angepasst. Dabei wird abweichend zum Beschlussentwurf im Stellungsverfahren die Spreizung zwischen den Kreistypen nicht in Relation zu Kreistyp 1, sondern zum planerischen Bundesdurchschnitt der Arztgruppe der Psychotherapeuten reduziert. Die Spreizung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 in Relation zum Bundesdurchschnitt wird dabei an das Niveau der Spreizung der Verhältniszahlen in diesen Kreistypen in Relation zum Bundesdurchschnitt in den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (ohne die Arztgruppe Nervenärzte) angeglichen. Anschließend werden in der Arztgruppe der Psychotherapeuten in den Kreistypen 2 bis 6 einmalig die Verhältniszahlen um 9 Prozent, in der Arztgruppe der Nervenärzte um 15 Prozent abgesenkt.

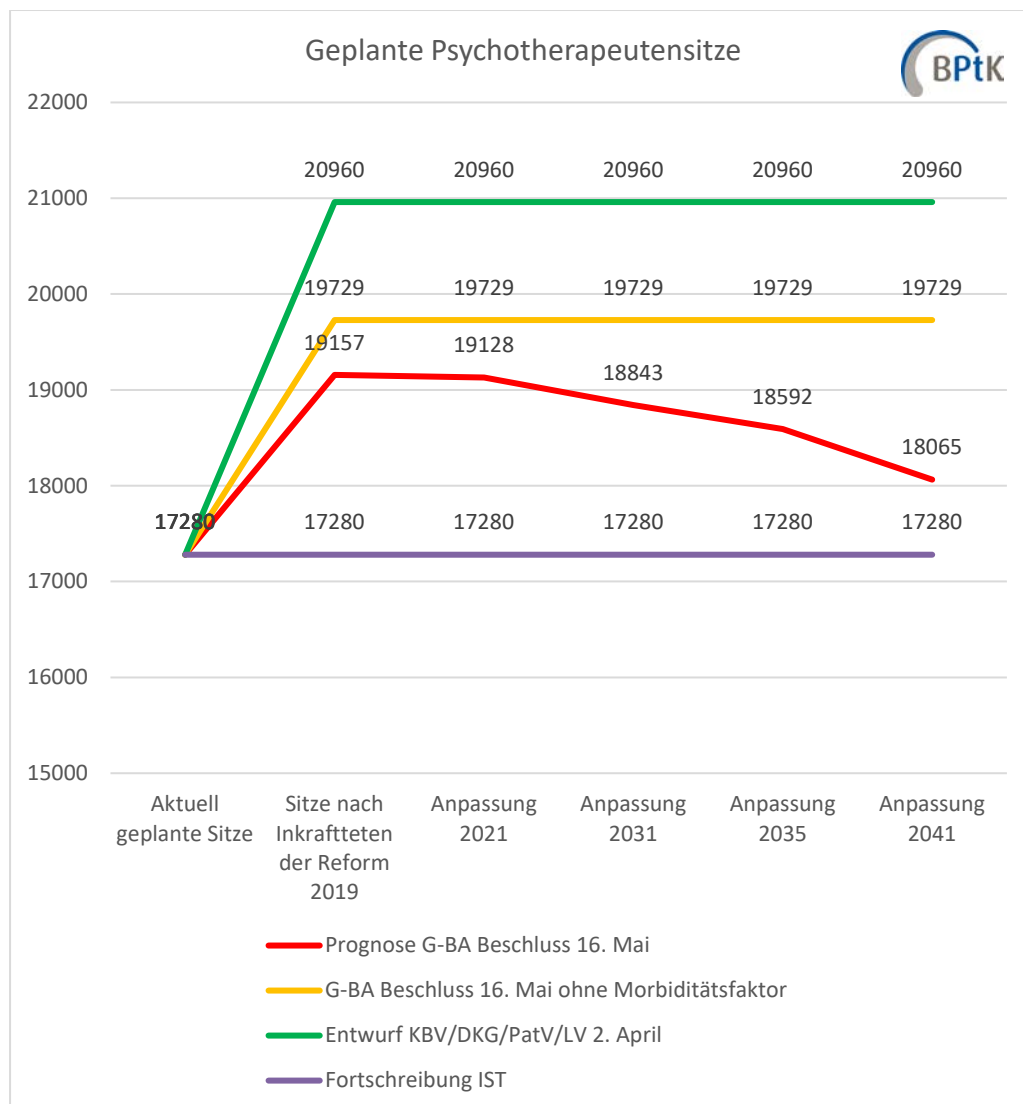
Bevor in einem dritten Schritt die bereits vorgesehene regionale Modifikation der Verhältniszahlen anhand eines Morbiditätsfaktors erfolgt, wurde nun ein völlig neuer Modifikationsschritt eingeführt. Dabei werden die neuen Verhältniszahlen, nunmehr als Basis-Verhältniszahlen bezeichnet, für alle Arztgruppen anhand eines sogenannten Morbiditätsfaktors an die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur über die Zeit angepasst. Ermittelt werden einmalig zum Zeitpunkt 2010 die Anteile von acht Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung. Vor dem Hintergrund des in bestimmten Zeitabständen ermittelten relativen Leistungsbedarfs der acht Bevölkerungsgruppen wird dann auf Basis der Entwicklung des Anteils der acht Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung ein Anpassungsfaktor ermittelt, mit dem die neuen Basis-Verhältniszahlen arztgruppen- und kreistypbezogen modifiziert werden. Entsprechend der Zu- und Abnahme der Bevölkerungsgruppen und ihres relativen Leistungsbedarfs in einer Arztgruppe erfolgt dann eine Modifikation der Basis-Verhältniszahlen zu den allgemeinen Verhältniszahlen nach § 9 Absätze 4 bis 7 BP-RL. Im Falle der Arztgruppe der Psychotherapeuten, bei denen in der zunehmend wachsenden Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen im Vergleich zu den jüngeren Alters- und Geschlechtsgruppen deutlich unterdurchschnittlich ausfällt, führt dies dazu, dass mit jeder zweijährigen Anpassung die resultierenden Verhältniszahlen aufgrund der veränderten Bevölkerungsanteile kontinuierlich steigen. Durch den kontinuierlichen Anstieg der Verhältniszahlen werden alle zwei Jahre weniger Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner geplant.

### **1.3. Konsequenzen der neu hinzugekommenen Regelung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten**

Durch den jetzt vorgelegten Beschluss des G-BA wird somit ein kontinuierlicher Abbau an geplanten Niederlassungsmöglichkeiten für die Arztgruppe der Psychotherapeuten festgeschrieben. Eine Prognose anhand von Daten des Statistischen Bundesamts zur Entwicklung von Alters- und Geschlechtsverteilungen innerhalb der Bevölkerung zeigt

die in Abbildung 1 dargestellten Auswirkungen auf die geplanten Sitze für die Arztgruppe der Psychotherapeuten durch diesen Modifikationsschritt. Im Vergleich dazu ist dargestellt, wie sich die im Beschluss vom 16. Mai 2019 beschlossenen einmaligen Anpassungen der Verhältniszahlen ohne den eingeführten Modifikationsschritt auswirken würden, das von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern vorgeschlagene Modell vom 2. April 2019 sowie die Ist-Situation. Bei allen Modellen ist der jeweils letzte Schritt – die regionale Modifikation anhand der Morbiditätsstruktur – nicht einbezogen, da sich dies nur anhand von Abrechnungsdaten der KBV und Daten zur Bevölkerungszusammensetzung auf Ebene der einzelnen Planungsbereiche berechnen lässt, die der BPtK nicht zur Verfügung stehen. Die dargestellten Prognosen basieren auf der Annahme einer insgesamt konstanten Bevölkerungszahl. Legt man stattdessen eine der realistischeren Schätzungen des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerungsentwicklung zugrunde, die von einer abnehmenden Bevölkerung bei schwacher Zuwanderung ausgeht, würde die Anzahl der geplanten Psychotherapeutensitze über die Zeit sogar deutlich schneller abnehmen.

**Abbildung 1**



Aufgrund der Besonderheiten der Versichertengruppe, die von Psychotherapeuten versorgt wird, wirkt sich die Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Basis-Verhältniszahlen bei dieser Arztgruppe besonders negativ aus. Dagegen wird die Zahl der geplanten Sitze bei Arztgruppen, bei denen der Leistungsbedarf insbesondere bei älteren Versicherten hoch ist, kontinuierlich steigen.

#### **1.4. Verstoß gegen Recht auf erneute Stellungnahme**

Weder der GKV-SV noch KBV, DKG, Patienten- und Ländervertreter haben gemäß dem Entwurf vom 2. April 2019 Regelungsvorschläge eingebracht, die auch nur im Ansatz die jetzigen im Beschluss enthaltenen Vorgaben beinhaltet hätten. Demzufolge hätte der BPTK vor Beschlussfassung gemäß der Verfahrensordnung des G-BA nochmals die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden müssen.

In dem anwendbaren § 14 Verfahrensordnung des G-BA heißt es:

*„Ein erneutes Stellungnahmeverfahren ist durchzuführen, wenn sich die Tatsachengrundlage oder der Beschlussinhalt gegenüber dem zur Stellungnahme gestellten Entwurf wesentlich verändert haben und die Stellungnahmeberechtigten von den Änderungen unmittelbar betroffen sind. Änderungen, die von Stellungnahmeberechtigten vorgeschlagen wurden, lösen kein erneutes Stellungnahmerecht aus. Das erneute Stellungnahmeverfahren ist auf Grundlage der §§ 10 bis 13 durchzuführen.“*

Soweit also wesentliche und zuvor nicht bekannt gemachte Änderungen bzw. Änderungsvorschläge vorgenommen worden sind, löst dies einen neuen Anspruch auf ein erneutes Stellungnahmeverfahren aus. Andernfalls liefe das Stellungnahmerecht gemäß § 91 Absatz 5 SGB V mit den einzuhaltenden Fristen ins Leere.

Vorliegend stellt die erhebliche Abweichung der zugrunde gelegten Parameter für die Errechnung der spezifischen Verhältniszahlen eine wesentliche Änderung dar.

Psychotherapeuten sind hinsichtlich der Niederlassungsmöglichkeiten von den zur Frage stehenden Definition und Modifikation der Verhältniszahlen unstreitig und in erheblicher Weise betroffen. Der Beschlussentwurf hätte deshalb mit seinen wesentlichen Regelungen der BPTK zum Zwecke einer verfahrensgemäßen Stellungnahme zur Verfügung gestellt werden müssen.

Stattdessen sehen die Regelungen des Beschlusses vom 16. Mai 2019 insbesondere hinsichtlich der Bestimmung der Verhältniszahlen einen völlig neuen Modifikationschritt vor. Es konnte keine inhaltliche Auseinandersetzung und darauf aufbauend eine Stellungnahme der BPTK bezüglich der komplexen Vorgaben zur Bedarfsermittlung erfolgen. Der G-BA konnte mangels Stellungnahme wiederum keine diesbezüglichen Erwägungen der BPTK berücksichtigen. Im Ergebnis ist deshalb das gesetzlich vorgesehene Stellungnahmeverfahren rechtswidrig durchgeführt worden.

## **2. Leistungsfähiges Gesundheitswesen und Recht auf Krankenbehandlung gemäß Artikel 2 GG und § 27 Absatz 1 SGB V**

Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 GG gewährleistet die Teilhabe an einem leistungsfähigen und diskriminierungsfrei zugänglichen Gesundheitswesen. Leistungsfähig kann das Gesundheitswesen indes nur sein, wenn der tatsächliche Bedarf bezüglich psychotherapeutischer Leistungen ermittelt wird und die hier vorliegenden Daten und Fakten auch berücksichtigt werden. Auch das Recht auf Krankenbehandlung gemäß § 27 Absatz 1 SGB V läuft ins Leere, wenn psychotherapeutische Leistungen aufgrund fehlender Kapazitäten nicht oder viel zu spät eingeleitet werden. Der G-BA hat nunmehr Kriterien entwickelt, mit denen im Ergebnis der tatsächliche Bedarf bei Weitem nicht kompensiert werden kann und auch in Zukunft nicht zu einer adäquaten Abbildung von Bedarfen führen kann. Der zur Frage stehende Entwurf ignoriert insbesondere nachfolgende Fakten:

### **2.1. Gutachten Prof. Sundmacher**

Das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung<sup>2</sup>, das vom G-BA in Auftrag gegeben und unter der Leitung von Prof. Dr. Sundmacher erstellt wurde, 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.

### **2.2. Robert Koch-Institut**

Auch die Daten des Robert Koch-Instituts belegen, dass 27,7 Prozent der erwachsenen Deutschen innerhalb eines Jahres unter mindestens einer psychischen Erkrankung leiden (17,8 Mio.). Legt man zusätzlich Schätzungen zur Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter in Höhe von 18 Prozent zugrunde (Barkmann & Schulte-Markwort, 2010<sup>3</sup>) leiden jährlich mindestens 20 Mio. Menschen in Deutschland an einer psychischen Erkrankung, aber nur 1,9 Mio. sind nach dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auch in psychotherapeutischer Behandlung. 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.

### **2.3. Festlegung falscher Verhältniszahlen als Bezugspunkt für die Bedarfsentwicklung**

Bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sind grundlegende Fehler gemacht worden, die bis heute einer bedarfsgerechten Versor-

---

<sup>2</sup> Sundmacher et al. (2018). Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Abrufbar unter: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de).

<sup>3</sup> Barkmann, C. & Schulte-Markwort, M. (2010). Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66: 194-203.

gung 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 psychotherapeutische Leistungserbringergruppe erstmalig regulär in die vertragsärztliche 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 bereits vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkassenversicherter beteiligt waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Vielmehr wurden nur diejenigen erfasst, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber systematisch gegen Zulassungen Rechtsbehelfe ein, sodass die Zulassungsverfahren erheblich 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, wurden lediglich die Verhältniszahlen für den Kreistyp 5 und – mit Abstrichen – auch für den Kreistyp 4 angepasst. In diesen ländlichen Regionen 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>4</sup>

#### **2.4. Akzeptanz der psychotherapeutischen Behandlung**

Neben den historischen Fehlern, die bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht wurden, wurde bisher zudem vernach-

---

<sup>4</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).



lässigt, 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>5</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>6</sup> Damit entscheiden sich Patienten für eine Behandlungsart, die in Leitlinien für fast alle psychischen Erkrankungen allein oder in Kombination mit Pharmakotherapie empfohlen wird.

## 2.5. Unzumutbare Wartezeiten

Aktuelle Erhebungen zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie des Sachverständigenrats für die Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018)<sup>7</sup> sowie der BPtK (2018)<sup>8</sup> zeigen übereinstimmend, dass Menschen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie 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 2). Je geringer die Anzahl der Psychotherapeutenplätze je 100.000 Einwohner, desto länger warten psychisch kranke Menschen auf einen Behandlungsplatz.

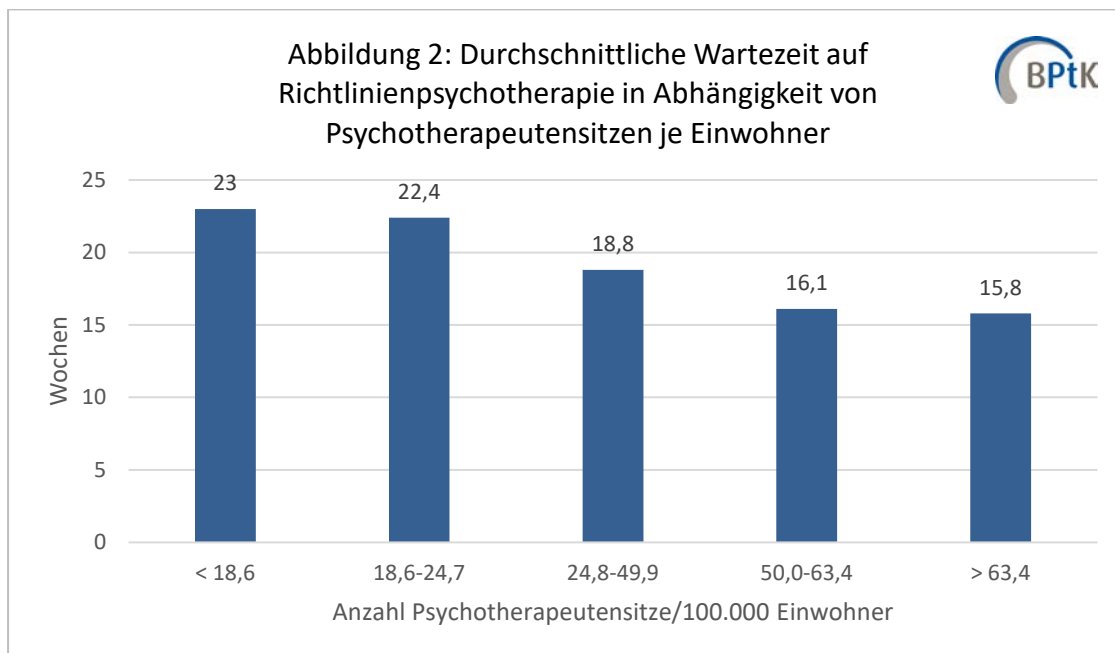
---

<sup>5</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>6</sup> Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2018). Abrufbar unter: [www.deutsche-depressionshilfe.de](http://www.deutsche-depressionshilfe.de).

<sup>7</sup> SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)

<sup>8</sup> BPtK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de)



Quelle: BPtK, 2018

### 3. Willkürliche Bedarfsermittlungskriterien

Neben der Verletzung des Stellungnamerechts lässt der Beschluss einen Verstoß gegen das Willkürverbot befürchten. Nicht ersichtlich ist beispielsweise eine Begründung für die Festlegung der neuen Basis-Verhältniszahlen, die eine einmalige Absenkung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten um 9 Prozent und für die Arztgruppe der Nervenärzte um 15 Prozent vorsieht. Dagegen gibt beispielsweise das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die durchschnittliche Wartezeit auf eine ambulante psychiatrische Versorgung mit 2 Monaten und auf eine ambulante psychotherapeutische Versorgung mit 4 Monaten an. Die einmalige Absenkung der Verhältniszahlen um 9 bzw. 15 Prozent war nicht Gegenstand des Richtlinienentwurfs vom 2. April 2019. Vorgesehen war von KBV, DKG, Patienten- und Ländervertretern nur eine Anpassung der Spreizung der Verhältniszahlen in den Kreistypen 2 bis 6 gegenüber Kreistyp 1 an die entsprechende Spreizung der Verhältniszahlen in den anderen Arztgruppen der wohnortnahen Versorgung (außer Nervenärzte), sodass die BPtK auch dazu keine Stellung nehmen konnte.

Des Weiteren stellen die für die Bedarfsermittlung zugrunde gelegten Kriterien für die Arztgruppe der Psychotherapeuten eine völlig unsachgemäße Ausgestaltung des gesetzlichen Auftrags zum Einbezug der Sozial- und Morbiditätsstruktur dar. Insbesondere der neu eingeführte Zwischenschritt, bei dem die Basis-Verhältniszahlen aufgrund eines Morbiditätsfaktors an die Entwicklung der Bevölkerungsstruktur angepasst werden, ist in keiner Weise geeignet, über die Zeit tatsächlich steigende Leistungsbedarfe aufgrund der Morbiditätsentwicklung abzubilden.

### **3.1. Unsachgemäßer Einbezug von Sozial- und Morbiditätsstruktur**

Auch wenn der absolute (psychotherapeutische) Leistungsbedarf in allen Bevölkerungsgruppen kontinuierlich ansteigt, führt der vom G-BA beschlossene Modifikationsschritt dazu, dass aufgrund der demografischen Entwicklung in Deutschland mit der zunehmend älter werdenden Gesellschaft in der Bedarfsplanung ein sinkender psychotherapeutischer Versorgungsbedarf angenommen würde. Dieser negative Trend ließe sich unter diesen Vorgaben erst dann aufhalten, wenn sich in der wachsenden Altersgruppe der über 75-Jährigen in den Abrechnungsdaten ein, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, überdurchschnittlicher psychotherapeutischer Leistungsbedarf manifestieren würde. Dies macht deutlich, dass dieser neu eingefügte Modifikationsschritt gerade keine morbiditätsorientierte Anpassung der Verhältniszahlen darstellt, bei der ein real wachsender Versorgungsbedarf aufgrund zunehmender Morbidität der Bevölkerung abgebildet wird. Vielmehr handelt es sich nur um eine mathematisch komplex ausgestaltete Anwendung eines Demografiefaktors, der lediglich betrachtet, welche Alters- und Geschlechtsgruppen zunehmen und wie sich der relative Leistungsbedarf in diesen Alters- und Geschlechtsgruppen im Vergleich zu den anderen Gruppen darstellt. Insbesondere für Arztgruppen, deren Patientinnen und Patienten sich in großen Teilen durch ein jüngeres Ersterkrankungsalter und damit einhergehend durch einen besonders hohen Leistungsbedarf in den jüngeren Lebensjahrzehnten auszeichnet, ist dieser vermeintliche Morbiditätsfaktor gänzlich ungeeignet, den wachsenden Versorgungsbedarf bei steigender Morbidität in der Bevölkerung abzubilden. Neben den Psychotherapeuten trifft dies beispielsweise auch auf die Arztgruppe der Frauenärzte zu.

### **3.2. Sachgerechtere Möglichkeiten zur Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung bei der Planung der psychotherapeutischen Versorgung**

Die Anwendung des Morbiditätsfaktors auf die Basis-Verhältniszahlen stellt – wie dargelegt – einen völlig unsachgemäßen Einbezug der Sozial- und Morbiditätsstruktur zur Ermittlung des Versorgungsbedarfs für die Arztgruppe der Psychotherapeuten dar. Dieser Morbiditätsfaktor ist damit gänzlich ungeeignet und darf aus Sicht der BPtK in dieser Form zumindest in der Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht zum Einsatz kommen.

Wenn die Morbiditätsentwicklung über die Zeit und nicht nur die Morbiditäts- und Sozialstruktur in seiner regionalen Ausprägung in der Bedarfsplanung systematisch berücksichtigt werden soll, bedarf es einer deutlichen Modifikation der geplanten Berechnungen insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten.

Denkbar wäre beispielsweise für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, die Entwicklung des Leistungsbedarfs nicht über die Entwicklung der Anteile der Alters- und Geschlechtsgruppen an der Gesamtbevölkerung und deren durchschnittlichem Leistungsbedarf bei einer Arztgruppe zu bestimmen, sondern auf Basis der Veränderung der in der gesamten vertragsärztlichen Versorgung festgestellten psychischen Morbidität. Hierfür könnten die über alle Arztgruppen hinweg gestellten gesicherten Diagnosen herangezogen werden, die gemäß Psychotherapie-Richtlinie eine Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen. Dieses Vorgehen ist im Unterschied

zu vielen anderen Arztgruppen für die Psychotherapeuten möglich, da sich hier das Leistungsspektrum auf eine klar definierte Anzahl an Krankheiten und Diagnosen beziehen lässt. Eine methodisch geeignete Umsetzung wäre dabei unter Rückgriff auf die Systematik der Krankheiten und unter Anwendung des sogenannten M2Q-Kriteriums analog des Verfahrens beim morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich möglich.

### **3.3. Kein ausreichender Einbezug des Gutachtens zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung**

Willkürlich erscheint zudem in Bezug auf die Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Auseinandersetzung mit dem Gutachten, das vom G-BA in Auftrag gegeben wurde. Zwar wird in der Pressemitteilung und den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 16. Mai 2019 auf das vorgenannte Gutachten Bezug genommen, eine inhaltlich auch nur annähernde Berücksichtigung der Ergebnisse und zentralen Empfehlungen des Gutachtens lässt sich für die Arztgruppe der Psychotherapeuten jedoch nicht nachvollziehen. So wird an keiner Stelle ersichtlich, wie die Diskrepanz zwischen den im Gutachten ermittelten 2.400 zusätzlich notwendigen Psychotherapeutensitzen und der aus dem G-BA-Beschluss resultierenden Anzahl von 776 zusätzlichen Sitzen begründbar ist. Insoweit sind die fachwissenschaftlichen Entscheidungsgrundlagen sachwidrig erfolgt und insgesamt nicht nachvollziehbar. Der GKV-SV hat ausweislich des zur Stellungnahme übermittelten Richtlinienentwurfs vom 2. April 2019 trotz Kenntnis des Gutachtens gemäß seiner Vorschläge zu § 12 des Richtlinienentwurfs keinen einzigen neuen Sitz für Psychotherapeuten für erforderlich gehalten. Folglich hat der GKV-SV das Gutachten zum Zeitpunkt des Stellungnahmeverfahrens, bezogen auf diesen Regelungsgegenstand, in keiner Weise berücksichtigt. Hier ist schon zweifelhaft, ob der GKV-SV seinem gesetzgeberischen Auftrag als Mitglied des G-BA in angemessener Weise nachgekommen ist.

Innerhalb der kurzen Zeit vom 2. April 2019 (Einleitung des Stellungnahmeverfahrens) bis zum 16. Mai 2019 hat der G-BA völlig neue Kriterien bzw. Berechnungsparameter für die Bedarfsplanung entwickelt, die sich erheblich auf die Niederlassungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten auswirken.

Mit Beschluss vom 16. Mai 2019 haben sich die Mitglieder des G-BA dann offensichtlich auf gänzlich andere Ausmaße und Verfahrensweisen der Modifikationen der Verhältniszahlen geeinigt. Der vorbeschriebene Prozess zur Erstellung der Richtlinie wirft die Frage auf, ob letztlich die Bestimmung und Modifikationen der Verhältniszahlen an eine von den Vertragsparteien ausgehandelte Zielgröße angepasst worden sind.

All dies lässt die Annahme zu, dass die Bestimmung und die Modifikation der Verhältniszahlen mangels Berücksichtigung der sachgemäßen Entscheidungsgrundlagen willkürlich erfolgt ist. Eine solche intransparente Vorgehensweise wird durch den Verstoß gegen das Stellungnahmerecht nochmals verstärkt. Der Beschluss ist deshalb aus Sicht der BPtK zu beanstanden.

#### **4. Zusammenfassung**

Mit dem Beschluss des G-BA vom 16. Mai 2019 zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist das Stellungnahmerecht der BPtK in erheblicher Weise verletzt worden, da elementare Regelungen erst nach dem Stellungnahmeverfahren in den Beschluss aufgenommen worden sind.

Darüber hinaus verstößt der Beschluss aber auch gegen das verfassungs- und sozialrechtlich geschützte Gebot bezüglich der Gewährleistung eines funktions- und leistungsfähigen Gesundheitswesens. Gemäß der aktuellen Datenlage steht fest, dass derzeit den gesetzlich Krankenversicherten in der vertragsärztlichen Versorgung zu wenige psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten aufgrund fehlender psychotherapeutischer Niederlassungsmöglichkeiten in Deutschland zur Verfügung stehen. Der G-BA hat mit der Bestimmung der Verhältniszahlen den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen außer Acht gelassen. Weder die Ergebnisse des vom G-BA in Auftrag gegebenen Gutachtens noch die Besonderheiten und Entwicklungen der psychischen Morbidität in der Bevölkerung und der psychotherapeutischen Leistungserbringung sind berücksichtigt worden.

Wir möchten Sie daher als Rechtsaufsicht dringend bitten, den Beschluss des G-BA vom 16. Mai 2019 zu beanstanden.

Gerne stehen wir für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dietrich Murrz', with a long horizontal flourish extending to the right.

Dr. Dietrich Murrz

**Anlage 1: Übermittelter Richtlinienentwurf vom 2. April 2019**

**Anlage 2: Stellungnahme BPtK**