

**Beschlussentwurf zur
Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie
Hier: Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
in nicht unterversorgten Planungsbereichen
(§ 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie)**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer
vom 28.01.2008**

Der vorgelegte Entwurf wird von der Bundespsychotherapeutenkammer in der vorliegenden Form **abgelehnt**.

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2007 wurde für die Bedarfsplanung ein neues Kriterium geschaffen. Dieses ist der zusätzliche lokale Versorgungsbedarf in über- versorgten Planungsbereichen. Der Gesetzgeber erkannte die Notwendigkeit, abseits der Grenzen und der Größe von Planungsbereichen **kleinere Bezugsregionen** auf drohende ärztliche und psychotherapeutische Unterversorgung zu prüfen. Dies ist richtig, da selbst bei Vorliegen von bedarfsplanungsrechtlicher „Übersorgung“ der jeweiligen ärztlichen Fachgruppe im Planungsbereich dennoch einzelne Teile dieses Planungsbereiches Anzeichen von **tatsächlicher** ärztlicher oder psychotherapeutischer **Unterversorgung** aufweisen.

Folgerichtig wird auch im jetzigen Entwurf unter § 34a Abs. 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie den Partnern der Selbstverwaltung auf Landesebene ein Rahmen für die Findung kleinerer Bezugsregionen als die der Planungsbereiche vorgegeben.

Nicht sinnvoll ist jedoch die gefundene **Struktur** zum Nachweis eines lokalen Versorgungsbedarfs in den Abs. 3 bis 6 des § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie.

Im Folgenden werden zunächst anhand der einzelnen Absätze des Entwurfes die Änderungsvorschläge der BPTK aufgezeigt (A), ehe im Anschluss ein Vorschlag für eine stimmige Neufassung vorgestellt wird (B).

(A)

1. Zunächst sollte in Abs. 1 der Neufassung klargestellt werden, dass sich der Passus „auch wenn keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 – 33 vorliegt“ auf den *Planungsbereich* bezieht.
2. *Kein Änderungsbedarf.*
3. Der vorgesehene Abs. 3 überzeugt in der vorliegenden Form nicht, da er sich nicht in das System der §§ 29 und 31 einfügt.

Die §§ 29 ff. gehen von folgender Systematik aus: § 29 Satz 1 definiert in Bezug auf den *Planungsbereich*, wann Unterversorgung zu vermuten ist, § 29 Satz 2 benennt in Bezug auf den *Planungsbereich* die Kriterien für eine drohende Unterversorgung. Die Landesausschüsse können separat nach § 29 Satz 1 und Satz 2 sowie nach § 31 der Bedarfsplanungs-Richtlinie getrennt Unterversorgung oder drohende Unterversorgung feststellen. Dies ist auch sachgerecht, da die Verhältniszahl nur die Arzt-Einwohner-Relation aufzeigt. Parameter wie das Alter der Ärzte und Psychotherapeuten oder das Inanspruchnahmeverhalten finden dabei keine Berücksichtigung. Daher können neben der Feststellung von tatsächlicher Unterversorgung die Landesausschüsse die Planungsbereiche auch auf eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung überprüfen. Dies ist beispielsweise in den neuen Bundesländern unter Betrachtung des hohen Durchschnittsalters der Ärzte und Psychotherapeuten gängige Praxis. Die von der Bundesregierung gewünschte Förderung findet in vielen Fällen nicht wegen tatsächlicher Unterversorgung, sondern wegen in absehbarer Zeit drohender Unterversorgung statt.

Es liegt nahe, dieses auf den *Planungsbereich* bezogene System nun auch auf die neu eingeführten *Bezugsregionen* innerhalb des Planungsbereiches zu übertragen. Nach dem momentanen Wortlaut der Abs. 3 bis 6 liegt bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 29 Satz 1 in der Bezugsregion nicht etwa ein lokaler Versorgungsbedarf vor, sondern nur ein *Anhalt* für einen solchen. Dieser Anhalt eröffnet dann nach Abs. 4 aber erst den Einstieg in das Prüfverfahren, in dessen Rahmen dann die Kriterien nach Abs. 6 Bedeutung erlangen sollen. Im Ergebnis wären die Landesausschüsse nach dem Wortlaut der Abs. 3 bis 6 des § 34a der Bedarfsplanungs-Richtlinie gezwungen, neben der tatsächlichen Unterversorgung in der neu gefundenen Bezugsregion auch Parameter einer in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgung **kumulativ** nachzuweisen.

Es stellt sich die Frage, wieso bei der Betrachtung einer anderen Bezugsregion als der des Planungsbereiches nun andere Regelungen gelten sollen. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt deshalb vor, die auf den Planungsbereich bezogene Systematik des § 29 auf die neue Bezugsregion zu übertragen.

4. Abs. 4 Satz 1 ist im jetzigen Beschlussentwurf nicht verständlich: Wie soll ein „Anhalt für einen lokalen Versorgungsbedarf“ vorliegen, ohne dass die Voraussetzungen des Abs. 3 erfüllt sind? Abs. 3 normiert doch im Beschlussentwurf gerade, was ein solcher „Anhalt für einen lokalen Versorgungsbedarf“ ist. Hier zeigt sich, dass Abs. 3 stimmigerweise nicht einen *Anhalt* für einen Versorgungsbedarf normieren sollte, sondern schlicht die auf den Planungsbereich gemünzte Definition des § 29 für eine zu vermutende (Satz 1) oder drohende (Satz 2) Unterversorgung nun auf die Bezugsregion übertragen sollte.

Abs. 4 müsste klarstellen, dass auch dann, wenn die festgelegten Kriterien des § 29 Satz 1 und Satz 2 in der Bezugsregion nicht vorliegen, dennoch eine Prüfung auf eine Unterversorgung hin stattfinden kann. Dies nämlich dann, wenn die Kriterien des Abs. 6 vorliegen.

Die ausdrückliche Normierung der Frist in Abs. 4 Satz 2 ist nicht erforderlich, da bereits Abs. 5 eine entsprechende Regelung der §§ 32, 33 anordnet. Somit gilt die Frist nach § 33 Abs. 1; die zusätzliche Aufführung ist unnötig und missverständlich, da sich die Frage stellt, warum eine einzelne Regelung des insgesamt entsprechend geltenden § 33 explizit genannt wird.

Es fragt sich, weshalb die entsprechende Geltung des § 29 Satz 2 unständig und gesondert in Abs. 4 Satz 3 angeordnet wird und nicht gemeinsam mit § 29 Satz 1 in Abs. 3 aufgeführt wird.

5. *Kein Änderungsbedarf.*

6. Die Auflistung der **Kriterien** des § 29 in Nr. 1 ist überflüssig, da diese ja schon gemäß Abs. 3 im Hinblick auf die Bezugsregion gelten.

Nach Ansicht der Bundespsychotherapeutenkammer sind die zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs vorgeschlagenen Kriterien zu **ergänzen**:

- Nr. 2 sollte ergänzt werden um Kriterien der Geschlechterverteilung der Psychotherapeuten und Ärzte und der vorhandenen Therapieangebote in einer Fremdsprache,

- Nr. 3 sollte ergänzt werden um das Kriterium der Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch, der Wartezeiten bis zur Behandlungsaufnahme und der Anzahl der Zurückweisungen wegen mangelnder Behandlungskapazitäten,
- Nr. 4 sollte dahingehend präzisiert werden, dass auch die Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten und die Anfahrtswege bzw. -zeiten berücksichtigt werden.

(B)

Wir schlagen daher zusammenfassend vor, die Absätze 1; 3; 4 und 6 wie folgt zu ändern:

(1) Der Landesausschuss kann einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf **innerhalb eines Planungsbereiches** in der vertragsärztlichen Versorgung feststellen, auch wenn **in diesem Planungsbereich** keine Unterversorgung im Sinne der §§ 27 – 33 vorliegt.

(2) *Kein Änderungsbedarf.*

(3) ~~Ein Anhalt für einen lokalen~~ **Lokaler** Versorgungsbedarf liegt vor, soweit in der durch den Landesausschuss nach Abs. 2 festgelegten Bezugsregion die Kriterien der Unterversorgung nach § 29 Satz 1 **oder der drohenden Unterversorgung nach § 29 Satz 2** erfüllt sind.

~~(4) Liegt ein Anhalt für lokalen Versorgungsbedarf in einer Bezugsregion vor, ohne dass die Voraussetzungen des Abs. 3 erfüllt sind, so ist (...) vorzunehmen. Die Prüfung ist innerhalb angemessener Frist – die drei Monate nicht überschreiten darf – durchzuführen. § 29 Satz 2 gilt entsprechend.~~

Ungeachtet der Voraussetzungen des Abs. 3 kann bei einem Anhalt für eine Unterversorgung oder drohende Unterversorgung eine Prüfung entsprechend § 30 erfolgen.

(5) *Kein Änderungsbedarf*

(6) Bei der Prüfung ~~des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes~~ **nach Abs. 4** sind insbesondere folgende Kriterien zu berücksichtigen:

~~Das Vorliegen der Kriterien für eine zu vermutende oder drohende Unterversorgung nach § 29;~~

1. Bei allen Ärzten **und Psychotherapeuten** deren Tätigkeitsgebiet, auch das **Behandlungsangebot in einer Fremdsprache**, Alterstruktur (inklu-

- sive des Abgabealters und der zu erwartenden Neuzugänge), **Geschlecht**, ergänzendes Angebot ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser in der Bezugsregion, Berücksichtigung ambulanter Leistungen von Ärzten, **Psychotherapeuten** und Krankenhäusern, deren Einzugsgebiet sich auf die Bezugsregion erstreckt;
2. Bei der Wohnbevölkerung ihre Zahl, ihre Altersstruktur, ihre Nachfrage nach ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, **die Wartezeiten bis zu einem Erstgespräch, die Wartezeiten bis zur Behandlungsaufnahme und die Anzahl der Zurückweisungen wegen mangelnder Behandlungskapazitäten** sowie der Ort der tatsächlichen Inanspruchnahme der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen. Die Feststellungen nach Satz 1 können auf der Grundlage einer geeigneten Stichprobe erfolgen. Bei der Interpretation dieses Kriteriums kann berücksichtigt werden, dass die empirisch ermittelte Inanspruchnahme auch durch das tatsächlich vorhandene Angebot mitbestimmt wird;
 3. Qualität der infrastrukturellen Anbindung, **auch der Erreichbarkeit der Ärzte und Psychotherapeuten und der Anfahrtswege bzw. -zeiten.**