

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Quo-  
tenregelung psychotherapeutische Versorgung von Kin-  
dern und Jugendlichen – Umsetzung des § 101 Abs. 4 Satz  
5 SGB V**

---

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom  
03.04.2009**

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält den Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in seiner jetzigen Fassung für nicht beschlussfähig. Die vom G-BA vorgesehene Neuregelung verstößt in mehrfacher Hinsicht gegen geltendes Recht.

### **Definition der Leistungserbringer**

Das Gesetz verpflichtet den G-BA in § 101 Abs. 4 SGB V, in den Richtlinien „sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, vorbehalten ist“.

Mit dieser gesetzlichen Vorgabe ist nicht vereinbar, dass § 5 Abs. 6a Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) zu den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, neben den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und den Leistungserbringern, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil 90 Prozent erreichen, zusätzlich noch pauschal die „Psychologischen Psychotherapeuten mit der Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche“ zählen. Das Gleiche gilt für die mit Hilfe der Fußnote vorgenommene generelle Einbeziehung der sowohl als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als auch als Psychologische Psychotherapeuten Zugelassenen zu den Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Es fehlt ein sachlicher Grund, diese beiden Gruppen anders zu behandeln als die Gruppe der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte. Während es bei den überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten nach dem Beschlussentwurf darauf ankommen soll, ob sie mindestens zu 90 Prozent Kinder und Jugendliche behandeln, würde ein Psychologischer Psychotherapeut mit Abrechnungsgenehmigung für Kinder und Jugendliche oder ein Psychologischer Psychotherapeut, der zugleich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut zugelassen ist, auch dann als Leistungserbringer gezählt, der ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelt, wenn Kinder und Jugendliche gar nicht zu seinen Patienten zählen. Es liegt nahe, auch hier auf die tatsächliche Tätigkeit abzustellen.

Die BPTK schlägt daher vor, § 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie um folgenden neuen Absatz 6a zu ergänzen:

*„Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten die Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten. Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. Der Leistungsanteil, der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen, wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.“*

### **Übergangsregelung in § 47 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)**

Die Übergangsregelung in § 47 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) steht im Widerspruch zur gesetzlichen Vorgabe in § 101 Abs. 4 SGB V. Danach muss in der Richtlinie sichergestellt werden, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent den Psychotherapeuten vorbehalten ist, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen. § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) sieht vor: „Planungsbereiche innerhalb des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigungen, in welchen bereits ein Versorgungsantrag von zehn vom Hundert ausgeschöpft ist, bleiben für die Ausschöpfung des Versorgungsanteils von 20 vom Hundert solange außer Betracht, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks ein Versorgungsanteil von mindestens zehn vom Hundert erreicht wird“.

Mit dieser Vorschrift soll sichergestellt werden, dass zunächst in allen Planungsbereichen ein Versorgungsanteil von zehn Prozent und ggf. auf einer „zweiten Stufe“ zu einem späteren Zeitpunkt ein Versorgungsanteil von 20 Prozent erreicht wird. Mit anderen Worten: Die Regelung verhindert einen Versorgungsanteil von 20 Prozent in einem Planungsbereich, solange in anderen Planungsbereichen ein Versorgungsanteil von zehn Prozent noch nicht erreicht ist.

Die vorgesehene Regelung ist ein Instrument zur planungsbereichsübergreifenden Steuerung, was dazu führen würde, dass in dem Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, in dem der Versorgungsgrad in einer Vielzahl der Planungsbereiche zwischen zehn und 20 Prozent liegt, entgegen der gesetzlichen Bestimmung keine Verbesserung eintreten kann, solange der Versorgungsgrad in nur einem einzigen Planungsbereich unter zehn Prozent liegt.

Nach den uns vorliegenden Zahlen der KV Westfalen-Lippe vom 18.04.2008 könnte in keinem von 26 Planungsbereichen die Versorgung von Kindern und Jugendlichen verbessert werden, solange sich kein Leistungserbringer im Planungsbereich Höxter niederlässt, da dort zu diesem Zeitpunkt lediglich ein halber Sitz mit einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besetzt war, was einem Versorgungsanteil von 5,5 Prozent entspricht. Bezogen auf die Anzahl der Einwohner würden 98 Prozent der Bevölkerung in Westfalen-Lippe benachteiligt, weil zunächst die Versorgung von lediglich zwei Prozent der Bevölkerung zu verbessern ist.

Die im Entwurf vorgesehene Regelung ist also nicht nur rechtlich problematisch, sie ist auch versorgungspolitisch kontraproduktiv. Wohl aus diesem Grund wurde davon abgesehen, diese Regelung auf die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte zu erstrecken. Konsequenterweise müsste dazu vorgesehen werden, dass der dort maßgebliche Versorgungsanteil von 25 vom Hundert solange außer Betracht zu bleiben hat, bis in den übrigen Planungsbereichen des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung ein Versorgungsanteil von mindestens 15 vom Hundert erreicht wird.

Versorgungspolitisch mag eine Regelung wünschenswert sein, die sicherstellt, dass insbesondere im ländlichen Raum eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen erreicht wird. Die BPK geht allerdings davon aus, dass es aufgrund der erfreulichen Nachwuchssituation bei den Psychotherapeuten bundesweit einer solchen Regelung nicht bedarf und es in absehbarer Zeit (möglicherweise bis auf einige wenige Planungsbereiche) zu dem angestrebten Versorgungsgrad kommt. Eine solche Regelung wäre dann gerade für psychotherapeutisch tätige Ärzte erforderlich. Hier hat sich gezeigt, dass trotz bestehender Niederlassungsmöglichkeiten schon in der Vergangenheit in einer Vielzahl von Planungsbereichen, insbesondere im ländlichen Be-

reich, dieses Versorgungsangebot gar nicht vorhanden ist. Es gibt eine Vielzahl von Planungsbereichen, in denen die Quote nicht nur nicht ausgeschöpft wird, sondern in denen kein Arzt psychotherapeutisch tätig ist.

### **Übergangsregelung in § 47 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)**

Gegen die „Übergangsregelung“ in § 47 Abs. 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) bestehen erhebliche Bedenken. Nach dieser Vorschrift dürfen Anträge auf Zulassung von Leistungserbringern, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) zugelassen sind, erst weitere sechs Monate nach der Feststellung des Landesausschusses beschieden werden. Damit wird erreicht, dass über solche Zulassungsanträge erst entschieden wird, nachdem über andere Zulassungsanträge bereits entschieden wurde. Damit werden Antragsteller benachteiligt, die bereits (in einem anderen Planungsbereich) über eine Zulassung verfügen.

Diese Benachteiligung dürfte gegen Artikel 12 Abs. 1 und Artikel 3 Abs. 1 GG verstoßen. Die Ungleichbehandlung von Antragstellern einerseits, die bereits über eine Zulassung verfügen, und Antragstellern andererseits, die bisher nicht zugelassen sind/waren, lässt sich nicht hinreichend rechtfertigen. Zur Begründung verweist der G-BA darauf, dass „mögliche Fehlallokationen“ vermieden werden sollen. Damit dürfte gemeint sein, dass vermieden werden soll, dass bereits zugelassene Leistungserbringer ihre Zulassung aus „unattraktiven Planungsbereichen“ nunmehr in „attraktive Planungsbereiche“ verlegen, die lediglich aufgrund der Quote noch für weitere Zulassungen offen sind.

Indes ist die Regelung zur Vermeidung „möglicher Fehlallokationen“ ungeeignet. Denn das Differenzierungskriterium „Zulassung in einem anderen Planungsbereich“ sagt nichts darüber aus, ob der Wechsel in den fraglichen Planungsbereich unter Versorgungsgesichtspunkten positiv oder negativ zu bewerten ist. Von einer „Fehlallokation“ mag gesprochen werden, falls ein Psychotherapeut die Regelungen zur partiellen Entsperrung nutzt, um von einem schlechter versorgten Planungsbereich in einen besser versorgten Planungsbereich zu wechseln. Die Regelung verhindert aber mit der gleichen Wahrscheinlichkeit, dass ein Psychotherapeut von einem (statistisch) besser versorgten Planungsbereich in einen schlechter versorgten Planungsbereich wechselt. Letzteres wäre unter Versorgungsgesichtspunkten positiv zu bewerten.

Da somit das Differenzierungskriterium („Bewerber verfügt bereits über eine Zulassung“) zum Erreichen des Differenzierungszieles („Vermeidung von Fehlallokationen“) ungeeignet ist, lässt sich weder die Ungleichbehandlung noch der Eingriff in die Berufsfreiheit rechtfertigen.

### **Übergangsregelung gemäß § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf)**

Unter Versorgungsgesichtspunkten inakzeptabel ist, dass gemäß § 47 Abs. 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie (Entwurf) der zuständige Landesausschuss erst sechs Monate nach Inkrafttreten der Neuregelung entscheiden darf.

Der Gesetzgeber hat die Mindestquote zum 01.01.2009 geregelt, um die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche zu verbessern. „Der Zugang zu frühzeitigen Therapien ist daher dringend erforderlich, um persönliches Leid bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen und ihren Familien sowie hohe volkswirtschaftliche (Folge-)Kosten zu vermeiden“ (BT-Drs. 16/10070 vom 30.07.2008, Seite 3).

Die Übergangsregelung würde dazu führen, dass erst ca. ein Jahr nach Inkrafttreten des GKV-OrgWG die ersten Zulassungen von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, erfolgen können. Für die Kinder und Jugendlichen, die vergeblich auf einen Therapieplatz warten, hat dies gravierende, negative Folgen.

Da die Regelung des Gesetzgebers (20 Prozent Versorgungsanteil für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln) denkbar einfach ist, lässt sich eine solche zeitliche Verzögerung nicht rechtfertigen. Folgerichtig fehlt auch in den Tragenden Gründen eine Begründung dafür, dass die Feststellung des Landesausschusses erstmals sechs Monate nach Inkrafttreten der Richtlinienänderung erfolgen soll.

Eine fachliche Begründung ist auch nicht denkbar, da die Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 für mindestens zwei Quartale vorliegen werden, wenn die Bedarfsplanungs-Richtlinie voraussichtlich Ende Mai/Anfang Juni in Kraft tritt. Die erforderlichen Berechnungen können somit spätestens dann ohne weitere zeitliche Verzögerung vorgenommen werden. Es spricht im Übrigen auch nichts dagegen, mit den Berechnungen unverzüglich nach der

Beschlussfassung des G-BA zu beginnen. Für vorbereitende Berechnungen ist es nicht erforderlich, dass der Beschluss bereits in Kraft ist. Schlimmstenfalls werden die Berechnungen vergebens durchgeführt, falls der Beschluss dann doch nicht oder anders in Kraft tritt.

Im Beschluss sollte daher vorgesehen werden, dass die Entscheidung über die Versorgungsverhältnisse unverzüglich nach Inkrafttreten des Beschlusses zu treffen ist.

### **Beschlussvorschlag der BPtK**

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt zusammenfassend vor, den Beschluss wie folgt zu fassen:

- Einleitungsformel wie im Entwurf.
- Ziffer I wird wie folgt gefasst:

§ 5 wird um folgenden neuen Absatz 6a ergänzt:

***Als Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, gelten die Leistungserbringer, deren psychotherapeutische Leistungen, die an Kindern und Jugendlichen erbracht werden, an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. erreichen bzw. überschreiten. Als psychotherapeutische Leistungen für Kinder und Jugendliche zählen die Leistungen des Kapitels 35 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) mit Ausnahme der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110, die an Kindern und Jugendlichen (bis 21 Jahre) erbracht wurden. Der Leistungsanteil der an Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch erbrachten Leistungen wird als Anteil der Punktzahlen dieser Leistungen an den Gesamtpunktzahlen des Leistungserbringers ermittelt.***

- Ziffern II wie im Entwurf.
- Ziffer III:

§ 22 Abs. 1 Nr. 3 wird wie folgt neu gefasst:

*Anhand der Psychotherapeutenzahl nach Nummer 1 ist ein 20-prozentiger Anteil für die Leistungserbringer festzustellen, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. **Der zuständige Landesausschuss der Ärzte und***

***Krankenkassen entscheidet unverzüglich nach Inkrafttreten dieses Beschlusses erstmalig über die Versorgungsverhältnisse nach Satz 1.***

- Ziffer IV wird gestrichen.
- Ziffern V und VI werden Ziffern IV und V.
- Die Anlagen werden entsprechend der gesetzlichen Vorgaben an die Definition der Leistungserbringer in der neuen Ziffer I angepasst.