

Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/13083) hier:

Mindestversorgungsanteile für psychotherapeutisch tätige Ärzte und Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln

**Änderungsantrag 8 zu Artikel 3 Nr. 5 -neu- (§ 101 Absatz 4)
A.-Drs. 17(14)0412**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
08.05.2013**

BPTK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte	4
1. Verhindert Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen	4
2. Keine Unterschiede in Diagnose- und Leistungsspektrum.....	6
3. Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte verzichtbar..	9
III. Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	9
1. Sichert Versorgung von Kindern und Jugendlichen	10
2. Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie notwendig	10
IV. Formulierungsvorschläge.....	11
1. Mindestversorgungsanteil für Kinder und Jugendliche unbefristet weiterführen	11
2. Nachteile der Ärztequote für die Sicherstellung der Versorgung verhindern	12
Anlage	14

I. Zusammenfassung

Der vorliegende Änderungsantrag 8 (A.-Drs. 17(14)0412) zum Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/13083) sieht eine Verlängerung der Regelung zu den Mindestversorgungsanteilen in § 101 Absatz 4 Satz 5 SGB V um zwei Jahre vor.

Eine Verlängerung des Mindestversorgungsanteils für ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte würde die Versorgung psychisch kranker Menschen insbesondere in ländlichen Regionen erheblich erschweren. Nach der Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung werden bundesweit mindestens 276 eigentlich vorgesehene Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten durch die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte blockiert. Dies liegt daran, dass nicht besetzte Quotensitze gemäß § 101 Absatz 4 Satz 6 SGB V bei der Ermittlung des Versorgungsgrades als besetzt mitgezählt werden.

Dabei gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass ein Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte unter Versorgungsgesichtspunkten sinnvoll sein könnte. Psychologische Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte behandeln Patienten mit dem gleichen Diagnosespektrum und mit den gleichen Leistungen.

Erfolgreich war hingegen die Einführung eines Mindestversorgungsanteils für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln. Anders als der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dient er nicht dem Schutz einer Berufsgruppe, sondern der Verbesserung der Versorgung einer bestimmten Patientengruppe. Mit der im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) 2009 getroffenen Regelung konnte das Ziel, eine angemessene Versorgung von Kindern und Jugendlichen sicherzustellen, erreicht werden – vor allem da dieser Mindestversorgungsanteil flächendeckend weitestgehend ausgeschöpft wird. Die Gründe für diesen Mindestversorgungsanteil bestehen fort. Er sollte daher unbefristet weitergeführt werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) plädiert dafür, den berufsgruppenbezogenen Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte nicht weiterzuführen und den versorgungsbezogenen Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, unbefristet weiterzuführen.

Sollte sich der Gesetzgeber jedoch nicht ausschließlich von versorgungspolitischen Überlegungen leiten lassen und berufspolitischen Forderungen nach einer Verlängerung der Ärztequote folgen, dann sollte die Regelung aufgehoben werden, wonach nicht besetzte Sitze als besetzt mitgezählt werden. Damit würden aus der Ärztequote keine Nachteile mehr für die Sicherstellung der Versorgung entstehen.

II. Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte

Die Regelung zum Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte verschlechtert die Versorgung psychisch kranker Menschen, obwohl es keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass sie aus Versorgungsgründen sinnvoll sein könnte. Es handelt sich um eine Regelung, die allein dem Schutz einer Berufsgruppe zulasten der Versorgung dient.

1. Verhindert Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen

Seit über 14 Jahren gibt es die bis Jahresende befristete Regelung zum Mindestversorgungsanteil für Ärzte. Seitdem wird er nicht ausgeschöpft. Vor der Reform der Bedarfsplanung waren bundesweit 182 Niederlassungsmöglichkeiten für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert und konnten in der Zeit seit 1999 nicht besetzt werden.

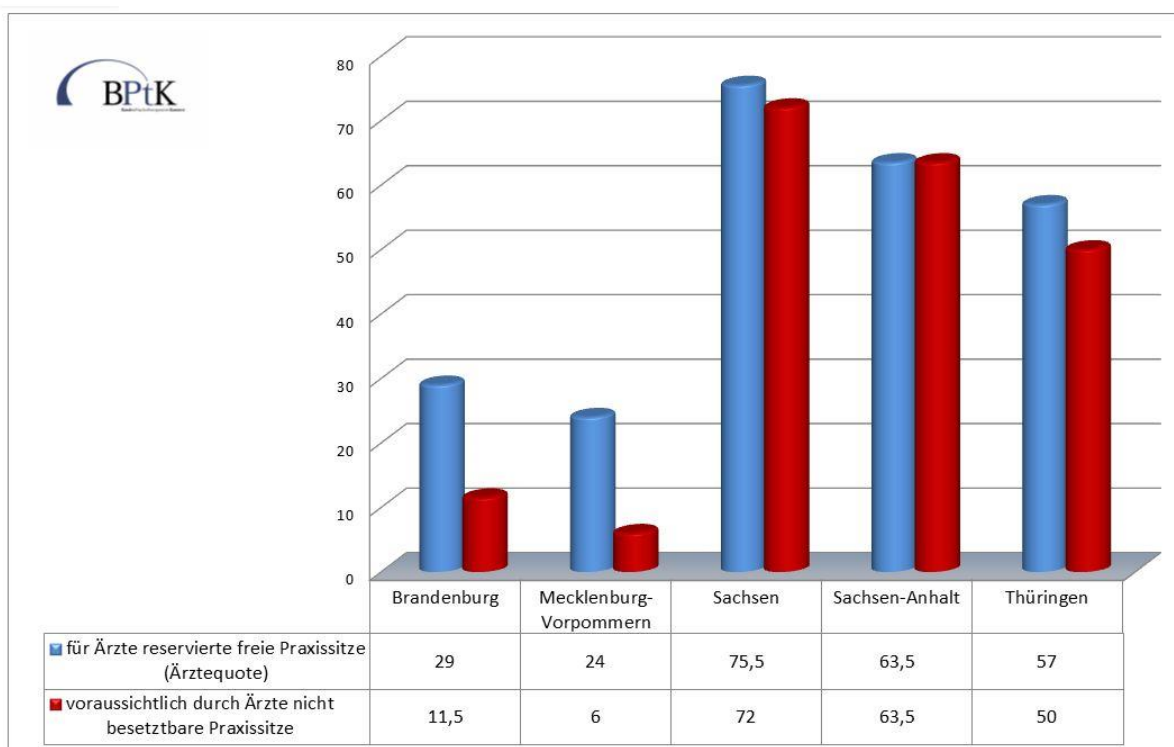
Mit der Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung sollen insgesamt 1.232 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten geschaffen werden. Ziel des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes war dabei eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen. Von diesen zusätzlichen 1.232 Sitzen werden durch die Quote 348 Sitze für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert. Mindestens 221,5 dieser reservierten Sitze werden unbesetzt bleiben. Diese Praxissitze liegen in Planungsbereichen, in denen es schon bisher nicht

gelingen ist, den Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte auszuschöpfen. Die 221,5 Sitze verteilen sich über 50 Planungsbereiche (siehe Anlage). Für diese besonders schlecht versorgten Planungsbereiche sieht die Reform der Bedarfsplanung eigentlich 452 zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten vor. Mindestens die Hälfte davon (221,5) werden aufgrund der Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte unbesetzt bleiben.

Zu den insgesamt mindestens 221,5 Sitzen in diesen 50 Planungsbereichen kommen mindestens weitere 54,5 für Ärzte reservierte Sitze hinzu, die in Planungsbereichen liegen, in den mit der Reform der Bedarfsplanung keine zusätzlichen Zulassungsmöglichkeiten entstehen und der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte bereits heute nicht erfüllt wird. Nach der Umsetzung der Reform der Bedarfsplanung werden somit bundesweit mindestens 276 eigentlich vorgesehene Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten durch die Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte verhindert werden.

Besonders betroffen ist Ostdeutschland. Dort werden etwa 200 Sitze nicht besetzt werden können.

Abbildung 1: Blockierte psychotherapeutische Praxissitze in Ostdeutschland



Quelle: eigene Berechnungen (BPTK, 2013), auf Grundlage der aktuell verfügbaren Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigungen

Hintergrund ist die Regelung des § 101 Absatz 4 Satz 6 SGB V, wonach die Mindestversorgungsanteile bei der Berechnung des Versorgungsgrads mitzurechnen sind. Ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent gilt der Planungsbereich als gesperrt und es dürfen sich regulär keine Leistungserbringer der jeweiligen Gruppe mehr niederlassen.

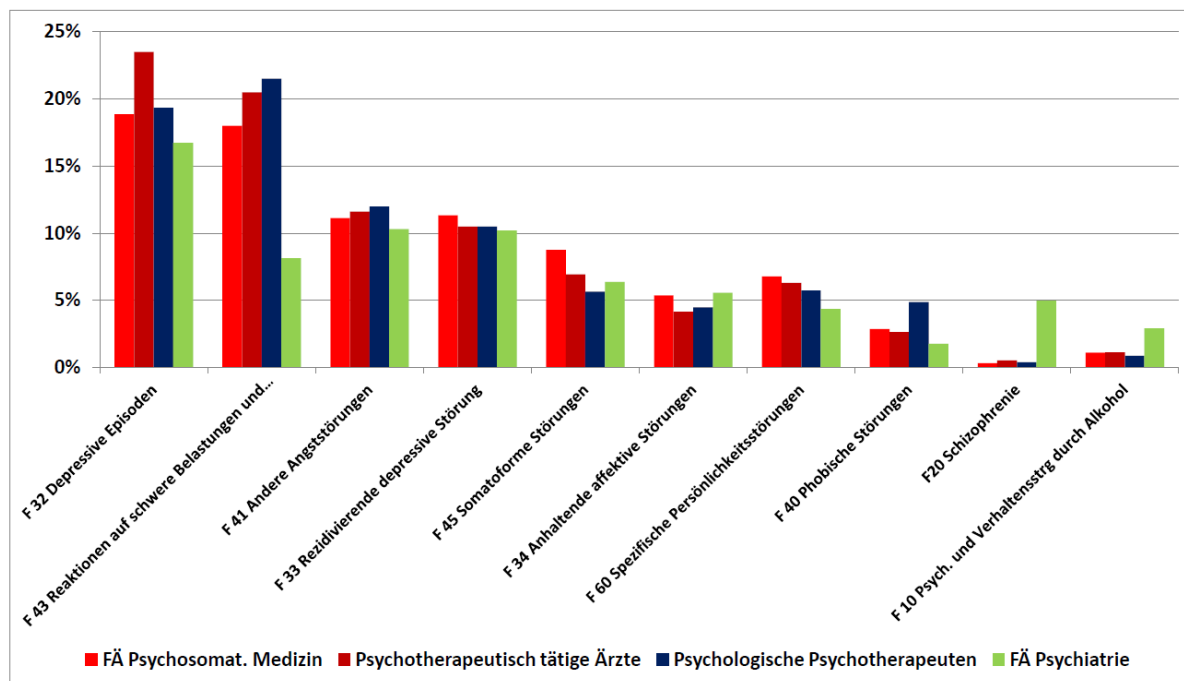
Durch diese Regelung führt der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dazu, dass ein Planungsbereich auch dann gesperrt wird, wenn ein Versorgungsgrad von 110 Prozent tatsächlich gar nicht erreicht ist. Wenn sich im Planungsbereich kein psychotherapeutisch tätiger Arzt niederlässt, wird der Planungsbereich bereits ab einem faktischen Versorgungsgrad von 85 Prozent gesperrt. Denn der Versorgungsanteil für Ärzte in Höhe von 25 Prozent wird aufgrund der gesetzlichen Vorgabe hinzugerechnet, auch wenn keine Ärzte vorhanden sind. Nicht besetzte Quotensitze zählen bei der Frage, ob noch weitere Psychotherapeuten notwendig sind, als besetzt mit. Fehlende psychotherapeutisch tätige Ärzte werden also durch die Quotenregelung als in der Versorgung Tätige erfasst.

Ohne die Regelung zum Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte würden dringend benötigte Zulassungen nicht länger für Psychotherapeuten blockiert werden.

2. Keine Unterschiede in Diagnose- und Leistungsspektrum

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte aus Versorgungsgründen sinnvoll sein könnte. Denn Psychologische Psychotherapeuten und psychotherapeutisch tätige Ärzte behandeln die gleichen Diagnosen mit den gleichen Leistungen. Die folgende Abbildung 2 verdeutlicht die Diagnosen der Patienten der verschiedenen Behandelnden.

Abbildung 2: Diagnosespektrum der Behandlergruppen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

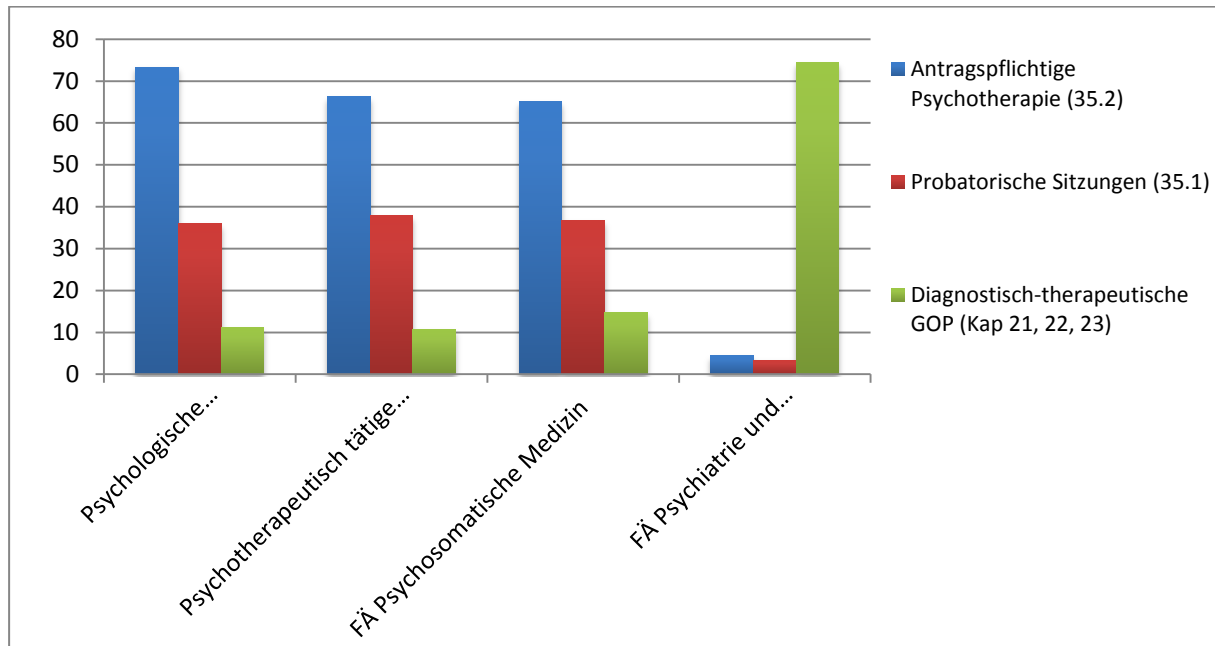


Quelle: KBV-Auswertung auf Basis der Abrechnungsdaten/Anzahl Behandlungsfälle im 1. Quartal 2010, bundesweit

Wie man in dieser Abbildung erkennen kann, gibt es zwischen den Psychologischen Psychotherapeuten, den Fachärzten für Psychosomatische Medizin und den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten praktisch keine Unterschiede im behandelten Diagnosespektrum. Bei allen drei Arztgruppen dominieren die depressiven Störungen, Angststörungen und Anpassungsstörungen in nahezu identischen Größenordnungen. Und selbst bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie finden sich nur geringfügige Unterschiede im behandelten Diagnosespektrum im Vergleich zu den drei anderen Arztgruppen. Hier spielen lediglich die Schizophrenie und die Alkoholstörungen eine etwas größere Rolle, wenngleich auch diese Erkrankungen vergleichsweise eher selten in der ambulanten psychiatrischen Praxis behandelt werden. Das behandelte Diagnosespektrum liefert jeweils keinerlei Hinweise dafür, dass eine Differenzierung innerhalb der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ sinnvoll sein könnte.

Auch beim Leistungsspektrum finden sich keine bedeutsamen Unterschiede in der Häufigkeit der angewendeten Behandlungsmethoden (Abbildung 3).

Abbildung 3: Leistungsspektrum der Behandlergruppen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (Anteil an allen Fällen)



Quelle: Kruse, Johannes/Herzog, Wolfgang im Auftrag der KBV, „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“, 16. Januar 2012.

Bei allen drei Berufsgruppen in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ dominieren die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen des Kapitels 35.2 in etwa 70 Prozent der behandelten Fälle, den probatorischen Sitzungen bei circa 35 Prozent aller behandelten Fälle und schließlich etwa zehn bis 15 Prozent der Fälle mit diagnostisch-therapeutischen Gebührenpositionen aus den Unterkapiteln 21, 22 und 23. Lediglich bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie findet sich ein umgekehrtes Muster, mit einem deutlichen Überwiegen der kurzen Gesprächsleistungen. Diese gehören in der Regel bedarfsplanungsrechtlich ohnehin zur Arztgruppe der Nervenärzte.

Alle Leistungserbringer der Gruppe der Psychotherapeuten inklusive der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte behandeln somit die gleichen Patienten auf die gleiche Weise. Es gibt keine Unterschiede im Leistungsspektrum, die aus Versorgungssicht Ansatzpunkte für eine Mindestquote für psychotherapeutisch tätige Ärzte bieten würden.

3. Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte ver- zichtbar

Die Begründung des Änderungsantrags für eine auf zwei Jahre befristete Weitergeltung der Regelung überzeugt nicht. Seit nunmehr über 14 Jahren werden durch den Mindestversorgungsanteil für Ärzte notwendige Zulassungen von Psychotherapeuten verhindert. Es ist daher nicht notwendig, „die Erfahrungen mit der Umsetzung der zum 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Neufassung der BPL-RL abzuwarten“, wie es in der Begründung des Antrags heißt.

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die gemeinsame Selbstverwaltung veranlasst, die psychotherapeutische Versorgung insbesondere auf dem Land zu verbessern. Dieses Ziel würde durch eine Verlängerung der Quote für psychotherapeutisch tätige Ärzte in zahlreichen Planungsbereichen verfehlt.

Aus versorgungspolitischen Gründen sollte der Gesetzgeber auf eine Verlängerung des Mindestversorgungsanteils für psychotherapeutisch tätige Ärzte verzichten.

III. Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsycho- therapie

Anders stellt sich die Situation beim Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, dar. Hier ist die Bezeichnung im Änderungsantrag irreführend, der im Titel von einem „Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ spricht. Eine solche Quote gibt es zu Recht nicht. Denn es sollte bei einer Quote nicht um eine bestimmte Berufsgruppe gehen, sondern um die Frage, ob ein Mindestversorgungsanteil notwendig ist, um die Versorgung einer bestimmten Patientengruppe sicherzustellen. Und genau darum geht es: Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie soll sichergestellt werden. Dementsprechend werden alle Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, auf den Mindestversorgungsanteil angerechnet – seien es psychotherapeutische tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

1. Sichert Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Der Gesetzgeber hat den Mindestversorgungsanteil für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit dem GKV-OrgWG 2009 eingeführt, um sicherzustellen, dass ausreichend spezialisierte Behandelnde für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen:

„Bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen kann davon ausgegangen werden, dass sie besondere Anforderungen an den Therapeuten stellt. Ein Therapeut, der ausschließlich Kinder und Jugendliche betreut, wird in aller Regel besser auf diese Patientengruppe eingehen können als ein Therapeut, der hiermit weniger Erfahrung hat. Für die psychotherapeutische Behandlung ernster psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen sollten deshalb auch in der vertragsärztlichen Versorgung Spezialisten zur Verfügung stehen, um eine bestmögliche Versorgung zu ermöglichen“ (BT-Drs. 16/9559, Seite 18).

Diese versorgungspolitischen Überlegungen gelten heute uneingeschränkt fort. Die Befristung der Quote erfolgte damals nur deshalb, weil der Gesetzgeber abwarten wollte, ob Zulassungsbeschränkungen nach 2013 überhaupt noch weiter bestehen würden (BT-Drs. 16/9559, Seite 18).

Die sich aus dem Mindestversorgungsanteil ergebenden Zulassungsmöglichkeiten sind wahrgenommen worden und die Versorgung von Kinder und Jugendlichen wurde erheblich verbessert. Der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, ist somit einerseits aus Versorgungsgründen notwendig.

2. Mindestversorgungsanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie notwendig

Aus versorgungspolitischen Gründen sollte der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, entfristet werden.

IV. Formulierungsvorschläge

Die BPtK schlägt daher vor, nur den Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, unbefristet fortzuführen. Sollte sich der Gesetzgeber jedoch nicht ausschließlich von versorgungspolitischen Überlegungen leiten lassen und berufspolitischen Forderungen nach einer Verlängerung der Ärztequote nachgeben, so sollte wenigstens die Regelung aufgehoben werden, wonach nicht besetzte Sitze als besetzt mitgezählt werden.

1. Mindestversorgungsanteil für Kinder und Jugendliche unbefristet weiterführen

Zur Verlängerung des Mindestversorgungsanteils für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln, könnte ein Antrag wie folgt formuliert werden:

Dem Artikel 3 Nummer 4 -neu- wird folgende Nummer 5 -neu- angefügt:

„5. In § 101 Absatz 4 Satz 5 werden die Angabe *„für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013“* und die Wörter *„mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und“* gestrichen.“

Begründung

Die Festlegung eines befristeten Mindestversorgungsanteils für ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte erfolgte mit der Schaffung der Berufe der Psychotherapeuten zum 1. Januar 1999. Sie war in der Anfangsphase gerechtfertigt, um zunächst zu beobachten, wie sich die neuen Berufe in die Versorgung integrieren. Mittlerweile sind die neuen Berufe etabliert und es hat sich gezeigt, dass alle Berufsgruppen inklusive der ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte im Wesentlichen die gleichen Patienten auf die gleiche Weise versorgen. Die Regelung eines Mindestversorgungsanteils für psychotherapeutisch tätige Ärzte ist damit obsolet und wird aufgehoben.

Der Mindestversorgungsanteil für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurde 2009 eingeführt, um sicherzustellen, dass ausreichend spezialisierte Behandelnde für Kinder und Jugendliche zur Verfügung stehen. Die Regelung hat sich bewährt und ihre Gründe bestehen fort. Sie wird daher unbefristet fortgeführt.

2. Nachteile der Ärztequote für die Sicherstellung der Versorgung verhindern

Die Regelung in § 101 Absatz 4 Satz 6 verursacht, dass der Mindestversorgungsanteil für ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte nicht nur überflüssig ist, sondern sich negativ auf die Versorgung auswirkt. Danach zählen die Mindestversorgungsanteile bei der Berechnung des Versorgungsgrads immer mit – auch wenn gar keine Ärzte vorhanden sind. Dies führt dazu, dass eigentlich geplante Psychotherapeuten keine Zulassung mehr erhalten können (s. o.).

Würde diese Regelung aufgehoben, so wäre sichergestellt, dass sich Psychotherapeuten wenigstens solange niederlassen könnten, solange der Planungsbereich nicht überversorgt ist. Es gäbe dann zugleich noch Niederlassungsmöglichkeiten für psychotherapeutisch tätig Ärzte, soweit der Mindestversorgungsanteil nicht ausgeschöpft wird. Diese Niederlassungsmöglichkeiten bestünden dann teilweise auch dort, wo der faktische Versorgungsgrad 110 Prozent erreicht, also dieser Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte keinen Sitz blockiert. Dieses „Risiko“ zusätzlicher Zulassungen in Planungsbereichen, die auch ohne die Ärztequote gesperrt wären, hält sich aber in engen Grenzen. Selbst wenn man davon ausgeht, dass der Mindestversorgungsanteil überall, wo er heute ausgeschöpft ist, auch nach der Reform der Bedarfsplanung erfüllt werden kann, so würden maximal 141 zusätzliche Zulassungen erteilt.

Vor allem aber liegen die Sitze in weit unterdurchschnittlich versorgten Regionen, insbesondere in ländlichen Regionen, wo die Versorgung ohnehin verbessert werden sollte. Würden diese Niederlassungsmöglichkeiten entgegen der Erwartung doch besetzt, so wäre das unter Versorgungsgesichtspunkten sogar zu begrüßen. Die Verbesserung der Versorgung auf dem Land droht aber jetzt, an den durch die Mindestquote für Ärzte blockierten Sitzen zu scheitern.

Der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, ist in der Vergangenheit weitestgehend ausgeschöpft worden, sodass das Phänomen blockierter Sitze hier keine Rolle spielt. Für neu entstehende Sitze stehen ausreichend Leistungserbringer bereit, um den Mindestversorgungsanteil auch in Zukunft von Beginn an zu erfüllen, sodass sich das Problem blockierter Sitze auch bei neu entstehenden Zulassungsmöglichkeiten nicht stellt.

Ein Änderungsantrag könnte wie folgt formuliert werden:

Dem Artikel 3 Nummer 5 -neu- wird folgende Nummer 6 -neu- angefügt:

„6. In § 101 Absatz 4 Satz 5 wird die Angabe „die in Satz 5 bestimmten Versorgungsanteile und“ gestrichen.“

Begründung:

Die Änderung stellt sicher, dass Planungsbereiche erst dann für weitere Zulassungen gesperrt werden, wenn mit der Zahl der tatsächlich vorhandenen Leistungserbringer ein Versorgungsgrad von 110 Prozent erreicht wird. Das ist derzeit nicht der Fall. Gemäß § 101 Absatz 4 Satz 6 SGB V in der bisherigen Fassung zählen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die Mindestversorgungsanteile auch dann mit, wenn sie nicht ausgeschöpft werden. Deshalb ist beispielsweise ein Planungsbereich ohne psychotherapeutisch tätige Ärzte bereits mit einem faktischen Versorgungsgrad von 85 Prozent gesperrt. In ländlichen Regionen, insbesondere in Ostdeutschland, hat dies die Zulassung von Psychologischen Psychotherapeuten verhindert, obwohl der Versorgungsgrad weit unter 110 Prozent liegt. Durch die Neuregelung ist sichergestellt, dass bei der Berechnung des Versorgungsgrades nur diejenigen Leistungserbringer mitgezählt werden, die es auch gibt.

Blockierte Praxissitze durch Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte

KV/Planungsbereich	für Psychotherapeuten blockierte Praxissitze ab 2013	durch die Reform insgesamt geplante zusätzliche Praxissitze
Baden-Württemberg	14,5	33
Heilbronn, Stadt	6	6,5
Ostalbkreis	5	19
Tuttlingen	3,5	7,5
Bayern	6	22
Hof, Stadt/Hof	3	11,5
Tirschenreuth	3	10,5
Brandenburg	10,5	27
Märkisch-Oderland	3	8
Spree-Neiße	3	5,5
Uckermark	4,5	13,5
Mecklenburg-Vorpommern	6	16
Bad Doberan	2,5	6,5
Demmin	3,5	9,5
Niedersachsen	34,5	52
Emsland	10	22,5
Grafschaft Bentheim	4	7
Holzminden	2,5	5,5
Leer	3	7,5
Salzgitter, Stadt	6,5	1,5
Wolfsburg, Stadt	8,5	8
Rheinland-Pfalz	9,5	20,5
Eifelkreis (Bitburg-Prüm)	3	5,5
Kusel	2	6,5
Pirmasens, Stadt/Zweibrücken, Stadt/Südwestpfalz	2,5	2,5
Vulkaneifel (früher Daun)	2	6
Sachsen	27	49
Bautzen	6,5	18,5
Erzgebirgskreis	8	3,5
Görlitz, Stadt/Niederschlesischer Oberlausitzkreis	7	19

KV/Planungsbereich	für Psychotherapeuten blockierte Praxissitze ab 2013	durch die Reform insgesamt geplante zusätzliche Praxis-sitze
Leipziger Land	3,5	2
Meißen	2	6
Sachsen-Anhalt	63,5	143,5
Altmarkkreis Salzwedel	4	8,5
Börde	4	11,5
Burgenlandkreis	4	5
Dessau-Roßlau, Stadt/Anhalt-Bitterfeld	10,5	25,5
Harz	7	17,5
Jerichower Land	3	5,5
Magdeburg, Landeshauptstadt	4,5	4
Mansfeld-Südharz	6	16,5
Saalekreis	4,5	13,5
Salzlandkreis	5,5	2,5
Stendal	5	15,5
Wittenberg	5,5	18
Thüringen	50	89
Altenburger Land	3	5
Eisenach, Stadt/Wartburgkreis	3,5	13,5
Erfurt, Stadt	8,5	10
Gera, Stadt	7,5	1
Gotha	4,5	5,5
Greiz	3,5	6
Ilm-Kreis	3,5	6,5
Kyffhäuserkreis	3,5	11,5
Nordhausen	2	6
Saale-Orla-Kreis	3,5	8,5
Sömmerda	2	4
Sonneberg	2,5	4
Unstrut-Hainich-Kreis	2,5	7,5
Gesamtergebnis	221,5	452

Quelle: eigene Berechnungen (BPTK, 2013), auf Grundlage der aktuell verfügbaren Planungsblätter der Kassenärztlichen Vereinigungen