

**Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesaus-
schusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-
Richtlinie: zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf
und Sonderbedarf**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
06.05.2013**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Rechtsgrundlage	5
III. Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs	5
1. Antragsberechtigte (§ 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)	5
2. Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf).....	7
a) Muttersprachliche Psychotherapie	7
b) Einhaltung von Wartezeiten im Regel- und im Ausnahmefall.....	9
3. Versorgungskonstellation (§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf).....	9
4. Begrenzung der Feststellung eines Bedarfs (§ 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf).	10
5. Prüfung des Landesausschusses (§ 35 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf).....	11
IV. Zulassungstatbestände für Sonderbedarf	11
1. Allgemeiner Zulassungstatbestand (§ 36 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf)	11
2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (§ 35 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf)	12
3. Mindestbedingung für die Feststellung von Sonderbedarf (§ 36 Absatz 3 BPL- RL-Entwurf).....	13
4. Ermittlung des Versorgungsbedarfs (§ 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)	14
5. Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften.....	15
V. Ergänzende Vorgaben zum qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (§ 37 BPL-RL-Entwurf)	15
1. Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern.....	16
2. Versorgungsbedarf mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	16
3. Qualifikation maßgeblich	17

I. Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt ausdrücklich die Absicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), in der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Regelungen zum zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und zum Sonderbedarf neu zu fassen. Damit ein stimmiges Gesamtkonzept erreicht werden kann, hält die BPTK einige Ergänzungen und Veränderungen für dringend notwendig.

So sollte der Kreis derjenigen, die die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs veranlassen können, um die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und die Patientenvertretungen erweitert werden. Die Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs sollten ergänzt und auf die Nennung von Versorgungskonstellationen verzichtet werden. Die an derzeitigen Häufigkeiten orientierte Höchstgrenze für die Feststellung eines Bedarfs erscheint nicht sachgerecht, da bisherige Häufigkeiten keine Rückschlüsse auf den zukünftig notwendigen Bedarf zulassen. Das Stellungnahmerecht gegenüber dem Landesauschuss, das sich im Entwurf auf das Gremium nach § 90a SGB V beschränkt, sollte auch für die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und die Patientenvertretungen gelten.

Es erscheint darüber hinaus sinnvoll, in Bezug auf Zulassungen ausdrücklich klarzustellen, dass der Zulassungsausschuss diejenigen Zulassungen, die zur Deckung des bereits vom Landesauschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Sonderbedarfs notwendig sind, auch zu erteilen hat und keine erneute (ggf. abweichende) Feststellung zum Sonderbedarf treffen kann. Dies verhindert unnötige Verzögerungen. Auch für den Zulassungsausschuss sollten die (Mindest-)Anforderungen zur Feststellung des Bedarfs präzisiert werden.

Mit der Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen sollten – wie bisher auch – die Einschränkungen für Inhaber von Sonderbedarfszulassungen enden, da sie dann nicht mehr gerechtfertigt sind. Die Zuhilfenahme von geografischen Informationen sollte ins pflichtgemäße Ermessen der Zulassungsausschüsse gestellt werden und nicht im Regelfall verpflichtend vorgeschrieben werden, da diese nicht immer dazu notwendig und geeignet sind, den Bedarf zu beurteilen.

Im Bereich der Regelungen zu den Qualifikationen im Zusammenhang mit Sonderbedarfstatbeständen erscheinen die dort gewählten Bezeichnungen wenig zielführend und berücksichtigen auch die in der Zwischenzeit erfolgte berufsrechtliche Veränderungen nicht ausreichend. Die BPTK schlägt hierzu vor, eine allgemeinere Formulierung zu wählen.

II. Rechtsgrundlage

In den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs wird aufgeführt, dass der Gesetzgeber dem G-BA eine Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung übertragen habe. Dem ist in dieser allgemeinen Form jedoch nicht so. Dem G-BA steht keine allgemeine Befugnis zur Normkonkretisierung zu. Vielmehr handelt es sich bei den Richtlinien des G-BA um untergesetzliche Normen. Für jede vom G-BA erlassene Regelung bedarf es einer Ermächtigungsgrundlage, aus der gemäß Artikel 80 Absatz 1 Grundgesetz (GG) analog, Inhalt, Zweck und Ausmaß der Ermächtigung hervorgehen müssen. Jede Regelung des G-BA ist an verfassungsrechtlichen und gesetzlichen Vorgaben zu messen, wobei dem G-BA als Normgeber eine Einschätzungsprärogative zukommt. Es handelt sich jedoch nicht um nach der (überholten) Rechtsprechung als normkonkretisierend zu qualifizierende Vorschriften, die einer gerichtlichen Kontrolle entzogen sind.

Die BPTK empfiehlt dies in der Einleitung klarzustellen. Hier handelt es sich nicht um einen allein theoretisch relevanten rechtsdogmatischen Unterschied. Vielmehr ist dies für den Erlass und das Einordnen der einzelnen Regelungen entscheidend. Insbesondere ist hinsichtlich des Inhalts jeder einzelnen Regelung zu prüfen, ob dieser von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt ist. Auch können untergesetzliche Normen eine gesetzliche Norm nicht für unanwendbar erklären, wie im Entwurf vorgesehen. Eine allgemeine Befugnis zur Normkonkretisierung, die jedwede Regelung rechtfertigt, gibt es nicht.

III. Voraussetzung für die Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs

Die BPTK schlägt in den vorgesehenen Regelungen zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs einige Ergänzungen vor.

1. Antragsberechtigte (§ 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)

Der Beschlussentwurf sieht vor, dass der Landesausschuss – mit Ausnahme des Vorliegens von Unterversorgung nach § 35 Absatz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Entwurf (BPL-RL-Entwurf) – nur auf „Veranlassung der Kassenärztlichen Vereini-

gung, eines Landesverbandes der Krankenkassen oder einer Ersatzkasse“ tätig wird. Dies ist nicht sachgerecht. Sowohl der Gesetzgeber als auch der G-BA haben in letzter Zeit die Beteiligung relevanter Vertreter im Bereich der Bedarfsplanung ausgeweitet. So kommt den zuständigen Landesbehörden ein Anhörungsrecht beim Aufstellen der Bedarfspläne zu. Die Patientenvertreter haben erweiterte Beteiligungsrechte. Auch die Beteiligung der Heilberufekammern wurde ausgeweitet. Die BPTK regt daher an, den Sachverstand der zuständigen Landesbehörde und der Heilberufekammern sowie der Patientenvertreter miteinzubeziehen und ihnen ein Antragsrecht zuzubilligen. Dabei sollte auch das Wort „Veranlassung“ durch das Wort „Antrag“ ersetzt werden. § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf sollte dann lauten:

„Nach § 100 Absatz 3 SGB V trifft der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, eines Landesverbandes der Krankenkassen, einer Ersatzkasse, der zuständigen Landesbehörde, der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer oder einer der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen die Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht.“

Der Beschlussentwurf sieht im Falle des Einsatzes derselben Kriterien bei Abweichung von Bundesvorgaben im Bedarfsplan und der Zulassung von Sonderbedarf eine besondere Begründungspflicht vor. Die BPTK hält eine ausdrückliche Regelung der Begründungspflicht auch in Anbetracht der ohnehin bestehenden allgemeinen Begründungspflicht für sinnvoll. Die BPTK regt dabei im letzten Satz von § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf eine sprachliche Korrektur an. Die Formulierung im Entwurf beschreibt im Indikativ, was die Begründung beinhaltet. Gemeint sein dürfte aber eher eine Vorgabe, was die Begründung zu beinhalten hat oder beinhalten soll. Die BPTK empfiehlt daher den Satz wie folgt zu fassen:

„Die Begründung soll Ausführungen zu den zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen beinhalten.“

Die Formulierung „soll“ gibt darüber hinaus dem Landesausschuss die Möglichkeit, von Ausführungen zur Verbesserung der Versorgung bereits erfolgten Maßnahmen in atypischen Ausnahmefällen abzusehen.

In Absatz 4 sollte das „Veranlassungsrecht“ der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Landesverbänden, der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf die zuständigen Landesbehörden, die Landesärztekammern, die Landespsychotherapeutenkammern und den maßgeblichen Patientenvertreter auf Landesebene erweitert werden und sprachlich der Begriff „auf Antrag“ statt „auf Veranlassung“ gewählt werden (vgl. die Ausführungen zu § 35 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf).

2. Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs (§ 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK hält eine Ergänzung der Kriterien zur Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs für dringend notwendig.

a) Muttersprachliche Psychotherapie

Die BPTK hält es für dringend erforderlich, den Versorgungsbedarf an fremdsprachlicher Psychotherapie anzuerkennen und Möglichkeiten zu schaffen, ihn zu decken.

Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Dies setzt i. d. R. voraus, dass Patient und Psychotherapeut dieselbe (Mutter-)Sprache sprechen, was im Normalfall gegeben ist. Wenn nicht, besteht zwar die Möglichkeit, dass einer von beiden in der Muttersprache des jeweils anderen spricht, oder dass beide auf eine gemeinsam beherrschte Fremdsprache ausweichen. Dieses kann die – insbesondere emotionale – Kommunikation und damit den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen. Unterschreiten die Sprachkenntnisse ein bestimmtes Niveau, wird Psychotherapie unmöglich. Diese Besonderheiten der Psychotherapie rechtfertigen es, den Sonderbedarfstatbestand auf fremdsprachige Psychotherapie zu beschränken und nicht generell für alle Leistun-

gen die Behandlung in der Muttersprache als Anlass für einen Sonderbedarf vorzusehen.

Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist i. d. R. in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Die häufigsten Migrantengruppen mit gleichzeitig hoher kultureller Distanz kommen aus der Türkei (2,5 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund; Statistisches Bundesamt, 2010) und – etwas weniger häufig – aus dem Gebiet der ehemaligen Sowjetunion.

Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise über eine Quote zur Regelung des Anteils von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Durch Sonderbedarfszulassungen kann dem Bedarf zielgerecht begegnet werden.

Auch die Rechtsprechung spricht nicht gegen die Schaffung eines Sonderbedarfstatbestands für muttersprachliche Psychotherapie. In seinem Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 40/06 R, führt das Bundessozialgericht (BSG) aus, dass Behandlungen auch in der Muttersprache der Versicherten durchgeführt werden können. Den Anspruch auf Ermächtigung einer Psychotherapeutin lehnte das Gericht in dem entschiedenen Fall ab, weil die Bedarfsplanungs-Richtlinie keinen solchen Tatbestand vorsah und sich ohne eine solche Regelung nach der Auffassung des BSG keine Verpflichtung zur Ermächtigung ableiten lies. Genau eine solche Regelung sollte jetzt geschaffen werden.

Daher sollten in § 35 Absatz 5 Nummer 1 BPL-RL-Entwurf nach dem Komma die Wörter

„einschließlich des Anteils an Menschen mit einer anderen Muttersprache als deutsch“

eingefügt werden und in Nummer 4 nach dem Komma die Wörter

„einschließlich des Angebots an Psychotherapie in einer bestimmten Fremdsprache,“.

b) Einhaltung von Wartezeiten im Regel- und im Ausnahmefall

Gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V müssen die Partner der Gesamtverträge zukünftig regeln, welche Zeiten im Regel- und Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen. Nach § 75 Absatz 1 Satz 2 SGB V umfasst die Sicherstellung zukünftig auch, dass die fachärztliche Versorgung zeitnah gewährleistet wird. Eine Nichteinhaltung der festgelegten Wartezeiten zeigt auf, dass der Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt wird.

Um die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages zu ermöglichen, ist es also erforderlich, die Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen vorzusehen, wenn die Wartezeiten nicht eingehalten werden. Wird keine Möglichkeit von Sonderbedarfszulassungen geschaffen, so besteht die Gefahr, dass die Vorgaben zu angemessenen Wartezeiten regelmäßig und dauerhaft überschritten werden und damit zugleich der Sicherstellungsauftrag dauerhaft nicht erfüllt werden kann. Aus diesem Grund hält die BPTK einen Tatbestand zur Zulassung bei Überschreitung der festgelegten Wartezeiten für dringend erforderlich. Die BPTK schlägt hierzu vor, eine Nummer 7 in § 35 Absatz 5 Satz 1 BPL-RL-Entwurf einzufügen:

„7. Die Nichteinhaltung der in den Gesamtverträgen gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V festgelegten Zeiten, die noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen.“

3. Versorgungskonstellation (§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf)

§ 35 Absatz 5 Satz 2 BPL-RL-Entwurf sollte gestrichen werden. Durch ihn soll nach den Tragenden Gründen des Beschlussesentwurfs „das mögliche Anwendungsspektrum des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beschrieben“ werden. Die Aufzählung sei dabei nicht abschließend. Sie soll dem Landesausschuss lediglich als Orien-

tierung und Unterstützung sowie als Hilfestellung dienen. Die Formulierung trägt jedoch mehr zur Verwirrung als zur Klarstellung bei. Nach der Formulierung soll sich die Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs bereits auf die genannten Versorgungskonstellationen beziehen. Das ergibt wenig Sinn. Zunächst einmal muss geprüft werden, ob ein Versorgungsbedarf besteht und in einem zweiten Schritt könnten dann die Maßnahmen identifiziert werden, die zur Beseitigung der Versorgungslücke sinnvoll sind.

Darüber hinaus ist fraglich, durch welche Vorschrift der G-BA ermächtigt ist, dem Landesausschuss bestimmte Versorgungskonstellationen vorzugeben, die bei einer Prüfung berücksichtigt werden sollen – zumal durch die Vorschrift das Handlungsspektrum des Landesausschusses eingeschränkt werden könnte. Nach den Ausführungen in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs auf Seite sieben unten wird der Eindruck erweckt, die in dem Satz genannten Maßnahmen seien prinzipiell vorrangig zu berücksichtigen. Grundsätzlich obliegt es zudem nicht dem Landesausschuss, Beschlüsse zur Förderung einzelner Leistungen zu treffen. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb bereits bei der Prüfung eines Versorgungsbedarfes die Frage miteinbezogen werden soll, ob bestimmte Leistungen oder Konstellationen gefördert werden, wenn bei der Prüfung noch gar nicht klar ist, ob dies der Fall sein wird. Ermächtigungsgrundlage (vgl. hierzu die Ausführung unter 1.) ist § 100 Absatz 3 SGB V – sowohl nach dem Gesetz als auch nach den Ausführungen in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs. Dieser ermächtigt nicht zur Förderung einzelner Maßnahmen. Eine Einbeziehung dieser Überlegungen in die Frage, inwiefern Versorgungsbedarf überhaupt vorliegt, ist nicht nachvollziehbar.

4. Begrenzung der Feststellung eines Bedarfs (§ 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf)

Nach § 35 Absatz 6 BPL-RL-Entwurf sind die Feststellungen eines zusätzlichen Bedarfs auf maximal fünf Prozent der Ärzte einer Arztgruppe in einem KV-Bezirk zu beziehen. Diese Vorgabe ist willkürlich und damit rechtswidrig. Wenn ein Versorgungsbedarf besteht, so kann dieser nicht deshalb infrage gestellt werden, weil er sich oberhalb eines bestimmten Prozentsatzes bewegt. Die Festlegung der Höhe von fünf Prozent wird in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs wie folgt begründet:

„Unter Berücksichtigung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und der zu erwartenden notwendigen regionalen Steuerung bewertet der G-BA einen Grenzwert in Höhe von fünf Prozent als sachgerecht.“

Ob zukünftig ein Versorgungsbedarf besteht und in welcher Höhe, hängt nicht davon ab, wie das in der Vergangenheit war. Insofern ist die Heranziehung der derzeitigen Häufigkeiten von Feststellungen eines Bedarfs zur Deckelung zukünftiger Feststellungen kein sachgerechtes Kriterium. Aufgrund der unterschiedlichen Größe und Versorgungslage ist eine einheitliche Höchstgrenze in Bezug auf die KV-Region nicht sachgerecht. Mit einer solchen Regelung würde der G-BA den ihm als Normgeber eingeräumten Einschätzungsspielraum überschreiten. Darüber hinaus fehlt es bereits an einer Ermächtigungsgrundlage für den G-BA, notwendigen Versorgungsbedarf der Höhe nach zu begrenzen.

5. Prüfung des Landesausschusses (§ 35 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK regt an, nicht nur den Gremien nach § 90a SGB V ein Stellungnahmerecht einzuräumen, sondern ebenfalls den Landesärztekammern, den Landespsychotherapeutenkammern und den Patientenvertretern. Zur Begründung kann auf die Ausführungen zu § 35 Absatz 1 und Absatz 4 BPL-RL-Entwurf verwiesen werden.

IV. Zulassungstatbestände für Sonderbedarf

Die BPTK regt sowohl Änderungen beim allgemeinen Tatbestand zur Zulassung als auch bei den Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf an.

1. Allgemeiner Zulassungstatbestand (§ 36 Absatz 1 BPL-RL-Entwurf)

§ 36 Absatz 1 Satz 1 BPL-RL-Entwurf stellt klar, dass auch bei Zulassungsbeschränkungen Sonderbedarfszulassungen erteilt werden dürfen. Hier kann sprachlich überlegt werden, ob statt des Verbs „dürfen“ das übliche Wort „können“ gewählt wird. Dieses Wort signalisiert Ermessen der Zulassungsausschüsse besser als das Verb „dürfen“, das an eine Erlaubnis erinnert. Die Formulierung „dürfen“ ist in diesem Kontext zwar bisher in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthalten gewesen, aber sonst in

diesem Zusammenhang eher unüblich. Nach Satz 2 der Vorschrift ist der Sonderbedarf festzustellen. Der Regelungsgehalt von Satz 3 erschließt sich nur schwer. Danach „bedeutet“ die Feststellung des Sonderbedarfs „die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes.“

Nach Satz 1 der Vorschrift darf die Zulassung erteilt werden, was dann insbesondere in Verbindung mit den Vorschriften des SGB V und der Zulassungsverordnung für Ärzte zu erfolgen hat. Nach Satz 2 ist gleichzeitig eine Feststellung zum Sonderbedarf zu treffen. Es ist nicht klar, was mit der Aussage, dass die Feststellung des Sonderbedarfs eine Zulassung „bedeutet“, geregelt werden soll. Anstelle des derzeitigen dritten Satzes empfiehlt die BPTK klarzustellen, dass die Zulassung zu erteilen ist, wenn sie zur Deckung eines vom Landesausschuss bereits festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig ist. Damit wäre zugleich klargestellt, dass der Zulassungsausschuss verpflichtet ist, Zulassungen zu erteilen, soweit sie zur Deckung des bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs notwendig sind. Damit würde auch ausgeschlossen, dass der Zulassungsausschuss nach dem Landesausschuss erst eine erneute Feststellung zum Versorgungsbedarf treffen muss, bevor er notwendige Zulassungen erteilen kann. Eigene Feststellungen des Zulassungsausschusses blieben aber möglich. Dabei sollte wie folgt formuliert werden:

„Die Zulassung ist zu erteilen, wenn sie zur Deckung eines bereits vom Landesausschuss festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“

2. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen (§ 35 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf)

Die bisherige Regelung, wonach die mit der Sonderbedarfzulassung einhergehenden Beschränkungen wegfallen sollen, wenn die Zulassungsbeschränkungen im Planungsbereich enden, soll aufgehoben werden. Der Praxisinhaber soll darauf verwiesen werden, dass er „regulär“ eine Zulassung beantragen kann. Dies wird damit begründet, dass damit die „Privilegierung“ von Inhabern einer Sonderbedarfzulassung beseitigt werden soll. Dies ist wenig überzeugend. Die Inhaber einer Sonderbedarfzulassung sind gegenüber den Inhabern einer „regulären Zulassung“ gerade

durch die Beschränkungen benachteiligt. Es handelt sich somit nicht um einen privilegierten Zugang, sondern um einen Zugang mit Einschränkungen. Die Zulassungen erfolgen auch nicht zur Privilegierung einzelner Ärzte und Psychotherapeuten, sondern weil ansonsten ein vorhandener Versorgungsbedarf nicht gedeckt werden kann. Daher ist eine Aufhebung der Einschränkungen bei Wegfall der Zulassungsbeschränkungen, wie ihn das geltende Recht vorsieht, nicht nur gerechtfertigt, sondern auch sinnvoll. Würden die Inhaber von Sonderzulassungen auf das „reguläre“ Verfahren verwiesen, so würde dies nur zu bürokratischem Mehraufwand eines vollständigen Zulassungsverfahrens führen. Damit könnte aber nur erreicht werden, was ohnehin rechtlich geboten ist: Die Aufhebung der nicht mehr gerechtfertigten mit der Sonderbedarfszulassung verbundenen Einschränkungen gegenüber der „regulären“ Zulassung. Die Einschränkungen müssen ohnehin aufgehoben werden, da der mit ihnen verbundene Eingriff in die Berufsfreiheit nach Artikel 12 Absatz 1 GG nicht mehr durch Zulassungsbeschränkungen gerechtfertigt ist. Die BPtK schlägt vor, § 36 Absatz 2 Satz 3 BPL-RL-Entwurf durch folgenden Satz zu ersetzen:

„Die Beschränkungen nach Satz 1 enden, wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Absatz 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.“

3. Mindestbedingung für die Feststellung von Sonderbedarf (§ 36 Absatz 3 BPL-RL-Entwurf)

Aus Sicht der BPtK ist eine Ergänzung der als Mindestbedingungen bezeichneten Kriterien für die Feststellung von Sonderbedarf erforderlich. Dadurch kann es der Kassenärztlichen Vereinigung ermöglicht werden, ihren Sicherstellungsauftrag wieder zu erfüllen (vgl. die Ausführungen unter III. 2. b)). Zudem sollten Zulassungen in den Planungsbereichen ermöglicht werden, in denen aufgrund der durch den Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte blockierten Sitze noch nicht einmal die eigentlich vorgesehene Zahl an Zulassungen erreicht werden kann. In Ziffer 1 sollten dazu folgende Sätze angefügt werden:

„Von einer unzureichenden Versorgungslage ist auszugehen, wenn die gemäß § 75 Absatz 1 Satz 4 SGB V vereinbarten Zeiten, die im

„Regel- und im Ausnahmefall noch eine zeitnahe fachärztliche Versorgung darstellen, überschritten werden. Gleiches gilt, wenn der faktische Versorgungsgrad im Planungsbereich 110 Prozent nicht erreicht.“

Die im Vorschlag von „KBV/GKV-Spitzenverband“ vorgesehene Formulierung in Ziffer 2, wonach den Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen eine höhere Bedeutung als den anderen Kriterien beigemessen wird, ist nicht erforderlich. Selbstverständlich sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zentral und entscheidend. Sie sind aber nicht entscheidender als andere strukturelle Mindestbedingungen. Die BPTK hält daher eine Gleichgewichtung der Kriterien für sinnvoll und schlägt vor, den Halbsatz wie folgt zu formulieren:

„dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.“

4. Ermittlung des Versorgungsbedarfs (§ 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf)

Die BPTK empfiehlt in § 36 Absatz 4 Satz 2 BPL-RL-Entwurf das Wort „soll“ durch „kann“ zu ersetzen. Es ist nicht zielführend, wenn der Zulassungsausschuss verpflichtet wird, geografische Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, zu verwenden. „Soll“ im rechtlichen Sinne ist mit „muss“ gleichzusetzen, es sei denn, es liegt ein atypischer Ausnahmefall vor. Eine solche Verpflichtung kann dazu führen, dass von Feststellungen abgesehen werden muss, obwohl der Bedarf klar erkennbar ist, weil beispielsweise dem Zulassungsausschuss (noch) kein solches Informationssystem zur Verfügung steht. Auch muss ein solches Informationssystem nicht zwingend geeignet sein. Die Formulierung im Beschlussentwurf und in den Tragenden Gründen des Beschlussentwurfs lassen darauf schließen, dass der G-BA ein konkretes System vor Augen hat: die kleinräumige Bedarfsanalyse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Damit würde die Vorschrift dazu führen, dass Zulassungen zwingend vom zur Verfügung stellen des kompletten Systems an jeden Zulassungsausschuss oder ggf. im Rahmen der in den Tragenden Gründen erwähnten Amtshilfe von der Bearbeitungsmöglichkeit, den Kapazitäten und der Bearbeitungsgeschwindigkeit der KBV abhängig wären. Das ist nicht zielführend. Daher sollte der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Er-

messen frei entscheiden können, ob der Einsatz eines solchen Systems für die maßgebliche Fragestellung sinnvoll und notwendig ist.

Es ist aus Sicht der BPTK zudem sinnvoll, im Regelungstext von § 36 Absatz 4 BPL-RL-Entwurf ausdrücklich vorzusehen, dass die Patientenperspektive mit eingeschlossen werden muss. Letztlich geht es bei der Bedarfsplanung und der Frage der Sonderbedarfszulassung um die Sicherstellung der Versorgung. Die Patientenperspektive ist daher zwingend miteinzubeziehen. Da dieser Aspekt so zentral ist, hält die BPTK es auch für sinnvoll, ihn – wie von der Patientenvertretung gefordert – ausdrücklich im Richtlinienentwurf zu erwähnen.

5. Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften

§ 36 Absatz 7 BPL-RL-Entwurf ordnet die Nichtanwendbarkeit gesetzlicher Vorschriften an. Das ist rechtlich nicht möglich. Eine untergesetzliche Norm kann vereinfacht gesprochen nicht erklären, dass das Gesetz nicht gilt. Entweder wird die hier vorliegende Konstellation der Nachbesetzung einer Praxis, dessen Inhaber die Zulassung aufgrund von Sonderbedarf erhalten hat, von § 103 Absatz 4 SGB V in Verbindung mit Absatz 3a erfasst oder nicht. Dem G-BA kommt keine Kompetenz zu, gesetzliche Vorschriften für nicht anwendbar zu erklären. Soweit hier das Bedürfnis besteht, eine Rechtsauffassung zu äußern, so könnte diese in den Tragenden Gründen an geeigneter Stelle eingefügt werden.

V. Ergänzende Vorgaben zum qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (§ 37 BPL-RL-Entwurf)

Die Bezeichnungen der verschiedenen Arten besonderer Qualifikationen in § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf scheinen wortgleich aus der alten Richtlinie übernommen worden zu sein, ohne zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen zu berücksichtigen, und auch mit den Vorgaben der (aktuell geltenden) Muster-Weiterbildungsordnung für Ärzte nicht übereinzustimmen.

1. Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern

„Fakultative Weiterbildung“ scheint nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Ärzte eine überholte Bezeichnung zu sein. Die Einschränkung bei der Zusatzweiterbildung, wonach diese einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf nur begründen kann, wenn sie „den vorgenannten Qualifikationen“ gleich steht, ist unverständlich. Bezieht sich das Gleichstehen auf eine Schwerpunktbezeichnung, die in Satz 1 genannt wird, so wird dies wohl nie der Fall sein.

Die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern werden nicht erwähnt. Nach der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten sind Psychotherapeuten nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung befugt, die entsprechende Zusatzbezeichnung zu führen. Nach der Terminologie der Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeuten handelt es sich aber nicht um „eine Zusatzbezeichnung einer fakultativen Weiterbildung“, sondern schlicht um eine Zusatzbezeichnung. Dennoch besteht kein Zweifel daran, dass – um ein aktuelles Beispiel zu nennen – aufgrund der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“, Sonderbedarfszulassungen erteilt werden können.

2. Versorgungsbedarf mit Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten besteht die Besonderheit, dass diese ihre Qualifikation nicht im Rahmen einer Weiterbildung erhalten, sondern dies Kern ihrer Ausbildung nach dem Studium ist, mit der sie – so wie Ärzte mit ihrer Gebietsweiterbildung – die Fachkunde erwerben. Hier sieht der Entwurf in Absatz 2 eine inhaltliche „Gleichsetzung“ einer psychotherapeutischen Berufsbezeichnung mit einer Schwerpunktbezeichnung nach der ärztlichen Muster-Weiterbildungsordnung vor. Es stellt sich die Frage, warum eine Gleichsetzung mit einer „ärztlichen Schwerpunktbezeichnung“ vorgenommen werden soll, zumal nach § 37 Absatz 2 Satz 1 BPL-RL-Entwurf nicht die Schwerpunktbezeichnung für die Qualifikation maßgeblich sein soll, sondern der „Inhalt des Schwerpunktes“.

Es ist dabei sehr zu begrüßen, dass ein Bedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie erkannt und eine Regelung geschaffen werden soll, die es ermöglicht, den Bedarf zu decken. Ebenso ist zu Recht festgehalten, dass

nicht nur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Lage sind, diesen Bedarf zu decken, sondern auch entsprechend qualifizierte Psychologische Psychotherapeuten. Ob Ärzte, die nach § 5 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung qualifiziert sind, Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln, von § 37 Absatz 2 Satz 1 oder 2 BPL-RL-Entwurf erfasst werden, kann seitens der BPTK nicht abschließend beurteilt werden. Besteht der Sonderbedarf darin, dass Kinder und Jugendliche beispielsweise psychotherapeutisch behandelt werden müssen, so müssen auch alle Berufsgruppen, die die dazu erforderlichen Qualifikationen haben, in die Lage versetzt werden, eine Sonderbedarfszulassung zur Deckung des Bedarfs zu erhalten.

3. Qualifikation maßgeblich

Entscheidend für die Frage, wann eine Sonderbedarfszulassung erteilt werden kann, ist, ob die Qualifikation, mit der der Sonderbedarf gedeckt werden kann, klar abgrenzbar ist. Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund eine Fassung von § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf vor, die sich nicht auf die Nennung von Beispielen beschränkt, sondern in allgemein verständlicher Weise die Notwendigkeit ausdrückt. § 37 Absatz 2 BPL-RL-Entwurf sollte daher wie folgt formuliert werden:

„Eine besondere Qualifikation im Sinne von Absatz 1 ist anzunehmen, wenn zur Deckung des Sonderbedarfs bestimmte Leistungen erbracht werden müssen, die an bestimmte in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder im Bundesmantelvertrag festgelegte Qualifikationen gebunden sind.“

Dadurch werden alle relevanten Fälle abgedeckt und die Nennung verschiedener Beispiele in der Terminologie unterschiedlicher Weiterbildungsordnungen und Gesetze erübrigt sich. Damit ist noch nicht gesagt, dass der entsprechende Bedarf besteht. Dieser muss nach § 37 Absatz 3 BPL-RL-Entwurf geprüft werden. Sollte entgegen dieses Vorschlags daran festgehalten werden, die Qualifikationen in Bezug auf die Weiterbildung näher zu beschreiben, so müsste mit Blick auf die Weiterbildungsordnungen der Psychotherapeutenkammern allein auf die Zusatzbezeichnung ohne den Zusatz „einer fakultativen Weiterbildung“ Bezug genommen werden. Der

Vorschlag der Patientenvertreter sieht dies vor, in dem er durch ein Komma die Zusatzbezeichnung von der fakultativen Weiterbildung trennt. Mit Blick auf Sonderbedarf für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie müsste auf die Psychotherapievereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrages Bezug genommen werden.