

Gebhard Hentschel

Versorgungsstrukturgesetz und die neue Bedarfsplanungsrichtlinie

Während die bisherige Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 mit ihrer Entstehung in den Neunzigerjahren das Ziel verfolgte, eine drohende „Ärztenschwemme“ in der ambulanten Versorgung abzuwenden und Niederlassungsmöglichkeiten zu begrenzen, entstand die neue Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 vor dem Hintergrund eines drohenden/bestehenden Ärztemangels, insbesondere bei den so genannten „Grundversorgern“, Hausärzten, Kinderärzten und einigen Facharztgruppen, Augenärzten, aber auch Psychiatern etc., die vor dem Hintergrund bestehender Nachwuchsprobleme Arztpraxen in vorwiegend ländlichen und weniger „attraktiven“ Gebieten nicht nachbesetzen können. Gleichzeitig fand eine vermehrte Zulassung spezialisierter und hochspezialisierter Facharztgruppen statt, die bisher bedarfsplanerisch nicht erfasst waren und sich somit der Steuerung durch die Bedarfsplanungsrichtlinie entzogen.

Der Gesetzgeber reagiert auf die demografische Entwicklung und einen steigenden ambulanten Behandlungsbedarf in einer älter werdenden Bevölkerung.

Er bekennt sich im Versorgungsstrukturgesetz (VStG, in Kraft seit 1.1.2012),

verkürzt auch als „Landarztgesetz“ bezeichnet, zu einer flächendeckenden ambulanten Versorgung, die für die Behandler attraktiver und familienfreundlicher gestaltet werden soll – dazu werden verschiedene Flexibilisierungen im SGB V, im Zulassungsrecht sowie der Bedarfsplanung angestoßen:

- Die Filialbildung wird erleichtert.
- Die (Rück)Umwandlung eines Anstellungsverhältnisses in eine Zulassung

„Als Erfolg dieser Bedarfsplanungsreform sind 1.355 neue Vertragspsychotherapeutenstellen zu werten, die die Versorgung schwerpunktmäßig im ländlichen Raum verbessern werden.“

sung unter Umgehung der Praxisnachfolgeregelung wird ermöglicht.

- Die Residenzpflicht entfällt.
- Die Vertretungsregelungen werden ausgeweitet im Falle der Schwangerschaft und Kindererziehung sowie der Pflege Angehöriger.
- Die Nachfolgebesezung privilegiert diejenigen, die bereits fünf Jahre in einem unterversorgten Gebiet tätig waren.
- In der Nachfolgebesezung können bestimmte Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt werden bzw. bei einer Ausschreibung benannt werden.

Durch eine Ergänzung im § 103 Abs. 3a SGB V erhalten die Zulassungsausschüsse die Möglichkeit, über die Nachbesetzung von Sitzen zu entscheiden. Folgende Regelung ist zeitgleich mit der Implementierung der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie zum 1.1.2013 in Kraft getreten:

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für

den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Tod, Verzicht oder Entziehung endet und die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, entscheidet der Zulassungsausschuss auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben, ob ein Nachbesetzungsverfahren nach Absatz 4 für den Vertragsarztsitz durchgeführt werden soll...“.

Ein Antrag auf Nachbesetzung kann mit einer Mehrheit der Stimmen im Zulassungsausschuss abgelehnt und somit der Ankauf durch die zuständi-

ge Kassenärztliche Vereinigung (KV) angeordnet werden. Lehnt der Zulassungsausschuss den Antrag ab, hat die KV dem Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeuten oder seinen Erben eine Entschädigung in Höhe des Verkehrswertes der Praxis zu zahlen. Die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann nicht verhindert werden, wenn die Praxis von einem Ehepartner, Lebenspartner, Kind oder einem in der Praxis angestellten Arzt/Psychotherapeuten übernommen werden soll bzw. die Praxis vor Abgabe gemeinschaftlich ausgeführt wurde.

Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie

Der Gesetzgeber hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, die Bedarfsplanungsrichtlinie so anzupassen, dass eine flächendeckende wohnortnahe ärztliche/psychotherapeutische Versorgung gewährleistet werden kann. Die Bedarfsplanungsrichtlinie ist am 1.1.2013 in Kraft getreten und wird zum 1.7.2013 in den Regionen umzusetzen sein. Die Regelungen zum Sonderbedarf werden bis zum 30.4.2013 überarbeitet und nachgelagert korrigiert.

Berufs- und Fachverbände, allen voran die DPtV sowie Bundes- und Landespsychotherapeutenkammern haben sehr schnell verstanden, dass das Problem langer Wartezeiten auf einen Therapieplatz und nahezu flächendeckender Unterversorgung jetzt angegangen werden muss. Sie haben die Versorgungssituation in der ambulanten Psychotherapie mit eigenen Bordmitteln analysiert und in Wartezeitenstudien flächendeckend die Wartezeiten in psychotherapeutischen Praxen erhoben sowie ihre Forderungen an eine zukünftige Bedarfsplanung vorgetragen.

Über die Webfehler in der Bedarfsplanung der Psychotherapeuten, die mit Etablierung des Psychotherapeutengesetzes im Jahre 1999 begangen wurden und bis heute in nahezu allen Planungsregionen zu einer teils erheblich ausgewiesenen Überversorgung, bei gleichzeitigen Wartezeiten von mehreren Monaten führen, haben wir wiederholt berichtet.

Folgend fassen wir die wesentlichen Änderungen der Bedarfsplanungsrichtlinie zusammen.

Arztgruppen

Psychotherapeuten bilden auch zukünftig eine Arztgruppe bestehend aus Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Überwiegend und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sind mit einer Quote von 25% Teil dieser Planungsgruppe. Ebenso befristet bis zum 31.12.2013 sieht das SGB V eine gesetzliche Mindestquote von 20% für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychotherapeuten, die mehr als 90% mit Kindern und Jugendlichen psychotherapeutisch arbeiten, vor. Der zeitlich unbefristeten Übernahme der gesetzlichen Mindestquoten in die Bedarfsplanungsrichtlinie und der Einrichtung einer 12,5% Mindestquote der „Psychosomatiker“ als Teil der 25% Quote der ärztlichen Psychotherapeuten ab dem 1.1.2014, hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) als Aufsicht führendes Ministerium zunächst eine Absage erteilt. Der Gesetz-

geber sieht in den beschriebenen Quotierungen einen erheblichen Eingriff in die Berufsfreiheit. Die Entscheidung der Quotenverlängerung bleibt ein Privileg des Gesetzgebers und muss nun mit Nachdruck eingefordert werden.

Insofern bleibt ein Problem ungeklärt: Regionen werden für weitere Zulassungen bei einem Versorgungsgrad von 110% gesperrt, auch wenn die 25% Quote der psychotherapeutisch tätigen Ärzte nicht erfüllt werden kann. Unbesetzte Quotensitze werden für diese Fachgruppen freigehalten.

Um Versorgungsengpässe in solchen Regionen zu verhindern, schlagen wir zukünftig folgende Regelung vor:

In der Bedarfsplanung sollte zukünftig geregelt werden, dass ein ausgeschriebener Vertragsarztsitz für einen psychotherapeutisch tätigen Arzt, sollte er nach einer bestimmten Zeit nicht besetzt werden können, von einem Psychologischen Psychotherapeuten besetzt werden kann. Im Nachbesetzungsverfahren eines Vertragsarztsitzes in der selben Planungsregion könnte dann wiederum ein psychotherapeutisch tätiger Arzt bis zur Erfüllung der Quote bevorzugt berücksichtigt werden.

Zukünftig werden auch solchen Arztgruppen Planungsgebiete und Ver-

hältniszahlen (Einwohner/Arzt) zugewiesen, die bisher, da sie weniger als 1.000 Niedergelassene im Bundesgebiet aufwiesen, von jeder bedarfsplanerischen Steuerung ausgenommen waren:

Prominentes Beispiel sind die Kinder- und Jugendpsychiater, die ab dem 1.1.2013 in bundesweit 96 Planungsbereichen mit einer Verhältniszahl von 16.909 (bezogen auf die unter 18 jährige Wohnbevölkerung) geplant werden.

Einteilung der Planungsbereiche

Während in der Bedarfsplanungsrichtlinie 2007 die 13 Arztgruppen bundesweit in 395 Planungsbereiche gleichen Zuschnitts geplant wurden, gelten zukünftig für unterschiedliche Arztgruppen Planungsbereiche unterschiedlichen Zuschnittes. Grundsätzlich gilt, je höher der Spezialisierungsgrad, desto größer ist der Planungsbereich und somit die dem Patienten zugemutete Fahrtzeit. Die Raumtypen liefert das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

Psychotherapeuten werden auf dem Niveau der „allgemeinen fachärztlichen Versorgungsebene“ wie bisher in Kreis- und Stadtregionen geplant.

Durch die durch das BBSR nachvollzogene Zusammenlegung einiger Kreise, insbesondere in den neuen Bundesländern, werden aus 395 nun 372 Planungsbereiche.

Verhältniszahlen – Einwohner/Psychotherapeut

Von großen Erwartungen begleitet war die Neufestlegung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ), Einwohner/Psychotherapeut. Während die Psychotherapeuten die schrittweise Einbeziehung echter Versorgungsdaten sowie die Korrektur der Planungsfehler aus 1999 forderten, diskutierten die beteiligten Bänke im G-BA, das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf der einen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (SpäBu) auf der anderen Seite sowie Vertreter der Länder und Patienten, die Berücksichtigung unterschiedlicher Parameter bei der Ermittlung zukünftiger Verhältniszahlen: sozioökonomische Faktoren, Morbiditätsfaktoren, Geschlecht und Alter, demografische Entwicklung etc. Unstrittig in diesen Modellen war, dass man sich auf die bestehenden Verhältniszahlen berufen werde und allenfalls Parameter für eine Modifikation der bestehenden Kennzahlen herbeiführen werde.

Versorgungsebenen, Planungsbereiche, Anzahl der Verhältniszahlen und Arztgruppen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie				
	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
	Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	KVen
	Eine Verhältniszahl	Fünf Verhältniszahlen	Eine Verhältniszahl	Eine Verhältniszahl
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
	883	372	97	17
Arztgruppen	<ul style="list-style-type: none"> Hausärzte 	<ul style="list-style-type: none"> Augenärzte Chirurgen Frauenärzte HNO-Ärzte Hautärzte Nervenärzte Psychotherapeuten Orthopäden Urologen Kinderärzte 	<ul style="list-style-type: none"> Fachinternisten Anästhesisten Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater 	<ul style="list-style-type: none"> PRM-Mediziner Nuklearmediziner Strahlentherapeuten Neurochirurgen Humangenetiker Laborärzte Pathologen Transfusionsmediziner

Tabelle 1

Der G-BA einigte sich auf ein Modell der Weiterentwicklung der Planungsbereiche und Verhältniszahlen für die allgemeine fachärztliche Versorgungsebene, in dem die Pendlerbewegungen Berücksichtigung finden. „Die räumlichen Bewegungen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten können als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung und ihre alltäglichen Interaktionsmuster gesehen werden.“ (BBSR 2012).

Das Konzept geht davon aus, dass Berufspendler ihren Facharzt/Psychotherapeuten vorzugsweise am Ort der Berufsausübung in Anspruch nehmen. Gleichzeitig lässt es in der Planung diejenigen unberücksichtigt, die keiner sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgehen, Kinder, ältere, nicht erwerbstätige Menschen etc. 372 Planungsbereiche werden jetzt fünf unterschiedlichen Versorgungszonen zugeordnet.

Typ 1
Kernstadt (in der Regel >100.000 Einwohner), ausgeprägte Mitversorgerfunktion für das Umland, da hohe Pendlerquote (Quote 1,39)

Typ 2
Ergänzungsgebiet zur Kernstadt, pendelt in die Stadt – wird aber auch stark von Pendlern angefahren (Quote 0,96)

Typ 3
Engerer Pendlerverflechtungsraum, pendelt fast zur Hälfte (Quote 0,48)

Typ 4
Weiterer Pendlerverflechtungsraum, pendelt auch, aber weniger (Quote 0,77)

Typ 5
Gemeindeverbände außerhalb der Kernstadt und der Pendlerregionen, in der Regel ländlicher Raum, versorgt sich selbst (Quote 1,0)

(Die Quoten geben die Relation der Facharzttdichte – ohne Psychotherapeuten – bezogen auf die Einwohner in den Versorgungstypen 1 bis 5 wieder.)

Erst nachdem im Erweiterten Bewertungsausschuss am 22.10.2012 die Vertragspartner KBV und SpiBu die Bereitstellung der Finanzmittel für 1.150 Neuzulassungen von Psychotherapeuten schwerpunktmäßig für den

ländlichen Raum beschlossen, war die Ermittlung der Verhältniszahlen für die Planungsgruppe der Psychotherapeuten möglich.

Die Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) – Einwohner/Psychotherapeut bzw. Arzt werden jetzt unter Berücksichtigung der Verteilung der Psychotherapeuten/Ärzte im Jahre 2012 und der Verteilung der Einwohner im Jahre 2010 auf die fünf Versorgungszonen weiterentwickelt.

Für die Psychotherapeuten gelten folgende Eckwerte:
Gesamtzahl der Einwohner in der BRD zu Beginn der Planung 1997 (82.057.379) und die Verteilung dieser Einwohner entsprechend der Verteilung der Einwohner im Jahre 2010 auf den Planungsbereichstyp 1 bis 5.

Gesamtzahl der Psychotherapeuten zu Beginn der Bedarfsplanung 1999 (13.785) und die Verteilung dieser Psychotherapeuten entsprechend der Verteilung im Jahre 2012 auf den Planungsbereich 1 bis 5.

- Um der historisch bedingten niedrigen Psychotherapeutendichte in Regionen des Typs 5 (ländlicher Raum) entgegenzuwirken, wird die Verhältniszahl dort auf die durchschnittliche Verhältniszahl der Typen 1 bis 5 angehoben. (82.057.379 Einwohner / 13.785 Psychotherapeuten = 5.953)
- Ebenfalls aufgrund der historischen Fehlverteilung der Psychotherapeuten entspricht das Versorgungsniveau des Typen 4 nicht dem der anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Die Verhältniszahl für den Typ 4 bei den Psychotherapeuten wird deshalb auf Basis des durchschnittlichen Unterschieds zwischen den Verhält-

niszahlen der Typen 4 und 3 bei allen anderen Gruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ermittelt (94,33 %).

Die Neuberechnung der Verhältniszahlen entsprechend der beschriebenen Prinzipien führt zu 1.355 zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten. Dabei kalkuliert die Bedarfsplanungsrichtlinie zunächst weiterhin mit einer historischen Anzahl von 13.785 Psychotherapeuten (Zulassungen zum Stichtag 31.8.1999) und summiert diesen ca. 1.355 vorwiegend in ländlichen Regionen neu zu schaffende Vertragspsychotherapeutesitze hinzu. Da derzeit ca. 21.600 Psychotherapeuten in der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung tätig sind, erhöht sich diese Zahl auf ca. 22.900. Damit gelten auch zukünftig über 6.300 Psychotherapeutesitze (liegen bedarfsplanerisch über 110% des Solls in den Regionen) als Ausdruck einer bestehenden Überversorgung. Dieses Ergebnis ist vor dem Hintergrund der Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit einer Praxis im Falle einer Praxisweitergabe und der Möglichkeit der Auflösung eines Praxissitzes durch den Zulassungsausschuss mit großen Risiken für Praxisabgebende, Praxismachfolger und die Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten Versorgung behaftet.

Hätte der G-BA einen aktuelleren Stichtag zur Feststellung des Ist gleich Soll gewählt, was sachlich sinnvoll gewesen wäre, wäre es zu Auffüllereffekten in den Regionen gekommen, die das Niveau so ermittelter Verhältniszahlen nicht erreichen. Hier fehlte es insbesondere an der Bereitschaft der gesetzlichen Krankenkassen, den so entstehenden Mehrbedarf zu finanzieren.

Es entstehen insbesondere in ländlichen Regionen neue Zulassungsmög-

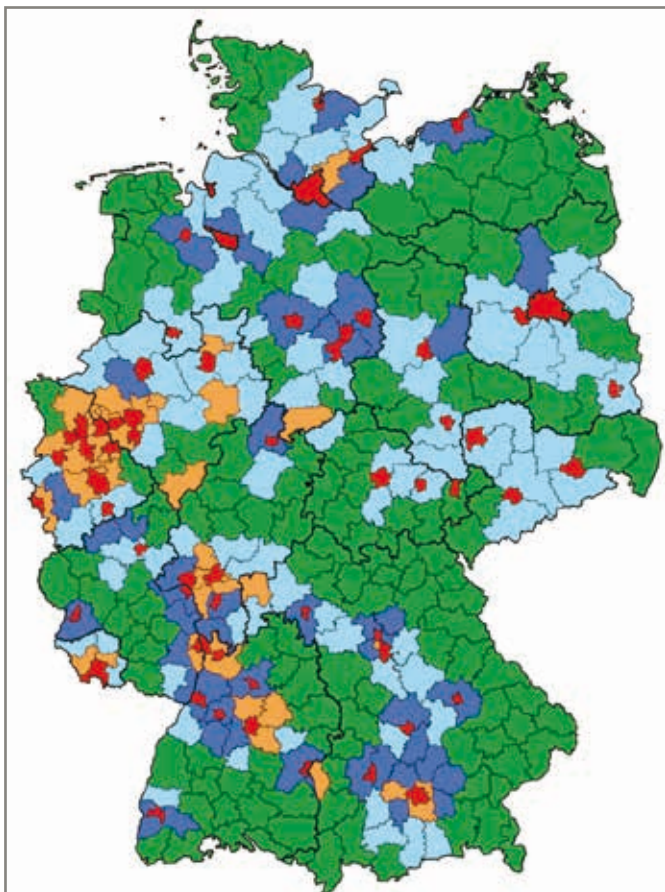


Abbildung 1. 372 Kreise: Zuordnung zu den 5 Versorgungszonen

Versorgungstypen und Verhältniszahlen Einwohner/Psychotherapeuten		
Versorgungstyp		Verhältniszahl
Typ 1	Kernstadt mit ausgeprägter Mitversorgerfunktion	3.079
Typ 2	Ergänzungsgebiet zur Kernstadt	7.496
Typ 3	Engerer Pendlerverflechtungsraum	9.103
Typ 4	Weiterer Pendlerverflechtungsraum	8.587
Typ 5	Ländliche Kreise außerhalb der Kernstädte	5.953

Tabelle 2

lichkeiten, da hier die Verhältniszahl von bisher 23.106 und 16.615 bzw. 15.692 (ländliche Kreise unterschiedlicher Verdichtung) auf 5.953 Einwohner/Psychotherapeut (neu Typ 5) angehoben wird.

Versorgungstyp 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie zugeteilt. Hier finden sich Regionen, die als Ergänzungsgebiet zum Zentrum eine Mitversorgerfunktion für das Umland übernehmen, jedoch auch durch eine angrenzende Kernstadt des Typ 1 mitversorgt werden. Mit der neuen AVZ von 7.496 steigt die nominelle Überversorgung auf 434%, ohne dass auch nur ein weiterer Psychotherapeut zugelassen wird.

neue Bedarfsplanung für diese Region festlegt.

zum 1.7.2018 ist der Leistungsbedarfsfaktor mit 0,135 festgelegt. Es besteht also derzeit eine 7,4fach geringere Inanspruchnahme psychotherapeutischer Versorgung bei Menschen über 65 Jahren. Für die Psychotherapeuten bedeutet das, dass die ausgewiesenen (Über) Versorgungsgrade durch den Demografiefaktor weiter erhöht werden und geplante Neuzulassungen eventuell nicht in vollem Umfang realisiert werden können. In der Konsequenz wirkt sich hier die unzureichende psychotherapeutische Versorgungssituation älterer Menschen aus und wird bedarfsplanerisch fortgeschrieben: Ältere Menschen werden weniger psychotherapeutisch behandelt bei gleichzeitig steigender Psychopharmaka-Verordnung.

Zukünftig als überversorgt geltende Vertragspsychotherapeutenplätze und mögliche Zulassungen	
Bundesweit	
Gesamt (Saldo)	-4.967
Über 110%	-6.322
Zulas. Mgl.	1.355

Tabelle 3

Durch die Zusammenlegung der Verhältniszahlen der Kernstädte unterschiedlicher Verdichtung (bisher AVZ 2.577 und 3.203) zu einer Verhältniszahl (neu Typ 1) von 3.079, steigt der ausgewiesene Überversorgungsgrad in einigen Städten, in anderen wird der Überversorgungsgrad rechnerisch abgesenkt.

Positiv zu bewerten ist, dass die Spreizung der Verhältniszahlen von Stadt zu Land von vor der Reform 1:10 jetzt rechnerisch bereinigt noch 1:3 beträgt.

Demografiefaktor

Mit der Wiedereinführung eines Demografiefaktors soll das Verhältnis Einwohner Arzt/Psychotherapeut zum 30.6. eines Jahres dem in der Regel steigenden Behandlungsbedarf einer älter werdenden Bevölkerung angepasst werden. Die allgemeinen Verhältniszahlen werden mit einem Demografiefaktor multipliziert. Er berechnet sich aus einem „Leistungsbedarfsfaktor“ und einem „Altersfaktor“. Gegenübergestellt werden das Alter der allgemeinen Wohnbevölkerung zum Stand 31.12.2010 und das Alter der behandelten Patienten einer Fachgruppe zum Stichtag 30.6. eines Jahres (unter 65 Jahre/über 65 Jahre). Berücksichtigung findet dabei der Leistungsbedarf der unter 65-Jährigen und der über 65-Jährigen einer Fachgruppe. Psychotherapeuten behandeln derzeit, prozentual auf die Wohnbevölkerung bezogen weniger über 65-Jährige. Bis

Weitere Änderungen

§ 47 „Psychotherapeuten und Job-sharing“ der Bedarfsplanungsrichtlinie ermöglicht zukünftig die gemeinsame Berufsausübung von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeuten

Ruhrgebiet

Für das Ruhrgebiet sieht die Bedarfsplanungsrichtlinie die Beibehaltung des Sonderstatus vor. Das bedeutet, dass in den dazugehörigen Planungsbereichen, überwiegend Kernstädte (AVZ 3.079), die bisherige und von der bundesweiten Systematik abweichende AVZ von 8.743 Einwohner/Psychotherapeut die Berechnungsgrundlage darstellt. Für Patienten in diesen Regionen ist somit eine 2,8fach geringere Versorgungsdichte für weitere fünf Jahre festgeschrieben. Vor dem Hintergrund erheblicher Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz im Ruhrgebiet eine nicht sachgerechte Entscheidung. Diese (Sonder)Regelung tritt jedoch in fünf Jahren außer Kraft. Die Bedarfsplanungsrichtlinie sieht für diesen Zeitraum vor, dass der G-BA auf Basis einer Erhebung der Versorgungssituation sowohl die räumliche Abgrenzung als auch die festgelegten Verhältniszahlen überprüft und gegebenenfalls eine

Dramatische Veränderungen entstehen z.B. dort, wo ein bisher als Kernstadt ausgewiesener Planungsbereich (AVZ 2.577) zukünftig als von einer angrenzenden Kernstadt mitversorgtes Gebiet ausgewiesen wird (AVZ 7.496). Hier steigt die nominelle Überversorgung mitunter um ein Vielfaches.

Beispiel: Leverkusen war vor der Reform dem Planungstyp 1, Kernstadt mit einer AVZ von 2.577 Einwohner/Psychotherapeut zugewiesen und galt als zu 146% nominell überversorgt. Seit dem 1.1.2013 ist Leverkusen dem

Neue Zulassungsmöglichkeiten bis zu einem Versorgungsgrad von 110% nach KVen						
	Hausärzte	Psychotherapeuten	Allgemeine Fachärzte mit Psychotherapeuten	Allgemeine Fachärzte ohne Psychotherapeuten	Spezialisierte Fachärztliche Versorgung	Gesonderte Fachärztliche Versorgung
Schleswig-Holstein	108	44	87	43	14	9
Hamburg	0	0	0	0	0	0
Niedersachsen	481	120	240	120	51	67
Bremen	10	0	0	0	0	5
Nordrhein	344	31	50	19	3	22
Westfalen-Lippe	366	33	77	44	25	94
Hessen	229	12	73	60	30	26
Rheinland-Pfalz	109	71	151	80	19	12
Baden-Württemberg	346	125	245	120	50	45
Bayern	125	303	442	139	45	15
Saarland	47	3	12	10	0	3
Berlin	0	0	0	0	0	0
Brandenburg	216	120	151	31	22	43
Mecklenburg-Vorpommern	37	129	156	27	16	6
Sachsen	248	73	87	15	21	44
Sachsen-Anhalt	202	159	190	31	17	42
Thüringen	129	132	169	37	8	20
Bund	2.998	1.355	2.129	775	317	450

Tabelle 5. Ermittlung durch die KBV. Regionale Abweichungen sind möglich.

Verhältniszahlen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene					
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

Tabelle 4



Gebhard Hentschel

Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, niedergelassen in Münster. Stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied der Vertreterversammlung KV Westfalen-Lippe und KBV, stellv. Mitglied im Unterausschuss Bedarfsplanung im G-BA, Delegierter der Kammerversammlung NRW und des Dt. Psychotherapeutentages.



in der Jobsharing Gemeinschaftspraxis. Auch die wechselseitige Anstellung von PP/KJP in gesperrten Gebieten ist zukünftig möglich. In § 61, Anstellung von Psychotherapeuten, heißt es dazu: „Ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des § 58 ist sowohl unter Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits als auch als gegenseitiges Beschäftigungsverhältnis zulässig, bei Beschäftigung eines Psychologischen Psychotherapeuten durch einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten jedoch nur mit der Maßgabe der Beschränkung des angestellten Psychologischen Psychotherapeuten auf die Versorgung von Kindern- und Jugendlichen.“

Vergabe der Vertragspsychotherapeutesitze in offenen Planungsbereichen

Regionale KVen sind nun am Zuge, die neu ermittelten Verhältniszahlen vor Ort anzuwenden und den Bedarfsplan auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie 2012 mit den Krankenkassen abzustimmen. Der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen entscheidet bis zum 30.6.2013 über den Bedarfsplan und beschließt die offenen und geschlossenen Planungsbereiche.

Die regionalen Landesausschüsse können in den zu beschließenden Bedarfsplänen jedoch auch von der Bedarfsplanungsrichtlinie abweichen, „soweit dies zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist“, (VStG) sozioökonomische Faktoren und Infrastruktur können dabei ebenso leitend sein. Die

Abweichungen müssen begründet sein, heißt es im VStG. Es bleibt abzuwarten, ob die Landesausschüsse bereits in der ersten Phase der Umsetzung der neuen Richtlinie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden.

In § 26 regelt die Bedarfsplanungsrichtlinie das „Zulassungsverfahren nach Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen“. In Absatz (4) heißt es dazu:

„Über Anträge auf (Neu-)Zulassung entscheidet der Zulassungsausschuss nach Maßgabe der folgenden Regelungen:

1. Der Beschluss des Landesausschusses ... (über offene und gesperrte Planungsbereiche, Anm. d. Autors) ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt in den für amtliche Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Ver-

3. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gemäß § 103 Absatz 5 Satz 1 SGB V,
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (siehe z. B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).“

Die Reihenfolge der hier genannten Kriterien stellt zunächst keine Gewich-

Antrag zur vollwertigen Zulassung, die bisher im Jobsharing (als Gemeinschaftspraxispartner oder als Angestellte) tätig waren. Es gilt das Prinzip „solange der Vorrat reicht“ und die folgende Reihenfolge: Erst Jobsharing-Gemeinschaftspraxispartner und danach Angestellte nach Dauer ihrer Anstellung.

Die vorgenannte Regelung gilt **nicht** für Inhaber von Sonderbedarfszulassungen. Trotzdem erscheint auch für diese die aktuelle Situation zunächst positiv. Die Bedarfsplanungsrichtlinie regelt, dass die örtlichen und die leistungsbezogenen Beschränkungen der Sonderbedarfszulassung enden, „wenn der Landesausschuss für den entsprechenden Planungsbereich feststellt, dass eine Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 und 3 SGB V nicht mehr besteht.“ Bei einer Nachbesetzung des Sonderbedarfs besteht jedoch die Gefahr, dass der Sitz mit bestehenden Beschränkungen behaftet bleibt. In § 37 (3) heißt es: Eine Nachfolgebesezung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellung mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden. Insofern sollte die Notwendigkeit einer gesonderten Antragstellung auf eine unbeschränkte Zulassung im Falle der Umwandlung eines Sonderbedarfes in eine reguläre Zulassung regional erfragt werden. ■

„Nach der Reform ist vor der Reform: Unakzeptabel lange Wartezeiten werden auch zukünftig die ambulante psychotherapeutische Versorgung in vielen Regionen prägen.“

einigung vorgesehenen Blättern zu veröffentlichen.

2. In der Veröffentlichung sind die Entscheidungskriterien nach Nummer 3 (siehe unten, Anm. des Autors) und die Frist (in der Regel sechs bis acht Wochen) bekannt zu machen, innerhalb der potenzielle Bewerber ihre Zulassungsanträge abzugeben und die hierfür erforderlichen Unterlagen gemäß § 18 Ärzte-ZV beizubringen haben. Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.

tung dar. Diese liegt im Ermessen des Zulassungsausschusses. In der Bedeutung aufgewertet sind die beiden letztgenannten Kriterien. Die räumliche Wahl des Praxissitzes innerhalb eines Planungsbereiches sowie Fachgebietsschwerpunkte und Barrierefreiheit sind bei der Entscheidung über die Vergabe eines Versorgungsauftrages zu berücksichtigen.

Soweit die jeweiligen Landesausschüsse Planungsbereiche „entsperren“, erstarken die Zulassungen derjenigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten automatisch und ohne