

Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung – ein kleiner Fahrplan

Eine Sonderbedarfszulassung zu beantragen erfordert auf den ersten Blick viel Arbeit. Das ist es tatsächlich auch – eine gute Organisation kann helfen, diese in überschaubare Abschnitte einzuteilen. Dieser kleine Fahrplan enthält die wichtigsten Hinweise dazu.

Fängt man mit seinen Recherchen an, wird man sehr schnell feststellen, dass es in aller Regel keine öffentlich zugänglichen Informationen zu Sonderbedarfszulassungen gibt. Die Zulassungsausschüsse entscheiden in nicht-öffentlichen Sitzungen über die Anträge der KollegInnen. Es ist nachvollziehbar, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) selbst keinerlei Interesse an einer Veröffentlichung der Daten haben. Möglicherweise wird dann sehr schnell deutlich, dass die Aussichten auf eine Bewilligung keineswegs so schlecht sind, wie sie teilweise dargestellt werden.

1. Ob mit oder ohne bestehende Praxis – wo anfangen?

Wenn man über eine Sonderbedarfszulassung nachdenkt, gibt es zwei mögliche Ausgangslagen: Entweder hat man schon eine bestehende Privat- bzw. Kostenerstattungspraxis oder man ist in der Wahl des Ortes relativ frei.

Hat man schon eine Kostenerstattungspraxis, kann der Nachweis von bewilligten Therapien eine Möglichkeit sein, den Bedarf an Therapieplätzen nachzuweisen. Erfahrungsgemäß dauert es ein bis zwei Jahre, bis eine nennenswerte Zahl von 20, 30 oder sogar 50 bewilligten Therapien zusammengekommen ist. Arbeitet man in Vollzeit, bietet vorwiegend Kurzzeittherapien an und sieht die PatientInnen wöchentlich, erhöht sich die Anzahl natürlich schneller.

Die richtige Standortwahl

Ist man noch nicht in eigener Praxis an einem festen Standort tätig, entfällt das Argument der eigenen, bewilligten Therapien zwar, allerdings eröffnet die räumliche Flexibilität hier neue Möglichkeiten. In diesem Fall kann man einen Termin mit der/dem zuständigen NiederlassungsberaterIn der Kassenärztlichen Vereinigung ausmachen. Die Zahlen zum Versorgungsgrad sind zwar in der Regel nicht öffentlich, da sie aber theoretisch für jeden zu erschließen sind, erhält man in der Regel eine Auskunft darüber. Ein Gebiet gilt ab einem Versorgungsgrad von 110 % als ausreichend versorgt. Ab 140 % besteht auf dem Papier eine Überversorgung, sodass die Kassenärztliche Vereinigung theoretisch Kassensitze stilllegen darf, wenn diese ausgeschrieben werden. In den meisten Regionen Deutschlands herrscht eine statistische „Überversorgung“ von weit über 140 %. Diese ergibt sich aus einem zuvor festgelegten Schlüssel (eine bestimmte Anzahl an EinwohnerInnen pro TherapeutIn, die sog. „Angepasste Verhältniszahl“). Natürlich ist den KVen bekannt, dass es sich hierbei nicht um eine reale Überversorgung handelt. Ein erstes Entscheidungskriterium für die Ortswahl sollte daher der Versorgungsgrad sein, auch wenn dieser scheinbar überall hoch ist.

Die Daten zu den jeweils aktuellen Verhältniszahlen finden sich in vielen KVen auf deren Homepage unter den Stichworten „Praxis/Bekanntmachungen/Bedarfsplanung“.

Regionale Besonderheiten als Argumente nutzen

Eine weitere Überlegung für die Wahl des richtigen Standorts betrifft regionale und lokale Besonderheiten. Hier sind alle Faktoren wichtig, die als Indiz für einen besonderen Versorgungsbedarf an genau diesem Ort dienen können. Einer dieser Faktoren ist die o. g. „Angepasste Verhältniszahl“: Während ein/e PsychotherapeutIn in Städten wie Köln und Düsseldorf statistisch etwa 3.000 EinwohnerInnen versorgen muss, sind es in anderen Regionen (insbesondere in der Sonderregion Ruhrgebiet) um die 8.000 EinwohnerInnen. Es wird also tatsächlich davon ausgegangen, dass es große regionale Unterschiede im Bedarf an Psychotherapie gibt. Sucht man sich nun eine Region mit einer sehr hohen Verhältniszahl aus, lässt sich hier eine weitere Argumentationsbasis finden.

Auf lokaler Ebene sollte nach weiteren Besonderheiten geschaut werden, die eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung notwendig machen können. Dies kann eine besonders schlechte Verteilung der Kassensitze in einem großräumigen Planungsbezirk sein, aber auch ein geringer sozioökonomischer Status in dem ausgewählten Stadtteil. Näheres zu möglichen Argumenten und zur Recherche ist im nächsten Abschnitt zu finden.

Die richtigen Räumlichkeiten

Hat man einen Bereich gefunden, in dem sich eine Niederlassung lohnen könnte, muss in den meisten Fällen eine feste Adresse im Antrag angegeben werden. Ein Blick auf die Antragsunterlagen der KV kann hierüber Aufschluss geben. Es sollten also Räumlichkeiten gefunden werden, die explizit als gewerbliche Räume ausgewiesen sind – andernfalls kann es Probleme mit dem Bauamt geben und die Stilllegung der Praxis droht! Es besteht aber auch die Möglichkeit, Wohnraum in Gewerbefläche umwandeln zu lassen. Dies geschieht in der Regel über einen Antrag auf Nutzungsänderung, für den ein Architekt hinzugezogen werden muss. Die Kosten hierfür bewegen sich schnell im vierstelligen Bereich, vor allem, wenn eine sog. Ablöse für nicht vorhandene Stellplätze entrichtet werden muss oder sogar Baumaßnahmen (zur Barrierefreiheit oder von Stellplätzen) notwendig werden. Es ist also in den meisten Fällen besser, von vorneherein eine gewerbliche Immobilie anzumieten. Bei einer Nutzungsänderung muss zudem beachtet werden, dass dies in der Regel nur in Gebieten mit sog. Mischbebauung möglich ist und nicht in reinen Wohngebieten (ohne andere Gewerbe wie z. B. Geschäfte oder Restaurants). Zudem sind die Auflagen nicht bundeseinheitlich geregelt und müssen beim jeweiligen Bauamt vor Ort erfragt werden. Über eine sog. Bauvoranfrage lässt sich klären, ob eine Nutzungsänderung überhaupt genehmigt werden könnte. Mit einer/m potenziellen VermieterIn sollte besprochen werden, dass die Räumlichkeiten zunächst nur reserviert werden – eventuell zu einem günstigeren Preis.

Wichtig ist auch, schon vorab die späteren Mietbedingungen zu vereinbaren, bevor der Zulassungsausschuss im Idealfall eine Zusage erteilt und die/der VermieterIn dies für die weiteren Verhandlungen zu seinem Vorteil nutzen könnte. Man muss damit rechnen, dass die Räumlichkeiten ca. ein halbes Jahr reserviert werden müssten. Die KV benötigt für die Bearbeitung des Antrags einige Monate, da sie Rückmeldungen von der zuständigen Kreisstelle, den Krankenkassen und ggf. weiteren AkteurInnen einholt und die Sitzungen des Zulassungsausschusses in der Regel nur einmal monatlich stattfinden (bei der KV Termine erfragen). Nach der Sitzung vergehen in der Regel weitere vier bis fünf Wochen bis zum schriftlichen Bescheid, der wiederum mit einer Widerspruchsfrist von weiteren vier Wochen belegt ist. Vor allem, wenn es MitbewerberInnen gab, ist dies von Bedeutung.

Besonderheiten für KJPLerInnen

Für Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gibt es noch einen zusätzlichen Faktor, den sie in ihrer Standortwahl berücksichtigen sollten: Das Verhältnis der KJPLerInnen zu den PPLerInnen. Nach wie vor besteht die Regelung, dass der Anteil der KJPLerInnen 20 % am Gesamtvolumen der zugelassenen PsychotherapeutInnen betragen sollte. Ein möglichst kleiner Anteil an KJPLerInnen kann somit zu einem Argument für die Bewilligung eines Antrags werden. Eventuell findet sich sogar ein Planungsbezirk, bei dem temporär die Quote unter 20 % liegt, da kurz zuvor ein Sonderbedarfsantrag für eine/n PPLerIn bewilligt worden ist.

2. Die Recherche: Durchfragen, vernetzen und Fakten sammeln

Ein Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung will gut begründet sein. Argumente gibt es reichlich, auch wenn man keine bewilligten Therapien vorweisen kann. Hier sollten mehrere Strategien genutzt werden: Neben dem Kontakt mit der Kassenärztlichen Vereinigung selbst sollten auch KollegInnen vor Ort angesprochen werden. Auch eine gründliche Sammlung von Studienergebnissen und statistischen Daten sollte zu den Vorarbeiten für einen Antrag dazugehören.

Mit der KV Kontakt aufnehmen

Gerade wenn man sich an einem neuen Standort niederlassen möchte, sollte man sich mit den örtlichen Gegebenheiten vertraut machen. Dazu gehört nicht nur das Gespräch mit der/m zuständigen NiederlassungsberaterIn, sondern auch die Kontaktaufnahme zur/m psychologischen VertreterIn der KV-Kreisstelle. Die Kreisstelle wird bei jedem Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung um Stellungnahme gebeten und hält ihrerseits Rücksprache mit den KollegInnen vor Ort. Hierzu ist es wichtig zu wissen, dass sich jeder Zulassungsausschuss aus VertreterInnen der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung selbst zusammensetzt. Welche Haltung und welche Interessen jede/r Einzelne dabei vertritt, ist im Vorfeld in den meisten Fällen nicht bekannt. Es kann also sein, dass ein Zulassungsausschuss einen Antrag mit einem vergleichsweise geringen Rechercheaufwand bewilligt, da eine unzureichende Versorgungslage in dem ausgewählten Bezirk hinlänglich bekannt ist. Ein anderer Ausschuss wiederum lehnt einen Antrag mit den besten Argumenten ab, weil vielleicht einige VertreterInnen die statistische Überversorgung als „unschlagbares“ Gegenargument werten. Daher ist die Vernetzung im Vorfeld so wichtig – vielleicht bekommt man so den richtigen Hinweis, um die Situation besser einschätzen zu können.

Niedergelassene KollegInnen vor Ort fragen

Wer kennt sich besser mit der tatsächlichen Versorgungslage aus, als die schon niedergelassenen KollegInnen? Nun könnte man diese (sofern man sich nicht schon persönlich kennt) kontaktieren und sich direkt nach den Wartezeiten erkundigen. Die meisten KollegInnen werden sicherlich offen sein oder sogar ihre Unterstützung zusichern und vielleicht findet man sogar jemanden, der ebenfalls eine Sonderbedarfszulassung erlangt hat und Auskunft geben kann. Man sollte jedoch auch damit rechnen, dass es KollegInnen gibt, die eine Konkurrenzsituation befürchten. So ist es in der Vergangenheit schon durchaus vorgekommen, dass einzelne KollegInnen bei der Befragung durch die Kreisstelle angaben, dass sie keinerlei Versorgungsengpässe sähen und es bei ihnen nicht zu Wartezeiten käme. In solchen Fällen obliegt es übrigens der Kreisstelle, den tatsächlichen Bedarf anderweitig zu erfragen, z. B. bei KinderärztInnen oder -psychiaterInnen. Auch wenn nicht von einer grundsätzlich ablehnenden Haltung der KollegInnen ausgegangen werden sollte, muss immer mit Vorsicht bedacht werden, welche Auswirkungen die Offenlegung eines geplanten Antrags auf Sonderbedarf hat.

Eine weniger offensive Möglichkeit, eine reelle Rückmeldung zur tatsächlichen Versorgungslage zu erhalten, ist die folgende: Kennt man Personen, die im anvisierten Planungsbezirk auf der Suche nach einem Therapieplatz sind, kann man diese bitten, eine Rückmeldung zu ihren Nachfragen per Telefon oder E-Mail zu geben. Vor allem E-Mails bieten den Vorteil, dass man die Antwort der jeweiligen TherapeutInnen „schwarz auf weiß“ hat.

Übrigens lohnt es sich in jedem Fall, nach Vernetzungsmöglichkeiten mit KollegInnen vor Ort zu suchen. Über die Suche nach einer Interventionsgruppe oder einem Qualitätszirkel (bei der KV zu erfragen) kann man sich schon im Vorfeld mit KollegInnen persönlich vernetzen und hat dann bei Konkretisierung des eigenen Vorhabens eine ganz andere Ausgangslage.

Zahlen, Daten, Fakten sammeln und die Informationen miteinander in Verbindung bringen

Nun geht es an die „harten Fakten“: Der tatsächliche Versorgungsbedarf im anvisierten Planungsbezirk sollte mit möglichst konkreten, offiziellen Zahlen belegt werden. So erhält die gut dokumentierte Nachfrage unter den KollegInnen eine handfeste Grundlage. Ausgangslage in der Argumentation sollte die allgemeine Unterversorgung sein. Hier kann man sich relativ kurz fassen und nur die wichtigsten Quellen anführen, da dem Zulassungsausschuss diese Daten in der Regel bekannt sind. Hilfreich an dieser Stelle sind die folgenden Schriftstücke:

- // Die Wartezeitenstudien der Bundespsychotherapeutenkammer. Nachdem die letzte Studie zu den Wartezeiten 2011 erschien, gab es 2018 eine Evaluation der Psychotherapie-Richtlinie. Die noch immer sehr langen Wartezeiten lassen sich in Bezug auf das jeweilige Bundesland darstellen und mit den Daten von 2011 vergleichen. Zu lange Wartezeiten sprechen für eine nicht bedarfsgerechte Planung von Kassenzulassungen.
- // Die Studie der Landespsychotherapeutenkammern zur Kostenerstattung (Nübling & Jeschke, 2018). Diese belegt, dass die in der Kostenerstattung tätigen PsychotherapeutInnen in nicht geringem Umfang die Nachfrage nach Psychotherapie mit bedienen. Es wird von etwa 5.800 TherapeutInnen in Privatpraxen ausgegangen, die die 29.700 vertragsärztlich zugelassenen KollegInnen unterstützen. Hiermit kann ebenfalls eine unzureichende Bedarfsplanung begründet werden.
- // Das Zi-Praxispanel. Erscheint regelmäßig und erfasst die realen Arbeitszeiten der PsychotherapeutInnen. Diese belegen, dass die niedergelassenen KollegInnen keineswegs zu wenige PatientInnen behandeln und die Versorgung somit nicht wie häufig behauptet bei einer höheren Auslastung der vorhandenen Kassensitze sichergestellt wäre.
- // Gesundheitsreports der Krankenkassen. Es lohnt sich, auch einmal in die Publikationen der großen Krankenkassen (z. B. Techniker) zu schauen, da es hier häufig statistische Angaben zu psychischen Erkrankungen und dadurch bedingte Fehlzeiten gibt. Diese Informationen unterstreichen einen gestiegenen Bedarf an Psychotherapie und können zugleich als Argumentation vor den VertreterInnen der Krankenkassen genutzt werden, wenn es um den präventiven Charakter von ambulanter Psychotherapie geht (Fehlzeiten und Klinikaufenthalte verhindern).
- // Epidemiologische Studien zu psychischen Erkrankungen. Jede größere Studie zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen in Deutschland ist ebenso geeignet, den Bedarf zu untermauern.

Darauf aufbauend sollte man dann die Unterversorgung im ausgewählten Stadtteil bzw. der Stadt darstellen. Hierzu empfiehlt sich ein Blick auf die Daten des lokalen Amtes für Statistik. Mit ein bisschen

Glück erhält man differenzierte Zahlen zur Bevölkerungsstruktur in den jeweiligen Stadtteilen. Neben der Verteilung der Kassensitze im gesamten Planungsbezirk sollte man sich auch Unterschiede in den sozioökonomischen Daten und der generellen Infrastruktur ansehen. Faktoren wie ein geringeres Einkommen, niedrige Schulbildung und höhere Anzahl an Kindern pro Haushalt sind Indikatoren für einen niedrigeren sozioökonomischen Status, welcher als Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen gilt (Lampert und Kurth, 2007). Eine psychische Erkrankung wiederum stellt einen Risikofaktor für die Verschärfung einer prekären Lebenssituation dar (Der Paritätische Gesamtverband, 2017), sodass ein Teufelskreis entsteht. Nicht selten sind gutsituierte Stadtteile medizinisch und therapeutisch gut versorgt, während es in schwächer gestellten Stadtteilen Versorgungslücken gibt. Hier empfiehlt sich ein Abgleich mit den realen Anfahrtswegen, welche im öffentlichen Nahverkehr 30 Minuten pro Strecke nicht überschreiten sollten. Die Anfahrt (v. a. Erreichbarkeit mit dem öffentlichen Nahverkehr) sollte selbstverständlich auch für den eigenen Praxisstandort bedacht werden! Auch vermehrte Zuzüge in den ausgewählten Stadtteil können ein Argument für den Ausbau der Gesundheitsversorgung sein.

Als KJPLerIn kann man darüber hinaus noch auf den Anteil der EinwohnerInnen unter 18 Jahren schauen. Gibt es in einem Stadtteil besonders viele Kinder und sind dort nicht viele TherapeutInnen gut erreichbar, kann dies als Argument für eine Sonderbedarfszulassung dienen.

Für die Sonderregion Ruhrgebiet ist die IGES-Studie zur Versorgungssituation (2017) ein wichtiges Schriftstück. Dieses kommt nämlich zu dem Schluss, dass die geringere TherapeutInnendichte in dieser Region keinerlei Grundlage hat und die Menschen dort im Gegenteil aufgrund teils schwieriger sozioökonomischer Verhältnisse sogar einen erhöhten Therapiebedarf haben.

Wer muss den tatsächlichen Versorgungsbedarf ermitteln, KV oder AntragsstellerIn?

An dieser Stelle wird es spannend: Bisher hat die/der AntragsstellerIn die Aufgabe gehabt, die bestehende Unterversorgung nachzuweisen. Im Juni 2017 entschied jedoch das Bundessozialgericht in Kassel, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen keineswegs einen Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung pauschal ablehnen dürfen; vielmehr sind sie in der Pflicht, den konkreten Bedarf selbst zu ermitteln. Geklagt hatte ein Psychotherapeut, dessen Antrag von der KV Berlin ohne weitere Prüfung abgelehnt worden war. Die Zukunft wird zeigen, inwieweit es tatsächlich der/dem AntragsstellerIn obliegt, den Bedarf zu ermitteln, wenn die KVen dies ohnehin übernehmen müssen. In jedem Fall sollte man als TherapeutIn die reale Versorgungslage gut kennen, um spätestens in der Sitzung des Zulassungsausschusses damit argumentieren zu können.

Es hat sich hier als nützlich erwiesen, eine eigene „Bedarfsanalyse“ in Form einer Wartezeiten-Statistik durchzuführen (Anrufe bzw. Anfragen bei den mit KV-Zulassung niedergelassenen KollegInnen im Planungsbezirk nach deren aktueller Wartezeit auf einen Behandlungsplatz).

Qualitativer Sonderbedarf: Mit Spezialisierungen punkten

Kann man als PsychotherapeutIn eine besondere Spezialisierung in Form einer Zusatzqualifikation vorweisen, sollte man dies unbedingt in seinem Antrag ausführen. Auch die Fachkunde (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische und analytische Therapie) können formal als Spezialisierung gesehen werden. Sind also in einem Planungsbezirk deutlich weniger TherapeutInnen mit der eigenen Fachkunde im Verhältnis zu den anderen Therapieschulen niedergelassen, kann dies als Argument für eine Sonderbedarfszulassung genutzt werden.

Darüber hinaus sind Zusatzqualifikationen wertvoll, vor allem, wenn sie auf die Behandlung von ohnehin schlecht versorgten PatientInnengruppen ausgerichtet sind. Dabei kann es sich zum Beispiel um Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder komplexen Traumatisierungen handeln, ebenso um psychisch Erkrankte aus schlechter versorgten Bevölkerungsgruppen wie Menschen mit Migrationshintergrund oder einer intellektuellen Beeinträchtigung. Bei der Argumentation sollte immer auch an das Interesse der Kostenträger gedacht werden, die verpflichtet sind, alle ihre Versicherten zu versorgen. Bietet man diesbezüglich eine Zusammenarbeit an, sind die KassenvertreterInnen möglicherweise eher geneigt, einer Sonderbedarfszulassung zuzustimmen.

Antrag auf Ermächtigung?

Die Ermächtigung ist neben der Zulassung bzw. Sonderbedarfszulassung eine weitere Form der Teilnahme an der ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung. Zuständig für die Erteilung von Ermächtigungen ist der Zulassungsausschuss. In aller Regel werden Ermächtigungen beschränkt auf bestimmte Leistungen und auf zwei Jahre befristet erteilt. Bei Erst-, aber auch Wiedererteilung ist die Notwendigkeit der Ermächtigung durch eine Bedarfsprüfung (Ermittlung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs, s. o.) festzustellen.

Im Bereich der Psychotherapie ist es grundsätzlich möglich, gleichzeitig mit dem Antrag auf Sonderbedarfszulassung „hilfsweise“ einen Antrag auf Ermächtigung zu stellen. Hier gibt es zum Teil Besonderheiten bei der Antragstellung in den einzelnen KVen zu beachten: Bei der KV Nordrhein z. B. muss für den Antrag auf Ermächtigung ein gesondertes Formular ausgefüllt werden, in dem man sich auf bestimmte Ziffern oder eine bestimmte Personengruppe beschränken muss (was bis auf die Ausnahme der Behandlung von Geflüchteten in der Regel für PsychotherapeutInnen keinen Sinn ergibt).

3. Die Sitzung beim Zulassungsausschuss

Irgendwann ist der große Tag gekommen und man wird zur Verhandlung beim Zulassungsausschuss eingeladen. In der Regel wird man von einer großen Runde empfangen, die aus VertreterInnen der KV und der Krankenkassen sowie in einigen Fällen auch aus PatientenvertreterInnen besteht. Vor allem, wenn es noch weitere BewerberInnen für eine Sonderbedarfszulassung gibt, empfiehlt es sich unbedingt, sich von einem Anwalt begleiten zu lassen, der Erfahrung mit Verhandlungen vor dem Zulassungsausschuss hat. Neben der Auswahl des Standortes und möglichen Spezialisierungen spielen ebenso Kriterien wie das Approbationsalter und die Dauer der Tätigkeit sowie ggf. die Zeit auf der Warteliste eine Rolle (Rüping & Soffner, 2008). Zu beachten ist, dass jeder Zulassungsausschuss die Kriterien unterschiedlich gewichtet und diese auch immer im Zusammenhang mit den regionalen Gegebenheiten gesehen werden müssen. Egal wie die Entscheidung ausfällt: Innerhalb von ca. sechs bis acht Wochen nach der Verhandlung ergeht der schriftliche Bescheid mit der Begründung für die Zu- oder Absage. Innerhalb von einem Monat kann dann im Fall einer Absage ein Widerspruch eingelegt werden, der dann vor dem Berufungsausschuss (mit einer anderen Besetzung) erneut verhandelt wird. Bei einer erneuten Ablehnung bleibt nur der Klageweg (Sozialgericht), der sich allerdings über einige Jahre hinziehen kann.

Mitgliedern des DGVT-Berufsverbands stehen Muster-Unterlagen für den Sonderbedarfsantrag (Antrags-Muster, Vorlage Wartezeiten-Bestätigung) zur Verfügung. Diese können in der Bundesgeschäftsstelle angefordert werden: info@dgvt-bv.de.

Checkliste Sonderbedarfsantrag

- Mit bestehender Praxis: Bewilligungen sammeln
- Lokale Besonderheiten wie überdurchschnittlich hohe Verhältniszahl, geringer sozioökonomischer Status, ungleiche Verteilung der Sitze in einem Planungsbezirk nutzen
- KJPLerInnen: Planungsbezirke mit geringer KJP-Quote und kinderreichen Stadtteil suchen
- Mit der/dem NiederlassungsberaterIn und der/dem psychologischen KV-KreisstellenvertreterIn sprechen
- KooperationspartnerIn und ZuweiserIn finden
- Tatsächliche Versorgungslage anhand von Studien etc. ermitteln
- Wartezeiten der niedergelassenen KollegInnen erfragen
- Antragsformular der KV ausfüllen
- Schriftliche Begründung mit den gesammelten Informationen beilegen
- Die wichtigsten Gesetzesgrundlagen und Urteile kennen
- Vor der Sitzung beim Zulassungsausschuss: Bei der KV Informationen zu möglichen KonkurrentInnen erfragen
- Im Idealfall: Juristische Unterstützung zum Sitzungstermin mitbringen
- Bei Absage: Widerspruch in Erwägung ziehen

Weitere Informationen

- BPTK (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Wartezeiten_2018/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (abgerufen am 09.12.2018)
- BPTK (2011): BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf (abgerufen am 10.07.2017)
- Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.) (2017): Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland. <http://www.der-paritaetische.de/schwerpunkte/armutsbericht/download-armutsbericht/> (abgerufen am 10.07.2017)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet“ der IGES Institut GmbH https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf (abgerufen am 10.07.2017)
- Lampert, T., Kurth, B. (2007): Socioeconomic status and health in children and adolescents – results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Dtsch Arztebl Int* 104 (43): 2944–2949
- Nübling, R.; Jeschke, K. (2018): Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie. https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2018/10_2018/18_10_16_Ergebnisbericht_3.pdf (abgerufen am 09.12.2018)
- Rüping, U.; Soffner, K. (2008): Nachbesetzung von VertragsPsychotherapeutenstellen: Chancengleichheit muss gewährt werden. *Deutsches Ärzteblatt*. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59732/Nachbesetzung-von-VertragsPsychotherapeutenstellen-Chancengleichheit-muss-gewaehrt-werden> (abgerufen am 09.12.2018)

- Techniker Krankenkasse (2017): Gesundheitsreport. Gesundheit von Auszubildenden. <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/954202/Datei/69652/Gesundheitsreport-2017-Gesundheit-von-Auszubildenden.pdf> (abgerufen am 25.07.2017)
- Wortmann, Martin (2017): BSG-Urteil. Bedarf ist konkret zu ermitteln. Ärzte-Zeitung Online. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/recht/article/939403/bsg-urteil-bedarf-konkret-ermitteln.html?sh=1&h=-35963634 (abgerufen am 10.07.2017)
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2017): Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015 Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2011 bis 2014 https://www.zi-pp.de/pdf/ZIPP_Jahresbericht_2015.pdf (abgerufen am 13.07.2017).

Anhang (relevante rechtliche Vorschriften)

§ 101 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch (SGB) V

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in Richtlinien Bestimmungen über
1. einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung,
 2. Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur,
 - 2a. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die von Ärzten erbrachten spezialfachärztlichen Leistungen nach § 116b berücksichtigt werden,
 - 2b. Regelungen, mit denen bei der Berechnung des Versorgungsgrades die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte berücksichtigt werden,
 3. Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken, (...)

Bedarfsplanungs-Richtlinie (Stand Februar 2018)

Sonderbedarf, Maßstäbe für zusätzliche lokale und qualifikationsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGBV)

§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf

(1)

¹ Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken.

² Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz 1 Nummer 3 SGB V).

³ Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2)

Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3)

Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(4)

¹ Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht.

² Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen.

³ Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z. B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen.

⁴ Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5)

¹ Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint.

² Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

(6)

Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind.

(7)

¹ Nachfolgebesetzung nach § 103 Absatz 4 SGB V bedarf der erneuten Zulassung und kann nur bei Fortbestand der Sonderbedarfsfeststellungen mit Festsetzung einer erneuten Beschränkung erteilt werden.

² Die Regelungen in § 103 Absatz 3a Satz 3 zweiter Halbsatz (Nachbesetzung durch privilegierte Personenkreise) und Satz 8 (Entschädigung) SGB V finden keine Anwendung.

(8)

Die Deckung des Sonderbedarfs kann auch durch Anstellung eines weiteren Arztes in der Vertragsarztpraxis des antragstellenden Vertragsarztes unter Angabe der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit erfolgen.

(9)

¹ Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht.

² Die Vorgaben des § 22 und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt.

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV)

§ 31 (Ermächtigung)

(1) Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, stationären Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation oder in besonderen Fällen Einrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um 1. eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abzuwenden oder einen nach § 100 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgestellten zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf zu decken (...)

(6) Der Antrag auf Ermächtigung ist schriftlich an den Zulassungsausschuß zu richten. Ihm sind die Approbationsurkunde sowie die in § 18 Absatz 2 Nummer 5 genannten Erklärungen beizufügen. § 18 Abs. 3 gilt entsprechend.

(7) Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen. In dem Ermächtigungsbeschluß ist auch auszusprechen, ob der ermächtigte Arzt unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden kann. Die Sätze 1 und 2 gelten nicht für Ermächtigungen nach § 119b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.

Mitglieder des DGVT-Berufsverbands erhalten individuelle Beratung zum Antragsprozedere sowie Muster-Unterlagen.

Mitgliederberatung:

Telefon: (07071) 94 34-13

Sprechzeiten

Mo:	14.00–15.30 Uhr
Di:	10.00–11.30 Uhr
Mi:	10.00–11.30 Uhr
Do:	14.00–15.30 Uhr

Herausgeber:

**Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie –
Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V.**

Corrensstraße 44 · 72076 Tübingen · Telefon: 07071 9434-10
E-Mail: info@dgvt-bv.de · www.dgvt-bv.de

Stand: Januar 2019