

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Elisabeth Scharfenberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/12052 –**

Reform der Psychotherapierichtlinie und Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Seit Einführung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1998 prozessieren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten immer wieder bis vor das Bundessozialgericht (BSG), um ein angemessenes Honorar zu erhalten. In seinem Urteil vom 28. Januar 2004 hat das BSG (Az. B 6 KA 46/97 R) entschieden, dass es den Psychotherapeuten jedenfalls im typischen Fall möglich sein muss, „bei größtmöglichem persönlichem Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen“. Der Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V), der den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festlegt, hat nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer die BSG-Maßgabe eines Mindesthonorars jedoch stets nur so umgesetzt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten diese Mindesthonorare unter keinen Umständen überschreiten können.

Seit dem 1. April 2017 haben Patientinnen und Patienten durch die Einrichtung einer psychotherapeutischen Sprechstunde einen besseren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Hierdurch sollen sie früher erfahren können, ob sie psychisch krank sind, und welches Behandlungsangebot für sie das richtige ist. Bei der Akutbehandlung sollen insbesondere Menschen in Krisensituationen mit akuten schweren Beeinträchtigungen kurzfristig versorgt werden. Die Akutbehandlung dient unter anderem der Verhinderung von Krankenhausbehandlungen. Da die neuen Leistungen innerhalb der bestehenden Versorgungskapazitäten der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeboten werden, ist zu befürchten, dass Menschen in Krisen noch länger als bisher auf einen klassischen Therapieplatz warten müssen.

Im März 2017 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss die Höhe der Vergütung für die neuen psychotherapeutischen Leistungen – Sprechstunde und Akutbehandlung – bestimmt. Danach werden die neuen Leistungen allerdings geringer vergütet als die Richtlinienpsychotherapie. Grund dafür ist, dass die Zeiten für die Vor- und Nachbereitung sowie die Dokumentation um 20 Prozent niedriger eingeschätzt werden als bei der Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten halten diese Einschätzung für fehlerhaft, da ihrer Meinung nach der Aufwand für die neuen Leistungen noch größer sei als bei der Richtlinien-Therapie (vgl. Gemeinsame Pressemitteilung bvvp, DPtV, VAKJP vom 29. März 2017). Da die neuen psychotherapeutischen Leistungen der Sprechstunde und der Akutbehandlung, aber auch die probatorischen Sitzungen geringer vergütet werden als die genehmigungspflichtige Richtlinien-Psychotherapie, kann es in der Summe zu Mindereinnahmen je Praxis kommen, in Abhängigkeit davon, wie viele Termine die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese Leistungen anbieten.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, seine Psychotherapie-Richtlinie umfassend zu überarbeiten. Insbesondere sollten spezielle psychotherapeutische Sprechstunden eingerichtet werden, die Menschen mit psychischen Problemen auch kurzfristig aufsuchen können. Dies soll insbesondere auch Menschen in einer psychischen Krise helfen, die rasche Hilfe benötigen.

Mit der Strukturreform zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung hat der G-BA die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung als neue Versorgungselemente beschlossen, die Menschen mit psychischen Problemen einen niedrigschwelligen und flexiblen Zugang ermöglichen. So werden zeitnah Termine bei Psychotherapeuten, eine erste Beratung, Untersuchung und bei Bedarf weitere diagnostische Abklärung ermöglicht, damit Betroffene weiter in die richtigen Unterstützungsangebote vermittelt werden können.

Ziel ist es, eine bedarfsgerechte, flächendeckende und gut erreichbare psychotherapeutische Versorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Inwieweit insbesondere mit den neuen psychotherapeutischen Versorgungselementen die intendierten Ziele des Gesetzgebers einer Verbesserung der Versorgung erreicht werden können, wird auch im Rahmen der vom G-BA innerhalb von fünf Jahren vorgesehenen Evaluation zu bewerten sein.

Die Vereinbarung der Vergütung der aufgrund der geänderten Psychotherapie-Richtlinie geregelten Leistungen erfolgt durch den Bewertungsausschuss. Dabei sind die mit den gesetzlichen Vorgaben verfolgten Ziele nach § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund prüft das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) derzeit im Rahmen seiner Rechtsaufsicht die beschlossenen Regelungen. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

Allgemein

1. Wie hoch ist nach Kenntnis der Bundesregierung das durchschnittliche Einkommen vor Steuern (Praxisüberschuss) von Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, von ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, von Haus- sowie von Fachärztinnen und Fachärzten (aufgeschlüsselt nach exemplarischen Facharztgruppen) in den einzelnen Bundesländern seit 2010 jährlich?

Dem BMG ist keine Quelle bekannt, die das durchschnittliche Einkommen vor Steuern (Praxisüberschuss) aller Arztgruppen nach Bundesländern seit 2010 jährlich darstellt. Zur Beurteilung der Einkommenssituation von psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von Kinder- und Jugendlichenpsycho-

therapeutinnen und -therapeuten, von ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von Haus- sowie von Fachärztinnen und -ärzten sind im Wesentlichen drei Quellen von Bedeutung. Dies sind die Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten (Fachserie 2 Reihe 1.6.1), die Honorarberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und das sog. ZI-Praxis-Panel des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung. Den jeweiligen Erhebungen liegen – neben der unterschiedlichen Erhebungsmethode und dem unterschiedlichen Erhebungsumfang – jeweils unterschiedliche Abgrenzungen zum Einkommen, unterschiedliche Differenzierungsgrade und Zeitreihen zu Grunde. So gibt z. B. die Kostenstrukturanalyse den jeweiligen Reinertrag an, die KBV-Honorarberichte weisen den Überschuss aus GKV-Tätigkeiten aus und das ZI-Praxis-Panel den Jahresüberschuss.

Siehe dazu auch die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Entwicklung der ärztlichen Honorare in der gesetzlichen Krankenversicherung seit 2008“ (Bundestagsdrucksache 18/2987).

2. Inwieweit hat nach Ansicht der Bundesregierung die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die bisherige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen korrekt bzw. nicht korrekt umgesetzt, und wie begründet die Bundesregierung ihre Einschätzung?

Nach Ansicht des BMG wurde die bisherige Rechtsprechung des BSG vom Bewertungsausschuss umgesetzt. So wurde z. B. zuletzt im September 2016 aufgrund eines Urteils des BSG (B 6 KA 47/ 14 R) vom Februar 2016 rückwirkend zum 1. April 2005 ein Zuschlag für Sprechstunden am Samstag durch den Bewertungsausschuss beschlossen. Die jeweiligen Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind vom BMG nicht beanstandet worden.

3. a) Wie hat sich nach Einschätzung der Bundesregierung die in § 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V normierte Regelung zur Sicherstellung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit seit ihrer Einführung im Jahr 2007 auf die Honorare für psychotherapeutische Leistungen ausgewirkt?
b) Ist nach Einschätzung der Bundesregierung das Ziel dieser gesetzlichen Regelung, eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit sicherzustellen, erreicht?

Eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit ist Ziel der gesetzlichen Regelung. Nach verschiedenen Entscheidungen des BSG ist die Vergütung antragspflichtiger Leistungen der Psychotherapie dann als angemessen anzusehen, wenn eine vollausgelastete Psychotherapeutin bzw. ein vollausgelasteter Psychotherapeut einen Ertrag erzielen kann, der dem von Fachärztinnen bzw. -ärzten im unteren Einkommensbereich entspricht. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat mit seinem Beschluss in der 43. Sitzung am 22. September 2015 seine zuletzt durchgeführte Überprüfung, inwieweit eine Anpassung der Vergütung auf der Grundlage des § 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V notwendig ist, abgeschlossen. Aus dieser Beschlussfassung zur Überprüfung und Höherbewertung der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) resultieren Mehrausgaben in Höhe von jährlich rd. 80 Mio. Euro. Hinzu kommen Mehrausgaben für die rückwirkend angepasste

Vergütungshöhe. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

Derzeit wird im Bewertungsausschuss eine erneute Überprüfung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit beraten.

4. a) Hält die Bundesregierung es für notwendig, dem Bewertungsausschuss präzisere gesetzliche Vorgaben für die Vereinbarung einer angemessenen Vergütung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen zu machen?
- b) Wenn ja, warum, und in welcher Form, und wenn nein, warum nicht?
- c) Sollte nach Ansicht der Bundesregierung eindeutig festgelegt werden, wann und nach welchen Kriterien der Bewertungsausschuss die Entwicklungen der psychotherapeutischen Honorare überprüfen und anpassen muss, und wenn nein, warum nicht?

Das BMG hält weitere gesetzliche Vorgaben z. B. zu Kriterien für die Vereinbarung einer angemessenen Vergütung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen nicht für angezeigt. In der Vergangenheit wurde in diesem Zusammenhang eine explizite gesetzliche Vorgabe zur jährlichen Überprüfung der Honorare gefordert. Eine von den derzeit vorgegebenen Punktzahl- und Punktwertanpassungen aller vertragsärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen losgelöste gesonderte zusätzliche jährliche Prüfung, ob und inwieweit es einer Anpassung der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen bedarf, würde aber im Verhältnis zu allen anderen Arztgruppen einen Verstoß gegen das Gleichheitsgebot bedeuten.

Vergütung neuer Leistungen

5. Inwiefern ist aus Sicht der Bundesregierung der mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses unterstellte zeitliche Minderbedarf bei der Sprechstunde und der Akutbehandlung zutreffend sowie mit einer qualitätsgesicherten Versorgung vereinbar (Ansicht bitte begründen)?
6. Inwieweit schätzt die Bundesregierung die Kritik der psychotherapeutischen Fachverbände und Kammern als zutreffend ein, dass die Annahme eines Minderbedarfs durch den Erweiterten Bewertungsausschuss fehlerhaft sei, weil bei einer Sprechstunde und Akutbehandlung mehr Zeit für die Vor- und Nachbereitung sowie die Dokumentation notwendig sei als bei der Richtlinienpsychotherapie (Ansicht bitte begründen)?

Die Fragen 5 und 6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das BMG prüft derzeit im Rahmen seiner Rechtsaufsicht die vom Erweiterten Bewertungsausschuss beschlossenen Regelungen. Die Prüfung ist noch nicht abgeschlossen.

Das BMG kann die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden.

7. Inwiefern entsprechen nach Einschätzung der Bundesregierung die seit 2012 geltenden Strukturzuschläge, die nur bei maximaler Praxisauslastung im Umfang von 36 genehmigungspflichtigen Behandlungsstunden pro Woche eine vollständige Finanzierung einer halben Praxiskraft ermöglichen, den Vorgaben des Bundessozialgerichts?

Die mit dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 43. Sitzung am 22. September 2015 neu eingeführten Strukturzuschläge wurden vom BMG im Rahmen der Rechtsaufsicht nicht beanstandet.

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass nach hiesigen Kenntnissen die Sozialgerichte in Kiel und Hamburg die Strukturzuschläge bisher bestätigt haben. Allein das Sozialgericht in Marburg hat eine andere Auffassung vertreten.

8. a) Inwiefern hält die Bundesregierung die vom Erweiterten Bewertungsausschuss getroffene Regelung für angemessen, dass probatorische Sitzungen und andere zeitgebundene Gesprächsleistungen jenseits der genehmigungspflichtigen Psychotherapie, der Sprechstunde und der Akutbehandlung weder bei der Kalkulation der Höhe der Zuschläge noch bei der Auslösung der Zuschläge berücksichtigt werden?

Zu Frage 8a wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

- b) Inwieweit wird der Beschluss nach Einschätzung der Bundesregierung psychotherapeutische Praxen benachteiligen, die im Sinne einer niedrigschwelligen Versorgung vermehrt nicht genehmigungspflichtige Gesprächsleistungen anbieten, und wenn nein, warum nicht?
- c) Inwiefern steht der Beschluss nach Ansicht der Bundesregierung im Einklang mit dem Ziel des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, die Dauer von Interventionen zu verkürzen?

Zu den Fragen 8b und 8c wird auf die laufende Prüfung, die noch nicht abgeschlossen ist, verwiesen. Unabhängig davon hängen die Auswirkungen des Beschlusses auf die psychotherapeutische Praxis vom konkreten Einzelfall ab. Nach § 87 Absatz 3a SGB V ist es Aufgabe des Bewertungsausschusses, die Auswirkungen seiner Beschlüsse z. B. auf die Versorgung der Versicherten und auf die vertragsärztlichen Honorare zu analysieren.

9. a) Welche Gründe sind der Bundesregierung dafür bekannt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband in Anlage 28 des Bundesmantelvertrags vereinbart haben, dass die Terminservicestellen Termine für die Sprechstunde und für die Akutbehandlung, aber nicht für die Richtlinienpsychotherapie vermitteln sollen?
- b) Hält die Bundesregierung diese Regelung für angemessen, und inwiefern ist sie vereinbar mit dem Anliegen, Wartezeiten in der Psychotherapie zu verkürzen (Ansicht bitte begründen)?

Bislang sind an das BMG keine Probleme hinsichtlich der Vermittlung von Terminen für psychotherapeutische Behandlungen herangetragen worden. Die Vermittlung von Terminen für Sprechstunden und Akutbehandlungen ab dem 1. April 2017, auf die sich die Vertragspartner verständigt haben, erscheint vor diesem Hintergrund sachgerecht. Das BMG beobachtet die Situation weiter sehr aufmerksam.

10. a) Sind der Bundesregierung Fälle bekannt, in denen Krankenkassen seit Einführung der neuen psychotherapeutischen Leistungen Anträge auf Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V für eine Richtlinien-Psychotherapie pauschal mit der Begründung abgelehnt haben, diese sei im Gegensatz zur neuen Akutversorgung keine unaufschiebbare Leistung?
- b) Wenn ja, was hat die Bundesregierung gegen diese Praxis der Krankenkassen unternommen bzw. wird sie unternehmen?
- c) Haben nach Ansicht der Bundesregierung GKV-Versicherte weiterhin Anspruch auf eine zeitnahe Richtlinien-Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung auf Grundlage des § 13 Absatz 3 SGB V, wenn ihnen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung in zumutbarer Zeit kein Behandlungsplatz zur Verfügung steht, und wenn ja, unter welchen Voraussetzungen, bzw. wenn nein, warum nicht?

Zu etwaigen ablehnenden Einzelfallentscheidungen der gesetzlichen Krankenkassen über Anträge auf Kostenerstattung nach § 13 Absatz 3 SGB V mit der von den Fragestellern genannten Begründung sind der Bundesregierung keine Erhebungen bekannt. Nach § 13 Absatz 3 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese notwendig war und die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Einführung neuer psychotherapeutischer Leistungen lässt diesen Anspruch unberührt.

Reform der Bedarfsplanung

11. Welche Schritte hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nach Kenntnis der Bundesregierung bislang unternommen, um, wie gesetzlich vorgeschrieben, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu überarbeiten, und wie sieht der Zeitplan bis zur Fertigstellung der überarbeiteten Richtlinie aus?

Dem G-BA wurden mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz mehrere Aufträge zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erteilt. So wurde ihm u. a. aufgegeben, die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung nach Prüfung der Verhältniszahlen und unter Berücksichtigung einer kleinräumigeren Planung insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu treffen. Bei einer Anpassung der Verhältniszahlen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sind darüber hinaus nunmehr neben der demografischen Entwicklung ausdrücklich auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen. Darüber hinaus wurde der G-BA beauftragt, in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei Jobsharing- und Anstellungsverhältnissen im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs zu bestimmen. Dabei soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs bei psychotherapeutischen Praxen nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden. Der G-BA hat im Sommer 2015 die für die Umsetzung der gesetzlichen Aufträge notwendigen Beratungen aufgenommen. Der gesetzliche Auftrag zur Schaffung von Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung bei Jobsharing- und Anstellungsverhältnissen im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs wurde mit den Richtlinienbeschlüssen vom 16. Juni 2016, 7. Juli 2016 und 15. Dezember 2016 umgesetzt. Im Übrigen hat der G-BA ein umfangreiches Gutachten zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Auftrag gegeben. Die Bundesregierung geht davon aus, dass der G-BA die gegenüber dem BMG zugesagten Beratungen zur Umsetzung der gesetzlichen Aufträge fortführt und erforderliche Beschlüsse herbeigeführt werden.

12. Wie schätzt die Bundesregierung die Verzögerung der Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein vor dem Hintergrund, dass sich die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie durch die neuen psychotherapeutischen Leistungen wahrscheinlich noch verschärfen werden?

Die Bundesregierung geht nicht davon aus, dass sich die Wartezeiten auf eine Richtlinienpsychotherapie durch die neuen psychotherapeutischen Leistungen verschärfen werden. Das neue Leistungsangebot der psychotherapeutischen Sprechstunden soll für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen und eine kurzfristige Abklärung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und eine individuelle Beratung über verschiedene Versorgungsangebote ermöglichen. Im Ergebnis dient dies gerade der Verringerung von Wartezeiten auf notwendige psychotherapeutische Behandlungen.

13. Inwiefern befürwortet die Bundesregierung, die Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten vorzuziehen, um nicht die mit der Reform der Psychotherapierichtlinie erreichte Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung durch die unzureichende Bedarfsplanung zu konterkarieren?

Nach Kenntnis der Bundesregierung hat der G-BA die notwendigen Beratungen für die Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bereits aufgenommen. Auf die Antwort zu Frage 11 wird verwiesen.

14.
 - a) Was hat der G-BA nach Kenntnis der Bundesregierung bislang unternommen, um die Versorgungssituation in der Sonderregion Ruhrgebiet zu überprüfen?
 - b) Liegt nach Kenntnis der Bundesregierung das Gutachten zur Versorgungssituation im Ruhrgebiet bereits vor, und wenn ja, zu welchen Ergebnissen kommen die Gutachterinnen und Gutachter?
 - c) Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus dem Gutachten?

Das Ruhrgebiet wurde in der Vergangenheit in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA als Sonderregion behandelt, für die eigene Verhältniszahlen (Einwohner-/Arztrelation) festgesetzt wurden. Mit Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 1. Januar 2013 wurde die gesonderte Beplanung des Ruhrgebietes zunächst fortgeführt. Der G-BA hat sich jedoch gleichzeitig verpflichtet, innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren nach Inkrafttreten der Richtlinie die Versorgungssituation der Region Ruhrgebiet zu erheben und die Regelungen zum Ruhrgebiet erneut zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Hat der G-BA bis spätestens zum Ablauf dieses Zeitraums keine Anpassung oder unveränderte Fortgeltung der Regelungen für das Ruhrgebiet beschlossen, treten die Sonderregelungen außer Kraft. Der Unterausschuss Bedarfsplanung hat für die notwendigen Erhebungen und Auswertungen eine Kleingruppe „Sonderregion Ruhrgebiet“ eingerichtet, die in regelmäßigen Abständen tagt. In seiner Sitzung am 17. März 2016 hat der G-BA die Inauftraggabe eines wissenschaftlichen Gutachtens zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet beschlossen. Die Auswertung der Ergebnisse des Gutachtens obliegt dem G-BA.

