

**Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung
in der gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)
Bundestagsdrucksache 18/4095**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
17.03.2015**

Inhaltsverzeichnis

I.	Zentrale Forderungen	4
	Psychotherapeutische Sprechstunden ermöglichen.....	4
	Psychotherapeutische Versorgung flexibilisieren	4
	Befugniseinschränkungen aufheben	5
	Fehler in der Bedarfsplanung korrigieren	6
	Ermessensspielraum der Zulassungsausschüsse erhalten	8
	Krankengeldmanagement vergleichbar machen	10
	Versorgung psychisch kranker Menschen stärken	11
II.	Im Einzelnen	12
	Artikel 1	12
	Nummer 2a - neu - (§ 13 Absatz 3b): Transparenz über Systemversagen.....	12
	Nummer 7a - neu - (§ 28 Absatz 3): Definition psychotherapeutischer Leistungen	13
	Nummer 9 (§ 39): Entlassmanagement	15
	Nummer 11 (§ 43b): Erwachsene mit geistiger Behinderung	17
	Nummer 13 (§ 44): Beratung von Versicherten	18
	Nummer 25 (§ 73): Aufhebung der Befugniseinschränkungen	22
	Nummer 29 (§ 75): Terminservicestellen	22
	Nummer 34 (§ 87): Bewertung psychotherapeutischer Leistungen	23
	Nummer 36 (§ 87b): Versorgungsnetze	24
	Nummer 39 Buchstabe a (§ 92 Absatz 6a): Psychotherapeutische Sprechstunde	25
	Nummer 39 Buchstabe b - neu - (§ 92 Absatz 6b neu): Medizinische Rehabilitation, Heilmittel, Soziotherapie, Krankentransporte	26
	Nummer 41 (§ 95): Medizinische Versorgungszentren.....	28
	Nummer 43 Buchstabe a (§ 101 Absatz 1): Ermächtigte Ärzte in der Bedarfsplanung/Leistungsbeschränkung bei zeitbezogenen Leistungen	29
	Nummer 43 Buchstabe b - neu - (§ 101 Absatz 4): Neuberechnung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads für die Arztgruppe Psychotherapeuten.....	31
	Nummer 44 (§ 103): Nachbesetzung von Praxissitzen.....	33
	Nummer 49 (§ 113): Wirtschaftlichkeitsprüfung.....	36
	Nummer 53 (§ 117): Hochschulambulanzen	37
	Nummer 55 (§ 119c): Erwachsene mit geistiger Behinderung.....	39

Nummer 56 (§ 120): Transparenz der Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanzen	41
Nummer 69 (§ 140a): Transparenz und Qualität bei Selektivverträgen	43
Artikel 2	44
Nummer 4 (§ 79b): Beratender Fachausschuss Psychotherapie	44
III. Literatur	45

I. Zentrale Forderungen

Psychotherapeutische Sprechstunden ermöglichen

Menschen warten mit sehr unterschiedlichen psychischen Problemen und Erkrankungen auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten. Manche sind so schwer krank, dass sie einer stationären Behandlung bedürfen, andere brauchen dringend eine Psychotherapie. Aber vielen ist geholfen mit einer diagnostischen Abklärung und der Empfehlung, zum Beispiel die Unterstützung einer Beratungsstelle zu suchen. Alle warten im Durchschnitt drei Monate – besonders lange in ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet.

Menschen mit unklaren psychischen Problemen, Beschwerden und Störungen haben genauso wie Menschen mit körperlichen Beschwerden das Recht zu erfahren, ob sie krank sind und einer Behandlung bedürfen oder ob andere Beratungs- und Unterstützungsangebote ihnen helfen. Mit dem flächendeckenden Angebot einer psychotherapeutischen Sprechstunde lässt sich dieses Ziel für Menschen mit psychischen Problemen, Beschwerden und Störungen realisieren.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt vor, im Gesetzentwurf den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), die Psychotherapie-Richtlinie entsprechend weiterzuentwickeln, zu präzisieren. Leitgedanke sollte dabei sein, dass die Patienten zeitnah einen Psychotherapeuten konsultieren können, um eine erste Einschätzung zu erhalten. Dazu brauchen die psychotherapeutischen Praxen die Möglichkeit einer Sprechstunde, in der der individuelle Abklärungs- und Behandlungsbedarf zeitnah festgestellt und eingeleitet werden kann. Für Psychotherapeuten ist dieses Leistungsprofil der Sprechstunde Voraussetzung für die Erfüllung ihrer Sorgfaltspflichten. Die BPTK schlägt eine entsprechende Präzisierung vor (zu Nummer 39, § 92 Absatz 6a).

Psychotherapeutische Versorgung flexibilisieren

Die Regelungen in § 28 Absatz 3 SGB V beschränken Psychotherapeuten derzeit darauf festzustellen, ob und welche Psychotherapie für ihre Patienten indiziert ist und

ob sie auf Basis eines individuellen Behandlungsplans die psychotherapeutische Behandlung selbst durchführen können. Leistungen der Früherkennung und präventive psychotherapeutische Leistungen gehören daher aktuell noch nicht ausreichend zum Leistungsspektrum der Psychotherapeuten.

Um dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Patienten gerecht werden zu können, sollten Psychotherapeuten zum Beispiel präventive Leistungen oder psychotherapeutisch geleitete Selbsthilfe anbieten können. Die BPTK schlägt eine entsprechende Anpassung im SGB V vor (zu Nummer 7a, § 28 Absatz 3). Leistungen für psychisch kranke Menschen sollten darüber hinaus so vergütet werden, dass sie unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten durch die Psychotherapeuten auch angeboten werden können (zu Nummer 34, § 87).

Befugniseinschränkungen aufheben

Um eine zeitnahe Versorgung psychisch kranker Menschen zu gewährleisten, brauchen Psychotherapeuten die Möglichkeit, Patienten im Bedarfsfall ins Krankenhaus einzuweisen und in diesem Zusammenhang auch den Krankentransport zu veranlassen. Psychotherapeuten sollten Patienten, die selbstständig eine Psychotherapie nicht in Anspruch nehmen können, entsprechend der Richtlinie des G-BA Soziotherapie verordnen können. Auch die Verordnung von Logopädie und Ergotherapie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit den entsprechenden Entwicklungsstörungen ist im Sinne einer abgestimmten Versorgung zwingend erforderlich. Für Erwachsene geht es in einem ersten Schritt insbesondere um die Verordnungsmöglichkeit von Ergotherapie als Hirnleistungstraining bzw. als neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der neuropsychologischen Therapie. Voraussetzung dafür ist eine Änderung des SGB V und ein darauf fußender Auftrag an den G-BA, die entsprechenden Richtlinien anzupassen (zu Nummer 25, § 73, und Nummer 39 Buchstabe b - neu -, § 92 Absatz 6b - neu -).

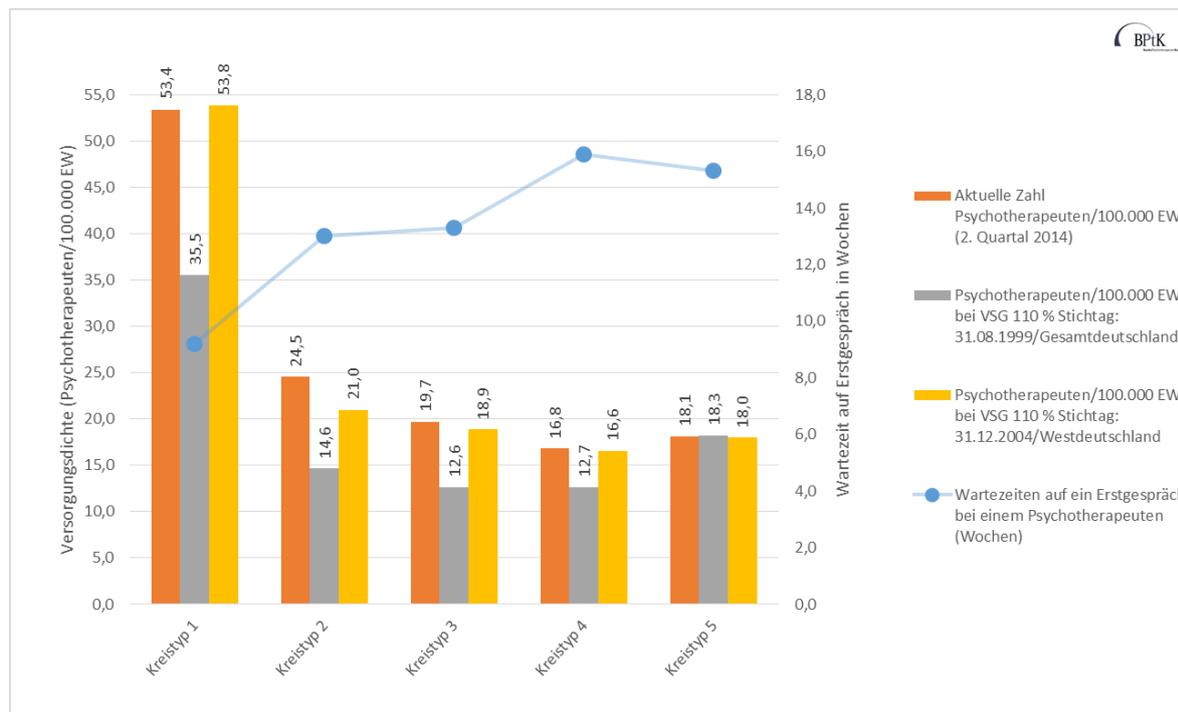
Fehler in der Bedarfsplanung korrigieren

Eine aktuelle Erhebung (DIE ZEIT, 2014) zeigt, dass ein Drittel der Patienten länger als ein halbes Jahr und jeder zweite zwischen einem und drei Monate auf eine Psychotherapie wartet. Dies bestätigt die Ergebnisse einer Umfrage bei circa 6.000 niedergelassenen Psychotherapeuten aus dem Jahr 2011. Diese ergab, dass Patienten im Bundesdurchschnitt über drei Monate auf ein Erstgespräch bei einem Psychotherapeuten warten müssen (BPTK, 2011).

Durch grundlegende Fehler in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gibt es in den meisten Versorgungsregionen zu wenig Psychotherapeuten. Bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wählte der G-BA 1999 ein spezielles Verfahren. Es wurden anders als bei den anderen Facharztgruppen nicht alle Leistungserbringer gezählt, die die entsprechenden Leistungen bereits erbrachten und die nach den gesetzlichen Vorgaben zu zählen gewesen wären. Viele Psychotherapeuten erhielten ihre Zulassung erst nach zum Teil jahrelangen gerichtlichen Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies führte zu einem Anstieg der zugelassenen Praxen von 1999 bis 2006 um gut 5.000 Psychotherapeuten, der insbesondere verwaltungstechnischen Verzögerungen geschuldet war. Die zusätzlichen Niederlassungen nach 1999 wurden in aller Regel als „überversorgend“ gezählt.

Außerdem basieren die AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – anders als bei den anderen Facharztgruppen – nicht auf der Versorgungslage in den westdeutschen Bundesländern. Vielmehr wurde die damals aus historischen Gründen im Bereich der ambulanten Psychotherapie besonders schlechte Versorgungslage in den ostdeutschen Bundesländern mit einbezogen und bei der Ermittlung der AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das gesamte Bundesgebiet zugrunde gelegt.

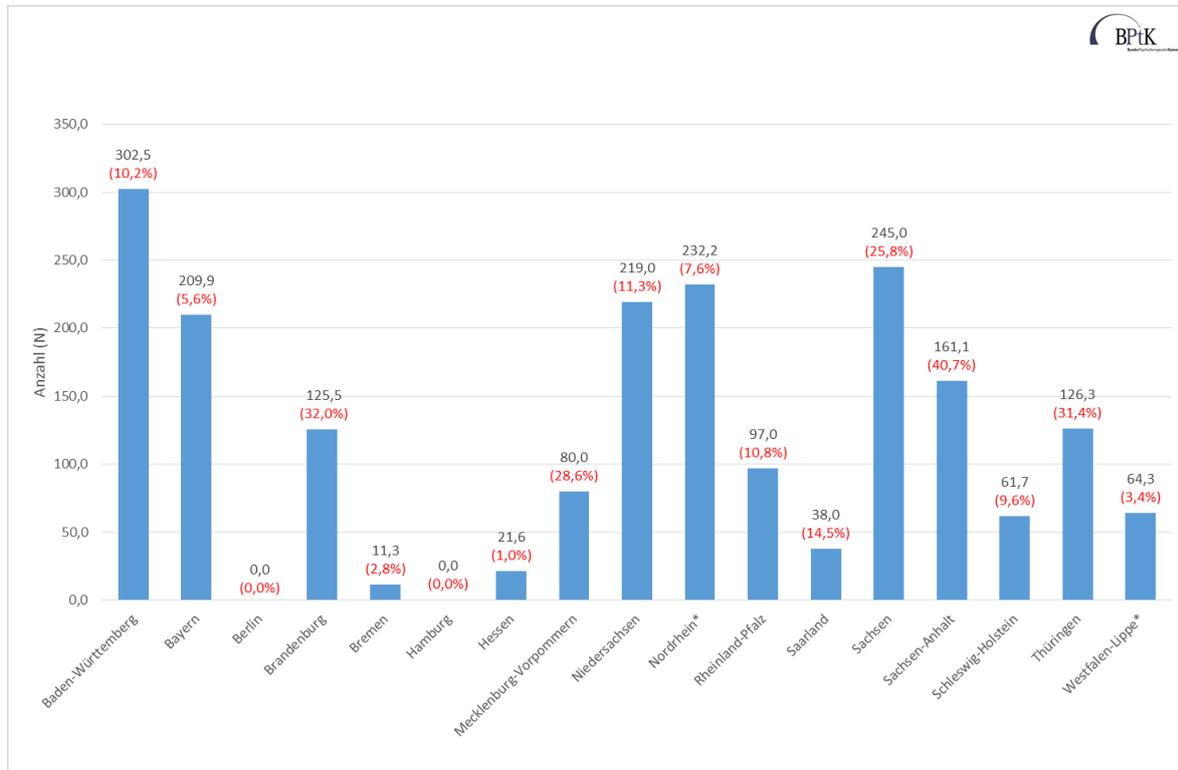
Abbildung 1: Wartezeiten und Versorgungsdichte



Quelle: Wartezeitenumfrage, BPTK 2011/Daten der KBV, 2014; eigene Berechnungen der BPTK

Oben stehende Abbildung zeigt, welche Vorgaben zur AVZ die Bedarfsplanung machen würde, wenn die Arztgruppe Psychotherapeuten so geplant würde, wie alle anderen Arztgruppen. In allen Kreistypen liegt die tatsächlich realisierte Versorgungsdichte nahe bei den Allgemeinen Verhältniszahlen, die der G-BA 1999 eigentlich hätte vorgeben müssen. Nahezu identisch ist die realisierte Versorgungsdichte und die durch die Bedarfsplanung korrekterweise vorzugebenden AVZ in stark mitversorgenden Großstädten (Kreistyp 1). Das Gleiche gilt für Kreistyp 5, zu dem selbstversorgende, sehr ländlich strukturierte Gebiete zählen. Diese Situation ist ein Ergebnis der Bedarfsplanungsreform 2013, in deren Kontext sich circa 1.300 Psychotherapeuten zusätzlich in ländlichen Regionen niederlassen konnten. Anpassungsbedarf ergibt sich bei einer korrekten Festlegung der AVZ in den Kreistypen 2, 3 und 4, die im unterschiedlichen Maße ihr Umland mitversorgen bzw. mitversorgt werden. Insgesamt fehlen in allen Kreistypen derzeit 1.947 Psychotherapeuten (ohne Ruhrgebiet). Dies erklärt die langen Wartezeiten und macht deutlich, dass für die Lösung der Kapazitätsprobleme in der psychotherapeutischen Versorgung eine Korrektur der Bedarfsplanung notwendig ist.

Abbildung 2: Fehlende Sitze bei Korrektur der Allgemeinen Verhältniszahlen
(Basis Stichtag: 31.12.2004/Westdeutschland)



Quelle: Daten der KBV, 2014; eigene Berechnungen der BPtK

Abbildung 2 zeigt in welchem Umfang in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Sitze in der Versorgung fehlen. Deutlich wird, dass der absolute und prozentuale Anteil der fehlenden Sitze in der Versorgung je KV sehr unterschiedlich ausfällt. Während sich mit einer Korrektur der AVZ für die Stadtstaaten so gut wie gar nichts verändern wird, kommt es für die ostdeutschen Bundesländer und für ländlich geprägte westdeutsche Bundesländer zu den dringend notwendigen Verbesserungen der Versorgungsdichte.

Die BPtK fordert, bis zu einem neuen Ansatz in der Bedarfsplanung zumindest die Fehler der Vergangenheit zu korrigieren (zu Nummer 43 Buchstabe b - neu -, § 101 Absatz 4).

Ermessensspielraum der Zulassungsausschüsse erhalten

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sollen die Ermessensspielräume der Zulassungsausschüsse eingeschränkt werden. In der Zukunft werden sie verstärkt dazu

verpflichtet, in als übersorgt geltenden Versorgungsregionen Nachbesetzungen von Praxissitzen nicht zuzulassen. Ziel ist es, in erster Linie Arztpraxen in Ballungsgebieten zu schließen, damit sich mehr Ärzte für eine Niederlassung in ländlichen Regionen entscheiden. Hintergrund ist der Ärztemangel. Diese Umverteilungsfrage stellt sich in der psychotherapeutischen Versorgung nicht. In fast allen Versorgungsregionen sind zu wenige Psychotherapeuten zugelassen. Gesundheitspolitisches Ziel für die psychotherapeutische Versorgung kann nicht sein, den Abbau der Versorgung in der Stadt zu betreiben, damit mehr Psychotherapeuten aufs Land gehen. In der psychotherapeutischen Versorgung geht es darum, die Bedarfsplanung so zu korrigieren, dass in allen Versorgungsregionen innerhalb einer zumutbaren Zeit ein Termin bei einem Psychotherapeuten gefunden werden kann. Vor diesem Hintergrund sollte die Arztgruppe der Psychotherapeuten von den Regelungen zur Nachbesetzung freier werdender Vertragsarztsitze in überversorgten Planungsbereichen ausgenommen werden.

Entsprechend aktueller Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das zweite Quartal 2014 wären bei einer Umwandlung der bisherigen „Kann“-Regelung zur Ablehnung der Nachbesetzung freier werdender Vertragsarztsitze in überversorgten Planungsbereichen in eine „Soll“-Regelung insgesamt 25.284 Niederlassungen betroffen. 7.439 hiervon entfielen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Das sind fast ein Drittel (29,4 Prozent) der grundsätzlich von der „Soll“-Regelung bedrohten Niederlassungen (KBV, 2014).

Ohne eine Korrektur der Allgemeinen Verhältniszahlen, also bei Beibehaltung der fehlerhaften Bedarfsplanung, liegen 7.439 Praxissitze der Psychotherapeuten oberhalb eines Versorgungsgrads von 110 Prozent. Würden die Allgemeinen Verhältniszahlen korrigiert und für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die gleichen Regeln gelten wie für andere Arztgruppen, gäbe es weiterhin Planungsbereiche, in denen mehr Psychotherapeuten tätig wären, als die neuen Verhältniszahlen vorgeben. Insgesamt wären es circa 3.079 Praxissitze. Zieht man von diesen Praxissitzen die im Ruhrgebiet als überzählig ausgewiesenen 108,5 Praxissitze ab, so bleiben 2.970,5 Praxissitze, bei denen Zulassungsausschüsse im Einzelfall anhand geeigneter Bedarfsindikatoren prüfen könnten, ob diese Versorgungsangebote weiterhin notwendig

sind. Notwendig ist dafür in einem ersten Schritt die Entwicklung der Bedarfsindikatoren.

Es sollte nach wie vor im freien Ermessen des Zulassungsausschusses liegen, ob er auf die Nachbesetzung von frei werdenden Praxen verzichtet. Andernfalls ist zu befürchten, dass die in § 103 Absatz 3a geplante Formulierung „soll“ den Spielraum der Zulassungsausschüsse so sehr einschränkt, dass eine prioritäre Orientierung am Versorgungsgrad erfolgen muss (zu Nummer 44, § 103).

Krankengeldmanagement vergleichbar machen

Viele Krankenkassen bieten ihren Versicherten im Falle einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit Beratung und Unterstützung. In den letzten Monaten haben sich jedoch Berichte gehäuft, denen zufolge einige Krankenkassen ihre Versicherten unter Druck setzen wieder zu arbeiten und ihnen mit dem Wegfall des Krankengeldes drohen (UPD, 2014). Einige Krankenkassen scheinen im Rahmen ihres sogenannten Krankengeldmanagements der Frage nachzugehen, ob ihre Versicherten zu Recht arbeitsunfähig sind. Dies ist jedoch eindeutig und ausschließlich Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern im Gesetzestext zu regeln, dass die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen dort endet, wo die Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen beginnen. Darüber hinaus soll Klarheit darüber geschaffen werden, welche Daten die Krankenkassen für ihr Krankengeldmanagement bei den Versicherten erheben dürfen und welche Aufklärungspflichten sie bei ihren Versicherten haben. Insbesondere und in Ergänzung zum vorliegenden Gesetzentwurf sollte sichergestellt werden, dass das Krankengeldmanagement der Krankenkassen vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert wird. In regelmäßigen Berichten, die auch auf Versichertenbefragungen beruhen sollten, sollte das Krankengeldmanagement der Krankenkassen für Versicherte vergleichbar werden. So könnten Versicherte beurteilen, bei welcher Krankenkasse sie gut aufgehoben sind für den Fall, dass sie längerfristig arbeitsunfähig werden. Damit entstünde ein Wettbewerb zwischen den Kassen, der sich in diesem Fall eindeutig nicht um die sogenannten guten Risiken dreht.

Versorgung psychisch kranker Menschen stärken

Die BPTK hält darüber hinaus Regelungen für erforderlich, die insbesondere den Bedürfnissen psychisch kranker Menschen beim

- Entlassmanagement (zu Nummer 9, § 39) und bei den neuen Medizinischen Behandlungszentren nach § 119c SGB V (zu Nummer 55, § 119c) sowie
- bei der Frage der Transparenz bei Systemversagen (zu Nummer 2a - neu -, § 13)

Rechnung trägt.

II. Im Einzelnen

Artikel 1

Nummer 2a - neu - (§ 13 Absatz 3b): Transparenz über Systemversagen

2a. In § 13 wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, welche Patienten mit welchen Diagnosen von den Krankenkassen die Kosten für welche psychotherapeutischen Leistungen nach Absatz 3 und Absatz 3a in welcher Höhe in den Jahren 2013 bis 2017 erstattet erhalten oder erhalten haben und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2018 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen zu erfassen und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht einzubeziehen sind.“

Begründung:

Die Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie gemäß § 13 Absatz 3 SGB V haben sich in einem Zeitraum von zehn Jahren verzehnfacht. Der Anspruch auf Kostenerstattung greift dann, wenn Patienten eine unaufschiebbare Psychotherapie nicht rechtzeitig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erhalten. Die Steigerung legt nahe, dass die vertragspsychotherapeutische Versorgung nicht ausreicht, um Versicherte angemessen zu versorgen. Seit Mitte 2013 werden die Daten zur Kostenerstattung vom Bundesministerium für Gesundheit nicht mehr veröffentlicht. Um beurteilen zu können, in welchem Umfang die Versorgung der Versicherten mit ambulanter Psychotherapie im vertragsärztlichen Bereich nicht sichergestellt werden kann, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu evaluieren, welche Patienten mit welchen Diagnosen für welche psychotherapeutischen

Leistungen auf die Kostenerstattung angewiesen sind, weil sie nicht rechtzeitig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung versorgt werden können.

Nummer 7a - neu - (§ 28 Absatz 3): Definition psychotherapeutischer Leistungen

7a. § 28 Absatz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Die psychotherapeutische Behandlung umfasst die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der psychotherapeutischen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur psychotherapeutischen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Psychotherapeuten angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“

Begründung:

Mit der Regelung wird die bisherige Engführung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen aufgegeben und die Definition psychotherapeutischer Behandlung strukturell an die der Definition ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen angepasst. Mehr als ein Viertel der erwachsenen Bevölkerung (27,7 Prozent) leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Auch unter den Kindern und Jugendlichen liegen bei mehr als jedem Fünften Hinweise auf eine psychische Auffälligkeit vor. Dabei unterscheiden sich die psychischen Beschwerden und Erkrankungen, derentwegen Patienten professionelle Hilfe beim Psychotherapeuten suchen, ganz erheblich hinsichtlich Dauer, Chronizität, Verlauf, Beschwerdeintensität, Schweregrad der Beeinträchtigungen und psychischer sowie somatischer Komorbidität.

Bisher sind Psychotherapeuten vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelung in § 28 Absatz 3 SGB V in probatorischen Sitzungen darauf beschränkt festzustellen, ob und welche Psychotherapie indiziert ist und ob sie im Anschluss auf Basis eines

individuellen Behandlungsplans die psychotherapeutische Behandlung selbst durchführen können. Leistungen der Früherkennung und präventive psychotherapeutische Leistungen gehören hiernach nicht eindeutig zum definierten Leistungsspektrum. Auch ist der Rückgriff auf niedrigschwellige Angebote, gerade auch für Patienten mit subklinischen psychischen Beschwerden, im Wesentlichen ausgeschlossen.

Zurzeit erhalten knapp 40 Prozent der Patienten nach einer oder mehreren probatorischen Sitzungen keine ambulante Psychotherapie, zum Teil weil sie (noch) nicht die Diagnosekriterien einer psychischen Erkrankung erfüllen oder eine psychotherapeutische Behandlung nicht erfolgsversprechend ist. Durch die Engführung des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten auf die Leistungen der Psychotherapie-Richtlinie können diesen Patienten bislang keine angemessenen Versorgungsangebote gemacht werden, zum Beispiel im Bereich der indizierten Prävention, der Früherkennung, der psychotherapeutisch begleiteten Selbsthilfe oder des Case Managements. Mit der geplanten Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde wird den Psychotherapeuten künftig verstärkt die Aufgabe zukommen, Patienten auf der Basis einer fachlich fundierten Indikationsstellung die angemessenen Versorgungsangebote zu unterbreiten bzw. auf die geeigneten Angebote zu verweisen. Hierbei müssen sie auf ein entsprechend differenziertes Leistungsspektrum zurückgreifen können.

In § 28 Absatz 3 sollte daher eine breite Definition der psychotherapeutischen Leistungen verankert werden. Durch den Änderungsvorschlag wird mit Satz 1 für psychotherapeutische Leistungen ein gesetzlicher Rahmen geschaffen, der den zeitnahen Zugang Versicherter zu einem breiteren Spektrum psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde ermöglicht. Mit der Neufassung wird die Definition der psychotherapeutischen Behandlung auch strukturell an die Definition der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung angepasst. Dies erscheint auch mit Blick auf das mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgte Anliegen der Stärkung der Prävention notwendig.

Mit Satz 2 (neu) wird sichergestellt, dass eine psychotherapeutische Praxis verstärkt auf qualifiziertes Praxispersonal zurückgreifen kann. Durch die Delegation diagnosti-

scher und therapeutischer Teilaufgaben sowie die Entlastung von Organisationsaufgaben könnten Psychotherapeuten für eine orientierende Erstdiagnostik mehr Patienten versorgen. Diese Delegation wird Psychotherapeuten mit der Neufassung von § 28 Absatz 3 SGB V ermöglicht. Soweit Vertragsärzte Psychotherapie durchführen, ist dies bereits durch die unveränderte Regelung in Absatz 1 gegeben.

Auf die zwingende Vorgabe zu einem Konsiliarverfahren, wie bisher in § 28 Absatz 3 Satz 2 vorgesehen, kann künftig verzichtet werden, insbesondere weil ein somatisch tätiger Arzt nicht über die Qualifikation verfügt, die Indikation einer Psychotherapie grundsätzlich infrage zu stellen. Gleichwohl bleibt eine somatische Abklärung obligatorisch. Dieses Erfordernis ergibt sich aber bereits aus § 1 Absatz 2 Satz 3 Psychotherapeutengesetz, sodass eine sozialrechtliche Doppelung verzichtbar ist.

Nummer 9 (§ 39): Entlassmanagement

9. § 39 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. **Den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.** Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen (...).“

Begründung:

Psychische Erkrankungen stellen besondere Anforderungen an das Entlassmanagement, dem durch die eingefügte Ergänzung Rechnung getragen werden soll. Um Rückfälle zu vermeiden, sind psychisch kranke Menschen auf einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung angewiesen.

Die Ergebnisse des BARMER GEK Krankenhausreports (2011) zeigen, dass stationäre Wiederaufnahmen bei psychisch Kranken gehäuft in den ersten Tagen nach der Entlassung auftreten. In den ersten drei Monaten nach der Entlassung wurden 20 Prozent der Patienten mit der Diagnose einer depressiven Erkrankung oder Angsterkrankung erneut stationär aufgenommen. Bei Patienten mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung sind die Wiederaufnahmeraten in den ersten drei Monaten mit bis zu knapp 50 Prozent in Abhängigkeit von der Symptomschwere bei Entlassung häufig noch höher (Weinmann & Becker, 2009).

Die Daten des BARMER GEK Reports zeigen auch, dass 70 Prozent der untersuchten Patienten eine Empfehlung für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung erhalten haben, aber nur knapp die Hälfte eine psychotherapeutische Behandlung in den ersten vier Wochen nach Entlassung begonnen hat. Studien zeigen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall erhöht, je später der erste ambulante Termin nach einem Krankenhausaufenthalt stattfindet. Als ein wesentlicher Qualitätsindikator für eine gute Versorgung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gilt deshalb die Anzahl der Patienten, die in den ersten sieben Tagen nach Entlassung einen ambulanten Termin im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem wahrgenommen haben. Dieser Anteil beträgt Studien zufolge jedoch oft nur knapp 50 Prozent (Weinmann & Becker, 2009). Ein effektives Entlassmanagement kann helfen, diese Lücken zu schließen.

Psychisch Erkrankte sind – häufiger als somatisch Erkrankte – auf eine multiprofessionelle ambulante Weiterbehandlung angewiesen. Neben einer gegebenenfalls erforderlichen medikamentösen Weiterbehandlung sind häufig insbesondere ambulante psychotherapeutische und soziotherapeutische Leistungen sowie Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege und komplementärer Dienste, wie sie zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbände anbieten, indiziert. Durch eine ambulante, gemeindenahere und multiprofessionelle Behandlung können stationäre Wiederaufnahmeraten gesenkt und die soziale und berufliche Teilhabe psychisch kranker Menschen verbessert werden (S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2013).

Damit diese Aspekte bei der Vereinbarung eines Rahmenvertrags zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausreichend Berücksichtigung finden, sollte dies gesetzlich vorgegeben werden.

Nummer 11 (§ 43b): Erwachsene mit geistiger Behinderung

11. § 43b wird wie folgt neu gefasst:

„Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen haben Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen, insbesondere auf psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden ~~und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen.~~“

Begründung:

Die Einschränkung, wonach Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen nur dann Anspruch auf nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen haben, wenn diese erforderlich sind, um eine Erkrankung zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen, könnte auf einem redaktionellen Versehen beruhen, das auf die Orientierung der Formulierung des § 43b an der des § 43a Absatz 1 ohne Berücksichtigung von § 43a Absatz 2 zurückzuführen sein könnte.

Nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen werden nicht in erster Linie zur Erkennung einer Krankheit und zum Aufstellen des Behandlungsplans erbracht, sondern vor allem im Rahmen einer Krankenbehandlung. Die bisher vorgesehene Gesetzesformulierung würde jedoch ausschließen, dass nichtärztliche sozialmedizinische Leistungen zur Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen eingesetzt werden können. Dies ist fachlich nicht sinnvoll. Daher wird die Einschränkung gestrichen. Die Formulierung entspricht dann der

von § 43a Absatz 2 und ermöglicht damit auch nichtärztliche Leistungen zur Krankenbehandlung als Ergänzung zur ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlung.

Nummer 13 (§ 44): Beratung von Versicherten

13. In § 44 werden nach Absatz 3 folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, **soweit diese Aufgaben nicht gemäß § 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorbehalten sind. Es besteht keine Mitwirkungspflicht des Versicherten bei den Maßnahmen nach Satz 1 und der dazu erforderlichen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten.** Maßnahmen nach Satz 1 und die dazu erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten, **die sich auf die in Satz 2 genannten Umstände zu erstrecken hat,** erfolgen. Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. **Maßnahmen nach Satz 1 dürfen nur von qualifizierten Krankenkassenmitarbeitern durchgeführt werden. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für alle Krankenkassen verbindlich den Inhalt der Information und Aufklärung, die zu erhebenden Daten und die Anforderungen an die Qualifikation der Krankenkassenmitarbeiter, die Maßnahmen nach Satz 1 durchführen dürfen, fest.** Die Krankenkassen dürfen ihre Aufgaben nach Satz 1 an die in § 35 des Ersten Buches genannten Stellen übertragen, soweit eine entsprechend qualifizierte Beratung gewährleistet ist.

(5) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die auf der Basis des Absatzes 4 von den Krankenkassen geleisteten Beratungen und Hilfestellungen. Es erfolgt eine

Berichterstattung der Evaluationsergebnisse an die Bundesregierung erstmalig bis zum 31. August 2018. Im Folgenden berichtet das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen alle drei Jahre über die Evaluationsergebnisse. Die Ergebnisse sind zu veröffentlichen. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen zu erfassen und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut zu übermitteln. Neben den Daten der Krankenkassen sollten auch Daten aus einer Versichertenbefragung Eingang in die Evaluation finden.“

Begründung:

Die bisherigen Erfahrungen mit dem sogenannten Krankengeldmanagement einiger Krankenkassen zeigen, dass diese ihren Versicherten keine hilfreiche Beratung bieten, sondern sie massiv unter Druck setzen. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) dokumentiert in ihrem aktuellen Monitor Patientenberatung Beispiele für dieses Vorgehen. Einige Versicherte berichteten sogar, dass sie sich wegen der Angst vor den Anrufen der Fallmanager nicht mehr traute, ans Telefon zu gehen (UPD, 2014). Außerdem weist der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit darauf hin, dass es bei der Erhebung persönlicher Daten von Versicherten durch die Krankenkassen mit dem Ziel der Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit datenschutzrechtliche Probleme gibt (BfDI, 2007).

Vor diesem Hintergrund bedarf es einer klaren gesetzlichen Regelung, die es den Krankenkassen ermöglicht, ihre gesetzlichen Aufgaben wahrzunehmen und Versicherte mit langer Krankheit und damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit zu unterstützen, wieder arbeitsfähig zu werden. Eine solche Regelung muss Versicherte im Krankengeldbezug besser als bisher vor einer unverhältnismäßigen Datenerhebung und -nutzung durch die Krankenkassen und dem Druck erzeugenden Charakter der Beratungsgespräche schützen.

Abgrenzung der Aufgaben der Krankenkassen von denen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)

Es ist nicht ausreichend, die relevante Abgrenzung der Aufgaben der Krankenkassen von denen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bei Versicherten mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten lediglich in der Gesetzesbegründung aufzuführen. Zur Klarstellung sollte im Gesetzestext darauf verwiesen werden, dass die Prüfung und Beratung durch die Krankenkasse, welche Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, nur erfolgen kann, soweit diese Aufgaben nicht gemäß § 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen vorbehalten sind.

Freiwilligkeit der Leistungsanspruchnahme und der Datenweitergabe

Der Gesetzentwurf betont in der Begründung zu Recht die Freiwilligkeit der Leistungsanspruchnahme. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Versicherte im Krankengeldbezug in der Regel davor zurückschrecken werden, die Unterstützungsleistungen und die damit einhergehende notwendige Erhebung personenbezogener Daten durch die Krankenkasse abzulehnen – aus Angst davor, kein Krankengeld mehr zu erhalten. Diese Angst wird dadurch verstärkt, dass einige Krankenkassen massiven Druck auf ihre Versicherten ausüben, sehr persönliche Daten offenzulegen und die Beratungsleistungen der Krankenkasse zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in Anspruch zu nehmen (UPD, 2014). Der Gesetzestext selbst sollte daher ausdrücklich regeln, dass die Inanspruchnahme von Leistungen und die Weitergabe persönlicher Informationen freiwillig erfolgen und die Nichteinwilligung keine leistungsrechtlichen Konsequenzen nach sich zieht. Es ist darüber hinaus notwendig, die Krankenkassen dazu zu verpflichten, die Versicherten schriftlich über die Freiwilligkeit der Mitwirkung aufzuklären.

Beratung nur durch qualifizierte Mitarbeiter

Versicherte im Krankengeldbezug befinden sich in der Regel in einer prekären Lage, die von langer Krankheit, der Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes und der Sorge um ein Ausbleiben der Krankengeldzahlungen geprägt ist. Krankenkassenmitarbeiter, die diese Versicherten beraten sollen, brauchen daher besondere Beratungs- und

Kommunikationskompetenzen. Aus diesem Grund sollte der Gesetzgeber den Spitzenverband Bund der Krankenkassen beauftragen, Anforderungen an die Qualifikation der Krankenkassenmitarbeiter, die Maßnahmen nach Satz 1 durchführen dürfen, festzulegen.

Einheitliche Vorgaben des GKV-Spitzenverbands

Bei der aktuellen Praxis des sogenannten Krankengeldmanagements einiger Krankenkassen treten datenschutzrechtliche Probleme auf. Die Krankenkassen erheben zum Beispiel durch Selbstauskunftsbögen persönliche Informationen der Versicherten, die allenfalls der MDK erheben darf (BfDI, 2007).

Auch der Gesetzentwurf macht in der Begründung deutlich, wie relevant es ist, eindeutig zu definieren, welche Daten in welcher Form und unter welchen Bedingungen im Rahmen der Beratung zur Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Krankenkasse erfasst werden dürfen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen sollte damit beauftragt werden, Standards für den Inhalt und den Umfang der Daten, die die Krankenkassen in diesen Fällen erheben dürfen, sowie für die Ausgestaltung der Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber den Versicherten festzulegen.

Vergleichbarkeit zwischen Krankenkassen herstellen

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) sollte regelmäßig darüber berichten, ob die mit der Beratung verbundenen Ziele auch erreicht werden und ob die Versicherten mit den Beratungsleistungen ihrer Krankenkassen zufrieden sind. Das IQTiG ist dazu geeignet, weil es ohnehin damit beauftragt ist, Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu erarbeiten und die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen darzustellen.

Die BPTK hält es für unerlässlich, in diese Evaluation neben den Daten der Krankenkassen vor allem auch Daten aus Versichertenbefragungen einzubeziehen, um zu überprüfen, ob die entsprechende Beratungsleistung der einzelnen Krankenkassen von den Versicherten als hilfreich empfunden wird und den damit verbundenen Erwartungen auch gerecht wird.

Die Ergebnisse werden den Versicherten zugänglich gemacht, um sie zu befähigen, auch danach auszuwählen, ob eine angemessene und hilfreiche Beratung im Falle längerfristiger Arbeitsunfähigkeit erfolgt. So könnte auch der Wettbewerb zwischen den Kassen gefördert werden, der sich in diesem Fall ausnahmsweise nicht um „gute“ Risiken dreht.

Nummer 25 (§ 73): Aufhebung der Befugniseinschränkungen

25. § 73 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Die Nummern 2 bis 4, 8, 10 bis 11, 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, sowie 7, soweit sich diese Regelung auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln oder Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“

c) Dem Absatz 8 werden die folgenden Sätze angefügt: (...)

Begründung:

Damit Patienten die für sie notwendigen Leistungen zeitnah erhalten, muss es Psychotherapeuten möglich sein, ins Krankenhaus einzuweisen und in diesem Zusammenhang Krankentransporte zu veranlassen sowie Heilmittel, Soziotherapie und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Die insoweit bisher bestehenden Befugniseinschränkungen haben sich als Hindernis in der Versorgung der Versicherten erwiesen und werden daher aufgehoben.

Nummer 29 (§ 75): Terminservicestellen

Die BPTK begrüßt die Intention des Gesetzentwurfs, die psychotherapeutische Versorgung nicht über Terminservicestellen zu verbessern, sondern über eine Akutversorgung durch Psychotherapeuten. Angesichts der generellen Kapazitätsengpässe wäre eine Verbesserung der Versorgung über Terminservicestellen nicht erfolgversprechend.

Es ist – wie im Gesetzentwurf vorgesehen – notwendig, die Forderung nach einer Reduzierung von Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie damit zu verbinden, dass behandlungsbedürftige Patienten auf der Basis der Abklärung des individuellen Behandlungsbedarfs in der psychotherapeutischen Sprechstunde schnell Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erhalten. Aus diesem Grund ist es entscheidend, dies durch klare gesetzliche Vorgaben zur psychotherapeutischen Sprechstunde (Nummer 39, § 92 Absatz 6a) und eine Korrektur der Bedarfsplanung sicherzustellen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Umsetzung auf untergesetzlicher Ebene zum angestrebten Ergebnis führt.

Nummer 34 (§ 87): Bewertung psychotherapeutischer Leistungen

34. § 87 wird wie folgt geändert:

(...)

f) **In § 87 Absatz 2c SGB V wird Satz 6 wie folgt neu gefasst:**

„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen einschließlich der psychotherapeutischen Sprechstunden, der zur Abklärung der Therapienotwendigkeit erforderlichen probatorischen Sitzungen, der biografischen Anamnesen und der ergänzenden psychotherapeutischen Leistungen haben eine nach Abzug der Praxiskosten anderen Fachgruppen vergleichbare und bundeseinheitliche Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten und sind bei Anhaltspunkten für eine notwendige Änderung und darüber hinaus jährlich zu überprüfen und entsprechend anzupassen; die Bewertung hat der Bedeutung der psychotherapeutischen Sprechstunde, der diagnostischen Abklärung, der gruppenpsychotherapeutischen Leistungen, der aufsuchenden Hilfen und der Krisenintervention für die Versorgung angemessen Rechnung zu tragen.“

(...)

Begründung:

Die für eine angemessene ambulante Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen erforderlichen Leistungen können nur dann im ausreichenden Maß angeboten werden, wenn die Vergütung dafür in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand bzw. den Praxiserfordernissen und zur Vergütung anderer ärztlicher Leistungen steht. Die Frage der Angemessenheit ist jährlich zu überprüfen und entsprechend anzupassen. Der erste Halbsatz präzisiert die bisherige Regelung einer angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit. Diese Präzisierung ist auch auf die Regelung des § 87b Absatz 2 Satz 3 übertragbar, ohne dass es dort einer weiteren Präzisierung bedarf.

Nummer 36 (§ 87b): Versorgungsnetze

36. § 87b wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, **einschließlich der Versorgungsformen, die sich spezifisch der Versorgung psychisch kranker Menschen widmen**, angemessene Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“

(...)

Begründung:

§ 87b Absatz 2 Satz 2 wird um den Hinweis ergänzt, dass kooperative Versorgungsformen, die sich gezielt der Versorgung psychisch kranker Menschen widmen, in die

Förderung mit einbezogen werden. Die Vernetzung kann insbesondere das Ziel haben, Patienten zeitnah in die für sie indizierten Leistungsangebote zu vermitteln und eine abgestimmte Versorgung zu gewährleisten.

Nummer 39 Buchstabe a (§ 92 Absatz 6a): Psychotherapeutische Sprechstunde

39. § 92 wird wie folgt geändert:

a) Dem § 92 Absatz 6a werden folgende Sätze angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt **mit Wirkung spätestens** bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden **mit dem Ziel einer zeitnahen Indikationsstellung**, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Begründung:

Vor dem Hintergrund der unzumutbar langen Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten plant die Bundesregierung, den G-BA zu beauftragen, Regelungen insbesondere zur Einführung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen. Laut Gesetzesbegründung ist dabei das Ziel der psychotherapeutischen Sprechstunden vor allem, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs.

Für die Patienten ist es wesentlich, dass in der psychotherapeutischen Sprechstunde die Abklärung des Behandlungsbedarfs so umfassend ist, dass auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik auch eine zeitnahe Indikationsstellung zur weiteren Versorgung gewährleistet ist und die Patienten gezielt auf die indizierten Versorgungsangebote verwiesen werden können. Hierfür müssen die Sprechstunden so ausgestaltet und organisiert sein, dass in diesem Rahmen ein Erstgespräch, die fachlich

notwendigen Erstuntersuchungen mit Anamnese, eine fachgerechte Diagnostik und eine individuelle Beratung über die indizierten Versorgungsangebote möglich sind.

Für Psychotherapeuten hat ein entsprechendes Leistungsspektrum der psychotherapeutischen Sprechstunde essenzielle Bedeutung. Unter Berücksichtigung ihrer berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten ist eine Abklärung des Behandlungsbedarfs und eine Indikationsstellung zur weiteren Versorgung nur möglich, wenn das oben beschriebene Leistungsspektrum Inhalt der Sprechstunde sein kann.

Im Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Sprechstunde müssen daher all diejenigen diagnostischen Leistungen vorgehalten werden können, die für eine zeitnahe Indikationsstellung zur weiteren Versorgung erforderlich sind. Damit die Regelungen zur Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde die gewünschten Wirkungen in vollem Umfang entfalten, schlägt die BPTK eine entsprechende Präzisierung in § 92 Absatz 6a vor.

Die Regelungen zur Verbesserung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung sind angesichts der Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung besonders dringlich. Daher sollte dem G-BA vorgegeben werden, dass er diese Regelungen so rechtzeitig zu treffen hat, dass sie spätestens am 30. Juni 2016 in Kraft treten und dann auch tatsächlich Wirkung entfalten kann. Übergangsregelungen dazu, die zwar rechtzeitig zum 30. Juni 2016 in Kraft treten, gleichzeitig aber die Wirkung inhaltlicher Regelungen auf einen Zeitpunkt nach dem 30. Juni 2016 verschieben, wären damit nicht zulässig.

Nummer 39 Buchstabe b - neu - (§ 92 Absatz 6b neu): Medizinische Rehabilitation, Heilmittel, Soziotherapie, Krankentransporte

39. § 92 wird wie folgt geändert:

b) Nach Absatz 6a wird folgender Absatz 6b angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt bis zum 31. Dezember 2015 die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6

und Nummer 8 hinsichtlich der Verordnung von Krankenhausbehandlung, von damit in Zusammenhang stehenden Krankentransporten, von Soziotherapie und von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Psychotherapeuten. Er beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, in welchen Fällen Psychotherapeuten befugt sind, Heilmittel zu verordnen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Beschlüssen nach Sätzen 1 und 2 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2018 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut nach Satz 3 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“

c) (...)

Begründung:

Die Regelung in Satz 1 ist Folge des Wegfalls der Befugniseinschränkungen aus § 73 Absatz 2 Satz 2. Damit sich diese Aufhebung der Befugniseinschränkungen möglichst zeitnah in der Versorgung auswirkt, wird zugleich der G-BA in § 92 Absatz 6b mit Fristsetzung beauftragt, seine Richtlinien entsprechend zu ergänzen. Dies betrifft zum einen die Regelung der Befugnisse von Psychotherapeuten zur Verordnung von Krankenhausbehandlungen und damit im Zusammenhang stehenden Krankentransporten sowie Soziotherapie und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in den jeweiligen Richtlinien des G-BA.

Zum anderen sind über eine Änderung der Heilmittel-Richtlinie die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Psychotherapeuten bei spezifischen Indikationen bestimmte Heilmittel im Rahmen eines übergeordneten psychotherapeutischen Behandlungsplans verordnen können. Hierzu wird der G-BA über Satz 2 verpflichtet, in seinen Richtlinien das Nähere zu den Voraussetzungen der Verordnung dieser Versorgungsleistungen durch Psychotherapeuten zu regeln. Beispielhaft hierfür sind die Ergotherapie als Hirnleistungstraining bzw. als neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie sowie die Ergotherapie und Logopädie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Entwicklungsstörungen zu nennen.

Um die damit verbundene Verbesserung der Versorgung zeitnah zu erreichen, sollte dem G-BA hierzu eine enge zeitliche Frist gesetzt werden. Um die Auswirkungen dieser Richtlinienänderungen auf die Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen bewerten und frühzeitig einen möglichen gesetzlichen Nachbesserungsbedarf identifizieren zu können, schlägt die BPTK vor, das IQTiG in § 92 Absatz 6b mit der Evaluation dieser Richtlinienänderungen zu beauftragen. Satz 5 soll sicherstellen, dass der für die Durchführung der Evaluation erforderliche Datenaustausch ermöglicht wird.

Nummer 41 (§ 95): Medizinische Versorgungszentren

41. § 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „fachübergreifende“ gestrichen und nach dem Wort „ärztlich“ die Worte „**oder psychotherapeutisch**“ eingefügt.

bb) Die Sätze **4 bis 6** werden aufgehoben.

Begründung:

Die BPTK begrüßt die Klarstellung in der Begründung, dass bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen nur Psychotherapeuten tätig sind, eine Leitung auch durch einen Psychotherapeuten zulässig ist. Damit ist klargestellt, dass unter

„ärztlich geleitet“ auch „psychotherapeutisch geleitet“ zu verstehen ist (vgl. § 72 Absatz 1 Satz 2). Damit ist Satz 6, der die kooperative Leitung regelt, überflüssig und kann aufgehoben werden. Eine sozialrechtliche Einschränkung der Leitung im Falle der Beteiligung mehrerer Berufsgruppen an einem MVZ ist überflüssig. Es ist Sache des ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsrechts zu regeln, unter welchen Voraussetzungen fachliche Weisungen entgegengenommen werden dürfen.

Nummer 43 Buchstabe a (§ 101 Absatz 1): Ermächtigte Ärzte in der Bedarfsplanung/Leistungsbeschränkung bei zeitbezogenen Leistungen

43. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 2b wird aufgehoben.

bb) In Nummer 4 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „bei überwiegend in Zeiteinheiten bemessenen Leistungen hat sich die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung auf einen zeitbezogenen Leistungsumfang zu beziehen, wobei der zulässige Leistungsumfang der vertragsärztlichen Tätigkeit ohne Berufsausübungsgemeinschaft zu berücksichtigen ist,“ angefügt.

cc) In Nummer 5 wird das Komma am Ende durch ein Semikolon ersetzt und werden die Wörter „bei überwiegend in Zeiteinheiten bemessenen Leistungen hat sich die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung auf einen zeitbezogenen Leistungsumfang zu beziehen, wobei der zulässige Leistungsumfang der vertragsärztlichen Tätigkeit ohne Anstellung zu berücksichtigen ist,“ angefügt.

dd) Folgende Nummer 6 wird angefügt ...

Begründung:

Doppelbuchstabe aa betrifft die Frage der Anrechnung Psychiatrische Institutsambulanzen auf den Versorgungsgrad und hebt die bisherige Regelung dazu auf. Der Gesetzentwurf sieht in Nummer 44 vor, ermächtigte Ärzte bei der Feststellung der Überversorgung nicht zu berücksichtigen. Dadurch soll ausgeschlossen werden, „dass sich z. B. die Ermächtigung eines Krankenhauses auf die Niederlassungschancen von potenziellen Vertragsärztinnen und -ärzten auswirkt.“ Dies ist richtig, da sonst eine Ermächtigung, die erteilt werden muss, weil sich nicht ausreichend Ärzte niederlassen, dazu führt, dass der Planungsbereich gesperrt wird und sich eigentlich notwendige Ärzte dann nicht mehr niederlassen können. Die vorgesehene Regelung würde jedoch dazu führen, dass es zukünftig zwei Versorgungsgrade geben würde: einen, der in der Bedarfsplanung ausgewiesen wird, und einen, der für die Zulassungsausschüsse relevant ist, wenn sie Beschlüsse zur Sperrung von Planungsbereichen treffen. Dem ersten Versorgungsgrad käme keine unmittelbare rechtliche Bedeutung zu und er ist insofern nicht notwendig. Es steht aber zu befürchten, dass er mittelbar bzw. faktisch negative Auswirkungen auf die Versorgung hätte. Denn beispielsweise bei der Frage der Nachbesetzung von Praxissitzen könnte der erste Versorgungsgrad (unter Berücksichtigung der Ermächtigungen) bei der Beurteilung herangezogen werden, ob eine Praxis nachbesetzt werden soll. Dann entstünde die widersprüchliche Situation, dass eine Praxis nicht nachbesetzt würde, obwohl einem danach gestellten Antrag auf (Erst-)Zulassung stattgegeben werden müsste. Denn bei der Frage der Sperrung des Planungsbereichs wäre eine Ermächtigung nicht zu berücksichtigen. Insofern ist konsequenterweise auch die Vorschrift aufzuheben, dass Ermächtigungen in der Bedarfsplanung zu berücksichtigen sind. Dies würde auch zur Entbürokratisierung beitragen und es ermöglichen, wie bisher allein mit einem Versorgungsgrad pro Planungsbereich zu arbeiten.

Doppelbuchstaben bb und cc betreffen die Frage der Leistungsbegrenzung bei Job-sharing und Anstellung. Die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahmeregelung zur Leistungsbegrenzung im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs würde faktisch im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nur zu geringen Änderungen führen und das Problem der Leistungsbegrenzungen bei zeitbezogenen Leis-

tungen nicht ausreichend lösen. Bereits heute orientieren sich die KVen bei der Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung am durchschnittlichen Praxisumfang, wenn der durchschnittliche Leistungsumfang der letzten vier Quartale vor Jobsharing oder Anstellung unterdurchschnittlich war und es nachvollziehbare Gründe dafür gibt. Diese Handhabung würde nunmehr auf die Ebene der Richtlinie des G-BA gezogen.

Die Beschränkung auf den durchschnittlichen Praxisumfang einer Arztgruppe mag bei Leistungen ohne Zeitbezug gerechtfertigt sein. Bei zeitbezogenen Leistungen kann der zulässige Leistungsumfang ohne Weiteres durch eine zeitbezogene Grenze festgelegt werden. In der Vergangenheit galt im Zusammenhang mit der Vergütung eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze gemäß Teil F Ziffer 4.2 des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V vom 26. März 2010. Die Formulierung, dass eine Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung den zulässigen Umfang einer Einzelpraxis ohne Anstellung zu berücksichtigen hat, ermöglicht es dem Gemeinsamen Bundesausschuss, eine Leistungsbegrenzung anhand der Plausibilitätszeiten oder auch des genannten mittlerweile gegenstandslosen Beschlusses vorzunehmen. Er kann dabei auch Leistungsbegrenzungen festlegen, wenn für Einzelpraxen ohne Angestellte keine ausdrücklichen Leistungsbegrenzungen vorgeschrieben sind. Er muss diesen Umstand dann lediglich berücksichtigen und darf die Leistungsbegrenzungen nicht zu niedrig ansetzen.

Nummer 43 Buchstabe b - neu - (§ 101 Absatz 4): Neuberechnung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads für die Arztgruppe Psychotherapeuten

43. § 101 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) Absatz 4 Sätze 2 und 3 werden wie folgt neu gefasst:

„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe mit Wirkung spätestens bis zum 1. Januar 2016 neu zu ermitteln. Zu zählen sind alle Ärzte und Psychotherapeuten, die am 31. Dezember 2004 in der Bundesrepublik mit Ausnahme des in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebietes zugelassen

waren und bei der Berechnung ist die dort vorhandene Bevölkerung zu diesem Stichtag zu berücksichtigen.“

c) (...)

Begründung:

Mit der Neuberechnung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wird eine Ursache für die unzureichende Versorgung psychisch kranker Menschen beseitigt. Heute weisen 271 von 384 Versorgungsregionen in Deutschland für die Arztgruppe der Psychotherapeuten einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent auf und gelten damit auf dem Papier als überversorgt.

Dies ist Resultat grundlegender Fehler in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wählte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als Vorläufer des G-BA 1999 ein spezielles Verfahren. Bei allen anderen Arztgruppen wurden zur Ermittlung der AVZ beim Ist-Zustand alle Leistungserbringer einbezogen, die der entsprechenden Arztgruppe angehörten. Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten nach den gesetzlichen Vorgaben alle ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte gezählt werden und zudem alle Psychotherapeuten, die bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren. Dazu verweist das Gesetz in § 101 Absatz 3 SGB V auf die entsprechende Zulassungsregelung in § 95 Absatz 10 SGB V. Im Widerspruch dazu wurde seinerzeit in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt, nur diejenigen zu zählen, die bis zum 31. August 1999 „rechtswirksam zugelassen“ wurden. Das war jedoch aufgrund noch laufender Zulassungsverfahren nur ein Bruchteil der nach dem Gesetz zu zählenden Psychotherapeuten. Die AVZ bilden somit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage vor 1999 ab. Viele Psychotherapeuten erhielten ihre Zulassung erst nach zum Teil jahrelangen gerichtlichen Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies führte zu einem Anstieg der im Nachhinein zugelassenen Praxen von 1999 bis 2006 um gut 5.000 Psychotherapeuten, der insbesondere verwaltungstechnischen Verzögerungen geschuldet war.

Außerdem basieren die AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – anders als bei den anderen Facharztgruppen – nicht auf der Versorgungslage in den westdeutschen Bundesländern. Vielmehr wurde die damals aus historischen Gründen im Bereich der ambulanten Psychotherapie besonders schlechte Versorgungslage in den ostdeutschen Bundesländern miteinbezogen und bei der Ermittlung der AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das gesamte Bundesgebiet zugrunde gelegt. Dies führte zu erheblich schlechteren Versorgungsrelationen Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner als bei anderen Arztgruppen und schrieb die bestehende Unterversorgung fort.

Mit der vorgeschlagenen Regelung werden diese Ursachen beseitigt. Die Berechnung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrads erfolgt systematisch so wie bei den anderen Facharztgruppen. Zu diesem Stichtag waren die Gerichtsverfahren abgeschlossen und die Frist zur Nachqualifizierung gemäß § 95 Absatz 11 abgelaufen.

Nummer 44 (§ 103): Nachbesetzung von Praxissitzen

44. § 103 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) Absatz 3a wird wie folgt geändert:

aa)—In Satz 3 ~~wird das Wort „kann“ durch das Wort „soll“ ersetzt und~~ werden nach dem Wort „angehört“ die Wörter „oder der sich verpflichtet, die Praxis in ein anderes Gebiet des Planungsbereichs zu verlegen, in dem nach Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung aufgrund einer zu geringen Ärztedichte ein Versorgungsbedarf besteht“ eingefügt.

bb)—~~Nach Satz 3 werden folgende Sätze eingefügt: „Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang andauert haben muss. Satz 4 gilt nicht, wenn das Anstellungsverhältnis~~

~~oder der gemeinschaftliche Praxisbetrieb vor dem ... [einsetzen: Datum des Tages der 1. Lesung des Deutschen Bundestages] begründet wurden. Einem Antrag auf Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens kann auch dann stattgegeben werden, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bezeichneten Personenkreis angehört und dieser die vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat, nach dem ... [einsetzen: Datum des Inkrafttretens nach Artikel 20 Absatz 1] erstmalig aufgenommen hat.“~~

c) (...)

Begründung:

Es sollte nach wie vor im freien Ermessen des Zulassungsausschusses liegen, ob er auf die Nachbesetzung von frei werdenden Praxen verzichtet. Andernfalls ist zu befürchten, dass die Formulierung „soll“ dazu führt, dass die Stilllegung einer frei werdenden Praxis erfolgt, sobald diese in einem Planungsbereich liegt, der mindestens einen Versorgungsgrad von 110 Prozent aufweist und damit rechnerisch als „überversorgt“ ausgewiesen ist. Der Versorgungsgrad von 110 Prozent stellt lediglich eine statistische Größe dar, die keinen Bezug zur realen Versorgungssituation hat. Sie ist damit ungeeignet, um die Frage des Abbaus von Sitzen damit zu verknüpfen.

Versorgungsgrade als Indikator für „Überversorgung“ ungeeignet

Insgesamt sind die heutigen Verhältniszahlen keine geeignete Grundlage für die Entscheidung der Zulassungsausschüsse hinsichtlich der Verzichtbarkeit der Nachbesetzung eines freiwerdenden psychotherapeutischen Praxissitzes aus Versorgungsgründen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hält die Kriterien der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten für ungeeignet.

Mit der Umwandlung der „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung droht, dass künftig auf der Grundlage der ungeeigneten Versorgungsgrade in rechnerisch überversorgten Regionen automatisch die Neubesetzung einer frei werdenden psychotherapeutischen Praxis abgelehnt wird.

Eine Region gilt als „überversorgt“, wenn sie einen Versorgungsgrad von 110 Prozent aufweist. Der Versorgungsgrad von zwei Städten bzw. Regionen mit vergleichbarer Versorgungsdichte kann jedoch um bis zu 100 Prozent voneinander abweichen, je nachdem welchem Planungsbereich sie zugeordnet werden.

Beispiel: Sowohl in Demmin als auch in Annaberg sind 10,5 Psychotherapeuten für die Versorgung von 100.000 Einwohnern vorhanden. Die beiden Städte gehören zu unterschiedlichen Planungstypen mit unterschiedlichen Verhältniszahlen. Deshalb beträgt der Versorgungsgrad in Demmin 64,0. In Annaberg liegt er hingegen bei 93,4 und ist damit beinahe um 50 Prozent höher, obwohl in beiden Gebieten gleich viele Psychotherapeuten für die Versorgung von je 100.000 Einwohnern zur Verfügung stehen.

Wie das Beispiel belegt, ist der Versorgungsgrad – jedenfalls im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung – kein Gradmesser für die reale Versorgungssituation. Er ist kein geeignetes Maß, um die Angemessenheit der Versorgung der Bevölkerung zu beurteilen. Anhand des Versorgungsgrades kann nicht festgestellt werden, ob eine Region tatsächlich überversorgt ist und demnach Sitze stillgelegt werden sollten. Es ist aber zu erwarten, dass die Frage, welche Sitze aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sein sollen, in erster Linie am Versorgungsgrad festgemacht werden würde.

Eine im freien Ermessen der Zulassungsausschüsse liegende Entscheidung zum Verzicht auf die Nachbesetzung von Praxissitzen kann sinnvoll nur auf der Basis einer Bedarfsplanung erfolgen, die die in der Vergangenheit liegenden Fehler korrigiert. Auch aus diesem Grund bleibt die Korrektur der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten unverzichtbar (Nummer 43a, § 101 Absatz 4).

Psychotherapeuten am stärksten von „Soll“-Regelung betroffen

Entsprechend aktueller Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für das zweite Quartal 2014 wären bei einer Umwandlung der bisherigen „Kann“-Regelung zur Ablehnung der Neubesetzung frei werdender Vertragsarztsitze in überversorgten Planungsbereichen in eine „Soll“-Regelung insgesamt 25.284 Niederlassungen betroffen. 7.439 hiervon entfielen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Das sind fast ein Drittel (29,4 Prozent) der grundsätzlich von der „Soll“-Regelung bedrohten Niederlassungen (KBV, 2014). Die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist damit aufgrund der Planungsfehler der Vergangenheit die Arztgruppe, die am stärksten vom Abbau der Niederlassungen durch die geplante Gesetzesänderung bedroht wäre – trotz unzumutbar langer Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz.

Auf die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung des Doppelbuchstaben bb sollte verzichtet werden. Ziel der Regelung im Doppelbuchstaben bb ist es, Umgehungen der Regelung zum Abbau von Überversorgung zu verhindern. Ein zu langer Zeitraum – wie der von drei Jahren – birgt die Gefahr, dass der mit der Regelung für privilegierte Praxisnachfolger intendierte Schutz leerläuft. Verstirbt beispielsweise der Praxisinhaber nach zweieinhalb Jahren der Anstellung plötzlich, könnte die Praxis stillgelegt werden und der Angestellte müsste seine Tätigkeit aufgeben. Einem Missbrauch kann auch wie bisher durch Anwendung der allgemeinen Rechtsgrundsätze wirksam entgegengewirkt werden. Auch derzeit kann trotz Anstellung und Jobsharing auf die Nachbesetzung verzichtet werden, wenn Anstellung oder Jobsharing nur für einen kurzen Zeitraum erfolgt, um gerade die Regelung zum Verzicht auf die Nachbesetzung zu umgehen.

Nummer 49 (§ 113): Wirtschaftlichkeitsprüfung

49. § 113 Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

„(4) Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch Hochschulambulanzen nach § 117 **Absatz 1**, psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118, sozialpädiatrische Zentren nach § 119 sowie medizinische

Behandlungszentren nach § 119c werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106 Absatz 2 und 3, § 106a und § 136 geltenden Regelungen geprüft. [...]“

Begründung:

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung wird auf Hochschulambulanzen nach § 117 Absatz 1 beschränkt. Die von § 117 Absatz 2 erfassten Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz führen weit überwiegend antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen durch. Dabei erfolgt die Wirtschaftlichkeitsprüfung vorweg im Rahmen des Antragsverfahrens. Eine darüber hinausgehende zweite Wirtschaftlichkeitsprüfung bringt somit keinen Mehrwert, ist aber mit hohem bürokratischen Aufwand und damit einhergehenden Kosten verbunden.

Nummer 53 (§ 117): Hochschulambulanzen

53. § 117 wird wie folgt geändert:

a) ...

b) **Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:**

„Absatz 1 gilt entsprechend für Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten mit der Maßgabe, dass als Vertragspartner der Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 3 an die Stelle der Deutschen Krankenhausgesellschaft die Psychologischen Universitätsinstitute treten und an Stelle der Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft nach Absatz 1 Satz 6 Vertreter der Psychologischen Universitätsinstitute hinzugezogen werden.“

c) **Nach Absatz 2 werden folgende Absätze angefügt:**

„(3) Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sind zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der in § 75 Abs. 3 genannten Personen in Behandlungsverfahren, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 6a anerkannt sind, sofern die Krankenbehandlung unter

der Verantwortung von Personen stattfindet, die die fachliche Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfüllen, ermächtigt.

(4) Für die Vergütung der Hochschulambulanzen nach Absatz 2 und der Ausbildungsstätten nach Absatz 3 gilt § 120 Absatz 2 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe, dass

- 1. bei der Vergütung der Leistungen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll,**
- 2. § 120 Absatz 3 Satz 5 keine Anwendung findet und**
- 3. bei einer Entscheidung nach § 120 Absatz 4 an die Stelle der Vertreter der Krankenhäuser in der Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Vertreter der Hochschulambulanzen nach Absatz 2 oder der Ausbildungsstätten nach Absatz 3 treten.**

Begründung:

Die Formulierung unterscheidet zwischen Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz und regelt diese in unterschiedlichen Absätzen. Dadurch wird eine Wiederholung der in Bezug auf Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten relevanten Ermächtigungstatbestände des Absatzes 1 vermieden. Beide Tatbestände nach Absatz 1 Satz 2 gelten nun entsprechend, ohne dass eine wörtliche Wiederholung in Absatz 2 erforderlich wird, um zu verdeutlichen, dass diese Ermächtigungstatbestände nicht für Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz gelten. Durch die Maßgabe wird klargestellt, dass im Falle einer Schiedsentscheidung nicht Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Schiedsstelle mitentscheiden, sondern Vertreter der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten. Ein Wesen der Schiedsstelle besteht darin, dass neben einem oder mehreren Unparteiischen Vertreter der Parteien bzw. der sie vertretenden Organisationen mitentschieden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft kann Hochschulambulanzen an Hochschulkliniken nach § 117 Absatz 1 mitvertreten, nicht jedoch Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten.

Für Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz fehlt es durch die Neuordnung der Absätze 1 und 2 an einer entsprechenden Ermächtigung für die vertragsärztliche Versorgung. Daher wird in einem neuen Absatz 3 nunmehr diese Ermächtigung formuliert.

Zur Vergütung wird auf § 120 Absatz 2 bis 4 verwiesen. Durch Maßgaben wird angeordnet, dass bei der Vergütung wie bisher eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Diese Regelung hat sich in Bezug auf Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz bewährt. Ein Grund, diese Vergütung zukünftig anders zu gestalten, ist nicht ersichtlich. Außerdem wird klargestellt, dass keine bundesweiten Vorgaben zu einer einheitlichen Vergütungsstruktur gemacht werden sollten, die ausschließlich von Organisationen vereinbart werden sollen, die keine der beiden von den Strukturvorgaben betroffenen Gruppen vertreten.

Schließlich wird geregelt, dass die Schiedsstelle, die über Vereinbarungen zur Vergütung entscheiden soll, entsprechend dem Wesen einer Schiedsstelle mit Vertretern der Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten bzw. Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz besetzt wird. Die Besetzung erfolgt damit in Abhängigkeit davon, ob eine Vereinbarung mit einer Hochschulambulanz an einem Psychologischen Universitätsinstitut oder einer Ausbildungsstätte nach § 6 Psychotherapeutengesetz Gegenstand des Schiedsverfahrens ist.

Nummer 55 (§ 119c): Erwachsene mit geistiger Behinderung

55. Nach § 119b wird folgender § 119c eingefügt:

„119c Medizinische Behandlungszentren

(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung **körperlicher und psychischer Erkrankungen** bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden (...).“

Begründung:

Die Regelung wird um den Hinweis im Gesetzestext ergänzt, dass die Medizinischen Behandlungszentren ein diagnostisches und therapeutisches Angebot für körperliche **und** psychische Erkrankungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen darstellen. Damit wird verdeutlicht, dass mit der Einrichtung dieser spezifischen Medizinischen Behandlungszentren nicht nur den besonderen Herausforderungen bei der Diagnostik und Behandlung von körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen Rechnung getragen werden soll, sondern auch ein Versorgungsangebot zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen geschaffen wird.

Solch ein spezialisiertes Angebot ist dringend notwendig, da die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Deutschland unzureichend ist (Dlubis-Mertens, 2005). Dies ist besonders bedenklich, da die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, bei Menschen mit Behinderungen erhöht ist. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren an einer psychischen Störung zu erkranken, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung doppelt so hoch wie bei Menschen ohne geistige Behinderung (Smiley, Cooper & Finlayson, 2007). Auch bei körperlich behinderten Menschen ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen höher als bei nicht behinderten Menschen (Turner, Lloyd & Taylor, 2006).

Psychische Erkrankungen werden bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen bisher noch zu selten erkannt. Ursache hierfür ist, dass die Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung aufgrund der sozialen, kommunikativen und kognitiven Einschränkungen der Betroffenen deutlich erschwert ist (Turyin, Matson & Adams, 2014).

Psychische Erkrankungen werden außerdem zu selten angemessen behandelt. Menschen mit geistiger Behinderung erhalten nur selten Psychotherapie (Dlubis-Mertens, 2005). Dem aktuellen Gesundheitsreport der BARMER GEK zufolge werden 9,9 Prozent aller psychisch erkrankten Erwerbspersonen psychotherapeutisch behandelt.

Bei Erwerbspersonen mit Intelligenzminderung (ICD-10 F70- bis F79-Diagnosen) sind es hingegen lediglich 2,4 Prozent (BARMER GEK, 2014). Und das, obwohl Studien zeigen, dass psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung von einer Psychotherapie profitieren können (Vereenooghe & Langdon, 2013).

Ursache für die unzureichende Versorgung ist, dass die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen besonderes Wissen, besondere Kompetenzen und besondere Rahmenbedingungen voraussetzt. Psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen werden von den Angeboten der niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte in der Regel zu wenig erfasst. Ihre Gesundheitsversorgung bedarf darüber hinaus häufig eines multiprofessionellen Teams mit komplexen Leistungsangeboten. Daher ist es dringend notwendig, in den geplanten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auch spezialisierte Angebote zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen vorzuhalten und dies im Gesetz zu explizieren.

Nummer 56 (§ 120): Transparenz der Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanzen

56. § 120 wird wie folgt geändert:

- a) (...)
- b) (...)
- c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) (...)

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutsambulanzen“ das Wort „und“ durch das Wort „die“ ersetzt, nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt, nach dem Wort „vereinbart“ die Wörter „; **dabei ist auch die Übermittlung von Informationen zu den Diagnosen, den er-**

brachten Leistungen und deren Häufigkeit sowie der Qualifikation der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten zu vereinbaren“ eingefügt.

cc) (...)

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkassen oder deren Verbände veröffentlichen jährlich einen einrichtungsbezogenen, aggregierten Bericht zum Leistungsgeschehen der Einrichtungen nach Satz 1 auf Grundlage der nach Satz 4 übermittelten Daten.“

Begründung:

Psychiatrische Institutsambulanzen werden bisher nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet, wenn keine belastbaren Daten über einen anderen Leistungsschwerpunkt der Einrichtung vorliegen. Diese Daten sind derzeit nicht verfügbar, sodass die Anrechnung unabhängig vom Leistungsgeschehen fast immer in dieser Arztgruppe erfolgt. Es liegt nahe, dass das Leistungsgeschehen in Psychiatrischen Institutsambulanzen schon aufgrund der rechtlichen Vorgaben zu den Institutsambulanzen allenfalls im Ausnahmefall dem einer psychotherapeutischen Praxis entsprechen kann. Daher werden die Parteien der Vereinbarung nach § 83 Absatz 1 mit dem neuen Halbsatz dazu verpflichtet, eine Regelung zur Übermittlung der zur Beurteilung dieser Frage notwendigen Daten zu treffen. Diese Verpflichtung besteht unabhängig von der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4, die für die Weiterentwicklung des Krankenhausentgeltssystems relevant ist. Die Verpflichtung der Veröffentlichung aggregierter, aber einrichtungsbezogener Daten ist ein weiterer Schritt zur Herstellung der erforderlichen Transparenz. Diese Transparenz ist auch dann notwendig, wenn zukünftig ermächtigte Ärzte bei der Feststellung der Überversorgung nicht mehr berücksichtigt werden.

Nummer 69 (§ 140a): Transparenz und Qualität bei Selektivverträgen

69. Der Elfte Abschnitt des Vierten Kapitels wird wie folgt gefasst:

„...“

§ 140a

Besondere Versorgung

(1) ...

(7) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über teilnehmende Leistungserbringer, Indikation, Leistungen und Inhalte sowie vereinbarte Qualitätsstandards der besonderen Versorgung zu informieren. Diese Angaben sind an den GKV-Spitzenverband zu übermitteln und von diesem zentral zu veröffentlichen.

(8) Die besondere Versorgung nach §140a ist in die Maßnahmen zur Qualitätssicherung nach §§ 136 und 137 einzubeziehen.“

Begründung:

Die BPTK begrüßt, dass mit dem § 140a (neu) die Möglichkeiten zum Angebot besonderer Versorgungsformen sowohl sektoren- als auch arztgruppenübergreifend oder für bestimmte Patientengruppen in einem Paragraphen zusammengefasst und damit vereinheitlicht werden.

Damit Patienten eine informierte Entscheidung über die Teilnahme an einer besonderen Versorgungsform treffen können, sind ihnen die entsprechenden Informationen vor der Einschreibung in ausreichender und verständlicher Form zur Verfügung zu stellen. In diesem Zusammenhang muss deutlich werden, ob sich die Leistungen des besonderen Versorgungsangebots an bestehenden Standards, insbesondere evidenzbasierten Behandlungsleitlinien orientieren. Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen ist es häufig so, dass Psychotherapie – entgegen Leitlinienempfehlungen – nicht zu den Leistungen der besonderen Versorgung gehört. Die in den Regelungen zu den §§ 73c und 140a (alt) ff. enthaltene Informationspflicht der Kranken-

kassen gegenüber den Patienten muss zwingend erhalten bleiben und eine Information zu bestehenden Qualitätsstandards in der Behandlung der entsprechenden Erkrankung mit umfassen.

Darüber hinaus besteht derzeit für Patienten und (überweisende) Leistungserbringer kein umfassender Überblick zu besonderen Versorgungsangeboten, ihren Leistungen und Indikationen. Daher ist es oft auch dem Zufall überlassen, ob ein Patient ein für ihn passendes besonderes Versorgungsangebot in Anspruch nehmen kann oder nicht. Hierdurch werden Chancen zur Versorgungsoptimierung unnötig vertan. Die mangelnde Transparenz ist auch ein Grund dafür, warum Selektivverträge nicht zum erhofften Wettbewerb um eine bessere Versorgungsqualität geführt haben. Damit beurteilt werden kann, ob besondere Versorgungsformen auch zu Versorgungsverbesserungen führen bzw. mindestens das Qualitätsniveau des Kollektivvertrags erreichen, sind sie in die Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung grundsätzlich einzubeziehen.

Artikel 2

Nummer 4 (§ 79b): Beratender Fachausschuss Psychotherapie

Die BPTK begrüßt die Klarstellung, dass Ärzte im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie auch überwiegend psychotherapeutisch tätig sein müssen. Damit wird sichergestellt, dass alle Mitglieder des Fachausschusses – wie auch bei anderen Fachausschüssen – zu der Gruppe gehören, die der Fachausschuss vertritt. Darüber hinaus wird auch erforderliche fachliche Kompetenz berücksichtigt.

III. Literatur

- BARMER GEK (2014). Gesundheitsreport 2014 – Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1. Abrufbar unter: <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport-2014.html#ac263672> [zuletzt abgerufen am 27.10.2014].
- BARMER GEK (2011). Krankenhausreport 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen.
- BfDI – Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2007). Tätigkeitsbericht 2005 und 2006 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit – 21. Tätigkeitsbericht. Abrufbar unter: http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/21TB_05_06.pdf?__blob=publicationFile&v=5 [zuletzt abgerufen am 30.10.2014].
- BPtK (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abrufbar unter: 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 [zuletzt abgerufen am 07.01.2015]
- DGPPN (Hrsg.) (2014). S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Springer Verlag.
- Dlubis-Mertens, K. (2005). Geistig Behinderte: Komplizierte Diagnostik und Therapie – Bestandsaufnahme in Berlin: Fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung oft unzureichend. Deutsches Ärzteblatt, 2, 82-83.
- DIE ZEIT (2014). Die Seele muss warten. Abrufbar unter: <http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit> [zuletzt abgerufen am 04.11.2014].
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze (110 %), 2. Quartal 2014. Abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/14_10_27_Aerzte_oberhalb_Sperrgrenze_Wahlkreise2exklfaz.pdf [zuletzt abgerufen am 04.11.2014].
- Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., et al. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313-319.

- Turner, R. J., Lloyd, D. A. & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 214-223.
- Turygin, N., Matson, J. L. & Adams, H. (2014). Prevalence of co-occurring disorders in a sample of adults with mild and moderate intellectual disabilities who reside in a residential treatment setting. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1892-1808.
- Vereenoghe, L. & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (1), 4085-4102.
- Weinmann, S. & Becker P. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014). Monitor Patientenberatung 2014. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Abrufbar unter: http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf [zuletzt abgerufen am 27.10.2014].