

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (GVSG)
Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit

30.04.2024

Inhaltsverzeichnis

1	Allgemeine Bewertung	3
2	Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen	4
2.1	Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 92 SGB V).....	4
2.2	Vetorecht der Länder in den Zulassungsausschüssen (§ 96 Absatz 2a SGB V) .	6
2.3	Bedarfsplanung reformieren (§ 101 Absatz 4 und Absatz 4a SGB V)	8
2.4	Transparenzberichte der Gesetzlichen Krankenkassen (§ 217f Absatz 4 SGB V).....	12
3	Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	14
3.1	Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche stärken	15
3.1.1	Überarbeitung der KSVPsych-Richtlinie bei Erwachsenen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V	15
3.2.2	Versorgungsbedürfnisse von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Komplexbehandlung berücksichtigen – Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen.....	17
3.3.3	Versorgungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung und schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt ausbauen.....	20
3.2	Förderung von Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung	21
3.3	Aufsuchende psychotherapeutische Angebote ermöglichen	25
3.4	Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche – Mindestanzahl absenken.....	26
4	Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung.....	28
4.1	Finanzierung der ambulanten Weiterbildung	29
4.2	Finanzierung der stationären Weiterbildung	39

1 Allgemeine Bewertung

Für Patient*innen ist der wohnortnahe Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung zentral. Die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung vor Ort ist angesichts des steigenden Behandlungsbedarfs und demografischen Wandels eine der größten gesellschaftlichen Herausforderungen. Gesundheitsversorgung ist Daseinsvorsorge, daher ist eine gezielte Stärkung der ambulanten Versorgung richtig, die auch lokale Versorgungsbedarfe stärker berücksichtigt. Hierzu zählt auch die Stärkung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch eine separate Bedarfsplanung, die den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen einschließlich eines wohnortnahen Zugangs besser Rechnung tragen kann.

Insgesamt jedoch greift der Referentenentwurf damit jedoch deutlich zu kurz. In der ambulanten Psychotherapie fehlt es insbesondere auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen an zusätzlichen Kassensitzen. **Eine Reform der Bedarfsplanung ist daher auch für die psychotherapeutische Versorgung von Erwachsenen dringend erforderlich, um die langen Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz abzubauen.** Zusätzlich müssen für die Stärkung der Versorgung schwer psychisch erkrankter Patient*innen Hürden in der ambulanten Komplexversorgung (KSVPsych-Richtlinie des Gemeinsamen-Bundesausschusses) abgebaut und gezielt zusätzliche Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppe aufgebaut werden. Auch die ambulante psychotherapeutische Anschlussbehandlung nach einer stationären Behandlung sollte gefördert werden, um Behandlungsübergänge in die ambulante Versorgung zu sichern. Der Referentenentwurf sollte dahingehend dringend nachgebessert werden, um für Patient*innen Verbesserungen zu schaffen.

Die fehlende gesetzliche Regelung zur ausreichenden Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung gefährdet, dass auch zukünftig genügend Fachpsychotherapeut*innen für die Sicherstellung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zur Verfügung stehen. **Eine gesetzliche Regelung ist dringend erforderlich, um ausreichend Weiterbildungsstellen für den psychotherapeutischen Nachwuchs zu sichern.** Ohne gesetzliche Änderungen bleibt die Psychotherapeutenausbildungsreform unvollendet. Der Deutsche Bundestag hat eine entsprechende Petition mit dem höchstmöglichen Votum „zur Berücksichtigung“ an die Bundesregierung überwiesen und auch der Bundesrat hat sich gegenüber der Bundesregierung mit einer EntschlieÙung für gesetzgeberischen Handlungsbedarf ausgesprochen. Mit dem GVSG kann und sollte diese Regelungslücke endlich geschlossen werden.

Die Stärkung der Beteiligungsrechte von Berufsorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), soweit deren Berufsausübung durch Richtlinien und Beschlüsse des G-BA berührt werden, ist ein sinnvoller Schritt. Jedoch wird die spezifische Expertise der Bundespsychotherapeutenkammer bisher nicht berücksichtigt. Entsprechende **Antrags- und Mitberatungsrechte im G-BA müssen alle Heilberufskammern erhalten**, soweit die Richtlinien die Belange ihrer jeweiligen Berufsausübung berühren.

2 Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

2.1 Beteiligungsrechte im Gemeinsamen Bundesausschuss (§ 92 SGB V)

Stellungnahmerechte für wissenschaftliche Fachgesellschaften

Mit den vorgeschlagenen Änderungen in § 92 Absätze 1b, 1c, 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 7b, 7c und 7g SGB V soll eingeführt werden, dass bei Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zukünftig einschlägige wissenschaftliche Fachgesellschaften die Möglichkeit zur Stellungnahme eingeräumt bekommen. Dies soll ermöglichen, dass die Expertise der jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften in die Entscheidung des G-BA einbezogen wird.

Aus Sicht der BPTK wird mit den vorgeschlagenen Änderungen der Kreis der zur Stellungnahme berechtigten wissenschaftlichen Fachgesellschaften systematisch auch um jene wissenschaftlichen Fachgesellschaften erweitert, die nicht Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sind. Die Erweiterung ist gerade auch mit Blick auf die einschlägigen psychotherapeutischen und psychologischen Fachgesellschaften bedeutsam, denen derzeit eine Mitgliedschaft in der AWMF nicht offensteht und die sich aus diesem Grund bislang nicht systematisch an den Stellungnahmeverfahren im G-BA beteiligen konnten. Zugleich werden die Stellungnahmerechte auf eine Reihe weiterer Richtlinien des G-BA ausgedehnt. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass die wissenschaftliche Expertise der relevanten Fachgesellschaften in die Erarbeitung und Weiterentwicklung von G-BA-Richtlinien einfließen und berücksichtigt werden kann. Dieses Anliegen ist daher grundsätzlich zu begrüßen. Angesichts der Zahl der relevanten Fachgesellschaften und der gesetzlich vorgegebenen Fristen kann dies jedoch für die konkrete Umsetzung der Stellungnahmeverfahren einschließlich der mündlichen Anhörungen und deren systematische Berücksichtigung in den Beschlussfassungen des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Herausforderung darstellen.

Antrags- und Mitberatungsrechte für weitere Berufsorganisationen im G-BA

Mit der vorgeschlagenen Einführung eines neuen Absatzes 7h in § 92 SGB V sollen die Berufsorganisationen der Pflegeberufe ein Antrags- und Mitbestimmungsrecht im G-BA erhalten, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Pflegeberufe berühren.

Die BPTK begrüßt das Ziel, dass die Antrags- und Mitberatungsrechte von Berufsorganisationen im G-BA gestärkt werden sollen. Die BPTK teilt die Einschätzung des Bundesministeriums für Gesundheit, dass die Expertisen und die spezifischen Perspektiven der Pflege bei Richtlinien, die die Berufsausübung der Pflege berühren, über die Trägerorganisationen des G-BA nicht ausreichend in die Beratungen eingebracht werden können. Neben Richtlinien zu ambulanten Leistungen, die durch die Pflege erbracht werden bzw. an denen sie beteiligt ist, gilt dies u. a. auch für Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 13 und für Beschlüsse des G-BA nach § 136b und § 136c zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Die BPTK hält es für notwendig, dass parallel dazu auch die Antrags- und Mitbestimmungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) im G-BA gestärkt werden, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Psychotherapeut*innen berühren. Dies betrifft insbesondere die Psychotherapie-Richtlinie, die Richtlinien nach § 92 Absatz 6b, die Bedarfsplanungs-Richtlinie, die Richtlinien zur Qualitätssicherung sowie diejenigen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummern 6, 8 und 12, für die Psychotherapeut*innen über die entsprechenden Verordnungsbefugnisse verfügen. Hierdurch kann sichergestellt werden, dass die spezifische Expertise der Psychotherapeut*innen frühzeitig in die Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses unmittelbar einbezogen werden können. Der frühzeitige Einbezug der Bundespsychotherapeutenkammer stellt dabei sicher, dass die spezifische psychotherapeutische Expertise bereits bei der Erarbeitung von Beschlussentwürfen kontinuierlich und unmittelbar noch vor der Durchführung von Stellungnahmeverfahren einfließen kann und zeitlich aufwendige Beratungen über Änderungsbedarfe, die sich sonst erst im Stellungnahmeverfahren ergeben würden, vermieden werden können. Das Antragsrecht für die Bundespsychotherapeutenkammer gewährleistet darüber hinaus, dass in der Profession identifizierte Anpassungsbedarfe bei den Richtlinien des G-BA, die zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind, frühzeitig in die Beratungen des G-BA eingebracht werden können. Ein entsprechendes Antrags- und Mitberatungsrecht der Bundespsychotherapeutenkammer gewährleistet dabei, dass der Einbezug der spezifischen psychotherapeutischen Expertise mit einer sektorenunabhängigen Perspektive unmittelbar gesichert ist.

Die BPTK schlägt daher folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 12 (§ 92 SGB V)

Nach § 92 Absatz 7h SGB V NEU wird ein neuer Absatz 7i eingefügt:

„(7i) Bei den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1, 6, 8, 9, 12 und Nummer 13 und den Beschlüssen nach den §§ 136a und 136b, sofern sie die Berufsausübung der Psychotherapeuten berühren, erhält die Bundespsychotherapeutenkammer ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Absatz 7e Sätze 3 bis 6 gelten entsprechend.“

Begründung:

Mit der Änderung wird analog zur Stärkung der Antrags- und Mitberatungsrechte der Berufsorganisationen der Pflege, ein Antrags- und Mitbestimmungsrecht der BPTK im G-BA verankert, sofern es sich um Richtlinien handelt, die die Berufsausübung der Psychotherapeut*innen berühren. Darüber wird sichergestellt, dass die psychotherapeutische Expertise bei für die Profession relevanten Richtlinien kontinuierlich einbezogen wird. Dies umfasst, dass die Vertreter*in der BPTK Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung setzen lassen kann und dass sie bei der Beschlussfassung anwesend ist. Bei der Einrichtung einer Arbeitsgruppe oder Bestellung von Sachverständigen durch einen Unterausschuss muss Einvernehmen mit der Vertreter*in der BPTK bestehen.

2.2 Vetorecht der Länder in den Zulassungsausschüssen (§ 96 Absatz 2a SGB V)

Mit einer Ergänzung in § 96 Absatz 2a SGB V sollen in den Zulassungsausschüssen gemäß § 96 SGB V Entscheidungen im Einvernehmen mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden, das heißt den Landesministerien für Gesundheit und Soziales, getroffen werden. Als Einvernehmen soll gelten, wenn die Landesministerien für Gesundheit und Soziales keine entgegenstehende Erklärung abgeben.

Bereits heute bestehen für die Landesministerien für Gesundheit und Soziales – sowohl im Rahmen der Landesausschüsse nach § 90 SGB V als auch im Rahmen des G-BA – Rechte, um zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung wirksam mitberaten und wirksam zu Entscheidungen beizutragen zu können. Jedoch liegt es in der Entscheidung der Landesministerien für Gesundheit und Soziales, ob und inwiefern sie von ihren Rechten Gebrauch machen.

Die Landesministerien für Gesundheit und Soziales haben im Rahmen der Landesausschüsse nach § 90 SGB V Mitberatungs- und Antragsrechte, um die vertragsärztliche und

vertragspsychotherapeutische Versorgung mitzugestalten. In Absatz 4 wird geregelt, dass die zuständigen obersten Landesbehörden für die Sozialversicherung mitberatend im Landesausschuss sind und ihr Mitberatungsrecht auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Antragstellung umfasst. In Absatz 6 wird darüber hinaus geregelt, dass die von den Landesausschüssen getroffenen Entscheidungen den Landesministerien für Gesundheit und Soziales vorzulegen sind. Dies umfasst Entscheidungen zum Bedarfsplan (§ 99 Absatz 2 SGB V), zur Unterversorgung (§ 100 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3 SGB V) sowie zu Zulassungsbeschränkungen (§ 103 Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3). Die Landesministerien für Gesundheit und Soziales können die Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Sie können zudem zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern, bei Nichtbeanstandung Auflagen machen und Fristen zu deren Umsetzung setzen sowie ggf. selbst Richtlinien erlassen.

Auch im G-BA haben die Länder ein Antrags- und Mitberatungsrecht, das durch zwei Vertreter*innen ausgeübt wird. Diese Rechte bestehen auch in Bezug auf die Bedarfsplanung (§ 92 Absatz 7e SGB V). Damit haben die Ländervertreter*innen das Recht, Beratungsgegenstände auf die Tagesordnung zu setzen und bei der Beschlussfassung anwesend zu sein. Anträge der Ländervertreter*innen müssen in der nächsten Sitzung des jeweiligen Gremiums beraten werden. Damit wird auch eine zeitliche Vorgabe über die Beratung von Themen, die durch die Länder eingebracht werden, gemacht, die sicherstellt, dass die Anliegen der Länder zeitnah beraten werden müssen. Auch bei Entscheidungen über die Einrichtung einer Arbeitsgruppe oder die Bestellung von Sachverständigen durch den zuständigen Unterausschuss muss Einvernehmen mit den Ländervertreter*innen hergestellt werden. Für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung, die auf Grundlage der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA erfolgt, verfügen die Länder über die Gremien des G-BA damit über weitgehende Einflussmöglichkeiten.

Die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung, dass die Entscheidungen in den Zulassungsausschüssen stets einvernehmlich mit den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zu treffen sind, zugleich aber unterstellt, dass eine unterbliebene Äußerung als Einvernehmen zu werten ist, erscheint nicht sachgerecht.

Angesichts der bestehenden Mitberatungs- und Antragsrechte der Landesministerien für Gesundheit und Soziales im Rahmen der Landesausschüsse sowie dem G-BA stellt dieser Regelungsvorschlag aus Sicht der BPtK eine zu weitreichende Ausweitung der Mitbestimmungsrechte für die Landesministerien für Gesundheit und Soziales dar und bedeutet gleichermaßen eine Schwächung der bewährten Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Die Landesministerien für Gesundheit und Soziales würden mit dieser Regelung von ihrem

Vetorecht Gebrauch machen oder ihr Einvernehmen würde im Rahmen eines breiten Spektrums an Beschlüssen in den Zulassungsausschüssen durch Nichtanwesenheit bei der Beschlussfassung oder das Nichtabgeben einer Erklärung fingiert. Dies betrifft Entscheidungen u. a. über Sonderbedarfszulassungen, Ermächtigungen, Nachbesetzungsverfahren, aber auch die Verlegung von Praxissitzen. Wie in der Gesetzesbegründung zutreffend dargelegt wird, werden in den Zulassungsausschüssen bundesweit jährlich mehrere zehntausend Zulassungsverfahren bearbeitet. Das Prüfen von Anträgen erfordert personelle, zeitliche und fachliche Kompetenzen. Es ist davon auszugehen, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden das Prüfen und Bewerten sowie die darauf basierende Entscheidung über eine Zustimmung bzw. Ablehnung aufgrund begrenzter oder mangelnder personeller Ressourcen in den Landesministerien für Gesundheit und Soziales nicht fristgerecht bewerkstelligen können, bzw. es ist fraglich, inwiefern die notwendige fachliche Expertise in den obersten Landesbehörden hinreichend sichergestellt werden kann, um diesen Aufgaben verantwortungsvoll nachzukommen. Dies birgt die Gefahr, dass einerseits die obersten Landesbehörden ihre Pflichten nicht oder nur teilweise erfüllen können bzw. es zu Verzögerungen bei Entscheidungen in den Zulassungsausschüssen kommt, die sich negativ auf die Sicherstellung der Versorgung ausüben können. Fehlende bzw. unzureichende personelle Ressourcen in den obersten Landesbehörden und insbesondere die Möglichkeit des fingierten Einvernehmens bergen zudem das Risiko, dass die Entscheidung über das Einvernehmen bzw. das Ausüben des Vetorechts auch unsachgemäßer Einflussnahme von außen unterliegen kann. Durch die Möglichkeit der flexiblen Handhabung des Mitspracherechtes wäre nicht mehr transparent, ob und aus welchem Anlass die Sachverhalte inhaltlich durch die obersten Landesbehörden geprüft wurden oder nicht. Dies entspricht nicht dem Ziel der Neuregelung, versorgungsrelevante Erkenntnisse in den Zulassungsausschüssen verbindlich zur Geltung zu bringen und die vertragsärztliche Versorgung maßgeblich mitzugestalten. Im Übrigen ist der BPTK nicht bekannt, dass die bestehenden Rechte der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden sich in Bezug auf Entscheidungen der Zulassungsausschüsse als unzureichend erwiesen hätten.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 14 (§ 96 Absatz 2a SGB V)

Die BPTK schlägt vor, die Einfügungen in § 96 Absatz 2a ersatzlos zu streichen.

2.3 Bedarfsplanung reformieren (§ 101 Absatz 4 und Absatz 4a SGB V)

Mit einem neu in § 101 SGB V eingefügten Absatz 4a soll geregelt werden, dass künftig Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuen, eine eigene Arztgruppe in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bilden. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für

diese Arztgruppe ist zum Stand des 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird damit beauftragt, innerhalb von sechs Monaten nach Gesetzesverkündung die neuen Verhältniszahlen für die Arztgruppe zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen vorsehen, wenn dies aus Versorgungsgründen geboten ist.

Die BPTK begrüßt ausdrücklich den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, für die Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, künftig eine eigene Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu bilden. Eine eigene Planung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen ermöglicht es, die Versorgung kleinräumiger und zielgenauer zu planen. Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen benötigen in besonderem Maße einen wohnortnahen Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung. Sie können lange Anfahrtswege zur Psychotherapie oft nicht allein bewältigen. Für den Behandlungserfolg ist zudem die enge Anbindung an die Lebenswelten der Kinder und Jugendlichen wichtig.

Wie viele Patient*innen psychotherapeutisch versorgt werden können, hängt direkt von der Zahl der Vertragspsychotherapeut*innen ab. Das Angebot an Therapieplätzen in Deutschland ist insgesamt deutlich geringer als der tatsächliche Bedarf. Im Zuge der COVID-19-Pandemie hat sich der Bedarf nach einem psychotherapeutischen Behandlungsplatz nochmals deutlich erhöht. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen zeigen sich eine höhere psychische Morbidität, ein niedrigeres Ersterkrankungsalter und eine Zunahme schwerer Krankheitsverläufe. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung prognostiziert bis zum Jahr 2030 eine weitere Zunahme des Behandlungsbedarfs um durchschnittlich 23 Prozent. Daraus ergeben sich gravierende Wartezeiten, die weiter anzuwachsen drohen. Von der ersten psychotherapeutischen Sprechstunde bis zum Beginn der eigentlichen Therapie warten Patient*innen durchschnittlich rund 140 Tage. Eine aktuelle Studie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zeigt, dass sich die Wartezeiten regional deutlich unterscheiden. Wenngleich es den Vertragspsychotherapeut*innen vielfach gelingt, Wartezeiten bis zum Beginn der eigentlichen Therapie u. a. mit weiteren Sprechstunden und probatorischen Sitzungen zu überbrücken, leiden insbesondere Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen unter unzumutbar langen Wartezeiten – häufig ohne Aussicht auf den Beginn der erforderlichen Behandlung. Aber auch in Städten, insbesondere in den neuen Bundesländern und im Ruhrgebiet, sind Wartezeiten häufig zu lang. Kinder und Jugendliche sind dabei in besonderem Maße negativ von einem Mangel an Therapieplätzen betroffen.

Die unterstellte Mitversorgung durch benachbarte großstädtische Regionen verhindert vielfach eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung. Um Wartezeiten zu reduzieren, ist ein gezielter Ausbau der Praxissitze zwingend erforderlich.

Eine eigene Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie allein ist jedoch nicht ausreichend, um die bestehenden Versorgungsprobleme im Bereich psychischer Erkrankungen zu beheben.

Der Koalitionsvertrag sieht ausdrücklich vor, dass die psychotherapeutische Bedarfsplanung reformiert werden soll, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten, deutlich zu reduzieren. Der G-BA muss daher zusätzlich beauftragt werden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen zu überarbeiten. Erforderlich ist hierzu insbesondere, die Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent abzusenken. Dadurch würden rund 1.600 zusätzliche Psychotherapeutesitze, vorrangig außerhalb von Großstädten, entstehen. Bei den Großstädten würden vor allem die historisch schlechter versorgten Städte in Ostdeutschland und das Ruhrgebiet profitieren, wodurch die Angleichung der Lebensverhältnisse gefördert wird.

Durch diese Absenkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent könnte auch eine zentrale Empfehlung aus dem Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung umgesetzt werden, das der G-BA in Auftrag gegeben hatte. Das Gutachten hatte 2018 einen Bedarf an 2.400 zusätzlichen Psychotherapeutesitzen festgestellt, um eine wohnortnahe ambulante psychotherapeutische Versorgung in Deutschland zu gewährleisten. Der G-BA hatte daraufhin jedoch bei der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019, die auf den Ergebnissen des Gutachtens basieren sollte, nur 800 neue Sitze geschaffen. Mit der Absenkung der Verhältniszahlen kann die Lücke zwischen den im Gutachten geforderten 2.400 Sitzen und den 2019 geschaffenen rund 800 Sitzen geschlossen und gezielt zusätzliche psychotherapeutische Kassensitze in den besonders schlecht versorgten Regionen aufgebaut werden.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 15 (§ 101 SGB V)

Die BpTK schlägt folgende Ergänzung vor:

„15. § 101 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „und mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der regionalen maßgeblichen Verhältniszahl den Leistungserbringern nach Satz 1, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen,“ gestrichen.

bb) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] trifft der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Absatz 1 für die Arztgruppen nach Satz 1 die erforderlichen Anpassungen für eine bedarfsgerechte Versorgung, die eine wohnortnahe und zeitnahe psychotherapeutische Behandlung insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen und dem Ruhrgebiet sicherstellen; erforderlich ist insbesondere eine Absenkung der Verhältniszahlen um mindestens 20 Prozent.“

b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

2.4 Transparenzberichte der Gesetzlichen Krankenkassen (§ 217f Absatz 4 SGB V)

In § 217f Absatz 4 SGB V wird der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) beauftragt, eine Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen zu erlassen und diese dem Bundesministerium für Gesundheit zur Genehmigung vorzulegen. Der GKV-SV wird verpflichtet, eine entsprechende Richtlinie spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes vorzulegen und dabei bestimmte Anforderungen zu berücksichtigen. Ferner wird der GKV-SV verpflichtet sicherzustellen, dass die Gesetzlichen Krankenkassen die notwendigen Kennzahlen zur Leistungstransparenz und zur Servicequalität in maschinenlesbarer Form an den GKV-SV übermitteln können, und in der Richtlinie festzulegen, zu welchem jährlichen Stichtag die Übermittlung durch die Gesetzlichen Krankenkassen erfolgen muss. Der GKV-SV ermittelt einen Mittelwert und inwiefern die jeweiligen Krankenkassen von diesem Mittelwert abweichen. Versicherte sollen die Informationen zu den Transparenzberichten der Krankenkassen auf einer digitalen und interaktiven Plattform abrufen können, die transparent, nutzerfreundlich und barrierefrei Vergleichsmöglichkeiten sichert. Die Krankenkassen werden verpflichtet, auf das Vergleichsportal hinzuweisen. Der GKV-SV hat die Richtlinie durch eine unabhängige Einrichtung spätestens nach drei Jahren evaluieren zu lassen.

Die BPTK begrüßt ausdrücklich das mit dem Regelungsvorschlag verbundene Ziel, Versicherten detaillierte Informationen zur Verfügung zu stellen, die Auskunft über Leistungsgeschehen, Leistungsanträge und Bearbeitungsprozesse der Gesetzlichen Krankenkassen geben sollen. Aus Sicht der BPTK ist es dringend erforderlich, dass Versicherte in der informierten Kassenwahl unterstützt werden. Eine Standardisierung der Transparenzberichte ist notwendig, um eine Vergleichbarkeit für Versicherte zu ermöglichen. Eine Übersicht über die Ergebnisse sollte einen direkten Vergleich zwischen den Krankenkassen ermöglichen. Aus diesem Vergleich sollte auch ein Ranking für bestimmte Themenbereiche ableitbar sein, beispielsweise in Form einer Notenvergabe.

Bisher sind in den Regelungsvorschlägen einzelne Leistungsbereiche jedoch zu wenig berücksichtigt. In der Begründung des Referentenentwurfs werden bisher nur Hilfsmittel, Rehabilitation und Zahnersatz als Leistungsbereiche aufgezählt. Aus Sicht der BPTK ist aber insbesondere auch die Bewilligung von Psychotherapie sowie von Anträgen auf Kostenerstattung für Psychotherapie eine wichtige Information für Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Einbezogen werden sollten auch Informationen zu Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung, digitalen Angeboten sowie zum Versorgungsan-

gebot im Rahmen von Selektivverträgen und zu weiteren spezifischen Angeboten zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Die Informationen sollen gewährleisten, dass Versicherte Angebote der verschiedenen Krankenkassen besser vergleichen können, aber daraus auch hervorgeht, inwiefern das Behandlungsangebot von den kollektivvertraglichen Leistungen abweicht. Darüber hinaus sollten auch Ergebnisse von unabhängigen Versichertenbefragungen, insbesondere auch zur individuellen Beratung und zum Krankengeldmanagement, in die Transparenzberichte einbezogen werden. Unabhängige Versichertenbefragungen sollten die Zufriedenheit der Versicherten mit ihrer Krankenkasse darstellen.

Bisher ist jedoch nicht vorgesehen, dass diejenigen, die durch die Transparenzberichte in ihrer Kassenwahl gestärkt werden sollen – nämlich die Versicherten – in die Entwicklung standardisierter Informationen, die in den Transparenzberichten abgebildet werden sollen, einbezogen werden. Auch Leistungserbringer*innen werden von ihren Patient*innen häufig über Leistungen und Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenkassen befragt. Ein Einbezug der Leistungserbringer*innen in die Erarbeitung einer Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen ist deshalb ebenfalls sinnvoll, um Informationsbedürfnisse der Versicherten auch mit Blick auf bestimmte Leistungsbereiche einzubeziehen und die Aussagekraft von Transparenzberichten für die Versicherten zu fördern. Aus Sicht der BPtK ist es erforderlich, dass sowohl die Patientenvertreter*innen als auch die Bundesorganisationen der Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen im Rahmen der Erarbeitung der Richtlinie über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen vom GKV-SV angehört werden sollten. Hierzu ist eine gesetzliche Ergänzung notwendig. Der Einbezug von Patientenvertreter*innen und Bundesorganisationen der Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen ist auch mit Blick auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Transparenzberichte von Bedeutung.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 24 (§ 217f SGB V)

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 217f Absatz 4 Satz 1 SGB V vor:

„24. § 217f wird wie folgt geändert:

a) [...]

b) Absatz 4 wird wie folgt gefasst:

*(4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erlässt **nach Anhörung der Patientenvertretung, der Bundesärztekammer, der Bundeszahnärztekammer, der Bundespsychotherapeutenkammer, der Kassenärztlichen***

Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen, insbesondere dazu, welche Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen zu den hierfür heranzuziehenden Leistungs- und Qualitätsdaten der einzelnen Krankenkassen hierfür heranzuziehen sind. [...]“

Begründung:

Mit der Ergänzung wird vorgesehen, dass der GKV-SV bei der Erarbeitung der Richtlinien über die Organisation des Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitswettbewerbs der Krankenkassen eine Anhörung der Patientenvertretung, der Bundesorganisationen der Psychotherapeuten- und Ärzteschaft sowie der Krankenhäuser im Rahmen einer Anhörung einbeziehen soll. Dies ermöglicht, dass in die Erarbeitung der Richtlinien auch Hinweise und Vorschläge der anzuhörenden Organisationen einbezogen werden können, die in einer besseren Information von Versicherten resultieren, insbesondere mit Blick auf die Informationsbedürfnisse in verschiedenen Leistungsbereichen.

3 Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung stellt eine wesentliche Grundlage für die Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung dar. Darüber hinaus müssen bestimmte Patientengruppen jedoch besser dabei unterstützt werden, zeitnah die erforderliche ambulante psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Um den Zugang zur Psychotherapie für Patientengruppen weiter zu verbessern, die mit den derzeitigen Komm-Strukturen der ambulanten Versorgung zu wenig erreicht werden, sollten ferner auch aufsuchende psychotherapeutische Angebote gefördert werden.

Die BPTK schlägt folgende Maßnahmen vor, um den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für bestimmte Patientengruppen zu unterstützen:

- Die Stärkung der ambulanten Komplexversorgung durch einen gezielten Ausbau der Behandlungskapazitäten, den Abbau von Versorgungshürden in der KSVPsych-Richtlinie sowie die Einführung eines Anspruchs auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für Kinder und Jugendliche mit komplexem Versorgungsbedarf;
- Die Förderung der ambulanten psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt;
- Die Förderung von aufsuchender Psychotherapie;
- Das Absenken der Mindestpatientenzahl für Gruppenpsychotherapie, insbesondere um Gruppenpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen zu fördern.

3.1 Ambulante Komplexversorgung für schwer psychisch kranke Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche stärken

Im Koalitionsvertrag haben sich die Regierungsfractionen darauf verständigt, die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patient*innen mit schweren und komplexen Erkrankungen zu verbessern und den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicherzustellen. Darüber hinaus sollen die Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppe bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert ausgebaut werden. Die Richtlinien für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf – für Erwachsene sowie für Kinder und Jugendliche – stellen dafür den zentralen Rahmen.

Um in absehbarer Zeit substantielle Verbesserungen bei der psychotherapeutischen Versorgung für diese Patientengruppen zu erreichen, den Zugang zur ambulanten multiprofessionellen Komplexbehandlung sicherzustellen und die Behandlungskapazitäten bedarfsgerecht auszubauen, müssen jetzt zentrale Korrekturen in der KSVPsych-Richtlinie, aber auch eine spezifische Änderung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie eine gesetzliche Verankerung des Leistungsanspruchs nichtärztlicher sozialpädiatrischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der KSVPsych-Richtlinie auf den Weg gebracht werden.

3.1.1 Überarbeitung der KSVPsych-Richtlinie bei Erwachsenen gemäß § 92 Absatz 6b SGB V

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 15 Nummer 12 (§ 92 Absatz 6b SGB V)

„g) (neu) In Absatz 6b wird nach Satz 3 folgender Satz angefügt:

„[...] Bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Anpassungen der Strukturvorgaben für die Organisation des Versorgungsangebots, die insbesondere die spezifischen Rahmenbedingungen in ländlichen und strukturschwachen Regionen berücksichtigen, und Regelungen für eine patientenorientierte Ausgestaltung dieser Versorgung unter Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen und unter Berücksichtigung von Vorbehandlungen sowie zur Übernahme der Koordination der Versorgung durch Vertragsärzte mit mindestens hälftigem Versorgungsauftrag.“

Begründung:

Mit dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz hat der Gesetzgeber den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, bis zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu beschließen. Zweieinhalb Jahre nach Beschlussfassung des G-BA konnte dieses neue Versorgungsangebot einer ambulanten, multiprofessionellen Komplexbehandlung lediglich in einigen wenigen Regionen etabliert werden. Zu hohe Anforderungen an die Netzverbände, die dieses Versorgungsangebot organisieren sollen, aber auch Hürden bei der konkreten Ausgestaltung verhindern dessen Aufbau. Bislang ist es im Wesentlichen nur vorbestehenden Praxisnetzen gelungen, mit den bereits vorhandenen Strukturen eine Anerkennung als Netzwerk zu erhalten. Für echte Neugründungen sind dagegen die initialen Anforderungen und die Investitionskosten für den Aufbau der Netzstrukturen zu hoch, als dass in der Breite und nicht zuletzt auch in ländlichen und strukturschwächeren Regionen diese Versorgungsangebote entstehen könnten. Für das Gelingen eines bundesweiten Aufbaus dieses zentralen ambulanten Versorgungsangebots für schwer psychisch erkrankte Patient*innen bedarf es daher zum einen dringend einer Anpassung in der Richtlinie für Erwachsene hinsichtlich der quantitativen wie qualitativen Anforderungen an die Netzverbände. Zum anderen müssen die Rahmenbedingungen für die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsangebote grundlegend so verbessert werden, dass eine flächendeckende und patientenorientierte Versorgung sichergestellt und die Patientenautonomie bei der Wahl der koordinierenden Psychotherapeut*in oder Ärzt*in gestärkt werden kann. Hierfür ist es erforderlich, in der Richtlinie auch Vertragspsychotherapeut*innen und Vertragsärzt*innen mit reduziertem Versorgungsauftrag bei der Koordination der Versorgung zu berücksichtigen. Die Regelungen der Richtlinie sind ferner patientenorientiert so weiterzuentwickeln, dass vorbestehende Behandlungsbeziehungen, aber auch Vorbefunde aus der ambulanten sowie der stationären und teilstationären Versorgung systematisch berücksichtigt, die Patientenautonomie gestärkt und Belastungen der Patient*innen durch vorgeschriebene Mehrfachuntersuchungen vermieden werden. Unnötige Belastungen für Patient*innen durch vorgegebene wiederholte Untersuchungen und differenzialdiagnostische Abklärungen, die bereits während einer vorangegangenen Krankenhausbehandlung oder im Zuge der psychotherapeutischen Sprechstunde bei einer Psychotherapeut*in durchgeführt wurden, dürfen nicht durch Regelungen in der Richtlinie vorgeschrieben werden. Wertvolle Versorgungskapazitäten der Vertragspsychotherapeut*innen, Vertragsärzt*innen sowie der weiteren an der Versorgung beteiligten Einrichtungen

und Gesundheitsberufe dürfen nicht durch Redundanzen und andere Ineffizienzen gebunden werden. Die Notwendigkeit einer somatischen Mitbehandlung darf nicht die Patientenautonomie bei der Wahl der Bezugspsychotherapeut*in einschränken.

Regelungen, die dazu führen, dass Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit halben Praxissitzen von zentralen Aufgaben der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V ausgeschlossen werden, widersprechen dem verfassungsrechtlichen Auftrag auf Beseitigung bestehender Diskriminierungen fundamental. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird dadurch nachhaltig beeinträchtigt. Drei Viertel der Psychotherapeut*innen und zwei Drittel der psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen sind weiblich und von der Regelung besonders betroffen. Trotzdem schließt die KSVPsych-Richtlinie Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit einem reduzierten Versorgungsauftrag davon aus, die zentrale Koordinierungsrolle in der Komplexversorgung übernehmen zu können.

Gerade in ländlichen und strukturschwachen Regionen führen die derzeit bestehenden Regelungen dazu, dass sich Netzverbände zum Teil gar nicht erst gründen können oder deren Versorgungskapazitäten völlig unzureichend sind, weil psychotherapeutische und ärztliche Praxen fehlen, die die Koordination in der Komplexversorgung übernehmen können. Ferner werden Patient*innen in der Wahl ihrer Bezugspsychotherapeut*in oder Bezugsärzt*in als zentrale Ansprechpartner*in, die ihre Versorgung organisiert und koordiniert, massiv eingeschränkt. In zahlreichen Fällen werden ggf. über Jahre bestehende Behandlungsbeziehungen nicht berücksichtigt. Die am 21. März 2024 beschlossene Richtlinie für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf liefert eine Blaupause, wie einige dieser zentralen Hürden erfolgreich vermieden werden können, die derzeit eine flächendeckende Umsetzung des Versorgungsangebots für Erwachsene verhindern. Um die erforderliche umfassende Anpassung der Richtlinie für Erwachsene zeitnah sicherzustellen, sollte der Auftrag des G-BA zur Überarbeitung der Richtlinie für Erwachsene in § 92 Absatz 6b SGB V entsprechend konkretisiert werden.

3.2.2 Versorgungsbedürfnisse von schwer psychisch kranken Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Komplexbehandlung berücksichtigen – Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

In § 92 Absatz 6b SGB V wird ein neuer Satz 4 eingefügt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(...)

*(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen. **Für versicherte Kinder schließt die Versorgung nach der Richtlinie nach Satz 1 den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen nach § 43a, ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.***

(6c) ...“

Ergänzungsvorschlag zu § 43a SGB V

In § 43a SGB V wird ein neuer Absatz 3 eingefügt:

„§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

(1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.

(3) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.“

Begründung:

Unter Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen gibt es eine relevante Gruppe von Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen, die einer strukturierten und koordinierten,

multiprofessionellen Komplexbehandlung bedürfen. Durch entsprechende ambulante multiprofessionelle Versorgungsangebote können diese Patient*innen in ihrem Lebensumfeld behandelt und stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt werden. Die am 21. März 2024 vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie hat hierfür eine wichtige Grundlage geschaffen. Der dabei beschlossene Ausschluss der parallelen Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung gemäß § 43a SGB V birgt jedoch das Risiko, dass spezifische Versorgungsbedarfe von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen hierdurch nicht ausreichend adressiert werden können. Neben den psychotherapeutischen und ärztlichen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch ergänzende heilpädagogische, psychologische und psychosoziale Maßnahmen, die derzeit über die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erbracht werden können. Der Anspruch auf diese Leistungen sollte daher explizit auch in § 92 Absatz 6b SGB V verankert werden.

Im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V sollten dabei auch die koordinierenden Psychotherapeut*innen bei Kindern und Jugendlichen notwendige nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen veranlassen und verantworten können. Hierzu sollte in § 43a SGB V ergänzt werden, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V auch einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen erhalten, die unter psychotherapeutischer oder ärztlicher Verantwortung erbracht werden. Um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern, ist bereits in § 43a SGB V der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ verankert. Gerade für versicherte Kinder mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf greifen diese Regelungen bislang jedoch noch zu kurz. Der komplexe psychotherapeutische Behandlungsbedarf kann in den sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert werden. Da die Vernetzungen und Kooperationen mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielfach unzureichend sind und vor dem Hintergrund der regionalen Verteilung der Praxen, die Versorgung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung leisten (SPV-Praxen), steht in vielen Regionen kein wohnortnahes Versorgungsangebot zur Verfügung.

3.3.3 Versorgungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung und schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt ausbauen

Ergänzungsvorschlag zu § 101 SGB V

In § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 6 SGB V wird ein neuer Satz 2 eingefügt:

„§ 101 Überversorgung

(1)

*6. Ausnahmeregelungen zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 im Fall eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs; für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang soll eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden. **Für Praxen, die an der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b teilnehmen, ist eine Vergrößerung des Praxisumfangs auf bis zu 175 Prozent des Fachgruppendurchschnitts zulässig, soweit diese der Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b oder der psychotherapeutischen Anschlussbehandlung nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung dient.***

(...)“

Begründung:

Die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ist schon heute von langen Wartezeiten und einem Mangel an Behandlungsplätzen geprägt. Die Entwicklung der Netzverbände, welche dieses neue Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Versicherte aufbauen sollen, kommt nur sehr schleppend voran. Ein Mangel an Behandlungskapazitäten für die ambulante Komplexbehandlung ist absehbar, auch wenn es künftig gelingen sollte, dass sich bundesweit vermehrt Netzverbände gründen. Selbst in Regionen, in denen heute der Aufbau von Netzverbänden gelingt, stehen die erforderlichen Behandlungsangebote den Patient*innen in vielen Fällen nicht zeitnah zur Verfügung. In der Richtlinie definierte Fristen können mangels freier Behandlungskapazitäten häufig nicht eingehalten werden. Darüber hinaus gelingt es noch zu häufig nicht, Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung zeitnah in eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung zu vermitteln. Über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie können Psychotherapeut*innen darin unterstützt werden, die benötigten zusätzlichen Behandlungskapazitäten für schwer psychisch erkrankte Patient*innen gezielt aufzubauen. Dies betrifft sowohl Patient*innen, die einer strukturierten, koordinierten und berufsgruppenübergreifenden ambulanten Versorgung von schwer psychisch erkrankten Versicherten mit einem

komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf gemäß § 92 Absatz 6b SGB V bedürfen, als auch Patient*innen, bei denen ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach einer Krankenhausbehandlung wegen einer psychischen Erkrankung dringend erforderlich ist. Die vorgeschlagene Regelung erlaubt es den Praxen durch Anstellung und Jobsharing, die Behandlungskapazitäten für diese Patientengruppen deutlich zu erhöhen, die Praxisstrukturen für eine berufsgruppenübergreifende, stärker vernetzte Versorgung weiterzuentwickeln und damit eine zeitnahe Versorgung dieser Patientengruppen sicherzustellen. Die explizite Berücksichtigung von Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung gewährleistet darüber hinaus, dass das psychotherapeutische Versorgungsangebot für schwer psychisch erkrankte Patient*innen auch in Regionen ausgebaut werden kann, in denen eine Gründung von Netzverbänden noch nicht gelungen ist und einer Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V noch nicht angeboten werden kann. Dabei wird gewährleistet, dass die Ausweitung des Praxisumfangs ausschließlich der Versorgung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der ambulanten Weiterbehandlung von schwer psychisch erkrankten Patient*innen nach einer stationären, teilstationären oder stationsäquivalenten Krankenhausbehandlung dient.

3.2 Förderung von Anschlussbehandlung nach stationärer Behandlung

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 2 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(...)

*(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche **psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen** frühzeitig bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an*

*die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.
(...)“*

Begründung:

In vielen Fällen ist es insbesondere aus psychotherapeutischer Sicht sinnvoll, dass noch während der Krankenhausbehandlung die ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus vorgebahnt wird und die psychotherapeutischen Leistungen zur psychotherapeutischen Differenzialdiagnostik und Behandlungsplanung sowohl in den Räumen des Krankenhauses als auch in den vertragspsychotherapeutischen Praxen durchgeführt werden können. Hierdurch kann auch besser gewährleistet werden, dass sich eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nahtlos an die psychiatrische oder psychosomatische Krankenhausbehandlung anschließt. Sollte sich in den Erstgesprächen herausstellen, dass zum Beispiel eine vertrauensvolle Patient*in-Psychotherapeut*in-Beziehung nicht aufgebaut werden kann oder das angebotene Psychotherapieverfahren für die Patient*in nicht passt, kann zum Beispiel seitens des Krankenhauses frühzeitig eine Terminvereinbarung mit einer anderen niedergelassenen Psychotherapeut*in getroffen werden und die Patient*in bei der Organisation der erforderlichen Anschlussbehandlung unterstützt werden. Hierzu wird die Möglichkeit geschaffen, zusätzlich zu probatorischen Sitzungen auch psychotherapeutische Sprechstunden für eine umfassende Differenzialdiagnostik und die Entwicklung eines übergreifenden Behandlungsplans noch während der Krankenhausbehandlung durchzuführen.

Im Rahmen psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlungen werden bereits heute regelhaft Belastungserprobungen durchgeführt, um Patient*innen auf eine

geplante Entlassung vorzubereiten und ggf. auftretende Probleme therapeutisch bearbeiten zu können. In diesem Zusammenhang werden Patient*innen zum Beispiel stundenweise oder über Nacht von der Krankenhausbehandlung beurlaubt und erproben in der Zeit zum Beispiel, wie gut sie mit den Belastungen im häuslichen Umfeld umgehen und ihre gelernten Bewältigungsstrategien anwenden können und welche Schwierigkeiten dabei ggf. auftreten. Auch arbeitsbezogene Belastungserprobungen werden zu diesem Zwecke außerhalb des Krankenhauses durchgeführt. Diese Belastungserprobungen beginnen nicht selten bereits mehrere Wochen vor Entlassung aus dem Krankenhaus.

In diesem Sinne kann es für viele Patient*innen hilfreich sein, wenn sie für die bruchlose ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung entsprechende psychotherapeutische Sprechstunden und probatorische Sitzungen bei der weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeut*in erhalten und dazu sowohl die jeweilige psychotherapeutische Praxis aufsuchen können als auch entsprechende Leistungen von der weiterbehandelnden Vertragspsychotherapeut*in in den Räumlichkeiten des Krankenhauses erhalten. Im Falle des Aufsuchens der psychotherapeutischen Praxis könnte diese Belastungserprobung je nach individueller Belastbarkeit der Patient*in eigenständig oder in Begleitung durch Krankenhauspersonal oder gegebenenfalls auch einer ambulant tätigen Soziotherapeut*in durchgeführt werden. Für Patient*innen hätte dies zum einen den Vorteil, dass sie sich für eine ambulante Psychotherapie bei einer Psychotherapeut*in auf Basis der realen Behandlungserfahrung in den Räumlichkeiten der jeweiligen Praxis entscheiden könnten. Zum anderen würden Patient*innen durch den positiven Verlauf dieser Belastungserprobung darin bestärkt, dass sie in der Lage sind, eigenständig oder gegebenenfalls mit soziotherapeutischer Unterstützung Termine in der psychotherapeutischen Praxis wahrzunehmen.

Ergänzungsvorschlag zu § 87 SGB V

In § 87 Absatz 2c SGB V wird ein neuer Satz 11 eingefügt:

*„§ 87 Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab,
bundeseinheitliche Orientierungswerte*

(...)

*(2c) (...) **Bis zum [Datum einsetzen: sechs Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes] ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen ein Zuschlag in Höhe von 10 Prozent auf diejenigen psychotherapeutischen Leistungen vorzusehen, die im Rahmen einer Akutbehandlung oder einer neuen Richtlinienpsychotherapie erbracht wurden, die unter Berücksichtigung von Sprechstunden und probatorischen Sitzungen innerhalb von 14 Tagen nach***

***Entlassung aus einer stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbehandlung begonnen wurden. Der Zuschlag ist auf die Leistungen zu begrenzen, die im Quartal des Therapiebeginns und des Folgequartals erbracht werden.
(...)“***

Begründung:

Patient*innen, die wegen einer psychischen Erkrankung in einem psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhaus behandelt werden, bedürfen regelhaft einer unmittelbaren ambulanten Weiterbehandlung. Entsprechend der einschlägigen evidenzbasierten Leitlinien kommt dabei der ambulanten psychotherapeutischen Anschlussbehandlung eine zentrale Rolle zu. Die ersten Wochen nach Entlassung aus dem Krankenhaus stellen dabei ein besonderes Risiko für Rückfälle und erneute Symptomverschlechterungen dar, weshalb eine möglichst bruchlose Weiterbehandlung an den Sektorengrenzen für die Qualität des Versorgungsprozesses von zentraler Bedeutung ist. Die Krankenhäuser haben dabei im Rahmen des Entlassmanagements die Aufgabe, diese Überleitung in die ambulante Weiterbehandlung rechtzeitig während der stationären oder teilstationären Versorgung zu organisieren. Dennoch gelingt es noch immer nicht ausreichend, diesen Versorgungsprozess an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter vertragspsychotherapeutischer Versorgung so zu verbessern, dass eine leitliniengerechte Versorgung nach Entlassung aus dem Krankenhaus regelhaft sichergestellt werden kann. Zu viele Patient*innen erhalten mit einer Indikation für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbehandlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus keinen Therapieplatz oder können die psychotherapeutische Behandlung erst nach längeren Wartezeiten fortsetzen. Die kurzfristige Bereitstellung von ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplätzen soll daher über einen entsprechenden Zuschlag auf die Behandlungsleistungen in dem Quartal des Behandlungsbeginns und dem Folgequartal gefördert werden. Damit soll nicht nur die kurzfristige Bereitstellung von Terminen für die Sprechstunde und Probatorik, sondern insbesondere auch eines regulären Behandlungsplatzes gefördert werden, der eine ambulant-intensive Anschlussbehandlung unmittelbar nach Entlassung gewährleistet. Zuschlagsfähig sind die psychotherapeutischen Leistungen der Sprechstunde und Probatorik nur dann, wenn sich daran auch der Beginn einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Richtlinienpsychotherapie angeschlossen hat. Für die Gewährleistung einer zeitnahen ambulanten Weiterbehandlung ist zugleich maßgeblich, dass die erste psychotherapeutische Leistung zur Einleitung einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus erbracht wurde.

3.3 Aufsuchende psychotherapeutische Angebote ermöglichen

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 4 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(...)

*(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, **zur Einrichtung aufsuchender psychotherapeutischer Sprechstunden, aufsuchender probatorischer Sitzungen, aufsuchender Akutbehandlung und aufsuchender Richtlinienpsychotherapie in den Lebenswelten der Patienten**, zur Förderung von Gruppentherapien und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.*

(...)“

Begründung:

Für bestimmte Patientengruppen ist der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung auch dadurch erschwert, dass für sie das Aufsuchen einer Praxis mit teilweise erheblichen Hürden verbunden ist. Dies betrifft zum Beispiel ältere und alte Menschen, die in Pflegeheimen leben, oder immobile Menschen, die ohne Unterstützung Wege nicht selbstständig zurücklegen können. Auch für Kinder und Jugendliche, insbesondere solche, die in ländlichen Regionen leben, können lange Wege zur Psychotherapie eine Hürde sein, die eine regelmäßige Inanspruchnahme der Leistungen deutlich erschwert. Für diese Patientengruppen werden Versorgungsangebote in ihren Lebenswelten benötigt. Der G-BA wird daher zur Einrichtung aufsuchender psychotherapeutischer Leistungen aufgefordert. Dadurch kann es zum Beispiel ermöglicht werden, dass psychotherapeutische Sprechstunden in Schulen und Kindertageseinrichtungen oder psychotherapeutische Behandlungen in Pflegeheimen oder in den Einrichtungen der stationären Jugendhilfe durchgeführt werden können. Dadurch kann der Zugang bisher benachteiligter Patientengruppen zur psychotherapeutischen Versorgung verbessert werden.

3.4 Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche – Mindestanzahl absenken

Ergänzungsvorschlag zu § 92 SGB V

§ 92 Absatz 6a SGB V wird in Satz 4 wie folgt ergänzt:

„§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

(...)

(6a) In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln; der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können erforderliche probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b. Die Richtlinien nach Satz 1 haben darüber hinaus Regelungen zu treffen über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien nach Satz 1 Regelungen

*zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, zur Förderung von Gruppentherapien, **einschließlich sehr kleiner Gruppen ab zwei Teilnehmern**, und der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens. Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Ergänzung der Richtlinien nach Satz 1 Regelungen zur weiteren Förderung der Gruppentherapie und der weiteren Vereinfachung des Gutachterverfahrens; für Gruppentherapien findet ab dem 23. November 2019 kein Gutachterverfahren mehr statt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.
(...)“*

Begründung:

Gruppenpsychotherapie stellt ein wichtiges Element in der psychotherapeutischen Versorgung dar. Die Regelungen zur Durchführung von Gruppentherapien sollten jedoch so ausgestaltet sein, dass Psychotherapeut*innen diese tatsächlich auch durchführen können. Hierbei sollte beachtet werden, dass bei der Zusammenstellung einer Gruppe nicht nur die Art der psychischen Erkrankung einbezogen wird, sondern – insbesondere im Kindes- und Jugendalter – auch das Alter der Patient*innen. Insbesondere in ländlichen Regionen ist es daher häufig schwierig, eine ausreichende Anzahl an Patient*innen zu finden, die gemeinsam in einer Gruppe behandelt werden können, nicht zuletzt, wenn lange Anfahrtswege vermieden werden sollen. Deshalb soll die Durchführung von Gruppenpsychotherapien auch mit nur zwei Patient*innen erneut ermöglicht werden. Seit 2016 beträgt die Mindestgröße für Gruppentherapien drei Patient*innen. Zuvor konnten zumindest verhaltenstherapeutische Gruppentherapien bei Kindern und Jugendlichen bereits ab zwei Patient*innen durchgeführt werden. Durch die Absenkung der Mindestgruppengröße auf zwei Patient*innen könnte das Risiko gesenkt werden, dass Gruppenstunden aufgrund von Terminabsagen ausfallen oder spezifische Gruppentherapien gar nicht erst begonnen werden können. Aktuell müssen beispielsweise in einer Gruppe mit regulär drei Patient*innen Gruppenstunden ausfallen, sobald eine Patient*in einen Gruppentermin absagt. Gruppentherapien für relativ seltene psychische Erkrankungen (zum Beispiel Autismusspektrumsstörungen) können wegen Unterschreitens der Mindestgröße mitunter nicht durchgeführt oder müssen unterbrochen werden.

4 Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildung

Am 1. September 2020 trat die Reform der Psychotherapeutenausbildung in Kraft. Ziel ist „eine qualifizierte, patientenorientierte, bedarfsgerechte und flächendeckende psychotherapeutische Versorgung auf dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse“. Die mit der Reform erwarteten positiven Effekte werden jedoch nur erreicht, wenn nach dem neu geregelten Studium und der Approbation Psychotherapeut*innen eine Weiterbildung absolvieren können. Eine abgeschlossene Fachgebietsweiterbildung ist die Voraussetzung für die Teilnahme an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung.

Seit Herbst 2022 gibt es Psychotherapeut*innen, die das neue Studium bereits absolviert oder die Approbation aufgrund einer vergleichbaren, im Ausland erworbenen Qualifikation erhalten haben. Ab Herbst 2024 wird es rund 1.000 und ab 2025 jährlich mindestens ca. 2.500 neu approbierte Psychotherapeut*innen geben, die eine Weiterbildungsstelle brauchen, weil sie nur über eine Weiterbildung die Fachkunde für die GKV-Versorgung erwerben können.

Damit die Weiterbildung rechtzeitig geregelt ist, hat der 40. Deutsche Psychotherapeutentag bereits vor zwei Jahren die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen vollständig verabschiedet. Elf von zwölf Landespsychotherapeutenkammern haben auf dieser Grundlage bereits ihre Weiterbildungsordnungen beschlossen. Mit der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörden wurden dadurch auch die landesrechtlichen Voraussetzungen zur Umsetzung der Reform geschaffen.

Einrichtungen brauchen jetzt angemessene Rahmenbedingungen, um Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW) beschäftigen zu können. Die Finanzierung der Weiterbildung müsste schon längst sichergestellt sein, damit die benötigten Weiterbildungsstellen zur Verfügung stehen. Deshalb ist gesetzgeberisches Handeln dringend erforderlich.

Die Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen findet obligatorisch sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung statt. Die ambulante Weiterbildung kann insbesondere in ermächtigten Einrichtungen (Weiterbildungsambulanzen) und in den Praxen von niedergelassenen Psychotherapeut*innen mit Weiterbildungsbefugnis stattfinden. Die stationäre Weiterbildung ist insbesondere in Krankenhäusern bzw. Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtrehabilitation zu absolvieren. Allein auf der Grundlage der heutigen Leistungsvergütung der weiterbildenden Einrichtungen ist eine ausreichende Anzahl von Weiterbildungsplätzen nicht sicherzustellen. Mit den abrechenbaren Versorgungsleistungen durch angestellte PtW können in der ambulanten Weiter-

bildung keine Gehälter bezahlt werden, die mit Gehältern von PtW im Krankenhaus vergleichbar sind, und zugleich die notwendigen Weiterbildungselemente wie Theorie, Selbsterfahrung und Supervision finanziert werden. Die PtW mit Eigenbeiträgen an der Weiterbildung zu beteiligen, würde den landesrechtlichen Voraussetzungen widersprechen, nach denen Weiterbildung in hauptberuflicher Tätigkeit stattfindet.

In der stationären Weiterbildung gibt es einen Förderbedarf, weil Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Darüber hinaus ist ein massives Versorgungsproblem in den Einrichtungen zu erwarten, wenn es aufgrund des Auslaufens dieses Ausbildungsgangs sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben wird. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Es ist zu befürchten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann, wenn die PtW die Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend ersetzen können.

Ohne eine finanzielle Förderung der ambulanten und stationären Weiterbildung ist eine standardgemäße psychotherapeutische Versorgung in Deutschland nicht gesichert. Es bedarf deshalb weitergehender Instrumente zur Finanzierung der ambulanten und stationären Weiterbildung. Notwendig sind verbindliche bundesgesetzliche Vorgaben.

4.1 Finanzierung der ambulanten Weiterbildung

Vor dem Hintergrund, dass die PtW ihre Weiterbildung sowohl in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als auch in Ambulanzen absolvieren werden, werden jeweils spezifische Finanzierungsregelungen in § 75a SGB V und § 117 Absatz 3c, § 120 Absätze 2 und 3 SGB V sowie in § 32 Ärzte-ZV vorgeschlagen.

4.1.1 Weiterbildung in Praxen und MVZ

§ 75a SGB V wird um folgenden Absatz 10 ergänzt:

„(10) Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit 1.500 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 300 Weiterbildungsstel-

len für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 75 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie, zu fördern.

Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt.

Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird und das Benehmen nach Absatz 4 Satz 3 mit der Bundespsychotherapeutenkammer herzustellen ist.“

Begründung

Zur Kompensation der Finanzierungslücke wird für die ambulante Weiterbildung der Psychotherapeut*innen in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren eine Regelung angelehnt an die Regelungen zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und in den grundversorgenden Gebieten der fachärztlichen Versorgung gemäß § 75a Absätze 1 bis 9 SGB V vorgeschlagen. Die Erweiterung des § 75a SGB V um einen Absatz 10 ist dabei präzise und systemkonform.

Satz 1 trägt mit einem angenommenen Bedarf von 1.500 Weiterbildungsstellen dem Umstand Rechnung, dass die Ambulanzen der heutigen Ausbildungsstätten nach § 28 PsychThG als Weiterbildungsstätten gemäß § 117 Absatz 3b Satz 2 SGB V die ambulante Weiterbildung nicht vollständig leisten können.

Nachdem die Muster-Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen eine eigenständige Gebietsbezeichnung „Fachpsychotherapeutin/Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche“ und eine Gebietsbezeichnung für Neuropsychologische Psychotherapie vorsieht und ein besonderes Interesse an einer ausreichenden Zahl von Leistungserbringer*innen gerade auch in diesen Gebieten besteht, sollen Kapazitäten förderfähiger Stellen für die entsprechenden ambulanten Weiterbildungsabschnitte in diesen Gebieten vorgehalten werden. Stellen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen sind auch in § 75a Absatz 9 Satz 2 SGB V vergleichbar geregelt. Die Quote von 20 Prozent (bezogen auf die aktuelle Regelung) bzw. 300 Stellen folgt der Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses in § 25 Absatz 1 Nummer 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, 20 Prozent der Versorgungsaufträge für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zu reservieren.

Satz 2 stellt klar, dass die geförderten Weiterbildungsstellen nicht nach der Zahl der Anstellungsverhältnisse, sondern nach Vollzeitstellenäquivalenten gezählt werden. Das entspricht schon heute der Vereinbarung zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Deutscher Krankenhausgesellschaft und GKV-SV nach § 75a Absatz 4 SGB V.

In der Sache beschränkt sich die Förderung nach Absatz 10 auf den verpflichtend ambulanten Weiterbildungsabschnitt nach der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer. Deshalb ist es gemäß **Satz 3** abweichend von § 75a Absatz 4 Satz 1 SGB V nicht erforderlich, eine dreiseitige Vereinbarung unter Beteiligung der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu schließen; überdies braucht es statt des in § 75a Absatz 4 Satz 2 SGB V vorgesehenen Benehmens mit der Bundesärztekammer die Einbindung der Bundespsychotherapeutenkammer. Wie § 75a Absatz 9 Satz 1 SGB V verweist Absatz 10 insoweit auf die Absätze 1 und 4 bis 8, modifiziert aber die Beteiligung am Vertragsgeschehen.

Im Übrigen sind die bereits bestehenden Regelungen entsprechend anzuwenden. Dies schließt den Verweis auf § 75a Absatz 1 Satz 4 SGB V zur Förderhöhe ein. Die Förderung hat die im Krankenhaus dann übliche Vergütung einer approbierten Psychotherapeut*in zu ermöglichen, die als Arbeitnehmer-Brutto auszuzahlen ist. Die Konkretisierung der Förderhöhe erfolgt durch die Vertragspartner*innen nach Absatz 10. Die Förderhöhe muss nicht zwingend einer Vollförderung des Arbeitnehmer-Bruttogehaltes gleichkommen. Sie kann auch berücksichtigen, dass wesentliche Teile der Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), also „extrabudgetär“, vergütet werden. Solange dies so ist, kann ein Teil des Mehrbedarfs für die Schaffung eines Weiterbildungsplatzes auch aus den Leistungsentgelten finanziert werden.

Sollte die Höhe der Zuschüsse eine im Krankenhaus übliche Vergütung nicht ermöglichen, müsste sichergestellt sein, dass von den PtW erbrachte Leistungen auch zusätzlich zu den Leistungen der Weiterbildungsbefugten vergütet werden.

In § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV wird ein neuer Satz 2 eingefügt. Der bisherige Satz 2 wird zu Satz 3:

„(3) Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Ziffer 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist eine Vergrößerung des Praxisumfangs auf das 1,5-fache der Vollaustattung einer Vertragspsychotherapeutenpraxis zuläs-

sig. *In den Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch hat die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festzulegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.“*

Begründung:

Für die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in Verbindung mit § 75a SGB V existiert in Satz 2 bereits eine Ausnahmeregelung für die allgemeinmedizinische Weiterbildung und die Weiterbildung in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung.

Eine Ausnahmeregelung ist auch für die psychotherapeutische Weiterbildung erforderlich. Die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in der psychotherapeutischen Praxis führt typischerweise zu einer Vergrößerung der vertragspsychotherapeutischen Praxis. Von einer unzulässigen Vergrößerung der Vertragsarztpraxis wird dabei schon dann ausgegangen, wenn ein Zuwachs von Fallzahlen der Praxis von mehr als 25 Prozent eintritt. Da die Weiterbildungsassistent*in aber zwingend eigene und damit neue Patient*innen zu behandeln hat, wird ein solcher Fallzahlenanstieg regelhaft erreicht bzw. deutlich überschritten. Zudem hat die Weiterbildung nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder in Vollzeit- oder Teilzeittätigkeit zu erfolgen. Zu erwarten ist deshalb gleichermaßen der unzulässige übergroße Praxisumfang. In der Praxis wird dies dazu führen, dass gerade diejenigen vertragspsychotherapeutischen Praxen, die wegen der dort behandelten Vielzahl von (unterschiedlichen) Fällen besonders geeignet sind, Weiterbildungsassistent*innen zu beschäftigen, davon abgehalten werden.

Ohne eine entsprechende Ausnahmeregelung, die auch die Beschäftigung von Weiterbildungsassistent*innen in der vertragspsychotherapeutischen Praxis nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung und der Heilberufe- und Kammergesetze der Länder ermöglicht, ist zu befürchten, dass Vertragspsychotherapeut*innen aus finanziellen Erwägungen davon Abstand nehmen müssen, sich an der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in zu beteiligen und damit auch langfristig keine Weiterbildung in vertragspsychotherapeutischen Praxen stattfindet. Daher sollte eine Regelung eingefügt werden, die für

die Beschäftigung von Psychotherapeut*innen im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in in vertragspsychotherapeutischen Praxen eine Vergrößerung des Praxisumfanges für zulässig erklärt.

Ein übergroßer Praxisumfang wird üblicherweise von der Rechtsprechung angenommen, wenn eine Fallzahl erreicht wird, die in etwa zweimal oder jedenfalls zweieinhalbmal so groß ist wie im Durchschnitt der Fachgruppe. Die Heterogenität der Fachgruppe der Psychotherapeut*innen führt jedoch dazu, dass dieser Fachgruppendurchschnitt kein sachgerechtes Anknüpfungskriterium ist. Die besondere Problematik des Verbots von „Vergrößerung der Vertragsarztpraxis“ oder „Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs“ in Zusammenhang mit Psychotherapeut*innen ist in der Rechtsprechung bereits anerkannt. In einem Urteil vom 9. Mai 2018 (L 7 KA 76/14) wurde daher auch vom Landessozialgericht Berlin-Brandenburg entschieden, dass ein übergroßer Praxisumfang im Sinne von § 32 Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV bei Psychotherapeut*innen anhand der sogenannten „Vollauslastungsgrenze“ zu bestimmen ist: *„Aus Sicht des Senats spricht daher viel dafür, bei ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Vertragsärzten und Psychotherapeuten einen übergroßen Praxisumfang schon ab dem 1,5-fachen der Vollauslastung, das heißt bei 841.725 Punkten, anzunehmen“*. Die zulässige Vergrößerung des Praxisumfangs auf das 1,5-fache der Vollauslastung im Fall der Beschäftigung einer Assistent*in im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in ist daher sachgerecht. Grundlage der Berechnung der Vollauslastung ist die Annahme, dass eine Psychotherapeut*in unter Berücksichtigung von Feiertagen, Urlaub, Fortbildungsmaßnahmen und psychotherapeutischen „Nebenleistungen“ in 43 Arbeitswochen im Jahr jeweils maximal 36 Sitzungen der Richtlinienpsychotherapie im Umfang von 50 Minuten Dauer durchführen kann. Der Vorschlag lautet daher, eine Vergrößerung des Praxisumfangs grundsätzlich auf das eineinhalbfache der Vollauslastung einer Vertragspsychotherapeutenpraxis im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in für zulässig zu erachten.

4.1.2 Weiterbildung in Ambulanzen

§ 117 Absatz 3c SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„(3c) Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis ~~3ba~~ erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus-~~oder Weiter~~bildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens

40 Prozent an den jeweiligen Aus~~oder-Weiter~~bildungsteilnehmenden auszu- zahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Aus~~oder-Weiter~~bildungsteilneh- mernenden zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszahlenden Ver- gütungsanteils, erstmalig bis zum 31. Juli 2021, mitzuteilen. Die Bundespsy- chotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mit- geteilten Angaben zu veröffentlichen.“

§ 120 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V werden neu gefasst:

*(2) Die Leistungen der Hochschulambulanzen, **der Ambulanzen der Weiterbil- dungsstätten nach § 117 Absatz 3b**, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet.*

*Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Hochschulen oder Hoch- schulkliniken, **den Weiterbildungsstätten**, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Kran- kenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden.*

*Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, **der Ambulanzen der Weiterbildungsstätten**, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der so- zialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirt- schaftlicher Betriebsführung gewährleisten.*

Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen sind die Grunds- ätze nach Absatz 3 Satz 4 erstmals bis zum 1. Juli 2017 und danach jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der Anpassung der Grundsätze nach Absatz 3 Satz 4 zu berücksichtigen.

Bei den Vergütungsvereinbarungen für Hochschulambulanzen nach Satz 2 sind Vereinbarungen nach Absatz 1 a Satz 1 zu berücksichtigen.

Die Vereinbarungen nach Satz 2 über die Vergütung von Leistungen der sozi- alpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren sind, auf Grund der besonderen Situation dieser Einrichtungen durch die SARS CoV-2- Pandemie, bis zum 20. Juni 2020 vorübergehend anzupassen.

Abweichend von den Sätzen 2 und 3 soll die Vergütung der Leistungen, die die psychiatrischen Institutsambulanzen im Rahmen der Versorgung nach der

Richtlinie de Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6 b erbringen, nach den entsprechenden Bestimmungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgen.

(3) Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden.

Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden.

Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen und ist auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.

§ 295 Absatz 1 b Satz 1 gilt entsprechend.

Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird für die Hochschulambulanzen, die psychiatrischen Institutsambulanzen, die sozialpädiatrischen Zentren und die medizinischen Behandlungszentren von den Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3, für die sonstigen ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Satz 1 vereinbart.

Die Vertragsparteien nach § 301 Absatz 3 vereinbaren bis zum 23. Januar 2016 bundeseinheitliche Grundsätze, die die Besonderheiten der Hochschulambulanzen angemessen abbilden, insbesondere zur Vergütungsstruktur und zur Leistungsdokumentation.

Begründung:

Die Vergütung der ermächtigten Einrichtungen und die Vergütung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ist in § 117 Absatz 3c SGB V geregelt. Dort ist vorgesehen, dass für die Vergütung im Grundsatz § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 SGB V gilt, und zwar mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. Durch das Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. Juli 2021 (BGBl. I S. 2754) wurde § 117 Absatz 3c Satz 3 SGB V neu gefasst. Die Ambulanzen sind danach verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch

einen Weiterbildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Weiterbildungsteilnehmenden auszu zahlen. Diese Regelung wird den veränderten rechtlichen Rahmenbedingungen der Weiterbildung im Vergleich zur Ausbildung in keiner Weise gerecht.

Während die Sozialversicherungsträger mehrfach die Sozialversicherungsfreiheit der Tätigkeit von Ausbildungsteilnehmenden an den Trägern der Ausbildungsstätten nach § 28 PsychThG festgestellt haben, bestehen mit den PtW sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse. Die PtW werden nach den Vorgaben der Heilberufsgesetze und dem gesetzgeberischen Willen zur Reform der Psychotherapeutenausbildung im Rahmen eines befristeten Arbeitsvertrages an der Weiterbildungsstätte tätig. Die Vergütung konkreter einzelner Leistungen, deren monatliche Verteilung unterschiedlich sein kann, lässt sich nicht mit der feststehenden monatlichen Entlohnung auf der Grundlage einer Anstellung in Einklang bringen.

Darüber hinaus können mit den Anteilen an der Vergütung der Behandlungsstunden, die zur Weiterleitung an die Weiterbildungsteilnehmenden vorgesehen sind, die Entgeltansprüche der Weiterbildungsteilnehmenden im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses auch unter Berücksichtigung höherer Mindestanforderungen an die Zahl der Behandlungsstunden nicht bedient werden, sofern nicht die derzeitige mit den Ausbildungsstätten vereinbarte Vergütung erhöht wird.

Im ambulanten Versorgungsbereich sind bei einer zweijährigen Weiterbildung in Vollzeit circa 1.600 Behandlungsstunden vorgesehen. Bei Zugrundelegung von 43 Wochen im Jahr (unter Berücksichtigung von Feiertagen und Urlaub) ist von maximal 18,6 Behandlungsstunden in der Woche, dies entspricht 800 Behandlungsstunden im Jahr, auszugehen. Der Zeitbedarf für eine Behandlungsstunde wird von Walendzik/Wasem mit 100 Minuten angegeben, wobei die Kalkulationszeit 60 Minuten und die Arbeitsproduktivität des PtW 60 Prozent beträgt (Walendzik/Wasem; Gutachten „Organisations- und Finanzierungsmodelle für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung nach dem Approbationsstudium“, S. 40). Der tatsächliche Zeitbedarf der PtW für 18,6 Behandlungsstunden läge demnach bei 31 Stunden pro Woche. Der Zeitbedarf für die Weiterbildungselemente (Theorie, Selbsterfahrung, Supervision) wird mit 6,6 Stunden wöchentlich beziffert (Walendzik/Wasem ebd.). Daneben sind in der Weiterbildung unter qualitativen Gesichtspunkten Zeitkontingente für offene Lernsituationen, Erfahrungslernen und individuelle Lernkurven erforderlich (Walendzik/Wasem ebd., S. 45).

Bei Zugrundelegung einer Vergütung angelehnt an den TV-L, EG 14, Stufen 1 und 2 (diese sehen im ersten Jahr ein Monatsgehalt von 4.543 Euro und ab dem zweiten Jahr 4.886 Euro brutto zzgl. Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung vor), erscheint es ausgeschlossen, dass eine Vergütung der PtW allein über einen Anteil der Leistungsvergütung durch die Krankenkassen auf Grundlage (allein) einer EBM-Vergütung gelingen kann. Unter der Annahme, dass (durchschnittlich) circa 67 Behandlungsstunden je Monat von den PtW erbracht werden, würde sich bei Zugrundelegung des Mindestanteils von 40 Prozent ein Erlös von circa 2.680 Euro pro Monat (40 Prozent von 100 Euro/Sitzung [ungefähre Vergütung nach dem EBM] x 67 Sitzungen) ergeben.

Bei Zugrundelegung eines monatlich für die PtW von der Weiterbildungsstätte aufzuwendenden Betrags von 5.658 Euro (Bruttogehalt in Höhe von durchschnittlich 4.715 Euro zzgl. 20 Prozent Arbeitgeberanteil zur Sozialversicherung nach TV-L, EG 14, Stufen 1 und 2) und eines für diese Kosten vorgesehenen Anteils an der (durchschnittlichen) Vergütung eines Weiterbildungsteilnehmenden im Monat von 2.680 Euro ergibt sich eine Finanzierungslücke von ca. 2.978 Euro je PtW im Monat, die bei den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigt werden muss.

Um auf der Grundlage einer systematisch stimmigen Regelung die skizzierte Finanzierungslücke zu schließen und den Weiterbildungsambulanzen eine Kostendeckung bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu ermöglichen, werden folgende Änderungen des § 117 Absatz 3c SGB V sowie des § 120 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V vorgeschlagen:

Verortung der Regelungen im SGB V

Die Regelungen über die Vergütung der Leistungen der Ambulanzen der künftigen Weiterbildungsstätten ist aus der Regelung in § 117 Absatz 3c SGB V herauszunehmen und in § 120 SGB V zu überführen. Damit wird die Vergütung der Ambulanzen rechtssystematisch an derselben Stelle verortet wie die Vergütung der Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädiatrischen Zentren und medizinischen Behandlungszentren, sodass klargestellt ist, dass die Vergütung auch bei den Weiterbildungsambulanzen die Leistungsfähigkeit bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten hat.

Aus § 117 Absatz 3c SGB V werden alle Formulierungen mit Bezug zur Weiterbildung gestrichen und die Regelungen in § 120 Absätze 2 und 3 SGB V werden um entsprechende Formulierungen für die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten nach § 117 Absatz 3b SGB V ergänzt.

Vergütungsregelungen – Neufassung des § 120 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V

Für den Bereich der Ausbildung ist aktuell überwiegend zwischen den Ausbildungsstätten bzw. deren Ambulanzen und den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen nach Maßgabe des § 117 Absatz 3c Satz 1 i. V. m. § 120 Absatz 2 Sätze 1, 2 SGB V eine Vergütung von Einzelleistungen nach dem EBM vereinbart. Diese Vereinbarungen folgen der Maßgabe, dass eine „Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll“. Eine Einzelleistungsvergütung allein nach dem EBM mit den in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Punktwerten kann jedoch die Sicherstellung der Weiterbildung nicht gewährleisten. Nach den gesetzlichen Vorgaben sind die PtW von den Weiterbildungsstätten sozialversicherungspflichtig zu beschäftigen und haben die Kosten der Weiterbildung (Theorie, Selbsterfahrung, Supervision) nicht selbst zu tragen.

Der Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung muss durch zusätzliche Finanzierungselemente und entsprechende Regelungen Rechnung getragen werden. Ein sinnvoller Ansatzpunkt für die Vereinbarung nach § 120 Absatz 2 und Absatz 3 SGB V ist dabei zwar nach wie vor, die im EBM vorgefundene Vergütungsstruktur. Die derzeitige Formulierung in § 117 Absatz 3c Satz 1 ist zur Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung jedoch nicht geeignet.

Mit der in Absatz 3 Satz 2 vorgeschlagenen Fassung wird der in den Vergütungsverhandlungen für die Ausbildungsambulanzen gelebten Praxis Rechnung getragen. Es wird jeweils auf den aktuellen Inhalt des EBM abgestellt.

Unabhängig davon ist in den Vergütungsverhandlungen der tatsächliche finanzielle Bedarf der Weiterbildungsstätten nach dem Vorbild der in § 120 SGB V genannten Leistungserbringer*innen zugrunde zu legen. Dabei sind wie bei den psychologischen Hochschulambulanzen sämtliche Kostenpositionen zu berücksichtigen. Grundlage der Bemessung der Vergütung muss daher eine Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der Einrichtung unter Berücksichtigung des Leistungsspektrums der Einrichtung sein. Ergebnis der Verhandlungen muss eine Kostendeckung sein bei wirtschaftlicher Betriebsführung. Das bedeutet auch, spezifischen Förderbedarfen Rechnung zu tragen, zum Beispiel für große versus kleine Weiterbildungsstätten oder für unterschiedliche Psychotherapieverfahren (Walendzik/Wasem).

Weiterhin muss die Höhe der Vergütung eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der PtW ermöglichen. Dies wird durch die Regelung in **Absatz 3 Satz 3** gewährleistet. Bisher sind in § 117 Absatz 3c SGB V keinerlei Vorgaben für die konkrete Höhe der Bezahlung der PtW enthalten außer der Vorgabe, einen Vergütungsanteil von mindestens 40 Prozent an

die PtW auszuzahlen. Im Gegensatz dazu regelt § 75a Absatz 1 Satz 2 SGB V im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin, aber auch § 75 Absatz 9 SGB V für die grundversorgenden Gebiete der fachärztlichen Versorgung eine Förderung auf der Grundlage „der im Krankenhaus üblichen Vergütung“. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-SV haben dies in der Vereinbarung nach § 75a Absatz 4 SGB V so konkretisiert, dass Grundlage der Tarifvertrag Ärzte der Vereinigung kommunaler Arbeitgebervereine (VKA) auf Basis einer Wochenarbeitszeit von 40 Stunden ist. Auch den ermächtigten Einrichtungen muss eine tarifanaloge Entlohnung der PtW ermöglicht werden. Diese kann nicht als unwirtschaftlich eingestuft werden.

Die Regelung in **Absatz 3 Satz 3** ist als Schutzregelung für die PtW erforderlich, damit die Vergütungsverhandlungen nach § 120 SGB V nicht so geführt werden, dass den PtW ein Anteil der Arbeitszeit für die Erbringung abrechnungsfähiger Leistungen abverlangt wird, der für die weiteren obligatorischen Bestandteile der Weiterbildung wie Supervision, Selbsterfahrung und Theorievermittlung nicht mehr ausreichend Raum lässt.

Legt man den Zeitaufwand der PtW für diese Weiterbildungsbestandteile zugrunde (siehe Walendzik/Wasem), ergibt sich über die gesamte Dauer der Weiterbildung eine Obergrenze von 50 Prozent für die verbleibende Leistungszeit. Dies schließt die Zeit im unmittelbaren Patientenkontakt zuzüglich der erforderlichen Vor- und Nachbereitung im Sinne der Kalkulationszeit ein. Der Durchschnittswert bildet die zunehmende Erfahrung der PtW ab.

4.2 Finanzierung der stationären Weiterbildung

§ 3 Absatz 3 BPfIV wird wie folgt geändert:

„... Bei der Vereinbarung sind insbesondere zu berücksichtigen: ...

7. für die Dauer der praktischen Tätigkeit die Vergütungen der Ausbildungsteilnehmerinnen und Ausbildungsteilnehmer nach Maßgabe des § 27 Absatz 4 des Psychotherapeutengesetzes in Höhe von 1.000 Euro pro Monat.,

8. die Personalkosten der nach Maßgabe des § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.

Der Gesamtbetrag darf den um den Veränderungswert nach § 9 Absatz 1 Nummer 5 veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres nur überschreiten, soweit die Tatbestände nach Satz 4 Nummer 5, ~~oder 7~~ oder 8 dies erfordern oder...“

Begründung:

Die Gehälter von PtW können grundsätzlich zur Erfüllung der Personalmindestanforderungen in den Budgetverhandlungen der Psychiatrie und Psychosomatik berücksichtigt werden. Für eine Übergangszeit gibt es jedoch einen Förderbedarf, weil Planstellen, die derzeit noch mit Psychotherapeut*innen in Ausbildung oder Psycholog*innen besetzt sind, erst sukzessive frei und damit als Weiterbildungsstellen nutzbar sein werden. Darüber hinaus ist ein massives Versorgungsproblem in den Einrichtungen zu erwarten. Bis zum Ende der Ausbildungen von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen bis 2035 wird es sukzessive weniger Psychotherapeut*innen in Ausbildung geben. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung, um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Wenn die bestehenden Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden können, ist zu erwarten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann.

Mit § 3 Absatz 3 Nummer 7 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) werden die Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“ und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert geregelt. Ohne eine vergleichbare Regelung für PtW in der BPfIV besteht die Gefahr, dass die Finanzierung der zusätzlich zu schaffenden Weiterbildungsstellen in den oft sehr strittigen Budgetverhandlungen untergeht. Kostensteigerungen können in den Budgetverhandlungen von Krankenhäusern und Krankenkassen zwar grundsätzlich berücksichtigt werden, ohne explizite gesetzliche Vorgaben sind diese jedoch faktisch kaum durchzusetzen. Zudem ist die Berücksichtigung von Kostenentwicklungen durch den Veränderungswert begrenzt. Sofern der Veränderungswert bereits durch andere Tatbestände ausgeschöpft wird, ist eine Refinanzierung der Neueinstellungen nicht möglich. Zudem ist damit zu rechnen, dass die Krankenhäuser allein wegen dieses Tatbestands die Schiedsstelle nicht anrufen werden und stattdessen eher Neueinstellungen oder eine tarifvertragliche Vergütung so gut wie möglich meiden werden. Da somit die Refinanzierung der Personalkosten für PtW im Vergleich zu Ausbildungsteilnehmer*innen nicht gewährleistet ist, entsteht für die Krankenhäuser der Fehlanreiz, die Beschäftigung der approbierten Studienabsolventen*innen zu vermeiden.

Dem wirkt die Änderung in § 3 Absatz 3 BPfIV entgegen, indem die Regelung zur Refinanzierung der Personalkosten für die bisherigen „Psychotherapeuten*innen in Ausbildung“

und im anschließenden Satz die Ausnahme von der Begrenzung durch den Veränderungswert in der neuen Nummer 8 auf die approbierten Studienabsolventen*innen angewendet wird unter der Voraussetzung, dass diese in tarifvertraglicher Höhe vergütet werden.