Stellungnahme

Gesetz zur Modernisierung der Hilfsmittelversorgung und Maßnahmen zum Bürokratierückbau (Hilfsmittelmodernisierungs- und Bürokratierückbaugesetz – HiB)

Referentenentwurf

16.11.2026

BPtK
Klosterstraße 64, 10179 Berlin
Tel.: 030. 278 785 - 0
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung 3

2. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen 5

1.1. Eigenständige Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche (§ 101 Absatz 4a SGB V) 5

1.2. Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen (Artikel 1 Nummer 18, § 43a SGB V sowie Artikel 1 Nummer 48, § 92 Absatz 6b SGB V) 6

1.3. Entfristung der Modellvorhaben für psychiatrische Krankenhäuser (Artikel 1 Nummer 28, § 64b SGB V) 8

1.4. Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (Artikel 1 Nummer 44, § 87 SGB V sowie Artikel 1 Nummer 48, § 92 SGB V) 9

1.5. Antragsverfahren für die Kurzzeittherapie (§ 92 SGB V) 12

1.6. Erweiterter Zugang zu Psychosomatischen Institutsambulanzen (Artikel 1 Nummer 68, § 118 Absatz 3 SGB V) 13

1.7. Streichung des gesetzlichen Auftrags für ein datengestütztes, einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren (§ 136a SGB V) 14

1.8. Beförderung der Umsetzung von DMP (§ 137f SGB V) 17

1. Zusammenfassung

Eigenständige Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche
Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) unterstützt es sehr, dass die Bundesregierung mit diesem Gesetz einen grundlegend wichtigen Schritt zur strukturellen Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen unternimmt. Der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), eine separate Bedarfsplanung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie einzuführen, greift eine zentrale Forderung der BPtK auf und setzt ein wichtiges Vorhaben des Koalitionsvertrags um. Diese Reform kann, stringent umgesetzt, die Versorgung psychisch erkrankter junger Menschen erheblich verbessern. Eine separate Bedarfsplanung bietet die Chance, bestehende Versorgungsdefizite in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beheben, Wartezeiten auf eine psychotherapeutische Behandlung zu verkürzen und zusätzliche Therapieplätze gezielt in den bislang schlecht versorgten Regionen zu schaffen. Entscheidend wird sein, dass die neue Bedarfsplanung den tatsächlichen Versorgungsbedarf junger Menschen angemessen berücksichtigt.

Bürokratieabbau und Digitalisierung in der Psychotherapie
Auch die geplante Vereinfachung des **Antragsverfahrens für die Kurzzeitpsychotherapie** ist ausdrücklich zu begrüßen. Ein einstufiges Antragsverfahren reduziert den zeitlichen und administrativen Aufwand für alle Beteiligten, ohne dass damit ein Verlust an Qualität und Steuerungswirkung verbunden wäre. Positiv bewertet die BPtK zudem den Auftrag an die Partner*innen des Bundesmantelvertrags, das Antrags- und Gutachterverfahren zu digitalisieren. Dies kann dazu beitragen, die Antrags- und Genehmigungsprozesse zu beschleunigen und effizienter zu gestalten.

Damit die Vorteile der Digitalisierung vollständig genutzt werden können, müssen jedoch auch die Vertragspsychotherapeut*innen **elektronische Überweisungen** ausstellen und abrufen können. Hierfür sind entsprechende Ergänzungen im derzeit parlamentarisch beratenden Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG) erforderlich. Auch bei der geplanten Erweiterung des Zugangs zu **Psychosomatischen Institutsambulanzen** sollten Psychotherapeut*innen berücksichtigt werden. Sie müssen Patient*innen, für die eine ambulante Richtlinienpsychotherapie nicht ausreicht, unmittelbar an diese Einrichtungen überweisen können.

Darüber hinaus sollte die gesetzliche Vorgabe an den GBA gestrichen werden, das Antrags- und Gutachterverfahrens mit Einführung eines Qualitätssicherungsverfahrens nach

§ 136a Absatz 2a SGB V vollständig abzuschaffen. Beide Verfahren erfüllen unterschiedliche Funktionen, die nicht ohne Weiteres gegeneinander ausgetauscht werden können.

Zudem sollte der GBA die Möglichkeit erhalten, das derzeit in Erprobung befindliche Qualitätssicherungsverfahren ergebnisoffen zu evaluieren. Angesichts des erkennbar ungünstigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses muss es dem GBA möglich sein, auf eine bundesweite Einführung dieses für die ambulante Psychotherapie dysfunktionalen QS-Verfahrens zu verzichten und stattdessen auf Grundlage der bestehenden empirischen Evidenz geeignete Ansätze zur Qualitätssicherung aufzugreifen und umzusetzen. Um diesen Entscheidungsspielraum zu schaffen, ist die Streichung des gesetzlichen Auftrags in § 136a Absatz 2a SGB V erforderlich.

Weitere Verbesserungen in der Versorgung

Die BPtK begrüßt die Klarstellung, dass Jugendliche und junge Erwachsene bis zur Vollendung des 21. Lebensjahrs Anspruch auf **nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen** haben. Dies kann helfen, Behandlungsabbrüche beim Übergang in die Erwachsenenversorgung zu vermeiden. Der Anspruch sollte jedoch zugleich auch für schwer psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene realisierbar sein, die im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V versorgt werden.

Die vorgesehene **Entfristung von Modellvorhaben** nach § 64b SGB V ist ebenfalls ein wichtiger Schritt. Sie ermöglicht es, bewährte Versorgungsansätze über die bisherige Laufzeit von 15 Jahren hinaus fortführen zu können. Dies kann jedoch nur ein erster Schritt sein. Weitere Maßnahmen sind notwendig, um die psychiatrische Krankenhausversorgung mittelfristig stärker am Bedarf der Patient*innen auszurichten und teilstationäre, aufsuchende und ambulante Behandlungsangebote auszubauen.

Schließlich begrüßt die BPtK die geplanten Erleichterungen bei der Umsetzung und Verfügbarkeit strukturierter Behandlungsprogramme (**Disease-Management-Programme, DMP**). Kritisch sieht sie jedoch die Möglichkeit, Patientenschulungen pauschal durch reine Patienteninformationen zu ersetzen. Eine solche Regelung würde der Bedeutung strukturierter Schulungen für eine wirksame Behandlung nicht gerecht.

2. Zu den Regelungsvorschlägen im Einzelnen

1.1. Eigenständige Bedarfsplanung für Kinder und Jugendliche (§ 101 Absatz 4a SGB V)

Die BPtK begrüßt ausdrücklich, dass der Referentenentwurf eine eigenständige Arztgruppe für Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, in der Bedarfsplanung vorsieht. Durch eine separate Bedarfsplanung wird den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen beim Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung Rechnung getragen. Die bisherige gemeinsame Bedarfsplanung der psychotherapeutischen Versorgung mit einer starren Mindestquote für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen bildet den besonderen Versorgungsbedarf junger Menschen nicht hinreichend ab. Insbesondere in Regionen, in denen aufgrund angenommener Mitversorgung momentan weniger Versorgungskapazität zugeteilt ist, müssen Kinder und Jugendliche unzumutbar lange auf einen Psychotherapieplatz warten. Kinder und Jugendliche brauchen eine wohnortnahe Versorgung. Durch eine separate Bedarfsplanung können diese Lücken gezielt geschlossen werden, indem zusätzliche Versorgungsangebote dort geschaffen werden, wo derzeit eine unzureichende Versorgung besteht.

Ein bedarfsgerechter Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche ist besonders wichtig, weil psychische Erkrankungen häufig früh beginnen und weitreichende Auswirkungen haben: rund die Hälfte aller psychischen Erkrankungen entsteht bereits in der Kindheit oder Jugend. Werden diese nicht rechtzeitig behandelt, steigt das Risiko für Chronifizierung und Komorbidität deutlich. Das kann langfristige Folgen für die schulische und berufliche Entwicklung, die gesellschaftliche Teilhabe und die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter haben.

Die vorgesehene Bildung einer eigenen Arztgruppe durch Einfügung eines neuen Absatzes 4a in § 101 SGB V ist daher ein wichtiger Schritt, um die Versorgung junger Menschen eigenständig und zielgenauer zu planen. Bei der Ausgestaltung der neuen Bedarfsplanung müssen der spezifische Versorgungsbedarf, regionale demografische Unterschiede sowie die Erreichbarkeit der Angebote berücksichtigt werden. Ausdrücklich wird begrüßt, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für diese Arztgruppe erstmals zum 31. Dezember 2026 zu ermitteln ist. Dieser Stichtag ist geeignet, um den Status quo des Versorgungsbedarfs bestmöglich abzubilden.

Entscheidend ist, dass die Ausarbeitung der eigenständigen Bedarfsplanung zusätzliche ambulante Niederlassungsmöglichkeiten dort schafft, wo sie am dringendsten benötigt

werden. Der gesetzliche Auftrag ermöglicht es dem GBA, die für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unzutreffenden Annahmen der Mitversorgung durch benachbarte Regionen zu korrigieren und die Verhältniszahlen so festlegen, dass Kinder und Jugendliche perspektivisch einen vergleichbaren Zugang zu einer zeit- und wohnortnahen psychotherapeutischen Versorgung erhalten.

1.2. Anspruch auf nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen (Artikel 1 Nummer 18, § 43a SGB V sowie Artikel 1 Nummer 48, § 92 Absatz 6b SGB V)

Die BPtK begrüßt die Klarstellung des Leistungsanspruchs von Jugendlichen beziehungsweise jungen Volljährigen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist. Dies ist ein wichtiger Beitrag, um das Gelingen der Transition von der kinder- und jugendmedizinischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin nach den individuellen Bedarfen so zu gestalten, dass Informationsverluste und Friktionen in der Versorgung nicht zuletzt auch bei chronischen psychischen Erkrankungen vermieden werden. Zugleich sollte durch eine ergänzende Regelung sichergestellt werden, dass dieser Leistungsanspruch auch in den verschiedenen Versorgungsangeboten für schwer psychisch erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Volljährige realisiert werden kann.

Der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ wurde in § 43a SGB V verankert, um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern. 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 überhaupt Versorgung im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung leisten (SPV-Praxen), steht in vielen Regionen kein wohnortnahes Versorgungsangebot zur Verfügung.

Eine bedeutsame Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierenden psychosozialen Beeinträchtigungen bedürfen jedoch einer strukturierten und koordinierten, multiprofessionellen Komplexbehandlung, einschließlich einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung. Durch entsprechende ambulante multiprofessionelle Versorgungsangebote können diese Patient*innen in ih-

rem 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. Dabei wurde jedoch auch der Ausschluss der parallelen Versorgung nach der Richtlinie gemäß § 92 Absatz 6b SGB V und der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung gemäß § 43a SGB V beschlossen. Das birgt das Risiko, dass spezifische Versorgungsbedarfe von schwer psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen 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 nur über die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung erbracht werden können. Um diesen Leistungsanspruch auch für Kinder und Jugendliche sicherzustellen, die im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung gemäß der Richtlinie nach § 92 Absatz 6b SGB V versorgt werden, sollte der Anspruch auf diese Leistungen explizit auch in § 92 Absatz 6b SGB V verankert werden.

Im Rahmen einer 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.

Die BPtK schlägt hierfür folgende Ergänzungen vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 18 (§ 43a SGB V)

18. § 43a Absätze 1 und 2 werden durch die folgenden Absätze 1 und 2 ersetzt und ein neuer Absatz 3 wird eingefügt:

> *„(1) Versicherte Kinder und Jugendliche 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. Satz 1 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.*

(2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden. Satz 1 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.

(3) Versicherte Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden. Satz 1 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.“

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 92 Absatz 6b SGB V)

48. § 92 wird wie folgt geändert:

c) Nach Absatz 6b Satz 3 werden ein neuer Satz 4 und Satz 5 eingefügt:

„(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 und Jugendliche 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. Satz 4 gilt auch für junge Volljährige bis zum vollendeten 21. Lebensjahr, soweit deren Weiterversorgung im Einzelfall erforderlich ist.“***

1.3. Entfristung der Modellvorhaben für psychiatrische Krankenhäuser (Artikel 1 Nummer 28, § 64b SGB V)

Die Entfristung von Modellvorhaben nach § 64b SGB V ist ein notwendiger Schritt. Nur so können bewährte Versorgungsansätze über die bisherige Laufzeit von 15 Jahren hinaus

fortgeführt werden. Ohne Entfristung droht, dass der bereits erfolgte Umbau der Versorgungsstrukturen rückgängig gemacht wird – insbesondere der Ausbau teilstationärer und ambulanter Angebote, der mit einem Abbau vollstationärer Kapazitäten einherging. Ein solcher Rückbau wäre weder im Interesse der Patient*innen noch wirtschaftlich sinnvoll. Die Entfristung schafft außerdem Planungssicherheit, um bewährte Strukturen, Kooperationen und fachliche Kompetenzen zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Die Entfristung allein reicht jedoch nicht aus, um teilstationäre und ambulante Krankenhausbehandlungen flächendeckend auszubauen. Dieser Ausbau ist angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen und des Fachkräftemangels dringend erforderlich. Der Vergleich mit anderen europäischen Ländern zeigt, dass Deutschland bei der Entwicklung solcher Angebote erheblichen Nachholbedarf hat.

Da künftig voraussichtlich kaum neue Modellvorhaben entstehen werden, braucht es gesetzliche Regelungen, die Gesamtbudgets in der stationären psychiatrischen Versorgung auch außerhalb von Modellvorhaben ermöglichen. Diese Budgets müssen verbindlich mit wirksamen Maßnahmen der Qualitätssicherung verknüpft werden. Dazu gehören der Nachweis, dass die Mittel zweckentsprechend für die psychiatrische Versorgung und das Personal eingesetzt werden, sowie Transparenz über die erbrachten Behandlungsleistungen. Nur so lässt sich Fehlanreizen entgegenwirken, die Kosten zulasten der Versorgungsqualität, beispielsweise durch Personalabbau, zu senken.

1.4. Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der ambulanten Psychotherapie (Artikel 1 Nummer 44, § 87 SGB V sowie Artikel 1 Nummer 48, § 92 SGB V)

Es besteht breiter Konsens zwischen allen beteiligten Akteur*innen, dass das bisher papiergebundene Anzeige-, Antrags- und Gutachterverfahren in der ambulanten Psychotherapie künftig effizienter gestaltet und digital durchgeführt werden soll. Die BPtK begrüßt daher ausdrücklich den gesetzlichen Auftrag zur Digitalisierung des Verfahrens, der es allen beteiligten Akteur*innen erlaubt, eine entsprechende Priorisierung dieses Digitalisierungsprojekts vorzunehmen. Denn die Erstellung und der Versand des Berichts in Papierform an die Gutachter*in sowie die regelhafte analoge Einholung der Einschätzung der Gutachter*in bei Langzeittherapie- und Verlängerungsanträgen verursachen viel Bürokratie. Ein digitales und schlankeres Verfahren kann dagegen für schnellere und effizientere Prozesse sorgen und damit Kosten senken.

Die BPtK spricht sich für die Anpassung der vorgesehenen gesetzlichen Frist aus, die den beteiligten Akteur*innen einen angemessenen Zeitraum zur Umsetzung gewährt.

Für eine erfolgreiche Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens bedarf es zudem der Möglichkeit für Psychotherapeut*innen, elektronische Überweisungen auszustellen. Diese sollen entsprechend des vorliegenden Entwurfs für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG, Drucksache 21/8279) für Ärzt*innen eingeführt werden. Es fehlt dort aktuell jedoch die Benennung der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen. Psychotherapeut*innen sind befugt, im Konsiliarverfahren, das einen wesentlichen Bestandteil des Antrags- und Gutachterverfahrens darstellt, Überweisungen vorzunehmen (§ 24 Absatz 12 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Diese Kompetenz muss auch für die elektronische Überweisung abgebildet werden.

Die BPtK fordert daher, Psychotherapeut*innen ausdrücklich in die im Gesetzentwurf des GeDIG vorgesehenen Regelungen der §§ 360a Absatz 2 und 361d Nummer 1 und Nummer 3 SGB V aufzunehmen. Dies umfasst sowohl die Berechtigung zur Ausstellung elektronischer Überweisungen als auch den Zugriff auf entsprechende Daten in der Telematikinfrastruktur.

Andernfalls drohen die Potenziale der Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens in der Versorgung nur unzureichend genutzt werden zu können. Eine einheitliche und umfassende Nutzung der elektronischen Überweisung stellt hierfür eine wesentliche Voraussetzung dar. Ein besonderes Augenmerk sollte bei der weiteren Ausgestaltung auf den spezifischen Bedarfen der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen liegen.

Die Einbindung von Psychotherapeut*innen bei der elektronischen Überweisung ist auch mit Blick auf die geplante Einführung eines Primärversorgungssystems unverzichtbar, damit diese im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung die gegebenenfalls erforderliche somatisch-diagnostische Abklärung neu auftretender psychopathologischer Symptome, die Prüfung einer ärztlich-pharmakologischen Mitbehandlung oder auch eine gruppenpsychotherapeutische Mitbehandlung per elektronischer Überweisung veranlassen können.

Darüber hinaus ist es erforderlich, § 87 SGB V dahingehend anzupassen, dass der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) künftig vorsehen soll, dass Psychotherapeut*innen über

das initiale Konsiliarverfahren hinaus weitere Überweisungen, insbesondere in die hausärztliche und psychiatrische Versorgung, vornehmen können. Aufgrund ihrer Approbation und fachlichen Qualifikation sind sie hierzu befähigt.

Psychotherapeut*innen übernehmen insbesondere im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde, aber auch über den gesamten psychotherapeutischen Behandlungsverlauf, nicht zuletzt auch im Rahmen der Versorgung schwer psychischer erkrankter Versicherter nach den Richtlinien gemäß § 92 Absatz 6b SGB V, wesentliche Koordinations- und Steuerungsfunktionen von Patient*innen mit psychischen Erkrankungen. Dazu gehört regelhaft auch die Abklärung, ob eine weitere haus- oder fachärztliche Einbindung erforderlich ist (vergleiche dazu Formblatt PTV 11 – Individuelle Patienteninformation) und welche weiteren Leistungen anderer Gesundheitsberufe zu veranlassen sind. Um in Zukunft Doppeluntersuchungen für Patient*innen zu vermeiden, muss das Ergebnis der Psychotherapeutischen Sprechstunde für Patient*innen nutzbar in Form einer elektronischen Überweisung abrufbar sein. Auch vor diesem Hintergrund ist es zwingend notwendig, Psychotherapeut*innen formal mit den entsprechenden Überweisungsbefugnissen auszustatten und als schreibende wie lesende Akteur*innen bei der Ausgestaltung der elektronischen Überweisung zu berücksichtigen.

Schließlich sollte der Auftrag an die Partner*innen des Bundesmantelvertrags zur Digitalisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens auch mit einer Streichung der bisherigen Regelung in § 92 Absatz 6a Satz 6 SGB V verbunden werden, da die spezifischen Zwecke und qualitätssichernden Funktionen des Antrags- und Gutachterverfahrens nicht durch ein QS-Verfahren ambulante Psychotherapie nach § 136a Absatz 2a SGB V kompensiert werden könnte. Auf die Vorgabe an den Gemeinsamen Bundesausschuss, sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a SGB V eingeführt hat, sollte daher verzichtet werden.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 44 (§ 87 SGB V)

Die BPtK schlägt vor, zur Erweiterung der Überweisungsbefugnis der Psychotherapeut*innen in § 87 SGB V den Vertragspartner*innen des BMV-Ä den Auftrag zu geben, die notwendigen Regelungen zur Überweisung durch Psychotherapeut*innen zu vereinbaren.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 92 SGB V)

Die BPtK schlägt vor, § 92 SGB V wie folgt zu ändern:

48. § 92 wird wie folgt geändert:

a) (…)
b) ***Absatz 6a Satz 6 wird gestrichen.***

Daneben wird ausdrücklich auf die Ausführungen und Ergänzungsvorschläge der BPtK im Stellungnahmeverfahren zum Entwurf für ein Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen (GeDIG, Drucksache 21/8279) verwiesen.

1.5. Antragsverfahren für die Kurzzeittherapie (§ 92 SGB V)

Die BPtK begrüßt den Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss, über eine Änderung der Regelungen in der Psychotherapie-Richtlinie eine Vereinfachung der Durchführung von Kurzzeittherapien (KZT) zu erreichen und dazu insbesondere ein einstufiges Antragsverfahren für den gesamten Umfang einer Kurzzeittherapie vorzusehen.

Das derzeit gültige zweistufige Antragsverfahren für die Kurzzeitpsychotherapie in Einzel- und Gruppensetting sowie als Kombinationsbehandlung hat sich in der Praxis nicht bewährt. Im Gegenteil es hat zu deutlichen bürokratischen Mehrbelastungen für alle Beteiligten geführt, ohne dass dem ein erkennbarer Nutzen gegenübersteht. Darüber hinaus besteht auch die Gefahr, dass es durch Probleme in den zusätzlichen Antragsprozessen zu Verzögerungen und Unterbrechungen psychotherapeutischer Behandlungen kommt.

Kurzzeittherapien haben einen Anteil von über 70 Prozent aller beantragten Psychotherapien und sind damit von zentraler Bedeutung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung. Die Analysen der Abrechnungsdaten zeigen zugleich, dass sich die tatsächliche Behandlungsdauer am individuellen Bedarf orientiert und nicht an den bewilligten Behandlungskontingenten einer Kurzzeittherapie I oder II. Zudem erhalten über die Hälfte der Patient*innen in Kurzzeitpsychotherapie mehr als die zwölf Sitzungen des ersten Bewilligungskontingents der KZT I, ohne das Behandlungskontingent von 24 Psychotherapiestunden voll auszuschöpfen. Das zweistufige Antragsverfahren für die Kurzzeittherapie, das vorgibt, dass im ersten Schritt stets nur 12 Psychotherapiestunden beantragt werden können und im zweiten Schritt dann erneut bis zu 12 Psychotherapiestunden, verursacht daher unnötige Bürokratie für Psychotherapeut*innen, Patient*innen und Krankenkassen. Zugleich lassen sich finanzielle Einsparungen durch das zweistufige Antragsverfahren nicht erzielen.

Dagegen kann durch die geplante Vereinfachung des Antrags- und Genehmigungsverfahrens für die Kurzzeittherapie eine deutliche Zeitersparnis auf Seiten der Praxen und Krankenkassen erzielt werden. Zeit und Geld, das stattdessen der eigentlichen Patientenversorgung zugutekommen kann.

1.6. Erweiterter Zugang zu Psychosomatischen Institutsambulanzen (Artikel 1 Nummer 68, § 118 Absatz 3 SGB V)

Die im Referentenentwurf vorgesehene, befristete Erweiterung der Überweisungsmöglichkeit an Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) auf Hausärzt*innen ist ein sinnvoller Schritt, um einen erweiterten Zugang zu diesem Versorgungsangebot zu erproben. Die Erprobung sollte jedoch auch Psychotherapeut*innen einbeziehen, die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmen.

In der Vereinbarung zu den PsIAs wird in § 1 Absatz 1 der Versorgungsschwerpunkt wie folgt definiert: *„Das Angebot der Institutsambulanzen nach § 118 Absatz 3 SGB V richtet sich (…) an eine Gruppe Kranker, die von anderen vertragsärztlichen Versorgungsangeboten, insbesondere von niedergelassenen Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten sowie Medizinischen Versorgungszentren, nicht erfolgreich behandelt werden können“.*

Das Versorgungsangebot richtet sich also ausdrücklich auch an Patient*innen, die durch eine ambulante Psychotherapie nicht ausreichend behandelt werden können. Der Ausschluss der Psychotherapeut*innen von der Überweisungsbefugnis bedeutet für diese Patient*innen einen unnötigen Umweg und weitere Kosten für das Gesundheitssystem, die vermeidbar wären.

Psychotherapeut*innen verfügen über die fachliche Qualifikation, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren, den Behandlungsbedarf einzuschätzen und geeignete nächste Versorgungsschritte einzuleiten. In der psychotherapeutischen Sprechstunde klären sie Beschwerden und Behandlungsbedarf ab, beraten Patient*innen zu passenden Hilfen und übernehmen damit eine wichtige koordinierende und steuernde Funktion. Wenn sich in der Sprechstunde oder im Verlauf einer psychotherapeutischen Behandlung zeigt, dass eine ambulante Richtlinienpsychotherapie allein nicht ausreicht und eine intensivere, multimodale Behandlung erforderlich ist, sollten Psychotherapeut*innen die Patient*innen unmittelbar an eine PsIA überweisen können. Hierdurch kann auch die Zusammenarbeit zwischen PsIA und behandelnder Psychotherapeut*in gestärkt werden.

Die Befristung auf zwei Jahre bietet zudem die Möglichkeit, die Auswirkungen der erweiterten Überweisungsbefugnis auszuwerten. Damit die vorgesehene Evaluation aussagekräftig ist, sollte sie jedoch alle relevanten Zugangswege erfassen. Werden Psychotherapeut*innen von der Erprobung ausgeschlossen, lässt sich nicht beurteilen, welchen Beitrag ihre Überweisungen zur Versorgung, zur Zusammenarbeit der Leistungserbringer *innen und zu einem bedarfsgerechten Zugang leisten können.

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 68 b)

Die BPtK schlägt folgende Änderung zu § 118 vor:

> b) Nach Absatz 3 Satz 4 werden die folgenden Sätze eingefügt:
>
> *„Im Zeitraum bis zum … [einsetzen: Datum des letzten Tages des 23. Kalendermonats nach Inkrafttreten] kann die Überweisung auch durch einen Hausarzt**, einen Psychologischen Psychotherapeuten oder einen Fachpsychotherapeuten für Erwachsene** erfolgen. …“.*

1.7. Streichung des gesetzlichen Auftrags für ein datengestütztes, einrichtungsübergreifendes QS-Verfahren (§ 136a SGB V)

Der Gemeinsame Bundesausschuss führt derzeit auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrags in § 136a Absatz 2a Satz 1 SGB V eine sechsjährige Erprobung eines datengestützten, einrichtungsvergleichenden QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie durch. Die nunmehr seit fast zwei Jahren laufende Erprobung des Qualitätssicherungsverfahrens in der ambulanten Psychotherapie hat bereits erkennbar werden lassen, dass dieses Verfahren mit einem erheblichen bürokratischen, finanziellen und personellen Aufwand verbunden ist. Das Verfahren kombiniert eine aufwendige Leistungserbringer-Dokumentation, die fallbezogen von den Psychotherapeut*innen mit über 100 Datenfeldern pro Behandlungsfall zu befüllen ist, mit einer anonymisierten Patientenbefragung, die nach Ende der Behandlung durchgeführt wird. Das Verfahren der datengestützten und einrichtungsvergleichenden Qualitätssicherung nach der DeQS-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses ist aufgrund verfahrensimmanenter Besonderheiten und methodischer Limitationen grundlegend ungeeignet für die Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie.

Im Vergleich zu den klassischen Anwendungsbereichen des Instruments der datengestützten, einrichtungsvergleichenden Qualitätssicherung bei somatischen Indikationen zeichnet sich der Leistungsbereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung durch eine Vielzahl an Merkmalen und Besonderheiten aus, die die Praktikabilität und

Validität des QS-Verfahrens im Bereich der Psychotherapie massiv beeinträchtigen und diesen spezifischen Ansatz der Qualitätssicherung für diesen Leistungsbereich ungeeignet erscheinen lassen. Die Validität der Ergebnisse der vorgesehenen statistischen Einrichtungsvergleiche ist durch die enorme Heterogenität der Behandlungsleistungen, der behandelten Patientengruppen und deren Erkrankungen, der Behandlungsdauer sowie der Art und des Umfangs der parallelen Mitbehandlung psychischer Erkrankungen durch andere Leistungserbringer*innen massiv beeinträchtigt. Letzteres auch mit der Folge der eingeschränkten Zuschreibbarkeit der Ergebnisqualität. Darüber hinaus fehlen Daten zu klar definierten Outcomes, Prozessindikatoren sind zu großen Teilen nicht leitlinienbasiert und eine verlässliche Sollstatistik kann nicht berechnet werden. Die Defizite und grundsätzlichen Limitationen des QS-Verfahrens wurden zuletzt auch in dem Positionspapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie beschrieben[1].

Die Praktikabilität des Verfahrens ist zudem durch die vergleichsweise geringen Fallzahlen je Einrichtung, die hohe Anzahl an Einrichtungen und den hohen Anteil an Einrichtungen mit sehr niedrigen Fallzahlen bei einer zugleich hohen Anzahl an Qualitätsindikatoren stark beeinträchtigt. Es ist evident, dass die in der DeQS-Richtlinie bei rechnerischen Auffälligkeiten vorgesehenen Stellungnahmeverfahren mit den Ressourcen der Fachkommissionen nicht ansatzweise abbildbar sind. Hinsichtlich des angestrebten Nutzens eines datengestützten QS-Verfahrens im Sinne der gezielten Qualitätsverbesserung kommt erschwerend hinzu, dass angesichts der starken Heterogenität der behandelten Patient*innen Auffälligkeiten auf Qualitätsindikatoren der anonymisierten Patientenbefragung für die betroffenen Einrichtungen nicht interpretierbar sind und keine Handlungsanschlüsse für gezielte Qualitätsverbesserungen erlauben.

Aufgrund der zahlreichen Einschränkungen und methodischen Herausforderungen sowie des fraglichen Nutzens für die Qualität der Patientenversorgung hat der GBA trotz des gesetzlichen Auftrags, bis zum 31. Dezember 2022 dieses QS-Verfahren zu beschließen, zunächst eine regionale Erprobung eines QS-Verfahrens in NRW über einen Zeitraum von sechs Jahren einschließlich einer Evaluation beschlossen. Dieser Beschluss ist zum 1. September 2024 wirksam geworden und sieht eine Erprobung in zwei zweijährigen Erfassungszeiträumen in den Jahren 2025/2026 und 2027/2028 vor. Der erste Erfassungszeitraum, der in Kürze abgeschlossen wird, ist zusätzlich durch erhebliche methodisch-technische Mängel insbesondere auch bei der QS-Auslösung geprägt, welche bei einem Groß-

[1] WBP (2025). Positionspapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) zum QS-Verfahren Ambulante Psychotherapie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA). Abrufbar unter: WBP_Positionspapier_QS-Verfahren_Ambulante_Psychotherapie.pdf.

teil der QS-pflichtigen Behandlungsfälle dazu führen, dass die ausgefüllten QS-Dokumentationen der Leistungserbringer*innen nicht exportiert und Patientenbefragungen nicht ausgelöst werden können. Darüber hinaus sind auch zwei Jahre nach Start des Verfahrens basale Rahmenbedingungen der Erprobung, wie die Kostenerstattung für die QS-Software und die Vergütung der Dokumentationsleistungen weiterhin ungeregelt. Die Aussagekraft der vorgesehenen Evaluation der Erprobung des QS-Verfahrens droht in der Folge, zusätzlich eingeschränkt zu werden.

Zugleich ergibt sich bereits im Rahmen der sechsjährigen Erprobung in NRW mit knapp 6.000 Einrichtungen, die zur Teilnahme an dem QS-Verfahren während der Erprobung verpflichtet sind, ein enormes Entbürokratisierungspotenzial. Allein die Bürokratiekosten für den zusätzlichen Dokumentationsaufwand bei den Psychotherapeut*innen drohen, sich auf einen mehrstelligen Millionenbetrag zu summieren. Die Kosten für den hohen administrativen Aufwand seitens der Psychotherapeut*innen und der Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) in Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie für die Umsetzung des QS-Verfahrens einschließlich der Stellungnahmeverfahren durch die hohe Anzahl an teilnehmenden Einrichtungen sind dabei noch nicht eingerechnet. Gleiches gilt für die personellen und sachlichen Kosten für die Durchführung (und Evaluation) der Erprobung beim IQTIG, bei der Versendestelle und bei den Datenannahmestellen sowie für die beauftragte unabhängige externe Evaluation. Bei einem bundesweiten Ausrollen dieses QS-Verfahrens würden sich die Bürokratiekosten und weitere Kostenelemente mehr als vervierfachen.

Vor diesem Hintergrund ist es aus Sicht der BPtK besonders problematisch, dass per Gesetz die Einführung eines datengestützten und einrichtungsvergleichenden QS-Verfahrens nach der DeQS-Richtlinie für die ambulante Psychotherapie vorgegeben wurde, ohne dass für den Nutzen dieses QS-Ansatzes im Bereich der ambulanten Psychotherapie Evidenz vorliegt. Die Folge davon ist, dass bereits für die Entwicklung des QS-Verfahrens ambulante Psychotherapie eine ergebnisoffene Bewertung des Nutzen-Aufwand-Verhältnisses nicht möglich war, da der gesetzliche Auftrag zur Einführung eines QS-Verfahrens bindend ist. Und auch bei einem eindeutig negativen Evaluationsergebnis zu der Erprobung des QS-Verfahrens wäre der GBA verpflichtet, das QS-Verfahren gegebenenfalls modifiziert bundesweit einzuführen. Dabei sollte auch für die Qualitätssicherung der Anspruch der Evidenzbasierung und Wirtschaftlichkeit im Sinne eines angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnisses gelten. Dies gilt umso mehr, wenn für Leistungsbereiche wie die ambulante psychotherapeutische Versorgung Qualitätssicherungsansätze existieren, deren Nutzen für die Qualität von Behandlungen in methodisch hochwertigen Studien vielfach belegt wurde.

Die BPtK schlägt daher vor, den gesetzlichen Auftrag zur Einführung eines datengestützten und einrichtungsvergleichenden QS-Verfahrens in der ambulanten Psychotherapie in § 136a Absatz 2a SGB V zu streichen und damit dem GBA vor dem Hintergrund seines generischen Auftrags gemäß § 136 SGB V eine ergebnisoffene Prüfung zu ermöglichen, welcher Ansatz der Qualitätssicherung im Bereich der ambulanten Psychotherapie evidenzbasiert ist und in einem angemessenen Aufwand-Nutzen-Verhältnis steht.

Änderungsvorschlag zu § 136a SGB V

Die BPtK schlägt vor, § 136a SGB V wie folgt zu ändern:

a) Absatz 2a Sätze 1 und 2 werden gestrichen.

1.8. Beförderung der Umsetzung von DMP (§ 137f SGB V)

Die in § 137f Absatz 3 SGB V vorgesehene Verpflichtung der Krankenkassen, für jede chronische Erkrankung ein DMP anzubieten, für das eine entsprechende Richtlinie des GBA besteht, wird von der BPtK begrüßt. Damit werden regelhaft mehr strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch erkrankte Versicherte in der Versorgung zur Verfügung stehen. Dies gilt nicht zuletzt auch für das bisher nicht etablierte DMP Depression.

Bisher ist die Umsetzung von DMP häufig auch daran gescheitert, dass die Anforderungen an Patientenschulungen nicht erfüllt werden konnten. Da die Patientenschulungen ein wesentlicher Bestandteil der DMP sind, die Betroffene im selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung stärken können, sollten diese aus Sicht der BPtK nicht pauschal durch reine Patienteninformationen ersetzt werden.

Vielmehr sollten die Anforderungen an die benötigten Evaluationen der Schulungen so konkretisiert werden, dass Hürden für eine Implementierung abgebaut werden, ohne den Anspruch auf eine Evidenzbasierung aufzugeben.