

GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) zentrale Änderungen für Psychotherapeuten

Delegation psychotherapeutischer Behandlung (§ 28 Absatz 3 SGB V)

Mit der Änderung des § 28 Absatz 3 SGB V wird die Delegationsmöglichkeit bei administrativen Tätigkeiten sowie vorbereitenden und behandlungsergänzenden Maßnahmen für Psychotherapeuten entsprechend den Regelungen bei Ärzten und Zahnärzten geregelt.

Mit dieser Änderung wird eine langjährige Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) nach einer expliziten Regelung der Delegationsmöglichkeit für behandlungsergänzenden Maßnahmen erfüllt. Damit wird sozialrechtlich der Rahmen dafür geschaffen, dass in einer psychotherapeutischen Praxis verstärkt auf qualifiziertes Praxispersonal zurückgegriffen werden kann, um Psychotherapeuten durch die Delegation von diagnostischen und therapeutischen Teilaufgaben sowie von Organisationsaufgaben zu entlasten.

Krankengeld (§ 44 SGB V)

Künftig haben Versicherte, die Krankengeld beziehen, Anspruch auf Unterstützung durch ihre Krankenkasse bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Die dafür notwendigen Daten dürfen nur mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten verwendet werden. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Beratungsleistungen dürfen nicht durch externe Dritte durchgeführt werden.

Außerdem wird eine Berichtspflicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) über die Umsetzung der Regelung zur Beratung durch die Krankenkassen bei Krankengeld bis zum 31. Dezember 2018 eingeführt. Bei dieser Evaluierung sollen v. a. Erkenntnisse über die Inanspruchnahme der Beratung durch die Versicherten sowie über die von den Krankenkassen ergriffenen Maßnahmen gewonnen werden.

Die Berichtspflicht erhöht die Chance, der problematischen Praxis des „Krankengeldmanagements“ einiger Krankenkassen Einhalt zu gebieten.

Befugniserweiterung für Psychotherapeuten (§ 73 SGB V)

Mit der Änderung des § 73 Absatz 2 Satz 2 SGB V werden bisher bestehende Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufgehoben:

- Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, soweit es sich um Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation handelt
- Verordnung von Krankenhausbehandlung
- Verordnung von Krankentransporten
- Verordnung von Soziotherapie

Das Nähere hierzu wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 8 und 12, d. h. Krankenhaus-Einweisungs-Richtlinie (KE-RL), Soziotherapie-Richtlinie (ST-RL), Rehabilitations-Richtlinie und Krankentransport-Richtlinien, bestimmen.

Mit der Änderung werden wesentliche Teile der langjährigen Forderungen der Profession nach Abschaffung der Befugniseinschränkungen von Psychotherapeuten erfüllt. Im Abgleich zu den Forderungen der BPTK im Stellungnahmeverfahren zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz fehlen die Befugnisse zur Verordnung von Heilmitteln und der Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen. Nicht umsetzbar sind damit bis auf weiteres die anvisierten Änderungen in der Heilmittel-Richtlinie hinsichtlich der Verordnung von Ergotherapie durch Psychotherapeuten im Rahmen der neuropsychologischen Therapie sowie der Ergotherapie und Logopädie durch Psychotherapeuten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Die BPTK wird sich dafür einsetzen, dass sich die erweiterten Befugnisse der Psychotherapeuten nun auch adäquat in entsprechenden Änderungen der einschlägigen Richtlinien des G-BA niederschlagen.

Einbeziehung psychotherapeutischer Versorgung in die Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) einzurichtenden Terminservicestellen sollen auch die Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde übernehmen. Ergibt sich daraus ein zeitnah erforderlicher Behandlungsbedarf, so hat die Terminservicestelle fristgemäß einen Behandlungstermin zu vermitteln.

Damit gilt auch, dass die Terminservicestellen, wenn sie keinen Behandlungstermin innerhalb der Vier-Wochen-Frist anbieten können, verpflichtet werden, einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Der Auftrag der Terminservicestellen zur Vermittlung von entsprechenden Behandlungsterminen in der psychotherapeutischen Versorgung gilt ab Inkrafttreten der Regelungen zur psychotherapeutischen Sprechstunde in der Psychotherapie-Richtlinie (Beschlussfassung ist dem G-BA für den 30. Juni 2016 vorgegeben), spätestens ab dem 1. Januar 2017, und somit praktisch ohne Übergangsphase zur Etablierung dieses Angebotes. Den KVen kommt damit gleichzeitig die Aufgabe zu, für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung hinreichende Transparenz über die vorhandenen Sprechstundenangebote in der psychotherapeutischen Versorgung, die spezifischen Behandlungsangebote und die vorhandenen Kapazitäten zu schaffen. Über den Evaluationsauftrag (Termin 30. Juni 2017), sofern er methodisch adäquat und nach Fachgruppen differenziert ausgeführt wird, könnte ggf. relativ kurzfristig ein Überblick über mögliche Kapazitätsengpässe in der psychotherapeutischen Versorgung geschaffen werden.

Getrennte Abstimmung und Stimmenparität in der Vertreterversammlung (§ 79 SGB V)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) stimmt künftig nach den Versorgungsbereichen hausärztliche und fachärztliche Versorgung getrennt ab. Die grundsätzliche Problematik zu beurteilen, wann eine Entscheidung der Vertreterversammlung ausschließlich die Belange der Hausärzte oder Fachärzte betrifft, ist weiterhin ungeklärt. Über eine Stimmengewichtung ist bei gemeinsamen Abstimmungen Stimmenparität zwischen Hausärzten und Fachärzten zu gewährleisten. Dies hat voraussichtlich eine doppelte Quotierung der Stimmen der Psychotherapeuten zur Folge.

Vertretung der Ärzte im beratenden Fachausschuss (§ 79b SGB V)

Ursprünglich war im Gesetzentwurf vorgesehen als Wählbarkeitsvoraussetzung für ärztliche Mitglieder im beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KVen und der KBV vorzugeben, dass sie überwiegend psychotherapeutisch tätig sein müssen. Das wurde im parlamentarischen Verfahren mit einem Änderungsantrag wieder ersatzlos gestrichen.

Somit wird sich die Heterogenität der Positionen und Interessenlagen im beratenden Fachausschuss Psychotherapie nicht reduzieren.

Auftrag an den G-BA zur Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie (§ 92 Absatz 6a SGB V)

Der G-BA hat in den Richtlinien (Psychotherapie-Richtlinie), Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes zu beschließen. Dazu gehören Regelungen zur psychotherapeutischen Sprechstunde, zur Förderung von Gruppentherapien und zur Vereinfachung des Gutachterverfahrens sowie – im parlamentarischen Verfahren ergänzt –, Regelungen zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung und der Rezidivprophylaxe. Die erforderlichen Änderungen der Psychotherapie-Richtlinie sind mit Frist zum 30. Juni 2016 zu beschließen. In der Gesetzesbegründung wird die Funktion der im parlamentarischen Verfahren ergänzten Elemente (Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung (FDA), Akuttherapie und Rezidivprophylaxe) erläutert: FDA soll die Einschätzung weiterer Behandlungsnotwendigkeiten und einen zielgerichteten Einsatz therapeutischer Maßnahmen ermöglichen. Die Förderung der Akuttherapie zielt auf einen zeitnahen Zugang zur Behandlung und die Rezidivprophylaxe soll der Gewährleistung einer optimierten psychotherapeutischen Behandlung für chronisch kranke Patienten dienen.

In der Gesetzesbegründung wird darauf hingewiesen, dass diese Elemente auch Bestandteil der einzurichtenden Sprechstunde sein können und dem G-BA die Aufgabe zukommt, die einzuführenden Elemente im Rahmen einer Gesamtkonzeption zu definieren und auszugestalten. Zentrale Ziele des Gesetzgebers sind hier die Schaffung eines zeitnahen Zugangs zum Psychotherapeuten, die zeitnahe Abklärung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfs und Beratung über die (indizierten) Versor-

gungsangebote sowie insgesamt die Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung. Die im parlamentarischen Verfahren vorgenommenen Ergänzungen stärken die Position der Leistungserbringerbank im Unterausschuss Psychotherapie nochmals deutlich und sind mit dem Modell des GKV-Spitzenverbands, das Angebot der Sprechstunde insbesondere bei den ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern zu verorten, nicht kompatibel.

Medizinische Versorgungszentren/Versorgungsaufträge (§ 95 SGB V)

- **Rechtsformwahl und Gründereigenschaft (MVZ)**

Die Rechtsformwahl bei der Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) wird erweitert. Außerdem wird klargestellt, dass die Gründereigenschaft von ehemals zugelassenen Vertragsärzten dann nicht entfällt, wenn der Vertragsarzt zugunsten seiner Anstellung in diesem MVZ auf seine Zulassung verzichtet, solange er noch Gesellschafter des MVZ ist.

- **Informationsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung (Erfüllung von Versorgungsaufträgen)**

Die KVen haben künftig die Pflicht, die Einhaltung von Versorgungsaufträgen zu prüfen. Hierfür wird es zunächst erforderlich sein, dass die KVen den Umfang eines Versorgungsauftrags für die verschiedenen Facharztgruppen definieren. Der Bundesmantelvertrag (BMV) definiert bisher § 17 Absatz 1a BMV-Ä Sprechstunden, Besuche *„Der sich aus der Zulassung des Vertragsarztes ergebende Versorgungsauftrag ist dadurch zu erfüllen, dass der Vertragsarzt an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung steht. Für einen Teilversorgungsauftrag ... entsprechend auf der Grundlage von zehn Stunden wöchentlich für den Vertragsarztsitz.“* Der Gesetzgeber geht hier offensichtlich von einer bedeutend konkreteren Fassung der Versorgungsaufträge aus, als dies der BMV tut. Ausweislich der Begründung geht der Gesetzgeber davon aus, dass die KVen insbesondere anhand der ihnen vorliegenden Leistungsdaten zu prüfen haben, ob Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie MVZ den sich aus ihrer Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag erfüllen. Um sicherzustellen, dass Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie MVZ in dem ihnen vorgegebenen Umfang zur Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen, fordert der Gesetzgeber die KVen auf, bei Verstößen gegen diese vertragsärztlichen Pflichten auf Sanktionsmaßnahmen zurückzugreifen.

Die KVen sind zudem verpflichtet, über die Ergebnisse dieser Prüfungen einmal jährlich die Landes- und Zulassungsausschüsse zu informieren. Die Aufnahme einer Informationspflicht der KVen gegenüber den Landes- und Zulassungsausschüssen verschafft den Landes- und Zulassungsausschüssen eine größere Transparenz über das tatsächliche Versorgungsgeschehen und den faktischen Versorgungsgrad und stärkt sie bei Zulassungsentscheidungen und Bedarfsfeststellungen. Für die Gruppe der Psychotherapeuten bedeutet dies, dass dem Vorurteil, dass Psychotherapeuten zu wenig arbeiten, datengestützt entgegnet werden kann. Zugleich könnte regional auch

bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten eine ggf. unzureichende Erfüllung der Versorgungsaufträge in den Fokus der Zulassungsausschüsse und der gemeinsamen Landesgremien nach § 90a geraten.

- **Psychotherapeutische Leitung eines MVZ**

Mit der Einführung von fachgruppengleichen MVZ werden psychotherapeutische Versorgungszentren ermöglicht. Dies impliziert, dass Psychotherapeuten die Leitungsfunktion in MVZ übernehmen können. Neben der kooperativen Leitung in fachgruppenübergreifenden MVZ wird mit der geplanten Gesetzesänderung also auch die alleinige Leitung eines rein psychotherapeutischen MVZ ermöglicht. In der Gesetzesbegründung wird formuliert, dass damit bei „rein psychotherapeutischen“ Versorgungszentren auch ein Psychologischer Psychotherapeut Leiter des MVZ sein kann, soweit kein psychotherapeutisch tätiger Arzt beschäftigt wird. Diese Einschränkung, dass Psychotherapeuten nur dann Leiter eines psychotherapeutischen Versorgungszentrums sein können, wenn kein psychotherapeutisch tätiger Arzt beschäftigt wird, ist jedoch engführend. Die BPTK hatte sich in ihrer Stellungnahme für eine Regelung ausgesprochen, nach der die psychotherapeutische Leitung eines MVZ uneingeschränkt möglich sein sollte.

Bedarfsplanung (§ 101 SGB V)

- **Vergrößerung des Praxisumfangs bei Jobsharing/Anstellung**

Das Gesetz ermöglicht Ausnahmeregelungen für die Leistungsbegrenzung bei Jobsharing und Anstellung im Falle eines unterdurchschnittlichen Praxisumfangs. Speziell für die Arztgruppe der Psychotherapeuten soll durch den G-BA festgelegt werden, dass für psychotherapeutische Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang eine Vergrößerung des Praxisumfangs nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt wird.

Diese Änderung erleichtert den Psychotherapeuten eine Erfüllung der Versorgungsaufträge, da damit die gesetzliche Grundlage für eine Vergrößerung des Praxisumfangs bei Jobsharing und Anstellung geschaffen wird, der nicht wie bei den anderen Facharztgruppen auf den (ggf. relativ niedrigen) Fachgruppendurchschnitt begrenzt ist, sondern auch darüber hinaus. Der G-BA wird beauftragt, hierzu eine Kapazitätsobergrenze festzulegen. Es wird im Weiteren darum gehen, Vorschläge für eine geeignete Kapazitätsobergrenze in die Diskussion einzubringen und auf die Berücksichtigung dieser im G-BA hinzuwirken. Diese Regelung zur Kapazitätsobergrenze verbessert auch die Möglichkeiten, in überversorgten Regionen (über 140 Prozent) die Praxis an einen privilegierten Praxisnachfolger abzugeben, da es die Rahmenbedingungen für einen angestellten Psychotherapeuten bzw. Jobsharer so verbessert, dass für ihn eine mindestens dreijährige Tätigkeit in der Praxis finanziell darstellbar wird.

- **Überarbeitung der Bedarfsplanungs-Richtlinie**

Der G-BA erhält den Auftrag, mit Wirkung zum 1. Januar 2017 die Bedarfsplanungs-Richtlinie zu überarbeiten. Ziel ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Versorgung. Das Gesetz sieht vor, dass die Verhältniszahlen angepasst und der Bedarf kleinräumiger geplant werden sollen. Hierbei sollen neben der demografischen Entwicklung zukünftig auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur einbezogen werden. Anpassungs- und Verbesserungsmöglichkeiten sind – laut Gesetzestext – insbesondere mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung zu prüfen.

Hieraus ergibt sich für die BPTK die Aufgabe, konkrete Vorschläge zur Anpassung der Verhältniszahlen in die Diskussion im G-BA einzubringen und darauf hinzuwirken, dass die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie zu einer Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung führt.

Aufkauf von Praxissitzen (§ 103 SGB V)

- **Anrechnung von ermächtigten Ärzten**

Entsprechend des Gesetzesentwurfs sollten die Landesausschüsse bei der Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt, ermächtigte Ärzte nicht berücksichtigen. Mit einem Änderungsantrag wurde folgender weiterer Satz hinzugefügt: „Darüber hinaus treffen die Landesausschüsse eine Feststellung, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um 40 Prozent überschritten ist.“

So ist unklar, ob beim Überschreiten des Versorgungsgrads um 40 Prozent die ermächtigten Ärzte berücksichtigt werden sollen oder nicht. Dies könnte im ungünstigsten Fall dazu führen, dass bei einem Versorgungsgrad über 140 Prozent die ermächtigten Ärzte berücksichtigt werden, was in Bundesländern mit einer hohen Dichte an Psychiatrischen Institutsambulanzen zu einem deutlichen Anstieg des Versorgungsgrades führen würde.

- **Soll-Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen**

Die Soll-Regelung für den Aufkauf von Arztsitzen gilt ab einem Versorgungsgrad von 140 Prozent. Die Kann-Regelung bei einem Versorgungsgrad von 110 Prozent bleibt bestehen.

Die Bundesregierung ist dem Vorschlag nicht gefolgt, die Kann-Regelung für den Aufkauf von Arztsitzen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten grundsätzlich beizubehalten. Sie hat jedoch die Grenze für die Soll-Regelung zum Aufkauf von Arztsitzen von einem Versorgungsgrad von 110 Prozent auf 140 Prozent erhöht. Deutschlandweit liegen rund 4.290 psychotherapeutische Niederlassungen (18 Prozent) über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent und sind damit vom Abbau bedroht.

Psychotherapeutische Niederlassungen über einem Versorgungsgrad (VSG) von 140 Prozent		
	Anzahl Niederlassungen über VSG 140 Prozent	Prozent Niederlassungen über VSG 140 Prozent
Baden-Württemberg	579,9	19,6
Bayern	758,6	20,3
Berlin	610,6	28,1
Brandenburg	1,8	0,5
Bremen	111,4	27,3
Hamburg	162,5	16,6
Hessen	676,6	30,8
Mecklenburg-Vorpommern	0,0	0,0
Niedersachsen	289,1	14,9
Nordrhein	588,7	19,3
Rheinland-Pfalz	49,5	5,5
Saarland	8,7	3,3
Sachsen	13,5	1,4
Sachsen-Anhalt	0,0	0,0
Schleswig-Holstein	64,8	10,1
Thüringen	3,0	0,7
Westfalen-Lippe	375,4	19,8
Bundesgebiet gesamt	4294,1	18,2
<i>Quelle: Daten der KBV, 2014; eigene Berechnungen der BPTK.</i>		

- **Privilegierte Praxisnachfolge**

Eine privilegierte Praxisnachfolge für einen Arzt, der bei dem bisherigen Vertragsarzt angestellt war oder der einen gemeinschaftlichen Betrieb mit dem bisherigen Vertragsarzt hatte, ist künftig nur dann möglich, wenn das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben. Damit hat die Bundesregierung nicht berücksichtigt, dass ein so langer Zeitraum die Gefahr birgt, dass der mit der Regelung intendierte Schutz für privilegierte Praxisnachfolger leerläuft.

Weiterhin sollen zukünftig Ärzte obligatorisch bei Nachweis einer mindestens fünfjährigen vertragsärztlichen Tätigkeit in einem unterversorgten Planungsbereich bei der Zulassung bevorzugt werden. Diese Regelung gilt jedoch nur dann, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit erstmalig nach dem Inkrafttreten des Gesetzes aufgenommen wurde.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Für die onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen entfällt die Einschränkung der Indikation für die Teilnahme an einer ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) auf die schweren Verlaufsformen.

Diese Änderung ist aus Sicht der BPTK sachgerecht, da in der Vergangenheit insbesondere bei den onkologischen Erkrankungen die Problematik aufgetreten ist, dass Patienten bei enger Auslegung der Kriterien erst dann im Rahmen der ASV versorgt werden können, wenn eine kurative Behandlung praktisch nicht mehr möglich ist.

Ermächtigung von Ausbildungsstätten (§ 117 SGB V)

Im parlamentarischen Verfahren wurde der Änderungsvorschlag der BPtK übernommen, wonach für Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG die Ermächtigung in einem eigenen Absatz geregelt wird. Damit ist klargestellt, dass bestimmte Regelungen für die Hochschulambulanzen nicht für Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gelten. Wie von der BPtK gefordert, wird für die Vergütung auf § 120 SGB V mit der Maßgabe verwiesen, dass wie bisher eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll.

Nicht übernommen wurde die Forderung der BPtK, dass auch folgende Regelungen entsprechend für die Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG gelten:

- die Vergütung muss die Leistungsfähigkeit der Ausbildungsstätte nach § 6 Psychotherapeutengesetz bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten
- und die Vergütung der Leistungen kann auch als Pauschale erfolgen.

Problematisch ist, dass unter die gesetzlichen Regelungen zu den Hochschulambulanzen der Hochschulkliniken nun auch die Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten fallen. Diese Hochschulen werden jedoch weder bei Vergütungsverhandlungen noch bei eventuell notwendigen Schiedsverfahren adäquat durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft bzw. die Bundesverbände der Krankenhausträger vertreten. Träger der Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten sind die Universitäten.

Grundsätzlich kritisch zu bewerten ist darüber hinaus, dass weiterhin im Gesetzestext vorgesehen ist, dass im Falle einer Schiedsentscheidung nach § 120 Absatz 4 SGB V, die die Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten bzw. Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG betrifft, nur Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der Schiedsstelle mitentscheiden. Vertreter der Hochschulambulanzen an psychologischen Universitätsinstituten bzw. der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG hingegen sollen nicht an der Schiedsstelle mitwirken.

Einrichtung von Psychiatrischen Institutsambulanzen aus Versorgungsgründen (§ 118 SGB V)

In § 118 SGB V wird durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ein neuer Absatz 4 angefügt. Hiermit wird geregelt, dass Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss auch dann zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen sind, wenn die Versorgung durch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Einrichtungen der Krankenhäuser erfolgt, soweit und solange die Ermächtigung notwendig ist, um die Versorgung sicherzustellen.

Durch die Ergänzung werden die Voraussetzungen für die Erteilung von Ermächtigungen für Psychiatrische Institutsambulanzen gelockert. Zukünftig können auch räumlich und organisatorisch nicht angebundene Außenstellen von Psychiatrischen Institutsambulanzen leichter eröffnet werden. Insbesondere in ländlichen Gebieten kann so eine bessere psychiatrische Versorgung gewährleistet werden.

Es ist jedoch wichtig darauf hinzuweisen, dass aufgrund des unterschiedlichen Leistungsspektrums der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und der Psychiatrischen Institutsambulanzen die Versorgungsprobleme im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung damit nicht gelöst sind.

Vor allem ist klarzustellen, dass wenn die Terminservicestellen bei Vertragspsychotherapeuten bzw. Vertragsärzten keine Termine für Erstgespräche bzw. sich daraus ergebene Behandlungen vermitteln können, vor diesem Hintergrund ein Verweis an die einschlägigen Krankenhäuser bzw. an die Psychiatrischen Institutsambulanzen fachlich nicht geboten ist. Zudem besteht die Gefahr, dass mangels Transparenz des tatsächlichen Leistungsgeschehens in den Psychiatrischen Institutsambulanzen diese weiterhin in der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten angerechnet werden und perspektivisch sich damit die psychotherapeutische Versorgungslage weiter verschlechtern könnte.

Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen (§ 120 SGB V)

Die Forderung der BPtK nach einer Regelung zur Transparenz der Leistungen von Psychiatrischen Institutsambulanzen in § 120 Absatz 3 SGB V wurde nicht berücksichtigt. Der Vorschlag der BPtK sah vor, dass die Vertragsparteien Vereinbarungen über die Übermittlung von Informationen zu den Diagnosen, den erbrachten Leistungen, deren Häufigkeit sowie der Qualifikation der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten treffen.

Hintergrund dieser Forderung war, dass Psychiatrische Institutsambulanzen bisher nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet werden, soweit keine belastbaren Daten über einen anderen Leistungsschwerpunkt der Einrichtung vorliegen. Da solche Daten bisher nicht vorliegen, erfolgt die Abrechnung fast immer in der Arztgruppe der Psychotherapeuten.

Auch die Forderung der jährlichen Veröffentlichung eines einrichtungsbezogenen, aggregierten Berichts zum Leistungsgeschehen der Hochschulambulanzen, Psychiatrischen Institutsambulanzen, sozialpädagogischen Zentren, medizinischer Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen zur Herstellung einer notwendigen Transparenz, die auch erforderlich ist, wenn zukünftig ermächtigte Ärzte bei der Feststellung der Überversorgung nicht mehr berücksichtigt werden, wurde nicht aufgenommen.

Im Kabinettsentwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz ist vorgesehen, dass der G-BA einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsbericht treffen soll, wobei auch Art und Anzahl der Leistungen, Diagnosen u. a. aufzuführen sind. An dieser Stelle könnte theoretisch zumindest in Ansätzen die geforderte Transparenz gewonnen werden, dies ist jedoch ohne einen dezidierten gesetzlichen Auftrag in den Gremien des G-BA auf absehbare Zeit nicht durchzusetzen.

„DMP Depression“ und „DMP Rückenleiden“ (§ 137f Absatz 1 SGB V)

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wird dem G-BA vorgegeben, bis zum 31. Dezember 2016 weitere geeignete chronische Erkrankungen festzulegen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen und insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden und Depression entsprechende Richtlinien für strukturierte Behandlungsprogramme zu erlassen. Insbesondere bei den strukturierten Behandlungsprogrammen für Depression stellt sich die Frage, inwieweit die grundsätzlich präventive Ausrichtung solcher Behandlungsprogramme zu gewährleisten ist und inwieweit eine Strukturierung der Behandlungsprogramme, wie in den anderen DMP vorgesehen, auf Basis der Leitlinienempfehlungen realisiert werden kann. Dies gilt nicht zuletzt mit Blick auf die diagnostischen Unschärfen in der ambulanten Versorgung, wo heute überwiegend unspezifische Diagnosen vergeben werden und die hohe Chronizitätsrate der Depressionsdiagnosen in der hausärztlichen Versorgung nicht in Einklang steht zu den Ergebnissen epidemiologischer Studien. Auch für ein DMP Rückenleiden ist zu befürchten, dass dieses mit erheblichen Kosten für die Behandlungsprogramme ohne oder bei einem nur sehr geringen Nutzen für Patienten verbunden sein könnte.

Anlage 1 – Pressemitteilung der BPtK vom 9. Juni 2015

Sprechstunde möglich, Praxisabbau begrenzt, Befugnisse erweitert

BPtK: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz enthält wichtige Verbesserungen

Berlin, 9. Juni 2015: Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz geplanten Veränderungen in der ambulanten Versorgung: Die Bundesregierung will eine psychotherapeutische Sprechstunde einführen, sie halbiert annähernd den bisher geplanten Abbau psychotherapeutischer Praxen und sie erweitert die Befugnisse von Psychotherapeuten.

„Die ambulante Versorgung könnte sich durch die psychotherapeutische Sprechstunde deutlich verbessern“, erklärt BPtK-Präsident Dr. Dietrich Munz. „Zukünftig könnten Psychotherapeuten schneller Termine für ein erstes Gespräch anbieten. Ratsuchende erhielten dadurch viel früher als bisher eine fachliche Beratung darüber, ob sie psychisch krank sind oder nicht und was sie benötigen. Akut Behandlungsbedürftige bekämen rascher professionelle Hilfe. Andere könnten an Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen weitergeleitet werden.“

Allerdings könnte dieser Fortschritt teilweise wieder zunichte gemacht werden. „Nach dem Gesetzentwurf sollen weiterhin ca. 4.300 psychotherapeutische Praxen abgebaut werden, obwohl sie für die Versorgung dringend notwendig sind“, kritisiert BPtK-Präsident Munz. Immerhin habe der Gesetzgeber einen stärkeren Kahlschlag vermieden. Ursprünglich sollten sogar über 7.400 psychotherapeutische Praxen nicht mehr an einen Nachfolger übergeben werden können. „Vom Praxisabbau sind aber immer noch vor allem Psychotherapeuten betroffen, obwohl gerade hier die bisherige Bedarfsplanung besonders mangelhaft ist“, stellt Munz fest. Die BPtK fordert deshalb, den Abbau von psychotherapeutischen Praxen so lange auszusetzen, bis eine neue Bedarfsplanung vorliegt.

Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz soll bis zum 1. Januar 2017 die Bedarfsplanungs-Richtlinie grundlegend überarbeitet werden. Insbesondere sollen zukünftig sowohl die demographische Entwicklung als auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden. „Falls zukünftig tatsächlich die Häufigkeit psychischer Erkrankungen berücksichtigt wird, wäre dies ein wesentlicher Fortschritt. Bis 2017 sollte es gelingen, wenigstens die systematischen Fehler der bisherigen Bedarfsplanung für Psychotherapeuten zu beseitigen“, erläutert der BPtK-Präsident.

Schließlich hebt der Gesetzgeber wichtige Einschränkungen von Psychotherapeuten auf, die für Ärzte nicht bestehen. Zukünftig sollen Psychotherapeuten eine Krankenhausbehandlung und auch den dafür notwendigen Krankentransport verordnen können. „Ist ein Patient schwer krank und benötigt dringend eine stationäre Behandlung, dann muss ein Psychotherapeut auch dafür sorgen können, dass er sie umgehend erhält“, erklärt Munz. „Die bisherige Regelung gefährdete eine unmittelbar notwendige Behandlung.“ Ferner sollen Psychotherapeuten zukünftig Soziotherapie und medizinische Reha-Leistungen verordnen können. „Vielen schwer psychisch Kranken ist es nur mit soziotherapeutischer Unterstützung möglich, sich ambulant psychotherapeutisch behandeln zu lassen“, erläutert der BPtK-Präsident. Soziotherapie verhindere Krankenhausaufenthalte und hohe stationäre Behandlungskosten. „Dass auch Psychotherapeuten Soziotherapie verordnen können, ist längst überfällig.“

Anlage 2 – Pressemitteilung der BPtK vom 11. Juni 2015

Zukünftig mehr Psychotherapien durch Jobsharing GKV-VSG ermöglicht Flexibilisierung der Versorgungsaufträge

Berlin, 11. Juni 2015: Die Bundesregierung ermöglicht Psychotherapeuten durch Jobsharing zukünftig mehr Behandlungsstunden anzubieten. „Dadurch können mehr Patienten schneller eine Psychotherapie erhalten“, erklärt Dr. Dietrich Munz, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zum GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das heute im Bundestag verabschiedet wird. „Dies ist aber auch für unsere jungen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die Familie und Beruf miteinander in Einklang bringen müssen, und für unsere erfahrenen Kolleginnen und Kollegen, die Supervision und Selbsterfahrung im Rahmen der Psychotherapieausbildung anbieten, ein großer Fortschritt. Ein Psychotherapeut, der seine Behandlungsstunden z. B. aufgrund familiärer Verpflichtungen oder wegen seines Engagements in der Ausbildung angehender Psychotherapeuten verringern musste, kann zukünftig das Jobsharing nutzen, um seine Praxis auszulasten.“

Beim Jobsharing teilen sich zwei Psychotherapeuten einen Praxissitz. Dabei handelt es sich entweder um eine Anstellung oder um eine Berufsausübungsgemeinschaft mit einem Senior- und einem Juniorpartner. Bisher durfte der Umfang dieser neuen Gemeinschaftspraxis allerdings nicht wesentlich höher sein als der Umfang der vorherigen Einzelpraxis. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sieht jetzt vor, dass psychotherapeutische Praxen, die bisher nur wenige Therapiestunden anbieten können, durch Jobsharing mehr Behandlungsstunden erbringen können als eine psychotherapeutische Durchschnittspraxis. Wo genau die Obergrenze liegen soll, das soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) festlegen.

Das Bundessozialgericht sieht die Maximalauslastung einer psychotherapeutischen Praxis bei 36 Psychotherapiesitzungen pro Woche. Dies entspricht einer wöchentlichen Gesamtarbeitszeit von 51 Stunden. Die zusätzliche Arbeitszeit wird für Dokumentation, Anträge, Abrechnung, Praxismanagement, Inter- und Supervision sowie Fortbildung benötigt. „Daran sollte sich auch der G-BA orientieren, der jetzt angemessene Kapazitätsgrenzen beim Jobsharing definieren muss“, fordert BPtK-Präsident Munz.

Psychotherapeuten erbringen im Durchschnitt rund 22 bis 27 Psychotherapiestunden pro Woche. Für eine höhere Auslastung von psychotherapeutischen Praxen gibt es grundsätzlich eine Vielzahl von rechtlichen Hindernissen. Ein Psychotherapeut kann sich – anders als andere Arztgruppen – bei Krankheit, Urlaub oder Fortbildung nicht vertreten lassen. Er muss seine Praxis in diesen Zeiten schließen. Außerdem sind Psychotherapeuten im Gegensatz zu anderen Arztgruppen bisher nicht befugt, Untersuchungen und Behandlung an andere zu delegieren. Bei den Ärzten gelten auch delegierte Leistungen, wie z. B. Blutabnahmen durch einen Praxishelfer, als „ärztliche“ Arbeitszeit. Dadurch liegt die durchschnittliche Arbeitszeit von Psychotherapeuten selbst dann unter der durchschnittlichen Arbeitszeit von Ärzten, wenn sie persönlich gleich lange gearbeitet haben.