

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)

06.11.2014

**Gemeinsame Stellungnahme
zum Referentenentwurf eines
Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der
gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)**

Mehr als 20.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie 5.000 überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte leisten einen wichtigen Beitrag zur ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen. In den letzten 15 Jahren seit dem Psychotherapeutengesetz hat sich die Psychotherapie zu einem anerkannten und unverzichtbaren Versorgungsbereich im deutschen Gesundheitswesen entwickelt.

Die Gesetzesnovellierung stellt nach Meinung von bvvp und DPtV gleichzeitig eine Chance dafür dar, schon lange vorgebrachte Verbesserungen der Versorgung sowie der Arbeitsmöglichkeiten für Psychotherapeuten zu regeln.

Der Entwurf enthält zwar eine begrüßenswerte Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Psychotherapierichtlinie weiter zu entwickeln. Andererseits sieht er aber verschärfte Bedingungen zum Abbau vermeintlicher, nicht bestehender Überkapazitäten vor, der auch die psychotherapeutische Versorgung sehr erschweren würde. Insbesondere entwickelt der Gesetzentwurf die Stellung der Vertragspsychotherapeuten trotz ihres inzwischen erreichten Versorgungsbeitrags nicht angemessen weiter.

Wie auch die KBV sehen die unterzeichnenden Verbände die Eingriffe in die Abstimmungsmodalitäten der Vertreterversammlungen als hoch problematischen Eingriff in die legitimierten auf der Basis von Wahlergebnissen entstandenen Repräsentanzen an.

Nachfolgend wird in einem Teil 1 zu den durch das GKV-VSG geplanten Gesetzesänderungen Stellung bezogen. In einem Teil 2 werden weitere, aus Sicht der stellungnehmenden Verbände notwendige Änderungen des SGB V vorgeschlagen. Die Änderungsvorschläge der Stellungnahme sind durch Unterstreichungen bzw. Streichungen gekennzeichnet.

Teil 1: Stellungnahme zu den Änderungen des SGB V im Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes

Zu Nr. 21 - § 79 Abs. 3a neu (Vertreterversammlungen)

Änderungsvorschlag: Der § 79 Abs 3a neu (Vertreterversammlungen) wird folgendermaßen formuliert:

Die Satzung regelt bis zum (Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats), dass über die Belange, die ausschließlich die hausärztliche Versorgung betreffen, nur die Hausärzte in der Vertreterversammlung und über die Belange, die ausschließlich die fachärztliche Versorgung betreffen, nur die Fachärzte in der Vertreterversammlung abstimmen.

Begründung:

Die von bvvp und DPtV vorgeschlagene Formulierung läßt der Selbstverwaltung genügend Raum, eine angemessene Regelung zu finden. Gegen die Formulierung im Referentenentwurf werden folgende Argumente vorgebracht:

§79 Abs. 3a(neu) im Referentenentwurf greift in mehrerlei Hinsicht in die Stimmengewichtungen der Vertreterversammlung der KBV ein. Dadurch entstehen einerseits Beeinträchtigungen der grundgesetzlich gebotenen demokratischen Legitimation aufgrund der Wahlergebnisse, andererseits unkalkulierbare Verzerrungen hinsichtlich der vom SGB V selbst bestimmten und vom Gesetzgeber ausdrücklich gewollten Berücksichtigung von proportionalen Repräsentanzen. Hierzu sei im Einzelnen ausgeführt:

Allgemein:

- a. Die in der Vertreterversammlung einer KV oder der KBV vertretenden Hausärzte oder Fachärzte sind nicht jeweils Vertreter der Hausärzte oder Fachärzte, wie im Gesetzentwurf dargelegt. Im SGB V stellt die Legitimation durch Wahlen eine Gewährleistung des vom Grundgesetz geforderten demokratischen Prinzips dar. Die Mitglieder der KVen wählen unmittelbar und geheim die Mitglieder der Vertreterversammlung (§ 80). Dabei spielen die von den Personen und Listen repräsentierten gesundheitspolitischen Zielrichtungen eine wichtige Rolle. Fachärzte wählen dabei Hausärzte und umgekehrt auf gemeinsamen Listen. Für die VV der KBV gilt: alle Vertreter einer KV in der KBV-VV werden von allen Mitgliedern der regionalen VV gewählt und sind somit nicht Vertreter der Hausärzte oder der Fachärzte sondern ihrer KV. Allenfalls für die Psychotherapeuten (PP/KJP) wäre die Aussage zulässig, da sie in getrennten Wahlkörpern sowohl in der KV wie für die KBV-VV nur von PP/KJP gewählt werden.
- b. Mit ihrer Urwahl haben die Gewählten auch einen Wählerauftrag für die Interessenvertretung, d.h. auch, dass Fachärzte sich für hausärztliche und Hausärzte für fachärztliche Interessen einzusetzen haben. Diese Legitimationsbasis setzt sich auf die Ebene der KBV fort.
- c. Mit der Gewichtung der Stimmen werden die Legitimationskette und die in den Legitimationsschritten enthaltenen Wähleraufträge verzerrt und durch

Disproportionalitäten die Bindung an die Aufträge gelockert. Dieses widerspricht dem Prinzip der demokratisch legitimierten Repräsentanz der Wählerinteressen.

Psychotherapeuten-spezifisch:

Noch problematischer sind die Auswirkungen auf die in § 80 Abs 1 gebotene Repräsentanz der Psychotherapeuten von bis zu 10% der Mitglieder der KV-Vertreterversammlung. Die 10% stellen bereits eine Einschränkung dar, denn der Anteil der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der Gesamtzahl aller Vertragsärzte beträgt derzeit ca. 12,3% (nach Bundesarztregister vom 31.12.2013: 19.991 / 162.651). Diese vom Gesetzgeber garantierte Obergrenze wird durch die vorgesehene Stimmengewichtung unterlaufen und die Repräsentanz erheblich geschmälert. Da der Gesetzgeber in keiner Weise zu erkennen gegeben hat, dass er diese Einschränkung beabsichtige, muss der geplante § 79 Abs. 3a als ein Unterlaufen der eigenen Repräsentanzgarantie für Psychotherapeuten angesehen werden.

Zu Nr. 22 - § 79b und § 79c (Beratende Fachausschüsse)

Änderungsvorschlag: Ergänzung in § 79b

¹Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für Psychotherapie gebildet.

²~~Der Ausschuss besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden sowie sechs überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten, von denen einer vorwiegend auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätig sein soll.~~ ³Für die Wahl der Mitglieder des Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses zugelassene Psychotherapeuten sein müssen. ⁴~~Abweichend von Satz 2 werden für die laufende Wahlperiode der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die von den Psychotherapeuten gestellten Mitglieder des Fachausschusses auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landes- und Bundesebene von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde berufen.~~ ⁵Dem Ausschuss ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. ⁶Das Nähere regelt die Satzung. ⁷Die Befugnisse der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bleiben unberührt.

Begründung:

In Zusammenhang mit der gesetzlichen Einrichtung beratender Fachausschüsse für die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung sowie für angestellte Ärztinnen und Ärzte sollte in § 79b eine Konkretisierung der Zusammensetzung der beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie vorgenommen werden.

Der gesamte beratende Fachausschuss soll sich zu Angelegenheiten der psychotherapeutischen Versorgung äußern. Durch die Änderung wird die Effizienz der Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie dadurch gesteigert, dass auf der Ärztebank nur Ärzte vertreten sind, die überwiegend psychotherapeutisch und nicht in einem anderen Fachgebiet tätig sind.

Satz 4 ist obsolet und kann gestrichen werden. Die Nummerierung der weiteren Sätze ändert sich entsprechend.

Zu Nr. 24 - § 87 Abs. 2 (EBM)

Änderungsvorschlag: Einfügung eines Satzes

*Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen. Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, wobei in die Überprüfung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen auch die Regelung nach § 33 Absatz 9 erstmalig bis spätestens zum 31. Oktober 2012 einzubeziehen ist; bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Die Überprüfung der psychotherapeutischen Leistungen nach § 87. Abs 2c letzter Satz erfolgt jährlich. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 **und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2** unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf ~~betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln~~ **in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen**; die Bewertung der von einer Arztpraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen kann dabei insgesamt so festgelegt werden, dass sie ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinkt. **Die Bewertung von Sachkosten kann abweichend von Satz 1 in Eurobeträgen bestimmt werden.***

Begründung:

Die angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (s. auch Vorschlag einer gesetzlichen Präzisierung des § 87 Abs. 2c Satz 6 in Teil 2, weitere Gesetzesänderungsvorschläge) ist durch die BSG-Rechtsprechung definiert. Sie beinhaltet einen Vergleich der psychotherapeutischen Ertragsmöglichkeiten mit dem Durchschnitt des Ertrags anderer Arztgruppen. Die Aufgabe obliegt dem Bewertungsausschuss. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Überprüfung nur in großen Zeitabständen erfolgt, was zu Folgeproblemen führt: z.B. sind entsprechende Rücklagen für Nachzahlungen nicht vorhanden. Eine zeitnahe und regelmäßige Überprüfung würde eine sofortige Korrektur für das Folgejahr ermöglichen.

Zu Nr. 28 – § 92 Abs. 6a Satz 3 neu (Psychotherapierichtlinie)

Änderungsvorschlag: Ergänzung um weitere Möglichkeiten der Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinie.

³*Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung, der Akutversorgung, von Gruppentherapien, der Rezidivprophylaxe sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.*

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Präzisierung des Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss ist geeignet, zur Flexibilisierung der Psychotherapierichtlinie beizutragen und damit die Versorgung zu verbessern. Allein mit den Ergänzungen der Einrichtung einer Sprechstunde, der Förderung der Gruppentherapie und der Entbürokratisierung sind die angestrebten Ziele nicht zu erreichen.

Vorgeschlagen wird deshalb eine Erweiterung um die differenzierte und frühzeitige diagnostische Abklärung, die Akutversorgung und Behandlungsmöglichkeiten in Form einer Rezidivprophylaxe. Während die Sprechstunde einem niedrigschwelligen Zugang zu einer ersten vorläufigen Abklärung und Beratung des Patienten dient, ist es unerlässlich, sofern der Befund den Verdacht auf eine psychische Krankheit nahelegt, dies mittels einer umfassenderen Diagnostik zu klären. Dazu sind auch Fremdbefunde zu sichten und Entscheidungen bezüglich weiterer Behandlungsnotwendigkeiten zu treffen. Da dies in einer Sprechstunde nicht zu leisten ist, sollte der Diagnostik durch eine Konkretisierung des Auftrags an den G-BA mehr Gewicht gegeben werden. Mündet die diagnostische Abklärung in die Empfehlung einer psychotherapeutischen Behandlung, sollte zum Abbau von Wartezeiten die Akutversorgung im Sinne einer zeitnahen Erstversorgung in den Fällen gefördert werden, in denen Wartezeiten nicht zumutbar sind. Bei chronischen psychischen Erkrankungen ist der in der Psychotherapierichtlinie angelegte episodische Behandlungsansatz oft nicht geeignet und eine niederfrequente Behandlung über längere Zeiträume in Form einer Rezidivprophylaxe oder Erhaltungstherapie ist notwendig - nicht anders als es bei chronischen körperlichen Krankheiten der Fall ist.

Flankierende Regelungen zu einer extrabudgetären Vergütung dieser neuen Leistungen sind im § 87 festzulegen, weil sie sonst den HVM-bedingten Budgetierungen und Honorarquotierungen unterliegen.

Die Verbände weisen jedoch eindringlich daraufhin, dass eine „Flexibilisierung des Therapieangebotes“ ohne neue Behandlungskapazitäten nicht zu leisten sein wird.

Zu Nr. 29 – § 92a und 92b (Innovationsfonds)

Die geplante Förderung neuer Versorgungsformen sowie die Förderung von Versorgungsforschung werden grundsätzlich begrüßt. Die Beforschung von Psychotherapie leidet seit Jahren darunter, dass – im Unterschied zu medizinischen Forschung – keinerlei Förderung durch die Industrie erfolgt. Mittel aus dem zu

schaffenden Fonds könnten Abhilfe schaffen. Wir verweisen jedoch auch auf die Stellungnahme der KBV zu diesen Regelungen, insbesondere auf die Kritik an der Zusammensetzung des Innovationsausschusses.

Zu Nr. 30 - § 95 Abs. 1 (Medizinische Versorgungszentren)

Änderungsvorschlag: An den entsprechenden Stellen wird „Psychotherapeuten“ oder „psychotherapeutisch“ ergänzt.

¹An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. ²Medizinische Versorgungszentren sind **fachübergreifende** ärztlich oder psychotherapeutisch geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte oder Psychotherapeuten, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. ³Der ärztliche oder psychotherapeutische Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. ~~⁴Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören.~~ ⁵~~Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.~~ ⁶Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. ⁷Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).

Begründung:

Da künftig auch fachgruppengleiche MVZ möglich sind und der Leiter des MVZ einer der im MVZ tätigen Leistungserbringer sein muss, ist bei rein psychotherapeutischen MVZ auch eine ausschließlich psychotherapeutische Leitung möglich und notwendig.

Zu Nr. 30c - § 95 Abs. 3

Änderungsvorschlag: Streichung des neu eingefügten Satzes

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt: (3) Die Zulassung bewirkt, daß der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die

vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus Satz 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung zu prüfen.

Begründung:

Ein Versorgungsauftrag wird bislang nur im Bundesmantelvertrag mit Bezug auf die Zahl der Sprechstunden definiert. Damit kann die Erfüllung eines halben oder ganzen Versorgungsauftrages jedoch nicht adäquat überprüft werden, da allein das Vorhalten von Sprechstunden nichts über das tatsächliche Leistungsgeschehen in einer psychotherapeutischen Praxis aussagt. Zudem widerspricht es grundsätzlich dem Wesen der Freiberuflichkeit, in die Modalitäten der Berufsausübung derart regulierend einzugreifen, dass die zu erbringenden Arbeitszeiten gesetzlich festgelegt werden sollen. Einer Präzisierung dieser Art bedarf es auch deshalb nicht, da die Zulassung in § 95 Abs. 3 Satz 1 bereits bewirkt, dass der Vertragsarzt oder – psychotherapeut zeitlich zur Teilnahme an der Versorgung im definierten Umfang verpflichtet ist.

Zu Nr. 33 - § 103 Abs. 3a Sätze 3 und 4 (Nachbesetzung)

Änderungsvorschlag: Die im Referentenentwurf vorgesehenen Änderungen werden abgelehnt.

³*Der Zulassungsausschuss **soll kann** den Antrag ablehnen, wenn eine Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist; dies gilt nicht, sofern die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 4 bis 6 bezeichneten Personenkreis angehört.*

³**~~Für einen Nachfolger, der dem in Absatz 4 Satz 5 Nummer 6 bezeichneten Personenkreis angehört, gilt Satz 3 zweiter Halbsatz mit der Maßgabe, dass das Anstellungsverhältnis oder der gemeinschaftliche Betrieb der Praxis mindestens drei Jahre lang angedauert haben muss.~~**

Begründung:

Die Verhinderung der Weitergabe von Sitzen steht im Widerspruch zum erklärten Willen der Koalition, eine schnellere fachärztliche Versorgung zu bewirken. Sowohl die erschwerte Weitergabe in nominell überversorgten Gebieten wie die lange Anstellungszeit erschweren sinnvolle Nachfolgeregelungen für ältere Ärzte und Psychotherapeuten und verschlechtern damit die Versorgung. Auch schon bei der geltenden Rechtslage sind hiervon ausschließlich selbstständig tätige Ärzte und Psychotherapeuten betroffen, während MVZ und angestellte Ärzte von der Regelung ausgeschlossen sind. Eine solche Benachteiligung der selbständigen niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten erschwert die Bereitschaft zur Niederlassung und gefährdet die Versorgung. Es wird aus psychotherapeutischer Sicht außerdem darauf hingewiesen, dass die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten auf fehlerhaften Zahlen fußt, die nichts über den tatsächlichen Bedarf an psychotherapeutischer Behandlungskapazität aussagen, wie dies durch die erheblichen Wartezeiten in angeblich überversorgten Planungsbereichen bestätigt wird.

Auch der Sachverständigenrat weist auf die Unzuverlässigkeit der Daten hin: „Die Fachgruppe der Psychotherapeuten bedarf im Hinblick auf z. T. noch zu entwickelnde Kriterien für eine angemessene Bedarfsplanung noch weiterer Untersuchungen und einer gesonderten Betrachtung.“

Würde die Regelung umgesetzt, wären davon in den nächsten Jahren über 7.000 Psychotherapeutenplätze bundesweit betroffen, die über einem Versorgungsgrad von 110% liegen. Dies würde die psychotherapeutische Versorgung in den nächsten Jahren auf nicht verantwortbare Weise verschlechtern. Bei der Prüfung einer etwa fehlenden Erforderlichkeit „aus Versorgungsgründen“ ist zumindest die wirkliche Versorgungssituation zu berücksichtigen, wie insbesondere Mitversorgereffekte und Sonderbedarfszulassungen mit ihrem Beitrag zur tatsächlichen Versorgung.

Zur Erhöhung der Anstellungszeit auf 3 Jahre:

Eine Anstellung oder ein gemeinschaftlicher Betrieb stellen die Möglichkeit eines langsamen Rückzugs aus der Behandlung von Patienten für einen der Rente entgegengehenden Praxisinhaber dar, bei gleichzeitiger Sicherung einer ausreichenden und damit abgabefähigen Praxissubstanz. Da das Leistungskontingent bei einer Anstellung oder Job-Sharing-Partnerschaft auf das bisherige Volumen der Praxis begrenzt ist, muss der Inhaber dem Angestellten oder Partner von seinem Leistungsumfang einen erheblichen Teil abgeben, muss also selber seine Tätigkeit massiv reduzieren. Diese Konstellation der Deckelung des Leistungsumfangs zusammen mit der Mindestforderung von drei Jahren ist so nicht zumutbar und verschlechtert die Versorgungssituation. Stattdessen sollte im Sinne der Kontinuität der Versorgung speziell zur Gestaltung der Praxisübergabe die Möglichkeit eines privilegierten Assistenten gesetzlich verankert werden, der ohne starren Leistungsdeckel über eine befristete Zeit bis zur Übernahme der Praxis angestellt werden kann.

Zur Nr. 38 - § 113 Abs.4 (Wirtschaftlichkeit der Psychiatrischen Institutsambulanzen)

Änderungsvorschlag: Der Zusatz „der Hochschulambulanzen nach §117“ sollte gestrichen werden.

Die Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung durch psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118) und sozialpädiatrische Zentren (§ 119) werden von den Krankenkassen in entsprechender Anwendung der nach § 106a, § 106 Abs. 2 und 3 und § 136 geltenden Regelungen geprüft. In § 113 Absatz 4 werden nach dem Wort „durch“ die Wörter „Hochschulambulanzen (§ 117),“ eingefügt, nach der Angabe „(§ 118)“ wird das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und nach der Angabe „(§ 119)“ werden die Wörter „und medizinische Behandlungszentren (§ 119c)“ eingefügt.

Begründung:

In den Hochschulambulanzen sowie den Ausbildungsinstituten werden genauso wie in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten Patienten im Rahmen von genehmigungspflichtiger Richtlinienpsychotherapie behandelt. Die Genehmigung im Rahmen des Gutachterverfahrens stellt eine vorweggezogene Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität dar, so dass sich jegliche zusätzliche Prüfungen im Nachhinein erübrigen.

Zu Nr. 53 - § 137f Abs. 1 neu eingefügter Satz (Strukturierte Behandlungsprogramme)

Änderungsvorschlag: Streichung der Wörter „und Depression jeweils“

„Bis zum 31. Dezember 2016 legt der Gemeinsame Bundesausschuss weitere in § 321 Satz 1 nicht genannte, geeignete chronische Krankheiten fest und erlässt insbesondere für die Behandlung von Rückenleiden ~~und Depressionen jeweils eine~~ entsprechende Richtlinien nach Absatz 2.“

Begründung:

Der GBA hat entschieden, vorerst kein DMP Depression zu entwickeln, da strukturierte Behandlungsprogramme zu wenig evaluiert sind und weil zunächst die Auswirkungen der Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie abgewartet werden sollte. Das KBV-Konzept einer gestuften ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sieht Module vor, die die Versorgung depressiver Patienten deutlich verbessern könnten, so zum Beispiel eine frühzeitige psychodiagnostische Abklärung, eine Akutversorgung für dringende Fälle und eine Rezidivprophylaxe. Dies sind Elemente, die auch die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Depression empfiehlt. Außerdem ist die Depression keine eng umschriebene Krankheit, sondern sie umfasst unterschiedliche Formen und Schweregrade von Depressionen. Bei einer Vielzahl sonstiger F-Diagnosen treten zusätzlich depressive Symptome auf, so dass die Gefahr bestünde, dass – obwohl die nicht-depressive Leitsymptomatik vorrangig behandelt werden sollte, diese Patienten einem DMP Depression zugewiesen werden.

Teil 2: Weitere Gesetzesänderungsvorschläge**Zu § 26 Abs 1 (Kinderuntersuchung)**

Änderungsvorschlag: Einfügung des Wortes „psychische“

¹Versicherte Kinder haben ~~bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, psychische oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.~~

Begründung:

Ziel der Änderung ist es, durch geeignete Maßnahmen die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu stärken und psychische Auffälligkeiten frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Die bisherige Beschränkung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden könnten, auf Kinder ab dem 10. Lebensjahr ist bei keinem dieser Untersuchungsbereiche sachgerecht, auch nicht bei der psychischen Entwicklung, und sollte deshalb aufgehoben werden. Die Feststellung von Auffälligkeiten in der psychischen Entwicklung bei Kindern unter 6 Jahren kann die rechtzeitige Einleitung geeigneter Behandlungen fördern und damit helfen, Chronifizierungen zu vermeiden.

Eine frühere Bundesregierung hatte in einem Strategiepapier von 2008 zur Förderung der Kindergesundheit eine entsprechende gesetzliche Änderung angekündigt. Sie war damals jedoch nicht umgesetzt worden.

Zu § 73 Abs. 2 (Beschränkung der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)

Änderungsvorschlag: Abs. 2 wird folgendermaßen geändert:

2. Die Nummern 2, 2a, 4, 6, 7, soweit es sich die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln betrifft, 10 und 11 gelten nicht für Psychotherapeuten.

Begründung:

Laut Koalitionsvertrag sollen die „bestehenden Befugnisbeschränkungen für Psychotherapeuten“ überprüft werden. Die noch bestehenden Beschränkungen der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mag der Skepsis gegenüber den neuen Berufsgruppen beim Gesetzgebungsverfahren zum Psychotherapeutengesetz geschuldet gewesen sein. Sie hat sich jedoch als Hindernis bei der vernetzten Behandlung psychisch kranker Patienten erwiesen und der Umweg über einen Arzt belastet die Patienten zusätzlich.

Wenn in einer Krisensituation ein Patient kurzfristig in eine entsprechende psychotherapeutische oder psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses eingewiesen werden muss, wenn insbesondere bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Verschreibung einer Ergotherapie oder einer logopädischen Behandlung begleitend oder alternativ zu einer Psychotherapie sinnvoll ist oder wenn ein Patient, der länger arbeitsunfähig war, wieder eingegliedert werden soll, sind dies wichtige den Behandlungsplan ergänzende Maßnahmen. Vor allem würde die geplante Sprechstunde (s. Nr. 28 Gesetzentwurf) in ihrer Funktionalität deutlich gestärkt, wenn Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die entsprechenden Befugnisse zugestanden würden.

Aufgrund des Berufsrechts der Psychotherapeuten beschränken sich die sozialrechtlichen Befugnisse in Satz 1 auf die Bereiche, zu denen die

Psychotherapeuten aufgrund ihrer Aus- und ggf. Weiterbildung befugt sind. Dazu gehört z.B. nicht die Verordnung von Arzneimitteln.

Zu § 79 Abs. 4 Satz 1 SGB V (Vorstände der KBV und der KVen)

Änderungsvorschlag: Satz 1 wird um einen Halbsatz ergänzt:

(4) ¹Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen besteht aus bis zu drei Mitgliedern, von denen ein Mitglied ein psychotherapeutisches oder überwiegend psychotherapeutisch tätiges ärztliches Mitglied sein muss.

Begründung:

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten sind eine eigene Berufsgruppe in den KVen und der KBV. Ihre Tätigkeit unterscheidet sich von medizinisch-somatisch-ärztlicher Tätigkeit erheblich. Die vergangenen 15 Jahre haben gezeigt, dass alle Psychotherapeuten einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten, eine bessere Verankerung in den Strukturen der KVen und der KBV brauchen, um ihre speziellen Interessen auch operativ in die Verwaltungen und in der Außenvertretung einbringen zu können.

Zu § 87 Abs. 2c

Änderungsvorschlag: Satz 6 wird ergänzt

Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, die es einem ausschließlich psychotherapeutisch und in Vollzeit tätigen Vertragsarzt ermöglicht, mindestens den durchschnittlichen Überschuss der Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs aus der gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit zu erzielen; der Bewertungsausschuss für die vertragsärztlichen Leistungen hat die angemessene Vergütung jährlich spätestens zum 30. Juni mit Wirkung zum 31. Oktober festzustellen.

Begründung:

Das BSG hat ausgeführt, dass seine Regelungen mehrere Faktoren beinhalten, die zum Nachteil der Psychotherapeuten wirken. Dies sei aber bei einer Bestimmung eines Mindest-Honorars hinzunehmen. Inzwischen ist über mehrere Regelmechanismen im EBM sowie in Beschlüssen des Bewertungsausschusses aus dem Mindesthonorar für einen mit bei vollem Einsatz arbeitenden Psychotherapeuten ein maximaler Überschuss geworden, der immer noch weit unterhalb dem im Einheitlichen Bewertungsmaßstab festgelegten kalkulatorischen Arztlohn liegt und der trotzdem nur von einer Minderheit der Psychotherapeuten erreicht werden kann

Die gesetzliche Vorschrift zur „angemessenen Vergütung“ der Psychotherapie muss deshalb so präzisiert werden, dass die Vergütung je Zeiteinheit der psychotherapeutischen Leistungen in der vertragsärztlichen / vertragspsychotherapeutischen Versorgung - bei gleichem Zeitaufwand und nach Abzug der Praxiskosten - am fachärztlichen Durchschnittsüberschuss aller

Facharztgruppen aus ihrer gesamten vertragsärztlichen Tätigkeit gemessen wird. Außerdem ist eine Frist für die Überprüfung festzulegen, um zu lange Zeitabstände zwischen den Prüfungen auszuschließen. Die Folge ist, dass jeweils so hohe Nachzahlungsbeträge anfallen, dass, je länger sich die Überprüfung hinzieht, umso schwieriger die Anpassung der Honorare wird.

Zu § 87 a Abs 3 Satz 5

Änderungsvorschlag: Satz 5 wird durch die Wörter „der antrags- und der nicht antragspflichtigen Psychotherapie“ ergänzt.

„Vertragsärztliche Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, der antrags- und der nicht antragspflichtigen Psychotherapie, sind gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten;“

Begründung:

Alle Psychotherapeuten weisen seit Jahren darauf hin, dass die Systematik ihrer Leistungserbringung Ungerechtigkeiten in der Honorierung zur Folge hat. Eine erste Konsequenz war der Beschluss des Bewertungsausschusses, die genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie sowie die probatorischen Sitzungen extrabudgetär, d.h. zu festen Euro-Beträgen zu vergüten. Die von Kassen und Politik immer wieder eingeforderte Versorgung psychisch Kranker außerhalb der Richtlinienpsychotherapie durch Gesprächsleistungen, Sprechstunden und schnelle Abklärungen kann nur mit zwar zeitgebundenen, aber antrags- und genehmigungsfreien Leistungen erbracht werden: Diese werden nicht nur im EBM schlecht bewertet sondern werden außerdem im Rahmen von HVM-Regelungen auf bis zu 50% quotiert. Eine Verbesserung der Versorgung ist so nicht zu erwarten.

Die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG, wonach „die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ... demzufolge mittels des Konzepts der zeitlich definierten Obergrenzen zu gestalten (ist), innerhalb derer sich die Summe der nicht-antragspflichtigen und der antragspflichtigen Leistungen ohne Abstufungen der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet“ ist von den KVen nicht umgesetzt worden.

Dabei sind fast ausnahmslos alle Leistungen der Psychotherapeuten in mehrfacher Hinsicht durch Bestimmungen im EBM, in der Psychotherapierichtlinie und in der Psychotherapievereinbarung sowohl von ihrem Zeitumfang als auch in ihrer Menge eng begrenzt. Fachlich ungerechtfertigte Leistungsausweitungen in der Psychotherapie konnten bisher nicht festgestellt werden und sind auch künftig nicht zu erwarten.