

**Bundesgeschäftsstelle**

Am Karlsbad 15  
10785 Berlin  
Telefon 030 2350090  
Fax 030 23500944  
bgst@dptv.de  
www.dptv.de

**DEUTSCHE PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPtV)**

**BERLIN, 10.01.2019**

**AKTUALISIERTE STELLUNGNAHME ZUM REGIERUNGSENTWURF FÜR EIN  
„GESETZ FÜR SCHNELLERE TERMINE UND BESSERE VERSORGUNG“  
(TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZ, TSVG)**

**I. ZUSAMMENFASSUNG**

Dem Regierungsentwurf zum TSVG kann in der vorliegenden Fassung nicht zugestimmt werden, da dieser im § 92 SGB V nicht zumutbare Belastungen für psychisch kranke Menschen vorsieht. Der Auftrag an den G-BA, in der Richtlinie für die psychotherapeutische Behandlung Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Psychologischen Psychotherapeuten zu beschließen wird vom Berufsstand einhellig abgelehnt. Dieser Passus war im Referentenentwurf nicht enthalten, und wurde ohne Beratung oder Einbeziehung der Fachverbände kurzfristig hinzugefügt. In einer Petition 85363 sprechen sich über zweihunderttausend Mitzeichner – Psychotherapeuten, Ärzte, Patienten, Angehörige und Versicherte – gegen diesen Passus aus.

Die in 2017 erfolgte Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie schafft einen niedrigschwelligen Zugang, Möglichkeiten einer qualifizierten Diagnostik und zeitnahen Versorgung in dringenden Fällen. Evaluationen zu den Auswirkungen auf die Versorgung sind in der Richtlinie angelegt und bereits angestoßen. Die immer noch bestehenden Wartezeiten auf reguläre Behandlungen erklären sich dadurch, dass trotz der neuen Leistungen die psychotherapeutischen Kapazitäten insgesamt nicht erhöht wurden. Die Reform der Bedarfsplanung ist hierzu dringend umzusetzen.

An weiteren Stellen sehen wir Änderungsbedarf. Für die adäquate Behandlung von Patienten mit komplexem Handlungsbedarf sollten im Bundesmantelvertrag Regelungen für eine interdisziplinäre, koordinierte und strukturierte Versorgung geschaffen werden.

Positiv sehen wir, dass die Absicht des Koalitionsvertrages zur Stärkung der sprechenden und zuwendungsorientierten Leistungen aufgegriffen wird. Wir begrüßen deshalb den Vorschlag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab auf Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ hin zu überprüfen, halten ihn allerdings für konkretisierungsbedürftig.

Damit die elektronische Patientenakte in Zukunft zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen kann, muss die Qualität von fachlich abgesicherten Informationen unter Gewährleistung von Datenintegrität und -sparsamkeit sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer sichergestellt sein. Dem Datenschutz ist absolute Priorität ein-

zuräumen. Nur eine sichere und vertrauenswürdige Datenbasis kann Grundlage für eine für den Versicherten transparente strukturierte Kommunikation von Leistungserbringern untereinander und damit eine Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung der Patienten sein.

## **II. ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE ZUM REGIERUNGSENTWURF**

### **1. Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung streichen**

#### **Zu Nr. 51 b) (§ 92 Absatz 6a SGB V RegE-TSVG)**

#### **Ersatzlose Streichung der Erweiterung des § 92 Absatz 6a SGB V RegE-TSVG.**

Änderungsvorschlag für § 92 Absatz 6a SGB V RegE-TSVG:

~~„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt in den Richtlinien Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung einschließlich der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und psychologischen Psychotherapeuten.“~~

#### Begründung:

Erst im Jahr 2017 trat die neue Psychotherapie-Richtlinie in Kraft, durch die eine gestufte Versorgung eingeführt wurde. Diese ermöglicht eine bessere Erreichbarkeit psychotherapeutischer Praxen, einen schnellen Erstkontakt für eine differenzierte Indikationsstellung im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde, sowie eine kurzfristige Akutbehandlung bei besonderer Dringlichkeit. Eine Rezidivprophylaxe wurde eingeführt und die Bedingungen für die Gruppenpsychotherapie in ersten Schritten verbessert. Das Genehmigungsverfahren für eine Richtlinienpsychotherapie wurde verschlankt.

Derzeit lehnen wir jede diesbezügliche Änderung der Psychotherapie-Richtlinie ab. Dies ist darin begründet, dass die vom G-BA umfangreich überarbeitete Richtlinie erst seit April 2017 (bzw. für die Patienten verbindlich erst seit April 2018) in Kraft ist. Vor weiteren Änderungen sollte die Evaluation dieser Maßnahmen abgewartet werden. (siehe: Förderbekanntmachung des Innovationsausschuss beim G-BA vom 23.11.2018 zur Förderung von Versorgungsforschung gemäß § 92a Absatz 2 Satz 5, SGB V ausgeschrieben am 23.11.2018: „Forschungsprojekte zur Weiterentwicklung und insbesondere Evaluation der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (PT-RL)“)

Der aktuelle Gesetzesvorschlag würde Steuerungspraxen speziell für die Psychotherapie durch Ärzte/Psychotherapeuten mit besonderer Qualifikation einführen, die offenbar eine selektierende Priorisierung vornehmen sollen. Dies ist nicht sachgerecht, denn dem behandelnden Psychotherapeuten obliegt im Rahmen seiner Therapiefreiheit und auch aus haftungsrechtlichen Gründen die Diagnose- und Indikationsstellung selbst. Diese kann durch einezusätzliche Instanz nicht vorweggenommen werden.

Insbesondere wirkt die vorgesehene Regelung patientenfeindlich, wenn man die Folgen für die psychisch erkrankten Menschen genauer betrachtet. Patienten würden durch diese Form der gesteuerten Versorgung gezwungen, sich mit ihrer Leidensgeschichte mehrfach zu offenbaren: Zunächst in der Steuerungspraxis der Person, die sie in den passenden Behandlungspfad einordnet und anschließend in einer anderen Praxis der Person, die die Behandlung durchführen kann. Psychisch Erkrankte haben erfahrungsgemäß eine hohe Hemmschwelle, sich einem Arzt oder Psychotherapeuten zu offenbaren und eine Vertrauensbeziehung einzugehen. Eine zusätzlich eingeführte Instanz schafft für Patienten eine zusätzliche und unnötige Hürde. Der Weg zur Psychotherapie darf für Patienten nicht zur Odyssee werden.

Eine Verkürzung der Wartezeiten auf einen Therapieplatz ist dadurch nicht zu erwarten, da weitere Kapazitäten der Psychotherapeuten für eine Steuerungsinstanz aufgewendet werden müssen. Die kurzfristige adäquate Indikationsstellung ist durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie eine Verpflichtung für alle Psychotherapeuten und wird im Rahmen der Kapazitäten bereits heute gut und flächendeckend umgesetzt.

## **2. Regelungen für eine interdisziplinäre, koordinierte und strukturierte Versorgung vereinbaren**

### **Zu Nr. 41 (§ 87 Absatz 1 SGB V RegE-TSVG)**

Nach Absatz 1c (neu) wird folgender Absatz 1d eingefügt:

*„Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbaren im Bundesmantelvertrag erstmals bis spätestens zum xxx Regelungen für eine interdisziplinäre, koordinierte und strukturierte Versorgung von Menschen, die auf Grund neurologischer oder psychischer Krankheiten einen komplexen Behandlungsbedarf erfordern.“*

#### Begründung:

In Deutschland existiert ein vielschichtiges ambulantes, teilstationäres und stationäres Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Durch die Vielfalt unterschiedlicher Leistungserbringer und Kostenträger gibt es Schnittstellen, an denen Behandlungen ins Stocken geraten oder nebeneinander her ablaufen. Insbesondere für die Betroffenen ist ein Überblick über mögliche Behandlungswege schwierig.

Leitlinien geben Empfehlungen zur Feststellung und Behandlung von Erkrankungen. Im Bereich der Versorgung von psychischen Erkrankungen sollte das Versorgungsgeschehen sich noch stärker an den Leitlinienempfehlungen orientieren: Die AOK stellte fest:

„Nur rund 50 % der Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen erhalten leitliniengerecht eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Pharmakotherapie. Etwa ein Drittel der Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen wird

ausschließlich hausärztlich versorgt. 40 % der Patientinnen und Patienten mit einer leichten Depression erhielten Antidepressiva, obwohl diese nicht generell zur Behandlung eingesetzt werden sollten.“

Die Regelungen der Psychotherapie-Richtlinie umfassen einen bedeutenden Teil des Versorgungssystems psychischer Erkrankungen. Darüber hinaus findet psychiatrische, neurologische und psychosomatische Versorgung statt; diese Versorgungsangebote werden von der Psychotherapie-Richtlinie nicht erfasst, müssen aber bei Konzepten zur Versorgung psychisch kranker Menschen berücksichtigt werden. Die Versorgung muss patientenorientiert geplant werden, Versorgungsmodelle sollten die verschiedenen Behandlungs- und Hilfsangebote koordinieren und den Weg des Patienten durch das Versorgungssystem steuern, wobei steuern verstanden wird als ‚anleiten‘ oder ‚begleiten‘.

Bisher wird Versorgung mit psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen nicht ausreichend aufeinander abgestimmt. Eine patientengerechte Koordination der einzelnen Maßnahmen sollte regelhaft möglich sein.

Die Förderung der interdisziplinären Kooperation im ambulanten Bereich ist insbesondere für schwer/chronisch psychisch Kranke im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans notwendig. Während die gemeinsame Behandlung durch Teams unterschiedlicher Fachgruppen (Fachärzte, Psycholog. Psychotherapeuten, ggf. weitere) im stationären Bereich selbstverständlich ist, fehlen im ambulanten Bereich solche Möglichkeiten der strukturierten Behandlung, wie sie z.B. im NPPV-Projekt in Nordrhein erprobt werden. Um solche auf guter Vernetzung der Leistungserbringer beruhenden Versorgungsmodelle in die Regelversorgung zu überführen, einschließlich der dafür notwendigen Vergütung, bedarf es der Unterstützung des Gesetzgebers.

Eine einseitige Fokussierung auf eine gestufte psychotherapeutische Behandlung wäre hier nicht zielführend. Die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexem Behandlungsbedarf umfasst vertragsärztliche neurologische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, tagesklinische und rehabilitative Angebote, neuropsychologische Behandlung sowie auch sozialpsychiatrische und komplementäre wohnortnahe Angebote. Diese müssen im Sinne einer ambulanten Komplexbehandlung interdisziplinär koordiniert werden, zum Teil berufsgruppenübergreifend gestaltet sein und auch ergänzende niederschwellige Angebote umfassen.

Für die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgung sind daher die strukturellen Voraussetzungen für eine vernetzte Behandlung in der ambulanten Regelversorgung auszubauen und die dafür notwendigen Kommunikations- und Kooperationsleistungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern zu etablieren.

### **3. Reform der Bedarfsplanung dringend nötig**

**Zu Nr. 54 und 55 (§ 101 Absatz 1a und § 103 SGB V RegE-TSVG)**

Wir bedauern, dass die Frist für die Überarbeitung der Bedarfsplanung bis 1. Juli 2019 verlängert wurde. Zwar ist der Gedanke nachvollziehbar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das in Auftrag gegebene wissenschaftliche Gutachten abwarten wollte, bevor Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen werden sollen. Letztendlich war dem Gemeinsamen Bundesausschuss jedoch aufgetragen, die Anpassungen mit Wirkung zum Januar 2017 vorzunehmen – eine Umsetzung ist dringend erforderlich.

Die Reform der Bedarfsplanung ist eine wichtige Grundlage einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung. Alle Maßnahmen zur Stärkung der Terminservicestellen oder des Behandlungszugangs können vor allem dann die Patientenversorgung verbessern, wenn ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot an Therapieplätzen besteht. Solange die Bedarfsplanung nicht angepasst wird, werden die Patientinnen und Patienten sich auf längere Wartezeiten einstellen oder auf private Psychotherapiepraxen ausweichen wie auch auf Erstattung ihrer Kosten durch die Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 3 SGB V hoffen müssen.

Durch eine Änderung der Bedarfsplanung ist eine gezielte Erhöhung der Anzahl von Psychotherapeuten in schlechter versorgten Regionen anzustreben. Die Unterschiede zwischen den Regionen in den Verhältniszahlen Einwohner je Psychotherapeut sind deutlich stärker ausgeprägt als die Relation Einwohner je Facharzt in allen anderen Fachgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung. Dies benachteiligt die angeblich von den Großstädten mitversorgten Regionen und die ländlichen Gebiete in besonderem Maße. Die tatsächliche Ausprägung der Mitversorgerfunktion großstädtischer Regionen bedarf dringend der fachgruppenbezogenen Analyse und Neubewertung. Die den Patienten aufgezwungenen Wegezeiten benachteiligen insbesondere Kinder, Jugendliche und nicht im Erwerbsleben stehende Patientinnen und Patienten. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Anzahl psychischer Erkrankungen flächendeckend etwa gleich ist. Dem zunehmenden Bedarf ambulanter psychotherapeutischer Versorgung muss daher auch flächendeckend begegnet werden. Dabei müssen regionale Feinsteuerungsmöglichkeiten geschaffen werden. Eine pauschale Öffnung, wie beispielsweise für die Psychiater gemäß § 103 Absatz 1 SGB V vorgesehen, sehen wir als nicht zielführend an.

#### **4. Vorschrift zur Förderung der sprechenden Medizin muss konkretisiert werden**

##### **Zu Nr. 43c (§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V RegE-TSVG)**

Abs. 2 Satz 6 (neu) wird wie folgt ergänzt:

*„Hierzu legt der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit spätestens bis zum ... [einsetzen: Datum des letzten Tages des dritten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] ein Konzept vor, wie er die verschiedenen Leistungsbereiche im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen einschließlich der Sachkosten anpassen und welche Maßnahmen er zur Förderung der*

*mit Mindestzeiten versehenen Gesprächsleistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte treffen wird“.*

Begründung:

Wir begrüßen stringentere Vorgaben zur Überarbeitung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs mit dem Ziel, Rationalisierungsreserven bei technischen Leistungen zugunsten von Verbesserungen der „sprechenden Medizin“ zu nutzen. Sofern allerdings mit sprechender Medizin dezidiert Gesprächsleistungen gemeint sind, ist die Vorschrift in dieser Form nicht geeignet, das erwünschte Ziel zu erreichen.

Psychotherapeuten und Psychiater behandeln ihre Patienten fast ausschließlich mit Gesprächsleistungen, die im EBM mit einer bestimmten Mindestzeit versehen sind. Diese Leistungen können weder an Praxispersonal delegiert noch durch den Einsatz von Technik rationalisiert werden. Daraus resultiert, dass Psychotherapeuten und Psychiater mit ihren Einkommen immer weiter hinter den Einkommen der somatisch tätigen Arztgruppen zurückbleiben und dass sie seit jeher die Fachgruppen mit den geringsten Einkommen sind. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) fasst diesen Umstand in seinem Jahresbericht 2015 so zusammen:

„In der hausärztlichen Versorgung wurde ein Überschuss von 68 € je Inhaberstunde erreicht. Am höchsten lag der Überschuss je Inhaberstunde in den technisierten fachärztlichen Fächern, angeführt von den fachärztlichen Internisten mit etwa 100 € je Inhaberstunde. In der psychotherapeutischen Versorgung wurde ein Überschuss von 35,4 € je Inhaberstunde erreicht.“

Zwar besteht bereits seit dem Jahr 2000 eine gesetzliche Vorschrift zum EBM, die eine „angemessene Höhe der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit“ gewährleisten soll (§ 87 Abs. 2c SGB V). Die Vorschrift hat jedoch zu keiner nennenswerten Verbesserung der Bewertung psychotherapeutischer Leistungen geführt. Ebenfalls praktisch wirkungslos blieb die später eingeführte (zusätzliche) Vorschrift im § 87b Abs. 2, die den KVen aufgibt, in ihren Honorarverteilungsmaßstäben ebenfalls für eine „angemessene Vergütung“ psychotherapeutischer Leistungen derjenigen Arztgruppen zu sorgen, die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind.

Beide gesetzlichen Bestimmungen sind wegen ihrer relativen Unbestimmtheit wirkungslos geblieben.

Aufgrund dieser Erfahrung schlagen wir vor, die Änderung im § 87 Absatz 2 so konkret zu fassen, dass im Ergebnis tatsächlich eine gezielte Höherbewertung der Gesprächsleistungen, die mit Mindestzeiten versehen sind, resultiert. Dabei sollte sich die Förderung auf die im bestehenden § 87b Abs. 2 aufgeführten Arztgruppen konzentrieren, deren Behandlung überwiegend oder ausschließlich aus mit Mindestzeiten versehenen



Gesprächsleistungen besteht und die deshalb kaum Möglichkeiten der Kompensation durch besser vergütete somatisch-technische Leistungen haben.

## **5. Patientensouveränität und Datensicherheit bei der Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) verbessern**

### **1. Einführung eines differenzierten Berechtigungsmanagements**

Die Souveränität der Patienten über ihre Daten ist nur gewährleistet, wenn sie die Möglichkeit haben, bestimmte in der ePA gespeicherte Informationen bzw. Dokumente gezielt mit von ihnen ausgewählten Leistungserbringern zu teilen.

Wir schlagen daher folgende Ergänzung vor:

#### **Zu Nr. 96 b) aa) (§ 291a Abs.5 SGB V RegE-TSVG)**

Abs.5 (neu) wird ergänzt um einen Satz 4:

*„Es ist sicherzustellen, dass in den Fällen des Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 Zugriffsberechtigungen jeweils auf Dokumentenebene erteilt werden können.“*

#### Begründung:

Gesundheitsdaten sind besonders sensible Informationen. Um das Recht des Patienten auf informationelle Selbstbestimmung zu wahren muss es Versicherten möglich sein, einzelnen Leistungserbringern nur für ausgewählte Dokumente und nicht pauschal auf alle Dokumente in der ePA den Zugriff zu erlauben.

### **2. Sperrung alternativer Zugriffsverfahren muss möglich sein**

Dem Versicherten sollte neben der Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens auch dessen Sperrung möglich sein. Dazu ist eine ausreichende Information der Versicherten über die mit dem alternativen Zugriffsverfahren einhergehenden Risiken sicherzustellen. Hierbei muss in besonderem Maße die Situation von Kindern und Jugendlichen sowie von Versicherten mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit berücksichtigt werden.

Wir schlagen dazu folgende Ergänzung vor:

#### **Zu Nr. 96 b) bb) (§ 291a Abs. 5 SGB V RegE-TSVG)**

In Abs.5 werden nach dem bisherigen Satz 8 folgende Sätze eingefügt:

*„Ein Zugriff nach Satz 9 kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information, die insbesondere auch die Datensicherheit dieses Zugriffsverfahrens umfasst, durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form er-*

*klärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen. Die Sperrung des Zugriffsverfahrens nach Satz 10 muss für den Versicherten jederzeit möglich sein.“*

Begründung:

Nur auf der Basis differenzierter Information haben die Versicherten die Kompetenz zur Einwilligung in die Nutzung der ePA und zur Verwaltung ihrer Gesundheitsdaten. Dazu sind sie auch über die Risiken zu informieren, und müssen jederzeit die Möglichkeit haben, sich gegen eine Nutzung oder weitere Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens nach § 291b Absatz 5 Satz 10 [neu] zu entscheiden. Neben der Einwilligung sollte daher auch die Möglichkeit, jederzeit diesen Zugriffsweg sperren zu lassen, gesetzlich verankert werden.

**3. Auch für alternative Zugriffsverfahren ist höchste Datensicherheit notwendig**

Gesundheitsdaten sind besonders sensible personenbezogene Daten. Diese sollen deshalb auch bei Nutzung eines Zugriffsverfahrens ohne Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte mit höchster Datensicherheit verbunden sein. Wir schlagen dazu folgende Ergänzung vor:

**Zu Nr. 97 b) (§ 291b Absatz 5 SGB V RegE-TSVG)**

In der Gesetzesbegründung zu § 291b Absatz 5 wird nach Satz 1 folgender Satz ergänzt:

*„Für das Zugriffsverfahren nach § 291b Absatz 5 Satz 10 [neu] wird ein gegenüber der kartenbasierten Lösung vergleichbares Sicherheitsniveau angestrebt.“*

Begründung:

Für die Zugriffe auf ePA mit mobilen Endgeräten werden die Sicherheitsanforderungen gegenüber dem kartenbasierten Zugriffsweg durch den vorliegenden Gesetzentwurf herabgestuft, eine Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist nicht mehr notwendig. Gleichzeitig gibt das Gesetz keine Mindestsicherheitsanforderungen für den Zugriffsweg nach § 291b Absatz 5 Satz 10 SGB V [neu] vor. Mit diesem Änderungsvorschlag soll sichergestellt werden, dass bei der Festlegung des Zulassungsverfahrens und der Sicherheitsanforderungen durch die gematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, für den Zugriff über mobile Endgeräte ein vergleichbares Sicherheitsniveau wie beim kartenbasierten Zugriff angestrebt wird.