

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Referentenentwurf

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
15. Juni 2011**

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung: Vorschläge der BPtK zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz.....	3
Zu Artikel 1	5
Zu Nummer 12 (§ 73): Befugniseinschränkungen aufheben	5
Zu Nummer 24 (§ 87b): Angemessene Vergütung sicherstellen	6
Zu Nummer 28 (§ 90a): Arbeitsgemeinschaften zur Bedarfsplanung	8
Zu Nummer 31 (§ 95): Leitung von MVZ durch Psychotherapeuten.....	10
Zu Nummer 34 (§ 99): Regionale Bedarfsplanung	11
Zu Nummer 35 (§ 101): Anpassung der Verhältniszahlen	14
• Zu Buchstabe b (§ 101 Absatz 2): Kriterien zur Anpassung der Verhältniszahlen erweitern	14
• Zu Buchstabe c neu (§ 101 Absatz 4): Verhältniszahlen in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ neu ermitteln	15
Zu Nummer 35a (§ 102): Bedarfsplanung auf gesicherter Datengrundlage	16
Zu Nummer 36 (§ 103): Auf Vorkaufsrecht verzichten.....	19
Zu Nummer 50a neu (§ 137 SGB V): Qualität sektorenübergreifend sichern.....	20
Zu Nummer 53 (§ 137e): Neue Behandlungsmethoden erproben.....	21
Zu Nummer 55a neu (§ 140b): Kreis der Vertragspartner in der integrierten Versorgung ausweiten.....	22
Zu Nummer 75a neu (§ 291a): Zugriffsrechte auf eGK anpassen	23

Zusammenfassung:

Vorschläge der BPtK zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Zentrales Ziel des Versorgungsstrukturgesetzes soll eine patientenorientierte und bedarfsgerechte ambulante Versorgung sein. Die Entfernungen zu den Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ebenso wie die Wartezeiten auf einen Behandlungstermin sollen zumutbar sein. Beide Ziele werden für die psychotherapeutische Versorgung aktuell verfehlt. Für psychisch kranke Menschen sind daher Verbesserungen dringend erforderlich. Das Versorgungsstrukturgesetz sollte Lösungen für Patienten anbieten, die monatelang auf eine ambulante Psychotherapie warten müssen mit der Folge, dass sich die psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) schlägt eine prospektive, sektorenübergreifende und regional orientierte Bedarfsplanung vor.

- Die Bedarfsplanung sollte sich an der Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung orientieren und nicht mehr ausschließlich am Niederlassungsverhalten von Ärzten und Psychotherapeuten oder der Veränderung der Altersstruktur. Bedarfsplanung braucht dafür eine angemessene empirische Basis. Um diese zu erreichen, werden die im Gesundheitssystem verfügbaren Leistungs- und Versicherungsdaten anonymisiert zusammengeführt und unter regionalem Bezug ausgewertet.
- Die Bedarfsplanung sollte auch qualitative Versorgungsziele berücksichtigen. Diese ergeben sich u. a. aus wissenschaftlichen Erkenntnissen, wie sie beispielsweise in Leitlinien festgehalten sind.
- Die Bedarfsplanung sollte sektorenübergreifende Aspekte berücksichtigen und auf einem transparenten und partizipativen Verfahren fußen. Daher werden auf Länderebene Arbeitsgemeinschaften gebildet, die mit der Vereinbarung und Operationalisierung von Versorgungszielen beauftragt sind. Der Gesetzgeber verpflichtet die Arbeitsgemeinschaften, Empfehlungen für die jeweils sektorspezifische Bedarfsplanung zu formulieren und ihre Entscheidungen in einem transparenten und partizipativen Verfahren zu treffen. Dazu sollen die Arbeitsgemein-

schaften ihre Konzepte der Öffentlichkeit vorstellen und in einem strukturierten Verfahren Rückmeldungen einbeziehen.

- Um zu verhindern, dass durch das Versorgungsstrukturgesetz im Laufe der nächsten Jahre ca. 30 Prozent der Praxissitze niedergelassener Psychotherapeuten abgebaut werden, wird für die Arztgruppe der Psychotherapeuten stichtagsbezogen zum Datum 31.12.2011 die Verhältniszahl neu berechnet.
- Die Regionalisierung der Honorare ist aus Sicht der Psychotherapie ein Rückschritt. Sollte dennoch an der Regionalisierung der Honorarverteilung festgehalten werden, sollte im Entwurf eine Ergänzung erfolgen, die sicherstellt, dass die vorgesehene angemessene Vergütung pro Zeiteinheit im Bereich der Psychotherapie auch tatsächlich gewährleistet ist. Zur Mengenbegrenzung sollte es bei den derzeitigen bundeseinheitlichen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen bleiben.
- Erheblich zur Verbesserung der Versorgungssituation und zum Bürokratieabbau kann eine Aufhebung der Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten beitragen.
- Die Beteiligungsrechte der BPTK sollten im Gemeinsamen Bundesausschuss für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung an die der Bundesärztekammer angeglichen werden.

Im Folgenden schlägt die BPTK konkrete Formulierungen vor, wie der Referentenentwurf ergänzt und geändert werden könnte, um diese Aspekte im Gesetzentwurf der Bundesregierung zu berücksichtigen.

Zu Artikel 1

Zu Nummer 12 (§ 73): Befugniseinschränkungen aufheben

Nummer 12 sollte um die Aufhebung der Befugniseinschränkung für Psychotherapeuten in einem neuen Buchstaben a ergänzt und wie folgt formuliert werden:

12. § 73 wird wie folgt geändert:
 - a) Absatz 2 Satz 2 SGB V wird aufgehoben.

Begründung:

Die Aufhebung der Einschränkung der Befugnisse der Psychotherapeuten beseitigt die in der Systematik der Vorschrift an sich nicht vorgesehene Sonderstellung der Psychotherapeuten. Die Vorschrift unterscheidet auch ansonsten nicht zwischen den Leistungen, die nur Ärzte erbringen dürfen, und den Leistungen, die nur oder auch Zahnärzte erbringen können.

Nach der Schaffung der neuen Berufsbilder der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und der Integration der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung konnte dem Gesetzgeber für einen begrenzten Übergangszeitraum als sachlicher Grund für diese Ungleichbehandlung der Umstand dienen, dass der Prozess der Integration in die vertragsärztliche Versorgung zunächst insgesamt beurteilt werden sollte. Einen anderen sachlichen Grund für die Ungleichbehandlung gab es bereits bei der Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes und der damit verbundenen Änderung des Sozialgesetzbuches nicht, da sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten über die erforderlichen Kompetenzen verfügen.

Die Verordnung von Arzneimitteln durch Psychotherapeuten scheidet aufgrund des Berufs- und Arzneimittelrechts aus, sodass eine explizite Ausnahmeregelung im Bereich des SGB V zu diesem Punkt nicht notwendig ist.

Zu Nummer 24 (§ 87b): Angemessene Vergütung sicherstellen

Die BPTK spricht sich gegen die Regionalisierung der Honorarverteilung aus und schlägt vor, auf diese zu verzichten.

Der Gesetzgeber sollte für psychotherapeutische Leistungen – so wie derzeit vorgesehen – auch für die Zukunft zur Mengengrenzung zeitbezogene Kapazitätsgrenzen vorschreiben.

Die mit der Honorarreform 2009 durch den Bewertungsausschuss eingeführte Regelung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze hat sich als Mengengrenzungsmaßnahme bundesweit bewährt. Es sollte daher die Neuregelung des § 87b Absatz 2 SGB V in Satz 2 um folgenden Halbsatz ergänzt werden:

„...; diese Leistungen sind innerhalb zeitlich definierter Obergrenzen ohne Abschläge nach der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.“

Sollte daran festgehalten werden, dass eine Honorarverteilung ohne konkrete gesetzliche Vorgabe erfolgen soll, so muss die Regelung des neuen § 87b Absatz 2 zur angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zumindest durch einen neuen Satz 3 präzisiert werden:

„Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte müssen bei Vollauslastung ihrer Praxen mindestens den durchschnittlichen Überschuss aller Vertragsärzte erreichen können.“

Begründung:

Aus Sicht der BPTK birgt die Regionalisierung der Honorare erhebliche Gefahren, ohne dass dem ein Mehrwert gegenübersteht. Es ist zu befürchten, dass die erreichten Fortschritte in Bezug auf die Verteilungsgerechtigkeit unter den Arztgruppen verlorengehen.

Wird an der Regionalisierung festgehalten, so sind die neuen Vorschriften zur angemessenen Vergütung für Psychotherapeuten zu präzisieren. Ansonsten besteht die

Gefahr, dass damit in Bezug auf die angemessene Höhe der Vergütung eine mit der Regionalisierung nicht beabsichtigte Änderung der Rechtslage eintritt.

Durch eine Ergänzung von § 87b Absatz 2 Satz 2 SGB V (Vergütung innerhalb zeitlich definierter Obergrenzen ohne Abschläge nach der Euro-Gebührenordnung) wäre gewährleistet, dass eine bundesweit einheitliche Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen von zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen fortgeführt wird.

Durch Satz 3 in § 87b Absatz 2 werden die Anforderungen an eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit präzisiert. Der Verteilungsmaßstab muss sicherstellen, dass bei Vollauslastung der Praxen mindestens der durchschnittliche Überschuss aller Vertragsärzte erzielt werden kann. Die Formulierung übernimmt die Funktion des bislang geltenden § 85 Absatz 4 Satz 3, der durch die Neufassung entfällt. Danach war bisher bei der Verteilung der Gesamtvergütungen „Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte“ zugrunde zu legen. Aus dieser bisher geltenden Vorgabe leitet das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung ab, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihrer Honorarverteilung eine sog. „leistungsproportionale Vergütung“ vorsehen müssen. Dieser Grundsatz wird auf Gesetzesebene übernommen, um Rechtsicherheit zu gewährleisten und überflüssige Verfahren vor den Sozialgerichten zu vermeiden.

Vor der Honorarreform 2009 führte die regionalisierte Honorarverteilung bereits vom ersten Tag der Einbeziehung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in das Vertragsarztsystem dazu, dass diese Berufe sowie die psychotherapeutisch tätigen Ärzte systematisch und so gravierend benachteiligt wurden, dass das BSG in beispielloser Weise korrigierend eingreifen musste. Obwohl das BSG in seinen Urteilen vom 25.08.1999 (B 6 KA 14/98 R) die Verstöße gegen die Honorarverteilungsgerechtigkeit zulasten der Psychotherapeuten ausführlich herausgearbeitet und begründet hatte, wurden die Vorgaben des BSG durch die Selbstverwaltung im Rahmen der regionalisierten Honorarverteilung auch in den Folgejahren so grob missachtet, dass das BSG mit Urteil vom 28.01.2004 (B 6 KA 62/03 R) und mit Urteil vom 28.05.2008 (B 6 KA 8 bis 12-07) die Honorarverteilung zulasten der Psychotherapeuten als (teilweise) rechtswidrig einstufen und korrigieren musste.

Die neue normative Vorgabe gewährleistet die Honorargerechtigkeit und vermeidet langwierige Gerichtsverfahren.

Zu Nummer 28 (§ 90a): Arbeitsgemeinschaften zur Bedarfsplanung

Anstelle eines auf sektorenübergreifende Versorgungsfragen beschränktes Landesgremium sollte jeweils eine Arbeitsgemeinschaft zur Bedarfsplanung eingerichtet werden. Diese sollte Empfehlungen zur Entwicklung bzw. Anpassung der regionalen Versorgungssituation vorsehen. Dazu sollte Nummer 28 (§ 90a) im Entwurf wie folgt gefasst werden:

28. Nach § 90 wird folgender § 90a eingefügt:

„§ 90a

Landesarbeitsgemeinschaften Bedarfsplanung

(1) Zur Festlegung von Versorgungszielen sowie zur Empfehlung von Maßnahmen, die zur Erreichung dieser Ziele und zur Berücksichtigung sektorenübergreifender Aspekte erforderlich sind, werden in den Ländern Landesarbeitsgemeinschaften zur Bedarfsplanung gebildet. Diese treffen ihre Entscheidungen nach den Maßgaben und Kriterien gemäß § 102 Absatz 2 auf Grundlage der Analyse von Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen nach § 102 Absatz 3.

(2) Den Landesarbeitsgemeinschaften Bedarfsplanung gehören mindestens Vertreter

1. der Kassenärztlichen Vereinigung,
2. der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen,
3. der Landeskrankenhausgesellschaft,
4. der Landesärztekammer,
5. der Landespsychotherapeutenkammer und
6. des Landes an.

(3) Die Öffentlichkeit ist zu beteiligen. Dazu sind die Entwürfe von Beschlüssen nach Absatz 1 einschließlich der Tragenden Gründe während eines angemessenen Zeitraums öffentlich auszulegen. Ort und Dauer der Auslegung sind rechtzeitig vorher ortsüblich bekanntzumachen; dabei ist

darauf hinzuweisen, dass Stellungnahmen während der Auslegungsfrist abgegeben werden können und dass nicht fristgerecht abgegebene Stellungnahmen bei der Beschlussfassung unberücksichtigt bleiben können. Die fristgemäß abgegebenen Stellungnahmen sind zu prüfen; das Ergebnis ist mitzuteilen.

(4) Das Nähere wird durch Landesrecht bestimmt.“

Begründung:

Auf Landesebene sind durch Landesrecht Arbeitsgemeinschaften zur Bedarfsplanung zu gründen. Diesen obliegt es künftig, Maßnahmen der Bedarfsplanung im Hinblick auf sektorenübergreifende Aspekte zu empfehlen. Darüber hinaus legen sie Versorgungsziele fest und empfehlen Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele. Ihnen gehören die maßgeblichen Organisationen an. Die Öffentlichkeit ist zu beteiligen. Dazu sind die Beschlüsse auszulegen und eine Stellungnahmefrist vorzusehen. Fristgemäß abgegebene Stellungnahmen sind zu prüfen und in die endgültige Entscheidung über Empfehlungen zur Bedarfsplanung mit einzubeziehen. Das Ergebnis ist mitzuteilen. Vorbild für die nähere Ausgestaltung kann beispielsweise die Bürgerbeteiligung im Rahmen des Bauplanungsrechts sein. Ein subjektives Recht des Einzelnen auf eine bestimmte Entscheidung ist durch Bundesgesetz nicht vorgesehen. Die nähere Ausgestaltung der Landesarbeitsgemeinschaften obliegt dem Landesrecht. Denkbar wären dabei auch länderübergreifende Arbeitsgemeinschaften.

Die Umsetzung der Empfehlungen für einzelne Maßnahmen obliegt den jeweils zuständigen Stellen. So kann es im Rahmen der Krankenhausplanung notwendig werden, bestimmte Maßnahmen zu treffen. Für die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich der ambulanten Bedarfsplanung ist in erster Linie der Landesausschuss zuständig, der neue Kompetenzen erhält.

Die Maßstäbe und Kriterien für die Empfehlung von Maßnahmen legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest. Dadurch ist sichergestellt, dass die Empfehlungen nicht willkürlich oder nach gänzlich unterschiedlichen Kriterien erfolgen. Um sicherzustellen, dass die Empfehlungen auf ausreichender empirischer Grundlage fußen, sind sie auf Grundlage einer Versorgungsstruktur- und -prozessanalyse eines vom Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragten unabhängigen Instituts zu erarbeiten.

Zu Nummer 31 (§ 95): Leitung von MVZ durch Psychotherapeuten

Durch eine Änderung von Absatz 1 sollte klargestellt werden, dass auch Psychotherapeuten befugt sind, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) (alleinverantwortlich) zu leiten. Unabhängig davon sollte in der Begründung zu Buchstabe b (neuer Absatz 1a) ausdrücklich klargestellt werden, dass auch Vertragspsychotherapeuten Gesellschafter von MVZ sein können.

Nummer 31 Buchstabe a (§ 95 Absatz 1) sollte wie folgt neu gefasst werden:

- a) § 95 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 2 werden nach dem Wort „ärztlich“ die Wörter „oder psychotherapeutisch“ und nach dem Wort „Ärzte“ die Wörter „und Psychotherapeuten“ eingefügt.
 - bb) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören“ gestrichen.
 - cc) In Satz 4 werden nach dem Wort „Internist“ die Wörter „oder ein Psychologischer Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ eingefügt.
 - dd) Satz 5 wird aufgehoben und die bisherigen Sätze 6 und 7 werden die neuen Sätze 5 und 6.

Begründung:

Es wird gesetzlich geregelt, dass Medizinische Versorgungszentren (MVZ) unter (alleiniger) psychotherapeutischer Leitung stehen können und auch dann fachübergreifend sind, wenn in ihnen nur Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind. Medizinische Versorgungszentren sind ein unverzichtbarer Beitrag zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems. Viele psychisch kranke Menschen brauchen eine ambulante Versorgung durch multiprofessionelle Teams.

Die Leitung von Medizinischen Versorgungszentren ausschließlich durch Ärzte oder in kooperativer Form auch durch Psychotherapeuten ist historisch zu erklären. Es gibt keinen sachlichen Grund, warum Psychotherapeuten MVZ nicht leiten sollten, wenn diese überwiegend der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen.

Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zwei Berufe, die gemeinsam mit den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine Arztgruppe bilden. Anders als z. B. die Arztgruppe der Hausärzte decken Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht denselben Versorgungsbereich ab. Dies belegt auch der vom Gesetzgeber eingeführte Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln.

Das gesetzgeberische Ziel, den Versicherten durch MVZ eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, kann besser erreicht werden, wenn ausdrücklich geregelt ist, dass ein MVZ auch dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeinsam tätig sind.

Zu Nummer 34 (§ 99): Regionale Bedarfsplanung

Zukünftig sollte die Möglichkeit geschaffen werden, regional von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfsplanung abzuweichen. Anders als im Entwurf bisher vorgesehen, sollte dies auf einer angemessenen Datengrundlage geschehen. Dazu sollte Nummer 34 (§ 99) des Entwurfs wie folgt neu gefasst werden:

34. § 99 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 99

Regionale Bedarfsplanung, Bedarfsplan

(1) Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können durch Beschluss von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abweichende Vorgaben für den Bedarfsplan nach Absatz 2 und für die Voraussetzungen für das Vorliegen eines Sonderbedarfs (§ 101 Absatz 1 Nummer 3) treffen, wenn dies aufgrund regionaler Besonderheiten zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist. Sie sollen abweichende Vorga-

ben beschließen, wenn dies zur Umsetzung der nach § 90a empfohlenen Maßnahmen erforderlich ist.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien und der Beschlüsse nach Absatz 1 auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten.

(3) Vor Beschlüssen nach Absatz 1 und vor der Aufstellung des Bedarfsplans ist der Landesärztekammer und der Landespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an Sitzungen und zur schriftlichen Stellungnahme zu geben.

(4) Die Beschlüsse nach Absatz 1 und der Bedarfsplan sind der zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Diese kann sie innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Sie kann im Rahmen der Prüfung vom Landesausschuss und der Kassenärztlichen Vereinigung zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Nichtbeanstandung eines Beschlusses nach Absatz 1 und des Bedarfsplans kann von der zuständigen obersten Landesbehörde mit Auflagen verbunden werden; die zuständige oberste Landesbehörde kann zur Erfüllung einer Auflage eine angemessene Frist setzen. Kommen erforderliche Beschlüsse nach Absatz 1 oder der Bedarfsplan nicht oder nicht innerhalb einer von der zuständigen obersten Landesbehörde gesetzten Frist zustande oder werden die Beanstandungen der zuständigen obersten Landesbehörde nicht innerhalb der von ihr gesetzten Frist behoben, erlässt sie die zuständige oberste Landesbehörde.

(5) Die Beschlüsse nach Absätzen 1 und 4 sowie der Bedarfsplan und die Tragenden Gründe sind im Internet im Wortlaut zu veröffentlichen.“

Begründung:

Der neu gefasste § 99 regelt die regionale Bedarfsplanung und die Aufstellung des Bedarfsplans. Anders als bisher erhalten die Landesausschüsse eine weitreichende Kompetenz, von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug auf die Bedarfsplanung und den zusätzlich bestehenden Sonderbedarf abzuweichen. Dies darf jedoch nicht willkürlich geschehen, sondern muss regionalen Besonderheiten geschuldet sein. Die Landesausschüsse sollen dabei Beschlüsse zum Abweichen von den bundesweiten Vorgaben treffen, wenn dies der Umsetzung der von den Landesarbeitsgemeinschaften empfohlenen Maßnahmen dient. Dadurch wird sichergestellt, dass die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaften regelhaft umgesetzt werden, aber auch die Möglichkeit verbleibt, dies in besonderen Fällen nicht zu tun.

Den Bedarfsplan stellen zukünftig – wie bisher – die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf. Einigen sich diese nicht, so wird zukünftig nicht mehr der Landesausschuss angerufen, sondern die zuständige oberste Landesbehörde kann den Bedarfsplan im Wege der Ersatzvornahme aufstellen. Mit der Einräumung umfassender Rechtsaufsicht für das Land wird auf die bisherige Möglichkeit, im Falle der fehlenden Einigung den Landesausschuss anzurufen, zukünftig verzichtet. Ein zusätzlich zur Rechtsaufsicht bestehender Zwischenschritt und das damit verbundene dreistufige Verfahren ließen große zeitliche Verzögerungen befürchten.

Die maßgeblichen Heilberufekammern erhalten ein Recht zur beratenden Teilnahme an Sitzungen und zur schriftlichen Stellungnahme.

Die Beschlüsse der Landesausschüsse zur Bedarfsplanung und der Bedarfsplan unterliegen der vollen rechtlichen Überprüfbarkeit durch die zuständigen Landesbehörden. Für diese wird analog des Rechts des Gemeinsamen Bundesausschusses ein Beanstandungsrecht (Rechtsaufsicht) vorgesehen.

Die Beschlüsse der Landesausschüsse und der Bedarfsplan sind vollständig zu veröffentlichen.

Zu Nummer 35 (§ 101): Anpassung der Verhältniszahlen

- **Zu Buchstabe b (§ 101 Absatz 2): Kriterien zur Anpassung der Verhältniszahlen erweitern**

Die Verhältniszahlen sollten zukünftig allein aus sachgerechten Kriterien und auf ausreichender Datengrundlage angepasst werden. Dazu sollte Buchstabe b (§ 101 Absatz 2) wie folgt gefasst werden:

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die auf der Grundlage des Absatzes 1 Satz 4 und des Absatzes 4 ermittelten Verhältniszahlen anzupassen, wenn dies zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung erforderlich ist. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Beurteilung der Erforderlichkeit die Ergebnisse der Analyse nach § 102 Absatz 3 zu berücksichtigen. Er hat die Verhältniszahlen insbesondere dann zu senken, wenn dies erforderlich ist, um eine gleichmäßige Versorgung unter Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten und Unterschieden in der Morbidität sicherzustellen.“

Begründung:

Eine gesetzliche Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, bei der Anpassung der Verhältniszahlen ausschließlich an die demografische Entwicklung anzupassen, ist kontraproduktiv. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss auch ohne gesetzliche Verpflichtung bereits eingeführte Demografiefaktor führt – anders als von ihm beabsichtigt – nicht dazu, den durch eine alternde Gesellschaft entstandenen Mehrbedarf abzudecken. Gerade weil er als einziges demografisches Merkmal die Alterung der Gesellschaft berücksichtigt, führt er bei den Arztgruppen der Psychotherapeuten und Frauenärzte dazu, dass Niederlassungsmöglichkeiten gestrichen werden, obwohl der Versorgungsbedarf steigt.

Der Versorgungsbedarf und damit die zur Deckung des Versorgungsbedarfs festzulegenden Verhältniszahlen hängen in erster Linie von der Morbidität und nicht allein von der Altersstruktur der Bevölkerung ab. Mit der Neufassung der Bestimmungen zur Datentransparenz (§§ 303a ff. SGB V) werden zukünftig umfangrei-

che Daten zur Versorgungslage auswertbar, mit deren Hilfe ein umfassendes Bild der regionalen Versorgungslage gewonnen werden kann. Anhand dieser Daten, insbesondere auch solcher zur Morbidität, lassen sich sachgerechte Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechte Versorgung gewinnen. Diese Daten werden zukünftig von einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu beauftragenden Institut aufbereitet, ausgewertet und den mit der Bedarfsplanung befassten Gremien zur Verfügung gestellt.

Bisherige Versuche, andere Faktoren in die Bedarfsplanung sinnvoll mit einzubeziehen – wie die Einführung eines auf die Altersstruktur der Bevölkerung beschränkten Demografiefaktors – sind gescheitert. Der Demografiefaktor kann zwar Veränderungen innerhalb der Bevölkerungsstruktur erfassen, Defizite und Veränderungen beim Versorgungsbedarf hingegen nicht, da er nur die aktuell erbrachten Leistungen für die Zukunft fortschreibt.

- **Zu Buchstabe c neu (§ 101 Absatz 4): Verhältniszahlen in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ neu ermitteln**

Vor dem Buchstaben c im Referentenentwurf, der dann zum Buchstaben d wird, sollte ein neuer Buchstabe c eingefügt werden:

c) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt neu gefasst:

„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe zum Stand vom 31. Dezember 2011 neu zu ermitteln. Zu zählen sind die zu diesem Zeitpunkt zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten.“

Begründung:

Die aktuelle ambulante Bedarfsplanung schreibt das Versorgungsniveau in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ auf den Stand des Jahres 1999 fest. Damit wurde jene Unterversorgung für angemessen erklärt, die durch das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz behoben werden sollte. Als Folge weisen 379 der 395 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent auf und gelten damit als überversorgt, obwohl flächendeckend Patienten monatelang auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung warten müssen. Die Wartezeiten er-

reichen eine Dauer, die im Bereich der Versorgung somatisch kranker Patientinnen und Patienten nicht akzeptiert wird und auch für psychisch kranke Patienten nicht hinnehmbar ist. Diese Versorgungssituation wird sich weiter verschärfen, wenn die mit dem Versorgungsstrukturgesetz geplanten Instrumente zum Abbau von Praxis-sitzen in als „überversorgt“ geltenden Planungsbereichen bei der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ zur Anwendung kommen. Um einer solchen Verschlechterung der Versorgung vorzubeugen, wird für die Arztgruppe „Psychotherapeuten“ der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad zum Stand 31.12.2011 neu ermittelt.

Zu Nummer 35a (§ 102): Bedarfsplanung auf gesicherter Datengrundlage

Sich darauf zu beschränken, eine Berücksichtigung von Morbidität bei der Bedarfsplanung zu fordern, birgt die Gefahr, dass dies am Fehlen einer systematischen Auswertung von Daten scheitert. Daher sollten die Grundsätze der Bedarfsplanung in einer neuen Nummer 35a (§ 102) gesetzlich verankert werden:

35a. Nach § 101 wird folgender § 102 eingefügt:

„§ 102

Bedarfsplanung

(1) Die Bedarfsplanung dient dazu, die zur Sicherstellung der bedarfsge-rechten Versorgung der Bevölkerung notwendigen planerischen Festle-gungen auf der Grundlage von Analysen der maßgeblichen Strukturen und Prozesse unter Berücksichtigung der Erfordernisse einer am aktuel-len Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausgerichteten Versor-gung zu treffen. Entscheidungen zur Bedarfsplanung insbesondere nach §§ 90a Absatz 1 sowie 99 Absätze 1, 2 und 4 sind nach den Maßstäben und Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bedarfspla-nung auf der Grundlage von Daten insbesondere zur Altersstruktur, zur Sozialstruktur und zur Morbidität der Bevölkerung, zur räumlichen Ord-nung der Planungsbereiche sowie zu Versorgungsstrukturen und Ver-sorgungsprozessen zu treffen. Zu erwartende Veränderungen dieser Faktoren und der aktuelle Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Versorgung sind dabei einzubeziehen.

(2) Der Gemeinsame Bundesausschuss kann in Richtlinien Maßstäbe und Kriterien für die regionale Bedarfsplanung und für das nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse notwendige Versorgungsangebot festlegen. Er kann darin in regelmäßigen Abständen vorrangig zu untersuchende Versorgungsbereiche festlegen. Er hat vor Beschlüssen nach Satz 1 und Satz 2 den Landesarbeitsgemeinschaften nach § 90a der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur beratenden Teilnahme an Sitzungen und zur schriftlichen Stellungnahme zu geben.

(3) Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt ein unabhängiges Institut, die Versorgungsrealität anhand von Struktur- und Prozessdaten regionalbezogen darzustellen und diese anhand der Maßstäbe und Kriterien nach Absatz 2 zu messen. Der Auftrag kann die Erarbeitung von Empfehlungen für diese Maßstäbe und Kriterien umfassen. Der Auftrag ist so auszugestalten, dass sich die Darstellung auf die Versorgungsbereiche nach Absatz 2 Satz 2 bezieht. Der Auftrag kann Untersuchungen zur Gewinnung weiterer in Absatz 1 Satz 2 und Satz 3 genannter Daten umfassen. Der Auftrag hat vorzusehen, dass das Institut dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den Landesarbeitsgemeinschaften nach § 90a sowie den Landesausschüssen seine Ergebnisse unmittelbar übermittelt.

(4) Das Institut verwendet für seine Aufgaben die Daten nach Maßgabe des zweiten Titels des zweiten Abschnitts des zehnten Kapitels.

(5) Das Institut ist mit der regelmäßigen Erfassung und Beobachtung der Folgen der Entscheidungen der Arbeitsgemeinschaften nach § 90a für die Versorgung einschließlich der Frage, inwieweit Versorgungsziele erreicht wurden, und mit der Mitteilung der Ergebnisse an die Arbeitsgemeinschaften zu beauftragen. Die Auswertungen sind zu veröffentlichen. Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss bei der Beauftragung des Instituts.“

Begründung:

Der neue § 102 regelt die Grundsätze der neuen Bedarfsplanung.

Zu Absatz 1

Die Bedarfsplanung ist nicht mehr – wie die bisherige Bedarfsplanung – ausschließlich retrospektiv auszurichten. Die notwendige Anzahl von Leistungserbringern bestimmt sich nicht mehr nur nach der Anzahl der zu einem bestimmten Zeitpunkt niedergelassenen Leistungserbringer. Vielmehr fließen in die Entscheidungen zur Bedarfsplanung zukünftig relevante und sachgerechte Kriterien, wie die Morbidität, die demografische, aber auch die geografische Situation vor Ort, ein. Neu ist vor allem die Planung anhand der Daten zu Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozessen. Zwingend bei der Planung zu berücksichtigen sind zu erwartende Veränderungen relevanter Faktoren und die Erfordernisse einer an wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Versorgung, wie sie beispielsweise in Leitlinien festgehalten sind. Dies ist notwendig, da allein aus den Daten zur Inanspruchnahme weder auf die Morbidität noch auf den Versorgungsbedarf geschlossen werden kann.

Bisherige Versuche, andere Faktoren in die Bedarfsplanung sinnvoll mit einzubeziehen – wie die Einführung eines auf die Altersstruktur der Bevölkerung beschränkten Demografiefaktors – sind gescheitert. Der Demografiefaktor kann zwar Veränderungen innerhalb der Bevölkerung erfassen, Defizite und Veränderungen beim Behandlungsbedarf hingegen nicht, da er die aktuell erbrachten Leistungen für die Zukunft fortschreibt. Dies gilt auch für die Erfassung der Morbidität allein anhand der Abrechnungsdaten, da hier nur der Teil erfasst wird, der auch einen Behandlungsplatz findet. Dennoch können diese Daten für die Bedarfsplanung genutzt werden.

Zu Absatz 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss kann in seinen Richtlinien zukünftig Maßstäbe und Kriterien für die regionale Bedarfsplanung bestimmen. Dadurch kann er ein einheitliches System sicherstellen und willkürliche Entscheidungen auf regionaler Ebene verhindern, wenn dies aus seiner Sicht allgemein oder in bestimmten Bereichen erforderlich ist. Er kann auch die Maßstäbe und Kriterien bestimmen, anhand derer die Versorgungsrealität gemessen wird, was die Grundlage insbesondere der regionalen Bedarfsplanung bildet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wählt regelmäßig die vorrangig zu untersuchenden Versorgungsbereiche aus, nachdem er den Landesarbeitsgemeinschaften,

der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat. Denkbar sind dabei bestimmte Indikationen, Altersgruppen oder durch andere Kriterien bestimmte Bereiche sowie die Kombination davon. Der Gesetzgeber überlässt der fachlich näheren Ebene hier einen breiten Spielraum.

Zu Absatz 3

Der Gemeinsame Bundesausschuss beauftragt ein unabhängiges Institut mit der Darstellung der Versorgungsrealität anhand von Struktur- und Prozessdaten und bestimmt die dazu erforderlichen Maßstäbe und Kriterien. Der Auftrag kann auch Empfehlungen für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Maßstäbe und Kriterien umfassen. Diese können insbesondere aus Leitlinien gewonnen werden, aber auch aus anderen wissenschaftlichen Veröffentlichungen. Das Institut kann mit Untersuchungen zu weiteren für die Bedarfsplanung relevanten Daten beauftragt werden. Die Ergebnisse sollen dann sowohl vom Gemeinsamen Bundesausschuss als auch von den Landesarbeitsgemeinschaften und den Landesauschüssen für die Bedarfsplanung genutzt werden.

Zu Absatz 4

Damit dem Institut eine ausreichende Datengrundlage zur Verfügung steht, greift es auf die nach den Regelungen zur Datentransparenz gewonnenen Daten zurück.

Zu Absatz 5

Um zu untersuchen, inwiefern die neue Bedarfsplanung ihren Zweck erfüllt, sind die Empfehlungen der Landesarbeitsgemeinschaften und deren Umsetzung im Sinne eines Monitorings regelmäßig zu erfassen und zu beobachten. Die Veröffentlichung der Auswertungen dient der Transparenz.

Zu Nummer 36 (§ 103): Auf Vorkaufsrecht verzichten

Auf ein allgemeines gesetzliches Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigungen sollte verzichtet werden. Dazu sollten der in Buchstaben d vorgesehene neue Absatz 4c gestrichen werden. Der Regelungsinhalt sollte sich auf den neuen Absatz 4d be-

schränken, der das Vorkaufsrecht für die Fälle regelt, in denen ein Medizinisches Versorgungszentrum eine Praxis aufkaufen möchte.

Begründung:

Mit der Ausweitung der Möglichkeiten der Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ein ausreichendes Instrument zum Abbau von Überversorgung an die Hand gegeben. Ein zusätzliches Vorkaufsrecht als Zwangsinstrument ist damit überflüssig und als Eingriff in die Grundrechte aus Artikel 14 Absatz 1 (Eigentum) und Artikel 12 Absatz 1 (Berufsfreiheit) unverhältnismäßig.

Zu Nummer 50a neu (§ 137 SGB V): Qualität sektorenübergreifend sichern

Im Bereich der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sollten die Beteiligungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer an die der Bundesärztekammer angeglichen werden und dazu eine neue Nummer 50a (§ 137) eingefügt werden:

50a. § 137 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.
- b) In Absatz 3 Satz 5 werden im ersten Halbsatz nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt, das Semikolon durch einen Punkt ersetzt und der zweite Halbsatz gestrichen.

Begründung:

Die Beteiligungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer werden hier an die der Bundesärztekammer angepasst. Qualitätssicherung wird in Zukunft im Schwerpunkt sektorenübergreifend weiterzuentwickeln sein. Neben den Indikationen, bei denen psychotherapeutische Aspekte und die Expertise der Psychotherapeuten in jedem Fall von Bedeutung sein werden, spielt die psychosoziale Dimension körperlicher, insbesondere somatischer Erkrankungen auch in der sektorenübergreifenden Quali-

tätssicherung vielfach eine wichtige Rolle. Zahlreiche chronische und/oder schwere somatische Erkrankungen gehen gehäuft mit psychischen Belastungen einschließlich komorbider psychischer Störungen einher, die im Kontext der Qualitätssicherung ebenfalls zu adressieren sind. Dies sollte auf den drei klassischen Dimensionen der Qualitätssicherung (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), aber auch in Bezug auf den Zugang zu und die Koordination von psychosozialen Behandlungsangeboten berücksichtigt werden. Daher sind im Regelfall auch bei somatischen Erkrankungen Psychotherapeuten an dem Entwicklungsprozess der Qualitätsindikatoren und der Qualitätssicherungsverfahren zu beteiligen. Die bisherige Beschränkung der Anhörungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer auf Richtlinien zu Fortbildungsnachweisen wird zugunsten eines umfassenden Anhörungsrechts aufgegeben.

Zu Nummer 53 (§ 137e): Neue Behandlungsmethoden erproben

Im neuen § 137e sollte das Antragsrecht nicht auf Medizinproduktehersteller beschränkt bleiben und folgender neuer Absatz 9 angefügt werden:

„(9) Die Regelungen zum Antragsrecht nach Absatz 7 und zum Anspruch auf Beratung nach Absatz 8 gelten in Bezug auf Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für die Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer entsprechend, soweit die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden die Berufsausübung der Ärzte, Zahnärzte oder Psychotherapeuten berührt.“

Begründung:

Es gibt keinen sachlichen Grund, das Antragsrecht auf Erprobung auf Medizinprodukte und deren Hersteller zu beschränken. Es gibt eine Vielzahl wissenschaftlich anerkannter Behandlungsmethoden, die noch nicht vom Gemeinsamen Bundesausschuss bewertet wurden. Dies liegt vielfach nicht daran, dass die Behandlungsmethode nicht die Voraussetzungen nach §§ 135 oder 137c erfüllt oder zumindest das Potenzial einer erfolgreichen Behandlungsalternative bietet, sondern am fehlenden Antrag eines Antragsberechtigten. Hinzu kommt, dass bereits durchgeführte Bewertungsverfahren daran scheiterten, dass die Studienlage nicht ausreichte, um den erforderlichen Nachweis zu führen. Die Neureglung zur Erprobung für diese Fälle im

neuen § 137c Absatz 1 Sätze 3 ff. erfasst bereits abgeschlossene Bewertungsverfahren nicht. Gerade für diese Fälle ist ein Antragsrecht auf Erprobung notwendig.

Notwendig ist diese Regelung auch für die Fälle, in denen eine Prüfung durch andere wissenschaftliche Gremien bereits zu einer positiven Bewertung des Nutzens geführt hat, der Gemeinsame Bundesausschuss dies jedoch noch nicht zum Anlass genommen hat, um ein Bewertungsverfahren einzuleiten. So hat der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP) im Jahr 2006 die wissenschaftliche Anerkennung der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) bei affektiven Störungen und Essstörungen festgestellt, die aktuell gültige NVL/S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ und die S3-Leitlinie „Essstörungen“ empfehlen diese Behandlungsmethode bei diesen Erkrankungen und dennoch hat der Gemeinsame Bundesausschuss auch fünf Jahre nach dem Gutachten des WBP noch keinen Antrag auf Einleitung eines Bewertungsverfahrens zu dieser Behandlungsmethode gestellt. Dabei weist sie schon aufgrund des Bewertungsergebnisses durch den WBP mindestens das Potenzial einer Behandlungsalternative im Sinne des neuen § 137e Absatz 1 SGB V auf.

Zu Nummer 55a neu (§ 140b): Kreis der Vertragspartner in der integrierten Versorgung ausweiten

Zu Deckung von besonderem Versorgungsbedarf sollte es im Arztregister eingetragenen Psychotherapeuten ermöglicht werden, Verträge zur integrierten Versorgung zu schließen und dazu folgende neue Nummer 55a eingefügt werden:

55a. In § 140b Absatz 1 SGB V wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Abweichend von Nummer 1 können die Verträge zur Deckung von besonderem Versorgungsbedarf auch mit im Arztregister eingetragenen Psychotherapeuten geschlossen werden, die nicht zugelassen oder ermächtigt sind.“

Begründung:

Der Kreis der möglichen Vertragspartner wird erweitert. Bisher können Verträge zu integrierten Versorgungsformen nur mit zugelassenen Psychotherapeuten geschlossen werden. Dies engt die Vertragsoptionen immer dann empfindlich ein, wenn die

zugelassenen Leistungserbringer aufgrund ihrer Auslastung wenige bzw. in der Regel keine Kapazitäten mitbringen, um sich im Rahmen der integrierten Versorgung zu engagieren. Um regional oder für bestimmte Indikationen Unterversorgung abzubauen, wird nunmehr die Möglichkeit eröffnet, auch Psychotherapeuten in Selektivverträge einzubeziehen, die alle Voraussetzungen einer Niederlassung erfüllen, aber aufgrund der Restriktionen der Bedarfsplanung keine Möglichkeit haben, einen Praxissitz zu erhalten. Dies bietet kurzfristig die Chance, gezielte substanzielle Versorgungsverbesserungen für psychisch kranke Menschen zu erreichen.

Die Regelung bleibt auf Psychotherapeuten beschränkt, da die Versorgung mit Psychotherapie im ambulanten Bereich flächendeckend nur unter Inkaufnahme langer Wartelisten und unzumutbarer Wartezeiten gewährleistet ist. Da für eine Eintragung in das Arztregister der Fachkundenachweis erforderlich ist, ist sichergestellt, dass die einbezogenen Leistungserbringer gleichwertig qualifiziert sind.

Zu Nummer 75a neu (§ 291a): Zugriffsrechte auf eGK anpassen

Als Folgeänderung der Aufhebung der Befugniseinschränkung von Psychotherapeuten sollten die Zugriffsrechte auf die elektronische Gesundheitskarte in einer neuen Nummer 75a angepasst werden:

75a. § 291a SGB V wird wie folgt geändert:

a) Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 und nach Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 bis 5 ausschließlich

1. Ärzte,
2. Zahnärzte,
3. Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,
4. Psychotherapeuten,
5. Personen, die

a) bei den unter Nummern 1 bis 4 genannten oder

- b) in einem Krankenhaus als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und als Zugriff unter Aufsicht der in Ziffern 1 bis 4 genannten erfolgt,
6. nach Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 auch sonstige Erbringer ärztlich oder psychotherapeutisch verordneter Leistungen,
7. nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 in Notfällen auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen.“
- b) In Absatz 7 werden nach dem Wort „Bundeszahnärztekammer“ ein Komma und die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt.

Begründung:

Die Neuformulierung fasst die bisherigen Nummern 1 und 2 zusammen und enthält einige Änderungen. Es handelt sich um Folgeänderungen der neu eingeführten Befugnis von Psychotherapeuten, Heilmittel wie Logopädie und Ergotherapie zu verordnen. Zudem wird der Zugriff auf Daten auf Personen erstreckt, die berufsmäßig bei Psychotherapeuten arbeiten. Dies ist erforderlich, um den Praxisablauf in einer psychotherapeutischen Praxis zu gewährleisten und die Ungleichbehandlung der Gehilfen von Psychotherapeuten zu den Gehilfen anderer Berufe zu beseitigen. Als Organisation der Landespsychotherapeutenkammern auf Bundesebene wird die Bundespsychotherapeutenkammer Mitglied der Gesellschaft für Telematik. Damit wird die bisherige Sonderstellung von Psychotherapeuten beseitigt, die zwar Zugriff auf die Daten haben und aufgrund heilberufsgesetzlicher Regelungen einen Heilberufsausweis erhalten, deren Organisation auf Bundesebene aber als einzige nicht bei den Gesellschaftern der Gesellschaft für Telematik vertreten war.