

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesetzentwurf
Bundestagsdrucksache 17/6906

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
28.09.2011**

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Versorgung psychisch kranker Menschen nicht verschlechtern! | 3 |
| Änderungsbedarf im Einzelnen | 5 |
| 1. Bedarfsplanung | 5 |
| Heilberufskammern in das gemeinsame Landesgremium (§ 90a) | 5 |
| Stellungnahmerecht der Heilberufskammern bei regionaler Planung (§ 99) | 6 |
| Versorgungsbedarf an muttersprachlicher Psychotherapie berücksichtigen (§ 101) | 6 |
| Verhältniszahlen anhand der Morbidität anpassen (§ 101) | 7 |
| Verhältniszahlen in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ neu ermitteln (§ 101) | 9 |
| Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entfristen (§ 101) | 10 |
| 2. Integrierte Versorgung und neue Versorgungsformen | 11 |
| Versorgungsmanagement für die fachärztliche Versorgung (§ 11) | 11 |
| Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufheben (§ 73) | 12 |
| Leitung von MVZ durch Psychotherapeuten ermöglichen (§ 95) | 13 |
| IV-Verträge mit im Arztregister eingetragenen Psychotherapeuten ohne Zulassung (§ 140) .. | 14 |
| Zugriffsrechte auf eGK anpassen (§ 291) | 15 |
| 3. Qualitätssicherung und Versorgungsforschung | 17 |
| BPTK bei sektorenübergreifender Qualitätssicherung beteiligen (§ 137) | 17 |
| Neue Behandlungsmethoden erproben (§ 137e) | 18 |
| Heilberufskammern bei Nutzungsberechtigten nennen (§ 303e) | 19 |
| 4. Vergütung und Leistungsbegrenzung | 20 |
| Angemessene Vergütung sicherstellen (§ 87b) | 20 |
| Zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für Job-Sharing und Anstellung (§ 101) | 21 |

Versorgung psychisch kranker Menschen nicht verschlechtern!

Zentrales Ziel des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) soll eine patientenorientierte und bedarfsgerechte ambulante Versorgung sein. Beim derzeitigen Stand der Gesetzgebung bleibt die Versorgung psychisch kranker Menschen nicht nur unberücksichtigt, es droht sogar eine massive Verschlechterung.

Psychische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen nicht nur großes Leid, sondern sind seit 2001 die häufigste Ursache für eine vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit und seit 1990 hat sich der Anteil der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Erkrankungen fast verdoppelt. Dem steigenden Behandlungsbedarf wird das Gesundheitssystem nicht gerecht. Psychisch kranken Menschen wird eine lange und aufwendige Suche nach einem geeigneten Behandlungsplatz zugemutet. Im Bundesdurchschnitt warten sie drei Monate (12,5 Wochen) auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Auf dem Land sind die Wartezeiten bei Weitem länger. Dort gibt es neunmal weniger Psychotherapeuten als in der Stadt. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie gibt dies vor und verursacht damit eine eklatante Unterversorgung psychisch kranker Menschen, insbesondere in ländlichen Regionen. Trotz des täglich erlebten Mangels gilt Deutschland nach dieser Richtlinie flächendeckend als „überversorgt“.

Mit dem GKV-VStG ist nun sogar geplant, zum Abbau dieser angeblichen Überversorgung Praxen stillzulegen. Ein Gesetz mit dem Anspruch, die Versorgung zu verbessern, muss auch die Versorgung psychisch kranker Menschen im Blick haben und sollte sie vor allem nicht noch weiter verschlechtern. Damit dieses Gesetz seinen Anspruch erfüllen kann, schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zwei zentrale Anpassungen vor:

- Um zu verhindern, dass durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Laufe der nächsten Jahre etwa 30 Prozent der Praxissitze niedergelassener Psychotherapeuten abgebaut werden, müssen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten stichtagsbezogen zum 1. Januar 2012 die Verhältniszahlen – wie vom Bundesrat in seiner Stellungnahme gefordert – neu berechnet werden.

- Ausgehend von dieser Neuberechnung sollte die Bedarfsplanung weiterentwickelt werden und sich dann zukünftig vor allem an der Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung orientieren und nicht mehr ausschließlich am Niederlassungsverhalten von Ärzten und Psychotherapeuten oder der Veränderung der Altersstruktur.

Der Gesetzgeber sollte jetzt die Chance nutzen, die ambulante Versorgung für körperlich und psychisch kranke Patienten gleichermaßen zu verbessern und den Gesetzentwurf der Bundesregierung entsprechend zu ergänzen.

Durch eine Verbesserung der ambulanten Versorgung werden überflüssige Krankenhausaufenthalte vermieden. Damit kann die Versorgung insgesamt wirtschaftlicher gestaltet werden. Durch eine bessere ambulante Versorgung können Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vermieden und so die Sozialversicherungen entlastet werden. Ferner könnten die erheblichen volkswirtschaftlichen Folgekosten krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit auch für Arbeitgeber reduziert werden.

Änderungsbedarf im Einzelnen

In Artikel 1 ergibt sich folgender Änderungsbedarf:

1. Bedarfsplanung

Heilberufskammern in das gemeinsame Landesgremium (§ 90a)

- Nummer 28 (§ 90a) -

Als Mitglieder eines gemeinsamen Landesgremiums sollten auch die Heilberufskammern genannt werden. Dazu sollte Nummer 28 (§ 90a) wie folgt ergänzt werden (Hervorhebung):

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

„§ 90a

Gemeinsames Landesgremium

(1) Nach Maßgabe der landesrechtlichen Bestimmungen kann für den Bereich des Landes ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, **der Landesärztekammer, der Landespsychotherapeutenkammer**, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben.

(2) ...“

Begründung:

Das Gremium dient der Erarbeitung sektorenübergreifender Empfehlungen. Daher sollten die Heilberufskammern, deren Mitglieder sowohl an der ambulanten als auch an der stationären Versorgung beteiligt sind, mit einbezogen werden. Sie verfügen als einzige der Leistungserbringerorganisationen über unmittelbare Erfahrung in beiden Bereichen.

Stellungnahmerecht der Heilberufskammern bei regionaler Planung (§ 99)

- Nummer 34 (§ 99) -

Zukünftig soll die Möglichkeit geschaffen werden, regional von den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Bedarfsplanung abzuweichen. Diese Regelung sollte um ein Stellungnahmerecht der Heilberufskammern ergänzt werden.

Daher sollte Nummer 34 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 99 Absatz 1 Satz 2) wie folgt ergänzt werden:

„Soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demographie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist, kann von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses abgewichen werden. Den zuständigen Landesbehörden, **den Landesärztekammern und den Landespsychotherapeutenkammern** ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Der aufgestellte oder angepasste Bedarfsplan ist der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörde vorzulegen. Sie kann den Bedarfsplan innerhalb einer Frist von zwei Monaten beanstanden.“

Begründung:

Auf Bundesebene haben die Bundesorganisationen der Heilberufskammern ein Stellungnahmerecht bei Änderungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie. Die Kompetenz der Landespsychotherapeutenkammern wird insbesondere dann hilfreich sein, wenn zu prüfen ist, ob und inwieweit auf Landesebene von diesen Vorgaben abgewichen werden sollte.

Versorgungsbedarf an muttersprachlicher Psychotherapie berücksichtigen (§ 101)

- Nummer 35 Buchstabe a) aa) bbb) (§ 101) -

Im Entwurf für ein GKV-Versorgungsstrukturgesetz sollte geregelt werden, dass ein Sonderbedarf auch aufgrund des Bedarfs **an muttersprachlicher Psychotherapie** vorliegen kann. Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb (§ 101 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) sollte wie folgt ergänzt werden:

bbb) In Nummer 3 werden die Wörter „Wahrung der Qualität“ durch „Gewährleistung“ ersetzt und folgende Wörter angefügt:

„... um einen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf **einschließlich des erforderlichen Angebots an muttersprachlicher Psychotherapie für Menschen mit Migrationshintergrund** zu decken, ...“

Begründung:

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein Einwanderungsland, sodass ein großer Teil der Bevölkerung und damit auch der gesetzlich Krankenversicherten eine andere Muttersprache als Deutsch spricht und einen anderen kulturellen Hintergrund aufweist. Psychotherapie ist in besonderem Maße sprach- und kulturgebunden. Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit entsprechenden Kenntnissen sind in zu geringer Zahl zugelassen. Eine Möglichkeit, diesem Versorgungsbedarf über Sonderbedarfszulassungen Rechnung zu tragen, gibt es bisher nicht. Dies hat zur Folge, dass für einen großen Teil der Menschen mit Migrationshintergrund im Falle einer psychischen Erkrankung kein ausreichendes Versorgungsangebot vorhanden ist.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird gesetzlich verpflichtet, eine Regelung zur Deckung dieses Versorgungsbedarfs zu schaffen. Er kann auf dieser Grundlage Regelungen erlassen, wonach zusätzliche Zulassungen auszusprechen sind, wenn ein signifikanter Bedarf besteht.

Verhältniszahlen anhand der Morbidität anpassen (§ 101)

- Nummer 35 Buchstabe b) aa) bbb) (§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3) -

Die Verhältniszahlen sollten zukünftig anhand sachgerechter Kriterien und auf ausreichender Datengrundlage angepasst werden. Dazu zählen aber weitere und vor allem wichtigere Faktoren als die demografische Entwicklung. Diese sollten im Gesetz ausdrücklich genannt werden. Es sollte auch klargestellt werden, dass die Anpassung auf einer ausreichenden Datengrundlage zu erfolgen hat. Dazu sollte Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb (§ 101 Absatz 2 Satz 1 Nummer 3), wie vom Bundesrat gefordert, ergänzt werden:

bbb) In Nummer 3 werden folgende Sätze angefügt:

„Dabei sind insbesondere die demografische Entwicklung, die Sozialstruktur sowie die Krankheitslast zu berücksichtigen. Die Krankheitslast soll einerseits mit Leistungsdaten im Sinne des § 303 und der §§ 303a bis 303f (Datentransparenz) bestimmt werden. Andererseits sollen mittelfristig epidemiologische Daten, die unabhängig von den in Anspruch genommenen Leistungen gewonnen wurden, zur Ermittlung der Krankheitslast herangezogen werden.“

Begründung:

Eine gesetzliche Verpflichtung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die Verhältniszahlen – wie im Entwurf vorgesehen – vor allem an die demografische Entwicklung anzupassen, ist allein nicht zielführend. Der vom Gemeinsamen Bundesausschuss auch ohne gesetzliche Verpflichtung bereits beschlossene Demografiefaktor führt – anders als beabsichtigt – nicht dazu, den durch eine alternde Gesellschaft entstandenen Mehrbedarf abzudecken. Im Gegenteil: Er führt z. B. 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. Der Gesetzgeber hat dies bereits erkannt, denn bei der Abweichung von den bundesweit einheitlichen Verhältniszahlen auf regionaler Ebene soll die regionale Morbidität (Krankheitslast) ausdrücklich berücksichtigt werden. Folgerichtig ist auch auf der Bundesebene neben der Demografie die Morbidität zu berücksichtigen. Mit der Neufassung der Bestimmungen zur Datentransparenz (§§ 303a ff. SGB V) werden zukünftig umfangreiche Daten zur Versorgungslage auswertbar. Anhand dieser Daten, insbesondere auch solcher zur Morbidität, lassen sich sachgerechte Anhaltspunkte für eine bedarfsgerechte Versorgung gewinnen.

Veränderungen im Versorgungsbedarf ergeben sich aber nicht nur aufgrund von Veränderungen der in Anspruch genommenen Leistungen, sondern lassen sich vor allem mit epidemiologischen Daten begründen. Diese sollten daher mittelfristig bei der Anpassung der Verhältniszahlen ebenfalls berücksichtigt werden.

**Verhältniszahlen in der Arztgruppe „Psychotherapeuten“ neu ermitteln (§ 101)
- Nummer 35 Buchstabe b1 neu (§ 101 Absatz 4) -**

Vor dem Buchstaben c sollte, wie vom Bundesrat gefordert, ein neuer Buchstabe b1 eingefügt werden:

- b1) In Absatz 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt neu gefasst:
„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe zum Stand vom 1. Januar 2012 neu zu ermitteln. Dabei ist der zwischenzeitlich gestiegene Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen besonders zu berücksichtigen. Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen.“

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 391 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 erreichen eine Dauer, die im Bereich der Versorgung somatisch kranker 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 Praxissitzen 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 vom 1. Januar 2012 neu ermittelt.

Mindestquote für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entfristen (§ 101)

- Nummer 35 Buchstabe b2 neu (§ 101 Absatz 4 Satz 5) -

Der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte sollte, wie vom Bundesrat gefordert, aufgehoben werden und zugleich der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, unbefristet weitergelten. Dazu sollte vor dem Buchstaben c ein neuer Buchstabe b2 eingefügt werden:

- b2) In Absatz 4 Satz 5 werden die Wörter „für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013“ und die Wörter „mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und“ gestrichen.

Begründung:

Die Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung ist ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen. Patientinnen und Patienten warten monatelang auf den Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung mit der Folge, dass sich ihre psychischen Erkrankungen verschlimmern, erneut auftreten oder chronifizieren können. Insbesondere in Teilen Ostdeutschlands wird die Versorgungssituation dadurch zusätzlich verschlechtert, dass freie Praxissitze, die über die Bedarfsplanung für psychotherapeutisch tätige Ärzte reserviert sind, durch Psychologische Psychotherapeuten nicht besetzt werden können. Das GKV-OrgWG hat zum 1. Januar 2009 die Quote für die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten auf 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl abgesenkt und diese bis zum 31. Dezember 2013 befristet. Ein vorzeitiger Wegfall dieser Quote hilft, die psychotherapeutische Versorgungssituation zu verbessern. Auf aktuell nicht von psychotherapeutisch tätigen Ärzten besetzte Sitze könnten sich schon im Jahr 2012 Psychologische Psychotherapeuten niederlassen.

Anders als der Mindestversorgungsanteil für psychotherapeutisch tätige Ärzte dient der Mindestversorgungsanteil für Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und

Jugendliche behandeln, der Versorgung einer Patientengruppe, deren adäquate Versorgung ohne den Mindestversorgungsanteil gefährdet wäre.

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht auch nach dem 31. Dezember 2013 fort. Zum Schutz der ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist es deshalb erforderlich, dieser Mindestquote eine unbefristete Gültigkeit zu verschaffen.

2. Integrierte Versorgung und neue Versorgungsformen

Versorgungsmanagement für die fachärztliche Versorgung (§ 11)

- Nummer 2 (§ 11 Absatz 4) -

Das Versorgungsmanagement sollte ausdrücklich auf die fachärztliche Anschlussversorgung erstreckt und dazu Nummer 2 wie folgt neu gefasst werden:

2. In Artikel 1 Nummer 2 wird der Buchstabe a wie folgt gefasst:
 - a) Absatz 4 wird wie folgt geändert:
 - aa) In Satz 1 wird der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt:
„dies umfasst auch die vertragsärztliche Anschlussversorgung.“
 - bb) In Satz 6 werden die Wörter „nach § 112 oder § 115 oder in vertraglichen Vereinbarungen“ gestrichen.

Begründung:

Der Übergang von der Krankenhausbehandlung in die ambulante Anschlussbehandlung im Rahmen des Entlassmanagements ist für viele Patienten von besonderer Bedeutung. Für psychisch kranke Patienten mit schweren Beeinträchtigungen ist eine Anschlussbehandlung unentbehrlich. Im Widerspruch dazu steht die Versorgungswirklichkeit. Nach Angaben der BARMER GEK in ihrem Krankenhaus-Report 2011 müssen 70 Prozent der Patienten, denen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine ambulante Psychotherapie empfohlen wurde, länger als vier Wochen auf einen ambulanten Behandlungsplatz warten. Durch die ausdrückliche Einbeziehung der vertragsärztlichen Versorgung wird die Pflicht des Leistungserbringers kon-

cretisiert, im Falle einer Anschlussbehandlung des Patienten für einen zeitnahen Behandlungstermin bei einem Vertragsarzt bzw. -psychotherapeuten Sorge zu tragen.

Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufheben (§ 73)

- Nummer 12 (§ 73) -

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.

Leitung von MVZ durch Psychotherapeuten ermöglichen (§ 95)

- Nummer 31 (§ 95) -

Durch eine Änderung von § 95 Absatz 1 SGB V sollte klargestellt werden, dass auch Psychotherapeuten befugt sind, Medizinische Versorgungszentren (alleinverantwortlich) zu leiten. Unabhängig davon sollte in der Begründung zu Buchstabe b (neuer Absatz 1a) ausdrücklich klargestellt werden, dass auch Vertragspsychotherapeuten Gesellschafter von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) sein können.

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

- a) § 95 Absatz 1 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) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:
„Der ärztliche **und der psychotherapeutische** Leiter **müssen** in dem Medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder **Psychotherapeut** oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.“
 - cc) In Satz 3 zweiter Halbsatz werden die Wörter „und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Absatz 4 angehören“ gestrichen.
 - dd) In Satz 4 werden nach dem Wort „Internist“ die Wörter „oder ein Psychologischer Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ eingefügt.
 - ee) Satz 5 wird aufgehoben und die bisherigen Sätze 6 und 7 werden die neuen Sätze 5 und 6.

Begründung:

Medizinische Versorgungszentren sind ein unverzichtbarer Beitrag zur Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems. Viele psychisch kranke Menschen brauchen eine ambulante Versorgung durch multiprofessionelle Teams. Es soll daher gesetzlich geregelt werden, dass MVZ unter (alleiniger)

psychotherapeutischer Leitung stehen können und bereits dann fachübergreifend sind, wenn in ihnen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind.

Die Leitung von MVZ ausschließlich durch Ärzte oder in kooperativer Form auch durch Psychotherapeuten ist allenfalls historisch zu erklären. Psychotherapeuten verfügen über die Kompetenzen, MVZ zu leiten, 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 bereits dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeinsam tätig sind.

IV-Verträge mit im Arztregister eingetragenen Psychotherapeuten ohne Zulassung (§ 140)

- Nummer 55a neu (§ 140b) -

Zur 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 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 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, substanzielle Versorgungsverbesserungen für psychisch kranke Menschen gezielt zu erreichen.

Die Regelung bleibt auf Psychotherapeuten beschränkt, da die Versorgung mit Psychotherapie im ambulanten Bereich derzeit 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.

Zugriffsrechte auf eGK anpassen (§ 291)**- Nummer 75a neu (§ 291a) -**

Als Folgeänderung der Aufhebung der Befugniseinschränkung von Psychotherapeuten sollten die Zugriffsrechte auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) 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
 - b) bei den unter Nummern 1 bis 4 genannten oder
 - c) in einem Krankenhausals 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.“
- d) 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 Datenzugriff 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 Bun-

despsychotherapeutenkammer 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.

3. Qualitätssicherung und Versorgungsforschung

BPTK bei sektorenübergreifender Qualitätssicherung beteiligen (§ 137)

- Nummer 50a neu (§ 137) -

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 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 für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung die psychosoziale Dimension auch bei somatischen Erkrankungen 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 (Struk-

tur-, 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 am 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.

Neue Behandlungsmethoden erproben (§ 137e)

- Nummer 53 (§ 137e) -

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 berühren.“

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 Satz 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, 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 wurde im Gemeinsamen Bundesausschuss auch fünf Jahre nach dem Gutachten des WBP noch kein 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.

Heilberufskammern bei Nutzungsberechtigten nennen (§ 303e)

- Nummer 83 (§ 303e) -

Im Kreis der Zugriffsberechtigten für die Daten zur Versorgungsforschung sollten die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich genannt werden. Dazu sollte im neuen § 303e Absatz 1 folgende neue Nummer 5 eingefügt werden:

„§ 303e

Datenverarbeitung und -nutzung

(1) Die bei der Datenaufbereitungsstelle gespeicherten Daten können von folgenden Institutionen verarbeitet und genutzt werden, soweit sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich sind:

1. dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen,
2. den Bundes- und Landesverbänden der Krankenkassen,
3. den Krankenkassen,
4. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen,
5. **der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer sowie den Landesärztekammern und den Landespsychotherapeutenkammern, ...“**

Begründung:

Zu den originären satzungsmäßigen Aufgaben der Heilberufskammern gehört es, auf eine ausreichende Versorgung der Bevölkerung hinzuwirken (vgl. § 2 Absatz 2 Buchstabe k Satzung der Bundespsychotherapeutenkammer). Darüber hinaus stehen ihnen umfassende Beteiligungsrechte im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu. Für beides ist ein Rückgriff auf die Daten zur Versorgung erforderlich. Dieser sollten ihnen ausdrücklich eingeräumt werden.

4. Vergütung und Leistungsbegrenzung**Angemessene Vergütung sicherstellen (§ 87b)****- Nummer 24 (§ 87b) -**

Die mit der Honorarreform 2009 durch den Bewertungsausschuss eingeführte Regelung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze hat sich als Mengengrenzungsmaßnahme für psychotherapeutische Leistungen bundesweit bewährt. Es sollte daher die Neuregelung des § 87b Absatz 2 SGB V in Satz 3 um folgenden Halbsatz ergänzt werden:

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

Begründung:

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.

Sollte es bei einer Honorarverteilung ohne konkrete gesetzliche Vorgabe bleiben, müsste die Regelung des neuen § 87b Absatz 2 zur angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zumindest durch einen neuen Satz 4 präzisiert werden:

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

Begründung:

Durch Satz 4 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.

Zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen für Job-Sharing und Anstellung (§ 101)**- Nummer 35 (§ 101 Absatz 1 Satz 2 neu) -**

Bei Job-Sharing und der Anstellung von Psychotherapeuten sollte bei zeitbezogenen Leistungen für die Leistungsbegrenzung nicht der bisherige Praxisumfang maßgeblich sein, sondern die allgemein geltenden zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen. Dazu sollte Nummer 35 durch einen neuen Doppelbuchstaben aa1 ergänzt werden:

- aa1) Nach § 101 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz 2 angefügt:
„Bei zeitbezogenen Leistungen bezieht sich die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung abweichend von Satz 1 Nummern 4 und 5 auf die Einhaltung der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.“

Begründung:

Die Verpflichtung nach § 101 Absatz 1 Satz 1 Nummern 4 und 5, den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich zu überschreiten, soll verhindern, dass es durch Job-Sharing oder Anstellung zu einer übermäßigen Ausweitung des Leistungsvolumens kommt. Bei Leistungen, die nicht von vornherein zeitgebunden sind, ist eine Orientierung am bisherigen Praxisumfang zum Zweck der Leistungsbegrenzung nachvollziehbar. Bei zeitbezogenen Leistungen ist es hingegen sinnvoll, auf die allgemeine

zeitbezogene Höchstzahl von Leistungen einer Praxis abzustellen, die von vornherein feststeht.

Die bisherige Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung auf der Grundlage der Abrechnungsvolumina der entsprechenden Vorjahresquartale führt in psychotherapeutischen Praxen zu einer zur Erreichung des Zwecks nicht notwendigen Einschränkung der Leistungen und damit zu einer nicht gewollten Beeinträchtigung der Versorgung. Darüber hinaus benachteiligt die Regelung Psychotherapeuten und ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte gegenüber anderen Arztgruppen: Zum einen bestimmt § 20 Absatz 4 BMV-Ä und § 20 Absatz 4 BMV-Ä/EKV, dass Vertretungen im Rahmen von genehmigungspflichtigen Leistungen und probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig sind. Das hat zur Folge, dass die Leistungsmengen im Falle von Urlaub, Erkrankung oder Fortbildung geringer ausfallen, weil eine Vertretung gemäß § 32 Absatz 1 Ärzte-ZV anders als bei anderen Vertragsarztgruppen nicht möglich ist. Zweitens besteht in der Psychotherapie in besonderer Weise die Problematik von Ausfallzeiten, wenn Therapiesitzungen kurzfristig abgesagt werden und somit dem Zeitaufwand keine abrechnungsfähigen Leistungen gegenüberstehen. Die Verpflichtung, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen einzuhalten, erfüllt hingegen den Zweck der Leistungsbegrenzung und vermeidet zugleich die Nachteile einer Begrenzung auf den bisherigen Praxisumfang.