

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals
(Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG)
Referentenentwurf des Bundesministeriums für
Gesundheit

06.07.2018

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
Artikel 7 Nummer 6 – Änderung in § 87 Absatz 2a SGB V	3
Artikel 7 Nummer 7 – Änderung in § 119b SGB V	4
• zu a) Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten	4
• zu c) Evaluation der Auswirkungen der Kooperationsverträge	6
Literatur.....	8

Einleitung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt, dass eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden soll, Videosprechstunden als telemedizinische Leistung auch in der psychotherapeutischen Versorgung einzusetzen. Videobehandlung ist für bestimmte Patientengruppen unter Beachtung berufsrechtlicher Sorgfaltspflichten anwendbar und eine sinnvolle Ergänzung, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Einer Videobehandlung muss z. B. immer eine angemessene Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt vorangehen und Datensicherheit und Datenschutz müssen sichergestellt sein.

Für die Einbindung der Videokommunikation in die psychotherapeutische Versorgung muss eine Regelung zur Abrechenbarkeit einer psychotherapeutischen Videobehandlung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) konzipiert werden. Die BPTK empfiehlt, die Gesetzesbegründung zur Änderung in § 87 Absatz 2a SGB V dafür noch präziser zu fassen.

Die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen durch verbindlich abzuschließende Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten sollte neben einer besseren somatisch-ärztlichen Versorgung ausdrücklich auch eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen in Pflegeeinrichtungen erfassen. Dafür ist eine Ergänzung in § 119b SGB V notwendig.

Artikel 7 Nummer 6 – Änderung in § 87 Absatz 2a SGB V

Videokommunikation bietet in der Psychotherapie die Möglichkeit Behandlungen durchzuführen, die sonst nicht oder nur schwer möglich wären. Patienten zum Beispiel mit körperlichen Beeinträchtigungen, die eine Praxis nicht regelmäßig aufsuchen können, könnten mit Psychotherapeuten per Video kommunizieren. Behandlungsunterbrechungen, beispielsweise durch einen arbeitsplatzbedingten Wohnortwechsel des Patienten, könnten vermieden werden. Zudem könnte die Versorgung bei spezial-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf, wie spezieller Schmerzpsychotherapie, auch in ländlichen Regionen sichergestellt werden. Da die Psychotherapie in der Regel einmal wöchentlich über mehrere Monate hinweg stattfindet, trägt die Videokommunikation zu einer Entlastung insbesondere für diese Patientengruppen bei.

Zusätzlich zu einer Videosprechstunde sollte daher im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung die Videobehandlung ermöglicht und angemessen vergütet werden.

Um fachliche Standards zu wahren, ist Voraussetzung für eine Videobehandlung die Diagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt von Behandelnden und Patienten. Ob eine Videobehandlung angezeigt ist, sollte auch aus unserer Sicht im Ermessen des behandelnden Psychotherapeuten liegen, der dies im Einzelfall und in Abstimmung mit dem Patienten entscheiden muss.

Der in der aktuellen Begründung zu Nummer 6 gegebene Hinweis auf die erfolgende Versorgung „über Telefonate“ sollte gestrichen werden, weil dieses Leistungsangebot nach den Regelungen des EBM derzeit im Gegensatz zur Videobehandlung gerade keine zusätzlichen Behandlungsleistungen ermöglicht, sondern nur eine telefonische Beratung, sofern darüber hinaus im jeweiligen Quartal keine Behandlung stattfindet.

Die BPTK schlägt deshalb vor, die Begründung zu Nummer 6 wie folgt zu ändern:

Zu Nummer 6

(§ 87 Absatz 2a)

„(...)“

~~Von der~~ Die Erweiterung der Videosprechstunden sollen auch die psychotherapeutische Videobehandlung umfassen ~~Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein.~~ Die Besonderheiten in der Versorgung und auch der Berufsordnung sind dabei zu berücksichtigen. **Nach einer angemessenen Diagnostik und Indikationsstellung sowie Aufklärung im unmittelbaren persönlichen Kontakt ist eine psychotherapeutische Videobehandlung grundsätzlich möglich. Es steht im Ermessen der behandelnden Psychotherapeutin bzw. des behandelnden Psychotherapeuten, ob im individuellen Fall und in Absprache mit dem Patienten eine Videobehandlung angezeigt ist. Danach kann eine ergänzende krankheitsbezogene Einbindung von Videosprechstunden in die persönliche Versorgung vor Ort, wie sie z. B. auch heute bereits über Telefonate erfolgt, angemessen sein.“**

Artikel 7 Nummer 7 – Änderung in § 119b SGB V

- zu a) Kooperationsverträge zwischen Pflegeeinrichtungen und Vertragsärzten

Die BPTK begrüßt, dass mit der Änderung in § 119b Absatz 1 SGB V die ärztliche Versorgung in Alten- und Pflegeheimen durch eine stärkere Verpflichtung der Pflegeheime, Kooperationsverträge mit geeigneten vertrags-(zahn-)ärztlichen Leistungserbringern zu schließen, verbessert werden soll.

Neben einer besseren somatisch-ärztlichen Versorgung besteht ein dringender Bedarf, Patienten mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen besser zu versorgen. Im Durchschnitt leiden rund 70 % der Heimbewohner unter einer demenziellen Erkrankung und zwischen 20 % und 50 % unter affektiven Störungen, am häufigsten unipolaren Depressionen (Gutzmann et al., 2017). Die Verordnungsraten für Psychopharmaka in Pflegeeinrichtungen sind für Patienten mit und ohne demenzielle Erkrankung gleichermaßen hoch: 43 % der Patienten mit einer Demenz erhalten Neuroleptika als Dauermedikation, gefolgt von Antidepressiva (30 %) sowie Anxiolytika und Sedativa (jeweils 6 %). Zudem erhalten 33 % der stationär Pflegebedürftigen ohne Demenz Antidepressiva als Dauerverordnung, gefolgt von Neuroleptika (20 %) sowie Sedativa (12 %) und Anxiolytika (8 %) (Thürmann, 2017). Dabei werden diese Medikamente – insbesondere Neuroleptika – in Kenntnis der damit verbundenen Risiken verordnet, obwohl wirksame nicht-medikamentöse Therapien existieren (Gutzmann, 2017; Thürmann, 2017; Glaeske, 2011). Insbesondere für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Erkrankungen in Alten- und Pflegeheimen unter Einbezug der Pflegekräfte und der Angehörigen liegen spezifische Wirksamkeitsbelege vor (Gutzmann, 2017). Aber auch zur Prävention und Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen bei Demenzerkrankten sind Interventionen wie Verhaltensmanagement, Angehörigen- und Pflegendenschulungen sowie kognitive Stimulation wirksame Interventionen, die die Gabe von Antipsychotika reduzieren können (Gutzmann, 2017; S3-Leitlinie Demenzen, 2016).

Die BPTK schlägt deshalb vor, Artikel 7 Nummer 7 a) wie folgt neu zu fassen:

Die Buchstaben aa) bis cc) werden gestrichen.

Zu Nummer 7 a)

a) Absatz 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen haben einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern zu schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen **bzw. psychotherapeutischen** Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 innerhalb von drei Monaten zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das

Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen **oder Psychotherapeuten, die in das Arztregister eingetragen sind**, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt **oder Psychotherapeuten** erfolgen, ist der angestellte Arzt **oder Psychotherapeut** zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt **oder Psychotherapeut** ist bei seinen ärztlichen **bzw. psychotherapeutischen** Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegekraft für die Zusammenarbeit nach Satz 1.“

Die BPTK schlägt vor, die Begründung zu Artikel 7 Nummer 7 a) um folgenden Abschnitt zu ergänzen:

Zur Begründung zu Nummer 7 (§ 119b)

Zu Buchstabe a)

(...)

„Es bestehen erhebliche Versorgungsdefizite für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die in Pflegeeinrichtungen leben. Insbesondere werden zu häufig und zu viele Psychopharmaka in Kenntnis der damit verbundenen Risiken verschrieben, obwohl wirksame nicht-medikamentöse und psychotherapeutische Interventionen zur Verfügung stehen, um z. B. Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit Demenzen und depressive Erkrankungen zu behandeln. Durch die explizite Erwähnung der vertragspsychotherapeutischen Leistungserbringer soll der Abschluss von Kooperationsverträgen mit niedergelassenen Psychotherapeuten bzw. die Anstellung von Psychotherapeuten in Pflegeeinrichtungen ermöglicht und gefördert werden, um die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen zu verbessern.“

- zu c) [Evaluation der Auswirkungen der Kooperationsverträge](#)

Um zu überprüfen, ob das Schließen von Kooperationsverträgen mit den entsprechenden Leistungserbringern bzw. ihre Anstellung zu einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen führt, sollten neben den Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung, die Auswirkungen auf die vertragsärztliche

Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen überprüft werden, da hier – neben der zahnärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen – besondere Versorgungsdefizite bestehen (siehe oben).

Die BPTK schlägt deshalb vor, § 119b Absatz 3 wie folgt zu ändern:

c) Dem Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

„Die Kassenzahnärztliche **bzw. die Kassenärztliche** Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen **bzw. die vertragsärztliche Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen in stationären Pflegeeinrichtungen** und berichten der Bundesregierung über die Ergebnisse im Abstand von drei Jahren, erstmalig bis zum 30. Juni 2019.“

Die Begründung zu c) sollte wie folgt geändert werden:

„Um die Auswirkungen der Kooperationsverträge zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und Vertragszahnärzten auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in Pflegeheimen zu überprüfen, erhalten die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband den Auftrag, die Kooperationsverträge regelmäßig gemeinsam zu evaluieren. **Zudem erhalten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband den Auftrag, die Kooperationsverträge zwischen Vertragsärzten bzw. Vertragspsychotherapeuten von Versicherten mit psychischen Erkrankungen in Pflegeeinrichtungen zu evaluieren, da auch hier besondere Versorgungsdefizite bestehen.** In den Vereinbarungen legen sie die für den Bericht erforderlichen Daten fest. Der Bericht enthält insbesondere Angaben zur Anzahl der geschlossenen Verträge, zur Anzahl der beteiligten ~~Zahnärzte~~ **Leistungserbringer** und stationären Pflegeeinrichtungen sowie zur Art und Anzahl der abgerechneten Leistungen nach § 87 Absatz 2j gegliedert nach Kassenzahnärztlichen **bzw. Kassenärztlichen** Vereinigungen. In den Bericht sind Aussagen zum möglichen Weiterentwicklungsbedarf der Kooperationsverträge und der vertragszahnärztlichen Versorgung **sowie der Versorgung** in stationären Pflegeeinrichtungen aufzunehmen. Gegenstand der Berichterstattung sollen auch Überlegungen zur Weiterentwicklung der vertragszahnärztlichen Versorgung **sowie der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen** in Pflegeheimen sein.“

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Demenzen 2016. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf, Zugriff am 05.07.2018).
- Glaeske G, Schicktanz C. BARMER GEK Arzneimittelreport 2011 (<https://www.barmmer.de/blob/36436/1cead1cd0eff75123de78c0286fafad0/data/pdf-arzneimittel-report-2011.pdf>, Zugriff am 05.07.2018).
- Gutzmann H, Schäufele M, Kessler EM, Rapp MA. Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Pflegebedürftigen. In: K Jacobs, A Kuhlmeier, S Greß, J Klauber und A Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017 – Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag (2017).
- Thürmann PA. Einsatz von Psychopharmaka bei Pflegebedürftigen. In: K Jacobs, A Kuhlmeier, S Greß, J Klauber und A Schwinger (Hrsg.). Pflege-Report 2017 – Die Versorgung der Pflegebedürftigen. Schattauer Verlag (2017).