

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und
bessere Versorgung
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)
BT-Drs. 19/6337

08.01.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	3
2	Stufenweise Wiedereingliederung/Aufhebung von Befugniseinschränkungen	5
2.1	Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)	5
2.2	Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 92 SGB V)	6
3	Terminservicestellen	8
3.1	Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V)	8
4	Aufnahme von neuen Patienten und Vergütung psychotherapeutischer Leistungen	9
4.1	Bessere Vergütung für Neuaufnahmen (§ 87 SGB V)	9
4.2	Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (§§ 87, 87b SGB V)	11
5	Gestufte und gesteuerte Versorgung	13
6	Reform der Bedarfsplanung dringend erforderlich	15
6.1	Präzisere Vorgaben für die psychotherapeutische Bedarfsplanung (§ 101 SGB V)	15
6.2	Vergrößerung des Praxisumfanges bei Jobsharing und Anstellung (§ 101 SGB V)	21
6.3	Sofortprogramm für psychisch Kranke: Befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 103 SGB V).....	23
7	Elektronische Patientenakte	27
7.1	Zusammenführung ePA und ePF (§ 291a Absatz 3 SGB V).....	27
7.2	Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 291a Absatz 5 SGB V)	27
7.3	Alternative Zugriffsverfahren (§ 291a Absatz 5, Absatz 5c, § 291b Absatz 5 SGB V) ..	28
7.4	Bereitstellung von ePA-Lösungen durch Krankenkassen (§ 291a Absatz 5c SGB V) ...	31
8	Mindestsprechstunden (§ 19 Ärzte-ZV)	33

1 Einleitung

Mit dem Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (TSVG) soll Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein schnellerer Zugang zur Versorgung ermöglicht werden, u. a. durch die Neuaufstellung der Terminservicestellen, die Ausdehnung der Mindestsprechstundenzeiten und die befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Rheumatologen, Psychiater und Pädiater. Die Wartezeit soll für GKV-Versicherte durch die Vermittlung über die Terminservicestelle regelmäßig nicht länger als vier Wochen betragen. Psychisch kranke Menschen warten in ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet durchschnittlich fünf bis sieben Monate auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) regt an, das TSVG so weiterzuentwickeln, dass auch psychisch kranke Menschen innerhalb einer vertretbaren Wartezeit Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erhalten können.

- **Psychotherapeuten behandeln nach Dringlichkeit und Schwere**

Die Bundesregierung plant derzeit, den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu beauftragen, für psychisch kranke Menschen eine gestufte und gesteuerte Versorgung einzuführen. Ziel soll eine Steuerung der Versorgung sein. Es gibt aber seit April 2017 mit der psychotherapeutischen Sprechstunde bereits eine steuernde und koordinierende Stelle. Eine Auswertung der Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen vom 2. Quartal 2017 bis zum 1. Quartal 2018 zeigt, dass diese Steuerung gelingt und Psychotherapeuten Patienten nach Schwere und Dringlichkeit ihrer Erkrankung behandeln.

Grundsätzlich gilt, dass nach den Daten des Robert Koch-Instituts¹ vor allem besonders belastete Patienten mit mehreren psychischen Erkrankungen in ambulanter Behandlung sind. Von Patienten mit zwei psychischen Diagnosen, so die Daten, erhalten 20 Prozent innerhalb eines Jahres eine Behandlung, bei Patienten mit vier oder mehreren psychischen Diagnosen sind dies doppelt so viele.

- **Zusätzliche Hürden für psychisch kranke Menschen sind nicht zu rechtfertigen**

Zusätzliche Hürden auf dem Weg zur Psychotherapie sind vor diesem Hintergrund überflüssig und nicht zu rechtfertigen. Grundsätzlich ist es psychisch erkrankten Menschen

¹ Mack, S. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

nicht zuzumuten, dass sie sich zunächst gegenüber einer Prüfinstanz mit ihren psychischen Beschwerden und Erkrankungen offenbaren müssen, ehe sie sich dann bei einem „positiven“ Prüfergebnis zur Behandlung an einen Psychotherapeuten wenden dürfen. Dies stellt eine Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen dar, deren Recht auf die freie Arzt- bzw. Psychotherapeutenwahl eingeschränkt würde. Eine Petition gegen die geplante Regelung fand über 200.000 Unterstützer.

- **Wartezeiten auf den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung unzumutbar**
Dabei bietet der vorliegende Gesetzesentwurf grundsätzlich die Chance, den Zugang zur Versorgung wesentlich zu verbessern. Um dies auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, greifen die Regelungen jedoch noch deutlich zu kurz.

Das zentrale Problem in der psychotherapeutischen Versorgung sind die Wartezeiten auf den Beginn einer Behandlung. Die Wartezeitenumfrage der BPTK zeigte, dass außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet die Wartezeiten durchschnittlich zwischen fünf und sieben Monaten liegen. Dieses Ergebnis wird durch Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) bestätigt. Danach wartet ein Drittel der Patienten im Nachgang zur psychotherapeutischen Sprechstunde bis zu drei Quartale auf den Beginn der Behandlung. Das sind im Schwerpunkt Patienten in ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet, da dort die Versorgungsdichte im Vergleich zu Großstädten besonders gering ist.

- **Sofortprogramm auch für psychisch kranke Menschen**

Die BPTK fordert daher, mit dem TSVG die Versorgungssituation psychisch kranker Menschen durch ein Sofortprogramm zu verbessern. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert dies vor allem eine substanzielle Steigerung der ambulanten Versorgungskapazitäten. Es wäre kurzfristig zielführend, das Prinzip der im Gesetzesentwurf geplanten Aufhebung der Höchstgrenzen für die Zulassung für ausgewählte Arztgruppen auch auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu übertragen. Dies sollte jedoch nicht ungesteuert geschehen, sondern gezielt die am schlechtesten versorgten Regionen adressieren, und mit einer Obergrenze versehen werden. Unzureichend ist insbesondere die psychotherapeutische Versorgung außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Um hier kurzfristig Verbesserungen zu erreichen und die extreme Spreizung der Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten zumindest auf das Niveau der anderen Arztgruppen zu verringern, sollten befristet bis zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den

G-BA für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten die Zulassungsbeschränkungen in den Planungsbereichen der Kreistypen 2 bis 6 aufgehoben werden. Um dabei Fehlverteilungen zu vermeiden, sollte hierbei zusätzlich als Obergrenze eine Versorgungsdichte festgeschrieben werden, die der durchschnittlichen Spreizung gegenüber dem Kreistyp 1 bei den somatisch tätigen Arztgruppen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung entspricht. Bis zu der definierten Höhe sollten sich Psychotherapeuten dort so lange niederlassen können, bis die Reform der Bedarfsplanung in Kraft tritt. Dieses Sofortprogramm führt zu circa 1.680 zusätzlichen Praxissitzen für Psychotherapeuten in den besonders schlecht versorgten Regionen.

2 Stufenweise Wiedereingliederung/Aufhebung von Befugniseinschränkungen

2.1 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)

Bei psychischen Erkrankungen ist eine Wiedereingliederung in das Arbeitsleben für viele Patienten von besonderer Relevanz. Im Vergleich zu somatischen Erkrankungen gehen psychische Erkrankungen oft mit besonders langen Krankschreibungen einher. Psychische Erkrankungen verursachen insgesamt circa ein Viertel der Kosten für Krankengeldzahlungen, was einer Summe von rund drei Milliarden Euro pro Jahr entspricht. Die BPTK begrüßt die Regelung, dass bei längerer Arbeitsunfähigkeit regelhaft die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung geprüft werden soll.

Für den Genesungsprozess psychischer Erkrankungen ist es häufig sinnvoll, dass Patienten nicht zu lange vollständig aus dem Arbeitsprozess ausscheiden, da mit dem Wiederaufnehmen der Arbeit (in begrenztem Umfang) oft für die Genesung förderliche Bedingungen einhergehen können, insbesondere Tagesstrukturierung, die Unterbrechung des sozialen Rückzugs, die Bewältigung arbeitsspezifischer Anforderungen und eine Verbesserung des Selbstwertgefühls.

Psychotherapeuten verfügen über die erforderlichen diagnostischen Kompetenzen, um den aktuellen psychischen Zustand ihrer Patienten und deren Belastbarkeit und Belastungsgrenzen sowie die spezifischen Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes beurteilen zu können. Sie können aufgrund der kontinuierlichen psychotherapeutischen Beobachtung des Krankheitsverlaufs besonders gut einschätzen, ob bei ihren Patienten eine stufenweise Wiedereingliederung indiziert ist. Um diese Kompetenz auch im Sinne der Patientenversorgung und in Abstimmung mit der jeweiligen psychotherapeutischen Be-

handlung nutzen zu können, bedarf es einer Änderung in § 73 SGB V, damit auch Psychotherapeuten die Befugnis erhalten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen (siehe Änderungsvorschläge unter 2.2).

2.2 Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 92 SGB V)

Für eine umfassende Versorgung von Patienten mit (insbesondere schweren) psychischen Erkrankungen und komplexem Behandlungsbedarf ist es – neben der Befugnis, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen – notwendig, dass Psychotherapeuten für ihre Patienten die geeigneten Behandlungs- und Versorgungsmaßnahmen veranlassen können. Dazu müssen für Psychotherapeuten Einschränkungen bei den Verordnungsbefugnissen aufgehoben werden. Im Zuge der Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) ist dies bereits teilweise geschehen. Psychotherapeuten fehlt jedoch nach wie vor die Befugnis, Heilmittel wie z. B. Ergotherapie oder häusliche psychiatrische Krankenpflege zu verordnen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und eine stufenweise Wiedereingliederung zu initiieren. Die BPTK schlägt daher folgende Änderungen vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 33 Buchstabe c) - neu- (§ 73 Absatz 2 SGB V)

33. § 73 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) (...)

c) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert: „Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, ~~8~~, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; ~~Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht.~~“

bb) Satz 4 wird wie folgt geändert: „Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von **Ergotherapie, Hilfsmitteln zur psychotherapeutischen Versorgung**, Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung.“

cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 neu eingefügt: „**Satz 1 Nummer 8 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege.**“

dd) Satz 6 [neu] wird wie folgt geändert: „Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, 7, 8 und 12.“

Begründung:

Psychotherapeuten übernehmen mit der psychotherapeutischen Sprechstunde die Versorgungskoordination von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Um diese Aufgabe noch angemessener ausfüllen zu können, sollten Psychotherapeuten weitere notwendige, die Psychotherapie ergänzende Leistungen auf die psychotherapeutische Behandlung abstimmen und verordnen können.

- **Verordnung von Ergotherapie**

Psychische Erkrankungen sind eine der Indikationen für die Verordnung von Ergotherapie. Dabei zielt die Ergotherapie auf die Behandlung der funktionellen Folgen und die Verringerung der Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung ab. Ergotherapie bzw. Interventionen, die auch von Ergotherapeuten angeboten werden, sind zum Teil Leitlinienempfehlungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Dabei wird in der Regel darauf abgehoben, dass Ergotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden soll. So wird Ergotherapie z. B. als Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie sowie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Entwicklungsstörungen eingesetzt. Aber auch Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung der sozioemotionalen Kompetenz und der Interaktionsfähigkeit sowie der psychischen Stabilität und Belastbarkeit können als Ergänzung zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung von Ergotherapeuten durchgeführt werden.

- **Verordnung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege**

Die Verordnung von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege kann wesentlich dazu beitragen, psychisch kranke Menschen in ihrem Alltag in Bezug auf ihre psychischen Beschwerden zu unterstützen. Ziel der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege ist die Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen sowie das Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Funktionsstörungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hierdurch können Krankenhausbehandlungen verkürzt oder vermieden werden.

- **Verordnung internetbasierter Behandlungsprogramme**

Darüber hinaus können auch digitale Anwendungen die psychotherapeutische Behandlung ergänzen und die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Es gibt bereits eine Vielzahl an Studien, die die Wirksamkeit von Internetprogrammen bei psychischen Erkrankungen nachweisen konnten. Einige dieser evaluierten Programme sind mittlerweile als Medizinprodukt zertifiziert oder werden von einzelnen Krankenkassen für ihre Mitglieder bereitgestellt. Aus Sicht der BPTK sollten wirksame Internetprogramme zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zu den Versorgungsleistungen der GKV gehören und entsprechend von Psychotherapeuten als Hilfsmittel verordnet werden können.

Der G-BA wird verpflichtet, in seinen Richtlinien das Nähere zu den Voraussetzungen der Verordnung dieser Versorgungsleistungen durch Psychotherapeuten zu regeln.

3 Terminservicestellen

Die Weiterentwicklung der Terminservicestellen mit einheitlicher Nummer und besserer Erreichbarkeit kann für Patienten den Zugang zur Versorgung erleichtern. Um zu prüfen, ob die gewünschten Effekte auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen in vollem Umfang spürbar werden und welche patientenorientierten Anpassungen ggf. hierfür erforderlich sind, ist eine systematische Evaluation der Terminservicestellen erforderlich.

3.1 Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V)

Um die Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen angemessen weiterzuentwickeln und Transparenz über das tatsächliche Vermittlungsgeschehen in den Terminservicestellen herzustellen, schlägt die BPTK folgende Ergänzung in Absatz 1a im bisherigen Satz 10 vor:

**Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 36 a) ii)
(§ 75 Absatz 1a bisheriger Satz 10 SGB V)**

36. § 75 wird wie folgt geändert:

a) (...)

ii) Der bisherige Satz 10 wird wie folgt geändert:

fff) Nach der neuen Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:

„6. zur Dokumentation der Anfragen und Vermittlungsleistungen der Terminservicestellen je Arztgruppe.“

Begründung:

Bislang gibt es keine bundeseinheitliche Dokumentation der Zahl der Anfragen bei den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Arztgruppen, den geleisteten Terminvermittlungen in Relation zu den definierten zumutbaren Entfernungen je Arztgruppe, den Vermittlungsquoten je Arztgruppe und Vermittlungsanlass, den Mehrfachvermittlungen, den Vermittlungen auf Angebote der Krankenhäuser sowie zur tatsächlichen Inanspruchnahme der vermittelten Termine durch die anfragenden Patienten. Dies erschwert eine aussagekräftige Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen durch die KBV nach bisherigem Satz 15. Um eine bundeseinheitliche Datengrundlage sicherzustellen, sollen die Vertragspartner des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV) daher den Auftrag erhalten, in der Anlage 28 BMV Vorgaben für eine Dokumentation der Terminvermittlungen durch die Terminservicestellen zu vereinbaren.

4 Aufnahme von neuen Patienten und Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

4.1 Bessere Vergütung für Neuaufnahmen (§ 87 SGB V)

Die BPTK begrüßt die verbesserte Vergütung der Untersuchung, Beratung und Behandlung von neuen Patienten, die sich aus den Änderungen der § 87 und § 87a SGB V ergeben werden. Die Anreize einer extrabudgetären Vergütung und die Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen bei von der Terminservicestelle vermittelten Patienten greift im Bereich der psychotherapeutischen Leistungserbringung jedoch zu kurz. Die Aufnahme neuer Patienten bindet im Vergleich zu den anderen Facharztgruppen einen ungleich höheren Anteil der verfügbaren Behandlungskapazitäten, nicht zuletzt, weil bei einem substanziellen Anteil längere Behandlungen erforderlich sind. Einmalige Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen sind entsprechend nicht geeignet, diesen Besonderheiten in der psychotherapeutischen Versorgung Rechnung zu tragen.

Die BPTK schlägt daher folgende Ergänzungen vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 43 Buchstabe d) und e) - neu - (§ 87 Absatz 2b Satz 3 und § 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V)

43. § 87 wird wie folgt geändert:

(...)

(d) Absatz 2b Sätze 3 und 4 werden wie folgt gefasst:

„Mit Wirkung zum ... [einsetzen: Datum des ersten Tages des vierten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] sind in den einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen folgende Zuschläge auf die jeweiligen Versichertenpauschalen aufzunehmen:

1. Ein einmaliger Zuschlag in Höhe von mindestens 25 Prozent der jeweiligen Versichertenpauschale, für den Fall, dass die Leistungen gegenüber Patienten erbracht werden, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals untersucht und behandelt werden oder die mindestens vier Jahre nicht in der jeweiligen Arztpraxis untersucht und behandelt wurden, sowie
2. ein Zuschlag in Höhe von mindestens fünf Euro für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ~~aufzunehmen~~.

Für die Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung, der probatorischen Sitzung und der Richtlinienpsychotherapie sind Zuschläge je Leistung in Höhe von mindestens 20 Prozent aufzunehmen, sofern diese nach erfolgreicher Vermittlung nach § 75 Absatz 1a Satz 13 erbracht worden ist.

Begründung:

Die adressierten Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung und der Richtlinienpsychotherapie sind bereits extrabudgetär gestellt. Daher können die Regelungen zur extrabudgetären Vergütung von Leistungen im Behandlungsfall, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 und 3 SGB V erbracht werden, wie in § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V vorgesehen, hier keine Anreizwirkung entfalten. Auch Zuschläge auf die Versicherten- und Grundpauschalen können im Bereich der Psychotherapie nicht den zusätzlichen Aufwand bei der kurzfristigen Aufnahme von neuen Patienten und deren zeitnahe psychotherapeutische Behandlung sowie des damit einhergehenden Koordinierungs-, Steuerungs- und Abstimmungsbedarfs angemessen abbilden. Um gezielte Anreize für die Aufnahme neuer Patienten und die kurzfristige Bereitstellung von zusätzlichen Sprechstunden- und Behandlungsterminen für die Vermittlung über die Terminservicestellen zu setzen, sollten die Zuschläge daher nicht an die Versichertenpauschalen, sondern an die jeweiligen Leistungen der Sprechstunde, der Akutbehandlung oder der Richtlinienpsychotherapie selbst gekoppelt werden.

4.2 Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (§§ 87, 87b SGB V)

Im Gesetzentwurf wird bereits die Notwendigkeit der Reform des Erweiterten Bewertungsausschusses (EBM) thematisiert und dem Bewertungsausschuss mit entsprechender Frist Vorgaben zur Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Kalkulation bestimmter Leistungsbereiche gemacht. Die mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen Leistungen werden im EBM und dem den Kalkulationen zugrundeliegenden Standardbewertungssystem (StaBS) im Vergleich zu den technisch-medizinischen Leistungen strukturell benachteiligt, da sie nicht delegierbar sind und weder eine Leistungsverdichtung noch eine Steigerung der Menge der Leistungen je Zeiteinheit möglich sind. Dadurch sind den Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen zugrundeliegende kalkulatorische Arztlohn und die Kalkulationszeiten die wesentlichen Stellgrößen für den in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung erzielbaren Ertrag. Zusätzliche Erträge durch eine besonders effiziente Erbringung medizinisch-technischer Leistungen ist hier im Gegensatz zu anderen Arztgruppen nicht möglich. Gegenwärtig sind sowohl der Arztlohn als auch die Kalkulationszeiten für psychotherapeutische Leistungen deutlich zu niedrig angesetzt und erlauben es den Psychotherapeuten nicht, bei vergleichbarem Arbeitseinsatz auch nur annähernd den durchschnittlichen Ertrag der anderen Facharztgruppen der wohnortnahen Versorgung zu erreichen.

Um wirksam den bestehenden Diskrepanzen bezüglich der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen und den Leistungen der somatischen Medizin einschließlich der technisch-diagnostischen Leistungen entgegenzuwirken und die daraus resultierenden Unterschiede bei den Erträgen zwischen Psychotherapeuten und anderen Arztgruppen zu vermindern, sind aus Sicht der BPTK daher weitere Präzisierungen der gesetzlichen Vorgaben erforderlich. Die BPTK schlägt hierzu folgende Ergänzungen vor:

e) Absatz 2c wird wie folgt geändert:

aa) (...)

bb) (...)

cc) Satz 6 wird wie folgt neu gefasst sowie folgender Satz 7 angefügt:

„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, **mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein mit den anderen Arztgruppen vergleichbarer Ertrag erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.**“

f) In Absatz 2d wird (...)

Die BPTK schlägt des Weiteren folgende Ergänzung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 45 (§ 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V)

45. § 87b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung **der** psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit **mindestens zum Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e** gewährleisten.“

b) In § 87b Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „Satz 2“ durch die Angabe „Satz 3“ ersetzt.

Begründung:

Die Einkommen der verschiedenen Facharztgruppen aus der Versorgung von GKV-Versicherten nach Abzug der Praxiskosten haben sich in den letzten Jahren weiter auseinanderentwickelt. Hiervon sind die Facharztgruppen der sprechenden Medizin und insbesondere die Arztgruppe der Psychotherapeuten in nachteiliger Weise betroffen. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit für die psychotherapeutischen Leistungen fordern, haben sich als unzureichend erwiesen und konnten dieser Entwicklung nicht entgegenwirken.

Nach den aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes verdienen somatisch tätige Ärzte drei- bis viermal so viel wie Psychotherapeuten – und das bei weitgehend vergleichbarer Wochenarbeitszeit. Psychotherapeuten erzielen einen Reinertrag, also Umsatz abzüglich Kosten, in Höhe von 70.600 Euro pro Jahr, Ärzte hingegen durchschnittlich in Höhe von 258.000 Euro. Diese Unterschiede beruhen im Wesentlichen auf einer unzureichenden Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der Versorgung von gesetzlich Versicherten. Nach den Daten des Praxis-Panels 2015 des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) arbeiten Psychotherapeuten im Durchschnitt 45 Stunden in der Woche im Vergleich zu 51 Stunden bei den Ärzten.

Die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen im EBM führen dazu, dass Psychotherapeuten bei maximaler Arbeitsleistung gerade einmal den durchschnittlichen Ertrag

der anderen (unterdurchschnittlich verdienenden) Arztgruppen der wohnortnahen Versorgung erzielen können. Die tatsächlichen durchschnittlichen Behandlungsstunden der Psychotherapeuten (Richtlinienpsychotherapie) sind dabei deutlich geringer als die in dem Rechenmodell des Bundessozialgerichts (BSG) angesetzten Therapiestunden einer an der absoluten Belastungsgrenze arbeitenden psychotherapeutischen Praxis. Diese wird in der Realität nicht einmal von zwei Prozent der psychotherapeutischen Praxen erreicht. Für psychotherapeutische Praxen besteht zudem aus ökonomischer Sicht der strukturelle Nachteil, dass sie aufgrund der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen und der persönlichen, nicht delegierbaren Leistungserbringung auch über keine Möglichkeiten verfügen, über Arbeitsverdichtung und Rationalisierung ihren Ertrag zu steigern.

In den letzten fast 20 Jahren waren die Entscheidungen des Bewertungsausschusses zur Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit darauf ausgerichtet, dass das vom BSG geforderte Mindesthonorar für eine psychotherapeutische Behandlungsstunde im Sinne eines Maximalhonorars umgesetzt wurde. Hierbei waren und sind Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich gezwungen, um wenigstens dieses Mindesthonorar tatsächlich zu erhalten, gegen ihren Honorarbescheid in jedem Quartal Widerspruch einzulegen. Dadurch wird das den Psychotherapeuten gesetzlich zustehende Honorar in der Regel erst mit einer jahrelangen Verzögerung ausgezahlt, nachdem der Bewertungsausschuss aufgrund erfolgreicher Klagen der Psychotherapeuten vor dem BSG die erforderlichen nachträglichen Anpassungen der Vergütung beschlossen hat.

Um diesem fortwährenden Missstand abzuhelpfen, ist eine Schärfung der gesetzlichen Vorgaben erforderlich, die zum einen eine jährliche Überprüfung der Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss verlangt und zum anderen vorsieht, dass Psychotherapeuten nach Abzug der Praxiskosten bei vergleichbarem Arbeitseinsatz ein den anderen Facharztgruppen vergleichbares Einkommen erzielen können.

5 Gestufte und gesteuerte Versorgung

Der Gesetzentwurf sieht in § 92 Absatz 6a einen Auftrag an den G-BA vor. Er soll in der Psychotherapie-Richtlinie Regelungen für eine gestufte und gesteuerte Versorgung für die psychotherapeutische Behandlung treffen, einschließlich der Definition der Anforderungen an die Qualifikation der für die Behandlungssteuerung verantwortlichen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten.

Über die verschiedenen Fachgruppen und Organisationen der Leistungserbringer hinweg gibt es einen breiten Konsens, dass diese Regelung ungeeignet ist, eine Verbesserung des

Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung für psychisch kranke Menschen und einen Abbau der Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz zu bewirken. Im Ergebnis würde die freie Arzt- bzw. Psychotherapeutenwahl der Patienten und der mit der letzten Reform erreichte niederschwellige Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung erheblich eingeschränkt. Patienten wären systematisch gezwungen, sich mit ihrem psychischen Leiden gegenüber mehreren zu offenbaren, ehe sie die erforderliche Behandlung erhalten können. Es ist für psychisch kranke Menschen nicht einfach, sich einem Arzt oder Psychotherapeuten mit ihrem psychischen Leiden anzuvertrauen und sich professionelle Hilfe zu holen. Die Einführung einer zusätzlichen Prüfinstanz schafft für diese Patienten eine zusätzliche Hürde, die eine rechtzeitige Behandlung psychischer Erkrankungen erschwert und damit zur Chronifizierung von psychischen Erkrankungen beiträgt.

- **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 51 b) § 92 Absatz 6a**

Die BPTK schließt sich der Stellungnahme des Bundesrates an und fordert, § 92 Absatz 6a Satz 4 SGB V ersatzlos zu streichen.

Begründung:

Die zum 1. April 2017 in Kraft getretene Reform der Psychotherapie-Richtlinie soll eine Steuerung auf die jeweils geeignete Versorgungsebene gewährleisten. Durch die flächendeckende Umsetzung der psychotherapeutischen Sprechstunde konnte die Wartezeit auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten erheblich verkürzt werden. Nach den Ergebnissen der BPTK-Wartezeitenstudie 2018 warten Patienten durchschnittlich 5,7 Wochen auf einen ersten Termin in der psychotherapeutischen Sprechstunde, bei Vermittlung über die Terminservicestelle nochmals deutlich kürzer. Damit konnte die Wartezeit auf ein Erstgespräch um mehr als die Hälfte reduziert werden. Darüber hinaus erhalten seit Einführung der Sprechstunde Patienten mit Arbeitsunfähigkeit, chronischen Erkrankungen und sozial benachteiligte Patienten einen besseren Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung.

Bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung erhalten die Patienten eine Empfehlung für die jeweils geeignete Behandlung. Mit der Akutbehandlung, der Kurzzeit- und Langzeittherapie als Einzel- und Gruppentherapie, aber auch der fachärztlichen Mitbehandlung, der Veranlassung einer medizinischer Rehabilitation oder einer Krankenhausbehandlung besteht bereits eine gestufte Versorgung, in die Patienten auf Basis der Ergebnisse der Sprechstunde entsprechend der Dringlichkeit, Chronizität und Komplexität der Erkrankung und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen gesteuert werden. Patienten, bei denen zwar eine psychische Belastung, aber keine psychische

Erkrankung vorliegt, werden nach einer Beratung z. B. Präventionsmaßnahmen empfohlen oder auf Angebote von Beratungsstellen verwiesen.

Darüber hinaus haben Patienten, die wegen einer psychischen Erkrankung in der medizinischen Rehabilitation oder im Krankenhaus behandelt worden sind, einen Anspruch auf Vermittlung von Terminen für die Akutbehandlung und die zeitnah erforderliche Richtlinienpsychotherapie durch die Terminservicestellen. Für eine möglichst bruchlose ambulante Weiterversorgung der Patienten, die wegen der Schwere ihrer psychischen Erkrankung stationär behandelt worden sind, wurden also mit der letzten Reform bereits die Voraussetzungen geschaffen.

Die Einführung einer zusätzlichen Steuerungsinanz, wie sie mit der Regelung im § 92 Absatz 6a SGB V angestrebt wurde, ist vor diesem Hintergrund verzichtbar.

6 Reform der Bedarfsplanung dringend erforderlich

Die BPTK befürwortet das Vorhaben, durch Neuregelungen im Bereich der Bedarfsplanung die ambulante Versorgung zu verbessern und es Patienten zu ermöglichen, zeitnah eine notwendige Behandlung zu erhalten. Die psychotherapeutische Versorgung gehört zu den Versorgungsbereichen, die in besonderem Maße von Versorgungs- und Terminalschwierigkeiten betroffen sind. Die BPTK sieht daher die Notwendigkeit, in den geplanten Regelungen zur Bedarfsplanung die Arztgruppe der Psychotherapeuten stärker zu adressieren.

6.1 Präzisere Vorgaben für die psychotherapeutische Bedarfsplanung (§ 101 SGB V)

- **§ 101 Absatz 1 und Absatz 4 SGB V**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf plant die Regierung, die Frist für den G-BA zur Umsetzung des ihm im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gegebenen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 1. Januar 2017 auf den 1. Juli 2019 mit der Begründung zu verschieben, dass das vom G-BA in Auftrag gegebene wissenschaftliche Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erst im Herbst 2018 vorlag. Die Erfahrung zeigt, dass das Einholen eines Gutachtens allein nicht zu einer besser am tatsächlichen Bedarf orientierten Versorgung führt. So hat der G-BA beispielsweise im Vorfeld seines Auftrags, die Sonderregelung für das Ruhrgebiet im G-BA zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen (§ 65 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), ein Gutachten beim IGES-Institut zur Erhebung der Versorgungssituation im

Ruhrgebiet in Auftrag gegeben.² Entsprechend des Gutachtens sind rund 550 zusätzliche psychotherapeutische Sitze erforderlich, damit im Ruhrgebiet genauso viele Menschen psychotherapeutisch versorgt werden können wie in vergleichbaren Agglomerationsräumen in Deutschland.³ Der G-BA hat jedoch dieses wissenschaftlich fundierte Ergebnis übergangen und beschlossen, dass nur 85 neue Sitze entstehen können.⁴

Wenn die Regierung das bereits im GKV-VSG gesetzte Ziel erreichen will, insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Bedarfsplanung zu kommen (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V), ist es aus Sicht der BPTK unerlässlich, dem G-BA mit dem geplanten Gesetz präzisere, patientenorientierte Vorgaben für die Reform der Bedarfsplanung für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten zu machen. Der G-BA sollte hierfür beauftragt werden, einen spezifischen Ansatz für die Bedarfsplanung der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten umzusetzen.

Wenn die im Folgenden vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen für die Bedarfsplanung für Psychotherapeuten im geplanten Gesetz aufgenommen würden, wäre es für den G-BA möglich, bis zum 1. Juli 2019 die Bedarfsplanung für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten so zu reformieren, dass die Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie, insbesondere außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet, sowie die extreme Spreizung der vorgegebenen Verhältniszahlen zwischen Großstädten und Regionen außerhalb von Ballungszentren reduziert werden können. Die BPTK schlägt zur Umsetzung des Konzeptes für die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten folgende Änderung vor:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 54 Buchstabe b) - neu - (§ 101 Absatz 1 SGB V)

54.

a) (...)

b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Arztgruppe nach Absatz 4 sind auf der Basis einer bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte, die auf dem Stichtag gemäß Absatz 4 Satz 2 aufsetzt,

² IGES (2017). Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf.

³ BPTK (2017). Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet. Abrufbar unter: https://www.bptk.de/uploads/media/20171019_stn_bptk_bpl-rl_ruhrgebiet.pdf.

⁴ G-BA (2017). Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet. Abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3148/>.

die Verhältniszahlen je Planungsbereich in Abhängigkeit von wesentlichen Einflussfaktoren des regionalen Versorgungsbedarfs, insbesondere der Morbiditäts- und Sozialstruktur, den Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen sowie der spezifischen Inanspruchnahme, festzulegen.“

c) Nach dem neuen Satz 7-8 wird folgender Satz eingefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachrichtungen (...)“

Begründung:

Bereits im Juli 2015 wurde mit dem GKV-VSG der G-BA mit einer Reform der Bedarfsplanung beauftragt, bei der er insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Regelungen zu treffen hatte (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V). Bis heute ist es dem G-BA nicht gelungen, diesen gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen. Dies hat zur Folge, dass Menschen vielerorts immer noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Versorgung warten müssen. Aktuelle Erhebungen zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie des Sachverständigenrats für die Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2018)⁵ sowie der BPTK (2018)⁶ zeigen übereinstimmend, dass Menschen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie warten. Besonders lang sind die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Dort warten Menschen im Durchschnitt fünf bis sechs, im Ruhrgebiet sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie.

• Arztgruppenspezifische Lösungen notwendig

Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten liegen mit den Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie⁷) bevölkerungsrepräsentative Daten vor, auf Basis derer ein Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur und damit eine stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Bedarfsplanung gelingen kann. Da die DEGS1-MH-Daten alle für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung herangezogen werden.

Solche bevölkerungsrepräsentativen und das gesamte Diagnosespektrum umfassenden Daten liegen für andere Arztgruppen in dieser Form nicht vor. Dies sollte jedoch kein

⁵ SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de.

⁶ BPTK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: www.bptk.de.

⁷ Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

Grund sein, dass der mit diesen Daten mögliche Zugang zu einer substanziellen Versorgungsverbesserung ungenutzt bleibt. Die verfügbaren Daten sollten dazu verwendet werden, für psychisch kranke Menschen eine Annäherung an den tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf zu erreichen. Da für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen keine vergleichbar validen Daten zur Prävalenz vorliegen, sollte die in § 101 Absatz 4 SGB V vorgesehene Mindestquote zur Betreuung von Kindern und Jugendlichen erhalten bleiben.

Dass der G-BA, wenn dies zielführend ist, arztgruppenspezifische Regelungen in der Bedarfsplanung trifft, zeigt z. B. die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie infolge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (2012). Damals hatte der Gesetzgeber gefordert, dass die Planungsbereiche so festzulegen sind, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Wenn notwendig, sei es hierbei auch möglich, eine Differenzierung zwischen den Arztgruppen vorzunehmen. Infolgedessen hat der G-BA beschlossen, dass aufgrund der Notwendigkeit einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung die Arztgruppe der Hausärzte abweichend von den anderen Arztgruppen auf Mittelbereichsebene mit einer einheitlichen Verhältniszahl von 1.671 beplant werden soll (Beschluss des G-BA vom 20. Dezember 2013).

Die BPTK schlägt des Weiteren folgende Änderung vor, um die Basis für die bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte, die der Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen in den Planungsbereichen anhand der beschriebenen Faktoren ist, bedarfsorientiert festzulegen:

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 54 Buchstabe e) - neu - (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V)

54.

(...)

e) § 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe **erstmalig**-zum Stand vom ~~1. Januar 1999~~ **31. Dezember 2014** zu ermitteln.“

Begründung:

Entsprechend des Konzepts der BPTK für eine Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten – ausgehend von einer bundesdurchschnittlichen

Versorgungsdichte – die Verhältniszahlen je Planungsbereich in Abhängigkeit von wesentlichen Einflussfaktoren des regionalen Versorgungsbedarfs, insbesondere der Morbiditäts- und Sozialstruktur, den Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen sowie der spezifischen Inanspruchnahme, festgelegt werden.

- **Neuer Stichtag für bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte**

Es gibt bislang keine belastbaren Befunde zur absoluten Höhe des tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs in Deutschland. Daher muss die bundesdurchschnittliche Psychotherapeutendichte, die Ausgangspunkt für die Festlegung der Verhältniszahlen je Planungsbereich ist, weiterhin normativ gesetzt werden. Diese Setzung sollte jedoch so versorgungsorientiert wie möglich erfolgen. Um sich dem tatsächlichen Versorgungsbedarf anzunähern, ist es notwendig, den Stichtag für die Berechnung der bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte gesetzlich neu festzulegen.

Fehler der bisherigen Bedarfsplanung korrigieren

Der erste Schritt hin zu einer bedarfsorientierten bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist die Korrektur der offensichtlichen Fehler, die bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht worden sind. Die Festlegung des Stichtags (31. August 1999) nur acht Monate nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als größte Leistungserbringergruppe in diesem Versorgungsbereich erstmalig regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden, führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.

Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeuten auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beteiligt gewesen waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Es wurden nur die erfasst, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber systematisch gegen Zulassungen Rechtsbehelfe ein, sodass die Zulassungsverfahren viel länger dauerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden worden war.

Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anzahl der Psychotherapeuten in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch noch im Aufbau begriffen. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht annähernd Vorgaben für eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung machen.

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform, die zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurde lediglich die Verhältniszahl für den Kreistyp 5 angepasst. Hier waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten mit etwa 15 Wochen besonders lang. Für drei Viertel der Bevölkerung führte die Reform der Bedarfsplanung 2013 jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, obwohl auch hier Menschen wochen- und monatelang auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten mussten.⁸

Gestiegene Nachfrage berücksichtigen

Schließlich berücksichtigen die historisch gesetzten Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auch nicht, dass die Bereitschaft, sich wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe zu suchen, seit den 1990er Jahren gestiegen ist. Psychische Erkrankungen sind inzwischen weniger stigmatisiert, sie werden häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen suchen zunehmend häufiger Hilfe.

Eine konservative Abschätzung, wie stark die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden gestiegen ist, ermöglicht ein Vergleich der Ergebnisse der zwei bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts – dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012). Hierbei zeigt sich, dass zwischen 1998 und 2012 der Anteil derer, die berichteten, schon einmal in ihrem Leben wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, um knapp 20 Prozent gestiegen ist.^{9; 10}

⁸ BPTK (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Abrufbar unter: www.bptk.de.

⁹ Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

¹⁰ Mack, S. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

Unter „Hilfe“ wurde in den Studien jede Form von Beratung und Behandlung erfasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychotherapie bis hin zu stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht auf eine Zunahme der entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken.¹¹ Zugleich wird ein großer Teil der Versicherten wegen ihrer psychischen Erkrankungen vor allem hausärztlich versorgt. Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne eines tatsächlich gestiegenen Bedarfs zu interpretieren. Diese sollte bei der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

6.2 Vergrößerung des Praxisumfanges bei Jobsharing und Anstellung (§ 101 SGB V)

Durch die Einfügung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V im Rahmen des GKV-VSG wurde es Psychotherapeuten ermöglicht, durch Jobsharing und Anstellung in relevantem Umfang zusätzliche Behandlungsstunden auch in Planungsbereichen anzubieten, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Diese Regelung gilt bisher jedoch nur für psychotherapeutische Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang. Der G-BA hat mit Beschluss vom 16. Juni 2016 eine Leistungsobergrenze von 125 Prozent des Fachgruppenschnitts für Praxen mit unterdurchschnittlichem Umfang festgelegt. Bis zu dieser Leistungsobergrenze kann der Praxisumfang erweitert werden. Für Praxen, deren Praxisumfang in einem oder mehreren der zurückliegenden vier Quartale auf oder über dem Fachgruppenschnitt lag, gilt diese Regelung jedoch nicht bzw. nur eingeschränkt. Diese dürfen bei Jobsharing und Anstellung den Praxisumfang des Praxisinhabers jeweils um nicht mehr als drei Prozent erhöhen. Damit wird das Potenzial dieser Regelung, Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen, nur eingeschränkt genutzt. Weitere Verbesserungen lassen sich durch eine Anpassung der Regelung erzielen, nach der im Falle von Zulassungsbeschränkungen die Obergrenze auch für psychotherapeutische Praxen mit durchschnittlichem und knapp überdurchschnittlichem Praxisumfang substantiell über den bisherigen Praxisumfang angehoben wird. Die BPTK schlägt daher folgende Änderung vor:

¹¹ Gesundheitsberichterstattung des Bundes, www.gbe-bund.de.

Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 54 Buchstabe a) - neu - (§ 101 Absatz 1 SGB V)

54. § 101 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird in Nummer 6 der 2. Halbsatz gestrichen und eine neue Nummer 7 angefügt:

7. Ausnahmeregelung zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 für psychotherapeutische Praxen; eine Vergrößerung des Praxisumfanges soll nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.

b) (...)

Begründung:

Die systematische Schlechterstellung von Praxen mit einem durchschnittlichen oder knapp überdurchschnittlichen Praxisumfang gegenüber Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang wird beendet. Die bisherige Regelung führt dazu, dass Praxen, die Leistungen in einem Umfang knapp über dem Fachgruppendurchschnitt erbringen und ihre Praxis als Jobsharingpartnerschaft oder mit einem angestellten Psychotherapeuten weiterführen wollen, ihren Praxisumfang kaum erhöhen können. In Grenzfällen kann es sogar dazu kommen, dass Praxen in einzelnen Quartalen ihren Umfang auf 125 Prozent des Fachgruppendurchschnitts steigern können, in anderen Quartalen jedoch auf ihren bisherigen Leistungsumfang plus drei Prozent beschränkt sind, weil sie in dem jeweiligen Referenzquartal des Vorjahres mit ihrem Praxisumfang knapp über dem Fachgruppendurchschnitt lagen. Die Anstellung oder das Eingehen eines Jobsharingverhältnisses ist in solchen Fällen weder für den Praxisinhaber noch für den angestellten Psychotherapeuten bzw. den Jobsharingpartner wirtschaftlich sinnvoll.

Wenn die Obergrenze für Praxen, deren Praxisinhaber eine Jobsharingpartnerschaft eingehen oder einen Psychotherapeuten einstellen möchte, grundsätzlich deutlich über den Fachgruppendurchschnitt hinaus erhöht wird, können Praxisstrukturen effektiv weiterentwickelt werden. Es entsteht der erforderliche ökonomische Spielraum, der für bestimmte Konstellationen die Anstellung von Psychotherapeuten oder ein Jobsharing erlaubt und die Einstellung von Praxispersonal ermöglicht. Hierdurch können dann auch Koordinationsaufgaben in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassender übernommen und das Spektrum der Leistungsangebote von Praxen in der gewünschten Form weiterentwickelt werden.

Da nahezu alle psychotherapeutischen Leistungen zeitbezogene höchstpersönliche Leistungen sind, ist es zugleich ausgeschlossen, dass es dabei zu Mengenausweitungen kommt, die nicht mehr mit der Erfüllung eines vollen Versorgungsauftrags in Einklang zu

bringen sind. Die Zeitbezogenheit der psychotherapeutischen Leistungen führt im Gegensatz zu anderen ärztlichen Leistungen vielmehr dazu, dass eine Verdichtung der Leistungen oder Rationalisierung durch Delegation nicht möglich ist. Das Risiko, Anreize für eine ungesteuerte Mengenausweitung zu schaffen, besteht somit in diesem Fall nicht. Mit dieser grundsätzlichen Flexibilisierung der Obergrenze des Praxisumfangs von psychotherapeutischen Praxen im Falle einer Anstellung oder eines Jobsharings wird eine wichtige Voraussetzung für eine umfassendere Ausfüllung von psychotherapeutischen Versorgungsaufträgen geschaffen. Dies kann einen wichtigen Beitrag zum Abbau von Wartezeiten für GKV-Versicherte und zur Entwicklung von komplexeren Praxisstrukturen mit einem breiteren Leistungsspektrum führen.

6.3 Sofortprogramm für psychisch Kranke: Befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 103 SGB V)

- **§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V**

Die BPTK befürwortet die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den G-BA in einzelnen Versorgungsbereichen, in denen in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen. Die BPTK schlägt vor, auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten in diese Regelung aufzunehmen, insofern es sich um Zulassungen in Regionen außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet handelt. Die BPTK schlägt daher folgende Änderung vor:

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 55 Buchstabe b) – neu - (§ 103 Absatz 1 Satz 3 SGB V)

55. § 103 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) In Absatz 1 wird folgender Satz 3 neu eingefügt:

„Satz 2 gilt entsprechend für die Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, soweit die Zulassung für einen Planungsbereich der Kreistypen 2 bis 6 entsprechend § 12 Absatz 3 und 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie beantragt wird, höchstens bis die Spreizung der Verhältniszahlen zwischen Kreistyp 1 und den übrigen Kreistypen das Niveau der allgemeinen fachärztlichen Versor-

gung ohne die Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten und der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erreicht hat.“

Begründung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelung ist es, bereits in der Übergangszeit, bis der G-BA seinen Auftrag zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung umgesetzt hat, die Versorgung von Patienten, „bei denen in besonderem Maße über Versorgungs- und Terminschwierigkeiten geklagt wird, spürbar zu verbessern“.

Neben den bereits im Gesetzestext berücksichtigten Versorgungsbereichen gehört auch die psychotherapeutische Versorgung zu den Bereichen mit besonderen Versorgungs- und Terminschwierigkeiten. Entsprechend des aktuellen Gutachtens des Sachverständigenrats zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen sind die Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung doppelt so lang wie auf eine ambulante psychiatrische Behandlung. Auf einen Termin beim Psychiater müssen Patienten zwei, auf eine psychotherapeutische Behandlung vier Monate warten.¹² Darüber hinaus spielen psychotherapeutische Termine eine große Rolle bei der Vermittlung der Terminservicestellen. Sie machen mehr als 40 Prozent aller Anfragen aus.¹³ Die Versorgungs- und Terminschwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen im besonderen Maße außerhalb von Ballungszentren sowie im Ruhrgebiet. So zeigt eine aktuelle Befragung zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie der BPTK, dass Menschen außerhalb von Ballungszentren (Kreistyp 2 bis 5) im Durchschnitt fünf bis sechs Monate, im Ruhrgebiet (Kreistyp 6) sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Die Wartezeiten in Großstädten (Kreistyp 1) liegen bei durchschnittlich vier Monaten.¹⁴

Die vergleichsweise besonders langen Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet sind darauf zurückzuführen, dass die Spreizung der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebenen Verhältniszahlen zwischen Großstädten (Kreistyp 1) und Regionen außerhalb von Großstädten (Kreistyp 2 bis 5) sowie dem Ruhrgebiet (Kreistyp 6) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich größer ist als bei den meisten anderen

¹² SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: www.svr-gesundheit.de.

¹³ Deutsches Ärzteblatt (2018). Terminservicestellen stärker nachgefragt. Abrufbar unter: www.aerzteblatt.de/nachrichten/87297.

¹⁴ BPTK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: www.bptk.de.

Facharztgruppen – mit Ausnahme der Arztgruppe der Nervenärzte, bei der die Spreizung mit der der Psychotherapeuten vergleichbar ist (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Geplante Ärzte- und Psychotherapeutendichte in den verschiedenen Kreistypen im Verhältnis zu Kreistyp 1



Die aus fachlicher Sicht notwendige Reduktion der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, im Sinne einer Annäherung der Verhältniszahlen der Kreistypen 2 bis 6 an die Verhältniszahl des Kreistyps 1 und damit einhergehend einer Annäherung der Spreizung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten an die der anderen Arztgruppen, ist mit einer befristeten partiellen Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten in den Kreistypen 2 bis 6 erreichbar. Dieses Vorgehen wäre vereinbar mit den vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung des Konzepts für eine Reform der

Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. Punkt 5.2), da das Konzept auch zu einer Zunahme der Psychotherapeutensitze in den Kreistypen 2 bis 6 und damit zu einer Reduktion der Spreizung der Verhältniszahlen führt. Die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen in Kreistyp 2 bis 6 für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sollte so lange bestehen bleiben, bis die Spreizung der Verhältniszahlen zwischen Kreistyp 1 und den Kreistypen 2 bis 6 der Spreizung der Verhältniszahlen bei den anderen Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung entspricht. Dadurch würden insgesamt circa 1.680 neue Psychotherapeutensitze zu einer gezielten Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet geschaffen werden (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Verteilung zusätzlicher Psychotherapeutensitze durch befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen auch für Psychotherapeuten in den Kreistypen 2 bis 6

Regionen außerhalb von Großstädten	Verhältnis der Versorgungsdichte im Vergleich zur Großstadt (Kreistyp 1)		Für die Anpassung notwendige Anzahl zusätzlicher Psychotherapeutensitze (gerundet)
	Psychotherapeuten	Allgemeine fachärztliche Versorgung für körperlich kranke Menschen (kreistypenspezifischer Durchschnitt)	
2 (Nahes Nebenzentrum einer Großstadt)	41 %	65 %	340
3 (nahe Umgebung einer Großstadt)	34 %	54 %	210
4 (weitere Umgebung einer Großstadt)	36 %	57 %	500
5 (außerhalb der Umgebung einer Großstadt)	52 %	60 %	470
6 (Ruhrgebiet)	58 %	68 %	160

Quelle: BPTK, 2018.

7 Elektronische Patientenakte

7.1 Zusammenführung ePA und ePF (§ 291a Absatz 3 SGB V)

Die Zusammenführung der Konzepte der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Patientenfachs (ePF) schafft begriffliche Klarheiten und bietet für den Versicherten die Möglichkeit eines eigenständigen Managements seiner Gesundheitsdaten. Damit die elektronische Patientenakte in Zukunft zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen kann, muss die Qualität von fachlich abgesicherten Informationen unter Gewährleistung von Datenintegrität und -sparsamkeit sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer sichergestellt sein. Dem Datenschutz ist absolute Priorität einzuräumen. Eine strukturierte Kommunikation von Leistungserbringern auf einer gemeinsamen und vertrauenswürdigen Datenbasis ist eine Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung der Patienten.

7.2 Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 291a Absatz 5 SGB V)

Um die Akzeptanz der ePA bei Patienten zu fördern und damit die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die ePA zu einer relevanten Verbesserung der Versorgung beitragen kann, müssen sowohl eine professionelle und ausführliche Patienteninformation und -aufklärung als auch die Gewährleistung von Patientensouveränität bei der Nutzung der ePA im Vordergrund stehen. Dazu gehört insbesondere auch, dass Patienten die Möglichkeit haben, bestimmte in der ePA gespeicherte Informationen bzw. Dokumente gezielt mit von ihnen ausgewählten Leistungserbringern zu teilen. Die BPTK schlägt daher folgenden Ergänzungsvorschlag vor:

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe b) aa) - neu - (§ 291a Absatz 5 Satz 3 SGB V -neu-)

96. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

„Durch technische Vorkehrungen ist sicherzustellen, dass in den Fällen des Absatzes 3 Satz 1 Nummer 4 Zugriffsberechtigungen jeweils auf Dokumentenebene erteilt werden können.“

bb) ~~Im~~ Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „Nummer 5“ durch die Angabe „Nummer 4“ ersetzt.

Begründung:

Gesundheitsdaten sind besonders sensible Informationen, zum Beispiel im Falle einer psychischen Erkrankung. Für den Zugriff auf diese Daten ist ein differenziertes Berechtigungsmanagement notwendig. Der Patient muss die Möglichkeit haben, Zugriffsberechtigungen differenziert für jeden Leistungserbringer auf Dokumentenebene zu erteilen. Dies ist vor dem Hintergrund einer von Seiten des Patienten noch immer befürchteten Stigmatisierung geboten. Versicherten muss es möglich sein, einzelnen Leistungserbringern nur für ausgewählte Dokumente und nicht pauschal auf alle Dokumente in der ePA den Zugriff zu erlauben. Damit werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen die Patientenakte nutzen und akzeptieren, ohne Stigmatisierungen befürchten zu müssen.

7.3 Alternative Zugriffsverfahren (§ 291a Absatz 5, Absatz 5c, § 291b Absatz 5 SGB V)

Die Entwicklung alternativer Zugriffsverfahren ist eine relevante Weiterentwicklung der ePA, die die Akzeptanz und damit den Nutzen für die Versorgung wesentlich verbessern kann.

- **§ 291a Absatz 5 SGB V**

Die BPTK schlägt folgende Änderungen vor, die dem Versicherten neben der Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens auch dessen Sperrung erlaubt sowie die ausreichende Information der Versicherten über die mit dem alternativen Zugriffsverfahren einhergehenden Fragestellungen sicherstellt:

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe b) bb) (§ 291a Absatz 5 SGB V)

96. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

(...)

bb) Nach dem bisherigen Satz 8 ~~wird folgender Satz~~ werden folgende Sätze eingefügt:

„Ein Zugriff nach Satz ~~89~~ kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information, **die insbesondere auch die Datensicherheit dieses Zugriffsverfahrens umfasst,**

durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen. **Die Sperrung des Zugriffsverfahrens nach Satz 10 muss für den Versicherten jederzeit möglich sein.**“

Begründung:

Eine umfassende Patientensouveränität in Bezug auf das Verwalten von Gesundheitsdaten setzt eine differenzierte Information als Basis einer informierten Einwilligung zur Nutzung der ePA voraus. Gleichzeitig muss gewährleistet werden, dass die Versicherten durch die Bereitstellung einer breiten Informationsbasis in die Lage versetzt werden, auch die Risiken einschätzen zu können und jederzeit die Möglichkeit haben, sich gegen eine Nutzung oder weitere Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens nach § 291b Absatz 5 Satz 10 [neu] zu entscheiden. Gesetzlich verankert werden sollte daher neben der Einwilligung auch die Möglichkeit, jederzeit diesen Zugriffsweg sperren zu lassen.

• **§ 291a Absatz 5c SGB V**

Daneben schlägt die BPTK folgende Änderung zur Konkretisierung der Information der Versicherten durch die Krankenkassen vor:

Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe c) bb) (§ 291a Absatz 5c SGB V)

96. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

c)

(...)

bb) Die folgenden Sätze werden angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, **sowie die verschiedenen Zugriffsverfahren und die damit verbundene Datensicherheit** zu informieren. (...)“

Begründung:

Die Patientenakte stärkt die Patientensouveränität und erlaubt dem Versicherten eine umfänglichere und transparentere Einsicht in seine Daten. Dieses Angebot verantwortlich zu nutzen, setzt eine informierte Entscheidung auf Seiten des Versicherten voraus. Die gesetzliche Vorgabe, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, den Versicherten mit Verfügbarkeit der ePA umfassend über Funktionsweise, Datennutzung und Zugriffsrechte zu informieren, ist daher sinnvoll und notwendig. Da es sich bei Gesundheitsdaten um besonders sensible persönliche Daten handelt, ist es für Versicherte notwendig, in diesem Zusammenhang über Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit in angemessener Form besonders umfassend informiert zu sein. Der Versicherte muss eine überlegte Entscheidung treffen können, die er nur treffen kann, wenn er über alle wesentlichen Umstände, die die Datensicherheit betreffen, in präziser und verständlicher Form informiert ist. Er muss eine Vorstellung davon entwickeln, welche Risiken bei der Entscheidung für dieses Zugriffsverfahren bestehen. Hierbei muss in besonderem Maße die Situation von Kindern und Jugendlichen sowie Versicherten mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit berücksichtigt werden. Die BPTK schlägt daher ergänzend vor, im Gesetzestext die Informationspflichten der Krankenkassen zu konkretisieren.

- **Gesetzesbegründung zu § 291b Absatz 5 SGB V**

Da es sich bei Gesundheitsdaten um besonders sensible personenbezogene Daten handelt, darf für den Versicherten mit der Nutzung des neuen Zugriffsverfahrens ohne Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte keine wesentliche Einschränkung des Datenschutzes bzw. der Datensicherheit verbunden sein. Die BPTK schlägt daher die folgende Ergänzung in der Gesetzesbegründung zu § 291b Absatz 5 SGB V vor:

Änderungsvorschlag zur Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 97 zu Buchstabe b

Es wird vorgeschlagen, in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 97 Buchstabe b nach Satz 1 folgenden Satz einzufügen:

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

Begründung:

Aus Sicht der BPTK ist es ein nachvollziehbares Ziel, dass Versicherte einen direkten und benutzerfreundlichen Zugriff auf ihre Daten in der Telematikinfrastruktur (TI) erhalten, ohne dass es hierzu zusätzlicher Hardware beim Versicherten bedarf. Das bisherige Au-

thentifizierungsverfahren, welches einen Zugriff nur zusammen mit dem Heilberufsausweis eines Leistungserbringers und der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten mithilfe eines speziellen Kartenlesegerätes ermöglichte, ist nach Auffassung der BPTK für den Versicherten mit deutlichen Hürden verbunden und schränkt die Akzeptanz der Anwendung ein. Für die Einführung alternativer Authentifizierungsverfahren, die sich stärker an der Lebenswirklichkeit der Versicherten orientieren und einen eigenverantwortlichen Zugriff des Versicherten über mobile Endgeräte ermöglichen, sind jedoch auf einem der bisherigen Kartenlösung vergleichbarem Sicherheitsniveau vorzusehen. In jedem Fall müssen Versicherte vor der Einwilligung zu einem Zugang ohne elektronische Gesundheitskarte über alle damit verbundenen Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit umfassend informiert werden.

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

7.4 Bereitstellung von ePA-Lösungen durch Krankenkassen (§ 291a Absatz 5c SGB V)

Die Bereitstellung von ePA durch die Krankenkassen stellt einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientenautonomie dar. Um die ePA entsprechend der Interessen von Patienten weiterzuentwickeln und damit ihren potenziellen medizinischen Nutzen zu erhöhen, schlägt die BPTK folgende Änderungen vor:

Ergänzungsvorschläge zur Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 96 (§ 291a Absatz 5c SGB V)

Die BPTK schlägt vor, in die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb folgenden Satz im zweiten Absatz anzufügen:

„Die elektronische Patientenakte muss so ausgestaltet sein, dass bei einem Wechsel der Krankenkasse der Versicherte diese vollständig und ohne Aufwand transferieren kann.“

Begründung:

Wesentlich aus Sicht der BPTK ist, dass auch kassenindividuelle Ausgestaltungen der elektronischen Patientenakte vorgegebenen Standards folgen und untereinander interoperabel sind. Für den Versicherten muss die vollständige Mitnahme seiner Patientenakte bei einem Kassenwechsel ohne weiteren Aufwand möglich sein.

Daneben schlägt die BPTK vor, folgenden Absatz in die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe c) Doppelbuchstabe bb anzufügen:

„Bei der technischen und inhaltlichen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakten sind die maßgeblichen Patientenorganisationen und die Vertretungen der Heilberufe regelhaft in geeigneter Form einzubinden.“

Begründung:

Die Ausgestaltung der ePA betrifft unmittelbar die Interessen der Patienten und deren Souveränität, ihre Gesundheitsdaten einzusehen und zu verwalten, aber auch die der Leistungserbringer. Aus diesem Grund sollte die Patientenperspektive bei der Integration von zusätzlichen Daten und Anwendungen in die ePA regelhaft und in allen weiteren Ausbaustufen durch Einbeziehung von Patientenorganisationen berücksichtigt werden. Die Akzeptanz und der medizinische Nutzen der ePA wird wesentlich von der Umsetzung in den Praxen zwischen Patient und Leistungserbringer abhängen. Daher ist es unverzichtbar, bei der weiteren Ausgestaltung der ePA auch die Vertreter der Heilberufe entsprechend einzubinden.

Die BPTK schlägt zudem vor, folgende redaktionelle Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 96 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb vorzunehmen:

„[...] Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte, seine Einwilligung hierzu auch gegenüber dem Anbieter der die elektronischen Patientenakte anbietenden Krankenkasse abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss.[...]“

Begründung:

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ePA anzubieten und sind somit die Anbieter. Die Einwilligung zur Nutzung der ePA durch den Versicherten muss daher gegenüber der anbietenden Krankenkasse und nicht gegenüber Industrieanbietern, deren ePA-Formate sich die Krankenkassen bedienen, erfolgen. Eine redaktionelle Klärstellung sollte daher vorgenommen werden.

8 Mindestsprechstunden (§ 19 Ärzte-ZV)

Die geplante Erhöhung des Mindestumfangs der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit bei vollem Versorgungsauftrag in Form von Sprechstunden von wöchentlich 20 auf 25 Stunden über eine entsprechende Vorgabe in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist nicht geeignet, die Wartezeiten von GKV-Versicherten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz substanziell zu reduzieren. Nach den aktuellen Daten des ZI-Praxis-Panel¹⁵ erfüllt die ganz überwiegende Mehrzahl der Vertragspsychotherapeuten diese Sprechstundenzeit bereits heute.

Im Bereich der Psychotherapie ist keine Benachteiligung von GKV-Versicherten im Vergleich zu Privatversicherten zu beobachten. Vielmehr haben es Privatversicherte vor dem Hintergrund des eingeschränkten Leistungskatalogs vieler Versicherungsverträge im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sowie der marginalen Vergütungsunterschiede für psychotherapeutische Leistungen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), die die einschlägigen Kapitel aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) übernimmt, im Vergleich zum EBM eher schwerer, zeitnah einen Termin bei einem Vertragspsychotherapeuten zu erhalten. Privatversicherte können allerdings in vielen Regionen auf entsprechende psychotherapeutische Angebote von Privatpraxen ausweichen.

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass eine generelle Erhöhung des Mindestumfangs an wöchentlichen Sprechstunden auf 25 Stunden keinen relevanten Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung leisten kann. Anstelle einer Erhöhung der Mindestsprechzeiten wäre eine Entlastung der Psychotherapeuten von den umfangreicher werdenden bürokratischen Tätigkeiten, zum Beispiel im Antrags- und Genehmigungsverfahren, eine Aufhebung der Zweiteilung der Kurzzeitpsychotherapie und Vereinfachungen im Antragsverfahren für die Gruppenpsychotherapie weitaus zielführender. Die Erhöhung der Mindestsprechzeiten ist zudem nicht mit dem eigenverantwortlichen und fachlich begründeten Handeln der Angehörigen eines freien Heilberufs vereinbar. In

¹⁵ Leibner et al. (2018). Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem ZI-Praxis-Panel.

Verbindung mit der zunehmenden Kontrolldichte, der unzureichenden Honorierung und den weiterhin bestehenden Begrenzungen des Praxisumfangs bei Anstellung und Jobsharing ist dies der Attraktivität der Berufsausübung in der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht zuträglich.

Um einen substanziellen Abbau der Wartezeiten zu erreichen, braucht es vielmehr eine deutliche Steigerung der Behandlungskapazitäten. Dies ist mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung in erster Linie durch zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten im Zuge einer umfassenden Reform der Bedarfsplanung zu erreichen.