



**STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN
PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DptV)
ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG
GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER
KOMMUNE
(GESUNDHEITSVERSORUNGSGESSETZ - GVSG)**

Bundesgeschäftsstelle

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

BERLIN, DEN 20.06.2024

| | |
|--|----|
| A. Vorbemerkung | 2 |
| B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen | 3 |
| 1. Art. 1 Nr. 2 (Änderung § 28 Abs.3, Satz 4 (neu)) | 3 |
| 2. Art. 1 Nr. 2 (§ 33 SGB V) | 3 |
| 3. Art. 1 Nr. 10 Buchstaben a) und c) bis i), insbesondere Buchstabe f) und g) (§ 92 Abs. 6a und 6b SGBV) - Stellungnahmeberechtigungen | 3 |
| 4. Art. 1 Nr. 10 Buchstabe f (§ 92 Abs. 6a Satz 5 SGBV) – Vereinfachung Kurzzeittherapie | 4 |
| 5. Art. 1 Nr. 12 (Änderungen des § 101 SGB V) | 4 |
| 6. Art. 1. Nr. 16 (Änderungen des § 117 SGB V) | 5 |
| 7. Art. 1 Nr. 18 (Änderungen des § 120 SGB V) | 5 |
| 8. Art. 6. Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte | 8 |
| C. Regelungen die zur Finanzierung der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen zu ergänzen sind | 9 |
| 1. Weiterbildung in Praxen | 9 |
| 1.1. § 32 Ärzte-ZV (Ausweitung des Praxisumfangs durch Weiterbildungsassistenten) | 9 |
| 1.2. § 75a SGB V (Deckungslücken bei der Refinanzierung der Weiterbildung in Praxen) | 10 |
| 2. Weiterbildung im stationären Bereich | 11 |
| D. Ergänzende Regelungen zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung | 13 |
| 1. § 101 Abs. 1 SGB V: ambulante psychotherapeutische Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen ausbauen | 13 |
| 3. § 92 Abs.6a SGB V: Sektorenübergreifende Versorgung ausbauen | 14 |
| 4. § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V: Antrags- und Gutachterverfahren modifizieren..... | 15 |
| 5. § 87 Abs. 1 Satz 13 bis 15 SGB V Antrags- und Gutachterverfahren digitalisieren 16 | |
| E. Ergänzende Regelungen zur Verbesserung der stationären psychotherapeutischen Versorgung..... | 17 |

A. Vorbemerkung

Die DPtV begrüßt die Vorlage des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur Stärkung der Gesundheitsversorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung ausdrücklich.

Insbesondere unterstützt die DPtV, dass im Regierungsentwurf erste Regelungen zur Weiterbildungsfinanzierung vorgesehen sind. Die Stärkung der Position der Weiterbildungsambulanzen und die Möglichkeit, dass diese ihre Vergütung mit den Krankenkassen selbst verhandeln, werden begrüßt. Wir kritisieren aber den expliziten Ausschluss der ‚weiteren Lerninhalte‘ die nach unserer Ansicht im Rahmen der Weiterbildung zur Leistungserbringung gegenüber Versicherten notwendig dazugehören. Besonders positiv sind aus Sicht der DPtV die vorgeschlagenen Regelungen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, insbesondere die Bildung einer eigenen Arztgruppe für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie im Rahmen der Bedarfsplanung, die Entbürokratisierung im Bereich der Kurzzeittherapie und des Konsiliarberichts sowie die neu vorgesehene Möglichkeit der Ermächtigung von Psychiatern und Psychotherapeuten zur Versorgung besonders vulnerabler Patient*innen. Auch hierzu schlagen wir wenige Ergänzungen vor.

Kritisch betrachtet die DPtV die Rolle der Fachgesellschaften in Entscheidungsprozessen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Die Stärkung der Wissenschaftlichkeit trägt zwar sicher zur Legitimation fachlicher Entscheidungen des G-BA bei. Die Einbeziehung von Fachgesellschaften in das Stellungnahmeverfahren ist aber erstens schon heute grundsätzlich in § 9 der Verfahrensordnung des G-BA für die Fälle vorgesehen, in denen sie sinnvoll ist; eine Ausweitung dergestalt, dass die Fachgesellschaften bei *jeder* Änderung der Richtlinien einzubeziehen sind, auch wenn es sich nicht um fachliche Fragen handelt, führt zu einer kontraproduktiven Zunahme des bürokratischen Aufwandes.

Eine transparente und verbesserte Bedarfsplanung in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie im Ruhrgebiet ist weiterhin regelungsbedürftig (dazu in Abschnitt D).

Dringend notwendige Regelungen zur Realisierung einer leitliniengerechten stationären psychotherapeutischen Versorgung sind in Abschnitt E beschrieben.

B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

1. Art. 1 Nr. 2 (Änderung § 28 Abs.3, Satz 4 (neu))

Der Verzicht auf einen Konsiliarbericht bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung wird begrüßt. Das Verfahren der Antragstellung einer Richtlinienpsychotherapie wird auf diese Weise sachgerecht vereinfacht und verkürzt.

Wir schlagen vor, den Verzicht auf einen Konsiliarbericht auszuweiten: Auch bei der Anschlussbehandlung nach einem Klinikaufenthalt haben notwendige somatische Abklärungen bereits stattgefunden. Die für die anschließende Antragsstellung einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie relevanten Befunde ergeben sich aus dem Entlassbericht. Eine erneute konsiliarische Abklärung zu Beginn der Therapie erübrigt sich.

Lösungsvorschlag:

§ 28 Absatz 3, Satz 4 (neu) wird wie folgt ergänzt:

Der Einholung des Konsiliarberichts bedarf es nicht, wenn die psychotherapeutische Behandlung auf Überweisung eines Vertragsarztes *oder im Anschluss an eine psychiatrische, psychosomatische oder psychotherapeutische Krankenhausbehandlung* erfolgt.

2. Art. 1 Nr. 2 (§ 33 SGB V)

Zukünftig wird die Erforderlichkeit eines verordneten Hilfsmittels vermutet, soweit es für die Versorgung von Versicherten in einem nach § 119 Abs. 1 SGB V ermächtigten MVZ oder einer nach § 119c Abs. 1 SGB V ermächtigten Einrichtung durch eine*n dort tätigen Arzt*in im Rahmen der Behandlung innerhalb der letzten drei Wochen empfohlen wurde. Die DptV befürwortet die Neuregelung ausdrücklich. Sie stellt aufgrund der besonderen Eignung des behandelnden Arztes, der behandelnden Ärztin zur Beurteilung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels einen sachgerechten Beitrag zur Entbürokratisierung des Bewilligungsverfahrens entsprechend § 19 SGB IV dar.

3. Art. 1 Nr. 10 Buchstaben a) und c) bis i), insbesondere Buchstabe f) und g) (§ 92 Abs. 6a und 6b SGBV) - Stellungnahmeberechtigungen

Für § 92 SGB V ist an zahlreichen Stellen – so auch im Rahmen der Absätze 6a und 6b – eine Ergänzung vorgesehen, die den Gemeinsamen Bundesausschuss dazu verpflichtet,

den einschlägigen Fachgesellschaften die Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und diese in die Entscheidung einzubeziehen.

Die DPTV hält die Einbeziehung wissenschaftlicher Expertise in die Entscheidungsabwägungen des Gemeinsamen Bundesausschusses grundsätzlich für richtig. Sie ist schon heute dort, wo es notwendig ist, aufgrund der verfahrensrechtlichen Regelungen, die der G-BA ohne Beanstandung des Bundesministeriums für Gesundheit selbst getroffen hat, gewährleistet. Die Verfahrensordnung des G-BA ist erst am 19. Oktober 2023 aktualisiert worden (BAnz AT 19.2.2024 B 6). Nach § 9 Abs. 1 der Verfahrensordnung gilt schon länger, dass in den Fällen, in denen der Kreis der stellungnahmeberechtigten Organisationen nicht abschließend im Gesetz festgelegt ist, die für die Stellungnahmeberechtigung maßgeblichen gesetzlichen Voraussetzungen im Internet mit der Maßgabe bekannt zu geben, dass betroffene Organisationen innerhalb einer angemessenen Frist Gelegenheit zur Meldung haben. Das funktioniert auch. Es ist nicht erkennbar, dass der G-BA die Stellungnahmeberechtigung einer Fachgesellschaft zu medizinisch-inhaltlichen Themen mit Bezug zum Beschlusssthema in der Vergangenheit abgelehnt hat. Die nach dem RefE einzufügenden Regelungen führen dazu, dass die einschlägigen Fachgesellschaften mit *jeder* Änderung der Richtlinie befasst werden müssen, auch wenn die Beschlussgegenstände keinen Bezug zu wissenschaftlichen Fragen aufweisen.

4. Art. 1 Nr. 10 Buchstabe f (§ 92 Abs. 6a Satz 5 SGBV) – Vereinfachung Kurzzeittherapie

Die Beantragung von Kurzzeittherapie wird durch den Wegfall der Zweiteilung vereinfacht, der Bürokratieaufwand wird dadurch geringer.

Die DPTV begrüßt diese Änderung.

5. Art. 1 Nr. 12 (Änderungen des § 101 SGB V)

§ 101 Abs. 4a SGB V soll künftig anstelle der zu streichenden Mindestquote nach § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V in der bisherigen Fassung bestimmen, dass therapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die ganz oder überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, eine eigene Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanung darstellen.

Die DPTV begrüßt diese Regelung deutlich und hat keine Änderungsvorschläge.

6. Art. 1. Nr. 16 (Änderungen des § 117 SGB V)

Im § 117 sollen zukünftig im Abs. 3b die ‚Weiterbildungsambulanzen‘ explizit genannt werden. Im Abs. 3c werden die ‚Weiterbildungsteilnehmenden‘ gestrichen, der Bezug gilt zukünftig nur für die Ausbildungsteilnehmenden.

Die DPTV begrüßt ausdrücklich die in Art. 1 Nr. 16 des Kabinetentwurfs vorgesehenen Änderungen des § 117 SGB V und die damit verbundene Differenzierung zwischen der Ausbildung und der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeutin bzw. zum Fachpsychotherapeuten. Nur diese Differenzierung wird dem Umstand gerecht, dass für das Verhältnis zwischen den Trägern der Weiterbildungsambulanzen und den Weiterbildungsteilnehmenden andere zivilrechtliche Regelungen gelten als zwischen den Trägern der bisherigen Ausbildungsambulanzen und den Ausbildungsteilnehmenden. Die DPTV begrüßt entsprechend auch die Verankerung der Weiterbildungsambulanzen in § 120 Abs. 2 Satz 1.

Die DPTV hat keine Änderungsvorschläge.

7. Art. 1 Nr. 18 (Änderungen des § 120 SGB V)

Mit Art. 1 Nr. 18 werden im § 120 Abs. 2 in den Sätzen 1, 2 und 3 die ‚Weiterbildungsambulanzen‘ ergänzt sowie ein weiterer Satz 4 zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in den Weiterbildungsambulanzen eingefügt.

Die Verankerung der Weiterbildungsambulanzen in § 120 Abs. 2 Satz 1 und Satz 2 sowie Satz 3 wird begrüßt.

Mit Blick auf die Vergütung der in den Weiterbildungsambulanzen erbrachten Leistungen hält die DPTV es für richtig, wenn einerseits auch weiterhin eine Abstimmung mit den Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgt, andererseits aber, wie es aus der Begründung des Kabinettsentwurfs hervorgeht, die Möglichkeit einer echten Verhandlung über die Vergütung eröffnet wird.

Die Vergütung soll sich an ‚vergleichbaren Leistungen‘ orientieren; die Träger der Ambulanzen haben darüber Vereinbarungen mit den Krankenkassen zu treffen. Die Vergütungen werden gegenwärtig bundesweit am Orientierungspunktwert und den

Bewertungen der Leistungsziffern nach dem EBM, also entsprechend der vertragsärztlichen Versorgung festgelegt. Dies halten wir auch weiterhin für zielführend.

Sowohl in den Praxen wie in den Ambulanzen ist es nicht möglich, die Kosten für den Betrieb der Ambulanz, den Bruttoarbeitgeberaufwand für die Beschäftigung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung – also die Gehälter und die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung - sowie die Weiterbildungskosten im engeren Sinn (Anleitung und Supervision, Theorie, Selbsterfahrung) allein aus den nach dem EBM oder analog zum EBM erzielten Einnahmen aus von den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung geleisteten Therapien zu erwirtschaften. Die Unterdeckung bewegt sich für Ambulanzen wie für Praxen in einer ähnlichen Größenordnung. Auf die vorliegenden Gutachten hierzu sei verwiesen. Wir schlagen deshalb einige Präzisierungen vor.

Die DPtV gibt folgende drei Aspekte zu bedenken:

1. Nach dem Wortlaut des neu eingefügten § 120 Abs. 2 Satz 4 wären nur die Leistungen bei der Bestimmung der Vergütung berücksichtigungsfähig, die unmittelbar und gedeckt von der Ermächtigung gegenüber Versicherten erbracht werden. Begründet wird dies im Kern damit, dass Aufwendungen von der Vergütung ausgeschlossen werden sollen, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zur Leistungserbringung stehen; die Begründung nennt Aufwendungen zur Vermittlung weiterer Lerninhalte nach den Weiterbildungsordnungen. Als Element zur Absicherung von Patientensicherheit und Qualität sind Supervision und Anleitung bei Weiterbildungsteilnehmenden zur Leistungserbringung unerlässlich. Auch die Kosten für die durch die Weiterbildungsordnungen auferlegten ‚weiteren Lerninhalte‘ sind als Teil der Betriebskosten anzusehen, Die DPtV plädiert deshalb für eine Formulierung, die deutlich macht, dass alle Aufwände für Aufgaben berücksichtigungsfähig sind, die zur Sicherung des Fachpsychotherapeutenstandards der Leistungen im Rahmen der Weiterbildung notwendig sind. Der zweite Halbsatz von Satz 4 (neu) sollte deshalb gestrichen und durch einige Präzisierungen ersetzt werden.

2. Der bisher in Satz 3 verwendete Begriff der „Leistungsfähigkeit“ ist u.E. nicht sachgerecht. Die Leistungsfähigkeit ist Voraussetzung der Leistungserbringung, aber keine geeignete Kategorie zur Bestimmung der Vergütung. Im Allgemeinen wird stattdessen in anderen gesetzlichen Grundlagen für die Bestimmung der Vergütung der

Begriff der „Leistungsgerechtigkeit“ verwendet. Diesen Begriff verwendet auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), und zwar auch unmittelbar im Zusammenhang der Vergütung nach § 120 SGB V (BSG, Urt. v. 17.11.2022 – B 6 KA 9/21 R – Hochschulambulanzen: *„Nach der Rechtsprechung des Senats hat die Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V in Anlehnung an das vom 3. Senat des BSG ursprünglich für den Bereich der Pflegesatzverfahren nach § 84 SGB XI entwickelte zweistufige Prüfungsprogramm zu erfolgen“*). Dazu ist es notwendig, dass die prospektiven Gestehungskosten für die Leistungserbringung plausibel gemacht werden; daran schließt sich dann die Prüfung der wirtschaftlichen Betriebsführung an. Folglich sollte Satz 3 auch entsprechend formuliert werden.

3. Die DPTV versteht, dass die Bestimmung der Vergütung grundsätzlich der Verhandlung der Parteien im Vertragspartnermodell überantwortet werden soll. Für die Sicherung einer angemessenen Qualität der Weiterbildung hält sie eine Vorgabe zum zumutbaren Umfang der Leistungsmengen im Rahmen einer Vollzeitbeschäftigung jedoch für unerlässlich. Der Gefahr einer diese Qualität gefährdenden Mengenausweitung im Rahmen der Weiterbildung ist durch eine entsprechende Bestimmung über einen angemessenen Anteil der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Ausbildungsteilnehmenden zu begegnen.

Zur Lösung dieser drei Aspekte schlägt die DPTV folgende Formulierung des § 120 Abs. 2 Sätze 3 bis 5 SGB V vor:

³Die Vergütung muss leistungsgerecht sein und einem in Satz 1 genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seine Aufwendungen zu finanzieren; die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen. ⁴ Die Ambulanzen der Weiterbildungsstätten erhalten eine Vergütung für die einzelnen Leistungen, die in Abstimmung mit dem Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gemäß § 87 Absatz 2 Satz 1 vereinbart werden. ⁵Für die Bestimmung einer wirtschaftlichen Betriebsführung der Weiterbildungsambulanzen sind die Aufwendungen für Aufgaben berücksichtigungsfähig, die im Zusammenhang zu den Leistungen gegenüber einem Versicherten im Rahmen der vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigung stehen oder zur Sicherung deren Qualität erforderlich sind oder durch die jeweilige Weiterbildungsordnung verpflichtend vorgegeben ist; die Vergütung ist dabei auf der Grundlage eines angemessenen Anteils der Leistungszeit an der Arbeitszeit der Weiterbildungsteilnehmenden zu bestimmen, der über die gesamte Dauer der ambulanten Weiterbildung im Durchschnitt 50 Prozent nicht überschreiten darf.

8. Art. 6. Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Die Vorschläge eines besseren Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung von vulnerablen Patient*innen mit speziellen Schwierigkeiten durch Ermächtigung geeigneter Psychiater*innen/Psychotherapeut*innen werden von der DPTV begrüßt. Die Vorschrift, mit einer speziellen Einrichtung (etwa Suchthilfe oder sozialpsychiatrischer Dienst) zu kooperieren, erscheint viel einfacher umsetzbar als die anspruchsvolle Netzbildung in der Richtlinie zur Komplexversorgung. Wir sehen darin eine gute Möglichkeit, die angesprochenen Patient*innen besser zu versorgen.

C. Regelungen die zur Finanzierung der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen zu ergänzen sind

Zur Realisierung der ambulanten Weiterbildung besteht gesetzlicher Änderungsbedarf sowohl für die im § 117 Abs. 3b SGB V vorgesehenen Ambulanzen als auch für die Psychotherapiepraxen. Unsere Vorschläge zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in den Ambulanzen haben wir im Absatz B. 8 dieser Stellungnahme dargelegt.

Auch in den Praxen ist es nicht möglich, die erhöhten Kosten für den Betrieb der Praxis, den Bruttoarbeitgeberaufwand für die Beschäftigung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung – also die Gehälter und die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung – sowie die Weiterbildungskosten im engeren Sinn (Anleitung und Supervision, Theorie, Selbsterfahrung) allein aus den nach dem EBM oder analog zum EBM erzielten Einnahmen aus von den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung geleisteten Therapien zu erwirtschaften. Die Unterdeckung bewegt sich für Ambulanzen wie für Praxen in einer ähnlichen Größenordnung. Auf die vorliegenden Gutachten hierzu sei verwiesen. Theoretisch könnten die Deckungslücken durch Mengenausweitung der Leistungen der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung bei gleichzeitiger Reduzierung der Anleitung, Supervision, Selbsterfahrung gefüllt werden. Eine solche Reduzierung ist wegen der weiterbildungsrechtlichen Vorgaben in den Ländern erstens kaum möglich, zweitens gefährdet sie die Sicherstellung einer angemessenen Qualität der Weiterbildung, die für die künftige Versorgung zentral ist.

1. Weiterbildung in Praxen

Die Beschäftigung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in den Praxen niedergelassener weiterbildungsbefugter Psychologischer Psychotherapeut*innen oder Fachpsychotherapeut*innen ist möglich; nach § 32 Ärzte-ZV kann die Kassenärztliche Vereinigung die notwendige Assistenzgenehmigung erteilen mit der Folge, dass die Leistungen Psychotherapeut*innen in Weiterbildung (PtW) gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä den zugelassenen Praxisinhaber*innen zuzurechnen und also von diesen abzurechnen sind. Tatsächlich bestehen dabei jedoch folgende Probleme:

1.1. § 32 Ärzte-ZV (Ausweitung des Praxisumfangs durch Weiterbildungsassistenten)

Wie in den Ambulanzen ist auch für die Praxen davon auszugehen, dass PtW wöchentlich bis zu 20 Behandlungsleistungen am Patienten erbringen können. Allerdings darf die

Beschäftigung eines Assistenten weder der Aufrechterhaltung einer übergroßen Praxis noch deren Ausweitung dienen (vgl. BSG, Urt. v. 17.3.2010 – B 6 KA 13/09 R – zu § 32 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV); dies gilt trotz der extrabudgetären Vergütung eines Großteils der psychotherapeutischen Leistungen auch für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen. Eine vom BSG notwendig mit der Weiterbildung verbundene und deshalb als zulässig angesehene Ausweitung der abgerechneten Leistungsmenge um ca. 25 % reicht nicht aus, um den Psychotherapeut*innen in Weiterbildung die notwendigen ca. 20 Therapieleistungen pro Woche zu ermöglichen.

Lösungsvorschlag:

In § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV wird folgender Satz 3 eingefügt: *„In den Fällen der Weiterbildung nach § 95c Absatz 1 Nummer 2 SGB V liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, wenn das Quartalszeitprofil der Leistungen des Weiterbildungsbefugten nach Anhang 3 des Einheitlichen Bewertungsmaßstab gemäß § 87 Absatz 2 des SGB V von 46.800 Minuten je Quartal zuzüglich 25 vom Hundert eingehalten wird; bei Teilzeittätigkeit wird das Quartalsprofil mit dem Faktor multipliziert, mit dem sie in der Bedarfsplanung berücksichtigt wird.“*

Eine einfachere Formulierung für Satz 3 könnte sein: *„Die Vorgaben nach Satz 1 finden auf psychotherapeutische Praxen, die Weiterzubildende beschäftigen, keine Anwendung.“*

1.2. § 75a SGB V (Deckungslücken bei der Refinanzierung der Weiterbildung in Praxen)

Die Vergütung der Behandlungsleistungen deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht. Nach einer Untersuchung der DPTV zu den Finanzierungsgrundlagen einer Psychotherapiepraxis bei Beschäftigung ergibt sich je Psychotherapeut*in in Weiterbildung und Vollzeitstelle eine Deckungslücke von monatlich ca. 2.700,- €.

Grundsätzlich wäre eine Förderung wünschenswert, wie sie für Hausärzte und grundversorgende Fachärzte über den § 75a Abs. 1-9 SGB V vorgesehen ist; die jeweiligen Weiterbildungsassistenten erhalten aktuell monatlich 5.400 € Förderung, jeweils zur Hälfte getragen von der GKV und der jeweiligen KV (über ihre Verwaltungsabgaben beteiligt sich auch die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen an dieser ärztlichen Weiterbildungsförderung). Dieses Modell erscheint uns nicht realisierbar, deshalb schlagen wir für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen ein Modell vor, das die

Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht.

Lösungsvorschlag:

§ 75a SGB V wird um folgenden Absatz 10 ergänzt:

¹Für die psychotherapeutische Versorgung sind bundesweit bis zu 3.000 Weiterbildungsstellen zur Durchführung der ambulanten Weiterbildung in Betriebsstätten von zugelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren, davon 600 Weiterbildungsstellen für das Gebiet der Psychotherapie für Kinder und Jugendliche und 150 Weiterbildungsstellen für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie, zu fördern. ²Die Zählung der Stellen wird auf Basis der geförderten Vollzeitäquivalente durchgeführt. ³Die Absätze 1 und 4 bis 8 gelten mit der Maßgabe entsprechend, dass das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart wird und das Benehmen nach Absatz 4 Satz 3 mit der Bundespsychotherapeutenkammer herzustellen ist.

Alternativ wäre die Sicherstellung einer ausreichenden Vergütung zur Refinanzierung der Weiterbildung in Praxen auch mit dem Instrument von Vergütungszuschlägen für eine (begrenzte) Anzahl von Leistungen möglich; eine solche Regelung könnte in § 87 Abs. 2c verortet werden.

2. Weiterbildung im stationären Bereich

Die Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen findet obligatorisch auch für mindestens zwei Jahre in der stationären Versorgung statt. Die stationäre Weiterbildung ist insbesondere in Krankenhäusern bzw. Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtrehabilitation zu absolvieren. Derzeit nutzen die Einrichtungen Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA), um bestehende Versorgungslücken im Bereich der stationären Psychotherapie zu schließen. Die PiA sind aber meistens in den Stellenplänen der Einrichtungen aufgrund der fehlenden Approbation nicht abgebildet. Allein auf der Grundlage der nach § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 7 BpflV vorgesehenen Refinanzierung der in § 27 Abs. 4 PsychThG geregelten Vergütung von 1.000 € mtl. für die praktische Tätigkeit nach § 2 Abs. 2 Nr. PsychTh-APrV ist eine ausreichende Anzahl von Weiterbildungs-Planstellen mit tariflicher Vergütung nicht sicherzustellen. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass die psychotherapeutische Versorgung der Patient*innen in

den Einrichtungen nicht mehr im bisherigen Umfang sichergestellt werden kann, wenn die Versorgungskapazitäten der Psychotherapeut*innen in Ausbildung nicht umfassend durch Psychotherapeut*innen in Weiterbildung ersetzt werden. Dazu verweisen wir auf die Notwendigkeit der Verbesserung der stationären psychotherapeutischen Versorgung, wie wir sie in Abschnitt E dieser Stellungnahme ausgeführt haben. Erst wenn die Stellenpläne den Erfordernissen der Patientenversorgung angepasst und die Krankenhausbudgets entsprechend ausgestaltet werden erscheint eine angemessene psychotherapeutische Weiterbildung möglich.

Um die Personalkosten der Weiterzubildenden in Höhe des Tarifentgelts während der Übergangszeit mit der alten Ausbildung im Gesamtbetrag der Krankenhäuser zu berücksichtigen ist als Anschubfinanzierung eine Erweiterung der BPfIV sinnvoll.

Lösungsvorschlag:

In § 3 Abs. 3 BPfIV wird im Satz 4 folgende Nummer 8 angefügt:

„8. die Personalkosten der nach § 2 Psychotherapeutengesetz approbierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Dauer der Weiterbildung, soweit diese nach Maßgabe eines Tarifvertrages, einer kirchenarbeitsrechtlichen Regelung oder in entsprechender Höhe vergütet werden.“

In Satz 5 werden entsprechend die Wörter „Satz 4 Nummer 5 oder 7“ durch die Wörter „Satz 4 Nummer 5, 7 **oder 8**“ ersetzt.

D. Ergänzende Regelungen zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

1. § 101 Abs. 1 SGB V: ambulante psychotherapeutische Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen ausbauen

Epidemiologische Studien zeigen, dass sich der Bedarf an Psychotherapie in den vergangenen 20 Jahren nahezu verdoppelt hat. Gleichzeitig ist mittlerweile belegt, dass die Menschen auf dem Land in etwa genauso häufig erkranken wie in den Großstädten. Deshalb sind auf dem Land grundsätzlich genauso viele psychotherapeutische Praxen notwendig wie in großstädtischen Zentren. Die aktuelle Bedarfsplanungs- Richtlinie des G-BA definiert in der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung allgemeine Verhältniszahlen (Einwohne/Psychotherapeut) für Kreise und kreisfreie Städte. Davon ausgehend, dass Patient*innen ihren Facharzt und Psychotherapeuten insbesondere in der Region aufsuchen, in der sie einem sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis nachgehen (Pendlerbewegungen), werden erhebliche Diskrepanzen in der Versorgungsdichte toleriert und manifestiert. Benachteiligt sind die Patient*innen, die keinem Arbeitsverhältnis in einer städtischen Region nachgehen oder eingeschränkt mobil sind. Der Koalitionsvertrag nimmt dieses Thema auf und avisiert eine Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu reduzieren. Auch in der bedarfsplanerischen Sonderregion Ruhrgebiet sehen wir einen erheblichen Reformbedarf. Im Referentenentwurf fehlt allerdings die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung.

Lösungsvorschlag:

§ 101 Abs. 1 SGB V wird um folgende Sätze 16 und 17 ergänzt:

*¹⁶Der Gemeinsame Bundesausschuss, wird beauftragt, die Versorgungssituation durch Psychotherapeut*innen in ländlichen und strukturschwachen Regionen sowie dem Ruhrgebiet zu prüfen und die Bedarfsplanung anzupassen. ¹⁷Dabei sind die tatsächlichen Pendlerbewegungen fachgruppenbezogen in ihrer Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten in den Regionen zu prüfen und eine wohnortnahe Versorgung in allen Planungsbereichen anzustreben.*

2. § 73 Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V: Überweisungsverfahren ausbauen

Mit dem Verzicht auf das Konsiliarverfahren in besonderen Fällen (siehe § 28 Abs. 3, Satz 4 (neu)) werden vor Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie somatische Befunde mit der Überweisung durch den Arzt übermittelt bzw. durch die Klinik im Entlassbericht mitgeteilt. Wenden sich Patienten direkt an den Psychotherapeuten erfolgt die konsiliarische Abklärung vor Beantragung einer Richtlinienpsychotherapie auf Veranlassung des Psychotherapeuten.

Nach wie vor ungeklärt bleibt die Veranlassung einer somatischen Abklärung während der psychotherapeutischen Sprechstunde und während einer ambulanten Richtlinienpsychotherapie oder der Rezidivprophylaxe. Zwar gehört es zu den Sorgfaltspflichten des Psychotherapeuten, somatische Befunde bereits während einer diagnostischen Phase, in der psychotherapeutischen Sprechstunde oder während einer laufenden ambulanten Richtlinienpsychotherapie einzubeziehen, die Erhebung des somatischen Status des Patienten mittels Überweisung kann derzeit jedoch nur eingeschränkt vor Beginn einer Richtlinienpsychotherapie veranlasst werden. Hierzu bedarf es sehr dringend der Einbeziehung von Psychotherapeuten in das Überweisungsverfahren nach § 24 Bundesmantelvertrag. Das Überweisungsverfahren regelt zudem die Austauschprozesse zwischen den Fachgruppen, von denen Psychotherapeuten derzeit ausgeschlossen sind. Dies führt an verschiedenen Stellen zu einer unzureichenden interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und somatisch tätigen Ärzten.

Lösungsvorschlag:

§ 73 Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V wird wie folgt gefasst:

In den Gesamtverträgen sind Regelungen zur Überweisung durch Psychotherapeuten zur Gewährleistung vorzusehen, dass somatische Befunde auch während einer diagnostischen Abklärung und laufenden Psychotherapie veranlasst und einbezogen werden können.

3. § 92 Abs.6a SGB V: Sektorenübergreifende Versorgung ausbauen

Im Anschluss an eine stationäre Behandlung kommt es immer wieder zu Brüchen in der Betreuung und im therapeutischen Prozess psychisch erkrankter Patient*innen, wenn eine ambulante Weiterbehandlung nicht adäquat vorbereitet worden ist oder nicht zur

Verfügung gestellt werden konnte. Die ambulante Anschlussbehandlung kann ganz wesentlich dazu beitragen Behandlungsfortschritte zu stabilisieren, psychotherapeutische Prozesse fortzuführen, Drehtüreffekte und Brüche in der Versorgung zu vermeiden. Zur Gewährleistung einer abgestimmten und nahtlosen Anschlussbehandlung an eine stationäre psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung halten wir es für dringend notwendig, dass Patient*innen bereits im Rahmen des Entlassmanagements an eine ambulante Weiterbehandlung herangeführt und vermittelt werden. Dazu ist notwendig, dass Patient*innen bereits während des stationären Aufenthaltes die Möglichkeit erhalten, psychotherapeutische Sprechstunden online oder in Präsenz in psychotherapeutischen Praxen wahrzunehmen. Zwar ist es schon jetzt möglich, probatorische Sitzungen während des stationären Aufenthaltes in Anspruch zu nehmen, diese dienen jedoch bereits der Vorbereitung einer gezielten Behandlungsmaßnahme, der Richtlinienpsychotherapie. Als geeignetes Steuerungsinstrument in der psychotherapeutischen Versorgung hat sich die psychotherapeutische Sprechstunde etabliert. Hier finden Diagnose und Indikationsstellung sowie unter Berücksichtigung des gesamten psychosozialen Versorgungsangebotes die Planung und Abstimmung weiterer Maßnahmen statt.

Lösungsvorschlag:

§ 92 Abs. 6a Satz 2 wird wie folgt ergänzt:

„Sofern sich nach einer Krankenhausbehandlung eine ambulante psychotherapeutische Behandlung anschließen soll, können **erforderliche psychotherapeutische Sprechstunden sowie** probatorische Sitzungen frühzeitig, bereits während der Krankenhausbehandlung sowohl in der vertragsärztlichen Praxis als auch in den Räumen des Krankenhauses durchgeführt werden; das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach Satz 1 und nach Absatz 6b.“

4. § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V: Antrags- und Gutachterverfahren modifizieren

§ 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V regelt derzeit, dass nach bundesweiter Einführung eines einrichtungsübergreifenden und sektorspezifischen Qualitätssicherungsverfahrens für die ambulante psychotherapeutische Versorgung entsprechend § 136a Absatz 2a, die bestehenden Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren in der Psychotherapie Richtlinie aufzuheben sind.

Das Qualitätssicherungsverfahren mit nachträglicher Prüfung durch Qualitätsindikatoren und prozess- und ergebnisorientierter Messung ist jedoch nicht geeignet, das Antrags- und Gutachterverfahren zu ersetzen. Dieses zielt auf die Überprüfung der in der Psychotherapie-Richtlinie vorgegebenen Rahmenbedingungen für Richtlinientherapien zu Beginn eines psychotherapeutischen Prozesses, sowie auf die prognostische Einschätzung der beantragten Maßnahmen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit. Es bildet die Grundlage der vorab-Genehmigung von Behandlungskontingenten und sichert so einen verlässlichen Behandlungsrahmen für Patient*innen und Psychotherapeut*innen. Aus diesen Gründen sollte das Antrags- und Gutachterverfahren erhalten bleiben. Anstatt einer Abschaffung wird eine inhaltliche Überarbeitung des Antrags- und Gutachterverfahrens durch den G-BA vorgeschlagen.

Lösungsvorschlag:

§ 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V wird wie folgt gefasst:

*Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren **zu überprüfen**, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.*

5. § 87 Abs. 1 Satz 13 bis 15 SGB V Antrags- und Gutachterverfahren digitalisieren

Zur Erleichterung der Durchführung und Entbürokratisierung des Antrags- und Gutachterverfahrens sollten die Abläufe digitalisiert werden.

Lösungsvorschlag:

§ 87 Abs. 1 Satz 13 bis 15 SGB V erhalten folgende Fassung:

¹³Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regeln im Bundesmantelvertrag für Ärzte bis zum 31.12.2025 das Nähere zu einem elektronischen Antrags- und Gutachterverfahren für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen. ¹⁴Zur Durchführung des elektronischen Antrags- und Gutachterverfahrens sind die an der vertragspsychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer, die jeweilige Krankenkasse sowie die oder der von der Krankenkasse ausgewählte Gutachterin oder Gutachter befugt, die hierfür erforderlichen versichertenbezogenen Angaben nach Maßgabe des Bundesmantelvertrags zu verarbeiten. ¹⁵Die Sätze 9 und 12 gelten entsprechend.

E. Ergänzende Regelungen zur Verbesserung der stationären psychotherapeutischen Versorgung

Nach den wissenschaftlichen Leitlinien ist Psychotherapie heutzutage bei der Behandlung aller psychischen Erkrankungen einzusetzen. Die aktuelle PPP-RL orientiert sich allerdings noch stark an der über 30 Jahre alten PsychPV, als es den Beruf der Psychotherapeut*innen noch nicht gab; viele Patient*innen in Kliniken erhalten jedoch trotz vorliegender Indikation keine oder zu wenig Psychotherapie. Psychotherapie sollte deshalb in der Richtlinie zur Personalbemessung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) verankert werden.

Die Minutenwerte in der Berufsgruppe der Psychotherapeut*innen in der PPP-RL müssen daher deutlich erhöht werden. Es sind mindestens drei psychotherapeutische Therapieeinheiten pro Woche erforderlich. Berücksichtigt man zusätzlich die Zeit für Diagnostik, Aufklärung, kontinuierliche Behandlungsplanung, Teambesprechungen, Kommunikation mit regionalen Versorgungsstrukturen, Entlassmanagement und Dokumentation, so sind für eine Station mit einer Belegung von 18 Patient*innen (gemäß PPP-RL) insgesamt 2,0 Vollzeitkräfte (VK) erforderlich. Diese müssen refinanziert werden (vgl. EPIIK-Studie, Brückner-Bozetti et al., 2024).

Zwar gab es bereits einen gesetzlichen Auftrag an den G-BA, die Psychotherapie gemäß ihrer Bedeutung für die Versorgung in der PPP-RL abzubilden, jedoch hat die Erfahrung in den vergangenen Jahren gezeigt, dass dieses Ziel aufgrund der divergierenden Interessen der Beteiligten und aufgrund unzureichender inhaltlicher Rahmenvorgaben nicht erreicht werden kann. Aus diesem Grund schlagen wir folgende Konkretisierung vor:

Lösungsvorschlag:

In § 136a Absatz 2 SGB V wird nach Satz 9 folgender Satz 10 ergänzt:

*Die Mindestvorgaben zur Personalausstattung nach Satz 2 sollen für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut*innen / Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen / Fachpsychotherapeut*innen in Anlage A mindestens 500 Minuten umfassen.*



Gebhard Hentschel
Bundesvorsitzender



Barbara Lubisch
stellv. Bundesvorsitzende