

**KURZ-STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN
PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPTV)**

ZUM GESETZENTWURF DER BUNDESREGIERUNG

**GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER
KOMMUNE
(GESUNDHEITSVERSORUNGSTÄRKUNGSGESETZ - GVSG)**

BERLIN, DEN 11. 11. 2024

Bundesgeschäftsstelle

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

Eine ausführliche Würdigung und weiterführende Vorschläge zum Regierungsentwurf des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (GVSG) hat die DPTV bereits am 20. Juni 2024 vorgelegt¹. In dieser kurzen Stellungnahme möchten wir auf die dringlichsten Anliegen zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung eingehen.

Der vorliegende Regierungsentwurf zum GVSG enthält mehrere Regelungen, die für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen echte Verbesserungen bedeuten würden.

Die DPTV bittet deshalb dringend darum, das Gesetz unverzüglich zu verabschieden.

Für die psychotherapeutische Versorgung sind besonders wichtig:

1. Juristische Klarstellung der arbeitsrechtlichen Position der Weiterbildungsteilnehmenden und Einführung der Verhandlungsmöglichkeit für Weiterbildungsambulanzen:

durch Art. 1 Nr. 16: Einführung der Weiterbildungsambulanzen (§ 117 Abs. 3b SGB V) und Herstellung des 40%-Bezugs nur für Ausbildungsteilnehmende (§ 117 Abs. 3c SGB V).

2. Die Verbesserung der Bedarfsplanung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie:

durch Art. 1 Nr. 12: Therapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die ganz oder überwiegend Kinder und Jugendliche behandeln, sind eine eigene Arztgruppe im Sinne der Bedarfsplanung (Änderung von § 101 Absatz 4a SGB V).

Dem Ausschuss ist das vorliegende Dokument
in nicht barrierefreier Form zugeleitet worden.

¹ <https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/stellungnahme-zum-gesetzentwurf-der-bundesregierung-fuer-ein-gesetz-zur-staerkung-der-gesundheitsversorgung-in-der-kommune-gesundheitsversorgungstaerkungsgesetz-gvsg/>

3. Entbürokratisierung bei der Beantragung von Psychotherapien:

durch Art. 1 Nr. 2: Verzicht auf einen Konsiliarbericht bei Vorliegen einer ärztlichen Überweisung (§ 28 Abs.3, Satz 4 (neu)), und Art. 1 Nr. 10 Buchstabe f: Wegfall der Zweiteilung der Kurzzeittherapie (§ 92 Abs. 6a Satz 5 SGBV).

4. Bessere Versorgungsmöglichkeiten besonders vulnerabler Patient*innengruppen mit speziellen Schwierigkeiten:

durch Art. 6: Ermächtigung geeigneter Psychiater*innen / Psychotherapeut*innen (§ 31 Abs. 1 Ärzte-ZV).

Darüber hinaus sehen wir wichtigen Änderungsbedarf an folgenden Punkten:

1. Psychotherapeutische Weiterbildung

Zur Realisierung der dringend notwendigen psychotherapeutischen Weiterbildung schlägt die DPTV weitere Anpassungen gegenüber dem Regierungsentwurf vor:

1.1 Art. 1 Nr. 18: Streichung des 2. Halbsatzes von Satz 4 im § 120 Abs. 2 („*nur die Leistungen sind berücksichtigungsfähig, für die der Zulassungsausschuss eine Ermächtigung erteilt hat*“) **und Streichung der Begründung zu Art. 1 Nr. 18d** („*Für andere Aufgaben, die in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Leistungserbringung gegenüber einem Versicherten stehen, besteht keine Leistungspflicht der Krankenkassen und diese sind somit nicht zu vergüten.*“)

Aus der Begründung des Kabinettsentwurfs geht hervor, dass für die Weiterbildungsambulanzen die Möglichkeit einer echten Verhandlung über die Vergütung eröffnet werden soll; das wird von uns begrüßt.

Durch die Vorgaben des 2. Halbsatzes von Satz 4 werden die Verhandlungsmöglichkeiten aber erheblich eingeschränkt. Die Begründung erscheint mindestens missverständlich, denn die Behandlungsleistungen von Weiterbildungsteilnehmenden sind ohne Supervision nicht fachgerecht durchführbar. „Die Weiterbildung dient ... der Sicherung der Qualität der psychotherapeutischen Berufsausübung“ (§ 95c Abs. 1 SGB V). Konsequenterweise wird von den Weiterbildungsteilnehmenden verlangt, dass sie ihre patientenbezogene Tätigkeit nur unter Anleitung und ‚regelmäßiger fallbezogener Supervision‘ ausüben dürfen (vgl. z.B.

§ 49 Abs. 4 HeilberG NRW). Die dafür anfallenden Kosten müssen in die Verhandlungsmöglichkeiten der Weiterbildungsambulanzen einbezogen werden.

1.2 Ergänzung von § 120 Abs. 2 um eine Verpflichtung der Krankenkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen sollten verpflichtet werden, regelhaft die für die Durchführung von Behandlungsleistungen durch Weiterbildungsteilnehmende unerlässliche patientenbezogene Anleitung (=Supervision) zu vergüten. Zur Absicherung der Möglichkeit echter Verhandlungen plädieren wir 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. Die Betriebskosten der Weiterbildungsstätten müssen eine leistungsgerechte Vergütung sowie die Kosten zur Einhaltung des Fachpsychotherapeutenstandards (Theorie, Selbsterfahrung) berücksichtigen. Unser Vorschlag beinhaltet auch eine Begrenzung des zumutbaren Leistungsumfangs für die Weiterbildungsteilnehmenden.

Zur Lösung dieser verschiedenen 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. ⁴Die 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.

1.3 Änderung der Ärzte-Zulassungsverordnung

Um ausreichend Weiterbildungsstellen im verpflichtenden ambulanten Weiterbildungsabschnitt zu haben sowie aus fachlichen Gründen ist es wünschenswert, ergänzend zur Weiterbildung in Ambulanzen auch in den Praxen niedergelassener Psychotherapeut*innen das Absolvieren des ambulanten Weiterbildungsabschnitts zu ermöglichen.

Die Praxen unterliegen allerdings aufgrund der Bestimmungen in der ärztlichen Zulassungsverordnung Beschränkungen des möglichen Leistungszuwachses um max. 25%. Damit ist der benötigte Leistungsumfang von ungefähr 20 Weiterbildungs-Therapiesitzungen wöchentlich – das entspricht dem Leistungsumfang der auch in den Ambulanzen vorgesehen ist – nicht möglich. Damit die Weiterbildungsleistungen rechtssicher durchgeführt und abgerechnet werden können braucht es eine Anpassung der Zulassungsverordnung, für die wir folgende Ergänzung in § 32 Absatz 3 Ärzte-ZV vorschlagen:

*¹Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs dienen. ²**Im Rahmen einer Weiterbildung in psychotherapeutischen Praxen der Arztgruppen nach § 101 Absatz 4 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch liegt kein Verstoß gegen Satz 1 vor, soweit die gemäß § 106d Abs.2 Satz 2 und 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in längeren Zeitperioden höchstens abrechenbaren Leistungsvolumina um nicht mehr als 25 vom Hundert überschritten werden.** ³In anderen Fällen der Beschäftigung eines Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch kann die Kassenärztliche Vereinigung im Verteilungsmaßstab nach § 87b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festlegen, in welchem Umfang abweichend von Satz 1 und § 87b Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch eine Vergrößerung der Kassenpraxis zulässig ist; bei der Festlegung ist insbesondere der von der Praxis zu zahlende Anhebungsbetrag nach § 75a Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu berücksichtigen.*

1.4 Ausgleich der Deckungslücke in Praxen durch eine Finanzierung analog § 75 a SGB V

Allein die Vergütung der Behandlungsleistungen nach EBM deckt den im Rahmen der Weiterbildung entstehenden finanziellen Mehrbedarf nicht. Wie schon bei den Ambulanzen ausgeführt besteht auch in den Praxen die Notwendigkeit der Anleitung und Supervision der Weiterbildungsteilnehmenden.

Weiterbildungspraxen haben auch zusätzliche weitere Betriebskosten zu tragen, wir verweisen dazu auf vorliegende Berechnungen². Wir orientieren uns für die psychotherapeutische Weiterbildung in Praxen an einem Modell, das die Deckung des Finanzierungsbedarfs jeweils hälftig über die geleistete Patientenversorgung und über zusätzliche Finanzmittel vorsieht und schlägt dazu eine Ergänzung des § 75a SGB V um einen Absatz 10 vor:

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.

2. Verbesserungen der psychotherapeutischen Versorgung

2.1 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

² <https://www.dptv.de/wissensdatenbank/eintrag/dokument/stellungnahme-zum-ausgleichsbedarf-bei-anstellung-von-weiterbildungsteilnehmenden-in-praxen/>

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 (Einwohner/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.

Wir schlagen vor, § 101 Abs. 1 SGB V um folgende Sätze 16 und 17 zu ergänzen:

*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.*

2.2 Entlassmanagement und Überweisungsverfahren ausbauen

2.2.1: Entlassmanagement:

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.

§ 28 Absatz 3, Satz 4 (neu) sollte wie folgt ergänzt werden:
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.

2.2.2: Überweisungsverfahren:

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.

Wir schlagen vor, in § 73 Abs. 2 Satz 7 (neu) SGB V zu formulieren:

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.