



DGPM e.V. • Jägerstr. 51 • 10117 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Till-Christian Hiddemann
Referatsleiter - 221
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

Per E-Mail an: 221@bmg.bund.de

**Deutsche Gesellschaft für
Psychosomatische Medizin und
Ärztliche Psychotherapie e.V.**

Jägerstr. 51, 10117 Berlin
T 030 20648243
F 030 20653961
info@dgpm.de

www.dgpm.de

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische
Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) vom 30.04.2024**

zum

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversor-
gung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG),
Bearbeitungsstand: 08.04.2024)**

Ihr Schreiben vom 12.04.2024; Ihr Aktenzeichen GVSG

Sehr geehrter Herr Hiddemann,
sehr geehrte Damen und Herren,

die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) bedankt sich für die Gelegenheit, zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune - Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz (im Folgenden: GVSG) Stellung nehmen zu dürfen.

Bundesvorstand

Vorsitzender

Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Stellvertretende Vorsitzende

Prof. Dr. Florian Junne

Prof. Dr. med. habil. Kerstin Weidner

Beisitzer

Dr. med. Götz Berberich

Dr. med. Nicola Blum

Dr. med. Katharina Hof

Prof. Dr. med. Volker Köllner

Dr. med. Miriam Komo-Lang

Prof. Dr. med. Johannes Kruse

**Sprecher der Leitenden Hochschul-
lehrer für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Geschäftsführerin

Dr. Christine Knigge

Bankverbindung

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN DE26 3702 0500 0001 2789 00

BIC BFSWDE33XXX

Steuernummer

27/640/61445

Die DGPM begrüßt es, dass der Gesetzgeber den besonderen Versorgungsbedürfnissen von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Psychotherapie Rechnung tragen und den flächendeckenden Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verbessern will.

Im Folgenden nehmen wir Stellung zu den Änderungen in Artikel 1 (Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) des Referentenentwurfes unter Nr. 12 Buchstabe f. sowie Nr. 15 Buchstabe b.:

Zu Nr. 12 § 92 wird wie folgt geändert:

f. Den Absätzen 6a, 6b und 6c wird jeweils folgender Satz angefügt:

„Vor der Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach Satz 1 ist den einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.“

Die DGPM begrüßt es, dass den wissenschaftlichen Fachgesellschaften ein Stellungnahmerecht zu den Entscheidungen des G-BA zur Psychotherapie-Richtlinie, zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, sowie zur Richtlinie über eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf LONG-COVID eingeräumt wird. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die wissenschaftliche Expertise der Fachgesellschaften in die Entscheidungsfindung des G-BA einfließt.

Zu Nr. 15 § 101 wird wie folgt geändert:

b. Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingeführt:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem (...) eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31.12.2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum (...) zu beschliessen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom (...) zu treffen.“

Der neue Absatz 4a regelt die Bildung einer neuen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln. Die Bildung einer eigenen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe für psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist aus unserer Sicht ein geeignetes Instrument, den flächendeckenden Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern.

Allerdings räumt der Referentenentwurf dem G-BA lediglich ein Ermessen zur Festlegung einer ärztlichen Mindestquote ein („kann“), normiert jedoch keine Verpflichtung. Ebenso wenig finden sich in der Gesetzesbegründung Ausführungen dazu, in welcher Höhe ein ärztlicher Mindestversorgungsanteil aus Sicht des Gesetzgebers sachgerecht wäre. In ihrer konkreten Ausgestaltung ist diese Regelung daher unzulänglich, das gesetzgeberische Ziel – die Verbesserung des besonderen Versorgungsbedarfs von Kindern und Jugendlichen im Bereich der Psychotherapie – zu erreichen.

Um das gesetzgeberische Ziel erreichen zu können, ist der G-BA vielmehr dazu zu verpflichten, von Anfang an eine hinreichend hohe Quote für *ärztliche* Fachpsychotherapeuten in der neuen Bedarfsplanungsgruppe vorzubehalten. Ohne eine feste Quotenregelung bestünde die konkrete Gefahr, dass der Anteil von Ärzten zu gering sein und bleiben wird und die versorgungspolitischen Ziele des GVSG verfehlt werden.

Daher schlägt die DGPM eine Regelung vor, die den G-BA zur Festlegung einer ärztlichen Mindestquote nicht lediglich ermächtigt, sondern verpflichtet.

Änderungsvorschlag:

§ 101 Abs. 4a Satz 4 SGB V in der Fassung des GVSG-Referentenentwurfes wird neu gefasst:

„In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2029 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte vorbehalten ist.“

Weiterhin werden folgende Sätze 5 und 6 angefügt:

„Zudem können innerhalb des Mindestversorgungsanteils für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorgesehen werden. Ab dem 01. Januar 2030 gelten die in Satz 4 vorgesehenen Mindestversorgungsanteile mit der Maßgabe fort, dass der Gemeinsame Bundesausschuss ihre Höhe aus Versorgungsgründen bedarfsgerecht anpassen kann.“

Unser Änderungsvorschlag entspricht strukturell dem geltenden § 101 Abs. 4 Satz 5 und Satz 6 SGB V. Gem. § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V ist in den Richtlinien nach Absatz 1 für die Zeit bis zum 31.12.2015 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der regional maßgeblichen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist. Nachdem die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten in das vertragsärztliche Kollektivsystem einbezogen worden waren, war es nur durch einen solchen ärztlichen Mindestversorgungsanteil möglich, eine integrative Entwicklung der neuen - Ärzte und Psychotherapeuten umfassenden - Arztgruppe sicherzustellen. Ohne eine Quotenregelung hätte die Gefahr bestanden, dass die überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zurückgedrängt worden wären. Zwar gibt es ab dem 01.01.2016 keine feste gesetzliche Mindestquote mehr. § 101 Abs. 4 Satz 6 SGB V (i.d.F.d. Dritten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften) hat dem G-BA das Recht eingeräumt, die gesetzlich vorgesehenen Quoten bedarfsgerecht anzupassen. Gleichwohl ist die Mindestquotenregelung von 25 Prozent nach wie vor gesetzlich normiert und gilt fort, soweit der G-BA keine Anpassung vornimmt. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass die inhaltlichen Gründe, die zur Einführung der Mindestquotenregelung geführt haben, als solche fortbestehen (*BT-DRS. 17/13770, Seite 23*). Eine Anpassung der Mindestquoten ist bis heute nicht erfolgt.

Die gleichen Erwägungen, die seinerzeit für die ärztliche Mindestquote sprachen, gelten auch vorliegend im Zusammenhang mit der Einführung der neuen Bedarfsplanungsgruppe: Sinn und Zweck einer gesetzlichen ärztlichen Mindestquote ist auch hier die Sicherung der Teilgruppe der psychotherapeutisch tätigen *Ärzte*. Nur wenn in der neuen Bedarfsplanungsgruppe eine hinreichend hohe Zahl *ärztlicher* Fachpsychotherapeuten zur Verfügung steht, kann die *medizinischen Expertise* innerhalb der psychotherapeutischen Versorgung sichergestellt werden. Daher kann das Ziel der Versorgungsverbesserung nur erreicht werden, wenn der G-BA vom Gesetzgeber für einen Anfangszeitraum von fünf Jahren dazu verpflichtet wird, eine ärztliche Mindestquote in Höhe von 25 Prozent festzulegen. Im Anschluss an diesen Zeitraum wäre dem G-BA die Möglichkeit einzuräumen, die Mindestquote weiterzuentwickeln und einem geänderten Versorgungsbedarf Rechnung zu tragen.

Eine ärztlichen Mindestquote bzw. ausreichende medizinischen Expertise ist aus Versorgungsaspekten notwendig: Komorbidität zwischen körperlichen und psychischen Störungen spielt in allen Altersgruppen eine wichtige Rolle; Wechselwirkungen zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit beeinflussen den weiteren Krankheitsverlauf. Körperliche Symptome spielen sowohl bei der Diagnose als auch der Therapie psychischer Störungen eine wichtige Rolle. Funktionelle (somatoforme) körperliche Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen sind sehr häufig. Häufige Komorbiditäten bei einer psychischen und körperlichen Erkrankung sind z.B. Depression und Diabetes, Depression und Adipositas, Depression und Herz- und Kreislauferkrankungen sowie Angststörungen und Asthma. Dem Behandlungsbedarf, der aus der der Prävalenz psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen resultiert, kann nur damit ausreichend Rechnung getragen

werden, dass eine ärztliche Mindestquote die spezifisch medizinische Kompetenz in der psychotherapeutischen Versorgung sicherstellt. Wir verweisen hier auf die KIGGS-Studie des Robert Koch Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Kiggs/kiggs_node.html). Eine ärztliche Mindestquote in Höhe von 25 Prozent entspricht nach unserer Einschätzung dem notwendigen pro-spektiven Versorgungsbedarf. Etwaige Unsicherheiten des Versorgungsbedarfs sprechen im Zweifel eher für eine höhere ärztliche Quote, da jedenfalls eine ausreichende Versorgungsqualität anzustreben ist.

Ferner spricht das gesetzgeberische Ziel einer kleinräumigeren Bedarfsplanung bei der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen für eine 25 Prozent-Arztquote:

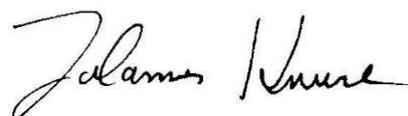
In bevölkerungsarmen Regionen wird eine kleinräumige Bedarfsplanung wahrscheinlich zur Folge haben, dass es dort Planungsbezirke geben wird, in denen es nur zwei oder drei Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten gibt. Vor dem Hintergrund wäre es dann für ärztliche Psychotherapeuten kaum möglich, mit einem vollen Versorgungsauftrag in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen tätig zu werden. Das gesetzgeberische Ziel, den Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern flächendeckend zu verbessern, wäre konterkariert. Eine ärztliche Mindestquote von 25 Prozent Ärzten würde Ärzten die Möglichkeit sichern, mit einem vollen Versorgungsauftrag überall dort tätig zu werden, wo der Bedarf an ärztlicher Psychotherapie für Kinder und Jugendliche bislang noch nicht gedeckt ist. Zudem sind gerade Ärzte überproportional dazu bereit, mit einem vollen Versorgungsauftrag tätig zu sein. Nichts anderes folgt daraus, dass der Anteil der ärztlichen Psychotherapeuten bei Kindern und Jugendlichen niedriger ist als bei Erwachsenen. Denn auch hier gilt, dass ein existenter Versorgungsmangel nicht zum Versorgungsmaßstab erhoben werden darf. Vielmehr ist ein Versorgungsmangel im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung durch psychotherapeutisch tätige Ärzte dort auszuweisen, wo er existiert.

Nicht zuletzt sprechen Gleichbehandlungsgründe für eine Mindestquote von 25 Prozent. Die spezifisch ärztliche Versorgung in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen darf nicht geringer ausfallen als im Rahmen der psychotherapeutischen Versorgung Erwachsener. Denn wie oben ausgeführt, spielen Komorbiditäten zwischen körperlichen und psychischen Störungen in allen Altersgruppen eine wichtige Rolle und beeinflussen den weiteren Krankheitsverlauf. Das gilt in besonderem Maße für die vulnerable Gruppe der Kinder und Jugendlichen, deren besonderen Versorgungsbedürfnissen der Gesetzgeber mit dem GSVG gerade gerecht werden will.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Hans-Christoph Friederich
Vorsitzender des Vorstands



Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Mitglied des Vorstands