

**STELLUNGNAHME DER DEUTSCHEN
PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPTV) ZUM
REFERENTENENTWURF
GESETZ ZUR STÄRKUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN DER
KOMMUNE
(GESUNDHEITSVERSORUNGSTÄRKUNGSGESETZ - GVSG)**

Bundesgeschäftsstelle

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

BERLIN, DEN 30.04.2024

Gliederung

A. Vorbemerkung	2
B. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	3
1. Art. 1 Nr. 2 (§ 33 SGB V)	3
2. Art. 1 Nr. 12 Buchstaben a) und c) bis i), insbesondere Buchstabe f) (§ 92 Abs. 6a und 6b SGBV)	3
3. Art. 1 Nr. 14 (§ 96 Abs. 2a SGBV)	3
4. Art. 1 Nr. 15 (Änderungen des § 101 SGB V)	5
C. Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen	6
1. Weiterbildung an Ambulanzen	6
1.1. § 117 Abs. 3 c SGB V (unzureichende ‚40%-Regelung‘)	6
1.2. § 120 Abs. 2 i.V.m. § 117 Abs. 3 SGB V (finanzielle Situation in Ambulanzen)	7
2. Weiterbildung in Praxen	9
2.1. § 32 Ärzte-ZV (Ausweitung des Praxisumfangs durch Weiterbildungsassistenten)	9
2.2. § 75a SGB V (Deckungslücken bei der Refinanzierung der Weiterbildung in Praxen)	9
3. Weiterbildung im stationären Bereich	10
§ 3 Abs. 3 BPfIV (Weiterbildung im stationären Bereich)	10
D. Ergänzende Regelungen zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung	12
1. § 101 Abs. 1 SGB V (ambulante psychotherapeutische Versorgung in strukturschwachen und ländlichen Regionen ausbauen)	12
2. § 92 Abs.6a SGB V (Sektorenübergreifende Versorgung ausbauen)	12
3. § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V (Antrags- und Gutachterverfahren modifizieren)	13
4. § 87 Abs. 1 Satz 13 bis 15 SGB V (Antrags- und Gutachterverfahren digitalisieren)	14
E. Ergänzende Regelungen zur Verbesserung der stationären psychotherapeutischen Versorgung	15
§ 136a Absatz 2 SGB V (Verbesserung der stationären psychotherapeutischen Versorgung)	15

A. Vorbemerkung

Die DPtV begrüßt die Vorlage eines Gesetzentwurfs zur Stärkung der Gesundheitsversorgung insbesondere in der ambulanten Versorgung grundsätzlich. Insbesondere unterstützt die DPtV nachdrücklich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in sozialpädiatrischen Zentren zügiger Hilfsmittleistungen und Fördermaßnahmen erhalten und Gesundheitsleistungen unbürokratisch für die betreffenden Personenkreise erbracht werden sollen. Besonders positiv ist aus Sicht der DPtV die beabsichtigte Bildung einer eigenen Arztgruppe für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychotherapie im Rahmen der Bedarfsplanung zu bewerten.

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 Stellungsverfahren 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.

Die DPtV lehnt vor allem die geplante Ergänzung des § 96 Abs. 2a SGB V um das Einvernehmen der für die Sozialversicherungen zuständigen obersten Landesbehörden ab. Sie greift tief in die Grundprinzipien der gemeinsamen Selbstverwaltung im SGB V ein; die Kommunen erhalten ein annähernd unbeschränktes Vetorecht weitgehend unabhängig von der Art des Antrages im jeweiligen Zulassungsausschuss, ohne dass dem eine Finanzierungsverantwortung oder ein Sicherstellungsauftrag der Kommunen gegenübersteht.

Zudem fehlt es an den dringend notwendigen Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Das SGB V sieht im § 95c Abs.1 vor, dass die Eintragung ins Arztregister nur mit erfolgreich abgeschlossener Weiterbildung möglich ist. Sowohl stationäre als auch ambulante Weiterbildungszeiten müssen absolviert werden, um den Fachpsychotherapeutenstatus zu erlangen. Wichtige sozialrechtliche Regelungen fehlen jedoch, um die Durchführung der Weiterbildung zu realisieren. Wir schlagen dazu in Abschnitt C konkrete Maßnahmen vor.

Darüber hinaus bleiben im Bereich der Psychotherapie dringende versorgungspolitische Probleme mit dem neuen Entwurf ungelöst. Eine transparente und verbesserte Bedarfsplanung in strukturschwachen Regionen sind nach wie vor 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 (§ 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 einen dort tätigen Arzt 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 zur Beurteilung der Erforderlichkeit eines Hilfsmittels einen sachgerechten Beitrag zur Entbürokratisierung des Bewilligungsverfahrens entsprechend § 19 SGB IV dar.

2. Art. 1 Nr. 12 Buchstaben a) und c) bis i), insbesondere Buchstabe f) (§ 92 Abs. 6a und 6b SGBV)

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 indessen 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.

3. Art. 1 Nr. 14 (§ 96 Abs. 2a SGBV)

Die DPTV lehnt eine Regelung, die das bereits umfassende Mitwirkungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in ein uneingeschränktes Vetorecht transformiert, nachdrücklich ab.

Das Mitwirkungsrecht der obersten Landesbehörden nach § 96a Abs. 2 Satz 2 SGB V, wie es durch das TSVG eingeführt wurde, umfasst bereits die Mitberatung bei den enumerativ in Abs. 2 Satz 1 aufgezählten Gegenständen unter Einschluss des Rechts auf frühzeitige Information über die Verfahrensgegenstände, zur Teilnahme an den Sitzungen, zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie zur Stellung verfahrensleitender Anträge; es ist damit äußerst umfassend ausgestaltet. Auch wenn in der Begründung zu Art. 1 Nr. 14 in der Fassung des Referentenentwurfs angeführt wird, dass sich die Rechte der obersten Landesbehörden auf besonders versorgungsrelevante Entscheidungen des Zulassungsausschusses beschränken, ist doch festzuhalten, dass der Katalog des Abs. 2a Satz 1 das „ob“ der Nachbesetzung, Befristungen, Verlegungen und Ermächtigungen einschließt und im Wesentlichen lediglich die Nachbesetzung von Arztstellen und die Genehmigung von Berufsausübungsgemeinschaften nach § 33 Ärzte-ZV und von MVZ nach § 95 Abs. 1a SGB V ausklammert. Das Einvernehmen (der obersten Landesbehörden), von dem die Entscheidung des Zulassungsausschusses abhängig werden soll, führt dazu, dass vor Erlass des Verwaltungsaktes durch den Zulassungsausschuss das Einverständnis erteilt sein muss. Nachdem ohne Antrag der obersten Landesbehörde die Fiktion eines Einverständnisses geregelt werden soll, ist das Mitbestimmungsrecht der obersten Landesbehörde seiner Bedeutung nach als Vetorecht einzuordnen.

- Die oberste Landesbehörde könnte damit zunächst jede Nachbesetzung von vertragsärztlichen Zulassungen im gesperrten Gebiet verhindern. Gegen die ablehnende Entscheidung ist kein Widerspruch zum Berufungsausschuss zuständig; es ist unmittelbar und Anfechtungs- und Verpflichtungsklage zum Sozialgericht zu erheben (§ 103 Abs. 3 a Sätze 10 und 11 SGB V). Im gerichtlichen Verfahren dürfte ein Fall der notwendigen Beiladung des Landes vorliegen (§ 75 Abs. 2 SGG). Die oberste Landesbehörde erhält damit eine vollständige Rechtsmacht über die Nachbesetzung, ohne dass sie umgekehrt für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung (§ 75 Abs. 1 SGB V) verantwortlich ist.
- Soweit es die Verlegung von Zulassungen und den Verzicht auf die Zulassung zum Zwecke der Anstellung an einem anderen Standort im Bedarfsplanungsgebiet anlangt, haben die Zulassungsausschüsse schon heute eine Versorgungsprüfung vorzunehmen (§ 24 Abs. 5 Ärzte-ZV); es gibt keinerlei Indiz dafür, dass sie diese Aufgabe nicht effektiv wahrnehmen; die Stellungnahme der obersten Landesbehörde in solchen Verfahren ist schon heute in das Abwägungsprogramm einer Entscheidung einzubeziehen.
- Soweit es Ermächtigungen zur vertragsärztlichen Versorgung anlangt, erhält die oberste Landesbehörde ebenfalls eine Rechtsmacht, die Ermächtigung zu verhindern, auch wenn ihr eine sorgfältige Prüfung der Notwendigkeit – in der Regel auch anhand der Abrechnungsdaten der für die betreffenden Leistungen abrechnungsberechtigten Zugelassenen – zugrunde liegt. Schon gar nicht

nachvollziehbar wäre ein Vetorecht in den Fällen, in denen ein gebundener Anspruch auf Ermächtigung einer Einrichtung besteht.

Die Regelung wird zu einem deutlich erhöhten Bürokratieaufwand, zu einer verlängerten Verfahrensdauer in den Zulassungsausschüssen und vor allem zu einer Verzweigung der gemeinsamen Selbstverwaltung im SGB V führen.

Nachvollziehbar ist die Einräumung eines über den heutigen § 96 Abs. 2a SGB V hinausgehenden Mitbestimmungsrecht allein in der Fallgruppe nach § 96 Abs. 2a Satz 1 Nr. 3 betreffend die Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze auf Grundlage der Entscheidungen der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nach § 103 Abs. 2 Satz 4 SGB V. In diesen Fällen hat die oberste Landesbehörde zuvor für ein ländliches oder strukturschwaches Teilgebiet eines Planungsbereichs bestimmt, auf Antrag einzelne Arztgruppen oder Fachrichtungen von den Zulassungsbeschränkungen auszunehmen. Das notwendige Einvernehmen bezieht sich auf die Auswahlentscheidung unter mehreren Bewerbern für diese zusätzlichen Zulassungen. In diesem Fall ist ein Vetorecht jedoch ein ungeeignetes Instrument, denn es führt im Zweifel nur dazu, dass eine Zulassung unbesetzt bleibt.

4. Art. 1 Nr. 15 (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.

C. Regelungen zur Finanzierung der Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen

Psychische Erkrankungen sind die zweithäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und von hoher Relevanz bei Erwerbsminderung und Frühberentung. Innerhalb der Arztgruppe der Psychotherapeuten im Sinne des § 12 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie stellen die Psychologischen Psychotherapeutinnen, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (nachfolgend zur Vereinfachung: „Psychotherapeut*innen“) die mit Abstand größte Teilgruppe. Als solche sind sie zur Sicherstellung der Versorgung psychisch erkrankter gesetzlich versicherter Patienten unerlässlich. In Zukunft werden die nach dem PsychThG in der Fassung vom 15.11.2019 nach Abschluss des Studiums approbierte Psychotherapeut:innen und damit zivil- und berufsrechtlich zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie berechtigt sein. Eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung und die Abrechnungsberechtigung für Leistungen der Psychotherapie nach der Psychotherapie-Vereinbarung gem. § 135 SGB V werden sie wegen des Prinzips des Facharztstandards in der GKV aber nur nach Abschluss einer Weiterbildung zu Fachpsychotherapeut*innen erhalten. Zugleich erreichen in den nächsten Jahren weite Teile der nach altem Recht ausgebildeten und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Psychologischen Psychotherapeut*innen das Rentenalter. Das Sachleistungsprinzip als zentrales Strukturprinzip der GKV (§ 2 Abs. 2 Satz 3 SGB V) und der daraus folgende Sicherstellungsauftrag können nur gewahrt werden, wenn in ausreichendem Umfang Weiterbildungsplätze für nach neuem Recht ausgebildete Psychotherapeut:innen zur Verfügung stehen. Die gegenwärtigen rechtlichen Rahmenbedingungen lassen dies nicht zu. Auch der Petitionsausschuss hat die Forderungen zur Überwindung dieses Zustandes, als begründet angesehen und den Gesetzgeber zum Handeln aufgefordert. Zur Realisierung der ambulanten Weiterbildung besteht gesetzlicher Änderungsbedarf sowohl für die Psychotherapiepraxen als auch für die im § 117 Abs. 3b SGB V vorgesehenen Ambulanzen. Die Ambulanzen an den bisherigen Ausbildungsinstituten sind durch § 117 Abs. 3b SGB V als Ambulanzen zur Durchführung von Psychotherapien im Rahmen von Weiterbildung ermächtigt. Weder die Vergütungsregelungen für die Ambulanzen noch die Regelungen zur Entlohnung der Psychotherapeut*innen in Weiterbildung sind geeignet, die Sicherstellung zu wahren

1. Weiterbildung an Ambulanzen

1.1. § 117 Abs. 3 c SGB V (unzureichende ‚40%-Regelung‘)

§ 117 Abs. 3c Sätze 2 – 5 SGB V in der Fassung des GVWG setzen Ausbildungs- und Weiterbildungsteilnehmende jeweils gleich. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind jedoch völlig unterschiedlich. Bei der Ausbildung steht die Verwertung der Arbeitsleistung nicht im Vordergrund; die

Sozialversicherungsträger haben die Ausbildung immer als ein – sozialversicherungsfreies – Verhältnis „sui generis“ eingeordnet. Auf die Weiterbildung ist das gesetzliche Arbeitsrecht anwendbar; das Dienstverhältnis mit den Weiterbildungsteilnehmenden stellt ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis dar. Es gelten die Lohnfortzahlung im Krankheits- (§ 3 Abs. 1 EntFG) ebenso wie im Urlaubsfall (§ 11 BUrlG) und zudem die zivilrechtlichen Bestimmungen über die Grenzen zu einem sittenwidrigen Lohngefüge. Eine rein variable Vergütung, die sich am erwirtschafteten Umsatz aus Leistungen der Weiterbildungsteilnehmenden ausrichtet, ist mit der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (u.a. Urteil vom 16.2.2012 – 8 AZR 242/11) nicht zu vereinbaren. Folglich passt die in § 117 Abs. 3c Satz 2 SGB V formulierte Verpflichtung der Ambulanzen, „... von der Vergütung ... der Krankenkassen ... jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus- oder Weiterbildungsteilnehmenden auszuzahlen“, nicht zur Weiterbildung.

Lösungsvorschlag:

§ 117 Abs. 3c SGB V erhält folgende Fassung:

„Für die Vergütung der in den Ambulanzen nach den Absätzen 3 bis ~~3ba~~ erbrachten Leistungen gilt § 120 Absatz 2 Satz 1 und 2 entsprechend mit der Maßgabe, dass dabei eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen soll. § 120 Absatz 3 Satz 2 und 3 und Absatz 4 Satz 1 gilt entsprechend. Die Ambulanzen sind verpflichtet, von der Vergütung, die sie von den Krankenkassen für die durch einen Aus-~~oder-Weiter~~bildungsteilnehmenden erbrachte Leistung erhalten, jeweils einen Anteil in Höhe von mindestens 40 Prozent an den jeweiligen Aus-~~oder-Weiter~~bildungsteilnehmenden auszuzahlen. Sie haben die Auszahlung des Vergütungsanteils den Krankenkassen nachzuweisen. Die Ambulanzen haben der Bundespsychotherapeutenkammer die jeweils aktuelle Höhe der von den Aus-~~oder-Weiter~~bildungsteilnehmern zu zahlenden Ausbildungskosten sowie des auszuzahlenden Vergütungsanteils, erstmalig bis zum 31. Juli 2021, mitzuteilen. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat eine bundesweite Übersicht der nach Satz 5 mitgeteilten Angaben u veröffentlichen.“

1.2. § 120 Abs. 2 i.V.m. § 117 Abs. 3 SGB V (finanzielle Situation in Ambulanzen)

Die Vergütung der Ambulanzen ist in § 117 Absatz 3c i.V.m. § 120 Abs. 2 Sätze 1 und 2 SGB V geregelt. 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.

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. 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.

Lösungsvorschlag:

§ 120 Absatz 2 Sätze 1 bis 3 erhalten folgende Fassung:

*„¹Die Leistungen der Hochschulambulanzen, **der Ambulanzen der Weiterbildungsstätten nach § 117 Absatz 3b**, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. ²Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Hochschulen oder Hochschulkliniken, **den Weiterbildungsstätten**, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart; die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch diese Hochschulambulanz behandelt werden. ³Sie muss die Leistungsfähigkeit der Hochschulambulanzen, **der Ambulanzen der Weiterbildungsstätten**, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten.“*

In § 117 Absatz 3 werden folgende Sätze 2 und 3 eingefügt:

„²Die 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. ³Die Vergütung muss eine im Krankenhaus übliche Entlohnung der Weiterbildungsteilnehmenden ermöglichen und ist 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.“

Die Sätze 3 bis 7 werden Sätze 5 bis 9.

2. 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 gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 BMV-Ä den zugelassenen Praxisinhaberinnen zuzurechnen und also von diesen abzurechnen sind. Tatsächlich bestehen dabei jedoch folgende Probleme:

2.1. § 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.“

2.2. § 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,- Euro.

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.

3. 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 BPfIV vorgesehenen Refinanzierung der in § 27 Abs. 4 PsychTG 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. Um die Personalkosten der Weiterzubildenden zukünftig in Höhe des Tarifentgelts im Gesamtbetrag der Krankenhäuser zu berücksichtigen ist 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 (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.

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. § 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 Patientinnen 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.“*

3. § 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.*

4. § 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