

Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
07.11.2014**

Inhaltsverzeichnis

I.	Einleitung und Zusammenfassung.....	3
II.	Psychotherapeutische Sprechstunde – besserer Zugang zur Versorgung für psychisch kranke Menschen.....	4
1.	Versorgungsorientierte Präzisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss	4
2.	Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur schrittweisen Aufhebung von Befugniseinschränkungen.....	6
3.	Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Leistungen.....	8
4.	Präzisierung der Aufgaben förderungsfähiger Praxisnetze	10
III.	Bedarfsplanung – Kein Abbau notwendiger psychotherapeutischer Versorgung.....	11
1.	Regelungen zur Praxisnachfolge	11
2.	Transparenz über Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen	14
3.	Transparenz über Systemversagen in der Psychotherapie.....	16
IV.	Differenzierung und Weiterentwicklung der Versorgung	17
1.	Entlassmanagement für psychisch kranke Menschen	17
2.	Evaluation des Fallmanagements für Bezieher von Krankengeld	18
3.	Medizinische Versorgungszentren	22
4.	Versorgung psychischer Erkrankungen von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen durch Medizinische Behandlungszentren	23
V.	Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz	25
VI.	Literatur	27

I. Einleitung und Zusammenfassung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) begrüßt das im Referentenentwurf zum Ausdruck kommende Anliegen, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu stärken. Dazu sind – wie im Referentenentwurf vorgesehen – gesetzliche Vorgaben zur Flexibilisierung des psychotherapeutischen Versorgungsangebots und insbesondere zu psychotherapeutischen Sprechstunden unerlässlich. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, den entsprechenden Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) unter Versorgungsgesichtspunkten zu präzisieren.

Zur Stärkung der Versorgung psychisch kranker Menschen sollten auch Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten abgebaut werden, damit Patienten zeitnah und abgestimmt auf die psychotherapeutische Behandlung die erforderlichen Leistungen erhalten können.

Eine Schwächung der Versorgung psychisch kranker Menschen wird hingegen die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung zur Folge haben, wonach zukünftig Praxisplätze aus Versorgungsgründen unter den bisherigen Voraussetzungen nicht mehr nur stillgelegt werden können, sondern sollen. Im Ergebnis wird damit das Ermessen der Zulassungsausschüsse bei der Frage der Neubesetzung frei werdender Praxisplätze rigide eingeschränkt. Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung führt die daraus resultierende Orientierung an den Versorgungsgraden der Bedarfsplanung zu absurden Ergebnissen.

II. Psychotherapeutische Sprechstunde – besserer Zugang zur Versorgung für psychisch kranke Menschen

1. Versorgungsorientierte Präzisierung des Auftrages an den Gemeinsamen Bundesausschuss

Änderungsvorschlag zu Nummer 28 (§ 92 Absatz 6a)¹

Dem § 92 Absatz 6a werden folgende Sätze angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt **mit Wirkung spätestens** bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden **mit dem Ziel einer zeitnahen Indikationsstellung**, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.“

Begründung zu Nummer 28 (§ 92 Absatz 6a)

(...)

Zur Verringerung von Wartezeiten hat der Gemeinsame Bundesausschuss Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden zu treffen. Diese sollen für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen einen zeitnahen Zugang zum Psychotherapeuten schaffen, **um schneller als bisher auf der Basis einer fachgerechten Diagnostik eine Indikationsstellung zur weiteren Versorgung zu gewährleisten**. In diesen Sprechstunden sollen ein Erstgespräch, fachlich notwendige **Erstuntersuchungen, Anamnese, orientierende Erstdiagnostik und, falls erforderlich, eine psychotherapeutische Differenzialdiagnostik** sowie eine individuelle Beratung über **die indizierten** Versorgungsangebote möglich sein. Ziel der Sprechstunden ist insbesondere, eine kurzfristige Abklärung des Behandlungsbedarfs zu ermöglichen. **Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seinen Richtlinien Mindestanforderungen zu definieren.**

(...)

¹ Änderungsvorschläge fett gedruckt.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese Regelungen so rechtzeitig zu treffen, dass sie spätestens am 30. Juni 2016 in Kraft treten und auch tatsächlich Wirkung entfalten. Übergangsregelungen dazu, die zwar rechtzeitig zum 30. Juni 2016 in Kraft treten, gleichzeitig aber die Wirkung inhaltlicher Regelungen auf einen Zeitpunkt nach dem 30. Juni 2016 verschieben, sind damit nicht zulässig.

2. Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss zur schrittweisen Aufhebung von Befugniseinschränkungen

Änderungsvorschlag zu Nummer 14 (§ 73)

§ 73 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) In Absatz 2 wird Satz 2 wie folgt neu gefasst:

„Die Nummern 2 bis 4, 8, 10 bis 11, 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, sowie 7, soweit sich diese Regelung auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln oder Behandlung in Vorsorgeeinrichtungen bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“

Begründung zu Nummer 14 (§ 73)

Zu Buchstabe a

(...)

Zu Buchstabe b

Damit Patienten die für sie notwendigen Leistungen zeitnah erhalten, muss es Psychotherapeuten möglich sein, ins Krankenhaus einzuweisen und in diesem Zusammenhang Krankentransporte sowie Heilmittel, Soziotherapie und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu verordnen. Die insoweit bisher bestehenden Befugniseinschränkungen haben sich als Hindernis in der Versorgung der Versicherten erwiesen und werden daher aufgehoben.

In diesem Zusammenhang wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss in § 92 Absatz 6b mit Fristsetzung aufgegeben, seine Richtlinien zu ergänzen und zu regeln, in welchen Fällen Psychotherapeuten befugt sind, Heilmittel zu verordnen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird in § 92 Absatz 6b zur Evaluation verpflichtet und der für die Durchführung einer Evaluation erforderliche Datenaustausch ermöglicht.

Ergänzungsvorschlag zu Nummer 28a - neu - (§ 92 Absatz 6b neu)

In § 92 wird nach Absatz 6a folgender Absatz 6b angefügt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt bis zum 31. Dezember 2015 die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und Nummer 8 hinsichtlich der Verordnung von Krankenhausbehandlung, von damit in Zusammenhang stehenden Krankentransporten, von Soziotherapie und von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch Psychotherapeuten. Er beschließt bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, in welchen Fällen Psychotherapeuten befugt sind, Heilmittel zu verordnen. Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die mit den Beschlüssen nach Sätzen 1 und 2 verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2018 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut nach Satz 3 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend.“

Begründung zu Nummer 28a - neu - (§ 92 Absatz 6b neu)

Die Regelung in Satz 1 ist Folge des Wegfalls der Befugniseinschränkungen aus § 73 Absatz 2 Satz 2. Damit Psychotherapeuten in Zukunft Krankenhausbehandlung, damit im Zusammenhang stehende Krankentransporte, Soziotherapie und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können, hat der Gemeinsame Bundesausschuss die entsprechenden Richtlinien zu ergänzen.

Damit Patienten zeitnah die für sie notwendigen, die Psychotherapie ergänzenden Leistungen erhalten und diese Leistungen auf die psychotherapeutische Behandlung abgestimmt werden, muss es Psychotherapeuten möglich sein, bestimmte Heilmittel

zu verordnen. Beispielhaft hierfür sind die Ergotherapie als Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie sowie die Ergotherapie und Logopädie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Entwicklungsstörungen. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird über Satz 2 verpflichtet, in seinen Richtlinien das Nähere zu den Voraussetzungen der Verordnung dieser Versorgungsleistungen durch Psychotherapeuten zu regeln. Hierzu wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine Frist gesetzt.

Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen wird zur Evaluation des Versorgungsgeschehens einschließlich der finanziellen Auswirkungen verpflichtet und der für die Durchführung einer Evaluation erforderliche Datenaustausch ermöglicht.

3. Erweiterung des Spektrums psychotherapeutischer Leistungen

Ergänzungsvorschlag zu Nummer 5a - neu - (§ 28 Absatz 3)

§ 28 Absatz 3 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Die psychotherapeutische Behandlung umfasst die Tätigkeit von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten), die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der psychotherapeutischen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Zur psychotherapeutischen Behandlung gehört auch die Hilfeleistung anderer Personen, die von dem Psychotherapeuten angeordnet und von ihm zu verantworten ist.“

Begründung zu Nummer 5a - neu - (§ 28 Absatz 3)

Mit Satz 1 wird für psychotherapeutische Leistungen ein gesetzlicher Rahmen geschaffen, der den zeitnahen Zugang Versicherter zu psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde ermöglicht. Bisher sind Psychotherapeuten in probatorischen Sitzungen darauf beschränkt festzustellen, ob

und welche Psychotherapie indiziert ist und ob sie im Anschluss auf Basis eines individuellen Behandlungsplans die psychotherapeutische Behandlung selbst durchführen können. Der Rückgriff auf niedrigschwellige Angebote ist im Wesentlichen ausgeschlossen. Mit der Neufassung wird die Definition der psychotherapeutischen Behandlung auch strukturell an die Definition der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung angepasst. Dies erscheint auch mit Blick auf das mit dem Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention verfolgte Anliegen der Stärkung der Prävention notwendig.

Mit Satz 2 (neu) wird sichergestellt, dass eine psychotherapeutische Praxis z. B. auf qualifiziertes Praxispersonal zurückgreifen kann. Durch die Delegation diagnostischer und therapeutischer Teilaufgaben sowie die Entlastung von Organisationsaufgaben könnten Psychotherapeuten für eine orientierende Erstdiagnostik mehr Patienten versorgen. Diese Delegation wird Psychotherapeuten mit der Neufassung von § 28 Absatz 3 SGB V ermöglicht. Soweit Vertragsärzte Psychotherapie durchführen, ist dies bereits von Absatz 1 erfasst.

Satz 2 (alt) wird gestrichen. Die zwingende Vorgabe zu einem Konsiliarverfahren entfällt. Ein somatisch tätiger Arzt verfügt nicht über die Qualifikation, die Indikation einer Psychotherapie grundsätzlich infrage zu stellen. Gleichwohl bleibt eine somatische Abklärung obligatorisch. Dieses Erfordernis ergibt sich aber bereits aus § 1 Absatz 2 Satz 3 Psychotherapeutengesetz, sodass eine sozialrechtliche Doppelung verzichtbar ist.

4. Präzisierung der Aufgaben förderungsfähiger Praxisnetze

Änderungsvorschlag zu Nummer 26 (§ 87b)

§ 87b wird wie folgt geändert:

b) Absatz 2 Satz 2 wird durch folgende Sätze ersetzt:

„Der Verteilungsmaßstab hat der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen, **einschließlich der Versorgungsformen, die sich spezifisch der Versorgung psychisch kranker Menschen widmen**, angemessen Rechnung zu tragen. Für Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind, müssen gesonderte Vergütungsregelungen vorgesehen werden. Für solche Praxisnetze können auch eigene Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen nach § 87a Absatz 3 gebildet werden.“

Begründung zu Nummer 26 (§ 87b)

Zu Buchstabe b

Die Regelungen des neuen Satzes 2 entsprechen der alten Regelung im ersten Halbsatz des zweiten Satzes. **Er wird ergänzt um den Hinweis, dass kooperative Versorgungsformen, die sich gezielt der Versorgung psychisch kranker Menschen widmen, in die Förderung mit einbezogen werden. Dieser Verweis auf die Versorgung psychisch kranker Menschen ist notwendig, da diese Versorgungsformen bisher vernachlässigt wurden und nicht zu erwarten ist, dass sich dies ohne die Nennung dieser Versorgungsformen ändern wird. Die Vernetzung kann insbesondere das Ziel haben, Patienten zeitnah in die für sie indizierten Leistungsangebote zu vermitteln.** Im neuen Satz 3 wird klargestellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen zukünftig Praxisnetze fördern müssen, wenn die Praxisnetze von der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannt sind. Die Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze, insbesondere zu den Versorgungszielen, bestimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben zudem die Möglichkeit, Praxisnetze zusätzlich mit Mitteln des Strukturfonds zu fördern.

III. Bedarfsplanung – Kein Abbau notwendiger psychotherapeutischer Versorgung

1. Regelungen zur Praxisnachfolge

Änderungsvorschlag zu Nummer 33 (§ 103)

§ 103 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 3a wird die Angabe „Nummer 5 und 6“ durch die Angabe „Nummer 4 bis 6“ ersetzt.**

Begründung zu Nummer 33 (§ 103)

Es sollte nach wie vor im Ermessen des Zulassungsausschusses bleiben, ob er auf die Nachbesetzung von frei werdenden Praxen verzichtet. Andernfalls ist zu befürchten, dass die Formulierung „soll“ zu einem Automatismus führt, der die Stilllegung einer frei werdenden Praxis zur Folge hat, sobald diese in einem Planungsbereich liegt, der mindestens einen Versorgungsgrad von 110 Prozent aufweist und damit rechnerisch als „überversorgt“ ausgewiesen ist.

Psychotherapeuten am stärksten von „Soll“-Regelung betroffen

Entsprechend aktueller Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das zweite Quartal 2014 wären bei einer Umwandlung der bisherigen „Kann“-Regelung zur Ablehnung der Neubesetzung frei werdender Vertragsarztsitze in überversorgten Planungsbereichen in eine „Soll“-Regelung insgesamt 25.284 Niederlassungen betroffen. 7.439 hiervon entfielen auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Das sind fast ein Drittel (29,4 Prozent) der grundsätzlich von der „Soll“-Regelung bedrohten Niederlassungen (KBV, 2014).

Die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist damit die Arztgruppe, die am stärksten vom Abbau der Niederlassungen durch die geplante Gesetzesänderung bedroht ist – trotz unzumutbar langer Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Eine aktuelle Erhebung zeigt, dass ein Drittel der Patienten länger als ein halbes Jahr und jeder zweite bis zu drei Monate auf eine Psychotherapie wartet (DIE ZEIT, 2014)

Grundlegende Fehler in der Bedarfsplanung

Ursache für den voraussichtlich massiven Abbau psychotherapeutischer Praxen ist, dass heute 271 von 384 Versorgungsregionen in Deutschland für die Arztgruppe der Psychotherapeuten einen Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent aufweisen und damit auf dem Papier als überversorgt gelten. Insgesamt liegt damit rund ein Drittel der bestehenden psychotherapeutischen Niederlassungen oberhalb der Sperrgrenze. Dies ist Resultat grundlegender Fehler in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten. Bei der Ermittlung der Allgemeinen Verhältniszahlen (AVZ) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten wählte der Gemeinsame Bundesausschuss 1999 ein spezielles Verfahren. Es wurden nicht alle Leistungserbringer gezählt, die die entsprechenden Leistungen erbrachten und die nach den gesetzlichen Vorgaben zu zählen gewesen wären. Bei allen anderen Arztgruppen wurden zur Ermittlung der AVZ beim Ist-Zustand alle Leistungserbringer einbezogen, die der entsprechenden Arztgruppe angehörten. Bei der Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten nach den gesetzlichen Vorgaben alle ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzte gezählt werden und zudem alle Psychotherapeuten, die bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren. Dazu verweist das Gesetz in § 101 Absatz 3 SGB V auf die entsprechende Zulassungsregelung in § 95 Absatz 10 SGB V. Im Widerspruch dazu wurde seinerzeit in der Bedarfsplanungs-Richtlinie festgelegt, nur diejenigen zu zählen, die bis zum 31. August 1999 „rechts-wirksam zugelassen“ wurden. Das war jedoch aufgrund noch laufender Zulassungsverfahren nur ein Bruchteil der nach dem Gesetz zu zählenden Psychotherapeuten. Die AVZ bilden somit noch nicht einmal die ohnehin defizitäre Versorgungslage vor 1999 ab. Viele Psychotherapeuten erhielten ihre Zulassung erst nach zum Teil jahrelangen gerichtlichen Auseinandersetzungen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen. Dies führte zu einem Anstieg der zugelassenen Praxen von 1999 bis 2006 um gut 5.000 Psychotherapeuten, der insbesondere verwaltungstechnischen Verzögerungen geschuldet war.

Außerdem basieren die AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – anders als bei den anderen Facharztgruppen – nicht auf der Versorgungslage in den westdeut-

schen Bundesländern. Vielmehr wurde die damals aus historischen Gründen im Bereich der ambulanten Psychotherapie besonders schlechte Versorgungslage in den ostdeutschen Bundesländern mit einbezogen und bei der Ermittlung der AVZ für die Arztgruppe der Psychotherapeuten das gesamte Bundesgebiet zugrunde gelegt. Dies führte zu erheblichen Verzerrungen im Vergleich zu anderen Arztgruppen und schrieb die bestehende Unterversorgung fort.

Insgesamt sind die heutigen Verhältniszahlen keine geeignete Grundlage für die Entscheidung der Zulassungsausschüsse hinsichtlich der Verzichtbarkeit der Nachbesetzung eines freiwerdenden psychotherapeutischen Praxissitzes aus Versorgungsgründen. Auch der Sachverständigenrat hält die Kriterien der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten für ungeeignet.

Mit der Umwandlung der „Kann“-Regelung in eine „Soll“-Regelung droht, dass künftig auf der Grundlage der ungeeigneten Versorgungsgrade in rechnerisch überversorgten Regionen automatisch die Neubesetzung einer frei werdenden psychotherapeutischen Niederlassung abgelehnt wird.

Versorgungsgrade als Indikator für „Überversorgung“ ungeeignet

Eine Region gilt als „überversorgt“, wenn sie einen Versorgungsgrad von 110 Prozent aufweist. Der Versorgungsgrad ist jedoch kein geeigneter Indikator für die reale Versorgungssituation. Der Versorgungsgrad von zwei Städten bzw. Regionen mit vergleichbarer Versorgungsdichte kann nämlich um bis zu 100 Prozent voneinander abweichen, je nachdem welchem Planungsbereich sie zugeordnet werden.

Beispiel: Sowohl in Demmin als auch in Annaberg sind 10,5 Psychotherapeuten für die Versorgung von 100.000 Einwohnern vorhanden. Die beiden Städte gehören zu unterschiedlichen Planungstypen mit unterschiedlichen Verhältniszahlen. Deshalb beträgt der Versorgungsgrad in Demmin 64,0. In Annaberg liegt er hingegen bei 93,4 und ist damit beinahe um 50 Prozent höher, obwohl in beiden Gebieten gleich viele Psychotherapeuten für die Versorgung von je 100.000 Einwohnern zur Verfügung stehen.

Wie das Beispiel belegt, ist der Versorgungsgrad – jedenfalls im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung – kein Gradmesser für die reale Versorgungssituation. Er ist kein geeignetes Maß, um die Angemessenheit der Versorgung der Bevölkerung zu beurteilen. Anhand des Versorgungsgrades kann nicht festgestellt werden, ob eine Region tatsächlich überversorgt ist und demnach Sitze stillgelegt werden sollten. Es ist aber zu erwarten, dass die Frage, welche Sitze aus Versorgungsgründen nicht erforderlich sein sollen, ausschließlich oder zumindest in erster Linie am Versorgungsgrad festgemacht werden würde.

Auf die im Referentenentwurf vorgesehene Regelung des Doppelbuchstaben b sollte verzichtet werden. Ziel der Regelung in Doppelbuchstabe b ist es, Umgehungen der Regelung zum Abbau von Überversorgung zu verhindern. Ein zu langer Zeitraum – wie der von drei Jahren – birgt die Gefahr, dass der mit der Regelung zu privilegierten Praxisnachfolgern intendierte Schutz leerläuft. Verstirbt beispielsweise der Praxisinhaber nach zweieinhalb Jahren der Anstellung plötzlich, müsste die Praxis stillgelegt werden und der Angestellte seine Tätigkeit aufgeben. Einem Missbrauch kann auch wie bisher durch Anwendung der allgemeinen Rechtsgrundsätze wirksam entgegenge wirkt werden. Auch bisher kann trotz Anstellung und Jobsharing auf die Nachbesetzung verzichtet werden, wenn Anstellung oder Jobsharing nur für einen kurzen Zeitraum erfolgt, um die Regelung zum Abbau von Praxissitzen zu umgehen.

2. Transparenz über Leistungen Psychiatrischer Institutsambulanzen

Ergänzungsvorschlag zu Nummer 45 (§ 120)

§ 120 wird wie folgt geändert:

a) (...)

b) (...)

c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

aa) (...)

bb) In Satz 4 wird nach dem Wort „Institutsambulanzen“ das Wort „und“ durch das Wort „die“ ersetzt, nach dem Wort „Zentren“ die Wörter „und die medizinischen Behandlungszentren“ eingefügt, nach dem Wort „vereinbart“

die Wörter „; **dabei ist auch die Übermittlung von Informationen zu den Diagnosen, den erbrachten Leistungen und deren Häufigkeit sowie der Qualifikation der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten zu vereinbaren**“ eingefügt.

cc) ...

dd) Folgender Satz wird angefügt:

„Die Krankenkassen oder deren Verbände veröffentlichen jährlich einen einrichtungsbezogenen, aggregierten Bericht zum Leistungsgeschehen der Einrichtungen nach Satz 1 auf Grundlage der nach Satz 4 übermittelten Daten.“

Begründung zu Nummer 45 (§ 120):

Psychiatrische Institutsambulanzen werden nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten angerechnet, wenn keine belastbaren Daten über einen anderen Leistungsschwerpunkt der Einrichtung vorliegen. Diese Daten sind derzeit nicht verfügbar, sodass die Anrechnung unabhängig vom Leistungsgeschehen fast immer in dieser Arztgruppe erfolgt. Es liegt nahe, dass das Leistungsgeschehen in Psychiatrischen Institutsambulanzen schon aufgrund der rechtlichen Vorgaben zu den Institutsambulanzen allenfalls im Ausnahmefall dem einer psychotherapeutischen Praxis entsprechen kann. Daher werden die Parteien der Vereinbarung nach § 83 Absatz 1 mit dem neuen Halbsatz dazu verpflichtet, eine Regelung zur Übermittlung der zur Beurteilung dieser Frage notwendigen Daten zu treffen. Diese Verpflichtung besteht unabhängig von der Vereinbarung nach § 295 Absatz 1b Satz 4, die für die Weiterentwicklung des Krankenhausentgeltssystems relevant ist. Die Verpflichtung der Veröffentlichung aggregierter, aber einrichtungsbezogener Daten ist ein weiterer Schritt zur Herstellung der erforderlichen Transparenz.

3. Transparenz über Systemversagen in der Psychotherapie

Ergänzungsvorschlag zu Nummer 1a - neu - (§ 13 Absatz 3b)

In § 13 wird folgender Absatz 3b eingefügt:

„(3b) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit, welche Patienten mit welchen Diagnosen von den Krankenkassen die Kosten für welche psychotherapeutischen Leistungen nach Absatz 3 und Absatz 3a in welcher Höhe in den Jahren 2013 bis 2017 erstattet erhalten oder erhalten haben und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2018 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen zu erfassen und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt mit der Maßgabe entsprechend, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht einzubeziehen sind.“

Begründung zu Nummer 1a - neu - (§ 13 Absatz 3b):

Die Ausgaben für Kostenerstattung für Psychotherapie gemäß § 13 Absatz 3 SGB V haben sich in einem Zeitraum von zehn Jahren verzehnfacht. Der Anspruch auf Kostenerstattung greift dann, wenn Patienten eine unaufschiebbare Psychotherapie nicht rechtzeitig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erhalten. Die Steigerung legt nahe, dass die vertragspsychotherapeutische Versorgung nicht ausreicht, um Versicherte angemessen zu versorgen. Seit Mitte 2013 werden die Daten dazu vom Bundesministerium für Gesundheit nicht mehr veröffentlicht. Um beurteilen zu können, woran die angemessene Versorgung der Versicherten mit ambulanter Psychotherapie scheitert, wird das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beauftragt, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu evaluieren, welche Patienten mit welchen Diagnosen für welche psychotherapeutischen Leistungen auf die Kostenerstattung angewiesen sind, weil sie nicht rechtzeitig im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung versorgt werden können.

IV. Differenzierung und Weiterentwicklung der Versorgung

1. Entlassmanagement für psychisch kranke Menschen

Änderungsvorschlag zu Nummer 6 (§ 39)

§ 39 wird wie folgt geändert:

b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt. **Den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.** Das Krankenhaus kann mit Leistungserbringern nach § 95 Absatz 1 Satz 1 vereinbaren, dass diese Aufgaben des Entlassmanagements wahrnehmen (...).“

Begründung zu Nummer 6 (§ 39)

Psychisch kranke Menschen sind auf einen nahtlosen Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung angewiesen.

Die Ergebnisse des BARMER GEK Krankenhausreports (2011) zeigen, dass stationäre Wiederaufnahmen bei psychisch Kranken gehäuft in den ersten Tagen nach Entlassung auftreten. In den ersten drei Monaten nach Entlassung wurden 20 Prozent der Patienten mit der Diagnose einer depressiven oder Angsterkrankung erneut stationär aufgenommen. Danach steigt der Anteil der stationären Wiederaufnahmen nur noch langsam. Bei Patienten mit der Diagnose einer psychotischen Erkrankung sind die Wiederaufnahmeraten in den ersten drei Monaten mit bis zu knapp 50 Prozent in Abhängigkeit von der Symptomschwere bei Entlassung häufig noch höher (Weinmann & Becker, 2009).

Die Daten des BARMER GEK Reports zeigen auch, dass 70 Prozent der untersuchten Patienten eine Empfehlung für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung erhalten haben, aber nur knapp die Hälfte eine psychotherapeutische Behandlung in den ersten

vier Wochen nach Entlassung begonnen hat. Studien zeigen für Patienten mit psychotischen Erkrankungen, dass sich die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall erhöht, je später der erste ambulante Termin nach einem Krankenhausaufenthalt stattfindet. Als ein wesentlicher Qualitätsindikator für eine gute Versorgung von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gilt deshalb die Anzahl der Patienten, die in den ersten sieben Tagen nach Entlassung einen ambulanten Termin im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem wahrgenommen hat. Dieser Anteil beträgt Studien zufolge jedoch oft nur knapp 50 Prozent (Weinmann & Becker, 2009). Ein effektives Entlassmanagement kann helfen, diese Lücken zu schließen.

Dabei sind psychisch Erkrankte – häufiger als somatisch Erkrankte – auf eine multiprofessionelle ambulante Weiterbehandlung angewiesen. Neben einer gegebenenfalls erforderlichen medikamentösen Weiterbehandlung sind häufig insbesondere ambulante psychotherapeutische und soziotherapeutische Leistungen sowie Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege und komplementärer Dienste, wie sie zum Beispiel gemeindepsychiatrische Verbünde anbieten, indiziert. Durch eine ambulante, gemeinde-nahe und multiprofessionelle Behandlung können stationäre Wiederaufnahmeraten gesenkt und die soziale und berufliche Teilhabe psychisch kranker Menschen verbessert werden (S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2013).

Damit diese Aspekte bei der Vereinbarung eines Rahmenvertrags zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausreichend Berücksichtigung finden, ist die von der Bundespsychotherapeutenkammer vorgeschlagene Ergänzung in § 39 Absatz 1a (neu) erforderlich.

2. Evaluation des Fallmanagements für Bezieher von Krankengeld

Ergänzungsvorschlag zu Nummer 8 (§ 44)

In § 44 werden nach Absatz 3 folgende Absätze 4 und 5 angefügt:

„(4) Versicherte haben Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und

unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind. Die Krankenkasse darf die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erheben, verarbeiten und nutzen. **Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt für alle Krankenkassen verbindlich den Inhalt der Information und die zu erhebenden Daten fest.**

(5) Das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen evaluiert im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit die auf der Basis des Absatzes 4 von den Krankenkassen geleisteten Beratungen und Hilfestellungen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. August 2018 die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Krankenkassen zu erfassen und über den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an das Institut zu übermitteln. Neben den Daten der Krankenkassen sollten auch Daten aus einer Versichertenbefragung Eingang in die Evaluation finden.“

Begründung zu Nummer 8 (§ 44)

Langzeitarbeitsunfähigkeit und Krankengeldzahlungen sind für Menschen im erwerbsfähigen Alter ein existenzielles Thema. Zu der langanhaltenden Erkrankung kommt die Angst dazu, den Arbeitsplatz zu verlieren und den Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten zu können. Es ist daher sinnvoll, die Betroffenen bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit angemessen zu unterstützen. Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt daher das Vorhaben der Bundesregierung, Versicherte, die Krankengeld beziehen, individuell zu beraten und sie dabei zu unterstützen, Leistungen und unterstützende Angebote wahrzunehmen, die zur Wiedererreichung ihrer Arbeitsfähigkeit beitragen können.

Zusätzlich hält es die Bundespsychotherapeutenkammer jedoch auch für notwendig, die Wirksamkeit solcher Maßnahmen zu evaluieren und die Qualität der Beratungen zu überprüfen und zu sichern. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, das

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen mit dieser Aufgabe zu beauftragen, da es Aufgabe des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen ist, im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu arbeiten und die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen darzustellen.

Weiterhin schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, in diese Evaluation neben den Daten der Krankenkassen vor allem auch Daten aus Versichertenbefragungen einzubeziehen. Hintergrund ist, dass die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) in ihrem aktuellen Monitor Patientenberatung (UPD, 2014) darauf hinweist, dass die aktuelle Praxis der Unterstützung von Krankengeldbeziehern durch die Krankenkassen zu häufigen Beschwerden führt. In rund einem Viertel der Beratungsgespräche zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern, die von der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland geführt werden, steht das Thema Krankengeld im Fokus. Der Anteil von dokumentierten Hinweisen auf Problemlagen (19,4 Prozent) und Beschwerden (15,1 Prozent) ist hierbei im Vergleich zu anderen Beratungsthemen überdurchschnittlich hoch.

Die Beschwerden, die von Versicherten im Zusammenhang mit dem Bezug von Krankengeld geschildert werden, betreffen vor allem eine unvollständige und nicht an die individuelle Situation des Betroffenen angepasste Beratung, Falschinformationen sowie unangemessen intime Fragen über die familiäre Situation, die Zukunftsperspektiven und die Therapieversuche des Versicherten durch die Krankengeld-Fallmanager der Krankenkassen. Viele „Ratsuchenden [fühlen] sich von dem teilweise intensiven Krankengeld-Fallmanagement der Kassen unter Druck gesetzt“ (UPD, 2014, S. 38).

Um zu gewährleisten, dass die geplante Beratung von Krankengeldbeziehern zu Leistungen und unterstützenden Angeboten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Krankenkassen hilfreich und im Sinne der Versicherten ist, sollten daher neben den Daten der Krankenkassen auch Daten aus Versichertenbefragungen in die Evaluation eingehen, um die Wirksamkeit des Fallmanagements für Bezieher von Krankengeld durch die gesetzlichen Krankenkassen zu überprüfen und die Qualität der Beratungsleistungen sicherzustellen.

Des Weiteren sind datenschutzrechtliche Aspekte der geplanten Unterstützungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen von Relevanz. Den Krankenkassen liegen die für eine angemessene Unterstützung des Versicherten zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit notwendigen Daten in der Regel nicht vor. Daher sieht der Gesetzesentwurf in § 44 Absatz 4 vor, dass „[d]ie Krankenkasse [...] die dazu erforderlichen personenbezogenen Daten [...] erheben, verarbeiten und nutzen [darf]“; dies jedoch „nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten“.

Es kann davon ausgegangen werden, dass Versicherte im Krankengeldbezug in der Regel nicht von ihrem Recht Gebrauch machen werden, die Unterstützungsleistungen und die damit notwendige Erhebung personenbezogener Daten durch die Krankenkasse abzulehnen. Die betroffenen Versicherten befinden sich häufig in einer prekären Lage, die von langer Krankheit, der Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes und der Sorge um ein Ausbleiben der Krankengeldzahlungen und damit der Sicherung des Lebensunterhalts geprägt ist. Daher braucht es klare datenschutzrechtliche Vorgaben, um diesen Personenkreis von einer unverhältnismäßigen Datenerhebung, -speicherung und -nutzung durch die Krankenkassen zu schützen.

Auf die datenschutzrechtlichen Aspekte des Einholens personenbezogener Daten durch die Krankenkassen hat bereits der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hingewiesen. Aktuell ist es nämlich Praxis, dass die Krankenkassen zum Beispiel durch Selbstauskunftsbögen persönliche Informationen zu aktuellen Lebensumständen, gesundheitlichem Befinden und Behandlungen ihrer Versicherten einholen, wenn diese lange arbeitsunfähig sind. In diesem Zusammenhang habe der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit „[e]rhebliche Zweifel [...] an der Wirksamkeit der mit den Erhebungsbögen regelmäßig gleichzeitig erbetenen Einwilligung der Versicherten in die Übermittlung ihrer Gesundheitsdaten unmittelbar an die Krankenkasse. [...] Der Erklärende [muss] absehen können, welche konkreten Auskünfte von wem und zu welchem Zweck über ihn eingeholt werden. Diese Voraussetzungen sehe ich bei den hier verwendeten, formularmäßigen und sehr weit gefassten Schweigepflichtentbindungserklärungen durchweg nicht gegeben“ (BfDI, 2007, S. 131 f.).

Um den Datenschutz bei der Erhebung, Speicherung und Nutzung erforderlicher personenbezogener Daten sicherzustellen, schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer einheitliche Vorgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen für den Inhalt und den Umfang der Daten, die die Krankenkassen zur Unterstützung bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erheben dürfen, sowie für die Ausgestaltung der Informations- und Aufklärungspflicht gegenüber den Versicherten vor.

Damit kann auch vermieden werden, dass Krankenkassen mithilfe von Formblättern die Einwilligung ihrer Versicherten zur Datenübermittlung hinsichtlich einer Vielzahl von nicht relevanten Daten einholen.

3. Medizinische Versorgungszentren

Änderungsvorschläge zu Nummer 30 (§ 95)

§ 95 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 wird das Wort „fachübergreifende“ gestrichen und nach dem Wort „ärztlich“ die Worte „**oder psychotherapeutisch**“ eingefügt.

Begründung zu Nummer 30 (§ 95)

Die im Referentenentwurf vorgesehene Streichung des Wortes „fachübergreifende“ in Satz 2 sowie die sich darauf beziehenden Sätze greift zu kurz. Es sollte in Satz 2 ausdrücklich klargestellt werden, dass auch psychotherapeutisch geleitete Einrichtungen Medizinische Versorgungszentren sein können. Ansonsten ergäbe sich die sicherlich nicht intendierte Situation, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum, in dem nur Psychotherapeuten tätig sein möchten, einen Arzt einstellen müsste, da nach § 95 Absatz 1 Satz 4 (neu, 6 alt) auch die kooperative Leitung nur dann zulässig ist, wenn mehrere Berufsgruppen in einem Medizinischem Versorgungszentrum tätig sind. Zwar heißt nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer „ärztlich geleitet“ gemäß § 72 Absatz 1 Satz 2 auch „psychotherapeutisch geleitet“. Doch diese Auffassung wird offenbar nicht von allen geteilt. Mit der Klarstellung, dass auch Psychotherapeuten

Medizinische Versorgungszentren leiten können, erübrigt sich dann auch eine Sonderregelung zur kooperativen Leitung, wenn mehrere Berufsgruppen im Medizinischen Versorgungszentrum tätig sind.

4. Versorgung psychischer Erkrankungen von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen durch Medizinische Behandlungszentren

Änderungsvorschlag zu Nummer 44 (§ 119c)

„119c Medizinische Behandlungszentren

(1) Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung **körperlicher und psychischer Erkrankungen** bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden (...)

Begründung zu Nummer 44 (§ 119c)

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt das Gesetzesvorhaben zur Einrichtung von Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen. Sie unterstützt das Ziel, hiermit die medizinische Versorgung dieser Patientengruppe zu verbessern. Die Bundespsychotherapeutenkammer empfiehlt jedoch, explizit darauf hinzuweisen, dass die Medizinischen Behandlungszentren ein diagnostisches und therapeutisches Angebot für körperliche **und** psychische Erkrankungen bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen darstellen. Damit wird verdeutlicht, dass mit der Einrichtung dieser spezifischen Medizinischen Behandlungszentren nicht nur den besonderen Herausforderungen bei der Diagnostik und Behandlung von körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen Rechnung getragen, sondern auch ein Versorgungsangebot zur Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen geschaffen wird.

Solch ein spezialisiertes Angebot ist dringend notwendig, da die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen in Deutschland unzureichend ist (Dlubis-Mertens, 2005). Dies ist besonders bedenklich, da die Wahrscheinlichkeit, an einer psychischen Erkrankung zu leiden, bei Menschen mit Behinderungen erhöht ist. Das Risiko, innerhalb von zwei Jahren an einer psychischen Störung zu erkranken, ist bei Menschen mit geistiger Behinderung doppelt so hoch ist wie bei Menschen ohne geistige Behinderung (Smiley, Cooper & Finlayson, 2007). Auch bei körperlich behinderten Menschen ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen höher als bei nicht behinderten Menschen (Turner, Lloyd & Taylor, 2006).

Psychische Erkrankungen werden bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen jedoch bisher noch zu selten erkannt. Ursache hierfür ist, dass die Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerer Mehrfachbehinderung aufgrund der sozialen, kommunikativen und kognitiven Einschränkungen der Betroffenen deutlich erschwert ist (Turyin, Matson & Adams, 2014).

Psychische Erkrankungen werden außerdem zu selten angemessen behandelt. Menschen mit geistiger Behinderung erhalten nur selten Psychotherapie (Dlubis-Mertens, 2005). Entsprechend des aktuellen Gesundheitsreports der BARMER GEK werden 9,9 Prozent aller psychisch erkrankten Erwerbspersonen psychotherapeutisch behandelt. Bei Erwerbspersonen mit Intelligenzminderung (ICD-10 F10 - F79-Diagnosen) sind es hingegen lediglich 2,4 Prozent (BARMER GEK, 2014). Und das, obwohl Studien zeigen, dass psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderungen von einer Psychotherapie profitieren können (Vereenooghe & Langdon, 2013).

Ursache für die unzureichende Versorgung ist, dass die Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen besonderes Wissen, besondere Kompetenzen und besondere Rahmenbedingungen voraussetzen. Diese sind häufig in der ambulanten und stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung nicht in ausreichendem Maße vorhanden. Psychisch erkrankte Menschen mit geistiger Behinderung

oder schweren Mehrfachbehinderungen werden von den Angeboten der niedergelassenen Psychotherapeuten und Ärzte nur unzureichend erfasst. Ihre Gesundheitsversorgung bedarf über dies hinaus häufig eines multiprofessionellen Teams mit komplexen Leistungsangeboten. Daher ist es dringend notwendig, in den geplanten Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen auch spezialisierte Angebote zur Diagnostik und Behandlung psychischer Erkrankungen vorzuhalten und dies im Gesetz zu explizieren.

V. Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz

Mit Nummern 38 und 45 sieht der Referentenentwurf Änderungen in § 113 und § 120 SGB V vor, die die Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz betreffen könnten. Wir gehen davon aus, dass (redaktionell) übersehen wurde, dass Neuregelungen zu „Hochschulambulanzen“ (§ 117 SGB V) automatisch auch die Ambulanzen an Ausbildungsstätten nach § 117 Absatz 2 SGB V betreffen könnten. § 117 Absatz 1 SGB V definiert als Hochschulambulanzen „die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken“, wohingegen § 117 Absatz 2 auch Hochschulambulanzen an Psychologischen Universitätsinstituten und Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz mit unter der Gesamtüberschrift „§ 117 Hochschulambulanzen“ nennt. Jedenfalls halten wir es nicht für erforderlich, die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 113 SGB V auf die ausschließlich ambulant tätigen Ausbildungsstätten zu erstrecken, und nicht für sachgerecht, die bisherigen Rahmenvorgaben zur Vergütung der in den Ausbildungsstätten erbrachten ambulanten psychotherapeutischen Leistungen radikal zu ändern und der Vergütungsstruktur stationärer Leistungserbringer anzugleichen.

Derzeit erfolgt die Vergütung der Leistungen der Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz durch die Krankenkassen bundesweit ganz überwiegend einheitlich auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM, Einzelleistungsvergütung) und des Orientierungspunktwerts. Die in den Ambulanzen erbrachten Leistungen entsprechen inhaltlich vollständig den vertragsärztlichen Vorgaben (Psychotherapie-Richtlinie, Psychotherapie-Vereinbarung, EBM) und werden vergleichbar vergütet. Dies ist sachgerecht.

Demgegenüber wäre es sachwidrig und unangemessen, die Vergütung der Leistungen der Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz vollständig anders als die identischen Leistungen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu regeln und die Vorgaben zur Vergütungsstruktur den übrigen Hochschulambulanzen anzugleichen. Denn die übrigen Hochschulambulanzen sind mit den Ausbildungsstätten in Größe, Ausstattung, Betriebsführung, wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und Organisationsstruktur in keiner Weise vergleichbar.

Dabei sollte auch berücksichtigt werden, dass schon seit dem 1. Januar 2003 die Vergütung der Leistungen der Ausbildungsambulanzen direkt mit den Krankenkassen auf der Grundlage der derzeitigen rechtlichen Vorgaben erfolgt und bundesweit zu keinen nennenswerten Rechtsstreitigkeiten führte. Ohne Not sollten die rechtlichen Vorgaben für die Ausbildungsambulanzen daher nicht geändert werden.

VI. Literatur

- BARMER GEK (2014). Gesundheitsreport 2014 – Psychische Gesundheit im Erwerbsleben 30 – 6 – 1. Abrufbar unter: <https://firmenangebote.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Firmenangebote/Gesundheitsangebote-fuer-Beschaefigte/Gesundheit-im-Unternehmen/Gesundheitsfakten/Gesundheitsreport/Gesundheitsreport-2014.html#ac263672> [zuletzt abgerufen am 27.10.2014].
- BARMER GEK (2011). Krankenhausreport 2011. Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen.
- BfDI – Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2007). Tätigkeitsbericht 2005 und 2006 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit – 21. Tätigkeitsbericht. Abrufbar unter: http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/21TB_05_06.pdf?blob=publicationFile&v=5 [zuletzt abgerufen am 30.10.2014].
- DGPPN (Hrsg.) (2014). S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Springer Verlag.
- Dlubis-Mertens, K. (2005). Geistig Behinderte: Komplizierte Diagnostik und Therapie – Bestandsaufnahme in Berlin: Fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung oft unzureichend. Deutsches Ärzteblatt, 2, 82-83.
- DIE ZEIT (2014). Die Seele muss warten. Abrufbar unter: <http://www.zeit.de/2014/28/psychotherapie-therapieplatz-wartezeit> [zuletzt abgerufen am 04.11.2014].
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze (110 %) 2. Quartal 2014. Abrufbar unter: http://www.kbv.de/media/sp/14_10_27_Aerzte_oberhalb_Sperrgrenze_Wahlkreise2exklfz.pdf [zuletzt abgerufen am 04.11.2014].
- Smiley, E., Cooper, S. A., Finlayson, J., et al. (2007). Incidence and predictors of mental ill-health in adults with intellectual disabilities: Prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 191, 313-319.
- Turner, R. J., Lloyd, D. A. & Taylor, J. (2006). Physical disability and mental health: An epidemiology of psychiatric and substance disorders. *Rehabilitation Psychology*, 51 (3), 214-223.

- Turygin, N., Matson, J. L. & Adams, H. (2014). Prevalence of co-occurring disorders in a sample of adults with mild and moderate intellectual disabilities who reside in a residential treatment setting. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 1892-1808.
- Vereenoghe, L. & Langdon, P. E. (2013). Psychological therapies for people with intellectual disabilities: A systematic review and meta-analysis. *Research in Developmental Disabilities*, 34 (1), 4085-4102.
- Weinmann, S. & Becker P. (2009). Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. Psychiatrie-Verlag.
- UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014). Monitor Patientenberatung | 2014. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Abrufbar unter: http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf [zuletzt abgerufen am 27.10.2014].