

Stellungnahme

---

Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und  
bessere Versorgung  
(Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG)

Stellungnahme der BPTK zum Referentenentwurf des  
Bundesministeriums für Gesundheit

---

**17.08.2018**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Stufenweise Wiedereingliederung/Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 74, 92 SGB V)</b> .....	<b>4</b>
2.1	Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) .....	4
2.2	Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 92 SGB V) .....	5
<b>3</b>	<b>Terminservicestellen (§ 75 SGB V)</b> .....	<b>8</b>
3.1	Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten (§ 75 SGB V) .....	8
3.2	Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V) .....	9
<b>4</b>	<b>Vergütung (§§ 87, 87b SGB V)</b> .....	<b>10</b>
4.1	Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (§§ 87, 87b SGB V).....	10
4.2	Bessere Vergütung für Neuaufnahmen (§ 87 SGB V) .....	13
<b>5</b>	<b>Bedarfsplanung (§§ 90, 96, 101 und 103 SGB V)</b> .....	<b>13</b>
5.1	Stärkung der Kompetenz der Länder in der Bedarfsplanung (§§ 90, 96, 103 SGB V) .....	13
5.2	Präzisere Vorgaben für die psychotherapeutische Bedarfsplanung (§ 101 SGB V).....	16
5.3	Vergrößerung des Praxisumfanges bei Jobsharing und Anstellung (§ 101 SGB V).....	29
5.4	Befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 103 SGB V) .....	31
<b>6</b>	<b>Elektronische Patientenakte (§§ 291a, 291b SGB V)</b> .....	<b>34</b>
6.1	Zusammenführung ePA und ePF (§ 291a Absatz 3 SGB V).....	34
6.2	Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 291a Absatz 5 SGB V) .....	34
6.3	Alternative Zugriffsverfahren (§ 291a Absatz 5, Absatz 5c, § 291b Absatz 5 SGB V) .....	35
6.4	Bereitstellung von ePA-Lösungen durch Kassen (§ 291a Abs. 5c SGB V) .....	38
<b>7</b>	<b>Mindestsprechstunden (§ 19 Ärzte-ZV)</b> .....	<b>40</b>

## 1 Einleitung

Der vorliegende Referentenentwurf bietet die Chance, den Zugang zur Versorgung wesentlich zu verbessern. Um dies auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, greifen die Regelungen jedoch noch zu kurz.

Für Menschen mit psychischen Erkrankungen erfordert dies vor allem eine substanzielle Steigerung der Versorgungskapazitäten. Dafür braucht es eine Reform der Bedarfsplanung, die spezifische Regelungen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten trifft. Dabei sollte die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zur Grundlage der Bedarfsplanung gemacht werden, sowohl bei der Festlegung der Gesamtzahl der Psychotherapeuten als auch bei regionalen Anpassungen an die jeweilige Sozial- und Morbiditätsstruktur.

Da psychisch kranke Menschen überdurchschnittlich lange auf eine psychotherapeutische Behandlung z. B. erheblich länger als auf die Behandlung bei einem Psychiater warten, ist es kurzfristig erforderlich, die im Referentenentwurf geplante Aufhebung der Höchstgrenzen für die Zulassung auch auf die Arztgruppe der Psychotherapeuten anzuwenden. Unzureichend ist insbesondere die psychotherapeutische Versorgung außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet. Um diese kurzfristig zu verbessern und die extreme Spreizung der Verhältniszahlen bei den Psychotherapeuten zumindest auf das Niveau der anderen Arztgruppen zu verringern, sollten befristet bis zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Zulassungsbeschränkungen in den Planungsbereichen der Kreistypen 2 bis 6 aufgehoben werden. Zudem ist es notwendig, die Leistungsobergrenzen für Psychotherapeuten, die überlegen in ihrer Praxis jemanden einzustellen oder eine Job-sharingpartnerschaft einzugehen, substanziell anzuheben.

Für eine bessere Versorgung psychisch kranker Menschen ebenfalls relevant wären, über die Ansätze des Referentenentwurfs hinaus, eine Erweiterung des Auftrags an die Terminservicestellen und eine zusätzliche Anpassung bei der Vergütung der sprechenden Medizin.

Die Bereitstellung von elektronischen Patientenakten (ePA) durch die Kassen und die Möglichkeit, diese mit alternativen Zugriffsverfahren zu nutzen, stellen einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Patientenautonomie dar. Wesentlich ist hierbei, dass die Neuregelungen nicht zulasten des unverzichtbar höchsten Niveaus an Datenschutz und Datensicherheit gehen. Damit die Chancen der ePA in Zukunft auch Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassend nutzen können, ist zudem ein differenziertes Berechtigungsmanagement notwendig.

Psychotherapeuten kommt durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde eine wesentliche Rolle bei der Versorgungscoordination von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu. Um diese Aufgabe in Zukunft noch besser ausfüllen zu können, sollten Psychotherapeuten notwendige, die Psychotherapie ergänzende Leistungen auf die psychotherapeutische Behandlung abstimmen und verordnen können, dafür sollten die noch bestehenden Befugniseinschränkungen für Psychotherapeuten aufgehoben werden. Dazu gehört auch die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und die regelmäßige Überprüfung der Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung.

## **2 Stufenweise Wiedereingliederung/Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 74, 92 SGB V)**

### **2.1 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V)**

Die BPTK begrüßt die Regelung, dass bei längerer Arbeitsunfähigkeit regelhaft die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung geprüft werden soll. Bei psychischen Erkrankungen ist die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben von besonderer Relevanz. Im Vergleich zu vielen somatischen Erkrankungen gehen psychische Erkrankungen oft mit besonders langen Krankschreibungen einher. Für den Genesungsprozess psychischer Erkrankungen ist es jedoch häufig sinnvoll, dass Patienten nicht zu lang ganz aus dem Arbeitsprozess ausscheiden, da mit dem Wiederaufnehmen der Arbeit (in begrenztem Umfang) oft für die Genesung förderliche Bedingungen einhergehen, insbesondere Tagesstrukturierung, die Unterbrechung des sozialen Rückzugs und eine Verbesserung des Selbstwerts.

Psychotherapeuten haben die erforderliche diagnostische Kompetenz, um den aktuellen psychischen Zustand ihrer Patienten beurteilen und deren Belastbarkeit und Belastungsgrenzen sowie die spezifischen Anforderungen des aktuellen Arbeitsplatzes einschätzen zu können. Sie können damit für ihre Patienten auch besonders gut einschätzen, ob bei ihnen eine stufenweise Wiedereingliederung indiziert ist. Um diese Kompetenz auch im Sinne der Patientenversorgung und in Abstimmung mit der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlung nutzen zu können, bedarf es einer Änderung in § 73 SGB V, damit auch Psychotherapeuten die Befugnis erhalten, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen (siehe Änderungsvorschläge unter 7.2).

## 2.2 Aufhebung von Befugniseinschränkungen (§§ 73, 92 SGB V)

Für eine umfassende Versorgung von Patienten mit (insbesondere schweren) psychischen Erkrankungen ist es – neben der Befugnis Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen – relevant, dass Psychotherapeuten ihren Patienten geeignete Versorgungsmaßnahmen verordnen können. Dazu müssen für Psychotherapeuten die Einschränkungen bei der Verordnungsbefugnis aufgehoben werden. Im GKV-VSG ist dies bereits teilweise geschehen. Es fehlt jedoch nach wie vor die Befugnis, Heilmittel wie z. B. Ergotherapie oder häusliche psychiatrische Krankenpflege zu verordnen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auszustellen und eine stufenweise Wiedereingliederung zu initiieren. Die BPTK schlägt daher folgende Änderungen vor:

### Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 32 Buchstabe b) - neu- (§ 73 Absatz 2 SGB V)

32. § 73 wird wie folgt geändert:

a) In ~~§ 73~~ Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 werden nach dem Wort „Maßnahmen“ (...)

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) Satz 2 wird wie folgt geändert: „Satz 1 Nummer 2 bis 4, 6, ~~8~~, 10, 11 und 14 gilt nicht für Psychotherapeuten; ~~Satz 1 Nummer 9 gilt nicht für Psychotherapeuten, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht.~~“

bb) Satz 4 wird folgender Halbsatz angefügt: „Satz 1 Nummer 7 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von Krankentransporten sowie Krankenhausbehandlung; **sowie in Bezug auf die Verordnung von Ergotherapie als Heilmittel und auf die Verordnung von Hilfsmitteln soweit es die psychotherapeutische Versorgung betrifft.**“

cc) Nach Satz 4 wird folgender Satz 5 neu eingefügt: „**Satz 1 Nummer 8 gilt für Psychotherapeuten in Bezug auf die Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege.**“

dd) Satz 6 [neu] wird wie folgt geändert: „Das Nähere zu den Verordnungen durch Psychotherapeuten bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 6, **7**, 8 und 12.“

**Begründung:**

Psychotherapeuten kommt durch die Einführung der psychotherapeutischen Sprechstunde eine wesentliche Rolle bei der Versorgungscoordination von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu. Um diese Aufgabe angemessen ausfüllen zu können, sollten Psychotherapeuten notwendige, die Psychotherapie ergänzende Leistungen auf die psychotherapeutische Behandlung abstimmen und verordnen können.

Mit dem GKV-VSG (2015) haben Psychotherapeuten bereits die Befugnis erhalten, Patienten ins Krankenhaus einzuweisen sowie medizinische Rehabilitation, Soziotherapie und Krankentransporte zu verordnen. Damit Psychotherapeuten ihren Versorgungsauftrag und ihre Koordinierungsaufgabe in Zukunft noch umfassender wahrnehmen können, braucht es jedoch weiterer Aufhebungen von Befugniseinschränkungen für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Psychische Erkrankungen sind eine der Indikationen für die Verordnung von Ergotherapie. Dabei zielt die Ergotherapie auf die Behandlung der funktionellen Folgen und eine Verbesserung der Beeinträchtigungen durch die psychische Erkrankung ab. Ergotherapie bzw. Interventionen, die auch von Ergotherapeuten angeboten werden, finden sich zum Teil auch in Leitlinienempfehlungen für die Behandlung psychischer Erkrankungen wieder. Dabei wird in der Regel darauf abgehoben, dass Ergotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans angeboten werden soll. So wird Ergotherapie z. B. als Hirnleistungstraining/neuropsychologisch orientierte Behandlung im Rahmen der Neuropsychologischen Therapie sowie im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit entsprechenden Entwicklungsstörungen eingesetzt. Aber auch Behandlungsmaßnahmen zur Verbesserung der sozioemotionalen Kompetenz und der Interaktionsfähigkeit sowie der psychischen Stabilität, wie z. B. das „Skills Training“ aus der Dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) für Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung können als Ergänzung zur psychotherapeutischen Einzelbehandlung von Ergotherapeuten durchgeführt werden.

Die Verordnung von häuslicher psychiatrischer Krankenpflege kann wesentlich dazu beitragen, psychisch kranke Menschen in ihrem Alltag in Bezug auf ihre psychischen Beschwerden zu unterstützen. Ziel der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege ist die Unterstützung bei der Bewältigung von Krisensituationen sowie das Entwickeln von kompensatorischen Hilfen bei krankheitsbedingten Funktionsstörungen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Hierdurch können Krankenhausbehandlungen verkürzt oder vermieden werden.

Darüber hinaus können auch digitale Anwendungen die psychotherapeutische Behandlung ergänzen und die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Es gibt bereits eine Vielzahl an Studien, die die Wirksamkeit von Internetprogrammen bei psychischen Erkrankungen nachweisen konnten. Einige dieser evaluierten Programme sind mittlerweile als Medizinprodukt zertifiziert oder werden von einzelnen Krankenkassen für ihre Mitglieder bereitgestellt. Aus Sicht der BPTK sollten wirksame Internetprogramme zur Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zu den Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und entsprechend von Psychotherapeuten als Hilfsmittel verordnet werden können.

Für Psychotherapeuten sollte daher in § 73 SGB V die Befugnis eingeräumt werden, Ergotherapie als Heilmittel, aber auch Medizinprodukte wie zertifizierte internetgestützte Behandlungsprogramme als Hilfsmittel, sowie häusliche psychiatrische Krankenpflege zu verordnen. Der G-BA wird des Weiteren verpflichtet, in seinen Richtlinien das Nähere zu den Voraussetzungen der Verordnung dieser Versorgungsleistungen durch Psychotherapeuten zu regeln. Hierzu wird dem G-BA eine Frist gesetzt.

Die BPTK schlägt folgende Ergänzung vor:

#### **Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 47b - neu - (§ 92 Absatz 6b SGB V neu)**

47b. In § 92 wird nach Absatz 6a folgender Absatz 6b angefügt:

**„Der Gemeinsame Bundesausschuss ergänzt bis zum 31. Dezember 2019 die Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 6 und 7 hinsichtlich der Verordnung von Ergotherapie als Heilmittel, der Verordnung von Hilfsmitteln, der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege sowie der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeuten.“**

#### **Begründung:**

Als Folge des Wegfalls der Befugniseinschränkungen aus § 73 Absatz 2 Sätze 2, 4 und 5 SGB V, braucht es zudem eine Regelung zur Umsetzung in den Richtlinien nach § 92 SGB V. Nur so können sich diese Aufhebungen der Befugniseinschränkungen möglichst zeitnah in der Versorgung auswirken. Daher wird der G-BA in § 92 Absatz 6b SGB V mit Fristsetzung beauftragt, seine Richtlinien entsprechend zu ergänzen. Dies betrifft zum einen die Regelung der Befugnisse von Psychotherapeuten zur Verordnung von Ergotherapie, die Verordnung von Hilfsmitteln wie zertifizierte, internetgestützte Behandlungsprogramme, die eine Zulassung als Medizinprodukt haben und im Hilfsmittelverzeichnis enthalten sind, sowie die Verordnung häuslicher Krankenpflege in den jeweiligen Richtlinien des

G-BA. Daneben betrifft dies die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch Psychotherapeuten in der Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung des G-BA.

### 3 Terminservicestellen (§ 75 SGB V)

Die Weiterentwicklung der Terminservicestellen mit einheitlicher Nummer und besserer Erreichbarkeit kann für Patienten den Zugang zur Versorgung erleichtern. Damit die gewünschten Effekte auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen in vollem Umfang spürbar werden, sind jedoch weitere Konkretisierungen hinsichtlich der Aufgaben und zur Evaluation der Terminservicestellen erforderlich.

#### 3.1 Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten (§ 75 SGB V)

Für den Abbau von Wartezeiten und dieser Verbesserung des Zugangs zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen greifen die Regelungen zum Teil noch zu kurz. Insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die aufgrund der Schwere und Akuität ihrer Erkrankung einer unmittelbaren psychotherapeutischen Versorgung bedürfen, ist der Auftrag der Terminservicestellen entsprechend zu erweitern, damit eine unmittelbare ambulante psychotherapeutische Behandlung von Akutfällen sichergestellt werden kann. Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) schlägt daher folgende Anpassung für die Änderung von § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V vor:

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 35 a) II) (§ 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V)**

Artikel 1

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

35. § 75 wird wie folgt geändert:

a) (...)

II) Im bisherigen Satz 13 werden die Wörter „Ab Inkrafttreten des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 6a Satz 3 gelten die Sätze 2 bis 11 für“ durch das Wort „Für“ ersetzt und werden nach der Angabe „§ 28 Absatz 3“ die Wörter „gelten Satz 2 und 3 Nummer 1 **und Nummer 3<sup>1</sup>** sowie die Sätze ~~6~~**5** bis 12“ eingefügt.

---

<sup>1</sup> Änderungsvorschläge sind im Folgenden fett gedruckt.



### **Begründung:**

Die Eingrenzung des Vermittlungsauftrags der Terminservicestellen im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung auf die Fälle nach Satz 3 Nummer 1 stellt eine wesentliche Benachteiligung psychisch erkrankter Menschen gegenüber Menschen mit somatischen Erkrankungen dar. Die Vermittlung auf eine unmittelbare psychotherapeutische Versorgung sollte daher ebenfalls zum Portfolio der Terminservicestellen gehören. Bislang erfolgte eine Vermittlung auf eine unmittelbare ärztliche Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nur im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten. Künftig sollten die Terminservicestellen bzw. der Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigungen grundsätzlich den Auftrag erhalten, für Akutfälle einen Termin in der fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Praxis noch am selben Tag zu vermitteln. Die BPTK begrüßt in diesem Zusammenhang die Änderungen in § 87 Absatz 2a Satz 23 SGB V nach der mit Wirkung zum 1. April 2019 die Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall von allen Leistungserbringern abrechnungsfähig sind, die einen Versicherten in Akutfällen auf Vermittlung der Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 SGB V behandeln.

Darüber hinaus sieht der Referentenentwurf in § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V eine Eingrenzung der Regelung für die Psychotherapeuten auf die Sätze 6 bis 12 vor. Dies scheint ein redaktionelles Versehen zu sein, da zumindest in der Begründung lediglich darauf abgestellt wird, dass es sich an dieser Stelle um eine redaktionelle Folgeänderung handelt. Die Streichung des Bezugs auf Satz 5 hätte inhaltlich zur Folge, dass die maximale Wartezeit bei einer Vermittlung von Terminen bei Psychotherapeuten durch eine Terminservicestelle nicht länger auf vier Wochen begrenzt wäre. Auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine zeitnahe leitlinienorientierte Versorgung, sowohl zur diagnostischen Abklärung als auch für die Behandlung, sicherzustellen. Die Frist von maximal vier Wochen muss daher für die psychotherapeutische Versorgung weiterhin Gültigkeit behalten und darf bei einer Terminvermittlung über die Terminservicestellen nicht überschritten werden.

### **3.2 Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen (§ 75 Absatz 1a SGB V)**

Um die Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen angemessen weiterzuentwickeln und Transparenz über das tatsächliche Vermittlungsgeschehen in den Terminservicestellen herzustellen, schlägt die BPTK folgende Ergänzung in Absatz 1a im bisherigen Satz 10 vor:

## **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 35 a) jj) (§ 75 Absatz 1a bisheriger Satz 10 SGB V)**

35. § 75 wird wie folgt geändert:

a) (...)

jj) Der bisherige Satz 10 wird wie folgt geändert:

ddd) In der bisherigen Nummer 2 wird die Angabe „Satz 5“ durch die Angabe „Satz ~~7~~ 6“ ersetzt.

eee) In der bisherigen Nummer 3 wird die Angabe „Satz 7“ durch die Angabe „Satz 8“ ersetzt

**fff) Nach der neuen Nummer 5 wird folgende Nummer 6 angefügt:**

**„6. zur Dokumentation der Anfragen und Vermittlungsleistungen der Terminservicestellen je Arztgruppe.“**

### **Begründung:**

Bislang gibt es keine bundeseinheitliche Dokumentation der Zahl der Anfragen bei den Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach Arztgruppen, den geleisteten Terminvermittlungen in Relation zu den definierten zumutbaren Entfernungen je Arztgruppe, den Vermittlungsquoten je Arztgruppe und Vermittlungsanlass, den Mehrfachvermittlungen sowie zur tatsächlichen Inanspruchnahme der vermittelten Termine durch die anfragenden Patienten. Dies erschwert eine aussagekräftige Evaluation der Tätigkeit der Terminservicestellen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nach bisherigem Satz 15. Um eine bundeseinheitliche Datengrundlage sicherzustellen, sollen die Vertragspartner des BMV-Ärzte daher den Auftrag erhalten, in der Anlage 28 BMV Vorgaben für eine Dokumentation der Terminvermittlungen durch die Terminservicestellen zu vereinbaren.

Der Änderungsvorschlag in ddd) ist lediglich redaktioneller Natur.

## **4 Vergütung (§§ 87, 87b SGB V)**

### **4.1 Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (§§ 87, 87b SGB V)**

Im Referentenentwurf wird bereits die Notwendigkeit der Reform des EBM thematisiert und dem Bewertungsausschuss mit entsprechender Frist Vorgaben zur Überprüfung der betriebswirtschaftlichen Kalkulation bestimmter Leistungsbereiche gemacht. Um wirk-

sam den bestehenden Diskrepanzen bezüglich der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen und den Leistungen der somatischen Medizin einschließlich der technisch-diagnostischen Leistungen entgegenzuwirken und die daraus resultierenden Unterschiede bei den Erträgen zwischen Psychotherapeuten und anderen Arztgruppen zu vermindern, sind aus Sicht der BPtK darüber hinaus weitere Präzisierungen der gesetzlichen Vorgaben erforderlich. Die BPtK schlägt hierzu folgende Ergänzungen vor:

**Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 40 Buchstabe f) - neu - (§ 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V)**

40. § 87 wird wie folgt geändert:  
(...)

**f) In Absatz 2c wird Satz 6 wie folgt neu gefasst sowie folgender Satz 7 angefügt:**

„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten **mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein mit den anderen Arztgruppen vergleichbarer Ertrag erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.**“

**g) In Absatz 2d wird (...)**

Die BPtK schlägt des Weiteren folgende Ergänzung vor:

**Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 42a - neu - (§ 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V)**

42a. § 87b Absatz 2 Satz 4 wird wie folgt geändert:

„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung **der** psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit **mindestens zum Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e** gewährleisten.“

**Begründung:**

Die Einkommen der verschiedenen Facharztgruppen aus der Versorgung von GKV-Versicherten nach Abzug der Praxiskosten haben sich in den letzten Jahren weiter auseinanderentwickelt. Hiervon sind die Facharztgruppen der sprechenden Medizin und insbesondere die Arztgruppe der Psychotherapeuten in nachteiliger Weise betroffen. Die bisherigen gesetzlichen Regelungen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit für die psychotherapeutischen Leistungen fordern, haben sich als unzureichend erwiesen und konnten dieser Entwicklung nicht entgegenwirken. Nach den aktuellen Daten des Statistischen Bundesamtes verdienen somatisch tätige Ärzte drei bis viermal so viel wie Psychotherapeuten – und das bei weitgehend vergleichbarer Wochenarbeitszeit. Psychotherapeuten erzielen einen Reinertrag, also Umsatz abzüglich Kosten, in Höhe von 70.600 Euro, Ärzte hingegen im Durchschnitt von 258.000 Euro. Diese Unterschiede beruhen im Wesentlichen auf einer unzureichenden Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der Versorgung von gesetzlich Versicherten. Nach den Daten des ZI-Praxis-Panel 2015 arbeiten Psychotherapeuten im Durchschnitt 45 Stunden in der Woche im Vergleich zu 51 Stunden bei den Ärzten. Die Bewertungen psychotherapeutischer Leistungen im EBM führen jedoch lediglich dazu, dass Psychotherapeuten bei maximaler Arbeitsleistung gerade einmal den durchschnittlichen Ertrag der anderen (unterdurchschnittlich verdienenden) Arztgruppen der wohnortnahen Versorgung erzielen können. Die tatsächliche durchschnittliche Arbeitszeit der Psychotherapeuten ist dabei deutlich geringer als die in dem Rechenmodell des Bundessozialgerichts (BSG) angesetzte Arbeitszeit einer an der absoluten Belastungsgrenze arbeitenden psychotherapeutischen Praxis. Diese wird in der Realität nicht einmal von zwei Prozent der psychotherapeutischen Praxen erreicht. Für psychotherapeutische Praxen besteht zudem aus ökonomischer Sicht der strukturelle Nachteil, dass sie aufgrund der Zeitgebundenheit ihrer Leistungen und der persönlichen, nicht delegierbaren Leistungserbringung auch über keine Möglichkeiten verfügen, über Arbeitsverdichtung und Rationalisierung ihren Ertrag zu steigern.

In den letzten fast 20 Jahren waren die Entscheidungen des Bewertungsausschusses zur Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit darauf ausgerichtet, dass das vom BSG geforderte Mindesthonorar für eine psychotherapeutische Behandlungsstunde im Sinne eines Maximalhonorars umgesetzt wurde. Hierbei waren und sind Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich gezwungen, um wenigstens dieses Mindesthonorar auch tatsächlich zu erhalten, gegen ihren Honorarbescheid in jedem Quartal Widerspruch einzulegen. Dadurch wird das den Psychotherapeuten gesetzlich zustehende Honorar in der Regel erst mit einer jahrelangen Verzögerung ausgezahlt, nachdem der Bewertungsausschuss aufgrund erfolgreicher Klagen der Psychotherapeuten vor dem BSG die erforderlichen nachträglichen Anpassungen der Vergütung beschlossen hat.

Um diesem fortwährenden Missstand abzuhelpfen, ist eine Schärfung der gesetzlichen Vorgaben erforderlich, die zum einen eine jährliche Überprüfung der Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen durch den Bewertungsausschuss verlangt und zum anderen vorsieht, dass Psychotherapeuten nach Abzug der Praxiskosten bei vergleichbarem Arbeitseinsatz ein den anderen Facharztgruppen vergleichbares Einkommen erzielen können.

#### 4.2 Bessere Vergütung für Neuaufnahmen (§ 87 SGB V)

Die BPTK begrüßt die verbesserte Vergütung der Untersuchung, Beratung und Behandlung von Neupatienten, die sich aus der Änderung von § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 5 SGB V ergibt. Damit wird ein wirksamer Anreiz für das kurzfristige Bereitstellen von Behandlungszeiten gesetzt. In Bezug auf die psychotherapeutische Versorgung erfordert dies insbesondere eine verbesserte Vergütung psychotherapeutischer Sprechstunden und der psychotherapeutischen Akutbehandlung gemäß § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V.

### 5 Bedarfsplanung (§§ 90, 96, 101 und 103 SGB V)

Die BPTK befürwortet das Vorhaben des Gesetzgebers durch Neuregelungen im Bereich der Bedarfsplanung, die ambulante Versorgung zu verbessern und es Patienten zu ermöglichen, zeitnah eine notwendige Behandlung zu erhalten. Die psychotherapeutische Versorgung gehört zu den Versorgungsbereichen, die in besonderem Maße von Versorgungs- und Termenschwierigkeiten betroffen sind. Die BPTK sieht daher die Notwendigkeit, in den geplanten Regelungen zur Bedarfsplanung die Arztgruppe der Psychotherapeuten stärker zu adressieren.

#### 5.1 Stärkung der Kompetenz der Länder in der Bedarfsplanung (§§ 90, 96, 103 SGB V)

- **§ 96 Absatz 2 Satz 7 und 8 SGB V und § 103 Absatz 3b SGB V**

Die BPTK begrüßt, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden durch die Einfügung der Sätze 7 und 8 in § 96 sowie des Absatzes 3b in § 103 zukünftig ein Mitberatungsrecht in den Zulassungsausschüssen erhalten und das Recht haben, zusätzliche Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, zu beantragen, die dann vom Zulassungsausschuss zu erteilen sind.

Die BPTK schlägt ergänzend vor, diejenigen Gebiete eines Planungsbereichs, für die die Länder trotz angeordneter Zulassungsbeschränkung zusätzliche Zulassungen beantragen können, um das Merkmal „strukturschwach“ zu erweitern. In diesem Sinne schlägt die BPTK folgende Änderungen vor:

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 48 (§ 96 Absatz 2 Satz 7 und 8 SGB V)**

48. Dem § 96 Absatz 2 werden die folgenden Sätze angefügt:

„In den Zulassungsausschüssen für Ärzte wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung sowie das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen **oder strukturschwachen** Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.“

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 50 c) (§ 103 Absatz 3b SGB V)**

c) Nach Absatz 3a wird folgender Absatz 3b eingefügt

„(3b) In ländlichen **oder strukturschwachen** Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, sind auf Antrag der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden zusätzliche Zulassungen für eine Neuniederlassung zu erteilen. Die Bestimmung dieser ländlichen **oder strukturschwachen** Gebiete obliegt den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden anhand der Raumbesichtigung und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Die zusätzlichen Arztsitze sind in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemäß § 99 aufzustellenden Bedarfsplänen auszuweisen.“

#### **Begründung:**

Eine Regelung, die den Ländern ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen einräumt und ihnen die Möglichkeit gibt, in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen, zusätzliche Niederlassungen zu beantragen, die dann zu erteilen sind, eröffnet Chancen für sachgerechtere regionale Entscheidungen in der Bedarfsplanung. Nach § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V darf in den Regionen von den Bundesvorgaben in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bereits heute abgewichen werden, wenn regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern. Bislang wurde von dieser Möglichkeit jedoch kaum Gebrauch gemacht.

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen sind aufgrund ihrer spezifischen Interessenlagen häufig nicht in der Lage oder bereit, die erforderlichen Entscheidungen für eine Verbesserung der Versorgung zu treffen. Die Stärkung der Kompetenzen der zuständigen Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen kann sachgerechtere Entscheidungen in Kenntnis der regionalen Versorgungslage forcieren, gerade in ländlichen und strukturschwachen Räumen, in denen die Strukturen der Gesundheitsversorgung erhalten bzw. ausgebaut werden müssen.

Die BPTK schlägt ergänzend vor, die geplante Kompetenzerweiterung der Länder neben ländlichen auch auf strukturschwache Gebiete zu beziehen. Hintergrund ist, dass ein bedarfsgerechter Zugang zur ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung auch in strukturschwachen Regionen nicht gesichert sein kann, die laut der Gesetzesbegründung nicht als ländlich definiert werden (mehr als 100 Einwohner/km<sup>2</sup>) und die damit nicht von der neuen Regelung umfasst sind. Merkmale strukturschwacher Regionen sind z. B. geringe Wirtschaftskraft, stagnierende Bevölkerungsentwicklung, hohe Arbeitslosenquote, schlechte Erreichbarkeit und eine unterdurchschnittliche Gesundheitsversorgung.<sup>2</sup>

Um den Ländern die Möglichkeit zu geben, auch für diese Gebiete trotz angeordneter Zulassungsbeschränkungen zusätzliche Zulassungen zu beantragen, wäre es notwendig, dass Merkmal „strukturschwach“ in die Regelung aufzunehmen. Die Einfügung des Merkmals „strukturschwach“ würde auch dem Ziel des vorgelegten Gesetzesentwurfs gerecht werden, „die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen zu verbessern, indem die Grundlagen der Bedarfsplanung weiterentwickelt [...] werden.“

- **§ 90 Absatz 4 SGB V**

Die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden haben Kenntnisse zur infrastrukturellen Situation in den Planungsbereichen, die für eine bedarfsgerechte Planung der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung hilfreich sind. Die BPTK schlägt zur Stärkung der Mitwirkung der obersten Landesbehörden in den Landesauschüssen der Ärzte und Krankenkassen folgende Ergänzung vor:

#### **Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 47a - neu - (§ 90 Absatz 4 SGB V)**

47a. § 90 Absatz 4 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

---

<sup>2</sup> BBSR (2017). Regionen mit stark unterdurchschnittlichen Lebensverhältnissen. [Abrufbar unter: https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/Projekte/abgehaengte-regionen/abgehaengte-regionen.html](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/Projekte/abgehaengte-regionen/abgehaengte-regionen.html)

„Das Mitberatungsrecht umfasst auch das Recht **zur Antragstellung sowie** zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“

**Begründung:**

Das Mitberatungsrecht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen sowie das Recht zur Beantragung zusätzlicher Zulassungen in ländlichen Gebieten eines Planungsbereichs, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, führt dazu, dass lokalen Versorgungsbedürfnissen besser gerecht werden kann. Gleichwohl ist das Antragsrecht und die Folge, dass auf den Antrag hin die zusätzlichen Zulassungen erteilt und ausgeschrieben werden müssen, die Ultima Ratio. Das Antragsrecht kommt erst dann zum Tragen, wenn die Beratungen in den Landesauschüssen nicht zu den gewünschten Ergebnissen führen. Aus diesem Grund sollte die Mitwirkung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden nicht nur bei den Zulassungsausschüssen eingeführt, sondern bei den für die Feststellung der Überversorgung und Anordnung der Zulassungsbeschränkungen zuständigen Landesauschüssen der Ärzte und Krankenkassen gestärkt werden. Die obersten Landesbehörden für die Sozialversicherung sollten auch hier ein Antragsrecht erhalten.

## 5.2 Präzisere Vorgaben für die psychotherapeutische Bedarfsplanung (§ 101 SGB V)

- **§ 101 Absatz 1 und Absatz 4 SGB V**

Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf plant der Gesetzgeber, die Frist für den G-BA zur Umsetzung des ihm im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) gegebenen Auftrags zur Überprüfung und Weiterentwicklung der Bedarfsplanungs-Richtlinie von ursprünglich 1. Januar 2017 auf den 1. Juli 2019 zu verschieben, mit der Begründung, dass das vom G-BA in Auftrag gegebene wissenschaftliche Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung im Herbst 2018 vorliegen soll. Diese immense Verzögerung der Reform der Bedarfsplanung hat für psychisch kranke Menschen die Konsequenz, dass sie weiterhin monatelang auf eine Psychotherapie warten müssen oder völlig unversorgt bleiben. Offen bleibt außerdem, ob der G-BA 2019 mit der Reform der Bedarfsplanung sachgerechte Entscheidungen treffen wird, die die Versorgung psychisch kranker Menschen tatsächlich nachhaltig verbessern werden. Die Erfahrung zeigt, dass davon nicht mit Sicherheit ausgegangen werden kann. So hat der G-BA beispielsweise im Vorfeld seines Auftrags, die Sonderregelung für das Ruhrgebiet im G-BA zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen (§ 65 Absatz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie), ein Gutachten beim IGES-Institut zur



Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet in Auftrag gegeben.<sup>3</sup> Entsprechend des Gutachtens sind rund 550 zusätzliche psychotherapeutische Sitze erforderlich, damit im Ruhrgebiet genauso viele Menschen psychotherapeutisch versorgt werden können wie in vergleichbaren Agglomerationsräumen in Deutschland.<sup>4</sup> Der G-BA hat jedoch dieses wissenschaftlich fundierte Ergebnis übergangen und beschlossen, dass nur 85 neue Sitze entstehen können.<sup>5</sup>

Ursache dafür, dass der G-BA trotz wissenschaftlicher Expertise keine sachgerechten Entscheidungen bezüglich der psychotherapeutischen Bedarfsplanung treffen kann, sind die gleichgerichteten Interessen der beiden wesentlichen Akteure im G-BA. Bei den Krankenkassen führt die extrabudgetäre Vergütung des größten Teils psychotherapeutischer Leistungen – bei kurzfristiger und sehr verengter Betrachtung – zu dem ökonomischen Anreiz, einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung zu verhindern. Aber auch die KBV hat wenig Anlass, einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung voranzutreiben, da die Ausgaben für zusätzliche Psychotherapeutensitze potenziell zulasten der Einkommensposition der niedergelassenen Ärzte gehen könnten. Die gleichgerichteten Interessen der beiden wichtigsten Akteure im G-BA führen dazu, dass der G-BA bei der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht zu sachgerechten Entscheidungen kommen kann.

Wenn der Gesetzgeber das bereits im GKV-VSG gesetzte Ziel erreichen will, insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu einer stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Bedarfsplanung zu kommen (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V), ist es aus Sicht der BPTK unerlässlich, dass der Gesetzgeber dem G-BA mit dem geplanten Gesetz präzisere, patientenorientierte Vorgaben für die Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten macht. Der Gesetzgeber sollte den G-BA beauftragen, einen spezifischen Ansatz für die Bedarfsplanung der Arztgruppe der Psychotherapeuten umzusetzen.

Wenn der Gesetzgeber die im Folgenden vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen für die Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten im geplanten Gesetz aufnehmen würde, wäre es für den G-BA möglich, bis zum 1. Juli 2019 die Bedarfsplanung

---

<sup>3</sup> IGES (2017). Gutachten zur Erhebung der Versorgungssituation im Ruhrgebiet. Abrufbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15\\_BPL-RL\\_Abnahme\\_EB\\_IGES\\_mit\\_Anlage.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2978/2017-06-15_BPL-RL_Abnahme_EB_IGES_mit_Anlage.pdf).

<sup>4</sup> BPTK (2017). Stellungnahme zum Beschlussentwurf des G-BA zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet. Abrufbar unter: [https://www.bptk.de/uploads/media/20171019\\_stn\\_bptk\\_bpl-rl\\_ruhrgebiet.pdf](https://www.bptk.de/uploads/media/20171019_stn_bptk_bpl-rl_ruhrgebiet.pdf).

<sup>5</sup> G-BA (2017). Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Ruhrgebiet. Abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/3148/>.

für die Arztgruppe der Psychotherapeuten so zu reformieren, dass die Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie, insbesondere außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet, sowie die extreme Spreizung der vorgegebenen Verhältniszahlen zwischen Großstädten und Regionen außerhalb von Ballungszentren reduziert werden können. Die BPTK schlägt zur Umsetzung des Konzeptes für die Bedarfsplanung der Arztgruppe der Psychotherapeuten folgende Änderung vor:

**Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe b) - neu - (§ 101 Absatz 1 SGB V)**

49.

a) (...)

b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

**„Für die Arztgruppe nach Absatz 4 sind auf der Basis einer bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte, die auf dem Stichtag gemäß Absatz 4 Satz 2 aufsetzt, die Verhältniszahlen je Planungsbereich in Abhängigkeit von wesentlichen Einflussfaktoren des regionalen Versorgungsbedarfs, insbesondere der Morbiditäts- und Sozialstruktur, den Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen sowie der spezifischen Inanspruchnahme, festzulegen.“**

c) Nach dem neuen Satz ~~7~~**8** wird folgender Satz eingefügt:

„Er kann innerhalb der einzelnen Arztgruppen nach Fachrichtungen (...)"

**Begründung:**

Bereits im Juli 2015 wurde mit dem GKV-VSG der G-BA mit einer Reform der Bedarfsplanung beauftragt, bei der er insbesondere für die Arztgruppe der Psychotherapeuten Regelungen zu treffen hatte (vgl. § 101 Absatz 1 Satz 7 SGB V). Bis heute ist es dem G-BA nicht gelungen, diesen gesetzgeberischen Auftrag umzusetzen. Dies hat zur Folge, dass Menschen vielerorts immer noch viel zu lange auf eine psychotherapeutische Versorgung warten müssen. Aktuelle Erhebungen zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie des Sachverständigenrats für die Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (2018)<sup>6</sup> sowie der BPTK (2018)<sup>7</sup> zeigen übereinstimmend, dass Menschen im Durchschnitt vier bis fünf Monate auf den Beginn einer ambulanten Richtlinien-Psychotherapie warten. Besonders lang sind die Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet.

---

<sup>6</sup> SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).

<sup>7</sup> BPTK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

Dort warten Menschen im Durchschnitt fünf bis sechs, im Ruhrgebiet sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie.

- **Arztgruppenspezifische Lösungen notwendig**

Die extreme Verzögerung bei der Umsetzung des Auftrages zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den G-BA zeigt, dass präzisere, arztgruppenspezifische Vorgaben notwendig sind. Aus Sicht der BPTK sollten in den Fällen, in denen bereits Informationen und Daten für einzelne Arztgruppen existieren, diese auch genutzt werden, um die Bedarfsplanung arztgruppenspezifisch weiterzuentwickeln. Für die Arztgruppe der Psychotherapeuten liegen mit den Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen des Robert Koch-Instituts (DEGS1-MH-Studie<sup>8</sup>) bevölkerungsrepräsentative Daten vor, auf Basis derer ein Einbezug der Morbiditäts- und Sozialstruktur und damit eine stärker am tatsächlichen Bedarf orientierte Bedarfsplanung gelingen kann. Da die DEGS1-MH-Daten alle für die psychotherapeutische Versorgung wesentlichen psychischen Erkrankungen erfassen, können sie für die Abbildung der Morbiditätsstruktur in der psychotherapeutischen Bedarfsplanung herangezogen werden.

Solche bevölkerungsrepräsentativen und das gesamte Diagnosespektrum umfassenden Daten liegen für andere Arztgruppen in dieser Form nicht vor. Dies sollte jedoch kein Grund sein, dass der mit diesen Daten mögliche Zugang zu einer substanziellen Versorgungsverbesserung ungenutzt bleibt. Die verfügbaren Daten sollten dazu verwendet werden, für psychisch kranke Menschen eine Annäherung an den tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf zu erreichen.

Dass der G-BA arztgruppenspezifische Regelungen in der Bedarfsplanung findet, zeigt zum Beispiel die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie in Folge des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (2012). Damals hatte der Gesetzgeber gefordert, dass die Planungsbereiche so festzulegen sind, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Wenn notwendig, sei es hierbei auch möglich, eine Differenzierung zwischen den Arztgruppen vorzunehmen. Infolge dessen hat der G-BA beschlossen, dass, aufgrund der Notwendigkeit einer wohnortnahen hausärztlichen Versorgung, die Arztgruppe der Hausärzte abweichend von den anderen Arztgruppen auf Mittelbereichsebene mit einer einheitlichen Verhältniszahl von 1.671 beplant werden soll (Beschluss des G-BA vom 20. Dezember 2013).

---

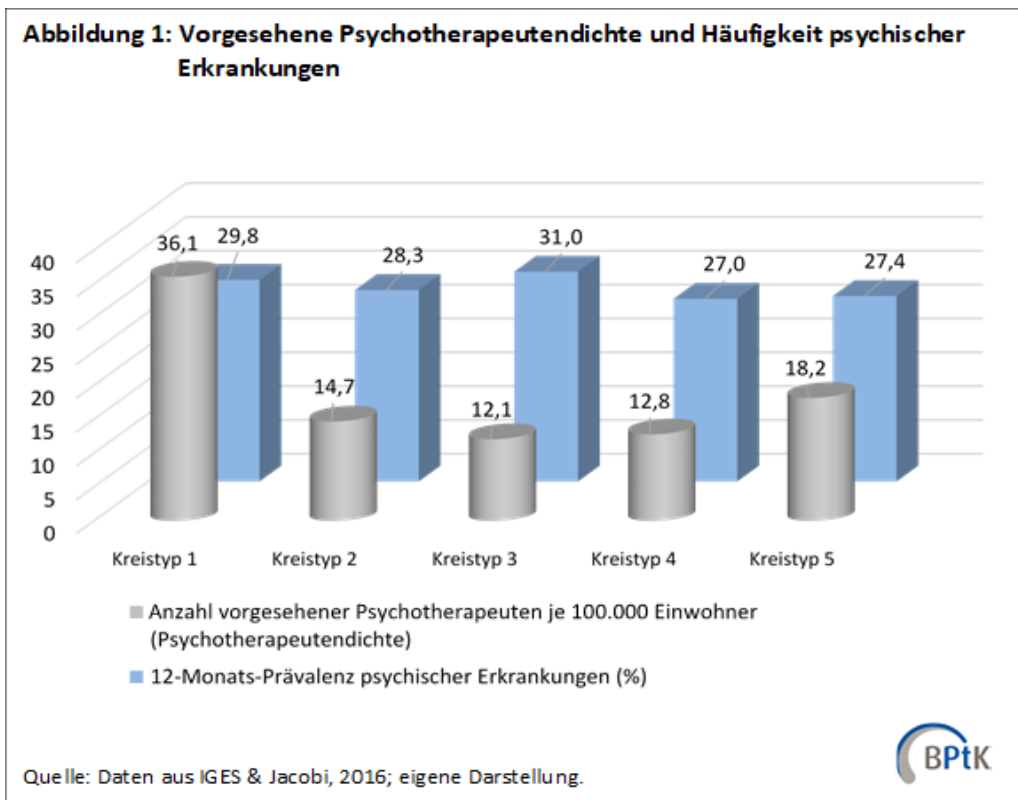
<sup>8</sup> Jacobi et al. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23 (3), 304-319.

- **Neues Konzept für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung**

Dieses Beispiel zeigt, dass es kein Sonderweg ist, arztgruppenspezifische Regelungen im Rahmen der Bedarfsplanung zu treffen. Die BPTK schlägt vor, die bestehenden Daten zur psychischen Morbidität des Robert Koch-Instituts zu nutzen, um die Bedarfsplanung der Arztgruppe der Psychotherapeuten stärker an der Morbidität auszurichten. Ein schlüssiges und umfassendes Konzept für eine Reform der Bedarfsplanung liegt vor, welches auf diesen Daten fußt und mit dem es möglich ist, die Wartezeiten in der Psychotherapie, insbesondere außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet, zu reduzieren. Die BPTK schlägt vor, dass im Folgenden beschriebene Konzept gesetzlich zu verankern und dem G-BA damit konkrete Vorgaben für die Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten zu machen.

*Morbiditätsstruktur widerspricht Spreizung der Verhältniszahlen*

Ausgangspunkt des Konzepts der BPTK für eine Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung sind die Daten des Robert Koch-Instituts zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen. Eine Analyse dieser Daten zeigt, dass die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zwischen den Kreistypen der Bedarfsplanung nur minimal schwankt. Dies widerspricht der großen Spreizung der entsprechend der aktuellen Bedarfsplanung als notwendig erachteten Psychotherapeutendichte je Kreistyp (vgl. Abbildung 1). Die Morbiditätsstruktur legt vielmehr eine deutlich gleichmäßigere Verteilung der Psychotherapeutesitze nahe. In der Konsequenz wäre daher – anstelle von kreistypenspezifischen Verhältniszahlen – der Planung der Psychotherapeutesitze in einem ersten Schritt und als Ausgangspunkt für weitere Anpassungen eine bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte zugrunde zu legen.



### Einbezug von Morbiditäts- und Sozialstruktur

Auf der Basis dieser bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte sollten die tatsächlichen Verhältniszahlen in den Planungsbereichen dann in Abhängigkeit von wesentlichen Einflussfaktoren des regionalen Versorgungsbedarfs festgelegt werden. Zu den wichtigen Faktoren, die die psychische Morbidität und damit den Versorgungsbedarf beeinflussen, gehören soziodemografische Merkmale. So zeigt eine Analyse von IGES und Jacobi<sup>9</sup>, dass

- Frauen häufiger psychisch krank sind als Männer. Sie haben ein 1,5-fach erhöhtes Risiko, psychisch erkrankt zu sein (34,4 vs. 22,4 Prozent).
- die Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit dem Alter abnimmt. Bei 18- bis 34-Jährigen liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei 36,2 Prozent, bei Über-65-Jährigen bei 20,5 Prozent.
- die Häufigkeit psychischer Erkrankungen mit höherem Bildungsniveau abnimmt. Menschen ohne Schulabschluss sind beispielsweise häufiger psychisch krank als Menschen mit Hochschulreife (43,6 vs. 25,0 Prozent).

<sup>9</sup> IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutenplätze. Abrufbar unter: [www.iges.com](http://www.iges.com).

- Arbeitslosigkeit mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen einhergeht. Arbeitslose Menschen sind etwa doppelt so häufig psychisch erkrankt wie Menschen, die berufstätig sind (49,6 vs. 27,2 Prozent).

Mit dem von IGES<sup>10</sup> entwickelten Bedarfsindex können über Informationen aus den Planungsbereichen bezüglich der Geschlechts- und Altersverteilung der Bevölkerung, dem Bildungsniveau und der Arbeitslosenquote<sup>11</sup> die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den einzelnen Planungsbereichen ermittelt werden. So ist zum Beispiel in einem Planungsbereich, in dem viele junge Frauen mit geringem Bildungsniveau leben, die Häufigkeit psychischer Erkrankungen höher als in einem Planungsbereich mit vielen älteren Männern und geringer Arbeitslosenquote. Die so ermittelte Häufigkeit schwankt zwischen den Planungsbereichen innerhalb einer Bandbreite von 23,4 bis 31,8 Prozent. Der Bundesdurchschnitt beträgt 27,8 Prozent. Die bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte muss dann hinsichtlich dieser Morbiditätsunterschiede in den einzelnen Planungsbereichen angepasst werden (für ein Beispiel vgl. Kasten 1, S. 29).

#### *Berücksichtigung von Mitversorgungsbeziehungen*

Neben regionalen Unterschieden in der Morbiditätsstruktur gibt es weitere Faktoren, die den regionalen Versorgungsbedarf beeinflussen. Ein solcher Faktor sind die Mitversorgungsbeziehungen zwischen Planungsbereichen. Mitversorgungsbeziehungen sollten unabhängig von den Angebotsstrukturen über externe Indikatoren erfasst und in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Eine Möglichkeit stellt die Schätzung regionaler Mitversorgungseffekte über Berufspendlerbewegungen dar. Die Prämisse dieses Ansatzes ist, dass Berufspendler Psychotherapie in der Regel in der Nähe ihres Arbeitsplatzes wahrnehmen möchten, die nicht-berufstätige Bevölkerung (v. a. Kinder und ältere Menschen) hingegen in der Regel eine wohnortnahe psychotherapeutische Versorgung präferiert. Die Mitversorgung kann über die Differenz von Ein- und Auspendlerquote je Planungsbereich geschätzt werden.<sup>12</sup> Je nachdem, ob ein Ein- oder ein Auspendlerüberschuss in dem jeweiligen Planungsbereich vorliegt, wird die regionale Verhältniszahl angepasst (vgl. Beispiel in Kasten 1, S. 29).

---

<sup>10</sup> IGES & Jacobi, F. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten – Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abrufbar unter: [www.iges.com](http://www.iges.com).

<sup>11</sup> Die Daten stehen für jeden Planungsbereich in den Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zur Verfügung, [www.inkar.de](http://www.inkar.de).

<sup>12</sup> Die Daten zu den Ein- und Auspendlerquoten stehen für jeden Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt in den Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung zur Verfügung, [www.inkar.de](http://www.inkar.de).

### *Höheres Nachfrageverhalten in Großstädten berücksichtigen*

Ein weiterer Faktor, der den regionalen Versorgungsbedarf beeinflusst und der in der Bedarfsplanung berücksichtigt werden sollte, ist das regionale Inanspruchnahmeverhalten von Versorgungsleistungen. Daten aus der DEGS1-MH-Studie zeigen, dass die Inanspruchnahme professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden mit dem Urbanisierungsgrad steigt.<sup>13</sup> In Städten mit mehr als 500.000 Einwohnern geben 42,8 Prozent derjenigen mit einer psychischen Erkrankung an, jemals in ihrem Leben professionelle Hilfe (z. B. bei Beratungsstelle, Hausarzt, Psychotherapeuten, Klinik) wegen psychischer Beschwerden in Anspruch genommen zu haben. In Orten mit einer Bevölkerungsgröße von 100.000 bis 500.000 Einwohnern sind es 41,9 Prozent, zwischen 20.000 und 100.000 Einwohnern 41,7 Prozent und in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern 39,3 Prozent. Wenn man den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf an diese Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten anpasst, führt das beispielsweise dazu, dass der Bedarf in Großstädten etwa neun Prozent über dem Bedarf in Orten mit weniger als 20.000 Einwohnern liegt (vgl. Beispiel in Kasten 1, S. 29).

Die BPTK schlägt des Weiteren folgende Änderung vor, um die Basis für die bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte, die der Ausgangspunkt für die Ermittlung der Verhältniszahlen in den Planungsbereichen anhand der beschriebenen Faktoren ist, bedarfsorientiert festzulegen:

### **Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe e) - neu - (§ 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V)**

49. (...)

e) § 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V wird wie folgt neu gefasst:

„Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe ~~erstmal~~ zum Stand vom ~~1. Januar 1999~~ **31. Dezember 2014** zu ermitteln.“

### **Begründung:**

Entsprechend des Konzepts der BPTK für eine Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sollten – ausgehend von einer bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte – die Verhältniszahlen je Planungsbereich in Abhängigkeit von wesent-

---

<sup>13</sup> Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

lichen Einflussfaktoren des regionalen Versorgungsbedarfs, insbesondere der Morbiditäts- und Sozialstruktur, den Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen sowie der spezifischen Inanspruchnahme, festgelegt werden.

- **Neuer Stichtag für bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte**

Es gibt bislang keine belastbaren Befunde zur absoluten Höhe des tatsächlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs in Deutschland. Daher muss die bundesdurchschnittliche Psychotherapeutendichte, die Ausgangspunkt für die Festlegung der Verhältniszahlen je Planungsbereich ist, weiterhin normativ gesetzt werden. Diese Setzung sollte jedoch so versorgungsorientiert wie möglich erfolgen. Um sich dem tatsächlichen Versorgungsbedarf anzunähern, ist es notwendig, den Stichtag für die Berechnung der bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte gesetzlich neu festzulegen.

*Fehler der bisherigen Bedarfsplanung korrigieren*

Der erste Schritt hin zu einer bedarfsorientierten bundesdurchschnittlichen Versorgungsdichte für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist die Korrektur der Fehler, die bei der Einführung der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten gemacht worden sind. Die Festlegung des Stichtags (31. August 1999) nur acht Monate nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als größte Leistungserbringergruppe in diesem Versorgungsbereich erstmalig regulär in die ambulante psychotherapeutische Versorgung integriert wurden, führte dazu, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten – im Gegensatz zu den Verhältniszahlen anderer Arztgruppen – keine über viele Jahre gewachsene Versorgungsstruktur abbilden.

Zudem wurden mit dem festgelegten Stichtag nicht einmal diejenigen Psychotherapeuten auch nur annähernd vollständig erfasst, die vor dem Psychotherapeutengesetz über das Delegationsverfahren oder über die Kostenerstattung an der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beteiligt gewesen waren und einen Anspruch auf eine Kassenzulassung hatten. Es wurden nur die erfasst, deren Zulassungsverfahren zu diesem Zeitpunkt „rechtswirksam“ abgeschlossen war. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legten teilweise aber systematisch gegen Zulassungen Rechtsbehelfe ein, sodass die Zulassungsverfahren viel länger dauerten. Es kann davon ausgegangen werden, dass erst Ende 2004 abschließend über alle Zulassungsverfahren entschieden worden war.



Darüber hinaus wurde bei der Festlegung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten die Anzahl der Psychotherapeuten in Gesamtdeutschland zugrunde gelegt und nicht – wie bei anderen Facharztgruppen – in den alten Bundesländern. In den neuen Bundesländern waren die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen 1999 jedoch noch im Aufbau begriffen. Dass die Anzahl der zugelassenen Psychotherapeuten in den neuen Bundesländern in der Berechnung der Verhältniszahlen berücksichtigt wurde, trägt bis heute dazu bei, dass die Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten nicht annähernd Vorgaben für eine ausreichende ambulante psychotherapeutische Versorgung machen.

Im Zuge der Bedarfsplanungsreform, die zum 1. Januar 2013 in Kraft trat, wurde lediglich die Verhältniszahl für den Kreistyp 5 angepasst. Hier waren die Wartezeiten auf ein Erstgespräch beim Psychotherapeuten mit etwa 15 Wochen besonders lang. Für drei Viertel der Bevölkerung führte die Reform der Bedarfsplanung 2013 jedoch nicht zu einer Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, obwohl auch hier Menschen wochen- und monatelang auf ein erstes Gespräch beim Psychotherapeuten warten mussten.<sup>14</sup>

#### *Gestiegene Nachfrage berücksichtigen*

Schließlich berücksichtigen die historisch gesetzten Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten auch nicht, dass die Bereitschaft, sich wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe zu suchen, seit den 1990er Jahren gestiegen ist. Psychische Erkrankungen sind inzwischen weniger stigmatisiert, sie werden häufiger erkannt und psychisch kranke Menschen suchen zunehmend häufiger Hilfe.

Eine konservative Abschätzung, wie stark die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe wegen psychischer Beschwerden gestiegen ist, ermöglicht ein Vergleich der Ergebnisse der zwei bevölkerungsrepräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts – dem Bundes-Gesundheitssurvey (1998) und der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2012). Hierbei zeigt sich, dass zwischen 1998 und 2012 der Anteil derer, die berichteten, schon einmal in ihrem Leben wegen psychischer Probleme professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, um knapp 20 Prozent gestiegen ist.<sup>15 16</sup>

---

<sup>14</sup> BPTK (2011). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPTK. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

<sup>15</sup> Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland – eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 44, 993-1000.

<sup>16</sup> Mack, S. et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 23 (3), 289-303.

Unter „Hilfe“ wurde in den Studien jede Form von Beratung und Behandlung erfasst – von Beratungsstellen und Hausärzten über ambulante Psychotherapie bis hin zu stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Aufgrund der Breite der erfassten Hilfsangebote kann davon ausgegangen werden, dass die Zunahme der Inanspruchnahme nicht auf eine Zunahme der entsprechenden Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. So ist zum Beispiel die Anzahl der Allgemein- bzw. Praktischen Ärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und vorrangig die hausärztliche Versorgung übernehmen, von 1998 bis 2012 nicht gestiegen, sondern sogar um rund 5.000 gesunken.<sup>17</sup> Zugleich wird ein großer Teil der Versicherten wegen ihrer psychischen Erkrankungen vor allem hausärztlich versorgt. Die 20-prozentige Steigerung der Inanspruchnahme von Hilfe wegen psychischer Erkrankungen, die im Vergleich zum Ende der 1990er Jahre festgestellt werden konnte, ist daher kein Ausdruck einer angebotsabhängigen Nachfrage, sondern ist im Sinne eines tatsächlich gestiegenen Bedarfs zu interpretieren. Diese sollte bei der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

#### *Ein Psychotherapeut je 3.300 Einwohner*

Damit – wie vom Gesetzgeber gefordert – bei der Ermittlung der Verhältniszahlen diejenigen Psychotherapeuten adäquat berücksichtigt werden, die bereits vor Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes im Delegations- oder Kostenerstattungsverfahren zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung tätig waren, müsste als Stichtag der 31. Dezember 2004 gewählt werden. Zudem sollte, um für die Bedarfsplanung der Psychotherapeuten eine den anderen Arztgruppen entsprechende Festlegung zu treffen, für die Berechnung der Gesamtzahl an Psychotherapeuten allein die Relation von Psychotherapeuten zu Einwohnern in den alten Bundesländern herangezogen werden.

Zum Stichtag 31. Dezember 2004 lebten auf dem Gebiet der früheren BRD (inklusive Berlin-Ost) 69.067.491 Einwohner.<sup>18</sup> Zu diesem Zeitpunkt gab es auf dem Gebiet der früheren BRD 17.268,5 Psychotherapeutensitze.<sup>19</sup> Daraus ergibt sich eine bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von 4.000 Einwohnern je Psychotherapeut.

Neben der Korrektur der Fehler in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten sollte die 20-prozentige Steigerung der Nachfrage nach Hilfe wegen psychischer Beschwerden seit den 1990er Jahren berücksichtigt werden. Demnach reduziert sich die

---

<sup>17</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes, [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

<sup>18</sup> Gesundheitsberichterstattung des Bundes; [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de).

<sup>19</sup> Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von 4.000 auf ca. 3.300 Einwohner je Psychotherapeut ( $4.000 / 1,2 = 3.333$ ).

*Korrigierte Verhältniszahl entspricht Status quo*

Die bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von ca. 3.300 Einwohnern je Psychotherapeut, die sich ergibt, wenn die Fehler beim Stichtags- und Regionsbezug für die Arztgruppe der Psychotherapeuten korrigiert und die 20-prozentige Steigerung der Versorgungsnachfrage seit Ende der 1990er Jahre berücksichtigt werden, entspricht in etwa der durchschnittlichen Versorgungsdichte im 2. Quartal 2014.<sup>20</sup> Zu diesem Zeitpunkt gab es bundesweit 23.546 Psychotherapeutensitze bei insgesamt 81.087.286 Einwohnern. Daraus lässt sich eine bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von ca. 3.400 Einwohnern je Psychotherapeut errechnen ( $81.087.286 / 23.546 = 3.444$ ). Die BPTK schlägt daher vor, in § 101 Absatz 4 Satz 2 SGB V als Stichtag für die Festlegung einer bundeseinheitlichen Versorgungsdichte, die Ausgangspunkt für weitere Anpassungen der Verhältniszahl je Planungsbereich für die Arztgruppe der Psychotherapeuten ist (vgl. Vorschlag zur Änderung von § 101 Absatz 1), den 31. Dezember 2014 zu wählen.

• **Mehr Psychotherapeuten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet**

Wendet man das vorgeschlagene Konzept für eine Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten an, so variieren die Verhältniszahlen der 371 Planungsbereiche zwischen 2.200 und 4.400. Aktuell liegt die Spreizung der Verhältniszahlen zwischen 3.079 für Kreistyp 1 und 9.103 für Kreistyp 3. Damit ermöglicht das vorgeschlagene Konzept eine gleichmäßigere ambulante psychotherapeutische Versorgung als die bisherige Bedarfsplanung. Regionale Unterschiede in der geplanten Versorgungsdichte sind begründet durch empirisch erhobene Unterschiede in der Morbiditätsstruktur und im Nachfrageverhalten sowie durch über Berufspendlerströme ermittelte Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Planungsbereichen. Durch das Konzept würden rund 7.000 neue Sitze, vor allem außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet entstehen (vgl. Tabelle 1).

---

<sup>20</sup> Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

**Tabelle 1: Zusätzliche Sitze durch BptK-Vorschlag für Reform der Bedarfsplanung**

Kreistyp	Anzahl zusätzlicher Sitze (gerundet)	Anstieg der Psychotherapeuten-sitze in %	Anteil an allen Planungsbereichen der Bedarfsplanungs-Richtlinie in %	Anteil der Bevölkerung in Deutschland in %
1	90	1	15	25
2	790	42	8	11
3	1.360	80	13	12
4	1.710	61	21	20
5	2.480	56	39	26
6	750	74	4	6

Quelle: BptK, 2018.

Im Gegensatz zu anderen Arztgruppen, bei denen mangels qualifizierter Leistungserbringer neue Zulassungsmöglichkeiten zu einer weiteren Verschärfung der Unterversorgung in strukturschwachen Kreisen führen können, stehen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten qualifizierte psychotherapeutische Leistungserbringer zur Verfügung, um diese freien Sitze sukzessive zu besetzen. Das hat sich schon bei der Umsetzung der Bedarfsplanungsreform 2013 gezeigt. Die infolge der Reform neu entstandenen rund 1.300 psychotherapeutischen Sitze in ausschließlich ländlichen Regionen konnten innerhalb einer überschaubaren Zeit besetzt werden. Aktuell werden lediglich 27 freie Psychotherapeuten-sitze bundesweit ausgewiesen.<sup>21</sup> Das ist nur etwa ein Promille der derzeitigen Niederlassungen.

<sup>21</sup> KBV-Gesundheitsdaten, [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

**Kasten 1: Berechnung der Verhältniszahl je Planungsbereich – am Beispiel des Planungsbereichs Leipzig, Stadt.**

Ausgangspunkt ist eine bundesdurchschnittliche Versorgungsdichte von 3.300 Einwohnern je Psychotherapeut.

**Berücksichtigung der Morbidität über den Bedarfsindex:** Im Planungsbereich Leipzig, Stadt liegt die Häufigkeit psychischer Erkrankungen 5,2 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Daraus ergibt sich ein entsprechender psychotherapeutischer Mehrbedarf. Wenn dieser in der Verhältniszahl berücksichtigt wird, reduziert sich diese auf 3.137. Ein Psychotherapeut stünde demnach für 3.137 statt für 3.300 Einwohner zur Verfügung.

**Berücksichtigung von Mitversorgung durch Berufspendlerbewegungen:** Die Berufseinpenderquote beträgt für Leipzig 38,2 Prozent. Die Auspendlerquote liegt bei 26,7 Prozent. Berücksichtigt man, dass die Beschäftigungsquote in Leipzig 55,3 Prozent beträgt, dann ergibt sich für den Planungsbereich Leipzig, Stadt ein Versorgungsmehrbedarf durch Mitversorgung von Patienten, die ihre Leistung in der Nähe ihres Arbeitsortes in Anspruch nehmen möchten, von 6,4 Prozent. Berücksichtigt man diesen Mehrbedarf, reduziert sich die Verhältniszahl für den Planungsbereich Leipzig, Stadt weiter auf 2.949.

**Berücksichtigung eines höheren Nachfrageverhaltens in Großstädten:** In Leipzig leben etwa 560.000 Menschen. In Städten mit einer Bevölkerungsgröße von mehr als 500.000 Einwohnern liegt der Anteil derjenigen, die wegen psychischer Beschwerden professionelle Hilfe in Anspruch nehmen (Nachfrageverhalten), 8,9 Prozent über dem Anteil in Orten mit einer Bevölkerung von weniger als 20.000 Einwohnern. Berücksichtigt man den sich daraus ergebenden Versorgungsmehrbedarf, reduziert sich die Verhältniszahl für den Planungsbereich Leipzig auf insgesamt 2.708.

Damit liegt die Verhältniszahl für den Planungsbereich Leipzig, Stadt bei 2.708.

### 5.3 Vergrößerung des Praxisumfanges bei Jobsharing und Anstellung (§ 101 SGB V)

Durch die Einfügung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 im Rahmen des GKV-VSG wurde es Psychotherapeuten ermöglicht, durch Jobsharing und Anstellung in relevantem Umfang zusätzliche Behandlungsstunden auch in Planungsbereichen anzubieten, in denen Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Diese Regelung gilt bisher jedoch nur für psychotherapeutische Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang. Der G-BA hat mit Beschluss vom 16. Juni 2016 eine Leistungsobergrenze von 125 Prozent des Fachgrup-

pendurchschnitts für Praxen mit unterdurchschnittlichem Umfang festgelegt. Bis zu dieser Leistungsobergrenze kann der Praxisumfang erweitert werden. Für Praxen, deren Praxisumfang in einem oder mehreren der zurückliegenden vier Quartale auf oder über dem Fachgruppendurchschnitt liegt, gilt diese Regelung jedoch nicht bzw. nur eingeschränkt. Diese dürfen bei Jobsharing und Anstellung den Praxisumfang des Praxisinhabers jeweils um nicht mehr als 3 Prozent erhöhen. Damit wird das Potential dieser Regelung, Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung abzubauen, nur eingeschränkt genutzt. Weitere Verbesserungen lassen sich durch eine Anpassung der Regelung erzielen, nach der im Falle von Zulassungsbeschränkungen die Obergrenze auch für psychotherapeutische Praxen mit durchschnittlichem und knapp überdurchschnittlichem Praxisumfang substantiell über den bisherigen Praxisumfang angehoben wird. Die BPTK schlägt daher folgende Änderung vor:

**Ergänzungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 49 Buchstabe a) - neu - (§ 101 Absatz 1 SGB V)**

49. § 101 Absatz 1 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 1 wird in Nummer 6 der 2 Halbsatz gestrichen und eine neue Nummer 7 angefügt:

**7. Ausnahmeregelung zur Leistungsbegrenzung nach den Nummern 4 und 5 für psychotherapeutische Praxen; eine Vergrößerung des Praxisumfanges soll nicht auf den Fachgruppendurchschnitt begrenzt werden.**

b) (...)

**Begründung:**

Für die systematische Schlechterstellung von Praxen mit einem durchschnittlichen oder knapp überdurchschnittlichen Praxisumfang gegenüber Praxen mit einem unterdurchschnittlichen Praxisumfang gibt es keine sachliche Begründung. Die bisherige Regelung führt dazu, dass Praxen, die Leistungen in einem Umfang knapp über dem Fachgruppendurchschnitt erbringen und ihre Praxis als Jobsharingpartnerschaft oder mit einem angestellten Psychotherapeuten weiterführen wollen, ihren Praxisumfang kaum erhöhen können. In Grenzfällen kann es sogar dazu kommen, dass Praxen in einzelnen Quartalen ihren Umfang auf 125 Prozent des Fachgruppendurchschnitts steigern können, in anderen Quartalen jedoch auf ihren bisherigen Leistungsumfang plus drei Prozent beschränkt sind, weil sie in dem jeweiligen Referenzquartal des Vorjahres mit ihrem Praxisumfang knapp über dem Fachgruppendurchschnitt lagen. Die Anstellung oder das Eingehen eines Jobsharingverhältnisses ist in solchen Fällen weder für den Praxisinhaber noch für den angestellten Psychotherapeuten bzw. den Jobsharingpartner wirtschaftlich sinnvoll.

Nur wenn die Obergrenze für Praxen, die eine Jobsharingpartnerschaft eingehen oder einen Psychotherapeuten einstellen möchten, grundsätzlich deutlich über den Fachgruppendurchschnitt hinaus erhöht wird, können Wartezeiten abgebaut und Praxisstrukturen effektiv weiterentwickelt werden. Erst hierdurch entsteht auch der erforderliche ökonomische Spielraum, der für bestimmte Konstellationen die Anstellung von Psychotherapeuten oder ein Jobsharing erlaubt und die Einstellung von Praxispersonal ermöglicht. Hierdurch können dann auch Koordinationsaufgaben in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen umfassender übernommen und das Spektrum der Leistungsangebote von Praxen in der gewünschten Form weiterentwickelt werden.

Da nahezu alle psychotherapeutischen Leistungen zeitbezogene höchstpersönliche Leistungen sind, ist es zugleich ausgeschlossen, dass es dabei zu Mengenausweitungen kommt, die nicht mehr mit der Erfüllung eines vollen Versorgungsauftrags in Einklang zu bringen sind. Die Zeitbezogenheit der psychotherapeutischen Leistungen führt im Gegensatz zu anderen ärztlichen Leistungen vielmehr dazu, dass eine Verdichtung der Leistungen oder Rationalisierung durch Delegation nicht möglich ist. Das Risiko, Anreize für eine ungesteuerte Mengenausweitung zu schaffen, besteht somit in diesem Fall nicht. Mit dieser grundsätzlichen Flexibilisierung der Obergrenze des Praxisumfangs von psychotherapeutischen Praxen im Falle einer Anstellung oder eines Jobsharing wird eine wichtige Voraussetzung für eine umfassendere Ausfüllung von psychotherapeutischen Versorgungsaufträgen geschaffen. Dies kann einen wichtigen Beitrag zum Abbau von Wartezeiten für GKV-Versicherte und zur Entwicklung von komplexeren Praxisstrukturen mit einem breiteren Leistungsspektrum führen.

#### 5.4 Befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen für Psychotherapeuten (§ 103 SGB V)

- **§ 103 Absatz 1 Satz 2 Satz 2 SGB V**

Die BPTK befürwortet die befristete Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung durch den G-BA in einzelnen Versorgungsbereichen, in denen in besonderem Maße Versorgungs- und Terminschwierigkeiten bestehen. Die BPTK schlägt vor, auch die Arztgruppe der Psychotherapeuten in diese Regelung aufzunehmen, insofern es sich um Zulassungen in Regionen außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet handelt. Die BPTK schlägt daher folgende Änderung vor:

## Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 50 Buchstabe a) (§ 103 Absatz 1 Satz 2 SGB V)

50. § 103 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 2 wird der Punkt am Ende durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz **sowie folgender Satz** angefügt:

„die Zulassungsbeschränkungen finden befristet bis zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags an den Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 101 Absatz 1 Satz 7 bei der Zulassung von Fachärzten für innere Medizin und Rheumatologie, von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten, die der Arztgruppe der Kinderärzte angehören, keine Anwendung, soweit die Ärzte in den fünf Jahren vor Beantragung der Zulassung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben. **Satz 2 gilt entsprechend für die Arztgruppe der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, soweit die Zulassung für einen Planungsbereich der Kreistypen 2 bis 6 entsprechend § 12 Absatz 3 und 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie beantragt wird.**“

### Begründung:

Ziel der vorgeschlagenen Regelung ist es, bereits in der Übergangszeit, bis der G-BA seinen Auftrag zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung umgesetzt hat, die Versorgung von Patienten, „bei denen in besonderem Maße über Versorgungs- und Terminschwierigkeiten geklagt wird, spürbar zu verbessern“.

Neben den bereits im Gesetzestext berücksichtigten Versorgungsbereichen, gehört auch die psychotherapeutische Versorgung zu den Bereichen mit besonderen Versorgungs- und Terminschwierigkeiten. Entsprechend des aktuellen Gutachtens des Sachverständigenrats zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen sind die Wartezeiten auf eine ambulante psychotherapeutische Behandlung doppelt so lang wie auf eine ambulante psychiatrische Behandlung. Auf einen Termin beim Psychiater müssen Patienten zwei, auf eine psychotherapeutische Behandlung vier Monate warten.<sup>22</sup> Darüber hinaus spielen psychotherapeutische Termine eine große Rolle bei der Vermittlung der Terminservicestellen. Sie machen mehr als 40 Prozent aller Anfragen aus.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> SVR-Gutachten (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018. Abrufbar unter: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).

<sup>23</sup> Deutsches Ärzteblatt (2018). Terminservicestellen stärker nachgefragt. Abrufbar unter: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/87297](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87297).



Die Versorgungs- und Terminschwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung bestehen im besonderen Maße außerhalb von Ballungszentren sowie im Ruhrgebiet. So zeigt eine aktuelle Befragung zur Wartezeit in der ambulanten Psychotherapie der BptK, dass Menschen außerhalb von Ballungszentren (Kreistyp 2 bis 5) im Durchschnitt fünf bis sechs Monate, im Ruhrgebiet (Kreistyp 6) sogar mehr als sieben Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Die Wartezeiten in Großstädten (Kreistyp 1) liegen bei durchschnittlich vier Monaten.<sup>24</sup>

Die vergleichsweise besonders langen Wartezeiten außerhalb von Ballungszentren und im Ruhrgebiet sind darauf zurückzuführen, dass die Spreizung der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgegebenen Verhältniszahlen zwischen Großstädten (Kreistyp 1) und Regionen außerhalb von Großstädten (Kreistyp 2 bis 5) sowie dem Ruhrgebiet (Kreistyp 6) für die Arztgruppe der Psychotherapeuten deutlich größer ist als bei den meisten anderen Facharztgruppen – mit Ausnahme der Arztgruppe der Nervenärzte, bei der die Spreizung mit der der Psychotherapeuten vergleichbar ist (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2. Relation der Verhältniszahl der Kreistypen 2 bis 6 zur Verhältniszahl des Kreistyps 1 für die Arztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung**

	Kreistyp 2	Kreistyp 3	Kreistyp 4	Kreistyp 5	Kreistyp 6
<b>Augenärzte</b>	1,5	1,8	1,7	1,5	1,5
<b>Chirurgen</b>	1,5	1,8	1,6	1,5	1,3
<b>Frauenärzte</b>	1,5	1,8	1,7	1,6	1,5
<b>Hautärzte</b>	1,6	2,0	1,9	1,8	1,6
<b>HNO-Ärzte</b>	1,5	2,0	1,9	1,8	1,4
<b>Orthopäden</b>	1,6	1,9	1,9	1,7	1,6
<b>Urologen</b>	1,6	1,9	1,7	1,7	1,3
<b>Kinderärzte</b>	1,5	1,8	1,7	1,6	1,5
<b>Nervenärzte</b>	2,1	2,4	2,3	2,3	2,3
<b>Psychotherapeuten</b>	2,4	3,0	2,8	1,9	1,8

Quelle: Berechnungen der BptK, 2018 auf Basis der Verhältniszahlen in § 12 Absatz 4 BP-RL.

Die aus fachlicher Sicht notwendige Reduktion der Spreizung der Verhältniszahlen zwischen den Kreistypen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten, im Sinne einer Annäherung der Verhältniszahlen der Kreistypen 2 bis 6 an die Verhältniszahl des Kreistyps 1 und damit einhergehend einer Annäherung der Spreizung der Verhältniszahlen für die Arztgruppe der Psychotherapeuten an die der anderen Arztgruppen, ist mit einer befristeten Aufhebung der Zulassungsbeschränkung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten in

<sup>24</sup> BptK (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie – Wartezeiten 2018. Abrufbar unter: [www.bptk.de](http://www.bptk.de).

den Kreistypen 2 bis 6 erreichbar. Dieses Vorgehen wäre vereinbar mit den vorgeschlagenen gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung des Konzepts für eine Reform der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeuten (vgl. Punkt 5.2), da das Konzept auch zu einer Zunahme der Psychotherapeutensitze in den Kreistypen 2 bis 6 und damit zu einer Reduktion der Spreizung der Verhältniszahlen führt.

## **6 Elektronische Patientenakte (§§ 291a, 291b SGB V)**

### **6.1 Zusammenführung ePA und ePF (§ 291a Absatz 3 SGB V)**

Die Zusammenführung der Konzepte der elektronischen Patientenakte (ePA) und des elektronischen Patientenfachs (ePF) schafft begriffliche Klarheiten und bietet für den Versicherten die Möglichkeit eines eigenständigen Managements der für ihn relevanten Gesundheitsdaten. Damit die elektronische Patientenakte in Zukunft zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen kann, muss die Qualität von fachlich abgesicherten Informationen unter Gewährleistung von Datenintegrität und -sparsamkeit sowohl im Interesse des Versicherten als auch für den Leistungserbringer sichergestellt sein. Eine strukturierte Kommunikation von Leistungserbringern auf einer gemeinsamen und vertrauenswürdigen Datenbasis ist eine Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung der Patienten.

### **6.2 Differenziertes Berechtigungsmanagement (§ 291a Absatz 5 SGB V)**

Um eine hohe Akzeptanz der ePA bei Patienten zu gewährleisten und damit die Voraussetzung dafür zu schaffen, dass die ePA zu einer relevanten Verbesserung der Versorgung beitragen kann, muss die Patientensouveränität bei der Nutzung der ePA im Vordergrund stehen. Dazu gehört insbesondere, dass Patienten die Möglichkeit haben, bestimmte in der ePA gespeicherten Informationen bzw. Dokumente gezielt mit von ihnen ausgewählten Leistungserbringern zu teilen. Die BPTK schlägt daher folgenden Ergänzungsvorschlag vor:

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe b) aa) - neu - (§ 291a Absatz 5 Satz 3 SGB V -neu-)**

83. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

**aa)** Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

**„Durch technische Vorkehrungen ist sicherzustellen, dass in den Fällen des Absatz 3 Satz 1 Nr. 4 Zugriffsberechtigungen jeweils auf Dokumentenebene erteilt werden können.“**

**bb) ~~Im~~ Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „5“ durch „4“ ersetzt.**

**Begründung:**

Bei den Gesundheitsdaten von Patienten handelt es sich um besonders sensible Informationen, zum Beispiel im Falle einer psychischen Erkrankung. Für den Zugriff auf diese Daten ist ein differenziertes Berechtigungsmanagement notwendig. Der Patient muss die Möglichkeit haben, Zugriffsberechtigungen differenziert für jeden Leistungserbringer auf Dokumentenebene zu erteilen. Dies ist vor dem Hintergrund einer von Seiten des Patienten noch immer zu befürchtenden Stigmatisierung geboten. Versicherten muss es möglich sein, einzelnen Leistungserbringern nur für ausgewählte Dokumente und nicht pauschal auf alle Dokumente in der ePA den Zugriff zu erlauben. Damit werden Voraussetzungen dafür geschaffen, dass auch Menschen mit psychischen Erkrankungen die Patientenakte nutzen und akzeptieren, ohne Stigmatisierungen befürchten zu müssen.

### 6.3 Alternative Zugriffsverfahren (§ 291a Absatz 5, Absatz 5c, § 291b Absatz 5 SGB V)

Die Entwicklung alternativer Zugriffsverfahren ist eine relevante Weiterentwicklung der ePA, die die Akzeptanz und damit den Nutzen für die Versorgung wesentlich verbessern kann.

- **§ 291a Absatz 5 SGB V**

Die BptK schlägt folgende Änderungen vor, die dem Versicherten neben der Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens auch dessen Sperrung erlaubt sowie die ausreichende Information der Versicherten über die mit dem alternativen Zugriffsverfahren einhergehenden Fragestellungen sicherzustellen:

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe b) cc) (§ 291a Absatz 5 SGB V)**

83. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

(...)

**cc)** Nach ~~dem bisherigen Satz 8~~ ~~wird folgender Satz~~ **werden folgende Sätze** eingefügt: „Ein Zugriff nach Satz ~~89~~ kann auch ohne Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte erfolgen, wenn der Versicherte nach umfassender Information, **die insbesondere auch die Datensicherheit dieses Zugriffsverfahrens umfasst**, durch seine Krankenkasse gegenüber der Krankenkasse schriftlich oder in elektronischer Form erklärt hat, dieses Zugriffsverfahren zu nutzen. **Die Sperrung des Zugriffsverfahrens nach Satz 10 muss für den Versicherten jederzeit möglich sein.**“

- **§ 291a Absatz 5c SGB V**

Daneben schlägt die BPTK folgende Änderung zur Konkretisierung der Information der Versicherten durch die Krankenkassen vor:

#### **Änderungsvorschlag zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe c) (§ 291a Absatz 5c SGB V)**

83. § 291a wird wie folgt geändert:

(...)

c) Dem Absatz 5c werden die folgenden Sätze angefügt:

„Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab dem 1. Januar 2021 eine von der Gesellschaft für Telematik nach § 291b Absatz 1a Satz 1 zugelassene elektronische Patientenakte zur Verfügung zu stellen. Die Krankenkassen haben ihre Versicherten spätestens bei der Zurverfügungstellung der elektronischen Patientenakte in allgemein verständlicher Form über deren Funktionsweise, einschließlich der Art der in ihr zu verarbeitenden Daten und über die Zugriffsrechte, **sowie die verschiedenen Zugriffsverfahren und die damit verbundene Datensicherheit** zu informieren.“

- **Gesetzesbegründung zu § 291b Absatz 5 SGB V**

Da es sich bei Gesundheitsdaten um besonders sensible personenbezogene Daten handelt, darf für den Versicherten mit der Nutzung des neuen Zugriffsverfahrens ohne Verwendung der elektronischen Gesundheitskarte keine wesentliche Einschränkung des Datenschutzes bzw. der Datensicherheit verbunden sein. Die BPTK schlägt daher die folgende Ergänzung in der Gesetzesbegründung zu § 291b Absatz 5 SGB V vor:

#### **Änderungsvorschlag zur Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 84 zu Buchstabe b**

Es wird vorgeschlagen, in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 84 Buchstabe b nach Satz 1 folgenden Satz einzufügen:

**„Für das Zugriffsverfahren nach § 291b Absatz 5 Satz 10 [neu] wird ein gegenüber der kartenbasierten Lösung vergleichbares Sicherheitsniveau angestrebt.“**

**Begründung:**

Aus Sicht der BPtK ist es ein nachvollziehbares Ziel, dass Versicherte einen direkten und benutzerfreundlichen Zugriff auf ihre Daten in der Telematikinfrastruktur (TI) erhalten, ohne dass es hierzu zusätzlicher Hardware beim Versicherten bedarf. Das bisherige Authentifizierungsverfahren, welches einen Zugriff nur zusammen mit dem Heilberufsausweis eines Leistungserbringers und der elektronischen Gesundheitskarte des Versicherten mit Hilfe eines speziellen Kartenlesegerätes ermöglichte, ist nach Auffassung der BPtK für den Versicherten mit deutlichen Hürden verbunden und schränkt die Akzeptanz der Anwendung ein. Die BPtK begrüßt daher die Einführung alternativer Authentifizierungsverfahren, die sich stärker an der Lebenswirklichkeit der Versicherten orientieren und einen eigenverantwortlichen Zugriff des Versicherten über mobile Endgeräte vorsehen. In jedem Fall müssen Versicherte vor der Einwilligung zu einem Zugang ohne elektronische Gesundheitskarte über alle damit verbundenen Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit umfassend informiert werden.

- **Sperren des alternativen Zugriffsverfahrens**

Eine umfassende Patientensouveränität in Bezug auf das Verwalten von Gesundheitsdaten umfasst zunächst die informierte Einwilligung zur Nutzung der ePA. Gleichzeitig muss gewährleistet werden, dass die Versicherten durch die Bereitstellung einer breiten Informationsbasis in die Lage versetzt werden, auch die Risiken einschätzen zu können und jederzeit die Möglichkeit haben, sich gegen eine Nutzung oder weitere Nutzung des alternativen Zugriffsverfahrens nach § 291b Absatz 5 Satz 10 [neu] zu entscheiden. Gesetzlich verankert werden sollte daher neben der Einwilligung auch die Möglichkeit, jederzeit diesen Zugriffsweg sperren zu lassen.

- **Sicherheitsanforderungen alternativer Zugriffsverfahren**

Für die Zugriffe auf ePA mit mobilen Endgeräten werden die Sicherheitsanforderungen gegenüber dem kartenbasierten Zugriffsweg durch den vorliegenden Gesetzentwurf herabgestuft, eine Sicherheitszertifizierung durch das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik ist nicht mehr notwendig. Gleichzeitig gibt das Gesetz keine Mindestsicherheitsanforderungen für den Zugriffsweg nach § 291b Absatz 5 Satz 10 SGB V [neu] vor. Mit dem Änderungsvorschlag der BPtK soll sichergestellt werden, dass bei der Festlegung des Zulassungsverfahrens und der Sicherheitsanforderungen durch die gematik im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik, für den Zugriff

über mobile Endgeräte ein vergleichbares Sicherheitsniveau wie beim kartenbasierten Zugriff angestrebt wird.

- **Informierte Entscheidung der Versicherten**

Die Patientenakte stärkt die Patientensouveränität und erlaubt dem Versicherten eine umfänglichere und transparentere Einsicht in seine Daten. Dieses Angebot verantwortlich zu nutzen, setzt eine informierte Entscheidung auf Seiten des Versicherten voraus. Die gesetzliche Vorgabe, dass die Krankenkassen verpflichtet werden, den Versicherten mit Verfügbarkeit der ePA umfassend über Funktionsweise, Datennutzung und Zugriffsrechte zu informieren, ist daher sinnvoll und notwendig. Da es sich bei Gesundheitsdaten um besonders sensible persönliche Daten handelt, ist es für Versicherte notwendig, in diesem Zusammenhang über Fragen zu Datenschutz und Datensicherheit in angemessener Form besonders umfassend informiert zu sein. Der Versicherte muss eine überlegte Entscheidung treffen können, die er nur treffen kann, wenn er über alle wesentlichen Umstände, die die Datensicherheit betreffen, in präziser und verständlicher Form informiert ist. Er muss eine Vorstellung dafür entwickeln, welche Risiken bei der Entscheidung für dieses Zugriffsverfahren bestehen. Die BPTK schlägt daher ergänzend vor, im Gesetzestext die Informationspflichten der Krankenkassen zu konkretisieren.

#### 6.4 Bereitstellung von ePA-Lösungen durch Kassen (§ 291a Abs. 5c SGB V)

Die Bereitstellung von ePA durch die Kassen stellt einen wesentlichen Beitrag zur Stärkung der Patientenautonomie dar. Um die ePA entsprechend der Interessen von Patienten weiterzuentwickeln und damit ihren potentiellen medizinischen Nutzen zu erhöhen, schlägt die BPTK folgende Änderungen vor:

#### **Ergänzungsvorschläge zur Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 83 (§ 291a Absatz 5c SGB V)**

Die BPTK schlägt vor, in die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe c) folgenden Satz im zweiten Absatz anzufügen:

**„Die elektronische Patientenakte muss so ausgestaltet sein, dass bei einem Wechsel der Krankenkasse der Versicherte diese vollständig und ohne Aufwand transferieren kann.“**

**Begründung:**

Wesentlich aus Sicht der BPTK ist, dass auch kassenindividuelle Ausgestaltungen der elektronischen Patientenakte vorgegebenen Standards folgen und untereinander interoperabel sind. Für den Versicherten muss die vollständige Mitnahme seiner Patientenakte bei einem Kassenwechsel ohne weiteren Aufwand möglich sein.

Daneben schlägt die BPTK vor, folgenden Absatz in die Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe c) anzufügen:

**„Bei der technischen und inhaltlichen Ausgestaltung und Weiterentwicklung der elektronischen Patientenakten sind die maßgeblichen Patientenorganisationen und die Vertretungen der Heilberufe regelhaft in geeigneter Form einzubinden.“**

**Begründung:**

Die Ausgestaltung der ePA betrifft unmittelbar die Interessen der Patienten und die Souveränität der Patienten, ihre Gesundheitsdaten einzusehen und zu verwalten. Aus diesem Grund sollte die Patientenperspektive bei der Integration von zusätzlichen Daten und Anwendungen in die ePA regelhaft und in allen weiteren Ausbaustufen durch Einbeziehung von Patientenorganisationen berücksichtigt werden. Die Akzeptanz und der medizinische Nutzen der ePA wird wesentlich von der Umsetzung in den Praxen zwischen Patient und Leistungserbringer abhängen. Daher ist es unverzichtbar, bei der weiteren Ausgestaltung der ePA auch die Vertreter der Heilberufe entsprechend einzubinden.

Die BPTK schlägt zudem vor, folgende redaktionelle Klarstellung in der Gesetzesbegründung zu Artikel 1 Nummer 83 Buchstabe a, Doppelbuchstabe bb vorzunehmen:

„[...] Durch den Wegfall der spezifischen Anforderungen wird die Möglichkeit eröffnet, dass der Versicherte, der die medizinische Anwendung elektronische Patientenakte nutzen möchte, seine Einwilligung hierzu auch gegenüber ~~dem Anbieter~~ **der anbietenden Krankenkasse**, abgeben kann und die Einwilligung nicht zwingend auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden muss.[...]“

**Begründung:**

Die Krankenkassen werden verpflichtet, ihren Versicherten ePA anzubieten und sind somit die Anbieter. Die Einwilligung zur Nutzung der ePA durch den Versicherten muss daher gegenüber der anbietenden Krankenkasse und nicht gegenüber Industrieanbietern, deren ePA-Formate sich die Krankenkassen bedienen, erfolgen. Eine redaktionelle Klarstellung sollte daher vorgenommen werden.

## 7 Mindestsprechstunden (§ 19 Ärzte-ZV)

Die geplante Erhöhung des Mindestumfangs der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit bei vollem Versorgungsauftrag in Form von Sprechstunden von wöchentlich 20 auf 25 Stunden über eine entsprechende Vorgabe in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte ist nicht geeignet, die Wartezeiten von GKV-Versicherten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz substanziell zu reduzieren. Nach den aktuellen Daten des ZI-Praxis-Panel<sup>25</sup> erfüllt die ganz überwiegende Mehrzahl der Vertragspsychotherapeuten diese Sprechstundenzeit bereits heute.

Im Bereich der Psychotherapie ist keine Benachteiligung von GKV-Versicherten im Vergleich zu Privatversicherten zu beobachten. Vielmehr haben es Privatversicherte vor dem Hintergrund des eingeschränkten Leistungskatalogs vieler Versicherungsverträge im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sowie der marginalen Vergütungsunterschiede für psychotherapeutische Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) im Vergleich zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eher schwerer, zeitnah einen Termin bei einem Vertragspsychotherapeuten zu erhalten. Privatversicherte können allerdings in vielen Regionen auf entsprechende psychotherapeutische Angebote von Privatpraxen ausweichen.

Insgesamt ist daher festzuhalten, dass eine generelle Erhöhung des Mindestumfangs an wöchentlichen Sprechstunden auf 25 Stunden keinen relevanten Beitrag zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung leisten kann. Sie ist zudem nicht mit dem eigenverantwortlichen und fachlich begründeten Handeln der Angehörigen eines freien Heilberufs vereinbar.

Um einen substanziellen Abbau der Wartezeiten zu erreichen, braucht es vielmehr eine deutliche Steigerung der Behandlungskapazitäten. Dies ist mit Blick auf die psychotherapeutische Versorgung nur durch zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten für Psychotherapeuten im Zuge einer umfassenden Reform der Bedarfsplanung zu erreichen.

---

<sup>25</sup> Leibner et al. (2018). Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem ZI-Praxis-Panel.