



HESS ANWÄLTE
Kanzlei für Gesundheitsrecht

Hess Anwälte Ehrenstraße 45-47 50672 Köln

BPtK Bundespsychotherapeutenkammer
Frau Geschäftsführerin Dr. Christina Tophoven
Klosterstr. 64

10179 Berlin

04.06.2018

Rechtsanwälte Hess und Partner
PartGmbH

Dr. jur. Rainer Hess
Rechtsanwalt
Partner

Christian Heß
Fachanwalt für Medizinrecht
Partner

Dr. jur. Ulrich Baur
Fachanwalt für Medizinrecht

Dr. jur. Ralf Sasse
Rechtsanwalt

Kristin Beckmann
Rechtsanwältin

Ehrenstraße 45-47
50672 Köln

T (0)221 257 83 01
F (0)221 257 07 43
mail@hess-anwaelte.de
www.hess-anwaelte.de

Deutsche Apotheker-
und Ärztekammer
DE37 3006 0601 0005 3341 04
DAAEDEDXXX

USt-IdNr.DE291709146

Gutachtliche Stellungnahme

**zu den
rechtlichen Rahmenbedingungen einer
psychotherapeutischen
Weiterbildung,
einschließlich Regelungsoptionen, ihren Voraussetzungen,
Folgen und Ausgestaltungsmöglichkeiten
im Auftrag der
Bundespsychotherapeutenkammer**

**erstellt durch
Rechtsanwalt Dr. jur. Rainer Hess**

Prämissen

1. Grundlage der gutachtlichen Stellungnahme ist die durch die Bundespsychotherapeutenkammer erstellte Expertise zu den Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Weiterbildung,
 - Auf der Grundlage des Gesamtkonzeptes der Bundespsychotherapeutenkammer zur Neuregelung von Aus- und Weiterbildung zum Psychotherapeuten,
 - unter Berücksichtigung des Arbeitsentwurfs des BMG zur Neuregelung der Ausbildung zum Psychotherapeuten und der dazu abgegebenen Stellungnahme der BPtK sowie
 - unter Einbeziehung der Organisations- und Finanzierungsmodelle der EsFoMed GmbH und der Universität Essen für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung nach einem Approbationsstudium.
2. Die Weiterbildung, die nach einer Reform der Psychotherapeutenausbildung auf ein Approbationsstudium folgt, soll nach den Vorschlägen der Psychotherapeuten folgenden Anforderungen genügen:

3. *Weiterbildungsziel:* Fachkunde für Spezialisierungen im Gebiet „*Psychotherapie für Kinder und Jugendliche*“ oder „*Psychotherapie für Erwachsene*“ für die ambulante Versorgung (vor allem für Leistungen nach der Psychotherapie-Richtlinie) und die vielfältigen Anforderungen der stationären Versorgung.
4. *Psychotherapeuten in Weiterbildung (PiW), „Assistenzpsychotherapeuten“:* Der Kompetenzerwerb findet in Ausübung einer Berufstätigkeit in der Versorgung statt und PiW sind für die gesamte Dauer der Weiterbildung in einem hauptberuflichen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis mit angemessener Vergütung beschäftigt. Eine Selbstbeteiligung der Weiterbildungsteilnehmer zur Deckung von Weiterbildungskosten soll ausgeschlossen sein.
5. *Weiterbildungsstätten:* Um sich angemessen für das psychotherapeutische Tätigkeitsprofil zu qualifizieren, sind während der insgesamt fünfjährigen Weiterbildung Phasen ambulanter und stationärer Weiterbildung notwendig. Für den Kompetenzerwerb bedarf es ausreichend langer, sukzessiver Phasen und damit mindestens jeweils zwei Jahre in der stationären und der ambulanten. Sofern notwendig, kann die Weiterbildung auch parallel absolviert werden. Bis zu einem Jahr kann fakultativ auch in institutionellen Bereichen (Wahlfeldern) abgeleistet werden.
6. *Qualitätssicherung:* Die koordinierte Vermittlung von Theorie, Selbsterfahrung und angeleiteter Berufspraxis unter Supervision als konzeptionelle Einheit sichert die Qualität der psychotherapeutischen Weiterbildung. Dafür muss die gesamte Weiterbildung in einem Weiterbildungsverbund aus Weiterbildungsinstitut, das die Theorievermittlung, Selbsterfahrung und Supervision anbietet und Weiterbildungsstätten (Ambulanzen der Institute oder Praxen) stattfinden.
7. *Weiterbildungskapazitäten:* Regelungen zur Organisation und Finanzierung der Weiterbildung müssen gewährleisten, dass es bundesweit und flächendeckend eine ausreichende Anzahl an Weiterbildungsplätzen gibt.

Gegenstand der gutachtlichen Stellungnahme ist die

1. Prüfung der für die Umsetzung dieser Vorschläge notwendigen Anpassungen bzw. Änderungen sozialrechtlicher oder landesrechtlicher Regelungen und die Identifikation zusätzlichen Regelungsbedarfs, insbesondere zur Deckung der Finanzierungslücke,
2. Bewertung ihrer jeweiligen Erfolgsaussichten im politischen Prozess und vor allem im Gesetzgebungsverfahren,
3. Entwicklung konkreter Vorschläge für Gesetzesänderungen bzw. sozialrechtliche und landesrechtliche Regelungen.

Im Fokus stehen daher die Möglichkeiten, die Weiterbildungsqualität, angemessene Weiterbildungskapazitäten und eine ausreichende Finanzierung der Weiterbildung, insbesondere über bundesweit geltende sozialrechtliche Regelungen zu erreichen.

Sozialrechtliche Regelungen zu den Ausbildungen von psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten finden sich im SGB V in § 117 in Verbindung mit § 120. Darüber wird sichergestellt, dass die Ambulanzen der Ausbildungsstätten für die Versorgungsleistungen der

Ausbildungsteilnehmer eine Vergütung von den Krankenkassen erhalten und damit die praktische Ausbildung für Richtlinien-Psychotherapie in konzeptioneller Einheit mit der Theorievermittlung, Supervision und Selbsterfahrung an den Ausbildungsinstituten möglich ist. Eine Weiterentwicklung der heutigen ambulanten Ausbildung zu einer ambulanten Weiterbildung könnte sich an dieser Konstruktion orientieren.

Gliederung:

- I. Gesundheitsrechtliche/landesrechtliche Regelungsebene
 1. Heilberufe-/Kammergesetze
 2. Landeskrankenhausgesetze
 3. Kommunale Ebene
 4. Zusammenfassung

- II. Sozialrechtliche Regelungsebene
 1. §§ 92 Abs.1 S. 2 Nr. 1, Abs. 6a, 95 Abs. 10-12, 95c SGB V Zulassungssteuerung
 2. § 117 Abs. 3 SGB V - Aus-/Weiterbildungsinstitute
 3. §§ 76a, 90a, 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 9 Abs. 7e, 99-101, 105 SGB V Bedarfsplanung
 4. Zusammenfassung

- III. Finanzierungsquellen
 1. Leistungsvergütung + Strukturzuschlag
 2. Gesundheitsfonds
 3. Weiterbildungsförderung
 4. Psychotherapeutenfonds
 5. Zusammenfassung

- IV. Gesamtbewertung
 1. Qualität der Weiterbildung
 2. Weiterbildungskapazitäten
 3. Finanzierung der Weiterbildung
 4. Abstimmungsprozess

Gutachtliche Stellungnahme

Nach der Grundnorm der Art. 30, 70 GG haben die Länder das Recht der Gesetzgebung, soweit das Grundgesetz diese nicht dem Bund zuweist. Eine **Gesetzgebungskompetenz** des Bundes besteht somit grundsätzlich nur, wenn sie dem Bund ausdrücklich in den Katalogen der Art. 73-75 GG oder vereinzelt im Grundgesetz verstreuten Kompetenznormen zugewiesen ist. Nach den Regelungen in Artikel 74 Nr. 19 GG (u. a. Zulassung zu den Heilberufen), 19a GG (Krankenhausfinanzierung) hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz nur für einige Bereiche des Gesundheitsrechts¹. Auch insoweit können die Bundesländer diese Fragen landesrechtlich klären, solange der Bund nicht von seiner Berechtigung zur Gesetzgebung Gebrauch macht. Soweit der Bund aber keine konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für das Gesundheitswesen hat, haben die Länder die ausschließliche Kompetenz zur Regelung des Gesundheitswesens (Art. 30, 70 GG). Diese Kompetenznormen begründen dabei als Zuständigkeitsregelungen die Befugnis eines Normgebers, gesetzgeberisch tätig zu werden, und bestimmen zugleich auch den sachlichen Umfang seiner Regelungsbefugnis.

¹ Zum Sozialversicherungsrecht Abschn. II

I. Gesundheitsrechtliche, landesgesetzliche Ebene

1. Es besteht auf dieser Grundlage kein Zweifel daran, dass die **Länder** vergleichbar der bereits erfolgten Regelung zur Weiterbildung von Ärzten und Zahnärzten auch die Weiterbildung von Psychotherapeuten zu regeln haben, wenn die Ausbildung zum Psychotherapeuten - wie vorgesehen - mit der Erteilung der Approbation als Psychotherapeut endet; denn damit endet auch die bundesgesetzliche Kompetenz zur Regelung der Zulassung zu diesem Heilberuf. Verfassungsrechtlich denkbar wäre, analog zum österreichischen Ausbildungsturnus, auch die Beibehaltung einer zweistufigen Ausbildung zum spezialisierten Psychotherapeuten. Die bereits erfolgte Errichtung von Psychotherapeutenkammern durch die Heilberufe/Kammergesetze der Länder mit einer den Ärztekammern und Zahnärztekammern vergleichbaren Struktur und Aufgabenstellung und das mit dem von der Bundespsychotherapeutenkammer in Zusammenarbeit mit den Psychotherapeutenkammern entwickelte Berufsbild (Ein-Berufe-Modell mit Direktausbildung zum Psychotherapeuten) haben jedoch die Richtung der Aus- und Weiterbildungsreform vorgegeben und würden auch eine vergleichbare Entscheidung des BVerfG erwarten lassen, wie sie zum Facharztwesen ergangen ist (BVerfG, Beschl. v. 09.05.1972 - 1 BvR 518/62 und 308/64, BVerfGE 33,125).
- 1.1 Die **Heilberufe- und Kammergesetze** (HBKG) der Länder begründen für die Psychologischen Psychotherapeuten und die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die Pflichtmitgliedschaft in einer Kammer, die weitgehend bereits jetzt landesgesetzlich als Psychotherapeutenkammer (PtK) definiert ist². Die meisten Heilberufe- und Kammergesetze enthalten dabei für alle Kammern und Kammerangehörige unabhängig von der Berufszugehörigkeit gemeinsame Vorschriften zur Mitgliedschaft, Bildung von Ethikkommissionen und Versorgungseinrichtungen, Bildung der Organe, in den jeweiligen Berufsordnungen zu regelnde Berufspflichten, allgemeine Vorgaben an die Weiterbildung und deren Abschluss sowie in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen zu regelnden Weiterbildungsinhalte³. Es folgen dann aber berufsspezifische Regelungen zur Weiterbildung in den jeweiligen Heilberufen, die sich entsprechend der geltenden Rechtslage in der Psychotherapie auf die Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) beziehen und daher in jedem Fall als notwendige landesgesetzliche Grundlage an die neue Struktur der psychotherapeutischen Weiterbildung angepasst werden müssten.
- 1.2 Auf der Grundlage des **Facharztbeschlusses** des BVerfG v. 09.05.1972 (aaO) und der darin enthaltenen Vorgabe einer formell-gesetzlichen Regelung

² Ausnahmen Art. 60 BayHKaG, § 4c Abs. 4 Berliner KaG, § 1 HeilBG Hessen

³ Das Bayrische HKaG regelt in einem ersten Teil die Bildung der Ärztekammer und das ärztliche Berufs- und Weiterbildungsrecht, einschließlich der Berufsgerichtsbarkeit und verweist in den folgenden Teilen für die anderen Heilberufe auf eine analoge Anwendung, dieses ersten Teils, soweit nicht abweichendes bestimmt ist. Für Psychotherapeuten ist die Anwendung des Abschnittes IV Weiterbildung ausgeschlossen und auch keine berufsspezifische Regelung getroffen. Das Berliner KaG enthält keine Vorschriften zur Weiterbildung und verweist auf spezifische gesetzliche Regelungen, die in einem Weiterbildungsgesetz (Berliner WG; Stand 09.06.2016) auch für PP und KJP getroffen worden sind.

„statusbildender Normen“ des Facharztwesens hatte eine Länder-Arbeitsgruppe einen Musterentwurf für die landesgesetzliche Ausprägung des ärztlichen Weiterbildungsrechts formuliert, der auch weitgehend unverändert in die HBKG übernommen worden ist. Für die Einführung der gesetzlichen Zuständigkeit der Psychotherapeutenkammer zur Regelung der psychotherapeutischen Weiterbildung bedarf es zunächst nur einer definitorischen Umstellung ihrer Zuständigkeit für die Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf die Weiterbildung von Psychotherapeuten. Soweit die HBKG bereits eine Berechtigung der Psychotherapeutenkammer zur Regelung der Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder enthalten, bestehen jedoch teilweise auch inhaltlich nicht unerhebliche Abweichungen, die wegen der gewünschten einheitlichen Umsetzung des Weiterbildungskonzeptes der BPTK und dessen gewünschte sozialversicherungs-rechtliche Absicherung angeglichen werden müssen.⁴

- 1.3 Für die Weiterbildung in der Psychotherapie stellt sich insoweit insbesondere die Frage, ob, entsprechend der Vorgabe des Facharzturteils des BVerfG zur formell-gesetzlichen Regelung der „statusbildenden Normen“, die im Konzept der BPTK enthaltene grundsätzliche **Trennung der Weiterbildungsgänge** in eine auf die Behandlung von Kindern/Jugendlichen und auf die Behandlung von Erwachsenen bezogenen Weiterbildung nicht als statusbildend für den weitergebildeten Psychotherapeuten anzusehen ist. Sie bauen auf der bestehenden Aufteilung in die beiden Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten auf und beinhalten mit deren Übergang in die Weiterbildung zum Fach-Psychotherapeuten eine grundlegende Umstellung beider Berufsbilder, insbesondere des Psychologischen Psychotherapeuten. Die meisten HBKG gestatten der Psychotherapeutenkammer, Gebiets-, Teilgebiets- und Zusatzbezeichnungen „1. für die psychologische Psychotherapie und 2. Für die Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie sowie in Verbindungen dieser Fachrichtungen“ zu bestimmen. Daher bietet sich eine Umstellung dieser Regelung auf die gesetzliche Festlegung „1. der Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche und 2. der Psychotherapie für Erwachsene, sowie in Verbindung beider Fachrichtungen“ als statusprägende Differenzierung der Weiterbildungsbiote und deren weitere Ausgestaltung durch die Psychotherapeutenkammern in ihrer Weiterbildungsordnung an. Dabei wird davon ausgegangen, dass entsprechend dem Konzept der BPTK (Abschn. IV 2a) eine Weiterbildung in beiden Gebieten möglich ist.
- 1.4 Der Facharztanerkennung im ärztlichen Weiterbildungsrecht entspricht nach dem Konzept der BPTK die Anerkennung als „Fachpsychotherapeut für Erwachsene“ oder „für Kinder- und Jugendliche.“ Für das Weiterbildungsrecht beinhalten alle HBKG die Verpflichtung des eine entsprechende Bezeichnung führenden Weitergebildeten zur grundsätzlichen **Begrenzung seiner Berufstätigkeit auf das jeweilige Fachgebiet**. Für die Psychotherapie enthalten § 53a HBKG S-H (Abweichung gegenüber § 38 HBKG S-H) § 8 Abs. 1 Berliner WG und eingeschränkt Art. 64a Abs. 3 Satz 5 iVm. 58 Abs. 4 Satz 2

⁴ So enthält § 41 HeilBG Rhld-Pfalz eine Auflistung von 9 Zusatzbezeichnungen, für die eine Weiterbildung durch entsprechend fachlich ausgerichtete Weiterbilder ermöglicht werden soll. § 41b HBKG Ba-Wü und § 48a HeilBG Hessen schaffen demgegenüber allgemein die Grundlage für eine Weiterbildung in der Heilkunde psychischer Erkrankungen differenziert in kurativ, rehabilitativ und präventiv.

BayKHaG ausdrücklich eine Ausnahme für PP und KJP. Die Rechtsprechung des BSG zur Annahme eines Sonderbedarfs für die Besetzung psychotherapeutischer Versorgungssitze geht von einer Trennung des Versorgungsbedarfs in die psychoanalytisch begründeten Verfahren einerseits und der Verhaltenstherapie andererseits als unterschiedliche Versorgungsbereiche aus, „für die im Falle eines Antrags auf Sonderbedarfszulassung eigenständig eine Bedarfsprüfung vorzunehmen ist (BSG Urteil vom 23.6.2010 - B 6 KA 22/09 R - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 RdNr 30). § 37 BedarfsPI-RL richtet die besondere Qualifikation eng an den Subspezialisierungen des ärztlichen Weiterbildungsrechts und - bei Psychotherapeuten - an den drei Richtlinienverfahren aus (BSG Ur. v. 28.06.2017 - B 6 KA 28/16 R, SozR 4-2500 § 101 Nr. 19 (Rn. 20).“ Das BSG nimmt diese Differenzierung vor, obwohl die drei Richtlinienverfahren für dieselben Indikationen einsetzbar sind und sich nur in der angewandten medizinischen Methode unterscheiden. Es bedarf daher für die Neufassung des psychotherapeutischen Weiterbildungsrechts einer Prüfung, ob, abweichend von dieser bestehenden – allerdings sozialversicherungsrechtlich geprägten - Rechtslage, berufsrechtlich entsprechend dem Konzept der BPtK die Anerkennung als Fachpsychotherapeut nur für die Gebietsabgrenzung für Erwachsene und für Kinder und Jugendliche gelten soll. Da die Weiterbildung in einem der vom WBR anerkannten psychotherapeutischen Verfahren aber im jeweiligen Gebiet -mit Ausnahme für die Neuropsychologie (dazu Abschn. II 1.15) - verpflichtend vorgegeben werden soll, muss sie weiterbildungsrechtlich entsprechend § 2 Abs. 3 MWBO-Ä als „Schwerpunkt“ oder entsprechend der HBKG als „Teilgebiet“ (zB. Art. 64a Abs. 2 BayKHaG, § 37 HBKG B-W) eingestuft werden; sie kann insbesondere auch nach dem Konzept der BPtK (Abschn. IV 2c) nicht als ergänzend erwerbbar „Zusatzbezeichnung“ qualifiziert werden. Daraus leitet sich die berufsrechtliche Verpflichtung ab, innerhalb des Gebietes auch in dem jeweiligen Schwerpunkt oder Teilgebiet beruflich tätig zu sein. Die für Schleswig-Holstein und Berlin bestehenden Sonderregelungen müssten bei Übernahme des Konzepts der BPtK aufgehoben werden.

- 1.5 Soweit es die **organisatorische Ausgestaltung der Weiterbildung** betrifft, entspricht das Konzept des BPtK zunächst den geltenden landesgesetzlichen allgemeinen Vorgaben des Weiterbildungsrechts, soweit es die Zulassung von Weiterbildungsstätten und die Ermächtigung von entsprechend qualifizierten Weiterbildern durch die Psychotherapeutenkammern betrifft⁵. Inhaltlich weist das Konzept der BPtK zudem vergleichbare Elemente auf, wie sie für die Gebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie (Abschnitt B Nr. 15, Psychiatrie und Psychotherapie (Abschnitt B Nr. 27) und Psychosomatik und Psychotherapie (Abschnitt B Nr. 28) in der MWBO-Ä (Stand 28.06.2013) enthalten sind. Dies betrifft Anforderungen an die Diagnostik, Kurz- und Langzeittherapie, Rehabilitation, Einbezug von Bezugspersonen, Einzel- und

⁵ Art. 34 BayHKaG überträgt die Zulassung der Weiterbildungsstätten an Krankenhäusern allerdings dem Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz nach Anhörung der LÄK im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; gem. § 29 ThürHeilBG entscheidet die Aufsicht im Einvernehmen mit der Kammer über die Zulassung von Weiterbildungsstätten. Nach § 6 Berliner WG entscheidet der Senat, kann die Aufgabe aber auf die Kammer übertragen.

Gruppentherapie, Behandlungen unter Supervision, Selbsterfahrung, Gutachtenerstellung, Krisen- und Notfallsituationen, theoretische Grundlagen über Seminar- und Kurs-Weiterbildung. Für die Aufnahme entsprechender Elemente in eine psychotherapeutische Weiterbildung bedarf es deswegen keiner weitergehenden gesetzlichen Ermächtigungen, auch soweit sie mit Mindestzahlanforderungen verbunden werden sollen. In den aufgezeigten, die Psychotherapie umfassenden ärztlichen Fachgebieten sind definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren aufgelistet, die „kontinuierlich an einer anerkannten Weiterbildungseinrichtung oder im Weiterbildungsverbund erworben werden.“ Die MWBO-Ä enthält dazu keine sich spezifisch darauf beziehende Ausgestaltung. § 5 Abs. 3 S. 3, 4 MWBO-Ä eröffnet jedoch ausdrücklich die Möglichkeit, mehrere Ärzte gemeinsam als Weiterbilder zu ermächtigen, auch wenn sie an verschiedenen Weiterbildungsstätten tätig sind. Auf dieser Grundlage bestehen für die ärztliche Weiterbildung auch bereits Weiterbildungsverbünde, wie das folgende aus dem Internet entnommene Beispiel zeigt:

- a. *„Der Weiterbildungsverbund Psychiatrie und Psychotherapie (WVPPH) ist eine Vereinigung sämtlicher psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken Hamburgs und Umgebung, welcher insbesondere die Organisation der psychotherapeutischen Weiterbildung der Assistenzärzte und -ärztinnen in Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie zur Aufgabe hat.*

Der WVPPH ist von der Ärztekammer als Weiterbildungsverbund anerkannt, so dass die teilnehmenden Kliniken sämtliche Inhalte der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung mit Ausnahme der Selbsterfahrung anbieten können. Während der WVPPH für alle Assistentinnen und Assistenten der teilnehmenden Kliniken die kostenlose Weiterbildung in theoretischer Psychotherapie (sowohl VT als auch TP) in Kurzform anbietet, obliegt es den einzelnen Kliniken, weitere kostenlose Angebote zu machen (so z. B. Supervision, Entspannungstherapien, Balintgruppe oder interaktionsbezogene Fallarbeit).“

- b. *Es bestehen aber auch bereits berufsübergreifende Weiterbildungsverbünde:*

„Der Magdeburger Weiterbildungsverbund Psychotherapie und Psychiatrie (MWVPP) ist eine Fort- und Weiterbildungseinrichtung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, des Magdeburger Ausbildungsinstituts für Psychotherapeutische Psychologie und der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH. Er wurde mit dem Ziel gegründet, angehende Fachärzte und Ausbildungskandidaten in Psychotherapie in Sachsen-Anhalt weiterzubilden.“

- 1.6 Die HBKG enthalten zu derartigen **Weiterbildungsverbünde** und deren Förderung bisher nur vereinzelt eine ausdrückliche Regelung. Nach § 29 HeilBerG Rhld-Pfalz sollen die Kammern insbesondere die Errichtung und den Betrieb von Weiterbildungsverbänden organisatorisch fördern, wobei dies auch für kammerübergreifende Weiterbildungsverbünde gelten soll. § 35 Abs. 4 BayHKaG und § 29a ThürHeilBG sehen weitgehend identisch eine ausdrückliche Ermächtigung solcher Verbände durch die Kammer vor, wobei die Verbundermächtigung in zeitlich aufeinander folgenden und aufeinander abgestimmten Abschnitten die vollständige Weiterbildung in dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich ermöglichen soll. Diese Sollvorgabe zeigt, dass die Regelung primär auf die allgemeinmedizinische Weiterbildung ausgerichtet

ist und den in der psychotherapeutischen Weiterbildung angestrebten Verbund praktischer Berufstätigkeit mit auch parallel stattfindender systematisierter Institutsweiterbildung nicht im Blick hat. Nach § 29a Abs. 2 ThürHeilBG soll die Weiterbildungsordnung das Nähere zur vertraglichen Ausgestaltung solcher Verbünde und zur arbeitsrechtlichen Stellung der in der Weiterbildung befindlichen Kammerangehörigen regeln. § 5 Abs. 7 ThürWBO-Ä enthält dazu eine ausführliche Regelung, die von einem Arbeitsvertrag des AiW mit *einer* Weiterbildungsstätte ausgeht, der den Ablauf der Weiterbildung inhaltlich festlegt und die am Verbund beteiligten Weiterbildungsstätten so einbindet, dass die Abfolge der Weiterbildungsabschnitte festgelegt und gewährleistet ist.

- 1.7 Die bestehenden gesetzlichen Regelungen der HBKG würden bei entsprechender Anwendung auf die psychotherapeutische Weiterbildung demnach grundsätzlich ausreichen, um das Weiterbildungskonzept der BPtK als ein **Angebot an die PiW**, verbunden mit einer Regelung in der Weiterbildungsordnung zur Zertifizierung derartiger Verbünde durch die Psychotherapeutenkammer, einzuführen. Die aufgezeigten Beispiele aus dem Weiterbildungsrecht zeigen aber auch die Notwendigkeit einer Berücksichtigung der Wechselwirkungen beider Weiterbildungsregelungen und die Notwendigkeit zur Prüfung einer wechselseitigen Annäherung. Dies betrifft insbesondere die Ermöglichung eines wechselseitigen Austausches unter den Weiterbildern und berufsübergreifend nutzbare Weiterbildungsstätten.
- 1.8 Das Konzept der BPtK (Abschn. IV 3a) beinhaltet grundsätzlich einen **verpflichtenden Weiterbildungsverbund** von Weiterbildungsstätten mit einem Weiterbildungsinstitut. „Für die PiW verspricht eine Koordinierung der Weiterbildungsinhalte über die gesamte Zeit des Weiterbildungsgangs die Vermeidung von Friktionen, da eine Abstimmung der unterschiedlichen Abschnitte der Weiterbildung mit den vorhandenen Kapazitäten durch eine koordinierende Einrichtung sichergestellt wird.“ Die BPtK begründet diese Notwendigkeit einer Verknüpfung von unter Anleitung erfahrener Weiterbilder erworbener praktischer Erfahrung mit dem notwendigen strukturierten Überbau (Personal und Ausstattung) eines Weiterbildungsinstituts, um die theoretische Qualifizierung, Supervision und Selbsterfahrung für alle Weiterbildungsteile sicherzustellen. Diese Verknüpfung sei zur Gewährleistung der Qualität der Weiterbildung in der Psychotherapie zwingend erforderlich. Ihre Umsetzung erfordert abweichend von der Regelung in der MWBO-Ä eine differenziertere Ausgestaltung der rechtlichen Anforderungen an die Zulassung von Weiterbildungsstätten. Die neben zugelassenen Krankenhäusern, zugelassenen MVZ und zugelassenen Psychotherapeutenpraxen als Weiterbildungsstätte zuzulassenden Weiterbildungsinstitute müssen in ihrem teilweise abweichenden Weiterbildungsangebot definiert und die darauf bezogenen Anforderungen an die Zulassung eines Weiterbildungsverbundes als notwendiger Zusammenschluss dieser Weiterbildungsstätten festgelegt werden.
- 1.9 Die verbindliche Einführung eines Weiterbildungsverbundes als Zulassungsvoraussetzung für Weiterbildungsstätten beinhaltet deswegen eine grundsätzliche Veränderung der bestehenden landesgesetzlichen Regelungen der Weiterbildungsstrukturen. Sie ist deswegen aus Sicht des Unterzeichners wie eine **statusbildende Norm** anzusehen, die auch wegen der gewünschten sozialversicherungsrechtlich geregelten Finanzierung einer gesetzlichen Normierung bedarf. Gegen deren rechtliche Zulässigkeit bestehen keine verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn nicht nur die Sinnhaftigkeit solcher Zusammenschlüsse gegeben ist, sondern deren Notwendigkeit als ein

Spezifikum der Weiterbildung zum spezialisierten Psychotherapeuten belegt werden kann. Gesetzlich legitimiert ist eine solche durchgehende Klammer um die Ableistung praxisbezogener Weiterbildungsabschnitte durch die im allen Heilberufe-Kammergesetzen enthaltene Vorgabe, wonach die Weiterbildung in praktischer Berufstätigkeit **und** in der Vermittlung theoretischen Wissens zu erfolgen hat (z. B § 34 Abs. 1 S. 2 HBKG Ba-Wü) Trotzdem muss damit gerechnet werden, dass unter Hinweis auf die ärztliche Weiterbildung zu den drei genannten, die Psychotherapie umfassenden Fachgebieten das freiwillige Angebot und dessen Zertifizierung durch die Ärztekammer als ausreichend und gegenüber einer gesetzlichen Verpflichtung als verhältnismäßigeres Mittel angesehen werden wird. Dagegen kann geltend gemacht werden, dass die Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG bereits jetzt als Klammer um die einzelnen psychotherapeutischen Ausbildungsabschnitte fungieren und als zentrale Anlaufstelle für die PiA sowie als notwendige Einrichtungen zur Vermittlung von Selbsterfahrung und Behandlungen unter Supervision wesentlich zur Qualität der psychotherapeutischen Fachkunde beitragen. Eine damit vergleichbare Weiterbildungsstruktur in der auf fünf Jahre verlängerten Weiterbildung sollte daher unbedingt erhalten bleiben. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen zur psychotherapeutischen dreijährigen Ausbildung lassen auch erkennen, dass insbesondere die unter Supervision durchzuführende Behandlung und Selbsterfahrung und die theoretische Qualifikation nicht im ausreichenden Umfang außerhalb der bestehenden Ausbildungsinstitute vermittelt werden können.⁶

- 1.10 Die verpflichtende Teilnahme von Weiterbildungsstätten an einem Weiterbildungsverbund mit Weiterbildungsinstituten wird aber wesentlich davon abhängen, wie die **notwendige Bereitstellung** einer ausreichenden Zahl solcher Weiterbildungsinstitute und deren Finanzierung sichergestellt werden kann. Da die Weiterbildung auch an den Weiterbildungsinstituten künftig für die PiW nicht mit eigenen finanziellen Belastungen verbunden sein soll, besteht die Notwendigkeit, die Finanzierung der Weiterbildungsinstitute vor Einführung einer Verpflichtung zu deren Errichtung zu klären (zur Koordinierung berufsrechtlicher und sozialversicherungsrechtlicher Gesetzgebung Abschn. IV 4) .⁷ Die Psychotherapeutenkammer (PtK) wird bei einer verpflichtenden Einführung von Weiterbildungsverbänden die Verantwortung dafür übernehmen müssen, dass ein ausreichendes Angebot an Weiterbildungsmöglichkeiten mit der zweiteiligen Ausrichtung besteht und daher selbst auf die Klärung der Finanzierung der Weiterbildungsinstitute angewiesen sein. Der Landesgesetzgeber wird jedenfalls die verpflichtende Einführung eines Weiterbildungsverbundes von der Klärung der Finanzierung abhängig machen müssen und im Zweifelsfall die PtK in die Pflicht nehmen, die ihrerseits diese Belastung aus Kammerbeiträgen nicht finanzieren kann. Es

⁶ Die regelmäßige fallbezogene Supervisionstätigkeit ist gem. §§ 55 Nr. 3 HambKGGH, 53cNr.3 HBKG S-H, 36a Nr. 3, 49 Abs. 4 HeilBerG NW, § 21b Abs. 4 Nr. 3 Berliner WG notwendige Voraussetzung einer Ermächtigung als Weiterbildungsstätte; § 49 Abs. 3 HeilBerG NW lässt aber insoweit ausdrücklich eine Tätigkeit in eigener Praxis zu, wenn die Supervision durch entsprechend qualifizierte ermächtigte Kammerangehörige durchgeführt wird und eine Gefährdung der Patienten nicht zu befürchten ist.

⁷ Begründung Arbeitsentwurf des BMG: "Es liegt in der Verantwortung des Gesetzgebers, dass all diejenigen, die eine solche Weiterbildung anstreben, um ihr Berufsziel zu erreichen und den Beruf des (Berufsbezeichnung einfügen) in der von ihnen geplanten Form auszuüben, eine Möglichkeit erhalten, diese Weiterbildung abzuleisten."

wird daher entscheidend darauf ankommen, dass der bisher den Ausbildungsinstituten nach § 117 Abs. 3 SGB V zustehende Vergütungsanspruch gegen die Krankenkassen aus der Behandlung von sozialversicherten Patienten auf die von den Psychotherapeutenkammern als Weiterbildungsstätten zugelassene Weiterbildungsinstitute übertragen werden kann (dazu Abschn. II Nr. 2).

- 1.11 Die Studie von Walendzik/Wasem zeigt allerdings, dass der Finanzierungsbedarf allein durch einen Transfer bisheriger Vergütungen für die Leistungserbringung in Ausbildungsinstituten nicht gedeckt werden kann (dazu Abschnitt III). Der Vorschlag, eine als angemessen angesehene Mindestvergütung der PiW in der Weiterbildungsordnung entweder direkt oder durch Bindung an eine vorgeschriebene Berechnungsweise festzulegen (Walendzik/Wasem Abschn. 5.3.2 S. 50), lässt sich allerdings rechtlich nicht realisieren. Er ist durch die gesetzliche Ermächtigung der PtK zur inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Weiterbildung nicht gedeckt. Schon die Festlegung des Grundsatzes einer angemessenen Vergütung war nicht in allen HBKG unterzubringen.⁸
- 1.12 Im Zusammenhang mit einer Umstellung der bundesgesetzlich geregelten Zusatzausbildung auf eine landesgesetzlich geregelte Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten müssen daher auch landesgesetzlich bestehende Möglichkeit einer Förderung von Weiterbildungsstellen in der Psychotherapie ausgelotet werden. Insoweit sind insbesondere die zur Förderung der hausärztlichen Niederlassung und Weiterbildung zum Allgemeinarzt bestehenden Landesprogramme als Beispiel heranzuziehen. Das Land NRW, zum Beispiel, fördert gezielt die Niederlassung oder Anstellung als Hausarzt in jeweils aufgelisteten Gemeinden mit einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung oder einer gefährdeten hausärztlichen Versorgung mit bis zu 50.000,- bzw. 25.000,-Euro und beteiligt sich dort auch an Weiterbildungskosten mit 500,- Euro pro Monat. Lehrpraxen für Allgemeinmedizin können mit einer einmaligen Zuwendung von bis zu 10.000,- Euro unterstützt werden.
2. In die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder fällt auch die **Krankenhausplanung** und damit auch die Umsetzung und Finanzierung von mit den Krankenhäusern notwendigerweise verbundenen Aus- und Weiterbildungsstätten. Die PiA sind dadurch bisher nicht erfasst, da sie anders als angestellte Ärzte in Weiterbildung nur als Praktikanten tätig sind.
- 2.1 § 2a KHG idF PsychVVG führt erstmals auch zum Zwecke der Krankenhausbedarfsplanung nach Maßgabe einheitlicher definierter Kriterien für Standorte und Ambulanzen eine bundeseinheitliche **Definition der Krankenhausstandorte** ein. Darauf aufbauend ist nach § 293 SGB V ein einheitliches Verzeichnis der Standorte zu erstellen. *„Die gesetzlichen Regelungen der Qualitätssicherung, der Berücksichtigung von ermächtigten Einrichtungen bei der Bedarfsplanung oder der Abrechnung von Zu- und*

⁸ Beispiele: § 34 Abs. 4 S. 5 HBKG Ba-Wü; § 37 Abs. 1 S. 3 HeilBerG M-V mit der ausdrücklichen Berechtigung der ÄK, unterbezahlte oder unbezahlte Tätigkeit als Weiterbildungsabschnitt abzulehnen; § 22 Abs. 3 S.1 SächsHKaG; § 27 Abs. 1 S. 3 ThürHeilBG. Vom Anspruch auf Vereinbarung einer angemessenen Vergütung ist zu unterscheiden der Vergütungsanspruch des Praktikanten der aus § 612 Abs. 1 BGB entsteht, wenn er mit Billigung des Klinikbetreibers selbstständige Leistungen erbringt, die nur gegen Entgelt zu erwarten sind, dazu BAG Urt. v. 10.2.2015 – 9 AZR 289/13.

Abschlägen müssen aber einen klaren Bezugspunkt zum Standort haben.“ Relevant ist dieses Verzeichnis für die Festlegung von Sicherungszuschlägen durch den G-BA, die Notfallzulagen und die psychiatrischen Institutsambulanzen (räumliche Abgrenzung). Die Länder selbst sind bei der Krankenhausplanung aber nicht daran gebunden. § 10 Abs.1 KHG führt eine Investitionsförderung für die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen nach § 17d Abs. 1 S.1 KHG durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ein. Dafür werden Grundsätze und Kriterien für die Ermittlung eines Investitionsfallwertes auf Landesebene entwickelt. Das Nähere zur Förderung wird nach § 11 S. 1 KHG durch Landesrecht bestimmt „Dabei kann auch geregelt werden, dass Krankenhäuser bei der Ausbildung von Ärzten und sonstigen Fachkräften im Gesundheitswesen besondere Aufgaben zu übernehmen haben. Soweit hierdurch zusätzliche Sach- und Personalkosten entstehen, ist ihre Finanzierung zu gewährleisten.“

- 2.2 Der PiW geht mit seinem Gehalt in die Berechnung der **Personalkosten des Krankenhauses** ein. Eine über das jeweilige Gehalt hinausgehende weitergehende Förderung lässt sich über den vorstehend (Nr.2.1) zitierten § 11 S. 2 KHG erreichen, wenn Krankenhäuser zur Gewährleistung des Abschlusses einer solchen Weiterbildung Zuschüsse für extern angebotene Weiterbildungsbestandteile (z. B. Selbsterfahrung unter Supervision) übernehmen, weil sie selbst diese Bestandteile nicht anbieten können. Derartige Zuschussgewährungen sind jedenfalls teilweise Bestandteile von Stellenausschreibungen, auch wenn sie nicht gefördert werden (z. B. Mediclin Lindenhöhe: *„Darüber hinaus unterstützt die Klinik externe Weiterbildungen und beteiligt sich an den Kosten für Seminare, Kurse oder Selbsterfahrungsgruppen.“*
- 2.3 Das **PsychVVG** hat für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen unter Ablösung der Psychiatrie Personalverordnung die Einführung verbindlicher Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal sowie Indikatoren zur Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für die einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung durch Richtlinien des G-BA bis 2019 nach § 136a SGB V vorgegeben.
- 2.4 Das PsychVVG hat auch den **Versorgungsauftrag** dieser Einrichtungen nach § 39a SGB V auf eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld erweitert. Diese Neugestaltung der stationären psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung und deren Vergütung eröffnet für Psychotherapeuten neue Perspektiven, die auch in ihrer Vergütung gesicherte Weiterbildungsmöglichkeiten umfassen. Soweit in dieser Umstellungsphase regionale Engpässe im Angebot an Weiterbildungsstellen an den Krankenhäusern entstehen, müssten auf Landesebene oder kommunaler Ebene geeignete Maßnahmen ergriffen werden.
3. Zum Landesrecht gehört auch die **kommunale Ebene**, die insbesondere, soweit es die Prävention, Pflege und Bedarfsplanung betrifft, für das Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung gewinnt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits 2009 einen Trend zur Kommunalisierung von Prozessen im Gesundheitswesen prognostiziert und „für eine Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure“ und in diesem Rahmen für eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern, Selbsthilfe und kommunalen Einrichtungen plädiert

(Gutachten 2009 S. 13 ff). Ziel ist eine gemeinsame örtliche Gesundheitsplanung (s. hierzu auch Luthé, Kommunale Gesundheitslandschaften NDV Juli 2010 S. 304-310). Insbesondere den Gesundheitsämtern vor Ort soll eine Schlüsselfunktion gegeben werden; sie sollen zu einem Instrument modernen Kommunalmanagements auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung- und -vorsorge entwickelt werden. Im Rahmen der Weiterbildung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten ist eine Spezialisierung im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in § 36a Abs. 1 Nr.3 Sächs. HKaG und in § 48a Abs. 1 Nr.4 HeilBerG Hessen als Weiterbildungsmöglichkeit bereits aufgegriffen worden. Bei einer fünfjährigen Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten könnte die nicht an ambulante und stationäre Weiterbildungsstätten gebundene Zeit dafür genutzt werden.

4. Zusammenfassung:

Die Bewertung der landesgesetzlichen Regelungsebene hat gezeigt, dass sich das Weiterbildungskonzept der BPtK organisatorisch und inhaltlich weitgehend problemlos in den HBKG der Länder umsetzen lässt. Aus der Neustrukturierung der psychotherapeutischen Ausbildung und dem Abschluss dieser Ausbildung als approbierter Psychotherapeut folgt landesgesetzlich die notwendige Umbenennung der „Psychotherapeutenkammer für PP und KJP“ in „Psychotherapeutenkammer“ mit einer neuen Definition ihrer Mitglieder. Harmonisierungsbedürftig sind auf dieser Grundlage die jeweiligen Abschnitte zur Regelung einer berufsspezifischen Weiterbildung, wobei entsprechend der im Konzept der BPtK für enthaltenen grundsätzlichen Trennung in die zwei Weiterbildungsgebiete Psychotherapie für Erwachsene und für Kinder diese als statusbildende Norm landesgesetzlich einheitlich vorgegeben werden sollten. Auch bei einer auf ein von den PtK nur zu zertifizierendes Angebot von Weiterbildungsverbänden empfiehlt es sich, diese besondere Ausprägung der Weiterbildungsstruktur analog bereits existierender Regelungen in einigen Heilberufen/Kammergesetzen gesetzlich im HBKG zu verankern. Die weitergehende Forderung der verpflichtenden Einführung solcher Weiterbildungsverbände als Grundlage der Zulassung von Weiterbildungsstätten in der psychotherapeutischen Weiterbildung, bedürfte einer gesetzlichen Absicherung im den sich auf die Weiterbildung in der Psychotherapie beziehenden Abschnitten der HBKG. Die Wechselwirkungen zwischen dem ärztlichen und dem psychotherapeutischen Weiterbildungsrecht sollten dabei aber berücksichtigt und die Möglichkeiten einer wechselseitigen Angleichung geprüft werden. Die rechtliche Absicherung eines Anspruchs auf eine angemessene Vergütung des PiW lässt sich, wie entsprechende Beispiele zeigen, als Grundsatz im Weiterbildungsrecht festlegen, allerdings ohne eine Garantie für ein definiertes Mindesteinkommen.

II. Sozialversicherungsrechtliche Ebene

Während der Bund im Gesundheitsrecht, wie dargelegt, nur eine sehr eingeschränkte Gesetzgebungszuständigkeit hat, ist er nach Art. 17 Nr. 12 GG für das Sozialversicherungsrecht zwar auch nur konkurrierend aber vollumfänglich zur Gesetzgebung befugt und hat diese Zuständigkeit für das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung insbesondere im SGB V umfassend ausgefüllt. Im IV. Kapitel des SGB V sind insbesondere die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern geregelt. Sie basieren darauf, dass die Krankenkassen grundsätzlich (Ausnahme: § 140 SGB V) selbst keine eigenen Einrichtungen zur Erbringung der von ihnen ihren Versicherten geschuldeten Sachleistungen unterhalten dürfen, sondern

H

hierüber Verträge mit den jeweiligen Leistungserbringern bzw. deren Verbänden abschließen müssen. Die jeweiligen Leistungserbringer treten aber erst nach abgeschlossener Berufsausbildung aufgrund einer Zulassung zur oder einer vertraglichen Teilnahmeberechtigung an der medizinischen Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung in eine Rechtsbeziehung zu den Krankenkassen. Die Krankenkassen sind daher für die vor Zulassung bzw. Teilnahmeberechtigung nach dem SGB V nachzuweisende Qualifikation und deren Finanzierung grundsätzlich nicht zuständig. Dies gilt grundsätzlich auch für den Erwerb der Fachkunde in der Psychotherapie als Zulassungsvoraussetzung für die vertragspsychotherapeutische Behandlung von sozialversicherten Patienten. Die Umwandlung dieser psychotherapeutischen Fachkunde von einer nach Maßgabe von § 95c S. 2 SGB V gem. den Psychotherapie-RL des G-BA abzuleistenden vertieften Ausbildung in einem vom G-BA nach § 92 Abs. 6a iVm Abs. 2 S. 2 Nr.1 anerkannten Behandlungsverfahren in eine auf der Grundlage der Approbation als Psychotherapeut erteilte Weiterbildungsanerkennung als Fach-Psychotherapeut verändert aber grundsätzlich den Zulassungsstatus des Fachpsychotherapeuten; es bedarf daher einer Anpassung von Vorschriften des SGB V an diesen veränderten Status.

1. §§ 28 Abs.3, 92 Abs.1 S. 2 Nr. 1, Abs. 6a, 95 Abs. 10-12, 95c SGB V

Zulassungssteuerung

Wird das Konzept einer Direktausbildung gesetzgeberisch übernommen ergibt sich nahezu zwangsläufig eine **Umstellung der Zulassungsvoraussetzungen in § 95c SGB V** auf den erfolgreichen Abschluss einer Weiterbildung in einem in der Weiterbildungsordnung der PtK aufgeführten Fachgebiet. § 95c würde dann in einer Neufassung analog zu § 95a Abs. 1 SGB V für Psychotherapeuten die Eintragung in das Arztregister davon abhängig machen, dass:

1. die Approbation als Psychotherapeut,
 2. der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Bezeichnung nachgewiesen oder der Nachweis zum Führen einer nach den EU-Berufsanerkennungsrichtlinien erbrachten EU-Qualifikation erbracht ist.
- 1.1 Auf einer derart neu gefassten gesetzlichen Grundlage der Zugangsvoraussetzungen zur vertragsärztlichen Versorgung müsste auch der in § 28 Abs. 3 SGB V definierte **Kreis der Leistungserbringer** einer psychotherapeutischen Behandlung angepasst werden. Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit würde dann durch „Vertragspsychotherapeuten und Vertragsärzte“ entsprechend den Richtlinien nach § 92 durchgeführt. Während nach geltendem Recht diese Richtlinien für Psychotherapeuten aber den Fachkundenachweis als Zulassungsvoraussetzung für Psychotherapeuten definieren (§ 95c), würden sie nach „neuem Recht“ die jeweiligen Weiterbildungsqualifikationen von ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten bewerten und bündeln müssen. Dabei ist der G-BA grundsätzlich an berufsrechtlich bestehende weiterbildungsrechtliche Vorgaben gebunden.⁹ Für die Definition der Qualitätsanforderungen zur Erbringung bestimmter versorgungsrelevanter psychotherapeutischer Behandlungen, die von Psychotherapeuten und Vertragsärzten gleichermaßen qualifiziert zu Lasten der GKV erbringbar sein sollen, muss der G-BA daher die Weiterbildungsqualifikationen beider Berufe zugrunde legen. Der G-BA und in rechtlichen Konfliktfällen die Rechtsprechung werden sich daher bei Inkrafttreten der jetzt für die Psychotherapie konzipierten Regelung grundsätzlich mit den Schnittstellen zweier unterschiedlicher weiterbildungsrechtlicher Regelungsbereiche für die psychotherapeutische Behandlung befassen müssen.
- 1.2 Als weitere Folge wären die zum Erwerb der Fachkunde Psychotherapie in § 95 Abs. 10-12 SGB V enthaltenen Regelungen zu streichen und – soweit notwendig – durch **Übergangsregelungen** zum Erwerb der Weiterbildungsanerkennung zu ersetzen.
- 1.3 Nach geltendem Recht enthält auf der Grundlage von § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 iVm Abs. 6a SGB V die **Psychotherapierichtlinie** des G-BA i.d.F. vom 16.2.2017 (PsychTh-RL) und die Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (**Psychotherapievereinbarung** (PsychTh-Vbg)) wortidentische Festlegungen des Kreises der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungserbringer, die zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt sind: „*Therapeutinnen und Therapeuten im Sinne dieser*

⁹ BSG Urt. v. 20.3.1996 – 6 RKA 34/95 – SozR 3-2500 § 95 Nr. 9; BSG Urt. v. 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr. 3

Vereinbarung sind entsprechend der jeweiligen fachlichen Befähigung (nach den §§ 5-7 (BMV-Ä)) die ärztliche Psychotherapeutin oder der ärztliche Psychotherapeut, die ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeutin oder der ärztliche Kinder- und Jugendpsychotherapeut, die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut - nachfolgend Therapeutin bzw. Therapeut benannt -, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie als persönliche Leistung verfügen.“

- 1.4 Bezogen auf die so definierten Therapeutinnen und Therapeuten als Leistungserbringer regeln die PsychTh-RL die methodischen Grundlagen von Psychotherapie, die mittels Psychotherapie behandlungsfähigen Erkrankungen und die anerkannten Behandlungsverfahren (Richtlinienverfahren) sowie neben diesen Verfahren erbringbare Leistungen (Sprechstunde, Akutbehandlung, probatorische Sitzungen). Die PsychTh-Vbg bestimmt für dieselben Therapeutinnen und Therapeuten auf der Grundlage von § 38 PsychTh-RL die qualitativen und abrechnungsmäßigen Anforderungen an die Erbringung und Abrechnung der im EBM für die Richtlinienverfahren und weitere psychotherapeutische Leistungen enthaltenen EBM-Positionen. Aus diesen beiden normativen Vorgaben für die Psychotherapie als Leistung der GKV (die PsychTh-RL gilt insoweit auch für die stationäre Krankenhausbehandlung)¹⁰ ergibt sich, dass die Umwandlung des bisher auf einer Zusatzausbildung beruhenden Fachkundenachweises in eine abgeschlossene Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten als solche keine Auswirkung auf den inhaltlichen Fortbestand beider Regelungen haben muss. Die in den PsychTh-RL durch den G-BA festgelegten methodischen Grundlagen werden dadurch nicht tangiert und die im EBM festgelegten EBM-Positionen und deren Zuordnungen zu den jeweiligen Leistungserbringern gelten berufsübergreifend und sind nicht davon abhängig, ob der Leistungserbringer Arzt oder Psychotherapeut ist.
- 1.5 Rein definitorisch wären in § 1 Abs. 2 PsychTh-RL und in § 1 Abs. 2 sowie in §§ 6 und 7 Psych-Vbg nur die Begriffe „*die Psychologische Psychotherapeutin oder der Psychologische Psychotherapeut oder die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*“ auszutauschen in „*die Fachpsychotherapeutin oder der Fachpsychotherapeut für Erwachsene und die Fachpsychotherapeutin oder der Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche.*“
- 1.6 Zusätzlich müsste in § 6 Psych-Vbg jeweils der Satzteil „durch den Fachkundenachweis gemäß § 95c SGB V aufgrund einer vertieften Ausbildung mit Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der (tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie)“ wie folgt ersetzt werden „durch den Weiterbildungsnachweis gem. § 95c SGB V als Fachpsychotherapeut für Erwachsene (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) bzw.: Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche(tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)“

¹⁰ Die Einordnung der Richtlinien des G-BA und der Vorschriften des BMV als öffentlich-rechtliche, normativ-verbindliche Vorgaben nicht nur für die Trägerorganisationen des G-BA, sondern auch für deren Mitglieder und die ihnen zuzuordnenden Leistungserbringer und Versicherten ist in ständiger Rspr. des BSG anerkannt. Über § 91 Abs. 6 SGB V sind die Richtlinien des G-BA auch für die Verbände der Krankenhäuser und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich.

- 1.7 Im Unterschied zum geltenden Recht, würde aber nicht mehr der G-BA die **inhaltliche Ausgestaltung der Zulassungsvoraussetzung** gem. § 95c Abs. 1 S. 2 Nr.1-3 SGB V vornehmen können. An die Stelle des bisherigen Fachkundenachweises würde vielmehr eine landesgesetzlich geregelte durch die jeweilige Psychotherapeutenkammer nach Maßgabe ihrer Weiterbildungsordnung ausgesprochene Anerkennung zum Fachpsychotherapeuten treten. Bei einer Umsetzung des Weiterbildungskonzeptes der BPtK resultieren daraus zwei Problemstellungen:
- 1.8 Gem. § 3 S. 4 Anlage 1 BMV-Ä dürfen Therapeutinnen und Therapeuten, die durch ihren Fachkundenachweis auf die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen beschränkt sind, nur bei Kindern und Jugendlichen psychotherapeutische Sprechstunden und Akutbehandlung durchführen. Eine vergleichbare Einschränkung in der Tätigkeit von Psychotherapeuten auf Sprechstunden und Akutbehandlung für Erwachsene fehlt, wäre aber die Konsequenz aus der im Konzept der BPtK geforderten grundsätzlichen Trennung in die beiden Weiterbildungsgebiete **Psychotherapie für Erwachsene und Psychotherapie für Kinder und Jugendliche**. Soweit die vor Inkrafttreten der Umstellung anerkannten Fachkundenachweise als Übergangs- und Besitzstandsregelung übernommen werden, wird die sich daraus ergebende Einschränkung erst für Weiterbildungsabschlüsse nach neuem Recht relevant. Dann bedarf es aber einer Harmonisierung des Weiterbildungsrechts durch den Landesgesetzgeber (zum statusbildenden Charakter dieser Aufteilung oben Abschnitt I Nr. 1.9), die bei einer Anerkennung der Gründe, die zu der Forderung der BPtK nach einer Aufteilung der Gebiete geführt haben, nur in der Einführung einer vergleichbaren Trennung für die ärztliche Weiterbildung liegen könnte. Da auch das Konzept der BPtK die Möglichkeit einer Weiterbildung in beiden Gebieten ermöglichen will und § 5 Abs. 4 PsychTh-Vbg für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen eine Zusatzqualifikation von den Fachärzten für Psychosomatik und Psychotherapie, den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzten mit einer Zusatzbezeichnung in der Psychotherapie verlangt,¹¹ bestünde die Möglichkeit, sich über gemeinsam getragene Anforderungen an den Erwerb beider Qualifikationen zu verständigen.
- 1.9 Das Konzept der BPtK sieht eine Weiterbildung für die durch den **Wissenschaftlichen Beirat (WBR)** anerkannten Verfahren vor. Neben den auch vom G-BA anerkannten Verfahren hat der WBR auch die Gesprächspsychotherapie für Erwachsene, die systemische Psychotherapie und die neuropsychologische Therapie bewertet. Die Gesprächspsychotherapie ist nach einem Methodenbewertungsverfahren durch den G-BA nach § 135 Abs. 1 SGB V wegen einer zu geringen Breite des evidenzgesicherten Versorgungsangebotes als Grundlage eines Fachkundenachweises nach Maßgabe von § 19 Abs. 1 Nr. 2 Pscht-RL abgelehnt worden. Das BSG hat die Rechtmäßigkeit dieser ablehnenden Entscheidung mit Ur. v. 28.10.2009 – B 6 KA 45/08, 11/09 R BSGE 105,26 = SozR 4-2500 § 92

¹¹ Für die Besetzung von Therapeutesitzen zur ausschließlichen Behandlung von Kindern und Jugendlichen sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und psychologische Psychotherapeuten mit zusätzlicher Fachkundeausbildung gleichermaßen qualifiziert (BSG Ur. v.15. 7. 2015 – B 6 KA 32/14 R, BSGE 119, 90 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 17 (Rn. 45-50))

Nr. 8, bestätigt.¹² Die systemische Psychotherapie ist durch Beschl. Des WBR v. 14.12. 2008 als Verfahren einer vertieften Ausbildung für Erwachsene und für Kinder anerkannt worden und ist Gegenstand eines Methodenbewertungsverfahrens durch den G-BA, das noch nicht abgeschlossen ist; der Bericht des IQWiG v. 24.7.2017 geht für die meisten geprüften Indikationen von Anhaltspunkten für oder Hinweisen auf einen Nutzen aus, bemängelt aber fehlende verwertbare Daten zum Endpunkt unerwünschte Ereignisse. Die Neuropsychologische Therapie ist vom WBR als Methode zur Behandlung „hirnorganischer Störungen“ anerkannt worden, wegen der Begrenzung auf eine Indikation aber nicht als Verfahren einer vertieften Ausbildung. Auf der Grundlage einer Methodenbewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V ist sie auch durch Beschluss des G-BA vom 24.11.2011 als Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach Nr. 19 der Methoden-Bewertungs-RL anerkannt worden.

- 1.10 Die Anerkennung einer psychotherapeutischen Behandlungsmethode durch den WBR kann, wie die Bewertung der Gesprächspsychotherapie gezeigt hat, nach Maßgabe der PsychTh-RL des G-BA im Widerspruch zu den in § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V festgelegten **medizinischen Anforderungen** an den Nachweis eines indikationsbezogenen Nutzens stehen. An diesen medizinischen Anforderungen ändert die Neuordnung der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie zunächst nichts. Sie müssen jetzt aber im Licht der von der Rechtsprechung grundsätzlich bejahten Bindung auch des G-BA an weiterbildungsrechtlich anerkannte Qualifikationsnachweise und des daraus abgeleiteten Grundrechts des Weiterbildungsabsolventen aus Art. 12 GG auf freie Berufsausübung in diesem Weiterbildungsgebiet gesehen werden.¹³ Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Weiterbildungsabschluss bei Realisierung des Aus- und Weiterbildungskonzeptes eine insgesamt zehnjährige psychotherapeutisch ausgerichtete Aus- und Weiterbildung erfordert und die Verweigerung einer auf dieser Grundlage erworbenen fachlichen Qualifikation einem Eingriff in die Berufswahl gleichkommen würde.¹⁴
- 1.11 Nach den Urteilen des BSG vom 16.3.2017¹⁵ ist der Bundesgesetzgeber berechtigt, sowohl die Vertragsparteien normativer Verträge (hier § 125 SGB V) als auch den G-BA (hier HeilM-RL) zur Regelung von

¹² „Der Fachkundenachweis nach § 95c S 2 Nr. 3 SGB 5 für die nach der übergangsrechtlichen Vorschrift des § 12 PsychThG approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-therapeuten kann nur in Behandlungsverfahren geführt werden, die der Bundesausschuss der Ärzte- und Krankenkassen in den bis zum 31.12.1998 geltenden PsychTh-RL als für den Einsatz bei der Behandlung von Versicherten der Krankenkassen geeignet anerkannt hatte. (Rn.12)

¹³ BSG Urt. v. 20.3.1996 – 6 RKa 34/95 – SozR 3-2500 § 95 Nr. 9; BSG Urt. v. 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R, BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr. 3

¹⁴ Das BSG hat in seiner Entscheidung v. 28.10.2009 nur einen Eingriff in die freie Berufsausübung angenommen, weil der Kläger in diesem Verfahren wegen einer breiteren Qualifikation eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung hatte (Rn. 35).

¹⁵ BSG Urt. v. 16.3.2017 – B 3 KR 14/16 R GesR 2017, 705 (Rn. 26); B 3 KR 24/15 R =SozR 4-2500 § 125 Nr. 9

Qualifikationsanforderungen auf untergesetzlicher Ebene zu ermächtigen. „Das ergibt sich aus der umfassenden Zuständigkeit des Bundes nach Art 74 Abs. 1 Nr. 12 GG für die gesamte Sozialversicherung, die damit für die GKV als Teil derselben auch hinausgehend über das reine Berufsrecht **eigenständige sozialversicherungsrechtliche Regelungen** des Bundesgesetzgebers ermöglicht (BVerfG NJW 1999, 2730, 2731 = SozR 3-2500 § 73 Nr. 3 S 16; BVerfG SozR 4-2500 § 135 Nr. 2 RdNr 24 ff; BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16, RdNr 27 mwN). Auf die im SGB V vorgesehene Normsetzung der sog gemeinsamen Selbstverwaltung sind auch die Kriterien des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG nicht anwendbar, dh es bedarf keiner entsprechend eng umrissenen gesetzlichen Grundlage (vgl. BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16, RdNr 22).“

- 1.12 Auch das BSG differenziert in seinem Urteil zur Gesprächspsychotherapie v. 28.10.2009 zwischen der **berufsrechtlichen und der sozialversicherungsrechtlichen Regelung** im PsychThG. Berufsrechtlich werde in § 11 S. 1 PsychThG den Behörden, für deren Entscheidungen die Bewertung eines Behandlungsverfahrens als "wissenschaftlich anerkannt" von Bedeutung ist, aufgegeben, eine Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zu dem in Betracht kommenden Verfahren einzuholen. Sozialversicherungsrechtlich sei der Gesetzgeber bei der Neuregelung der psychotherapeutischen Leistungserbringung einen anderen Weg gegangen. § 95c SGB V sei abweichend noch von der Fassung des Gesetzentwurfs der damaligen Regierungsfractionen explizit so gefasst worden, dass die Voraussetzungen für den Fachkundenachweis im Gesetz selbst definiert werden (BT-Drucks 13/9212 S 41). Durch den Verweis auf die nach der damals geltenden Fassung der PsychTh-RL anerkannten Verfahren habe der Gesetzgeber selbst entschieden, welche Leistungserbringer mit welcher Qualifikation zum 1.1.1999 Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten erhalten sollten. Das BSG fährt fort: „Wenn der Gesetzgeber einen Gleichklang von Berufsrecht und Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung im Bereich Psychotherapie gewollt hätte, hätte er die bedarfsunabhängige Zulassung bzw. die Eintragung ins Arztregister allein von dem Nachweis der Approbation und der Weiterbildung in einem *„wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren“* i. S des § 8 Abs. 3 Nr. 1 PsychThG abhängig machen können. Dann hätten mittelbar die Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie sowohl den Umfang der Leistungspflicht der Krankenkassen (§ 28 Abs. 3 SGB V) wie die notwendige Qualifikation für den Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung gesteuert. Davon hat der Gesetzgeber bewusst Abstand genommen, weil er den Leistungsumfang der Psychotherapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung enger gesteckt hat als den berufsrechtlichen Status der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten und deren Qualifikation zur Leistungserbringung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Abweichungen der gesetzlichen Regelung des sozialversicherungsrechtlichen Bereichs sind verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Insoweit bestehen weder formellrechtlich noch materiellrechtlich durchgreifende Bedenken.“ (Rn. 36)
- 1.13 Die Umstellung des sozialversicherungsrechtlich geregelten Fachkundenachweises auf eine berufsrechtlich und damit landesgesetzlich geregelte Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten als Zulassungsvoraussetzung zur vertragsärztlichen Versorgung würde somit - vorbehaltlich einschränkender gesetzlicher Regelungen im Rahmen der Umstellung des § 95c - der bestehenden Bewertungszuständigkeit des G-BA zur

Aufnahme neuer Psychotherapieverfahren nach § 19 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 PsychTh-RL die Grundlage entziehen. Der G-BA bliebe aber berechtigt, in den PsychTh-RL auf der Grundlage von § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 iVm Abs. 6a SGV einheitlich für Ärzte und Psychotherapeuten die methodischen und qualitativen Grundlagen für die Psychotherapie als Leistung der GKV festzulegen und solche Grundlagen auch für die bisher abgelehnten bzw. noch nicht anerkannten Verfahren zu definieren. Die Notwendigkeit für diesen methodischen und qualitativen Überbau durch Psychotherapierichtlinien des G-BA würde sich nach wie vor aus der in § 28 Abs. 3 SGB V für Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten identisch verankerten Leistungsberechtigung in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung ergeben. Aus demselben Grund einer berufsübergreifenden Verbindlichkeit normativer Vorgaben für die psychotherapeutische Versorgung müssten auch die Partner des BMV-Ä berechtigt bleiben, auf der Grundlage von § 38 PsychTh-RL in der Psychotherapievereinbarung für Ärzte und Psychotherapeuten einheitliche qualitative und wirtschaftliche Anforderungen an die Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen in den anerkannten bzw. anzuerkennenden Verfahren und Leistungsarten festzulegen.

- 1.14 Wenn der Gesetzgeber der aufgezeigten Rechtsfolge einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der von den PtK aufgrund von Empfehlungen des WBR¹⁶ anerkannten Weiterbildungsabschlüsse folgt, müsste der G-BA nach dem gegenwärtigen Stand den Kreis der **Richtlinienverfahren** entsprechend um die systemische Psychotherapie erweitern. Dies könnte zur Folge haben, dass wegen einer andersartigen Ausrichtung des Versorgungsangebotes der systemischen Psychotherapie auf die Interaktion zwischen Patient und einer Bezugsperson für die systemische Psychotherapie gesonderte qualitative Anforderungen in den PsychTh-RL und darauf gerichtete Abrechnungsvorgaben in der PsychTh-Vbg getroffen werden müssten.
- 1.15 Die **neurologische Psychotherapie** lässt sich als wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode nicht in die mit einem breiten Versorgungsangebot verbundene Struktur der Richtlinienverfahren integrieren. Ihre Einordnung als Zusatzbezeichnung (Abschn. IV 3a) des Konzeptes der BPtK würde voraussetzen, dass die Weiterbildung in einem Richtlinienverfahren absolviert werden müsste, um sich als neurologischer Psychotherapeut qualifizieren zu können. Auch die Anbindung der Qualifikation als neurologischer Psychotherapeut an die Weiterbildung als Fachpsychotherapeut für Erwachsene oder als Fachpsychotherapeut für Kinder und Jugendliche würde der in ihrer nicht am Alter des Patienten bestehenden medizinischen Ausrichtung nicht gerecht werden. Im Rahmen der Umsetzung des Konzeptes der BPtK muss daher entschieden werden, ob die neurologische Psychotherapie nicht als ein eigenes Fachgebiet mit gesondert dafür festgelegten Weiterbildungskriterien angesehen werden sollte. Alternativ könnten Übergangsregelungen die bisher erworbenen Fachkundenachweise anerkennen und die neurologische Psychotherapie jeweils als Verfahren einer vertieften Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten für Erwachsene und/oder für Kinder und Jugendliche einführen.

2 § 117 Abs. 3 SGB V – Aus-/Weiterbildungsinstitute

Die Ambulanzen der Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG nehmen als weitere Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Sie sind gem. § 117

¹⁶ Der Arbeitsentwurf des BMG zur Neuordnung der psychotherapeutischen Ausbildung sieht ausdrücklich den Fortbestand der WBR mit seiner Bewertungsfunktion der wissenschaftlichen Anerkennung von psychotherapeutischen Behandlungsverfahren vor.

Abs. 3 Satz 1 SGB V ermächtigt und gemäß § 95 Abs. 4 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet. Inhaber der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen ist die Ambulanz der Ausbildungsstätte und nicht der jeweilige PiA.

- 2.1 Die Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG sind gesetzlich als **Einrichtungen der Lehre und Forschung** eingeführt worden. Ihre Finanzierung zu Lasten der Krankenkassen ist als Gegengewicht zur Finanzierung von Polikliniken an Universitäten begründet worden (BT-Drs. 13/8035 zu Art. 2 Nr. 13 (§ 117)). Eine gesetzliche Verpflichtung für Hochschulen zum Angebot entsprechender Ausbildungsgänge bestand jedoch schon damals nicht (BT-Drs. aaO zu Art 1 § 6). Vielmehr wurden die Zusatzausbildungen zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überwiegend an Ausbildungseinrichtungen in privater Trägerschaft durchgeführt. Die Mitwirkung an der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung war davon abhängig, dass der vormalige klinische Psychologe und nach Inkrafttreten des PsychThG Psychologische Psychotherapeut und der vormalige Kinder- und Jugendlichen-Pädagoge und nach Inkrafttreten des PsychThG Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut eine Zusatzausbildung an einem von der KBV anerkannten Institut nachweisen konnte, wobei die KÄV bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG die darin durchgeführten Behandlungen mit den Krankenkassen abgerechnet und an die Institute weitergeleitet hatten; die Institute haben zur Deckung ihrer Mehrkosten von den Studierenden Teilnahmegebühren erhoben (zur Unvertretbarkeit daraus entstehender finanzieller Belastungen Anfrage der LINKEN v. 24.3.2009 BT-Drs.16/12401).
- 2.2 Die Finanzierung der Ausbildungsinstitute nach § 117 Abs. 3 SGB V steht im Zusammenhang mit den bestehenden **Ausbildungsanforderungen** an Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach § 6 Abs. 4, 5, 7 und § 7 Abs. 4 PsychTh-Vbg wonach die Anerkennung für die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen, die Gruppenpsychotherapie, die EMDR als Methode zur Therapie posttraumatischer Belastungsstörungen davon abhängig, dass eine jeweils definierte Stundenzahl an theoretischer Unterweisung, an Selbsterfahrung und an Behandlungsfällen unter Supervision eines entsprechenden erfahrenen Psychotherapeuten an Ausbildungsinstituten nach § 6 PsychThG absolviert wird. Vergleichbare Elemente mit entsprechenden Zeit- oder Fallzahlvorgaben enthält auch das Weiterbildungskonzept der BPtK; sie sind ein wesentliches Argument für die Forderung der BPtK nach dem Fortbestand dieser Institutsveranstaltungen, ihrer Finanzierung durch die Krankenkassen und ihrer Einbindung in einen Weiterbildungsverbund mit den anderen Weiterbildungsstätten (dazu oben Abschnitt I Nr. 1.8, 1.9).

Die Einführung einer landesgesetzlich geregelten Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten als Zulassungsvoraussetzung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung stellt auch die Finanzierung der in Ausbildungsinstituten nach § 6 PsychThG als gem. § 117 Abs. 3 SGB V ermächtigte Einrichtungen im Rahmen der jetzigen Zusatzausbildung unter Supervision erbrachten psychotherapeutischen Leistungen in Frage. Insofern würde allerdings zunächst die im Konzept der BPtK vorgesehene **sechsjährige**

Übergangsregelung denjenigen Psychotherapeuten helfen, die ihre Approbation nach dem bisherigen Recht erlangt haben.

- 2.3 Mit dem zu erwartenden Wegfall von § 6 PsychThG als Folge einer Aufhebung der psychotherapeutischen Zusatzausbildung entfällt aber die **Rechtsgrundlage** für § 117 Abs. 3 SGB V. Die bestehende Finanzierung der an diesen Ausbildungsinstituten durchgeführten Behandlungen sozialversicherter Patienten durch die Krankenkassen basiert allerdings bei einer rein wirtschaftlichen Betrachtung darauf, dass die betreffenden Versicherten ordnungsgemäß wegen einer bestehenden psychischen Erkrankung behandelt werden und die Krankenkassen deswegen ohne Zahlungsverpflichtung die ansonsten anfallenden Behandlungskosten einsparen würden. Bei einer vergleichbar qualifizierten Behandlung der Versicherten im Rahmen einer Weiterbildung besteht jedenfalls kein inhaltlicher Grund dafür, dies zu ändern. Für ein Weiterbildungsinstitut als Strukturelement dieser Weiterbildung muss jedoch rechtlich begründet werden, warum die GKV für im Rahmen der Weiterbildung und damit außerhalb ihres Aufgabenbereiches erbrachte Leistungen bezahlen soll und warum dafür die Struktur des § 117 Abs. 3 nach wie vor eine adäquate Grundlage sein soll.
- 2.4 Ein Verweis auf das Weiterbildungsrecht als Landesrecht wird bereits in § 95a SGB V für die ärztliche Zulassung praktiziert. Das Endprodukt der landesrechtlich geregelten ärztlichen Weiterbildung, die Anerkennung zum Führen einer Arztbezeichnung, ist jedoch in den HBKG durch die damalige Abstimmung der zuständigen Fachministerien der Länder (Abschn. I Nr. 1.2) so harmonisiert worden, dass es in § 95a Abs. 1 Nr. 2 SGB V als Zulassungsvoraussetzung übernommen werden konnte. Eine entsprechende Regelung muss daher in 95c für die Zulassung von Psychotherapeuten getroffen werden können, wenn das Weiterbildungsrecht durch die Landesgesetzgeber entsprechend harmonisiert wird (dazu Abschn. I Nr. 1.9-1.14).
- 2.5 Die gesetzgeberische Anbindung der Ausbildungsinstitute nach § 6 PsychThG an Lehre und Forschung, entsprach schon damals nicht ihrer realen Ausprägung, weil die Ausbildungsinstitute keine Studenten, sondern approbierte PP und KJP ausgebildet haben. Daran würde sich bei einer Umstellung von der Ausbildung der AiW in die Weiterbildung von PiW nichts ändern. Unverändert bleibt insbesondere der auf einer erworbenen Approbation bestehende Postgraduierten-Status, der als approbierter Psychotherapeut gegenüber dem PiA bereits eine Berechtigung zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde beinhaltet. Unverändert bleibt auch, die erforderliche Supervision der Leistungserbringung des PiW durch einen erfahrenen Fachpsychotherapeuten (Abschn. IV 3c Konzept BPtK). Es bleibt aber zunächst eine politische Entscheidung, ob der Gesetzgeber im Sozialversicherungsrecht diese Struktur einer indirekten Förderung der Qualifizierung von Psychotherapeuten über die Finanzierung der von Ihnen unter Supervision erbrachten Leistungen fortführen will.
- 2.6 Grundlage dafür ist aber zwingend, dass das Weiterbildungsrecht durch die Gesetzgebung der Länder in der Festlegung der Weiterbildungsstrukturen für die approbierten Psychotherapeuten so harmonisiert wird, dass an definierten Rechtsbegriffen des Weiterbildungsrechts (Weiterbildungsinstitut) sozialversicherungsrechtliche Konsequenzen festgemacht werden können, die eine einheitlichen Umsetzung trotz landesgesetzlicher Zuständigkeit gewährleisten. Nur unter der Voraussetzung, dass in nahezu allen HBKG Weiterbildungsinstitute für die Ableistung der in §§ 6, 7 BMV-Ä zusätzlich zum Fachkundenachweis aufgeführten Leistungen als Weiterbildungsstätten zugelassen werden, könnte der Bundesgesetzgeber in einem modifizierten § 117

Abs. 3 die nach Landesrecht anerkannten Weiterbildungsinstitute zur Erbringung der unter Supervision durchgeführten Behandlungen zu Lasten der Krankenkassen ermächtigen. (zur Abfolge der dazu erforderlichen Gesetzgebung (Abschn. IV 4).

- 2.7 Um die Einhaltung dieser Anforderungen – trotz der bestehenden 16 landesgesetzlichen Regelungskompetenzen – zu gewährleisten, müssten die Partner der Bundesmantelverträge gesetzlich beauftragt bleiben, in der PsychTh-Vbg neben dem Nachweis des Weiterbildungsabschlusses auch für Psychotherapeuten in §§ 6, 7 qualitative Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu verlangen und dabei insbesondere dieselben Anforderungen an theoretische Unterweisung, Selbsterfahrung, Behandlung unter Supervision zu stellen, die jetzt in den Ausbildungsinstituten vermittelt wird. Die Rechtmäßigkeit einer bundesrechtlich normativen Festlegung dieser Anforderungen ergibt sich vor allem daraus, dass in der PsychTh-Vbg für Ärzte neben dem Nachweis der abgeschlossenen Weiterbildung in einem der anerkannten Verfahren nahezu dieselben gesondert nachzuweisenden Voraussetzungen als Grundlage für die Abrechnung der aufgeführten EBM-Positionen verlangt werden.¹⁷ Um die notwendige rechtliche Verknüpfung derartiger qualitativer Vorgaben mit organisatorischen Strukturen zu deren Realisierung zu schaffen, bedarf es einer einheitlichen Umsetzung der im Weiterbildungskonzept der BpTK vorgesehenen Errichtung von Weiterbildungsverbänden zwischen Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsinstituten.
- 2.8 Diese organisatorische Struktur müsste aber im Weiterbildungsrecht dann nicht verbindlich, sondern nur optional eingeführt werden (dazu oben Abschnitt I Nr.1.7), wenn sie als Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen weiterhin bundeseinheitlich in der PsychTh-Vbg vorgegeben werden würde (Abschn. I Nr. 1.9). Weiterbildungsrechtlich wären dann auch individuell abweichend ausgestaltete Weiterbildungsgänge möglich, sie wären dann aber nicht durch eine abgesicherte Vergütungsregelung zu Lasten der Krankenkassen finanzierbar. Diese Regelung würde auch nicht die im Konzept der BpTK verbindlich vorgesehene organisatorische Verknüpfung von Weiterbildungsstätten und Weiterbildungsinstituten abdecken, die nur über das Weiterbildungsrecht erreicht werden kann. Folge einer solchen verbindlichen Strukturvorgabe im Weiterbildungsrecht wäre eine erhebliche Einschränkung der Entscheidungsfreiheit des PiW, an welcher Weiterbildungsstätte er seine Weiterbildung ableisten will. Seine Wahlfreiheit wäre auf die Wahl eines Weiterbildungsverbandes mit dem dafür verantwortlichen Weiterbildungsinstitut und den kooperierenden Weiterbildungsstätten begrenzt. Auch insoweit wäre es möglich, diese Struktur der Weiterbildung im Weiterbildungsrecht nur optional anzubieten, in einem modifizierten § 117 Abs. 3 aber die Abrechnungsfähigkeit der unter Supervision erbrachten Leistungen in einem ermächtigten Weiterbildungsinstitut an dessen Integration in einem Weiterbildungsverbund zu binden.
- 2.9 Insbesondere dieser Zusammenhang zwischen optionalen Angeboten von Weiterbildungsstrukturen in den HBKG der Länder und einer bundeseinheitlichen sozialversicherungsrechtlichen Vergütungsregelung mit verbindlichen

¹⁷ Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Trägervereine staatlich anerkannter Ausbildungsinstitute (BAG) betont in ihrer Empfehlung zur Einbindung der bisherigen Ausbildungsinstitute in die künftige Weiterbildung die dadurch garantierte hohe Weiterbildungsqualität und den Vorteil einer Beibehaltung der Qualifizierung in der Psychotherapie „aus einer Hand.“

Abrechnungsvoraussetzungen wirft die Frage nach dem Ablauf der zur Umsetzung des Gesamtkonzeptes einer Aus- und Weiterbildungsreform für Psychotherapeuten erforderlichen Gesetzgebung auf Bundes- und Landesebene auf. Erforderlich ist insoweit eine Abstimmung dieses Reformprozesses zwischen dem BMG und den zuständigen Landesministerien in den dazu bestehenden ministeriellen Arbeitsgremien (dazu Abschnitt IV 4).

- 2.10 Die **Ärzttekammern** könnten parallel zu einer solchen Umstellung in der psychotherapeutischen Weiterbildung die bisherigen Ausbildungsstätten für Psychotherapeuten bei Einbindung ärztlicher Weiterbilder auch als Weiterbildungsstätten für Ärzte zulassen und damit den Engpass entsprechend bestehender ärztlicher Weiterbildungsmöglichkeiten zu beseitigen (dazu Abschnitt I Nr. 1.8). Es wäre dies auch ein wichtiger Schritt zur inhaltlichen Angleichung der Weiterbildungsgänge.¹⁸

3. §§ 75a, 90a, 92 Abs. 2 S. 1 Nr. 9 Abs. 7e, 99-101, 105 SGB V Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung ist im Gegensatz zur Krankenhausplanung nicht verfassungsrechtlich dem Landesgesetzgeber vorbehalten, sondern auf der Grundlage der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für das Recht der Sozialversicherung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 12 GG) im SGB V geregeltes Bundesrecht. Die Grundlagen der Bedarfsplanung (Planungsbereiche, Arztgruppen, Verhältniszahlen Arzt/Bevölkerungen) legt der G-BA in der Bedarfsplanungsrichtlinie Ärzte (BedarfsPI-RL) fest. Dabei ist er an die gesetzlichen Vorgaben in §§ 99-101 SGB V gebunden.

- 3.1 Für die psychotherapeutische Versorgung legt § 101 Abs. 4 SGB V eine Arztgruppe fest, die **überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten** umfasst. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad, das heißt, die als bedarfsgerecht anzusehende Relation zwischen der Zahl der Bevölkerung und der Zahl der dieser Arztgruppe zugeordneten Ärzte, wird erstmals zum Stand vom 1.1.1999 ermittelt. Das ist der Tag, an dem das PsychThG in Kraft getreten ist. Planungsebene für die psychotherapeutische Versorgung ist die Kreisebene. Auf dieser Ebene werden für die Festlegung der Planungsbereiche fünf raumordnungsspezifische Planungskategorien in Anlehnung an die Typisierung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (BBSR) gebildet, für die jeweils der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad zum Stand von 01.01.1999 ermittelt wurde. Es besteht weitgehend Konsens darüber, dass der so gebildete allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad für die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung wenig aussagefähig ist, da er die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des PsychThG bekannten nicht bedarfsgerechten Versorgungssituationen in der psychotherapeutischen Versorgung ignoriert hat (Versorgungsverdichtung in den Städten rund um die Universitäten und Ausbildungsinstitute; Versorgungsverdünnung in ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern).¹⁹ Dadurch konnten sich in den Städten trotz bereits bestehender hoher Versorgungsdichte weitere Psychotherapeuten bis zur

¹⁸ Die Heil- und Kammergesetze enthalten partiell jetzt schon die Einrichtung gemeinsamer Beratungsgremien beider Kammern zur Koordinierung wechselseitig zu treffender Entscheidungen (z.B. § 6 Abs. 2 HBKG B-W, § 9 Abs. 5 NS HBG)

¹⁹ In der ehemaligen DDR gab es keine ausgeprägte psychotherapeutische Versorgung; sie konnte sich in den acht Jahren nach der Wiedervereinigung nicht bedarfsgerecht aufbauen)

Erreichung des Schwellenwertes für eine Zulassungssperre nach § 103 Abs. 1 SGB V niederlassen, während trotz bestehender Versorgungsengpässe im ländlichen Raum schon die Neuzulassung weniger Psychotherapeuten zur Überversorgung und Zulassungssperre führte. Diskutierte Ansätze für eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung für die psychotherapeutische Versorgung konnten bisher nicht hinreichend rechtssicher konkretisiert und eingeführt werden. Der Gesetzgeber hat im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) dem G-BA den Auftrag erteilt bis Ende Dezember 2016 zu prüfen, wie man für einzelne Arztgruppen zu einer besseren Planung gelangen und neben der Demografie auch die Sozial- und Morbiditätsstruktur in den Regionen einbeziehen kann. Ein Ergebnis konnte noch nicht vorgelegt werden. Dies liegt auch an unterschiedlichen Auffassungen der Beteiligten über das Ausmaß an Unter- und Überversorgung und über die methodischen Grundlagen für eine Neuausrichtung der Bedarfsplanung.

- 3.2 Der GKV-Spitzenverband weist daraufhin, dass im Rahmen der 2013 erfolgten **Neuausrichtung der Bedarfsplanung** bei der Bildung der fünf Planungskategorien die Verhältniszahlen für den ländlichen Raum abgesenkt und dadurch 1.350 Zulassungsmöglichkeiten neu geschaffen wurden. Im Bereich der Psychotherapie sei kein Planungsbereich unterversorgt. Nach Einschätzung des GKV-Spitzenverband haben sich durch die gesetzliche Änderung zur Quotenregelung nach § 101 Abs. 4 SGB V bis zu weitere 750 Niederlassungsmöglichkeiten ergeben. Nach Wegfall der Quote würden diese Niederlassungen größtenteils von psychologischen Psychotherapeuten belegt. Insgesamt suche die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland weltweit ihresgleichen. Psychotherapeuten würde nach Hausärzten und Internisten inzwischen die drittgrößte Leistungserbringergruppe stellen (GKV-SV 31.01.2018).
- 3.3 Die BpTK beruft sich demgegenüber auf das **IGES Gutachten zur Bedarfsplanung Psychotherapeuten** (Oktober 2016). Als Grundlage dieses Gutachtens wurden in einer Studie erstmals epidemiologische Daten zur Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung genutzt, die vom Robert Koch-Institut und der Technischen Universität Dresden erhoben worden waren (DEGS1-MH-Studie). Damit konnten regionale Unterschiede des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs unabhängig von der aktuellen Versorgungslage (und damit evtl. Versorgungsdefiziten) gemessen werden. Auf Basis von Individualdaten (DEGS1-MH) wurden zunächst Analysen zum Zusammenhang zwischen der 12-Monats-Prävalenz des Auftretens einer psychischen Störung – als Schätzer für den psychotherapeutischen Versorgungsbedarf – und sozio-ökonomischen Merkmalen durchgeführt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieser Analysen wurde ein multivariates Regressionsmodell entwickelt, mit dem die Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung und relevanten sozioökonomischen Merkmalen quantifiziert und anschließend auf die regionale Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte als Planungsbereiche der psychotherapeutischen Bedarfsplanung (Plankreise gem. § 12 Abs. 3 BPL-RL) zur Anpassung des Bedarfsindex (INKAR-Daten) übertragen wurden. Diese Ergebnisse seien in der Struktur unabhängig von der Gesamtzahl der zu Grunde liegenden Plansitze. Bei Anwendung des alternativen Stichtags (31.12.2004) und des abweichenden Regionsbezugs (Westdeutschland) zur Berechnung der einheitlichen Verhältniszahl zeige sich allerdings ein Niveaueffekt in Richtung einer höheren Anzahl an Soll-Sitzen im Vergleich zur gegenwärtigen Bedarfsplanung (+3.353 vs. +1.267 zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten).

- 3.4 Unabhängig von der unterschiedlichen Bewertung eines Mehrbedarfs bestätigen somit beide Standpunkte das grundsätzlich bestehende Verteilungsproblem zwischen einer Überversorgung in den Ballungsräumen und einer Unterversorgung im ländlichen Bereich. Aus dem Standpunkt des GKV-Spitzenverbandes wird deutlich, dass ohne den Abbau dieser Überversorgung die Bereitschaft zur Förderung von Neuzulassungen durch die Krankenkassen begrenzt bleiben wird. Die **Koalitionsvereinbarung 2018** greift aber nur das Problem der Unterversorgung im ländlichen Bereich ausdrücklich auf und will insoweit die Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage von Entscheidungen der Länder - also ohne verantwortliche Beteiligung der Selbstverwaltung - für ländliche und strukturschwache Gebiete aufheben.

„Wir werden weiterhin darauf drängen, dass die Bedarfsplanung zur Verteilung der Arztsitze kleinräumiger, bedarfsgerechter und flexibler gestaltet wird. In ländlichen oder strukturschwachen Gebieten entfallen Zulassungssperren für die Neuniederlassung von Ärztinnen und Ärzten. Die Bestimmung der von dieser Regelung erfassten Gebiete obliegt den Ländern. Wir werden die Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen erhöhen, verbindlicher ausgestalten und im Verwendungszweck flexibilisieren. Die Länder erhalten ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der Kassenärztlichen Vereinigungen.“

- 3.5 Die vorgesehene **Stärkung der Position der Länder** bei der Bestimmung ländlicher oder strukturschwacher Gebiete und ihre Mitwirkung in den vertragsärztlichen Zulassungsinstanzen gibt ihnen die Möglichkeit, auch Erkenntnisse aus ihrer landesrechtlichen Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und für die ärztliche sowie demnächst psychotherapeutische Weiterbildung in ihre Entscheidung bzw. Mitberatung einzubringen. Dies kann zum Beispiel die Einbringung von Weiterbildungsaspekten (Weiterbildungs- Instituts- Ermächtigungen) in die Verfahren vor den Zulassungsinstanzen beinhalten. Wesentlich ist eine verbindliche Rückkoppelung derartiger Entscheidungen mit den jeweiligen **Kommunen**, um deren Versorgungsinteressen es bei der geforderten kleinräumigeren und flexibleren Bedarfsplanung geht. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Kommunen inzwischen auf der Grundlage von § 95 Abs. 1a S. 1 SGB Träger eines MVZ sein können, nach § 105 Abs. 5 SGB V mit Zustimmung der KÄV eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben können, nach § 7c SGB XI zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten von den Pflegekassen und Krankenkassen eingerichtete Pflegestützpunkte mit wichtigen Koordinierungsaufgaben sein können und nach § 123-125 SGB XI kommunale Modellberatungsstellen und -einrichtungen betreiben können. Auf die zunehmende Bedeutung des öffentlichen Gesundheitsdienstes für präventive Aufgaben der Gesundheitsversorgung wurde bereits hingewiesen (s. oben Abschn. I Nr. 3).
- 3.6 Von besonderer Bedeutung für die künftige Bedarfsplanung ist der losgelöst von Verhältniszahlen zur Feststellung einer Unterversorgung zu bewertende „**lokale Versorgungsbedarf** (§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3a SGB V)“. Er vereint die Bewertungskriterien für die Bedarfsfeststellung, auf denen das Gutachten von IGES aufbaut, die jedoch für die bundeseinheitliche Bedarfsplanung gerade nicht verpflichtend vorgegeben, sondern eher der Bewertung regionaler Abweichungen vorbehalten werden (§ 99 Abs. 1 S. 3 SGB V). Kriterien sind die regionale Demographie, die regionale Morbidität, sozioökonomische Faktoren, die Versorgungsstrukturen, räumliche Faktoren und infrastrukturelle

Besonderheiten. Über das beratende Landesgremium nach § 90 a SGB V und über die oberste Landesplanungsbehörde können Anregungen oder Anträge in den für die Bedarfsplanung auf Landesebene zuständigen Landesausschuss eingebracht und zu einer Berücksichtigung im Bedarfsplan führen.

- 3.7 Eine wichtige Funktion im Rahmen einer kleinräumigen Bedarfsplanung kommt nach den Aussagen der Koalitionsvereinbarung künftig dem **Sicherstellungsfonds der KÄV** nach § 105 Abs. 1a SGB V zu, der danach ausgebaut und verbindlicher ausgestaltet werden soll. Mittel des Strukturfonds sollen insbesondere für Zuschüsse zu den Investitionskosten bei der Neuniederlassung oder der Gründung von Zweigpraxen, für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung sowie für die Vergabe von Stipendien verwendet werden. Damit war zumindest rechtlich bereits bisher die Grundlage für eine Mitfinanzierung der Zusatzausbildung in der Psychotherapie gegeben, die rechtlich auch die Gewährung von Zuschüssen zur Absolvierung der Ausbildung an Ausbildungsinstituten ermöglichen würde, soweit dies zur Deckung von Versorgungsengpässen erforderlich ist. Rechtlich wäre daher im Zusammenhang mit der in der Koalitionsvereinbarung 2018 vorgesehenen Flexibilisierung des Verwendungszweckes im Zusammenhang mit der Umstellung von der Ausbildung auf eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten eine vergleichbare Zuschussgewährung denkbar, die allerdings bisher nur auf Antrag unter Auflagen, bezogen auf die damit erreichbare Deckung einer Versorgungslücke, gewährt werden könnte.
- 3.8 Die Möglichkeit einer Einzelförderung von Weiterbildungsmöglichkeiten für PIW ist aber dann keine geeignete Maßnahme zur Bereitstellung ausreichender Weiterbildungskapazitäten, wenn entsprechend dem Konzept der BPtK mindestens zwei Jahre der fünfjährigen Weiterbildung zu Fachpsychotherapeuten verpflichtend in hauptberuflicher Tätigkeit in der ambulanten Versorgung abgeleistet werden sollen (Abschn. IV 2d Konzept BPtK). Dann besteht eine Verpflichtung der für die Einführung und Umsetzung dieser Regelung verantwortlichen Institutionen, auch für die Bereitstellung entsprechender Weiterbildungsmöglichkeiten Sorge zu tragen (dazu Abschn. I 1.10). In der vertragspsychotherapeutischen Versorgung kann dies nur unter Einbindung der bisher für die Zusatzausbildung nach § 6 PsychThG verantwortlichen Ausbildungsinstitute als zugelassene Weiterbildungsstätten gelingen (dazu Abschn. I 1.8). Die Ansiedlung solcher Weiterbildungsinstitute in ländlichen Regionen ist zwar notwendig und sinnvoll, weil erfahrungsgemäß Ärzte und Psychotherapeuten sich häufig im Umkreis ihrer Weiterbildungsstätte niederlassen. Die Notwendigkeit einer Förderung von Weiterbildungsstellen zur Deckung des für die Aufrechterhaltung einer qualitativ angemessenen Versorgung notwendigen Ersatz- und Ergänzungsbedarfs besteht aber unabhängig von der Verteilung der bestehenden Praxissitze auf Ballungsräume und ländliche Regionen. Es wäre daher unververtretbar, Ballungsräume mit einer numerisch ausreichenden oder bereits übergroßen Zahl von Praxissitzen von einer Förderung von Weiterbildungsmöglichkeiten rechtlich auszuschließen. Vielmehr muss auch für Psychotherapeuten die Nähe der Weiterbildungsmöglichkeit zum Abschluss der Ausbildung an den Universitäten erhalten bleiben und wie im ärztlichen Bereich durch Anreize eine Zulassung in ländlichen Regionen nach Abschluss der Weiterbildung gefördert werden.
- 3.9 Eine Verpflichtung zur Ableistung einer längeren Zeitphase der Weiterbildung in der ambulanten Versorgung besteht im ärztlichen Bereich bereits für die Allgemeinmedizin nach Abschn. B 1 MWBO, die ebenfalls 24 Monate beträgt. Insoweit hat der Gesetzgeber zur notwendigen Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung die finanzielle Förderung von Weiterbildungsstellen in der

vertragsärztlichen Versorgung für die Allgemeinmedizin im Jahr 1999 durch Art. 8 GKV-SolG eingeführt. § 75a SGB V idF GKV-VSG beinhaltet mWv 24.7.2015 die **Förderung einer Weiterbildung** für bundesweit mindestens 7500 Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin und für bis zu 1000 Weiterbildungsstellen in der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Sie orientiert sich in ihrer Höhe an der im Krankenhaus üblichen Vergütung einer Assistenzarztstelle und ist dem Weiterzubildenden in voller Höhe auszahlend. Ihre Finanzierung erfolgt je zur Hälfte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen., wobei die von der PKV beigesteuerten Beträge auf den Anteil der Krankenkassen anzurechnen sind. Die Krankenkassen haben zur Ableistung von in der Allgemeinmedizin an Krankenhäusern zu absolvierenden Weiterbildungsabschnitten auch den zugelassenen Krankenhäusern und Reha-einrichtungen einen Förderbeitrag zu leisten. Das Nähere regelt die Rahmenvereinbarung zwischen DKG, KBV und GKV-Spitzenverband in der Neufassung vom 1.7.2016 unter Beteiligung von BÄK und PKV. Aus dem Evaluationsbericht 2016 ergibt sich, dass der Anteil der Befragungsteilnehmer, die sich eine Tätigkeit im ländlichen Raum vorstellen können, deutlich höher liegt als der Anteil der Ärzte, die in einer Stadt oder einem städtischen Umfeld arbeiten wollen.

3.10 Zur Feststellung eines Förderbedarfes für die 1000 Weiterbildungsstellen in **der ambulanten grundversorgenden fachärztlichen Versorgung** ist nach § 3 Abs. 7 der Rahmenvereinbarung mindestens eines der folgenden regionalen Kriterien zu berücksichtigen:

- a. Es wurde in einem KÄV-Bezirk eine Unterversorgung, eine drohende Unterversorgung oder ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf durch den Landesausschuss gemäß § 100 Abs. 1 S. 1 und Abs. 3 SGB V für eine Facharztgruppe festgestellt.
- b. Es bestehen innerhalb des jeweiligen Bezirks der KÄV flächendeckende, langfristige Probleme bei der Nachbesetzung von freierwerdenden Arztsitzen, die die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gefährden.
- c. Es liegt eine facharztgruppenspezifische Altersstruktur vor, die erwarten lässt, dass mittelfristig mit der Feststellung einer Unterversorgung oder drohenden Unterversorgung in bestimmten Planungsbereichen zu rechnen ist.

Diese Regelung bildet einen systematischen Ansatz ggfs.- auch für die psychotherapeutische Versorgung eine Förderung von Weiterbildungsstellen am lokalen Versorgungsbedarf auszurichten (Abschnitt II Nr. 3.6).

3.11 Auf der Grundlage von § 75a Abs. 7 Nr. 3 SGB V werden nach § 8 der Rahmenvereinbarung zur weiteren Stärkung der Qualität und Effizienz der allgemeinmedizinischen Weiterbildung **Kompetenzzentren** gefördert, die geeignete Maßnahmen in Form von Begleitseminaren, Train the Trainer Seminaren, Mentoring-Programme, Etablierung von Rotationen, etc. anbieten. Diese Einrichtungen kooperieren mit wissenschaftlichen Einrichtungen und Institutionen der Medizindidaktik an Hochschulen und sichern die Qualität der angebotenen Maßnahmen durch geeignete Verfahren (z. B. Zertifizierung). Die Förderbedingungen und das Antragsverfahren sind in Anlage IV der Rahmenvereinbarung geregelt. Ein Vergleich mit der Aufgabenstellung der Ausbildungsinstitute zeigt, dass Kompetenzzentren und Ausbildungsinstitute vergleichbare für die Qualität der Weiterbildung wichtige übergeordnete Aufgaben wahrnehmen. Zur Gewährleistung der Qualität der Weiterbildung in der Psychotherapie wird der Fortbestand der bisherigen Ausbildungsinstitute als

Weiterbildungsinstitute als besonders wichtig angesehen; deren Aufgabenstellung sollte deswegen vergleichbar derjenigen der allgemeinmedizinischen Kompetenzzentren entwickelt werden.

- 3.12 § 75a SGB V durchbricht als **Ausnahmevorschrift** den Grundsatz, dass die Krankenkassen gemäß ihrer Aufgabenstellung, die gesundheitliche Versorgung ihrer Versicherten zu regeln haben und nicht dafür zuständig sein können, die Aus- und Weiterbildung präsumtiver Leistungserbringer zu finanzieren, zu denen keine rechtlichen Beziehungen bestehen und deren Zulassung als Leistungserbringer nach Abschluss der Weiterbildung nicht gesichert werden kann. Für die hausärztliche Versorgung wird politisch eine gravierende Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung als Folge eines schon bestehenden oder unmittelbar drohenden Mangels an zulassungsbereiten Hausärzten gesehen und deswegen die Weiterbildungsförderung eingeführt (BT-Drs. 14/24 zu Art. 8; BT-Drs. 18/4095 zu Nr. 30 (§ 75a)). Aus der unter Abschn. II Nr. 3.2 dargestellten Position des GKV-Spitzenverbandes zur Versorgungssituation in der psychotherapeutischen Versorgung ergibt sich, dass die Krankenkassen für die Psychotherapie eine vergleichbare Notlage nicht anerkennen und sich auf die aus den bestehenden Bedarfsplanungsrichtlinien abzuleitende Versorgungslage berufen werden. Insoweit bedarf es einer **Neustrukturierung der Bedarfsplanung** für die vertragspsychotherapeutische Versorgung, um verlässlichere Grundlagen zur Feststellung des psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs zu bekommen.
- 3.13 Soweit es die **Berücksichtigung von Morbiditätskriterien** bei der Feststellung des psychotherapeutischen Behandlungsbedarfes betrifft (IGES Gutachten), muss darauf hingewiesen werden, dass § 99 Abs. 1 S. 3 SGB V davon ausgeht, dass regionale Besonderheiten, welche die Abweichung von den BedarfsPI-RL rechtfertigen, ausdrücklich die regionale Demographie und Morbidität betreffen sollen (dazu BT-Drs. 17/6906 zu Nr. 34 (§ 99)). Eine Einbeziehung von Morbiditätskriterien in die Bedarfsplanungsrichtlinien müsste sich daher darauf beschränken, die Kriterien zu deren Berechnung in die Richtlinie aufzunehmen, es jedoch insbesondere dem jeweiligen landesgesetzlichen Pendant zur Planungsbereichsebene (Kreisebene für die Psychotherapie) zu überlassen, regionale Besonderheiten in der Morbidität der dort medizinisch versorgten Bevölkerung als Abweichung einzubringen (Abschn. II Nr. 3.6).
- 3.14 Die getroffenen Feststellungen zur Bedarfsermittlung in der psychotherapeutischen Versorgung und deren Bewertung (Abschn. II Nr. 3.2; 3.3) erlauben keine sichere Aussage zum Bedarf an Weiterbildungskapazitäten zur Deckung des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung durch Psychotherapeuten. Die IGES Studie (Abschn. II 3.13) weist gegenüber dem nach der bisherigen BedarfsPI-RL errechneten bedarfsgerechten Versorgungsgrad insgesamt einen höheren Bedarf von ca 3000 Praxissitzen aus. Auf derartigen Berechnungen kann jedoch ohnehin verfassungsrechtlich kein Numerus clausus für den Zugang zum künftigen Psychotherapiestudium begründet werden (BVerfGE 85,36-Gebot der Kapazitätsauslastung)). Es muss daher davon ausgegangen werden, dass jährlich ca. 2.500 Psychotherapeuten ihre Ausbildung mit der Approbation abschließen und der größte Teil davon, zur Verwirklichung seiner Berufschancen auf eine Weiterbildungsmöglichkeit zum Fachpsychotherapeuten angewiesen ist. Daraus leitet sich ein Bedarf von 4000-5000 Stellen zur Ableistung einer verpflichtenden zweijährigen Weiterbildung in der ambulanten Versorgung ab. (Abschn. IV 3a Konzept BpTK). Sozialversicherungsrechtlich steht jedoch nicht die berufsrechtliche Weiterbildungsmöglichkeit, sondern die Sicherstellung des

Versorgungsbedarfs der Versicherten im Vordergrund einer möglichen Beteiligung an den Kosten einer Weiterbildung. Die für die hausärztliche Versorgung getroffene Regelung in § 75a differenziert dabei zwischen einer Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin von mindestens 7.500 Weiterbildungsstellen und einer auf ländliche Regionen reduzierten Förderung von bis zu 1000 Weiterbildungsstellen in der grundversorgenden fachärztlichen Versorgung. Für die Psychotherapie bietet sich aus den zu 3.8 angestellten Erwägungen eine Kombination aus beiden Varianten an.

- 3.15 Soweit es die erforderlichen Weiterbildungskapazitäten betrifft, kommt den Weiterbildungsinstituten nach dem Konzept der BPTK eine besondere Bedeutung zu. Sie sind für die obligatorische zweijährige ambulante Weiterbildungsphase als Weiterbildungsstätten unverzichtbar, weil die zugelassenen Vertragspsychotherapeuten und MVZ diese Aufgabe nach ihrer bisherigen Struktur zumindest kurz- und mittelfristig nicht übernehmen können. Insbesondere die theoretische Unterweisung und die Selbsterfahrung können aber auch von zugelassenen Krankenhäusern als Weiterbildungsstätten häufig nicht mit angeboten werden und müssen über die Institute abgesichert werden. Der Bedarf an einem ausreichenden Weiterbildungsangebot besteht daher unabhängig vom Stand der Versorgung in den einzelnen Planungsbereichen. Über eine Förderung der Weiterbildungsstellen an Weiterbildungsinstituten und die Zuteilung dieser geförderten Stellen auf die Bundesländer nach einem Schlüssel, der auf dem ermittelten Ersatz -und Ergänzungsbedarf an der Zulassung von Psychotherapeuten in Deutschland beruht, könnte die Förderung von Weiterbildungsstellen ausschließlich auf die zur Deckung dieses Bedarfs notwendigen Weiterbildungskapazitäten ausgerichtet werden.
- 3.16 Bei einer Konzentration der Förderung einer Weiterbildung in der Psychotherapie auf die in Weiterbildungsinstituten vorgehaltenen Weiterbildungsstellen ist zu berücksichtigen, dass bei einem Fortbestand der Leistungsvergütung der an diesen Instituten unter Supervision durchgeführter Behandlungen durch die Krankenkassen auf der Grundlage eines modifizierten § 117 ein Teil der durch die Vergütung der PiW entstehenden Kosten bereits abgedeckt ist. Diese Leistungsvergütungen reichen jedoch nicht aus, um die den WB-Instituten entstehenden Gesamtkosten zu decken, die daraus entstehen, dass künftig die Weiterbildung auch insoweit in beruflicher Tätigkeit mit entsprechend angemessener Vergütung abgeleistet werden soll (dazu die Berechnungen von Walendzig/Wasem Abschnitt 5.4)

3 Zusammenfassung

Aus den Abschnitten I und II ergibt sich, dass eine Verbindung zwischen Sozialversicherungsrecht als Bundesrecht und Weiterbildungsrecht als Landesrecht geschaffen werden kann, die das Problem der Einbindung landesrechtlich vorgegebener Weiterbildungsinhalte und -Strukturen der psychotherapeutischen Weiterbildung in bundesrechtlich durch die PsychTh-RL und die PsychTh-Vbg vorgegebenen methodischen und qualitativen Vorgaben an die psychotherapeutische Versorgung lösen kann. Die mit dem Aus- und Weiterbildungskonzept verbundene Verlängerung der Weiterbildung auf fünf Jahre und die Notwendigkeit den erwarteten jährlich ca. 2.500 Studienabsolventen nach ihrer Approbation als Psychotherapeut oder Psychotherapeutin ausreichende Weiterbildungsmöglichkeiten in einer vergüteten beruflichen Tätigkeit anzubieten, löst jedoch Finanzierungsprobleme aus. Dies gilt insbesondere, wenn - entsprechend dem Konzept der BPTK- die Weiterbildung in abhängiger Stellung gegen angemessene Vergütung erfolgen und parallel zu den praktischen Weiterbildungsabschnitten theoretische Unterweisung, Selbsterfahrung und supervidierte Behandlung an

Weiterbildungsinstituten umfassen soll, die weitgehend eigenständig finanziert werden müssen. Den Weiterbildungsinstituten kommt nach diesem Konzept der BPTK deswegen eine über die Funktion als Weiterbildungsstätte hinausgehende Aufgabenstellung zu, die es rechtfertigen kann, die Förderung von Weiterbildungsstellen auf die Weiterbildungsinstitute auszurichten. Dabei bietet sich für die verpflichtende ambulante zweijährige Weiterbildungsphase das für das insoweit vergleichbare hausärztliche Finanzierungsmodell an. Wegen der Begrenzung einer finanziellen Förderung auf den Überhang der Kosten von Weiterbildungsinstituten gegenüber deren Einnahmen aus den unter Supervision durchgeführten Behandlungen, würde die Abwicklung der verbleibenden Förderung über einen Zuschlag zu den Leistungsvergütungen erhöhen und den Verwaltungsaufwand reduzieren. Um die sozialversicherungsrechtliche Steuerung der Qualifizierung von Psychotherapeuten als Zulassungsvoraussetzung zur GKV möglichst aufrecht zu erhalten, bedarf es der Anpassung der §§ 28 Abs. 3, 95 Abs. 10-12, 95c, 101 Abs. 4 SGB V sowie je nach Ausrichtung der Finanzierungsgrundlage einer Änderung von § 117 Abs. 3 und § 75a SGB V oder eines eigenständigen Sicherstellungsfonds für die Weiterbildung von Psychotherapeuten. In der PsychTh-RL würde die Rechtsgrundlage für § 19 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 entfallen und die systemische Psychotherapie wäre auf der Grundlage der Empfehlung des WBR als Richtlinienverfahren aufzunehmen. Dies hätte entsprechende Konsequenzen für die PsychTh-Vbg. Die neurologische Psychotherapie kann nur dann in das künftige Weiterbildungssystem integriert werden, wenn sie in Ausnahme von der geforderten Breite des Behandlungsangebotes in der Psychotherapie mit spezifischen Kriterien als eigenständiges Fachgebiet aufgenommen werden würde.

III. Finanzierungsquellen

1. Dem Unterzeichner liegen neben dem Konzept der BPTK insbesondere eine gutachtliche Bewertung von Organisations- und Finanzierungsmodellen für eine ambulante psychotherapeutische Weiterbildung nach einem Approbationsstudium von Anke Walendzik und Jürgen Wasem, EsFoMed GmbH und Universität Duisburg-Essen vor. Relevant für die eigene Begutachtung ist nicht die darin angestellte Berechnung der bisher in der Zusatzausbildung einem anerkannten Ausbildungsinstitut entstehenden Kosten, sondern allein deren Ergebnis, wonach sich diese Kosten aus abgerechneten psychotherapeutischen Behandlungen nur partiell decken lassen und je nach Größe des Instituts, der Anteile von Gruppen und Einzelselbsterfahrungen sowie ansetzbaren Vergütungen der PiW Finanzierungslücken entstehen, aus denen sich die Notwendigkeit der Erschließung zusätzlicher Finanzierungsquellen ergibt. Die gutachtliche Stellungnahme konzentriert sich auf die Finanzierung der ambulanten Weiterbildungsphase, weil nach dem Konzept der BPTK zumindest in einer längeren Anlaufzeit die an Weiterbildungsinstituten errichteten Ambulanzen den Schwerpunkt in der Ableistung des ambulanten Weiterbildungsabschnittes bilden müssten und wegen fehlender tariflicher Absicherung die Zahlung eines angemessenen Gehaltes dort wesentlich größere Probleme aufwirft als in der stationären Phase. (Abschn. II Nr. 3.14) Letztere kann durch einen Stellenschlüssel nach Maßgabe der RL des G-BA nach § 136a Abs. 2 SGB V (bis 2020) als auch durch die Aufnahme von PiW in den Stellenplan des Krankenhauses abgesichert werden. Eine Finanzierung von theoretischer Unterrichtung und Selbsterfahrung am Weiterbildungsinstitut während dieser Zeit könnte über Zuschüsse abgedeckt werden (Abschn. II Nr. 2.2). Für die freie Phase der Weiterbildung lassen sich keine konkreten Finanzierungspläne gestalten, wobei von besonderem Interesse eine Tätigkeit im ÖGD und damit auf

der kommunalen Ebene sein dürfte, die auch teilweise bereits Gegenstand einer Weiterbildung sein können und deren Vergütung durch öffentlich-rechtliche Tarife (BAT) gesichert ist. Vergleichbar absichern ließe sich eine Weiterbildung an einer zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach §§ 118 – 119b SGB V ermächtigten Einrichtung. Bewertet man die von Walendzik/Wasem diskutierten Finanzierungsmodelle für die ambulante Phase im Hinblick auf ihre Systemadäquanz besteht aus Sicht des Unterzeichners eine Präferenz für die Weiterbildungsförderung.

2. Leistungsvergütung mit Strukturzuschlag?

Walendzik/Wasem kommen aufgrund ihrer Berechnungen zu dem Ergebnis, dass auf der Basis der reinen Entgelte aus den Versorgungsleistungen der PiW eine vollständige Finanzierung der ambulanten Weiterbildung bzw. ein wirtschaftlicher Betrieb eines Weiterbildungsinstituts nicht möglich ist (Walendzik/Wasem Abschn. 5.4.1). Sie rechtfertigen in Abschn. 5.4.2 die Einführung eines Strukturzuschlages zu den Leistungsvergütungen der Krankenkassen mit einer während der Weiterbildung erforderlichen zusätzlichen Qualitätssicherung für die an Weiterbildungsinstituten analog § 117 Abs. 3 SGB V erbrachten Leistungen von PiW. Insbesondere die für die Supervision und Leistungsabrechnung entstehenden organisatorischen und personellen Kosten sollten über Strukturzuschläge extrabudgetär durch die Krankenkassen ausgeglichen werden. Dabei wollen sie diesen Strukturzuschlag auch Vertragspsychotherapeuten und MVZ als Weiterbildungsstätten zugestehen.²⁰ Dass derartige Kosten entstehen, ist unbestreitbar. Die Übernahme dieser Kosten durch die Krankenkassen bedarf jedoch einer besonderen Begründung. In den EBM-Gebührenpositionen gelten nach EBM-Abschnitt I 7.1-7.4 die Praxiskosten in ihrer jeweils tatsächlich entstehenden Höhe als abgegolten. § 120 Abs. 1 S. 2 SGB V, der nach § 117 Abs. 3 S. 2 SGB V für Ausbildungsinstitute entsprechend gilt, bekräftigt diese Abgeltung sämtliche Kosten mit den EBM-Gebühren, sofern dort nicht ausdrücklich eine abweichende Regelung getroffen ist. Würden die Krankenkassen einen Strukturzuschlag „Weiterbildung“ zusätzlich finanzieren, wäre dies kein Qualitätszuschlag im Sinne eines „pay for performance“, sondern ein Zuschlag, der die Weiterbildungsinstitute in die Lage versetzen würde, abrechnungsfähige Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung anzubieten, da der PiW selbst nur unter fachpsychotherapeutischer Aufsicht tätig sein darf und erst die Supervision durch einen erfahrenen Fachpsychotherapeuten die Zuordnung seiner Leistung als fachpsychotherapeutische Versorgung rechtfertigt. (Abschn. II 2.5) Während daher die Übernahme der Vergütungen der in Ausbildungsinstituten unter Supervision durch Auszubildende durchgeführten Behandlungen damit gerechtfertigt werden konnte, dass eine ordnungsgemäß erbrachte notwendige Behandlungen auch vergütet werden muss, würde die Einführung eines Strukturzuschlages zu einer vergütungsrechtlich nicht vorgesehenen Zusatzbelastung mit Weiterbildungskosten führen. Die Supervision der im Rahmen der Weiterbildung eines PiW erbrachten Versorgungsleistungen ist

²⁰ Die durch Beschl. des BewA vom 22.09.2015 rückwirkend ab dem 1.1.2015 eingeführte höhere Vergütung (Punktzahlerhöhung) der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen sowie der Ansatz des so genannten Strukturzuschlages gemäß GOP Nrn. 35251 bis 35253 EBM betreffen einen anderen Sachverhalt.. Eine staatlich anerkannte Ausbildungsstätte für Psychotherapie, die eine Ausbildungsambulanz betreibt, hat einen Anspruch auf Zahlung des sogenannten Strukturzuschlages nach der Nr. 35251 EBM-Ä (juris: EBM-Ä 2008). SG Berlin Urt. v. 24.5.2017 – S 83 KA 934/16 (Rn.24) (Revision anhängig)

notwendig, um die Abrechnungsfähigkeit der Leistung als fachärztliche Leistungen zu begründen. Sie kann deswegen nicht zusätzlich dazu benutzt werden, einen Vergütungszuschlag zu rechtfertigen. Etwas anderes würde gelten, wenn als Folge der Supervision nachweisbar eine zusätzliche Qualität in der Versorgung erreicht werden würde, weil, zum Beispiel, eine solche supervidierte Behandlung die Behandlungsdauer signifikant verkürzen könnte. Dieses Finanzierungsmodell dürfte sich deswegen, ohne einen solchen Nachweis, nur als einzelfallbezogener Zuschlag in unterversorgten Regionen zur Gewährleistung einer angemessenen Versorgung umsetzen lassen. Ein solcher Zuschlag könnte sowohl aus einer Landesförderung analog der für die hausärztliche Versorgung bestehenden Förderprogramme als auch aus dem Sicherstellungsfonds der KÄV gewährt werden. Die vorgesehenen Maßnahmen aus dem Koalitionsprogramm zur Sicherstellung der Versorgung in unterversorgten Regionen könnte dazu als Möglichkeit einer legislatorischen Absicherung genutzt werden. (zur Abwicklung einer Förderung von Weiterbildungsstellen durch die Krankenkassen über einen Zuschlag zur Vergütung s. unten Nr. 5)

3. Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds?

Walendzik/Wasem sehen unter Abschn. 5.4.3 die Möglichkeit, die aufgezeigte Finanzierungslücke durch eine staatliche Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds als „Sonderfonds psychotherapeutische Ausbildung“ zu decken. Sie sehen dafür die Möglichkeit einer analogen Regelung zum Strukturfonds Krankenhaus nach § 12 Abs. 1 KHG. Die Zuweisungen aus diesem Strukturfonds fließen nicht an die Krankenkassen, sondern können nach Maßgabe des Königsteiner Schlüssels durch die Bundesländer zur Finanzierung von Umstrukturierungsmaßnahmen im Krankenhausbereich beim BVA beantragt und abgerufen werden. Insoweit besteht eine Vergleichbarkeit mit der Reform des Aus- und Weiterbildungsrechts für Psychotherapeuten, als die Länder für die Weiterbildung zuständig werden und bei einer Umsetzung der von Seiten der BPTK vorgeschlagenen Weiterbildungsstruktur mit Weiterbildungsinstituten und Weiterbildungsverbänden Mitverantwortung für diese Umstrukturierung und deren Finanzierung übernehmen. Dies wäre aber ein absolutes Novum und hätte wahrscheinlich weittragende Auswirkungen auf die ärztliche und zahnärztliche Weiterbildung und deren Finanzierung, soweit es ambulante Weiterbildungsstätten betrifft. Die Mittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds ist, wie Walendzik/Wasem zurecht betonen, auch immer absolut begrenzt und daher zu einem bestimmten Zeitpunkt beendet. Die Verantwortung der Länder zur Deckung der Finanzierungslücke bliebe aber bestehen, bzw. wäre nur sehr schwer an andere Institutionen übertragbar.

Der Gesundheitsfonds könnte aber auch zum Ausgleich hoher Mehrbelastungen, die den Krankenkassen aus Aufwendungen für strukturelle Verbesserungen der Versorgung gleichermaßen entstehen, unter Inanspruchnahme der Liquiditätsreserve gesetzlich in Anspruch genommen werden. Beispiel hierfür ist § 271 Abs. 2. S. 4 SGB V idF PsychVVG. Insoweit ist aber zunächst eine gesetzliche Grundlage für eine außergewöhnliche alle Krankenkassen treffende Ausgabenbelastung erforderlich, die ausnahmsweise einen Zugriff auf die für andere Zwecke angelegte Liquiditätsreserve rechtfertigt. Dies waren im konkreten Fall insbesondere die Mehrbelastungen der Krankenkassen aus der medizinischen Versorgung von Asylberechtigten nach Erhalt eines Aufenthaltstitels und Ausgaben für den Aufbau einer Telematikinfrastruktur nach § 291a Abs. 7 S. 5 Nr.1 SGB V. Aus der Gesetzesbegründung ist der Ausnahmecharakter und die nur vorübergehende überproportionale Ausgabenbelastung der Krankenkassen als Grundlage für diesen Rückgriff auf

die Liquiditätsreserve deutlich zu entnehmen (dazu BT-Drs. 18/9528 zu Art. 5 Nr. 12). Für eine notwendige dauerhafte Finanzierung der zusätzlich zu den Gehaltszahlungen an die PiW entstehenden Kosten der Weiterbildungsinstitute dürfte daher ein Zugriff auf die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds ausgeschlossen sein. Soweit sich alle Krankenkassen gem. § 75a SGB V hälftig an der Finanzierung der Weiterbildungsförderung und gem. § 105 Abs. 2 SGB V hälftig an dem Sicherstellungsfonds der KÄV beteiligen müssen oder Stellenplanvorgaben des G-BA mitfinanzieren müssen, erfolgt die Finanzierung aus den Beitragsmitteln, welche die Krankenkasse aus den Gesundheitsfonds unter Anwendung der Kriterien des § 268 SGB V zugeteilt bekommen. Der Gesundheitsfond enthält deswegen hierfür keine eigenständigen Ausgabenpositionen.

4. Finanzierung aus einem Psychotherapeutenfonds?

Walendzik/Wasem sehen in Abschn. 5.4.5 die Einrichtung eines „Förderfonds psychotherapeutische Weiterbildung“ als Lösungsoption an und sehen den Vorteil in der Möglichkeit einer Heranziehung diverser Financiers mit jeweils unterschiedlichen Finanzierungsalgorithmen. Als mögliche Financiers werden neben den Krankenkassen und Krankenhäusern die Länder als Träger der Jugendhilfe, die Rentenversicherung als Träger von Reha-Kliniken, die KÄV und die PKV genannt. Die Verbreiterung der Finanzierungsbasis auf mehrere Träger begründet die Notwendigkeit, einen Schlüssel für die Aufteilung der Finanzierungsanteile eines jeden Financiers festzulegen. Insoweit weisen Walendzik/Wasem auf den nicht ausreichenden Datenbestand der BPTK hin. Der notwendigen Einbeziehung der KÄV als Financier eines Psychotherapeutenfonds würde entgegengehalten werden, dass die KÄV aus ihren Sicherstellungsfonds (§ 105 Abs. 1a SGB V), soweit zur Sicherstellung der Versorgung erforderlich, bereits Zuschüsse an PiW und AiW in der psychotherapeutischen Versorgung leistet (Abschn. II Nr. 3.7) und ggf. gem. der Koalitionsvereinbarung künftig noch stärker dazu angehalten werden soll. Als weiterer Financier eines Psychotherapeutenfonds kämen zwar insbesondere die Länder als Träger /Aufsicht für den ÖGD, die Jugendhilfe und kommunale Beratungsstellen in Betracht. Die Länder werden sich nach der Rechtsprechung des BVerfG zur **unzulässigen Mischverwaltung** in der Anwendung von Bundesrecht und Landesrecht rechtlich nicht an der Finanzierung eines gemeinsamen Fonds beteiligen können.²¹ Möglich wäre von daher eine Kombination analog dem Strukturfonds nach § 12 KHG der auf Bundesebene einen Psychotherapeutenfonds einrichtet, dessen Zuteilung an die Begünstigten aber davon abhängig ist, dass sich die Länder oder die PtK ihrerseits mit einem bestimmten Prozentsatz an der Förderung beteiligen.

Sozialversicherungsrechtlich ist die psychotherapeutische Versorgung 1999 bewusst als ein berufsübergreifender Leistungsbereich aus Psychotherapeuten

²¹ BVerfG. Urt. v. 20.12.2007 – 2 BvR 2433/2004. 2434/2004 – BverfGE 119, 331 (Rn. 151): „ Die Kompetenzaufteilung nach Art. 83 GG ist eine wichtige Ausformung des bundesstaatlichen Prinzips des Grundgesetzes und dient dazu, die Länder vor einem Eindringen des Bundes in den ihnen vorbehaltenen Bereich der Verwaltung zu schützen (vgl. <181 f.>). Die Verwaltungszuständigkeiten von Bund und Ländern sind grundsätzlich getrennt und können selbst mit Zustimmung der Beteiligten nur in den vom Grundgesetz vorgesehenen Fällen zusammengeführt werden. Zugewiesene Zuständigkeiten sind mit eigenem Personal, eigenen Sachmitteln und eigener Organisation wahrzunehmen. Ausnahmen hiervon sind nur in seltenen Fällen und unter engen Voraussetzungen zulässig.

und ausschließlich bzw. überwiegend psychotherapeutisch tätigen Ärzten eingeführt worden. Dem entspricht die einheitliche Leistungsbeschreibung und Vergütung nach Maßgabe der PsychTh-Vbg und die Bildung einer einheitlichen Arztgruppe für die Bedarfsplanung. Demgegenüber müssten bei der auch von Walendzik/Wasem befürworteten sozialversicherungsrechtlichen Einführung eines Psychotherapeutenfonds neben § 75a SGB V eine eigenständige auf Psychotherapeuten begrenzte Weiterbildungsförderung gesetzlich eingeführt werden. Systematisch sachgerechter wäre aber eine Regelung in Rahmen des § 75a, die analog zur Förderung hausärztlicher Weiterbildungsstellen die Förderung nur für die Ableistung von Weiterbildungsphasen vorsieht, die obligatorisch in der ambulanten Versorgung abgeleistet werden müssen. Begründung für die Einführung einer solchen von den Krankenkassen mitzufinanzierenden Weiterbildung von Psychotherapeuten müsste nämlich die nach dem Konzept der BPTK verpflichtende zweijährige ambulante Phase der Weiterbildung und ggfs. die langfristige Sicherstellung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung mit Psychotherapeuten insbesondere in ländlichen Planungsbereichen sein, die von psychotherapeutisch tätigen Ärzten nicht hinreichend wahrgenommen werden kann. Von Seiten des GKV-Spitzenverbandes ist mit dem Einwand einer insgesamt ausreichenden Bedarfsdeckung der psychotherapeutischen Versorgung und einem deswegen auf die bedarfsgerechte Verteilung begrenzten Problem zu rechnen (vgl. Abschn. II Nr. 3.2). Bei einer auf die notwendigen Weiterbildungsstellen zur Deckung des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs an Psychotherapeuten begrenzten Förderung der Weiterbildung würde der Einwand einer nicht bedarfsgerechten Verteilung relativiert, da das Verteilungsproblem durch andere Maßnahmen gelöst werden muss.

5. Finanzierung aus dem Weiterbildungsfonds?

Der Weiterbildungsfonds würde die Einseitigkeit eines Psychotherapeutenfonds vermeiden und die Angleichung von Strukturen und Inhalten einer psychotherapeutischen Weiterbildung in beiden Weiterbildungsordnungen ermöglichen. Walendzik/Wasem gehen in Abschn. 5.4.4. bei ihrer entsprechenden Option eines „Förderfonds *ärztliche* Weiterbildung“ zwar auch von einer Begrenzung des Weiterbildungsfonds auf Psychotherapeuten aus und sehen es deswegen in Abschn. 5.5.4 als Problem an, dass er gegen die ärztlichen Interessen durchgesetzt werden müsste. Aus Sicht des Unterzeichners wäre aber ein größtmöglicher Konsens mit der BÄK und der KBV von Nutzen für die Umsetzung des Konzeptes der BPTK. Auch wenn dieser Konsens unter Umständen wegen einer heterogenen Interessenlage kurzfristig nicht erreichbar sein sollte, wäre der Weiterbildungsfond die bessere Lösung, weil er der Systematik der von beiden Berufen gemeinsam zu tragenden Versorgungsverantwortung entspricht und Koordinationsmöglichkeiten offenhält. Dies betrifft insbesondere die Abhängigkeit einer Förderung von Weiterbildungsstellen in der Psychotherapie für Weiterbildungsabschnitte, die nach dem jeweiligen Weiterbildungsrecht obligatorisch in der ambulanten Versorgung abgeleistet werden müssen.

- 5.1 Wenn entsprechend dem Konzept der BPTK innerhalb der fünfjährigen Weiterbildung mindestens zwei Jahre in der ambulanten Versorgung absolviert werden müssen, muss zur Deckung des Ersatz- und Ergänzungsbedarfs zunächst eine Förderung der Weiterbildung in dieser Weiterbildungsphase analog zur Förderung der hausärztlichen Weiterbildung nach § 95a Abs. 1 SGB V erfolgen. Der Weiterbildungsfonds wäre auch deswegen die systemadäquate Lösung, weil darüber eine finanzielle Beteiligung der PKV und die gesonderte Förderung von Weiterbildungsinstituten (analog § 8 Rahmenvereinbarung +

Anlage IV) ermöglicht werden könnte. Die niedergelassenen Psychotherapeuten können jedenfalls in den bestehenden Praxisstrukturen diese Weiterbildung nicht ausreichend abdecken; die Einbeziehung der Weiterbildungsinstitute als Weiterbildungsstätten in Nachfolge der bisherigen Ausbildungsinstitute ist daher erforderlich.

- 5.2 Es bedarf auf der Grundlage der Berechnungen von Walendzik/Wasem trotz erzielbarer Einnahmen aus einer zu Lasten der GKV durchführbaren Behandlung von Versicherten unter Supervision erfahrener Fachpsychotherapeuten einer zusätzlichen Förderung. Wegen der durch die Krankenkassen bei einer Übernahme der Regelungsstruktur von §§ 117 Abs. 3, 120 gewährleisteten Leistungsvergütung an die zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigten Weiterbildungsinstitute wäre die Förderung ohnehin begrenzt auf die den Weiterbildungsinstituten zusätzlich entstehenden organisatorischen und strukturellen Aufwendungen für die Bereitstellung von Selbsterfahrung, theoretischer Unterweisung und Supervision. Damit reduziert sich der Förderbetrag pro Weiterbildungsstelle gegenüber den für die hausärztliche Weiterbildungsförderung festgelegten Beträgen wahrscheinlich mindestens um die Hälfte. (Walendzik/Wasem Abschn. 5.4). Bei einer Übernahme dieser Kosten im Rahmen einer Förderung der psychotherapeutischen Weiterbildung entfielen daher eine gesonderte Zuschlagsregelung in Analogie zu § 8 der Rahmenvereinbarung. Zur Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens und zur Gewährleistung von Wirtschaftlichkeit und Transparenz des Abrechnungsverfahrens, könnte diese notwendige Förderung der Weiterbildungsinstitute auch als pauschalierter Zuschlag zur Abrechnung der Leistungspositionen des EBM vereinbart und gewährt werden.
- 5.3 Die Notwendigkeit der Bereitstellung erforderlicher Weiterbildungskapazitäten zur Deckung des Ersatzes und Ergänzungsbedarfs an Psychotherapeuten besteht zwar grundsätzlich unabhängig von den aufgezeigten Verteilungsproblemen innerhalb der psychotherapeutischen Bedarfsplanung (Abschn. II 3.15). Aus den zu Abschn. II 3.8 genannten Gründen wäre es jedoch bei einer Umsetzung des BPTK Konzeptes (Abschn. IV 4a) erforderlich, Weiterbildungskapazitäten gezielt in den ländlichen Regionen vorzuhalten, um Anreize für eine Niederlassung als Psychotherapeut in diesen Regionen zu schaffen. Bei der Ermittlung eines förderungsfähigen Gesamtrahmens an Weiterbildungsstellen für Psychotherapeuten an Weiterbildungsinstituten sollte deswegen ein bestimmter Anteil auf der Grundlage einer analogen Anwendung von § 75a Abs. 9 iVm Abs. 4 S. 2 Nr.5 und den dazu vereinbarten Kriterien (Abschn. II 3.10) für die Schaffung von Weiterbildungsstellen an dort bestehenden oder zu errichtenden Instituten vorgehalten werden.

6. Zusammenfassung

Walendzik/Wasem weisen zurecht auf die Möglichkeit hin, die von ihnen aufgezeigten Optionen miteinander zu kombinieren. Solche Kombinationen sind wahrscheinlich auch erforderlich, um die politischen Hürden zu überwinden, die eine weitere Belastung des GKV-Systems mit Ausgaben, mit sich bringen wird, die in der Systematik nicht zu dessen sozialversicherungsrechtlichen Aufgabenbereich gehören und die deswegen nur unter dem Gesichtspunkt einer anders nicht zu gewährleisteten Sicherstellung der Versorgung darunter subsumiert werden können. Der Reformbedarf ist in Abschnitt I des Konzepts der BPTK dargestellt und begründet. Die Regierungskoalition aus CDU/CSU und SPD hat bereits für die vorangegangene Legislaturperiode diesen Reformbedarf anerkannt und Schritte zu deren Realisierung eingeleitet. Die politische Bewertung der Realisierungsmöglichkeiten muss berücksichtigen, dass die psychotherapeutische Behandlung in § 28 SGB V als eigenständiger

Leistungsbereich der GKV neben der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung anerkannt ist und vergleichbar mit der Weiterbildung in diesen Bereichen bei Übernahme der Konzeption der BPtK ein wesentlicher Teil der damit verbundenen Aufwendungen systemimmanent durch die Vergütung von Leistungen der PiW in der Patientenbehandlung finanziert wird. Vergleichbar zur hausärztlichen Versorgung bestehen in der psychotherapeutischen Versorgung Engpässe in ländlichen Regionen, sodass sich die Aussage der neuen Regierungskoalition auch auf geeignete Maßnahmen zur Beseitigung dieser Engpässe und auf deren Finanzierung bezieht. Kombinationsmöglichkeiten bestehen daher nicht nur unter den in diesem Abschnitt aufgezeigten Finanzierungsmodellen zwischen Weiterbildungsförderung und Vergütungszuschlägen sondern auch mit den in Abschnitt I aufgezeigten Fördermöglichkeiten zur Sicherung der vertragspsychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen. Insoweit lassen sich Entscheidung sachgerecht allerdings erst nach einer Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinien und einer Neufestsetzung des bedarfsgerechten Versorgungsgrades treffen. Die sich aus der Reform der psychotherapeutischen Ausbildung ergebende Zeitspanne bis zum Beginn einer Weiterbildung nach neuem Recht müsste dafür genutzt werden.

Aufgrund der Berechnungen von Walendzik /Wasem müsste bewertet werden, wie sich eine Förderung von Weiterbildungsstellen in der Psychotherapie zu einer Erweiterung der Abrechnungsmöglichkeiten für Weiterbildungsinstitute verhält. Bisher haben die Ausbildungsinstitute gegenüber den Krankenkassen die unter Supervision auf der Grundlage von § 8 PsychTh-Vbg durch AiW erbrachten Leistungen liquidiert und daraus sowie aus Ausbildungsbeiträgen der AiW ihre Kosten sowie Zahlungen an die AiW für durchgeführte Behandlungen abdecken müssen. Wenn nach einer Reform über eine Weiterbildungsförderung angemessene PiW Gehälter über die Weiterbildungsinstitute an die PiW ausgezahlt werden könnten, entfielen ein Teil der Praxiskosten aber auch die von den PiW bisher geleisteten Ausbildungsbeiträge. Bei einer Zusammenführung der Vergütung mit einer Weiterbildungsförderung müsste deswegen der zu fördernde Mehrbedarf entsprechend der Berechnungen von Walendzik/ Wasem ermittelt werden.

IV. Gesamtbewertung.

1. Qualität der Weiterbildung

Die Qualität der Weiterbildung lässt sich durch folgende Maßnahmen gewährleisten:

- der Gesetzgeber hält am Richtlinienauftrag an den G-BA in § 92 Abs. 6a iVm Abs. 1 S. 2 Nr. 1 SGB V fest; der G-BA definiert auf der Grundlage von § 92 c (neu) für die zugelassenen Fachgebiete der WBO-PT und der WBO-Ä die methodischen Grundlagen der Psychotherapie als Leistung der GKV einheitlich für Ärzte und Psychotherapeuten;
- die Vertragspartner der Psychotherapievereinbarung Anlage 1 BMV-Ä stellen auf dieser Grundlage für die einzelnen Psychotherapieverfahren qualitative Anforderungen an die Abrechnung der im EBM dafür aufgeführten Abrechnungspositionen;

- darin sind ausdrücklich Leistungszuordnungen an landesrechtlich zur Weiterbildung zugelassenen Weiterbildungsinstitute enthalten;
- Voraussetzung dafür ist eine landesgesetzliche Absicherung der Zulassung dieser Weiterbildungsinstitute als Weiterbildungsstätten für die psychotherapeutische Weiterbildung; diese Zulassung kann landesgesetzlich einheitlich an die Integration des Instituts in einen Weiterbildungsverbund gebunden werden. Den Weiterbildungsinstituten werden im Weiterbildungsrecht über die Zulassung als Weiterbildungsstätte hinaus die Vermittlung der theoretischen Unterweisung und der Selbsterfahrung sowie die Koordinierung der Weiterbildung im Verbund als Aufgaben zugeordnet.

2. Weiterbildungskapazitäten

Die auf der Grundlage von §§ 99-103 SGBV insbesondere in den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA getroffenen Regelungen zur Bedarfsermittlung und Bedarfsdeckung in der vertragsärztlichen Versorgung beziehen sich auf die Zulassungssteuerung von Vertragsarztsitzen i.S.d. § 95 Abs. 1 S. 5 SGB V. Sie enthalten keine Steuerung von Weiterbildungskapazitäten als Grundlage einer späteren Zulassung. Die Bedarfsplanung auf der Grundlage von §§ 99-103 enthält auch keine Vertragsarztsitzplanung im Sinne einer Festlegung der benötigten Vertragsarztsitze.²² Der Bedarf an Vertragspsychotherapeuten lässt sich daher zwar anhand von Verhältniszahlen zur Ermittlung des bedarfsgerechten Versorgungsgrads und dabei zu berücksichtigender Korrekturfaktoren statistisch annähernd berechnen. Dies sagt aber wenig über den tatsächlichen medizinischen Bedarf an Psychotherapeuten aus. Insoweit ist zunächst davon auszugehen, dass nach Reform der psychotherapeutischen Ausbildung jedes Jahr ca. 2.500 Psychotherapeuten mit einer Approbation ihr Studium abschließen werden. Die meisten von Ihnen werden eine Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten anstreben. Folgende Maßnahmen dienen dazu, die Weiterbildungskapazitäten am Ersatz- und Ergänzungsbedarf in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung auszurichten:

- Die Konzentration der Weiterbildung in der ambulanten Weiterbildungsphase an eine Anstellung an den Weiterbildungsinstituten und deren Ermächtigung als Einrichtung der psychotherapeutischen Behandlung unter Supervision qualifizierter Fachpsychotherapeuten nach § 117 Abs. 3 (neu) ermöglicht eine sozialversicherungsrechtliche Steuerung der Weiterbildungskapazitäten in diesem Bereich;
- Durch die Vergütung der an ermächtigten Weiterbildungsinstituten durch PiW unter Supervision erbrachten Leistungen sollen bei einer am Behandlungsbedarf ausgerichteten Zahl von Weiterbildungsstellen die ihnen zustehenden Gehälter weitgehend finanziert werden.

²² BVerfG Urt.v.23.3.1960 – 1 BvR 216/51 – BVerfGE 11, 30 (Kassenarzturteil) Das geltende Kassenarztrecht, nach dem auf Grund einer Verhältniszahl Kassenarztsitze eingerichtet und jeweils nur mit einem Bewerber besetzt werden, beschränkt die Ausübung des Arztberufs für die nicht zugelassenen Ärzte in einem Maße, dass die Regelung einer Beschränkung der Berufswahl nahekommt. Nach den hierfür aufgestellten Maßstäben <BVerfGE 7, 377 <407>> ist diese Regelung mit Art. 12 Abs. 1 GG nicht vereinbar.

- Für den Überhang an Aufwendungen und Kosten, die den Weiterbildungsinstituten im Wesentlichen dadurch entstehen, dass sie auch die theoretische Unterweisung und Selbsterfahrung vermitteln und die Weiterbildung im Weiterbildungsverbund koordinieren, bedarf es einer öffentlichen Förderung;
- Für die öffentliche Förderung der Weiterbildung bietet sich eine Analogregelung zu § 75a an, da auch und nur für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin eine zweijährige Weiterbildung in der ambulanten Behandlung verpflichtend vorgeschrieben ist, die jetzt zur Gewährleistung der Ausrichtung der Weiterbildung an die in einer psychotherapeutischen Praxis zu erwartenden Patienten auch in der psychotherapeutischen Weiterbildung eingeführt werden soll.
- Die Analogie zu § 75a bietet sich auch deswegen an, weil sie
 - eine Differenzierung in standortunabhängig zu fördernde Weiterbildungsstellen nach § 75a Abs. 1 und eine gezielt auf ländliche Regionen gerichtete Schaffung neuer Weiterbildungsmöglichkeiten nach § 75a Abs. 9 ermöglichen würde und
 - für die Weiterbildungsinstitute mit ihrer koordinierenden Aufgabenstellung im Weiterbildungsverbund analog der allgemeinmedizinischen Kompetenzzentren nach § 75a Abs. 7 iVm Anlage IV strukturelle Zuschläge vorsehen könnte;
- In Abweichung der in § 75a geregelten verfahrensrechtlichen Abwicklung der Förderung von Weiterbildungsstellen über die KÄV käme wegen der nach § 120 SGB V ohnehin vorgeschriebenen Direktabrechnung der Vergütungen der von ermächtigten Einrichtungen nach § 117 Abs. 3 (neu) erbrachten Leistungen eine verfahrensrechtliche Abwicklung über Vergütungszuschläge in Betracht.
- Zusätzliche regional notwendig werdende Weiterbildungsmöglichkeiten sollten als lokaler Versorgungsbedarf auf der Grundlage landesrechtlich oder vertragsarztrechtlich möglicher Förderungen finanziert werden.

Die Diskussion um einen weitergehenden Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung erfolgt vor dem Hintergrund der dem G-BA obliegende Aufgabe zur Weiterentwicklung der BedarfsPI-RL in Richtung einer kleinräumigeren Planung. Auch die Koalitionsvereinbarung ist in diesem Bereich auf die stärkere Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten ausgerichtet. Die Vergabe der Förderung wird daher künftig wahrscheinlich stärker als bisher den auf kommunaler Ebene festgestellten lokalen Versorgungsbedarf berücksichtigen.

3. Finanzierung der Weiterbildung

Aus den Abschnitten I - III der gutachtlichen Stellungnahme ergeben sich folgende mögliche Kostenträger für folgende Kostenarten:

- a. Die Länder: analog hausärztliche Förderung: Einrichtung eines Förderprogramms „Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung in Gemeinden mit entsprechender Unterversorgung oder gefährdeter Versorgung umfassend: Starthilfe, (Zuschuss für Weiterbildung, Zuschuss für Lehrpraxen);
- b. Die Kommunen: Eigene Einrichtungen - § 105 Abs. 5 SGB V, MVZ - § 95 Abs. 1a SGB V kommunale Beratungsstellen mit angestellten Psychotherapeuten und als zugelassene WB-St PiW (Gehälter und Zuschüsse für externe Kurse, Selbsterfahrung etc.);
- c. Die Krankenhäuser: Anstellung von PiW ggf. im Weiterbildungsverbund mit WB-Institut; Übernahme von Kosten für Selbsterfahrung und Kurse;
- d. Der ÖGD: Anstellung oder Verbeamtung von Psychotherapeuten und als zugelassene WB-St Anstellung von PiW (Gehälter und Zuschüsse für externe Kurse, Selbsterfahrung);
- e. Die Krankenkassen über die Finanzierung der Behandlung in Einrichtungen nach §§ 117 (Hochschulambulanzen) 118 (psychiatrischen Institutsambulanzen),

118a (geriatrischen Institutsambulanzen), 119a (Behindertenhilfe), 119b (ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen), 119c (medizinische Behandlungszentren): Anstellung von Psychotherapeuten und als zugelassene WB-St PiW (Gehälter und ggf. Zuschüsse für externe Kurse, Selbsterfahrung);

- f. Die Krankenkassen: vertragspsychotherapeutische Versorgung: Leistungsentgelte nach §§ 117 Abs. 3, 120 Abs. 2, 3 SGB V an Ausbildungs- ggf. WB-Institute; Sicherstellungsfonds KÄV nach § 105 Abs. 2 (hälftige Finanzierung); Weiterbildungsförderung analog § 75a SGB V (Gehälter und Zuschüsse für Qualität und Evaluation (Kompetenzzentren § 75a Abs. 7 Nr. 3 im Anlage IV RahmenVbg zu § 75a)) hälftige Finanzierung, abzüglich Anteil PKV; Die Krankenkasse kann im Vertragswettbewerb mit anderen KK/ErsK integrierte Versorgungsverträge mit psychiatrisch-/psychosomatisch-/psychotherapeutisch ausgerichteten ambulanten und stationären Einrichtungen abschließen, die auch die Tätigkeit von PiW einschließen können;
- g. Die Krankenkassenverbände: Ihnen obliegt neben dem Abschluss der Gesamtverträge nach § 83 SGB V und Krankenhausentgeltvereinbarungen nach § 18 Abs. 1 KHG die Steuerung der medizinischen Versorgung der Sozialversicherten auf der Landesebene, soweit sie nicht durch die Einzelkassen erfolgt. Ihnen obliegt insbesondere die Aufstellung des vertragsärztlichen Bedarfsplanes, inklusive Abweichungen von den BedarfsPI-RL nach § 99 Abs. 1 gemeinsam mit der KÄV und die Mitwirkung im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach § 90 SGB V sowie bei Errichtung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V. Sie sind im jeweiligen Landesplanungsbeirat für die Krankenhausplanung maßgeblich vertreten und können insoweit Einfluss auf die ambulante und stationäre Bedarfsplanung und deren Vernetzung nehmen. Dies kann sich auf die Aufgabenstellung psychotherapeutisch tätiger Einrichtungen und deren Weiterbildungsmöglichkeiten auswirken, ohne dass sich dies objektivieren lässt. Bei einer Einbeziehung der psychotherapeutischen Weiterbildung in eine Weiterbildungsförderung analog § 75a Abs. 1 oder Abs. 9 SGB V hätten die Verbände der Kassen wegen der Verpflichtung der Krankenkassen zur Finanzierung von Weiterbildungsstellen im ambulanten und stationärem Sektor einen wesentlichen Einfluss auf die durchgehende Förderung der Weiterbildung in beiden Bereichen. Über die Mitfinanzierung des Sicherstellungsfonds der KÄV haben sie auch Einfluss auf deren Fördervergabep Praxis.
- h. KBV und GKV-Spitzenverband: Sie sind auf Bundesebene unterhalb der Richtlinien des G-BA für die normative Steuerung der medizinischen Versorgung der Sozialversicherten zuständig. Dies betrifft für die psychotherapeutische Versorgung insbesondere die gemeinsam mit der KBV abzuschließende Psychotherapievereinbarung als Anlage 1 des BMV-Ä. Darin und im EBM können auch weitergehende Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Versorgung gestellt werden als dies jetzt der Fall ist. Wenn sich die Struktur des Weiterbildungsverbundes unter Einbeziehung von Weiterbildungsinstituten landesgesetzlich durchsetzen lassen, könnten sich darauf auch qualitative Anforderungen ggfs. mit darauf bezogenen Vergütungsregelungen beziehen. Derartige Regelungen beziehen sich aber grundsätzlich gleichermaßen auf Psychotherapeuten und auf psychotherapeutisch tätige Ärzte als eine Arztgruppe auch in der Bedarfsplanung (§ 101 Abs. 4 SGB V).
- i. Die KÄV: Sie wären bei einer Einbeziehung der psychotherapeutischen Weiterbildung in eine Weiterbildungsförderung analog § 75a Abs. 1 oder Abs. 9 SGB V zuständig für die Bearbeitung entsprechender Anträge, die Einholung der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie die Bereitstellung der Fördermittel. Je nachdem, wie eine Analogregelung zu § 75a Abs. 7 Nr. 3 SGB VG zur Förderung der bisherigen Ausbildungsinstitute

als Weiterbildungsinstitute und koordinierende Stelle im Weiterbildungsverbund gesetzlich oder vertraglich in der Vereinbarung nach § 75a Abs. 4, Abs. 7 SGB V ausgestaltet würde, wäre die KÄV auch daran maßgeblich zu beteiligen, weil sie die Hälfte der Kosten für die ambulante Weiterbildungsförderung trägt. Die KÄV ist darüber hinaus nach § 105 Abs. 1a SGB V Trägerin ihres von den Krankenkassen mitfinanzierten Sicherstellungsfonds aus dem bei nachgewiesenem Bedarf für die Besetzung eines Versorgungssitzes auf Antrag auch Zuschüsse an PiW oder AiW zur Finanzierung vor einer Kassenzulassung noch abzuleistender ambulanter Weiterbildungsabschnitte, Kurse, Selbsterfahrung geleistet werden können.

- i. Die RV als Trägerin von Reha-Einrichtungen: Anstellung von Psychotherapeuten und als zugelassene WB-St PiW (Gehälter und Zuschüsse zu Kursen und Selbsterfahrung).
- j. Die PKV: Zuschüsse zur Förderung durch die Krankenkassen (insbesondere Weiterbildungsförderung nach § 75a SGB V);

4. Abstimmungsprozess

Obwohl sich die Reform der Aus- und Weiterbildung in der Psychotherapie über mindestens 10 Jahre erstrecken wird, bis der erste Einsteiger in die neue Ausbildung die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten erfolgreich abgeschlossen haben wird., sollte die dazu auf Bundes- und Landesebene erforderliche Gesetzgebung einen gesetzgeberischen Rahmen erhalten, der für alle daran Beteiligten und Betroffenen Rechtssicherheit verspricht. Zweckmäßig ist analog der Gesetzgebung zur Einführung des PsychThG deswegen ein Artikel-Gesetz, das gleichzeitig die sozialversicherungsrechtlichen Konsequenzen für die nach Abschluss der Ausbildung notwendige Weiterbildung als Zulassungsvoraussetzung zur vertragsärztlichen Versorgung regelt. Die setzt allerdings einen Konsens unter den für die Regelung der Weiterbildung zuständigen Landesgesetzgeber über eine inhaltsgleiche Ausgestaltung der Weiterbildungsstrukturen in den KHKG voraus. Der Bundesgesetzgeber muss auf Grund eines solchen Konsenses insbesondere bei einer Neugestaltung von § 117 Abs. 3 auf Definitionen der Weiterbildungsinstitute zugreifen können, die landesrechtlich noch nicht gesetzlich eingeführt sind, die verbunden mit der Festlegung des Stichtages zu ihrem Inkrafttreten in einem solche Artikelgesetz aber bereits eingesetzt werden können. In einem Artikel-Gesetz, dass zeitnah die Ausbildung zum approbierten Psychotherapeuten regeln soll, müssten deswegen die Folgeregelungen zu den darauf basierenden Konsequenzen für die Weiterbildung zum Fachpsychotherapeuten und dessen Berufszulassung zum System der GKV bezogen auf die Stichtage ihrer notwendigen Einführung getroffen werden. Dies gilt auch für die verbindliche Einführung eines Weiterbildungsverbundes als neue Struktur der Weiterbildung zum Psychotherapeuten und die Integration der Weiterbildungsinstitute mit ihrer Koordinierungsverantwortung in einen solchen Weiterbildungsverbund. Notwendig ist deswegen auch ein Konsens zwischen der Bundes- und der Landesebene über die gesetzlichen Grundlagen einer Förderung von Weiterbildungsstellen, ohne die das Gesamtkonzept nicht umsetzbare wäre. Für die Einführung der weiterbildungsrechtlichen Grundlagen, bliebe den Ländern auf dieser Grundlage eine Zeitspanne von bis zu fünf Jahren, während der die bisherige Zusatzausbildung weiter zu praktizieren wäre. Notwendig für den sozialversicherungsrechtlichen Teil des Artikelgesetzes wäre aber der zeitgleich mit dem Inkrafttreten der Ausbildungsreform bestehende Konsens mit den Ländern über die einheitliche in allen HBKG einzuführenden Weiterbildungsstrukturen und deren Finanzierung. Ein politischer Konsens auf

H

den angesprochenen Ebenen ist somit die Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf dieses Reformprozesses.



Dr. jur. Rainer Hess
Rechtsanwalt