

Stellungnahme

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der
Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG)
Bundestags-Drucksache 19/23483

05.11.2020

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
• Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen.....	3
• Krankenkassen im Wettbewerb zu mehr Transparenz verpflichten	4
• Innovationsfondsprojekte stärker auf die Verbesserung der Versorgung fokussieren	4
2. Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)	6
3. Verträge ohne Beteiligung ärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungserbringer*innen (§ 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V).....	9
4. Überführung von Innovationsfondsprojekten in Selektivverträge (§ 140a Absatz 2 Sätze 3 und 4 SGB V)	10
5. Kostenträgerübergreifende Verträge (§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3a [neu] SGB V).....	11
6. Förderung selbstständig durchgeführter Versorgung (§ 140a Absatz 3a [neu] SGB V).....	13
7. Verträge mit nicht zugelassenen Leistungserbringer*innen (§ 140a Absatz 3b [neu] SGB V).....	13

1. Vorbemerkung

- **Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen**

Patient*innen aller Altersgruppen benötigen bei schweren psychischen Erkrankungen in aller Regel eine interdisziplinäre Gesundheitsversorgung. Bisher ist solch ein berufsgruppenübergreifendes Angebot in der ambulanten Versorgung nicht sichergestellt. Deshalb hat der Gesetzgeber im November 2019 im Rahmen des Psychotherapeutenausbildungsreformgesetzes beschlossen, dass Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf künftig ein neues strukturiertes intensiv-ambulant Versorgungsangebot erhalten können, das neben der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung auch weitere notwendige Versorgungsangebote wie Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie umfasst und in Versorgungsverbänden von einer Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in koordiniert wird (§ 92 Absatz 6b SGB V). Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, hierzu bis zum 31. Dezember 2020 entsprechende Regelungen in einer Richtlinie zu beschließen.

Aktuell erarbeitet der G-BA diese Richtlinie für die Versorgung erwachsener Patient*innen. Aber nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder und Jugendliche mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf haben einen Anspruch auf eine bedarfsgerechte Komplexversorgung. Kinder sind keine „kleinen Erwachsenen“. Sie haben spezifische Versorgungsbedarfe. Häufig sind neben der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung zusätzlich nichtärztliche sozialpädiatrische Maßnahmen wie psychologische, heilpädagogische und sozialpädagogische Leistungen nötig.

Es ist erforderlich, dass der G-BA die Komplexversorgung von Kindern und Jugendlichen in der Richtlinie für die Versorgung nach § 92 Absatz 6a SGB V in einem eigenen Modul regelt. Bisher ist jedoch offen, ob, wann und inwieweit der G-BA hier tätig werden wird. Um Missverständnisse und unnötige Verzögerungen bei der Umsetzung des gesetzgeberischen Auftrags zu vermeiden, sollte der Gesetzgeber im Rahmen des Versorgungsverbesserungsgesetzes mit Fristvorgabe 30. Juni 2022 klarstellen, dass die besonderen Versorgungsbedarfe von Kindern und Jugendlichen mit komplexem Versorgungsbedarf in der Richtlinie zur Versorgung nach § 92 Absatz 6a SGB V explizit berücksichtigt werden müssen, und regeln, dass Kinder und Jugendliche im Rahmen der Komplexversorgung Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere psychologische, heilpädagogische und sozialpädagogische Leistungen haben.

Da auch Psychotherapeut*innen die Verantwortung für die Koordination der Leistungen innerhalb der Verbände zur ambulanten Komplexversorgung übernehmen können, ist darüber hinaus eine gesetzliche Regelung erforderlich, dass Psychotherapeut*innen im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen für Kinder und Jugendliche veranlassen und verantworten können. Hierzu bedarf es einer Anpassung der gesetzlichen Vorgaben in § 92 Absatz 6a SGB V und § 43a SGB V.

- **Krankenkassen im Wettbewerb zu mehr Transparenz verpflichten**

Mit dem Gesetz werden die Möglichkeiten der Krankenkassen, die Versorgung aktiv zu gestalten, ausgebaut. In Abhängigkeit vom Unternehmensprofil besteht das Risiko, dass die Belange besonders vulnerabler Patientengruppen, wenn überhaupt, ausschließlich unter dem Aspekt der Kostendämpfung aufgegriffen werden. Ein Absenken der Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität, indem zum Beispiel digitale Anwendungen therapieersetzend und nicht -ergänzend eingesetzt werden, ist ein wahrscheinliches Szenario. Die Sorgen und Nöte der Versicherten, die bereits seit längerer Zeit arbeitsunfähig sind, aber aufgrund der mangelhaften Bedarfsplanung keinen Therapieplatz finden können, machen es dem Krankengeldmanagement einzelner Krankenkassen leicht, für entsprechende Angebote zu werben. Bevor den Krankenkassen diese Optionen eröffnet werden, müssten Versicherte verlässliche Informationen dazu erhalten können, wie sich ihre Krankenkasse im Wettbewerb aufstellt. Dafür wäre es notwendig, dass Patientenvertreter*innen bei Verhandlungen zu Selektivverträgen ein Teilnahmerecht zugebilligt wird. Regelmäßig müssten Patienten- bzw. Versichertenbefragungen stattfinden, die unabhängig die Erfahrungen zum Beispiel mit dem Krankengeldmanagement oder anderen Aktivitäten bei den vulnerablen Patientengruppen, die besonders auf das Vertrags- und Bewilligungsverhalten der Krankenkassen angewiesen sind, erheben und auswerten. Auch kassenunabhängige Beschwerdestellen, die eventuellen Missständen aktiv nachgehen und Korrekturen verlangen, wären notwendig. Gebündelt und allgemeinverständlich müssten diese Informationen den Versicherten zugänglich gemacht werden.

- **Innovationsfondsprojekte stärker auf die Verbesserung der Versorgung fokussieren**

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehenen Änderungen zur Ausgestaltung von Selektivverträgen nach § 140a SGB V bieten Chancen für eine innovative Weiterentwicklung der integrierten Versorgung. Insbesondere die Möglichkeit, Innovationsfondsprojekte aus dem Bereich Neue Versorgungsformen als Selektivverträge fortzuführen, aber auch die Option für kostenträgerübergreifende Versorgungsangebote könnten positive Impulse für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen setzen. Gewährleistet

werden müsste aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) dafür aber, dass Innovationen gefördert werden, die Versorgungsprobleme aufgreifen.

Eine Studie der BpTK zeigt, dass hier zielführendere Entscheidungen notwendig sind. Die Benennung förderungsfähiger Themenbereiche durch den Innovationfonds hat bis auf wenige Ausnahmen nicht dazu geführt, dass die Versorgungsprobleme besonders vulnerabler Patientengruppen in der notwendigen Struktur- und Prozessqualität aufgegriffen wurden. Psychisch kranke ältere und pflegebedürftige Menschen, psychisch kranke Schwangere und insbesondere Suchtkranke sind hier zu nennen. Auch fehlen Projekte, die den Zugang zur Psychotherapie für diejenigen Patient*innen niedrigschwelliger gestalten, die zwar ein deutlich erhöhtes Risiko haben psychisch zu erkranken, aber zum Beispiel aus Angst vor Stigmatisierung davor zurückschrecken, eine psychotherapeutische Sprechstunde aufzusuchen. Bedauerlich ist auch, dass Projekte fehlen, die die Versorgung psychisch kranker Kinder in der stationären Jugendhilfe zum Thema machen. Grundsätzlich fehlt bei der Darstellung der vom Innovationsfonds geförderten Projekte die Transparenz über die vorgehaltene Strukturqualität und die angestrebte Prozessqualität. Damit ist es vorderhand, anders als vom Gesetzgeber unterstellt, nicht möglich zu beurteilen, ob ausreichend Aussicht besteht, dass die geförderten Projekte wirklich einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten. Eine ausreichende Transparenz über bestehende Verträge ist zudem Grundlage für ein Monitoring, das die Entwicklung der von den Krankenkassen realisierten Versorgungsansätze abbildet und die Möglichkeit schafft, Fehlentwicklung, die mit einer schlechteren Behandlungsqualität einhergehen, frühzeitig zu identifizieren und diesen ggf. gegenzusteuern.

2. Ambulante Komplexversorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche ermöglichen (§ 92 Absatz 6b SGB V und § 43a SGB V)

Der Gesetzgeber hat im November 2019 mit der Einfügung eines neuen Absatzes 6b in § 92 SGB V beschlossen, dass Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Behandlungsbedarf ein neues intensiv-ambulantes Versorgungsangebot erhalten sollen. Dieses Versorgungsangebot soll neben der psychotherapeutischen und ärztlichen Behandlung auch weitere notwendige Versorgungsangebote wie Ergotherapie, psychiatrische häusliche Krankenpflege oder Soziotherapie umfassen, welche in strukturierter Weise von Versorgungsverbänden vorgehalten und durch die behandelnde Psychotherapeut*in oder die Psychiater*in der Verbände koordiniert werden. Spätestens bis zum 31. Dezember 2020 soll der G-BA dieses neue Versorgungsangebot in einer eigenen Richtlinie konzipieren.

Das neue Angebot richtet sich an Patient*innen mit einem komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf, die unabhängig vom Alter einer berufsgruppenübergreifenden koordinierten und strukturierten Behandlung bedürfen. Aktuell berät der G-BA eine Richtlinie für die ambulante Komplexversorgung von schwer psychisch kranken Erwachsenen. Ob, wann und inwieweit sich der G-BA im Anschluss auch der Gruppe minderjähriger Patient*innen mit komplexem psychotherapeutischem oder psychiatrischem Versorgungsbedarf widmen wird, bleibt bislang offen.

Fachlich unstrittig ist, dass es auch relevante Gruppen von minderjährigen Versicherten mit schweren psychischen Erkrankungen und daraus resultierten psychosozialen Beeinträchtigungen gibt, die einer strukturierten und koordinierten, multiprofessionellen Komplexbehandlung bedürfen. Psychisch kranke Kinder und Jugendliche haben dabei spezifische Versorgungsbedarfe, die sich von denen Erwachsener erheblich unterscheiden und insbesondere auch den systematischen Einbezug von Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der sozialen Teilhabe sowie Unterstützungs- und Beratungsangebote erforderlich machen. Neben den ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen sowie den weiteren im Einheitlichen Bewertungsmaßstab abgebildeten Behandlungsleistungen benötigen sie insbesondere auch heilpädagogische, sozialpädagogische und psychologische Maßnahmen.

Um eine qualifizierte interdisziplinäre sozialpsychiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu fördern, ist bereits in § 43a SGB V der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf „nichtärztliche sozialpä-

diatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen“ verankert und in der Folge in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (SPV) umgesetzt. Gerade für versicherte Kinder mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf greifen diese Regelungen bislang jedoch noch zu kurz, da dieser in den sozialpsychiatrischen Praxen in der Regel nur begrenzt adressiert ist und die Vernetzungen und Kooperationen mit vertragspsychotherapeutischen Praxen vielfach noch unzureichend sind. So erhält nach dem SPV-Abschlussbericht von 2014 nur ein ausgesprochen geringer Anteil der im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung behandelten Versicherten auch intensivere psychotherapeutische Leistungen. Darüber hinaus können die SPV-Praxen aufgrund der regional sehr unterschiedlichen Versorgungsdichte keine flächendeckende Versorgung sicherstellen.

Damit sichergestellt werden kann, dass zukünftig auch für Kinder und Jugendliche ein an ihre spezifischen Versorgungsbedarfe angepasstes intensiv-ambulantes Behandlungsangebot zur Verfügung steht, sollte in § 92 Absatz 6b SGB V explizit mit Fristvorgabe 30. Juni 2022 geregelt werden, dass der G-BA bei der Konzipierung dieser Richtlinie die besonderen Bedarfe minderjähriger Patient*innen zu berücksichtigen hat und die Versicherten im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere heilpädagogische, sozialpädagogische und psychologische, Leistungen haben, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung erbracht werden.

Vor dem Hintergrund der bestehenden Kenntnisse und Kompetenzen von Psychotherapeut*innen können sie bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit einem komplexen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf die Koordination der Leistungen innerhalb der Verbünde zur ambulanten Komplexversorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V übernehmen. Für eine effektive und flächendeckende Versorgung ist dabei eine gesetzliche Regelung erforderlich, dass auch Psychotherapeut*innen im Rahmen der ambulanten Komplexversorgung die notwendigen nichtärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen veranlassen und verantworten können. Hierfür sollte zum einem der Leistungsanspruch von versicherten Kindern auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen im Rahmen der ambulanten Komplexbehandlung gemäß § 92 Absatz 6b SGB V verankert werden. Zum anderen bedarf es einer gesetzlichen Regelung, dass diese Leistungen auch unter psychotherapeutischer Verantwortung in der ambulanten Komplexbehandlung erbracht werden können.

Die BPtK schlägt daher folgende Ergänzung in § 92 Absatz 6b SGB V vor:

*„(6b) Der Gemeinsame Bundesausschuss beschließt bis spätestens zum 31. Dezember 2020 in einer Richtlinie nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 Regelungen für eine berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung, insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf. **Für versicherte Kinder schließt dies den Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale, Leistungen nach § 43a ein, die durch den koordinierenden Arzt oder Psychotherapeuten veranlasst und verantwortet werden.** Der Gemeinsame Bundesausschuss kann dabei Regelungen treffen, die diagnoseorientiert und leitliniengerecht den Behandlungsbedarf konkretisieren. In der Richtlinie sind auch Regelungen zur Erleichterung des Übergangs von der stationären in die ambulante Versorgung zu treffen.“*

Aus der vorgeschlagenen Regelung, dass im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b SGB V auch die koordinierende Psychotherapeut*in bei Kindern und Jugendlichen notwendige nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen veranlassen und verantworten kann, ergibt sich die Notwendigkeit einer Anpassung des § 43a SGB V.

Die BPtK schlägt hierfür die Einführung eines neuen Absatzes 3 in § 43a SGB V vor:

„§ 43a Nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen

- (1) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, insbesondere auf psychologische, heilpädagogische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen; § 46 des Neunten Buches bleibt unberührt.*
- (2) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher Verantwortung in der ambulanten psychiatrischen Behandlung erbracht werden.*
- (3) Versicherte Kinder haben Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die unter ärztlicher oder psychotherapeutischer Verantwortung im Rahmen der Versorgung nach § 92 Absatz 6b erbracht werden.“***

3. Verträge ohne Beteiligung ärztlicher oder psychotherapeutischer Leistungserbringer*innen (§ 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V)

Mit dem Gesetzentwurf ist geplant, dass Krankenkassen in Zukunft die Möglichkeit erhalten, ausschließlich mit nichtärztlichen Leistungserbringer*innen Verträge nach § 140a SGB V abzuschließen. Bereits mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurden besondere digitale Versorgungsformen mit Medizinproduktehersteller*innen in Absatz 4a ermöglicht. Nun wird diese Möglichkeit auch auf weitere nichtärztliche Leistungserbringer*innen nach § 140a Absatz 3 Satz 1 ausgeweitet, damit z. B. auch auf pharmazeutische Unternehmen. Gleichzeitig soll die Liste der Leistungserbringer*innen nach § 140a SGB V durch die vorgeschlagene Ergänzung in Absatz 3 Satz 1 Nr. 8 (neu) um Anbieter*innen digitaler Dienste erweitert werden.

Die Spezifikation für Verträge nach § 140a SGB V, die mit der Änderung von Absatz 1 Satz 2 ermöglicht werden soll, erlaubt es Krankenkassen in Zukunft, ihren Mitgliedern digitale Medizinprodukte, andere digitale Dienste oder nicht verschreibungspflichtige Pharmazeutika anzubieten, ohne dass dafür eine individualisierte ärztliche oder psychotherapeutische Diagnostik und Indikationsstellung erfolgt sind. Eine Gefährdung der Patientensicherheit kann aus Sicht der BPTK in Abhängigkeit von Unternehmensprofil und Management einer Krankenkasse nicht ausgeschlossen werden. Bevor den Krankenkassen diese Optionen eröffnet werden, müssten Versicherte verlässliche Informationen dazu haben, wie sich ihre Krankenkasse im Wettbewerb aufstellt. Dafür wäre es notwendig, dass Patientenvertreter*innen bei entsprechenden Vertragsverhandlungen ein Teilnahmerecht zugebilligt wird und regelmäßig Patientenbefragungen stattfinden. Auch kassenunabhängige Beschwerdestellen, die eventuellen Missständen aktiv nachgehen und Korrekturen verlangen, wären notwendig. Gebündelt und allgemeinverständlich müssten diese Informationen den Versicherten zugänglich gemacht werden.

Die BPTK spricht sich daher bis auf Weiteres gegen die vorgesehene Änderung von § 140a Absatz 1 Satz 2 SGB V aus.

Begründung:

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Änderung birgt das Risiko, dass Versicherte in Zukunft Vorschläge zum Umgang mit ihren Erkrankungen erhalten, von denen nicht sichergestellt ist, dass diese in ihrem spezifischen Fall auch indiziert sind. Kommt ein solches Angebot vonseiten der eigenen Krankenkasse, muss zudem befürchtet werden, dass es für Versicherte nicht ersichtlich ist, dass sie durch die Nutzung beispielsweise des digitalen Medizinprodukts in eine Behandlung ihrer Erkrankung einwilligen, die gegenüber der Versor-

gung in der Regelversorgung eine deutliche Absenkung von Qualitätsstandards beinhaltet. Aus Sicht der BPTK ist daher unbedingt daran festzuhalten, dass im Rahmen von Verträgen nach § 140a SGB V sichergestellt ist, dass neben einer adäquaten Diagnostik zu Beginn einer Behandlung auch eine Indikationsstellung durch dafür qualifizierte Leistungserbringer*innen sichergestellt ist.

4. Überführung von Innovationsfondsprojekten in Selektivverträge (§ 140a Absatz 2 Sätze 3 und 4 SGB V)

Die Möglichkeit, Innovationsfondsprojekte aus dem Bereich Neue Versorgungsformen als Selektivverträge fortzuführen, beinhaltet Chancen für eine gezielte, wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung der Versorgung. Gleichzeitig muss verhindert werden, dass Innovationsfondsprojekte, die hinter Qualitätsstandards in der Regelversorgung zurückbleiben, Versicherten als Versorgungsalternative angeboten werden. Eine Auswertung der BPTK der bisher vom Innovationsfonds im Bereich Neue Versorgungsformen geförderten Projekte zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen zeigt, dass neben qualitativ hochwertigen Versorgungsinnovationen auch Projekte durch den Innovationsfonds gefördert werden, bei denen keine ausreichende Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen gewährleistet werden kann.

Die zentralen Ergebnisse der BPTK-Studie „Der Innovationsfonds und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ sind:

- Psychische Erkrankungen werden durch Projekte im Bereich Neue Versorgungsformen oftmals adressiert. Die geförderten Projekte stellen jedoch keine ausreichende psychotherapeutische Versorgung besonders vulnerabler Patientengruppen wie schwangeren, älteren und pflegebedürftigen Menschen sowie Menschen, die im ländlichen Raum leben, sicher.
- Bei einer Reihe von Projekten, die die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen adressieren, werden mitunter zusätzliche Hürden beim Zugang zur regulären psychotherapeutischen Versorgung aufgebaut, die Schnittstellen zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung werden kaum berücksichtigt. Das widerspricht der vom Gesetzgeber in den letzten Jahren mit den Reformen im Bereich der Psychotherapie angestoßenen Vereinfachung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung.
- Die verfügbaren Informationen zu Projekten aus dem Bereich Neue Versorgungsformen zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Belastungen lassen keine ausreichenden Schlüsse bezüglich der Struktur- und Prozessqualität der

geförderten Projekte zu. Damit besteht die Gefahr, dass Versicherten qualitativ minderwertige Versorgungsangebote unterbreitet werden.

- Digitale Anwendungen werden in Projekten zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen teilweise so eingesetzt, dass sie den Direktzugang zur Psychotherapie erschweren.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die BPtK:

- Ausschreibungen für Innovationsfondprojekte, die Versorgungsprobleme besonders gefährdeter und vulnerabler Patientengruppen in angemessener Struktur- und Prozessqualität adressieren;
- die Transparenz zur Struktur- und Prozessqualität der geförderten Versorgungsansätze durch stringenteren Vorgaben des Innovationsausschusses zur Darstellung der Projektvorhaben zu erhöhen;
- eine ausreichende fachliche Begutachtung der Projekte durch Expert*innen aus dem jeweiligen Versorgungsbereich sicherzustellen, um zu gewährleisten, dass die Forschungsvorhaben kein Absenken von Qualitätsstandards gegenüber der Regelversorgung darstellen;
- ein kontinuierliches Monitoring der in den geförderten Projekten realisierten Versorgungsansätze, um Fehlentwicklungen bei der Weiterentwicklung der Versorgung frühzeitig identifizieren zu können.

Die BPtK-Studie „Der Innovationsfonds und die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ ist auf der Homepage der BPtK abrufbar (www.bptk.de → Publikationen → Studien).

5. Kostenträgerübergreifende Verträge (§ 140a Absatz 3 Satz 1 Nr. 3a [neu] SGB V)

Mit dem Gesetzentwurf soll nicht nur eine die verschiedenen Sozialversicherungszweige übergreifende Versorgung verstärkt ermöglicht werden, auch kostenträgerübergreifende Verträge werden erstmals möglich werden. Dies ist gerade für psychisch kranke Menschen ein wichtiger Ansatz, denn sie sind auf abgestimmte Angebote des Gesundheitssystems und der Gemeindepsychiatrie angewiesen.

Aus Sicht der BPtK könnte ein weiterer Beitrag zur Verbesserung der sektoren- und kostenträgerübergreifenden Versorgung geleistet werden, indem Vertragsärzt*innen und

-psychotherapeut*innen Nebentätigkeiten in Beratungsstellen, Einrichtungen der Jugendhilfe, der Behindertenhilfe und stationären Pflegeeinrichtungen ermöglicht werden.

Änderungsvorschlag zu § 20 Absatz 2 Satz 2 Ärzte-Zulassungsverordnung:

Die BPTK schlägt daher folgende Änderung von Artikel 1 Nummer 16 (§ 92b SGB V) vor:

*„(2) Für die Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der eine ärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragsarztes am Vertragsarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, ~~oder~~ einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, **in Einrichtungen nach § 28 SGB VIII, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Jugendhilfeeinrichtungen sowie stationären Pflegeeinrichtungen gemäß § 71 Absatz 2 SGB XI** ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“*

Begründung:

Aktuell wird durch die Ärzte-Zulassungsverordnung (Ä-ZV) geregelt, dass die Tätigkeit in Anstellung ein Hindernis für eine Zulassung als Vertragsarzt*in/Vertragspsychotherapeut*in ist, wenn hierdurch eine Interessenkollision zu erwarten ist. Beispielsweise könnte die Möglichkeit bestehen, dass Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen Patient*innen aus ihrer angestellten Tätigkeit in die eigene Praxis überführen. Diese Regelung wurde bereits insofern modifiziert, dass die Interessenkollision als Zulassungshindernis aus der Regelung entfernt wurde, wenn die Anstellung in einem Krankenhaus besteht. Der Gesetzgeber wollte damals erreichen, dass die Sektoren ambulant und stationär besser verzahnt würden. Und er wollte erreichen, dass die sogenannte integrierte Versorgung an der Schnittstelle von stationär und ambulant gefördert wird.

Aus Sicht der BPTK ist es zentral, dass eine entsprechende Anpassung der Regelungen explizit auch für die Anstellung in Jugendhilfeeinrichtungen und Beratungsstellen sowie stationären Pflegeeinrichtungen parallel zu einer vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit vorgenommen wird.

Eine entsprechende Änderung der Ä-ZV ist aus Sicht der BPTK geboten, um Hindernisse in der Kooperation von Akteur*innen aus dem SGB V und SGB VIII bzw. SGB XI abzubauen und damit eine bessere Vernetzung von Jugendhilfe, Erziehungsberatungsstellen, stationären Pflegeeinrichtungen und niedergelassenen Psychotherapeut*innen zu fördern.

6. Förderung selbstständig durchgeführter Versorgung (§ 140a Absatz 3a [neu] SGB V)

Der im Gesetzentwurf vorgesehene neue Absatz 3a ermöglicht, dass Krankenkassen besondere Versorgungsansätze unterstützen, die selbstständig von Leistungserbringer*innen durchgeführt werden. Die BPTK begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich, da damit beispielsweise regionale Versorgungsnetzwerke durch eine Finanzierung gemeinsam genutzter Strukturen maßgeblich unterstützt werden können. So können insbesondere regionale Versorgungsinnovationen, die initial durch Leistungserbringerverbünde initiiert wurden, nachhaltig gefördert werden. Auch die Möglichkeit zur Förderung von Versorgungsprojekten anderer Sozialleistungsträger*innen oder anderer Träger*innen der Daseinsvorsorge durch die Krankenkassen ist aus Sicht der BPTK positiv, weil dies der weiteren Unterstützung der Vernetzung von Versorgungsleistungen und dem Abbau von Schnittstellenproblemen zwischen unterschiedlichen Versorgungsbereichen dient.

7. Verträge mit nicht zugelassenen Leistungserbringer*innen (§ 140a Absatz 3b [neu] SGB V)

Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, dass Krankenkassen zukünftig auch Verträge nach § 140a mit nicht zugelassenen Leistungserbringer*innen abschließen können. Dadurch entsteht für Psychotherapeut*innen ohne Niederlassung die Möglichkeit, psychotherapeutische Versorgung für gesetzlich Versicherte im Rahmen von Selektivverträgen zu erbringen. Kritisch ist an dieser Neuregelung, dass damit die seit Jahrzehnten bestehenden strukturellen Mängel in der Bedarfsplanung, die vielerorts zu Versorgungsdefiziten in der ambulanten Psychotherapie führen, nicht über eine Reform der Bedarfsplanung korrigiert werden. Durch die Ermöglichung von Selektivverträgen werden die Defizite in der Bedarfsplanung für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen lediglich kaschiert. Aus Sicht der BPTK ist es jedoch eine kollektivvertragliche Aufgabe, Versicherten flächendeckend eine ausreichende psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung zu stellen. Um dies zu erreichen, ist eine Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie für die Arztgruppe der Psychotherapeut*innen alternativlos. Mit der letzten Bedarfsplanungsreform 2019 hat der G-BA rund 800 neue Psychotherapeutenplätze geschaffen. Damit liegt er jedoch weit unter dem, was die Gutachter*innen des wissenschaftlichen Gutachtens, das der G-BA selbst im Vorfeld der Reform in Auftrag gegeben hatte, gefordert haben. Laut des Gutachtens wären rund 2.400 neue Psychotherapeutenplätze notwendig gewesen, um die psychotherapeutische Versorgung zu verbessern. Besonders eklatant ist der Mangel an psychotherapeutischen Niederlassungsmöglichkeiten auf dem Land, wofür der G-BA eine deutlich geringere Psychotherapeutendichte vorsieht als für städtische Regionen, obwohl Menschen auf dem Land nicht deutlich seltener psychisch erkranken als Menschen, die in

Städten leben. Es bedarf daher im Grundsatz einer Reform der Bedarfsplanung mit mehr Psychotherapeutensitzen, insbesondere in ländlichen Regionen. Selektivverträge können dann situativ und örtlich begrenzt dazu beitragen, Versorgungsdefizite durch innovative Versorgungsformen abzubauen. Sie können aber kein Ersatz für eine kollektivvertragliche Sicherstellung einer ausreichenden ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sein.

Sollten Selektivverträge mit Psychotherapeut*innen, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung ermöglicht werden, müssen diese aus Sicht der BpTK folgende Kriterien erfüllen:

- Für Versicherte muss Transparenz darüber bestehen, welche Art der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des Selektivvertrags erfolgen soll und inwiefern sich diese von der psychotherapeutischen Regelversorgung unterscheidet. Dazu ist eine Transparenzverpflichtung der Krankenkassen erforderlich, die es jeder Versicherten* ermöglicht zu erkennen, welcher Innovation das Versorgungsangebot im Selektivvertrag dient und worauf sie im Vergleich zur Regelversorgung ggf. verzichtet.
- Ausgeschlossen werden muss, dass Versorgungsangebote aus Selektivverträgen hinter bestehenden Leistungsansprüchen in der Regelversorgung zurückbleiben. Dafür muss insbesondere sichergestellt werden, dass das Versorgungsangebot keine in der Psychotherapie-Richtlinie vorgesehenen Leistungsbestandteile ausschließt oder reduziert, beispielsweise durch eine Reduktion von Sitzungskontingenten oder eine Einschränkung von Behandlungsverfahren.
- Der Direktzugang zur psychotherapeutischen Versorgung darf nicht eingeschränkt werden. Sichergestellt werden muss, dass Versicherten mit psychischen Erkrankungen keine Hürden beim Zugang zur Psychotherapie aufgebürdet werden. Dazu gehört, dass kein regelhafter Wechsel zwischen Leistungserbringer*innen, die Erstgespräche zur Diagnostik und Indikationsstellung durchführen, und Leistungserbringer*innen, die die anschließende psychotherapeutische Versorgung übernehmen, vorgesehen wird. Berücksichtigt werden muss, dass es für Menschen mit psychischen Erkrankungen oftmals eine enorme, hoch schambesetzte seelische Belastung darstellen kann, mehrfach gegenüber verschiedenen Behandelnden ihre Beschwerden darzustellen.
- Sichergestellt werden muss ferner, dass die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung den bestehenden Standards in der Regelversorgung entspricht. Damit ist gleichzeitig zwingend verbunden, dass auch die Vergütung nicht hinter der wechselseitig zwischen Leistungserbringer*innen und Kostenträger*innen ausgehandelten Vergütung zurückbleiben kann.