

BPTK – Bundes Psychotherapeuten Kammer · Klosterstraße 64 · 10179 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Frau Dr. Sonja Optendrenk
Leiterin der Abteilung 2
Friedrichstraße 108
10117 Berlin

-per E-Mail-

1. November 2021

Beschluss des G-BA in Umsetzung des § 92 Absatz 6b SGB V vom 2. September 2021: KSVPsych-Richtlinie

Bitte um Beanstandung des Beschlusses zu § 4 Absatz 1 Satz 2 KSVPsych-Richtlinie: Anforderung eines vollen Versorgungsauftrags für Bezugärzt*innen und -psychotherapeut*innen

Sehr geehrte Frau Dr. Optendrenk,

der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 2. September 2021 den Auftrag des § 92 Absatz 6b SGB V aus dem Psychotherapeutenausbildungsreformgesetz umgesetzt.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) hält unter rechtlichen Gesichtspunkten die Regelung in § 4 Absatz 1 Satz 2 der beschlossenen Richtlinie für unzulässig, mit der Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen mit weniger als einem vollen Versorgungsauftrag von der Tätigkeit als Bezugspsychotherapeut*innen beziehungsweise -ärzt*innen ausgeschlossen werden. Diese Regelung war darüber hinaus in dem Beschlusssentwurf vom 15. Dezember 2020, der Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens war, nicht enthalten, sodass diesbezüglich auch das Stellungnahmerecht der betroffenen Heilberufskammern erheblich verletzt wurde.

§ 4 Absatz 1 Satz 2 der geplanten Richtlinie lautet:

*„Sie oder er [die Bezugärztin oder der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder der Bezugspsychotherapeut] muss **über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen** und in der Lage sein, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren.“* (§ 4 Absatz 1 Satz 2 Richtlinie, Hervorhebungen nicht im Original)

...

Die in der geplanten Richtlinie vorgesehene Beschränkung von Bezugspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen auf solche mit einem vollen Versorgungsauftrag dürfte mit der Zielsetzung der Implementierung von hälftigen und Dreiviertelversorgungsaufträgen unvereinbar und zudem auch nicht erforderlich sein.

Gesetzgeberischer Hintergrund

Durch Artikel 1 Nr. 5 VÄndG – in Kraft getreten zum 01.01.2007 – ermöglichte der Gesetzgeber durch Änderung des § 95 Absatz 3 SGB V erstmals die Zulassung für einen hälftigen Versorgungsauftrag, indem er Regelungen für das MVZ auf die Vertragsärzt*innen übertrug. Er formulierte:

*„Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt [...] im Umfang seines aus der Zulassung folgenden **zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags** berechtigt und verpflichtet wird.“* (§ 95 Absatz 3 SGB V v. 01.01.2007, aktuell in geänderter Fassung)

Ziel der Gesetzesänderung war insbesondere die **Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten** und damit auch die **bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie**. Daneben verfolgte der Gesetzgeber die bessere Bewältigung von Unterversorgungssituationen:

*„Zur **Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie)** sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen wird nunmehr die Möglichkeit vorgesehen, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit beschränken zu können. Der Arzt erhält in diesem Fall eine sog. „Teilzulassung“ mit beschränktem Versorgungsauftrag. Möglich ist dabei zum einen der Fall, dass ein Leistungserbringer von vornherein nur eine „Teilzulassung“ beantragt. Möglich ist zum anderen aber auch der Fall, dass ein Arzt den sich aus seiner Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag nachträglich auf die Hälfte reduzieren möchte.“* (BT-Drs. 16/2474, S. 21, abrufbar unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/16/024/1602474.pdf> , Hervorhebungen nicht im Original)

Der Gesetzgeber betont deutlich:

*„Mit der Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen leistet das Gesetz einen Beitrag dazu, die **Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern**. So erleichtert insbesondere die **weitere Flexibilisierung** der den Zugang zu einer vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit regelnden Vorschriften **die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten von Personen mit Erziehungs- und Pflegeaufgaben, insbesondere also von Ärztinnen, Zahnärztinnen und Psychotherapeutinnen in der vertragsärztlichen Versorgung**. Dies gilt im besonderen Maße für die Möglichkeit, den sich aus der Zulassung ergebenden Versorgungsauftrag künftig auf die Hälfte beschränken zu können.“* (ebd., S. 19)

Im Kern erfüllte der Gesetzgeber, indem er insbesondere weiblichen Berufsträger*innen den Zugang zur vertragsärztlichen Berufstätigkeit erleichtert, da sie regelmäßig mehr sog. *Care-Arbeit* übernehmen

als ihre männlichen Kollegen, seinen **auf Beseitigung bestehender Diskriminierungen gerichteten verfassungsrechtlichen Auftrag**, wie er in Artikel 3 Absatz 2 GG niedergelegt ist. Dort heißt es:

*„Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der **Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.**“ (Artikel 3 Absatz 2 GG)*

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) konkretisierte diesen Auftrag in folgender Weise:

*„Der **Satz ‚Männer und Frauen sind gleichberechtigt‘** will nicht nur Rechtsnormen beseitigen, die Vor- oder Nachteile an Geschlechtsmerkmale anknüpfen, sondern **für die Zukunft die Gleichberechtigung der Geschlechter [...]. Er zielt auf die Angleichung der Lebensverhältnisse.** So müssen Frauen die gleichen Erwerbchancen haben wie Männer [...]. **Überkommene Rollenverteilungen, die zu einer höheren Belastung oder sonstigen Nachteilen für Frauen führen, dürfen durch staatliche Maßnahmen nicht verfestigt werden [...]. Faktische Nachteile, die typischerweise Frauen treffen, dürfen wegen des Gleichberechtigungsgebots des Art. 3 Abs. 2 GG durch begünstigende Regelungen ausgeglichen werden.**“ (BVerfG, Urt. v. 28.01.1992, 1 BvR 1025/82, juris, Rn. 53)*

In Anerkennung des gesetzgeberischen Willens hat auch das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung die Erteilung geminderter Versorgungsaufträge anerkannt und auf Sonderbedarfszulassungen übertragen:

*„Es **besteht kein Rechtssatz, dass Sonderbedarfszulassungen nur als Vollzulassungen erteilt werden könnten.** Vielmehr kann, wie in § 19a Abs 2 Satz 1 Ärzte-ZV vorgesehen ist und der Senat auch bereits ausgeführt hat, der Bewerber seinen **Zulassungsantrag auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken.**“ (BSG, Urt. v. 08.12.2010 – B 6 KA 36/09 R, juris, Rn. 24, Hervorhebungen nicht im Original)*

Auch die Voraussetzung, dass der besondere Versorgungsbedarf für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreichen müsse, hat das BSG dahingehend angepasst, dass bei einer Tätigkeit im Umfang eines hälftigen Versorgungsauftrags die wirtschaftliche Tragfähigkeit entsprechend ebenso in lediglich eingeschränktem Umfang gegeben sein muss:

*„Aus diesen Neuregelungen ergibt sich allerdings, dass eine **wirtschaftliche Tragfähigkeit nicht mehr stets im Sinne eines voll zeitlichen Tätigkeitsumfangs zu fordern** ist. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass der **Gesetzgeber die Möglichkeit einer Tätigkeit im Umfang eines nur hälftigen Versorgungsauftrags geschaffen hat.** [...] Bei Anwendung auf Sonderbedarfszulassungen bedeutet dies, dass Bewerber um Sonderbedarfszulassungen ihren Antrag **umfangsmäßig auf einen hälftigen Versorgungsauftrag beschränken können, wodurch dann eine wirtschaftliche Tragfähigkeit nur in derart eingeschränktem Umfang gegeben sein muss.**“ (BSG, Urt. v. 02.09.2009, B 6 KA 34/08 R, juris, Rn. 22, Hervorhebungen nicht im Original)*

Mit Wirkung zum 11.05.2019 (Artikel 17 Absatz 1 TSVG) wurde die vertragsärztliche Flexibilisierung noch weiter vorangetrieben und in § 95 Absatz 3 Satz 1 SGB V die Wörter „zeitlich vollen oder hälftigen“ **aufgrund der Einführung von Dreiviertelversorgungsaufträgen** in § 19a Absatz 2 Satz 1 Zulassungsverordnung-Ärzte (Ärzte-ZV) gestrichen. Diese Norm lautet:

*„Der Arzt ist **berechtigt**, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte oder drei Viertel des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 Satz 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Absatz 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.“* (§ 19a Absatz 2 Satz 1 Ärzte-ZV)

Folgen der Beschränkung auf Bezugsärzt*innen und -psychotherapeut*innen mit vollem Versorgungsauftrag

Offenkundig würde mit der Beschränkung, nur Versorger*innen mit vollem Versorgungsauftrag als Bezugspsychotherapeut*in oder Bezugsärzt*in zuzulassen, der gesetzgeberische Wille missachtet und Menschen, die Sorgearbeit übernehmen, also aktuell insbesondere Frauen, in der vertragsärztlichen Versorgung benachteiligt. Der verfassungsrechtliche Auftrag, die Angleichung der Lebensverhältnisse zu erreichen, würde, indem gerade Personen mit Erziehungs- und Pflegeaufgaben – zumeist Ärztinnen und Psychotherapeutinnen – die berufliche Betätigungsmöglichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung erleichtert wird, gerade außer Kraft gesetzt.

Zudem dürfte das Anliegen des G-BA, die erforderliche Flexibilität der Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Behandlung diskontinuierlicher Krankheitsverläufe oder möglicher Krisenzustände sicherzustellen (vgl. die Tragenden Gründe des G-BA, S. 20), zwar legitim sein. Dazu aber die in Rede stehende Regelung zu treffen, erscheint weder geeignet noch erforderlich zur Erreichung dieses Ziels.

Im Kern hebt der G-BA zur Rechtfertigung des Erfordernisses eines vollen Versorgungsauftrags auf die vermeintlich bessere Erreichbarkeit von Versorger*innen ab, die eine solche „Vollzulassung“ innehaben.

Der G-BA führt aus, „aufgrund des inhaltlichen und zeitlichen sowie fachlichen Umfangs der Versorgung“ sei ein voller Versorgungsauftrag erforderlich (ebd., S. 20).

*„Insbesondere um eine **Behandlungskontinuität und gute Erreichbarkeit** auch in möglichen Krisensituationen zu sichern, soll ferner durch die Regelung erreicht werden, dass eine Patientin oder ein Patient sich nicht ersatzweise an eine andere Fachärztin oder an einen anderen Facharzt oder eine andere Psychotherapeutin oder einen anderen Psychotherapeuten wenden muss, die bzw. der ihr oder ihm nicht wie die Bezugsärztin bzw. der Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin bzw. Bezugspsychotherapeut vertraut ist.“* (ebd., Hervorhebungen nicht im Original)

Es sei „eine zentrale Anforderung an die Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer“, eine „**gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen sowie die Ermöglichung zeitnaher Termine** für Eingangssprechstunden und differenzialdiagnostische Abklärung“ zu gewährleisten (vgl. ebd.).

Weiterhin sei es

„zwingend erforderlich, dass die **nichtärztliche koordinierende Person in enger Abstimmung** mit der Bezugärztin oder dem Bezugsarzt bzw. der Bezugspsychotherapeutin oder dem Bezugspsychotherapeut **steht**, insbesondere um die Umsetzung des Gesamtbehandlungsplans sicherzustellen.“ (ebd.)

Ein voller Versorgungsauftrag ist aber nicht gleichbedeutend mit einer guten Erreichbarkeit außerhalb von Therapiesitzungen. Denn Psychotherapeut*innen und psychotherapeutisch tätige Ärzt*innen sind während der Therapiesitzungen ohnehin nicht erreichbar. Vor allem aber haben auch Therapeut*innen mit hälftigem Versorgungsauftrag eine gute Erreichbarkeit für Patient*innen sicherzustellen.

So haben die Vertragspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags sicherzustellen, dass sie ihren „*Patienten in Notfällen auch außerhalb der Sprechzeiten zeitnah zur Verfügung stehen*“ können (Urt. LSG Berlin-Brandenburg v. 09.12.2020, L 24 KA 6/18, juris, Rn. 19). Denn:

„*Die eigenständige Versorgung von Patienten – auch in Notfällen – ist zentraler Bestandteil der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit.*“ (BSG, Beschl. v. 16.02. 2021, B 6 KA 19/20 B, juris, Rn. 11)

Selbst aber, wenn man vom Umfang des Versorgungsauftrags auf die Erreichbarkeit der Versorger*innen schließen könnte, erweist sich eine Regelung, die diejenigen mit geringerem Versorgungsauftrag ausschließt, als nicht erforderlich.

Es stehen andere, weniger einschneidende Mittel bereit, die Erreichbarkeit von Bezugspsychotherapeut*innen und -ärzt*innen zu gewährleisten. Als milderer Mittel lässt sich an eine infrastrukturelle Vorgabe zu Zeiten der Erreichbarkeit oder die Einrichtung von Notfalltelefonen denken. Diese Optionen hätten (wenn überhaupt) weniger diskriminierende Effekte zur Folge und sind daher einem rigorosen Ausschluss von Leistungserbringer*innen mit hälftigem oder Dreiviertelversorgungsauftrag vorzuziehen.

Verletzung des Stellungnahmerechts

Darüber hinaus wurden in diesem Punkt auch die formellen Anforderungen für das Zustandekommen des Beschlusses mangels rechtsgemäßen Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Absatz 5 SGB V nicht eingehalten, sodass der Beschluss bereits aus formellen Gründen rechtswidrig ist.

Der G-BA hat der BPTK keine Gelegenheit zur Stellungnahme bezüglich dieser wesentlichen Beschlussinhalte vom 2. September 2021 gegeben. Zwar erfolgte ein Stellungnahmeverfahren mit Aufforderung vom 15. Dezember 2020 und mit Fristsetzung zum 26. Januar 2021, im Rahmen dessen auch ein Richtlinienentwurf übermittelt worden ist.

- **Übermittelter Richtlinienentwurf vom 15. Dezember 2021 als Anlage 1**

Die BPTK hat hierzu auch fristgemäß Stellung genommen.

- **Stellungnahme BPTK als Anlage 2**

Allerdings weicht der Beschluss vom 2. September 2021 hinsichtlich der Anforderungen an die Leistungserbringer*innen, die die Rolle als Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in übernehmen können, elementar von den Inhalten ab, die Gegenstand des Stellungnahmeverfahrens waren. Eine entsprechende Regelung, wie sie nun in § 4 Absatz 1 Satz 2 beschlossen wurde, war im Beschlussentwurf vom 15. Dezember 2020 nicht enthalten, weder als Vorschlag vonseiten des GKV-Spitzenverbandes, noch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder der Patientenvertretung. Insgesamt finden sich in dem Beschlussentwurf keine Regelungsvorschläge, die auf eine Sicherstellung der Verfügbarkeit der Bezugsärzt*innen bzw. Bezugspsychotherapeut*innen für eine gute Erreichbarkeit insbesondere in Krisensituationen oder die Ermöglichung zeitnaher Termine (für die Eingangssprechstunde oder die differenzialdiagnostische Abklärung) abzielen. Die entsprechenden Regelungen zur Bezugsärzt*in bzw. Bezugspsychotherapeut*in in § 5 des Beschlussentwurfs vom 15. Dezember 2021 thematisieren diese oder ähnliche Strukturanforderungen an die Übernahme der Rolle der Bezugspsychotherapeut*in bzw. Bezugsärzt*in an keiner Stelle.

Diese Verletzung des Stellungnahmerechts ist auch insoweit von besonderer Bedeutung, als dass die Regelung in § 4 Absatz 1 Satz 2 zu einem Ausschluss von über der Hälfte der Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen der in § 4 Absatz 1 genannten Fachgruppen führt, die aufgrund ihrer fachlichen Qualifikation die Aufgaben einer Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in übernehmen könnten. Nach den Daten der KBV aus dem Bundesarztregister verfügten Ende 2020 lediglich 41,1 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeut*innen über einen vollen Versorgungsauftrag. Bei den ärztlichen Psychotherapeut*innen, einschließlich der Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, belief sich der Anteil auf 49,3 Prozent, während sich der Anteil für die Arztgruppe der Nervenärzt*innen (einschließlich der Fachärzt*innen für Neurologie) auf 67,5 Prozent belief. Diese Unterschiede zwischen den Fachgruppen sind auch vor dem Hintergrund des jeweiligen Anteils der weiblichen Leistungserbringer*innen zu betrachten. Bei den Psychologischen Psychotherapeut*innen lag der Frauenanteil Ende 2020 bei 75,8 Prozent, bei den ärztlichen Psychotherapeut*innen bei 66 Prozent und bei den Nervenärzt*innen bei 42,8 Prozent. Dabei ist der Frauenanteil in den letzten zehn Jahren in allen Fachgruppen kontinuierlich gewachsen.

Auch wenn sich die Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die nicht über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen, dennoch an der Versorgung nach dieser Richtlinie beteiligen und Mitglied in einem Netzwerk werden können, wird durch die vorgesehene Beschränkung der Aufbau dieses neuen multiprofessionellen Versorgungsangebots akut gefährdet. Darüber hinaus ergibt sich eine massive Einschränkung der Wahlfreiheit von Patient*innen, welche Fachärzt*in oder Psychotherapeut*in für sie als zentrale Ansprechpartner*in fungieren, den Gesamtbehandlungsplan erstellen und fortschreiben sowie für dessen Umsetzung verantwortlich sein soll. Bestehende Vertrauensbeziehungen zu vorbehandelnden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen aus den Netzwerken blieben so ungenutzt und die angestrebte Behandlungskontinuität könnte nicht gewährleistet werden.

Diagnostik im Rahmen der strukturierten Versorgung

In § 8 Absatz 1 der Richtlinie wird ein zweistufiger diagnostischer Prozess geregelt, der im ersten Schritt eine Prüfung der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Versorgung gemäß § 2 der Richtlinie in der Eingangssprechstunde und im zweiten Schritt eine differenzialdiagnostische Abklärung, auf deren Grundlage ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt werden soll. Die Durchführung der Leistung der differenzialdiagnostischen Abklärung nach dieser Richtlinie umfasst die ggf. interdisziplinär abzustimmende psychische, somatische und soziale Diagnostik und Indikationsstellung und ist den Fachärzt*innen der Fachgruppen „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „Nervenheilkunde“ vorbehalten:

*„Das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 wird in der Eingangssprechstunde geprüft, dies erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 oder 2. Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer gemäß § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 überprüfen das Vorliegen der Kriterien gemäß § 2 in der Psychotherapeutischen Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie, sofern die Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie für sie Anwendung findet. Die differenzialdiagnostische Abklärung ist eine psychische, somatische und soziale, soweit erforderlich interdisziplinär abzustimmende Diagnostik und Indikationsstellung, **auf deren Grundlage zumindest ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird**. Die differenzialdiagnostische Abklärung erfolgt durch eine Leistungserbringerin oder einen Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1.“ (§ 8 Absatz 1 Satz 1 bis 4 KSVPsych-RL, Hervorhebungen nicht im Original)*

Für die Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeut*innen wird dabei festgelegt, dass sie die Prüfung der Kriterien gemäß § 2 KSVPsych-RL in der Psychotherapeutischen Sprechstunde vornehmen. Der Leistungsinhalt der Psychotherapeutischen Sprechstunde umfasst dabei bereits eine differenzialdiagnostische Abklärung der vorliegenden psychischen Erkrankungen und geht über die Prüfung der Kriterien nach § 2 KSVPsych-RL deutlich hinaus. Die Ergebnisse der Psychotherapeutischen Sprechstunde sind insoweit eine wesentliche Grundlage für die weitere Behandlungsplanung, die bei der Erstellung des vorläufigen Gesamtbehandlungsplans zu berücksichtigen ist. Die Erstellung und Fortschreibung des Gesamtbehandlungsplans liegt dabei nach den Regelungen in § 4 Absatz 1 ausdrücklich in der Verantwortung der jeweiligen Bezugsärzt*in oder Bezugspsychotherapeut*in.

In dem Fall, dass eine Psychologische oder ärztliche Psychotherapeut*in die Aufgabe als Bezugspsychotherapeut*in bzw. -ärzt*in übernimmt, ist sie verpflichtet, eine Gesamtbehandlungsplanung nicht allein auf der Grundlage von Fremdbefunden aus der differenzialdiagnostischen Abklärung zu erstellen. Sie ist vielmehr berufsrechtlich verpflichtet, für die Erstellung des vorläufigen Gesamtbehandlungsplans diese Fremdbefunde, soweit sie in ihren Kompetenzbereich fallen, zu überprüfen, zusätzlich die eigenen diagnostischen Befunde zu berücksichtigen und ggf. eine interdisziplinäre Abstimmung zur Diagnostik und Indikationsstellung herbeizuführen. Aufgrund der begrenzten Grundlagen der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden diagnostischen Informationen und u. a. der Bedeutung des weiteren Krankheitsverlaufs für die Behandlungsplanung kann es sich hierbei stets nur um die Erstellung eines vorläufigen Gesamtbehandlungsplans handeln. Ein Zusatz, dass **zumindest** ein vorläufiger Gesamtbehandlungsplan erstellt wird – also ggf. auch ein endgültiger Gesamtbehandlungsplan erstellt werden

könnte –, ist insoweit mit den berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten von Psychotherapeut*innen und Ärzt*innen nicht vereinbar.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hält es daher aus rechtlichen Gründen für erforderlich, dass eine Genehmigung des Richtlinienbeschlusses durch das Bundesministerium für Gesundheit zusätzlich mit der Auflage verbunden wird, das Wort „zumindest“ in § 8 Absatz 1 Satz 3 zu streichen und die Leistungen der Eingangssprechstunde bzw. der Psychotherapeutischen Sprechstunde in diesem Absatz als weitere Grundlage für die Erstellung des vorläufigen Gesamtbehandlungsplans aufzuführen.

Zugleich möchten wir neben den Hinweisen zu den erforderlichen Korrekturen des Richtlinienbeschlusses auch betonen, dass nach unserer Auffassung die beschlossene Richtlinie insgesamt geeignet ist, eine deutliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu bewirken. Gerade schwer erkrankte Patient*innen, die nicht in der Lage sind, sich eigenständig die erforderlichen Behandlungen zu beschaffen und einen komplexen Behandlungsbedarf aufweisen, können hierdurch künftig einen schnelleren und niederschweligen Zugang zu einer abgestimmten multiprofessionellen Versorgung erhalten. Umso bedeutsamer ist es aus unserer Sicht, dass die Rahmenbedingungen für dieses neue Versorgungsangebot in den Regelungen der KSVPsych-Richtlinie so ausgestaltet werden, dass sie möglichst flächendeckend eine Entstehung von regionalen Netzverbänden ermöglichen und die Netzverbände in die Lage versetzt werden, auch ausreichend Behandlungskapazitäten für diese besonders vulnerable Patientengruppe vorzuhalten.

Aus den genannten Gründen möchten wir Sie bitten, den Beschluss des G-BA hinsichtlich seiner Regelung in § 4 Absatz 1 Satz 2 zum vollen Versorgungsauftrag als Voraussetzung für die Übernahme der Aufgaben als Bezugsärzt*in bzw. -psychotherapeut*in zu beanstanden und hinsichtlich seiner Regelung in § 8 Absatz 1 Satz 3 zu den Grundlagen des vorläufigen Gesamtbehandlungsplans mit einer entsprechenden Auflage zu versehen. Für weitere fachliche Erläuterungen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dietrich Munz', is written over a light blue horizontal line.

Dr. Dietrich Munz

Anlagen