

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Minister MdB
Jens Spahn

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE

Dr. med. Bettina van Ackern
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
Ärztliche Psychotherapeutin

STELLV. VORSITZENDE

Ariadne Sartorius, Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin

18.10.2021

Stellungnahme des bvvp zur „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“.

Dr. med. Michael Brandt
Tilo Silwedel
Mathias Heinicke
Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel

Sehr geehrter Herr Bundesminister Spahn,

Ulrike Böker
Rainer Cebulla
Martin Klett
Dr. med. Reinhard Martens
Dr. med. Lisa Störmann-Gaede

Der Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten, bvvp e.V., begrüßt, dass mit der „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ ein Versorgungskonzept entwickelt wurde, das die besonderen Bedarfe dieser Patient*innengruppe berücksichtigt und ihnen einen besseren Zugang zur Versorgung ermöglichen soll.

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon 030 88725954
Telefax 030 88725953
bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

Es ist sachgerecht, dass Angehörige aller an der Richtlinie beteiligten Berufsgruppen von psychotherapeutisch Behandelnden die Rolle von Bezugsbehandelnden übernehmen und somit auch den Behandlungsplan erstellen können.

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Der bvvp befürchtet allerdings, dass sich die Richtlinie nur schwer flächendeckend wird umsetzen lassen. Als grundlegendes Problem betrachtet der Verband, dass es vielerorts einen eklatanten Psychiater*innenmangel und einen Mangel an Psychosomatiker*innen gibt und auch Sozio- und Ergotherapie*innen nicht allorts zu finden sind. Bereits diese Hürden erschweren die Umsetzung erheblich, umso mehr müssen die weiteren, in der Richtlinie formulierten Hemmnisse entschieden verhindert werden!

Gläubiger-ID

Diese werden im Folgenden dargestellt.

1. § 3 Teilnahmeberechtigte Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, hier Absatz 2

Laut Richtlinie müssen für die Versorgung nach dieser Richtlinie im Netzverbund mindestens insgesamt 10 der Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen zur Verfügung stehen, von diesen mindestens vier Fachärzt*innen gemäß Satz 2 Nummer 1 und vier Psychotherapeut*innen gemäß Satz 2 Nummer 2. Es ist sachgerecht und sinnvoll, dass die Netze eine angemessene Mindestgröße vorweisen müssen, um von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt zu werden. Damit steht den Patient*innen eine Auswahl an Behandelnden zur Verfügung, die verlässliche Erreichbarkeit sowie schnelle Erstgespräche können damit gewährleistet werden und die Netze können sich über größere Bereiche ausdehnen und strukturell schwächere Teilgebiete mit stärkeren ausgleichen. Trotzdem wird es v.a. in ländlichen Gebieten schwer bis unmöglich sein, diese obligate Mindestgröße und -zusammensetzung zu erfüllen. Deshalb muss es zwingend möglich sein, aufgrund regionaler Gegebenheiten von diesen Vorgaben abweichen zu können.

2. § 4 Bezugärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut, hier Absatz 1

Die Richtlinie schreibt vor, dass Bezugstherapeut*innen zwingend über einen vollen Versorgungsauftrag verfügen müssen. Damit wäre der überwiegende Teil der Psychotherapeut*innen von dieser wichtigen Funktion ausgeschlossen. Dies hätte zur Folge, dass auch deren Patient*innen nicht die Wahl haben, die Behandlungsführung jenen zu überantworten, denen sie das größte Vertrauen entgegenbringen und zu denen die engste Bindung besteht. Der bvvp hält diesen Ausschluss sowohl für Patient*innen als auch für die Versorgung für unzumutbar.

Volle und halbe Versorgungsaufträge unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Diagnosen ihrer Patient*innen, und die Organisation der Praxis hängt nicht vom Umfang des Versorgungsauftrags ab. So haben sich viele Psychotherapeut*innen unabhängig vom Umfang ihres Versorgungsauftrags zu Praxisgemeinschaften zusammengeschlossen, mit gemeinsamem Personal. Eine solche Kooperation kann eine zuverlässige Erreichbarkeit besser gewährleisten als eine Einzelpraxis mit vollem Sitz. Die Vorgaben der Erreichbarkeit sind in der Richtlinie klar formuliert, sodass es den Praxen überantwortet werden muss, ob sie dies gewährleisten können, unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrags.

3. § 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten, hier Absatz 2, und § 10 Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund

Die Richtlinie schreibt vor, dass die Aufgaben der Koordination zwingend delegiert werden müssen an eine der folgenden Berufsgruppen:

1. Soziotherapeutische Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die einen Vertrag zur Erbringung von Soziotherapie nach § 132b SGB V abgeschlossen haben,
2. Zugelassene Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten nach § 124 SGB V,
3. Leistungserbringer, die einen Vertrag für die Erbringung von psychiatrischer häuslicher Krankenpflege gemäß § 132a SGB V abgeschlossen haben,
4. Medizinische Fachangestellte,
5. Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter,
6. Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen,
7. Pflegefachpersonen,
8. Psychologinnen und Psychologen.

Zunächst möchten wir darauf hinweisen, dass die genannten Berufsgruppen 1-3 nicht beschäftigt werden können, weil sie zugelassene Leistungserbringer*innen mit eigener Praxis/eigenem Unternehmen sein müssen. Sie rechnen direkt mit den Krankenkassen ab und werden sich sicherlich nicht wegen der neuen Richtlinie in ein zusätzliches Anstellungsverhältnis begeben. Wir sehen hier eine Präzisierung für dringend geboten. Es muss möglich sein, dass auch nicht zugelassene Leistungserbringer*innen der Berufsgruppen 1 bis 3 für die Koordinierungsaufgaben angestellt werden können, nicht zuletzt, um die Vergütung der Koordinator*innen eindeutig regeln zu können. Außerdem halten wir es für zwingend erforderlich, dass es den Netzen selbst ermöglicht wird, Koordinator*innen anzustellen, die dann für alle im Netzverbund eingeschriebenen Behandelnden tätig werden können.

Die in § 10 beschriebenen Aufgaben der Koordination umfassen sowohl rein organisatorische Aufgaben, wie das Vereinbaren von Terminen, als auch fachlich anspruchsvolle Aufgaben, wie das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld. Zweiteres sind originär ärztliche/psychotherapeutische Aufgaben. Es ist deshalb nicht nachvollziehbar, dass diese nicht von den Bezugstherapeut*innen selbst durchgeführt werden dürfen, sondern dafür zwingend Fachpersonal zu beschäftigen ist, das vielerorts nicht zur Verfügung steht. Rein bürokratische Aufgaben hingegen können und sollten selbstverständlich von Praxispersonal durchgeführt werden.

4. § 8 Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung, hier Absatz 1

Die Richtlinie gibt vor, dass nach einer ersten Prüfung des Vorliegens der Kriterien gemäß § 2 in der Eingangssprechstunde die differentialdiagnostische Abklärung, die für die Einschreibung notwendig ist, zwingend von P-Facharzt*innen durchgeführt werden muss. Damit wird ein Nadelöhr geschaffen, das den Zugang zur Richtlinie erschwert. Diese Verengung ist fachlich nicht nachvollziehbar, denn auch die Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeut*innen sind bestens dazu ausgebildet, differenziert zu diagnostizieren und zu

indizieren. Die in der Richtlinie beschriebene notwendige somatische Diagnostik steht bei den ärztlichen Psychotherapeut*innen selbstverständlich zur Verfügung. Psychologische Psychotherapeut*innen sind hingegen schon jetzt verpflichtet, vor jeder Behandlung einen Konsiliarbericht einzuholen, dies z.B. auch beim Hausarzt. Außerdem gilt nach der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer, dass vor Beginn einer Behandlung eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen erfolgen muss. Hierbei werden bereits psychische, psychiatrische, psychosomatische und somatische Vorbefunde sowie Angaben und Berichte aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen eingeholt, eine umfangreiche differentialdiagnostische Abklärung ermöglichen. Die Indikationshoheit der Psychotherapeut*innen für die Teilnahme der vorstelligen Patient*innen darf somit nicht in Frage gestellt werden.

Eine Untersuchung bei einem P-Facharzt, einer P-Fachärztin kann bei einem Teil der Patient*innen sehr hilfreich und geboten sein, insbesondere dann, wenn sie nicht schon in psychiatrischer Behandlung waren. Diese Möglichkeit sollte aber unkompliziert im Rahmen des Netzes erfolgen, sodass Zeitpunkt und Intensität der Einbeziehung von den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen gemeinsam festgelegt werden kann. Außerdem müssen alle beteiligten Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen bei komplizierteren somatischen Fragestellungen sowieso an die entsprechenden Fachärzt*innen verweisen.

Der bvvp fordert das Bundesministerium für Gesundheit dringend dazu auf, in diesen Punkten eine Nachbesserung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erwirken, um die breite Teilnahme an der Richtlinie zu ermöglichen im Sinne der Versorgung der betreffenden Patient*innengruppe.