

BVVP • WÜRTTEMBERGISCHE STRASSE 31 • 10707 BERLIN

**Stellungnahme des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten (bvvp) zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune
(Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)**

25.04.2024

Die psychotherapeutische Versorgung der gesetzlich Versicherten in Deutschland ist einmalig. Es stehen vielerorts ausreichend Psychotherapieplätze mit zumutbaren Wartezeiten zur Verfügung (Studien [EsRIP](#) und [KV Bayern](#)). Patient*innen können in den verschiedenen Verfahren hoch individuell im benötigten Umfang behandelt werden. Bei dringendem Bedarf steht die Akutbehandlung, gegebenenfalls auch vermittelt über die Terminservicestelle, zur Verfügung. Mit den Psychotherapeutischen Sprechstunden ist bei der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eine Leistung ins System gekommen, die flächendeckend angeboten wird und eine zeitnahe Erstabklärung mit Indikationsstellung durch hoch qualifizierte Expert*innen ermöglicht. Damit wurde den Psychotherapeut*innen das bestmögliche Steuerungsinstrument in die Hand gegeben. Weitere Steuerungsinstrumente sind weder notwendig noch fachlich angemessen, zudem sind sie nicht in sinnvoller Weise ressourcenschonend zu installieren.

Trotz allem gibt es Verbesserungsmöglichkeiten, die in den Blick genommen werden sollten.

Die Parteien hatten in ihrem Koalitionsvertrag der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einen eigenen Textabschnitt gewidmet. Darin heißt es:

„Wir starten eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Wir reformieren die psychotherapeutische Bedarfsplanung, um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz, insbesondere für Kinder und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die ambulante psychotherapeutische Versorgung insbesondere für Patienten mit schweren

VORSTAND

VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr,
Psychologischer Psychotherapeut

STELLV. VORSITZENDE

Dr. med. Gerhild Rausch-Riedel,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

STELLV. VORSITZENDER

Dipl.-Psych. Mag. rer. nat.
Mathias Heinicke,
Psychologischer Psychotherapeut

Dipl.-Psych. Ulrike Böker
Ariadne Sartorius
Dr. med. Bettina van Ackern

Dr. med. Michael Brandt
Dipl.-Psych. Rainer Cebulla

Dipl.-Psych. Eva-Maria Schweitzer-Köhn

KONTAKT

bvvp Bundesgeschäftsstelle
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

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

BANKVERBINDUNG

Berliner Volksbank eG
IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB

Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

und komplexen Erkrankungen und stellen den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicher. Die Kapazitäten bauen wir bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert aus. Im stationären Bereich sorgen wir für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung. Die psychiatrische Notfall- und Krisenversorgung bauen wir flächendeckend aus.“

Auf diese Passage wollen wir uns unter anderem bei unserer Stellungnahme beziehen.

Bedarfsplanung

Der bvvp begrüßt ausdrücklich, dass im § 101 nun folgende Ergänzung um einen Absatz 4a geplant ist:

„Psychotherapeutisch tätige Ärzte und Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch betreuen, bilden ab dem [einsetzen: Datum des ersten Tages des zwölften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] eine Arztgruppe im Sinne des Absatzes 2. Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe erstmals zum Stand vom 31. Dezember 2023 zu ermitteln. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die neuen Verhältniszahlen bis zum [einsetzen: Datum des ersten Tages des sechsten auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu beschließen. In den Richtlinien nach Absatz 1 kann der Gemeinsame Bundesausschuss Mindestversorgungsanteile für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sowie innerhalb dieser weitere nach Fachgebieten differenzierte Mindestversorgungsanteile aus Versorgungsgründen vorsehen. Der Landesausschuss hat die Feststellungen nach § 103 Absatz 1 Satz 1 erstmals zum Stand vom [einsetzen: Datum des letzten Tages des elften auf die Verkündung folgenden Kalendermonats] zu treffen.“

Die gesonderte Beplanung von psychotherapeutisch tätigen Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, ist sachgerecht. Eine Quote für ärztliche Psychotherapeut*innen sollte analog der Regelung für die Erwachsenenpsychotherapie verpflichtend eingerichtet werden. Es ist unstrittig, dass bei einem Teil psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher die spezifischen ärztlichen Kompetenzen psychotherapeutisch tätiger Ärzt*innen zwingend notwendig sind.

Mit der eigenen Beplanung können die besonderen Versorgungsbedürfnisse dieser Altersgruppen berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Tatsache, dass der Bedarf seit der COVID-19-Pandemie gestiegen ist und auch für lange Zeit hoch bleiben wird, als auch der Umstand, dass angenommene Mitversorgungseffekte nur begrenzt zum Tragen kommen. Vor allem Kindern, aber auch Jugendlichen ist es in aller Regel nicht möglich, Praxen weit entfernt von ihrem Wohnort aufzusuchen. Die Versorgung für diese Patient*innengruppe muss daher wohnortnäher gestaltet werden.

Allerdings muss darauf geachtet werden, dass bei der detaillierten Ausgestaltung dann keinesfalls ein Abbau von Sitzen oder Versorgungskapazitäten in den Ballungszentren stattfindet. Bei Jugendlichen, die sich ab dem Alter von 15 Jahren bereits in Ausbildung in solchen Zentren befinden können, sind moderate Mitversorgungseffekte anzunehmen, sodass eine

ebenfalls moderate Spreizung der Verhältniszahlen sachgerecht wäre. In den Ballungszentren dürfen diese also nicht abgesenkt werden. In den vermeintlich (stark) mitversorgten Planungsbereichen muss die Verhältniszahl deutlich abgesenkt und vereinheitlicht werden, sodass weitere Behandlungskapazitäten entstehen. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass es Psychotherapeut*innen aus dem Erwachsenenbereich, die über eine Zusatzqualifikation für den Kinder- und Jugendlichenbereich verfügen und diese Patient*innengruppe behandeln, weiterhin möglich ist, diese Leistungen zu erbringen. Und schließlich sollte man Konzepte für aufsuchende Behandlungen erarbeiten. Diese könnten zum Beispiel an Schulen ermöglicht werden. Damit würde die bislang festgeschriebene Ortsbindung flexibilisiert. Weiterhin ist es notwendig, in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein zeitlich befristetes, stationsersetzendes, intensiveres Behandlungsangebot zu machen, da eine stationäre Versorgung für manche Patient*innengruppen nicht in Frage kommt bzw. hier häufig noch längere Wartezeiten als im ambulanten Bereich bestehen.

Es ist klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und nachfolgend die Landesauschüsse mit Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten für die Ausgestaltung dieser Detailregelungen zuständig sind. Aber das Gesundheitsministerium als Rechtsaufsicht hat die Möglichkeit der Kontrolle, ob die gesetzlich intendierten Ziele tatsächlich wirksam umgesetzt werden.

Im Referentenentwurf fehlt allerdings die im Koalitionsvertrag festgelegte Überarbeitung der psychotherapeutischen Bedarfsplanung, um Wartezeiten auch für erwachsenen Patient*innen in ländlichen und strukturschwachen Gebieten zu reduzieren. Dies ist auch für das Ruhrgebiet erforderlich. Auch hier muss der Gemeinsame Bundesausschuss mit einer Prüfung und moderaten Nachbesserung beauftragt werden, denn auch hier werden Mitversorgungseffekte vielerorts überschätzt. So sind zum Beispiel nicht alle behandlungsbedürftigen Erwachsenen berufstätig und/oder mobil.

Entstigmatisierung

Die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen ist ein wichtiges Anliegen. Hier befinden wir uns erfreulicherweise in einem stetigen Prozess der Annäherung an dieses Ziel, wenn dieser auch nicht durch die Bundesregierung initiiert oder fortgeführt wurde. Allen Beteiligten muss jedoch bewusst sein, dass eine weitere Entstigmatisierung auch zusätzlichen Behandlungsbedarf verursacht: Die Betroffenen sind damit eher bereit, sich mit ihren Erkrankungen zu beschäftigen und eine Psychotherapie in Anspruch zu nehmen, was nicht bedeutet, dass jede Befindlichkeitsstörung psychotherapeutisch behandelt werden muss. Aber die Prävalenz psychischer Störungen ist bekanntermaßen hoch: Sie liegt bei geschätzten 20 Millionen pro Jahr (z.B. [Jacobi](#)).

Entstigmatisierung beginnt mit Aufklärung und Prävention. Hierzu fehlen bundesweite, flächendeckende Angebote. Vorhanden sind in der Regel nur vereinzelte Projekte, deren Finanzierungen nicht langfristig gesichert sind und deren Fortbestehen – und vor allem langfristige Etablierung – damit in Frage stehen.

Versorgung von Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen

Die „Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf“ ([KSVPsych-RL](#)) für Erwachsene kommt nicht flächendeckend in die Versorgung. Nicht umsonst wurde sie deshalb als Erstfassung benannt. Eine erste Evaluation hat, wie vermutet, gezeigt, dass die strukturellen Anforderungen zu hoch, die Haftungsfragen ungeklärt, die Verfügbarkeit von Kooperationspartner*innen vielerorts problematisch und die Finanzierung des hohen zusätzlichen Organisations- und Zeitaufwands vollkommen unzureichend ist, um nur einige Punkte zu nennen. Hier muss also dringend auf verschiedenen Ebenen nachgebessert werden. Selbst wenn zusätzliche Behandlungskapazitäten zur Verfügung stünden, würde das nichts an den grundsätzlichen Mängeln der Erstfassung ändern. Dies nur als Anmerkung, denn selbstverständlich sind für die erforderlichen Änderungen die Gremien der Selbstverwaltung zuständig.

Entbudgetierung

Die geplante Ausbudgetierung der Hausarzt*innen ist ein wichtiger erster Schritt der Neuordnung der Honorierung. Als zweiter Schritt muss aber zwingend die Entbudgetierung der Facharzt*innen und der Psychotherapeut*innen folgen, was der bvvp deutlich fordert. Auch wenn die meisten Leistungen der Psychotherapie bereits extrabudgetär vergütet werden, fehlt bislang eine gesetzliche und damit dauerhafte und verlässliche extrabudgetäre Verortung.

Von besonderer Bedeutung sind hierbei die 10-minütigen Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23. Der Gesetzgeber hat immer wieder ein besonderes Interesse an der Versorgung von Menschen mit schweren und chronifizierten psychischen Erkrankungen formuliert. Doch dafür stehen keine anderen Ziffern als diese Gesprächsziffern zur Verfügung. Gleiches gilt für niederschwellige Kriseninterventionen, für die auch die Gesprächsziffern verwendet werden müssen. Sie werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) deutlich schlechter bewertet als die genehmigungspflichtige Psychotherapie. Wenn dann noch eine zum Teil erhebliche Quotierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt, dann ist keine wirtschaftliche Leistungserbringung mehr möglich. Durch eine gesetzlich festgelegte extrabudgetäre Vergütung wäre dieses Problem akzeptabel gelöst. Erfreulich wäre außerdem, wenn der Gesetzgeber eine Erhöhung der Obergrenze bei der Ansetzung der Ziffern von derzeit maximal 15-mal pro Behandlungsfall auf maximal 30-mal anregen würde, die dann im EBM umgesetzt werden müsste. Damit könnten Krisen, in die diese schwer kranken Menschen häufig geraten, zuverlässig im benötigten Umfang ambulant, zeitnah und niederschwellig durch die vorhandenen Strukturen abgefangen werden.

Hilfsweise sollte die extrabudgetäre Vergütung zumindest aller psychotherapeutischen Gesprächsziffern des Kapitels 35 und die Gesprächsziffern der Fachkapitel 21, 22 und 23 in § 87a, Absatz 3 SGB V verankert werden.

Zudem weist der bvvp darauf hin, dass für die Versorgung der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in aller Regel eine Medikation benötigen und nicht in allen Fällen für eine Psychotherapie geeignet sind, zwingend eine ausreichende psychiatrische und auch

psychosomatische ambulante und stationäre Versorgung zur Verfügung stehen muss. Der Nachwuchs in diesen Facharztgruppen ist gering. Hierfür bedarf es der Schaffung besonderer Förderprogramme, die bereits im Studium ansetzen. Außerdem müssen die Fachärzt*innen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwingend in die Gruppe der mittels § 75a geförderten grundversorgenden Facharztgruppen aufgenommen werden.

Schließlich werden Patient*innen mit schweren psychischen Erkrankungen auch von Angehörigen anderer Berufsgruppen mitbetreut. Insgesamt betrachtet sind psychosoziale Berufe wieder attraktiver zu gestalten, damit junge Menschen diese Berufe künftig häufiger ergreifen.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Der bvvp begrüßt die Festlegung eines Bagatellbetrags von 300 Euro je Betriebsstättennummer, Krankenkasse und Quartal bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106b, also bei verordneten Leistungen, bis zu dessen Höhe kein Prüfantrag gestellt werden kann. Die Angst vor Regressen ist ein Hindernis für die Niederlassung von Ärzt*innen. Eine gute Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist aber nur in Kooperation mit der somatischen Medizin, also mit somatischen Praxen möglich.

Gleichzeitig fordert der bvvp, diese Bagatellgrenze auch auf die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106a, also auf die Prüfung der erbrachten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen, auszuweiten.

Gesundheitskioske

Der bvvp begrüßt die Streichung der Einführung der Gesundheitskioske im Referentenentwurf. Statt neue Strukturen zu schaffen, sollten bestehende Strukturen, wie Beratungsstellen, der Psychosoziale Dienst, Schulpsycholog*innen und der öffentliche Gesundheitsdienst personell und finanziell gestärkt werden. Außerdem muss die Förderung von Gesundheitskompetenz ein wichtiger, im Lehrplan verankerter Teil der schulischen Bildung werden. Neue Strukturen schaffen neue Schnittstellenprobleme und machen das Gesundheitssystem noch komplexer. Aus Sicht des bvvp ist es grundsätzlich nicht sachgerecht, dass für Beratung und präventive Angebote der Kommunen die Gelder der gesetzlichen Krankenkassen verwendet werden. Die finanzielle Unterstützung sollte einzig über staatliche Förderungen geschehen.

Erhalt des Antrags- und Gutachterverfahrens

Das Antrags- und Genehmigungsverfahren in der Richtlinien-therapie gewährleistet durch eine vorgezogene Wirtschaftlichkeitsprüfung den sicheren Behandlungsrahmen innerhalb der jeweils verfahrensgebundenen Kontingente. Es erfolgt eine gemeinsame Behandlungsplanung mit dem Wissen auf Seiten von Patient*innen und Behandelnden, dass es sich bei einer Psychotherapie um eine zeitlich begrenzte, sorgfältig indizierte und verfahrensgebunden konzeptualisierte Maßnahme handelt. Außerdem findet eine Einschätzung der Prognose

statt. Die Kriterien der Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit werden bei Anträgen auf Langzeittherapie durch das Gutachterverfahren hoch individuell von Fachkolleg*innen überprüft. Dies stellt auch eine wichtige Maßnahme der Qualitätssicherung psychotherapeutischer Behandlungen dar – und dies alles noch vor Aufnahme einer Psychotherapie.

Demgegenüber zielt das Qualitätssicherungsverfahren nach § 136a Abs. 2a SGB V, das nun in einer Modellregion erprobt werden soll, auf eine Bewertung der Behandlung nach deren Abschluss ab und soll auch zur vergleichenden Betrachtung der Praxen genutzt werden. Entsprechend ist das Antrags- und Gutachterverfahren vollkommen unabhängig davon zu sehen, mit vollkommen anderer Zielsetzung. Das eine wird das andere nicht ersetzen können. Deshalb wird folgende gesetzliche Änderung in § 92 Abs. 6a Satz 6 SGB V angeregt:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sämtliche Regelungen zum Antrags- und Gutachterverfahren aufzuheben zu überprüfen, sobald er ein Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2a eingeführt hat.“

Gleichzeitig wird zur Entbürokratisierung und zur Förderung der Digitalisierung eine Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für ein digitales Antrags- und Genehmigungsverfahren angeregt. Dies würde auch gewährleisten, dass Versicherte sowie Psychotherapeut*innen schnellstmöglich über die Leistungszusage der Krankenkasse informiert sind.

Zur Einführung eines datengestützten einrichtungsvergleichenden Verfahrens der Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie hatte sich der bvvp bereits mehrfach, auch gegenüber dem BMG, kritisch geäußert.

Links:

[Pressemitteilung zur DeQS](#)

[Pressemitteilung zur Verabschiedung der QS-RL des G-BA](#)

[Stellungnahme der PT-Verbände zur QS IQTIG](#)

Finanzierung der Weiterbildung von Fachpsychotherapeut*innen

Bereits am 18. Januar 2024 hatte der Bundestag über eine entsprechende Petition zu diesem Thema beraten und diese der Bundesregierung zur Berücksichtigung überwiesen – mit dem höchsten Empfehlungsgrad, den eine Petition erreichen kann. Seitdem fanden keine weiteren Aktivitäten der Bundesregierung statt. Auch im Gesetzentwurf ist nichts zu finden. Der Berufsstand hat dazu Lösungsvorschläge vorgelegt, die dem Gesundheitsministerium hinreichend bekannt sind.

Der bvvp fordert entsprechende Ergänzungen im Gesetzentwurf. Ohne eine gesetzlich geregelte Finanzierung der Zusatzkosten wird es keine Fachpsychotherapeut*innen geben. Eine

drohende Nichtversorgung für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen würde fahrlässig in Kauf genommen. Hinzu käme, dass Tausende von approbieren Psychotherapeut*innen nach dem Studium ohne Perspektive auf der Straße stünden und ihre Berufsausbildung nicht fortsetzen könnten.

Dem bvvp liegt insbesondere die Weiterbildung in den Praxen am Herzen. Dafür muss zunächst die Zulassungsverordnung dahingehend geändert werden, dass eine Ausweitung des Praxisvolumens bei Anstellung von Psychotherapeut*innen in Weiterbildung in ausreichendem Umfang ermöglicht wird. Der bvvp schlägt vor, sich hierbei auf die Plausibilitätsgrenze zu beziehen und eine Ausweitung um 50 Prozent zu ermöglichen. Außerdem müssen die Psychotherapeut*innen in den § 75 a aufgenommen werden. Bekanntermaßen beinhaltet die Weiterbildungsordnung dieser Fachgruppe eine zweijährige verpflichtende ambulante Weiterbildung. Dafür müssen bundesweit jährlich bis zu 1.500 neue Weiterbildungsstellen gefördert werden, analog der Förderung der Fachärzt*innen. Darin ist zwingend ein Anteil für das Gebiet der Kinder und Jugendlichen und das Gebiet der Neuropsychologischen Psychotherapie festzulegen. Der bvvp schlägt 300 bzw. 75 Stellen vor. Das Nähere über den Umfang und die Durchführung der finanziellen Förderung wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband vereinbart.

Die zukünftigen Weiterbildungsinstitute müssen ergänzend zu den Hochschulambulanzen in § 120 aufgenommen werden, sodass entsprechende Vergütungsverhandlungen mit den Krankenkassen auf Landesebene möglich werden.

Für den stationären Bereich muss die Bundespflegesatzverordnung geändert werden.

Insbesondere in der Übergangsphase, in der noch in postgradualer Ausbildung befindliche Psychotherapeut*innen in Kliniken arbeiten werden – voraussichtlich bis 2032 –, müssen Stellen geschaffen werden für die in Weiterbildung befindlichen Fachpsychotherapeut*innen. Dies hätte zudem den Vorteil, dass sich das psychotherapeutische Angebot in Kliniken den Empfehlungen der Behandlungsleitlinien gemäß wissenschaftlichem Standard annähern würde.

Mehr Medizinstudienplätze

Dringend muss die Anzahl der Medizinstudienplätze erhöht werden, wie das in den diversen Arbeitsentwürfen angedacht war. Der Altersdurchschnitt der in Deutschland lebenden Menschen steigt, das ist hinlänglich bekannt. Aufgrund dieser veränderten demographischen Situation wird der Bedarf an medizinischer Versorgung, ambulant wie auch stationär, drastisch steigen. Diese Zunahme des Bedarfs kann durch die bereits tätigen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen keinesfalls kompensiert werden. Ein schwerwiegender Versorgungsmangel ist zu erwarten, der auch nicht durch telemedizinische Angebote, künstliche Intelligenz oder durch in anderen Gesundheitsberufen Tätige kompensiert werden kann! Ethisch ist es auch nicht vertretbar, dass Ärzt*innen aus anderen Ländern der Welt abgeworben werden, die dort mindestens so dringlich gebraucht werden wie hier.

Berücksichtigt man die Tatsache, dass der Anteil der zukünftigen Ärzt*innen, die sich für einen Teilzeitbeschäftigung entscheiden, stetig ansteigt, so hat auch dies auf die Versorgung erhebliche Auswirkungen, denn die Arbeitszeit pro Kopf nimmt dadurch ab. Von daher sollte klar gegengesteuert werden durch eine Steigerung der Medizinstudienplätze um mindestens 5.000 pro Jahr, die selbstverständlich, wie alle anderen Studienplätze auch, durch Steuergelder finanziert werden müssen.