

**Stellungnahme der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV)
zur Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte
und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer
psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen
oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf**

(KSVPsych-RL)

Berlin, den 13.10.2021

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung beauftragt, „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,“ zu beschließen (§ 92 Absatz 6b SGB V).

Wir begrüßen die Verabschiedung der Erstfassung einer Richtlinie (KSVPsych-RL) am 2. September 2021. Gleichzeitig sehen wir erhebliche Hemmnisse der Umsetzung und bitten die Rechtsaufsicht, die Richtlinie nur unter Auflagen der Nachbesserung durch den G-BA zu genehmigen.

1. Diagnostik und Behandlung

§ 8 Absatz 2 KSVPsych-RL¹ regelt die Diagnostik und Behandlung im Rahmen der strukturierten Versorgung. Vorgesehen ist, dass Patientinnen und Patienten, die an dieser Versorgung teilnehmen, soweit Psychologische oder ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Gesamtbehandlungsplan erstellen oder die psychotherapeutische Behandlung durchführen, eine differenzialdiagnostische Abklärung durch einen Facharzt nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 (Fachärztinnen oder Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie) durchlaufen.

Diese Verpflichtung sollte gestrichen werden.

Die Patientinnen und Patienten haben bereits ein Erstgespräch im Rahmen einer psychotherapeutischen Sprechstunde absolviert (§ 8 Absatz 1 Satz 1). Diese Doppelstruktur bedeutet für schwer psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten eine

¹ Angaben von Regelungen ohne Bezeichnung des Gesetzes sind solche der KSVPsych-RL.

erhebliche Belastung und Hürde. Zudem wird ein zusätzliches Nadelöhr geschaffen. Schon jetzt besteht ein eklatanter Mangel an Fachärztinnen und Fachärzten, die entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 zur differenzialdiagnostischen Abklärung nach dieser Richtlinie befugt sind.

Im Einzelnen:

Die Differenzialdiagnostische Abklärung findet zunächst im Erstgespräch, im Rahmen einer Sprechstunde gemäß § 11 Psychotherapie-Richtlinie statt (§ 8 Absatz 1 Satz 2). Psychotherapeuten leisten im Rahmen dieser Sprechstunde eine umfangreiche diagnostische Abklärung, die über eine verfahrensgebundene Diagnostik hinaus (Überprüfung der Eignung für ein Psychotherapieverfahren nach § 15 Psychotherapie-Richtlinie) eine Abklärung vor der Indikationsstellung darstellt und auch andere Maßnahmen zur Folge haben kann (§ 10 Absatz 2 Satz 4 Psychotherapie-Richtlinie). In dieser diagnostischen Phase werden bereits psychische, psychiatrische, psychosomatische und somatische Vorbefunde, Angaben und Berichte aus ambulanten und stationären Vorbehandlungen eingeholt und notwendige Abklärungen durch andere Disziplinen veranlasst.

Die KSVPsych-RL sieht darüber hinaus eine weitere „differenzialdiagnostische Abklärung“ entsprechend (§ 8 Absatz 1, Satz 3) durch Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder für Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie (§ 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1) vor. Der dargestellte Leistungsumfang wird bereits durch Psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen und Psychotherapeuten abgedeckt.

Der Gesamtbehandlungsplan ist nach § 9 Absatz 3 Satz 1 auch dann für die behandelnden Psychologischen und ärztlichen Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten verbindlich, wenn diese nicht Bezugspsychotherapeutinnen oder Bezugspsychotherapeuten sind.

Nach § 5 Absatz 2 der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer gilt, dass vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung eine diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen (durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten) erfolgen muss. Die Indikationsstellung und die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans haben durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten und unter Berücksichtigung der mit den Patientinnen und Patienten erarbeiteten Behandlungszielen zu erfolgen. Die Regelung ist so oder sinngemäß von den Psychotherapeutenkammern in verbindliches Berufsrecht transformiert worden.

Die behandelnde Psychotherapeutin oder der behandelnde Psychotherapeut kann nicht zur Umsetzung eines von einem Dritten aufgestellten Behandlungsplanes gezwungen werden, wenn die Behandlungsziele und die Therapieplanung für die Psychotherapie aus fachlichen Gründen nicht von ihr oder ihm mitgetragen werden können, eine fachliche Überprüfung in den Kompetenzbereichen der Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten muss gegeben sein. Diese werden durch den Vorbehalt einer differentialdiagnostischen Abklärung entsprechend § 8 Absatz 1 Satz 3 überschritten.

Ein weiteres Hemmnis stellen erhebliche regionale Versorgungslücken, Engpässe und Wartezeiten der Arztgruppen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 dar. Die Arztzahlen stagnieren auf niedrigem Niveau oder sind rückläufig da ausgeschriebene Vertragsarztsitze nicht nachbesetzt werden können. Eine wohnortnahe flächendeckende und zeitnahe Bewältigung der differentialdiagnostischen Abklärung kann nicht gewährleistet werden.

2. Wahlfreiheit der Patientinnen und Patienten

§ 8 Absatz 1 Satz 5 begrenzt die Wahlfreiheit und den Zugang der Patientinnen und Patienten zu Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen indem festgeschrieben wird, dass „Leistungserbringerin oder ein Leistungserbringer nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 Bezugärztin oder Bezugsarzt werden müssen, sofern bei Patientinnen und Patienten:

1. behandlungsleitende somatische Hauptdiagnosen vorliegen,
2. für die Behandlung relevante somatische Komorbiditäten, die kontinuierlicher ärztlicher Behandlung oder Überwachung bedürfen, vorliegen oder
3. deren psychopharmakologische Behandlungen einer regelmäßigen Dosisanpassung oder einem häufig wechselnden Therapieschema unterliegen.

Schon jetzt versorgen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Patientinnen und Patienten mit den genannten Indikationen.

Sie kooperieren mit somatisch qualifizierten Fachärztinnen und Fachärzten und leisten die begleitende psychotherapeutische Behandlung in enger Abstimmung. Eine Abstimmung mit somatisch qualifizierten Fachärzten muss im Übrigen auch von den nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 befugten Bezugärztinnen und Bezugärzten nach Bedarf geleistet werden. Dabei sind auch Fachärztinnen und Fachärzte außerhalb der Netzstruktur einzubeziehen.

Der Zugang zur Versorgung nach dieser Richtlinie wird fachlich unbegründet eingeschränkt.

Patientinnen und Patienten, die bereits bei Psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine Behandlung begonnen hatten wird mit Einschreibung in die Versorgung nach dieser Richtlinie ein Wechsel des Bezugsbehandlers zugemutet sofern eine Indikation nach § 8 Absatz 1 Satz 5 Nummer 1- 3 vorliegt. Für den Behandlungserfolg der in dieser Richtlinie adressierten Patientinnen und Patienten ist eine kontinuierliche Begleitung jedoch von erheblicher Bedeutung. Die Mitwirkung der Fachgruppen nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 sollte bei Bedarf und durch Veranlassung der Psychologischen und ärztlichen

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Abstimmung mit den Patientinnen und Patienten erfolgen.

3. Voller Versorgungsauftrag

§ 4 Absatz 1 Satz 2 regelt, dass Bezugsärztin oder Bezugsarzt und Bezugspsychotherapeutin oder Bezugspsychotherapeut nur werden kann, sofern Sie oder er über einen vollen Versorgungsauftrag verfügt.

Die Voraussetzung eines vollen Versorgungsauftrages sollte dringend gestrichen werden, da eine wohnortnahe und flächendeckendes Versorgungsangebot mit dieser Einschränkung nicht erreicht werden kann. Auch sehen wir keine fachlich nachvollziehbare Begründung für diese Einschränkung. Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nach § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 mit einem halben Versorgungsauftrag stehen der Patientinnen- und Patientenversorgung in gleicher Weise in ausreichendem Maße zur Verfügung.

Das Bundesarztregister (Stand 31.12.2020) zeigt, dass 10% der Fachärztinnen und Fachärzte für Nervenheilkunde/Neurologie/Psychiatrie im Rahmen eines halben Versorgungsauftrages vertragsärztlich tätig sind, bei den Fachärztinnen und Fachärzten für Psychosomatische Medizin sind es 50%, bei den ärztlichen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 50% und bei den Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 60%. Die jährliche Zunahme an halben Versorgungsaufträgen, die in der Regel durch Weitergabe aus einem vollen Versorgungsauftrag herausgelöst werden, ist ungebrochen und lag je nach Fachgruppe im Vergleichszeitraum 2019 zu 2020 zwischen 3% und 13%.

Diese Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Beteiligung als Bezugsärztinnen und Bezugsärzte, Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten auszuschließen wird zu erheblichen und regional unterschiedlichen Engpässen im Versorgungsangebot führen.

4. Koordination der Versorgung

§ 5 Absatz 1 Satz 2 regelt, die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten an eine nichtärztliche Person nach § 5 Absatz 2 zu delegieren.

Die in § 10 „Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten im Netzverbund“ genannten Leistungen wie das Aufsuchen der Patientin oder des Patienten in ihrem oder seinem häuslichen Umfeld oder das Führen von Gesprächen im Lebensumfeld der Patientin oder des Patienten sowie die Einbeziehung von relevanten Bezugspersonen sind patientennahe, anspruchsvolle psychotherapeutische Tätigkeiten, die selbstverständlich auch von Bezugsärztinnen und Bezugsärzten sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten ausgeführt werden. Solche und ähnliche Aufgaben zu delegieren unterbricht die Kontinuität der psychotherapeutischen Behandlung. Die Koordination nach § 5 Absatz 1 Satz 1 sollte fakultativ auch von diesen Gruppen durchgeführt werden können.

Nach der Aufstellung gem. § 5 Absatz 2 müssen die koordinierenden Personen weder zwingend in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen, noch ist es zwingend, dass die Vereinbarung über die Übernahme der Koordinationsaufgabe innerhalb des Netzwerks mit einer natürlichen Person zustande kommt, weil insbesondere in § 5 Absatz 2 Nr. 1 – 3 auf die Stellung als Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen abgestellt wird; dies können auch die Trägergesellschaften sein. Dabei ist die Finanzierungsfrage offen. Einerseits ist die Koordinationsleistung als Soziotherapie oder als fachpsychiatrische häusliche Krankenpflege im Einzelfall verordnungsfähig; allerdings spricht der Wortlaut der Norm „übertragen“ möglicherweise auch gegen eine selbständige Verordnungsfähigkeit.

Der Wortlaut der Richtlinie lässt jedoch nicht erkennen, ob von Verordnungsfähigkeit ausgegangen werden kann. In diesem Fall würde die Koordinationsleistung als Sachleistung der GKV eigenständig vergütet werden.

Bei Delegation an Personen, die die Qualifikation nach § 5 Absatz 2 erfüllen, aber nicht selbst vertraglich mit den Krankenkassen verbundene Leistungserbringer sind, muss die Vergütung unmittelbar durch die Bezugärztin und den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutinnen und den Bezugspsychotherapeuten erfolgen, sodass die Frage der Refinanzierung zu klären ist.

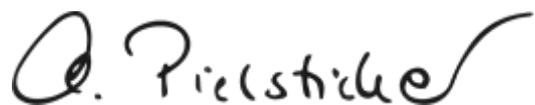
Wir bitten die Rechtsaufsicht, den G-BA zu einer klärenden Formulierung des § 5 Absatz 1 Satz 2 aufzufordern.

5. Netzgröße

§ 3 Absatz 2 Satz 3 regelt die Netzgröße mit Mindestvorgaben der in einem Netz zusammengefassten Bezugärztinnen und Bezugärzte sowie Bezugspsychotherapeutinnen und Bezugspsychotherapeuten. Danach haben für die Versorgung nach dieser Richtlinie im Netzverbund mindestens insgesamt zehn Fachärztinnen und Fachärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung zu stehen; von diesen mindestens vier Fachärztinnen und Fachärzte gemäß Satz 2 Nummer 1 und vier Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäß Satz 2 Nummer 2.

Diese Mindestanforderung an die Netzgröße kann in vielen, insbesondere ländlichen Regionen nicht erfüllt werden. Um ein flächendeckendes Versorgungsangebot gewährleisten zu können und nicht ländliche und strukturschwache Regionen zu benachteiligen, müssen Abweichungen von diesen Mindestvorgaben zugelassen werden.

Wir bitten das Bundesministerium für Gesundheit dringend, in den genannten Punkten eine Nachbesserung durch den G-BA anzumahnen, um eine niedrigschwellige, wohnortnahe und flächendeckende psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Patientinnen und Patienten etablieren zu können.



Dr. Anke Pielsticker
Stellvertretende Bundesvorsitzende der DPtV