

Bundesgeschäftsstelle

Am Karlsbad 15
10785 Berlin
Telefon 030 2350090
Fax 030 23500944
bgst@dptv.de
www.dptv.de

DEUTSCHEN PSYCHOTHERAPEUTENVEREINIGUNG (DPTV)

BERLIN, 17. AUGUST 2018

**STELLUNGNAHME ZUM REFERENTENENTWURF FÜR EIN
„GESETZ FÜR SCHNELLERE TERMINE UND BESSERE VERSORGUNG“ (TERMINSERVICE- UND
VERSORGUNGSGESETZ, TSVG)**

I. Zusammenfassung

Dem Referentenentwurf zum TSVG können wir teilweise zustimmen, sehen aber auch einigen Präziserungs- und Änderungsbedarf. Positiv sehen wir, dass die Absicht des Koalitionsvertrages zur Stärkung der sprechenden und zuwendungsorientierten Leistungen aufgegriffen wird und begrüßen den Vorschlag, den einheitlichen Bewertungsmaßstab auf Rationalisierungsreserven zur Förderung der „sprechenden Medizin“ hin zu überprüfen. Zur Absicherung der Leistungsdynamik ist allerdings eine langfristig angelegte extrabudgetäre Vergütung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen notwendig.

Der im Referentenentwurf angestrebte Ausbau der Terminservicestellen erfordert weitere Arzt/Psychotherapeutenkapazitäten. Hier bestehen in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung schon jetzt erhebliche Versorgungsengpässe. Bereits die Vermittlung der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung gelingt nur unter erheblichem Ressourceneinsatz. Regional unterschiedlich werden Versorgungsengpässe deutlich. Dieses Bild wird sich durch die ab dem 1.10.2018 neu hinzukommende Vermittlung probatorischer Sitzungen verschärfen.

Eine grundlegende Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist nur durch eine gezielte und differenzierte Erhöhung der Anzahl der Vertragspsychotherapeutenplätze im Rahmen der zeitnah notwendigen Reform der Bedarfsplanung möglich. Nicht nur die ländlichen Regionen, auch die sog. mitversorgten Regionen im Umland größerer Städte brauchen eine bessere Verhältniszahl Psychotherapeut je Anzahl Einwohner. Die derzeitige übergroße Spreizung der Verhältniszahlen entspricht nicht der Epidemiologie und dem Versorgungsbedarf. Durch eine bloße Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen würde allerdings auf eine Feinsteuerung im Sinne kleinräumiger Planung verzichtet, was uns nicht sinnvoll erscheint. Die Verschiebung der Reform auf den 1. Juli 2019 bedauern wir und setzen auf die Verbindlichkeit der nunmehr vorgesehenen Frist für den G-BA zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie.

Die Idee, durch Vergütungsanreize den Zugang zur Versorgung für Versicherte zu fördern, wird im Bereich der Psychotherapie nur dann zielführend sein, wenn auch für die Psychotherapeuten ein echter Anreiz geschaffen wird. Dies bewirkt der Referentenentwurf in seiner jetzigen Fassung nicht. Sinnvolle Anreize sollten insbesondere durch eine Erhöhung der Vergütung der besonders aufwändigen Erstkontakte in der Psychotherapeutischen Sprechstunde und bei der Akutbehandlung geschaffen werden. Zur Sicherung der angemessenen Vergütung müssen die

Vergütungsregeln insgesamt konkretisiert werden; hierzu schlagen wir eine konkrete Formulierung vor. Die extrabudgetäre Vergütung der zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen ist dauerhaft vorzusehen, um die notwendige psychotherapeutische Versorgung vor „Verteilungskämpfen“ zu schützen und eine bedarfsgerechte Finanzierung sicherzustellen.

Die Regelungen zur elektronischen Patientenakte sollten auch für Psychotherapeuten und deren Praxispersonal gelten, sodass in § 291a Absatz 4 SGB V (Nr. 83 RefE-TSVG) Anpassungsbedarf besteht. Im Zuge der Einführung der elektronischen Patientenakte sind angemessene Sicherheitsstandards für den Schutz der Versichertendaten und den Datenaustausch festzulegen.

Eine Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden unterstützen wir nicht – diese wird im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nicht wesentlich zur Verbesserung der Patientenversorgung beitragen, denn die Psychotherapeuten arbeiten nach aktuellen Erhebungen des ZI bereits durchschnittlich 49 Wochenstunden, davon 31 Stunden im direkten Patientenkontakt. Darüber hinaus halten wir die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit für schädlich für die Freiberuflichkeit und den Erhalt flexibler Versorgungsmodelle.

Nachfolgend wird zu den durch das TSVG geplanten Gesetzesänderungen genauer Stellung bezogen sowie weitere aus Sicht der stellungnehmenden DPTV notwendige Änderungen des SGB V vorgeschlagen. Die Änderungsvorschläge der Stellungnahme sind durch Hervorhebung bzw. Streichungen gekennzeichnet.

II. Bewertung des Referentenentwurfs

1. Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen

Zu Nr. 40 (§ 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V RefE-TSVG)

Die DPTV begrüßt die stringenteren Vorgaben zur Überarbeitung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Die mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen Gesprächsleistungen werden im Verhältnis zu den technisch-medizinischen Leistungen strukturell benachteiligt, weil sie nicht delegierbar sind und keine Leistungsverdichtung sowie keine Mengensteigerung je Zeiteinheit möglich ist.

Die Folge ist, dass die Einkommen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten weit unter denen der somatisch tätigen Fachgruppen liegen. Dies gilt insbesondere im Vergleich zu denjenigen Arztgruppen, die sich durch einen hohen Einsatz von Medizintechnik auszeichnen oder deren Leistungen an Praxis-Personal delegierbar sind. Durch Entscheidungen des Bundessozialgerichts mussten in der Vergangenheit immer wieder Korrekturen der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen herbeigeführt werden. Eine regelmäßige Anrufung von Gerichten kann jedoch keine Dauerlösung sein. Überfällige Reformschritte zur Beseitigung von Disparitäten werden in der Selbstverwaltung immer wieder heraus gezögert. Die geplanten Vorgaben zu Nr. 40 (§ 87 SGB V RefE-TSVG) gehen in die richtige Richtung, erfordern jedoch eine Präzisierung, um dieses Ziel zu erreichen. Es wird eine Neufassung in Absatz 2c Satz 6 sowie eine Ergänzung durch einen neuen Satz 7 vorgeschlagen.

Änderungsvorschlag zu Nr. 40 (§ 87 Absatz 2c Satz 6 SGB V RefE-TSVG):

„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbarer Ertrag erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.“

2. Anreiz zur Aufnahme neuer Patienten

Zu Nr. 41 (§ 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V RefE-TSVG)

Die jetzige Fassung des TSVG berücksichtigt die vorhandenen Regelungen im Bereich psychotherapeutischer Leistungserbringung nicht in ausreichendem Maße. Die DPTV begrüßt den vom Gesetzgeber verfolgten Anreiz einer extrabudgetären Vergütung sowie erhöhten Bewertung der Versicherten- und Grundpauschalen von neuen bzw. durch die von der Terminservicestelle der Kassenärztlichen Vereinigungen vermittelten Patientinnen und Patienten.

Die psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung, probatorische Sitzungen und Richtlinien-therapie werden bereits jetzt extrabudgetär vergütet. Auch eine Ausbudgetierung der Grundpauschalen entfaltet für den Bereich der Psychotherapie kaum Anreizwirkung. Die spezifische psychotherapeutische Arbeit ist gekennzeichnet durch hohe Fallwerte, jedoch geringe Fallzahlen.

Um einen wirksamen Anreiz für die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen zu schaffen, wird vorgeschlagen, die Maßnahmen, die zur Förderung der Aufnahme neuer Patienten vorgesehen sind, für die Psychotherapie insofern zu erweitern, als die Bewertungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der psychotherapeutischen Akutbehandlung und der nunmehr verpflichtenden probatorischen Sitzungen im Sinne der §§ 11, 12 und 13 der Psychotherapie-Richtlinie angehoben und Zusatzpauschalen vorgesehen werden. Es wird vorgeschlagen, § 87a Absatz 3 Satz 5 SGB V um eine Nummer 7 zu ergänzen, die Psychotherapeuten für die Behandlung neuer Patienten einen Zuschlag gewährt.

Ergänzungsvorschlag zu § 87a Absatz 3 Satz 5 Nr. 7 SGB V RefE-TSVG:

„Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten:

- 1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses,*
- 2. Leistungen, die aufgrund der Vermittlung durch die Terminservicestelle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 1 erbracht werden, soweit es sich nicht um Fälle nach § 75 Absatz 1a Satz 8 handelt,*
- 3. Leistungen der erfolgreichen Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2,*

4. Leistungen, die während der Sprechstundenzeiten in Akutfällen nach § 87 Absatz 2a Satz 23 und in Notfällen erbracht werden,

5. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen nach § 87 Absatz 2b Satz 3 und Absatz 2c Satz 2 für Patienten, die in der jeweiligen Arztpraxis erstmals diagnostiziert und behandelt werden und

6. Leistungen der Versicherten- und Grundpauschalen für Patienten, die in der offenen Sprechstunde nach § 87 Absatz 2g behandelt werden. Darüber hinaus können Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

7. Leistungen der psychotherapeutischen Sprechstunde, der Akutbehandlung sowie die probatorischen Sitzungen und der Richtlinienpsychotherapie sind in den Fällen des § 75 Abs. 1a Satz 13 mit einem Zuschlag zu versehen.“

3. Vergütung der Leistungen innerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Zu Nr. 42 (§ 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V RefE-TSVG)

Psychotherapeutische Leistungen, die weiterhin über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in den Kassenärztlichen Vereinigungen abgewickelt werden und ebenso mit erheblichem Zeitaufwand verbunden sind, wie das Verfassen von Berichten (EBM 35130 und 35131), der Einsatz übender Verfahren (EBM 35111 bis 35120) etc. werden über eine „gedeckelte Topfbildung“ budgetiert und quotiert vergütet. Vor dem Hintergrund einer steigenden Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bezahlen Psychotherapeuten diese Mengenentwicklung über eine Abwertung der Vergütung je Zeiteinheit selbst. Die DPTV fordert den Gesetzgeber auf, für diese Leistungen zumindest eine Vergütung zum vollen Orientierungswert zu gewährleisten.

Änderungsvorschlag zu Nr. 42 (§ 87b Absatz 2 Satz 4 SGB V)

*„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit, **jedoch mindestens zum Orientierungswert nach § 87 Absatz 2e**, gewährleisten.“*

4. Sicherstellung der psychotherapeutischen Vergütung durch dauerhafte Ausbudgetierung

Zu Nr. 41 (§ 87a Absatz 3 Nr. 1 SGB V RefE-TSVG)

Zudem halten wir eine dauerhafte Ausbudgetierung der mit Mindestzeiten unterlegten zeitgebundenen psychotherapeutischen Gesprächsleistungen für notwendig. Neben den in den Änderungen des § 87a SGB V aufgeführten Leistungen, die extrabudgetär zu vergüten sind, sollten die zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen aufgenommen werden. Dem wachsenden Bedarf an Psychotherapie muss ein ausreichendes und gesichertes Behandlungsangebot gegenüberstehen.

Die derzeitige extrabudgetäre Vergütung der psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung, der probatorischen Sitzungen und der antragspflichtigen Richtlinienpsychotherapie ist bislang nicht auf Dauer angelegt, so dass eine Wiedereinbudgetierung dieser Leistungsbereiche droht. Angesichts der dynamischen Entwicklung bei der Behandlung psychischer Krankheiten könnte eine Einbudgetierung auf Dauer zu Lasten der übrigen fachärztlichen Versorgung gehen und damit den Verteilungskontroversen zwischen den Facharztgruppen Vorschub leisten.

Da die psychotherapeutischen Leistungen mit Mindestzeiten versehen sind und nicht beliebig vermehrt werden können, besteht außerdem kein Grund, die Leistungsmenge durch Budgets zu begrenzen. Es wird deshalb vorgeschlagen, die mit Mindestzeiten versehenen zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu fassen.

Ergänzungsvorschlag zu § 87a Absatz 3 Nr. 1 SGB V RefE-TSVG

„ (...) Von den Krankenkassen sind folgende Leistungen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten:

*1. Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses **sowie die mit Mindestzeiten versehenen zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen, (...)**“*

5. Als Basis der Kalkulation sollten nicht die Daten des Statistischen Bundesamtes, sondern die Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung herangezogen werden

Zu Nr. 40 (§ 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V RefE-TSVG)

Der Referentenentwurf sieht gemäß § 87 Absatz 2 Satz 3 SGB V vor, dass im Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2, insbesondere bei medizinisch-technischen Geräten unter Berücksichtigung der Besonderheiten der betroffenen Arztgruppen, auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen sind. Basis der Kalkulation sollen grundsätzlich die Daten der Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie

Praxen von psychologischen Psychotherapeuten des Statistischen Bundesamtes nach dem Gesetz über die Kostenstrukturstatistik (KoStrukStatG) bilden. Nach Ansicht der DPTV erscheint das Rekurrenieren auf Daten des Statistischen Bundesamtes nicht sachgerecht. Im Sinne einer einheitlichen Bewertungsgrundlage sollten für die Kalkulation die Daten des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Versorgung herangezogen werden, die auch die Rechtsprechung als Berechnungsgrundlage heranzieht. Der Verweis in das Kostenstrukturstatistikgesetz erscheint schon deshalb unpassend, weil es im Rahmen des Anwendungsbereichs nur von „Gewerbe“ spricht.

6. Beteiligung der obersten Landesbehörden auf die Mitwirkung in den Landesausschüssen begrenzen und dort erweitern

Zu Nr. 48 und 50 (§ 96 Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 103 Absatz 3b SGB V RefE-TSVG)

Die Möglichkeit der Beteiligung von obersten Landesbehörden in den Zulassungsausschüssen durch Ergänzung in § 96 Absatz 2 Satz 7 und 8 und § 103 Absatz 3b SGB V sehen wir kritisch. Das vertiefte Mitberatungsrecht der obersten Landesbehörden sollte sich auf die Mitwirkung in den Landesausschüssen begrenzen. In den Landesausschüssen sollte das Recht auf Teilnahme an den Beratungen um das Recht der Antragstellung erweitert werden. Dort sind Entscheidungen über weitere notwendige Zulassungen Arztgruppenspezifisch und Planungsbereichsbezogen vorzubereiten und abzustimmen.

Grundlage der Entscheidungen zu zusätzlichen Versorgungsaufträgen sind die Vorgaben der dann reformierten Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss. Der Reform der Bedarfsplanungsrichtlinie, die verpflichtende Vorgaben über notwendige Reaktionen auf regionale Versorgungsengpässe beinhalten sollte, sollte nicht vorgegriffen werden. Durch die Möglichkeit der Mitberatung und Antragstellung der obersten Landesbehörden können regionale Besonderheiten in Kenntnis der regionalen Versorgungslage berücksichtigt werden, die bislang keinen Eingang in die Entscheidungen finden konnten.

Aus diesen Gründen schlagen wir eine Erweiterung der Kompetenzen der obersten Landesbehörden in den Landesausschüssen vor. Nach Auffassung der DPTV wäre ein Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen abzulehnen, in den Landesausschüssen aber sinnvoll, sodass eine Ergänzung in § 90 Absatz 4 SGB V vorgeschlagen wird:

Änderungsvorschlag für § 90 Abs. 4 SGB V:

*„Die Aufgaben der Landesausschüsse bestimmen sich nach diesem Buch. In den Landesausschüssen sowie den erweiterten Landesausschüssen nach § 116b Absatz 3 wirken die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden beratend mit. Das Mitberatungsrecht umfasst **auch das Recht zur Antragstellung** sowie das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung.“*

7. Reform der Bedarfsplanung dringend nötig

Zu Nr. 49 (§ 101 Absatz 1a und § 103 SGB V RefE-TSVG)

Wir bedauern, dass die Frist für die Überarbeitung der Bedarfsplanung bis 1. Juli 2019 verlängert wurde. Zwar ist der Gedanke nachvollziehbar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss das in Auftrag gegebene wissenschaftliche Gutachten abwarten will, bevor Änderungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie vorgenommen werden sollen. Letztendlich war dem Gemeinsamen Bundesausschuss jedoch aufgetragen, die Anpassungen mit Wirkung zum Januar 2017 vorzunehmen – eine Umsetzung ist dringend erforderlich.

Die Reform der Bedarfsplanung ist zwingende Grundlage einer verbesserten psychotherapeutischen Versorgung. Alle Maßnahmen zur Stärkung der Terminservicestellen können nur dann die Patientenversorgung verbessern, wenn ein bedarfsgerechtes Behandlungsangebot an Therapieplätzen besteht. Die zeitlichen Kapazitäten der zugelassenen Vertragspsychotherapeuten sind erschöpft. Solange dies anhält, werden die Patientinnen und Patienten sich auf lange Wartezeiten einstellen oder auf private Psychotherapiepraxen ausweichen wie auch auf Erstattung ihrer Kosten durch die Krankenkassen gemäß § 13 Absatz 3 SGB V hoffen. Die DPTV befürchtet, dass die Patientenversorgung durch eine weitere Verzögerung der Bedarfsplanungsreform Schaden nimmt.

Durch eine Änderung der Bedarfsplanung wird eine gezielte Erhöhung der Anzahl von Psychotherapeutenstellen in schlechter versorgten Regionen erwartet. Die Unterschiede zwischen den Regionen in den Verhältniszahlen Einwohner je Psychotherapeut sind deutlich stärker ausgeprägt als in allen anderen Fachgruppen. Dies benachteiligt die angeblich von den Großstädten mitversorgten Regionen und die ländlichen Gebiete in besonderem Maße. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, dass die Rate an psychischen Erkrankungen flächendeckend etwa gleich ist. Dem zunehmenden Bedarf ambulanter psychotherapeutischer Versorgung muss flächendeckend begegnet werden. Dabei müssen Feinsteuerungsmöglichkeiten geschaffen werden, eine pauschale Öffnung gemäß § 103 Absatz 1 SGB V RefE-TSVG wird als nicht hilfreich angesehen.

8. Die gesetzliche Regelung zur Leistungsbegrenzung führt zu einer Ungleichbehandlung bei Vergrößerung des Praxisumfangs

Zu Nr. 49 (§ 101 Absatz 1 SGB V RefE-TSVG)

Die DPTV regt eine Änderung des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V an. Der G-BA hat die bisherige Regelung dergestalt umgesetzt, dass Praxen mit unterdurchschnittlichem Praxisumfang die Praxis auf den Fachgruppenschnitt („FGD“) zuzüglich 25 % vergrößern können. Praxen, die auf oder knapp über dem FGD arbeiten, erhalten – von minimalen Zuwachsmöglichkeiten abgesehen – im Wesentlichen ihr bisheriges Leistungsvolumen als Leistungsobergrenze. Dass Praxen mit größerem Praxisumfang dadurch häufig schlechter behandelt werden als Praxen mit unterdurchschnittlichem Leistungsumfang, ist u.E. mit Art. 3 Abs. 1 GG nicht zu vereinbaren, fördert dabei auch nicht den flexiblen Zugang von Berufsträgern zur vertragsärztlichen Versorgung, sondern erschwert z.B. weitere Kooperation in einer Praxis. Der G-BA hat sich bisher, auch wenn die Problematik auf der Hand liegt, aufgrund des keiner anderen Auslegung zugänglichen Gesetzeswortlautes des § 101 Absatz 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V „mit

unterdurchschnittlichem Praxisumfang“ daran gehindert gesehen, eine Vergrößerung auf den FGD zzgl. 25 % auch Praxen mit einem Umfang auf oder knapp über dem FGD zu gewähren. Hier sollte eine Gleichstellung der Praxen erfolgen.

9. Befristete Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen von Psychiatern nur, wenn diese nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind

Zu Nr. 50 Buchstabe a (§ 103 Absatz 1 Satz 1, 3. Halbsatz SGB V RefE-TSVG):

Befristet bis zur Umsetzung des Auftrages an den G-BA nach § 101 Absatz 1 Satz 6 sollen sich u.a. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie frei niederlassen können. Aus der Begründung des RefE geht hervor, dass damit die Teile der Arztgruppe nach § 12 Absatz 2 Nr. 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie gemeint sind, die diese Gebietsbezeichnung zu führen berechtigt sind. Diese Facharztgruppe hat immer auch die Abrechnungsberechtigung für ein Richtlinienverfahren der Psychotherapie nach der Psychotherapie-Richtlinie. Nach § 12 Absatz 2 Nr. 8 Satz 5 Bedarfsplanungs-Richtlinie ist es dieser Fachgruppe möglich, überwiegend psychotherapeutisch tätig zu werden. Dies führte dann dazu, dass die volle Zulassung eines für das Gebiet der Psychiatrie zugelassenen Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie mit dem Faktor 0,7 auf die Bedarfsplanung in der Psychotherapie angerechnet wird und – wohl entgegen der Intention des Referentenentwurfs – nicht Versorgungslücken in der Psychiatrie geschlossen werden, sondern sich der Versorgungsgrad in der Psychotherapie erhöht. Dieser Effekt kann unabhängig davon eintreten, wie sich der Versorgungsgrad für die Psychotherapie im jeweiligen Bedarfsplanungsgebiet bereits heute darstellt. Vor diesem Hintergrund, insbesondere des Fachärztemangels im Bereich der Psychiatrie, regen wir an, dafür Sorge zu tragen, dass im Rahmen dieser Gesetzesregelung zuzulassende Vertragsärzte für Psychiatrie und Psychotherapie nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig werden.

10. Mit der Förderung medizinischer Versorgungszentren kann eine verbesserte flächendeckende Versorgung der Patienten nicht erreicht werden

Zu Nr. 50 Buchstabe d (§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 9 SGB V RefE-TSVG):

Mit der Einfügung der Ergänzung des besonderen Versorgungsangebotes medizinischer Versorgungszentren als Auswahlkriterium nunmehr unmittelbar in den Katalog des § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V soll ausweislich der Begründung des Ref-E die Position der MVZ gestärkt werden. Wir lehnen diese Regelung ab. Sie befördert bereits heute fortschreitende weitere Konzentrationsprozesse in der Versorgung zu Lasten einer pluralistischen Anbieterstruktur.

11. Die Ablehnung von Nachbesetzungsanträgen von Angestelltenstellen mangels Versorgungsnotwendigkeit durch den Zulassungsausschuss ist nicht sinnvoll

Zu Nr. 50 (§ 103 Absatz 4a Satz 4, 2. Halbsatz und § 103 Absatz 4b Satz 4, 2. Halbsatz SGB V RefE-TSVG):

Die Zulassungsausschüsse sollen Anträge auf Nachbesetzung einer Arztstelle in Zukunft ablehnen können, wenn eine Nachbesetzung aus Versorgungsgründen nicht erforderlich ist. Die DPTV lehnt eine solche Änderung ab. Sie steht in mehrfacher Weise in einem Zielkonflikt zu den Bemühungen des Gesetzgebers in den letzten Reformen des SGB V, durch die Flexibilisierung der rechtlichen Rahmenbedingungen – auch als Beitrag zur flächendeckenden Versorgung - mehr Mobilität und berufliche Flexibilisierung für Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, insbesondere der jüngeren Generation, jedoch auch mit Blick auf flexible Ausstiegsmöglichkeiten aus dem Beruf am Arbeitsmarkt zu ermöglichen:

Eine Prüfung der Versorgungsnotwendigkeit der Arztstelle erfordert zusätzliche Zeit. Ein Nachbesetzungsverfahren nach § 103 Absatz 3a, 4 SGB V dauert schon heute in den meisten Zulassungsbezirken wesentlich länger als die Nachbesetzung einer Arztstelle. Dies verträgt sich nicht damit, dass eine Arztstelle nicht länger als sechs Monate unbesetzt bleiben darf, bevor sie erlischt, zumal Arbeitnehmer, die sich aus einem anderen Beschäftigungsverhältnis auf eine Arztstelle bewerben, mit dessen Kündigung in der Regel bis zur Entscheidung des Zulassungsausschusses abwarten werden. Die benötigte Flexibilität am Arbeitsmarkt wird dadurch Schaden nehmen.

Häufig werden nicht ganze Stellen nachbesetzt, sondern Stellenanteile mit anderen Berufsträgern besetzt, dies oftmals auch nur für vorübergehende Zeiträume. Dass dabei die Stellen nach Anrechnungsfaktoren von jeweils 0,25 nach Maßgabe der Bedarfsplanungs-Richtlinie (dort § 51) aufgeteilt werden können, schafft z. B. für jüngere Ärztinnen und Ärzte mit Familie ebenso Flexibilität wie für ältere angestellte Ärztinnen und Ärzte und die Praxisinhaber. Wenn nun künftig bei jeder veränderten Aufteilung einer Arztstelle deren Entziehung zu besorgen wäre, wird auch dies der Mobilität und den flexiblen Arbeitszeitmodellen am Arbeitsmarkt erheblich schaden. Der RefE passt u.E. insoweit auch nicht zum Rechtsgedanken des § 103 Absatz 3a Satz 3 SGB V, wonach bei der Prüfung des „Ob“ einer Ausschreibung kein Ermessen der Zulassungsausschüsse besteht, sofern die Praxis von „einem angestellten Arzt des bisherigen Vertragsarztes“ (§ 103 Absatz 4 Satz 5 Nr. 6, 1. Alt. SGB V) weitergeführt werden soll.

12. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen in ländlichen Gebieten

Zu Nr. 50 (§ 103 Absatz 3b Satz 1 und 2 SGB V TSVG-RefE)

Die Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen für Neuniederlassungen in ländlichen Gebieten lehnen wir ab. Eine generelle Öffnung aller ländlichen Bereiche kann zu erheblichen Abwanderungen von ärztlichen/psychotherapeutischen Kapazitäten aus dem stationären Sektor in den ambulanten Sektor dieser Regionen führen.

Eine wohnortnahe Versorgung im Bereich der Psychotherapie im ländlichen Raum sollte gezielt und differenziert zum Beispiel durch kleinräumige Zulassungsbezirke und eine darauf bezogene

deutliche Verbesserung der Einwohner/Psychotherapeuten-Relation erfolgen. Dazu erwarten wir konkrete Vorgaben im Rahmen der ausstehenden Reform der Bedarfsplanung.

13. Anpassung der Regelung zur elektronischen Patientenakte auf die Berufsgruppe der Psychotherapeuten

Zu Nr. 83 (§ 291a Absatz 4 SGB V RefE-TSVG)

Es ist notwendig, die Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in alle Regelungen zur elektronischen Patientenakte einzubeziehen, weil auch Psychotherapeuten regulär an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Es bestehen keine strukturellen Unterschiede in Bezug auf die anderen genannten Berufsgruppen, die eine Ungleichbehandlung als sinnvoll erscheinen lassen könnten:

Psychotherapeuten haben Befundberichte zu erstellen und an andere Leistungserbringer (wie bspw. Ärzte, Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen) zu versenden, erhalten Berichte, sollen Medikationspläne einsehen und tragen zur Versorgung psychisch bedingter Akutfälle bei. Darüber hinaus stellen sie Verordnungen aus (Krankenhaus, Krankentransport, medizinische Rehabilitation und Soziotherapie) und müssen ebenso wie die genannten Berufsgruppen auf geschützte Gesundheitsdaten der Patienten zugreifen können. Gleiches muss auch für die Gehilfen der Psychotherapeuten gelten.

Änderungsvorschlag für § 291a Absatz 4 SGB V RefE-TSVG:

„(4) Zum Zwecke des Erhebens, Verarbeitens oder Nutzens mittels der elektronischen Gesundheitskarte dürfen, soweit es zur Versorgung der Versicherten erforderlich ist, auf Daten

1. nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ausschließlich

- a) Ärzte **und Psychotherapeuten**,*
- b) Zahnärzte,*
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,*
- d) Personen, die
 - aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder*
 - bb) in einem Krankenhaus*als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,*
- e) sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen,*

2. nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 bis 5 ausschließlich

- a) Ärzte **und Psychotherapeuten**,*
- b) Zahnärzte,*
- c) Apotheker, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten,*
- d) Personen, die*

- aa) bei den unter Buchstabe a bis c Genannten oder
 - bb) in einem Krankenhaus
- als berufsmäßige Gehilfen oder zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind, soweit dies im Rahmen der von ihnen zulässigerweise zu erledigenden Tätigkeiten erforderlich ist und der Zugriff unter Aufsicht der in Buchstabe a bis c Genannten erfolgt,
- e) nach Absatz 3 Satz 1 Nr. 1, beschränkt auf den lesenden Zugriff, auch Angehörige eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
 - f) ~~Psychotherapeuten~~

zugreifen. Die Versicherten haben das Recht, auf die Daten nach Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 Satz 1 zuzugreifen (...).“

14. Mit Einführung der elektronischen Patientenakte müssen angemessene Sicherheitsstandards zum Schutz der Sozialdaten der Patienten gewährleistet sein

Zu Nr. 83 und 89 (§§ 291a, 305 SGB V RefE-TSVG)

Die Schweigepflicht ist bei psychischen Erkrankungen ein besonders sensibles Thema. Die Psychotherapeuten erfahren im Rahmen der Behandlung persönliche und intime Informationen über ihre Patienten, die besonders schützenswert sind. Ob das TSVG den Patienten einen ausreichenden Schutz gegenüber den Begehrlichkeiten verschiedener Akteure an den Datensammlungen bietet, muss weiterhin sorgfältig geprüft werden. Im Rahmen des Zulassungsverfahrens und den damit einhergehenden Zugriffsrechten gemäß § 291b Abs. 1a Satz 13 SGB V plädiert die DPtV dafür, dass die Gesellschaft für Telematik nicht nur im ‚Benehmen‘ sondern im Einvernehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik für ein besonders hohes Sicherheitsniveau sorgt.

Bei der Befugnis zur Übermittlung von Leistungs- und Abrechnungsdaten durch Krankenkassen an Dritte gemäß § 305 Absatz 1 SGB V muss auch tatsächlich sichergestellt sein, dass eine Übermittlung der Daten nur auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten an von den Versicherten benannte Dritte eingesehen und übermittelt werden können. Nach Kenntnis der DPtV ist die in § 305 Absatz 1 SGB V erwähnte Richtlinie nach § 217f Absatz 4b SGB V bisher nicht veröffentlicht. Gemäß § 217f Absatz 4b SGB V sollte der GKV-Spitzenverband bis zum 31. Januar 2018 in Abstimmung mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik eine Richtlinie erlassen, in der Maßnahmen zum Schutz von Sozialdaten der Versicherten vor unbefugter Kenntnisnahme festgelegt sind. Aus Sicht der DPtV sind ausreichende Sicherheitsstandards für die Sozial- und Gesundheitsdaten der Versicherten unerlässlich. Solange die sensiblen Daten der Versicherten nicht ausreichenden Schutz erfahren, wird die Umsetzung der elektronischen Patientenakte keine Unterstützung in der Psychotherapeutenchaft finden.

Änderungsvorschlag für § 291b Abs. 1a Satz 13 SGB V RefE-TSVG:

*Für die Verfahren zum Zugriff der Versicherten nach § 291a Absatz 5 Satz 9 legt abweichend von Satz 5 bis 7 die Gesellschaft für Telematik im ~~Behörden~~ **Einvernehmen** mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik den Umfang der Zulassung für die erforderlichen Komponenten und Dienste einschließlich der Anforderungen an die Sicherheit und das Nähere zum Zulassungsverfahren fest.*

**15. Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit nicht zielführend
Zu Nr. 13 Ärzte-ZV (§ 19a Ärzte-ZV RefE-TSVG)**

Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzahl auf 25 Wochenstunden ist für den Bereich der Psychotherapie nicht notwendig bzw. geht fehl, weil die durchschnittliche Wochenarbeitszeit schon deutlich höher liegt. Versorgungslücken können so nicht geschlossen werden. Nach den Erhebungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung lagen die Zahlen für 2015 aus der Erhebung im Jahr 2016 bereits bei durchschnittlich 49 Wochenstunden, wovon 31 Stunden im direkten Patientenkontakt erfolgten. Die Zeit ohne Patientenkontakt wird verwendet für nicht vergütete Kooperations- und Koordinierungsleistungen sowie für notwendige Qualitätssicherung (Dokumentation, Berichte an Gutachter, Fortbildung, Intervention/Supervision) und Verwaltungsarbeit. Anstelle einer Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit wäre eine Entlastung von immer umfangreicher werdenden bürokratischen Tätigkeiten sinnvoll.

Psychotherapeuten und Ärzte benötigen Planungssicherheit hinsichtlich ihrer vertraglichen Pflichten und ihrer Praxisorganisation. Im Sinne eines Bestandschutzes ist die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten deshalb nicht zumutbar.

Die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit ist darüber hinaus der Attraktivität des Arzt- und Psychotherapeutenberufs in der niedergelassenen Tätigkeit nicht zuträglich, weil die freiberufliche Verantwortungsübernahme eingeschränkt werden würde. Gleiches gilt für Angestellte. Im Übrigen greift die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit in die Selbstverwaltung ein, weil hierdurch Regelungen des Bundesmantelvertrag-Ärzte betroffen sind, für die der Gesetzgeber keine Regelungskompetenz innehat.

Änderungsvorschlag für § 19a Ärzte-ZV:

*Es wird die ersatzlose Streichung in § 19a ZV für Ärzte vorgeschlagen:
~~Der Arzt übt seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig aus, wenn er an seinem Vertragsarztsitz persönlich mindestens 25 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden für gesetzlich Versicherte zur Verfügung steht.~~*