

Stellungnahme des Bundesverbands Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (BDPM) zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Zusammenfassung:

- Es sollen durch Ermächtigungstatbestände benachteiligte Personengruppen mit besonderen psychischen und sozialen Beeinträchtigungen einer Behandlung zugeführt werden
- Dafür sollen neue psychologische Behandlungstatbestände in die GKV eingeführt werden, die jedoch im Einzelnen nicht beschrieben werden
- Es fehlen valide Bedarfsanalysen und begründete Abschätzungen einer positiven Nutzenbewertung für die Personengruppen durch die vorgesehenen Ermächtigungen
- Mit möglicher Ausnahme bei Kindern- und Jugendlichen gibt es bereits ausreichende und gestufte Behandlungsstrukturen
- Die Verordnung zielt im Fokus auf Planungssicherheit einer interessierten Leistungsgruppe
- Die Verordnung steht im Konflikt mit dem Regelwerk des Gemeinsamen Bundesausschusses
- Die Perspektive einer unkalkulierbaren, aber vorhersehbar unkontrollierten Kostendynamik als politisches Entgegenkommen einer Leistungsgruppe in Verbindung mit erkennbarem politischem Marketing in Zeiten des Wahlkampfes ist bei der angespannten Finanzlage der Krankenkassen schwer nachvollziehbar und mit steigenden Mitgliedsbeiträgen der Versicherten nicht vereinbar

A: Problemstellung und Ziel

Die vorliegende Verordnung soll den psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungsbedarf besonders vulnerabler Personengruppen sicherstellen, insbesondere der intellektuell Beeinträchtigten, der unter einer bestehenden Suchterkrankung Leidenden oder der aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial Benachteiligten. Dafür soll durch einen neuen Ermächtigungstatbestand in der Zulassungsverordnung für Ärzte eine Sicherstellung in der kassenärztlichen Versorgung erzielt werden.

Stellungnahme des BDPM

Der BDPM begrüßt dabei ausdrücklich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen vom Verordnungsgeber in den Blick genommen werden.

Allerdings liegen über Minderversorgungstatbestände der betroffenen Personengruppen keine validierten Daten vor, auf die sich die Feststellung einer Versorgungslücke bei Anwendung der Wirtschaftlichkeitskriterien des § 12 SGB V stützen könnte.

Für die Psychotherapie regelt die vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassene Richtlinie auch die Behandlung dieser Personengruppen. Bei konsumierenden Suchtkranken ist die Behandlung weitgehend ausgeschlossen. Für sie gibt es ein gestuftes Vorgehen in Zusammenarbeit mit Suchttherapeuten in Beratungsstellen, Haus- und Fachärzten, Kliniken und Reha-Einrichtungen. Hier

gerät der Verordnungsentwurf bereits in ordnungspolitischen Widerspruch zur Regelungshoheit der Selbstverwaltung, die nur Nutzenbewährtes in die ambulante Versorgung aufnehmen darf. Ähnliches gilt für Menschen mit geistiger Behinderung oder Menschen mit erheblich eingeschränktem sozialem Funktionsniveau. Diese benötigen vordringlich gute und flächendeckende psycho-soziale Hilfe. Das ist allerdings Aufgabe der staatlichen Daseinsvorsorge, nicht der gesetzlichen Krankenkassen.

C: Alternativen

Keine

Stellungnahme des BDPM

Sehr wohl ist durch die angemessene Nutzung der bestehenden Strukturen und einer soliden Finanzierung von Beratungsstellen die Versorgung dieser Personengruppen gut zu bewerkstelligen. Die vorgeschlagene Regelung bedeutet eine Mehrbelastung der Krankenversicherten möglicherweise in Verbindung mit einem Rückzug der öffentlichen Hand aus der Finanzierung des Beratungssektors.

D: Haushaltsaufgaben ohne Erfüllungsaufwand

Es werden 10.000 Fälle angenommen und Fallwerte für Richtlinienpsychotherapie zugrunde gelegt

Stellungnahme des BDPM

Der Verordnungsgeber nennt zutreffend eine nicht kalkulierbare Kostendynamik für die Krankenversicherten. Da, wie weiter unten ausgeführt wird, hier ein neues Tätigkeitsfeld der (heilkundlichen?) Psychologie unter dem Etikett der Psychotherapie geschaffen werden soll, kann sich die Kostendynamik sehr leicht in einen 3stelligen Millionenwert entwickeln.

Die im Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hinterlegten Fallwerte sind hier nicht anwendbar, da diese auf ein Leistungsgeschehen von über 90% Richtlinienpsychotherapie aufsetzen. Richtlinienpsychotherapie ist jedoch bei diesen Personenkreisen aus fachlichen und Gründen der Nutzungsbewertung ausgeschlossen oder eingegrenzt, sicherlich aber nicht darstellbar auf den Grundlagen, auf denen der Honorarbericht aufsetzt.

Die geschätzten 10.000 Fälle entbehren einer nachvollziehbaren Feststellungsgrundlage. Der adressierte Personenkreis umfasst Hunderttausende oder mehr. In Anbetracht der regulären Behandlungsanzahlen in Millionenhöhe wären bei den im Vergleich dazu verschwindend geringen 10.000 Fällen keine Änderung der Zulassungsverordnung notwendig.

Dieser neu eingeführte Behandlungstatbestand ohne valide Nutzenbewertung würde mittelfristig die Notwendigkeit von neuen Abrechnungsziffern für nicht-ärztliche Psychotherapeuten nach sich ziehen oder eine Aufhebung bestehender kosteneinschränkender Regelungen, um diese Versorgung überhaupt abzubilden. Dies würden dann eine unkalkulierbare und nur noch schwer kontrollierbare Kostendynamik verursachen.

1. Neuer Ermächtigungstatbestand § 31 Zulassungsverordnung Ärzte

Beabsichtigte Regelung in § 31 Zulassungsverordnung Ärzte:

Ein verbesserter Zugang zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung für vulnerable Patientengruppen (mit intellektuellen oder anderen erheblichen Beeinträchtigungen und/oder Suchterkrankungen).

Dafür soll folgender Passus in die Zulassungsverordnung eingefügt werden:

„Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sind vom Zulassungsausschuss auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Personen, die intellektuell beeinträchtigt sind, unter einer bestehen den Suchterkrankung leiden oder aufgrund eines erheblich eingeschränkten Funktionsniveaus sozial benachteiligt sind, zu ermächtigen. Voraussetzung für die Ermächtigung nach Satz 3 ist der Nachweis einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung mit einem medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, einer Einrichtung der Suchthilfe, der Krisenhilfe oder der sozialpsychiatrischen Dienste oder einer vergleichbaren Einrichtung.“

Stellungnahme des BDPM

Der BDPM begrüßt ausdrücklich die Intention des Staates, die Schwachen der Gesellschaft in den Blickpunkt zu rücken und für deren Dasein Vorsorge und Fürsorge anzunehmen. Die Personengruppen bedürfen in der Tat besonderer Zuwendung. Für deren Sicherstellung ist der Staat im Rahmen der Daseinsvorsorge und auch verpflichtet. Problematisch wird daher die Kürzung der dafür bereitgestellten Haushaltsmittel von 30% im Jahr 2023 gesehen, da die psychosoziale Betreuung hier meist im Vordergrund steht.

Die hier vorgesehene Regelung bedeutet die Möglichkeit einer strukturellen Weichenstellung einer neu gedachten Versorgung dieser Personengruppen. Bei den zu ermächtigenden „Ärzten“ in der Zulassungsverordnung sind auch nicht-ärztliche Psychotherapeuten inkludiert. Das ist für die meisten Entscheidungstragenden allerdings nicht sofort evident, ebenso wenig wie die dahinterstehende mögliche Intention.

Die ärztliche Betreuung dieser Patientengruppen ist in aller Regel schon jetzt gewährleistet und wird nach den Regularien der in § 12 SGB V gebotenen Wirtschaftlichkeitskriterien mit ärztlicher Sorgfalt durchgeführt. Sie kann bei der auch mittelfristig begrenzten „Ressource Arzt“ nicht ausgeweitet werden. Zahlen, die eine ärztliche „Mangelversorgung“ dieser Personengruppen belegen, sind nicht hinterlegt und auch nirgends valide auffindbar.

Medizinische Behandlungszentren nach §119c SGB V sind bereits jetzt zu ermächtigen. Wohl könnten jedoch neu approbierte Psychologen (nicht-ärztliche Psychotherapeuten nach neuem Gesetz), die in ihre Weiterbildungsinhalte Aufgabenfelder jenseits der Psychotherapie einpflegen, hier in großer Zahl tätig werden.

Dieser Verordnungsentwurf ermöglicht dafür eine strukturelle Weichenstellung. Psychologische Weiterbildungsinstitute sind beispielsweise demnach vom Zulassungsausschuss zu ermächtigen, ohne dass dieser hier durch die kontextuelle Einbettung der Regelung in die gesetzliche und untergesetzliche Normgebung regulierend eingreifen könnte (Zulassungsverordnung § 31). Die neu geschaffenen psychologischen Weiterbildungsinstitute, aber auch alle anderen an der neu geführten psychologischen Weiterbildung beteiligten Strukturen, die ein nachvollziehbares Interesse an Akquise

neuer Leistungen und Tätigkeitsfelder haben, aber nicht nur sie, könnten so zu einem nicht steuerbaren Leistungsgeschehen führen.

Der interessierte Personenkreis umfasst auch alle nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, die keine Kassenzulassung haben.

Daher wird im Abschnitt Kosten und Erfüllungsaufwand zu Recht darauf hingewiesen, dass hier unkalkulierbare Mehrkosten möglich sind.

Inhaltlich muss in diesem Zusammenhang gefragt werden, ob die Behandlungen, die zudem häufig außerhalb der Kontrolle durch die Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt werden, auch sinnvoll sind und den Kriterien des § 12 SGB V entsprechen. Beispielsweise ist im Zusammenhang mit Sucht und persistierendem Substanzgebrauch psychotherapeutische Behandlung mehr als fragwürdig und unterliegt daher im KV-System klar regulierten Beschränkungen.

Ähnliches gilt für die psychotherapeutische Behandlung intellektuell sehr eingeschränkter Personen. Selbstverständlich ist psycho-soziale Betreuung dieser Menschen erforderlich. Allerdings ist das bislang Aufgabe des Beratungssektors.

Interessanterweise sieht die Verordnung explizit keine Evaluation vor.

Insgesamt entsteht auch der Eindruck, dass die obligatorische Anbindung an externe Strukturen die Behandlung von Personengruppen ohne Eigenmotivation sicherstellen sollen, um – so in der Begründung – eine Planungssicherheit für Leistungserbringende zu garantieren.

So wird der Erfüllungsaufwand auch kalkuliert, übrigens nur für Psychotherapeuten! Das Psychiatrische fungiert hier mehr als Deckmantel oder Strukturmerkmal.

Daran ist auch erkennbar, dass es sich um eine Verordnung zur Deckung und Sicherung eines Bedarfs einer Leistungsgruppe handelt, spürbar vorangetrieben durch ihre Interessensvertreter. Folgerichtig wird in der Begründung auch eindeutig und letztendlich auf die Planungssicherheit der Interessensgruppe abgehoben.

Dabei wird vollkommen übersehen, dass bei Menschen mit fehlender Eigenmotivation, egal ob sie nicht wollen oder nicht können, keine psychotherapeutischen Behandlungserfolge zu erzielen sind. Das ist mit zahlreichen Studien belegt. Hingegen brauchen diese Menschen eine gute und verlässliche psycho-soziale Betreuung, die aber kein Gegenstand der gesetzlichen Krankenversorgung ist und auch nicht einfach dahin abgeschoben werden kann.

Bei der neu gedachten Versorgung geht es um heilkundliche Psychologie, ein Terminus, der den Ausbildungsgang nicht-ärztlicher und fehletikettierter „Psychotherapeuten“ reflektiert, und so über derartige Weichenstellungen ihren Eingang in die gesetzlich finanzierte Gesundheitsversorgung findet.

Das bedarf aber einer vorangegangenen grundlegenden Diskussion und einer validen Exploration des Bedarfs, der auf Seiten der Anbieter wohl gegeben sein mag, und einer danach erst möglichen Abschätzung der Folgekosten.

Darüber hinaus impliziert ein sich ausweitendes nicht-ärztliches Leistungsgeschehen mittels der Ermächtigung psychologischer Leistungserbringender auf komplexe Erkrankungen (psychische und chronisch körperliche! Leidenszustände) bislang weithin ungelöste Haftungsfragen. Zudem besteht die Gefahr, dass weitere wenig sinnvolle medizinische Leistungen dadurch ausgelöst werden, die ihrerseits zu weiteren Engpässen in der regulären Krankenversorgung führen.

Als realistisch anzusehen ist auch die Perspektive der Ermächtigten, nach Erkennen des fehlenden Nutzens in die Regelversorgung überzugehen. Damit würde aber die Verordnung an einer zweiten

Stelle, nämlich der Bedarfsplanung, in einen untergesetzlichen Normgeberkonflikt mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss geraten.

2. Anmerkung zu Behandlung der Kostenentwicklung bei ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungstragenden

Bei der ärztlichen Versorgung, selbst bei der hausärztlichen Entbudgetierung, spielt die Kostenneutralität oder zumindest die Kostendämpfung eine stets herausragende Rolle in Gesetzgebungsverfahren, obwohl bei der eher abnehmenden Quantität an Leistungstragenden im ärztlichen Bereich hier keinerlei Gefahr einer Kostenexplosion anzunehmen oder vorstellbar ist. Im Gegenteil: Hierbei würden drängende Versorgungsengpässe ökonomisch gelöst werden. Umso mehr erstaunt, dass bei der Möglichkeit für nicht-ärztliche Psychotherapeuten, neue Tätigkeitsfelder zu eröffnen, die Kostenfrage nie eine Rolle spielt. Sie wird entweder als „anzunehmend“ oder „nicht kalkulierbar“ angegeben. Dabei handelt es sich hier nicht um einen Mangel-, sondern um einen Massenberuf, der selbstverständlich mit einer Kostendynamik verknüpft ist.

Es ist in diesem Rahmen schwer nachvollziehbar, dass fachärztliche Versorgung zu Teilen unvergütet bleibt, was mit Kostenentwicklungen begründet wird, auf der Seite der nicht-ärztlichen Leistungserbringenden jedoch neuartige Weichenstellungen mit unkalkulierbarer Kostendynamik ohne vorherige fachliche und inhaltliche Validierung in die Gesetzes- und Verordnungsvorhaben eingehen.

Die Begünstigung einzelner Leistungstragender durch die ausnahmsweise Hinnahme von Kostenentwicklungen ohne vorhergehende Nutzenbewertung und geplante Evaluation ist angesichts der angespannten Finanzlage der Krankenkassen schwer nachvollziehbar. Bei steigenden Beiträgen für die Versicherten und die Wirtschaft wäre eine ehrliche Kommunikation einzufordern: Hier wird nicht für Benachteiligte etwas getan, sondern in erster Linie für eine Berufsgruppe.

Grund dieser dynamischen Entwicklung ist das neue Psychotherapeutengesetz, das bislang keine Lösungen, aber vielfältige Probleme und Kostenentwicklungen nach sich gezogen hat. Das Gesetz führt Teile der Psychologie in die Heilkunde ein. Das bedarf aber jeweils einer zusätzlichen Finanzierung!

Berlin, 10. Dezember 2024

Dr. Christian Messer
Präsident

Korrespondenz:

Geschäftsstelle
Bundesverband Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (BDPM)
Frau Margit Henniger und Frau Sebastiana Pennisi
Keithstraße 39
10787 Berlin
Tel.: 030 – 397 18 464
Mail: info@bdpm-online.de