



Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030/ 275838-105

Dr. Ulrich Orlowski

Ministerialdirektor

Leiter der Abteilung 2
Gesundheitsversorgung
Krankenversicherung

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 53107 Bonn
11055 Berlin

TEL +49 (0)228 99 441-2000 / 1330

FAX +49 (0)228 99 441-4920 / 4847

E-MAIL ulrich.orkowski@bmg.bund.de

213-21432-07

Berlin, 9. September 2016

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 16. Juni 2016

hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:

Strukturereform der ambulanten Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

unter Berücksichtigung Ihres Schreibens vom 19. August 2016 ergeht zu dem o. g. Beschluss über eine Änderung der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) folgende Entscheidung nach § 94 SGB V:

1. § 38 der PT-RL (Einsatz der Dokumentationsbögen) sowie Anlage 2 der PT-RL (Dokumentationsbögen) werden beanstandet.
2. Im Übrigen wird der Beschluss nicht beanstandet und kann insoweit formal in Kraft treten. Er ist unverzüglich im Bundesanzeiger zu veröffentlichen. Die Nichtbeanstandung dieser Regelungen wird mit folgenden Auflagen verbunden:

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wird aufgegeben,

- a. § 11 PT-RL durch einen Änderungsbeschluss so zu fassen, dass das Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde nicht als eine „Kann“-Leistung bezeichnet wird und der Zugang der Versicherten zur ambulanten Psychotherapie auch in dem Falle gewährleistet ist, dass zu Beginn der vorgesehenen Geltung der neuen Richtlinienregelungen am 1. April 2017 noch nicht genügend Sprechstunden vorgehalten werden,

- b. wie im Schreiben des G-BA vom 19. August 2016 angekündigt Änderungen in § 11 Absatz 15 Satz 1, § 34 Satz 1 sowie § 35 Absatz 3 Nummer 7 PT-RL zu beschließen sowie die ebenfalls angekündigten Korrekturen offener Unrichtigkeiten in § 20 PT-RL vorzunehmen.
3. Die zur Umsetzung der Auflagen erforderlichen Änderungen sind spätestens bis zum 30. November 2016 zu beschließen und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Prüfung nach § 94 SGB V vorzulegen.

Zudem wird auf Folgendes hingewiesen:

- Im Hinblick auf die nähere Ausgestaltung des Anzeigeverfahrens für eine Akutbehandlung gemäß § 32 PT-RL in der Psychotherapie-Vereinbarung geht das BMG davon aus, dass auch die Formulare für die Anzeige – entsprechend den geltenden Formularen für die Antragstellung auf Psychotherapie – eine Einwilligungserklärung der Versicherten zur Mitteilung der personenbezogenen Daten an die Krankenkasse durch die Therapeutin oder den Therapeuten vorsehen werden, um den Anforderungen des § 60 SGB I gerecht zu werden.
- Soweit in § 33 Absatz 1 PT-RL neben der gesetzlichen Regelung in § 13 Absatz 3a SGB V eine Genehmigungsfiktion für Anträge auf Kurzzeittherapie geregelt ist, hat die Krankenkasse entsprechend dem Wortlaut in § 33 Absatz 1 Satz 4 PT-RL („spätestens mit Ablauf von 3 Wochen“) weiterhin vor Ablauf der 3-Wochen-Frist über einen Antrag zu entscheiden, wenn eine frühere Entscheidung möglich ist. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen die Anspruchsvoraussetzungen unzweifelhaft vorliegen oder eine frühere Bescheidung des Antrags erforderlich ist, um einen zeitnahen Beginn oder eine nahtlose Weiterführung der Therapie zu gewährleisten. Eine Praxis, wonach die Krankenkassen Anträge auf Kurzzeittherapie zur eigenen Entlastung grundsätzlich unbeantwortet lassen, wäre sowohl mit den gesetzlichen Vorgaben als auch mit den Vorgaben der PT-RL nicht vereinbar.

Begründung

1. § 38 PT-RL in Verbindung mit Anlage 2 PT-RL sieht den Einsatz von Dokumentationsbögen vor, die neben umfangreichen medizinischen und anderen Angaben über den oder die Versicherte auch die Versichertennummer enthalten. Die Versichertennummer ist mit dem unver-

änderbaren Teil zur Identifikation des Versicherten (§ 290 Absatz 1 Satz 2 SGB V) ein personenbezogenes Datum. Damit stellen die mit diesen Dokumentationsbögen zu erhebenden Daten personenbezogene Daten besonderer Art nach § 3 Absatz 9 BDSG dar.

Der G-BA hat nicht darlegen können, warum die Angabe der Versichertennummer für die von ihm benannten Zwecke der Verwendung der Dokumentationsbögen erforderlich sein sollte. Für den Zweck „Ergänzende Information der Gutachter“ räumt der G-BA selbst ein, dass auf eine Übermittlung der Versichertennummer an den Gutachter verzichtet werden könne, weil dies für die Begutachtung nicht erforderlich sei, denn mit dem bisher umgesetzten Verfahren könne die für den Einzelfall notwendige Zuordnung des Begutachtungsergebnisses zum Antrag des Versicherten erfolgen. Dementsprechend regelt die geltende Psychotherapie-Vereinbarung in § 12 Absatz 11 Satz 1, dass dem Gutachter sowohl vom behandelnden Therapeuten als auch von der Krankenkasse nur solche Unterlagen zur Verfügung gestellt werden dürfen, auf denen die Personaldaten (personenbezogene Daten) des Patienten anonymisiert sind. Auch für die angestrebte Evaluation ist nach Auskunft des G-BA keine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorgesehen. Daraus folgt, dass auch für diesen Zweck die Angabe der Versichertennummer nicht erforderlich ist.

§ 38 PT-RL sowie Anlage 2 PT-RL sind daher als rechtswidrig anzusehen und werden beanstandet, weil diese Regelungen eine für die genannten Zwecke nicht erforderliche Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten vorsehen.

Es bleibt dem G-BA unbenommen, die beanstandeten Regelungen insbesondere durch den Verzicht auf einen Personenbezug so zu ändern, dass sie mit dem Datenschutzrecht vereinbar sind. Im Rahmen einer hierfür erforderlichen Beschlussfassung wäre es jedoch erforderlich, dass sich der G-BA mit den im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingegangenen Einwänden und Änderungswünschen, insbesondere auch im Hinblick auf die fachliche Fundiertheit der vorgesehenen Dokumentationsparameter, inhaltlich auseinandersetzt und die wesentlichen Gründe für eine etwaige Nichtberücksichtigung gemäß § 10 Absatz 3, 1. Kapitel Verfahrensordnung in den tragenden Gründen bzw. der zusammenfassenden Dokumentation dokumentiert.

2. Der Beschluss wird im Übrigen nicht beanstandet, so dass er ohne § 38 und Anlage 2 im Bundesanzeiger veröffentlicht werden und formal in Kraft treten kann. Insbesondere damit die Bundesmantelvertragspartner auf dieser Grundlage bereits über die zur Umsetzung erforderlichen Änderungen und Ergänzungen der Psychotherapie-Vereinbarung sowie des einheitlichen Bewertungsmaßstabes beraten können, ist eine unverzügliche Bekanntmachung im Bundesanzeiger vorzunehmen. Diese Nichtbeanstandung ist jedoch mit den nachfolgend im Einzelnen näher

begründeten Auflagen verbunden, die den G-BA verpflichten, die jeweils aufgeführten neuen Regelungen rechtzeitig vor ihrem vorgesehenen Geltungsbeginn am 1. April 2017 so anzupassen, dass sie den rechtlichen Vorgaben umfassend gerecht werden.

a) Der Beschluss sieht in § 11 PT-RL Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden vor. Für die weitergehende Behandlung einer oder eines Versicherten im Rahmen von probatorischen Sitzungen, psychotherapeutischer Akutbehandlung, Kurzzeit- oder Langzeittherapie wird die Inanspruchnahme einer Sprechstunde von mindestens 50 Minuten Dauer grundsätzlich zu einer verpflichtenden Voraussetzung gemacht (§ 11 Absatz 1 Satz 2, Absatz 7 Satz 2 PT-RL). Therapeutinnen oder Therapeuten sollen demgegenüber nicht verpflichtet sein, Sprechstunden anzubieten (§ 11 Absatz 2 PT-RL).

Eine Regelung, nach der es der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten generell freisteht, psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten, ist von der Richtlinienkompetenz des G-BA nicht umfasst. Gemäß § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V beschließt der G-BA u.a. Regelungen zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden. Der Regelungsauftrag bezieht sich dabei insbesondere auf das „wie“ der Einrichtung psychotherapeutischer Sprechstunden, nicht auf die Frage, ob überhaupt psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten sind. Bei der psychotherapeutischen Sprechstunde handelt es sich um eine spezifische Leistung, die der Verbesserung der Versorgung dient und die der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen hat.

Die Sicherstellung der Versorgung – auch mit psychotherapeutischen Sprechstunden – obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrags. Die Bedeutung der Sicherstellung der Versorgung mit psychotherapeutischen Sprechstunden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Gesetzgeber mit der Einbeziehung der Vermittlung eines Termins für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden in die Terminvermittlung durch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzurichtenden Terminservicestellen ausdrücklich unterstrichen.

Mit der Zulassung ist der Vertragspsychotherapeut zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrags berechtigt und verpflichtet. Ob der einzelne Psychotherapeut verpflichtet ist, psychotherapeutische Sprechstunden anzubieten, oder es sich bei dem Angebot um ein Freiwilliges handelt, betrifft die vertragsärztlichen Pflichten des Vertragspsychotherapeuten im Verhältnis zur jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Eine Regelung in der PT-RL des G-BA, die es dem Vertragspsychotherapeuten ermöglicht, ein Leistungsangebot, das für den Zugang der Patientinnen und Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung essentiell ist, abzulehnen, kollidiert insoweit mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Durch die vom G-BA vorgesehene Regelungskonstruktion ist zudem nicht hinreichend sichergestellt, dass die Versicherten bereits zu Beginn der vorgesehenen Geltung der neuen Richtlinienregelungen am 1. April 2017 in dem erforderlichen Umfang Zugang zur Inanspruchnahme von Sprechstunden und damit generell zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung haben werden. Die Prognose des G-BA, wonach bis zum 1. April 2017 ein ausreichender Vorlauf bestehe, um das benötigte Angebot freiwillig zu schaffen, ist nicht hinreichend fundiert, um die Sicherstellung einer flächendeckenden, vertragspsychotherapeutischen Versorgung allein hierauf stützen zu können. Dies gilt insbesondere im Hinblick darauf, dass die Höhe der Vergütung für die Sprechstunde ein relevanter Faktor für die Entscheidung darstellen dürfte, ob und ggf. in welchem Umfang und organisatorischen Rahmen eine Psychotherapeutin oder ein Psychotherapeut freiwillig Sprechstunden anbieten wird. Da der einheitliche Bewertungsmaßstab nach § 87 Absatz 5b Satz 2 SGB V innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA anzupassen ist, liegt die Entscheidung über die Bewertung der Sprechstunde ggf. erst im März 2017 vor. Der Vorlauf für eine fundierte Entscheidung über das Angebot einer Sprechstunde und die Schaffung entsprechender organisatorischer Voraussetzungen würde somit ggf. weniger als einen Monat betragen.

Dem G-BA wird daher aufgegeben, § 11 PT-RL durch einen Änderungsbeschluss so zu fassen, dass die Versorgung mit der Leistung der psychotherapeutischen Sprechstunde sichergestellt und der Zugang der Versicherten zur ambulanten Psychotherapie zu Beginn der vorgesehenen Geltung der neuen Richtlinienregelungen am 1. April 2017 gewährleistet ist. Hierfür ist es zwingend erforderlich, dass der G-BA auf die Benennung der psychotherapeutischen Sprechstunde als freiwillige „Kann“-Leistung verzichtet, wobei damit nicht ausgeschlossen werden muss, dass es im Einzelfall hinreichende Gründe für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geben kann, die eine Ausnahme von der grundsätzlichen vertragspsychotherapeutischen Pflicht zur Erbringung von Sprechstunden rechtfertigen. Wenn der G-BA an der grundsätzlich verpflichtenden Inanspruchnahme einer Sprechstunde als Zugangsvoraussetzung für Versicherte zur weiteren ambulanten Psychotherapie festhalten will, dürfte zudem eine Übergangsregelung als erforderlich anzusehen sein, bis ein hinreichendes, flächendeckendes Angebot an Sprechstunden aufgebaut ist. Aus Sicht des BMG kann es sinnvoll sein, sich ggf. stellende Fragen im Zusammenhang mit der Umsetzung dieser Auflage vor der Fassung des Änderungsbeschlusses gemeinsam zu erörtern. Soweit der G-BA diese Möglichkeit wahrnehmen möchte, wird um Rückmeldung zur Vereinbarung eines Gesprächstermins gebeten.

b) Der G-BA hat im Schreiben vom 19. August 2016 angekündigt, Änderungen in § 11 Absatz 15 Satz 1, § 34 Satz 1 sowie § 35 Absatz 3 Nummer 7 PT-RL zu beschließen sowie Korrekturen offener Unrichtigkeiten in § 20 PT-RL vorzunehmen. Mit diesen vorgesehenen Änderungen greift

der G-BA entsprechende Nachfragen im Schreiben des BMG vom 1. August 2016 auf. Den rechtlichen Bedenken des BMG wird damit hinreichend Rechnung getragen. Dem G-BA wird daher aufgegeben, wie von ihm angekündigt Änderungen in den genannten Paragraphen zu beschließen.

Im Hinblick auf die vorgesehene Klarstellung in § 34 Satz 1, wonach auf Anforderung der Krankenkasse im Einzelfall auch für die Kurzzeittherapie ein Bericht an einen Gutachter zu erstellen ist, wird angeregt, die in den tragenden Gründen dargestellte Bürokratiekostenermittlung zu prüfen, soweit sie auf einer generellen Abschaffung des Gutachterverfahrens für die Kurzzeittherapie basiert.

3. Damit die zur Umsetzung der Auflagen erforderlichen Änderungen rechtzeitig vor dem vorgesehenen Geltungsbeginn der Neuregelungen der PT-RL am 1. April 2017 beschlossen werden und nach Prüfung des BMG gemäß § 94 SGB V in Kraft treten können, wird dem G-BA eine Frist zur Beschlussfassung und Vorlage an das BMG bis zum 30. November 2016 gesetzt.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag

Dr. Ulrich Orłowski

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann binnen eines Monats nach Zugang schriftlich oder elektronisch gemäß § 65a SGG in Verbindung mit der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle beim Landesozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam Klage erhoben werden.