Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin

Dr. Josephine Tautz
Ministerialrätin
Leiterin des Referates 213
"Gemeinsamer Bundesausschuss,
Strukturierte Behandlungsprogramme
(DMP), Allgemeine medizinische Fragen in
der GKV"

HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)30 18 441-4514
FAX +49 (0)30 18 441-3788
E-MAIL 213@bmg.bund.de
INTERNET www.bundesgesundheitsministerium.de

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

vorab per Fax: 030/ 275838-105

Berlin, 1. August 2016
AZ 213 – 21432-07

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 16. Juni 2016
hier: Änderung der Psychotherapie-Richtlinie:
Strukturreform der ambulanten Psychotherapie

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Vorlage des o.a. Beschlusses vom 16. Juni 2016, der einer fristgerechten Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V dient. Im Rahmen der rechtsaufsichtlichen Prüfung des Beschlusses nach § 94 SGB V hat sich für das Bundesministerium für Gesundheit der nachfolgend dargestellte Erläuterungsbedarf ergeben, zu dem ich Sie um zusätzliche Informationen bzw. eine ergänzende Stellungnahme bitte.

I. Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden

1. Der Beschluss sieht in § 11 der Psychotherapie-Richtlinie (PT-RL) die Einrichtung psychotherapeutischer 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). Ausnahmen von dieser Verpflichtung sind in § 11 Absatz 8 PT-RL geregelt. Therapeutinnen oder Therapeuten sind demgegenüber nicht verpflichtet, Sprechstunden anzubieten (§ 11 Absatz 2 PT-RL). Für den Fall, dass sich eine Therapeutin oder ein Therapeut für das Angebot von Sprechstunden entscheidet, gelten bestimmte Vorgaben. Nach § 11 Absatz 14 PT-RL haben Therapeutinnen und Therapeuten, die Sprechstunden anbieten, pro Woche bei einem vollen Versorgungsauftrag

mindestens 100 Minuten und bei einem hälftigen Versorgungsauftrag mindestens 50 Minuten für Sprechstunden zur Verfügung zu stellen.

Ausgehend von den Zahlen, die der G-BA im Rahmen seiner Bürokratiekostenermittlung zu Grunde gelegt hat, beginnen etwa 500.000 Patientinnen und Patienten pro Jahr eine Psychotherapie. Um allein den Bedarf an Sprechstunden für diese Patientinnen und Patienten von mindestens je 50 Minuten abzudecken, ist rein rechnerisch ein Angebot in der Größenordnung von etwa 10.000 Sprechstunden à 50 Minuten pro Woche erforderlich. Wenn dieses Mindestvolumen nicht bereits zu Beginn der vorgesehenen Geltung der neuen Richtlinienregelungen am 1. April 2017 vorgehalten wird, etwa weil das freiwillige Angebot an Sprechstunden sich erst sukzessive entwickelt, wäre der Zugang der Versicherten zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt.

Vor diesem Hintergrund wird der G-BA um Stellungnahme gebeten, wie der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen erfüllt und eine ausreichende Versorgung mit psychotherapeutischen Sprechstunden – auch im Hinblick auf die Umsetzung des § 75 Absatz 1a Satz 13 SGB V zur Vermittlung von Terminen für ein Erstgespräch im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunden durch die Terminservicestellen – gewährleistet werden soll. In diesem Zusammenhang wird auch um Stellungnahme gebeten, ob der G-BA nicht für einen gewissen Zeitraum ab der vorgesehenen Geltung des Beschlusses eine Übergangsregelung für erforderlich hält, wonach auch Versicherte, die nicht unter die Ausnahme nach § 11 Absatz 8 PT-RL fallen, eine psychotherapeutische Behandlung ohne die vorherige Inanspruchnahme einer Sprechstunde beginnen können, wenn in der Anfangszeit noch nicht genügend Sprechstunden angeboten werden, um den erforderlichen Bedarf zu decken.

2. § 11 Absatz 15 PT-RL sieht vor, dass die Patientin oder der Patient und, soweit erforderlich, die Sorgeberechtigten ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte“) sowie eine schriftliche Rückmeldung zum Ergebnis der Sprechstunde („Individuelle Patienteninformation“) erhalten. Das Nähere hierzu soll die Psychotherapie-Vereinbarung regeln.

Weder der Regelungstext noch die tragenden Gründen zu der betreffenden Regelung enthalten eine nähere Bestimmung dazu, welche Inhalte in der individuellen Patienteninformation enthalten sein sollen, insbesondere ob und ggf. welche Feststellungen bzw. Hinweise zur ersten Diagnosestellung, zu Behandlungsempfehlungen oder zu anderen Hilfemöglichkeiten darin zu dokumentieren sind. Es stellt sich die Frage, ob es sich bei der näheren Bestimmung der Inhalte

der individuellen Patienteninformation nicht um einen wesentlichen Gegenstand des Regelungsauftrags nach § 92 Absatz 6a SGB V handelt, der nicht der Umsetzung durch die Bundesmantelvertragspartner überlassen werden kann, sondern vom G-BA in den wesentlichen Grundzügen selbst geregelt werden müsste. Der G-BA wird hierzu um Stellungnahme gebeten.

II. Anzeigeverfahren für die Durchführung von Akutbehandlung

Der Beschluss sieht in § 32 PT-RL die Einführung eines Anzeigeverfahrens für die mit dem Beschluss neu eingeführte psychotherapeutische Leistung der Akutbehandlung nach § 13 PT-RL vor. Im Gegensatz zu den Leistungen der Kurzzeittherapie und der Langzeittherapie, bei denen der G-BA weiterhin – wie auch bereits nach der geltenden PT-RL – das Erfordernis einer vorherigen Antragstellung bei der Krankenkasse vorsieht (§ 33 PT-RL), wurde bei der Akutbehandlung das einfachere Anzeigeverfahren gewählt, um den Versicherten bei akuten psychischen Störungen eine erste psychotherapeutische Behandlung ohne Wartezeit zu ermöglichen. Im Rahmen der Anzeige der Behandlung gegenüber der Krankenkasse soll der behandelnde Therapeut bzw. die behandelnde Therapeutin der Krankenkasse vor Beginn der Behandlung die Diagnose und das Datum des Behandlungsbeginns der Akutbehandlung mitzuteilen haben.

Der Beschluss und die tragenden Gründe enthalten keine Ausführungen zum Zweck der Anzeige nach § 32. Wenn die Anzeige grundsätzlich dazu dienen soll, die Krankenkasse in die Lage zu versetzen, das Bestehen der Leistungspflicht im Einzelfall prüfen zu können, auch wenn die Behandlung bereits begonnen hat, setzt dies voraus, dass im Rahmen der Anzeige auch insbesondere den Betroffenen identifizierende Daten (Name, Anschrift, Versichertennummer) übermittelt werden. Als Rechtsgrundlage für die Datenerhebung der Krankenkassen kommt demnach § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 SGB V grundsätzlich in Betracht, soweit diese Daten für diese Aufgabe erforderlich sind. Für die Datenübermittlungsbefugnis des Therapeuten ist die allgemeine Obliegenheit des Versicherten zu berücksichtigen, seiner Krankenkasse die für die Leistungspflicht erheblichen Tatsachen mitzuteilen und der Erteilung der erforderlichen Auskünfte Dritter zuzustimmen (§ 60 SGB I). Die geltenden Vordrucke für die Antragstellung auf Psychotherapie, die Teil des Bundesmantelvertrags sind, sehen daher eine Einverständniserklärung des Versicherten zur Mitteilung der Daten durch den Therapeuten vor.

Der G-BA wird in diesem Zusammenhang um Stellungnahme gebeten zum Zweck der Anzeige, den ggf. zu übermittelnden personenbezogenen Daten, der Erforderlichkeit der Datenübermittlung dieser Daten – insbesondere bezüglich der Diagnose und des

Behandlungsbeginns – sowie den Rechtsgrundlagen, auf die die Datenerhebung und -übermittlung gestützt wird.

III. Gutachterverfahren im Rahmen der Beantragung von Kurzzeittherapie

Nach den mit dem Beschluss geänderten Vorgaben zum Gutachterverfahren soll ein Antrag auf eine Kurzzeittherapie nach § 34 Satz 1 PT-RL nur noch in Ausnahmefällen gutachterpflichtig sein. Die Regelung verweist hierzu ausdrücklich auf Ausnahmefälle „nach § 13 Absatz 4 Satz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung in der Fassung vom 15.01.2015“. Dieser Satz in der Psychotherapie-Vereinbarung lautet jedoch: „Die Krankenkasse kann grundsätzlich jeden Antrag einem Gutachter zur Prüfung übergeben, sofern sie dies für erforderlich hält.“ Diese Bezugnahme lässt keine Kriterien erkennen, wonach ausnahmsweise eine Notwendigkeit für ein Gutachterverfahren bei einer Kurzzeittherapie besteht, sondern beschreibt vielmehr als Regelfall, dass die Krankenkasse für jeden Antrag eine Gutachterpflicht feststellen kann. Es erscheint daher unklar, ob von der in der PT-RL nun grundsätzlich vorgesehenen Gutachterfreiheit für Kurzzeittherapie nur in einem, ggf. noch näher zu definierenden Ausnahmefall abgewichen werden kann, oder ob sie jederzeit unter den Vorbehalt einer abweichenden Entscheidung der Krankenkasse gestellt werden soll. Der G-BA wird hierzu um Stellungnahme gebeten sowie zu der Frage, ob er die gewählte Formulierung vor diesem Hintergrund als hinreichend klar und verständlich ansieht.

IV. Einführung von Dokumentationsbögen

Mit dem Beschluss soll der Einsatz von Dokumentationsbögen nach § 38 in Verbindung mit Anlage 2 PT-RL eingeführt werden, die zu Beginn und am Ende der Richtlinientherapie gemäß § 15 PT-TL gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten auszufüllen sind und umfangreiche persönliche Angaben und fachlichen Bewertungen enthalten. Nach § 38 Absatz 1 Satz 2 PT-RL soll der Dokumentationsbogen zu Behandlungsbeginn dem Bericht an die Gutachterin oder den Gutachter beizufügen sein. Im Übrigen sind die Dokumentationsbögen als Bestandteil der Patientenakte vorgesehen. Das Nähere einer Evaluation zum Einsatz der Dokumentationsbögen soll in der Psychotherapievereinbarung als Teil des Bundesmantelvertrages geregelt werden. Die Ergebnisse der Evaluation sollen dem G-BA spätestens 6 Jahre nach Beschlussfassung zur Verfügung gestellt werden.

Die bisher in der Psychotherapie-Vereinbarung als Bestandteil des Bundesmantelvertrags vereinbarten Formulare, die dem Gutachter oder der Gutachterin zugeleitet werden, enthalten

eine 7-stellige Chiffre, die sich aus dem Anfangsbuchstaben des Familiennamens sowie dem Geburtsdatum des Patienten oder der Patientin zusammensetzt. Auf den vom G-BA beschlossenen Dokumentationsbögen soll zusätzlich zu dieser 7-stelligen Chiffre nun auch die Versichertennummer angegeben werden. Damit stellen die mit diesen Dokumentationsbögen erhobenen Daten personenbezogene Daten besonderer Art nach § 3 Absatz 9 BDSG dar.

Im diesem Zusammenhang ergibt sich insbesondere in datenschutzrechtlicher Hinsicht der folgende Erläuterungsbedarf mit der Bitte um Stellungnahme:

1. Welchen Zwecken sollen die Bögen generell dienen? Welchem Zweck dient die Übermittlung der Dokumentationsbögen an den Gutachter bzw. die Gutachterin? Sollen die Bögen insbesondere der Qualitätssicherung bzw. der Evaluation der Kurz- und Langzeittherapie dienen oder soll Zweck die „Evaluation der Bögen“ selbst sein?

Die Frage zum Zweck der Einführung der Dokumentationsbögen stellt sich auch vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrags nach § 92 Absatz 6a Satz 3 SGB V, u.a. Regelungen zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens zu beschließen, und einer Bürokratiekostenermittlung von insgesamt etwa 12 Mio. Euro pro Jahr für den Einsatz der Bögen.

2. Ist für den jeweiligen Zweck die Angabe der Versichertennummer und damit ein Personenbezug erforderlich oder ist eine Anonymisierung möglich? Die bisherige Verwendung der 7-stelligen Chiffre in den Formularen des Antrags- und Gutachterverfahrens diente nach hiesigem Verständnis einer Anonymisierung gegenüber dem Gutachter bzw. der Gutachterin. In diesem Zusammenhang wird der G-BA auch um Stellungnahme gebeten, zu welchen Zweck diese 7-stellig Chiffre dient und inwieweit dieses bisherige Chiffrierungsverfahren im Hinblick auf die Möglichkeit der Identifizierung des Versicherten als hinreichend sicher betrachtet wird.

3. Soweit der G-BA einen Personenbezug der vorgesehenen Dokumentationsbögen für notwendig hält, wird um Darlegung der Erforderlichkeit der einzelnen Daten für den jeweiligen nach Frage IV.1. genannten Zweck gebeten.

4. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) hat in ihrer Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf kritisiert, dass eine Regelung des Näheren zur Evaluation der Dokumentationsbögen durch die Bundesmantelvertragspartner jedenfalls in Bezug auf datenschutzrechtliche Regelungen nicht mit § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 und

Absatz 6a SGB V vereinbar sei, wonach das Nähere durch den G-BA zu regeln sei. In der Dokumentation der Auswertung des Stellungnahmeverfahrens durch den G-BA in den tragenden Gründen findet sich hierzu lediglich die Aussage, der Unterausschuss Psychotherapie nehme die Ausführungen der BfDI zur Kenntnis und es erfolge keine Änderung am Beschlussentwurf (siehe Seite 318 der tragenden Gründe). Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit dieser Kritik der BfDI, insbesondere die Angabe der wesentlichen Gründe für die Nichtberücksichtigung der Einwände im Sinne von § 10 Absatz 3, 1. Kapitel Verfahrensordnung (VerfO), wird in den tragenden Gründen damit nicht dokumentiert. Der G-BA wird hierzu um Stellungnahme gebeten. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach einer Ermächtigungsgrundlage für die Bundesmantelvertragspartner zur Regelung der mit der Einführung der Dokumentationsbögen verfolgten Zwecke und der damit verbundenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten.

V. Anforderungen an das Alter von Gutachtern

Die Regelung in § 35 Absatz 3 Nummer 7 PT-RL sieht vor, dass die Gutachterin oder der Gutachter zu Beginn der Gutachtertätigkeit grundsätzlich nicht älter als 55 Jahre sein soll. Unter dem Gesichtspunkt einer Ungleichbehandlung wegen des Alters stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit dieser Regelung mit den Vorgaben des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird hierzu um Stellungnahme gebeten. Die Frage einer Altersdiskriminierung hat auch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer Stellungnahme zu dem Beschlussentwurf aufgeworfen und um Streichung dieser Regelung gebeten (siehe Seite 311 der tragenden Gründe). Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Kritik der BPtK gemäß § 10 Absatz 3, 1. Kapitel VerfO wird hier – wie auch an einigen anderen Stellen – in den tragenden Gründen nicht dokumentiert.

VI. Hinweis auf offenbare Unrichtigkeiten

Anlässlich dieses Nachfrageschreibens wird zudem auf folgende Stellen im Beschlusstext hingewiesen, bei denen eine offenbare Unrichtigkeit vermutet wird:

1. In § 20 Satz 1 Nummer 4 PT-RL (Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen) wird im Regelungstext nur die Behandlung mehrerer Kinder, nicht aber mehrerer Jugendlicher genannt.

2. Nach der Formulierung in § 20 Satz 2 PT-RL führt der G-BA „Innerhalb von vier Jahren nach Inkrafttreten dieser Regelung am 16.10.2015“ eine Evaluation durch. Die Bezugnahme auf „diese

Regelung“ erscheint nicht zutreffend, weil die mit dem Beschluss vom 16. Juni 2016 geänderte Fassung des neuen § 20 PT-RL nicht am 16. Oktober 2015 in Kraft getreten ist.

Für eine Erläuterung bzw. ggf. eine Information über die Korrektur der offenbaren Unrichtigkeiten wäre ich dankbar.

Es wird darauf hingewiesen, dass nach § 94 Absatz 1 Satz 3 SGB V der Lauf der Beanstandungsfrist bis zum Eingang Ihrer Auskünfte unterbrochen ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Dr. Josephine Tautz