



Deutsche Psychotherapeutenvereinigung • Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin

Bundesvorstand

Am Karlsbad 15 • 10785 Berlin
Fon 030/235 00 80 • Fax 030/23 50 09 44
byst@deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de
Postbank Berlin
BLZ 100 100 10 • KTO 0738846104
Steuer-Nr. 27/624/50651

**(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache**

0017(1)

vom 5.10.2006

16. Wahlperiode

?

20.09.2006

Stellungnahme

**zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und
anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz – VÄndG)**

Bundestagsdrucksache 16/2474

Die geplante Liberalisierung des Vertragsarztrechts fördert die freiberufliche Tätigkeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten und sie stärkt die Stellung der Psychotherapeuten im Gesundheitswesen. Die vorgesehenen Regelungen sind größtenteils auch geeignet, die Versorgung psychisch kranker Patienten zu verbessern. Einige der im Kabinettsentwurf vorgesehenen Regelungen sehen wir jedoch kritisch und einige Regelungen gehen unseres Erachtens nicht weit genug.

?

Wir beschränken uns in unserer Stellungnahme auf die Aspekte, die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlich sind.

- Positiv bewerten wir die Änderung in § 33 der Ärzte-ZV, die eine gemeinsame und gleichberechtigte Berufsausübung von Ärzten und Psychotherapeuten in einer Berufsausübungsgemeinschaft zulässt. Dies fördert die Bildung interdisziplinärer Behandlungseinheiten.
- Ebenfalls positiv bewerten wir die Klarstellung, dass mit „ärztlicher Leitung“ eines MVZ auch die Leitung durch einen Psychotherapeuten zu verstehen ist (hierzu jedoch einschränkend s. u.).





- Grundsätzlich positiv bewerten wir die flexibleren Möglichkeiten der Anstellung durch die Änderung des § 95 Abs. 9 und der daraus folgenden Änderung der Zulassungsverordnung. Die numerisch nicht mehr begrenzte Anzahl von Anstellungsverhältnissen und die Aufhebung der Fachgebietsidentität (in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkung) in Verbindung mit den erweiterten Möglichkeiten für zugelassene Leistungserbringer, in verschiedenen Berufsausübungsgemeinschaften tätig sein zu können, fördert die Bildung flexiblerer Praxisstrukturen. Allerdings gelten die Vorteile der flexibleren Anstellungsmöglichkeiten nur einseitig für Vertragsärzte, solange eine Vorschrift in den Berufsordnungen der Ärzte die Anstellung eines Arztes nur dann erlaubt, wenn die Berufsausübungsgemeinschaft von einem Arzt geleitet wird. Dies wird dazu führen, dass Ärzte zwar Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anstellen können, nicht jedoch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Ärzte. Aus unserer Sicht verzerrt diese Bestimmung den Wettbewerb zu Lasten der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Das VÄndG sollte eine Lösung vorsehen, die gleichrangige wettbewerbliche Bedingungen sicher stellt.
- Positiv bewerten wir die überfällige Abschaffung des sog. „Ostabschlags“ bei den Privathonoraren durch die Aufhebung der sechsten Gebührenanpassungsverordnung

Nachfolgend schlagen wir Ergänzungen zum VÄndG vor, die für die psychotherapeutische Versorgung wesentlich sind:

1. Leitung eines MVZ durch einen Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Es ist nicht nachvollziehbar, dass die Leitung eines MVZ durch einen Psychotherapeuten nur in Kooperation mit einem Arzt möglich sein soll, wenn in diesem MVZ Ärzte und Psychotherapeuten tätig sind. Das gleiche gilt für MVZs, in denen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten tätig sind. Da dies zwei Berufe sind, wäre auch hier nach dem Gesetzentwurf nur eine kooperative Leitung möglich. Ganz im Sinne des Ziels der Liberalisierung des Vertragsarztrechts sollte es jedem MVZ überlassen bleiben, von welchem der dort tätigen zugelassenen Leistungserbringer es geleitet wird. Die Ersetzung der Bestimmung „ärztliche Leitung“ durch die Bestimmung „Leitung durch einen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer“ würde dem Rechnung tragen.





2. Zulassungen mit einem hälftigen Versorgungsauftrag

Das Ziel einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf und eines gestuften Ausstiegs aus dem Berufsleben lässt sich unseres Erachtens auch mit den liberalisierten Anstellungsbedingungen und zum Teil mit Jobsharing¹ erreichen. Zum Ausgleich einer reduzierten Praxistätigkeit wegen Kindererziehung steht im Übrigen auch die Möglichkeit der Entlastungsassistenz zur Verfügung.

Zulassungen mit hälftigem Versorgungsauftrag ziehen folgende Probleme nach sich:

- Die Nachbesetzung „halber Praxissitze“, die bisher leistungsmäßig nicht ausgefüllt waren, führen zu einer Leistungsausweitung, deren Finanzierung zu Lasten der Ärzte und Psychotherapeuten geht.
- Die im Gesetzentwurf vorgesehene Möglichkeit, parallel angestellt und niedergelassen tätig zu sein, in Verbindung mit der Aufhebung des Verbots der Interessenskollision, wird dazu führen, dass kapitalkräftige Träger stationärer Einrichtungen halbe Praxissitze aufkaufen und damit Leistungen in den ambulanten Bereich auslagern. Patientenzuweisungen nach Belegungsgesichtspunkten wären wahrscheinlich und der bisher hoch gehaltene Grundsatz der freien Arzt- oder Psychotherapeutenwahl wäre aufgehoben. Eine solchermaßen mögliche Auslagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich verzerrt außerdem den Wettbewerb zugunsten der Träger stationärer Einrichtungen, denn der umgekehrte Weg einer Verlagerung ambulanter Tätigkeit in eine stationäre Einrichtung ist ohne den Willen einer Einrichtung, entsprechende Arbeitsverträge anzubieten, nicht möglich. Wenn Teilzulassungen politisch gewollt sind, sollte wenigstens am Grundsatz der Ungeeignetheit bei Interessenskollision festgehalten werden.

3. Mindestversorgungsanteil in § 101 Abs. 4 SGB V für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

In Zusammenhang mit den Vorschlägen zur Verbesserung der Versorgungssituation besonders in unterversorgten Regionen, halten wir eine gezielte Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher für notwendig.

Die große Lücke zwischen Bedarf und Angebot führt zu Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz von mehreren Monaten bis über ein Jahr. Für Eltern und Kinder ist es in manchen

¹ Jobsharing ist allerdings mit der sehr restriktiven Festlegung auf einen nur geringfügig erhöhten Leistungsumfang für solche Praxen unattraktiv, die – oft aus nachvollziehbaren Gründen, z. B. Alter, lange Krankheit – ein geringes Abrechnungsvolumen ausweisen. Verbesserte Möglichkeiten einer Erhöhung des Volumens in solchen Fällen wären notwendig.



Regionen so gut wie ausgeschlossen, überhaupt einen freien Therapieplatz zu finden. So waren nach dem Bundesarztregister Ende 2002 im Bereich der ehemaligen KV Trier lediglich 6 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zugelassen, im Saarland 13, in Sachsen-Anhalt 2, in Mecklenburg-Vorpommern 6, in Thüringen 8, in Brandenburg 15 usw. Die bundesweit ca. 550 ambulant tätigen Kinder- und Jugendpsychiater tragen zur Entlastung nicht wesentlich bei.

Die Probleme können durch Sonderbedarfszulassungen nicht angemessen geregelt werden, weil die Anwendung der Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung regional zu unterschiedlich ist und von den jeweiligen Interessen der nach der Versorgungslage befragten Leistungserbringer abhängt.

Auch die geplante Möglichkeit der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs durch den Landesausschuss und die Einrichtung gemeinsam finanzierter Sicherstellungszuschläge ist aus unserer Sicht keine hinreichende Maßnahme, wirksame Abhilfe zu schaffen. Aller Voraussicht nach wird angesichts des knappen Geldes nur wenig Bereitschaft bestehen, kostenträchtige zusätzliche lokale Versorgungslücken festzustellen.

Wir schlagen demgegenüber vor, § 101 Abs. 4 SGB V so zu ändern, dass die am 31.12.2008 auslaufende Regelung zur Sicherung eines bestimmten Versorgungsanteils für ärztliche Psychotherapeuten abgelöst wird durch eine 20%-ige Quote für *Leistungserbringer*, die sich verpflichten, mindestens überwiegend (bzw. ausschließlich – was noch zu klären wäre) Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch zu behandeln. Dies sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten, die zusätzlich als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten approbiert sind oder eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung besitzen, sowie ärztliche Psychotherapeuten, die über die entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen. Es wäre sachgerecht und würde dem Ziel der Verbesserung der Versorgung dienen, wenn jeder Psychotherapeut, der die entsprechende Qualifikation für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen besitzt und die dauerhafte Verpflichtungserklärung zur Beschränkung auf diesen Bereich eingeht, die Quotenregelung in Anspruch nehmen könnte.

Nach der Systematik der Bedarfsplanung ginge dies nicht zu Lasten der Sitze der Psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten und würde damit auch nicht Versorgungsprobleme im Erwachsenenbereich verschärfen. Nach Berechnungen der KBV könnten mit einer solchen Mindestquote zusätzlich ca. 800 Sitze geschaffen werden, die im Übrigen gerade in stark unterversorgten Gebieten Entlastung bringen würden. Da die Sicherstellung einer angemessenen Behandlung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ebenso wie die Familienpolitik



eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, dürfen die zusätzlich benötigten Mittel nicht der Gesamtvergütung entzogen und damit den Ärzten und Psychotherapeuten aufgebürdet werden.

Die zusätzlich benötigten Mittel würden maximal 100 Mio. Euro betragen (800 Psychotherapeuten, Maximalumsatz 130.000 €), wenn jeder zusätzliche Behandler voll ausgelastet wäre (36 Sitzungen genehmigungspflichtige Psychotherapie, 51 Std. Arbeitszeit pro Woche). Weil die Behandlungszeiten wegen der Schulpflicht und den Schulferien eingeeengt sind, ist dies jedoch sehr unwahrscheinlich. Eher ist von durchschnittlich 25 Sitzungen Psychotherapie auszugehen, demnach von ca. 70 Mio. Euro im Jahr.

In diesem Zusammenhang wenden wir uns in aller Deutlichkeit gegen die vom deutschen Ärztetag beschlossene Initiative ärztlicher Berufsgruppen, die 40%-Quote über das Jahr 2008 hinaus zu verlängern. Sie war mit dem Psychotherapeutengesetz in der Übergangsphase als „Schutzregelung“ für ärztliche Psychotherapeuten eingeführt worden, einen Mindestversorgungsanteil von 40% aller Psychotherapeutensitze ausfüllen zu können. Weder hat die Regelung (nach nunmehr 8 Jahren) zum erwünschten Ergebnis geführt, noch hat sich die Versorgung verbessert. Im Gegenteil führt die Regelung dazu, dass in bereits mit Psychologischen Psychotherapeuten überversorgten (attraktiven) Gebieten, z. B. in Universitätsstädten, ärztliche Psychotherapeuten in erheblicher Zahl hinzukommen können. Demgegenüber bleiben Sitze in schlecht versorgten Gebieten, z. B. in Ostdeutschland, unbesetzt.

Nicht die Verbesserung der Versorgung einer bestimmten Berufsgruppe sollte das Ziel sein, sondern die Verbesserung der Versorgung der Bevölkerung.

4. Präzisierung der gesetzlichen Bestimmung zur Praxisgebühr in § 28 Abs. 4 SGB V

In Zusammenhang mit dem Änderungsvorschlag beim Einzug der Praxisgebühr (§ 43b SGB V) ist eine Klarstellung in § 28 Abs. 4 SGB V dahingehend dringend erforderlich, dass die Praxisgebühr nur ein Mal anfällt, wenn der Patient in einem Quartal sowohl einen Arzt als auch einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (in diesen Fällen bei Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben) aufsucht. Obwohl anscheinend der Gesetzgeber dies genau so gesehen hatte, hat die bisherige Formulierung („...eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers...“) nicht zur notwendigen Klarheit geführt. So konnte lediglich vorübergehend mit einer Protokollnotiz zum Bundesmantelvertrag abgewendet werden, dass Patienten die Praxisgebühr zwei Mal zu bezahlen haben, wenn sie in einem





Quartal einen Arzt und einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufsuchen.

Würde sich die Ansicht durchsetzen, dass die Praxisgebühr jeweils beim Arzt *und* beim Psychologischen Psychotherapeuten / Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu entrichten ist, wäre dies auch eine Schlechterstellung und Diskriminierung der Patienten, die einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufsuchen gegenüber Patienten, die einen ärztlichen Psychotherapeuten aufsuchen.

