



Vereinigung Analytischer Kinder- und  
Jugendlichen-Psychotherapeuten  
in Deutschland e.V. gegr. 1953

VAKJP e.V. · Sybelstraße 45 · D - 10629 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Gesundheit  
Platz der Republik 1

11011 Berlin

Ort	Datum	Unser Zeichen / Ihre Mitgliedsnummer
Berlin	9. 10. 2006	

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0105(1)**

**vom 10.10.2006**

**16. Wahlperiode**

## **Stellungnahme der VAKJP zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) für die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit am 18. Oktober 2006**

Die VAKJP begrüßt die mit dem VÄndG beabsichtigten Flexibilisierungen und Liberalisierungen der Berufsausübung auch der niedergelassenen Psychotherapeuten. Mit Sorge nehmen wir jedoch die Tatsache zur Kenntnis, dass der bisherige Entwurf keine Maßnahmen vorsieht, der im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung der Kinder und Jugendlichen nahezu flächendeckend bestehenden (faktischen) Unterversorgung zu begegnen. Wir sehen hierin die Gefahr, nach dem GMG abermals eine günstige Gelegenheit zu versäumen, um endlich die Zementierung einer Versorgungslandschaft aufzubrechen, deren Leidtragende allein die Kinder und Jugendlichen unserer Gesellschaft sind.

### **Vorsitzender**

Dipl.-Soz. Päd.  
Peter Lehndorfer  
Bräuhäuserstraße 4c  
82152 Planegg  
Telefon 0 89 / 8 59 53 82  
Telefax 0 89 / 89 53 09 24  
Lehndorfer@VAKJP.de

### **Stellvertretende Vorsitzende**

Dipl.-Mus. Päd.  
Kristiane Göpel  
Hainbuchenweg 29  
72076 Tübingen  
Telefon 0 70 71 / 64 03 64  
Telefax 0 70 71 / 64 03 65  
Goepel@VAKJP.de

### **Stellvertretende Vorsitzende (Pressesprecherin)**

Dipl.-Soz. Päd.  
Dipl.-Supervisorin  
Helene Timmermann  
Sophienallee 24  
20257 Hamburg  
Telefon 0 40 / 4 01 46 20  
Telefax 0 40 / 4 01 43 44  
Timmermann@VAKJP.de

### **Vorstandsmitglied**

(Vertreter des Beirats)  
Uwe Keller  
Carl-Orff-Straße 1  
71069 Sindelfingen  
Telefon 0 70 31 / 38 19 24  
Telefax 0 70 31 / 41 62 56  
Keller@VAKJP.de

### **Vorstandsmitglied (Vertreterin der StäKo)**

Dipl.-Soz. Päd.  
Christine Röpke  
Bruderstraße 2  
80538 München  
Telefon 0 89 / 2 28 56 36  
Roepke@VAKJP.de

### **Geschäftsführer / Justitiar**

Rechtsanwalt  
Jörn W. Gleiniger  
Sybelstraße 45  
10629 Berlin  
Telefon 0 30 / 32 79 62 60  
Telefax 0 30 / 32 79 62 66  
Geschaeftsstelle@VAKJP.de

Geschäftszeiten  
Montag - Freitag  
9.00 - 14.00 Uhr

### **Bankverbindung**

Postbank Karlsruhe  
Konto 22 027-758  
BLZ 660 100 75

[www.VAKJP.de](http://www.VAKJP.de)

## 1. Die Ausgangslage

Nach § 101 Abs. 4 SGB V bilden ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten eine gemeinsame Arztgruppe innerhalb der Bedarfsplanung, wobei hierbei den Ärzten einerseits sowie den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits bis zum 31.12.2008 jeweils mindestens 40 % der bedarfsplanungsrechtlich verfügbaren Praxissitze reserviert sind.

Angesichts des gesetzgeberischen Verzichts auf jedwede spezifische Steuerungsinstrumente überläßt diese Regelung es strukturell betrachtet dem Zufall, ob und in welchem Umfang Angebote im Bereich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung für Kinder und Jugendliche tatsächlich zustande kommen. Bei ergänzender historischer Betrachtung fällt der Befund noch verheerender aus: die hohe Zahl bedarfsunabhängiger Zulassungen und Ermächtigungen der Jahre 1999 und 2000 nach § 95 Abs. 10 und 11 SGB V hat zu einer weitgehenden Zementierung einer Praxislandschaft geführt, in der psychotherapeutische Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche schon vor 1999 deutlich unterrepräsentiert waren. Den Gesetzgeber des Psychotherapeutengesetzes (BGBl. I 1998, 1311) hatte diese Tatsache seinerzeit zu der Entscheidung veranlaßt, neben dem neuen Beruf des Psychologischen Psychotherapeuten auch den Beruf des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu schaffen, weil hierin richtigerweise eine unverzichtbare strukturelle Voraussetzung für die erfolgreiche Organisation eines psychotherapeutischen Versorgungsangebots auch für Kinder und Jugendliche erkannt wurde. Indes ist die Organisation dieses Versorgungsangebots in den meisten Planungsbereichen nicht annähernd ausreichend gelungen:

- a. Kinder und Jugendliche machen mehr als ein Fünftel unserer Bevölkerung aus. Psychische Beeinträchtigungen und Störungen sind bei ihnen keineswegs seltener als bei Erwachsenen, im Spektrum aller Erkrankungen des Entwicklungsalters spielen sie vielmehr eine immer größere Rolle. Sie sind deshalb für die Gesellschaft eine besondere Herausforderung. Aktuelle internationale epidemiologische Untersuchungen kommen zu dem Ergebnis, dass bei knapp 20 % aller Kinder und Jugendlicher abklärungswürdige psychische Störungen oder umschriebene krankhafte Verhaltensauffälligkeiten bestehen, bei denen wenigstens einmal im Lauf ihrer Entwicklung ein diagnostisch-therapeutischer Handlungsbedarf besteht.
- b. Psychische Krankheiten im Kindes- und Jugendalter wachsen sich nicht aus, sondern kehren wieder. Die Hälfte aller Angststörungen beginnt beispielsweise schon vor dem elften Lebensjahr. Neun von zehn Menschen, die im Kindesalter unter Trennungsangst litten, sind als Erwachsene psychisch krank.

- c. Die aktuellste Erhebung zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist die BELLA-Studie des Robert-Koch-Instituts, die in den Jahren 2003 - 2006 4.000 7-17-Jährige untersuchte. Insgesamt liegen bei 21,8 % zumindest Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vor. Von den Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten litten 5,4 % an Depressionen, 10 % an Angst, 2,2 % an ADHS und 7,6 % an Störungen des Sozialverhaltens. Das Auftreten von Hinweisen auf psychische Auffälligkeiten wird mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status der Familien signifikant häufiger. Es zeigte sich, dass nur 48 % der Kinder, die als psychisch krank eingestuft wurden, in Behandlung sind.

Vor diesem Hintergrund haben neben präventiven Maßnahmen eine qualifizierte, möglichst frühzeitige Diagnostik und Behandlung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter angesichts ihrer erheblichen individuellen Entwicklungsrisiken und ihrer potentiellen gesellschaftlichen Auswirkungen auch einen hohen gesundheitspolitischen Stellenwert.

## **2. Begegnung der Unterversorgung durch die Einführung einer Mindestversorgungsquote**

In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung innerhalb der GKV ist es eine seit Jahren immer wieder belegte Tatsache, dass psychisch kranke Kinder bzw. ihre Eltern kein adäquates Psychotherapieangebot finden oder unzumutbare Wartezeiten in Kauf nehmen müssen:

- a. Am Beispiel der Versorgungssituation in Baden-Württemberg, einem vergleichbar gut versorgten Bundesgebiet, haben Nübling et. al., in einer im September 2006 im Psychotherapeutenjournal erschienenen Arbeit Modellrechnungen zur Abschätzung des tatsächlichen Versorgungsgrades veröffentlicht. Sie sprechen davon, dass nur ein Bruchteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Baden-Württemberg - zwischen 4 % und 35 % - versorgt werden können.
- b. Eine im Jahr 2002 von unserem Verband in Bayern durchgeführte Umfrage bei den zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den Vertiefungsfächern der Tiefenpsychologisch fundierten und Analytischen Psychotherapie ergab, dass die durchschnittliche Wartezeit bis zum Erstinterview bei ca. fünf Wochen, bis zum Therapiebeginn jedoch bei über sechs Monaten lag.

Wir halten es für erforderlich, die Bedarfsplanung so zu justieren, dass im relevanten Umfang mehr Versorgungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche entstehen können. Änderungen der Bedarfsplanung führen zu kalkulierbaren Mengenausweitungen und damit planbaren Mehrausgaben.

Zur **Lösung der Problematik** schlagen wir die Einführung von Mindestversorgungsgraden für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Psychologische und Ärztliche Psychotherapeuten, die ausschließlich psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln, vor. Diese Mindestversorgungsgrade sollen (entsprechend dem Anteil von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung) dazu führen, dass 20 % der Vertragsarzt- bzw. Vertragspsychotherapeutensitze für die genannten Behandlergruppen reserviert werden. Erforderlich hierfür ist auf gesetzlicher Ebene eine Umformulierung der Quotierung aus § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V.

Nach Berechnungen der KBV könnten mit einer solchen Mindestquote zusätzlich ca. 800 Sitze geschaffen werden, die im Übrigen gerade in (faktisch) 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. Eine Bundesempfehlung zur entsprechenden Anpassung der Gesamtvergütung kann regionale Auseinandersetzungen zur Finanzierung vermeiden helfen.

Mittelfristig wären auf diese Weise aus unserer Sicht sogar Einsparungen erreichbar, da sich junge, psychisch gesunde Menschen besser in die Gesellschaft einfügen und den ihnen zugeordneten Anteil am gesellschaftlichen Leben in ausreichendem Umfang bewältigen können.

Die in früheren Verlautbarungen des Bundesministeriums für Gesundheit, auch gegenüber der VAKJP, statt dessen favorisierte Ausschöpfung des Instruments der **Sonderbedarfszulassung** hat sich in der Praxis als ineffektiv erwiesen, denn die Vergabe von Sonderbedarfszulassungen ist weitgehend dem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Beurteilungsspielraum der Zulassungsausschüsse überlassen. Zur Beseitigung eines strukturellen ordnungspolitischen Defizits wie der faktischen Unterversorgung im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist das Instrument der Sonderbedarfszulassung daher untauglich.

### 3. Häftiger Entzug der Zulassung

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme (BT-Drs. 16/2474, Anlage 2) vorgeschlagen, durch das VÄndG die Möglichkeit zum häftigen Zulassungsentzug einzuführen (§ 95 Abs. 6 Satz 1a - neu - SGB V); hingegen hatte die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf die Beschränkung auf den häftigen Versorgungsauftrag noch ausschließlich der freiwilligen Entscheidung des Vertragsarztes bzw. Vertragspsychotherapeuten überlassen wollen (§ 95 Abs. 3 Satz 1 - neu - SGB V i.V.m. § 19a Abs. 2 - neu - Ärzte-ZV). In ihrer Gegenäußerung (BT-Drs. 16/2474, Anlage 3) hat die Bundesregierung nunmehr aber der vom Bundesrat vorgeschlagenen Möglichkeit des häftigen Zulassungsentzugs vorbehaltlich einer rechtsförmlichen Überarbeitung grundsätzlich zugestimmt.

Der hälftige Entzug der Zulassung steht als repressives Instrument in direktem Gegensatz zur ursprünglichen Absicht der Bundesregierung, durch das VÄndG zu einer Flexibilisierung und Liberalisierung der Berufsausübung zu gelangen: so soll mit den Neuregelungen ausdrücklich auch die **Vereinbarkeit von Familie und Beruf** gefördert werden, weshalb die Möglichkeit zur Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag mit Blick auf die **zunehmende Feminisierung des Gesundheitswesens** vor allem auch an **Vertrags(zahn)ärztinnen und Psychotherapeutinnen** adressiert sein soll (BT-Drs. 16/2474, Seite 16). Vor diesem Hintergrund erweist sich die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs als in dreierlei Hinsicht kontraindiziert:

- a. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist überwiegend ein zeitlich vorübergehendes Anliegen der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen und bezieht sich daher nicht zwingend auf die gesamte Dauer ihres Berufslebens. Angesichts der nach dem Gesetzentwurf ausgeschlossenen Möglichkeit, in gesperrten Planungsbereichen eine Aufhebung der Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag zu erreichen (§ 19a Abs. 3 - neu - Ärzte-ZV),

*vgl. insoweit auch die Begründung BT-Drs. 16/2474, Seite 28: „Ein Antrag auf Erweiterung der Teilzulassung kann deshalb z.B. wegen bestehender Zulassungsbeschränkungen abgelehnt werden.“*

sollte die Beschränkung auf den hälftigen Versorgungsauftrag konsequent der freiwilligen Entscheidung der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen überlassen bleiben. Im Fall der Möglichkeit eines auch zwangsweisen Entzugs der hälftigen Zulassung droht eine strukturelle Schlechterstellung ausgerechnet der Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen in ihren beruflichen Lebensperspektiven, da sie nach wie vor diejenigen sind, die die Hauptlast der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in unserer Gesellschaft tragen. Das Anliegen des Gesetzentwurfs würde damit geradewegs konterkariert werden.

Davon betroffen wären vor allem auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, da es sich bei diesem Beruf ganz überwiegend um einen Frauenberuf handelt: mehr als zwei Drittel der Mitglieder der VAKJP als dem größten Berufs- und Fachverband der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland sind Frauen.

- b. Mit Blick auf diese Zusammenhänge muss die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs auch zu einer weiteren Verschlechterung der faktisch ohnehin schon unzureichenden Versorgungslage (s.o.) im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie führen, denn in dauerhaft überversorgten Planungsbereichen

*- aufgrund der o.g. bedarfsunabhängigen Zulassungen und Ermächtigungen der Jahre 1999 und 2000 wird es in zahlreichen Planungsbereichen dauerhaft Überversorgungsgrade von weit über 110 % geben, weil trotz Überversorgung jeder Praxissitz nach § 103 Abs. 4 SGB V nachbesetzt werden kann -*

bestehen dauerhaft kaum Aussichten auf eine Zurückgewinnung des vollen Versorgungsauftrages. Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen nach Abschluss ihrer Lebensphase, in der für sie die Vereinbarkeit von Familie und Beruf vorrangig war, auf die Möglichkeit des Zukaufs eines ausgeschriebenen hälftigen Praxissitzes zu verweisen, würde ihre Schlechterstellung nur verschärfen: sie wären hier auch noch gegenüber denjenigen Vertragsärztinnen und Vertragspsychotherapeutinnen benachteiligt, die von vornherein auf eine Familie bzw. die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verzichtet hatten, um so nicht nur ihre Lebensarbeitszeit voll ausschöpfen, sondern auch von Anfang an ihre Aufwendungen zum Erwerb eines Praxissitzes amortisieren zu können.

- c. Schließlich stößt die Möglichkeit des hälftigen Zulassungsentzugs aus Sicht der VAKJP auch auf rechtliche Bedenken. Während die Bundesregierung in ihrem ursprünglichen Gesetzentwurf lediglich eine „Beschränkung des Versorgungsauftrages“ vorgesehen hatte, die aufgehoben werden kann (s.o. a.), sieht der Vorschlag des Bundesrates den „Entzug der hälftigen Zulassung“ vor: die Möglichkeit der Aufhebung der Beschränkung entfielen hierbei. Anders als die Beschränkung ist der hälftige Entzug der Zulassung statusrelevant.

Nach dem Willen des Bundesrates (§ 95 Abs. 6 Satz 1a - neu - SGB V) soll hierzu an den bestehenden Satz 1 in § 95 Abs. 6 SGB V angeknüpft werden, wonach die Zulassung entzogen werden kann, wenn

- ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen,
- der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder
- seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt.

Indes kann keine dieser drei Voraussetzungen im Fall eines hälftigen Zulassungsentzugs erfüllt sein: bei Nichtausschöpfung eines vollen Versorgungsauftrages im Einzelfall sind erstens weder die Voraussetzungen der Zulassung in Frage gestellt noch kann zweitens davon die Rede sein, dass der Vertragsarzt bzw. Vertragspsychotherapeut seine Tätigkeit nicht aufgenommen hat oder nicht mehr ausübt noch läge darin drittens eine gröbliche Pflichtverletzung.


Insbesondere letzteres kann deswegen nicht angenommen werden, weil die Fälle der gröblichen Pflichtverletzung nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Rechtsbeziehung zwischen Vertragsarzt und Kassenärztlicher Vereinigung erfordern: gemeint sind hier vor allem die Fälle, in denen durch das Verhalten eines Arztes das Vertrauen der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenkassen insbesondere in die ordnungsgemäße Behandlung der Versicherten und in die Rechtmäßigkeit der Abrechnungen durch diesen Arzt so gestört ist - etwa wegen fortgesetzter Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot -, dass diesen eine weitere Zusammenarbeit mit dem betreffenden Arzt nicht zugemutet werden kann (so ausdrücklich BSG MedR 1997, 86). Folglich können über die Variante der gröblichen Pflichtverletzung nicht die Voraussetzungen des (ggf. nur teilweisen) Nicht-mehr-Ausübens der vertragsärztlichen Tätigkeit umgangen werden, denn zu diesen gehört nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts subjektiv auch die Aufgabe des Willens, an der Versorgung kontinuierlich teilzunehmen (BSG vom 19.12.1984, USK 84272). Der Zulassungsent-

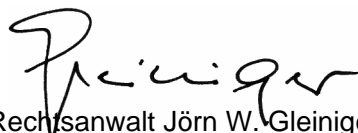
zug ist somit als ultima ratio an durchgehend hohe Anforderungen geknüpft. Die Anforderungen, deren Erfüllung § 95 Abs. 6 Satz 1 SGB V voraussetzt, sind auf den Fall des vollständigen Zulassungsentzugs zugeschnitten; ihre Anwendung auch auf den hälftigen Zulassungsentzug dürfte entgegen der Auffassung des Bundesrates nicht möglich sein.

#### 4. Weiterentwicklung der Anbieterstrukturen

Das VÄndG sieht eine Weiterentwicklung der Anbieterstrukturen innerhalb von Selektiv- und Kollektivvertragssystemen vor. Dabei ist das Kompetenzprofil der Gesundheitsberufe zu berücksichtigen, um eine effiziente Versorgung zu ermöglichen. Es bedarf deshalb der Klarstellung, dass Psychotherapeuten ihre Patienten in psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen einweisen und Hilfsmittel, wie zum Beispiel Ergo- und Sprachtherapie, verordnen können. Dies ist fachlich begründet und notwendig, um zu einer effektiveren Versorgung zu kommen.

Wir bitten Sie, unsere Vorschläge innerhalb des Gesetzgebungsverfahrens zum VÄndG aufzugreifen. Für Nachfragen stehen wir gerne zur Verfügung. Gerne werden wir auch an der Anhörung am 18. Oktober 2006 teilnehmen.

  
Peter Lehndorfer  
Vorsitzender

  
Rechtsanwalt Jörn W. Gleiniger  
Geschäftsführer / Justitiar