

**Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (DPtV)
Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)
Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-
Psychotherapeuten (VAKJP)**

10. Oktober 2011

<p>Deutscher Bundestag Ausschuss f. Gesundheit</p> <p>Ausschussdrucksache 17(14)0188(19) gel. VB zur öAnhörung am 19.10. 11_VStG 12.10.2011</p>

**Stellungnahme
zum Regierungsentwurf eines
Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG**

Die Zunahme psychischer Erkrankungen bei gleichbleibenden Ressourcen führt zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen. Dies zeigt sich z.B. in langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz und in der zunehmenden Anzahl von Psychotherapien, die die Krankenkassen im Wege des Kostenerstattungsverfahrens nach § 13 Abs. 3 SGB V direkt finanzieren.

Diese Stellungnahme enthält Vorschläge zur Bedarfsplanung (Teil I) und zu weiteren sozialrechtlichen Regelungen (Teil II). Zur Thematik der Vergütung und Finanzierung der Psychotherapie, die in Zusammenhang zur Reform der Bedarfsplanung steht, schließen sich die unterzeichnenden Verbände vollumfänglich der gemeinsamen Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV vom 15.08.2011 an, die dieser Stellungnahme als Anlage beigefügt ist.

Ergänzend zu den dort aufgeführten Änderungsvorschlägen zu den Fragen der Vergütung und Finanzierung der Psychotherapie schlagen wir vorsorglich für den Fall, dass der in der KBV-Stellungnahme zu § 87b vorgeschlagenen Änderung nicht gefolgt werden sollte, folgende Änderung in § 87b Abs. 4 Satz 3 vor:

Die Vorgaben nach Satz 1 bis 3 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

Begründung:

Die bisherige Formulierung („Satz 1 und 2“) schreibt keine zwingende Beachtung der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Regelungen im Verteilungsmaßstab zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vor. Dies läßt den Kassenärztlichen Vereinigungen Spielraum, die Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Sicherung der angemessenen Vergütung zu unterlaufen. Zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der in § 87b Absatz 2 Satz 3 genannten Leistungserbringer ist dieselbe größere Verbindlichkeit der Vorgaben notwendig, wie sie auch für die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 des Absatzes 2 gelten.

I. Bedarfsplanung

Die Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker sollten so gestaltet sein, dass

1. eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sichergestellt ist,
2. in ländlichen und strukturschwachen, jedoch auch in unterversorgten städtischen Gebieten wie z.B. dem Ruhrgebiet mehr Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen,
3. der Chronifizierung psychischer Erkrankungen frühzeitig begegnet wird und damit Kosten, die durch Wartezeiten, Krankschreibungen und Frühverrentungen entstehen, verringert werden,
4. die Zunahme psychischer Erkrankungen durch eine prospektive Anpassung der Bedarfsplanung anhand wissenschaftlicher, belegbarer Kriterien berücksichtigt wird.

Mit der im GKV-VStG vorgesehenen Reform zur Bedarfsplanung werden die Probleme der psychotherapeutischen Versorgung psychisch Kranker nicht gelöst. Im Gegenteil rufen die geplanten Regelungen zur Bedarfsplanung große Besorgnis bei allen Psychotherapeuten hervor. Insbesondere die regionale Kompetenz der KVen zum Aufkauf von Sitzen läßt Nachteile für die Versorgung erwarten.

Insofern sollten die Landesausschüsse verpflichtet werden, die besonderen Belange psychisch Kranker, analog zu den Bestimmungen in den §§ 27 und 92, zu beachten.

Dementsprechend schlagen wir vor, § 99 Abs. 1 (neu) folgendermaßen zu ergänzen:

Nach Satz 2 wird folgender Satz eingefügt:

Dabei ist den besonderen Erfordernissen der Versorgung behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Artikel 1, Nummer 35

Die gegenwärtige Bedarfsplanung spiegelt die reale Bedarfssituation nicht wider. Wissenschaftliche Untersuchungen und die Reports von Krankenkassen stellen einen wachsenden Bedarf an psychotherapeutischen Behandlungen und unangemessen lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz fest. Dies erfordert eine dynamische Anpassung der Bedarfsplanung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, wie sie durch den folgenden Vorschlag erreicht würde.

In § 101 Abs.2 werden die Sätze 2 und 3 angefügt:

Die Anpassung der Verhältniszahlen nach Satz 1 Nummer 3 hat außerdem unter Berücksichtigung der Morbidität und deren Veränderung und des aktuellen Stands wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Versorgung zu erfolgen. Dabei ist die Weiterentwicklung des Behandlungsbedarfes psychisch Kranker besonders zu berücksichtigen.

Begründung:

Die Möglichkeit der Anpassung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen aus Gründen der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist in der Vergangenheit zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung nicht genutzt worden.

Der Gemeinsame Bundesausschusses soll deshalb (neben den Landesausschüssen) zukünftig verpflichtet werden, die Versorgung psychisch Kranker besonders zu beachten.

Die jetzt im § 101 Abs 2. geplante Konkretisierung mit einer Anpassung der Verhältniszahlen an die demografische Entwicklung führt nicht etwa zu einer

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung, sondern gefährdet die bestehenden psychotherapeutischen Versorgungsgrade. Denn der durch die Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie (§ 8) eingeführte Demografiefaktor führt bei den Fachgruppen der Gynäkologen und Psychotherapeuten zu einer Abschmelzung der Verhältniszahlen. Die Tatsache, dass derzeit noch wenige ältere Menschen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen, wird in die Zukunft projiziert in der Annahme, dass sich das Inanspruchnahmeverhalten nicht verändert. Tatsächlich ist zu erwarten, dass sich die Einstellung der zukünftigen älteren Generation zu psychischen Krankheiten und zur Psychotherapie zum Positiven hin entwickeln wird, so dass von einer höheren Inanspruchnahme auszugehen ist.

Außerdem wird mit dem Demografiefaktor auch die bestehende Fehlversorgung älterer Patienten ignoriert, die durch fehlende Differentialdiagnostik psychischer Komorbiditäten und zunehmende Verschreibung von Psychopharmaka gekennzeichnet ist.

Mit den allgemeinen Verhältniszahlen (Bedarfsplanungsrichtlinie § 8, Tabelle Einwohner/Arztrelation) wird eine erhebliche Diskrepanz in der Versorgung ländlicher Kreise (23.106 Einwohner/1 Psychotherapeut oder 100.000 Einwohner/4 Psychotherapeuten) und der Versorgung in Kernstädten (2.577 Einwohner/1 Psychotherapeut oder 100.000 Einwohner/39 Psychotherapeuten) festgeschrieben. Diese Diskrepanz entspricht in keiner Weise der Häufigkeit psychischer Erkrankungen in der Kreistypen–Analyse der im Bundesgesundheitsurvey 1998 vorgelegten Zahlen.

Eine dem Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung gerecht werdende Entwicklung der Verhältniszahlen muss die Veränderungen der Morbidität berücksichtigen. Wissenschaftliche Erkenntnisse zur Versorgung sollen zukünftig bedarfsgerechte Verhältniszahlen begründen.

Artikel 1, Nummer 35

Die gegenwärtigen Verhältniszahlen beruhen auf einer durch das Psychotherapeutengesetz vorgegebenen Systematik, die in der Folge zu einer Überschätzung des Versorgungsgrades geführt hat. Dass diese Zahlen nicht den realen Bedarf darstellen, kann man daran erkennen, dass in mehreren umfassenden Studien lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz festgestellt wurden, dass in vielen Bedarfsplanungsbereichen weiterhin Sonderbedarfszulassungen ausgesprochen werden und an der zunehmenden Zahl von Psychotherapien, die im Wege der

Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V direkt von den Kassen vergütet werden (30,5 Mio. € in 2010, durchschnittliche jährliche Steigerungsrate von 24% seit 5 Jahren). Die gegenwärtigen, rein rechnerisch ausgewiesenen hohen Überversorgungsgrade werden zu einer Verschlechterung insbesondere der psychotherapeutischen Versorgung führen, wenn auf dieser Grundlage eine Steuerung der Niederlassungsmöglichkeiten, der Praxisübergabe oder der Vergütung erfolgt.

Der Gesetzgeber selbst hat durch die Einführung einer Quote für Ärzte und Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendlichen behandeln, der Tatsache Rechnung getragen, dass obwohl eine nominelle Überversorgung ausgewiesen ist, Unterversorgung herrscht. Die auf diese Weise politisch gewollten und dringend benötigten neuen Sitze zu dem paradoxen Ergebnis einer statistisch ausgewiesenen erhöhten Überversorgung. Käme es dann noch zur Stilllegung von Praxen in überversorgten Gebieten aufgrund der Vorschrift nach § 103 Abs. 4c würde das der mit der Einführung der Mindestquote verfolgten Absicht einer Verbesserung der Versorgung völlig zuwiderlaufen.

Aus diesen Gründen ist daher als Minimalmaßnahme eine Neuberechnung der Verhältniszahlen notwendig:

In § 101 Abs. 4 werden die Sätze 2 und 3 wie folgt geändert (Satz 5 kann entfallen):

Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppe zum Stand vom 01.01.2012 neu zu ermitteln. Dabei ist der zwischenzeitlich gestiegene Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen besonders zu berücksichtigen. Überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind mit dem Faktor 0,7 zu berücksichtigen.

Begründung:

Die mit den Stichtagen 1. Januar 1999 (psychotherapeutisch tätige Ärzte) bzw. 31. August 1999 (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ermittelten allgemeinen Verhältniszahlen in den 10 Raumordnungskategorien sind berechnet auf dem Niveau einer bereits zu diesem Zeitpunkt bestehenden nachhaltigen Unterversorgung im Bereich ambulanter Psychotherapie.

Viele Zulassungsverfahren der neuen Berufsgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren zum

genannten Stichtag nicht abgeschlossen und gingen somit in die Ermittlung der Verhältniszahlen nicht ein. Dieser Umstand trägt heute dazu bei, dass zwischen den ermittelten Verhältniszahlen und der tatsächlichen Anzahl zugelassener Psychotherapeuten in den Bedarfsplanungsregionen hohe Differenzen bestehen.

Auch nominell überversorgte Gebiete (Versorgungsgrad über 110%) weisen unzumutbar lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz auf. Vor dem Hintergrund einer steigenden Morbidität bei psychischen Krankheiten ist der derzeitige Versorgungsgrad mit einer aktualisierten Stichtagsregelung festzuschreiben.

Im Übrigen verweisen wir auf die Vorschläge der Bundespsychotherapeutenkammer zu den §§ 101 und 102 SGB V (neu).

Artikel 1, Nummer 36 (Aufkauf von Arztsitzen durch die KV)

In § 103 Abs. 4c wird der Aufkauf von Arztsitzen geregelt.

Angesichts der nominellen psychotherapeutischen Überversorgung in nahezu allen Bedarfsplanungsbezirken und der bekannten Auseinandersetzungen um die Finanzierung der Psychotherapie in den KVen ist diese Regelung ein Anreiz für die KVen, Psychotherapeutensitze (auch wegen ihres geringen Verkehrswertes) abzubauen, auch wenn ein Bedarf besteht. Dies würde zu einer weiteren Verschlechterung der gegenwärtig schon bestehenden Unterversorgung führen, wenn das Gesetz keine Vorschrift für eine regelhaft durchzuführende Prüfung des Bedarfs anhand versorgungsrelevanter Kriterien durch die Zulassungsausschüsse enthält. Nur wenn eine solche vor Ort durchzuführende Prüfung ergeben hat, dass kein Bedarf an der Fortführung der Praxis besteht, sollte ein solcher Aufkauf möglich sein. Da eine solche Vorschrift nicht vorgesehen ist, beinhaltet das Vorkaufsrecht nach Abs. 4c in der derzeitigen Fassung eine drohende Verschlechterung der bedarfsgerechten Versorgung von psychisch Kranken und kann daher unsererseits nicht befürwortet werden.

Artikel 1, Nummer 35 (Jobsharing)

§ 101 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 SGB V wird um den folgenden Halbsatz ergänzt:

: abweichend hiervon verpflichten sich Psychotherapeuten, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte auf eine Leistungsbegrenzung in Höhe der vom Bewertungsausschuss in

seiner Sitzung am 22. September 2009 beschlossenen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen.

§ 101 Abs.1 Satz 1 Nr. 5 SGB V wird um den folgenden Halbsatz ergänzt:

„Abs 1 Satz 1 Nr.4 Satz 2 gilt entsprechend.“

Begründung:

Die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ermöglichten halben Versorgungsaufträge haben eine Flexibilisierung der vertragsärztlichen Versorgung bewirkt und in der Psychotherapie zu einer Verbesserung der Versorgungssituation geführt. Im Rahmen der Jobsharing-Regelungen sollten vergleichbare Rahmenbedingungen geschaffen werden. Gemeinsam sollten die Jobsharing-Partner die Leistungsmenge erbringen können, die im Sinne der BSG-Rechtsprechung vom Bewertungsausschuss als vollausgelastete Praxis definiert und in Form der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze festgelegt wurde.

Die Verpflichtung zur Leistungsbegrenzung auf der Grundlage der Abrechnungsvolumina der entsprechenden Vorjahresquartale dagegen benachteiligt die Psychotherapeuten (einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten) gegenüber anderen Arztgruppen: Zum einen bestimmt § 20 Abs. 4 des Bundesmantelvertrags-Ärzte bzw. § 20 Abs. 4 Arzt-Ersatzkassenvertrags, dass Vertretungen im Rahmen von genehmigungspflichtigen Leistungen und probatorischen Sitzungen grundsätzlich unzulässig sind. Das hat zur Folge, dass die Leistungsmengen im Falle von Urlaub, Erkrankung oder Fortbildung geringer ausfallen, weil eine Vertretung gem. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV anders als bei anderen Vertragsarztgruppen nicht möglich ist. Zweitens besteht in der Psychotherapie in besonderer Weise die Problematik von Ausfallzeiten, wenn Therapiesitzungen kurzfristig abgesagt werden und somit dem Zeitaufwand keine abrechnungsfähigen Leistungen gegenüberstehen. In dieser Situation führt die strikte Zuwachsbegrenzung beim Jobsharing dazu, dass diese Kooperationsform die Psychotherapeuten unangemessen benachteiligt, weil insbesondere Juniorpartner ihre Arbeitskraft nur eingeschränkt einbringen können. Dasselbe gilt für die Anstellung von Assistenten.

In § 101 Abs. 4 wird Satz 5 folgendermaßen geändert:

In den Richtlinien nach Absatz 1 ist für die Zeit bis zum 31. Dezember 2013 sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 25 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist; mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 Prozent der allgemeinen Verhältniszahl ist den Leistungserbringern nach Satz 1 vorbehalten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln.

Begründung:

Mit dem GKV-OrgWG von 2008 wurde zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in § 101 Abs. 4 SGB V ein Mindestversorgungsanteil von 20% von Leistungserbringern, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, festgelegt. Hintergrund war, dass die Leistungserbringer nach Satz 1 eine Arztgruppe bilden, deren Untergruppen in den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung nicht differenziert werden.

Die Notwendigkeit einer bedarfsgerechten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ändert sich auch nach dem 31.12.2013 nicht. Zum Schutz der ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen, ist es deshalb erforderlich, dieser Mindestquote eine unbefristete Gültigkeit zu verschaffen.

In Satz 4 ist das Wort „betreuen“ durch das Wort „behandeln“ zu ersetzen, da es sich bei der Psychotherapie um Behandlung und nicht um eine (weniger spezifische) „Betreuung“ handelt.

II. Weitere Regelungsinhalte

Artikel 1

In § 26 Abs. 1 wird Satz 1 folgendermaßen geändert (Änderung unterstrichen)

Versicherte Kinder haben Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, psychische oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.

Begründung:

Ziel der Änderung ist es, durch geeignete Maßnahmen die gesunde psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen – insbesondere von solchen in Risikosituationen – zu stärken und psychische Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Die bisherige Beschränkung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die die körperliche oder geistige Entwicklung gefährden könnten, auf Kinder ab dem 10. Lebensjahr ist bei keinem dieser Untersuchungsbereiche sachgerecht, auch nicht bei der psychischen Entwicklung, und sollte deshalb aufgehoben werden. Die Feststellung von Auffälligkeiten in der psychischen Entwicklung bei Kindern unter 6 Jahren kann die rechtzeitige Einleitung geeigneter Behandlungen fördern und helfen, Chronifizierungen zu vermeiden.

Die Bundesregierung hat in ihrem Strategiepapier zur Förderung der Kindergesundheit von 2008 eine entsprechende gesetzliche Änderung angekündigt. Mit dem GKV-VStG sollte diese Gelegenheit genutzt werden.

Artikel 1, Nummer 17

In § 79b Abs. 6a SGB V wird Satz 2 ergänzt (Ergänzung unterstrichen) und Satz 4 wird aufgehoben

Der Ausschuss besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie überwiegend psychotherapeutisch tätigen Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden.

Begründung:

Mit der Erweiterung in Satz 2 soll gewährleistet werden, dass auch die ärztlichen Mitglieder im Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie zumindest überwiegend psychotherapeutisch tätig sind (mehr als 50%). Um eine wirksame Beratungstätigkeit zu ermöglichen, sollten sich beide Bänke dadurch auszeichnen, dass sie zumindest mit überwiegend psychotherapeutisch tätigen Personen im Sinne von § 5 Abs. 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie besetzt sind.

Die Formulierung im Regierungsentwurf bei § 79c erreicht dieses Ziel nicht: Das Verbot einer gleichzeitigen Mitarbeit im Beratenden Fachausschuss für die hausärztliche oder fachärztliche Versorgung und im Beratenden Fachausschuss kommt in der Realität nicht vor.

Satz 4 sollte aufgehoben werden, weil er sich auf die Übergangsregelung zum Psychotherapeutengesetz bezog und inzwischen obsolet ist.

Artikel 1, Nummer 12

In § 73 Abs. 2 wird Satz 2 aufgehoben

Begründung:

Bisher können Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Patienten nicht direkt in stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Einrichtungen einweisen, keine Ergotherapie, Logopädie oder Soziotherapie verordnen und keine Krankschreibungen vornehmen. Solche Maßnahmen sind jedoch Teil eines psychotherapeutischen Behandlungsplans und müssen deshalb von Psychotherapeuten, die ihre Notwendigkeit auf Grund ihrer fachlichen Qualifikation und der Nähe zum Patienten besser als mitbehandelnde Ärzte beurteilen können, veranlasst und auch verantwortet werden können. Eine bessere Abstimmung der Behandlungsmaßnahmen könnte dadurch erreicht und Schnittstellenprobleme beseitigt werden.

Aufgrund des Berufsrechts der Psychotherapeuten beschränken sich die sozialrechtlichen Befugnisse in Satz 1 auf die Bereiche, zu denen die Psychotherapeuten aufgrund ihrer Ausbildung befugt sind. Eine gesonderte Aufführung, wie sie z.B. auch nicht für Ärzte und Zahnärzte vorgesehen sind, erübrigt sich. Die Verordnung von Arzneimitteln ist zusätzlich durch das Arzneimittelrecht auf Ärzte beschränkt.

Artikel 1, Nummer 30

In § 92 Abs. 6a SGB V wird Satz 2 folgendermaßen ergänzt (Ergänzungen unterstrichen)

Die Richtlinien haben darüber hinaus Regelungen zur langfristigen psychotherapeutischen Betreuung chronisch psychisch Kranker sowie über die inhaltlichen Anforderungen an den Konsiliarbericht und an die fachlichen Anforderungen des den Konsiliarbericht (§ 28 Abs. 3) abgebenden Vertragsarztes zu treffen,

Begründung:

§ 28 Abs. 3 SGB V bestimmt, dass die psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend den Richtlinien nach § 92 SGB V durchzuführen ist. Durch die vorgeschlagene gesetzliche Ergänzung wird dem GBA aufgetragen, die Psychotherapierichtlinien so zu erweitern, dass chronisch psychisch kranke Patienten niederfrequent über lange Zeiträume im Sinne einer stabilisierenden Erhaltungstherapie zur Vermeidung krisenhafter Entwicklungen und stationärer Einweisungen behandelt werden können.

Artikel 1, Nummer 31

In § 95 Abs. 1 werden die Sätze 1 bis 4 wie folgt ergänzt (Ergänzungen unterstrichen)

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich oder psychotherapeutisch geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte oder Psychotherapeuten, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Eine Einrichtung nach Satz 2 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist oder ein Psychologischer Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend.

Begründung:

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können unter alleiniger Leitung eines Psychotherapeuten stehen. Sie gelten auch dann als fachübergreifend, wenn in ihnen ein Psychologischer Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig ist. Medizinische Versorgungszentren werden in Deutschland auch weiterhin eine wichtige Angebotsstruktur darstellen.

Psychotherapeuten müssen hier voll umfänglich beteiligt werden und solche Einrichtungen, die der Versorgung psychisch kranker Menschen dienen, leiten können. Multiprofessionelle Teams sind in stationären Einrichtungen schon jetzt an einer komplexen Behandlung psychischer Störungen beteiligt. Auch diese Fachabteilungen können (s. Krankenhausgesetz Rheinland-Pfalz) unter psychotherapeutischer Leitung stehen. Zunehmender Wettbewerb erfordert hier gleiche Voraussetzungen für alle an der Behandlung beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten.

Ein MVZ, welches das Versorgungsangebot eines Psychologischen Psychotherapeuten und eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten vorhält, ist fachübergreifend im Sinne des § 95 Abs. 1, Satz 3. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten stellen berufsrechtlich zwei Berufe dar: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bieten ein deutlich unterscheidbares Versorgungsangebot, was der Gesetzgeber durch die ihnen in § 101 Abs. 4 Satz 5 zugewiesene Quote von 20% unterstrichen hat.

Ergänzung in § 137 SGB V

In den Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 sollten die Beteiligungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer an die der Bundesärztekammer angeglichen werden und dazu eine Ergänzung in § 137 eingefügt werden. Die beiden unterzeichnenden Verbände schließen sich diesbezüglich der Forderung der Bundespsychotherapeutenkammer an, wonach in Absatz 1 Satz 3 nach dem Wort „Bundesärztekammer“ die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt werden sollten. Dasselbe gilt für Absatz 3 Satz 5, wo im ersten Halbsatz nach dem Wort „Bundesärztekammer“ ebenfalls die Wörter „die Bundespsychotherapeutenkammer“ eingefügt werden sollte. Die unterzeichnenden Verbände schließen sich der Begründung der Bundespsychotherapeutenkammer an.

Anlage: Stellungnahme des Vorstandes der KBV und des Beratenden
Fachausschusses für Psychotherapie der KBV zu den Regelungen der Vergütung für
Psychotherapie vom 15. August.2011



**Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
und
Beratender Fachausschuss für Psychotherapie
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**

15. August 2011

**Stellungnahme zu den Regelungen der Vergütung für
Psychotherapie im Regierungsentwurf des
Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen
in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG**

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Beratende Fachausschuss für Psychotherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung begrüßen, dass der Regierungsentwurf den Erhalt der bundesweit einheitlichen und verbindlichen Vorgaben für die Vergütung und Mengensteuerung der psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 87b Abs. 4 SGB V vorsieht.

Ebenfalls wird begrüßt, dass in der Begründung zu § 87b Abs. 2 klar zum Ausdruck kommt, dass weiterhin beabsichtigt ist, mit dem Konzept der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze unterschiedliche Praxisstrukturen für die psychotherapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Jedoch enthält das Gesetz ohne die nachfolgend vorgeschlagenen Änderungen kein schlüssiges Gesamtkonzept zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker.

Angesichts der Zunahme psychischer Erkrankungen und der immer stärker zu Tage tretenden Unter- und Fehlversorgung, wie sie z.B. im Krankenhausreport 2011 der Barmer GEK beschrieben wird, sollte dieses ausdrücklich auf eine Verbesserung von Strukturen ausgerichtete Gesetz mehr als bisher erkennbar auch die Versorgungsstrukturen für die psychisch Kranken verbessern. Bei anwachsendem Bedarf an psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlung trägt das Gesetz nicht zur Lösung der spezifischen Probleme bei der Vergütung und Finanzierung der Psychotherapie bei.

Sehr kritisch sehen wir das Zusammenwirken folgender Faktoren:

- die scheinbare, aufgrund der Vorgaben der gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie nur rechnerisch begründete Überversorgung mit Psychotherapeuten.
- die Finanzierung des medizinisch notwendigen Leistungsbedarfs aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

- den zu erwartenden Anstieg an Leistungen durch die zu begrüßende Liberalisierung der Sonderbedarfszulassungen wegen zu langer Wartezeiten.
- die Möglichkeit für Kassenärztliche Vereinigungen, in nominell überversorgten Gebieten das Vorkaufsrecht auszuüben.

Wir sehen die Gefahr, dass bei der Kombination dieser Faktoren die psychotherapeutische Versorgung im Verteilungskampf zwischen den Arztgruppen Nachteile erleiden muss.

Wir fordern daher den Gesetzgeber auf, die besonderen Belange psychisch Kranker stärker zu berücksichtigen.

Weiterhin haben unsere Vorschläge zum Ziel,

1. das Morbiditätsrisiko des auch von den Krankenkassen dokumentierten über die jeweilige Veränderungsrate hinausgehenden Anstiegs des Behandlungsbedarfs bei psychischen Krankheiten auf die Krankenkassen zu verlagern. Angesichts des in vielen Untersuchungen festgestellten Anstiegs des Behandlungsbedarfs fällt am vorliegenden Entwurf auf, dass das unmittelbare überdurchschnittliche Morbiditätsrisiko konfliktiv innerärztlich verteilt und getragen werden muss.
2. die Integration psychischer und psychosomatischer Erkrankungen in der Krankenversorgung zu fördern, indem durch das Konzept zeitbezogener Kapazitätsgrenzen unterschiedliche Praxisstrukturen unter Bedingungen wirtschaftlicher Leistungserbringung ermöglicht werden. In der Begründung zu den Änderungen von § 87b Abs. 2 SGB V kommt dieses Ziel zwar klar zum Ausdruck, bleibt jedoch zu unverbindlich, solange es nicht im Gesetz selbst geregelt wird.
3. zu verhindern, dass die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zunehmend weiter hinter der somatischen Medizin zurückbleibt. Die weiterhin vorgeschriebene Verpflichtung, im EBM eine angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen pro Zeiteinheit zu gewährleisten, ist nach Ansicht der Unterzeichnenden konkretisierungsbedürftig. Angesichts der im Entwurf vorgesehenen Regelungen des § 87b Abs. 2 SGB V sollte zumindest eine striktere Zeitvorgabe, nämlich eine jährliche Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung pro Zeiteinheit vorgeschrieben werden.

Im Einzelnen:

Zu 1. Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen

Es wird vorgeschlagen, § 87a Abs. 3 SGB V Satz 5 folgendermaßen zu ergänzen (Ergänzung unterstrichen):

„Vertragsärztliche Leistungen der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit, der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, probatorische Sitzungen sowie die für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendigen Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind von den Krankenkassen außerhalb der nach Satz 1 vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung nach Absatz 2 zu vergüten;“

Begründung:

Da Krankenkassen Psychotherapien genehmigen und vorab auf Wirtschaftlichkeit prüfen, ist es sachgerecht, dass das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übergeht.

Dabei ist es sinnvoll, nicht nur die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen extrabudgetär zu vergüten, sondern auch die Leistungen, die mit diesen Leistungen in engem inhaltlichen Zusammenhang stehen, da sie im Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie zur Diagnostik und zur Antragstellung vor Beginn einer Behandlung bzw. vor der Fortsetzung einer Behandlung inhaltlich notwendig und formal vorgeschrieben sind.

Mit der Verortung an dieser Stelle des Gesetzes soll erreicht werden, dass die Behandlung seelischer Krankheiten nicht nur unter den bundesweit gleichen Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinie sondern auch unter bundesweit gleichen wirtschaftlichen Bedingungen durchgeführt werden kann.

Wie alle Statistiken zeigen, verändert sich die Leistungsmenge je Psychotherapeut über die Jahre kaum. Die steigenden Ausgaben für Psychotherapie lassen sich fast ausschließlich auf steigende Psychotherapeutenzahlen sowie auf die Teilung voller Versorgungsaufträge und neuer Zulassungen über die Bedarfsplanungsmindestquoten zurückführen. Das zusätzliche psychotherapeutische Leistungsangebot kann demnach erst dann quantifiziert werden, wenn die Auswirkungen der Reform der Bedarfsplanung bekannt sind. Jedenfalls können steigende Kosten, die mit einer per Bedarfsplanung verfügbaren notwendigen Zunahme der Zahl der Psychotherapeuten einhergehen, nicht per Umverteilung aus der Gesamtvergütung bestritten werden. Durch den Genehmigungsvorbehalt der Krankenkassen und der damit verbundenen vorweggenommenen Wirtschaftlichkeitsprüfung ist auch gewährleistet, dass es sich um morbiditätsbedingte Zuwächse handelt.

Zu 2. Flexibilität der Praxisstrukturen

Psychotherapeutische Behandlungen werden in Form von mit Mindestzeiten versehenen, strikt zeitgebundenen Leistungen erbracht. Die ab 2009 geltende Systematik der Mengensteuerung mit sog. zeitgebundenen Kapazitätsgrenzen wurde von allen Psychotherapeuten begrüßt. Diese Systematik ermöglichte eine praxisindividuelle Mischung von genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen und somit unterschiedliche und dem jeweils aktuellen und individuellen Behandlungsbedarf von Patienten angepasste Praxisstrukturen. Die durch einen weiteren Beschluss des Bewertungsausschusses ab Mitte 2010 für die Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichte Zusammenlegung der Honoraranteile (für genehmigungspflichtige und nicht genehmigungspflichtige Leistungen) entsprechend den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen war eine logische und sinnvolle Ergänzung dieses Konzepts.

Dies wird im Gesetzentwurf jedoch nur in Form einer Erläuterung des Gesetzestextes aufgegriffen. Zu § 87b Abs. 2 SGB V heißt es dort:

„In Satz 3 ist festgelegt, dass bei Regelungen in den Honorarverteilungsverträgen zu mengensteuernden Maßnahmen nach Satz 2 zu berücksichtigen ist, dass die zeitgebundenen und vorab von den Krankenkassen zu genehmigenden psychotherapeutischen Leistungen bereits einer Form der Mengensteuerung unterliegen und weiterhin eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten ist. Die antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen waren nach bisherigem Recht außerhalb der arzt-

und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen zu vergüten. Da das künftige Recht keine Regelleistungsvolumen vorsieht, haben die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig in ihren Honorarverteilungsmaßstäben zur Sicherung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der in diesem Absatz genannten psychotherapeutisch tätigen Leistungserbringer die bisherige Beschlussfassung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen im Bewertungsausschuss bei der Vergütung der psychotherapeutischen antragspflichtigen und nicht-antragspflichtigen Leistungen innerhalb zeitbezogener Kapazitätsgrenzen entsprechend zu berücksichtigen. Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ist demzufolge mittels des Konzepts der zeitlich definierten Obergrenzen zu gestalten, innerhalb derer sich die Summe der nicht-antragspflichtigen und der antragspflichtigen Leistungen ohne Abstufelungen der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung abbildet.“

Die Unterzeichnenden halten es für wünschenswert, den in der Begründung deutlich zum Ausdruck kommenden Zweck direkt in den Gesetzestext zu überführen, um dem für die Versorgung sehr wichtigen Ziel anpassungsfähiger Praxisstrukturen eine größere Verbindlichkeit bei der Umsetzung zu sichern. Dafür wird folgende Änderung vorgeschlagen:

In § 87b Abs. 2 SGB V wird Satz 3 nach „gewährleisten“ folgendermaßen ergänzt:

; dabei ist sicherzustellen, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen und die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen der in § 87 Abs. 2c Satz 6 (neu) genannten Arztgruppen innerhalb einer zeitbezogenen Kapazitätsgrenze ohne Abstufelung mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung zu vergütet sind.

Zu 3. Angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit

Gemäß Ziel 3 wird folgende Weiterentwicklung und Konkretisierung der Regelungen zur Feststellung der Angemessenheit der Vergütung pro Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen vorgeschlagen:

In § 87 Abs. 2c SGB V wird Satz 6 folgendermaßen geändert:

Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen je Zeiteinheit haben zu gewährleisten, dass ein voll umfänglich tätiger Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ein ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt nach Abzug der Kosten für die wirtschaftliche Praxisführung mindestens den gleichen Ertrag erzielt, wie ein ansonsten im fachärztlichen Versorgungsbereich gemäß § 73 Abs. 1 tätiger Vertragsarzt. Hierzu beschließt der Bewertungsausschuss jährlich bis zum 31. August, erstmalig zum 31. August 2012.

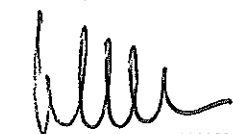
Begründung:

Mit dieser Änderung wird das Mindesthonorar für die psychotherapeutischen Leistungen besser geschützt. Die bisherige Regelung in § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V („Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten“) hat in der Umsetzung durch den Bewertungsausschuss in den 11 Jahren der Gültigkeit dieser Vorschrift nicht dazu geführt, dass Psychotherapeuten – bei optimaler Auslastung im Sinne des BSG – prinzipiell die Chance haben, den kalkulatorischen Arztlohn zu erreichen. Der kalkulatorische Arztlohn

ist eine Norm des Bewertungsausschusses, die sicherstellt, dass eine jede ärztliche Praxis bei Vollauslastung einen bestimmten Überschuss erzielen kann. Es stellt eine nicht hinnehmbare Benachteiligung der Psychotherapeuten dar, dass diese auch bei maximaler Auslastung den vom Bewertungsausschuss vereinbarten Arztlohn grundsätzlich nicht erwirtschaften können.

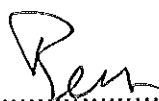
Zum anderen stellt die vorgelegte Formulierung sicher, dass die Überprüfung der „angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ durch den Bewertungsausschuss jeweils zeitnah erfolgt und nicht wie es bisher üblich ist, mit mehrjährigen Abständen zwischen den BSG-Urteilen und der Umsetzung durch den Bewertungsausschuss.

Berlin, den 15. August 2011



Dr. Andreas Köhler

Vorsitzender des Vorstandes der KBV



Dipl.-Psych. Best

Vorsitzende des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV



Dr. Christa Schaff

Die Mitglieder des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV

Ärztliche Psychotherapeuten

- Dr. Martin Kremser (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)
- Dr. Herbert Menzel (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.)
- Dr. Irmgard Pfaffinger (Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.)
- Dr. Christa Roth-Sackenheim (Berufsverband Deutscher Psychiater und Psychotherapeuten e.V.)
- Dr. Christa Schaff (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V.)
- Dr. Margret Stennes (Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.)

Psychologische Psychotherapeuten

- Dipl.-Psych. Dieter Best (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.)
- Dipl.-Psych. Jürgen Doebert (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)
- Dipl.-Psych. Karen Franz (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.)
- Dipl.-Psych. Gebhard Hentschel (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.)
- Uwe Keller (Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten e.V.)
- Dipl.-Psych. Michael Josef Ruh (Deutsche PsychotherapeutenVereinigung e.V.)