



**Notwendige Maßnahmen
zur Verbesserung der Versorgung
psychisch kranker Menschen und zur
Stärkung der Psychotherapie
im deutschen Gesundheitswesen**

**Vorschläge der
Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV)
zum geplanten
Versorgungsgesetz**

**Aktualisierte Version
Berlin, den 14. März 2011**



Vorbemerkung

Das SGB V und einige untergesetzliche Normen enthalten Regelungen, die seit dem In-Kraft-Treten des Psychotherapeutengesetzes unverändert bestehen, die aber sowohl den fachlichen Entwicklungen der letzten 12 Jahre als auch der Zunahme psychischer Krankheiten nicht mehr gerecht werden. Mit dem Versorgungsgesetz sollte die Chance genutzt werden, die Versorgung psychisch Kranker zu verbessern.

Die Zunahme von psychischen Krankheiten, vor allem von Depressionen, bei gleichzeitig beschränkten ambulanten therapeutischen Ressourcen, erfordern eine Flexibilisierung und Optimierung der Versorgungsstrukturen. Würden die nachfolgenden Vorschläge der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung (DPtV) umgesetzt, ließe sich die ambulante Versorgung psychisch kranker Menschen deutlich verbessern.

Außerdem fordert die Deutsche PsychotherapeutenVereinigung gesetzliche Änderungen zur Vergütung der Psychotherapie mit den Zielen, die Psychotherapie als Leistung der GKV mit der somatischen Medizin gleich zu stellen und das bundeseinheitliche Vergütungsniveau zu wahren.

Bedarfsgerechte Versorgungsplanung

Psychotherapie muss flächendeckend, wohnortnah und niedrighschwellig verfügbar sein. Unter- und Fehlversorgung führen zu einer Verlagerung der Behandlung vom ambulanten in den stationären Bereich und zu unnötig vielen Verschreibungen von Psychopharmaka. Lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz können für schwer psychisch Kranke eine unüberwindbare Hürde für eine Psychotherapie sein. Eine nicht oder zu spät eingeleitete Behandlung fördert die Chronifizierung.

Völlig überholte Verhältniszahlen (Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner) der jetzigen Bedarfsplanung weisen eine (rein statistische) Überversorgung auch in solchen Regionen aus, in denen Patienten lange auf einen Therapieplatz warten müssen.

Die Unterschiedlichkeit der Versorgungsgrade ist bei den Psychotherapeuten größer als bei jeder anderen Fachgruppe. So gilt z.B. der Hochsauerlandkreis, Kreistyp 7





Seite 3 von 15

ländlicher Kreis, bereits mit 9 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner und einem statistischen Versorgungsgrad von 156% als stark überversorgt. Die Stadt Bielefeld, Kreistyp 1, Kernstadt - großer Verdichtungsraum -, gilt mit 59 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner und einem Versorgungsgrad von 152% als überversorgt. Dortmund, Kreistyp 10, Sonderregion Ruhrgebiet, gilt mit 22 Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner zu 196% statistisch überversorgt. Die Versorgungsgrade, die immer noch die Verhältnisse zur Zeit des In-Kraft-Tretens des Psychotherapeutengesetzes widerspiegeln, bewegen sich zwischen einem Psychotherapeuten auf ca. 2.577 Einwohner (Kernstädte) und einem Psychotherapeuten auf 23.106 Einwohner (ländlicher Kreis).

Dies alles spricht für eine Neudefinition der Verhältniszahlen, wobei angesichts von durchschnittlichen Wartezeiten auf einen freien Therapieplatz von ca. 3 Monaten, auch in Ballungsgebieten, eine Verringerung der Anzahl der Psychotherapeuten auch in (statistisch) überversorgten Gebieten nicht in Frage kommen kann. Auf der Grundlage der Zahl der derzeit zugelassenen Psychotherapeuten sollte im Rahmen einer kleinräumigeren Versorgungsplanung eine Korrektur der Verhältniszahlen benachteiligter, strukturschwacher und ländlicher Regionen erfolgen. Unter einer kleinräumigeren Versorgungsplanung verstehen wir eine Unterteilung sehr großer Planungsbereiche, in denen eine sinnvolle Steuerung nicht möglich ist.

Alternativ zu den derzeitigen Verhältniszahlen wäre zu überlegen, Versorgungsgrade zu definieren, die nicht auf der Grundlage von Arztsitzen, sondern von tatsächlich in einem Planungsbereich verfügbaren Angeboten, z.B. durch die Feststellung der tatsächlich abgerechneten Leistungsmengen, erfolgen.

Die gesellschaftliche Entwicklung hin zu einer stärkeren Beachtung psychischer Krankheiten führt dazu, dass bisher nicht behandelte psychische Morbidität zukünftig behandelbar und behandelt wird. Eine neue Versorgungsplanung muss die Dynamik dieser Entwicklung aufgreifen können.

Benötigt wird ein dynamisches Modell, das fachgruppen- und sektorenübergreifende empirische Daten einbezieht und diese in regionalen Arbeitsgemeinschaften, unter Beteiligung der Psychotherapeutenkammern und des psychotherapeutischen Sach-





verbandes der Kassenärztlichen Vereinigung, zu patientenbezogenen Versorgungsaufträgen zusammenfasst. Die Beteiligung der Psychotherapeutenkammern darf sich nicht auf die psychotherapeutische Versorgung beschränken, sie muss sich auf die gesamte Bandbreite der Behandlung von Patienten mit psychischen Krankheiten erstrecken. Andernfalls wäre eine fachgruppen- und sektorenübergreifende Planung nicht möglich.

Die Möglichkeiten des qualitativen bzw. lokalen Sonderbedarfs nach den §§ 24 und 34a der Bedarfsplanungsrichtlinie wurden in der Vergangenheit nicht in dem Maße genutzt, wie es für die Behebung bestehender Versorgungsengpässe notwendig gewesen wäre. Auch hat der Gemeinsame Bundesausschuss die ihm durch den Gesetzgeber im SGB V §101 Abs.2 Satz 1 Nr.3 eingeräumte Möglichkeit der Anpassung oder Neufestlegung der Verhältniszahlen aus Gründen „der Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung“ zumindest für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung nicht genutzt. Insofern benötigen wir Lösungen, die die Entscheidungsträger zur Behebung der Versorgungsengpässe im psychotherapeutischen Versorgungsbereich verpflichten.

Die bis 2013 ausgesetzten Abschläge bei Überversorgung nach § 87c Abs. 3 SGB V sind als Regulativ für das Niederlassungsverhalten von Psychotherapeuten ungeeignet. Die Umsetzung der 20%-Mindestquote für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hat gezeigt, dass die ausgeschriebenen Praxissitze in nahezu allen Bedarfsplanungsbezirken kurzfristig besetzt werden konnten.

Eine zukünftige sektorenübergreifende Versorgungsplanung muss das psychiatrisch/psychotherapeutische Angebot der Psychiatrischen Institutsambulanzen nach § 118 SGB V ebenfalls einbeziehen.

Sollte es im Wesentlichen bei der derzeitigen Bedarfsplanung bleiben, müsste die Fußnote in § 5 Abs. 6 Satz 2 der Bedarfsplanungsrichtlinie ersatzlos gestrichen werden. Diese Fußnote enthält eine Regelung, nach der Psychotherapeuten mit einer Zulassung sowohl als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut als auch als Psychologischer Psychotherapeut zur Mindestquote mit einem Anteil von 0,5 zuzurech-





nen sind, unabhängig vom tatsächlichen Anteil, in dem Kinder und Jugendliche behandelt werden.

Erleichterung der Praxiskooperationen für Psychotherapeuten

Die nach § 101 Abs.1 Satz 1 Nr. 4 SGB V für Praxiskooperationen in statistisch über- versorgten Gebieten vorgegebene Leistungsbegrenzung wird durch die Bedarfspla- nungsrichtlinie gemäß § 23c Sätze 2 und 3 so umgesetzt, dass Gesamtpunktzahlvo- lumina festzulegen sind, die den entsprechenden Vorjahresquartalen entsprechen. Sie können jeweils nur um 3% gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt des Vorjah- resquartals gesteigert werden. Dies ist zwar bei allen Fachgruppen gleichermaßen so geregelt. Allerdings sind die weiteren rechtlichen Rahmenbedingungen für Psycholo- gische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten anders ausgestaltet als für andere Fachgruppen. Zum einen bestimmt § 20 Abs. 4 des Bun- desmantelvertrags-Ärzte bzw. § 20 Abs. 4 Arzt-Ersatzkassenvertrags, dass Vertre- tungen im Rahmen von genehmigungspflichtigen Leistungen und probatorischen Sit- zungen grundsätzlich unzulässig sind. Das hat zur Folge, dass die Leistungsmengen im Falle von Urlaub, Erkrankung oder Fortbildung geringer ausfallen, weil eine Ver- tretung gem. § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV anders als bei anderen Vertragsarztgruppen nicht möglich ist. Zweitens besteht in der Psychotherapie in besonderer Weise die Prob- lematik von Ausfallzeiten, wenn Therapiesitzungen kurzfristig abgesagt werden und somit dem Zeitaufwand keine abrechnungsfähigen Leistungen gegenüberstehen. Statistisch macht sich dies insgesamt darin bemerkbar, dass nur ein sehr geringer Anteil der Vertragspsychotherapeuten, nämlich 4%, die Vollauslastung im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts erreichen kann. In dieser Situation führt die strikte Zuwachsbegrenzung beim Job-Sharing dazu, dass diese Kooperations- form als unattraktiv empfunden wird, weil insbesondere Juniorpartner ihre Arbeits- kraft nur eingeschränkt einbringen können. Vor diesem Hintergrund plädieren wir da- für, die Zuwachsbegrenzung für die Psychotherapeuten entsprechend des nachfol- genden Vorschlags zu lockern, um diejenigen Einschränkungen bei der Leistungser-





Seite 6 von 15

bringung auszugleichen, denen somatisch tätige Ärzte faktisch und rechtlich nicht unterliegen.

Dasselbe gilt für die Anstellung von Assistenten.

Nach § 87b Abs. 2 Satz 6 SGB V sind die antragspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. Der Bewertungsausschuss hat als Leistungsgrenze stattdessen die sog. Zeitkapazitätsgrenze eingeführt, die der zeitgetakteten Vergütungssystematik der Psychotherapie entspricht. Es wäre sachgerecht, diese Systematik für die den Zeitkapazitätsgrenzen unterliegenden Gruppen der ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen auch auf die Leistungsbegrenzung bei kooperativen Praxisstrukturen der Psychotherapeuten anzuwenden und die Bedarfsplanungsrichtlinie entsprechend so zu ändern, dass die Leistungsgrenze der Zeitkapazität entspricht.

Ermöglichung der alleinigen Leitung von MVZs durch Psychotherapeuten

MVZ sind nach geltendem Recht „ärztlich“ geleitete Einrichtungen. Sind in einem MVZ unterschiedliche Berufsgruppen tätig, ist auch eine „kooperative“ Leitung möglich. Dies schließt bislang aus, dass ein MVZ, in dem z.B. ein Pädiater und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig sind oder ein MVZ, in dem Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten zusammenarbeiten, von Psychotherapeuten geleitet werden können. Die derzeitige, das ärztliche Berufsrecht abbildende Regelung, ist weder fachlich noch unter dem Gesichtspunkt der Gleichberechtigung beider Berufe zu rechtfertigen

Es sollte jedem MVZ überlassen bleiben, von welchem der dort tätigen zugelassenen Leistungserbringer es geleitet wird. Dementsprechend müsste Satz 2 des § 95 SGB V die ärztliche *oder* psychotherapeutische Leitung ermöglichen. In den Plänen zum Versorgungsgesetz ist dagegen nur von der „ärztlichen Leitung“ die Rede.

Diese Änderung würde auch der Weiterentwicklung der Krankenhausgesetze der Länder entsprechen. So sieht z.B. das zum 1. Januar 2011 in Kraft getretene Krankenhausgesetz Rheinland-Pfalz die gleichberechtigte Leitung für Ärzte und Psycho-





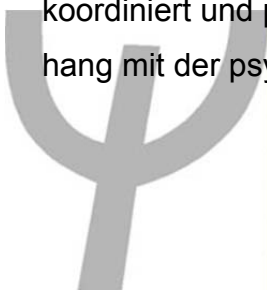
therapeuten vor. Ähnliche Regelungen existieren schon in NRW. In Bremen wird ebenfalls das Krankenhausgesetz, u.a. mit diesem Ziel, überarbeitet.

Die Übertragung der Leitungsfunktion ausschließlich an einen Psychotherapeuten ist im Übrigen mit dem Berufsordnungsrecht zu vereinbaren, weil die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung angestellter Ärzte dennoch gewahrt bleiben und die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt werden können. Insbesondere führt die fachliche Leitung durch einen Psychotherapeuten bei entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen auch nicht dazu, dass dieser fachfremde diagnostische oder therapeutische Entscheidungen trifft.

Aufhebung der Einschränkungen der sozialrechtlichen Befugnisse der Psychotherapeuten nach § 73 Abs. 2 SGB V

Die Einschränkung der Befugnisse von Psychotherapeuten nach § 73 Abs. 2 Satz 2 SGB V behindert eine zweckmäßige, wirtschaftliche und patientenorientierte sektorübergreifende Versorgung. Bisher können Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Patienten nicht direkt in stationäre psychotherapeutische oder psychiatrische Einrichtungen einweisen, was den kosten trächtigen Umweg über einen Arzt notwendig macht und ggf. den Patienten zusätzlich belastet. Psychotherapeuten können aus der Kenntnis ihrer Patienten besser als ein mitbehandelnder Arzt beurteilen, wann eine stationäre Maßnahme aus psychischen Gründen indiziert ist und welche stationäre Einrichtung die geeignetste ist. Mit der direkten Einweisungsbefugnis wäre auch eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Behandlung verbunden.

Das Gleiche gilt für die Verordnung von Soziotherapie und von Heilmitteln, v.a. der ergotherapeutischen und logopädischen Behandlung. Solche Maßnahmen müssen als Teil des psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplanes von Psychotherapeuten veranlasst oder abgesetzt werden können. Zu oft laufen solche Behandlungen, v.a. bei Kindern und Jugendlichen mit emotionalen und sozialen Störungen, unkoordiniert und parallel zu Psychotherapien, weil sie vom Arzt nicht in Zusammenhang mit der psychotherapeutischen Behandlung verordnet werden.





Die Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von psychischen Krankheiten haben in den letzten Jahren drastisch zugenommen. Die durchschnittliche AU-Dauer wegen einer Depression liegt bei etwa 40 Tagen. „Krankschreiben“ und rechtzeitig wieder „Gesundschreiben“ sind Maßnahmen, die bei psychischen Krankheiten sinnvollerweise nur im Rahmen des psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplans zu beurteilen sind. Viel zu häufig geht jedoch einer Krankschreibung keine sorgfältige Diagnostik voraus. Die Chronifizierung psychischer Krankheiten wird durch fortgesetzte Krankschreibungen begünstigt, wenn sie dazu dienen, die Patienten von der belastenden Arbeitssituation lediglich fern zu halten. Sie entwickeln ein Vermeidungsverhalten, das die Rückkehr an den Arbeitsplatz erschwert und nicht selten in einer Frühberentung endet. Stattdessen wäre es sinnvoller, ggf. in einer gestuften Wiedereingliederung, zu lernen, sich mit der problematischen Arbeitsplatzsituation angemessen auseinanderzusetzen.

Psychotherapeuten dürfen nach geltendem Recht Patienten nur in Zusammenhang mit der Beschaffung des Konsiliarberichtes vor Beginn einer Psychotherapie überweisen. Es ergeben sich im Laufe einer Psychotherapie jedoch Anlässe, in denen die Überweisung zum Arzt notwendig ist, um die Kooperation zwischen den Berufsgruppen zu erleichtern, die Abläufe flüssiger und die gesamte Behandlung dadurch qualitativ besser zu gestalten. Überweisungen können z.B. notwendig sein zur Medikation durch einen Psychiater, zur Abklärung somatischer Beschwerden beim Hausarzt, zur Absicherung einer Diagnose beim Kinderpsychiater oder zur Bestimmung von Laborparametern bei Abhängigkeitserkrankungen. Da nicht erkennbar ist, dass die Partner des Bundesmantelvertrags diesbezüglich eine Änderung des BMV-Ä beabsichtigen, sollte die Überweisungsmöglichkeit durch eine Ergänzung in § 73 Abs. 2 SGB V zwingend vorgesehen werden.

Flexibilisierung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapeuten im Sozialrecht

§ 28 Abs. 3 SGB V bestimmt, dass die psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und Psychotherapeuten entsprechend den Richtlinien nach § 92 SGB V durchzu-





führen ist. Die ausschließliche Beschränkung des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten auf die Psychotherapierichtlinien in der derzeitigen Form bietet kaum Möglichkeiten, chronisch psychisch kranke Patienten niederfrequent über lange Zeiträume im Sinne einer stabilisierenden Erhaltungstherapie zur Vermeidung krisenhafter Entwicklungen und stationärer Einweisungen zu behandeln.

Gemessen am hohen Chronifizierungsgrad psychischer Krankheiten ist die Früherkennung und -behandlung noch zu wenig entwickelt. Ihre Bedeutung wird jedoch zunehmend erkannt. Die Psychotherapierichtlinien lassen auch für präventive Ansätze keinen Spielraum.

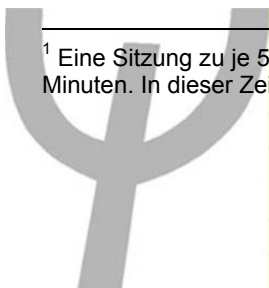
Wir schlagen aus diesen Gründen vor, Satz 1 des § 92 Abs. 6a SGB V in folgender Weise zu ergänzen (unterstrichen):

In den Richtlinien nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist insbesondere das Nähere über die psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Krankheiten, die zur Krankenbehandlung geeigneten Verfahren, die zur langfristigen Behandlung chronisch psychisch Kranker geeigneten Methoden, die Früherkennung psychischer Krankheiten, das Antrags- und Gutachterverfahren, die probatorischen Sitzungen sowie über Art, Umfang und Durchführung der Behandlung zu regeln....

Gleiches Geld für gleiche Leistung - Kalkulatorischer Arztlohn muss auch für Psychotherapeuten erreichbar sein

Nach § 87 Abs. 2c Satz 6 SGB V muss die Bewertung der psychotherapeutischen Leistungen eine „angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ vorsehen. Der Bewertungsausschuss hat diese Maßgabe in Anlehnung an die BSG-Rechtsprechung zum Mindesthonorar jeweils so umgesetzt, dass ein Psychotherapeut mit Vollauslastung und optimaler Praxisausstattung lediglich einen Überschuss in Höhe des Durchschnittsüberschusses vergleichbarer Arztgruppen erwirtschaften kann. Tatsächlich erreichen diese Grenze von 36 Sitzungen¹ Psychotherapie bzw. 51 Stunden Arbeitszeit je Woche lediglich 4% aller Psychotherapeuten, sie ist also auch

¹ Eine Sitzung zu je 50 Minuten reinem Patientenkontakt entspricht im EBM einer sog. Plausibilitätszeit von 70 Minuten. In dieser Zeit sind alle Nebenarbeiten enthalten (Dokumentation, Befund, Berichte usw.).





Seite 10 von 15

bei maximalem Arbeitseinsatz kaum zu leisten und der kalkulatorische Arztlohn, der den Bewertungen im EBM entspricht, kann, wie nachfolgend dargelegt wird, prinzipiell nicht erreicht werden.

Dies ist eine strukturelle Benachteiligung der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten gegenüber den somatisch tätigen Ärzten. Beim derzeitigen Umsatz je Sitzung in Höhe von 81 €, bei wöchentlich 36 Psychotherapiesitzungen (entsprechend 51 Stunden wöchentlicher Arbeitszeit einschließlich Diagnostik und aller Nebenarbeiten) und jährlich 43 Arbeitswochen ist bei Volllastung ein Umsatz von maximal 125.400 € zu erzielen. Unter Abzug der für 2008 festgestellten Praxiskosten der voll ausgelasteten Praxis in Höhe von 45.000 € bleibt ein Ertrag von 80.000 €.

Der kalkulatorische Arztlohn, der den Bewertungen des EBM zugrunde liegt, beträgt jedoch 105.571 €. Der aktuelle Bericht des Bewertungsausschusses an das BMG (BT-Drucksache 17/4000, Seite 20) weist für das Jahr 2009 für die zur Vergleichsbetrachtung vom Bewertungsausschuss herangezogenen Facharztgruppen² einen Umsatzdurchschnitt aus GKV-Behandlungen von 204.702 € aus. Der durchschnittliche Kostensatz (Bericht des Bewertungsausschusses, Seiten 205-208) beträgt 58,3%, so dass sich daraus ein durchschnittlicher Ertrag für diese Gruppen von etwa 85.000 € je Arzt ergibt.

Berücksichtigt man **alle** Arztgruppen, kommt das jüngst veröffentlichte IGES-Gutachten³ zur Kalkulation des EBM zu folgender Aussage für das Jahr 2007:

„Unter Berücksichtigung aller Praxen zeigt sich eine geringe Differenz zwischen realem Arztlohn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (104.620 €) und dem in der EBM-Kalkulation festgelegten Arztlohn (105.572 €)...“

Die Honorarzuwächse von 2008 bis 2010 sind dabei noch nicht berücksichtigt.

Psychotherapeuten erreichen bei **Maximalauslastung** also weder den Ertrag einer **durchschnittlich** ausgelasteten Arztpraxis noch den kalkulatorischen Arztlohn.

Vor allem ist dem vom Bundessozialgericht aufgestellten Maßstab und seiner Umsetzung durch den Bewertungsausschuss stets eine nacheilende Betrachtung imma-

² Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden, Urologen

³ IGES-Institut: Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), Berlin, August 2010.



nent. Welcher Ertrag für die vollausgelastete psychotherapeutische Praxis erzielbar sein muss, hängt davon ab, welche Kosten ihr bei typisierter Betrachtung entstehen, wofür auf erhobene Daten aus der Vergangenheit abgestellt werden muss. Zum anderen hängt der Ertrag davon ab, welchen Ertrag aus vertragsärztlicher Tätigkeit die durchschnittlich ausgelastete Facharztpraxis in der Vergangenheit erwirtschaftet hat, um die künftige Vergütung für die Gruppe der Psychotherapeuten ermitteln zu können. Es liegt also in der Natur dieses Maßstabes, dass die Gruppe mit Ertragsentwicklungen anderer Gruppen nur mit erheblicher Verzögerung Schritt halten kann. Zweck des § 87 Abs. 2 c Satz 6 SGB V dürfte es aber auch sein, die Sicherstellung der Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen zu garantieren, indem professionelle Praxisstrukturen ermöglicht werden.

Die jetzige Regelung im SGB V schützt die Gruppe der Psychotherapeuten nur höchst eingeschränkt und führt zu einer Verfestigung des Einkommensabstandes zwischen Vertragspsychotherapeuten und anderen Fachgruppen. In der Fachwelt ist dieser Umstand bekannt (vgl. dazu Wenner – Vorsitzender des 6. Senats des BSG – in: Gesundheitsrecht 2009, S. 505, 506: „Diese Durchschnittswerte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Einkünften in den einzelnen Fachgebieten gibt, dass also – im Bild des „Ganzen Hauses“ der Vertragsärzte – die einen die Luxussuiten bewohnen, während den anderen eher die kleinen Kammern im Keller zugewiesen werden. Letzteres trifft vor allem für die Psychotherapeuten zu...“). Die Modellrechnung des BSG vernachlässigt, weil es nur um die Auslotung der Grenze zur Willkür geht, überdies bewusst, dass die bereits mit Kassenleistungen maximal ausgelastete psychotherapeutische Praxis keine zusätzlichen Erträge aus der Behandlung von Privatpatienten erwirtschaften kann, während die Vergleichsgruppen einen erheblichen Teil des Ertrages aus diesen Behandlungen erzielen.

Wenn dies schon so liegt, dann sollte aus Sicht der Deutschen Psychotherapeuten-Vereinigung zur Vermeidung der hier dargestellten Benachteiligungen und zur Absicherung der Sicherstellung ein Berechnungsmodell geschaffen werden, das gewährleistet, dass die Gruppe zeitnah mit der Ertragsentwicklung der anderen Fachgruppen mithalten kann.





Um die Wertigkeit der psychotherapeutischen gegenüber der somatischen Behandlung gleich zu stellen und die Sicherstellung zu gewährleisten, muss es einem Psychotherapeuten möglich sein, mit seinem maximalen Einsatz **mindestens** den kalkulatorischen Arztlohn erzielen zu können.

In der somatischen Medizin kann mit dem technischen Fortschritt, der Möglichkeit zur Delegation von Leistungen an Personal und der Möglichkeit, im Krankheitsfall einen Vertreter zu beschäftigen, die Leistungsmenge je Zeiteinheit verdichtet werden. In der Psychotherapie ist dies aufgrund der strikten Zeitgebundenheit der Leistungen nicht möglich.

Um den Vergütungsvorteil der technischen Medizin gegenüber der Zuwendungsmedizin auszugleichen sieht das Gesetz vor, dass die Leistungsbewertungen des EBM "auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben (...) auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln" sind (§87 Absatz 2 Satz 3 SGB V). Der EBM soll in bestimmten Zeitabständen daraufhin überprüft werden, „ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen" (§87 Absatz 2 Satz 2 SGB V). Solche Anpassungen sind bisher aber nicht erfolgt, so dass die Einkommensschere immer weiter auseinander geht.

Da eine voll ausgelastete, somatisch orientierte Arztpraxis den kalkulatorischen Arztlohn nach den Berechnungen des IGES-Instituts leicht überschreiten kann, muss es deshalb auch einer psychotherapeutischen Praxis möglich sein, diesen Wert zu erreichen bzw. zu übertreffen. Zusammenfassend schlagen wir vor, für die angestrebte Konvergenzphase nach § 87 Abs. 9 SGB V eine Regelung vorzusehen, die zum einen der folgenden Maßgabe entspricht:

Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte haben Anspruch auf eine leistungsgerechte und angemessene Vergütung je Zeiteinheit. Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen gemäß § 87 Abs. 2 und die Regelungen des Verteilungsmaßstabs gem. § 85 Abs. 4 haben zu diesem Zweck zu gewährleisten, dass eine voll ausgelastete psychotherapeutische Praxis mindestens





Seite 13 von 15

einen Ertrag erzielen können muss, der dem den Bewertungen im EBM zugrundeliegenden kalkulatorischen Arztlohn entspricht.

Da unabhängig von der Festsetzung des kalkulatorischen Arztlohns und des Orientierungswertes Ertragszuwächse in der somatischen Medizin möglich sind, die durch den o.a. Mechanismus der Verdichtung der Leistungsmenge je Zeiteinheit bedingt sind, muss außerdem gesetzlich gewährleistet sein,

dass die Psychotherapeuten mit der Ertragsentwicklung der somatisch orientierten Arztgruppen Schritt halten können. Durch einen jährlichen Abgleich der Erträge ist jeweils ein Faktor zu bestimmen, mit dem die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen angepasst wird.

Andernfalls sind die Psychotherapeuten mit ihrer anderen Vergütungssystematik (reines Stundenlohnprinzip) gegenüber den somatisch tätigen Ärzten stets im Nachteil.

Beibehaltung der bundeseinheitlichen Vergütung der Psychotherapie

Mit der Vergütungsreform 2009 wurde eine einheitliche Höhe der Vergütung (ca. 81 € Umsatz) je Stunde genehmigte Psychotherapie nach dem Prinzip „gleiche Vergütung für gleiche Leistung“ bzw. „gleicher Behandlungsbedarf für alle Versicherten“ eingeführt. Das einheitliche Honorar wurde von allen Psychotherapeuten einhellig begrüßt, auch von denjenigen, die davon nicht oder nur minimal profitierten (Westfalen-Lippe, Baden-Württemberg, Bayern).

Sollte es zu einer Regionalisierung der Honorarverteilung kommen, plädieren die Psychotherapeuten für die Beibehaltung der bundeseinheitlichen Regelungen für die Psychotherapie.





Verbesserung der Funktionsfähigkeit des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie im Rahmen struktureller Veränderungen der KVen und der KBV

Sollte das Versorgungsgesetz strukturverändernde Maßnahmen am KV- / KBV-System vorsehen, sollte die Funktionsfähigkeit der Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie verbessert werden. Wir schlagen Änderungen in den beiden folgenden Punkten vor:

1. Die Ausschüsse bestehen einerseits aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und andererseits aus „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. Damit ist zwar gewährleistet, dass die Bank der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Personen besetzt ist, die Bank der ärztlichen Vertreter jedoch nicht zwingend aus ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten. In der Regel ist die Ärztebank von Ärzten besetzt, die in unterschiedlichem, zum Teil auch sehr geringem Ausmaß, psychotherapeutisch tätig sind. Um eine wirksame Beratungstätigkeit zu ermöglichen, sollten sich beide Bänke dadurch auszeichnen, dass sie nur mit **ausschließlich** psychotherapeutisch tätigen Personen im Sinne von § 5 Abs. 6 der Bedarfsplanungsrichtlinie besetzt sind. Dadurch wäre eine einheitliche Willensbildung aller Psychotherapeuten, die von ihrer psychotherapeutischen Kernleistung wirtschaftlich abhängig sind, möglich, und Konflikte zwischen den Mitgliedern der Beratenden Fachausschüsse, würden verringert. Beim Beratenden Fachausschuss der Hausärzte und der Fachärzte auf KBV-Ebene ist dieses Prinzip schon verwirklicht. Die bisherige Regelung, die vermutlich als Übergangslösung des Psychotherapeutengesetzes konzipiert war, folgt keiner logischen Systematik und hat sich nicht bewährt.
2. Es wäre im Sinne einer besseren Vertretung des jeweiligen Versorgungsbereichs in den Beratenden Fachausschüssen außerdem zielführend, wenn die Bestimmungen der Absätze 2 und 3 des § 15 der Satzung der KBV ins Gesetz über-





nommen würden. Danach ist die Mehrheit der psychotherapeutischen Mitglieder der Vertreterversammlung gegenüber der Vertreterversammlung vorschlagsberechtigt. Der Vorschlag kann nur von mehr als 2/3 aller Mitglieder der Vertreterversammlung abgelehnt werden. Die KV-Satzungen sehen üblicherweise eine solche Bestimmung nicht vor. Vielmehr ist es üblich, dass Vorschläge aus der Mitte der Vertreterversammlung kommen, was dazu führen kann, dass sich der Wille der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht mit der Zusammensetzung der entsprechenden Bank im Beratenden Fachausschuss Psychotherapie deckt. Um eine wirksamere Vertretung der psychotherapeutischen Interessen bei der Beratung der Vorstände der KVen zu gewährleisten, schlagen wir eine Übernahme der Bestimmung der KBV-Satzung ins SGB V für den Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie der KBV vor. Um denjenigen Beratenden Fachausschüssen der KVen, in deren Vertreterversammlungen zum Teil nur ein oder zwei Psychotherapeuten vertreten sind, eine Zusammensetzung zu sichern, die etwa dem Ergebnis der KV-Wahlen entspricht, könnte eine Bestimmung aufgenommen werden, wonach die Zusammensetzung der PP-/KJP-Bänke die Wahlergebnisse berücksichtigen sollte.

