

2.2015

# DPTV Hintergrund



## INFORMATION

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses  
**Rechtswidrig und schädlich  
für die Versorgung**

Abdruck aus: Psychotherapie Aktuell 4.2015 (ISSN 1869-0335)

Oktober 2015



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

**Kontakt** Mechthild Lahme  
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung  
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Telefon 030 2350090 · E-Mail [mechthildlahme@dptv.de](mailto:mechthildlahme@dptv.de)

**Deutsche Psychotherapeutenvereinigung** Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Telefon 030 2350090 · E-Mail [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de) · Internet [www.dptv.de](http://www.dptv.de)

Dieter Best

# Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses Rechtswidrig und schädlich für die Versorgung

Am 22. September hat der Erweiterte Bewertungsausschuss nach jahrelangem Vorlauf einen Beschluss zur Anpassung der Psychotherapiehonore gefasst. Bereits am 25. März 2012 hatten sich die im sogenannten GK II zusammengeschlossenen Psychotherapieverbände mit der Forderung an den Bewertungsausschuss gewandt, die Rechtmäßigkeit der Psychotherapiehonore, entsprechend den Vorgaben des Bundessozialgerichts, zu prüfen. Dass man sich dreieinhalb Jahre mit einer Entscheidung gequält hat, zeigt die enormen Widerstände im Selbstverwaltungssystem, den Psychotherapeuten eine Anpassung ihrer Honorare zu gewähren – und dies trotz klarer Gerichtsurteile des BSG. Nur mit Unterstützung der KBV war es überhaupt gelungen, die Entscheidung in den Erweiterten Bewertungsausschuss zu verlagern und damit die Blockade im Bewertungsausschuss zu überwinden. Trotzdem bestätigt das Ergebnis voll und ganz die Feststellung von Ebsen, im Bewertungsausschuss bestehe eine Interessenskoalition, die eine faire Vertretung der Interessen der Psychotherapeuten nicht erwarten lasse.<sup>1</sup>

## Der Bewertungsausschuss/Erweiterte Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V

„(3) Der Bewertungsausschuss besteht aus drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern sowie drei vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellten Vertretern. Den Vorsitz führt abwechselnd ein Vertreter der Ärzte und ein Vertreter der Krankenkassen. Die Beratungen des Bewertungsausschusses einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften sind vertraulich. Die Vertraulichkeit gilt auch für die zur Vorbereitung und Durchführung der Beratungen im Bewertungsausschuss dienenden Unterlagen der Trägerorganisationen und des Instituts des Bewertungsausschusses.“

(4) Kommt im Bewertungsausschuss durch übereinstimmenden Beschluss aller Mitglieder eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird der Bewertungsausschuss auf Verlangen von mindestens zwei Mitgliedern um einen unparteiischen Vorsitzenden und zwei weitere unparteiische Mitglieder erweitert. Für die Benennung des unparteiischen Vorsitzenden gilt § 89 Abs. 3 entsprechend. Von den weiteren unparteiischen Mitgliedern wird ein Mitglied von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie ein Mitglied vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen benannt.“

Die Aufgaben des Bewertungsausschusses sind unter anderem, Beschlussfassungen zum EBM und zum Orientierungswert. Als Rechtsaufsicht kann das BMG Beschlüsse insgesamt oder in Teilen beanstanden oder es können Auflagen erteilt werden. Unterstützt wird der Bewertungsausschuss/Erweiterte Bewertungsausschuss vom Institut des Bewertungsausschusses, das die Geschäftsführung innehat und z.B. Simulationsberechnungen zu den Auswirkungen von Beschlüssen erstellt und Beschlüsse vorbereitet. An den Sitzungen, die etwa im Zweimonatsturnus abwechselnd in den Räumen der

KBV und des GKV-Spitzenverbandes in Berlin stattfinden, nehmen neben den Mitgliedern auch die Stellvertreter, Vertreter des Institutes, weitere Sachverständige und Vertreter des BMG teil. In der Regel sind 50 bis 60 Personen anwesend. Die Beratungsthemen werden im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses und in den jeweiligen Honorargremien der KBV und des GKV-Spitzenverbandes vorbereitet. An den Sitzungen nehmen als Vertreter der Psychotherapeuten, auf „Goodwill“ der KBV – denn sie sind als 4. Stellvertreter eigentlich nicht teilnahmeberechtigt – abwechselnd Jürgen Doeberth (bvvp) und Dieter Best (DPTV) teil. Sie haben sich seit Beginn der Beratungen in den Gremien in vielen Stellungnahmen für eine korrekte Umsetzung der rechtlichen und gesetzlichen Vorgaben eingesetzt.

Zum ersten Mal im endlosen Kampf um bessere Honorare hat die Selbstverwaltung von sich aus, wenn auch auf Druck der Psychotherapeuten, einen Beschluss gewagt, der nicht direkt vom Bundessozialgericht aufgezwungen war. Verbände, Kammern und viele niedergelassene Psychotherapeuten reagierten auf den Beschluss mit heftiger Kritik. In ausführlichen rechtlichen Stellungnahmen haben die DPTV, der bvvp und die BPTK das Bundesministerium für Gesundheit zur Beanstandung aufgerufen.

Wir fassen nachfolgend den Beschluss kurz zusammen, geben einen Überblick über unsere rechtliche Bewertung, beschreiben seine Auswirkungen auf die Versorgung und ziehen ein Fazit.

## Inhalte des Beschlusses

Die Honoraranpassungen bestehen aus zwei Komponenten. Zunächst werden für das Jahr 2012 und die Folgejahre die Honorare für die genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß EBM-Abschnitt 35.2 nachträglich um knapp 2,7% angehoben. Weil sich nach der gesetzlichen Vorschrift in § 87 Abs. 2c die angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen im EBM abbilden muss, wurde die Punktzahl, z.B. für eine Einzelsitzung Psychotherapie, von 819 auf 841 Punkte, angehoben. Die Anhebung begründet sich aus Einkommenssteigerungen bestimmter Facharztgruppen, an denen sich die Entwicklung der Psychotherapiehonore orientieren muss, und Kostensteigerungen bei den psychotherapeutischen Praxen.

Die zweite Komponente besteht aus einem Zuschlag zu den genehmigungspflichtigen Leistungen der Einzel- und Gruppentherapie, der von den KVen automatisch zugesetzt wird, wenn eine überdurchschnittliche Auslastung nachgewiesen ist. Der Zuschlag beträgt bei der Einzeltherapie 143 Punkte. Zuschläge erhalten aber nur solche Praxen, die mindestens die Hälfte des als Vollaustattung definierten Leistungsumfangs im jeweiligen Quartal abgerechnet haben. „Vollaustattung“ in diesem Sinne bedeutet ein Punktzahlvolumen einer Praxis mit durchschnittlich 36 Einzeltherapiesitzungen pro Arbeitswoche. Wer mit seiner Arbeitsleistung in den Zuschlagsbereich kommt, erhält einen Zuschlag auf jede genehmigungspflichtige Leistung entsprechend seiner Auslastung. Der Zuschlag beträgt zwar 143 Punkte für eine Einzeltherapiesitzung,

<sup>1</sup> Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als Steuerungs- und Rechtmäßigkeitskriterium für die Honorargestaltung psychotherapeutischer Leistungen in der GKV, Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), Frankfurt, 9.2.2015.

er wird aber nur mit einem Abschlag und nur bis maximal der Hälfte des Eurobetrages ausbezahlt. Hierfür hat der Erweiterte Bewertungsausschuss folgende Berechnungsmethode entwickelt: Aus der Differenz zwischen der das Kriterium der halben Vollaustattung überschreitenden Punktzahlmenge und der vom Psychotherapeuten insgesamt abgerechneten Punktzahlmenge (jeweils bezogen auf genehmigungspflichtige Leistungen) im betreffenden Quartal bildet die KV einen Quotienten. Im nächsten Schritt wird der Zuschlag mit dieser Quote multipliziert und der resultierende Euro-Betrag jeder genehmigungspflichtigen Leistung zugeschlagen (Rechenbeispiel s. Kasten).

#### Rechenbeispiel

(Praxis mit vollem Versorgungsauftrag, der Einfachheit halber mit Sitzungen statt mit Punktzahlen gerechnet, Abrechnung in 2016)

Die Praxis rechnet im Durchschnitt des betreffenden Quartals 24 genehmigungspflichtige Sitzungen ab. Sie überschreitet damit das Kriterium von 18 Sitzungen um 6 Sitzungen. Der Quotient aus dieser Differenz und der Sitzungszahl von 24 beträgt 0,25. Die Multiplikation des Zuschlags von 14,69 € mit diesem Quotienten beträgt 3,67 €. Dieser Betrag wird jeder Sitzung genehmigungspflichtiger Psychotherapie (bei diesem Beispiel Einzeltherapie) zugeschlagen. Wenn die Praxis in den 10,75 Arbeitswochen im Quartal jeweils 24 Sitzungen geleistet hat, sind dies insgesamt 258 Sitzungen. Zu jeder Sitzung werden 3,67 € zugeschlagen, insgesamt also 947 €. Auf die einzelne Sitzung umgerechnet ergibt sich dann bei dieser Beispielpraxis ab dem 1.1.2016 ein Umsatz je Sitzung von 91,44 € (841 Punkte x Orientierungswert 0,104361 € = 87,77 € + Zuschlag 3,67 €).

Je mehr das Kriterium überschritten wird, desto höher ist der Zuschlag je Leistung. Bei maximaler Auslastung nach BSG wird demnach die Hälfte des Zuschlags (ca. 7,35 €) jeder Leistung zugeschlagen. Wer in einem Quartal unterhalb des Punktzahlkriteriums abgerechnet hat, erhält keinen Zuschlag.

Die psychotherapeutische Durchschnittspraxis mit vollem Versorgungsauftrag profitiert von dem Zuschlagssystem überhaupt nicht, denn Psychotherapeuten leisten im Wochendurchschnitt etwa 18 Sitzungen genehmigte Psychotherapiesitzungen. Dazu kommen 6 probatorische Sitzungen und sonstige Gesprächsleistungen sowie weitere patientenbezogene und nicht direkt patientenbezogene Arbeiten. Insgesamt addiert sich die Wochenarbeitszeit der durchschnittlichen Praxis auf 44 Stunden (siehe auch Beitrag „Stimmt es, dass sich Psychiater immer mehr der Psychotherapie zuwenden?“ in diesem Heft). Knapp 60% der Praxen kommen somit nicht in den Genuss des Zuschlags, wie das Diagramm 1 zeigt. Nur weniger als 2% aller Praxen erreichen den vollen Zuschlag von 7,35 €. Damit erweist sich das Zuschlagsmodell als Mogelpackung.

Dass die „halbe Vollaustattung“ als Kriterium für den Zuschlag gewählt wurde, ist nicht fachlich, sondern monetär begründet. KBV und Krankenkassen hatten sich darauf verständigt, dass der Beschluss maximal 80 Millionen Euro jährlich kosten dürfe.<sup>2</sup> Würde – nach der Logik des BSG der Zuschlag von 7,35 € ab der ersten Sitzung bezahlt, wären es mehr als 200 Millionen Euro jährlich.

Für ihre Mitglieder stellt die DPTV nähere Erläuterungen zum Beschluss, individuelle Berechnungsbeispiele und Tabellen im Mitgliederbereich ihrer Internetseiten zur Verfügung.

#### Wie viele Praxen rechnen wie viele genehmigungspflichtige Sitzungen pro Woche ab?

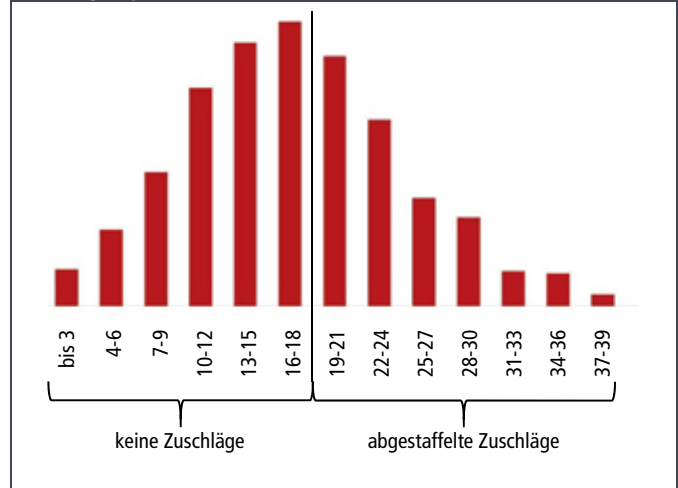


Diagramm 1

#### Beschluss unterläuft das Gesetz und die BSG-Rechtsprechung

Die Paragraphen 87 (Abs. 2c) und 87 b (Abs. 2) SGB V schreiben die „angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit“ vor. Damit hatte der Gesetzgeber die in den BSG-Urteilen von 1999 erstmals entwickelten Grundsätze gesetzlich fixiert. In diesen und den weiteren Urteilen hat das BSG einen konkreten Rechenweg zur Bestimmung eines Mindesthonorars je Zeiteinheit entwickelt. Er folgt dem Grundsatz:

„Den Psychotherapeuten muß es jedenfalls im typischen Fall möglich sein, bei größtmöglichem persönlichem Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen. Eine andere Sicht würde die Modellberechnung des Senats hinsichtlich der „angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ weiter zu Lasten der Psychotherapeuten verschieben. Diese müssen nach diesem Modell bereits hinnehmen, dass die optimal ausgelastete psychotherapeutische Praxis gerade nicht mit einer ebenso optimal ausgelasteten umsatzstarken allgemeinmedizinischen Praxis, sondern nur mit den Ertragsaussichten einer durchschnittlichen Praxis verglichen wird [...] Insofern ist der Modellberechnung des BSG schon eine Begrenzung der Vergütungsansprüche der Psychotherapeuten immanent.“ (Urteil vom 28. Januar 2004 – B 6 KA 52/03 R, Rn. 48)<sup>3</sup>

Im ersten Schritt wird der Durchschnittsüberschuss von Facharztgruppen im unteren Einkommensbereich als Obergrenze des von den Psychotherapeuten erreichbaren Überschusses bestimmt. Im nächsten Schritt werden die jährlichen Praxiskosten einer maximal ausgelasteten und unter optimalen Bedingungen arbeitenden psychotherapeutischen Praxis ermittelt und zu dem im ersten Schritt ermittelten Überschuss addiert. Dabei werden gemäß BSG von den empirisch ermittelten Kosten zunächst die empirischen Personalkosten abgezogen und dann normativ ca. 15.000 € Personalkosten für eine Halbtagskraft addiert. Aus dem sich aus der Addition des „Norm“-Überschusses mit den Gesamtkosten ergebenden maximal möglichen Jahresumsatz wird durch Teilung mit der Anzahl der Leistungen pro Jahr die Mindestvergütung je Zeiteinheit, und zwar für jede genehmigungspflichtige Leistung, *unabhängig von der Auslastung der Praxis*, bestimmt.

<sup>2</sup> Weil im Bundesdurchschnitt nur die Hälfte aller niedergelassenen Psychotherapeuten Widerspruch gegen ihre Quartalsabrechnungen eingelegt hatten, reduziert sich der Betrag für die zurückliegenden Jahre auf ca. 40 Mio. € pro Jahr.

<sup>3</sup> In diesem Urteil, das sich auf eine Entscheidung des Bewertungsausschusses für die Vergütungen bis 2002 bezieht, galten noch die Allgemeinärzte als Bezugsgröße. Mit Einführung der Trennung der Gesamtvergütungen wurden die Einkommen von Arztgruppen des fachärztlichen Versorgungsbereichs Vergleichsgruppen herangezogen.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses weicht von der BSG-Rechtsprechung insofern ab, als dass sich die so berechnete Mindestvergütung je Zeiteinheit ausschließlich von einer Praxis erzielen lässt, die an der Belastungsgrenze von genau 36 genehmigungspflichtigen Einzeltherapiesitzungen pro Woche arbeitet. Für alle anderen 98% der Psychotherapeuten wird die Mindestvergütung nach den Grundsätzen des BSG gar nicht wirksam.

Begründet wurde dies damit, dass Psychotherapeuten für Personal im Durchschnitt nur knapp 4.000 € im Jahr aufwenden und dass es von daher gerechtfertigt sei, erst ab einer bestimmten Auslastung einen zusätzlichen normativen Anteil bei der Berechnung der Vergütung je Zeiteinheit zu berücksichtigen. Psychotherapeuten hätten offensichtlich keinen höheren Personalbedarf, so der Erweiterte Bewertungsausschuss.

Wenn aber Psychotherapeuten trotz nicht wesentlich geringerer Arbeitszeit<sup>4</sup> als somatisch tätige Ärzte mit ca. 52.000 € pro Jahr nur die halben Gewinne erzielen und davon noch Sozialversicherungsbeiträge und Steuern bezahlt werden müssen, sind höhere Ausgaben für Personal unter diesen Bedingungen für eine durchschnittliche Praxis aus wirtschaftlichen Gründen nicht realisierbar (siehe Tabelle).

#### Praxisüberschüsse Quartal 4/2013 aus: Honorarbericht der KBV nach § 87 SGB V

	4/2013	Steigerung zu 4/2012
Augenärzte	31.532 €	6,5 %
Chirurgen	25.567 €	4,4 %
Gynäkologen	24.207 €	9,3 %
HNO	25.248 €	10,2 %
Dermatologen	23.977 €	7,4 %
Orthopäden	27.010 €	7,5 %
Urologen	26.732 €	5,0 %
Psychiater	21.925 €	16,1 %
Psychotherapeuten	13.078 €	2,3 %

Aus dem Grund hat das BSG in seinem Urteil von 2008 – „losgelöst von den tatsächlichen Verhältnissen“ am normativen Personalkostenansatz, den es bereits 1999 ausformuliert hatte, festgehalten. Der Ansatz diene dem BSG nicht dem Zweck, einer *konkreten* „voll ausgelasteten“ Praxis (und nur dieser) die Beschäftigung einer Halbtagskraft zu ermöglichen. Vielmehr sollte das fiktive Praxismodell („größtmöglicher persönlicher Einsatz“, „optimale Praxisauslastung“) im Vergleich mit den Überschüssen von Facharztgruppen im unteren Einkommensbereich dazu dienen, die Mindestvergütung je Zeiteinheit, also aller Leistungen, berechnen zu können. Die Bestimmung der Mindestvergütung nach dem Rechenweg des BSG sieht also vor, dass geringer ausgelastete Praxen zwar direkt proportional geringere Mittel für Personal zur Verfügung haben, nicht jedoch unterproportional geringere oder überhaupt keine Mittel. Selbst wenn man die unten aufgeführten zusätzlichen Benachteiligungen außer Acht ließe, müsste demnach *jede* Einzelsitzung Psychotherapie im Jahr 2012 um ca. 9,50 €, bei strikter Anwendung des BSG-Rechenweges um deutlich mehr als 10€ höher vergütet werden.

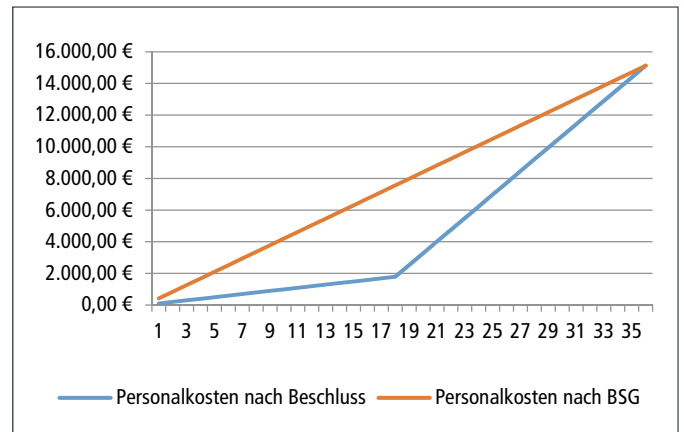


Diagramm 2

In Diagramm 2 wird die Abweichung des Erweiterten Bewertungsausschusses vom Rechenweg des BSG deutlich. Abgebildet sind die zu erzielenden Kosten für Personal pro Jahr (Y-Achse) in Abhängigkeit von den im Wochendurchschnitt an 43 Arbeitswochen geleisteten genehmigungspflichtigen Einzeltherapiesitzungen (X-Achse).

Rechtlich ist an dem Beschluss außerdem zu beanstanden:

- Er bezieht sich nur auf den Zeitraum ab dem 1.1.2012. Die Jahre 2009 bis 2011 werden ausgeklammert, obwohl sich der Erweiterte Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 18.12.2013 die Prüfung dieser Jahre entsprechend der Vorgabe des BSG selbst auferlegt hatte. Im Urteil von 2008 war dem Bewertungsausschuss nämlich aufgegeben worden, dass auch unter den Bedingungen des ab dem 1.1.2009 mit dem GKV-WSG eingeführten neuen Vergütungsrechts dafür Sorge zu tragen sei, dass die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben (Urteil B 6 KA 9/07 R). Im selben Urteil wird dem Bewertungsausschuss auch aufgegeben, den Anpassungsbedarf in „regelmäßigen Abständen“ zu prüfen. Weder ist er dieser Auflage für die Jahre 2009 bis 2011 nachgekommen, noch für die Jahre nach 2012 (siehe nächster Punkt).
- Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt seine Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 an, obwohl das BSG in seinen Urteilen von 2008 ausdrücklich gefordert hat, die jeweils *aktuell* verfügbaren Daten zu verwenden.<sup>5</sup> Spätestens bei der Anpassung der Honorare ab 2014 hätten die neueren Daten des Statistischen Bundesamtes aus der Erhebung des Jahres 2011 verwendet werden müssen, denn sie waren seit Mitte 2013 verfügbar. Sowohl die neueren Einkommensdaten der Vergleichsarztgruppen als auch die aktualisierten Daten zu den Kosten einer maximal ausgelasteten Praxis hätten eine vollständig neue Prüfung auslösen müssen.
- Aus einer Mikrodatenanalyse des Statistischen Bundesamtes im Auftrag des Institutes des Bewertungsausschusses wurden bei der Bestimmung der empirischen Kosten einer psychotherapeutischen Praxis lediglich die durchschnittlichen Kosten einer Umsatzklasse von mehr als 83.000 € herangezogen (ca. 37.400 €) und nicht die Kosten einer im Sinne des BSG voll ausgelasteten Praxis, d.h. einer Praxis von etwa 125.000 € Umsatz pro Jahr aus GKV-Behandlungen. Auch wenn solche Praxen kaum zu finden sind, hätte ohne Weiteres von da-

<sup>4</sup> Nach Zi-Praxis-Panel, Jahresbericht 2013, Wirtschaftliche Situation und Rahmenbedingungen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2009 bis 2011: Psychotherapeuten 44 Wochenstunden, alle Ärzte und Psychotherapeuten 51 Wochenstunden.

<sup>5</sup> Kostenstrukturanalysen des Statistischen Bundesamtes für Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Psychotherapeuten (Fachserie 1.6.1).

runterliegenden Umsatzklassen hochgerechnet werden können. Tatsächlich hatte eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2007 im Auftrag der DPTV – allerdings aus einer kleinen Stichprobe – empirische Praxiskosten von 49.000 € ergeben, bei einem durchschnittlichen Praxisumsatz aus der Behandlung gesetzlich Versicherter von 110.000 €. Es ist also anzunehmen, dass Praxen mit einem GKV-Umsatz von etwa 125.000 € empirische Praxiskosten von mehr als 50.000 € aufweisen. In den entscheidungserheblichen Gründen des Beschlusses werden solche Aspekte der Mikrodatenanalyse übrigens nicht aufgeführt.

- Zur Verminderung der Honoraransprüche der Psychotherapeuten wurden aus den fachärztlichen Vergleichsgruppen („Facharztmix“) die überdurchschnittlich verdienenden Gruppen der Augenärzte und Orthopäden herausgenommen. Dies wäre mit der Rechtsprechung allerdings nur dann vereinbar, wenn der Durchschnittsertrag der Vergleichsarztgruppen vollständig, also *ungeschmälert* um weitere Einkommensarten, in die Berechnung des Vergleichsertrags eingehen würde. Tatsächlich hat der Erweiterte Bewertungsausschuss lediglich die Laborkosten der Urologen in die Vergleichserträge einbezogen und alle weiteren Einkommensarten aus GKV-Behandlungen unberücksichtigt gelassen.

Die rechtliche Bewertung des Beschlusses lässt sich so zusammenfassen:

Ungeachtet der von Ebsen geäußerten Zweifel, ob nicht schon der BSG-Vergleich zwischen einer maximal ausgelasteten Psychotherapeutenpraxis und einer durchschnittlich ausgelasteten, unterdurchschnittlich verdienenden Facharztpraxis eine verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung sei, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss zusätzlich zu den bereits im BSG-Ansatz enthaltenen Benachteiligungen einige weitere hinzu gefügt.

Er hat damit zu Lasten der Psychotherapeuten den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum erheblich überschritten. Es würde an dieser Stelle zu weit führen, die rechtlichen Einwände noch weiter in ihrer Gesamtheit und Ausführlichkeit darzustellen. Sie sind in einer Stellungnahme unseres Justiziers Dr. Plantholz an das BMG zusammengefasst.

### **Beschluss wirkt sich schädlich auf die Versorgung aus und unterläuft die Absichten des GKV-VSG**

Ob das Zuschlagsmodell einen Anreiz dafür setzt, die Menge der psychotherapeutischen Leistungen zu erhöhen, ist fraglich. Alle Statistiken belegen, dass die Arbeitszeiten der Psychotherapeuten über die Zeit recht stabil sind und dass sie – was die genehmigungspflichtigen Leistungen betrifft – weit unterhalb der vom BSG als Belastungsgrenze definierten Vollaustattung liegen<sup>6</sup>. Psychotherapeuten können aufgrund der strikten Zeitgebundenheit ihrer Leistungen die Leistungsmenge nicht ohne Weiteres ausweiten. Auch können sie sich nach einer Vorschrift im Bundesmantelvertrag (BMV-Ä) nicht vertreten lassen. Einnahmefälle durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung, die deutlich über denen der somatischen Arztgruppen liegen, schlagen voll zu Buche.

Diese Umstände setzen einer Leistungsausweitung enge Grenzen. Außerdem orientieren sich Psychotherapeuten offensichtlich an einem Arbeitsquantum, das verkraftbar ist und nicht zur Überforderung führt.<sup>7</sup>

Praxen, die aus Versorgungsgründen einen hohen Anteil an Grundversorgerleistungen, wie zum Beispiel unvorhergesehene Inanspruchnahmen, probatorische Abklärungen, Testleistungen, ausführliche biografische Anamnesen, über das gewöhnliche Maß hinausgehende Behandlungen mittels nicht genehmigungspflichtiger Gesprächsleistungen, anbieten, werden durch das Zuschlagsmodell geradezu bestraft. Besonders Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem hohen Koordinationsaufwand und einem hohen Anteil an nicht in eine Richtlinienpsychotherapie mündenden probatorischen Sitzungen sind davon betroffen.

Wenn schon nicht davon auszugehen ist, dass Psychotherapeuten wegen des neu eingeführten Zuschlags ihre Arbeitszeiten erhöhen, ist es doch wahrscheinlich, dass angesichts der geringen Einkommen manche ihren Anteil an den nicht genehmigungspflichtigen Grundversorgerleistungen zugunsten der genehmigungspflichtigen Leistungen reduzieren, sofern der Versorgungsbedarf es zulässt.

Völlig unverständlich wird das Zuschlagskonzept des Erweiterten Bewertungsausschusses im Hinblick auf die vom GKV-VSG geforderte Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Danach soll das psychotherapeutische Behandlungsspektrum unter anderem um niedrigschwellige, nicht-genehmigungspflichtige Sprechstunden und eine frühzeitige diagnostische Abklärung erweitert werden. Sowohl KBV als auch Krankenkassen haben sich für ein differenziertes niederschwelliges Versorgungsangebot stark gemacht, nun wird es durch die Hintertür blockiert.

### **Fazit**

Der Beschluss ist ein Beleg dafür, dass sowohl das KV-System als auch die Gemeinsame Selbstverwaltung von KBV und Krankenkassen nicht in der Lage sind, die „angemessene Vergütung je Zeiteinheit“ psychotherapeutischer Leistungen zu gewährleisten. Allen Mahnungen zum Trotz hat eine den Psychotherapeuten entgegenstehende Interessenskoalition einen Beschluss gefasst, der nicht nur in rechtswidriger Weise die gesetzlichen und gerichtlichen Vorgaben unterläuft, sondern die im GKV-VSG angelegte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung ausbremst.

Dass es trotz aller Proteste und Einwände so weit kommen konnte, liegt auch an der bisherigen, wenig tauglichen gesetzlichen Vorschrift zur Vergütung der Psychotherapie. Die Psychotherapeuten fordern deshalb von der Politik so eindeutig definierte Vorgaben zur Bestimmung der angemessenen Vergütung, dass sie von der Selbstverwaltung nicht mehr umgangen werden können. Dazu gehören auch vorgeschriebene Fristen der Prüfung.

Die völlig unterschiedliche Leistungsstruktur zwischen den psychotherapeutischen und den somatisch-medizinischen Praxen<sup>8</sup> ist bis heute der Grund, weshalb der Gesetzgeber und die Gerichte überhaupt eine Spezialvorschrift zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie für nötig hielten. Sie würde sich erübrigen, wenn die EBM-Kalkulation die Unterschiede der psychotherapeutischen und der somatisch-medizinischen Vergütungssystematik berücksichtigen würde. Hier ist jedoch kein Land in Sicht und von der Selbstverwaltung ist ohne gesetzliche Vorgabe auch nicht zu erwarten, dass die Unwucht zwischen der Bewertung der zeitbestimmten Zuwendungsleistungen und somatischen, insbesondere der technischen Leistungen, beseitigt wird. Bis dahin ist eine Spezialvorschrift zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie unerlässlich.

6 Best, D.: Wo liegt die Belastungsgrenze von Psychotherapeuten? Ergebnis einer Auswertung von Frequenzstatistiken psychotherapeutischer Praxen, in: Psychotherapeutische Praxis (ehemalige Verbandszeitschrift der Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten), Heft 4/2004.

7 Best, D.: Hohe Arbeitszufriedenheit, Alters-armut inbegriffen, in: Psychotherapie Aktuell, Heft 3.2013.

8 Strikt vorgegebene Mindestzeiten bei den psychotherapeutischen Leistungen vs. variable Zeiten bei den somatischen und technischen Leistungen.

Das Gesetz selbst sieht die angemessene Vergütung „psychotherapeutischer Leistungen“ je Zeiteinheit vor, unterscheidet also nicht zwischen antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen einerseits und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen andererseits. Die Anwendung der gesetzlichen Vorschrift auf die genehmigungspflichtigen Leistungen war bisher immer ein unverzichtbarer Schutz der Psychotherapiehonorare. Allerdings müssen aus diesen ohnehin schon schlecht bezahlten Leistungen die noch schlechter bezahlten nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen quersubventioniert werden. Angesichts der notwendigen Entwicklung hin zu einem flexibleren Behandlungsangebot in der Psychotherapie im Sinne des GKV-VSG ist es nicht mehr zeitgemäß, wenn sich die „angemessene Vergütung“ nur auf die genehmigungspflichtigen Leistungen bezieht. Vielmehr sollten alle psychotherapeutischen Leistungen, die mit Mindestzeiten versehen sind, so vergütet werden, dass Psychotherapeuten mit ihrem *gesamten Leistungsspektrum* ein Einkommen erzielen können, das bei gleichem Arbeitseinsatz demjenigen der anderen Arztgruppen entspricht.



---

## Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut, stellvertretender Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie in der KBV und Mitglied der Vertreterversammlung der KBV.