

Weiterentwicklung der Gebührenordnungen für die Privatliquidation und in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) begrüßt die Absicht der Bundesregierung, die ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gebührenordnungen weiterzuentwickeln. Auch sie sieht Handlungsbedarf im Bereich der Privaten (PKV) und Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Beauftragung eines unabhängigen Instituts in der Trägerschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung wird von der Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt, wenn in diesem Institut, aber insbesondere bei der auf der Institutsarbeit aufbauenden Beschlussfassung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend ihrem Versorgungsanteil im ambulanten Bereich Beratungs- und Mitentscheidungsrechte erhalten.

Abbildung des Leistungsspektrums der Psychotherapie

Die gültigen Gebührenordnungen für die Privatliquidation (GOP) und die Abrechnung gegenüber den Gesetzlichen Krankenkassen (EBM) bilden bis auf wenige Ausnahmen nur den in den Psychotherapie-Richtlinien umschriebenen Kernbereich der psychotherapeutischen Tätigkeit ab. Durch die bezüglich der Wirksamkeit belegbare Weiterentwicklung der Psychotherapie können Psychotherapeuten einen weit größeren Beitrag zur Versorgung psychisch und somatisch kranker Menschen leisten, als in den Gebührenordnungen in der GKV und PKV abgebildet. Die folgenden Beispiele zeigen, dass Handlungsbedarf in erheblichem Umfang besteht:

- Chronisch psychisch kranke Patienten, z. B. mit einer schweren rezidivierenden Depression oder einer psychotischen Erkrankung, brauchen längerfristig eine **supportive Behandlung**, um Sekundärfolgen ihrer Erkrankung abzumildern oder um besser am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können.
- Krebskranke Patienten können durch **psychotherapeutische Maßnahmen** bei der Bewältigung ihrer Krankheit (**Symptommanagement oder Umgang mit den**

Krankheitsfolgen oder den Nebenwirkungen der Behandlung) besser unterstützt werden. Positive Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis und die Lebensqualität der Patienten sind belegt.

- Nicht adäquat abgebildet sind Leistungen im Bereich der **Krisenintervention** bzw. **Akutversorgung**. Patienten, die durch Unfälle, Gewalteinwirkung oder biografische Krisen traumatisiert oder akut belastet wurden, sollten von Psychotherapeuten zeitnah und adäquat behandelt werden können.
- Bestandteil strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) für chronisch kranke Patienten sind **präventive Leistungen**, wie z. B. Kurse mit dem Ziel der Wissensvermittlung oder Beratungsgespräche durch den behandelnden Hausarzt. Für bestimmte Patienten sind zusätzlich psychotherapeutische Maßnahmen notwendig, damit sie die erforderlichen Verhaltens- und Lebensstiländerungen umsetzen und aufrechterhalten und ein effektives Selbstmanagement ihrer Erkrankung erreichen können.
- Problematisch ist generell, dass **Maßnahmen der Prävention** und **Früherkennung** psychischer Störungen nicht im Vergütungskatalog der Psychotherapeuten vorgesehen sind. Indizierte Prävention für psychisch gefährdete Kinder und Jugendliche ist mehr als überfällig. Notwendig wären z. B. **Trainings und psychodynamische Beratungsangebote für Eltern und Kinder** bei Verhaltensauffälligkeiten der Kinder in Kindergarten, Schule etc. Wichtig wäre eine Beratung und Unterstützung von Eltern bei Regulationsstörungen von Säuglingen oder Kleinkindern. Auch **gruppentherapeutische Ansätze** für Kinder psychisch kranker Eltern oder Kinder mit einem erhöhten Risiko für psychische Störungen sind im Sinne eines Vorbeugens statt Heilens geboten.

Für den Bereich der Privatliquidation haben Psychotherapeuten als freier Beruf ein Anrecht darauf, dass die amtliche Gebührenordnung (GOP) ihr gesamtes Leistungsspektrum abbildet. Bei der Übertragung der Gebührenordnung-Ärzte (GOÄ) auf eine GOP wurde dieses Ziel verfehlt. Ein Missstand, der bis heute andauert auch auf-

grund der mangelnden Bereitschaft des Gesetzgebers, die notwendigen Schritte zu unternehmen.

Für die Versorgung im Kontext der GKV ist eine zügigere Adaption des psychotherapeutischen Fortschritts in den Leistungskatalog der GKV ein Beitrag zu einer effizienteren Versorgung. Der Gemeinsame Bewertungsausschuss der KBV und der Spitzenverbände hat beim Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) einen bisher nicht genutzten Gestaltungsspielraum. Für einzelne Punkte ist eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erforderlich.

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Aufbauend auf ein umfassendes Leistungsverzeichnis, muss eine angemessene Bewertung der Leistungen erfolgen. Die betriebswirtschaftliche Kalkulation, die der Leistungsbewertung zugrunde liegt, sollte auch für Psychotherapeuten davon ausgehen, dass der Standardfall einer psychotherapeutischen Praxis nicht eine auf Minimalniveau ausgestattete Praxis sein kann. Mit Blick auf die Breite des Leistungsspektrums und die Notwendigkeit, sich im Interesse der Patienten enger mit anderen Gesundheitsberufen und Hilfesystemen zu vernetzen, ist ein angemessenes Praxisbetriebsmodell zu unterstellen und die bestehende Benachteiligung der Psychotherapeuten gegenüber somatisch tätigen Ärzten zu überwinden.

Durch die Psychotherapie-Richtlinien sind psychotherapeutische Leistungen in besonderem Maße qualitätsgesichert (antrags- und genehmigungspflichtig) und durch festgelegte Kontingente und Mindestzeiten mengenbegrenzt. Für psychotherapeutische Leistungen gilt, dass sie zeitgebunden, zugewandungsorientiert und nicht delegierbar sind. Daher können pauschalierte oder Komplexleistungen im Kontext der Psychotherapie i. d. R. nicht die für den ärztlichen Bereich erwarteten Steuerungswirkungen entfalten. In der Psychotherapie empfiehlt sich eine zeitabhängige Vergütung, die – bezogen auf den einzelnen Therapeuten – immer auch eine Mengenbegrenzung impliziert. Denkbar wäre es, einzelne Leistungen im Bereich der psycholo-

gischen Diagnostik oder probatorischen Sitzungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen.

Differenzierung der Vergütung

Grundsätzlich ist die Logik richtig, dass für Gebührenordnungen, unabhängig vom Versicherungszweig, ein einheitlicher „Preis“ je Zeiteinheit für den Leistungserbringer Kalkulationsgrundlage sein kann. Patienten, die sich für eine Privatbehandlung entscheiden, wählen ihren Psychotherapeuten unter dem Gesichtspunkt seiner Erfahrung und seines Könnens aus. Einem freien Beruf muss es im Rahmen der Gebührenordnungen möglich sein, diese Qualitätsgesichtspunkte im Honorar pro Zeiteinheit auszudrücken.

Eine Differenzierung der Leistungsbewertung ist darüber hinaus Thema von Vertragsverhandlungen zwischen Psychotherapeuten, Verbänden bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen. Denkbar ist eine Honorierung z. B. in Abhängigkeit von speziellen Serviceleistungen. Eine Differenzierung der Vergütung sollte im GKV- wie PKV-Bereich möglich sein, sofern eine Unterscheidung zwischen den Versicherungszweigen im herkömmlichen Sinne bei der anstehenden Strukturreform im Krankenversicherungsmarkt erhalten bleibt.

Institut mit Beratungs- und Mitwirkungsrechten

Die BPTK begrüßt den Ansatz, dass künftig ein neutrales Institut in der Trägerschaft der gemeinsamen Selbstverwaltung die amtliche Gebührenordnung-Psychotherapeuten (GOP) und den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) überarbeitet.

Dem Institut stellen sich im Kontext der Weiterentwicklung der GOP und des EBM für den Bereich der Psychotherapie unterschiedliche Aufgaben. Für die Privatliquidation kann und sollte der Leistungskatalog unmittelbar Weiterentwicklungen in der Psychotherapie abbilden. Für den GKV-Bereich gilt in weiten Teilen, dass der Transfer des wissenschaftlichen Fortschritts in den Versorgungsalltag über den G-BA organisiert

ist. Dies impliziert immer zeitliche Verzögerungen und deutlich engere Zulassungskriterien, als sie im PKV-Bereich anzuwenden sind.

Ein neutrales Institut könnte Garant für eine sachgerechte und qualitätsorientierte Bewertung der Leistungen sein. Um dies zu gewährleisten, müsste das Institut, unabhängig von den Trägerorganisationen (z. B. KBV, BPTK, BÄK, GKV, PKV), aktiv auf Probleme reagieren und nicht nur auf Antrag tätig werden. Ein Institut mit einer eigenen Initiativverpflichtung zur umfassenden Klärung des Sachverhalts könnte den Verhandlungen und Entscheidungen der Selbstverwaltung und der Politik zur Gebührenordnung eine rationale, darlegungsfähige und nachvollziehbare Grundlage geben.

Die Beratungsrechte der Leistungserbringer hinsichtlich der fachlichen Arbeit des Instituts und die Mitentscheidungsrechte im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung sollten den Versorgungsanteil der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten adäquat berücksichtigen. Dieser Versorgungsanteil liegt derzeit bei 85 %, bezogen auf ambulante psychotherapeutische Leistungen.

Versorgungslücken bei PKV-Versicherten

Angesichts der Prävalenz psychischer Störungen sollte die Möglichkeit, Psychotherapie als Leistung der Privaten Krankenversicherung ganz oder teilweise abzuwählen, dringend revidiert werden. Die falsche Einschätzung des Risikos, später psychisch krank zu werden, führt bei Vertragsabschluss zu einer Unterversicherung. Für den Fall der Krankheit können erhebliche Folgekosten entstehen (Arbeitsunfähigkeitstage, Frühverrentung), die dann im Kontext der anderen Sozialversicherungszweige oder der Sozialhilfe sozialisiert werden. Auch die von den Psychotherapie-Richtlinien abweichende Kontingentierung der Leistungen, die i. d. R. keine adäquate Behandlung psychisch Kranker erlaubt, führt zu einer Schlechterstellung psychisch Kranker im PKV-Bereich, verglichen mit der Versorgung im Kontext der Gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem machen viele PKV-Unternehmen Vorgaben zur Strukturqualität, die das seit 1999 gültige Psychotherapeutengesetz immer noch nicht berücksichtigen.

Die PKV könnte sich im Wettbewerb mit der GKV dadurch auszeichnen, dass sie in ihren Leistungsverzeichnissen schneller als in der GKV Weiterentwicklungen der Psychotherapie abbildet. In der GKV stehen dem Transfer von der Forschung in die Versorgungspraxis langwierige Verfahren im Gemeinsamen Bundesausschuss entgegen. Die PKV nutzt nicht nur diesen potenziellen Vorteil im Vergleich zur GKV nicht, sie bleibt sogar deutlich hinter dem Leistungsspektrum und dem Qualitätsniveau der GKV zurück.

Absenkung der Gebührensätze für Beihilfeberechtigte und PKV-Versicherte

Die BPTK lehnt eine der grundlegenden Reform vorgeschaltete Absenkung der Gebührensätze in der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ab. Diese Maßnahme dient der Kostenentlastung der PKV und der öffentlichen Hand, die die Beihilfen für Beamte tragen. Der Plan läuft auf eine Haushaltssanierung auf dem Rücken der Leistungserbringer hinaus.

Fazit

Die Bundespsychotherapeutenkammer fordert eine grundsätzliche Überarbeitung der Gebührenordnungen im PKV- und GKV-Bereich. Ein neutrales Institut mit dieser Aufgabe zu beauftragen, kann begrüßt werden, wenn in diesem Institut, aber insbesondere bei der auf der Institutsarbeit aufbauenden Beschlussfassung in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend ihrem Versorgungsanteil im ambulanten Bereich Beratungs- und Entscheidungsrechte erhalten.

Im PKV-Bereich sollten künftig psychisch Kranke mindestens auf dem Qualitätsniveau der GKV behandelt werden. Die BPTK legt den privaten Krankenversicherungsunternehmen nahe, den Wettbewerbsvorteil des schnellen Transfers neuer Forschungsergebnisse in die Versorgung im Bereich der Psychotherapie umzusetzen.

Für den GKV-Bereich fordert die BPTK eine Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinien, damit psychisch wie somatisch kranke Patienten nach dem anerkannten Stand der psychotherapeutischen Forschung behandelt werden können.