

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG)

– Was sich für Psychotherapeuten ändern könnte

Inhaltsverzeichnis

Vertragsarztrecht: Ziele und Handlungsbedarf	3
1. Medizinische Versorgungszentren.....	3
Fachgebietsidentische Versorgung.....	3
Kooperative Leitung	3
Vereinbarkeit von Niederlassung und Anstellung	4
2. Berufsausübungsgemeinschaften.....	4
3. Vertragspraxen als Arbeitgeber	5
Unternehmerische Schranken durch die ärztliche Musterberufsordnung.....	5
Zwischenergebnis: Neue Freiheiten.....	7
Leistungsbegrenzung modifizieren	7
4. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.....	8
Höhere Privathonorare im Osten.....	10
5. Veränderung der Altersgrenze.....	10
6. Teilzulassung	10
7. Einzelverträge	12
8. Mindestversorgungsgrade	13
9. Praxisgebühr	15

Vertragsarztrecht: Ziele und Handlungsbedarf

Seit Mitte April 2006 wird der Referentenentwurf zum Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Vorschriften (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄG) diskutiert. Die Gesetzesinitiative konzentriert sich auf Vorschläge für eine Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen und zur Behebung von lokalen Versorgungsdefiziten. Für Psychotherapeuten könnte das VÄG neue Optionen eröffnen. Näheres zu den geplanten Inhalten und weiteren Handlungsbedarf im Folgenden!

1. Medizinische Versorgungszentren

Fachgebietsidentische Versorgung

Der Referentenentwurf schlägt vor, die *Gründung* eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) nicht mehr davon abhängig zu machen, dass es „fachübergreifend“ ist. Bisher mussten in einem MVZ mindestens zwei Fachdisziplinen vertreten sein. Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zählten aber bislang als ein Fachgebiet. Durch die neue Regelung will der Gesetzgeber jetzt auch „fachgebietsidentische“ MVZ mit Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ermöglichen, die sich auf die Behandlung psychischer Krankheiten spezialisieren.

Kooperative Leitung

Der Referentenentwurf sieht vor, dass ein MVZ, in dem verschiedene Berufe arbeiten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, auch *kooperativ geleitet* werden kann. Künftig könnten Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam die Leitung eines MVZ übernehmen. Bisher konnten dies allein Ärzte.

Ergänzend wäre für Psychotherapeuten wichtig, dass zur kooperativen Leitung auch jeder Vertreter der im MVZ tätigen approbierten Heilberufe alleine die Leitung übernehmen kann. Ohne diese Ergänzung könnte es passieren, dass in einem MVZ eine kooperative Leitung mit einem Arzt installiert werden muss, auch wenn es sich um ein MVZ handelt, das sich auf die Behandlung psychischer Krankheiten spezialisiert

hat und ausschließlich von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gebildet wird.

Vereinbarkeit von Niederlassung und Anstellung

Der Referentenentwurf befürwortet, dass künftig ein niedergelassener Vertragspsychotherapeut in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) oder einer Vor- oder Rehabilitationseinrichtung (§ 111 SGB V) tätig sein oder mit ihm zusammenarbeiten darf. Die Änderung zielt insbesondere auf eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Vertragspsychotherapeuten könnten sich künftig *niederlassen und gleichzeitig als Angestellte* in einem Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung tätig sein.

Die Schnittstelle zur Jugendhilfe ist bisher in dieser Regelung nicht einbezogen. Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sprechen jedoch dafür, auch diese Hindernisse einer integrierten Versorgung psychisch kranker Patienten zu beseitigen. Das Gesetz sollte deshalb ergänzend auch Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einbeziehen, die in Beratungsstellen, Einrichtungen der behandelnden Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sowie Maßregel- und Strafvollzugsanstalten arbeiten und ihnen sektorübergreifende Tätigkeiten ermöglichen.

2. Berufsausübungsgemeinschaften

Der Referentenentwurf stellt mit einer Anpassung des § 33 der Zulassungsverordnung-Ärzte klar, dass Berufsausübungsgemeinschaften unter allen Leistungserbringern zulässig sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind. Diese *interdisziplinäre* Definition der Berufsausübungsgemeinschaft könnte die Versorgung im ambulanten Bereich erheblich verbessern. Angesichts der Zunahme von Komorbiditäten und der Fortschritte der Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen sind beispielsweise Kooperationen zwischen Psychotherapeuten und Orthopäden oder Psychotherapeuten und Gynäkologen ein Versorgungsansatz, der in der Praxis große Chancen bietet. Ebenso erhält die engere Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinderärzten eine erweiterte Grundlage.

Hilfreich dürfte auch sein, dass Berufsausübungsgemeinschaften *überörtlich* und für *Teilleistungen* möglich sein sollen. Überörtlich meint, dass ein Vertragspsychotherapeut im KV-Bereich oder auch über den KV-Bereich hinaus, in dem er zugelassen ist, gemeinsam mit anderen Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsärzten eine Berufsausübungsgemeinschaft bilden kann. Diese Berufsausübungsgemeinschaft muss sich nicht auf sein ganzes Tätigkeitsspektrum beziehen. Sie kann bezüglich des Leistungsspektrums auf bestimmte Aspekte abgestellt werden. So wäre es z. B. möglich, dass ein Psychologischer Psychotherapeut neben der Tätigkeit in seiner eigenen Praxis auch Sprechstunden in der Praxis eines Gynäkologen oder Orthopäden anbietet.

3. Vertragspraxen als Arbeitgeber

Der Referentenentwurf schlägt vor, dass künftig Vertragsärzte oder Vertragspsychotherapeuten nach Zustimmung des Zulassungsausschusses andere Ärzte bzw. Psychotherapeuten *anstellen* können – in Gebieten ohne Zulassungsbeschränkung sogar ohne numerische Begrenzung und bei Aufhebung der Fachgebietsidentität (§ 95 Abs. 9, § 101 Abs. 4 und 5 SGB). Gelten Zulassungsbeschränkungen, müssen Leistungsbegrenzungen beachtet werden, die sich am bisherigen Praxisumfang orientieren. Des Weiteren sieht der Referentenentwurf vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung beschließen kann, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Leistungsbedarfs erforderlich ist (§ 101 Abs. 1 SGB V).

Unternehmerische Schranken durch die ärztliche Musterberufsordnung

Mit der erweiterten Regelung, andere Ärzte und Psychotherapeuten anzustellen, beabsichtigt der Gesetzgeber, niedergelassenen Vertragsärzten und -psychotherapeuten zusätzliche unternehmerische Spielräume zu eröffnen. Eine Vertragspraxis kann sich so auch in Konkurrenz zu den MVZ zukunftsfähig weiterentwickeln. Dieses Ziel lässt sich für Psychotherapeuten aufgrund einer Regelung der *Musterberufsordnung für Ärzte* aber nur bedingt realisieren. Der Grund ist die Musterberufsordnung-Ärzte, die im § 19 Abs. 1 festhält, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in

einer Praxis voraussetzt, dass die *Praxisleitung durch einen niedergelassenen Arzt* erfolgt.

Auch für Vertragspsychotherapeuten gilt nach § 3 Musterberufsordnung- Psychotherapeuten, dass sie fachliche Weisungen nur von Personen entgegen nehmen dürfen, die über eine entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Psychotherapeuten verbinden allerdings – anders als Ärzte – diesen Qualitätssicherungsaspekt nicht mit organisatorischen Vorgaben. Psychotherapeuten dürfen sich nicht nur von Psychotherapeuten, sondern auch von Ärzten anstellen lassen, wenn die fachliche Weisung durch entsprechend qualifizierte Personen gewährleistet ist. Handlungsleitend für diese Regelung war die Sicherung der Versorgungsqualität und nicht ein standespolitisch motiviertes Einschnüren ambulanter Anbieterstrukturen.

Folgte der Gesetzgeber den Regelungen der ärztlichen Musterberufsordnung, würden sich z. B die unternehmerischen Möglichkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten und Ärztlichen Psychotherapeuten unterschiedlich gestalten. Während ein Ärztlicher Psychotherapeut einen Psychologischen Psychotherapeuten anstellen kann, wäre dies umgekehrt nicht möglich. Vertragspsychotherapeuten müssten sich, um Ärzte anstellen zu können, weiterhin der Rechtsform einer juristischen Person bedienen, also ein MVZ gründen. Mit dieser Regelung würde nicht nur der unternehmerische Handlungsspielraum des Psychologischen Psychotherapeuten eingeschränkt, sondern auch die Entscheidungsfreiheit des Ärztlichen Psychotherapeuten eingeengt. Ein ärztlicher Psychotherapeut könnte sich nicht von einem Psychologischen Psychotherapeuten anstellen lassen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer bittet den Gesetzgeber, bei der Anstellung in Praxen gleiche Möglichkeiten für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu schaffen. Geeignet wäre beispielsweise die ausdrückliche Klarstellung, dass Ärzte und Psychotherapeuten sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten anstellen dürfen. Eine vergleichbare Klarstellung findet sich bei den Berufsausübungsgemeinschaften.

Zwischenergebnis: Neue Freiheiten

Mit der Liberalisierung der Anstellungsregelung könnten Vertragspsychotherapeuten künftig – von der zur standespolitischen Einschnürung durch die ärztliche Musterberufsordnung abgesehen – Psychotherapeuten in ihrer Praxis anstellen, sofern es keine Zulassungsbeschränkungen gibt. Eine individuelle Arbeitszeitgestaltung ist möglich. Die angestellten Psychotherapeuten würden Mitglieder der KV. Vertragspsychotherapeuten dürfen außerhalb ihres Vertragsarztsitzes an weiteren Orten, auch außerhalb ihres KV-Bezirks, tätig werden. Dies ist auch mit angestellten Psychotherapeuten möglich, wenn dies die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten verbessert und die ordnungsgemäße Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes dadurch nicht beeinträchtigt wird. Das bedeutet, ein Vertragspsychotherapeut kann seine Praxis in einem Ballungsgebiet aufrechterhalten und z. B. in strukturschwachen Gebieten selber oder durch Anstellung von weiteren Vertragspsychotherapeuten tätig werden. Dies könnte auch bei lokalen Versorgungsdefiziten innerhalb eines ansonsten gesperrten Planungsbereiches eine verbesserte Versorgung bewirken, wenn die im gesperrten Planungsbereich geforderte Leistungsbegrenzung für Psychotherapeuten angepasst wird.

Leistungsbegrenzung modifizieren

In der derzeitigen Umsetzung des § 101 Abs. 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V wird davon ausgegangen, dass die Leistungsbegrenzung sich am Umsatzdurchschnitt der letzten Quartale der einzelnen Praxen orientiert. Der Umsatzdurchschnitt vieler Praxen, insbesondere von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ist jedoch so gering, dass sich weder die Anstellungs- noch die Job-Sharing-Regelung nutzen lässt. Nutzbar werden diese Regelungen für Vertragspsychotherapeuten erst, wenn Punktzahl bzw. Zeitvolumen einer hauptberuflichen Tätigkeit am Vertragsarztsitz zugrunde gelegt wird. Im Gesetz müsste klargestellt werden, dass die Leistungsbegrenzung sich an dem künftig, mit Blick auf die Teilzulassungen zu präzisierenden zeitlichen Umfang der Versorgungsaufträge (§ 98 Abs. 2 Nr. 10 SGB V - Referentenentwurf zum VÄG) orientieren sollte.

Der Referentenentwurf trägt dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch eine Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 5 auf, für die Anstellung von Ärzten oder Psychothera-

peuten Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung vorzusehen, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Dies könnte ein Ansatzpunkt sein, insbesondere in Planungsbereichen, in denen eine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist, spezifische lokale Versorgungsgänge zu überwinden. Dabei ist für Psychotherapeuten von entscheidender Bedeutung, dass die Leistungsbegrenzung für ihre Praxen nicht auf den bisherigen Praxisumfang abgestellt wird. Ähnliches gilt für die Job-Sharing-Regelung im § 101 Abs. 1 Nr. 4, auf die der vorliegende Referentenentwurf nicht eingeht.

Der Referentenentwurf sieht derzeit vor, dass nur bei der Anstellung von Ärzten eine Ausnahme von der Leistungsbegrenzung gemacht werden kann, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt vor, dass eine analoge Regelung für das Job-Sharing (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V) getroffen wird.

4. Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Die Regelungen des Referentenentwurfes zielen darauf, in der ambulanten Versorgung morbiditätsorientierten *Regelleistungsvolumina zwei Jahre später* als vorgesehen einzuführen.

Eine Folge dieser Verschiebung wäre, dass auch die gesetzliche Regelung in § 85 Abs. 4 zur ökonomischen Absicherung der psychotherapeutischen Leistungen in der Honorarverteilung um zwei weitere Jahre fortgesetzt würde. Diese mit dem GMG 2004 geschaffene gesetzliche Regelung hat in der Umsetzung allerdings nicht zum gewünschten Ergebnis geführt. Ziel war es, eine *angemessene Höhe der Vergütung* je Zeiteinheit für psychotherapeutische Leistungen zu erreichen (Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde, Fachärzten für psychotherapeutische Medizin sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten). Das Kriterium der Angemessenheit wurde vom Bundessozialgericht in seinem Urteil am 28.01.2004 interpretiert:

„Den Psychotherapeuten muss jedenfalls im typischen Fall möglich sein, bei größtmöglichem persönlichen Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittüberschuss vergleichbarer Arztpraxen zu erreichen.“

Bei der Umsetzung dieses BSG-Urteils hat sich der Bewertungsausschuss strikt an die Mindestanforderung gehalten. Dies führt systematisch dazu, dass ein Psychotherapeut selbst bei Vollauslastung (36 Sitzungen genehmigungspflichtige Psychotherapie bei insgesamt 51 Stunden Arbeitszeit pro Woche) höchstens das Durchschnittseinkommen eines somatisch tätigen Facharztes erreichen kann. Die Intention des Gesetzgebers war es jedoch, mit der Regelung im § 85 Abs. 4 sicherzustellen, dass ein Psychotherapeut unter vergleichbaren Bedingungen in etwa das Einkommen eines somatisch tätigen Arztes erzielen kann. Soll dieses Ziel erreicht werden, müsste die Vorgabe der angemessenen Vergütung je Zeiteinheit im Gesetzestext weiter präzisiert werden. Dazu könnte festgehalten werden, dass ein durchschnittlich ausgelasteter Psychotherapeut das Durchschnittseinkommen (nicht den Umsatz) eines Arztes erreichen kann, bzw. dass ein voll ausgelasteter Psychotherapeut das Einkommen eines voll ausgelasteten Arztes erreichen kann.

Problematisch ist außerdem, dass die angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit durch die gemeinsame Selbstverwaltung nur auf die genehmigungspflichtigen Leistungen bezogen wird. Ebenfalls zeitgetaktete Leistungen, wie z. B. probatorische Sitzungen und die Erhebung der biografischen Anamnese, sind zwar unverzichtbarer Bestandteil der diagnostischen Abklärung vor einer Psychotherapie und der Indikationsstellung, sie werden jedoch teilweise mit Stundenhonoraren von 10,00 Euro und weniger honoriert. Dies macht zum einen deutlich, wie wichtig die gesetzliche Vorgabe im § 85 Abs. 4 SGB V war. Sie belegt aber auch eindrücklich, dass hier Anpassungsbedarf besteht. Durch eine Klarstellung sollte der Gesetzgeber deutlich machen, dass sich die im § 85 Abs. 4 SGB V getroffene Forderung nach einer angemessenen Höhe der Vergütung je Zeiteinheit auf alle im Einheitlichen Bewertungsmaßstab erfassten Leistungen der Psychotherapeuten bezieht.

Höhere Privathonorare im Osten

Mit dem VÄG soll der zehnprozentige *Abschlag auf die Gebührenordnungen für Psychotherapeuten (GOP) in den neuen Bundesländern* gestrichen werden. Nach Einschätzung des Bundesgesundheitsministeriums bedeutet dies, dass Psychotherapeuten, Ärzte und Zahnärzte in den neuen Bundesländern zusätzliche Honorare von Privatpatienten in Höhe von 21,5 Mio. Euro erhalten.

In den Eckpunkten zum VÄG hatte das BMG Mitte Januar noch geplant, die Honorare für die Behandlung beihilfeberechtigter Staatsdiener, Richter, Politiker, Pensionäre usw. abzusenken. Dies sollte mit einer Behandlungspflicht gekoppelt werden. Insgesamt hätte dies niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Zahnärzten 750 Mio. Euro jährlich an Privathonorar gekostet. Das Thema ist mit dem vorliegenden VÄG-Entwurf aber nicht vom Tisch. Im Rahmen der geplanten großen Gesundheitsreform dürfte es wieder aufgegriffen werden.

5. Altersgrenzen flexibler

Bei drohenden oder bestehenden ambulanten Versorgungsdefiziten werden die bisher gültigen Altersgrenzen für Vertragspsychotherapeuten gelockert. Die Erstzulassung von Vertragspsychotherapeuten soll auch über die bisherige Altergrenze von *55 Jahren* möglich sein, wenn der Landesausschuss eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung in einem Planungsbereich festgestellt hat. Das gesetzliche Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit sowie der Tätigkeit von angestellten Ärzten/Psychotherapeuten in Vertragspraxen und MVZ, das bisher bei *68 Jahren* liegt, kann durch Beschluss des Landesausschusses ebenfalls ausgesetzt werden, solange eine festgestellte Unterversorgung anhält oder der Vertragsarzt oder -psychotherapeut keinen Praxisnachfolger findet.

6. Teilzulassung

Die Bedarfsplanung gründet bisher auf der Annahme, dass mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine hauptberufliche Tätigkeit im vollen Umfang aufgenommen wird. Ein Vertragspsychotherapeut geht in der Regel mit einem *Anrechnungsfaktor in Höhe von 1,0 in die Bedarfsplanung* ein.

Dieser Anrechnungsfaktor wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Anstellung in MVZ gesplittet, da dort angestellte Ärzte oder Psychotherapeuten in unterschiedlichem zeitlichen Umfang tätig sind. Der Gedanke, diese Systematik auch auf die vertragsärztliche Versorgung außerhalb der MVZ zu übertragen, liegt nahe. Der Referentenentwurf schlägt vor, eine Teilzulassung zu ermöglichen (§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V, § 19a Ärzte-Zulassungsverordnung). Künftig könnte sich ein Vertragspsychotherapeut entscheiden, ob er für die Versorgung in *vollem oder hälftigem Umfang* zur Verfügung stehen will.

Damit die Option einer Teilzulassung die Versorgung nicht verschlechtert, muss sichergestellt werden, dass hälftige Versorgungsaufträge, die zurückgegeben werden, auch durch den Zulassungsausschuss ausgeschrieben werden. Die Bundespsychotherapeutenkammer empfiehlt eine Klarstellung im VÄG, da ansonsten die Gefahr besteht, dass freiwerdende Teilzulassungen nicht nachbesetzt werden, wenn diese Planungsbereiche als überversorgt gelten. Aus diesen Gründen schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, im § 19a Ärzte-Zulassungsverordnung hinter Abs. 2 einen Abs. 3 neu einzufügen, der lautet:

Abs. 3: „Zur Aufrechterhaltung der Versorgung sind zurückgegebene hälftige Versorgungsaufträge durch den Zulassungsausschuss zur Nachbesetzung auszusprechen.“

Eine Teilzulassung hätte für einen Vertragspsychotherapeuten, der bisher über eine volle Zulassung verfügte, langfristige Konsequenzen: Beschränkt er sich auf einen halben Praxissitz, so wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Kindererziehung sowie Scheidung oder Tod des Partners erforderlich jedoch flexible Arbeitszeiten. Außerdem schmälert der Vertragspsychotherapeut den Verkaufswert seiner Praxis. Es ist deshalb entscheidend, dass eine *Nachfolgezulassung* im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V bei Verzicht auf den hälftigen Versorgungsauftrag möglich ist. Hierzu schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer folgende Änderung des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V vor:

„Wenn die Zulassung eines Vertragsarztes in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, durch Erreichen

*der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung **ganz oder teilweise** endet und die Praxis **oder der hälftige Versorgungsauftrag** von einem Nachfolger fortgeführt werden soll, hat die Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag des Vertragsarztes oder seiner zur Verfügung über die Praxis berechtigten Erben diesen Vertragsarztsitz **oder den hälftigen Versorgungsauftrag** in den für ihre amtlichen Bekanntmachungen vorgesehenen Blättern unverzüglich auszuschreiben und eine Liste der eingehenden Bewerbungen zu erstellen.“*

Bei Verzicht auf einen halben Versorgungsvertrag könnte der Vertragspsychotherapeut so die Hälfte seines Praxissitzes veräußern, so wie z. B. beim Erreichen der Altersgrenze. Grundsätzlich gilt, dass für bereits zugelassene Psychotherapeuten die Rückgabe eines halben Versorgungsauftrages freiwillig ist.

7. Einzelverträge

Der Referentenentwurf schlägt vor, dass die zuständigen Aufsichtsbehörden der Bundesländer *Krankenkassen* dazu *verpflichten* können, nachgewiesene Versorgungslücken durch Einzelverträge zu schließen - unabhängig von einer Unterversorgungsfeststellung durch die KV-Landesausschüsse (§ 105 a SGB V). Die entstehenden Kosten würden den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechnung gestellt.

Eine Einzelvertragslösung ist jedoch nicht dem strukturellen Versorgungsdefizit bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen angemessen. Die Psychotherapeutenkammern könnten zwar den Aufsichtsbehörden die erforderlichen Daten liefern, um einen lokalen Versorgungsbedarf festzustellen. Um das bestehende Versorgungsdefizit zu beheben, müssten sich allerdings ca. 800 zusätzliche Behandler für psychisch kranke Kinder und Jugendliche niederlassen können. Mit Einzelverträgen lässt sich ein strukturelles Versorgungsdefizit dieses Ausmaßes aber bestenfalls mittel- bis langfristig und nur mit großem bürokratischem Aufwand beheben. Es besteht mit Blick auf die heute in Deutschland lebenden Kinder aber akuter Handlungsbedarf. Außerdem würde das Problem der Unterversorgung umfassend zu Lasten der Vertragsärzte und -psychotherapeuten gelöst. Die Finanzierung eines systematisch

unterschätzten Morbiditätsrisikos aus der gedeckelten Gesamtvergütung lehnt die BPTK ab.

8. Mindestversorgungsgrade

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde in § 101 Abs. 4 SGB V geregelt, dass bis Ende 2008 in den Planungsbereichen mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 40 von 100 der allgemeinen Verhältniszahl den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten vorbehalten ist.

Zur Erklärung für diese Regelung heißt es in BT-Drs.13/9212, S.42:

„Würde man - zumindest für die Einführungsphase - keine Quotierung vorsehen, so bestände die Gefahr, dass aufgrund der - zufälligen - Überzahl einer Berufsgruppe, andere psychotherapeutische Leistungserbringer keine Chance der Zulassung hätten, was eventuell eine „Verarmung“ der psychotherapeutischen Therapieinhalte zur Folge hätte. Da diese Auswirkungen nicht mit Sicherheit abgeschätzt werden können, ist es gerechtfertigt, wenn der Gesetzgeber in der Einführungsphase der gemeinsamen Bedarfsplanung, die grundsätzlich von der Vorstellung eines einheitlichen psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs der Versicherten ausgeht, den unterschiedlichen Berufsgruppen Versorgungsanteile vorbehält.“

Der geringe Anteil von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Gruppe der Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten ist mitverantwortlich für die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Ein wirksames Mittel wäre daher die Sicherung eines Mindestversorgungsanteils für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie § 101 Abs.4 Satz 3 SGB V. Die Bundespsychotherapeutenkammer regt deshalb eine Ergänzung des § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V um die Vorgabe an,

„dass sicherzustellen ist, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 vom Hundert der allgemeinen Verhältniszahl den

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den überwiegend oder ausschließlich Kinder und Jugendliche behandelnden Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten vorbehalten ist.“

**Tabelle 2:
Szenario: 20 % Mindestanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie**

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl der zusätzlichen Niederlassungsmöglichkeiten
Schleswig-Holstein	27
Hamburg	74
Niedersachsen	36
Bremen	7
Nordrhein	220
Westfalen-Lippe	62
Hessen	20
Rheinland-Pfalz	21
Baden-Württemberg	29
Bayerns	96
Saarland	26
Berlin	94
Brandenburg	25
Mecklenburg-Vorpommern	20
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	12
Thüringen	30
Bund	805

Quelle: KBV 2006

Die Einführung einer Quote für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie hätte – wie die Tabelle zeigt – Konsequenzen für die Zulassung in allen Planungsbereichen.

Damit es in diesem Umfang auch zusätzliche Behandlungskapazitäten für psychisch kranke Kinder und Jugendliche geben kann, sollte die Mindestquote, wie in der vorgeschlagenen Gesetzesänderung formuliert, auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, aber auch auf Psychologische wie Ärztliche Psychotherapeuten, die überwiegend oder ausschließlich psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln, Anwendung finden.

Diese Mindestquote dürfte sich also nicht nur auf Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beschränken. Mit einbezogen wären alle psychotherapeutischen Leistungserbringer, die überwiegend oder ausschließlich Kinder behandeln. Die im Referentenentwurf gefundene Formulierung der „überwiegend oder ausschließlich Kinder behandelnden Psychologischen und Ärztlichen Psychotherapeuten“ knüpft unmittelbar an die Formulierung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V an. Diese Regelung ermöglicht, dass Ärzte aller Fachgebiete, die eine Abrechnungsgenehmigung für psychotherapeutische Leistungen haben, eine Zulassung als ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätiger Arzt erreichen können, obwohl der Planungsbereich eigentlich für die Gruppe der Psychotherapeuten bereits gesperrt ist, sofern der Anteil der Ärzte an dieser Gruppe der Leistungserbringer noch nicht 40 % erreicht hat. Im Falle eines Facharztes für Allgemeinmedizin erfolgt beispielsweise eine Zulassung „als Facharzt für Allgemeinmedizin zur ausschließlichen Erbringung psychotherapeutischer Leistungen“. Die Einschränkung der Zulassung auf ein bestimmtes Tätigkeitsgebiet ist bei näherer Betrachtung keine Einschränkung, sondern eine zusätzliche Option, sich trotz einer bedarfsplanungsrechtlichen Überversorgung in einem bestimmten Planungsbereich niederzulassen.

9. Praxisgebühr

Der Referentenentwurf sieht mehrere Klarstellungen zur Praxisgebühr vor. Die KVen bekommen eine rechtliche Handhabe, die Praxisgebühr von 10 Euro pro Erstkontakt im Quartal nach den Vorschriften der Zivilprozessordnung im Mahnverfahren vor einem Amtsgericht geltend zu machen. Zahlt der Versicherte die Praxisgebühr nicht, könnten auf ihn folgende Kosten zukommen: 20,00 Euro Verwaltungskosten bei der Kassenärztlichen Vereinigung, ca. 53,00 Euro Gebühren beim Amtsgericht, ca. 20,00 Euro Gebühren für die Vollstreckung eines Mahnbescheids, 150,00 Euro Gebühren bei einer Verhandlung am Sozialgericht.

Speziell für Patienten in psychotherapeutischer Behandlung ist allerdings eine weitere redaktionelle Anpassung in § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V notwendig. Die bisherige Formulierung hat dazu geführt, dass das Bundesschiedsamt bei der Umsetzung des GMG davon ausging, dass die Praxisgebühr sowohl bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und als auch eines Vertragspsychotherapeuten zu zahlen ist. Die

Vertragspartner der Bundesmantelverträge sind damals dieser Rechtsauffassung nicht gefolgt und haben vereinbart, dass eine *zweimalige Zahlung* der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme von Ärzten und Psychotherapeuten *nicht erforderlich* sei. Eine Klarstellung des SGB V an dieser Stelle und in diese Richtung ist aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sinnvoll.