

# Stellungnahme

---

1. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD  
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ (BT-Drs. 16/3100)
2. Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
„Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“ (BT-Drs. 16/1928)
3. Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP  
„Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ (BT-Drs. 16/1997)
4. Antrag der Fraktion DIE LINKE.  
„Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben“ (BT-Drs. 16/3096)

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Vorbemerkung</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Überblick</b>	<b>5</b>
	<b>1.Finanzierung des Gesundheitssystems nachhaltig stabilisieren</b>	<b>5</b>
	<b>2.Wettbewerb nur mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich</b>	<b>5</b>
	<b>3.Qualität im Selektivvertragssystem sichern</b>	<b>6</b>
	<b>4.Effizientere Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ermöglichen</b>	<b>7</b>
	<b>5.Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Expertise der Gesundheitsberufe nutzen</b>	<b>8</b>
	Anbindung an die Gemeinsame Selbstverwaltung	8
	Sektorübergreifende und multidisziplinäre Gestaltung der Unterausschüsse	8
	Fortbildungspflicht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im stationären Bereich	9
	<b>6.Anhörungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer</b>	<b>9</b>
	Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung	9
	Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation	10
	<b>7.Prävention ohne Sanktion</b>	<b>11</b>
	Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten	11
	Keine Bescheinigung für therapiegerechtes Verhalten	12
	Weiterentwicklung der Kinderuntersuchungen	13
	Weiterentwicklung der medizinischen Vorsorgeleistungen	14
	<b>8.Spezifika psychotherapeutischer Leistungen bei der Vergütungsreform berücksichtigen</b>	<b>15</b>
	Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung	15
	Einzelleistungsvergütung	15
	Sicherung einer angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit	16
	Arztbezogene Regelleistungsvolumina	16
	Steuerung der Niederlassung über Zu- und Abschläge	17
	<b>9.Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der PKV begrenzen</b>	<b>18</b>
<b>III.</b>	<b>Änderungsvorschläge im Einzelnen</b>	<b>19</b>
	§ 23 SGB V „Medizinische Vorsorgeleistungen“	19
	§ 26 SGB V „Kinderuntersuchung“	19
	§ 62 SGB V „Belastungsgrenze“	20
	§ 73 SGB V „Kassenärztliche Versorgung“	21
	§ 73b SGB V „Hausarztzentrierte Versorgung“	21
	§ 73c SGB V „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“	22
	§ 85a SGB V „Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten“	22
	§ 85b SGB V „Vergütung des einzelnen Arztes (arztbezogene Regelleistungsvolumina)“	23
	§ 87 SGB V „Bundesmantelvertrag/Einheitlicher Bewertungsmaßstab/Bundeseinheitliche Orientierungswerte“	24

<b>§ 87 SGB V „Bundesmantelvertrag Einheitlicher Bewertungsmaßstab/Bundeseinheitliche Orientierungswerte“</b>	<b>24</b>
<b>§ 91 SGB V „Gemeinsamer Bundesausschuss“</b>	<b>25</b>
<b>§ 137 SGB V „Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung“</b>	<b>25</b>
<b>§ 137d SGB V „Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation“</b>	<b>26</b>
<b>§ 140b Abs. 3 SGB V „Verträge zu integrierten Versorgungsformen“</b>	<b>26</b>
<b>§ 268 SGB V „Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“</b>	<b>27</b>
<b>Artikel 35: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag</b>	<b>27</b>
<b>Artikel 36: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes</b>	<b>28</b>
<b>Artikel 36: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes</b>	<b>28</b>

### I. Vorbemerkung

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verändert grundlegend Finanzierung, Aufgaben und Struktur der gesetzlichen Krankenkassen. Gleichzeitig erfolgt eine Neuorganisation der Anbieterstrukturen, wie sie bereits mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz begonnen wurde. Krankenhäuser werden in der ambulanten Versorgung tätig werden, die Einzelpraxis als gängige Betriebsform niedergelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten wird, z. B. durch Medizinische Versorgungszentren, Konkurrenz bekommen. Gleichzeitig setzt der Gesetzentwurf, da er die Unterfinanzierung des ambulanten Versorgungsbereichs im Kollektivvertrag aufrechterhält, für die Leistungserbringer Anreize, sich verstärkt im Selektivvertragssystem zu engagieren. Dies stellt u. a. Auftrag, Funktion und Struktur der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage.

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz initiiert also tief greifende Veränderungsprozesse. Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems und der Interdependenz all dieser Prozesse sind Prognosen zum Endergebnis schwierig. Die Bundespsychotherapeutenkammer stimmt der Regierungskoalition zu, dass das deutsche Gesundheitssystem bisher dem sich verändernden Krankheitspanorama nicht ausreichend gerecht wurde. Sie sieht insbesondere die Notwendigkeit, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Die BPTK teilt mit vielen anderen Verbänden und Organisationen die Sorge, dass das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Funktionstüchtigkeit des deutschen Gesundheitssystems gefährden könnte.

## II. Überblick

### 1. Finanzierung des Gesundheitssystems nachhaltig stabilisieren

Eine solidarische Absicherung des Krankheitsrisikos auf dem bisherigen hohen Leistungsniveau ist für die Zukunft nur realistisch, wenn die gesetzliche Krankenversicherung über eine langfristig stabile und ausreichende finanzielle Basis verfügt. Bei der Steuerfinanzierung müsste dafür im ersten Schritt zumindest das bereits erreichte Niveau gesichert werden. Zusätzlich zu den bisherigen Mitteln aus der Tabaksteuer in Höhe von 4,2 Milliarden Euro schlägt die BPTK vor, den Bundeszuschuss für gesamtgesellschaftliche Aufgaben kontinuierlich für die Zeitspanne der laufenden Legislaturperiode gesetzlich fixiert um definierte Beträge zu erhöhen. Dies könnte Vertrauen in die Verantwortung der Politik für die Finanzierung der GKV aufbauen. Schließlich schafft der Gesetzentwurf weitgehend die Finanzautonomie der Kassen ab. Die finanzielle Ausstattung der GKV wird künftig im Schwerpunkt von den politisch festgesetzten allgemeinen Beitragssätzen und der Höhe des allgemeinen Bundeszuschusses abhängen. Die Option, durch Zusatzbeiträge weitere Finanzmittel zu schöpfen, ist angesichts des Ziels, Gesundheit auch weiterhin solidarisch zu finanzieren, zu Recht nur innerhalb eng gesetzter Grenzen möglich. Der Umgang mit der Höhe des Bundeszuschusses im GKV-WSG mehrte aktuell die Sorge aller Beteiligten, die zudem durch internationale Erfahrungen genährt wird, dass eine politische Verantwortung für die Finanzierung des Gesundheitssystems aufgrund anderer politischer Prioritäten mit einer gewissen Zwangsläufigkeit in einer Unterfinanzierung enden wird. In Anbetracht der weiteren Zunahme psychischer Erkrankungen ist zu befürchten, dass die psychotherapeutische Versorgung in Deutschland durch eine unzureichende Finanzierung nachhaltig beeinträchtigt würde. Dieser Gesichtspunkt erschwert es, die Gesundheitsreform zu unterstützen.

### 2. Wettbewerb nur mit morbiditätsorientiertem Risikostrukturausgleich

Für den Wettbewerb am Versicherungs- und Leistungsmarkt des Gesundheitssystems ist ein morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich essenziell. Ohne diesen Ausgleich werden gesetzliche Krankenversicherungen kein Interesse an Versorgungsstrukturen für psychisch kranke Menschen – und damit schlechten Risiken –

haben, da sie nicht über Finanzmittel verfügen können, die in etwa den erwartbaren Ausgaben entsprechen. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich muss daher über das ausgewählte Klassifikationsverfahren möglichst trennscharf die Kostenbelastung durch unterschiedliche Morbiditätsgruppen abbilden. Die Gesundheitspolitik sollte sich diesem Ziel verpflichtet fühlen und darauf verzichten, im Gesetz Detailvorgaben für die Ausgestaltung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zu machen. Denn erweisen sich diese Vorgaben als nicht sachgerecht, wird die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs noch einmal verzögert oder es kommt zu einem Risikostrukturausgleich, der falsche Anreize für Krankenkassen im Wettbewerb setzen kann mit direkten Konsequenzen für chronisch und schwerkranke Menschen.

### **3. Qualität im Selektivvertragssystem sichern**

Neue Versorgungsstrukturen eröffnen im Prinzip die Möglichkeit, psychische Krankheiten früher und besser zu erkennen. Auch Fehlversorgung durch nicht indizierte oder alleinige Pharmakotherapie ließe sich in neuen Versorgungsstrukturen abbauen, wenn diese auf multidisziplinär entwickelten, wissenschaftsbasierten Leitlinien beruhen und im Sinne einer stärkeren Patientenbeteiligung den Ansatz der partizipativen Entscheidungsfindung umsetzen würden. Ein Schnittstellenmanagement könnte die gerade für psychisch kranke Menschen wichtige Kontinuität der Versorgung besser sichern. Der Abbau von Unter- und Fehlversorgung ist aber notwendigerweise kurzfristig mit einem zusätzlichen Mitteleinsatz verbunden.

Der Gesetzgeber kann daher – auch nach Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – nicht zwingend davon ausgehen, dass sich Krankenkassen im Wettbewerb um verbesserte Versorgungsstrukturen für psychisch Kranke bemühen werden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit im Selektivvertragssystem die genannten Versorgungsprobleme aufgegriffen werden. Für psychisch kranke Patienten ist es daher wichtig, dass eine umfassende Versorgung weiterhin auch im Kollektivvertragssystem angeboten werden kann.

Die Behandlung durch multidisziplinär zusammengesetzte Teams hat gerade für psychisch kranke Menschen eine vorrangige Bedeutung. Die Kooperation zwischen un-

terschiedlichen Gesundheitsberufen kann aber nicht gelingen, wenn neue Versorgungsstrukturen sich entlang rein ärztlicher Leitlinien entwickeln sollen. Zum einen wird so das verfügbare Wissen für eine angemessene Behandlung der Patienten nicht umfassend abgebildet, was zu Qualitätsproblemen führen muss. Zum Zweiten zementiert dies innerhalb der Vertragsstrukturen eine ärztliche Dominanz, die andere Gesundheitsberufe mehr oder weniger zu Leistungserbringern zweiter Klasse degradiert. Kooperationsbasis in neuen Versorgungsstrukturen sollten multidisziplinär entwickelte, wissenschaftsbasierte Leitlinien sein. Sie eignen sich als Basis der Versorgungsaufträge und der Kooperationsbeziehungen. Sie ermöglichen es den unterschiedlichen Gesundheitsberufen, eigenständig Verantwortung für die Qualitätssicherung zu übernehmen.

#### **4. Effizientere Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ermöglichen**

Das Kompetenzprofil der Gesundheitsberufe hat sich der demografischen Entwicklung und der damit verbundenen Veränderung des Krankheitspanoramas angepasst. Viele Gesundheitsberufe erweitern ihr Tätigkeitsprofil und vertiefen z. T. durch eine Akademisierung die Ausbildung. Dies ermöglicht es ihnen, die Verantwortung für Qualitätssicherung eigenverantwortlich zu tragen. Es können sich neue und effizientere Kooperationsstrukturen auf der Basis multidisziplinär entwickelter, wissenschaftsbasierter Leitlinien entwickeln.

Vor diesem Hintergrund schlägt die BPTK vor, dass Psychotherapeuten die Möglichkeit erhalten, Patienten in psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen einzuweisen. Ebenso sollten sie Heilmittel, z. B. Ergotherapie und Sprachtherapie, verordnen können. Damit entstehen Alternativen zu nicht mehr sinnvollen ordnungspolitischen Strukturvorgaben, wie beispielsweise dem ärztlichen Verordnungs- oder Überweisungsvorbehalt. Kooperationsstrukturen, die auf multidisziplinär entwickelten Leitlinien basieren, sichern eine abgestimmte Versorgung und können zudem kostengünstiger sein.

### **5. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) – Expertise der Gesundheitsberufe nutzen**

#### **Anbindung an die Gemeinsame Selbstverwaltung**

Mit der Gesundheitsreform 2007 soll die Arbeit des Gemeinsamen Bundesausschusses durch eine konsequent sektorübergreifende Ausrichtung und eine Reform der Gremienstruktur effizienter gestaltet werden.

Die Hauptamtlichkeit der Mitglieder des Beschlussgremiums und die Begrenzung auf nur je drei Vertreter der beiden „Bänke“ im G-BA sind aus Sicht der BPTK problematisch. In der Vergangenheit sicherte die Ehrenamtlichkeit der Mitglieder des Beschlussgremiums und der Unterausschüsse des G-BA, dass die Organisationen, die die Beschlüsse des G-BA im Versorgungsalltag umsetzen sollen, diese auch wirklich mittragen. Bei hauptamtlicher Besetzung entsteht ein Legitimationsdefizit, das dazu führen könnte, dass G-BA-Beschlüsse regelmäßig beklagt werden. Es ist darüber hinaus schwer vorstellbar, dass sich qualifizierte Repräsentanten der Leistungserbringerorganisationen und der Krankenkassen für zwei Amtsperioden für eine Anstellung beim G-BA entscheiden. Die Hauptamtlichkeit relativiert zudem implizit den Einfluss der Patientenvertreter, da sich die Sitzungen des Beschlussgremiums auf formale Abstimmungsprozesse reduzieren lassen. Sachfragen könnten im Vorfeld auf der „Fachebene“ so weitgehend geklärt sein, dass „Außenstehenden“ der Anschluss an die Diskussion kaum mehr möglich ist. Schließlich bedeutet die Reduzierung auf drei Vertreter je Bank, dass die Kompetenz der Trägerorganisationen nicht entsprechend ihres Anteils am Versorgungsgeschehen abgebildet werden kann. Für die ambulante Versorgung ist z. B. mindestens je ein Vertreter mit hausärztlicher, fachärztlicher und psychotherapeutischer Kompetenz anzustreben.

#### **Sektorübergreifende und multidisziplinäre Gestaltung der Unterausschüsse**

Für sachkompetente und tragfähige Entscheidungen des G-BA kommt es darauf an, neben Ärzten weitere Gesundheitsberufe mit ihrer fachlichen Expertise in die Arbeit des G-BA einzubeziehen. Die BPTK schlägt vor, dem G-BA für die Entwicklung seiner Geschäftsordnung vorzugeben, dass Unterausschüsse sektorübergreifend gestaltet und multidisziplinär besetzt werden. Immer wenn ihre Berufsaufgaben berührt wer-



den, sollten auch die Gesundheitsberufe, die nach dem 4. Kapitel des SGB V zur Versorgung zugelassen sind, in den Unterausschüssen und Themengruppen mitarbeiten können. Ärzte sind angesichts des erheblichen Differenzierungsprozesses nicht mehr in der Lage, diese Aufgabe, z. B. für die Pflege, aber auch für psychotherapeutische Fachfragen, mit zu übernehmen. Das heutige Anhörungsrecht kann die aktive Mitarbeit in den Unterausschüssen nicht ersetzen.

Da die Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität zu den Aufgaben des G-BA gehört, wäre zu prüfen, ob die Arbeitsgemeinschaften der Kammern der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte über ihre Anhörungsrechte hinaus in die Arbeit des G-BA aktiv einzubinden sind.

### **Fortbildungspflicht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im stationären Bereich**

Abweichend von der für approbierte Heilberufe generell geltenden Fortbildungspflicht der ambulanten Versorgung, regelt der Gesetzgeber für den stationären Bereich die Fortbildungspflicht nur für Fachärzte. Eine zum ambulanten Bereich parallele Regelung ist sinnvoll, zum einen aufgrund des Versorgungsanteils der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an der stationären Versorgung, zum anderen mit Blick auf die Personalsituation in den Krankenhäusern. Unterschiedliche Regelungen von Rechten und Pflichten für die im stationären Bereich tätigen Gesundheitsberufe erschweren die notwendige berufsgruppenübergreifende Kooperation.

## **6. Anhörungsrechte der Bundespsychotherapeutenkammer**

### **Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung**

Der Gesetzentwurf nennt für die Erarbeitung von Richtlinien und Beschlüssen zur Qualitätssicherung durch den G-BA nach §§ 137 SGB V Anhörungsberechtigte und zu beteiligende Organisationen. Bundesärztekammer und Pflegeberufe werden genannt, die Bundespsychotherapeutenkammer dagegen ignoriert. Damit vernachlässigt

sigt der Gesetzgeber den Anteil, den Psychotherapeuten an der Versorgung der Patienten in Krankenhäusern generell, aber insbesondere in der Psychiatrie, haben.

Auf der Grundlage der Daten der Gesundheitsberichterstattung für das Land Nordrhein-Westfalen lässt sich die Zahl der in Deutschland in diesen Einrichtungen tätigen Psychotherapeuten auf ca. 3.900 beziffern. Dies entspricht einem Anteil von deutlich über zehn Prozent aller berufstätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

### **Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation**

Psychische Störungen und psychische Belastungen spielen in der Rehabilitation eine hervorgehobene Rolle. Im Jahr 2005 wurden 18 Prozent aller Leistungen der stationären Rehabilitation wegen einer psychischen Störung als Hauptrehabilitationsdiagnose und daraus resultierender Krankheitsfolgen erbracht. Aufgrund der durchschnittlich deutlich längeren Verweildauern bei psychischen Störungen als Hauptrehabilitationsdiagnose fällt der Anteil der Pflgetage, die diesen Indikationen zuzuordnen sind (fast sieben Millionen Pflgetage) nochmals mit einem Drittel höher aus.

Darüber hinaus sind nach einer aktuellen Studie 37,7 Prozent aller Rehabilitanden mit einer chronischen somatischen Erkrankung als Hauptrehabilitationsdiagnose psychisch belastet. Eine komorbide psychische Störung weisen aktuell 20,9 Prozent aller Rehabilitanden mit einer somatischen Erkrankung auf. Affektive Störungen, Angststörung und somatoforme Störungen sind bei allen Indikationen die häufigsten komorbiden psychischen Störungen. Mit steigender Anzahl komorbider psychischer Störungen berichten Rehabilitanden eine niedrigere Lebensqualität, nehmen mehr Arztbesuche in Anspruch und weisen mehr Arbeitsunfähigkeitstage auf.

Dabei bleibt mehr als jede zweite komorbide psychische Störung unerkannt. Nur jeder vierte Rehabilitand erhält eine der Störung entsprechende korrekte Diagnose. Diese Defizite in der rehabilitativen Versorgung sind u. a. auf einen unzureichenden Stellenschlüssel für Psychologen zurückzuführen. Zudem werden diese Stellen nicht einheitlich mit Psychotherapeuten besetzt, so dass die erforderliche diagnostische

und therapeutische Kompetenz in der Regel noch nicht in ausreichendem Umfang gewährleistet ist.

Dennoch ist festzuhalten, dass Psychotherapeuten insgesamt in erheblichem Umfang in Einrichtungen der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation tätig sind. Auf der Grundlage der Daten der Gesundheitsberichtserstattung für das Land Nordrhein-Westfalen lässt sich die Zahl der in diesen Einrichtungen in Deutschland tätigen Psychotherapeuten auf schätzungsweise 1.400 beziffern. Dies entspricht einem Anteil von ca. fünf Prozent aller berufstätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Für die Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation ist zu berücksichtigen, dass insbesondere in stationären Rehabilitationseinrichtungen Psychotherapeuten als Qualitätsmanagementbeauftragte tätig sind und ihnen damit eine zentrale Bedeutung bei der Umsetzung von Richtlinien zum Qualitätsmanagement zukommt. Darüber hinaus wurden und werden die maßgeblichen Programme der externen Qualitätssicherung in der Rehabilitation (QS-Reha der GKV sowie der Qualitätssicherungsprogramme der gesetzlichen Rentenversicherung) aufgrund ihrer besonderen methodischen Kompetenzen maßgeblich von Psychotherapeuten mit- und weiterentwickelt.

## **7. Prävention ohne Sanktion**

### **Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig nicht mehr generell für chronisch kranke Menschen die Belastungsgrenze auf 1 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt abgesenkt wird. Diese Absenkung wird davon abhängig gemacht, dass der Versicherte regelmäßig an Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen teilgenommen hat. Weitere Tatbestände, die zu einer Absenkung der Belastungsgrenze führen können, sind die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V oder die Bescheinigung eines Arztes, dass sich der Versicherte therapiegerecht verhalten hat.

Ökonomische Sanktionen für den Verzicht auf Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen würden zunächst einmal voraussetzen, dass diese nachweislich mehr Nutzen als Schaden stiften. Dieser Nachweis ist bis auf wenige Ausnahmen für die Leistungen nach § 25 Abs. 1 und 2 SGB V nicht erbracht. Der im Gesetzentwurf enthaltene Auftrag an den G-BA, die Evidenz zu prüfen und Vorgaben für die Evaluation während der Umsetzung zu machen, ist ausdrücklich zu begrüßen.

Aber selbst wenn entsprechende Ergebnisse vorliegen würden, ist davon auszugehen, dass mit dieser Regelung bildungs- und einkommensschwache Bevölkerungsschichten besonders getroffen werden. Die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen basieren auf „Kommstrukturen“. Andere Gesundheitssysteme haben gute Erfahrungen damit gemacht, dass präventive Angebote bestimmten Versicherten Gruppen aktiv nahe gebracht werden. Das deutsche Gesundheitswesen hat bisher auf aufsuchende Angebote und positive Anreize verzichtet. Offensichtlich plant die Gesundheitspolitik stattdessen auf Sanktionen zu setzen, die zudem die Bevölkerungsgruppen in erster Linie treffen werden, die auf abgesenkte Zuzahlungsregelungen angewiesen sind. Die BPTK regt an, hierauf zu verzichten und auf positive ökonomische Anreize zu setzen. Durch eine Koppelung des § 25 Abs. 1 und 2 SGB V an die Wahltarife nach § 53 SGB V ist dies machbar. Für vom G-BA nach Prüfung zugelassene Untersuchungen, die fortlaufend evaluiert werden, könnte Versicherten eine Beitrags- oder Prämienreduktion im Rahmen der Wahltarife angeboten werden.

### **Keine Bescheinigung für therapiegerechtes Verhalten**

Einem gleichberechtigten Arzt-Patienten-Verhältnis widerspricht, dass die abgesenkte Zuzahlungsregelung künftig an ein durch den Arzt bescheinigtes, therapiegerechtes Verhalten gebunden werden soll. Die Definition des Arztes ist laut Begründung des Gesetzentwurfes entscheidend. Die Auffassung des Patienten soll demnach nicht oder nur sekundär zum Tragen kommen. Mit Ansätzen der gleichberechtigten Patientenbeteiligung, wie z. B. Shared Decision Making, ist dies nicht kompatibel. Es führt implizit zu Sanktionierungsmöglichkeiten des behandelnden Arztes gegenüber seiner Patienten. Es grenzt im Übrigen auch an Willkür, da nicht definiert ist, was ein therapiegerechtes Verhalten aus Sicht des Arztes ist. Diese Neuregelung sollte ersatzlos gestrichen werden.

### **Weiterentwicklung der Kinderuntersuchungen**

Störungen der psychischen Entwicklung im frühen Kindesalter spielen eine maßgebliche Rolle bei der Entstehung von psychischen Erkrankungen. Sie beeinträchtigen die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung von Heranwachsenden. Dies hat negative Folgen für die schulische und berufliche Bildung mit langfristigen Konsequenzen für die gesellschaftliche Teilhabe.

Aufgrund der Defizite bei der Früherkennung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Erkrankungen bleiben die vorhandenen Potenziale von Frühinterventionen bei Kindern und ggf. ihren Eltern im Sinne einer selektiven oder indizierten Prävention noch weitgehend ungenutzt. Selbst bereits krankheitswertig ausgebildete psychische und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen werden häufig zu spät erkannt, Behandlungen zu spät eingeleitet.

Bei der Weiterentwicklung der Früherkennungsuntersuchungen ist die Implementierung systematischer Screening-Untersuchungen zur kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen erforderlich. Durch eine Standardisierung der Früherkennungsuntersuchungen unter Nutzung von Fremdeinschätzungsverfahren (nur mit Zustimmung der Eltern) können Verhaltensauffälligkeiten und Störungen der psychischen, emotionalen und kognitiven Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen frühzeitig erkannt und den betroffenen Kindern und Eltern geeignete Hilfsangebote und Behandlungen angeboten werden. Dabei werden es erst der Ausbau und die systematische Vernetzung präventiver Maßnahmen erlauben, aufgrund einer differenzierten Früherkennung rechtzeitig und wirksam die notwendigen Maßnahmen zu ergreifen.

Ein Großteil der präventiven, pädagogischen und therapeutischen Interventionen mit Eltern fällt in den Bereich des SGB VIII „Jugendhilfe“. Es müssen daher auch geeignete Schnittstellen zwischen SGB V und SGB VIII entwickelt werden. Neben Hilfen zur Erziehung nach § 27 ff. SGB VIII werden insbesondere Eingliederungshilfen wegen (drohender) seelischer Behinderung von Bedeutung sein, deren Indikation im Rahmen von gezielten Hilfekonferenzen gestellt werden sollten. Dies ist insbesonde-

re dann wünschenswert, wenn neben der psychischen Störung oder Verhaltensauffälligkeit weitere ungünstige Rahmenbedingungen, wie z. B. komorbide, umschriebene Entwicklungsstörungen, geringe Ressourcen im häuslichen Umfeld, belastende Familiensituationen, inkonsequenter Erziehungsstil etc., hinzutreten. Erst die regionale Vernetzung von Pädiatern mit Trägern der Kinder- und Jugendhilfe sowie Leistungserbringern der ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen innerhalb der GKV ermöglicht eine koordinierte und zeitnahe Durchführung von indizierten Maßnahmen und Behandlungen.

### **Weiterentwicklung der medizinischen Vorsorgeleistungen**

Den meisten Menschen ist bewusst, dass sie ihre Gesundheit schädigen, wenn sie rauchen, zu viel Alkohol trinken, sich falsch ernähren oder sich zu wenig bewegen. Viele Kinder wachsen mit falscher Ernährung, Bewegungsmangel, übermäßigem Medienkonsum und unzureichender familiärer Unterstützung auf. So werden gesundheitsgefährdende Gewohnheiten stabilisiert. Erwachsenen wie Kindern fällt es schwer, krank machendes Verhalten ohne professionelle Hilfe zu ändern. Entscheidend für erfolgreiche Prävention ist, dass psychologische Konzepte zum Einsatz kommen, die Kinder und Erwachsene befähigen, ihr Verhalten im Lebensalltag nachhaltig zu korrigieren. Wissensvermittlung allein, z. B. durch darauf fokussierte Schulungen oder ärztliche Ratschläge, hilft den meisten Zielgruppen nachweislich nicht.

Mit Blick auf definierte Patientengruppen regt die Bundespsychotherapeutenkammer deshalb an, die §§ 23 und 73 SGB V so weiterzuentwickeln, dass nicht nur medizinische, sondern auch psychotherapeutische Vorsorgeleistungen zum Einsatz kommen können. Es ist zu begrüßen, dass für Vorsorgeleistungen künftig Vorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet werden. Insgesamt könnte damit die qualitätsorientierte Differenzierung der Angebotspalette kostenneutral realisiert werden.

## **8. Spezifika psychotherapeutischer Leistungen bei der Vergütungsform berücksichtigen**

### **Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung**

Der Gesetzentwurf strebt für das Jahr 2009 eine budgetneutrale Umsetzung des neuen Vergütungssystems an. Im kollektivvertraglichen Bereich bleibt es damit bei der Unterfinanzierung ambulanter vertragsärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen. Gleichzeitig zielt der Gesetzentwurf darauf, über eine differenzierte Mengensteuerung der ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen die Budgetierung aufrecht zu erhalten.

Die morbiditätsorientierte Fortschreibung der Gesamtvergütung auf der Basis diagnosebezogen gebildeter Risikoklassen ist für den Bereich der psychischen Erkrankungen nicht sachgerecht. Die bekannten Klassifikationsverfahren basieren auf den durch Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten kodierten ICD-10-Diagnosen. Im psychischen Bereich werden damit die für den Behandlungsaufwand entscheidenden Schweregrade sowie weitere wichtige Einflussfaktoren, wie z. B. Chronizität oder soziale Rahmenbedingungen, in der Regel nicht berücksichtigt. Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf psychisch kranker Menschen ist daher diagnosebezogen nicht adäquat erfassbar. Für den Bereich der Richtlinienpsychotherapie bilden sich die morbiditätsbedingten Ausgaben für psychische Erkrankungen direkt über die geprüften und genehmigten Behandlungskontingente ab. Die BPTK schlägt vor, dass diese eins zu eins bei der Kalkulation der Gesamtvergütung Berücksichtigung finden. Für die darüber hinausgehenden psychotherapeutischen Leistungen regt sie an, dass der Gesetzgeber den Bewertungsausschuss beauftragt, eine adäquate Lösung additiv zu den verwendeten Klassifikationsverfahren zu finden.

### **Einzelleistungsvergütung**

Die neue Vergütungssystematik sieht eine weitgehende Pauschalierung bei der Vergütung haus- und fachärztlicher Leistungen vor. Für die mit Mindestzeiten versehenen psychotherapeutischen Leistungen ist es sachgerecht, bei der Einzelleistung zu bleiben.

### **Sicherung einer angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit**

Die Zeitgebundenheit der psychotherapeutischen Leistung sollte bei der Neuentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) berücksichtigt werden. Anders als im somatisch-medizinischen Bereich ist eine Leistungsverdichtung pro Zeiteinheit Psychotherapie nicht möglich. Deshalb hat der Gesetzgeber bisher mit der Regelung im § 85 Abs. 4 SGB V auf Landesebene Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen verpflichtet, im Rahmen der Honorarverteilung die Honorare für psychotherapeutische Leistungen so zu stützen, dass eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit entsteht. Das Bundessozialgericht fordert auf dieser Basis in ständiger Rechtsprechung eine besondere Berücksichtigung der genehmigungspflichtigen, zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen.

Die Landesebene wird künftig über diese Kompetenzen im Rahmen der neuen Vergütungssystematik nicht mehr verfügen. Die BPTK würde eine entsprechende Vorgabe des Gesetzgebers für den Bewertungsausschuss auf Bundesebene in Analogie zur bisherigen Regelung begrüßen.

### **Arztbezogene Regelleistungsvolumina**

Die arztbezogenen Regelleistungsvolumina dienen der Mengensteuerung additiv zu den mit dem EBM vorgesehenen Abstufungsregelungen. Sie orientieren sich u. a. an dem von den Kassen gezahlten, morbiditätsbedingten Honorarvolumen, das allerdings nicht mehr arztgruppen-, sondern arztbezogen differenziert wird (§ 85b Abs. 3 Satz 2 SGB V – neu).

Psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie beruhen auf einer fachlich geprüften Indikationsstellung und einer expliziten Genehmigung durch die Krankenkassen. Ein Bedarf an mengensteuernden Regelungen im Sinne der arztbezogenen Regelleistungsvolumina besteht für Richtlinienpsychotherapie also nicht.

Ein Konzept zur Mengensteuerung der über die Richtlinienpsychotherapie hinaus erbrachten Gesprächsleistungen wäre gesondert zu entwickeln, sofern es überhaupt



notwendig ist. Denn, wie empirische Untersuchungen zeigen, erreichen nicht einmal zehn Prozent aller Psychotherapeuten 36 Sitzungen genehmigte Psychotherapie pro Woche, was einer Wochenarbeitszeit von 51 Stunden entspräche. Wenn dennoch über ein solches Konzept nachgedacht würde, müsste die sich verändernde Morbidität sowie die bestehende Unter- und Fehlversorgung Ausgangspunkt sein und nicht die derzeit im Bereich der ambulanten Versorgung erbrachte Leistungsmenge.

Die BPTK regt daher an, dass der Gesetzgeber auf arztbezogene Regelleistungsvolumina für Psychotherapeuten gänzlich verzichtet.

### **Steuerung der Niederlassung über Zu- und Abschläge**

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass künftig in Abhängigkeit von regionaler Unter- oder Überversorgung Zu- und Abschläge auf das ärztliche Honorar zu vereinbaren sind. Basis der Feststellung von Unter- und Überversorgung soll die Bedarfsplanung nach § 99 ff. SGB V sein.

Die Bedarfsplanung zeichnet die Niederlassungsentscheidungen von Freiberuflern über die zurückliegenden Jahrzehnte nach. Der Versorgungsbedarf der Bevölkerung war und ist bei diesen Entscheidungen nur ein Kriterium neben anderen. Dies zeigt u. a. die Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten und sozialen Brennpunkten.

Hinzu kommt, dass die der Bedarfsplanung zugrunde liegenden Planungsbereiche zu groß geschnitten sind, um eine Steuerung entsprechend des Versorgungsbedarfs der Bevölkerung zu ermöglichen. Großstädte z. B. werden als ein Planungsbereich geführt. Innerhalb dieser Städte gibt es jedoch erhebliche Versorgungsdisparitäten zwischen einzelnen Stadtvierteln. Dieses Problem lässt sich auch in ländlichen Regionen beobachten.

Ökonomische Anreize können nur sinnvoll wirken, wenn sie zielorientiert steuern. Dazu bedarf es kleinräumiger Versorgungsanalysen, die insbesondere Indikatoren zur Morbiditätsstruktur der Bevölkerung mit berücksichtigen. Erst wenn Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen über ein solches Instrument verfügen, könnte

es Sinn machen, das Niederlassungsverhalten von Vertragsärzten und -psychotherapeuten über die Vergütungssystematik zu steuern. Die Bedarfsplanung heutiger Prägung wäre damit obsolet.

### **9. Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der PKV begrenzen**

Die Einführung eines PKV-Basistarifs kann die Diskriminierung psychisch kranker Menschen in der privaten Krankenversicherung begrenzen. Aktuell weigern sich nach eigenen Angaben 40 PKV-Unternehmen, Menschen, die zum Zeitpunkt der Risikoprüfung psychisch krank sind, einen Versicherungsvertrag anzubieten. Selbst wenn eine psychische Erkrankung Jahre zurückliegt und erfolgreich behandelt wurde, ist nur die Hälfte dieser PKV-Unternehmen bereit, einen Versicherungsschutz anzubieten. Die BPTK begrüßt daher, dass für den PKV-Basistarif ein Kontrahierungszwang bestehen wird und Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse nicht möglich sein sollen.

Der PKV-Basistarif begrenzt die Diskriminierung psychisch kranker Menschen nur für Neukunden. Altkunden, die von den neuen Wahlmöglichkeiten aufgrund der Portabilität der Altersrückstellungen Gebrauch machen wollen, werden wie in der Vergangenheit an den Risikountersuchungen des PKV-Unternehmens ihrer Wahl scheitern. Das Problem lässt sich lösen, wenn die bestehenden PKV-Tarife generell in einen Basistarif mit Kontrahierungszwang und Risikoausgleich sowie additive Zusatztarife gesplittet werden. Eine solche Regelung würde kranken Menschen die Wahlfreiheit in der PKV bieten, die sie heute in der GKV bereits haben.

Für den PKV-Basistarif will – laut Gesetzentwurf – die Bundesregierung im Benehmen mit der PKV Rahmenvorgaben zum Leistungsumfang festlegen. Die BPTK schlägt vor, dass im GKV-WSG fixiert wird, dass Versicherte im PKV-Basistarif die gleichen Leistungsansprüche bei psychischen Erkrankungen haben wie bereits heute GKV-Versicherte. Hierzu gehören insbesondere ein ausreichendes Behandlungskontingent und der direkte Zugang zu Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Dadurch kommt es in der PKV zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker.

### III. Änderungsvorschläge im Einzelnen

#### **§ 23 SGB V „Medizinische Vorsorgeleistungen“**

*Ergänzung in Abs. 1: Versicherte haben Anspruch auf ärztliche **und psychotherapeutische** Behandlung sowie Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, wenn diese notwendig sind*

1. um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
2. um einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken,
3. um Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung zu vermeiden oder
4. um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

**Begründung:** Erwachsenen wie Kindern fällt es schwer, krankmachendes Verhalten ohne professionelle Hilfe zu ändern. Wissensvermittlung allein, z. B. durch darauf fokussierte Schulungen, ärztliche Ratschläge oder ökonomische Anreize, hilft nachweislich vielen nicht weiter. Entscheidend für bestimmte Patientengruppen ist, dass psychologische Konzepte zum Einsatz kommen, die Kinder und Erwachsene befähigen, ihr Verhalten im Lebensalltag nachhaltig zu korrigieren. Die Bundespsychotherapeutenkammer regt an, § 23 SGB V so weiterzuentwickeln, dass nicht nur medizinische, sondern auch psychotherapeutische Vorsorgeleistungen zum Einsatz kommen können. Außerdem sollten durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen sowohl für die ärztlichen als auch für die psychotherapeutischen Vorsorgeleistungen Vorgaben zu den Zielgruppen sowie zu Struktur, Prozess und Ergebnisqualität erarbeitet werden. Insgesamt könnte damit eine qualitätsorientierte Differenzierung der Angebotspalette u. U. kostenneutral gestaltet werden.

#### **§ 26 SGB V „Kinderuntersuchung“**

*Abs. 1: Versicherte Kinder haben bis zur Vollendung des **zehnten** Lebensjahres Anspruch auf Untersuchungen sowie nach Vollendung des zehnten Lebensjahres auf*

*eine Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche, **kognitive, emotionale und soziale** Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden.*

**Begründung:** Durch die Klarstellung soll sichergestellt werden, dass die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen in systematischer Weise eine umfassende Untersuchung der psychischen Entwicklung inklusive der sozialen, emotionalen und kognitiven Kompetenzen der Kinder mit einschließen. Da es zu den erklärten Zielen der Gesundheitspolitik wie auch der Akteure im Gesundheitswesen zählt, die Potenziale der Kinderfrüherkennungsuntersuchungen durch eine Steigerung der Inanspruchnahme intensiver zu nutzen, ist hierzu eine höhere Frequenz der Untersuchungen, insbesondere nach der U6 und über die U9 hinaus, vorzusehen. Gerade die Zeitphasen, in denen die Kinder in besonderer Weise mit Entwicklungsaufgaben konfrontiert sind (in Kindergärten und nach der Einschulung), sollten genutzt werden, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und rechtzeitig präventive und ggf. kurative Maßnahmen einleiten zu können. Daher sollte bereits in der Gesetzesänderung eine Änderung der Frequenz und Zahl der Früherkennungsuntersuchungen, wie sie bei der Überarbeitung der Kinderrichtlinien diskutiert werden, mitbedacht werden.

### **§ 62 SGB V „Belastungsgrenze“**

*Neuregelungen ersatzlos streichen.*

**Begründung:** Ein Bonus für vom G-BA hinsichtlich ihres Nutzens geprüfte Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen, die regelmäßig nach den durch den G-BA definierten Standards evaluiert werden, können über § 53 SGB V Wahltarife angeboten werden. Sanktionen sind nicht zielführend. Von Bescheinigungen für therapiegerechtes Verhalten sollte der Gesetzgeber absehen. Die Förderung des Ansatzes einer gleichberechtigten Patientenbeteiligung, wie z. B. beim Shared Decision Making, ist, wie bereits in der Vergangenheit von der Gesundheitspolitik erkannt, der geeignete Weg.

### **§ 73 SGB V „Kassenärztliche Versorgung“**

*Abs. 2 Satz 2 die Nummern 2 bis 8, Nummern 2; 4; 6; 8; 10 bis 12 sowie 9, soweit sich diese Regelung auf die Feststellung und die Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.*

**Begründung:** Die Änderung in § 73 SGB V ermöglicht, dass Versicherte, bei denen präventive psychotherapeutische Leistungen indiziert sind, diese bei dafür qualifizierten Leistungserbringern, d. h. auch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, in Anspruch nehmen können.

Darüber hinaus erhalten Psychotherapeuten die Möglichkeit, Patienten in psychotherapeutische und psychiatrische Einrichtungen einzuweisen. Ebenso können sie Heilmittel, z. B. Ergotherapie und Sprachtherapie, verordnen. Damit entstehen Alternativen zu nicht mehr sinnvollen ordnungspolitischen Strukturvorgaben, wie beispielsweise dem ärztlichen Verordnungs- oder Überweisungsvorbehalt. Kooperationsstrukturen, die auf multidisziplinär entwickelten Leitlinien basieren, sichern eine abgestimmte Versorgung und können zudem kostengünstiger sein.

### **§ 73b SGB V „Hausarztzentrierte Versorgung“**

*Abs. 2 Nr. 2: Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung **multidisziplinär** entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien.*

**Begründung:** In den für das Selektivvertragssystem einschlägigen gesetzlichen Vorgaben wird verankert, dass neue Versorgungsstrukturen auf der Basis multidisziplinär entwickelter, wissenschaftsbasierter Leitlinien Kooperationsbeziehungen aufbauen und Versorgungsaufträge übernehmen. Damit macht der Gesetzgeber deutlich, dass er aufgrund der stärkeren Differenzierung und Akademisierung der Gesundheitsberufe teilweise eine eigenständige Verantwortung für die Qualitätssicherung sieht und einer marktbeherrschenden Position einzelner Gesundheitsberufe gegensteuern will.

### **§ 73c SGB V „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“**

**Abs. 1 Einschub von Satz 3: Die Versorgungsaufträge und die Kooperationsbeziehungen zwischen den beteiligten Leistungserbringern basieren auf multidisziplinär entwickelten, evidenzbasierten Leitlinien.**

**Begründung:** In den für das Selektivvertragssystem einschlägigen gesetzlichen Vorgaben wird verankert, dass neue Versorgungsstrukturen auf der Basis multidisziplinär entwickelter, wissenschaftsbasierter Leitlinien Kooperationsbeziehungen aufbauen und Versorgungsaufträge übernehmen. Damit macht der Gesetzgeber deutlich, dass er aufgrund der stärkeren Differenzierung und Akademisierung der Gesundheitsberufe teilweise eine eigenständige Verantwortung für die Qualitätssicherung sieht und einer marktbeherrschenden Position einzelner Gesundheitsberufe gegensteuern will.

### **§ 85a SGB V „Regionale Euro-Gebührenordnung, morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, Behandlungsbedarf der Versicherten“**

**Abs. 3 Einschub neuer Satz 5: Der Behandlungsbedarf psychisch kranker Menschen bildet sich weitgehend über die antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie ab. Der Behandlungsbedarf wird in Höhe der in der regionalen Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preise bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung berücksichtigt.**

**Begründung:** Die morbiditätsorientierte Fortschreibung der Gesamtvergütung auf der Basis diagnosebezogen gebildeter Risikoklassen ist für den Bereich der psychischen Erkrankungen nicht sachgerecht. Die bekannten Klassifikationsverfahren basieren auf durch Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten kodierten ICD-10-Diagnosen. Im psychischen Bereich werden damit die für den Behandlungsaufwand entscheidenden Schweregrade sowie weitere wichtige Einflussgrößen, wie z. B. Chronizität der Erkrankung oder soziale Rahmenbedingungen, i. d. R. nicht berücksichtigt. Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf psychisch kranker Menschen kann also im Rahmen der bekannten Klassifikationssysteme nicht adäquat erfasst werden. Dies ist für den Bereich der Richtlinienpsychotherapie auch nicht notwendig. Die psychotherapeutischen Leistungen basieren hier auf im Rahmen des Gutachterver-

fahrens fachlich geprüften Indikationsstellungen und einer expliziten Genehmigung durch die Krankenkassen. Zusätzliche, mengensteuernde Regelungen, etwa um angebotsinduzierte Nachfragen ausschließen zu können, sind insoweit verzichtbar. Für das Leistungsspektrum der Psychotherapeuten über die Richtlinienpsychotherapie hinaus sollte der Bewertungsausschuss bzw. das zuarbeitende Institut beauftragt werden, einen spezifischen Ansatz der Mengensteuerung zu finden.

### **§ 85b SGB V „Vergütung des einzelnen Arztes (arztbezogene Regelleistungsvolumina)“**

*Abs. 1 Satz 2 ist zu ergänzen: Satz 1 gilt nicht für psychotherapeutische Leistungen sowie für vertragszahnärztliche Leistungen.*

**Begründung:** Psychotherapeuten unterliegen bereits einer strikten Mengensteuerung, die es verzichtbar macht, zusätzliche mengensteuernde Regelungen im Sinne des arztbezogenen Regelleistungsvolumens vorzusehen. Dieser Sachverhalt war auch leitend für das Urteil des Bundessozialgerichts von 28.01.2004 (B 6 KA 52/03 R). Hier heißt es: *„Die Psychotherapeuten unterscheiden sich bezogen auf die Leistungserbringung von der Mehrzahl der Arztgruppen dadurch, dass sie fast nur Leistungen erbringen dürfen, die zeitgebunden sind und ganz überwiegend vorab von den Krankenkassen genehmigt werden müssen (vgl. BSGE 84, 235, 238, 243 = SozR 3.2005 § 85 Nr. 33 S. 253, 259). Deshalb können sie im Kernbereich ihrer Tätigkeit die Menge der berechnungsfähigen Leistungen nicht bzw. kaum vermehren. Insbesondere die Festlegung einer starren Zeitvorgabe für die einzelne Leistung (50 Minuten je Leistung nach Nr. 871/872 EBM-Ä <tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie>, 877 EBM-Ä <analytische Psychotherapie> und 881/882 EBM-Ä <Verhaltenstherapie>) setzt der Ausweitung der Leistungsmenge sehr enge Grenzen. Infolgedessen führte ein Absinken des Verteilungspunktwertes bei den Psychotherapeuten unmittelbar zu niedrigeren Honorarüberschüssen. Diese Sondersituation gebot es, die Gruppe der Psychotherapeuten vor einem von ihr nicht aufzufangenden Punktwertverfall zu schützen und ihr im Wege der Honorarverteilung Punktwerte in einer Größenordnung zu garantieren, die ihr Überschüsse aus vertragsärztlicher Tätigkeit auf einem Niveau ermöglichte, das ungefähr demjenigen anderer Arztgruppen entspricht.“*

**§ 87 SGB V „Bundesmantelvertrag/Einheitlicher Bewertungsmaßstab/Bundeseinheitliche Orientierungswerte“**

*Abs. 2a Einschub Satz 9 neu: **Psychotherapeutische Leistungen werden als Einzelleistungen abgebildet.***

**Begründung:** Psychotherapeutische Leistungen werden schon heute nach einer von der somatischen Medizin abweichenden Systematik erbracht: Alle Leistungen sind mit Mindestzeiten versehen und die Vergütung richtet sich nach der aufgewendeten Zeit. Vor der Leistungserbringung erfolgt eine externe Begutachtung, die Grundlage für die Genehmigung von Therapiekontingenten durch die Krankenkassen ist. Für psychotherapeutische Leistungen gilt daher, dass sie gegenüber Patienten und Krankenkassen aufgrund ihrer Zeitgebundenheit transparent und nachprüfbar sind. Eine Pauschalierung wäre kein weiterführender Ansatz und ist insofern verzichtbar.

**§ 87 SGB V „Bundesmantelvertrag Einheitlicher Bewertungsmaßstab/Bundeseinheitliche Orientierungswerte“**

*Einschub eines neuen Satzes 3 in Abs. 2: **Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (psychotherapeutische Medizin) sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.***

**Begründung:** Die bisher im § 85 Abs. 4 SGB V getroffene Regelung zur Sicherung einer angemessenen Vergütung je Zeiteinheit wird in das GKV-WSG übertragen. Der Gesetzgeber hatte mit dieser Regelung Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen verpflichtet, die Honorare für psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Honorarverteilung auf Landesebene so zu stützen, dass eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit entsteht. Das Bundessozialgericht fordert auf dieser Basis in ständiger Rechtsprechung eine besondere Berücksichtigung der genehmigungspflichtigen, zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen. Da die Handlungs-



spielräume der KVen und Krankenkassen auf Landesebene für die Umsetzung dieser Zielvorgabe nicht mehr gegeben sind, schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, die Umsetzung dieses Ziels im Kontext der Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Aufgabe des Bewertungsausschusses zu machen.

### **§ 91 SGB V „Gemeinsamer Bundesausschuss“**

*Abs. 4 Nr. 2 Einschub eines neuen Satzes 2: **Die Regelungen müssen sicherstellen, dass die nach dem vierten Kapitel SGB V zugelassenen Leistungserbringer in den Unterausschüssen angemessen vertreten sind, wenn ihre Berufsaufgaben durch das jeweilige Beratungsthema berührt sind. Für Richtlinien zum § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, die sich auf die psychotherapeutische Versorgung beziehen, ist ein Unterausschuss zu bilden, in dem ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten entsprechend ihres jeweiligen Anteils an der Versorgung vertreten sind.***

**Begründung:** Die demografische Entwicklung und die damit verbundene Veränderung des Krankheitspanoramas haben dazu geführt, dass viele Gesundheitsberufe ihr Tätigkeitsprofil erweitert und z. T. durch eine Akademisierung der Ausbildung vertieft haben. Für sachgerechte Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss ist die Einbringung der Sachkompetenz dieser Gesundheitsberufe über das bisher praktizierte Anhörungsverfahren hinaus notwendig. Neben einer sektorübergreifenden Ausrichtung sollte der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Professionalisierung konsequent den Gesichtspunkt der Multidisziplinarität berücksichtigen.

### **§ 137 SGB V „Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung“**

*Abs. 3 Nr. 1: ~~Inhalt und~~ Umfang der im Abstand von fünf Jahren zu erfüllenden Fortbildungspflichten von Fachärzten, **Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** sowie das Verfahren zum Nachweis ihrer Erfüllung.*

*Abs. 3 Einfügung eines Satzes 5: **Bei den Beschlüssen nach Nr. 1 und 4 ist zusätzlich die Bundespsychotherapeutenkammer zu beteiligen.***

**Begründung:** Analog der Fortbildungspflichten von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist es für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung in der stationären Versorgung erforderlich, dass sich die Fortbildungsverpflichtung neben den Fachärzten auch auf die in der stationären Versorgung tätigen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erstreckt. Es kann nicht im Sinne des Gesetzgebers sein, die sozialrechtlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht der an der stationären Versorgung beteiligten Heilberufe unterschiedlich auszugestalten.

Durch die Streichung in Abs. 3 Nr. 1 kann der Gesetzgeber deutlich machen, dass er – wie in der Begründung zum Gesetzentwurf dargelegt – weiterhin davon ausgeht, dass der Inhalt der Fortbildung berufsrechtlichen Regelungen überlassen bleibt.

### **§ 137d SGB V „Qualitätssicherung bei der ambulanten und stationären Vorsorge oder Rehabilitation“**

*Abs. 4 Satz 2: Bei Vereinbarungen nach Abs. 1 und 2 ist der Bundesärztekammer, der **Bundespsychotherapeutenkammer** und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.*

**Begründung:** Der Sachverstand der Psychotherapeuten ist bei Vereinbarungen nach Abs. 1 und 2 des § 137d SGB V einzubeziehen, um eine sachgerechte Ausarbeitung von einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie die Definition der grundsätzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation zu gewährleisten.

### **§ 140b Abs. 3 SGB V „Verträge zu integrierten Versorgungsformen“**

*Ergänzung Satz 1: In den Verträgen nach Abs. 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden,*

*zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten **auf der Basis multidisziplinär entwickelter, evidenzbasierter Leitlinien** verpflichtet.*

**Begründung:** In den für das Selektivvertragssystem einschlägigen gesetzlichen Vorgaben wird verankert, dass neue Versorgungsstrukturen auf der Basis multidisziplinär entwickelter, wissenschaftsbasierter Leitlinien Kooperationsbeziehungen aufbauen und Versorgungsaufträge übernehmen. Damit macht der Gesetzgeber deutlich, dass er aufgrund der stärkeren Differenzierung und Akademisierung der Gesundheitsberufe teilweise eine eigenständige Verantwortung für die Qualitätssicherung sieht und einer marktbeherrschenden Position einzelner Gesundheitsberufe gegensteuern will.

### **§ 268 SGB V „Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs“**

*~~Streichung Satz 1 Nr. 5 in Abs. 1: 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf der Auswahl der Morbiditätsgruppen zugrunde zu legen.~~*

**Begründung:** Ohne morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, der über das Klassifikationsverfahren trennscharf die durchschnittlichen Ausgaben unterschiedlicher Morbiditätsgruppen abbildet, wird Wettbewerb im Gesundheitssystem zu Lasten chronisch und schwerkranker Menschen gehen. Patienten müssen angesichts des parallel stattfindenden Rückbaus des Kollektivvertragssystems befürchten, dass sich ihre Versorgung schrittweise verschlechtert. Vor diesem Hintergrund sollte die Gesundheitspolitik darauf verzichten, Vorgaben für Klassifikationsverfahren zu machen, bei denen heute nicht bekannt ist, welche Auswirkungen sie auf die Morbiditätsorientierung der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds haben werden. Ziel sollte eine sachgerechte Lösung sein, die einen qualitätsorientierten Wettbewerb ermöglicht.

### **Artikel 35: Änderung des Gesetzes über den Versicherungsvertrag**

Die angestrebte Verbesserung der Wahlmöglichkeiten für Altkunden in der PKV entwickelt für psychisch kranke Patienten nur Wirkung, wenn entweder insgesamt das Leistungsangebot der PKV in Basis- und Zusatztarife gesplittet wird oder in § 178f

festgeschrieben wird, dass beim Wechsel der Versicherungsunternehmen eine Gesundheitsprüfung für die Versicherten entfällt.

### **Artikel 36: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

*§ 12 Abs. 1a Einfügung: Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, **Umfang** und Höhe nach dem dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind.*

**Begründung:** Der Umfang psychotherapeutischer Leistungen in der PKV ist im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung bisher bei den meisten Versicherern geringer und damit unzureichend. Entsteht ein Anspruch analog zur GKV, wird die Versorgung psychisch kranker Menschen in der PKV verbessert.

### **Artikel 36: Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes**

*§ 12 Abs. 1d: **Die Leistungen im Basistarif entsprechen in Art, Umfang und Höhe dem dritten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch.** Die Bundesregierung wird ermächtigt, im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung **Rahmenvorgaben zur fortlaufenden Anpassung des Basistarifs an das Leistungsspektrum des dritten Kapitels des SGB V durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates zu bestimmen.***

**Begründung:** Der Umfang des Versicherungsschutzes im Basistarif sollte bereits gesetzlich festgelegt werden und nicht der alleinigen Entscheidung der Bundesregierung überlassen bleiben.