# GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – Zentrale Regelungen für psychisch kranke Menschen und Psychotherapeuten

Die Beratungen des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages führten zu weitgehenden Änderungen im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG). Für Psychotherapeuten[1] und psychisch kranke Menschen brachte dies Verbesserungen. BPtK und Landespsychotherapeutenkammern hatten gemeinsam auf Bundes- und Landesebene für diese Änderungen geworben. Einzelne, für psychisch kranke Menschen und Psychotherapeuten relevante Regelungen des GKV-WSG, das am 2. Februar 2007 im Deutschen Bundestag und am 16. Februar 2007 im Bundesrat verabschiedet wurde, werden im Folgenden vorgestellt.

## Vergütung psychotherapeutischer Leistungen sachgerecht geregelt

- **Angemessene Vergütung je Zeiteinheit**

Der Gesetzgeber macht dem Bewertungsausschuss – Gemeinsames Gremium des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Vereinbarung der zentralen Regelungen zur Struktur und Höhe der Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen – die Vorgabe, die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen so zu gestalten, dass eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist. Diese wird nicht mehr wie bisher über einen gestützten Punktwert auf KV-Ebene sichergestellt (§ 85 Abs. 4 SGB V). Der Punktwert wird künftig über bundeseinheitliche Orientierungswerte weitgehend einheitlich vorgegeben. Die Orientierungswerte bestimmen maßgeblich die Euro-Gebührenordnungen auf KV-Ebene. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) wird daher zur entscheidenden Stellschraube für die Sicherung einer angemessenen Vergütung pro Zeiteinheit. Im EBM könnte künftig z. B. berücksichtigt werden, wie viele nicht abrechnungsfähige Leistungen in Verbindung mit einer Therapiestunde (z. B. Supervision) erbracht werden. Die Anpassung muss bis zum 1. Januar 2009 vollzogen sein.

[1] In diesem Text steht die Bezeichnung Psychotherapeut sowohl für Psychologische Psychotherapeuten als auch für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Soweit die männliche Form benutzt wird, gilt sie in gleicher Weise für weibliche Personen.

- **Weiterhin Einzelleistung**

Grundsätzlich setzt das GKV-WSG auf eine stärker pauschalierte Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen. Allerdings gibt es dem Bewertungsausschuss Spielräume, Ausnahmen von dieser generellen Regelung zu treffen. Als Beispiel für die Beibehaltung der Einzelleistungsvergütung werden in der Begründung zum Gesetz die psychotherapeutischen Leistungen genannt.

- **Ausnahme beim arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**

Die Mengensteuerung ärztlicher Leistungen über Individualbudgets, Punktzahlvolumen oder Regelleistungsvolumina wird Ende 2008 durch neue arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen modifiziert. Eine Ausnahme macht der Gesetzgeber für Psychotherapeuten, da die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen durch das Gutachterverfahren bezüglich der Indikationsstellung qualitätsgesichert sind und zudem jede Therapie durch die Krankenkassen genehmigt wird. Eine zusätzliche Mengensteuerung bei diesen Leistungen ist daher verzichtbar. Offen ist, ob die weiteren psychotherapeutischen Leistungen, z. B. probatorische Sitzungen, einer Mengensteuerung unterliegen werden und wie diese aussehen könnten.

- **Handlungsspielräume bei der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Auf KV-Ebene wird die Gesamtvergütung künftig morbiditätsorientiert fortgeschrieben bzw. verhandelt. Damit richtet sich die Gesamtvergütung ab 2009 nicht mehr nach dem bisherigen Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Gesamtvergütung soll sich jetzt am Behandlungsbedarf der Versicherten orientieren. Für das Leistungsvolumen, das aus der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert wird, gilt die Euro-Gebührenordnung.

Um die Größenordnung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bestimmen zu können, sind Annahmen zum Behandlungsbedarf der Versicherten zu treffen. Dafür werden diagnosebezogene Risikoklassen gebildet. Dabei soll jede Risikoklasse ungefähr dem gleichen Behandlungsaufwand je Versicherten entsprechen. Die Versicherten werden den diagnosebezogenen Risikoklassen über ICD-10-Diagnosen und Behandlungsleistungen zugeordnet. Auf psychische Erkrankungen wäre ein solches

Verfahren nicht anwendbar, da ICD-10-Diagnosen den Behandlungsaufwand nicht zuverlässig abbilden können. Außerdem gilt auch hier, dass bei antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen eine zusätzliche Mengensteuerung nicht erforderlich ist.

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen verhandelt. Das GKV-WSG gibt ihnen die Möglichkeit, bestimmte vertragsärztliche Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu honorieren. Diese Leistungen können dann auf der Basis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung außerhalb der Mengenbegrenzung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung vergütet werden. Als Beispiele nennt der Gesetzgeber in der Begründung u. a. antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen. Konsequenterweise erhält mit dem Gesetz auch der Bewertungsausschuss die Option, die Leistungen, die bei der Vereinbarung einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung außen vor bleiben, bei der Ermittlung des Behandlungsbedarfes auf der Basis der diagnosebezogenen Risikoklassen nicht zu berücksichtigen.

## G-BA: Psychotherapeutischer Sachverstand einbezogen

- **Neuorganisation des Gemeinsamen Bundesausschusses**

Die unparteiischen Mitglieder im „Beschlussgremium“, dem wichtigsten Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), werden künftig i. d. R. hauptamtlich tätig sein. Es wird insgesamt fünf unparteiische Mitglieder geben: einen Vorsitzenden, zwei weitere Unparteiische und zwei Vertreter dieser Unparteiischen. Die fünf Unparteiischen werden die Arbeit des Beschlussgremiums maßgeblich steuern und die Kontinuität der Beratungen und Beschlussfassung gewährleisten. Sie übernehmen gleichzeitig den Vorsitz der Unterausschüsse.

Neben den Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und den Patientenvertretern sitzen Vertreter der Leistungserbringer im Beschlussgremium. Die Leistungserbringer sind künftig mit fünf Ehrenamtlichen besetzt: ein Vertreter der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), zwei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und zwei der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Die

Mitglieder des Beschlussgremiums haben jeweils bis zu drei Stellvertreter. Je nach Thema können Hausärzte, Fachärzte oder Psychotherapeuten die KBV im Beschlussgremium vertreten. Psychotherapeutischer Sachverstand kann also hinzugezogen werden, wenn im G-BA über psychotherapeutische Belange entschieden wird.

- **Anhörungsrechte der BPtK**

Die Kompetenzen des G-BA im Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement werden ausgebaut. Der G-BA wird z. B. ein Institut u. a. damit beauftragen, Indikatoren für die sektorübergreifende Versorgungsqualität zu entwickeln. Die BPtK erhält ein Stellungnahmerecht.

## Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation

Die Verbände der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen werden einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung und grundsätzliche Anforderungen an das Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation vereinbaren.

Psychische Störungen und Belastungen haben in der Rehabilitation eine besondere Bedeutung – im Jahr 2005 wurden 18 Prozent aller Leistungen der stationären Rehabilitation wegen einer psychischen Störung als Hauptrehabilitationsdiagnose und daraus resultierende Krankheitsfolgen erbracht. Die BPtK erhält deshalb künftig neben der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Stellungnahmerecht.

## Fortbildungspflicht im stationären Bereich

Künftig wird es in der stationären Versorgung neben der Fortbildungspflicht für Fachärzte auch eine Fortbildungspflicht für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geben. Damit werden die sozialrechtlichen Vorgaben zur Fortbildungspflicht in der stationären Versorgung denen im ambulanten Bereich angepasst. Das ist ein wichtiger Fortschritt, da gerade im stationären Bereich die Fortbildungspflicht eher als Fortbildungsrecht verstanden wird. Der G-BA wird festlegen, wie diese Fortbildungspflicht im Einzelnen nachgewiesen werden kann.

Dieser Nachweis ist im Abstand von fünf Jahren zu erbringen. Die BPtK hat auch hier ein Stellungnahmerecht.

## Kein Sanierungsbeitrag für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen

Im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung psychisch kranker Menschen hat der Gesetzgeber psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom Sanierungsbeitrag der Krankenhäuser (0,5 Prozent Abschlag von der Krankenhausrechnung) ausgenommen.

Die Finanzierung psychiatrischer Kliniken und Abteilungen erfolgt grundlegend anders als in der somatischen Krankenhausmedizin. Grundlage sind nicht die dort eingeführten Fallpauschalen (DRG's), die je nach Diagnose und Behandlung einen durchschnittlichen ökonomischen Behandlungsaufwand je Patient unterstellen. Der Gesetzgeber stellte in der GKV-Gesundheitsreform 2000 fest, dass mit Fallpauschalen „eine sachgerechte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet werden kann". Der Grund dafür ist, dass der Behandlungsbedarf zwischen psychisch Erkrankten aus unterschiedlichen Gründen stark variieren kann und nicht zuverlässig vorherzusagen ist. Für psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern erfolgt die Budgetplanung deshalb nach der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV), die sich an Patientengruppen mit vergleichbarem Behandlungsbedarf orientiert und daraus die notwendigen Personalstellen ableitet. Dies trifft im Prinzip auch auf stationäre psychosomatische Einrichtungen zu.

Die im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ursprünglich auch für Psychiatrie und Psychosomatik vorgesehene Rechnungskürzung hätte die Verlässlichkeit der PsychPV als Planungsinstrument in Frage gestellt und damit die qualitätsgesicherte Versorgung psychisch kranker Menschen gefährdet.

## Neu in der PKV – Versicherungsschutz für psychisch kranke Menschen

Ab dem 1. Januar 2009 gibt es eine Krankenversicherungspflicht für Alle. Private Krankenkassen müssen also künftig auch psychisch kranke Menschen versichern. Dies ist ein erster Schritt, um die Diskriminierung psychisch Erkrankter in der privaten Krankenversicherung zu beenden.

Grundlage dafür ist der so genannte Basistarif, zu dem die Privatversicherer mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verpflichtet werden. Ab dem 1. Juli kann Jeder zunächst den bekannten Standard- und ab 2009 den Basistarif in Anspruch nehmen, dessen Leistungen denen der gesetzlichen Krankenkassen entsprechen sollen. Er ist weder mit einer Risikoprüfung noch mit Risikozuschlägen verbunden. Die Prämie des Basistarifs darf nicht über dem Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenkassen liegen – derzeit sind das gut 500,00 Euro.

Die Leistungen der Psychotherapeuten werden auf der Grundlage der GOÄ/GOP vergütet. Der Gesetzgeber gibt den 1,8fachen Gebührensatz vor, es sei denn, die KBV vereinbart mit dem Verband der privaten Krankenversicherung und den Beihilfekostenträgern abweichende Regelungen. Die Vertragspartner können dabei auch die Struktur der Gebührenordnung ändern. Für Psychotherapeuten würde der 1,8fache Gebührensatz dazu führen, dass die Leistungen, die für Versicherte im Basistarif erbracht werden, deutlich schlechter vergütet sind als diejenigen im GKV-System, das eine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit annähernd gewährleistet. Die Berufs- und Fachverbände und die BPtK werden gemeinsam dafür eintreten, dass dies auch im PKV-Bereich realisiert wird.