

# Stellungnahme ans BMG

## 1. bvvp begrüßt Förderung der Sprechenden Medizin

Die im TSVG aufgenommene Absicht, die zuwendungsorientierte, „sprechende Medizin“ zu fördern, ist lange überfällig und wird von uns sehr begrüßt. Die Überprüfung der technischen und nicht-technischen Anteile der Vergütung bis Mitte 2019 scheint zu diesem Zweck sinnvoll. Gerade die Vorgaben hinsichtlich einer Förderung der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen sollten allerdings im Detail genauer gefasst werden. Ohne eine solche Präzisierung laufen diese Fachgruppen Gefahr, innerhalb der Selbstverwaltung keine angemessene Vergütung zu erreichen.

Dies betrifft nicht nur eine Förderung der Gesprächsleistungen, sondern auch die regelmäßige und sachgerechte Überprüfung der angemessenen Vergütung der Psychotherapie. Der bvvp schlägt dafür (erneut) folgende Ergänzung zu § 87 Abs. 2 vor:

*Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen. ... bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Die Überprüfung der Angemessenheit der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen nach § 87. Abs 2c letzter Satz erfolgt jährlich. ...*

*Die Angemessenheit der Vergütung hat dabei sicherzustellen, dass es Psychotherapeuten möglich ist, mit einer durchschnittlich zu erreichenden Auslastung eines vollen Sitzes das vom Bewertungsausschuss vereinbarte Arzteinkommen zu erzielen."*

Den übrigen Arztgruppen ist es bereits seit 2007 möglich, die vom Jahr 2008 an vereinbarten Arzteinkommen zu erzielen. Wenn dies nicht auch in den P-Fächern erreicht wird, fehlt unter den gegebenen Bedingungen des Ärztemangels ganz besonders der Nachwuchs in den Bereichen Psychosomatische Medizin und Psychiatrie.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Finanzierung sollten darüber hinaus alle zeitgebundenen psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen dauerhaft extrabudgetär vergütet werden, wie es derzeit bei einigen Leistungen – allerdings zeitlich begrenzt – schon der Fall ist.

Die im TSVG vorgesehenen finanziellen Anreize zur Aufnahme neuer Patienten sollten auch auf die Psychotherapie ausgedehnt werden. Dazu sollten die Bewertungen der sehr aufwändigen Psychotherapeutischen Sprechstunde und der Akutbehandlung angehoben werden. Das würde auch ermöglichen, Bereiche der Erstversorgung, Indikationsstellung und

sinnvoller Patientensteuerung besser vom Bereich der Richtlinienpsychotherapie abzugrenzen und damit die psychotherapeutische Versorgung noch besser zu strukturieren.

## **2. Bedarfsplanung**

Derzeit geht die zeitnahe Erstversorgung zu Lasten der Richtlinienpsychotherapie, weshalb die Einführung der Terminservicestellen TSS nicht zu einer insgesamt verbesserten psychotherapeutischen Versorgung führt. Die TSS bewirken keine Ausweitung der Kapazitäten der Psychotherapeuten mit ihren zeitgebundenen Leistungen.

Hilfreich für die Versorgung wäre eine kritische Überprüfung der bedarfsgerechten Zahl der niedergelassenen Psychotherapeuten. Besonders in ländlichen Regionen, im Ruhrgebiet und in den Gürteln um die Großstädte gibt es immer noch einen großen Mangel. Die Spreizung in den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung zwischen unterschiedlichen Regionstypen entspricht in keiner Weise der Prävalenz und Verteilung psychischer Erkrankungen.

Der bvvp drängt deshalb darauf, dass die Reform der Bedarfsplanung nicht länger hinausgezögert wird. Die Zulassungsausschüsse in den KVen müssen Spielräume erhalten, weil dort die regionale Versorgung am besten erfasst und gesteuert werden kann. Maßnahmen zur Ausweitung der TSS können bei den Psychotherapeuten nur auf dem Boden eines bedarfsgerechten und ausreichenden Behandlungsangebots greifen. Alles andere verdeckt nur die eigentliche Problematik, die nicht mit vermehrter Kontrolle behebbar ist.

Betonen möchten wir, dass Wartezeiten im Bereich der Psychotherapie nichts mit „Zweiklassenmedizin“ zu tun haben. Wenn es solche Effekte zwischen GKV und PKV in diesem Bereich gibt, dann eher in umgekehrter Richtung: PKV-Patienten sind wegen der blockierten Reform der GOÄ und damit auch der GOP eher benachteiligt. Die Honorierung ist vergleichsweise schlecht und der Verwaltungsaufwand höher und komplizierter als in der GKV, sodass die Behandlung von Privatpatienten in der Psychotherapie wirtschaftlich nicht attraktiv ist.

Unbedingt notwendig für eine gute Versorgung psychisch kranker Menschen ist außerdem eine bedarfsgerechte Erhöhung der Anzahl psychiatrischer Praxen besonders in ländlichen Regionen. Dadurch würde der Druck auf Praxen der Richtlinienpsychotherapie geringer, zu denen Patienten mangels psychiatrischer Versorgung zunehmend ausweichen. Für einige chronisch psychiatrisch Kranke ist die klassische Richtlinienpsychotherapie aber nicht indiziert. Sie brauchen ein modifiziertes Behandlungsangebot.

## **3. Terminservicestelle mit Vermittlung rund um die Uhr und Vermittlung von Terminen für die Langzeittherapie sind unsinnig**

Aus diesen Zusammenhängen ergibt sich auch, dass rund um die Uhr erreichbare TSS keinen weiteren Nutzen bringen für die psychotherapeutische Versorgung. Kontraproduktiv ist auch der Versuch, über die TSS langfristige Behandlungen der Richtlinienpsychotherapie zu

vermitteln. Dringender Behandlungsbedarf wird bereits durch die 2017 neu eingeführte „Akutbehandlung“ abgedeckt.

Im Gegensatz dazu ist die Übernahme der Kosten für die Richtlinienpsychotherapie durch die Kassen als länger- bis langfristiges Behandlungsgeschehen gemäß der Psychotherapierichtlinie an diverse Voraussetzungen gebunden. Zu den Voraussetzungen gehören unter vielen anderen eine stabile Motivation, die länger als vier Wochen anhält, eine ausreichend gute partielle Lebensbewältigung, die u. a. auch eine gewisse Wartefähigkeit impliziert. Ob diese vorliegen, wird zuvor im Gutachterverfahren überprüft. Das ist eine gute Qualitätssicherung, dient aber vor allem dem Zweck der Wirtschaftlichkeit, an die Psychotherapeuten gebunden sind.

Probatorische Sitzungen dienen der Abklärung sowohl der therapeutischen Passung auf beiden Seiten als auch der vielen Voraussetzungen in der Indikationsstellung für eine Richtlinienpsychotherapie. Wenn ein Psychotherapeut probatorische Sitzungen an die TSS meldet, muss er die Kapazität für sich eventuell daraus ergebende, über Monate andauernde regelmäßige Sitzungen zur Verfügung haben. Auch dieses Kapazitätsproblem kann nicht über die TSS gelöst werden, auch nicht mit deren Erreichbarkeit von 24 Stunden an 7 Tagen, sondern nur über eine ausreichende Zahl an Sitzen und Psychotherapeuten. Die TSS erhöhen nur den ohnehin hohen bürokratischen Aufwand weiter, der wiederum die Zeit für die Patientenbehandlung einschränkt.

Wie bei den Hausärzten brauchen besonders chronisch psychisch Kranke eine dauerhafte Behandlung und Begleitung mit persönlicher Passung. Diese ist in der Praxis ein Ergebnis eines Vertrauensbildungsprozesses sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite, der nicht durch eine schnelle Vermittlung durch Dritte ersetzt werden kann.

#### **4. Es fehlen Maßnahmen gegen den Ärztemangel**

Keinerlei Verständnis kann der bvp für die Tatsache aufbringen, dass nun ein weiteres Versorgungsgesetz entstehen soll und dabei auf den bestehenden eklatanten Ärztemangel mit keinem Wort eingegangen wird. Es fehlt eine fundierte Analyse dieser Entwicklung und ein Maßnahmenpaket, das zur Behebung des Problems beitragen könnte. Alle Maßnahmen erscheinen ansonsten ohne fundierte Abwägung der Folgen: als ein Versuch, die Probleme mit gesteigerter Kontrolle zu lösen, statt an den Ursachen anzusetzen, und als reine Symptombehandlung ohne nachhaltigen Effekt. Es gibt zwar bislang trotz prekärer Ausbildungsbedingungen keinen Nachwuchsmangel im Bereich Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

Es gibt aber einen besonders ausgeprägten Nachwuchsmangel in den Bereichen der Psychosomatischen Medizin und auch der Psychiatrie, der sich wie bereits beschrieben auswirkt.

Ärzte arbeiten ohnehin schon im Schnitt 52 Stunden. Der Plan, zur Behandlung des Symptoms in den Bundesmantelvertrag einzugreifen und dort eine um fünf Stunden verlängerte Sprechstundenzeit zu verankern, wirkt immanently abwertend. Er suggeriert, die

Misere bestünde, weil Ärzte zu wenig arbeiteten. Er wird zudem keine Veränderung bewirken, weil Ärzte im Schnitt ohnehin jetzt schon in höherem Umfang arbeiten als hier gefordert.

Wenn es zu Sprechstundenzeiten unterhalb der 25 Std./Woche kommt, hat dies mit Praxisstrukturen zu tun, in denen ein guter Teil der Arbeitszeit auf Tätigkeiten entfällt, die nicht direkt am Patienten erbracht werden. Gerade im Bereich Psychotherapie hat dies mit der Nicht-Delegierbarkeit der allermeisten Leistungen an Personal sowie der fehlenden Möglichkeit, sich auf der eigenen Abrechnungsnummer im Krankheits- und Urlaubsfall vertreten zu lassen, zu tun. Ein weiterer Grund ist zudem, dass in der Psychotherapie die persönliche Beziehung eine herausgehobene Rolle spielt. Den erforderlichen Gestaltungsspielraum der Praxen mit höchst unterschiedlichen Schwerpunkten einzuengen, wird bei vielen zu Resignation und ggf. früheren Rückzug aus der vertragsärztlichen Versorgung (in reine Privatpraxen oder ggf. in den Ruhestand) führen. Angesichts des Durchschnittsalters der Niedergelassenen von ca. 56 Jahren muss daher damit gerechnet werden, dass statt einer Versorgungsverbesserung eine Verknappung des ambulanten Behandlungsangebotes aus den geplanten Änderungen resultieren wird

Bedacht werden sollte auch, dass der Arztberuf bereits jetzt seine Attraktivität in hohem Maß eingebüßt hat. Mit dem Numerus Clausus, den Mediziner brauchen, kann man sehr gut auch besser bezahlte Berufe mit familienfreundlicheren Arbeitszeiten und weniger Verantwortungsdruck wählen.

Gut zwei Drittel der Studienanfänger in der Medizin sind daraus resultierend Frauen, die in der Berufswahl teilweise andere Schwerpunkte setzen als z.B. die Bezahlung (Tendenz zu sozialen Berufen). Im besonders schlecht vergüteten Fach der Psychotherapie gibt es entsprechend einen besonders hohen Anteil an Frauen. Gleichzeitig nimmt bei Frauen nach wie vor die Gestaltung des sonstigen Lebens durch Familiengründung etc. mehr Einfluss auf die Art der Berufsausübung. Die Rahmenbedingungen des Berufs und die soziologischen Entwicklungen innerhalb desselben finden im aktuellen Gesetzesentwurf wenig Beachtung und Würdigung. Es macht besonders im Gesundheitswesen Sinn, bei der Entwicklung von zukunftsorientierten, nachhaltigen Konzepten, die spezielle Lebensrealität von Frauen in die Gestaltung von Arbeitsstrukturen mit einzubeziehen. Das wird auch am ständig wachsenden Anteil von Teilzeitpraxen an der Gesamtversorgung - bei weitem nicht nur in der Psychotherapie - deutlich. Dabei ist auch ein Hindernis, dass die Rückkehr auf einen vollen Praxissitz nach zeitweiligem Verzicht auf einen halben Sitz deutlich erschwert wird.

Uns scheinen die getroffenen Gesetzesregelungen an wesentlichen Ursachen der Versorgungsengpässe vorbeizugehen. Wir fürchten daher, dass sie den intendierten Zweck verfehlen

## **5. Ärztequote in der Bedarfsplanung**

Sinnvoll im Sinne der Versorgung ist hingegen:

1. Die Ärztequote soll mit 25 % erhalten bleiben, um Ärzte für die psychotherapeutische Versorgung zu gewinnen.
2. Ärzte mit (dem ggf. fachgebundenen) Zusatztitel Psychotherapie sollen sich als Ärztliche Psychotherapeuten niederlassen können.

3. Im Zusammenhang mit dem bestehenden eklatanten Nachwuchsmangel - ganz besonders in der Psychosomatischen Medizin - muss es den jetzt tätigen ärztlichen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatische Medizin möglich sein, sofern kein ärztlicher Nachfolger gefunden wird, die Praxis mit Versorgungsrelevanz auch an einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten abzugeben. Die Schnittmenge im Leistungsprofil beträgt bei den verschiedenen Berufsgruppen der psychotherapeutischen Leistungserbringer ca. 85 %, ihr Bedarf wird demgemäß in einer Gruppe geplant.

Diese Option muss gesetzlich verankert werden. Bislang gibt es nur richterliche Urteile, aber keine gesetzliche Regelung, die in diese Richtung zeigt.

## **6. Ausnahme von offener Sprechstunde**

Der bvvp hält es für sachgerecht, dass der Gesetzesvorschlag die besondere Situation der Psychotherapeuten mit den zeitgebundenen Leistungen und bereits vorgegebenen, fest anzubietenden Sprechstundenzeiten berücksichtigt und diese Fachgruppe von zusätzlichen offenen Sprechstundenzeiten ausnimmt.

## **7. Besonderer Schutz der Patientendaten**

Daten aus psychotherapeutischen Praxen sind besonders sensibel, was den Datenschutz und die Schweigepflicht betrifft. Psychotherapeuten und Psychiater erfahren sehr viel Persönliches und dokumentieren umfangreich. Menschen mit psychischen Erkrankungen werden immer noch stigmatisiert.

Wir drängen deshalb auf den besonderen Schutz dieser Patientendaten sowohl auf den elektronischen Gesundheitskarten als auch auf der geplanten elektronischen Patientenakte.