

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgitt Bender, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Harald Terpe, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/9170 –

Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Vorbemerkung der Fragesteller

Mit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes im Jahr 1998 wurden Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendtherapeutinnen und -therapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen aufgenommen. Seither prozessieren Psychotherapeutinnen und -therapeuten immer wieder bis vor das Bundessozialgericht (BSG) um ein angemessenes Honorar. In allen bisher ergangenen Urteilen hat das BSG den Psychotherapeutinnen und -therapeuten Recht gegeben. Weil psychotherapeutische Leistungen nach dem Stundenlohnprinzip vergütet werden, ist es Psychotherapeutinnen und -therapeuten verwehrt, ihr Einkommen dadurch zu erhöhen, dass sie – wie im somatischen Bereich möglich – mehr Leistungen je Zeiteinheit erbringen. Aus diesem Grund hat das Bundessozialgericht dieser Berufsgruppe einen festen Mindestpunktwert zugestanden. Eine zentrale Aussage des BSG-Urteils vom 28. Januar 2004 ist: „Den Psychotherapeuten muss es jedenfalls im typischen Fall möglich sein, bei größtmöglichem persönlichem Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen.“

Der Gesetzgeber hat die grundsätzlichen Unterschiede in der Vergütungssystematik und die Grundsätze des BSG in § 87 Abs. 2c Satz 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) übernommen. Danach hat die Bewertung psychotherapeutischer Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V, in dem je sieben Vertreterinnen und Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festlegen, hat nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer die BSG-Maßgabe eines Mindesthonorars jedoch stets nur so umgesetzt, dass Psychotherapeutinnen und -therapeuten diese Mindesthonorare unter keinen Umständen überschreiten können. Die Psychotherapie würde nicht annähernd so vergütet wie die somatische Medizin.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Nach dem bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Recht sind im Honorarverteilungsmaßstab Regelungen für die Vergütung der Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten (§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V). Der Inhalt dieser Regelungen ist gemäß § 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V von dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf Bundesebene gebildeten Bewertungsausschuss zu bestimmen, um eine bundesweit möglichst einheitliche Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe zu gewährleisten. Die vom Bewertungsausschuss hierzu beschlossenen Regelungen sehen jeweils vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Grundlage eines vorgegebenen Berechnungsmodells regionale Mindestpunktwerte für die von den o. g. Arztgruppen erbrachten genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen festzusetzen haben. Bis zum 31. Dezember 2008 liegt es somit in der Zuständigkeit der regionalen Partner der Honorarverteilungsverträge gemäß § 85 Abs. 4 SGB V sowie der Kassenärztlichen Vereinigungen, den Beschluss des Bewertungsausschusses – unter Berücksichtigung der hierzu einschlägigen Rechtsprechung des BSG zur Honorarverteilung sowie der spezifischen regionalen Gegebenheiten – bei der Honorarverteilung umzusetzen.

Zur Kritik der Bundespsychotherapeutenkammer an dem Beschluss des Bewertungsausschusses im Hinblick auf die BSG-Rechtsprechung zur Vergütung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung ist auf die in Kürze zu erwartende Entscheidung des BSG über die anhängigen Klagen zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zu verweisen.

1. Welche durchschnittlichen Jahresumsätze erzielen psychotherapeutische, hausärztliche sowie Praxen der fachärztlichen Versorgung (aufgesplittet nach exemplarischen Facharztgruppen) in den einzelnen Bundesländern?

Die Angaben ergeben sich aus der beigelegten Tabelle „GKV-Umsatz je Arzt/Psychotherapeut im Jahr 2006 in Euro“ (Anlage 1). Bei einem Vergleich der Niveaus der GKV-Umsätze der nichtärztlichen Psychotherapeuten mit anderen Arztgruppen ist zu berücksichtigen, dass Psychotherapeuten vielfach keine voll ausgelastete Praxis betreiben.

2. a) Wie hoch ist das Einkommen vor Steuern (Praxisüberschuss) von Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten, von ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, von Haus- sowie von Fachärztinnen und -ärzten (aufgesplittet nach exemplarischen Facharztgruppen) in den einzelnen Bundesländern?
b) In welcher Höhe wurden Betriebskosten bei den jeweiligen Arztgruppen berücksichtigt?

Differenzierte Angaben zu den Praxisüberschüssen nach den einzelnen Untergruppen der Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten und der ärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten liegen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nicht vor. Der Praxisüberschuss kann aggregiert für die Gruppe der nichtärztlichen Psychotherapeuten angegeben werden. Die Angaben

ergeben sich aus der beigefügten Tabelle „GKV-Praxisüberschuss je Arzt/Psychotherapeut im Jahr 2006 in Euro“ (Anlage 2).

3. Wie bewertet die Bundesregierung die bisherige Umsetzung der Bundessozialgerichtsurteile zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen und der Kassenärztlicher Bundesvereinigung?

Die in Kürze zu erwartende Entscheidung des BSG über die anhängigen Klagen zu dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29. Oktober 2004 zur Vergütung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung bleibt abzuwarten.

Hinzuweisen ist ergänzend darauf, dass die bisherigen Regelungen dazu beigetragen haben, dass sich die Vergütungssituation im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung verbessert hat. So hat sich in den Jahren 1999 bis 2006 die Honorarsumme der Psychologischen Psychotherapeuten für die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten psychotherapeutischen Leistungen bundesweit von ca. 386 Mio. Euro auf ca. 904 Mio. Euro mehr als verdoppelt. Dieser Zuwachs ist auch bei den einzelnen Psychotherapeuten angekommen. In diesem Zeitraum erhöhte sich der durchschnittliche GKV-Honorarumsatz (GKV: gesetzliche Krankenversicherung) je Psychologischem Psychotherapeut in Deutschland um 68 Prozent.

Das BMG hat im Dezember 2007 den Bewertungsausschuss aufgefordert, die Berechnungsvorgabe zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -therapeuten zeitnah bis spätestens zum Ende des 1. Quartals 2008 an die aktuelleren Daten der Honorar- und Kostenentwicklung anzupassen. Die Beratungen im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses dazu sind abgeschlossen worden.

4. Geht die Bundesregierung davon aus, dass bei der bis zum 31. Oktober 2008 erforderlichen Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Umsetzung der ab 2009 in den EBM zu verlagernden Honorarverteilung (statt der bisherigen regionalen Honorarverteilung) der von den Psychotherapeutinnen und -therapeuten erwarteten Umsetzung der Bundessozialgerichtsurteile Geltung verschafft wird, und welchen Anforderungen müsste aus Sicht der Bundesregierung bei dieser Entscheidung von der Selbstverwaltung Rechnung getragen werden?

Das BMG geht davon aus, dass der Bewertungsausschuss den gemäß § 87 Abs. 2d Satz 3 SGB V im Einheitlichen Bewertungsmaßstab erstmalig spätestens bis zum 31. Oktober 2008 mit Wirkung zum 1. Januar 2009 zu treffenden Beschluss, nach dem die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten haben, in rechtlich zulässiger Weise umsetzen wird. Aus den gesetzlichen Vorgaben des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) geht die bis zum 31. Dezember 2008 an die regionalen Honorarverteilungsvertragspartner gerichtete spezifische Anforderung nunmehr an die Parteien im Bewertungsausschuss über, so dass dieser Anforderung künftig im EBM Rechnung getragen werden muss. Dies erfordert ggf. eine Anpassung der Bewertung der spezifischen Leistungen. Weitere Anforderungen könnten sich aus einer weiterentwickelten Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ergeben.

5. Wie bewertet die Bundesregierung die von Psychotherapeutinnen und -therapeuten geäußerte Befürchtung, dass bei der Einführung des allgemeinen Orientierungspunktwerts (ab 2009) und der damit verbundenen Vergütungsreform probatorische Sitzungen unter ein Regelleistungsvolumen fallen, das – aufgrund der geringen Vergütung in der Vergangenheit – so eng bemessen sein wird, dass eine sinnvolle diagnostische Abklärung vor einer Psychotherapie nicht möglich sein wird?

Von der Umsetzung der im GKV-WSG enthaltenen Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ab dem Jahr 2009 werden auch die Psychotherapeuten profitieren. Zentraler Teil dieser Reform ist, dass die vertragsärztlichen Leistungen – zumindest im Rahmen bestimmter Leistungsmengen – mit den festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung vergütet werden sollen. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des Honorars aus Sicht der einzelnen Ärzte und Psychotherapeuten erheblich.

Zudem werden die bisherigen Budgets abgelöst und das sog. Morbiditätsrisiko – Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten – auf die Krankenkassen übertragen. Das bedeutet, dass die Krankenkassen zukünftig mehr Geld zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bereitstellen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Kostenanstieg gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen die sich daraus ergebenden Effekte zusätzlich zu vergüten. Die erforderlichen Honorarsteigerungen werden dabei nicht mehr durch den sog. Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekappt.

Die positiven Auswirkungen der Vergütungsreform werden auch die Rahmenbedingungen für die psychotherapeutische Versorgung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung betreffen.

Zudem eröffnet die Vergütungsreform der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ausdrücklich die Möglichkeit, neben den antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist (§ 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V).

Unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen der Vergütungsreform teilt die Bundesregierung die in der Frage angeführten Befürchtungen nicht.

GKV-Umsatz je Arzt/Psychotherapeut im Jahr 2006 in Euro

Kassenärztliche Vereinigung	Nicht- Ärztliche Psychothe- rapeuten	Hausärzte	Augenärzte	Chirurgen	Gynäko- logen	HNO-Ärzte	Psychiater
Bayern	64.795	204.356	270.049	213.109	215.983	212.310	143.381
Berlin	51.167	142.788	168.480	129.292	166.950	131.939	102.659
Brandenburg	69.862	176.011	172.923	185.995	172.941	142.631	134.737
Bremen	62.444	164.258	331.721	177.031	211.389	148.644	127.485
Hamburg	60.312	145.749	179.671	167.162	171.763	149.076	114.637
Hessen	56.319	187.304	209.272	193.348	177.911	169.004	122.262
Mecklenburg-Vorpommern	70.054	193.193	186.191	215.526	183.226	160.375	153.762
Niedersachsen	65.719	190.111	220.657	197.026	201.467	199.119	126.256
Nordbaden	62.223	174.607	232.201	225.660	197.202	160.926	146.079
Nordrhein	64.853	172.633	219.952	190.672	186.427	172.156	122.283
Nord-Württemberg	74.500	197.777	260.319	283.528	198.479	198.976	187.474
Rheinland-Pfalz	67.146	180.673	209.458	178.413	174.524	185.058	129.014
Saarland	65.044	192.402	202.483	197.809	200.037	177.595	168.674
Sachsen	62.840	175.381	194.763	176.510	181.638	153.533	129.531
Sachsen-Anhalt	69.386	171.167	162.510	161.988	164.163	147.389	120.464
Schleswig-Holstein	59.564	176.412	174.457	179.307	188.967	166.566	126.810
Südbaden	59.476	179.483	244.028	241.053	182.727	183.149	129.449
Süd-Württemberg	65.039	186.908	299.000	263.227	236.950	188.381	177.603
Thüringen	73.288	160.147	148.456	185.843	171.388	133.846	122.134
Westfalen-Lippe	68.001	178.548	278.779	216.731	200.610	201.896	166.556
Bund	62.882	181.859	224.532	199.086	191.822	177.569	134.100
neue Länder	67.643	174.463	175.536	183.565	175.353	147.957	130.964
alte Länder	62.505	183.254	233.787	202.368	194.705	183.005	134.727

Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses für das Jahr 2006, eigene Berechnungen

GKV-Praxisüberschuss je Arzt/Psychotherapeut im Jahr 2006 in Euro

Kassenärztliche Vereinigung	Nicht-Ärztliche Psychotherapeuten	Hausärzte	Augenärzte	Chirurgen	Gynäkologen	HNO-Ärzte	Psychiater
Bayern	39.849	94.617	121.252	76.719	95.897	94.903	70.113
Berlin	31.468	66.111	75.648	46.545	74.126	58.977	50.200
Brandenburg	42.965	81.493	77.642	66.958	76.786	63.756	65.886
Bremen	38.403	76.051	148.943	63.731	93.857	66.444	62.340
Hamburg	37.092	67.482	80.672	60.178	76.263	66.637	56.058
Hessen	34.636	86.722	93.963	69.605	78.992	75.545	59.786
Mecklenburg-Vorpommern	43.083	89.448	83.600	77.590	81.352	71.688	75.189
Niedersachsen	40.417	88.021	99.075	70.929	89.451	89.006	61.739
Nordbaden	38.267	80.843	104.258	81.237	87.558	71.934	71.433
Nordrhein	39.885	79.929	98.758	68.642	82.774	76.954	59.796
Nord-Württemberg	45.817	91.571	116.883	102.070	88.125	88.942	91.675
Rheinland-Pfalz	41.295	83.652	94.047	64.229	77.489	82.721	63.088
Saarland	40.002	89.082	90.915	71.211	88.816	79.385	82.482
Sachsen	38.646	81.201	87.449	63.544	80.647	68.629	63.341
Sachsen-Anhalt	42.673	79.250	72.967	58.316	72.888	65.883	58.907
Schleswig-Holstein	36.632	81.679	78.331	64.551	83.901	74.455	62.010
Südbaden	36.578	83.101	109.569	86.779	81.131	81.868	63.301
Süd-Württemberg	39.999	86.538	134.251	94.762	105.206	84.207	86.848
Thüringen	45.072	74.148	66.657	66.903	76.096	59.829	59.723
Westfalen-Lippe	41.821	82.668	125.172	78.023	89.071	90.247	81.446
Bund	38.673	84.201	100.815	71.671	85.169	79.373	65.575
neue Länder	41.600	80.776	78.816	66.083	77.857	66.137	64.042
alte Länder	38.441	84.847	104.971	72.853	86.449	81.803	65.882
Kostenanteil am Praxisumsatz in %	38,5	53,7	55,1	64,0	55,6	55,3	51,1

Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses für das Jahr 2006, eigene Berechnungen

