

Stellungnahme

**zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur
Änderung des Vertragsarztrechts und
anderer Vorschriften (VÄndG)**

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen	3
Vermeidung von Versorgungslücken	3
II. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen	5
1. Medizinische Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1 SGB V; § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)	5
Fachübergreifende Versorgung	5
Kooperative Leitung	6
Inkompatibilitätsgrundsatz.....	6
2. Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV).....	7
3. Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte / Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9, § 101 Abs. 4 und 5 SGB V).....	8
Standespolitische Schranken durch Musterberufsordnung-Ärzte.....	8
Modifikation der Leistungsbegrenzung	9
III. Praxisgebühr	11
IV. Beseitigung von Versorgungslücken	12
1. Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V)	16
2. Teilzulassung (§ 95 Abs. 3 SGB V; § 19a Ärzte-ZV).....	17
3. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 3 und § 101 Abs. 1 SGB V).....	20
4. Mindestversorgungsgrade (§ 101 Abs. 4 SGB V).....	21
V. Literatur	24

I. Zusammenfassung

Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen

Die Bundespsychotherapeutenkammer begrüßt die im Gesetzentwurf gemachten Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen.

Die BPtK schlägt vor, das Erfordernis der fachübergreifenden Struktur der **Medizinischen Versorgungszentren** zu modifizieren, denn unter Versorgungsgesichtspunkten wäre die Zulassung von im Schwerpunkt psychotherapeutisch tätigen Versorgungszentren sinnvoll.

Die Option auf eine kooperative Leitung von Medizinischen Versorgungszentren fördert die Akzeptanz dieser Organisationsform bei Psychotherapeuten. Erweiternd schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, dass die Leitung eines Medizinischen Versorgungszentrums durch jeden zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer erfolgen kann.

Wichtige Impulse setzen die Regelungen zu den **Berufsausübungsgemeinschaften**. Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt additiv vor, die Kooperation zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe zu erleichtern und regt an, standespolitische Vorgaben für die **Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten** in Vertragspraxen nicht zu übernehmen, wenn sie unter Qualitätsgesichtspunkten verzichtbar sind.

Vermeidung von Versorgungslücken

Der Gesetzentwurf schlägt mehrere Instrumente vor, die Versorgungslücken vermeiden bzw. beheben sollen. Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht die Möglichkeit, durch eine modifizierte **Definition der Leistungsbegrenzung** für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zusätzliche unternehmerische Spielräume für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten bzw. beim Job-Sharing zu schaffen.

Bei der **Teilzulassung** schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer vor, klarzustellen, dass beim Verzicht auf einen hälftigen Versorgungsauftrag dieser durch die

Kassenärztlichen Vereinigungen zur Nachbesetzung auszuschreiben ist und dass die Regelungen zur Nachfolgezulassung im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V Anwendung finden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer hält die Vorschläge der Bundesregierung insgesamt für Ziel führend, wenn es um die **Deckung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs** geht. Problematisch erscheint der Bundespsychotherapeutenkammer, dass alle im Gesetzentwurf vorgestellten Instrumente zur Behebung von Versorgungslücken zu Lasten der gedeckelten Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden.

Angesichts der **Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher** greifen aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer die Vorschläge im Gesetzentwurf allerdings nicht weit genug. Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Das heißt, mindestens 20 % der Leistungserbringer, die berechtigt sind, sich an der psychotherapeutischen Versorgung zu beteiligen, müssten im Schwerpunkt Kinder und Jugendliche behandeln. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten liegt jedoch, gemessen an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern, nur bei 12,2 %. Es gibt ein flächendeckendes strukturelles Unterversorgungsproblem. Die Bundespsychotherapeutenkammer unterbreitet in ihrer Stellungnahme ergänzend zum Gesetzentwurf Vorschläge, um diese Versorgungslücken zu schließen.

II. Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen

1. Medizinische Versorgungszentren

(§ 95 Abs. 1 SGB V; § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV)

Fachübergreifende Versorgung

In § 95 Abs. 1 SGB V soll durch den Gesetzentwurf definiert werden, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind. Erläuternd wird hinzugefügt, dass Medizinische Versorgungszentren nicht fachübergreifend sind, wenn die in ihnen tätigen Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 SGB V angehören.

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind zwei Berufe, die gemeinsam mit den überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutischen Ärzten eine Arztgruppe bilden. Anders als z. B. die Arztgruppe der Hausärzte decken Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nicht denselben Versorgungsbereich ab. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten behandeln ausschließlich Kinder und Jugendliche; die zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten dürfen zunächst grundsätzlich nur Erwachsene psychotherapeutisch behandeln, haben allerdings die Möglichkeit, über eine ergänzende Abrechnungsgenehmigung auch Kinder- und Jugendlichen psychotherapeutisch zu versorgen.

Dem gesetzgeberischen Ziel, den Versicherten durch MVZ eine Versorgung aus einer Hand anzubieten, würde entsprochen, wenn abweichend von Gesetzentwurf geregelt würde, dass ein MVZ auch dann fachübergreifend ist, wenn in ihm Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeinsam tätig sind.

Die BPtK schlägt daher vor, in § 95 Abs. 1 SGB V im durch den Gesetzentwurf neu einzufügenden Satz 3 den Satzteil „und wenn die Ärzte oder Psychotherapeuten der psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4 angehören“ zu streichen.

Stattdessen sollte im Satz 4 hinter „hausärztlicher Internist“ eingefügt werden:

„oder ein Psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“.

Die Regelung in Abs. 1 Satz 2 lautet dann:

„Eine Einrichtung nach Abs. 1 ist dann fachübergreifend, wenn in ihr Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen tätig sind; sie ist nicht fachübergreifend, wenn die Ärzte der hausärztlichen Arztgruppe nach § 101 Abs. 5 angehören. Sind in einer Einrichtung nach Satz 2 ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist oder ein Psychologischer/ärztlicher Psychotherapeuten und ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut tätig, so ist die Einrichtung fachübergreifend...“

Kooperative Leitung

Der Gesetzentwurf schlägt vor, dass ein Medizinisches Versorgungszentrum, in dem verschiedene, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Berufe arbeiten, auch kooperativ geleitet werden kann. Die BPtK begrüßt dies. Sie regt außerdem an, deutlich zu machen, dass alternativ zur kooperativen Leitung jeder Vertreter der im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen approbierten Heilberufe die Leitung übernehmen kann. In § 95 Abs. 1 SGB V wird dann nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Sind in einem Medizinischen Versorgungszentrum Angehörige verschiedener, an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Heilberufe tätig, kann die Leitung durch jeden im Medizinischen Versorgungszentrum tätigen, approbierten Heilberufsangehörigen erfolgen. Eine kooperative Leitung ist möglich.“

Inkompatibilitätsgrundsatz

Der Gesetzentwurf schlägt eine Änderung der Zulassungsordnung für Vertragsärzte in § 20 Abs. 2 Ärzte-ZV vor. Künftig soll die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit

einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder eine Vorsorge oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V mit der Tätigkeit eines Vertragsarztes/Vertragspsychotherapeuten vereinbar sein. Die Änderung zielt auf eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Ein Integrationsbedarf unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten besteht jedoch mit Blick auf psychisch kranke Menschen, insbesondere Kinder und Jugendliche, über das Gesundheitssystem hinaus, z. B. an der Schnittstelle zur Jugendhilfe. Die BPtK fordert daher, dass die Ermöglichung einer Nebentätigkeit für die Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergänzt wird durch die Nennung von Beratungsstellen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Ausbildungsstätten nach § 6 Psychotherapeutengesetz sowie Maßregel- und Strafvollzugsanstalten.

2. Berufsausübungsgemeinschaften (§ 33 Ärzte-ZV)

Der Gesetzentwurf stellt mit einer Anpassung des § 33 der Zulassungsverordnung Ärzte klar, dass Berufsausübungsgemeinschaften unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern zulässig sind. Diese interdisziplinäre Definition der Berufsausübungsgemeinschaft kann nach Auffassung der Bundespsychotherapeutenkammer die Versorgung im ambulanten Bereich erheblich verbessern.

Angesichts der Zunahme von Komorbiditäten und der Fortschritte der Psychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit chronischen somatischen Erkrankungen sind beispielsweise Kooperationen zwischen Psychotherapeuten und Orthopäden oder Psychotherapeuten und Gynäkologen eine sinnvolle Weiterentwicklung des Versorgungsangebots. Insbesondere erhält die engere Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinderärzten durch die neuen Möglichkeiten im Kontext der Berufsausübungsgemeinschaften eine wichtige Perspektive.

Hilfreich dürfte auch die Regelung sein, dass Berufsausübungsgemeinschaften überörtlich und bezogen auf Teilleistungen ermöglicht werden. Die Bundespsycho-

therapeutenkammer begrüßt ausdrücklich die im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gefundenen Regelungen zu den Berufsausübungsgemeinschaften.

3. Vertragspraxen als Arbeitgeber für angestellte Ärzte / Psychotherapeuten (§ 95 Abs. 9, § 101 Abs. 4 und 5 SGB V)

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

Standespolitische Schranken durch Musterberufsordnung-Ärzte

Mit der Regelung zur Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten werden Vertragsärzten zusätzliche unternehmerische Spielräume eingeräumt. Die Unternehmensform Vertragsarztpraxis kann sich so auch in Konkurrenz zu Medizinischen Versorgungszentren zukunftsfähig weiterentwickeln. Dieses Ziel lässt sich für Psychotherapeuten aufgrund einer Regelung der Musterberufsordnung für Ärzte nur bedingt realisieren. Vertragspsychotherapeuten müssten sich, um Ärzte anstellen zu können, weiterhin des Rechtsmantels einer juristischen Person bedienen, also ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen. Der Grund ist die Musterberufsordnung-Ärzte, die im § 19 Abs. 1 festhält, dass die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis die Leitung der Praxis durch eine niedergelassene Ärztin oder niedergelassenen Arzt voraussetzt. Auch für Vertragspsychotherapeuten gilt nach § 3 Musterberufsordnung-Psychotherapeuten, dass sie fachliche Weisungen nur von Personen entgegen nehmen dürfen, die über eine entsprechende fachliche Qualifikation verfügen. Psychotherapeuten verbinden allerdings – anders als Ärzte – diesen Qualitätssicherungsaspekt nicht mit organisatorischen Vorgaben. Psychotherapeuten dürfen sich nicht nur von Psychotherapeuten, sondern auch von Ärzten an-

stellen lassen, wenn die unter Qualitätsaspekten notwendige Vorgabe der fachlichen Weisung durch entsprechend qualifizierte Personen gewährleistet ist. Handlungsleitend für diese Regelung war die Sicherung der Qualität der Versorgung und nicht eine standespolitisch motivierte Engführung der Weiterentwicklung der ambulanten Anbieterstrukturen.

Folgte der Gesetzgeber den Regelungen der Musterberufsordnung-Ärzte, würden sich z. B. die unternehmerischen Möglichkeiten von Psychologischen Psychotherapeuten und Ärztlichen Psychotherapeuten unterschiedlich gestalten. Während ein Ärztlicher Psychotherapeut einen Psychologischen Psychotherapeuten anstellen kann, wäre dies umgekehrt nicht möglich. Mit dieser Regelung würde nicht nur der unternehmerische Handlungsspielraum des Psychologischen Psychotherapeuten eingeschränkt, auch die Entscheidungsfreiheit des Ärztlichen Psychotherapeuten wird eingeeengt. Denn er könnte sich, wenn er sich nicht in eigener Praxis niederlassen will, nicht von einem Psychologischen Psychotherapeuten anstellen lassen. Die Bundespsychotherapeutenkammer bittet den Gesetzgeber nach Wegen zu suchen, bei der Anstellung von Ärzten bzw. Psychotherapeuten gleiche Möglichkeiten für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zu schaffen. Geeignet hierzu wäre beispielsweise die ausdrückliche Klarstellung, dass Ärzte und Psychotherapeuten sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten anstellen dürfen. Eine vergleichbare Klarstellung findet sich für die Berufsausübungsgemeinschaften.

Modifikation der Leistungsbegrenzung

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

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

III. Praxisgebühr

Der Gesetzentwurf schlägt mehrere Klarstellungen zur Praxisgebühr vor. Die BPTK bittet, eine weitere redaktionelle Anpassung in § 28 Abs. 4 Satz 1 SGB V einzufügen. Die bisherige Formulierung hat dazu geführt, dass das Bundesschiedsamt bei der Umsetzung des GMG davon ausging, dass die Zahlung der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme eines Vertragsarztes und additiv bei der Inanspruchnahme eines Vertragspsychotherapeuten notwendig wird. Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sind damals dieser Rechtsauffassung nicht gefolgt und haben vereinbart, dass eine zweimalige Zahlung der Praxisgebühr bei der Inanspruchnahme von Ärzten und Psychotherapeuten nicht erforderlich sei. Eine Klarstellung des SGB V an dieser Stelle und in diese Richtung ist aus Sicht der Bundespsychotherapeutenkammer sinnvoll.

IV. Beseitigung von Versorgungslücken

Annähernd ein Fünftel der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ist unter 18 Jahren. Die Prävalenz psychischer Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen ist ungefähr so hoch wie bei Erwachsenen. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, gemessen an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern, erreicht jedoch nur einen Anteil von 12,2 %.

Tabelle 1: Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten an allen psychotherapeutischen Leistungserbringern¹

Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl PT* Gesamt	Anzahl KJP*	Anteile KJP an allen PT in %
Baden-Württemberg	2.703,8	520	19,2
Niedersachsen	1.534,9	276	18,0
Rheinland-Pfalz	723,8	107	14,8
Bayerns	3.153,9	393	12,5
Brandenburg	176,9	22	12,4
Sachsen	426,9	53	12,4
Westfalen-Lippe	1.522,5	188	12,4
Hessen	2.029,0	249	12,3
Bremen	391,0	44	11,3
Schleswig-Holstein	539,4	56	10,4
Saarland	227,9	20	8,8
Berlin	1.951,4	170	8,7
Nordrhein	2.575,3	199	7,7
Mecklenburg-Vorpommern	141,6	10	7,1
Hamburg	881,0	61	6,9
Thüringen	218,9	15	6,9
Sachsen-Anhalt	299,8	2	0,7
Bund	19.498	2.385	12,2

*PT: Psychotherapeuten
*KJP: Kinder- und Jugendlichentherapeuten

Quelle: KBV 2006

¹ Neben Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind weitere Berufsgruppen berechtigt, sich an der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu beteiligen. Dies sind z. B.: Kinderärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse, Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und/oder Psychoanalyse sowie Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation zur psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Weder der Kassenärztlichen Bundesvereinigung noch den Spitzenverbänden der Krankenkassen liegen Zahlen dazu vor, in welchem Umfang diese Berufsgruppen sich an der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlichen beteiligen.

Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit aus dem Jahre 2000 zeigt, dass nur rund 71 % der Kinder und Jugendlichen, die eine Psychotherapie suchten bzw. für die eine Psychotherapie gesucht wurde, ein Therapieangebot fanden. In ländlichen Gebieten ist das Versorgungsangebot neunmal geringer als in Kernstädten. Laut KV-Statistik kommt in „Kernstädten in großen Verdichtungsräumen“ ein Psychotherapeut auf 2.577 Einwohner, in „ländlichen Kreisen/in ländlichen Regionen“ ein Psychotherapeut auf 23.106 Einwohner (Tabelle 2: „Einwohner/Arztrelation für die definierten Raumgliederungen“). Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Prävalenz psychischer Krankheiten oder die Bereitschaft, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, in ländlichen Regionen neunmal niedriger ist als in Städten.

Tabelle 2: Einwohner/Arztrelation für die definierten Raumgliederungen

Kreistyp entsprechend der definierten Raumgliederung	Einwohner/ Psychotherapeuten-Relation	Einwohner/ Nervenarzt-Relation
Große Verdichtungsräume		
1. Kernstädte	2577	12864
2. Hochverdichtete Kreise	8129	30212
3. Normalverdichtete Kreise	10139	34947
4. Ländliche Kreise	15692	40767
Verdichtungsansätze		
5. Kernstädte	3203	11909
6. Normalverdichtete Kreise	8389	28883
7. Ländliche Kreise	16615	47439
Ländliche Regionen		
8. Verdichtete Kreise	10338	30339
9. Ländliche Kreise	23106	46384
10. Sonderregion Ruhrgebiet	8743	31373

Zwischen den Bundesländern schwankt die Versorgungsdichte erheblich: Während in Baden-Württemberg nur 26,4 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf

100.000 Einwohner unter 18 Jahren kommen, sind es in Bremen 40 (Tabelle 3: „Länderspezifische Differenzen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“). In den östlichen Bundesländern ist die Unterversorgung besonders deutlich, weil dort die meisten KV-Planungsbezirke zu den weniger verdichteten Kreistypen gehören. Dadurch haben Sachsen-Anhalt mit 0,5, Mecklenburg-Vorpommern mit 3,1 und Brandenburg mit 4,4 drastisch ungünstigere Relationen zwischen Kinder- Jugendlichenpsychotherapeuten und Einwohnern.

Tabelle 3: Länderspezifische Differenzen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Bundesland	Verhältniszahlen KJP auf 100.000 Kinder und Jugendliche
Baden-Württemberg	26,4
Bayern	16,5
Berlin	31,6
Brandenburg	4,4
Bremen	40,0
Hamburg	29,9
Hessen	22,1
Mecklenburg-Vorpommern	3,1
Niedersachsen	18,5
Nordrhein-Westfalen	11,7
Rheinland-Pfalz	14,9
Saarland	9,1
Sachsen	7,5
Sachsen-Anhalt	0,5
Schleswig-Holstein	10,1
Thüringen	2,9

Das Gesundheitsministerium hat zur Lösung der Probleme mehrfach auf bereits eingeführte Instrumente, wie z. B. die Sonderbedarfzulassung, verwiesen. Außerdem finden sich im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz Instrumente,

um bei lokalen Versorgungsdefiziten mittelfristig Abhilfe zu schaffen. Die Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher ist jedoch ein akutes und strukturell bedingtes Versorgungsdefizit, das durch diese auf lokale Probleme zugeschnittenen Instrumente nicht gelöst werden kann. Auch die bereits eingeführten Instrumente, wie z. B. die Sonderbedarfzulassung, haben offensichtlich keine ausreichende Wirkung entfaltet. Aus diesen Gründen unterbreitet die Bundespsychotherapeutenkammer im Folgenden auch über die Vorschläge des Gesetzentwurfes hinausgehende Lösungsvorschläge.

1. Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V)

Im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss durch eine Änderung des § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V aufgetragen, für die Anstellung von Ärzten/Psychotherapeuten Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung vorzusehen, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Dies könnte ein Ansatzpunkt sein, insbesondere in Planungsbereichen, in denen eine Zulassungsbeschränkung angeordnet ist, spezifische lokale Versorgungsengpässe zu überwinden. Dabei ist für Psychotherapeuten von entscheidender Bedeutung, dass die Leistungsbegrenzung für ihre Praxen nicht auf den bisherigen Praxisumfang abgestellt wird. Ähnliches gilt für die Job-Sharing-Regelung im § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V, auf die der vorliegende Gesetzentwurf nicht eingeht. Wir verweisen auf unsere unter II. 3. gemachten Ausführungen und schlagen in § 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V die Ergänzung eines Halbsatzes vor:

„und Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, soweit und solange dies zur Deckung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist.“

Inwieweit die flexiblere Gestaltung der Anstellung bzw. Kooperation von Vertragspsychotherapeuten die Versorgungssituation verbessert, wird davon abhängen, in welchem Umfang Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten diese Optionen nutzen.

Eine Ausweitung der Anstellung bzw. Kooperation hätte zur Folge, dass in jeder KV festgestellt werden müsste, inwieweit das Behandlungskontingent der einzelnen Vertragspraxen ausgedehnt wird. In jeder einzelnen KV müsste es dann zu Verhandlungen mit den Krankenkassen kommen, damit Mengenausweitungen entsprechend vergütet werden. Gelingt dies nur teilweise, ist davon auszugehen, dass die Leistungsausweitung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung das Gesamtbudget für die fachärztliche Versorgung zusätzlich belastet.

2. Teilzulassung (§ 95 Abs. 3 SGB V; § 19a Ärzte-ZV)

Die Logik der Bedarfsplanung fußt bisher darauf, dass mit einer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine hauptberufliche Tätigkeit am Vertragsarztsitz aufgenommen wird. Ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut geht in der Regel mit einem Anrechnungsfaktor in Höhe von 1,0 in die Bedarfsplanung ein. Dieser Anrechnungsfaktor wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss für die Anstellung in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesplittet, da in Medizinischen Versorgungszentren angestellte Ärzte oder Psychotherapeuten in unterschiedlichem zeitlichen Umfang einer Beschäftigung nachgehen.

Der Versuch, diese Systematik auf die Realität der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb der MVZ zu übertragen, liegt nahe. Im Gesetzentwurf zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wird vorgeschlagen, durch eine Veränderung des § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V und eine Anpassung des § 19a Ärzte-Zulassungsverordnung eine Teilzulassung zu ermöglichen. Künftig kann sich ein Vertragsarzt bzw. ein Vertragspsychotherapeut entscheiden, ob er für die Versorgung in vollem oder hälftigem Umfang zur Verfügung stehen will.

In überversorgten Planungsbereichen wird die Reduktion des Versorgungsauftrages auf die Hälfte faktisch nicht mehr rückgängig zu machen sein. In nicht gesperrten Planungsbereichen sollte es keine Ermessensentscheidung des Zulassungsausschusses sein, ob der Ausdehnung auf einen ganzen Versorgungsauftrag stattzugeben ist. Die BPtK schlägt daher vor, dass im § 19a Abs. 3 Ärzte-Zulassungsverordnung – abweichend von der jetzigen Kann-Bestimmung – folgende Formulierung gewählt wird:

*„Abs. 3: Auf Antrag des Arztes **ist eine Beschränkung des Versorgungsauftrages nach Abs. 2 Satz 2 durch Beschluss aufzuheben, sofern bei Antragsstellung keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind.** Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. Es gelten die Vorschriften dieses Abschnittes mit Ausnahme des § 25.“*

Inwieweit ein nach der Arbeitszeit gesplitteter Anrechnungsfaktor in den Bedarfsplanungsrichtlinien dazu führt, dass tatsächlich zusätzliche Niederlassungsmöglichkeiten entstehen, hängt davon ab, in welchem Umfang bereits bestehende Zulassungen geteilt werden. Gibt ein Vertragspsychotherapeut seine volle Zulassung zurück und beschränkt sich auf einen halben Praxissitz, so wird dieser Schritt in gesperrten Planungsbereichen voraussichtlich irreversibel sein. Wenn eine zeitliche Flexibilität jedoch gewünscht ist, z. B. im Anschluss an Erziehungszeiten oder auch aktuell unvorhergesehen notwendig wird (z. B. nach Scheidung oder Tod des Partners), würde man sich dieser zeitlichen Flexibilität durch die Rückgabe der Hälfte des Versorgungsauftrages berauben. Außerdem schmälert der Vertragspsychotherapeut den Verkaufswert seiner Praxis. Es ist deshalb entscheidend, dass eine Nachfolgezulassung im Sinne des § 103 Abs. 4 SGB V bei Verzicht auf den hälftigen Versorgungsauftrag möglich ist. Hierzu schlägt die Bundespsychotherapeutenkammer folgende Änderung des § 103 Abs. 4 Satz 1 SGB V vor:

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

Würde in erheblichem Umfang der volle Versorgungsauftrag von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in einen hälftigen umgewandelt, käme es zu zusätzlichen Niederlassungen, in deren Folge mit einer Ausdehnung der Leistungsmenge der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu rechnen ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat auf der Basis ihrer Honorarstatistik die durchschnittliche Behandlungszeit von zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten pro Woche analysiert. Sie kommt dabei auf eine durchschnittliche Behandlungszeit von 16,42 Stunden. (Nicht berücksichtigt wurden dabei die patientenbezogenen,

leistungsergänzenden Tätigkeiten jenseits der unmittelbaren Patientenkontaktzeit, die z. B. für Dokumentation, Vorbereitung der Sitzungen, Antragstellung von Psychotherapien, Kooperation mit Patienten, mit anderen Berufsgruppen anfallen. Dazu kommen Zeiten für die eigene Supervision und Fortbildung.) Andere KVen berichten von ähnlichen Ergebnissen.

Bei konsequenter Nutzung der Teilzulassung könnte es also in einer längerfristigen Entwicklung im psychotherapeutischen Bereich zu der gewünschten und notwendigen Mengenausweitung kommen. Diese gingen in dem Umfang zu Lasten des fachärztlichen Budgets, in dem die KVen keine spezifischen vertraglichen Vereinbarungen für den Bereich der Psychotherapie mit den Krankenkassen getroffen haben bzw. treffen können. Insoweit besteht die Gefahr, dass ein Morbiditätsproblem zu Lasten der Vertragspsychotherapeuten und Fachärzte gelöst wird. Daher ist nicht damit zu rechnen, dass KVen nachhaltig für die Wandlung von Vollzulassungen in Teilzulassungen werben werden. Die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher lässt sich mit diesem Instrument also auch nicht lösen.

3. Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen (§ 100 Abs. 3 und § 101 Abs. 1 SGB V)

Der Gesetzentwurf schlägt vor, dass künftig der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V die allgemeinen Voraussetzungen festlegt, nach denen die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf in nicht unterversorgten Planungsbereichen feststellen können (§ 100 Abs. 3 SGB V). Für diese Planungsbereiche gelten dann die Ausnahmen von der Leistungsbegrenzung, also die erweiterten Möglichkeiten für die Anstellung von Vertragsärzten bzw. -psychotherapeuten und die Möglichkeit, zwischen KVen und Krankenkassen Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten zu vereinbaren.

Diese Instrumente können Versorgungsengpässen bei lokalem Versorgungsbedarf begegnen, z. B. in Ballungsgebieten, wenn Stadtviertel mit sozialen Brennpunkten unterversorgt sind. Auch hier gilt aber, dass das Instrument zu verwaltungsaufwändig ist, um das strukturelle Problem der Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher kurzfristig lösen zu können.

4. Mindestversorgungsgrade (§ 101 Abs. 4 SGB V)

Der geringe Anteil von Leistungserbringern, die psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandeln können und wollen, an den insgesamt zur psychotherapeutischen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern ist mitverantwortlich für die gravierende Unterversorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Ein wirksames und bekanntes Gegenmittel könnte die Sicherung eines Mindestversorgungsanteils für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (§ 101 Abs. 4 SGB V) sein.

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

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

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

Die Bundespsychotherapeutenkammer regt die Einfügung eines Satzes 6 (neu) in § 101 Abs. 4 Satz 5 SGB V an,

„In den Richtlinien nach Abs. 1 ist sicherzustellen, dass mindestens ein Versorgungsanteil in Höhe von 20 vom Hundert der all-

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

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

Tabelle 4:
Szenario: 20 % Mindestanteil für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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

Quelle: KBV 2006

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

Da sich aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe eine für die einzelne KV kalkulierbare Ausweitung des Angebots ergibt, ist eine Bundesempfehlung zur entsprechenden Anpassung der Gesamtvergütung möglich. Eine Bundesempfehlung kann vermeiden, dass es auf der KV-Ebene zu einer Vielzahl von Verhandlungen kommt, die KV-spezifisch unterschiedlich ausgehen könnte und je nach Ausgangssituation das Verhältnis im Bereich der fachärztlichen Versorgung zwischen Fachärzten und Psychotherapeuten weiter belasten würde.

V. Literatur

- Albota, M. (2004). Zur Situation der Versorgung von psychisch auffälligen Kindern und Jugendlichen in Hamburg. Psychotherapeutenkammer Hamburg. www.ptk-hamburg.de/uploads/expertise.pdf.
- Barkmann, C. (2003). Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein epidemiologisches Screening, Dissertation – Universität Hamburg
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2000). Indikatoren zur Ermittlung des ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsbedarfs. Band 125 Schriftenreihe des BMG. Baden-Baden: Nomos.
- Costello, E. J., Egger, H. & Angold, A. (2005). 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Esser, G., Schmidt, M. H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A. u. a. (1992). Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000). Der Verlauf psychischer Störungen vom Kindes- zum Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29(4), 276-283.
- Hurrelmann, K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.)(2003). Jugendgesundheitsurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Weinheim: Juventa.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002), Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Psychologische Rundschau*, 53, 159 – 169.
- Kurth, B.-M., Bergmann, K.E., Hölling, H., Kahl, H., Kamtsiuris, P. & Thefeld, W. (2002). Der bundesweite Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. Das Gesamtkonzept. *Gesundheitswesen*, 64, Sonderheft 1, 3-11.
- Olfson, M., Kessler, R. C., Berglund, P. A. & Lin, E. (1998). Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 155(10), 1415-1422.
- Petermann, F. (2005). Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Eine Bestandsnahme. *Kindheit und Entwicklung*, 14(1), 48-57.
- Schubert, I., Horch, K., Kahl, H., Köster, I., Meyer, C. & Reiter, S. (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin: Robert Koch Institut.
- Wittchen, H.U., Lieb, R., Pfister, H. et al. (2000). The waxing and waning of mental disorders: Evaluation of the stability of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 122-132.