

**ARBEITSGEMEINSCHAFT DER PSYCHOTHERAPEUTENVERBÄNDE IN DER
GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
- RICHTLINIENVERBÄNDE -
(AGR)**

An das
Bundesministerium für Gesundheit
Herrn Dr. Schulte-Sasse

53108 Bonn

KOPIE

Kontaktadressen der AGR-Verbände:

Berufsverband der approbierten Gruppenpsychotherapeuten (BAG)

Dr. Heribert Knott, Lindpaintnerstr. 56, 70195 Stuttgart

Bundesverband der Psychologischen Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in der DGPT (BPP)

Dipl.-Psych. Ellen Bruckmayer, Birkenstr. 1, 82340 Feldafing

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)

Dr. Frank Roland Deister, Kurhessenstr. 127, 60431 Frankfurt

Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)

Dipl.-Psych. Dr. Walter Ströhm, Salzstr. 52, 48143 Münster

Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)

Dipl.-Psych. Dr. rer. soc. D. Knoll, Holgenberg 2, 73728 Esslingen

Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologie (DGAPT)

Dipl.-Psych. Dr. Wolfram Rosendahl,
Agnes-Gosche-Str. 41, 06120 Halle

Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie (DGIP)

Dipl.-Psych. Dr. Heiner Sasse, Ruhrstr. 39, 58452 Witten

Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)

Dipl.-Psych. Michael Krenz, Asarauer Str. 5, 12205 Berlin

Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)

Dipl.-Psych. Dr. Erwin Kaiser, Nollendorfstr. 13, 10777 Berlin

Deutscher Arbeitskreis für Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik (DAGG) – Sektion Analytische Gruppenpsychotherapie

Dipl.-Psych. Werner Knauss
Friedrich-Ebert-Anlage 30, 69116 Heidelberg

Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten (VAKJP)

Dipl.-Päd. Renate Höhfeld, Beyschlagstr. 5 a, 13503 Berlin

Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten

Dipl.-Psych. Hans-Jochen Weidhaas,
Kurbrunnenstr. 21a, 67098 Bad Dürkheim

Verband für integrative Verhaltenstherapie (VIVT)

Dipl.-Psych. Dr. Harald Barchmann,
Kastanienallee 80, 15907 Ithben

Novellierung Psychotherapeutengesetz

Sehr geehrter Herr Dr. Schulte-Sasse,

infolge Ihrer Anfrage zur Novellierung des PsychThG hat sich die AGR, wie bereits mitgeteilt, um eine Abstimmung zwischen den die Psychotherapeuten vertretenden Verbandsgruppierungen bemüht. Für die hierfür zu Verfügung gestellte Fristverlängerung bedanken wir uns. In der Sitzung vom 15. Dezember 2000 waren zwar zwischen den Verbänden der psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zahlreiche Übereinstimmungen zu erkennen, eine gemeinsame Stellungnahme konnte jedoch nicht vereinbart werden. Die AGR nimmt deshalb zu Ihrer Anfrage vom 25. 10.2000 wie folgt Stellung.

Vorbemerkung:

Mit den inzwischen erfolgten Wahlen zu den Vertreterversammlungen der KVen und der KBV sowie den bevorstehenden Besetzungen der Gremien der Selbstverwaltung kommt zum ersten Mal das am 1.1.1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz in vollem Umfang zur Anwendung. Aus diesem Grund ist eine Beurteilung, inwieweit die mit dem PsychThG angestrebte Integration umgesetzt werden konnte und in welcher Hinsicht Veränderungsbedarf besteht, noch nicht in allen Punkten abschließend möglich. Dennoch lässt sich neben den im folgenden dargestellten Vorschlägen zur Novellierung des PsychThG grundsätzlich feststellen, dass das PsychThG einen wichtigen Schritt ermöglicht hat zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und der Sicherung einer hochstehenden Qualität der psychotherapeutischen Behandler. Als richtungsweisende Verbesserung möchten wir hervorheben:

- den gesetzlichen Schutz der Berufsbezeichnungen „Psychologischer Psychotherapeut“, „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut“ und „Psychotherapeut“, sowie der Ausübung der Tätigkeit in diesem neuen Heilberuf
- die Sicherung der Qualität der Ausbildung
- die Definition der „Ausübung von Psychotherapie“ als Heilkunde unter Einschluss der Diagnostik und Linderung von Störungen mit Krankheitswert
- die – wenn auch noch verbesserungsfähige – weitgehende Gleichstellung mit den Ärzten im Sozialrecht
- die Sicherung des Erstzugangsrechtes des Patienten zum Psychotherapeuten
- die Integration aller in der Psychotherapie tätigen Berufsgruppen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen und damit Sicherung der Einheit der psychotherapeutischen Versorgung (gemeinsame Vertretung in den Gremien, gemeinsame Bedarfsplanung)
- die Verankerung der Psychotherapie im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland durch die Integration der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in die Versorgung.

Nach 2 Jahren Erfahrung mit der Umsetzung des PsychThG sind die Verbände der AGR zu folgenden Empfehlungen gekommen:

A. Berufsrecht (Artikel 1)

Art. 1 des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (PsychThG) regelt das Berufsrecht. Trotz mancher Bedenken plädiert die AGR dafür, Art. 1 des PsychThG unangetastet zu lassen und hier keine Änderungen vorzunehmen.

B. Sozialrecht (Artikel 2)

1. Nr. 6, § 73 Abs. 2 SGB V, Sachgerechter Tätigkeitsumfang für Psychotherapeuten:

§73 Abs. 2, Satz 2 SGB V wird wie folgt gefasst: „Die Nummern 2-4, 8, 10, 11 und 7 - soweit sich diese Regelung auf die Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezieht, gelten nicht für Psychotherapeuten.“

Begründung: Zur Ausübung psychotherapeutischer Tätigkeit gehören auch die fachspezifischen Möglichkeiten der Verordnungen von stationären, teilstationären und rehabilitativen Maßnahmen sowie der Feststellungen bei Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit.

2. Nr. 7, § 79b SGB V, Überwiegende psychotherapeutische Tätigkeit als Voraussetzung für die Mitgliedschaft im Fachausschuss

§ 79b, Satz 3 SGB V wird wie folgt verändert: „Für die Wahl der Mitglieder des Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gilt Satz 2 mit der Maßgabe, dass die Mitglieder des Fachausschusses zugelassene Psychotherapeuten im Sinne des §101 Abs. 4 sein müssen.“

Begründung: Da der Fachausschuss ausdrücklich die Belange der Psychotherapeuten behandelt, ist eine hinreichender Erfahrungshorizont durch praktizierte psychotherapeutische Tätigkeit auch auf Seiten der ärztlichen Psychotherapeuten zu fordern.

3. Nr. 8, § 80, Abs. 1 a SGB V

Wegfall der 10%-Begrenzung für die Anzahl der Mitglieder in den Vertreterversammlungen

§ 80, Abs. 1a, Satz 2 SGB V wird wie folgt geändert: „Sie sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen und außerordentlichen ärztlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vertreterversammlung vertreten.“

Begründung: Die derzeitige Beschränkung beeinträchtigt die vollständige Integration der neuen Heilberufe. Aus demokratischen Gründen ist eine angemessene Verteilung der Repräsentanzen der verschiedenen Berufsgruppen erforderlich.

Ein Teil der Verbände befürwortet allgemein die Einführung des Verhältniswahlrechts bei der Wahl zu den Vertreterversammlungen der KVen und der KBV.

Minderheitenschutz für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

§ 80 Abs. 1a SGB V wird ergänzt: „Mindestens ein Vertreter muß ein zugelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.“

Begründung: Da die Zahl der zugelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Verhältnis zu der der zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten relativ gering ist, sind Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in der Vertreterversammlung der KBV höchstwahrscheinlich nicht vertreten. Der Minderheitenschutz des § 79b SGB V (Beratender Fachausschuß) und § 91 Abs. 2 SGB V (Bundesausschuß) ist zu erweitern durch eine entsprechende Änderung des § 80 Abs. 1a SGB V.

4. Repräsentanz in der kassenärztlichen Selbstverwaltung

Zur angemessenen Vertretung in der kassenärztlichen Selbstverwaltung fordern wir die gesicherte Mitwirkung im Bewertungsausschuss, im Bedarfsplanungsausschuss und in der Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

5. Nr. 11, § 95 Abs 7 SGB V, Klarstellung zur Altersbegrenzung

Angesichts von Fehlinterpretationen der eindeutigen Gesetzesabsicht wird eine gesetzliche Klarstellung gewünscht, die den zugelassenen Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten das Recht auf eine 20-jährige Mitwirkung an der ambulanten Versorgung der Versicherten zusichert.

6. Nr. 13, § 101 Abs. 4 SGB V, Bedarfsplanung

Eigene Bedarfsplanung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

§ 101 Abs. 4 Satz 2 wird geändert: „Der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad ist für diese Arztgruppen zum Stand vom 1. Januar 2002 erstmalig getrennt nach dem Versorgungsbedarf im Bereich der Psychotherapie mit erwachsenen Patienten und im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu ermitteln.“

Begründung: Mit den rechtskräftig gewordenen Verhältniszahlen zur Bedarfsplanung Psychotherapie wurde in vielen Gebieten Überversorgung festgestellt und Zulassungssperren erlassen. Da der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad gemeinsam für psychotherapeutisch tätige Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als Arztgruppe nach (dem oben zitierten) § 101 Abs. 4 SGB V zu ermitteln ist, kann der reale Bedarf für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, der in jedem Fall fachgerecht nur getrennt vom Bedarf an Erwachsenen-Psychotherapie zu decken ist, nicht ausreichend befriedigt werden. Dies führt zu langfristiger und nahezu flächendeckender Unterversorgung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch Prof. Dr. Peter Löcherbach in der Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland „Patientenorientierte Bedarfsermittlung und –planung in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ vom Juni 1999. Statt die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten zuzuordnen und die Psychologen und ärztlichen Psychotherapeuten nicht nach Schwerpunkt in Erwachsenen- und Kinderpsychotherapie zu trennen, wird unter *inhaltlichen und systematischen Gesichtspunkten vorgeschlagen, eine eigene Bedarfsplanung für den Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu etablieren.*“

Die Anwendung der Möglichkeit des Sonderbedarfs nach Nr. 24 der Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte hat bundesweit nach beinahe zwei Jahren PsychThG zu keiner befriedigenden Bedarfsermittlung und –planung geführt.

Bedarfsgerechte Ermittlung des Versorgungsgrades

Die derzeit bestehende Regelung verhindert eine angemessene Versorgung. Durch Fehlkonstruktionen in der Bedarfsplanung (z.B. Sollgrößenbestimmung über Status quo) wird die bisherige Schieflage in der Versorgung nicht nur zementiert, sondern darüber hinaus verschärft. Es besteht ein Nebeneinander zwischen **erheblicher** Unterversorgung in ländlichen

Gebieten und Überversorgung in Ballungsräumen. Die entsprechende gesetzliche Vorschrift sind daher zu ändern.

Vorläufiger Verbesserungsbedarf: Zumindest sind bis zur Feststellung des am Bedarf ermittelten Versorgungsgrades die Psychotherapeuten, die über die Ermächtigungsregelung gemäß § 95 Abs. 11 SGB V bedarfsunabhängig zugelassen wurden und noch werden, den derzeit geltenden Verhältniszahlen zuzurechnen.

7. Nr. 14, § 117 Abs. 2 SGB V, Ermächtigung der Ambulanzen an den Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG

Approbierte Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung und Ärzte in Weiterbildung an den nach § 6 PsychThG anerkannten Ausbildungsstätten

Der Gesetzgeber wollte mit dem Ermächtigungstatbestand die Fortführung der psychotherapeutischen Qualifizierung sicherstellen, die bis zu der Neuregelung der psychotherapeutischen Versorgung im sogenannten Beauftragungsverfahren durchgeführt wurde. Dieses Beauftragungsverfahren umfasste nach § 5 der damals geltenden Psychotherapievereinbarung sowohl die praktische Ausbildung im Rahmen der Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zum Delegationspsychotherapeuten als auch im Rahmen der psychotherapeutischen Weiterbildung der Ärzte. Die institutionelle Ermächtigung für Ausbildungszwecke nach § 117 Abs. 2 SGB V hat dieses Beauftragungsverfahren abgelöst, die Einschränkung des Kreises der qualifizierungsberechtigten Personen war mit der Neuregelung nicht beabsichtigt. Sofern die Ausbildungsstätten neben der Ausbildung nach § 5 Abs. 1 PsychThG auch zur Weiterbildung von Ärzten zugelassen sind oder zur Qualifizierung für den Erwerb eines weiteren Fachkundenachweises nach § 6 der Psychotherapievereinbarung berechtigt sind, ist deshalb die Behandlung durch diese Personengruppe mit in die Ermächtigung nach § 177 Abs. 2 SGB V einzubeziehen (s. Schreiben Behnen vom 24.11.2000).

Vergütung von an Institutsambulanzen erbrachten Leistungen und Investitionskostenabschlag

In § 117 Abs. 2 S. 3 sollte eine Klarstellung erfolgen: „Für die Vergütung gelten §§ 120, 85 Abs. 4 SGB V entsprechend, mit der Maßgabe, daß § 120 Abs. 3 S. 2 auf Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG in privater Trägerschaft keine Anwendung findet.“

Begründung: Von einigen Zulassungsausschüssen bzw. KVen wird § 120 SGB V im Zusammenhang mit der Ermächtigung von Institutsambulanzen an privaten Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG unzutreffend dahingehend ausgelegt, daß

- die „für Vertragsärzte geltenden Grundsätze“ i.S.d. § 120 Abs. 1 S. 1 den auf der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vom 25.8.1999 zur Honorierung der zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen beruhenden Grundsatz des § 85 Abs. 4 S. 4 SGB V nicht umfasse und daß
- die gem. § 120 Abs. 3 S. 2 bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern und die poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen (Polikliniken) vorgesehenen Abschläge von der Vergütung nach Abs. 1 auch bei den Ausbildungsstätten nach § 6 PsychThG in privater Trägerschaft vorzunehmen seien.

Die Gründe, die BSG und Gesetzgeber bewogen haben, die Leistungspunktwerte der ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen zu stützen, gelten für die Ambulanzen nach § 117 Abs. 2 entsprechend. Andernfalls wäre die Ausbildung gefährdet, weil die Ausbildungsstätten angesichts der geringen Höhe der floatenden „Restpunktwerte“ nicht existenzfähig sind.

Ein Investitionsabschlag für private Ausbildungseinrichtungen ist nicht gerechtfertigt, weil diese nicht mit öffentlichen Geldern gefördert werden.

8. §§ 65 a, 117 Abs. 2 und 140 b Abs. 3: Erhalt des unbehinderten Erstzugangs zum Psychotherapeuten

Versichertenbonus in der hausärztlichen Versorgung

§ 65 a SGB V Satz 2 sollte heißen:

„In der Satzung ist festzulegen, dass Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapeuten ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können. In der Satzung kann bestimmt werden, welche weiteren Facharztgruppen ohne Überweisung in Anspruch genommen werden können.“

Begründung: Der Versichertenbonus und die damit geförderte Vorschaltung des Hausarztes stellt sich für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung als – sehr problematisch dar aus folgenden Gründen:

Mit Primärarztssystemen werden Hausärzte dazu angeregt psychotherapeutisch behandlungsbedürftige Patienten eher in Eigenregie und unvollkommen (z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung) zu versorgen unter Zuhilfenahme von - oft nicht erforderlichen - Medikamenten. Mit dem Angebot dieser primär "billigeren" Behandlung würden die Missstände wieder herbeigeführt, wie sie vor Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung und vor dem Psychotherapeutengesetz geherrscht hatten.

Eine nicht unerhebliche Zahl von psychiatrischen und Psychotherapie-Patienten haben es ohnehin aufgrund der Besonderheiten ihrer Störung schwer, den Weg zu einem Behandler ihres Vertrauens zu finden. Weitere Barrieren, wie sie durch regelhafte Vorschaltung eines weiteren Arztes entstehen, können dann schon zur Verhinderung einer dringend erforderlichen Behandlung führen, da der Schritt in die Psychotherapie oft schambesetzt ist.

Wie empirische Untersuchungen belegen, werden Patienten eher zu spät oder nicht an den Fachpsychotherapeuten überwiesen: Löcherbach et al. stellte beispielsweise fest, dass 50% der psychischen Probleme vom Hausarzt nicht erkannt werden.

Angesichts der vorab stattfinden gutachterlichen Überprüfung der Indikation, Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Psychotherapien und der obligaten Konsiliaruntersuchung erscheint eine regelmäßige Vorschaltung eines Hausarztes inadäquat.

Erstzugang in integrierten Versorgungsformen

In § 140 b Abs. 3 wird Satz 4 eingefügt: „§ 65 a Satz 2 SGB V bleibt davon unberührt.“

Begründung: Der Erstzugang des Patienten ist aus fachlichen und qualitätssichernden Gründen auch in integrierten Versorgungsformen zu sichern.

Erstzugang in Institutsambulanzen

In § 117 Abs. 2 ist das Erstzugangsrecht an den Institutsambulanzen aus den selben Gründen zu verankern und weil sonst der gesetzliche Auftrag nicht erfüllt werden kann, wonach während der praktischen Ausbildung vertiefte Erfahrung mit einer Vielfalt von Krankheitsbildern gesammelt werden muß.

9. Änderungen des Artikel 11 PsychThG

Das Vergütungsvolumen für das Jahr 1999 soll sich zusammensetzen aus:

1. dem für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr **1998** aufgewendete und um die nach § 85 Abs. 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für das Jahr 1999 erhöhte Vergütungsvolumen auf der Basis eines **rechnerischen Punktwertes von 10 Pf** und
2. einem von den Krankenkassen zu erbringenden ergänzendem Ausgabenvolumen, das eine Vergütung psychotherapeutischer Leistungen des Jahres 1999 zu einem Mindestpunktwert von mindestens 0,10 DM ermöglicht.

Die Gesamtvergütungen im Jahr 1999 entfalten Sockelwirkung für die folgenden Jahre.

Begründung: Als Beitrag der KVen zur Finanzierung des Ausbaus der Psychotherapie ist in Art 11 Abs. 1 als Aufsatzjahr das Jahr 1998 statt 1997 einzufügen. Diese Summe entspricht dem Betrag, den die KVen schon einmal erbracht hatten bzw. bei Umsetzung der BSG-Urteile hätten aufbringen müssen. Damit würde auch die teilweise mit dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes stattgehabte Umverteilung von Geldern aus den Psychotherapeutentöpfen des Jahres 1998 an die übrigen Ärzte rückgängig gemacht. Darüber hinaus anfallende Beträge sind in keinem Fall aus der budgetierten ärztlichen Gesamtvergütung zu finanzieren.

Art 11 darf entsprechend den Erfordernissen der BSG-Rechtsprechung als Mindestpunktwert keinesfalls die Marge von 10% unter B II-Leistungen enthalten, sondern den 10 Pf-Punktwert und die Verpflichtung der Krankenkassen, entsprechend das ärztliche Gesamtbudget aufzustocken. Der feste Punktwert ist gerechtfertigt und unter Gesichtspunkten der Verteilungsgerechtigkeit auch erforderlich, da bis 1999 gegenüber dem Bezugsjahr 1996, das dem BSG zur Vergleichsberechnung diene, ein nennenswerter Einkommensrückgang der übrigen Ärzteschaft nicht nachweisbar war.

Gleichbehandlung aller Behandlergruppen bei der Vergütung zeitgebundener psychotherapeutischer Leistungen

Art 11 Abs. 4 PsychThG –neu-

Abs. 4: „Die psychotherapeutischen Leistungen der Ärzte und der Psychotherapeuten dürfen nicht unterschiedlich vergütet werden.“

Änderung von 85 Absatz 4 Satz 4 SGB V:

„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der zeitgebundenen und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.“

Begründung: Der in Art 11 als Abs.4 vorgeschlagene Satz trägt dem GKV-SolG Art 14 Abs. 3, S. 2 Rechnung. Die bisherige Beschränkung der Gesetzesverpflichtung zur angemessenen Vergütung auf ausschließlich psychotherapeutisch Tätige in § 85 Abs. 4 ist sachlich nicht gerechtfertigt aus folgenden Gründen:

Die Beschränkung auf **ausschließlich** psychotherapeutisch Tätige trifft vor allem psychiatrisch behandelnde Ärzte mit einem Versorgungssegment von schwergestörten Patienten mit z.T. kombiniertem Behandlungsbedarf an psychiatrischer, medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung. Seit Bestehen der 90%-Grenze droht dieses Versorgungssegment wegen Unwirtschaftlichkeit aus dem Versorgungsspektrum eliminiert zu werden. Die Praxisinhaber sind ohne gesetzliche Korrektur gezwungen, entweder die psychiatrisch-psychotherapeutische Tätigkeit aufzugeben zugunsten einer rein psychiatrischen oder zugunsten einer rein psychotherapeutischen Behandlungstätigkeit. Durch diesen Verlust adäquater Versorgungsstrukturen kommt es mittelfristig zu fachlich schlechteren und damit tendenziell eher kostspieligeren Behandlungsverläufen.

Auch unter unmittelbaren **Kostenaspekten** ist die bisherige Beschränkung entbehrlich:

Nach unseren Schätzungen, basierend auf '96, beanspruchen die ausschließlich psychotherapeutisch Tätigen (PP,KJP,ÄP) ohnehin 85% des Ausgabenvolumens für Psychotherapie, die überwiegend psychotherapeutisch Tätigen nur 7% und die geringfügig psychotherapeutisch Tätigen 8%.

Öffnungsklausel hinsichtlich des ärztlichen Gesamtbudgets für den erforderlichen Ausbau der Psychotherapie in den kommenden Jahren

Entsprechend der noch nicht ganz abgeschlossenen Zulassungsentwicklung nach Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes ist eine Öffnungsklausel im GKV-SolG bezüglich des ärztlichen Gesamtbudgets mit strikter Verpflichtung der Verwendung der Gelder für den Ausbau der Psychotherapie vorzusehen.

Diese Öffnungsklausel ist unter Budgetgesichtspunkten zeitlich zu begrenzen. Für die Alten Bundesländer ist ein kürzerer Zeitraum denkbar, innerhalb dessen sich die Anstiegsphase des Ausbaus der Psychotherapie vollzieht (Ausbau der Praxen, Niederlassungen in unterversorgten Gebieten).

Regelungen für die Finanzierung des Ausbaus der Versorgung in den Neuen Bundesländern

Für die Neuen Bundesländer ist ohne Zweifel ein längerer Zeitraum für die Budget-Öffnungsklausel (z.B. bis 2008) erforderlich. Bei einem Versorgungsgrad beispielsweise in Sachsen von 27,71% (Stand Oktober 99) und den durchweg erheblich unterversorgten Planungsgebieten in den anderen Ost-KVen muss der Ausbaubedarf finanziert werden, ohne die ohnehin knappen Ost- Budgets zusätzlich zu belasten.

Wir bitten Sie unsere Stellungnahme zu prüfen und sind gerne bereit, diese in einem Gespräch zu erläutern.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Norbert Bowe

Ellen Bruckmayer

Peter Lehndorfer