

Pressemitteilung vom 01.10.2012

Saarländische Psychotherapeuten fordern eine Anpassung der Bedarfsplanung an den tatsächlichen Versorgungsbedarf und eine gerechtere Verteilung der Honorare

Die derzeit geltende Bedarfsplanung täuscht eine Überversorgung im Bereich der Psychotherapie vor, die nicht das aktuelle Versorgungsbild der Patienten widerspiegelt. Denn jeder weiß, dass es lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz gibt. Psychotherapeuten sind mit Abstand die am schlechtesten bezahlte Fachgruppe. Die Kammer hat Verständnis, wenn ihre Mitglieder Unmut über die festgefahrenen Honorarverhandlungen äußern und unterstützt deren berechnete Forderungen soweit ihr dies als öffentlich-rechtliche Körperschaft möglich ist.

Die saarländischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten appellieren gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Landeskammern an die Gesundheitspolitik, die Versorgung an den Patienten zu orientieren und die Vergütung für psychotherapeutische Behandlungen aus der internen Verteilungsproblematik der KV herauszulösen. Noch immer müssen die Patienten bundesweit –so auch im Saarland- durchschnittlich drei Monate auf ein Erstgespräch und sechs Monate auf den Beginn einer Psychotherapie warten. Die Versicherten brauchen mehr Psychotherapeuten und die geplante Honorarerhöhung kann noch nicht einmal die Inflationsrate ausgleichen, stellt Bernhard Morsch, Präsident der Psychotherapeutenkammer des Saarlandes fest. Es besteht die Gefahr, dass so Weichen in Richtung einer zusätzlichen Verschlechterung der unzumutbaren defizitären Angebote in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gestellt werden.

Die Kammer appelliert an die Politik und die Selbstverwaltungspartner ausreichende finanzielle Mittel in Form einer zusätzlichen extrabudgetären Finanzierung zur Verfügung zu stellen, um die Versorgungslücke deutlich zu verkleinern und die Voraussetzungen für eine angemessene und gerechtere Honorarverteilung zu schaffen. Um der aktuellen Versorgungslage gerecht zu werden, muss sich die Gesundheitspolitik positionieren, so Morsch. Das psychotherapeutische Versorgungssystem braucht konzeptionelle und strukturelle Innovationen aufgrund der enorm erweiterten wissenschaftlichen Erkenntnisse über Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen, aber diese Innovationen können nicht mit der Fortschreibung der seit Jahren ungelösten Probleme in der Bedarfsplanung sowie der unzureichenden Finanzierung der ambulanten Versorgung gerade im Bereich Psychotherapie realisiert werden.

Bernhard Morsch
Präsident PKS

Hintergründe

Anpassung an Versorgungsbedarf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den gesetzlichen Auftrag, bis Ende 2012 sachgerechte Kriterien für eine Reform der Bedarfsplanung für die ärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu entwickeln. Er erwägt jedoch, die Entscheidung zur Bedarfsplanung ausgerechnet im Bereich der Psychotherapie auszuklammern. Grund soll sein, dass der tatsächliche Versorgungsbedarf nicht bekannt sei und zunächst ermittelt werden müsse, so der ehemalige saarländische Gesundheitsminister und jetzige unabhängige Vorsitzende des G-BA Dr. Josef Hecken in einem kürzlich geführten Interview mit der Ärztezeitung.

Nach Einschätzung der Kammer bestehen keine Erkenntnisdefizite sondern Entscheidungsdefizite bei der Anpassung der Bedarfsplanungsrichtlinien wie bei der Finanzierung der gesundheitspolitisch notwendigen Ausweitung psychotherapeutischer Leistungen. Klare politische Vorgaben sind notwendig, um eine angemessene Vergütung speziell für den steigenden Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung zu ermöglichen.

Gerechtere Verteilung der Honorare

Die Psychotherapeuten wurden vom Gesetzgeber mit dem in Kraft treten des Psychotherapeutengesetzes Anfang 1999 gegen erhebliche Vorbehalte der Ärzteschaft als Fachgruppe in die Selbstverwaltungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) integriert. Sie sind seitdem einerseits die zahlenmäßig stärkste Fachgruppe innerhalb des Facharztsektors, sie sind aber auch die mit Abstand am schlechtesten bezahlte Fachgruppe. Nach der Statistik der KBV macht das monatliche Nettoeinkommen der Psychotherapeuten bei annähernd gleicher Arbeitszeit (Psychotherapeuten 2.658 € bei 47 Std./Woche; somatisch tätige Ärzte 5.542 € bei 52 Std./Woche) nur in etwa die Hälfte des durchschnittlichen Einkommens eines Arztes aus. Nicht einmal diese Honorarhöhe geht auf die Selbstverwaltung zurück sondern sie wurde im Wesentlichen durch mehrere BSG-Urteile im letzten Jahrzehnt gegen die KVen erzwungen.

Es ist notwendig, neben einer am Bedarf orientierten Versorgungsplanung und einer angemessenen Vergütung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, auch flexiblere Abrechnungsmöglichkeiten einzuführen. Denn nur so kann ein differenzierteres Behandlungsangebot realisiert werden, das sich an den Notwendigkeiten der Patienten orientiert. Die bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen benötigt eine Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte und eine spürbare Wertschätzung und klare Position in der Gesundheitspolitik.

Enttäuschender Verlauf der Honorarverhandlungen

Besonders enttäuschend muss der Verlauf der Honorarverhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für die Fachgruppe der Psychotherapeuten gewertet werden: Der gegen die KBV durchgesetzte Beschluss bedeutet im Ergebnis für Psychotherapeuten einen realen Einkommensverlust. Die letzte sehr geringe Honoraranhebung erfolgte 2009. Die jetzt beschlossene Anhebung des Orientierungspunktwertes um 0,9 % ab 2013 würde umgerechnet zu einer Erhöhung des Honorars je antragspflichtiger Sitzung um 73 Cent entsprechen. Sie läge damit weit unterhalb der Inflationsrate der letzten drei Jahre. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist dazu aufgefordert, die Finanzierung des steigenden Bedarfs an Psychotherapie innerhalb der Bevölkerung zu sichern. Stattdessen verhält sich das BMG untätig, was zu einer Polarisierung zwischen den Akteuren, die die gemeinsame Verantwortung für eine patientenorientierte Versorgung tragen führt und das Vertrauen der Menschen in das Versorgungssystem beschädigt.

Sicherstellungsauftrag - Sieben-Punkte-Forderungskatalog der KBV

Als Folge der bislang enttäuschend verlaufenen Honorarverhandlungen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung am Freitag vergangener Woche einen Sieben-Punkte-Forderungskatalog aufgestellt. Die KBV droht, abhängig von der Erfüllung des Katalogs innerhalb der nächsten fünf Jahre die weitere Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages abhängig zu machen. Vertragspartner der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind die Gesetzlichen Krankenkassen. Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet dazu, die ärztliche Versorgung aller gesetzlich Versicherten in Deutschland verbindlich zu gewährleisten. Er umfasst konkrete Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen ihren Mitgliedern vertraglich garantieren, wie beispielsweise die Versorgung mit ausreichend Ärzten und Psychotherapeuten. Vor allem die Bevölkerung in Deutschland profitiert von den vereinbarten Regelungen zwischen KVen und gesetzlichen Kassen, da sie sich auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung verlassen kann. Die Leistungen sind durch ihren Beitrag zur gesetzlichen Krankenkasse abgedeckt.

Befragung zum Sicherstellungsauftrag

Alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten sollen befragt werden, ob und unter welchen Rahmenbedingungen die Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch sinnvoll erscheint. Die Bedingungen für die weitere Gewährleistung des Sicherstellungsauftrages, die innerhalb der nächsten 5 Jahre erfüllt werden müssen, sind:

1. Wiederherstellung der diagnostischen und therapeutischen Freiheit jedes einzelnen Vertragsarztes und -psychotherapeuten,
2. Feste und kostendeckende Preise für alle erbrachten ärztlichen Leistungen,
3. Abschaffung jeder versorgungsfremden Mengensteuerung und Übernahme des Mengenrisikos durch die gesetzlichen Krankenkassen in einem zeitlichen Stufenplan. Alternativ sollen feste Mengen mit den Krankenkassen vereinbart werden, zu denen feste Preise vergütet werden,
4. Wiederherstellung der Autonomie in Fragen der persönlichen Qualifikation,
5. Abschaffung der Regresse bei veranlassten Leistungen,
6. Primat der Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen durch zugelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten,
7. Möglichkeit zum Abschluss kassenspezifischer Gesamtverträge

Krankenkassen-Navigator

Seit Freitag ist der „Krankenkassen-Navigator“ der KBV freigeschaltet. Darin sollen die täglichen Erfahrungen der Ärzte mit den Krankenkassen in Bezug auf deren Versorgungsverantwortung veröffentlicht werden. Bürokratie, Therapiefreiheit und Regresse können in die Bewertungen einfließen. Die Ergebnisse des Krankenkassen-Navigators seien für alle Internetnutzer einsehbar. Allerdings können nur Vertragsärzte und -psychotherapeuten die Kassen bewerten, so Köhler.

Der Krankenkassen-Navigator ist zu finden unter: <http://krankenkassen-navigator.kbv.de>.

Quellen: Websites KBV, Psychotherapeutenkammern, ÄZ-Online