

Bedarf lässt sich nicht wissenschaftlich objektiv bestimmen

**Johann-Magnus v. Stackelberg, Stellv. Vorstandsvorsitzender
GKV-Spitzenverband**

Im Zuge der intensiven Verhandlungen um die Honorare für Ärzte und Psychotherapeuten haben sich GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) Anfang Oktober 2012 über wesentliche Eckpunkte der Vergütung der Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Jahr 2013 geeinigt. Die Einigung wurde möglich, weil es gelang, die im Rahmen des Gesamtpaketes vereinbarten zusätzlichen Mittel auf Leistungen zu konzentrieren, die in der Versorgung der Versicherten von besonderer Bedeutung sind.

In welchem Umfang dies auch für die Leistungen der Psychotherapie gilt, für die die Kassen nach der vorgesehenen Ausdeckung aus der budgetierten Gesamtvergütung zukünftig das volle Mengenrisiko übernehmen, mag an dieser Stelle offen bleiben. Hier war wichtig, dass ein Konsens hinsichtlich des Bedarfs an zusätzlichen Therapeuten im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgegebenen Weiterentwicklung der Bedarfsplanung erreicht werden konnte. Außerdem verpflichteten sich beide Seiten, die Psychotherapierichtlinien und das Gutachterverfahren mit dem Ziel weiterzuentwickeln, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der psychotherapeutischen Versorgung zu verbessern.



Die im Rahmen der Honorarverhandlungen erzielte Einigung über die Schaffung zusätzlicher Sitze für Psychotherapeuten ist zu Unrecht kritisiert worden. Tatsächlich leistet die gesetzliche Krankenversicherung mit ihrer Zustimmung zu dieser im Rahmen der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung umzusetzenden Regelung einen wesentlichen Beitrag für eine bessere Versorgung und stellt die dafür erforderlichen zusätzlichen Mittel zur Verfügung.

Ein solcher Konsens innerhalb der Selbstverwaltung über die Weiterentwicklung des Versorgungs- und Behandlungsangebots ist vor allem deshalb notwendig und außerordentlich wichtig, weil sich Bedarf nicht wissenschaftlich objektiv bestimmen lässt, sondern immer auf Regelungen durch den Gesetzgeber oder Verhandlungen zwischen den Trägern des untergesetzlichen Normgebers (G-BA) angewiesen ist. Für den Bereich des psychotherapeutischen Angebots haben die Beteiligten erkannt, dass in erster Linie den Allokationsproblemen in der Versorgung entgegengearbeitet werden muss. Denn die psychotherapeutische Versorgung ist nicht in allen Gegenden so, wie es wünschenswert wäre. In großstädtischen Ballungsräumen und vielen (Universitäts-)Städten, in denen sich Ausbildungseinrichtungen befinden, beträgt die Dichte an Psychotherapeuten ein Vielfaches dessen, was zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung um die Jahrtausendwende vereinbart worden ist.

Parallel zu der fast flächendeckenden Überversorgung fehlen ggf. Psychotherapeuten im Versorgungsangebot in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen, oder es wäre zukünftig dann regional ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Therapeutesitze zu einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können.

Bei alledem ist zu bedenken, dass die Bundesrepublik Deutschland über ein beispiellos dicht ausgebautes, differenziertes und qualitativ hochwertiges System der psychotherapeutischen Versorgung verfügt, das weitestgehend durch die gesetzlichen Sozialversicherungssysteme, d.h. durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Rentenversicherung finanziert wird. Versicherte erhalten die erforderliche psychotherapeutische Behandlung zuzahlungsfrei und aufgrund des Solidarprinzips unabhängig von der jeweiligen individuellen Beitragszahlung. Einen Leistungsausschluss aufgrund von Vorerkrankungen gibt es, anders als bei der privaten Krankenversicherung, nicht. Hierin unterscheidet sich das deutsche Gesundheitswesen grundsätzlich von dem anderer Länder.

Um auch in Deutschland zweifellos bestehende Versorgungsdisparitäten zu vermindern und um den sich ändernden Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen, muss das bestehende System jedoch weiterentwickelt werden. Hierbei ist es schon wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots gemäß § 12 SGB V erforderlich, eine Balance zwischen dem Anspruch eines umfassenden psychotherapeutischen Angebots und den damit verbundenen Kosten zu finden. Denn für alle Versicherten, die einer Behandlung bedürfen, soll ein möglichst guter, niedrighschwelliger Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleistet werden, ohne die Versichertengemeinschaft der GKV und die Arbeitgeber als Beitragszahler finanziell zu überfordern.

Künftig wird es deshalb darauf ankommen, das sozialrechtlich verankerte psychotherapeutische Leistungsangebot nicht durch übermäßige Forderungen zu gefährden, sondern es zu konsolidieren und so weiterzuentwickeln, dass den gesetzlich Versicherten auch in Zukunft ein inhaltlich überzeugendes, qualitativ hochwertiges und zugleich wirtschaftliches Angebot an Psychotherapie zur Verfügung gestellt werden kann. Hier ist an erster Stelle die Selbstverwaltung in der Verantwortung; die eingangs genannte Einigung im Rahmen der Vergütungsverhandlungen war insofern ein richtiger und wichtiger Schritt zu einer Verbesserung der Versorgung. Es ist nun die Aufgabe des G-BA, sich zu verständigen und die notwendigen Beschlüsse zu treffen.

■ HIGH LIGHTS

Die drängenden Probleme werden so nicht gelöst

Ulrich Weigelt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes

Ein „nicht veränder- und verhandelbarer“ Kompromiss war am 18.09.2012 von den Länder-KVen und der KBV beschlossen worden. Mit diesem Papier in der Tasche ging es in den Erweiterten Bewertungsausschuss. Die Drohung mit massiven Protesten überließ man einigen Berufsverbänden. Diese waren aber weder in die Beratungen noch in die Beschlussfassung mit einbezogen. Begründung: Körperschaften öffentlichen Rechts dürften zu Praxisschließungen und ähnlichem nicht aufrufen. Das mag sein, aber die Vorstände der KVen und KBV hätten zurücktreten und so dem Staatskommissar die Problemlösung überlassen können. Zu viel Risiko?