

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Irmgard Schwaetzer, Rainer Brüderle, Ernst Burgbacher, Horst Friedrich (Bayreuth), Rainer Funke, Dr. Wolfgang Gerhardt, Joachim Günther (Plauen), Dr. Karlheinz Guttmacher, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Dr. Heinrich L. Kolb, Gudrun Kopp, Ina Lenke, Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, Dr. Günter Rexrodt, Dr. Edzard Schmidt-Jortzig, Dr. Max Stadler, Carl-Ludwig Thiele, Jürgen Türk und der Fraktion der F.D.P.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

A. Problem

Die finanzielle Situation der Psychotherapeutischen Praxen ist sehr schwierig geworden. Die Punktwerte für psychologische Psychotherapeuten und überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind in den letzten Monaten deutlich abgesunken, so dass die Vergütung dieser durch die Therapeuten nicht beliebig vermehrbaren Leistungen nicht kostendeckend, geschweige denn leistungsgerecht ist. Diese Entwicklung resultiert aus dem Zusammenspiel diverser Regelungen des Psychotherapeutengesetzes, des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes sowie der Fortschreibung der Deckelung durch die GKV-Gesundheitsreform 2000.

B. Lösung

Die Vergütung genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen erfolgt ab 1. Januar 2000 im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung mit festen, durch die Vertragspartner der Gesamtverträge vereinbarten Punktwerten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität greift insofern bei diesen Leistungen, deren Notwendigkeit über das Gutachterverfahren durch die Krankenkassen im Vorfeld bestätigt worden ist, nicht. Um die Basis zukünftiger Verhandlungen über feste Punktwerte auf eine vernünftige Grundlage zu stellen und die defizitäre Situation vieler Psychotherapiepraxen zu verbessern, werden die Vertragspartner verpflichtet, das Budget für das Jahr 1999 rückwirkend so anzupassen, dass die Punktwerte den Psychotherapeuten das Erreichen eines durchschnittlichen Arzteinkommens ermöglichen.

Zur Gegenfinanzierung wird eine Selbstbeteiligung von 10 DM pro Therapie-stunde für Erwachsene wieder eingeführt. Härtefall- und Überforderungsrege-

lungen sorgen dafür, dass kein Patient wegen zu geringen Einkommens auf psychotherapeutische Hilfe verzichten muss.

Darüber hinaus wird die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenkassen zur finanziellen Unterstützung der Patienten- und Verbraucherorganisationen rückgängig gemacht.

C. Alternativen

Keine

D. Kosten

Mehrkosten, die der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen, sind abhängig von der Zahl der durch die Krankenkassen bewilligten Therapien sowie der konkreten Höhe der ausgehandelten Punktwerte.

Den Mehrausgaben stehen Mehreinnahmen durch die Einführung einer Selbstbeteiligung für psychotherapeutische Leistungen sowie Einsparungen durch die Rücknahme der Einführung neuer Verpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Unterstützung von Patienten- und Verbraucherorganisationen und durch eine optimierte psychotherapeutische Versorgung gegenüber.

Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Das Gesetz über die Berufe des psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 23. Juni 1998 (BGBl. I S. 1311) wird wie folgt geändert:

Artikel 11 wird wie folgt geändert:

In Absatz 2 erhält der zweite Halbsatz folgende Fassung:

„haben die Vertragspartner nach Absatz 1 zur Begrenzung der Punktwertdifferenz die Gesamtvergütung so zu erhöhen, dass für psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte eine angemessene Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen erzielt wird.“

Artikel 2

Das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (BGBl. I S. 3853) wird wie folgt geändert:

In Artikel 14 Abs. 2 wird folgender Satz angefügt:

„Dasselbe gilt für Erhöhungen auf Grund von Artikel 11 Abs. 2 PsychThG.“

Artikel 3

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch vom 20. Dezember 1988 (BGBl. S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2657), wird wie folgt geändert:

1. Nach § 28 wird folgender Paragraph eingefügt:

„§ 28a

Zuzahlung zu psychotherapeutischer Behandlung

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu den Kosten der psychotherapeutischen Behandlung eine Zuzahlung von zehn Deutsche Mark je Sitzung an den Leistungserbringer. Dies gilt nicht für die in § 28 Abs. 3 Satz 2 genannten Sitzungen und den Konsiliarbericht. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verringert sich für jede Sitzung um den Zuzah-

lungsbetrag; dies gilt nicht, wenn der Versicherte nach § 62 Abs. 1 Nr. 1 vollständig befreit ist oder soweit die Krankenkasse Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1a zu übernehmen hat.“

2. In § 61 Abs. 1 Nr. 1 werden nach den Wörtern „Zuzahlung zu“ die Wörter „psychotherapeutischer Behandlung“, eingefügt.

3. § 62 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Die Krankenkasse hat die dem Versicherten während eines Kalenderjahres entstandenen Zuzahlungen zu psychotherapeutischer Behandlung zu übernehmen, soweit sie die Belastungsgrenze übersteigen. Absatz 1 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

b) In Absatz 2 werden die Worte „Belastungsgrenze nach Absatz 1“ durch die Worte „Belastungsgrenzen nach den Absätzen 1 und 1a“ ersetzt.

4. § 65b entfällt.

5. In § 71 Abs. 1 Satz 2 werden nach den Worten „Früherkennungsmaßnahmen“ die Worte „sowie auf Grund der von den Krankenkassen erteilten Genehmigungen für Leistungen nach § 85 Abs. 2 Satz 5 Halbsatz 2“ eingefügt

6. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 5 wird folgender Halbsatz angefügt:

„; die psychotherapeutischen Leistungen nach Abschnitt G IV des Bewertungsmaßstabs für die vertragsärztlichen Leistungen nach § 87, welche von den Krankenkassen vor der Ausführung genehmigt worden sind, werden als Einzelleistungen mit vereinbarten Sätzen vergütet, welche so zu gestalten sind, dass sie bei Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine angemessene, anderen Fachgruppen entsprechende Vergütung gewährleisten“.

bb) In Satz 7 wird folgender Halbsatz angefügt:

„; dies gilt nicht für die vereinbarten Vergütungssätze nach Satz 2 Halbsatz 2“.

b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Halbsatz 2 werden nach den Worten „verteilt sie“ die Worte „unbeschadet der Verteilung nach Satz 4“ eingefügt.

bb) Satz 4 wird wie folgt gefasst:

„Der sich nach Absatz 2 Satz 5 Halbsatz 2 ergebende Anteil der Gesamtvergütungen darf nur für die Vergütungen der entsprechenden psychotherapeutischen Leistungen verwendet werden.“

c) In Absatz 4a wird in Satz 1 der Halbsatz 2 nach dem Semikolon gestrichen.

Artikel 4a

Änderung der Reichsversicherungsordnung

§ 196 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 820-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, die zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die §§ 28a, 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.“

Artikel 4b

Änderung des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

§ 23 Abs. 2 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte vom 10. August 1972 (BGBl. I S. 1433), das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(2) Bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung gelten die §§ 28a, 31 Abs. 3, § 32 Abs. 2 und § 33 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nicht.“

Artikel 5

Inkrafttreten

Artikel 1 und 2 treten mit Wirkung vom 1. Januar 1999 in Kraft. Artikel 3 tritt am 1. Januar 2000 in Kraft.

Berlin, den 14. März 2000

Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

Begründung

A. Allgemeines

Durch die im Zusammenhang mit dem Psychotherapeutengesetz vom 16. Juni 1998 geänderten Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung wurde zum 1. Januar 1999 für eine nicht eindeutig bestimmbare Zahl psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ein Rechtsanspruch auf Kassenzulassung im Rahmen von Übergangsregelungen eingeräumt. Gleichzeitig wurde für das Jahr 1999 ein festes Budget für die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für psychotherapeutische Leistungen vorgegeben. Aufgrund der Unsicherheit über die zahlenmäßige Entwicklung der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist in Artikel 11 des Psychotherapeutengesetzes eine Verpflichtung der Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen aufgenommen worden, bei Unterschreitung des allgemeinen Punktwertes für Gesprächsleistungen um mehr als zehn Prozent geeignete Stützungsmaßnahmen zu treffen.

Im GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 ist der Budgetanteil für die so genannte Erstattungspsychotherapie um 40 Prozent angehoben worden. Gleichzeitig wurde jedoch die von der Koalition aus CDU/CSU und F.D.P. mit dem zweiten GKV-Neuordnungsgesetz beschlossene Aufhebung der sektoralen Budgets wieder rückgängig gemacht, die Budgetierung somit fortgesetzt. Bezogen auf den Ausgangsbetrag der Gesamtvergütung in 1997 ist damit ein auf den Grundlohnzuwachs 1998 begrenzter Ausgabenanstieg für 1998 und 1999 festgelegt worden. Für den vertragsärztlichen Anteil am psychotherapeutischen Ausgabenbudget ist es dabei unverändert beim Ausgangsjahr 1996 als Berechnungsbasis in Artikel 11 des Psychotherapeutengesetzes geblieben. Eine weitere Minderung der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen zur Verfügung stehenden Gesamtbasis hat sich durch die mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz vorgenommene Abschaffung der Selbstbeteiligung in Höhe von 10 DM pro Therapiestunde ergeben.

Die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im Jahre 1999 ist darüber hinaus durch erhebliche Unsicherheiten über die von den Krankenkassen zu leistenden Budgetanteile für die so genannte Erstattungspsychotherapie belastet worden. Die der Berechnung zugrunde liegenden Leistungsausgaben des Jahres 1997 wurden bei einigen Krankenkassen nicht auf einem einheitlichen Konto, sondern auf verschiedenen Konten gebucht, die nachträglich nicht exakt zusammengeführt werden konnten. Darüber hinaus bestehen grundsätzlich Unsicherheiten über die bisher von den einzelnen Krankenkassen geleisteten Zahlungen.

Die zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossene Bundesempfehlung zur vorläufigen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im ersten Halbjahr 1999 sah einen vorläufigen Auszahlungspunktwert vor, der wegen der Un-

gewissheit über den zu erwartenden Leistungsmehrbedarf bewusst unter dem bisherigen Honorarverteilungspunktwert für die vertragsärztliche Psychotherapie angesetzt war. Nach Ablauf des ersten Halbjahres 1999 zeichnete sich jedoch bereits ab, dass mit dem vereinbarten vorläufigen Punktwert und dem festgestellten Leistungsbedarf das für das Gesamtjahr 1999 gesetzlich festgelegte Ausgabenbudget nicht einzuhalten war. Erschwerend kommt hinzu, dass über die ca. 4 500 bis dahin zugelassenen Psychotherapeuten hinaus weitere 4 000 Antragsteller ihre Ansprüche auf Zulassung im Klageverfahren geltend gemacht haben. Für die bisher von diesen Psychotherapeuten behandelten Patienten wurden die Kosten trotz fehlender Zulassung weiterhin übernommen.

Versuche, die Probleme auf der Selbstverwaltungsebene zu lösen, sind gescheitert. Es ist nicht damit zu rechnen, dass sich in absehbarer Zeit hieran etwas ändert, zumal das Bundesministerium für Gesundheit durch seine Interpretation der gesetzlichen Regelungen konstruktive Lösungen im Sinne der Psychotherapeuten verhindert. Insbesondere in den neuen Bundesländern, aber nicht nur dort, hat das zu nicht mehr länger hinnehmbaren Auswirkungen geführt. Bekanntermaßen ist die Erstattungspsychotherapie in den neuen Bundesländern nur sehr begrenzt zum Einsatz gekommen. Das schmälert die Basis. Die Situation in den neuen Bundesländern hat sich durch die Einführung der sektoralen Budgetierung durch das GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz nochmals verschlechtert. Im Jahr 1998 waren mit den dortigen Krankenkassen über die damalige Grundlohnentwicklung hinaus Leistungsverbesserungen vereinbart worden, die als Fälle des Aufsatzjahres 1997 als Berechnungsgrundlage für die Gesamtvergütung in 1999 gekappt wurden. Das hat zu einem effektiven Rückgang der Gesamtvergütungen in 1999 geführt und die ohnehin dramatische Versorgungs- und Vergütungssituation in den neuen Bundesländern weiter verschlechtert.

Die völlig unbefriedigende und verfahrenen Situation überträgt sich nunmehr gemäß der GKV-Gesundheitsreform 2000 auf die zu berechnenden Gesamtvergütungen für das Jahr 2000. Durch die gesetzlich vorgegebene Aufteilung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil verschärft sich die aktuelle Situation der Psychotherapeuten nochmals. Darüber hinaus sorgt ein Urteil des Bundessozialgerichtes, das für zeitgebundene und genehmigungspflichtige Leistungen in der Psychotherapie einen festen, angenommenen Punktwert von zehn Pfennigen vorsieht, für weitere Brisanz.

Bei dieser Gemengelage und unter Beachtung des bisherigen Verlaufs der Verhandlungen bzw. der Schiedsstellenverfahren auf Landesebene ist nicht damit zu rechnen, dass die Selbstverwaltung ohne Eingriff des Gesetzgebers die anstehenden Probleme lösen kann. Eine klarstellende Gesetzformulierung ist deshalb notwendig, um den psychotherapeutischen Praxen ein kostendeckendes Arbeiten zu ermöglichen und eine Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung zu verhindern.

B. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu Artikel 1

Es wird eine Klarstellung vorgenommen, dass Kassenärztliche Vereinigungen und Landesverbände der Krankenkassen sowie Verbände der Ersatzkassen eine Anpassung der Gesamtvergütung vorzunehmen haben, wenn der für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen geltende Punktwert den für allgemeine Beratungstätigkeiten geltenden durchschnittlichen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10 v. H. unterschreitet. Die Gesamtvergütung ist dabei so anzupassen, dass die psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie die ärztlichen Psychotherapeuten ein Einkommen in Höhe eines durchschnittlichen Arzteinkommens erzielen können. Für eine Anhebung der Vergütungen auf eine angemessene Höhe ist also nicht die Kassenärztliche Vereinigung über den Honorarverteilungsmaßstab zuständig, sondern die Vertragspartner gemeinsam über die Anpassung der Gesamtvergütung. Die Krankenkassen müssen im Fall eines deutlichen Punktwertverfalls mehr Geld für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung stellen.

Zu Artikel 2

Durch den Zusatz soll sichergestellt werden, dass die Gesamtvergütungen des Jahres 1999, die durch Artikel 14 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes gedeckelt waren, nachträglich um den Betrag erhöht werden, der zur Punktwertstützung im Bereich der Psychotherapie von den Vertragspartnern vereinbart worden ist.

Zu Artikel 3 Nr. 1

Die Selbstbeteiligung bei psychotherapeutischer Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird für Versicherte, ausgenommen Kinder und Jugendliche, in einer angemessenen und sozial verträglichen Höhe eingeführt. Die Zuzahlung zur psychotherapeutischen Behandlung wird in die Sozialklausel der vollständigen Befreiung (§ 61 SGB V) sowie in die Überforderungsklausel (§ 62 Abs. 1a SGB V) einbezogen. Die probatorischen Sitzungen sind in jedem Fall zuzahlungsfrei. Die Einführung einer Zuzahlung der Versicherten ist notwendig, um die Eigenverantwortung der Patienten bei der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken und um die sich deutlich vermehrenden psychotherapeutischen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung mit zu finanzieren. Die Selbstbeteiligung entspricht zudem dem Leitgedanken, die Versicherten zu mehr Eigenverantwortung bei der Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung anzuhalten. Sie ist den Aussagen psychotherapeutischer Experten zufolge ein wichtiger Anreiz die Therapie zu Ende zu führen und nicht vor Abschluss abzubrechen.

Zu Artikel 3 Nr. 2

Die Regelung stellt sicher, dass Versicherte, die psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen, ganz von der Zuzahlung befreit werden, wenn sie über ein Einkommen verfügen, das 40 v. H. der monatlichen Bezugsgröße nach

§ 18 SGB IV nicht überschreitet bzw. Sozialhilfe-, Arbeitslosenhilfe-, BAföG-Empfänger sind oder deren berufliche Ausbildung im Rahmen der Anordnungen der Bundesanstalt für Arbeit individuell gefördert wird sowie Behinderte, die Leistungen über die Arbeits- und Berufsförderung erhalten.

Zu Artikel 3 Nr. 3 (§ 62 SGB V)

Zu Buchstabe a

Für die Zuzahlungen bei psychotherapeutischer Versorgung wird durch diese Vorschrift eine eigenständige Überforderungsklausel geschaffen, die getrennt von der Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu Fahrkosten, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu berechnen ist.

Durch die Bezugnahme auf § 62 Abs. 1 Satz 2 gilt eine Belastungsgrenze von 2 v. H., und es wird sichergestellt, dass chronisch Kranke, die sich in psychotherapeutischer Dauerbehandlung befinden und hierzu bereits ein Jahr lang Zuzahlungen in Höhe der Belastungsgrenze von 2 v. H. gezahlt haben, lediglich 1 v. H. der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt als Zuzahlung zu psychotherapeutischer Behandlung leisten müssen.

Da die Berechnungsgrundlagen des Absatzes 1 Satz 2 bis 4 für die neue Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu psychotherapeutischer Behandlung nur entsprechend gelten, werden beide Belastungsgrenzen nicht miteinander verbunden. Es reicht also für die Herabsetzung der Belastungsgrenze von 2 v. H. auf 1 v. H. gemäß Absatz 1a nicht aus, dass ein Versicherter die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt. Es kommt vielmehr darauf an, dass ein Versicherter Zuzahlungen ausschließlich wegen der psychotherapeutischen Behandlung bis zur Belastungsgrenze von 2 v. H. geleistet hat, damit im Folgejahr die Belastungsgrenze für Zuzahlungen zur psychotherapeutischen Behandlung auf 1 v. H. herabgesetzt werden kann. Beide Chronikerregelungen stehen unabhängig nebeneinander; die Voraussetzungen für ihre Anwendung müssen jeweils getrennt berechnet werden.

Zu Buchstabe b

Da die Belastungsgrenze für Zuzahlungen zu psychotherapeutischen Leistungen und zu den Leistungen des Absatzes 1 unabhängig nebeneinander stehen, wird gesondert für die Belastungsgrenze bei Psychotherapie sichergestellt, dass bei Versicherten, die in einem gemeinsamen Haushalt mit einem Angehörigen leben, die Belastungsgrenze um 15 v. H. und für jede weitere in dem gemeinsamen Haushalte lebenden Angehörigen um 10 v. H. versichert wird.

Zu Artikel 3 Nr. 4

Die Unterrichtung der Patienten und Versicherten ist eine wichtige Aufgabe. Die Förderung neuer Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung ist jedoch nicht notwendig, um diesem Ziel gerecht zu werden. Vielmehr sollten die Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern in die Lage versetzt werden, ihre Versicherten besser als bisher beraten zu können. Eine obligatorische Förderung von Einrichtungen zur Verbraucher- oder Patientenberatung ist nicht zielführend und muss auch vor dem

Hintergrund gesehen werden, dass die für die GKV zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen nicht einmal ausreichen, alle medizinisch notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu finanzieren.

Zu Artikel 3 Nr. 5 (§ 71 Abs. 1 SGB V)

Es wird ausdrücklich klargestellt, dass Ausgabensteigerungen aufgrund von genehmigungspflichtigen, psychotherapeutischen Leistungen den Grundsatz der Beitragsstabilität nicht verletzen. Diese Leistungen sind vorab in einem Gutachtenverfahren von allen Beteiligten als medizinisch notwendig erachtet worden. Sie sind deshalb auch dann leistungsgerecht zu vergüten, wenn hierdurch die Beitragsstabilität in Gefahr gerät.

Zu Artikel 3 Nr. 6 (§ 85 Abs. 2 SGB V)

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe aa

Für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen sind zukünftig feste Punktwerte zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in einer Höhe zu vereinbaren, die den Psychotherapeuten und den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten eine angemessene Vergütung gewährleisten. Dadurch soll verhindert werden, dass die Stundensätze dieser nicht beliebig vermehrbaren Leistungen sich auf einem Niveau stabilisieren, das den Therapeuten ein qualitätsorientiertes Arbeiten ermöglicht. Ein Punktwertverfall, wie er sich aus der Budgetierung insbesondere in den neuen Bundesländern ergeben hat, wird dadurch vermieden und Planungssicherheit geschaffen.

Zu Buchstabe a Doppelbuchstabe bb

Die Hinzufügung des Halbsatzes soll sicherstellen, dass die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nicht in den budgetierten Teil der Gesamtvergütung einbezogen werden, sondern gemäß der vereinbarten Punktwerte zu vergüten sind.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe aa

Hierdurch wird klargestellt, dass die Verteilung der Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte, die getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu

erfolgen hat, die Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nicht tangiert.

Zu Buchstabe b Doppelbuchstabe bb

Der Teil der Gesamtvergütungen der die mit noch festen Punktwerten versehenen genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen betrifft, darf nur für die Vergütung dieser Leistungen verwendet werden und nicht zur Punktwertstützung anderer ärztlicher Leistungen eingesetzt werden. Den psychologischen Psychotherapeuten, den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie den ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten wird damit ein im Vorhinein feststehender Vergütungsbetrag garantiert.

Zu Buchstabe c

Durch die vorgeschlagene Neuregelung in Artikel 3 Nr. 6 zur Einzelleistungsvergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen und die vorgeschriebene Weitergabe der Punktwerte im Honorarverteilungsmaßstab ist eine gesonderte Bestimmung von Kriterien für die Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen durch den Bewertungsausschuss nicht mehr erforderlich. Die Festlegung von Bewertungen für die psychotherapeutischen Leistungen im Rahmen des EBM als Vorgabe für die Honorarverteilung bleibt unberührt.

Zu Artikel 4a (Reichsversicherungsordnung)

Die versicherte Frau wird auch bei psychotherapeutischer Behandlung und bei Hilfsmitteln, die aufgrund von Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erforderlich werden, von Zuzahlungen freigestellt. Die Einbeziehung der Hilfsmittel ist aufgrund des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes als redaktionelle Klarstellung erforderlich.

Zu Artikel 4b (Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte)

Die versicherte Frau wird auch bei psychotherapeutischer Behandlung und bei Hilfsmitteln, die aufgrund der Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erforderlich werden, von Zuzahlungen freigestellt. Die Einbeziehung der Hilfsmittel ist aufgrund des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes als redaktionelle Klarstellung erforderlich.

Berlin, den 29. März 2000

Dr. Wolfgang Gerhardt und Fraktion

