

**Referentenentwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen
und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetz-
lichen Krankenversicherung
(GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**

**Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom
06.09.2010**

Inhaltsverzeichnis

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV.....	3
Steigende Gesundheitsausgaben für psychisch kranke Menschen.....	4
Beitrag der Leistungserbringer zur Konsolidierung der GKV	6
Vergütung vertragspsychotherapeutischer Leistungen	6
Entgelte für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik.....	6
Konvergenz der Vergütung.....	7
Angemessene Vergütung pro Zeiteinheit.....	9
Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden.....	10
Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung	11
Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher... 	13
Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA.....	13
Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.....	14

Nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der GKV

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) sieht wie die Bundesregierung die Notwendigkeit, eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sicherzustellen. Nur die GKV bietet mit ihrem Leistungskatalog eine evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen, ohne den Zugang zur Versicherung von einer Risikoprüfung abhängig zu machen. Die BPTK sieht die Gefahr, dass insbesondere die folgenden mit dem GKV-FinG geplanten Maßnahmen:

- Wegfall der Verpflichtung der Bundesregierung zur Erhöhung des gesetzlichen Beitragssatzes, wenn dieser in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht ausreicht, die Ausgaben der GKV zu mindestens 95 vom Hundert zu decken,
- keine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung durch die Beibehaltung eines zusätzlichen Arbeitnehmerbeitrags in Höhe von 0,9 Prozent,
- Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zur GKV auf 7,3 Prozent,
- Finanzierung künftiger Ausgabensteigerungen in der GKV ausschließlich über einen pauschalen Zusatzbeitrag der Mitglieder,
- Erleichterung des Wechsels zur privaten Krankenversicherung für einkommensstarke GKV-Mitglieder

in der Summe zu einer Neuausrichtung der GKV-Finanzierung führen, ohne das Ziel einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der GKV zu realisieren. Die Aufbringung der Mittel wird durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags zunehmend auf die Versicherten verlagert, die außerdem durch die Finanzierung steigender Ausgaben über einen pauschalen Zusatzbeitrag ihre individuelle Belastung in Relation zu ihrer Einkommenssituation kaum beurteilen können. Für die Akzeptanz der gesetzlichen Krankenversicherung zentral ist jedoch das Vertrauen der Mitglieder auf eine sozial ausgewogene Finanzierung. Diese setzt voraus, dass Bundesbürger entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zur solidarischen Absicherung des Krankheitsrisikos beitragen. Die BPTK begrüßt, dass sich der vorgelegte Referententwurf diesem Ziel verpflichtet fühlt. Bei der konkreten Ausgestaltung ist jedoch festzuhalten, dass die pauschale Erhebung des Zusatzbeitrags eindeutig festgeschrieben wird, die Steuerfinanzierung des Sozialausgleichs aber ab 2013 nur in

Aussicht gestellt ist. Der Sozialausgleich findet damit de facto in den Reihen der GKV-Versicherten statt. Er wird auf kleine und mittlere Einkommen beschränkt, insbesondere auch deshalb, weil Versicherten mit einem Einkommen oberhalb der Jahresarbeitsentgeltgrenze der Wechsel zur privaten Krankenversicherung und damit der Ausstieg aus der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten erleichtert wird.

Steigende Gesundheitsausgaben für psychisch kranke Menschen

Eine zukunftsfähige Finanzierung der Krankenversicherung muss in Rechnung stellen, dass nicht alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen Zugang zu einer evidenzbasierten Gesundheitsversorgung haben. Insbesondere für die Versorgung psychisch kranker Menschen fehlen im ambulanten und stationären Bereich Psychotherapeuten, um dies sicherzustellen.

Einen Anhaltspunkt für die Beurteilung der Versorgungslage psychisch kranker Menschen in Deutschland liefert die epidemiologische Forschung. Nach den Daten des Bundesgesundheits surveys leiden 31 Prozent der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung. Diese Zahl umfasst eine Vielfalt von Erkrankungen, z. B. Depressionen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Alkoholabhängigkeit, Magersucht, Zwangserkrankungen, Panikstörungen oder Schizophrenie. Dabei variiert das Ausmaß der Beeinträchtigungen im Alltag oder der Arbeitsfähigkeit zwischen den Erkrankungsformen. 5,1 Prozent der Patienten haben eine psychische Störung, aufgrund derer sie in den letzten 12 Monaten für mindestens vier Wochen arbeitsunfähig waren bzw. ihren alltäglichen Verpflichtungen nicht nachkommen konnten. Das sind 2,8 Millionen Menschen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren.

Im Kindes- und Jugendalter liegt die Gesamtprävalenz psychischer Störungen bei 18 Prozent. Dies sind 2,6 Millionen Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen. Davon brauchen mindestens 27 Prozent, also ca. 700.000 Kinder und Jugendliche, nicht nur eine diagnostische Abklärung, sondern eine Behandlung.

Für über 65jährige beziffern epidemiologische Studien die Prävalenz psychischer Störungen auf ca. 25 Prozent. Bei einer Eingrenzung mit Blick auf Schweregrad und

Kernspektrum psychotherapeutischer Indikationen kann man unterstellen, dass ca. 1,5 Millionen Menschen über 65 Jahren potenziell einer psychotherapeutischen Behandlung bedürfen.

Diesem Versorgungsbedarf in einer epidemiologisch abgesicherten Größenordnung von fünf Millionen Behandlungsplätzen steht im ambulanten Bereich ein psychotherapeutisches Versorgungsangebot für ca. eine Million Patienten gegenüber. Zusätzlich lassen sich in Deutschland jährlich etwa 800.000 Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einer Einrichtung für Psychiatrie oder Psychosomatik behandeln. Über das Behandlungsspektrum bzw. die Behandlungsangebote der Kliniken ist zu wenig bekannt, um abschätzen zu können, in welchem Umfang Patienten stationär nicht nur medikamentös, sondern auch psychotherapeutisch behandelt werden.

Mit im günstigsten Fall 1,8 Millionen psychotherapeutischen Behandlungsplätzen steht für die fünf Millionen psychisch kranken Menschen, bei denen – gemäß evidenzbasierter Leitlinien – überwiegend eine psychotherapeutische Behandlung indiziert ist, ein deutlich zu geringes Behandlungsangebot zur Verfügung. Die große Diskrepanz zwischen Behandlungsbedarf und Behandlungskapazitäten führt zu langen Wartezeiten bis zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung. Eine evidenzbasierte Versorgung psychisch kranker Menschen erfordert deshalb ein deutlich größeres psychotherapeutisches Versorgungsangebot. Eine Stärkung der Finanzierungsgrundlage der GKV ist vor dem Hintergrund notwendiger Anpassungen des Leistungsangebots und damit unvermeidbar einhergehender Ausgabensteigerungen zwingend.

Die Bundespsychotherapeutenkammer sieht daher mit Sorge, dass die Bundesregierung plant, künftig Ausgabensteigerungen einzig über einen pauschalen Zusatzbeitrag der GKV-Mitglieder zu finanzieren. Dies muss insbesondere im Zusammenhang mit dem von der Bundesregierung für die nächsten Jahre geschätzten Defizit in der GKV mittelfristig zu drastisch steigenden Zusatzbeiträgen führen, die angesichts der zahlreichen offenen Punkte bei der Konstruktion und Finanzierung des Sozialausgleichs die Gefahr einer sozialen Schieflage bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung implizieren.

Beitrag der Leistungserbringer zur Konsolidierung der GKV

Vergütung vertragspsychotherapeutischer Leistungen

Mit dem GKV-FinG werden Vertragspsychotherapeuten einen Beitrag zur Ausgabenbegrenzung leisten. Mit der gleichzeitigen Festschreibung des Orientierungswerts für zwei Jahre wird die Kostenentwicklung in den Psychotherapeutenpraxen in der Vergütung nicht abgebildet. Hinzu tritt, dass Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich bei den Vereinbarungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erst ab 2013 wieder einbezogen werden. Für 2011 und 2012 wird außerdem die Veränderungsrate zur Berücksichtigung der Entwicklung der Morbiditätsstruktur der Versicherten bei der Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vorgegeben. Diese Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung fließt ausschließlich denjenigen Arztgruppen zu, die ihre Leistungen entsprechend ausdehnen werden. Während sich damit die Einkommensposition der Vertragsärzte geringfügig verbessern wird, führt dies nicht zu Honorarzuwächsen für die Vertragspsychotherapeuten. Dies wird die Kluft zwischen den Einkommen der Vergleichsarztgruppen und denen der Psychotherapeuten weiter vertiefen.

Entgelte für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik

Um den Ausgabenanstieg für Krankenhausleistungen kurzfristig zu bremsen, wird für die Jahre 2011 und 2012 der Zuwachs des vor Ort zu verhandelnden Gesamtbetrags für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik jeweils auf die Höhe der halbierten Veränderungsrate begrenzt. Die BPTK begrüßt daher ausdrücklich, dass der Gesetzgeber – wie im Entwurf vorgesehen – zumindest an den Ausnahmetatbeständen von § 6 BPfIV festhält.

Der Heranziehung der halbierten Veränderungsrate für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Refinanzierung von Tariflohnsteigerungen für die Jahre 2011 und 2012 ist systembedingt. Der Grundgedanke der Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 1 BPfIV liegt darin, eine Refinanzierung von Kostensteigerungen aufgrund der Erhöhung der tarifvertraglichen Vergütung oberhalb der Begrenzung des Absatzes 1 zu ermöglichen. Wenn diese Begrenzung nunmehr bei der halbierten Veränderungsrate liegt, so muss sich konsequenterweise auch die Ermittlung der Berichtigungsrate

daran orientieren. Dies führt jedoch keinesfalls dazu, dass der gebremste Ausgabenanstieg in psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ausreichend kompensiert werden kann.

Die verschiedenen Ausnahmetatbestände zur grundsätzlichen Begrenzung anhand der Veränderungsrate zeigen zudem, dass diese letztlich nicht geeignet ist, eine ausreichende Finanzierung von Kostensteigerungen in Krankenhäusern sicherzustellen. Die strikte Grundlohnbindung berücksichtigt die Kostenstrukturen und Kostenentwicklung der Krankenhäuser nicht ausreichend. Der Gesetzgeber hat dies bereits erkannt und daher für somatische Krankenhäuser vorgesehen, dass das Bundesministerium für Gesundheit das Statistische Bundesamt mit der Entwicklung eines Orientierungswerts hierfür beauftragt (vgl. § 10 Abs. 6 KHEntgG). Es wäre nicht nur dort, sondern auch für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik wünschenswert, einen geeigneten Index anzuwenden und sich nicht darauf zu beschränken, zur Kostendämpfung auf die vom Gesetzgeber bereits als ungeeignet angesehen Veränderungsrate abzustellen.

Die BPTK gibt zu bedenken, dass alle Maßnahmen zur Kostendämpfung zusammengekommen vor dem Hintergrund des notwendigen Abbaus psychotherapeutischer Unterversorgung die Finanzierungsprobleme der GKV nicht lösen können und das Ziel einer nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung inklusive einer Stärkung der Finanzierungsgrundlage uneingeschränkte Relevanz behält.

Konvergenz der Vergütung

Es ist Ziel des Gesetzgebers, mittelfristig als Maßstab für die Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu einem bundesweit einheitlichen Betrag für den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung zu kommen. Der morbiditätsbedingte Bedarf soll differenziert nach Alter, Geschlecht und dokumentierter Morbidität ermittelt werden. Der Bewertungsausschuss wird beauftragt, ein entsprechendes Konzept zu entwickeln. Als erster Schritt ist eine asymmetrische Verteilung der Honorarzuwächse zwischen den KVen geplant. Der Bewertungsausschuss soll einen Schwellenwert festlegen, der bei Unter- bzw. Überschreiten zu KV-spezifischen An-

passungsfaktoren bei der Verteilung der Zuwächse der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung führen wird.

Diese aufeinander aufbauenden Konzepte gehen davon aus, dass der Behandlungsbedarf eines Patienten durch die Faktoren Alter, Geschlecht und Morbidität ausreichend abzubilden ist. Dabei wird realisierte Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen als Behandlungsbedarf definiert. Generell gilt, dass die Verfügbarkeit eines Behandlungsangebots einen erheblichen Einfluss darauf hat, ob und welche Leistungen ein Patient in Anspruch nimmt bzw. nehmen kann. Bei psychischen Erkrankungen führt dies dazu, dass Patienten aufgrund psychotherapeutischer Unterversorgung entgegen den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien keine Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Sie müssen auf die u. U. nicht evidenzbasierte, aber allein verfügbare Alternative der Pharmakotherapie ausweichen. Der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Patienten wird deutlich unter dem Behandlungsbedarf eines Patienten liegen, der bei vergleichbarer Indikation, Geschlecht und Alter in einer Region lebt, in der mehr Psychotherapeuten zugelassen sind, sodass die Inanspruchnahme von Psychotherapie häufiger erfolgt.

Im Referentenentwurf findet sich kein Hinweis, inwieweit bei einer asymmetrischen Honorarverteilung auch Aspekte der regionalen Versorgungsstruktur zu berücksichtigen sind. Die BPTK hält dies jedoch mit Blick auf die Versorgung psychisch kranker Menschen für unverzichtbar, da ansonsten Versorgungsregionen mit einem vergleichsweise besseren psychotherapeutischen Versorgungsangebot aufgrund ihres für die ambulante Versorgung höher ausgewiesenen durchschnittlichen Behandlungsbedarfs pro Patient (differenziert nur nach Alter, Geschlecht und Morbidität) weniger an Honorarzuwächsen teilhaben werden. Gleichzeitig fließen Mittel in Versorgungsregionen mit unterdurchschnittlichem Behandlungsbedarf, ohne jedoch zu gewährleisten, dass diese Mittel z. B. dafür eingesetzt werden, die psychotherapeutische Versorgung durch Leistungsausweitungen zu verbessern.

Die BPTK schlägt vor diesem Hintergrund vor, bei einer Angleichung der Vergütungsvolumina für vertragsärztliche bzw. vertragspsychotherapeutische Leistungen neben Alter, Geschlecht und Morbidität der Patienten auch regional unterschiedliche Versorgungsangebote zu berücksichtigen.

In Artikel 1 Nummer 8 sollte in § 87d Abs. 2 ein neuer Satz 8 eingefügt werden und der bisherige Satz 8 der neue Satz 9 werden:

„Der Bewertungsausschuss hat dabei auch regionale Unterschiede der Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.“

Angemessene Vergütung pro Zeiteinheit

Das Vergütungssystem stellt keine angemessene Vergütung pro Zeiteinheit für alle psychotherapeutischen Leistungen sicher. So sieht der Einheitliche Bewertungsmaßstab derzeit für so genannte probatorische Sitzungen deutlich weniger Honorar vor als für eine Therapiesitzung im engeren Sinn. Die probatorischen Sitzungen sind nicht genehmigungspflichtig und dienen der Diagnose und der Feststellung der Therapienotwendigkeit. Sie stellen mindestens die gleichen Anforderungen an den Psychotherapeuten wie die Leistungen im Rahmen einer genehmigten Psychotherapie. Diesem Umstand werden die derzeitigen Vergütungsregelungen nicht gerecht. Insgesamt sollte zudem gesetzlich klargestellt werden, dass die Vergütung in der Höhe mit anderen Facharztgruppen vergleichbar sein muss. Dadurch kann verdeutlicht werden, dass die Benachteiligung von Psychotherapeuten im Rahmen der Vergütungsregelung für die Jahre 2011 und 2012 nicht von Dauer sein darf und grundsätzlich die Vergütung pro Zeiteinheit ein mit anderen Facharztgruppen vergleichbares Einkommen für Psychotherapeuten sicherstellen muss. In dem Umfang, in dem Facharztgruppen von der Erhöhung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung in den Jahren 2011 und 2012 profitieren, müssen die Vergütung für Psychotherapeuten pro Zeiteinheit entsprechend erhöht und der Honorarzuwachs bei anderen Facharztgruppen nachgeholt werden.

Die Bundespsychotherapeutenkammer schlägt daher vor, in Artikel 1 Nummer 7 (§ 87 SGB V) des Entwurfs einen neuen Buchstaben a einzufügen. Ferner sollte die Frage, wie eine angemessene Vergütung für die zeitgebundenen Leistungen sichergestellt werden kann, in das Konzept des Bewertungsausschusses aufgenommen werden. Artikel 1 Nummer 7 des Entwurfs sollte daher wie folgt formuliert werden:

„§ 87 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2c wird Satz 6 wie folgt neu gefasst:

„Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen einschließlich der zur Abklärung der Therapienotwendigkeit erforderlichen probatorischen Sitzungen und der biographischen Anamnesen haben eine nach Abzug der Praxiskosten anderen Fachgruppen vergleichbare und bundeseinheitliche Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.“

b) *Es wird folgender neuer Absatz 9 angefügt:*

*„(9) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen **sowie für die Sicherstellung einer angemessenen Vergütung für die zeitgebundenen psychotherapeutischen Leistungen gem. § 87 Abs. 2c Satz 6 vor.** Das Bundesministerium für Gesundheit legt **die Konzepte dem Deutschen Bundestag umgehend vor.**“*

Differenzierung des Orientierungswerts nach Versorgungsgraden

Die Aussetzung der Anpassung des Orientierungswerts in Abhängigkeit von einer festgestellten Unter- bzw. Überversorgung wird von der Bundespsychotherapeutenkammer ausdrücklich begrüßt. Basis dieses Steuerungsansatzes war die Annahme, dass mit den Anhaltzahlen der Bedarfsplanung der Versorgungsbedarf psychisch kranker Menschen abgebildet wird. Die Anhaltzahlen der Bedarfsplanung reflektieren jedoch nur historisches Niederlassungsverhalten und sind kein Indikator für Unter- bzw. Überversorgung. Das Aussetzen der Regelung bis 2013 eröffnet den Spielraum, mit einer Reform der Bedarfsplanung zu einer morbiditätsorientierten Abbildung des Versorgungsbedarfs zu gelangen. Außerdem kann empirisch überprüft werden, ab welcher Größenordnung Unterschiede in der Höhe der Vergütung Vertragsärzte bzw. -psychotherapeuten veranlassen könnten, ihren Lebensmittelpunkt aufgrund einer zeitlich befristeten Vergütungsregelung zu verlagern bzw. anders zu planen. In der Vergangenheit haben nennenswerte Unterschiede in der Höhe der Vergütung nicht zu einer Migration der Leistungserbringer geführt.

Rahmenbedingungen für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung

Das GKV-FinG will durch strukturelle Reformen mehr Wettbewerb und mehr Freiheit für den Einzelnen schaffen. Mit diesem Ziel unvereinbar ist aus Sicht der BPTK, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V an den Grundsatz der Beitragsstabilität zu binden, aber das Vertragsmonopol des Deutschen Hausärzteverbands bestehen zu lassen. Wenn in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung Vereinbarungen getroffen werden, die dem Grundsatz von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nicht gerecht werden, so liegt dies wahrscheinlich auch an der Aussetzung des Vertragswettbewerbs. Die Lösung des Problems ist mithin, es künftig wieder den gesetzlichen Krankenversicherungen zu überlassen, ob sie für ihre Versicherten Hausarztverträge abschließen wollen. Gleichzeitig sollte der Gesetzgeber Mindestanforderungen an Hausarztverträge nach § 73b SGB V gesetzlich vorgeben. Eine hausarztzentrierte Versorgung wird erst dann ein Beitrag zu mehr Qualität und Effizienz sein, wenn sie das heute prägende arbeitsteilige und weitgehend unabgestimmte Vorgehen einzelner Fachdisziplinen durch eine integrierte Versorgung ersetzt. Dies erfordert die konsequente Weiterentwicklung von Strukturen und Versorgungsprozessen. Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, die den Status quo weitgehend unverändert beibehalten, können nicht zu qualitativen Verbesserungen der Versorgung führen (Artikel 1 Nummer 5, § 73b SGB V).

Damit qualitätsfördernde Innovationen Ziel der hausarztzentrierten Versorgung sind, sollte der Gesetzgeber Kriterien für den Abschluss von Verträgen vorgeben. Hierzu gehören mindestens:

- ein schrittweise umzusetzendes Konzept zur Implementierung multiprofessionell entwickelter Leitlinien inklusive des Aufbaus eines entsprechenden Qualitätsmanagementsystems,
- verbindliche Kooperationsstrukturen, die eine multiprofessionelle, präventiv-orientierte Versorgung ermöglichen.

Zudem sollte die Möglichkeit des direkten Zugangs zum Psychotherapeuten oder Arzt der psychotherapeutischen Arztgruppe vorgesehen werden. Dies ist erforderlich,

um Patienten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen wollen, nicht zu zwingen, dem Hausarzt eine psychische Erkrankung zu offenbaren.

Es sollte darüber hinaus der Entscheidung der Krankenkassen vorbehalten bleiben, ob sie ihren Versicherten ein solches Angebot machen möchten und ob dieses flächendeckend sinnvoll ist. Dementsprechend sollte die Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen aufgehoben werden.

Artikel 1 Nummer 5 (§ 73b SGB V) sollte daher wie folgt gefasst werden:

„5. § 73b SGB V wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „anzubieten“ durch das Wort „anbieten“.*
- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:*
 - aa) Nummer 1 wird wie folgt neu gefasst: „Behandlung nach multiprofessionell abgestimmten und evidenzbasierten Leitlinien“.*
 - bb) Nummer 2 wird wie folgt gefasst: „ein indikatoren-gestütztes und wissenschaftlich anerkanntes Qualitätsmanagement, das die Implementierung der Leitlinien angemessen unterstützt“.*
 - cc) In Nummer 3 wird nach dem Wort „Geriatric“ das Komma durch einen Punkt ersetzt.*
 - dd) Nummer 4 wird gestrichen.*
- c) In Absatz 3 Satz 2 1. Halbsatz werden nach den Wörtern „Leistungen der“ die Wörter „psychotherapeutischen Arztgruppe nach § 101 Abs. 4“ und ein Komma eingefügt.*
- d) Absatz 4 wird wie folgt geändert:*
 - aa) In Satz 1 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt sowie die Wörter „spätestens bis zum 30. Juni 2009“ und „zu“ gestrichen.*

- bb) *In Satz 4 wird das Wort „haben“ durch das Wort „können“ ersetzt und das Wort „zu“ gestrichen.*
- cc) *Satz 2 und Satz 5 werden aufgehoben und die bisherigen Sätze 3, 4, 6 und 7 werden die Sätze 2 bis 5.*
- e) *Absatz 4a wird aufgehoben.“*

Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

Alters- und Geschlechtsadjustierung im Morbi-RSA

Ab 2011 gehört das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) nicht mehr zu den Erkrankungen, deren überdurchschnittliche Behandlungskosten durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abgedeckt sind. Statt des krankheitsbezogenen Zuschlags in Höhe von 1.335 Euro jährlich erhalten die gesetzlichen Krankenkassen ab 2011 z. B. für einen sechsjährigen Jungen mit ADHS nur noch die krankheitsunabhängige Pauschale in Höhe von 1.052 Euro. Da im vergangenen Jahr noch keine umfassende Überprüfung der im Morbi-RSA berücksichtigungsfähigen Krankheiten erfolgte, verzichtete das Bundesversicherungssamt (BVA) 2010 darauf, allein ADHS zu streichen. In diesem Jahr ergab die Prüfung für ADHS jedoch erneut ein knappes Unterschreiten des Schwellenwerts. Der Grund ist, dass im Morbi-RSA nur Krankheiten berücksichtigt werden, wenn u. a. die durchschnittlichen Kosten der von dieser Krankheit betroffenen Versicherten das 1,5fache der durchschnittlichen Ausgaben eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung überschreitet. Dabei ist es derzeit gleichgültig, ob es sich um eine Kinderkrankheit handelt oder um eine Krankheit, die in jedem Lebensalter auftritt. Aufgrund der deutlich niedrigeren Gesamtbehandlungskosten bei jüngeren Versicherten ist das Unterschreiten dieses Schwellenwerts für Krankheiten des jüngeren Lebensalters selbst bei hohen krankheitsspezifischen Kosten kaum zu erreichen. Vor diesem Hintergrund musste das BVA aufgrund des erneuten knappen Unterschreitens des Schwellenwerts ADHS aus dem Katalog der berücksichtigungsfähigen Krankheiten streichen. Diese Entscheidung könnte schon bald Spuren in den Verhandlungen über Verträge zur integrierten Versorgung für psychisch kranke Kinder und Jugendliche

hinterlassen. Die Krankenkassen werden befürchten, dass ihre ungedeckten Ausgaben für neue und bessere Behandlungsmodelle von Kindern und Jugendlichen mit ADHS zu erheblichen finanziellen Belastungen führen und ihre Wettbewerbsposition durch steigende Zusatzbeiträge negativ beeinflussen.

In den Entwurf sollte daher als Artikel 1 neue Nummer 23 Folgendes aufgenommen werden:

„In § 268 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern ‚zugrunde legen‘ ein Komma und die Wörter ‚bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die alters- und geschlechtsadjustierten GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 v. H. übersteigen‘ eingefügt.“

Die bislang fehlende Alters- und Geschlechtsadjustierung bei der Definition des Schwellenwerts des 1,5fachen der durchschnittlichen GKV-weiten Ausgaben je Versicherten führte dazu, dass kostenintensive chronische Krankheiten, die vorwiegend in einem jüngeren Lebensalter oder bei einem Geschlecht auftreten, den Schwellenwert trotz der erheblichen Kostenintensität unterschreiten. Durch die vorgeschlagene Änderung wird dieses Problem behoben.

Weiterentwicklung der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Die im Entwurf vorgesehene Änderung von § 85 SGB V sollte zum Anlass genommen werden, die Regelungen zur Vergütung nichtärztlicher Leistungen im Rahmen der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zu verbessern (Artikel 1 Nummer 6, § 85 SGB V). Die Verordnungsraten von Psychopharmaka belegen vor dem Hintergrund der Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien die Notwendigkeit, Behandlungsangebote für psychisch kranke Kinder und Jugendliche deutlich stärker psychotherapeutisch auszurichten. Als Vertragspartner der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung sollten daher neben Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Psychologische Psychotherapeuten benannt werden. „Nichtärztliche Leistungen“ in diesem Zusammenhang bezeichnen dann Leistungen, die nicht von Ärzten oder Psychotherapeuten erbracht werden.

Die Indikationsentscheidungen und -maßnahmen der an der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung teilnehmenden Leistungserbringer sollten an evidenzbasierten Leitlinien ausgerichtet werden. Durch standardisierte Basisdokumentation, Evaluation der Behandlungsergebnisse und regelmäßige Fallbesprechungen werden Struktur-, Prozess- und – soweit möglich – auch Ergebnisqualität darlegungsfähig. Erst ein Qualitätsmanagement in diesem Sinne verhindert, dass die in der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung üblicherweise vereinbarten Vergütungspauschalen unter Qualitätsgesichtspunkten unangemessene ökonomische Anreize setzen. Mit der seit 1. Juli 2009 gültigen Sozialpsychiatrie-Vereinbarung haben die Vertragspartner bereits wichtige Schritte in diese Richtung unternommen. Diese Entwicklung soll nun dadurch gestärkt werden, dass die Evaluation auf gesetzlicher Ebene vorgeschrieben wird.

Artikel 1 Nummer 6 sollte daher um einen neuen Buchstaben a ergänzt und die bisherigen Buchstaben a und b die neuen Buchstaben b und c werden:

- „a) *In Absatz 2 Satz 4 SGB V wird das Wort ‚und‘ nach dem Wort ‚sozialpädiatrischer‘ durch ein Komma ersetzt. Nach dem Wort ‚psychiatrischer‘ werden die Wörter ‚und psychotherapeutischer‘ und nach dem Wort ‚Nähere‘ die Wörter ‚einschließlich einer verbindlichen Evaluation der Leistungserbringung anhand definierter Qualitätskriterien‘ eingefügt.“*