

Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen

- Wenn der (medizinische, berufliche oder soziale) Rehabilitationsbedarf in der Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit entstanden ist, dann ist für alle beruflichen, sozialen und medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation die jeweilige Unfallversicherung zuständig und sie leistet diese entsprechend den Vorgaben des SGB VII umfassend und vollständig, ggf. einschließlich aller erforderlichen Akutbehandlungsmaßnahmen.
- Wenn Rehabilitationsbedarf besteht und der Betroffene in seiner Erwerbsfähigkeit bedroht oder gar gemindert ist und wenn er gleichzeitig einige versicherungsrechtliche Voraussetzungen bei der Rentenversicherung erfüllt, ist diese der vorrangig zuständige Leistungsträger für alle medizinischen Rehabilitationsleistungen. Sie ist dabei zur Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit verpflichtet und kann ihre Leistungen nur in ganz bestimmter Form und unter bestimmten Rahmenbedingungen erbringen. In einer Reihe von Fällen kann die Rentenversicherung auch berufliche Reha-Maßnahmen finanzieren, insbesondere wenn die Patienten diese unmittelbar nach einer medizinischen Maßnahme erhalten.
- Wenn für notwendige medizinische Rehabilitation weder Unfallversicherung noch Rentenversicherung verantwortlich gemacht werden können, dann ist „subsidiär“ die Krankenversicherung zuständig, sie leistet allerdings allein medizinische

Rehabilitationsmaßnahmen und – entsprechend ihren Vorgaben – noch ein wenig sparsamer als die Rentenversicherung.

- Wenn schließlich, was speziell bei Suchtpatienten und bei chronisch psychisch Kranken häufig der Fall ist, auch gegenüber der Krankenversicherung keine Ansprüche geltend gemacht werden können, weil hier keine Mitgliedschaft besteht, dann übernimmt das örtliche Sozialamt die Leistungen, soweit der Patient selbst wirtschaftlich überfordert ist (BSHG).

Die einzelnen Träger, insbesondere Unfall-, Kranken- und Rentenversicherung, können darüber hinaus noch einige Spezialleistungen finanzieren, wie nachgehende ambulante Übungsbehandlungen (z.B. Herzsportgruppen oder Rheumafunktionstraining), (berufliche) Eingliederungshilfen, Haushaltshilfen, Kinderbetreuung, Mittel zur behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung u.a.

! **Merke:** Die Vielfalt der Rehabilitationsträger mit sich überschneidenden Zuständigkeiten und Leistungsmöglichkeiten führt bei Reha-Bedürftigen notgedrungen immer wieder zu Problemen beim Reha-Zugang bzw. bei der rechtlichen Zuständigkeitsklärung. Das SGB IX hat durch die neu geschaffenen gemeinsamen Servicestellen und eine beträchtliche Verschärfung der Vorleistungsverpflichtung bessere Voraussetzungen für beschleunigten Reha-Zugang geschaffen.

Kasten 1: Zuständigkeiten und Aufgaben der Sozialleistungsträger in der Rehabilitation

Gesetzliche Rentenversicherung (GRV)

erbringt bei erwerbsfähigen Versicherten (medizinische oder berufliche) Leistungen zur Rehabilitation,

→ um einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit vorzubeugen oder eine bestehende Einschränkung zu mildern, wenn zu erwarten ist, dass dies mit der Maßnahme erreicht werden kann (Vermeidung von Frühberentung) (§ 9 ff SGB VI),

- aber auch, per Sonderregelung: Krebs-Rehabilitation und Kinderrehabilitation
- vorrangige Zuständigkeit bei erwerbsfähigen Versicherten
- Leitprinzip „Reha vor Rente“

Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)

erbringt (medizinische) Leistungen zur Rehabilitation,

→ um die gesundheitliche Situation zu verbessern (Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder – falls sie bereits eingetreten ist – zu beseitigen, zu vermindern oder Verschlimmerungen zu verhüten) (SGB V),

- für alle Versicherten, falls kein anderer Träger (v.a. GRV, GUV) zuständig ist
- Leitprinzip „Reha vor Pflege“

Gesetzliche Unfallversicherung (GUV)

erbringt (medizinische, berufliche oder soziale) Leistungen zur Rehabilitation,

→ wenn die Einschränkung oder der Schaden Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist Ziel ist es, die Auswirkungen zu vermindern und die berufliche und soziale Wiedereingliederung zu ermöglichen (SGB VII),

- Schadensersatzprinzip

Arbeitsverwaltung (AV)

übernimmt Leistungen zur (beruflichen) Rehabilitation,

→ wenn dadurch die Vermittlungschancen eines Arbeitslosen auf dem Arbeitsmarkt verbessert werden können (SGB III / AFG).

Jugendhilfe

übernimmt Leistungen zur sozialen Rehabilitation,

→ wenn dadurch eine bessere Eingliederung bei bestehender seelischer Behinderung eines Kindes oder Jugendlichen erreicht werden kann (SGB VIII / KJHG)

Sozialhilfe

erbringt subsidiär (nachrangig) Leistungen zur Rehabilitation,

→ wenn kein anderer Träger Kosten übernimmt und der Rehabilitand selbst nicht in der Lage ist, sie zu übernehmen oder, wenn eine geistige oder seelische Behinderung von Geburt an vorliegt (SGB XII / BSHG)

Die **Integrationsämter der Länder** (frühere Bezeichnung: Hauptfürsorgestellen), die nach den §§ 101ff SGB IX im Falle einer vorliegenden Schwerbehinderung bestimmte Leistungen zur beruflichen Wiedereingliederung erbringen oder auch soziale Reha-Leistungen erbringen, sind mit dem SGB IX nicht als Reha-Träger definiert worden, was bedeutet, dass sie auch nicht im Kreis der vorleistungspflichtiger Träger zu berücksichtigen sind

11.2 Medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme

Um den Umfang der Rehabilitations-Leistungen zu verdeutlichen, sind die Aufwendungen in der nachfolgenden Tabelle 4, beispielhaft für das Jahr 2007, zusammengefasst. Hier zeigt sich, dass in der medizinischen Rehabilitation die Rentenversicherung der bei weitem führende Träger ist, während die Arbeitsverwaltung (gemeinsam mit der Sozialhilfe, die überwiegend Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen fördert) im Bereich beruflicher Maßnahmen das Schwergewicht hat.

Tabelle 4: Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe in Deutschland 2007 (Auszug)

Bereich	in Mio Euro
<i>(Kosten/Leistungsträger)</i>	
Medizinische Leistungen	
Rentenversicherung	3.064
Krankenversicherung	2.464
Unfallversicherung	3.240*
Sozialhilfeträger	61
Berufsfördernde Leistungen	
Arbeitsverwaltung	2.175
Rentenversicherung	1.064
Unfallversicherung	179
Integrationsämter	351
Sozialhilfeträger	3.382
Leistungen der sozialen Eingliederung	
Sozialhilfeträger	6.870

*) „Ausgaben für Medizinische Heilbehandlungen“ – schließen bei der Unfallversicherung auch in erheblichem Umfang Akutbehandlungen ein.

Quelle: BAR Reha-Info 3/2008, S. 25

Kurz werden nachfolgend auch die verschiedenen Einrichtungstypen dargestellt. Sie sind jeweils für spezifische Zielgruppen und Aufgaben konzipiert. Während traditionell für *medizinische Rehabilitationskliniken* eine gewisse Abstufung im medizinisch-technischen Ausstattungsgrad – die sich auch in der Bezeichnung widerspiegelte – vorherrschte, so sind diese Abstufungen in den letzten Jahren zunehmend obsolet geworden, weil sich die Ausstattung einer Klinik stärker nach den besonderen Anforderungen der zu behandelnden Diagnosegruppen und fachlichen Schwerpunkten richtet und dementsprechend zunehmend differenzierter wurde, als sich das durch eine einfache Kategorisierung darstellen ließ (Buschmann-Steinhage, 1996; BAR, 2001).

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation sind insbesondere die *Berufsbildungswerke*, die eine Erstausbildung – z.B. bei Sehbehinderten – durchführen, von *Berufsförderungswerken* zu unterscheiden, die sich insbesondere auf Maßnahmen der Umschulung konzentriert haben. Die *Werkstätten für Behinderte*

Menschen bieten bestimmten Behindertengruppen dauerhaft geschützte Arbeitsplatzbedingungen und sichern damit eine gewisse beruflich-soziale Integration.

Auf zwei Spezialtypen sei hingewiesen: Die so genannten *Phase-II-Einrichtungen* sind darauf ausgerichtet, bei bestimmten Rehabilitations-Patienten eine integrierte beruflich-medizinische Rehabilitation „unter einem Dach“ durchzuführen. Die *Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke, so genannte RPK-Einrichtungen*, bieten diese integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation speziell für die Zielgruppen der chronisch psychisch Kranken (insbesondere bei schweren Persönlichkeitsstörungen oder schizophrenen Erkrankungen) im Rahmen eines längerfristigen Behandlungskonzeptes an.

Die *Behandlung von Suchtpatienten* erfolgt seit der sog. Suchtvereinbarung von 1978 zwischen Kranken- und Rentenversicherung in pragmatisch gestufter Form. In den ersten zwei Wochen erfolgt zu Lasten der Krankenversicherung eine stationäre „Entzugsbehandlung“, daran schließt sich die in der Regel stationär stattfindende ca. 2- bis 6-monatige Entwöhnungsbehandlung an (formal als Rehabilitation eingeordnet), die wiederum von nachgehenden ambulanten Gesprächen zur Stabilisierung unterstützt wird. Besonders wichtig ist die Einbindung einer regionalen Suchtberatungsstelle, die neben einem formulargebundenen Sozialbericht vor Beginn der Entwöhnung auch für die Hilfe bei der weiteren sozialen Integration und Nachsorge zuständig ist (VDR, 1999).

Zu den sozialen Reha-Leistungen zählen solche, bei denen zwar eine integrierte und multidisziplinäre Betreuungsleistung erbracht wird, bei denen jedoch die ärztliche Behandlung nicht im Vordergrund steht. Es handelt sich hier überwiegend um Einrichtungen für chronisch psychisch Kranke oder auch um integrationsfördernde Betreuungsleistungen (etwa Wohnheimaufenthalte) im Anschluss an intensivere Reha-Leistungen, z.B. bei Suchtpatienten.

! Merke: Das idealtypische Modell einer integrierten, ganzheitlichen Behandlung von Versicherten wird durch die Zuständigkeitsgrenzen der verschiedenen Träger (Krankenversicherung/Rentenversicherung/Arbeitsverwaltung/Sozialhilfe) begrenzt.

Die wachsende Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in den letzten Jahren ergibt sich aus *Tabelle 5*, in der die Entwicklung der Anzahl medizinischer Rehabilitationsleistungen, der Patientenzahlen und der Klinikzahlen in den Jahren 1991 bis 2007 dargestellt ist.

Tabelle 5: Kliniken, Betten und Patientenzahlen in Vorsorge- u. Rehabilitationseinrichtungen

	1991	1996	2001	2007	Steigerung 1991 → 2007
Patienten	1.473.427	1.916.531	2.096.904	1.942.566	31,8%
Kliniken	1.181	1.404	1.388	1.239	4,9%
Betten	144.172	189.888	189.253	170.845	18,5%

Quelle: Statistisches Bundesamt (2009 – www.destatis.de)

Wie verteilen sich die Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation auf die verschiedenen Krankheitsgruppen? Die bei weitem meisten Leistungen werden bei Patienten mit Erkrankungen im Bereich der Bewegungs- und Haltungsorgane erbracht (Tab. 6). Von wachsender Bedeutung sind in den letzten Jahren auch Patienten mit psychischen Erkrankungen.

Die bereits zuvor angedeutete Komplexität des Rehabilitationssystems zeigt sich auch daran, dass in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe spezifischer Behandlungsformen und Zugangsarten entwickelt wurde, die jeweils mit bestimmten Begrifflichkeiten verknüpft sind.

Für den Zugang zur Rehabilitation gilt in der Regel das *Antragsprinzip*. D.h., der Versicherte muss beim zuständigen Träger einen Antrag stellen. Daraufhin wird sachverständig geprüft, meist durch entsprechend ausgebildete Sozialmediziner, ob Rehabilitationsbedarf vorliegt und welche Behandlungseinrichtung geeignet ist.

Für bestimmte Formen oder Anlässe von Rehabilitation gibt es – abweichend vom Antragsprinzip – eine vereinfachte Zugangsform, die je nach Träger etwas unterschiedlich heißt: Anschlussheilbehandlung bei der Rentenversicherung oder Anschlussrehabilitation bei der Krankenversicherung. Hier reicht – bei bestimmten Krankenhausbehandlungen – im Prinzip die Beurteilung des Krankenhausarztes, und die Maßnahme kann unmittelbar vom Krankenhaus aus eingeleitet werden.

Während das deutsche Rehabilitationswesen über viele Jahrzehnte hinweg durch das starke Überwiegen stationärer Spezialeinrichtungen gekennzeichnet war, werden in den letzten Jahren auch verstärkt *ambulante und teilstationäre Einrichtungen* ausgebaut.

Spezielle Bereiche stationärer Behandlung betreffen die so genannten stationären Vorsorge- und Reha-Maßnahmen für *Mütter und Väter* (früher *Müttergenesungskuren* genannt), die v.a. im Rahmen des Müttergenesungswerks von unterschiedlichen Trägerverbänden durchgeführt werden. Sie sind aufgrund einer spezifischen Vorschrift im Sozialgesetzbuch V von den gesetzlichen Krankenversicherungen zu tragen.

Ein Bereich, der in den letzten Jahren besonders bedeutsam wurde, ist schließlich die *geriatrische Rehabilitation*. Hier sind in

mehreren Bundesländern besondere Versorgungsformen und Zugangswege entwickelt und eine Vielzahl von Modelleinrichtungen aufgebaut worden.

Eine spezielle Form der Rehabilitation ist auch die *gestufte Wiedereingliederung*, die sich darauf bezieht, dass der Rehabilitand zunächst (teilweise) arbeitsunfähig bleibt, jedoch stufenweise mehr Stunden pro Tag seiner alten Beschäftigung nachgeht. Die Kosten werden teilweise von der Krankenversicherung übernommen.

Zu den Behandlungskonzepten: Vorrangiger Ansatzpunkt der Rehabilitation sind die Folgen der Erkrankung eines Patienten (nicht die Krankheit selbst), d.h. die Fähigkeitsstörungen und Leistungsminderungen, die es zu beheben oder zu bessern gilt. Letztere lassen sich als Ergebnis des Zusammenwirkens psychosozialer, mentaler und körperlich-funktionaler Bedingungen auffassen, die somit eines entsprechend umfassenden Therapiekonzeptes bedürfen. Die wesentlichen Ziele der angestrebten Veränderungen eines modernen Rehabilitationskonzeptes liegen somit im psychosozialen, emotionalen und kognitiven Bereich. D.h., es kann nicht darum gehen, den Patienten im Sinne des Wortes zu „behandeln“, vielmehr muss er selbst wesentliche Veränderungen vollziehen, sei es in Bezug auf sein Gesundheitsverhalten, seinen Lebensstil oder seinen Umgang mit der Erkrankung. Schließlich geht es auch um die Vermittlung von Selbstbehandlungsfertigkeiten. Der Patient soll, so das Motto, vom Behandelten zum Handelnden werden. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass möglichst frühzeitig klare Zielsetzungen mit dem Patienten abgesprochen werden, damit die Reha-Maßnahme sich daran orientieren kann und eine Überprüfung der Zielerreichung möglich ist.

Die therapeutischen Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation körperlich Kranker werden wesentlich von somatischen Behandlungserfordernissen bestimmt. Bei Patienten mit degenerativen Erkrankungen der Bewegungs- und Haltungsorgane stehen ebenso wie bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen orthopädische Behandlungsmaßnahmen, die Bewegungstherapie und die Krankengymnastik im Vordergrund. Bei kardiologischen Reha-Patienten hat die auf die Funktionsdiagnostik aufbauende Bewegungs- und Sporttherapie ein besonderes Gewicht. Diabetes-Patienten bedürfen einer speziellen Schulung, und bei Patienten nach Schlaganfall oder mit ZNS-Schädigung steht das Training von Bewegungsabläufen und von kognitiven Fähigkeiten im Zentrum der Aufmerksamkeit.

Tabelle 6: Stationäre med. Rehabilitation nach Krankheitsgruppe, Gesetzliche Rentenversicherung

Krankheitsgruppe	Anteil in Prozent				Anteil Frauen
	1991	1996	2001	2007	2007
Krankheiten der Haltungs- und Bewegungsorgane	46,9%	42,8%	41,6%	34,0%	49,1%
Krankheiten des Kreislaufsystems	13,5%	10,6%	10,0%	8,8%	25,6%
KH des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane	6,2%	4,5%	4,0%	3,8%	41,6%
Krebserkrankungen	9,4%	14,1%	15,1%	19,3%	55,1%
Psychische Störungen	12,8%	13,3%	16,4%	18,0%	51,8%
Sonstige	11,2%	14,7%	12,9%	16,1%	49,8%
Gesamtanzahl [n]	779.438	930.278	826.014	771.782	
Anteil Frauen in Prozent	39,1%	42,6%	43,5%	41,4%	

Quelle: DRV-Schriften, Band 22, Rentenversicherung in Zeitreihen 2007, Stand Okt. 2008 – eigene Berechnungen

Ein wichtiger Bereich in der Rehabilitation, dessen Bedeutung in den letzten Jahren immer mehr zugenommen hat, ist die *Gesundheitsbildung bzw. Patientenschulung*. Hierfür wurden eine Reihe sehr differenzierter Programme erarbeitet, die indikationsübergreifend oder krankheitsspezifisch ausgerichtet sind. Ebenso wichtig wie Trainingsprogramme und Schulungsmaßnahmen sind die individuelle Beratung und Betreuung von Patienten. Hierzu gehören eine fachgerechte Sozialberatung, z.B. zu Fragen der sozialen Unterstützung und der beruflichen Wiedereingliederung, oder auch eine psychologische Beratung als Hilfe zur Lebensbewältigung, z.B. im Kontext einer chronischen Erkrankung.

Für die speziellen psychologisch-psychotherapeutischen Interventionen ergeben sich Ansatzpunkte in der Beeinflussung von Faktoren, die für die Krankheitsentstehung und die weitere Prognose bedeutsam sind, wie Ängste, Beziehungsprobleme, soziale Defizite u.a. (vgl. Kapitel 6.1 in diesem Band).

2.6 Weitere Versorgungsbereiche

Zur Umsetzung der **sozialen Pflegeversicherung** nach SGB XI wurden Pflegekassen gegründet, die bei den Krankenkassen angesiedelt sind. Versichert sind alle gesetzlich krankenversicherten Bürger, Leistungen werden im Falle von Pflegebedürftigkeit erbracht. Hierzu bedarf es wiederum einer Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, der drei Pflegebedürftigkeitsklassen vorsieht. Stufe I bedeutet eine erhebliche Pflegebedürftigkeit, Stufe II eine Schwerpflegebedürftigkeit und Stufe III Schwerstpflegebedürftigkeit mit einer Rund-um-die-Uhr-Betreuung.

Im gegliederten System der sozialen Sicherung stellt die im Bundessozialhilfegesetz (SGB XII / BSHG) geregelte **Sozialhilfe** die unterste Ebene der subsidiären Gliederung dar. Wenn soziale Leistungen erforderlich sind, aber kein anderer Träger zuständig ist und auch der Einzelne (oder ein unterhaltspflichtiger Angehöriger 1. Grades) wirtschaftlich nicht in der Lage ist, die Kosten zu übernehmen, sind die Träger der Sozialhilfe, d.h. die kreisfreien Städte oder die Landkreise und hier dann jeweils die Sozialämter, zuständig. Leistungen des BSHG sind dementsprechend neben Hilfen zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage auch Hilfen bei Krankheit, Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Weiterführung des Haushaltes, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Altenhilfe.

Integrationsämter (frühere Bezeichnung Hauptfürsorgestellen) und Integrationsfachdienste sind nach dem SGB IX Teil 2 (früher Schwerbehindertengesetz) zuständig für die Umsetzung der besonderen Eingliederungshilfen und Leistungen zur Teilhabe resp. Rehabilitation für anerkannte Schwerbehinderte (das heißt Personen mit einem anerkannten Grad der Behinderung von wenigstens 50). Zu diesen Leistungen gehören die Beratung, Unterstützung und Vermittlung der Schwerbehinderten sowie die Beratung und Unterstützung von Arbeitgebern, das Erschließen geeigneter Arbeitsplätze, die Vorbereitung der Schwerbehinderten auf diese Arbeitsplätze und ihre unterstützende Begleitung

dort, ferner die Durchführung von Nachbetreuung, Krisenintervention und psychosozialer Betreuung.

3 Umsetzung in die klinische Praxis

3.1 Zugang zur Rehabilitation: Die Reha-Servicestellen

Die Vielfalt der Leistungsträger und die unterschiedlichen Zuständigkeiten der verschiedenen Träger brachten es mit sich, dass immer wieder besondere Probleme und Erschwernisse im Reha-Zugang berichtet wurden, die gerade bei Leistungseingeschränkten (Reha-Bedürftigen) besonders schwer zu überwinden waren. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX die Reha-Träger dazu verpflichtet, in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen zur orts- und bürgernahen Beratung und Unterstützung der Betroffenen einzurichten. Sie sollen eine umfassende Beratung über die verschiedenen Rehabilitationsangebote und auch eine erste Vorklärung der Reha-Zugangsmöglichkeiten ermöglichen. Es liegen zwar noch keine ausführlichen Erfahrungen über die Funktionsweise vor, jedoch ist inzwischen (2003) ein breites Netz von Reha-Servicestellen entstanden (Röckelein, 2001; vgl. auch: www.sgb-ix-umsetzen.de).

3.2 Spezialfall: Stationäre Psychiatrie und stationäre Psychotherapie

Stationäre **psychiatrische Behandlung** ist formal als stationäre Krankenhausbehandlung einzuordnen, erfolgt allerdings zumeist in eigenen Kliniken (Bezirkskrankenhäuser, Landeskrankenhäuser). Die fachlich sinnvolle und in der Psychiatrieenquête 1974 geforderte Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in „normalen“ Krankenhäusern ist bei weitem noch nicht flächendeckend erfolgt. Gleichwohl sind aber in den letzten 25 Jahren sehr viele Psychiatriebetten abgebaut worden und neue bedarfsgerechtere Versorgungsformen, speziell für chronisch kranke psychiatrische Patienten, aufgebaut worden. Die verschiedenen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, neben den Kliniken auch ambulante, teilstationäre und verschiedene komplementäre Einrichtungen, sind trotz sehr heterogener Finanzierungsstrukturen regional zumeist in ein kooperatives Netz oder sozialpsychiatrische Verbundstrukturen eingebunden (Berger, 1995, Buchkramer, 1995).

Stationäre Psychotherapie, traditionell häufig stationäre Psychosomatik genannt, im Rahmen einer Fachklinik oder einer Klinikabteilung erlaubt es, in integrierter Form ein umfassendes psychotherapeutisches Behandlungsangebot zu verwirklichen, das sich zumeist über den ganzen Tag erstreckt. Psychotherapeutische Maßnahmen im engeren Sinne, insbesondere Einzel- und Gruppentherapien, sind Teil des Gesamtkonzeptes und in eine Reihe von ergänzenden Angeboten, wie etwa Ergotherapie, Bewegungstherapie, Sozialberatung, Alltagstraining und Kreativtherapien, eingebunden. Diese stellen eine wichtige Ergänzung der psychotherapeutischen Intervention dar, indem sie den

Patienten einerseits durch die psychotherapeutisch geschulten Spezialtherapeuten eine besonders motivierende und sichernde Umgebung bieten und andererseits – etwa in der Verhaltenstherapie – auch als Übungs-, Erprobungs- und Beobachtungsraum für veränderte Verhaltensweisen dienen können. Das Klinik-Setting bietet dabei einen überschaubaren Schonraum, der neben einer begleitenden somatischen Behandlung durch die ständige ärztliche Beteiligung auch die Möglichkeiten eines interdisziplinären Teams nutzen kann, sowohl für diagnostische als auch für therapeutische Zwecke (vgl. Rief in diesem Band).

Insgesamt muss man gegenwärtig von ca. 150 Einrichtungen für stationäre Psychotherapie mit zusammen 15.000 Betten im Reha-Sektor ausgehen. Hinzu kommen etwa 3.200 Betten für „Psychosomatik“ im Krankenhaus-Bereich. Für den Bereich stationäre Sucht- und Drogenbehandlung ist zusätzlich von etwa 350 Einrichtungen mit ca. 10.000 Betten auszugehen (Statistisches Bundesamt, 2003, S. 445, 456).

Obwohl psychiatrische Kliniken überwiegend psychiatrische Behandlungen im engeren Sinne bei Patienten mit schweren psychischen Störungen durchführen, so sind in vielen psychiatrischen Kliniken auch Spezialstationen für Psychotherapie und auch für Sucht- bzw. Entwöhnungsbehandlungen eingerichtet worden. Die Behandlungen dort gleichen nach Struktur und Konzept denen in entsprechenden Fachkliniken.

3.3 Zugang zur stationären Psychotherapie

Die stationäre Psychotherapie ist in Deutschland in einer besonderen Situation. Prinzipiell kommen Renten- und Krankenversicherung als Kostenträger in Frage. Während die Leistung der Rentenversicherung als Rehabilitation erfolgt, kann die Leistungserbringung bei der Krankenversicherung als Akutbehandlung (Ziel: Behandlung der Krankheit) oder als Reha-Behandlung (Ziel: Behandlung der Krankheitsfolgen bzw. der Integrationsstörung) erfolgen. Sofern allerdings die Krankenkasse bzw. der von der Krankenkasse bei medizinischen Fragen einzuschaltende MDK einen Antrag auf Leistungsübernahme prüft und zum Schluss kommt, dass es sich eigentlich um eine Reha-Leistung handelt, muss sie den Antrag bei rentenversicherten Antragstellern an die Rentenversicherung weiterreichen, weil die Rentenversicherung für Reha-Leistungen vorleistungspflichtig ist.

Üblicherweise wird stationäre Psychotherapie leistungsrechtlich als Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherung eingeordnet, so dass die meisten Psychotherapie-Kliniken nicht über eine Krankenhauszulassung (nach §§ 108 SGB V), sondern über eine Zulassung als Reha-Einrichtung (§ 111 SGB V) verfügen. Eine Reihe von Psychotherapieeinrichtungen besitzt allerdings auch Krankenhauszulassungen, so dass der Patientenzugang hier (falls freie Behandlungsplätze/„Betten“ vorhanden sind) auch rasch und unbürokratisch über eine Krankenhauseinweisung erfolgen kann. Dies gilt insbesondere für Psychotherapie-Abteilungen, die unmittelbare Abteilungen von Krankenhäusern bzw. psychiatrischen Kliniken sind. Die Frage der Zuständigkeit im Einzelfall ergibt sich letztlich aus der medizinischen Ausgangslage und der Zielsetzung der Behandlung, sie entscheidet

u.a. darüber, welche Klinik in Frage kommt. Für Krankenhausbehandlungen kommen psychiatrische Krankenhäuser mit so genanntem Pflichtversorgungscharakter oder auch einige wenige psychosomatische Kliniken in Frage. Eine Behandlung als Rehabilitation darf wiederum nur in Kliniken mit Zulassung nach § 111 SGB V erfolgen und wird nach entsprechender Klärung in einer Klinik durchgeführt, mit der die jeweils zuständige Kranken- oder Rentenversicherung einen Belegungsvertrag hat. Sofern die stationäre Psychotherapie als Rehabilitation erfolgt, ist der Zugang – wie bei Reha-Maßnahmen üblich – nur über Antrag an den Kostenträger möglich. Dabei sind die erwähnten Subsidiaritäten zu beachten, und es ist auch von einer sorgfältigen Prüfung durch den Medizinischen Dienst des Kostenträgers auszugehen.

Die speziellen Regeln für den Zugang zur stationären Psychotherapie bei Beihilfeberechtigten oder privat versicherten Patienten sind teilweise leicht abweichend von den Regeln im GKV-System, sie sollen hier nicht näher dargestellt werden.

3.4 Zugang zur ambulanten Psychotherapie

Für Psychotherapie gibt es seit dem Psychotherapeutengesetz ein Erstzugangsrecht. D.h., der Patient darf ohne Überweisung des Hausarztes einen zugelassenen Psychotherapeuten aufsuchen. Falls er keine Überweisung hat, muss der Psychotherapeut allerdings i.d.R. eine Praxisgebühr von 10 € pro Quartal erheben. Ansonsten ist der Psychotherapeut frei in der Abstimmung der Therapie mit dem Patienten, solange er sie im Rahmen der Psychotherapierichtlinien durchführt und sie durch den Gutachter im Rahmen des Antrags- und Gutachterverfahrens genehmigt wird (ausführlicher dazu: Best in diesem Band).

3.5 Kostenerstattung

Nach dem so genannten Sicherstellungsauftrag sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Erbringung der notwendigen ambulanten Krankenbehandlungen zu gewährleisten. Wenn belegt ist, dass sie dazu nicht in der Lage sind, ist der Versicherte ermächtigt, sich die Leistungen selbst zu beschaffen und sich die Kosten dafür von der Krankenkasse erstatten zu lassen (§ 13 SGB V).

Im Vorfeld des Psychotherapeutengesetzes, als die Sicherstellung mit Psychotherapie von den KVen nicht gewährleistet werden konnte, waren nach Einschätzung des damaligen Bundesgesundheitsministers Seehofer etwa ebenso viele Psychotherapieleistungen per Kostenerstattung erbracht worden wie im KV-System; vermutlich lag darin eine wesentliche Triebfeder für die Umsetzung des Psychotherapeutengesetzes. In der Folge wurde die Kostenerstattung gesetzlich stark eingeschränkt. Sie findet gegenwärtig aber in verschiedenen Regionen, speziell in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, wieder recht häufig statt. Wichtig ist, dass der Patient zuvor bei der Kassenärztlichen Vereinigung nachgefragt hat, ob zugelassene ambulante Behandler zeitnah zur Verfügung stehen. Wenn das nicht der Fall ist oder wenn keine Behandler ohne längere Wartezeitangabe gefunden werden können, ist der Patient nach üblicher Ein-

schätzung berechtigt, sich die Leistungen „selbst zu beschaffen“ und von seiner Krankenkasse erstatten zu lassen (Vogel, 1996).

Schließlich ist mit dem Gesundheitsreformgesetz von 2003 auch die generelle Möglichkeit der Kostenerstattung (als Alternative zum sonst üblichen Sachleistungsprinzip) in der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt worden, wenn der Versicherte sich die entsprechende Leistung in gleicher Weise wie sonst im KV-System üblich beschafft hat (dann allerdings nur bis zur Höhe der im KV-System üblichen Vergütung) – das Nähere über die Umsetzung dieser Vorgabe wird sich allerdings erst in den nächsten Jahren ergeben.

4 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. *Wie lassen sich psychosoziale Beratung und Psychotherapie voneinander abgrenzen?*

→ Obwohl niedergelassene Psychotherapeut(inn)en und Kolleg(inn)en in Beratungsstellen häufig die gleiche Ausbildung haben und sich in der psychosozialen Beratungsstelle häufig auch Patienten mit psychischen Störungen einfinden, so sind doch die unterschiedlichen Aufträge oder Zuständigkeiten beider Institutionen zu beachten. Während der Auftrag der Beratungsstelle sich primär auf die Unterstützung in psychosozialen Konfliktlagen bezieht, ist die Tätigkeit des niedergelassenen Psychotherapeuten (ebenso wie die einer Klinik) darauf gerichtet, eine diagnostizierte Krankheit zu heilen. Im Konkreten können beide Aufträge allerdings zu ähnlichen bzw. den gleichen Leistungen veranlassen. Zumal bestimmte psychosoziale Hilfsmaßnahmen/Behandlungen angesichts des besonderen Settings von Beratungsstellen auch mit mehr Aussicht auf Erfolg eher dort gemacht werden als in der niedergelassenen Einzelpraxis. Insofern sind Überschneidungen zwischen den Tätigkeiten der psychosozialen Beratung und der psychotherapeutischen Vertragspraxis unvermeidbar. Ein pragmatische Unterscheidung, die dann auch Relevanz für die Kostenverantwortung hätte, könnte sich daran orientieren, welcher von beiden Aufträgen im Vordergrund steht: Behandlung der Störung/Krankheit oder Hilfe zur Lebensbewältigung (Zier, 2002).

2. *Kann ich als niedergelassener Psychotherapeut die Einweisung meines Patienten zur stationären Psychotherapie veranlassen, falls die Schwere der Störung dies erfordert?*

→ Sofern nach sorgfältiger Abschätzung der Problemkonstellation eine ambulante Psychotherapie nicht mehr als aussichtsreich angesehen und stattdessen eine stationäre Behandlung für erforderlich gehalten wird, so liegt es (formal) am Patienten, das Weitere zu organisieren. Angesichts der Komplexität des Systems erscheint es allerdings zweckmäßig, dem Patienten geeignete Unterstützung zu geben. Dies bedeutet beispielsweise, auch gemeinsam abzuwägen, welche Art der stationären Psychotherapie (bzw. welche Klinik) für die stationäre Behandlung sinnvoll sein könnte. Je nach vorgesehener Klinik ist dann ein Antrag des Patienten an den Reha-Träger (i.d.R. die zuständige Rentenversicherung) oder eine Krankenhauseinweisung durch einen Arzt (!) sinnvoll. Sinnvoll kann es auch sein, frühzeitig (nur mit Zustim-

mung des Patienten) Kontakt mit der vorgesehenen Klinik und ggf. dem Kostenträger aufzunehmen. Der ambulant behandelnde Psychotherapeut kann unterstützende Atteste ausstellen und wird im Falle eines Reha-Antrags von der Rentenversicherung häufig auch ausdrücklich um einen derartigen Befundbericht gebeten (sofern der Patient zustimmt).

3. *Kann es sein, dass private Krankenversicherungen (ambulante oder stationäre) Psychotherapie als Leistung ausschließen? Falls ja, welche Optionen habe ich als Psychotherapeut bei den betroffenen Patienten?*

→ Bei Privatpatienten liegt ein Honoraranspruch des Therapeuten gegenüber dem Patienten vor – dieser besteht unabhängig davon, ob und wenn ja in welcher Privatkrankenversicherung der Patient ist. Gegenüber der Privatkrankenversicherung hat nur der Patient einen Anspruch. Sofern er meint, dass ihm bestimmte Leistungen zu Unrecht vorenthalten werden und entsprechende Entscheidungen gegen den Vertrag mit der Versicherung verstoßen oder nicht den sonst üblichen Musterversicherungsbedingungen entsprechen, kann er sich bei seiner Versicherung beschweren. Eine Unterstützung durch den Psychotherapeuten oder eine Rücksprache/Beratung mit der Verbraucherzentrale kann dabei hilfreich sein (zur stationären Psychotherapie siehe unten).

4. *Sind Disease-Management-Programme auch für Psychotherapeuten interessant?*

→ Die vorliegenden Disease-Management-Programme (DMPs) sehen eine regelmäßige bzw. regelmäßig mögliche Beteiligung von Psychotherapeuten (noch) nicht vor. Diese ist aber bei Fortschreibung der Programme bzw. bei neuen DMPs prinzipiell möglich und wird von Seiten vieler Fachleute auch für zweckmäßig gehalten. Denkbar wäre beispielsweise, dass bei den chronisch Kranken, die im Rahmen eines DMP behandelt werden können, regelmäßig ein Screening auf psychosoziale Belastungen (z.B. bei Krebserkrankungen) durchgeführt wird und dann je nach Ergebnis eine Weiterleitung an einen Experten erfolgt.

5. *Ist damit zu rechnen, dass DRGs eines Tages auch für den Bereich der stationären (und ambulanten) Psychotherapie eingeführt werden?*

→ Erkrankungen der ICD-10-Gruppe „F“, also psychische Störungen, wurden bei der Konzeption der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) 2004 aus unterschiedlichen Gründen vorerst ausgeklammert. Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz von Anfang 2009 wurde nun auch für diesen Bereich (F) die Entwicklung eines tagespauschalierten Vergütungssystems für vergleichbare Patientengruppen beschlossen. Für die Psychotherapie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung sind derartige Entwicklungen ebenfalls vorstellbar – einzelne Ambulanzen psychologisch-psychotherapeutischer Hochschulinstitute haben bereits jetzt entsprechende Vereinbarungen mit den Krankenkassen getroffen.

6. *Gibt es eigentlich grundsätzliche Unterschiede im stationären psychotherapeutischen Vorgehen, je nachdem ob es als Kranken- oder Rehabilitationsbehandlung erfolgt?*

→ Psychotherapeutische Behandlungen in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken unterscheiden sich zwar hinsichtlich der Rahmenbedingungen und des Patientenzu-

gangs und einzelner hervorgehobener Aspekte der Behandlungszielsetzung. In der medizinischen Rehabilitation, die nachhaltig von den Anforderungen der Rentenversicherung geprägt ist, wird beispielsweise die berufliche Wiedereingliederung stärker thematisiert. Es gibt aber keine grundsätzlichen Unterschiede in der psychotherapeutischen Konzeption. Dies betrifft etwa die psychotherapeutische Bearbeitung vorliegender Problemstellungen und Konflikte, die in den meisten Fällen den Schwerpunkt der Behandlung ausmacht.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang allerdings der Hinweis, dass viele Privatkrankenversicherungen entsprechend ihren Versicherungsbedingungen keine Reha-Leistungen finanzieren. Stationäre Psychotherapie wird dann nur in den Kliniken finanziert, die über eine entsprechende Zulassung als Krankenhaus nach § 108 SGB V verfügen.

5 Prüfungsfragen

1. Erklären Sie zentrale Prinzipien des gegliederten Systems der sozialen Sicherung. Welche Vor- und Nachteile sind mit diesem System verbunden?
2. Was ist unter dem Sicherstellungsauftrag zu verstehen?
3. Was bedeutet das Subsidiaritätsprinzip für die Kostenzuständigkeit bei der stationären Psychotherapie?
4. Welche Aufgaben hat der Medizinische Dienst der Krankenkassen in Abgrenzung zum Medizinischen Dienst der Spitzenverbände?
5. Erläutern Sie den Unterschied zwischen Psychotherapie in der ambulanten Gesundheitsversorgung und Psychotherapie im Kontext der psychosozialen Beratung – (a) unter inhaltlichen Gesichtspunkten und (b) unter dem Blickwinkel der Zuständigkeiten und Leistungserbringer.

6 Literatur

- Amann G, Wipplinger R (Hrsg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: DGVT, 1998
- Antonovsky A: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen: DGVT, 1997
- Berger M: Psychiatrie und Psychotherapie. ein Rück- und Ausblick. Psychotherapeut 1995;40:146-154
- Borg-Laufs M: Psychotherapie in Beratungsstellen. Psychotherapeutenjournal 2003;2(3):173-178
- Brandstädter J: Kern- und Leitbegriffe psychologischer Prävention. In: Brandstädter J, Eye A von (Hrsg.): Psychologische Prävention. Grundlagen, Programme, Methoden. Bern: Huber, 1982, 81-115
- Buchkremer G: Psychotherapie in der Psychiatrie – quo vadis? Spektrum 1995;24(5):198-204
- Bürger W (2009). PsychotherapeutInnen (PP, KJP) in den neuen Versorgungsformen (MVZ, IV, DMP) – eine Analyse der Situation, Perspektiven und Handlungsoptionen. Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis 2009, 41 (1):176-194
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. 11. Aufl. Frankfurt/Main: Selbstverlag, 2001
- Buschmann-Steinhage R: Einrichtungen der Rehabilitation und ihre Aufgaben. In: Haupt E, Delbrück H (Hrsg.): Chronische Krankheiten. Rehabilitationsmedizin. München: Urban & Schwarzenberg, 1996, 73-89 (überarb. u. ergänzte Neuaufl. 1998)
- Caplan G: Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB) (Hrsg.): Beratungsführer. Die Beratungsstellen in Deutschland – ihre Leistungen, ihre Träger, ihre Anschriften (2 Bände). Bonn: Bundesministerium für Familie und Senioren, Eigenverlag, 2002
- Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung (DAJEB) (Hrsg.): Beratungsführer online. Verfügbar unter <http://www.dajeb.de> (17.6.2003)
- Ehler U (Hrsg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 2003
- Glaeske G, Lauterbach KW, Rürup B, Wasem J. Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2002;34(1):119-134
- Grawe K: Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe, 1998
- Haaf G, Röckelein E: Einführung der DRG – eine grundlegende Reform der Vergütung von Krankenhausleistungen mit weitreichenden Folgen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2001;33(2) – Supplement: s7-s13
- Haid-Loh A, Lindemann FW, Märtens M: Familienberatung im Spiegel der Forschung. (Untersuchungen aus dem Evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung, Nr. 17). Berlin: Selbstverlag, 1995
- Herzog T, Stein B, Söllner W, Franz M (Hrsg.): Konsiliar- und Liaisonpsychosomatik und -psychiatrie. Teil I: Leitlinie und Quellentext für den psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst. Teil II: Europäisches Forschungsprogramm, Qualitätsmanagement und Basisdokumentation. Stuttgart: Schattauer, 2003
- Kanfer FH, Reinecker H & Schmelzer D: (1996). Selbstmanagement-Therapie, 2. Auflage. Berlin: Springer, 1996
- Meyer A-F, Richter R, Grawe K, Graf v.d. Schulenburg JM, Schulte B: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes, im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Hamburg: Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf, 1991
- Mittag O: Zusammenarbeit von Psychologen und Pflegepersonal in der medizinischen Klinik. Report Psychologie 1992;17(2):915
- Röckelein E: Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2001;33(3) 524-529
- Röhrle B: Sind Maßnahmen zur primären Prävention wirksam? Rundbrief Gemeindepsychologie 1995,1(1):310
- Rosenbrock R: Prävention und Gesundheitsförderung aus Gesundheitspolitischer Sicht. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2003;35(4) 876-887
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Sachstandsbericht 1994: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden: Nomos, 1994
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Gutachten 2000/1: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Baden-Baden. Nomos, 2002, vgl. auch www.svr-gesundheit.de
- Schulin B: Einführung. In C.H. BeckTexte: SGB Sozialgesetzbuch (S. IX XI - VI). München: dtv, 2001
- Statistisches Bundesamt. Rehabilitationsmaßnahmen 1995. Fachserie VII DS. Wiesbaden: Selbstverlag, 1998a

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

DIETER BEST

1 Einleitung

Etwa die Hälfte der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten arbeitet in eigener Praxis mit Zulassung zur Kassenabrechnung. Nach den Angaben aus dem Bundesarztregister waren Ende 2006 ca. 12.700 Psychologische Psychotherapeuten und 2.700 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als sog. Vertragspsychotherapeuten tätig. Darüber hinaus besitzen ca. 8.000 Ärzte die Berechtigung zu psychotherapeutischer Tätigkeit, wovon allerdings nur etwa die Hälfte ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätig ist. Damit sind die Psychotherapeuten nach den Hausärzten die zweitgrößte Gruppe in der ambulanten kassenärztlichen/kassenpsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, dicht gefolgt von den fachärztlichen Internisten. Trotz dieser im internationalen Vergleich herausragenden Versorgungsdichte besteht weiterhin in vielen Regionen ein Mangel an niedergelassenen Psychotherapeuten, vor allem in ländlichen Gebieten und allgemein in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Aufgrund der Altersverteilung der niedergelassenen Psychotherapeuten – der Mittelwert liegt bei über 50 Jahren – ist in der Zukunft mit einem erheblichen Bedarf an niedergelassenen Psychotherapeuten zu rechnen. Wie hoch der Bedarf sein wird, hängt von verschiedenen Bedingungen ab, u.a. von der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland. Darauf soll am Ende dieses Beitrags eingegangen werden.

Das Einkommen eines niedergelassenen, kassenzugelassenen Psychotherapeuten wird zu ca. 80 – 90% aus der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten erwirtschaftet, der Rest aus der Behandlung von Privatpatienten. Ein wirtschaftliches Überleben allein aus einer Privatpraxis dürfte schwierig sein.

Die Gründung und Führung einer Praxis wird durch eine Vielzahl gesetzlicher Vorschriften und Verordnungen bestimmt. Dies gilt besonders für die sozialrechtlichen Grundlagen einer Kassenpraxis, die in diesem Beitrag vorrangig behandelt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten Grundlagen der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen einer Praxis beschrieben. Wer als Ausbildungsteilnehmer eine spätere Niederlassung plant, sei es als Praxisinhaber, als Teilhaber oder als Angestellter in einer Praxis, wird sich jedoch allein mit diesen Grundlagen nicht begnügen können. Hier sei auf die weiterführende Literatur verwiesen.

2 Theoretische Inhalte und Kenntnisse

2.1 Psychotherapie als freiberufliche Tätigkeit

Psychotherapeutische Tätigkeit ist den freiberuflichen Tätigkeiten zuzuordnen. Nach der Definition des Berufsverbandes Freier Berufe

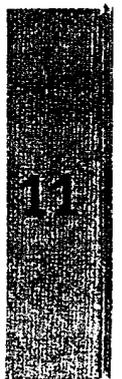
„(erbringen) Angehörige Freier Berufe ... aufgrund besonderer beruflicher Qualifikation persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig geistig-ideelle Leistungen im Interesse ihrer Auftraggeber und der Allgemeinheit; ihre Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen nach Maßgabe der staatlichen Gesetzgebung oder des von der jeweiligen Berufsvertretung autonom gesetzten Rechts, welches die Professionalität und das zum Auftraggeber bestehende Vertrauensverhältnis gewährleistet und fortentwickelt“.

Zur Begriffsbestimmung freiberuflicher Tätigkeit s. auch Stellpflug (2004).

Die Zuordnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu den freiberuflichen Tätigkeiten ist nicht nur wichtig für das Selbstverständnis des niedergelassenen Psychotherapeuten, sondern hat auch direkte materielle Auswirkungen. Psychotherapeutische Tätigkeit ist, wenn auch nicht explizit erwähnt, der Tätigkeit anderer Freiberufler, die in § 18 Abs. 1 Nr. 1 des Einkommenssteuergesetzes aufgeführt werden, gleichzusetzen. Sie zahlen Einkommenssteuer und sind von der Gewerbesteuer befreit. Nach einer Feststellung des Bundesministeriums der Finanzen in einer Mitteilung vom 27.12.1999 an die obersten Finanzbehörden ist die freiberufliche psychotherapeutische Tätigkeit den heilkundlichen Berufen zuzuordnen, die von der Umsatzsteuer befreit sind. Zu den steuerlichen Aspekten einer psychotherapeutischen Praxis s. auch Karch (2008).

Darüber hinaus sind Psychotherapeuten mit ihrer heilkundlichen Tätigkeit (und nur mit dieser) auch von der Umsatzsteuer befreit (§ 4 Nr. 14 UStG). Andere, nicht im engeren Sinne heilkundliche Tätigkeiten, wie z.B. Supervision oder gutachterliche Tätigkeit, sind dagegen umsatzsteuerpflichtig.

! Merke: Psychotherapie als freiberufliche Tätigkeit ist kein Gewerbe und damit nicht gewerbesteuerpflichtig. Als heilkundliche Tätigkeit ist sie auch nicht umsatzsteuerpflichtig.



2.2 Die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde (Approbation) als Grundvoraussetzung psychotherapeutischer Tätigkeit

Zum Schutz der Volksgesundheit wird für jede selbstständige heilkundliche Tätigkeit eine Erlaubnis vorausgesetzt. Beim Arzt oder Psychotherapeuten ist dies die Approbation, beim Heilpraktiker die Heilpraktikererlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz. Jahrzehntelang bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes am 01.01.1999 war für die psychotherapeutische Tätigkeit durch Diplompsychologen eine Heilpraktikererlaubnis Voraussetzung. Dieser von den meisten Psychotherapeuten als unwürdig empfundene Status war die einzige Möglichkeit, legal Heilkunde auszuüben, gleichgültig, ob sie als Angestellte oder als Freiberufler tätig waren.

2.3 Psychotherapeutenkammern als Selbstverwaltungsorgane der Psychotherapeuten

Aufgaben, die eine Berufsgruppe selbstverantwortlich regeln kann, kann der Staat zu seiner Entlastung an Selbstverwaltungsorgane delegieren. Solche Selbstverwaltungsorgane sind z.B. die Berufskammern der Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten), Ärzte, Rechtsanwälte, Notare, Apotheker usw. Alle Psychotherapeuten, die ihrer Tätigkeit in dem jeweiligen Bundesland nachgehen, sind obligatorisch Mitglieder der jeweiligen Landeskammer. Spezielle Bestimmungen, wie z.B. Berufstätigkeit im Bereich zweier Kammern, Mitgliedschaft von Psychotherapeuten in Ausbildung usw. können der Satzung der jeweiligen Kammer entnommen werden.

Die Voraussetzungen für die Einrichtung von Kammern und für deren Aufgaben sind in den Heilberufs- bzw. Kammergesetzen der Länder geregelt. Die Vertreter in den Organen der Kammer werden von den Psychotherapeuten des Landes gewählt.

Die wichtigsten Aufgaben der Kammern sind:

- die Wahrnehmung der beruflichen Belange der Psychotherapeuten und die Darstellung des Berufes nach außen
- die Beratung staatlicher Organe und anderer gesellschaftlicher Institutionen
- der Erlass einer Berufsordnung
- die Überwachung der Rechte und Pflichten der Mitglieder einschließlich disziplinarischer Maßnahmen bei Verletzung der Berufspflichten
- die Regelung der Weiterbildung
- die Entwicklung von Maßnahmen der Qualitätssicherung

2.4 Rechtliche Voraussetzungen für die Tätigkeit als niedergelassener, mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnender Psychotherapeut

In diesem Abschnitt wird zunächst in einem kurzen Abriss die Geschichte der Psychotherapie als Kassenleistung dargestellt. Danach werden die für die Niederlassung von Psychotherapeuten geltenden rechtlichen Grundlagen beschrieben. Im Wesentlichen sind diese mit den arztrechtlichen Bestimmungen identisch.

2.4.1 Entwicklung der Psychotherapie als Kassenleistung

Die gesetzlich verankerte Anerkennung der ambulanten Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen sowie die ebenfalls gesetzlich geregelte Gleichstellung des Psychotherapeutenberufs mit dem des Arztes in Deutschland ist das Ergebnis einer fast 40-jährigen Entwicklung.

Ab etwa Mitte der 1960er Jahre gewann die Psychotherapie sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der direkten Anwendung bei der Krankenbehandlung zunehmend an Bedeutung. Entsprechend war es nur eine Frage der Zeit, bis Psychotherapie als Krankenbehandlung auch in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Anerkennung fand.

- 1964 Die Neurose wird als behandlungsbedürftige Krankheit im Sinne des Sozialrechts vom Bundessozialgericht anerkannt.
- 1967 Einführung der Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung: Erlass der ersten Psychotherapierichtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen. Dies galt zunächst nur für die analytisch begründeten Verfahren.
- 1980 Verhaltenstherapie wird erstmals, zunächst nur für den Bereich der Ersatzkassen im Arzt-Ersatzkassenvertrag, als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt.
- 1987 Verhaltenstherapie wird in die Psychotherapierichtlinien einbezogen.

Der wachsenden Inanspruchnahme der Psychotherapie als Kassenleistung konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht mehr gerecht werden, da nicht genügend psychotherapeutisch weitergebildete Ärzte zur Verfügung standen. Aus diesem Grund wurde als Bestandteil der Psychotherapierichtlinien das sog. Delegationsverfahren eingeführt, bei dem Diplompsychologen und Pädagogen mit einer entsprechenden Qualifikation die Behandlung eigenverantwortlich durchführen konnten. Jedoch blieb die Indikationsstellung – wenigstens formal – beim delegierenden Arzt. Trotz dieser und weiterer Beschränkungen durch das Delegationsverfahren kam es insbesondere seit Beginn der 1980er Jahre und durch die Anerkennung der Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren zu einem deutlichen Zuwachs an Behandlern bis zum Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes.

Parallel dazu entwickelte sich ein breites Angebot an Behandlungen, die über das sog. Kostenerstattungsverfahren abgerechnet wurden. Rechtliche Grundlage dieser Möglichkeit, Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen, war und ist zu einem geringen Teil auch heute noch der § 13 Abs. 3 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V):

„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“

Im Jahre 1997 betragen die Gesamtausgaben für diesen Bereich der Psychotherapie als Kassenleistung ca. 310 Mio. DM, wäh-

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

rend die Ausgaben für die Psychotherapie im Delegationsverfahren ca. 430 Mio. DM betragen (ärztliche Psychotherapie zusätzlich 580 Mio. DM).

Sowohl das Delegations- als auch das Kostenerstattungsverfahren hätten nur so lange Bestand gehabt, solange die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung durch die Kassenärzteschaft nicht gewährleistet gewesen wäre. Beides war nicht geeignet, die wirtschaftliche Existenz Psychologischer Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dauerhaft zu sichern. Erst mit dem Psychotherapeutengesetz, das sowohl den Beruf selbst als auch die Voraussetzungen für die Einbeziehung der Psychotherapeuten in das Sozialrecht regelt, änderte sich dies grundlegend.

Die wesentlichen Teile des Psychotherapeutengesetzes sind im nachfolgenden Kasten dargestellt:

Die wichtigsten Teile des Psychotherapeuten-gesetzes

Artikel 1: Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Berufsausübung, Legaldefinition Psychotherapie, Approbation, Ausbildung, Gebührenordnung, Zuständigkeiten, Wissenschaftliche Anerkennung, Übergangsvorschriften

Artikel 2: Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch
Sozialrechtlicher Einbezug der Psychotherapeuten in die GKV („Integrationsmodell“), Pflicht zur Sicherstellung, Beratender Fachausschuss, Wahlen in die Organe, Bundesausschuss, Zulassungs- und Berufungsausschüsse, Übergangsvorschriften

Artikel 4: Änderung des Strafgesetzbuches

„Wer unbefugt ... die Berufsbezeichnung Arzt, Zahnarzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychotherapeut, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Patentanwalt, Wirtschaftsprüfer, vereidigter Buchprüfer, Steuerberater oder Steuerbevollmächtigter führt, ... wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

Artikel 5: Änderung der Strafprozessordnung

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden den Ärzten gleichgestellt: Sie können vor Gericht die Aussage über Sachverhalte, die ihnen von Patienten vertraulich mitgeteilt wurden, verschweigen.

Artikel 7: Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte

Rechte und Pflichten, wie z.B. Präsenzpflicht und Residenzpflicht, Geeignetheit, Entzug der Zulassung, Altersregelung, Praxiskooperationen, Verfahren bei Über- und Unterversorgung, usw.

! **Merke:** Das „eigentliche“ Psychotherapeutengesetz ist Artikel 1. In diesem – berufsrechtlichen – Teil des Gesetzes werden der Beruf und die Grundzüge der Ausbildung definiert. In Artikel 2 wird der Einbezug der Psychotherapeuten in das SGB V geregelt. In weiteren Artikeln wurden zum Schutz des Berufs und der psychotherapeutischen Tätigkeit das Strafgesetzbuch und die Strafprozessordnung ergänzt.

2.4.2 Für Psychotherapeuten wichtige Bestimmungen des SGB V

Die sozialrechtliche Einbindung der Psychotherapeuten als den Ärzten gleichgestellte Berufsgruppe ist in Artikel 2 des Psychotherapeutengesetzes durch eine Vielzahl von Änderungen des SGB V geregelt.

Kasten

Die Sozialgesetzbücher

SGB I	Allgemeiner Teil
SGB II	Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB III	Ziele der Arbeitsförderung
SG B IV	Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung
SGB V	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Gesetzliche Rentenversicherung
SGB VII	Gesetzliche Unfallversicherung
SGB VIII	Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB X	Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz
SGB XI	Soziale Pflegeversicherung
SGB XII	Sozialhilfe

Die gesetzliche Krankenversicherung ist im SGB V geregelt. Ein Teil der Regelungen bezieht sich auf die Rechte und Pflichten bei der Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung, ein anderer Teil auf die Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Selbstverwaltungsstrukturen der Kassenärzte.

Die wichtigsten sozialrechtlichen Bestimmungen des SGB V für Psychotherapeuten sind:

- Definition der „ärztlichen Behandlung“ (§ 27):
„Die Krankenbehandlung umfasst ... ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung, ...“
- Konsiliarverfahren (§ 28):
„Spätestens nach den probatorischen Sitzungen gemäß § 92 Abs. 6a hat der Psychotherapeut vor Beginn der Behandlung den Konsiliarbericht eines Vertragsarztes zur Abklärung einer somatischen Erkrankung sowie, falls der somatisch abklärende Vertragsarzt dies für erforderlich hält, eines psychiatrisch tätigen Vertragsarztes einzuholen.“
- Einbezug der Psychotherapeuten in den Sicherstellungsauftrag der KVen (§ 72 Abs. 1):
„(1) Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen ...“
- Einschränkung der Rechte der Psychotherapeuten gegenüber den Ärzten (§ 73 Abs. 2).
Psychotherapeuten sind u. a. nicht befugt,
 - Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten vorzunehmen,
 - medizinische Leistungen der Rehabilitation, Belastungsproben und Arbeitstherapie zu verordnen,
 - Hilfeleistung anderer Personen anzuordnen,
 - Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Krankentransporte sowie Krankenhausbehandlung oder Behandlung in Vor- oder Rehabilitationseinrichtungen anzuordnen,
 - Bescheinigungen auszustellen und Berichte zu erstellen,

Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen

die die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (§ 275) zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder die die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts benötigen.

- **Beratende Fachausschüsse (§ 79b):**
„Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein beratender Fachausschuss für Psychotherapie gebildet. Der Ausschuss besteht aus fünf Psychologischen Psychotherapeuten und einem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Vertretern der Ärzte in gleicher Zahl, die von der Vertreterversammlung aus dem Kreis der ordentlichen Mitglieder ihrer Kassenärztlichen Vereinigung in unmittelbarer und geheimer Wahl gewählt werden ... Dem Ausschuss ist vor Entscheidungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den die Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung berührenden wesentlichen Fragen rechtzeitig Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Seine Stellungnahmen sind in die Entscheidungen einzubeziehen.“
- **Wahl in die Vertreterversammlungen (§ 80):**
„(1a) Die Psychotherapeuten, die ordentliche und außerordentliche Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen sind, wählen getrennt aus ihrer Mitte und getrennt von den übrigen Mitgliedern in unmittelbarer und geheimer Wahl ihre Mitglieder in die Vertreterversammlungen. Sie sind im Verhältnis ihrer Zahl zu der der ordentlichen und außerordentlichen ärztlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Vertreterversammlungen vertreten, höchstens aber mit einem Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung ...“
- Eine Regelung sah vor, dass der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Fragen der Psychotherapie-richtlinien, abweichend von seiner sonstigen Zusammensetzung, auf KBV-Seite zusammengesetzt war aus fünf psychotherapeutisch tätigen Ärzten und fünf Psychotherapeuten, wobei unter den psychotherapeutisch tätigen Ärzten und den Psychotherapeuten jeweils ein im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie tätiger Leistungserbringer sein musste. Mit der Gesundheitsreform 2007 („GKV-WSG“) wurde der „Gemeinsame Bundesausschuss“ zum 01.07.2008 neu strukturiert, so dass es auch für den Bereich der Psychotherapie diese „besondere Zusammensetzung“ nicht mehr gibt. Es gibt nunmehr nur noch einen gemeinsamen Beschlusskörper, bestehend aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Zwar werden die Angelegenheiten, die die Psychotherapie-richtlinien betreffen, in einem Unterausschuss behandelt, gegenüber dem vorherigen Stand ist dies jedoch eine deutliche Verminderung der Einflussmöglichkeiten der Psychotherapeuten.
- **Besondere Besetzung der Zulassungs- und Berufungsausschüsse (§ 95 Abs. 13):**
In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 4 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in

gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein.

- Weitere Bestimmungen betreffen die Übergangsregelungen der schon vor dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes mit Krankenkassen abrechnenden Psychotherapeuten. Diese sollen hier nicht im Einzelnen wiedergegeben werden, weil die Übergangszeit abgelaufen ist.

2.4.3 Zulassungsverordnung für Ärzte

Mit dem Psychotherapeutengesetz wurde auch die Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) angepasst. Sie gilt gleichermaßen für Psychotherapeuten. Die ZV, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erlässt, beschreibt den gesamten rechtlichen Rahmen, auch die Pflichten, denen ein Arzt oder ein Psychotherapeut unterliegt. Die Kenntnis der wichtigsten Bestimmungen ist deshalb für niedergelassene Psychotherapeuten unerlässlich. Eine umfassende Kommentierung unter Berücksichtigung der Rechtsprechung bietet Schallen (2008):

- Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenärztliche Vereinigung ein **Arztregister**. Dieses erfasst die zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten und solche Ärzte und Psychotherapeuten, die approbiert sind, die Fachkunde erfüllen und die Eintragung beantragt haben (§ 1). Der Arzt ist in das Arztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. Verzieht ein im Arztregister eingetragener Arzt oder Psychotherapeut in einen anderen Zulassungsbezirk, so wird er von Amts wegen in das Arztregister umgeschrieben, das für den Vertragsarztsitz geführt wird (§ 5).
- Über den **Zulassungsantrag** befindet der Zulassungsausschuss durch Beschluss. Wird der Psychotherapeut zugelassen, so ist in dem Beschluss der Zeitpunkt festzusetzen, bis zu dem die Tätigkeit aufzunehmen ist. Wenn die Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, endet die Zulassung (§ 19).
- **Nicht geeignet** ist ein Psychotherapeut, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht („Präsenzpflicht“).
- **Ungeeignet** für die Ausübung der Kassenpraxis ist außerdem ein Arzt/Psychotherapeut mit geistigen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Mängeln, insbesondere ein Arzt/Psychotherapeut, der innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung rauschgiftsüchtig oder trunksüchtig war (§ 21).
- Die Zulassung erfolgt für den **Ort der Niederlassung** (Vertragsarztsitz). Der Vertragsarzt/-psychotherapeut muss am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht („Residenzpflicht“ nach § 24).
- **Ermächtigung:** Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um eine

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Die Ermächtigung ist zeitlich, räumlich und in ihrem Umfang festgelegt.

- In den §§ 32 und 33 werden die Voraussetzungen für **Praxisvertreter, Assistenten, angestellte Ärzte und Psychotherapeuten** sowie für die Führung einer **Berufsausübungsgemeinschaft** genannt.
- In den §§ 34 bis 45 wird das **Verfahren vor den Zulassungs- und Berufungsausschüssen** beschrieben. Diese Ausschüsse sind Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen. Bei der Zulassung von Psychotherapeuten oder überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten sind die Zulassungsausschüsse auf der Ärzteseite zur Hälfte aus Psychotherapeuten besetzt.

2.4.4 Bedarfsplanung, Unter- und Überversorgung

Die gesetzlich vorgeschriebene Bedarfsplanung (§§ 99 - 105 SGB V) soll eine gleichmäßige Versorgung sicherstellen, Unter- sowie Überversorgung soll verhindert werden:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der von den Bundesausschüssen erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind zu beachten ...“ (§ 99 Abs. 1 SGB V)

Das Nähere regeln die Bedarfsplanungsrichtlinien, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossen werden. Für jede Arztgruppe werden einheitliche Verhältniszahlen aus dem Verhältnis der Zahl der Einwohner der BRD zur Zahl der zugelassenen Ärzte der jeweiligen Arztgruppe gebildet. Die Verhältniszahlen werden je nach Planungsbereich (Ballungsgebiete bis ländliche Bereiche) weiter differenziert. Die Umsetzung der Bedarfsplanungsrichtlinien auf Landesebene sowie das konkrete Verfahren der Zulassung bei Unter- oder Überversorgung wird sowohl im SGB V als auch in der Bedarfsplanungsrichtlinie als auch in der Ärzte-ZV geregelt.

Bei der Einführung der Bedarfsplanung 1993 im ärztlichen Bereich wurde erstmals der damals bestehende Ist-Stand mit dem bedarfsgerechten Versorgungsgrad gleichgesetzt. Dasselbe Verfahren wurde nach dem Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes für die Psychotherapeuten angewendet mit der bekannten Folge äußerst unterschiedlicher Versorgungsgrade zwischen ländlichen und städtischen Gebieten.

! Merke: Die Bedarfsplanung im Sinne dieser Richtlinien entspricht nicht dem tatsächlichen Bedarf, sondern gibt im Wesentlichen nur den Ist-Stand zu einem Stichtag, an dem die Bedarfsplanung eingeführt worden ist, wieder.

Das Zulassungsrecht wurde mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VändG), das am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, liberalisiert, d.h. unter anderem:

- Eine Praxis kann auch mit halbiertem Versorgungsauftrag zugelassen werden
- Medizinische Versorgungszentren können auch von Psychotherapeuten in Kooperation mit einem Arzt geleitet werden
- Die Möglichkeiten von Zweigpraxen sind erleichtert worden, auch KV-übergreifend
- Fachgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften können gebildet werden
- Gemischte Tätigkeit als Niedergelassener und als Angestellter in einem Krankenhaus ist möglich

Die Niederlassung in einem „gesperrten“, d. h. überversorgten Gebiet ist – außer durch den Erwerb einer Praxis – nur unter besonderen Bedingungen möglich:

1. Jobsharing

Jobsharing bedeutet: Ein Praxisinhaber teilt sich seine Praxis mit einem Partner. Voraussetzung ist die Verpflichtung der Praxis, ihren Gesamtumsatz nicht nennenswert über den bisherigen Umsatz des „Seniorpartners“ hinaus zu steigern. Ist das Ausgangsniveau bereits niedrig, bietet Jobsharing allerdings wenig Entwicklungsmöglichkeiten. Es eignet sich deshalb am ehesten als allmähliche Ausstiegslösung des Seniorpartners aus Altersgründen und als Einstiegsmöglichkeit eines Berufsanfängers.

Für Psychotherapeuten gilt eine Besonderheit in den Bedarfsplanungsrichtlinien:

„§ 23 h Psychotherapeuten und Jobsharing

Die Bestimmungen der §§ 23 a bis 23 g gelten entsprechend für Anträge von Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zur gemeinsamen Berufsausübung mit folgenden Maßgaben:

1. Gemeinsame Berufsausübung im Sinne des § 23 a ist nur unter zugelassenen und zulassungsfähigen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits zulässig.
2. Arztgruppe im Sinne des § 23 b ist bei Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten der Status als Psychotherapeut, unabhängig von der Abrechnungsgenehmigung für die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach den maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinien anerkannten Therapieverfahren.“

! Merke: Eine Jobsharingpraxis ist nur zwischen Psychologischen Psychotherapeuten einerseits und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten andererseits möglich. Das Therapieverfahren kann dabei gemischt sein, z.B. ein Partner arbeitet verhaltenstherapeutisch, der andere tiefenpsychologisch fundiert.

2. Sonderbedarfszulassung

Der Zulassungsausschuss kann nach Maßgabe der Bedarfsplanungsrichtlinien eine Sonderbedarfszulassung für entsprechend qualifizierte Bewerber – unbeschadet einer Überversorgung – dann genehmigen, wenn ein lokaler oder qualitativer Versorgungsbedarf in einem Spezialgebiet festgestellt wird, der durch die bereits zugelassenen Behandler nicht gedeckt werden kann.



Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen

Diese Zulassung gilt nur für den Ort der Niederlassung, und sie setzt voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen.

3. Ermächtigung

Die Möglichkeit einer zeitlich befristeten Ermächtigung wird in § 31 der Ärzte-ZV eingeräumt. Die Zulassungsausschüsse können über den Kreis der zugelassenen Ärzte hinaus weitere Ärzte, insbesondere in Krankenhäusern und Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen. Voraussetzung ist eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung oder die Notwendigkeit, bestimmte Patientengruppen zu versorgen. Die Ermächtigung ist zeitlich begrenzt. Sie kann verlängert werden, wenn die Voraussetzungen weiter bestehen.

2.4.5 Psychotherapierichtlinien

Die Tätigkeit eines niedergelassenen Psychotherapeuten wird hauptsächlich durch die Psychotherapierichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und der nachgeordneten Psychotherapievereinbarungen (s. 2.4.6) bestimmt. In der Präambel zu den Psychotherapierichtlinien wird deren Zweck benannt:

Sie „dienen der Sicherung einer den gesetzlichen Erfordernissen entsprechenden ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie der Versicherten und ihrer Angehörigen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kosten trägt die Krankenkasse. Zur sinnvollen Verwendung der Mittel sind die folgenden Richtlinien zu beachten. Sie dienen als Grundlage für Vereinbarungen, die zur Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen den Vertragspartnern abzuschließen sind“.

! **Merke:** Die Psychotherapierichtlinien dienen der Sicherung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Psychotherapie als Kassenleistung.

Die wichtigsten Bestimmungen der Psychotherapierichtlinien sind:

- **Abgrenzung der Psychotherapie als Krankenbehandlung** gegenüber allgemeinen Maßnahmen der Lebensberatung. (Abschnitt A)
- **Voraussetzungen für ein Richtlinienverfahren:** Nach den Psychotherapierichtlinien können nur solche Therapieverfahren zur Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, „denen ein umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung zugrunde liegt und deren spezifische Behandlungsmethoden in ihrer therapeutischen Wirksamkeit belegt sind“. Solche Verfahren sind derzeit: analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie. (Abschnitt B)
- **Psychosomatische Grundversorgung** als Ergänzung zu den psychotherapeutischen Verfahren. Die dort genannten Gesprächsleistungen können nur durch entsprechend qualifizierte Ärzte erbracht werden. Hingegen können die übenden und suggestiven Techniken (z.B. Entspannungsverfahren, Hypnose) auch durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht werden, sofern

sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen nachgewiesen haben. (Abschnitt C)

• **Anwendungsbereiche** (Abschnitt D) der Psychotherapie sind folgende Indikationen:

- 1.1 Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
- 1.2 Angststörungen und Zwangsstörungen
- 1.3 Somatoforme Störungen und dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
- 1.4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- 1.5 Essstörungen
- 1.6 Nichtorganische Schlafstörungen
- 1.7 Sexuelle Funktionsstörungen
- 1.8 Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
- 1.9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 2 Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:
 - 2.1 Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz
 - 2.2 Seelische Krankheit aufgrund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen
 - 2.3 Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe
 - 2.4 Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Psychotherapie ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn:

- zwar seelische Krankheit vorliegt, aber ein Behandlungserfolg nicht erwartet werden kann, weil dafür beim Patienten die Voraussetzungen hinsichtlich seiner Motivationslage, seiner Motivierbarkeit oder seiner Umstellungsfähigkeit nicht gegeben sind oder weil die Eigenart der neurotischen Persönlichkeitsstruktur des Patienten (gegebenenfalls seine Lebensumstände) dem Behandlungserfolg entgegensteht,
 - sie nicht der Heilung oder Besserung einer seelischen Krankheit bzw. der medizinischen Rehabilitation, sondern allein der beruflichen oder sozialen Anpassung oder der beruflichen oder schulischen Förderung dient,
 - sie allein der Erziehungs-, Ehe-, Lebens- und Sexualberatung dient.
- **Leistungsumfang:** Vor Beginn der Behandlung ist der Behandlungsumfang festzulegen. Hierfür stehen je nach Verfahren unterschiedliche Sitzungskontingente zur Verfügung. Jede Behandlung ist unterteilt in mehrere Bewilligungsschritte. Jeder Bewilligungsschritt erfordert eine erneute Antragstellung, eine Begründung gegenüber einem Gutachter und eine Bewilligung durch die Krankenkasse. (Abschnitt E)

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

- **Antrags- und Genehmigungsverfahren** (Abschnitt F). Dieses wird in Abschnitt 3 näher erläutert.
- In Abschnitt G wird die Regelung zur **Qualifikation** zur Durchführung der Psychotherapie und der psychosomatischen Grundversorgung in den Bereich der Psychotherapie-Vereinbarungen verlagert, und Abschnitt H verweist auf die nachgeordneten **Psychotherapievereinbarungen**: „Das Nähere zur Durchführung der psychotherapeutischen Versorgung regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen durch entsprechende Vereinbarungen.“

2.4.6 Bundesmantelvertrag und Psychotherapievereinbarung

Der Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV) ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Festgelegt werden hier Inhalt, Art, Umfang, Qualität, Abrechnung, gegenseitige Pflichten usw. der vertragsärztlichen Versorgung. Zum 1. Januar 1999 wurde der BMV dem Psychotherapeutengesetz angepasst. U. a. wurden folgende Beschränkungen für die Psychotherapeuten festgelegt:

- Keine Verordnung von Vorsorge- und rehabilitativen Leistungen (entsprechend den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes)
- Keine Berechtigung zum Ausstellen von Bescheinigungen und Berichten, welche die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben benötigen oder welche die Versicherten für den Anspruch der Fortzahlung des Arbeitsentgeltes benötigen
- Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen ist unzulässig

Teil des Bundesmantelvertrags (Anlage 1) ist die sog. Psychotherapievereinbarung. In dieser werden die Psychotherapie-richtlinien weiter präzisiert, z.B. das Antrags- und Genehmigungsverfahren, die fachlichen Voraussetzungen der Behandler, die Formulare.

Merke: Die Psychotherapievereinbarung wird als Vertrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen auf der Grundlage der Psychotherapierichtlinien geschlossen.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist die gesetzlich verfügte Interessensvertretung aller gesetzlichen Krankenkassen. Seine Hauptaufgabe ist die Bündelung der Interessen der Krankenkassen, wenn es um bundeseinheitliche Regelungen geht.

2.4.7 Kassenärztliche Vereinigungen und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Vor der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Jahre 1931 konnten die Krankenkassen Verträge direkt mit einzelnen Ärzten schließen, was zur Folge hatte, dass diese die Bedingungen diktieren konnten. Die KVen erhielten das Recht zum kollektiven Vertragsabschluss, d. h., der einzelne Arzt wurde

durch seine KV vertreten. Direkte vertragliche Beziehungen oder Abrechnungsverhältnisse zwischen dem einzelnen Vertragsarzt und den Krankenkassen waren somit ausgeschlossen.

Die Aufgabe der KVen ist sowohl die Interessensvertretung der Ärzte und Psychotherapeuten als auch die Sicherstellung und Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung. Diese beiden Aufgaben stehen gelegentlich in Widerspruch. Sie führen zum Konflikt, wenn die KV einerseits die Interessen der Mitglieder, andererseits aber die Interessen des Staates vertreten soll (z.B. bei der Durchsetzung von honorarbegrenzenden Maßnahmen oder von Richtlinien des G-BA).

Merke: Die KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Es sind Selbstverwaltungsorgane der Vertragsärzte unter Aufsicht der zuständigen Behörde (in der Regel die Sozial- oder Gesundheitsministerien der Länder). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist die Organisation der kassenärztlichen Vereinigungen auf Bundesebene. Die Aufsichtsbehörde für die KBV ist das Bundesministerium für Gesundheit.

1955 wurde den KVen die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung übertragen, ein Auftrag, den bislang die Krankenkassen hatten. Zugleich wurde ihnen die Verpflichtung auferlegt, die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung zu gewährleisten. Für den einzelnen Behandler bedeutet dies, dass er berechtigt und verpflichtet ist, alle notwendigen, zum Leistungskatalog der vertraglichen Versorgung gehörenden Maßnahmen zur Heilung oder Linderung von Krankheiten „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ durchzuführen, zu verordnen oder zu veranlassen bzw. zu beantragen. Dabei muss er sich jedoch auf das Notwendige beschränken, die Behandlung muss zweckmäßig sein, und sie darf nicht unwirtschaftlich sein (§ 12 SGB V). In jedem Bundesland gibt es eine KV, mit Ausnahme NRW (KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe). Die wichtigsten Organe einer KV sind die Vertreterversammlung und der Vorstand. Die Vertreterversammlung wird von den Vertragsärzten und -psychotherapeuten gewählt und wählt ihrerseits den Vorstand und die Delegierten für die Vertreterversammlung der KBV.

Die KBV ist eine Körperschaft der KVen. Die KVen entsenden insgesamt 60 Vertreter in die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Psychotherapeuten sind in der Vertreterversammlung der KBV mit höchstens 10% der Sitze vertreten (s. § 80 SGB V).

2.4.8 Die Vergütung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen

Die Honorierung einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Leistung richtet sich zum einen nach der Bewertung dieser Leistung in Punkten. Diese Bewertung ist im sog. Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt. Das letztlich ausbezahlte Honorar des Arztes für eine bestimmte Leistung berechnet sich aus der Multiplikation der Punktzahl mit einem Punktwert. Während vor 2009 die Höhe des Punktwertes regional durch den sog. Honorarverteilungsvertrag festgelegt wurde, gilt ab dem 01.01.2009 ein bundeseinheitlicher „Orientierungspunktwert“. Die Multiplikation dieses Orientierungspunktwertes mit der Bewertung aller Leistungen in Punkten führt zu einer „Euro-Gebührenordnung“.



Berufsethik und Berufsrecht, medizinische und psychosoziale Versorgungssysteme, Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes, Kooperation mit Ärzten und anderen Berufsgruppen

Beispiel:

Die Durchführung einer biographischen Anamnese ist nach der EBM-Nr. 35140 mit 1.395 Punkten bewertet. Beträgt der Orientierungspunktwert 3,51 Cent, ist die Leistung 48,96 € wert.

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)

Erstmals trat der EBM als Bestandteil des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes am 01.07.1978 in Kraft. Es folgten grundsätzlichere Reformen 1985, 1996, 2005 und 2008.

Der EBM ist der nach § 87 Abs. 2 SGB V vorgeschriebene Katalog ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung: „Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ... Zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die im EBM enthalten sind.“ Grundlage der Bewertung der Leistungen sind betriebswirtschaftliche Kalkulationen, bei denen der zeitliche Aufwand für eine Leistung und die Kosten eine wesentliche Rolle spielen.

Zur Verhinderung einer nicht gerechtfertigten Leistungsausweitung wird der EBM von sog. mengenbegrenzenden Maßnahmen flankiert. Als eines der hauptsächlich dafür geeigneten Mittel wird das sog. Regelleistungsvolumen (RLV) angesehen. Regelleistungsvolumina als mengensteuernder Mechanismus sind seit 1998 gesetzlich vorgeschrieben. Ein RLV ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist (§ 87b Abs. 2 SGB V). Die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge wird mit stark abgestaffelten Preisen vergütet. Laut GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) werden die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen nicht durch RLVs begrenzt, da sie durch andere Regelungen (Antrags- und Genehmigungsverfahren, Sitzungskontingente usw.) bereits begrenzt sind.

Seit dem Jahr 2000 gilt, dass psychotherapeutische Leistungen „angemessen“ zu vergüten sind. Damit hatte der Gesetzgeber nachvollzogen, was bereits durch das Bundessozialgericht in mehreren Urteilen festgelegt worden war:

Dadurch, dass im somatisch-ärztlichen Bereich die Entwicklung der Leistungsmenge nicht eingedämmt werden konnte, wurde ein Verfall der Punktwerte ausgelöst. Dem konnten somatisch tätige Ärzte mit einer Leistungsvermehrung je Zeiteinheit entgegenwirken („Hamsterradefekt“), nicht jedoch Psychotherapeuten mit ihren durchgängig zeitabhängigen Leistungen. Einer Kompensation der sinkenden Punktwerte durch eine Vermehrung der Leistungsmenge sind durch die Zeitbestimmtheit der psychotherapeutischen Leistungen enge Grenzen gesetzt. Eine Kompensation ist nur mit einer proportionalen Erhöhung der Arbeitszeit zu erzielen, was jedoch an natürliche Grenzen stößt. Das BSG hat einem Honorarverfall im Bereich der Psychotherapie entgegengewirkt, indem es festgelegt hat, dass es den Psychotherapeuten „jedenfalls im typischen Fall möglich sein (muss), bei größtmöglichem persönlichem Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen“.

Zwar ist in dieser Mindestmaßgabe eine grundsätzliche Benachteiligung enthalten, sie ist aber auch eine „Auffanglinie“ gegen einen weiteren Honorarverfall. Der Gesetzgeber hat den Grundsatz der BSG-Rechtsprechung ins SGB V übernommen. Danach müssen psychotherapeutische Leistungen je Zeiteinheit „angemessen“ vergütet werden.

2.5 Rechtliche Voraussetzungen für die Privatbehandlung

Bei der Behandlung von Privatpatienten sind die meisten der unter Abschnitt 2.4 genannten Voraussetzungen nicht relevant. Dennoch bewegt sich auch die Privatbehandlung in einem klar definierten Rechtsrahmen, nämlich dem des Berufsrechts.

2.5.1 Approbation

Voraussetzung für jede psychotherapeutische Leistung ist zunächst die Approbation (s. 2.2). Wer Psychotherapie ohne Approbation oder ohne Heilpraktikererlaubnis ausübt, macht sich ebenso strafbar wie jemand, der ungerechtfertigt eine dieser Berufsbezeichnungen führt: „Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Psychotherapeut“ (Strafgesetzbuch § 132a Abs. 1).

2.5.2 Berufsordnung

Die Rechte und Pflichten der Psychotherapeuten bei der Behandlung sind in der Berufsordnung der jeweiligen Psychotherapeutenkammer festgelegt, s. auch Stellpflug (2006). Die Berufsordnung ist der umfassende Rahmen, der die Rechte und Pflichten sowie ethische Grundsätze der beruflichen Tätigkeit der Psychotherapeuten beschreibt. Die Berufsordnung ist rechtsverbindlich, Zuwiderhandlungen können disziplinarisch belangt werden.

In der Berufsordnung werden u. a. festgelegt:

- Grundsätze der Berufsausübung (z.B. Gewissenhaftigkeit, Zurückweisung von Aufträgen, die dem eigenen Gewissen und den ethischen Grundsätzen widersprechen, usw.)
- Werbungsgebote (z.B. Zurückhaltung bei der Eigenwerbung)
- Verpflichtung zur Fortbildung und zur Teilnahme an qualitätssichernden Maßnahmen
- Verhaltensgrundsätze gegenüber Patienten (z.B. Einhaltung ethischer Grundsätze Aufklärungs- und Schweigepflicht, Dokumentationspflicht, Verpflichtung zu angemessenen Honorarrechnungen)
- Vorschriften über die Praxisräume, Vertretungsregelungen, Anstellungsverhältnisse
- Verpflichtung zur kollegialen Zusammenarbeit

2.5.3 Gebührenordnung

Alle „beruflichen Leistungen“ der Psychotherapeuten in der Privatbehandlung müssen nach der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) abgerechnet werden. Die GOP ist eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Berufliche Leistungen sind nicht nur psychotherapeutische Leistungen, sondern z.B. auch Beratung und gutachterliche Tätigkeit, die sich auf Heilkunde bezieht. Nicht berufstypisch sind Leistungen, die auch von anderen Berufen in gleicher Weise erbracht werden können. Schriftstellerische,

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

künstlerische oder sonstige Tätigkeit, auch Vortragstätigkeit, darf nicht nach der GOP berechnet werden. Ist eine berufstypische Leistung nicht in der Gebührenordnung aufgeführt, kann sie „analog“ einer der aufgeführten Leistungen abgerechnet werden.

Die GOP besteht im Grunde „nur“ aus einem Verweis auf die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), und zwar auf die Abschnitte B (Grundleistungen und allgemeine Leistungen) und G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), da andere rein somatisch-medizinische Abschnitte für Psychotherapeuten ohnehin nicht in Frage kommen.

Innerhalb dieser Abschnitte können aber nur solche Leistungen berechnet werden, die aufgrund der allgemeinen Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes zum Tätigkeitsbereich des Psychotherapeuten gehören. Einige Gebührenordnungspositionen der Abschnitte B und G mit somatisch-medizinischem Inhalt können demnach nicht abgerechnet werden.

Der Patient schuldet dem Psychotherapeuten ein Honorar für seine Arbeit, und der Therapeut ist verpflichtet, ein Honorar zu berechnen. Dieses darf nicht geringer sein als der einfache Gebührensatz der GOP.

Allein schon durch die Tatsache, dass der Patient den Psychotherapeuten aufsucht, kommt ein Dienstvertrag nach dem BGB zustande, also auch ohne schriftliche Form. Dennoch empfiehlt es sich, zur Klärung der gegenseitigen Rechte und Pflichten vor Behandlungsbeginn einen Behandlungsvertrag förmlich abzuschließen.

Für die Frage, ob und in welcher Höhe ein Kostenträger den Rechnungsbetrag erstattet, ist der Psychotherapeut nicht verantwortlich, jedoch empfiehlt es sich, diese Frage gemeinsam mit dem Patienten zu klären, da in der Privaten Krankenversicherung (PKV) die unterschiedlichsten Versicherungs- und Tarifbedingungen gelten. Eine Darstellung der Unterschiedlichkeit der Versicherungsbedingungen in der Privaten Krankenversicherung findet sich bei Best (2008).

Bei manchen PKVen z.B. gilt noch das Delegationsverfahren, zum Teil sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) aber auch den Vorgaben des Psychotherapeutengesetzes angepasst worden. Einige Versicherungen erstatten nur Leistungen, die von Ärzten erbracht worden sind, andere wiederum sehen Tarife vor, die generell keine Kostenerstattung bei Psychotherapie vorsehen.

Verbindlich für den Psychotherapeuten ist jedoch auf jeden Fall die Anwendung der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), und zwar bei

- Selbstzahlern,
- privat Versicherten,
- Patienten mit Anspruch auf staatliche Fürsorgeleistungen (z.B. Beihilfe).

Die GOP enthält einen Rahmen für Mindest- und Höchstsätze, die weder unter- noch überschritten werden dürfen. Der Mindestsatz ist das 1fache, der Höchstsatz das 3,5fache der Gebühr. Das 2,3fache ist die sog. Begründungsschwelle. Wird sie überschritten, „ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen ...“ und: „Auf Verlangen ist die Begründung näher zu erläutern“ (GOÄ § 12 Abs. 3). Bei technischen Leistun-

gen, in der Psychotherapie auch bei Tests nach den Nr. 855 bis 857, liegt die Begründungsschwelle beim 1,8fachen.

! Merke: Die Rechnung muss das Datum der Erbringung der Leistung, die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen Leistung, ggf. die in der Leistungsbeschreibung genannte Mindestdauer, den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz enthalten. Die Honorarforderung verjährt nach 2 Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Vergütungsanspruch entstanden ist.

Die GOÄ ist in manchen Teilen nicht mehr zeitgemäß und soll deshalb novelliert werden. Insbesondere trifft dies auf den psychotherapeutischen Leistungsbereich des Abschnitts G zu. Eine Anpassung an die Entwicklung des Fachgebietes ist in beschränktem Rahmen durch sog. Analogziffern möglich. Sie beschreiben Leistungen, die noch nicht in der GOÄ enthalten sind, jedoch analog „einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses“ (GOÄ § 6 Abs. 2) abgerechnet werden können.

Beispiel:

Die Nr. 808 (Antrag einer gutachterpflichtigen Psychotherapie) trifft nach der Leistungsbeschreibung bisher nur auf die tiefenpsychologisch fundierte oder auf die analytische Psychotherapie zu. Ein Antrag auf Verhaltenstherapie kann demnach nur „analog zu Nr. 808“ abgerechnet werden.

2.5.4 Beihilfevorschriften

Sind Patienten beihilfeberechtigt, sind bei der Privatabrechnung einige Besonderheiten zu beachten.

Nach § 79 Bundesbeamtengesetz (BBG) ist der Dienstherr verpflichtet, im Rahmen seines Dienst- und Treueverhältnisses für das Wohl der Beamten und ihrer Familien zu sorgen. Diese Fürsorge erstreckt sich auch auf die Zeit nach dem Ausscheiden aus dem Dienst. Die Landesbeamtengesetze enthalten entsprechende Vorschriften.

! Merke: Die Beihilfe ist eine eigenständige beamtenrechtliche Krankenfürsorge, die der Versicherungsfreiheit der Beamten und Soldaten Rechnung trägt. Sie ist neben der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung das dritte große Krankenversorgungssystem in der Bundesrepublik Deutschland mit ca. 6 Mio. beihilfeberechtigten Personen. Beihilfeberechtigt sind Beamte sowie Arbeiter und Angestellte des öffentlichen Dienstes und Familienangehörige.

Die „Allgemeine Verwaltungsvorschrift für Beihilfen in Krankheits-, Pflege-, Geburts- und Todesfällen“ (kurz: Beihilfevorschriften) ist eine Verwaltungsvorschrift, in der alles Nähere über den beihilfeberechtigten Personenkreis, beihilfeberechtigte Leistungen, Erstattungen, Antrags- und Genehmigungsverfahren geregelt ist.

Grundsätzlich gilt:

- Beihilfefähig sind nur notwendige Aufwendungen in angemessenem Umfang.

- Die Anerkennung der Beihilfefähigkeit durch die Feststellungsstelle ist Voraussetzung für die Erstattung. So wird mit dem Einreichen der Rechnungen bei der Beihilfestelle gleichzeitig ein Antragsformular eingereicht.
- Weil auf Beihilfe ein Rechtsanspruch besteht, kann bei ablehnenden Bescheiden auch der Klageweg gegangen werden. In diesem Fall wird zunächst Widerspruch innerhalb eines Monats nach Zustellung des Entscheids eingelegt. Weist die Beihilfestelle den Widerspruch zurück, entscheidet die zuständige oberste Dienstbehörde. Bleibt der Widerspruch weiterhin erfolglos, muss vor dem Verwaltungsgericht geklagt werden.

Die Beihilfefähigkeit psychotherapeutischer Leistungen ist in der Anlage 1 der Beihilfevorschriften näher bestimmt. Die Beihilfevorschriften für Psychotherapie entsprechen in wesentlichen Teilen den Psychotherapierichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung:

- Beihilfefähig sind die Aufwendungen für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie und die Verhaltenstherapie. Voraussetzung der Beihilfefähigkeit für eine Behandlung durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ist neben der Approbation nach § 2 Psychotherapeutengesetz der Nachweis der Fachkunde in einem Richtlinienverfahren.
- Die psychotherapeutische Behandlung ist grundsätzlich genehmigungspflichtig und mit Ausnahme der Kurzzeitverhaltenstherapie im Umfang von 10 Sitzungen auch begutachtungspflichtig.
- Spätestens nach den probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Behandlung ist analog zur GKV der Konsiliarbericht eines Arztes zur Abklärung einer somatischen Krankheit einzuholen.
- Auch bei beihilfeberechtigten Patienten gilt: Vertragspartner des Psychotherapeuten ist der Patient selbst.

3 Umsetzung in die Praxis

In diesem Abschnitt sollen die Grundlagen einer effizienten Praxisführung dargestellt werden. Vorausgesetzt wird die Kenntnis der in Abschnitt 2 genannten rechtlichen Voraussetzungen. Wer eine Praxis gründet, braucht jedoch gründlichere Kenntnisse mindestens

- der Psychotherapierichtlinien und Psychotherapievereinbarungen sowie der erläuternden und kommentierenden Texte, s. Rüger et al. (2005) und Behnsen et al. (1999),
- des EBM, zumindest in den für Psychotherapeuten zutreffenden Abschnitten,
- der GOP,
- der Beihilfevorschriften.

Des Weiteren ist die Kenntnis des Antrags- und Abrechnungsverfahrens von grundlegender Bedeutung. Berufsverbände und die KVen geben Einführungskurse, die kostenlos besucht werden können. Weitere Kenntnisse in EDV und in betriebswirtschaftlichen und steuerlichen Aspekten einer Praxisführung sind ebenfalls von Bedeutung.

Im Folgenden werden der praktische Ablauf vom ersten Kontakt mit einem gesetzlich versicherten Patienten bis zur Quartalsabrechnung, dann einige wichtige rechtliche Grundlagen und schließlich die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Praxis in Kurzfassung dargestellt.

3.1 Bei der Antragstellung zu beachten

Beim ersten Besuch legt der Patient seine Krankenversicherungskarte vor. Mit ihr weist er seine Anspruchsberechtigung nach. Es empfiehlt sich, schon in der ersten oder zweiten Sitzung einen Behandlungsvertrag unterschreiben zu lassen. Dieser sollte vor allem eine Regelung für Honorarausfälle enthalten, die durch nicht rechtzeitige Absagen des Patienten verursacht werden, s. Rüger et al. (2005) und Behnsen et al. (1999).

Mindestvoraussetzungen eines Behandlungsvertrages sind:

- die Frist für die Terminabsage;
- die Höhe des Ausfallhonorars. Es sollte niedriger angesetzt werden als das entgangene Honorar, da in der Rechtsprechung in der Regel Abschläge vorgenommen werden;
- Hinweis auf die Pflicht, einen Krankenkassenwechsel rechtzeitig mitzuteilen (im Übrigen teilt auch die Krankenkasse die Beendigung einer Mitgliedschaft mit);
- Empfehlung an privat versicherte Patienten, sich über die Tarifbedingungen ihres Versicherungsvertrags genau zu informieren.

Der Beantragung geht eine probatorische Phase im Umfang von maximal 5 (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Verhaltenstherapie) bis 8 (analytische Psychotherapie) Sitzungen voraus. Diese Phase ist noch nicht Teil der Therapie, sondern sie dient diagnostischen Zwecken. Festgestellt werden soll, ob die Voraussetzungen für eine Psychotherapie vorliegen, und z.B. auch, ob der Patient genügend motiviert und „umstellungsfähig“ ist.

Wird ein Psychotherapieantrag gestellt, muss zunächst das Konsiliarverfahren eingeleitet werden. Dieses ist nicht erforderlich, wenn sich keine Psychotherapie anschließt. Zur konsiliarischen Abklärung überweist der Psychotherapeut den Patienten an einen niedergelassenen Arzt und bittet um den Konsiliarbericht. Spätestens nach drei Wochen stellt der Arzt seinen Konsiliarbericht dem Therapeuten zu.

Im nächsten Schritt werden die Antragsformulare ausgefüllt und gemeinsam mit dem Konsiliarbericht an die Krankenkasse geschickt. Dabei erhält die Krankenkasse keine inhaltlichen Daten. Sofern das Gutachterverfahren erforderlich ist, ist in einem verschlossenen Umschlag ein Bericht an den Gutachter beizufügen. Das Gutachterverfahren dient der Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Psychotherapie. Jede Therapie, die vorher von der Krankenkasse genehmigt worden ist, wird nicht mehr nachträglich einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen, wie dies in anderen Leistungsbereichen der Fall ist. Dies hat den Vorteil, dass ein einmal genehmigtes Behandlungskontingent nicht mehr in Frage gestellt werden kann, indem z.B. Leistungen nachträglich gestrichen werden, weil sie über dem

Fachgruppendurchschnitt lagen. Sowohl für den Patienten als auch für den Behandler bedeutet dies Planungssicherheit, was in der Psychotherapie von besonderer Bedeutung ist.

Merke: Der formale Weg ist einzuhalten: Erst Antrag, dann Bewilligung durch die Kasse, dann Therapiebeginn (denn jede Psychotherapie ist genehmigungspflichtig). Verlängerungsanträge müssen rechtzeitig gestellt werden. Der Gutachter hat sich dazu zu äußern, ob die Voraussetzungen für eine Leistungsübernahme durch die Krankenkasse erfüllt sind. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob das beantragte Psychotherapieverfahren nach den Richtlinien anerkannt ist, im konkreten Behandlungsfall indiziert ist und ob die Prognose einen ausreichenden Behandlungserfolg erwarten lässt. Die positive Begutachtung durch einen Gutachter ersetzt nicht den Bewilligungsbescheid der Krankenkasse.

Beim Gutachterverfahren sind bestimmte Formalien einzuhalten: Jede Psychotherapie und jeder Bewilligungsschritt ist gutachterpflichtig. Von der Gutachterpflicht in der Kurzzeittherapie befreit werden kann, wer eine bestimmte Anzahl positiv beschiedener Psychotherapieanträge, derzeit 35, nachweisen kann. Wenn zwischen dem Ende einer ambulanten Therapie und dem Beginn der nächsten kein Zeitraum von mindestens 2 Jahren liegt, hat die Krankenkasse das Gutachterverfahren einzuleiten.

3.2 Dokumentationspflicht

Die Pflicht zur Dokumentation der Behandlung ergibt sich sowohl aus der Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer, aus dem Bundesmantelvertrag, aus den Psychotherapierichtlinien und als Nebenpflicht des Dienstvertrags aus dem BGB.

Auszug aus der Musterberufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer

§ 9 Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht

- (1) Psychotherapeuten sind verpflichtet, die psychotherapeutische Behandlung und Beratung zu dokumentieren. Diese Dokumentation muss mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen sowie gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen enthalten.
- (2) Die Dokumentationen nach Absatz 1 sind zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit sich nicht aus gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsdauer ergibt.“

„Mindestens“ bedeutet, dass Besonderheiten ausführlicher und genauer dokumentiert werden müssen, z.B. bei Suizidalität, gravierenden körperlichen Erkrankungen, besonderen Behandlungsverfahren usw. Schließlich ist es selbstverständlich, dass sämtliche Behandlungskontakte zwischen Patient und Psychotherapeut mit Angabe des Datums dokumentiert werden.

3.3 Quartalsabrechnung

Abgerechnet wird per EDV mittels eines der gängigen Abrechnungsprogramme (Gocht, 2006). Für letzteres ist eine bestimmte, von der KBV zertifizierte Software nötig. Über die Voraussetzungen der EDV-Abrechnung informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Spätestens 5 Werktage nach Quartalsende muss die Quartalsabrechnung bei der KV eingereicht werden, am besten persönlich oder per Einschreiben. Bei der Abrechnung ist zu beachten, dass die Diagnosen ICD-10-codiert sind. Andernfalls dürfen Krankenkassen Leistungen nicht vergüten. Die KV wird deshalb nicht ICD-10-verschlüsselte Abrechnungsscheine zurückweisen.

Wenn die Abrechnung abgegeben worden ist, dauert es in der Regel 4 bis 5 Monate, bis die KV das Quartalshonorar überweist. Zwischenzeitlich erhält der Therapeut eine Abschlagszahlung, die sich an den bisherigen Umsätzen orientiert.

3.4 Qualitätsmanagement

Seit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1.1.2004 ist die Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagements (QM) gesetzlich vorgeschrieben. Politisch motiviert war die gesetzliche Änderung durch die Feststellung, dass das deutsche Gesundheitswesen als eines der teuersten der Welt nur durchschnittliche Qualität liefere. Es herrsche ein Übermaß an diagnostischem Aufwand, es würden zu viele Medikamente verschrieben, die Rate der Arztbesuche sei mehrfach höher als im Ausland, und der wissenschaftliche Fortschritt werde nur sehr verzögert umgesetzt.

Während Qualitätssicherung auf die einzelne Leistung ausgerichtet ist, ist QM die Summe der qualitätsrelevanten Zielsetzungen und der Maßnahmen zu ihrer Verbesserung. QM ist ein „... systematischer Weg, um sicherzustellen, dass Maßnahmen so ausgeführt werden, wie sie geplant sind ... es geht darum, Probleme von Anfang an zu vermeiden, indem die notwendigen Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Vermeidung möglich machen“ (Crosby, 1979).

Die näheren Anforderungen an ein QM-System werden in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses benannt. Ab 2010 muss jede bestehende Praxis ein QM-System eingeführt haben, dessen Umsetzung jährlich überprüft werden muss. Auch wird jährlich eine Stichprobe von 2,5% der Praxen von der KV überprüft.

3.5 Grundlagen für den wirtschaftlichen Erfolg einer psychotherapeutischen Praxis

Da der Praxisinhaber Unternehmer ist, ist betriebswirtschaftliches Denken notwendig, wenn die Praxis auch wirtschaftlich erfolgreich sein soll. Man muss jedoch kein Betriebswirt sein, um den Erfolg einer Praxis einigermaßen planen zu können.

Vor der Gründung der Praxis sollten mindestens folgende Fragen beantwortet werden können:

Standort

Ist der Standort der Praxis günstig? Durch die Bedarfsplanung ist die Auswahl an offenen Praxissitzen deutlich eingeschränkt, so dass in den meisten Fällen ein Standort der eigenen Wahl

nicht mehr in Frage kommt, es sei denn, man ist bereit, eine Praxis zu übernehmen und den Verkaufspreis zu bezahlen. Eine umfassende Behandlung des Themas bieten Rüping und Mittelstaedt (2008).

Aus diesen Gründen sollte, sofern die Wahl überhaupt besteht, Kontakt mit Kollegen in der Region aufgenommen werden, in der man seine Praxis gründen oder eine bestehende Praxis übernehmen möchte. Eine vielfältige Meinungserhebung ist z.B. durch Telefonrundruf oder durch die Teilnahme an einem Psychotherapeutenstammtisch möglich.

Angebot

Zur Zeit besteht – trotz bedarfsplanungsrechtlicher, statistischer Überversorgung – in vielen Regionen ein Bedarf, der das Angebot übersteigt. Es ist deshalb, wenigstens derzeit, nicht notwendig, mit einem spezialisierten therapeutischen Angebot zu werben. In Hinblick auf die Zukunft und den langfristigen Erhalt der Praxis kann es jedoch durchaus angebracht sein, auch Tätigkeitsschwerpunkte für bestimmte Patientengruppen und Störungsbilder anzubieten (z.B. chronischer Schmerz, Essstörungen, Psychotherapie bei Krebspatienten). Dies gilt auf jeden Fall für die Therapie mit Kindern und Jugendlichen, weil hier allgemein noch ein großer Bedarf besteht. Ein Gespräch mit potenziell zuweisenden Ärzten der Umgebung kann Aufschluss darüber geben, wo Bedarf besteht.

Für den hier nicht näher behandelten Spezialfall einer Ermächtigung oder einer Sonderbedarfszulassung stellt sich die Frage: Besteht für ein bestimmtes Angebot ein Bedarf, der anderweitig nicht abgedeckt werden kann? In diesem Fall kann der Zulassungsausschuss eine Niederlassung nach einer dieser Sonderformen genehmigen.

Praxisausstattung und Personal

Die wirtschaftliche Seite einer psychotherapeutischen Praxis lässt sich vergleichsweise einfach planen, wenn das Honorar für eine Sitzung Psychotherapie bekannt ist. Weil die sozialrechtlichen Vorschriften der Berechnung des Honorars jedoch sehr kompliziert sind, sei an dieser Stelle nur das Wesentliche zusammengefasst:

Das Honorar für eine Leistung ist das Produkt der Bewertung dieser Leistung in Punkten (wie sie im EBM aufgeführt sind) und dem Punktwert, der für alle Leistungen gilt. Ab 2009 gilt ein bundesweiter einheitlicher Punktwert (sog. Orientierungswert), mit dem alle Leistungen zu multiplizieren sind. Voraussichtlich wird das Honorar für eine 50-minütige Sitzung Psychotherapie knapp 80 € betragen. Bei einer maximalen Auslastung von ca. 36 Sitzungen genehmigungspflichtiger Psychotherapie je Woche und einer Arbeitszeit von 43 Wochen im Jahr resultiert daraus ein Umsatz aus GKV-Behandlungen von ca. 124.000 €. Ca. 15% davon dürften auf Privatbehandlungen entfallen, wobei die Honorare hier etwas höher liegen (ca. 100 € je Sitzung Verhaltenstherapie und 93 € je Sitzung tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder analytische Psychotherapie). Erfahrungsgemäß erreichen diese Maximalauslastung allerdings nur ca. 5% aller Praxen (s. Best 2004).

Auf der Kostenseite spielt eine Rolle, mit welcher Ausstattung die Praxis geführt werden soll. Noch arbeiten viele Praxen ohne Personal (sog. Spar- oder Minimalpraxen), was z.T. historische

Gründe hat und z.T. an den bisherigen relativ geringen Honoraren liegt. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig die Beschäftigung einer Teilzeitkraft zu den Standardmerkmalen einer Psychotherapiepraxis gehören wird. Gemäß der dem EBM zugrunde liegenden Kalkulationen ist bei einer maximal ausgelasteten Praxis von Kosten in Höhe von 40.634 € im Jahr auszugehen, ein eher zu niedriger Wert. Mit der Beschäftigung einer Halbtagskraft ist eher mit etwa 50.000 € zu rechnen. Weitere Kosten, die nicht den Praxiskosten zuzurechnen sind, sind die Ausgaben für die Sozialversicherung (wobei der Psychotherapeut die Arbeitgeberbeiträge selbst zu tragen hat) und Ausgaben für die Altersvorsorge, wie z.B. für das Versorgungswerk der Kammern. Eine Übersicht über die Möglichkeiten des Versorgungswerks gibt Köthke (2006).

Zuweisung von Ärzten, Werbung

Die Möglichkeiten der Werbung sind in den letzten Jahren durch Urteile des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts liberalisiert worden. Auffällige Werbung ist erlaubt, sofern sie nicht unwahr ist oder in sonstiger Weise gegen das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb verstößt. Übertriebene Werbung wäre aber kontraproduktiv, weil sie die Kooperation mit Fachkollegen und mit zuweisenden Ärzten und Einrichtungen stören würde. Eine umfassende Übersicht über die Werbemöglichkeiten und Grenzen von Psychotherapeuten findet sich bei Halbe (2007).

Wesentlich wichtiger als direkte Werbung ist das Bemühen um eine gute Kooperation mit anderen Psychotherapeuten am Ort und mit den zuweisenden Ärzten (Nervenärzte, Psychiater, Hausärzte, Kinderärzte, Internisten usw.). So sollte es selbstverständlich sein, die Praxisgründung schriftlich anzukündigen. Ebenso selbstverständlich sollte es sein, das Berichtswesen zu pflegen, z.B. in Form eines kurzen Briefes an den zuweisenden Arzt. Der Brief sollte mindestens enthalten: die Nachricht, dass der Patient sich gemeldet hat, die Symptomatik, der Befund, die Diagnose und die beabsichtigte Behandlung.

Nicht unterschätzt werden sollte auch eine darüber hinausgehende Kontaktpflege, z.B. durch Einladung zur Praxiseröffnung, Teilnahme an Veranstaltungen, an Stammtischen, Fortbildungen usw.

Beim Austausch mit Fachkollegen über einen Patienten spielt die Frage der Datenweitergabe eine wichtige Rolle. Was dabei zu beachten ist, soll im nachfolgenden Abschnitt dargestellt werden.

3.6 Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht

Laut Strafgesetzbuch wird die unbefugte Weitergabe privater Daten unter Strafe gestellt.

§ 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen)

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

11.3 Organisationsstrukturen des Arbeitsfeldes: Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehöriger eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlussprüfung ...
... anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Dies gilt auch bei Strafprozessen vor Gericht, denn mit dem Psychotherapeutengesetz steht Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ebenfalls ein Zeugnisverweigerungsrecht zu.

§ 53 Strafprozessordnung (Zeugnisverweigerungs-berechtigte aus beruflichen Gründen)

Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt ... Rechtsanwälte, Patentanwälte, Notare, Wirtschaftsprüfer, vereidigte Buchprüfer, Steuerberater und Steuerbevollmächtigte, Ärzte, Zahnärzte, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Apotheker und Hebammen über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekannt geworden ist, Rechtsanwälten stehen dabei sonstige Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich.

In den Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern wird die Schweigepflicht, auch im Austausch der Fachkollegen untereinander, weiter präzisiert. In einer Broschüre hat die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung den Umgang mit Patientendaten übersichtlich dargestellt (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, 2008). In vielen Fällen ist die schriftliche Einwilligung des Patienten zur Weitergabe seiner Daten notwendig.

In bestimmten Konstellationen kann ein Durchbrechen der Schweigepflicht notwendig sein, nämlich dann, wenn die Pflicht zur Offenbarung höherwertig ist. Dies kann nach Lippert (2001) der Fall sein:

- **aus höherwertigem Individualinteresse**
Diese Situation kann dann gegeben sein, wenn ein nicht in die Psychotherapeut-Patient-Beziehung einbezogener Dritter durch das Verhalten des Patienten massiv geschädigt wird oder einer lebensbedrohlichen Gefahr ausgesetzt ist, z.B. beim Verdacht auf Kindesmisshandlung.
- **aus höherwertigem Gemeininteresse**
Dies sind Fälle, bei denen der Psychotherapeut erkennt, dass der Patient eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellt.
- **aus berechtigtem Eigeninteresse des Psychotherapeuten**
Hierunter fallen Konstellationen, bei denen der Psychotherapeut der Geschädigte des Patienten ist, z.B. wenn der Patient den Psychotherapeuten bedroht, die Rechnungen nicht bezahlt o.Ä.

4 Ausblick in die Zukunft des Arbeitsfeldes niedergelassene Praxis

Die Weiterentwicklung des Arbeitsfeldes niedergelassene Praxis hängt stark von den sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie oben geschildert wurden, und der weiteren Gesundheitspolitik ab. Die Vorhersage, wie sich das Feld letztlich entwickeln wird, ist schwierig. Es sei deshalb versucht, dies anhand hemmender und fördernder Bedingungen darzustellen:

Hemmende Bedingungen sind vorwiegend die chronisch knappen Mittel in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds 2009 und die Verbindung desselben mit dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) werden zwei Mechanismen eingeführt, die die Krankenkassen stärker als bisher zum Sparen zwingen, den Wettbewerb unter den Krankenkassen anfachen und in eine bestimmte Richtung lenken.

Aus dem Fonds erhält jede Krankenkasse pro Versicherten eine pauschale Zuweisung sowie ergänzende Zu- und Abschläge je nach Alter, Geschlecht und Krankheit ihrer Versicherten. Kommt eine Krankenkasse mit dem ihr zugewiesenen Geld nicht aus, muss sie eine Zusatzprämie erheben. Nach Erfahrungen aus dem Ausland, ist dies für Versicherte ein gewichtiger Grund, sich eine billigere Kasse zu suchen. Durch die besondere Berücksichtigung schwerwiegender und kostenintensiver chronischer Krankheiten trägt der „Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich“ dem unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse Rechnung. Damit haben Krankenkassen mit einer hohen Zahl überdurchschnittlich kranker Versicherter künftig keine Nachteile im Wettbewerb mehr. Welche Krankheiten künftig Zuschläge auslösen, ergibt eine Expertise des Bundesversicherungsamtes. Unter 80 Krankheiten sind auch sechs psychische Krankheiten aufgeführt. Der Wettbewerb wird sich auf die Behandlung von Patienten richten, die diesen Risikogruppen angehören.

Der allgemeine Spardruck wird sich auch auf die Psychotherapie auswirken, indem stärker als bisher der Effizienznachweis gefordert wird. Dies muss kein Nachteil für die Psychotherapie sein, gibt es doch zahlreiche Studien, die deren Effektivität bestätigen. Allerdings gibt es wenige Studien, die – ungeachtet der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten – unter Versorgungsbedingungen auch deren Einsparpotenzial belegen. Auch muss sich Psychotherapie transparenter darstellen, und die Kooperation mit anderen Fachgruppen, vor allem mit den Hausärzten, muss ausgebaut werden.

Die Politik will mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Dazu gehört auch eine Liberalisierung der Rahmenbedingungen. So steht das System der KVen mit den kollektivvertraglichen Strukturen in der Kritik. Allerdings will man auch – noch – keinen freien Markt mit allen Unwägbarkeiten, die er für die Gesundheitsversorgung bringt. Die Bedarfsplanung, die keine echte Bedarfsplanung, sondern eine Festschreibung der bestehenden Versorgungsgrade ist, steht ebenfalls auf dem Prüfstand. Zwar denkt derzeit niemand an eine Aufhebung der Bedarfsplanung, eine sinnvollere und dem Bedarf wirklich gerecht werdende Steuerung ist jedoch in der Diskussion. Eine gewisse Liberalisierung hat auch schon das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gebracht (s.o.).

Eine die Entwicklung fördernde Bedingung ist die wachsende Erkenntnis, dass psychische Krankheiten eine stärkere Beach-

tung im Gesundheitswesen erfahren sollten. Alle Krankenkassen stellen in ihren jährlichen Berichten dar, dass psychische Krankheiten zunehmen. Im Übrigen ist dies eine Entwicklung, die in ganz Europa zu beobachten ist, unabhängig vom Sozialsystem. Ob und in welchem Ausmaß daraus geschlossen wird, dass auch die Psychotherapie eine größere Bedeutung im Gesundheitswesen erlangen soll, liegt in erster Linie an den Psychotherapeuten und an ihrer Überzeugungskraft.

5 Frequently Asked Questions (FAQ)

1. Welche Aufgaben haben die Kammern im Unterschied zu den Kassenärztlichen Vereinigungen?

→ Psychotherapeutenkammern sind staatlich beaufsichtigte Selbstverwaltungsorgane der Psychotherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten). Sie dienen in erster Linie der Interessenvertretung und der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Berufsausübung. In der Kammer sind sowohl niedergelassene als auch angestellte Psychotherapeuten organisiert. KVen sind dagegen Selbstverwaltungsorgane der Kassenärzte- und -psychotherapeuten. Sie haben die Aufgabe, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen.

2. Weshalb wurden mit dem Psychotherapeutengesetz die Psychotherapeuten in die KVen eingegliedert, weshalb gibt es keine eigenen KVen für die Psychotherapeuten?

→ Im Gesetzgebungsverfahren zum Psychotherapeutengesetz war es erklärter Wille der Politik, keine neuen Organisationsstrukturen der mit Krankenkassen abrechnenden Psychotherapeuten zu schaffen, sondern auf die bewährten kassenärztlichen Vereinigungen zurückzugreifen. Letztlich spielte dabei auch die Sorge eine Rolle, mit neuen Strukturen könnten die Ausgaben für Psychotherapie unkontrollierbar ansteigen.

3. Wodurch zeichnet sich ein freier Beruf aus?

→ Freiberufliche Tätigkeit zeichnet sich durch eine besondere berufliche, meist akademisch erworbene Qualifikation aus. Die Leistung wird persönlich, eigenverantwortlich und fachlich unabhängig erbracht. Die Berufsausübung unterliegt in der Regel spezifischen berufsrechtlichen Bindungen durch Gesetzgebung oder durch eigenes Recht der Körperschaft.

4. Was ist der Bundesmantelvertrag Ärzte – Krankenkassen?

→ Der Bundesmantelvertrag (BMV) ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Festgelegt werden hier Inhalt, Art, Umfang, Qualität, Abrechnung, gegenseitige Pflichten usw. der vertragsärztlichen Versorgung. Für die Psychotherapie gilt Anlage 1 des BMV (sog. Psychotherapievereinbarung). Die Psychotherapievereinbarung enthält zahlreiche Regelungen über die Qualifikation der Psychotherapeuten, das Antrags- und Genehmigungsverfahren und über die Abrechnung.

5. Wieso ist man bei der Privatabrechnung an eine Gebührenordnung gebunden?

→ Mit der GOP wird der berufsrechtlichen Gleichstellung der Psychotherapeuten mit den Ärzten auch im Bereich der Privatbehandlung Rechnung getragen. Die Verbindlichkeit der

GOP in der Privatabrechnung dient sowohl dem Schutz des Patienten vor ungerechtfertigt hohen oder falschen Abrechnungen als auch dem Schutz des Therapeuten vor ungerechtfertigten Minderungen des Honorars durch den Patienten.

6 Prüfungsfragen

1. Welches sind die Aufgaben von Psychotherapeutenkammern?
2. Was wird durch die Berufsordnung für Psychotherapeuten geregelt? Nennen Sie die wichtigsten Regelungsbereiche.
3. Welches sind die für einen niedergelassenen Psychotherapeuten wichtigsten Teile des Psychotherapeutengesetzes?
4. Welches sind die wichtigsten, für die Praxisführung notwendigen sozialrechtlichen Regelwerke für Psychotherapeuten?
5. Was wird durch die Zulassungsverordnung geregelt?
6. Wozu gibt es eine Bedarfsplanung? Welche Möglichkeiten der Zulassung in einem gesperrten Gebiet gibt es?
7. Wozu dienen die Psychotherapierichtlinien?
8. Welches sind die wichtigsten Indikationsbereiche für Psychotherapie gemäß den Psychotherapierichtlinien?
9. Skizzieren Sie in groben Zügen das Antrags- und Genehmigungsverfahren entsprechend den Psychotherapierichtlinien; welche formalen Voraussetzungen sind für einen Psychotherapieantrag notwendig?
10. Nennen Sie die wichtigsten Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung!
11. Was ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab?
12. Was muss die Dokumentation enthalten? Wie lange müssen Behandlungsdokumentationen aufbewahrt werden?
13. Was ist bei der Privatabrechnung zu beachten? Welche Angaben muss die Rechnung enthalten?
14. Nennen Sie die wichtigsten Bestimmungen der Beihilfevorschriften für die psychotherapeutische Behandlung
15. Welche rechtlichen Regelungen sind bei der Weitergabe von Patientendaten zu beachten? Welche rechtliche Bestimmung gilt bei Aussagen eines Psychotherapeuten vor Gericht?
16. Wann muss die Schweigepflicht gebrochen werden?

7 Literatur

- Behnen E, Bell K, Best D, Gerlach H, Schirmer H-D, Schmid R (Hrsg.) (1999): Management für die psychotherapeutische Praxis. Loseblattwerk. Heidelberg: Psychotherapeutenverlag
- Beihilfevorschriften (BhV) des Bundes. GMBI Nr. 24/25 vom 15.08.1995
- Best D (2004): Wo liegt die Belastungsgrenze von Psychotherapeuten? Psychother Prax 4 (Zeitschrift wurde überführt in Forum psychotherapeutische Praxis, Verbandsorgan der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Artikel ist erhältlich über die Bundesgeschäftsstelle der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung)
- Best D (2007): Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP). Köln: Deutscher Ärzteverlag