

# DPTV Hintergrund <sup>1.2016</sup>

INFORMATION



## Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind

Vorabdruck aus: Psychotherapie Aktuell 2.2016 (ISSN 1869-0335)

Februar 2016



**DPTV** Deutsche  
Psychotherapeuten  
Vereinigung

**Kontakt** Dieter Best  
Deutsche PsychotherapeutenVereinigung  
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Telefon 030 2350090 · E-Mail [dieterbest@dptv.de](mailto:dieterbest@dptv.de)

**Deutsche PsychotherapeutenVereinigung** Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin  
Telefon 030 2350090 · E-Mail [bgst@dptv.de](mailto:bgst@dptv.de) · Internet [www.dptv.de](http://www.dptv.de)

„Diese Durchschnittswerte dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es erhebliche Unterschiede zwischen den Einkünften in den einzelnen Fachgebieten gibt, dass also – im Bild des „Ganzen Hauses“ der Vertragsärzte – die einen Luxussuiten bewohnen, während den anderen eher die kleinen Kammern im Keller zugewiesen werden. Letzteres trifft vor allem für die Psychotherapeuten zu, die erst 1999 eingezogen sind, als – zumindest aus der Sicht der schon vorhandenen Bewohner – keine besseren Räume mehr verfügbar waren.“

Prof. Dr. Ulrich Wenner, Vorsitzender Richter des 6. Senats des BSG<sup>1</sup>

Dieter Best

# Warum die Einkommen der Psychotherapeuten so niedrig sind

Niedergelassene Psychotherapeuten kommen mit ihren Einkommen gerade so über die Runden. Viele Praxen sind eher spärlich eingerichtet, es wird am Personal gespart und die Altersvorsorge leidet. Die Hälfte der Psychotherapeuten geht davon aus, mindestens bis zu einem Alter von 70 Jahren arbeiten zu müssen, etwa ein Drittel bis zu einem Alter von 75 Jahren<sup>2</sup>. Wo man mit seinem Einkommen im Verhältnis zu den anderen Arztgruppen steht, lässt sich an jeder Quartalsstatistik der Kassenärztlichen Vereinigung ablesen. Was für die Psychotherapeuten so offensichtlich ist, ist in der Selbstverwaltung des KV-Systems und der Krankenkassen, aber auch in der Politik nur schwer zu vermitteln. Die Argumente reichen von: „Einkommensunterschiede sind normal und es verdienen sowieso alle viel zu wenig“ (KVen), oder „...zu viel“ (Krankenkassen) bis zu „jammern gehört zum Geschäft, außerdem mischen wir uns da nicht ein, das muss die Selbstverwaltung alleine regeln“ (Politik). Dass sie dazu nicht in der Lage ist, zeigt sich an der langen Geschichte der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Mindestvergütung der Psychotherapie. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 ist ein erneuter Beleg dieses Versagens<sup>3</sup>.

Müssen die Psychotherapeuten auf Dauer hinnehmen, dass im gemeinsamen Haus die einen die Luxussuiten und sie selbst die Kellerräume bewohnen?

## Die Fakten: Große Einkommensunterschiede zwischen somatisch tätigen und psychotherapeutischen Praxen

In den letzten Jahren hat sich die Datenlage zu den ärztlichen Einkommen stark verbessert. Datenquellen sind:

- **Kostenstrukturanalysen des Statistisches Bundesamtes:** Auf Grundlage von Steuerbescheiden werden im Vierjahresabstand aus Stichprobenerhebungen Daten über die wirtschaftliche Situation von Arztpraxen gewonnen. Seit 2007 werden auch die Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfasst.

1 Wenner, U.: Neue Rollenforderungen an den Vertragsarzt — Freiberuflicher Unternehmer, Funktionsträger im Gesundheitskonzern, Restverwalter oder Vollzugsakteur staatlicher Gesundheitspolitik? In: GesundheitsRecht, Heft 10/2009, S. 505

2 Rabe-Menssen, C., Hild-Steimecke, S.: Freude am Beruf, aber große finanzielle Sorgen, in: *Psychotherapie Aktuell*, Heft 3.2013.

3 Best, D.: Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses: Rechtswidrig und schädlich für die Versorgung, in: *Psychotherapie Aktuell*, Heft 4.2015.

- **Honorarberichte der KBV:** Aufgrund einer gesetzlichen Vorgabe berichtete der Bewertungsausschuss ab 2006 jährlich über die Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung. Mit dem GKV-VStG wurde diese Berichtspflicht auf die KBV verlagert. Seit 2012 veröffentlicht sie einen vierteljährlichen Honorarbericht.
- **Zentralinstitut der KBV (ZI):** Seit 2010 erhebt das ZI jährlich anhand einer Stichprobe mehrerer Tausend Praxen („ZI-Praxis-Panel“) die wirtschaftliche Situation, Umsätze, Überschüsse und Arbeitszeiten der Ärzte und Psychotherapeuten.

All diese Daten zeigen, dass die Einkommen der Psychotherapeuten einschließlich der ärztlichen Psychotherapeuten nicht einmal die Hälfte der Einkommen der somatisch tätigen Arztgruppen erreichen. Auch die Vergütung je Arbeitsstunde beträgt nur etwa die Hälfte und der Abstand vergrößert sich.

Abbildung 1 zeigt die Jahresüberschüsse (GKV- und Privatumsätze abzüglich Praxiskosten; alle Ärzte und Psychotherapeuten vs. nur Psychotherapeuten) nach den Erhebungen des ZI der KBV in den Jahren 2008 bis 2012.

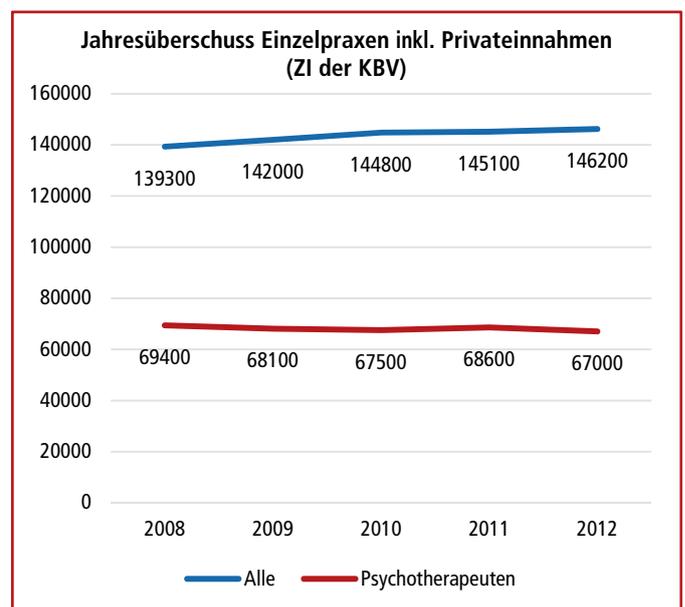


Abbildung 1

Die letzte Erhebung des *Statistischen Bundesamtes* von 2011<sup>4</sup> weist noch wesentlich größere Einkommensunterschiede auf. Danach lag der Durchschnittsüberschuss aller Ärzte bei 166.000 € (ZI: 145.100 €), der Durchschnittsüberschuss der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bei 61.000 € (ZI: 68.600 €).

Weil die Kosten für die Krankheits- und Altersvorsorge nicht in die Praxiskosten eingehen, müssen sie aus den Überschüssen bestritten werden. Würden sich die Psychotherapeuten an den durchschnittlichen Aufwendungen aller Ärzte orientieren, lägen die Ausgaben nach der Erhebung des ZI der KBV von 2014 für die Krankheits- und Altersvorsorge bei 19.300 € im Jahr, also bei einem Drittel des Überschusses.

Diese beiden Untersuchungen (Statistisches Bundesamt und ZI) umfassen neben den Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter auch die Einnahmen aus Privatbehandlungen. In der somatischen Medizin wird mit Privatpatienten wesentlich mehr verdient als bei GKV-Patienten während bei den Psychotherapeuten Privatpatienten nur geringfügig zum Einkommen beitragen. Das hat zwei Gründe: Zum einen beträgt der Privathonorar-Anteil am gesamten Umsatz bei den Psychotherapeuten nur 12 %, bei den somatisch tätigen Arztgruppen 20 %<sup>5</sup>. Zum anderen haben Psychotherapeuten sowohl bei GKV-Patienten als auch bei Privatpatienten, anders als in der somatischen Medizin, generell keine Möglichkeit, ihre fast ausschließlich aus Gesprächen bestehenden Leistungen zu rationalisieren, d.h. zeitlich zu verdichten. Somatisch tätige Arztgruppen erzielen inzwischen je Stunde bei ihren Privatpatienten ein Mehrfaches dessen, was Psychotherapeuten in dieser Zeit erwirtschaften können. Bei letzteren sind die Stundensätze auf dem Stand von 1996, der letzten GOÄ-Reform, stehen geblieben – trotz einer Inflationsrate von 32 %. Beides gilt im Übrigen auch für die Psychiater. Auch sie haben nur geringe Privateinnahmen und haben bei ihren Gesprächsleistungen ebenfalls keine Kompensationsmöglichkeiten durch Rationalisierung. Bei der Privatbehandlung gilt in besonderem Maße: Wer mit den Patienten spricht, verliert Zeit und Geld.

Weitere Ursachen des zunehmenden Auseinanderklaffens der Einkommen sind:

- **Entwicklung der Gesamtvergütungen und des Orientierungswertes.** Die entscheidenden Faktoren für die ärztlichen und psychotherapeutischen Einkommen sind die Anzahl der abgerechneten EBM-Punkte der Praxis, multipliziert mit den Punktwerten für die Leistungen. Die Punktwerte orientieren sich in der Regel am Orientierungswert. Das Produkt von Punktzahlmenge und Punktwert(e) ergibt den Umsatz in Euro. Je höher das Rationalisierungspotential einer Arztpraxis ist, und das ist bei den technikorientierten Arztgruppen in weit höherem Ausmaß als bei den Psychotherapeuten der Fall, desto mehr trägt die *Punktzahlmenge* zum Einkommen bei.<sup>6</sup> Weil Psychotherapeuten ihre Leistungen durch Rationalisierung nicht verdichten können und die Punktzahlmengenentwicklung dadurch stark begrenzt ist, ist für sie die jährliche Steigerung des *Orientierungswertes* die entscheidende Komponente. Sie beträgt aber höchstens ein bis zwei Prozent im Jahr und bleibt damit sogar deutlich hinter

### Wer mit den Patienten spricht, verliert Zeit und Geld

4 Fachserie 2, Reihe 1.6.1: „Kostenstruktur bei Arzt und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten“ 2011, veröffentlicht am 15.8.2013.

5 ZiPP (ZI der KBV), Erhebung 2013

6 Welche Rolle die „Mengenkomponente“ im Verhältnis zur „Preiskomponente“ bei der Einkommensentwicklung spielt, hat der GKV-Spitzenverband in einem Gutachten („Prognos-Studie“) aufgezeigt. Während die Preise für die EBM-Leistungen nur geringfügig mit den jeweiligen Anpassungen des Orientierungswertes gestiegen sind, konnten Ärzte (ohne Psychotherapeuten) ihr Einkommen durch eine Erhöhung der Leistungsmenge je Zeiteinheit deutlich steigern. So sei der Ertrag je Arztstunde zwischen 2011 und 2014 trotz sinkender Arbeitszeit jährlich um 4,3 % gestiegen. Interessanterweise hat die Prognos-Studie die Psychotherapeuten in ihre Berechnungen nicht einbezogen. Sie hätten das Gesamtbild der stetig steigenden ärztlichen Einkommen getrübt.

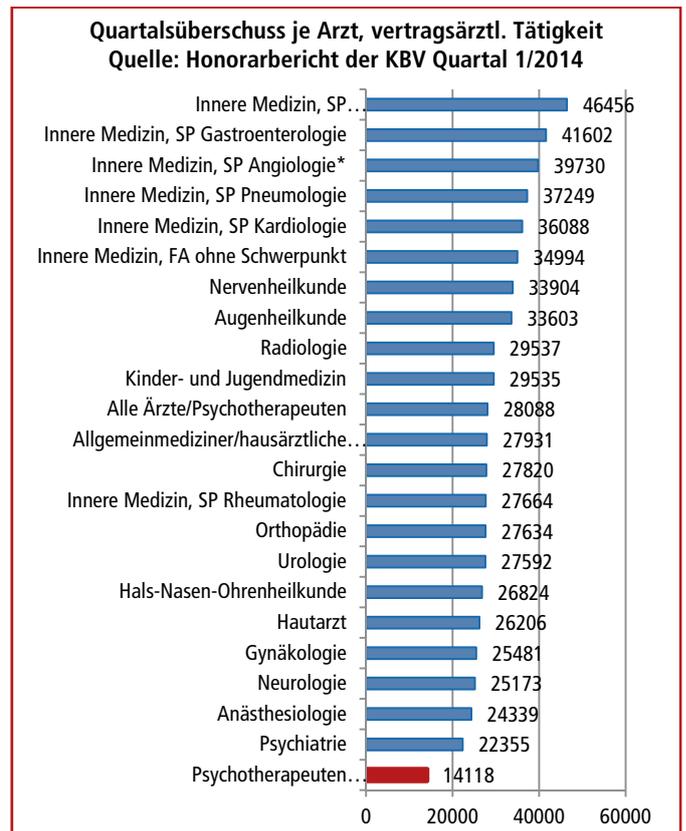


Abbildung 2

der Grundlohnsumentenentwicklung zurück. Außerdem profitieren von den prozentualen Steigerungen des Orientierungswertes die Psychotherapeuten und alle unterdurchschnittlich verdienenden Ärzte *absolut* am wenigsten.

- **Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung“ (PFG).** Die Einführung der Pauschale sollte Praxen mit einem hohen Anteil an Grundversorgungsleistungen finanziell fördern. Davon profitieren Psychotherapeuten allerdings kaum. Während bei ihnen die PFG mit einer jährlichen Umsatzsteigerung von einigen Hundert Euro zu Buche schlägt, sind es bei den Facharztgruppen einige Tausend Euro.
- **Regionale Punktwertzuschläge und Sonderverträge.** Sie kommen in der Regel der somatischen Medizin und nicht der Psychotherapie zugute.

Lässt man die Einkünfte durch Privatbehandlungen außer Acht und betrachtet man nur die Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Versicherter anhand der Honorarberichte der KBV, zeigt sich grundsätzlich dasselbe Bild. Die Einkommensskala weist sehr große Unterschiede aus (Abbildung 2) und der durchschnittliche Gewinn der Psychotherapeuten beträgt nur die Hälfte des Durchschnittes aller anderen Arztgruppen. Auch hier gehen die Einkommen zwischen den somatisch tätigen Arztgruppen und den Psychotherapeuten – bei im Verhältnis zum ZiPP leicht unterschiedlichen Kurvenverläufen<sup>7</sup> – über die Jahre immer weiter auseinander (Abbildung 3 auf Seite 4).

Die enormen Unterschiede bei den Überschüssen sind ungerechtfertigt, sie haben weder etwas mit einem unterschiedlichem Arbeitseinsatz, noch mit einem unterschiedlichen unternehmerischen Risiko zu tun. Sie gehen allein darauf zurück, dass die Bewertungssystematik die Arztgruppen begünstigt, die ihre Leistungen in einem hohen Maße rationalisieren und zeitlich verdichten

7 Vermutlich durch einen Stichprobenfehler bedingt. Bei Abbildung 1 handelt es sich um eine Stichprobe, bei Abbildung 2 um eine Vollerhebung.

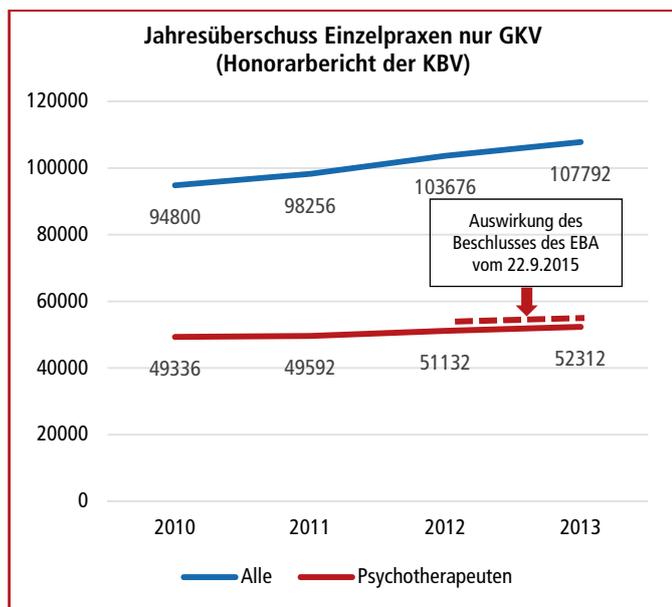


Abbildung 3

können. Das sind vor allem die technikintensiven Fächer der spezialisierten inneren Medizin. Die „sprechenden“ Fächer haben das Nachsehen, ihr Teil des Kuchens wird immer kleiner.

Die Psychotherapeuten haben als absolute Verlierer der Honorarverteilung mit 52.312 € weniger als die Hälfte des Durchschnitts aller Arztgruppen (107.792 €).<sup>8</sup>

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 22.9.2015 zur Anpassung der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen ändert daran so gut wie nichts. Die beschlossene Honorarerhöhung von 2,7% für alle Psychotherapeuten und Zuschläge, von denen weniger als die Hälfte der Psychotherapeuten profitiert und die im Durchschnitt 2,2% ausmachen, ergibt nach Hochrechnungen aus den Zahlen einer größeren KV eine Umsatzsteigerung von höchstens 3.000 € im Jahr, was einer Ertragssteigerung von etwa 2.000 € entspricht.<sup>9</sup> In der Abbildung 3 ist dieser Effekt durch die gestrichelte Linie abgebildet.

## Überschuss je Zeiteinheit: In der Psychotherapie nur etwa halb so hoch wie in der somatischen Medizin

Weil die Einkommensunterschiede auch durch unterschiedliche arztgruppen-spezifische Arbeitszeiten bedingt sein könnten, ist der Überschuss je Zeiteinheit („Arztlohn“) ein besseres und realistischeres Maß für die Einkommensunterschiede. Voraussetzung sind allerdings einigermaßen zuverlässige Zahlen über die Arbeitszeiten. Sie ließen sich theoretisch aus den dem EBM zu Grunde liegenden Kalkulationszeiten der Leistungen gewinnen, allerdings nur dann, wenn die Kalkulationszeiten den Arbeitseinsatz realistisch wiedergeben. Das ist aber nicht der Fall (s. Kasten „Unrealistische Kalkulationszeiten“).

<sup>8</sup> Quelle: Honorarbericht der KBV 2013. Unter „Psychotherapeuten“ sind auch die ärztlichen Psychotherapeuten zusammengefasst. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Einkommen nicht von den Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

<sup>9</sup> Sollte sich ein Antrag der Krankenkassen durchsetzen, ab 2016 ab einer bestimmten Obergrenze keine Zuschläge mehr zu bezahlen, wäre die Honorarerhöhung noch geringer.

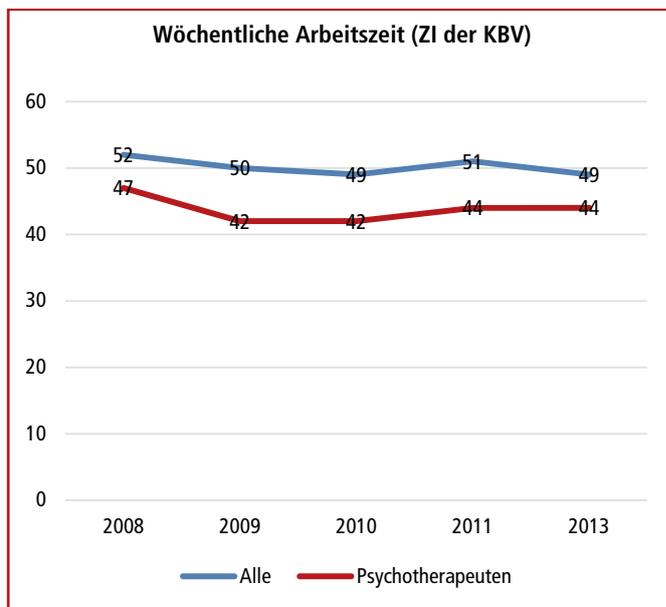


Abbildung 4

### Kalkulationszeiten: Kein Maß für die Arbeitszeiten

Jede Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ist mit einer Kalkulationszeit hinterlegt. Ihre Dauer gibt an, wie lange ein Arzt/Psychotherapeut insgesamt für eine Leistung benötigt. Sie setzt sich zusammen aus der Kontaktzeit mit dem Patienten und zusätzlichen Zeiten für die Vor- und Nachbereitung. Würden die Kalkulationszeiten die tatsächlich eingesetzte Arbeitszeit realistisch widerspiegeln, wäre mit ihrer Summation der größte Teil der gesamten Arbeitszeit des Arztes/Psychotherapeuten erfasst. Hinzu kommen noch je nach Arztgruppe unterschiedliche Arbeitszeiten z.B. für Praxismanagement und für Fortbildungen. Während sich die Kalkulationszeiten bei den psychotherapeutischen Leistungen eng an den vorgeschriebenen Mindest-Kontaktzeiten mit den Patienten orientieren, sind sie im somatisch-medizinischen Bereich überwiegend „gegriffene“ Größen, die aufgrund von Expertenmeinungen festgelegt wurden. Sie waren nicht nur bei ihrer erstmaligen Festlegung schon größtenteils überdimensioniert, sondern sie stimmen im Laufe der Zeit auch immer weniger mit den real aufgewendeten Zeiten überein. Rationalisierungseffekte und die dadurch eingesparte Zeit führen nicht, wie man es erwarten könnte, zu einer Reduzierung der Kalkulationszeiten, denn es fehlt an entsprechenden Korrekturmechanismen. Das bedeutet, in der selben Zeit können mehr Leistungen erbracht und damit auch mehr verdient werden. Immer mehr Ärzte stoßen deshalb an die vorgegebenen Plausibilitätsgrenzen, ohne dass ihre Arbeitszeiten insgesamt gestiegen sind. Die Kalkulationszeiten sind aber nicht nur im somatisch-medizinischen Bereich zu hoch, sondern bei der Psychotherapie auch zu niedrig. Eine empirische Erhebung der DPTV ergab, dass die real aufgewendeten Zeiten für die wichtigsten genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen deutlich über den angesetzten Kalkulationszeiten liegen. Ein Psychotherapeut wendet z.B. bei einer Sitzung Psychotherapie mit einer Mindestkontaktzeit von 50 Minuten und einer Kalkulationszeit von 60 Minuten tatsächlich 77 Minuten für die Sitzung und alle Vor- und Nachbereitungsarbeiten auf. Bei der Erstellung des Berichts an den Gutachter ist die real aufgewendete Zeit sogar vierfach höher als die Kalkulationszeit. Insofern benachteiligt die Berechnung der Vergütungen auf der Grundlage der Kalkulationszeiten die Psychotherapeuten doppelt.

Die derzeit einzig verfügbaren empirischen Ergebnisse über die Arbeitszeiten liefert das Praxis-Panel (ZiPP) des Zi der KBV (s. Abbildung 4).

Die aus den Jahresüberschüssen und den Arbeitszeiten errechneten Überschüsse je Stunde lagen im Jahr 2013 (s. Abbildung „Ergebnisse aus der Befragung 2014“) bei den Psychotherapeuten knapp über der Hälfte des durchschnittlichen Überschusses aller Arztgruppen (einschließlich der Psychotherapeuten), beim Vergleich mit den Fachärzten unter der Hälfte.

Die Überschüsse je Zeiteinheit sind offensichtlich umso größer, je höher das Rationalisierungspotenzial einer Arztgruppe durch den Einsatz von Technik und Delegation ist<sup>10</sup>.

**Ergebnisse aus der Befragung 2014**  
**Jahresüberschuss differenziert nach Fachbereichen im Jahr 2013**

Fachbereich	Praxen	Jahresüberschuss			Stunden je Inhaber pro Jahr
		je Inhaber in Tsd. Euro	je Stunde in Euro	Vergleichswert in Tsd. Euro	
<b>Gesamt</b>	<b>4.814</b>	<b>143,9</b>	<b>64,3</b>	<b>143,9</b>	<b>2.238</b>
Hausärztlicher Bereich	1.053	145,0	62,3	139,4	2.327
Fachärztlicher Bereich I	1.477	164,8	75,3	168,6	2.187
Fachärztlicher Bereich II	772	199,3	82,8	185,3	2.407
Internistischer Bereich	226	218,9	87,3	195,3	2.508
Neurologisch-psychiatrischer Bereich	513	153,5	65,3	146,1	2.353
Psychoth. und psychosom. Bereich	719	66,4	35,0	78,4	1.894
Übergreifend tätige Praxen	54	190,8	80,2	179,4	2.380

Hinweis: Der Vergleichswert ist das Produkt aus dem durchschnittlichen Überschuss je Stunde eines Fachbereichs mit der durchschnittlichen Jahresarbeitsstundenzahl je Inhaber Gesamt.  
Quelle: Zi-Praxis-Panel 2014.

SEITE 11 Konzertierte Aktion von KBV und Berufsverbänden / 11. September 2015 / www.zi.de

## Wie kommen die Einkommensunterschiede zustande?

Die Ursachen wurden schon mehrfach erwähnt: Psychotherapeutische Gesprächsleistungen sind mit Mindestzeiten versehen, sie können nicht delegiert oder durch den Einsatz von Technik rationalisiert werden. Bei den somatisch-medizinischen Leistungen dagegen sind keine Mindestzeiten vorgegeben. Der Zeitaufwand für die einzelnen Leistungen richtet sich nach der Erfahrung und der Geschicklichkeit des Arztes sowie seiner Möglichkeiten des Einsatzes von Technik und Personal. Die Kalkulationszeiten im EBM sind lediglich eine Kalkulationsgrundlage zur Berechnung ihrer Wertigkeit in Form einer Punktzahl (s. Stichwort „Punktzahl“ im Glossar).

Die Vergütungssystematik im somatisch-medizinischen Bereich entspricht dem Akkordlohnprinzip, die Vergütungssystematik im psychotherapeutischen Bereich dem Stundenlohnprinzip. Im Unterschied zur Industrie, wo die Zeittaktung beim Akkordlohn regelmäßig dem technischen Fortschritt angepasst wird, folgt die Anpassung der Kalkulationszeiten im EBM aber weder festen Regeln noch festgelegten Zeitpunkten. Meist erfolgen Anpassungen in Zusammenhang mit EBM-Reformen. Dieser wird in der Regel in Abständen von mehr als zehn Jahren reformiert, meist dann, wenn die Glaubwürdigkeit des gesamten Bewertungssystems auf dem Spiel steht. Seit der letzten EBM-Reform von 2005 („EBM 2000plus“) sind nun mehr als zehn Jahre vergangen, der Reformdruck steigt, nicht zuletzt wegen nicht mehr vermittelbarer überhöhter Kalkulationszeiten. Bei gleichen Gesamtausgaben würde eine Reduzierung unrealistisch hoher Kalkulationszeiten zu einer Umverteilung führen, die den Leistungen mit realistischen oder zu kleinen Kalkulationszeiten zugute käme.

Der Bewertungsausschuss hat am 22.10.2012 den Beschluss gefasst, den EBM grundsätzlich zu reformieren. Ursprünglich sollte die Reform schon am 1.1.2016 umgesetzt sein, auf Wunsch der KBV wurde der Termin aber auf den 1.7.2017 verschoben. Begründet wurde das mit einer dann zur Verfügung stehenden besseren Datengrundlage. Auch kommt der neue Zeitpunkt nicht mit

<sup>10</sup> Fachärztlicher Bereich I: Anästhesiologen, Augenärzte, Hautärzte, Gynäkologen, HNO-Ärzte, physikalische und rehabilitative Medizin. Fachärztlicher Bereich II: Chirurgen, Nuklearmediziner, Orthopäden, Radiologen, Urologen.

den KV-Wahlen im zweiten Halbjahr 2016 in Konflikt, denn jede EBM-Reform führt unvermeidlich zu Umverteilungen und Unruhe unter den Ärzten – keine günstige Konstellation in Wahlkampfzeiten.

Unter den unklaren gesetzlichen Vorgaben zu den EBM-Überprüfungen leiden nicht nur die Psychotherapeuten und Psychiater, sondern alle Arztgruppen und Ärzte, die zum großen Teil mit nicht-delegierbaren und nicht-rationalisierbaren Zuwendungsleistungen arbeiten.

## Die Kalkulation des EBM benachteiligt die Psychotherapeuten.

Zwar enthält das SGB V Korrekturvorschriften und das GKV-VSG hat diese leicht konkretisiert, die Vorschrift ist aber halbherzig und macht die Überprüfungsverpflichtung kaum stringenter. Die Vorschrift lautet in der neuen Form (gekürzt, Neuerungen unterstrichen):

*„Die Bewertungsmaßstäbe sind in bestimmten vom Bewertungsausschuss für die vertragsärztlichen Leistungen zu bestimmenden regelmäßigen Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen, ...; ... bei der Bewertung der Leistungen ist insbesondere der Aspekt der wirtschaftlichen Nutzung der bei der Erbringung von Leistungen eingesetzten medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen. Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 und die Überprüfung der wirtschaftlichen Aspekte nach Satz 2 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf in bestimmten Zeitabständen zu aktualisierender betriebswirtschaftlicher Basis durchzuführen.“*

Die Kalkulation des EBM benachteiligt aus den oben genannten Gründen die Arztgruppen, die fast ausschließlich mit Gesprächsleistungen arbeiten. Es wäre ein in kürzeren Zeitabständen vorzunehmender, regelmäßiger Korrektur- und Ausgleichsmechanismus auf Grundlage der sich arztgruppenspezifisch unter-

schiedlich entwickelnden Leistungsmengen je Zeiteinheit festzulegen. Gelänge ein solcher Korrekturmechanismus im EBM, müssten im Sinne eines schlüssigen Gesamtkonzepts zusätzlich flankierende Schutzmaßnahmen auf Honorarverteilungsebene (§ 87b SGB V) eingerichtet werden, damit die EBM-Effekte nicht durch Modifikationen beim Punktwert konterkariert werden können. Eine solche Schutzmaßnahme existiert zwar bereits bezüglich der psychotherapeutischen Leistungen (§ 87b Abs. 2, s.u.). Sie hat sich aber als wirkungslos erwiesen und sie hat nicht verhindert, dass die KVen bei den nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen die Honorare abgesenkt haben.

Alternativ und wesentlich einfacher wäre die gesetzliche Festlegung eines Ertragskorridors, innerhalb dessen sich die Überschüsse der Hausärzte und der Fachärzte und der fachärztlichen Untergruppen (z.B. vorwiegend grundversorgende vs. spezialversorgende Fachärzte) bewegen müssten. Dafür müsste ein Ausgleichsmechanismus geschaffen werden, der das nicht gerechtfertigte Auseinanderdriften der Einkommen regulieren würde.

Wenn das KV-System im Sinne des gemeinsamen Hauses als Solidarsystem der Ärzte und Psychotherapeuten begriffen werden soll, müsste dafür gesorgt werden, dass – um im Bilde Wenners zu bleiben – die Wohnräume des gemeinsamen Hauses gleichermaßen attraktiv sind. Zumindest müsste dafür gesorgt werden, dass die Bewohner der Kellerräume überhaupt die Chance haben, in die darüber liegenden, komfortableren Wohnräume umziehen zu können. Für die Psychotherapeuten ist das durch die EBM-Konstruktion und die Beschlüsse des Bewertungsausschusses völlig ausgeschlossen. Die Selbstverwaltung ist nicht in der Lage, daran etwas zu ändern.

## Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur „angemessenen Vergütung“: Letzte und unverzichtbare Auffanglinie für die Psychotherapie-Honorare

Würden die allgemeinen gesetzlichen Vorschriften zur Kalkulation des EBM zu einer fairen Honorierung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit führen, wären die gesetzlichen Spezialvorschriften zum Mindesthonorar überflüssig. Die Vorschriften gehen auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zurück.

### Spezialvorschriften zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen im SGB V

§ 87 Abs. 2c Satz 6 schreibt für den EBM vor:  
*Die Bewertungen für psychotherapeutische Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten.*

§ 87b Abs. 2 Satz 5 schreibt darüber hinaus für die **Honorarverteilung** vor:  
*Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten.*

Warum wurde die doppelte Sicherung des Mindesthonorars im § 87b eingeführt? In den Jahren 2009 bis 2012 galten bundeseinheitliche Regelungen zur „Mengensteuerung“. Weil bei den Psychotherapeuten fast alle Leistungen durch vielfältige Regelungen in ihrer Menge begrenzt sind, wurden sie von

der Einführung der Regelleistungsvolumina verschont. Dafür erhielten sie eine „Zeitkapazitätsgrenze“. Bis zu dieser Grenze wurden alle Leistungen mit festen Preisen vergütet. Um diese sinnvolle Regelung fortzuführen und zu verhindern, dass im Zuge der Re-Regionalisierung der Vergütungsregelungen durch das GKV-VStG und die Wiedereinführung der regionalen Honorarverteilung der KVen der EBM einfach unterlaufen wird, baute der Gesetzgeber die zusätzliche Sicherung bei der Honorarverteilung in § 87b ein. Die Gesetzesbegründung sieht dafür den Erhalt der sogenannten zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen vor. Nach diesem Modell wurde aufgrund eines Beschlusses des Bewertungsausschusses eine Punktzahlobergrenze je Quartal aus genehmigungspflichtigen und nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen eingeführt. Innerhalb der Zeitkapazitätsgrenze wurden alle Leistungen zum vollen Orientierungswert vergütet. Wie erwähnt, hat die Sicherung allerdings nicht gehalten und die Honorare für die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen wurden seit 2013 von den meisten KVen abgesenkt.

Eine derartige Absenkung der Honorare ist bei den genehmigungspflichtigen Leistungen wegen klarer Vorgaben des Bundessozialgerichts nicht möglich. Bereits 1999 hatte das BSG, ausgehend vom prinzipiellen Unterschied zwischen den psychotherapeutischen und den somatisch-medizinischen Leistungen eine Mindestvergütung für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen vorgeschrieben. Die Honorarverteilung der KVen – so das BSG – verletzen das Gleichbehandlungsgebot des Artikels 3 Abs. 1 Grundgesetz, da die Honorarverteilung die unterschiedliche Systematik der Vergütung bei den Psychotherapeuten und den somatisch tätigen Arztgruppen nicht berücksichtigt habe:

*„Der im oben dargestellten Sinne optimal ausgelastete psychotherapeutisch tätige Arzt kann auf einen Punktwertrückgang weder durch eine Steigerung der generell oder pro Behandlungsfall zu erbringenden Leistungen noch durch eine vermehrte Abrechnung höher bewerteter Leistungen oder durch eine Änderung seines Behandlungsspektrums im Rahmen seines Fachgebietes reagieren. Die anderen Arztgruppen machen von diesen Möglichkeiten – die hier nicht rechtlich zu bewerten sind – in mehr oder weniger großem Umfang Gebrauch.“ (Urteil vom 20.1.1999, Az B 6 KA 46/97 R)*

Den Psychotherapeuten wurde damals ein Mindestpunktwert von 10 Pfennig zuerkannt. In weiteren Urteilen, vor allem der Jahre 2004 und 2008 hat das BSG seine Rechtsprechung gefestigt und im Grundsatz nur dadurch modifiziert, dass der Mindestpunktwert von 10 Pfennig ersetzt wurde durch einen Vergleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit den Einkommen bestimmter Facharztgruppen. Der bis heute bestehende Grundsatz lautet:

*„Den Psychotherapeuten muß es jedenfalls im typischen Fall möglich sein, bei größtmöglichem persönlichen Einsatz des Praxisinhabers und optimaler Praxisauslastung zumindest den Durchschnittsüberschuss vergleichbarer Arztgruppen zu erreichen.“ (Urteil vom 28.1.2004, Az B 6 KA 52/03 R, Rn 48).*

Die Geschichte der BSG-Rechtsprechung zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie ist auch eine Geschichte ihrer unfairen und mangelhaften Umsetzung durch den Bewertungsausschuss. Zum einen hat dieser das Mindesthonorar in ein nicht überschreitbares Höchsthonorar umdefiniert, was, auf andere Arztgruppen angewandt, völlig unvorstellbar erscheinen würde (s. Kasten).

### Frage an die Politik und die Ärzteschaft: Nur mal angenommen ...

... der Bewertungsausschuss würde beschließen: „Ein Hausarzt (oder wahlweise auch eine Facharztgruppe) kann bei maximalem Arbeitseinsatz und optimalen Praxisbedingungen höchstens das Durchschnittseinkommen der fünf schlechtest verdienenden Facharztgruppen erreichen.“

### Wäre das für Sie in Ordnung?

Zum anderen wurden, wo es nur möglich schien, die BSG-Vorgaben unterlaufen. So wurde der Bewertungsausschuss zweimal, 2004 und 2008, vom BSG verpflichtet, seine Beschlüsse nachzubessern. In den Urteilen von 2008 wies das Gericht darauf hin, dass seine Grundsätze auch unter dem ab 2009 geltenden neuen Vergütungsrecht des GKV-WSG zu gelten habe. Das hinderte den Bewertungsausschuss / Erweiterten Bewertungsausschuss aber nicht daran, weitere sechs Jahre verstreichen zu lassen, um erst mit dem Beschluss vom 22.9.2015 eine Anpassung vorzunehmen. Was dabei herauskam, weicht weit von der BSG-Rechtsprechung ab und kann getrost als „Honorargerechtigkeit nach Kassenlage“ bezeichnet werden. Nach Einschätzung der Psychotherapeutenverbände und -kammern wird auch dieser Beschluss vom BSG beanstandet werden.

Trotzdem lässt sich festhalten, dass die Einkommen der Psychotherapeuten im Verhältnis zu denen der somatisch tätigen Arztgruppen ohne die Urteile des Bundessozialgerichts noch weiter zurückgeblieben wären. Eine einigermaßen gesicherte Honorierung psychotherapeutischer Leistungen, wenn auch auf einem Mindestniveau, ist allein den Gerichten und vor allem dem Bundessozialgericht zu verdanken. Dass der Gesetzgeber mit dem GKV-RefG des Jahres 2000 das grundlegende Urteil des BSG von 1999 auch in das SGB V aufgenommen hat, geht auf eine Initiative des ehemaligen SPD-Bundestagsabgeordneten Horst Schmidbauer, Nürnberg, zurück.

Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass die in den Grundsätzen des BSG angelegten und vom BSG selbst zugestandenen mehrfachen Benachteiligungen der Psychotherapeuten hinsichtlich ihrer verfassungsgemäßen Grundlage angezweifelt werden. So hält Ebsen die Berechnung des Mindesthonorars aus dem Vergleich durchschnittlich ausgelasteter (schlecht verdienender) Facharztgruppen mit maximal ausgelasteten Psychotherapeutenpraxen für nicht verfassungskonform. Wenigstens müssten „vollaugelastete“, d.h. eigentlich maximal ausgelastete, Psychotherapeutenpraxen mit voll ausgelasteten Praxen bestimmter Facharztgruppen verglichen werden.<sup>11</sup>

### Exkurs: Was hat es mit der „Vollauslastung“ auf sich?

Das BSG hat zur Berechnung des psychotherapeutischen Mindesthonorars das Konstrukt einer „voll ausgelasteten“ psychotherapeutischen Praxis mit durchschnittlich 36 genehmigungspflichtigen Psychotherapiesitzungen pro Woche entwickelt. Dabei verstand es unter „Vollauslastung“, anders als es der Begriff nahelegen würde, keine Vollzeitätigkeit, sondern eine *maximal erreichbare Leistungsmenge unter optimalen Praxisbedingungen*. So führt das Gericht in seinem Urteil von 1999 aus, dass „die Belastungsgrenze für einen vollzeitig tätigen Psychotherapeuten bei 36 zeitabhängig zu erbringenden psy-

chotherapeutischen Leistungen von mindestens 50-minütiger Dauer erreicht ist.“<sup>12</sup> „Eine derartige Leistungsausweitung ist nach den vorliegenden Unterlagen nur einer geringen Zahl von Psychotherapeuten möglich“ und es zeige sich doch, „dass der Kreis der Psychotherapeuten, die tatsächlich in der Lage sind, in mehr als 43 Wochen im Jahr mehr als jeweils 35 bzw 36 Einzeltherapiestunden neben den erforderlichen Begleitleistungen zu absolvieren, relativ klein ist.“ (28.1.2004, B 6 KA 52/03 R).

Wie die Abrechnungsergebnisse der KVen zeigen, sind lediglich ein bis zwei Prozent der Psychotherapeuten in der Lage, auf Dauer 36 genehmigte Psychotherapiesitzungen pro Woche durchzuführen. Das bedeutet eine wöchentliche Gesamtarbeitszeit von deutlich mehr als 50 Stunden. Obwohl einleuchten dürfte, dass eine Belastungsgrenze kein Benchmark für die Arbeitsleistung aller Psychotherapeuten und schon gar kein Anlass zur Abqualifizierung eines Berufsstandes sein kann, wird gerade das von interessierter Seite immer wieder unternommen. Psychotherapeuten würden, da sie ja nicht „voll ausgelastet“ seien, ihre Versorgungsaufträge nicht erfüllen. Das ist so, wie wenn man einem Internisten, der mit seiner Einzelpraxis einen Reinertrag von weniger als 406.000 € im Jahr aufweist, vorwerfen würde, er erfülle seinen internistischen Versorgungsauftrag nicht. So hoch liegen nämlich die durchschnittlichen Reinerträge internistischer Einzelpraxen in der obersten Umsatzklasse nach der Erhebung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2011.

Der Vorwurf mangelnder Auslastung hält sich hartnäckig, zum Teil auch in den Medien. So stand in einem Artikel der Frankfurter Allgemeinen vom 28.7.2014: „Der Versorgungsauftrag der Psychotherapeuten umfasst 36 Stunden pro Woche, Psychotherapeuten erfüllen ihren Versorgungsauftrag nicht“ und „würden die Psychotherapeuten voll arbeiten, hätten sie auch keinen Grund, über vergleichsweise niedrige Honorare zu klagen.“

Tatsächlich arbeiten Psychotherapeuten nach der aktuellen ZiPP-Erhebung von 2014 im Durchschnitt 44 Stunden wöchentlich in ihrer Praxis, davon 28 Stunden im direkten Patientenkontakt. Darin enthalten sind nach den Abrechnungsstatistiken der KVen ca. 19 genehmigte Sitzungen pro Woche mit einem jeweiligen Zeitaufwand von mehr als 70 Minuten pro Patient, einschließlich Vor- und Nachbereitung sowie Dokumentation.

Unlängst wurde die Behauptung der geringen Auslastung, sicher ohne böse Absicht, vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in Zusammenhang mit dem Vorschlag einer Überarbeitung der Bedarfsplanung erneut in die Welt gesetzt: „In diesem Zusammenhang ist die Kritik geäußert worden, dass eine nicht unwesentliche Anzahl von Leistungserbringern nicht das volle Psychotherapiestundenkontingent – generell bzw. im Rahmen der Versorgung von gesetzlich Versicherten – erbringt.“<sup>13</sup>

Gründe für die hohe Lösungsresistenz des Mythos einer zu geringen Auslastung psychotherapeutischer Praxen sind zum einen – wie beim Sachverständigenrat – die Übernahme gängiger Vorurteile aus Unkenntnis, zum anderen aber auch ein gezieltes Interesse, die Honoraransprüche der Psychotherapeuten ins Leere laufen zu lassen nach dem Motto „arbeitet doch mehr, dann verdient ihr auch mehr“.

<sup>11</sup> Ebsen, I.: Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit als Steuerungs- und Rechtmäßigkeitskriterium für die Honorargestaltung psychotherapeutischer Leistungen in der GKV, Rechtsgutachten im Auftrag der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV), Frankfurt, 9.2.2015

<sup>12</sup> Urteil vom 25.8.1999, Az B 6 KA 14/98 R

<sup>13</sup> Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2015, Seite 192.

## Auf welche Resonanz stoßen die Psychotherapeuten mit ihren Honorarforderungen im gesundheitspolitischen Umfeld?

Bei gedeckelten Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung führen Honorarerhöhungen bei den einen immer zu Honorarabsenkung, bzw. wenn man das vermeiden will, zu geringeren Honorarsteigerungen bei den anderen. Auch die Ausbudgetierung der genehmigungspflichtigen Leistungen und der probatorischen Sitzungen des Jahres 2013 hat an dieser Logik, sowohl auf KV- als auf Kassenseite, grundsätzlich nichts geändert, denn:

- Zum einen bleiben die restlichen nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen weiterhin innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der KV und eine überproportionale Mengenentwicklung in diesem Bereich muss von den anderen Arztgruppen teilweise mitfinanziert werden (den anderen Teil zahlen die Psychotherapeuten durch abgestaffelte Honorare aus der eigenen Tasche).
- Zum anderen bedeutet die extrabudgetäre Vergütung für den Großteil der psychotherapeutischen Leistungen nicht, dass die Skala nach oben offen wäre. Der Deckel ist dann nicht mehr das Volumen der Gesamtvergütung, sondern die Gesamtsumme dessen, was die gesetzlichen Krankenkassen bereit sind, für die ambulante Versorgung auszugeben. Eine theoretisch angenommene bzw. auch nur befürchtete ungebremste Mengenentwicklung in der Psychotherapie würden die Krankenkassen am Ende, wenn alle anderen Möglichkeiten der Mengenbegrenzung bei der Psychotherapie ausgeschöpft wären, unweigerlich mit Einsparungen in anderen medizinischen Bereichen beantworten. Das Gesamtverhandlungspaket darf insgesamt nicht schwerer werden.

Auch wenn es sich bei den Ausgaben für die ambulante psychotherapeutische Behandlung im Verhältnis zu allen Ausgaben für die ambulante Versorgung um geringe Summen handelt – nur ca. 5 % – löst allein schon die Erwartung einer Mengensteigerung Ängste bei den KVen und den Krankenkassen aus. Es spielt dann auch keine Rolle, dass die Ausgaben für stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungen und für die medikamentöse Behandlung ein Vielfaches von dem der ambulanten Behandlungen ausmachen und dass sich die direkten und indirekten Kosten psychischer Krankheiten auf bis zu 50 Milliarden Euro im Jahr summieren<sup>14</sup>.

Die Psychotherapeuten haben mit ihren Honoraransprüchen also zwei Seiten gegen sich: Die Krankenkassen und die eigene Selbstverwaltung, nämlich die anderen Fachgruppen, die durch die KBV und die KVen vertreten werden. So kommt Ebsen in seinem Gutachten zur Honorarverteilungsgerechtigkeit zu der Schlussfolgerung, dass Zweifel daran bestehen, dass die Interessen der Psychotherapeuten bei Entscheidungen des Bewertungsausschusses angemessen berücksichtigt werden. Denn keine der beiden Seiten könne ein Interesse daran haben, einen Honorarausgleich zu Gunsten der Psychotherapeuten zu erwirken.

Wenn die Selbstverwaltung aufgrund dieser Interessenskonstellation einen fairen Interessenausgleich nicht schafft, wer dann? Bisher waren es die Gerichte. Wie sich aber zeigt, gelang es dem Bewertungsausschuss und jüngst dem Erweiterten Bewertungsausschuss mehrfach, die BSG-Urteile zu unterlaufen. Aus diesem Grund richtete sich die Demonstration von 1.500 Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, ärztlichen Psychotherapeuten und Psychiatern im September

2014 nicht an die Selbstverwaltung, sondern an die Politik. Gefordert wurde „gleiches Geld für gleiche Leistung“ und konkrete gesetzliche Maßnahmen. Die wichtigste Forderung, war die nach klaren Vorgaben zur angemessenen Vergütung der Psychotherapie. Die bisherigen Vorschriften in § 87 und § 87b (s. Seite 6) benötigen ein Update. Ein von den Vertretern der Psychotherapeuten in der KBV-Vertreterversammlung und der Bundespsychotherapeutenkammer abgestimmter Gesetzesvorschlag lautet:

### Gesetzliche Vorschrift zur „angemessenen Vergütung“ benötigt ein Update

#### Vorschlag Neufassung des § 87 Abs. 2c Satz 6:

*„Die Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen haben eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit zu gewährleisten, mit der sichergestellt ist, dass nach Abzug der Praxiskosten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielt werden kann. Die Überprüfung der Bewertungen der psychotherapeutischen Leistungen erfolgt jährlich auf Grundlage der jeweils aktuellen Daten.“*

**Erläuterung:** Damit sind sowohl die genehmigungspflichtigen als auch die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen umfasst und der Vergleich der Einkommen bezieht sich auf alle Arztgruppen und nicht nur auf wenige schlecht verdienende. Außerdem wird eine regelmäßige jährliche Prüfung auf Grundlage der aktuellen Daten verlangt.

#### Vorschlag Neufassung des § 87b Abs. 2 Satz 4:

*„Im Verteilungsmaßstab sind Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte zu treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung mindestens zum Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e gewährleisten.“*

**Erläuterung:** Um zu verhindern, dass die Bewertungen im EBM durch regionale Honorarverteilungsmechanismen, zum Beispiel durch abgesenkte Punktwerte „neutralisiert“ werden, ist wie bisher eine flankierende Bestimmung in § 87b notwendig. Vor allem soll der Zustand der Jahre 2009–2011 wieder hergestellt werden, als sowohl die genehmigungspflichtigen als auch die nicht-genehmigungspflichtigen Leistungen unquotiert vergütet wurden. Damit wäre auch auf HVM-Ebene gesichert, dass die mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie neu einzuführenden Leistungen angemessen vergütet werden.

Weshalb konnten sich die Psychotherapeuten trotz klarer Faktenlage und BSG-Rechtsprechung mit ihren Forderungen in der Politik noch nicht durchsetzen?

### Die Psychotherapeuten haben zwei Seiten gegen sich: die Krankenkassen und die eigene Selbstverwaltung.

Allgemein besteht eine große Zurückhaltung bei Gesundheitspolitikern, sich in die Selbstverwaltung einzumischen, jedenfalls solange die Versorgung zufriedenstellend geregelt ist. Das gilt auch für innerärztliche Verteilungskämpfe, die erst dann interessieren, wenn sie die Versorgung tangieren. So wurde die gesetzliche

Trennung der Gesamtvergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Teil eingeführt, weil immer mehr Mittel in die fachärztliche Versorgung flossen, die Hausärzte finanziell benachteiligt waren und dadurch die hausärztliche Tätigkeit immer unattraktiver wurde.

<sup>14</sup> Ulrich, V.: Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland, in: Frankfurter Forum, Heft 9 (2014).

Psychotherapeuten weichen kaum nennenswert auf andere Einkommensquellen oder auf die Behandlung von Privatpatienten aus, wie der geringe Honoraranteil aus der Behandlung von Privatpatienten zeigt – es ist der geringste im gesamten ambulanten Bereich. So bleiben den Psychotherapeuten zur Verbesserung ihres Gewinns nur Einsparungen auf der Ausgabenseite. Einsparung beim Personal und bei der Größe und Ausstattung der Räumlichkeiten sind jedoch strukturelle Hemmschuhe für die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen, z.B. für die Einführung von Sprechstunden oder Gruppentherapien. Für Hilfesuchende stellt es außerdem eine zusätzliche Hürde dar, wenn sie Praxen auf der Suche nach einem Therapieplatz „abtelefonieren“ müssen. Mancher bringt diese Kraft und Zeit nicht auf oder verliert dabei den Mut. Wenn es an Personal mangelt, leidet auch die Psychodiagnostik, die teilweise an Personal delegiert werden könnte.

Die geringen Verdienstmöglichkeiten in der Psychotherapie und Psychiatrie sind schließlich auch ein fatales Signal an den ärztlichen Nachwuchs, dass sich eine Spezialisierung auf diesen Gebieten nicht lohnt und dass man sich beim Blick auf seine Zukunft besser der technikintensiven Medizin zuwendet.

## Die Politik muss handeln

Versagt der Interessenausgleich im vertragsärztlichen Solidarsystem und in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und werden die Interessen der Minderheit der Psychotherapeuten und Psychiater nicht geschützt, trägt die Politik die Verantwortung für einen fairen Interessenausgleich. Dass dringender Handlungsbedarf besteht, haben die Verbände und Kammern der Psychotherapeuten gemeinsam mit den ärztlichen Psychotherapeuten und den Psychiatern in öffentlichen Aktionen mehrfach und nachdrücklich zum Ausdruck gebracht.

Die Politik hat die Notwendigkeit einer Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker erkannt und bei der letzten Gesundheitsreform eine Reihe sinnvoller struktureller Maßnahmen im GKV-VSG auf den Weg gebracht. Jetzt muss noch die unverzichtbare Grundlage jeder Versorgung, die Honorare derer, die die Versorgung leisten, vernünftig gesetzlich geregelt werden.

## Zusammenfassung

In dieser Übersicht wurden die Fakten zur finanziellen Stellung der Psychotherapeuten im vertragsärztlichen System zusammengetragen und es wurden die Hauptgründe für das wesentlich schlechtere Einkommen der Psychotherapeuten herausgearbeitet. Um die Darstellung nicht zu überfrachten, wurden weitere Gründe, die z.B. in der EBM-Kalkulation liegen, nicht beschrieben. Sie sind in einer Stellungnahme des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV als Beratungsunterlage zur EBM-Reform zusammengefasst. Die Hoffnung, dass diese EBM-Reform zu einer Besserstellung der Psychotherapeuten führt, ist nach allen bisherigen Erfahrungen äußerst begrenzt, denn wer soll in der gemeinsamen Selbstverwaltung, außer den betroffenen Gruppen selbst, daran ein Interesse haben? Wenn die Psychotherapeuten ihre Honoraransprüche nicht immer wieder nur auf einem absoluten Mindestniveau über die Gerichte einklagen sollen, ist die Politik gefordert, gesetzgeberische Maßnahmen zu ergreifen. Sie richten sich nicht allein auf die Psychotherapie, sondern auch auf die Arztgruppen und Leistungsbereiche, bei denen das Gespräch mit den Patienten im Vordergrund steht. 

---

### Dieter Best

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Mitglied der Vertreterversammlung der KBV, alternierender Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses für Psychotherapie der KBV, stellv. Mitglied des Bewertungsausschusses, Gebührenordnungsbeauftragter des Vorstandes der BPTK, stellv. Bundesvorsitzender der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung.

## Glossar der wichtigsten Begriffe

### Bewertungsausschuss

Der Bewertungsausschuss nach § 87 SGB V besteht paritätisch aus Vertretern der KBV und des GKV-Spitzenverbandes. Er fasst Beschlüsse zur Vergütung im vertragsärztlichen Bereich mit bundesweiter Wirkung, z.B. zum EBM und zum Orientierungswert. Bei Stimmengleichheit kann der erweiterte Bewertungsausschuss angerufen werden. Er besteht zusätzlich aus einem unparteiischen Vorsitzenden und Beisitzern.

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Er bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Der EBM wird zur Gebührenordnung, wenn die Bewertungen in Punkten mit einem Punktwert multipliziert werden. Für viele Leistungen ist dies der bundeseinheitliche Orientierungswert, z.B. für die genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie, für viele andere Leistungen gilt ein regional im Honorarverteilungsmaßstab festgelegter Punktwert, der höher oder niedriger liegen kann. Für die Leistungen, die ein bestimmtes Volumen (z.B. Regelleistungsvolumen bzw. Individualbudgets) übersteigen, gelten abgestaffelte Punktwerte.

### GKV-VSG

„GKV-Versorgungsstärkungsgesetz“, in Kraft getreten im August 2015.

### GKV-RefG.

„GKV-Reformgesetz“, in Kraft getreten im Januar 2000.

### GKV-FinG

„GKV-Finanzierungsgesetz“, in Kraft getreten im Januar 2010. Unter anderem wurde für 2011 und 2012 eine Nullrunde beim Orientierungswert verfügt.

### GKV-WSG

„GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, in Kraft getreten im Januar 2009. Neben vielen anderen Maßnahmen wurde die bis dahin weitgehend regionalisierte Vergütungssystematik zentralisiert und nach bundeseinheitlichen Bestimmungen neu geregelt, d.h. Einführung eines einheitlichen Orientierungspunktwertes zur Erzielung fester Preise innerhalb von Regelleistungsvolumina und Einführung einer Mengensteigerungssystematik der Gesamtvergütungen der KVen nach vorgegebenen Morbiditätskriterien. Die neue Systematik führte zu Umverteilungen zwischen den KVen und zu einer bundesweiten Angleichung der abrechenbaren Leistungsmengen. Die Reform brachte für alle Ärzte und Psychotherapeuten eine Honorarsteigerung von ca. 10%. Für die Psychotherapie wurde erstmals ein bundeseinheitliches Honorar und als „Mengensteuerungsinstrument“ die sogenannten Zeitkapazitätsgrenzen eingeführt. Innerhalb dieser Grenzen wurden die Leistungen zum vollen Orientierungswert bezahlt.

### GOÄ/GOP

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und die mit den Abschnitten B und G der GOÄ identische Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) ist eine verbindliche staatliche Gebührenordnung für Privatbehandlungen, die vom BMG mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wird.

### Honorarverteilung

Die Gesamtvergütungen werden gemäß eines Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) der KV auf die Ärzte und Psychotherapeuten verteilt. Den Rahmen gibt § 87b SGB V vor.

### Kalkulatorischer Arztlohn

Der kalkulatorische Arztlohn ist die vom Bewertungsausschuss normativ festgelegte Vergütung der persönlichen Leistung des Arztes (ohne Berücksichtigung der Praxiskosten). Er entspricht dem Überschuss aus der vertragsärztlichen Behandlung gesetzlich Versicherter. Der kalkulatorische Arztlohn orientiert sich am Bruttoeinkommen eines im Krankenhaus angestellten Oberarztes im Alter von 43 Jahren mit 2 Kindern. Er beträgt derzeit 105.572 € im Jahr bei 46 Arbeitswochen und einer Gesamtarbeitszeit von 51 Stunden pro Woche. Zur Berechnung der Bewertung einer Leistung wird der kalkulatorische Arztlohn auf die Minute heruntergerechnet, wobei nur die Arbeitszeit im direkten Patientenkontakt zählt (Nettoarbeitszeit). Jeder Arzt oder Psychotherapeut mit der wöchentlichen, normativ festgelegten Brutto-Arbeitsleistung von 51 Stunden soll den kalkulatorischen Arztlohn erreichen können. Je nach Studie wird der kalkulatorische Arztlohn vom Durchschnitt der Ärzte überschritten (Prognos-Institut) bzw. unterschritten (Zi). Der kalkulatorische Arztlohn ist für Psychotherapeuten aber prinzipiell nicht erreichbar. Der Durchschnitt der Psychotherapeuten erzielt weniger als 60.000 €, ein im Sinne des BSG an der Belastungsgrenze arbeitender Psychotherapeut höchstens 88.600 €.

### Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die „MGV“ ist die zwischen den Krankenkassen und der KV für den Bereich einer KV insgesamt vereinbarte Ausgaben-Obergrenze. Sie hängt je Krankenkasse von der Anzahl und der Morbidität ihrer Versicherten ab.

### Orientierungswert

Der Orientierungswert (bzw. auch „Orientierungspunktwert“), löste die bis 2009 geltenden unterschiedlichen Punktwerte der KVen ab. Zwischen 2009 und 2012 war er der verbindliche Punktwert, der durch Multiplikation mit den Punktzahlen des EBM die Bewertungen der „Euro-Gebührenordnung“ festlegte. Seit 2012 ist der Orientierungswert nur noch die verbindliche Vergütungsgröße zur Bestimmung der Gesamtvergütungen.

### Punktzahl

Die Punktzahl setzt sich nach einer betriebswirtschaftlichen Berechnungsmethode zusammen aus einem Anteil aus der aufgewendeten persönlichen Arbeitszeit des Arztes (sogenannter Arztlohn, AL) und den Praxiskosten (sogenannte Technische Leistung, TL). Letztere sind die zusammengefassten durchschnittlichen Praxiskosten je Arztgruppe. Der Arztlohn und die Praxiskosten werden auf die Minute heruntergebrochen und dann je EBM-Leistung mit der hinterlegten Kalkulationszeit multipliziert. Durch die Division mit dem EBM-Kalkulationspunktwert erhält man je Leistung eine Punktzahl für AL und TL. Beides addiert und mit dem Orientierungswert multipliziert, ergibt den Eurobetrag je Leistung.

### Zentralinstitut der KBV (Zi)

Forschungsinstitut der KBV in der Rechtsform einer Stiftung des bürgerlichen Rechts. Träger sind die KVen und die KBV. Das Zi-Praxis-Panel („ZiPP“) liefert eine jährliche wirtschaftliche Analyse der Praxiskosten und Leitungsdaten der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen auf der Grundlage von Befragungen mehrerer Tausend Praxen.