

Zweiklassenmedizin in der Psychotherapie? Eine Gegenüberstellung:

Gesprächsleistung (anschließend ausführliche Dokumentation zwingend)	GOÄ / GOP (2,3 facher Satz, z.B. Beihilfepat.)	EBM (gesetzlich Versicherte)	Strukturzuschläge zur EBM Leistung mgl., je nach Auslastung*
Probatorik ≥ 50 min, Tiefenpsychologisch fundiert (TP) / Analytische Psychotherapie (AP)	Ziffer 861 / 863 = 92,50 €	Ziffer 35150 = 66,16 € (dringend korrekturbedürftig)	Nein (dringend korrekturbedürftig)
Probatorik ≥ 50 min, Verhaltenstherapie (VT)	Ziffer 870 = 100,55 €	Ziffer 35150= 66,16 € (dringend korrekturbedürftig)	Nein (dringend korrekturbedürftig)
Vorab genehmigte Einzelth. (TP / AP) ≥ 50 min	Ziffer 861 = 92,50 €	Z.B. Ziffer 35401=89,60 €	Ja, bis zu 7,62 €
Vorab genehmigte Einzeltherapie (VT) ≥ 50 min	Ziffer 870 = 100,55 €	Z.B. Ziffer 35421=89,60 €	Ja, bis zu 7,62 €
Vorab genehmigte Gruppentherapie (TP / AP) 4 Teilnehmer (TN) ≥ 100 min	Ziffer 862 = 46,25 € Gesamt:185 €	z.B. 35504 = 75,01 € je TN Gesamt: 300,04 €	Ja, zusätzlich bis zu 3,19 € pro TN
Vorab genehmigte Gruppentherapie (TP / AP) 8 Teilnehmer (TN) ≥ 100 min	Ziffer 862= 46,25 € Gesamt: 370 €	z.B. 35508 = 54,02 € je TN Gesamt: 432,16 €	Ja, zusätzlich bis zu 3,19 € pro TN
Vorab genehmigte Gruppentherapie (VT) 4 Teilnehmer (TN) ≥ 100 min	871x2=40,22€ je TN Gesamt: 160,88 €	z.B. 35524 = 75,01 € je TN Gesamt: 300,04 €	Ja, zusätzlich bis zu 3,19 € pro TN
Vorab genehmigte Gruppentherapie (VT) 8 Teilnehmer (TN) ≥ 100 min	871x2=40,22 € je TN 321,76 €	z.B. 35528= 54,02 € je TN Gesamt: 432,16 €	Ja, zusätzlich bis zu 3,19 € pro TN
„kleine Gesprächsleistung“, z.B. ≥ 20 min z.B. für chronisch psychisch Kranke, nicht genehmigungspflichtig, bei fehlender Indikation für genehmigte PT	Ziffer 806 = 33,52 € Nur mgl. für Ärzte! Nicht für PP und KJP!	Möglich für alle Psychotherapeuten: 22220 bzw. 23220 je 10 min 11,51 € = 23,02 € für ≥ 20 min (dringend korrekturbedürftig)	Nein (dringend korrekturbedürftig)

*Als Auslastung wird nach dem BSG Urteil von Oktober 2017 nur die Genehmigungspflichtige Psychotherapie (Kap. 35.2), die Psychotherapeutische Sprechstunde 35151 und die Akutbehandlung 35152 gezählt. Alle anderen Leistungen zählen nicht zur Auslastung und verringern die Strukturzuschläge!!!

Zusammenfassung: In der Psychotherapie ist die „Zweiklassenmedizin“ andersherum: **Privatpatienten sind mehr benachteiligt als gesetzlich Versicherte**. Das liegt daran, dass in der gesamten GOÄ / GOP die gesprächs- und zuwendungsorientierten Leistungen seit vielen Jahren absolut unterbewertet sind. Aber auch die EBM Leistungen sind unterbewertet, es gibt nur ein erklagtes Mindesthonorar für einige Leistungen. Mit diesem kann ein **maximal** ausgelasteter Psychotherapeut so viel verdienen wie ein **durchschnittlich** arbeitender Facharzt einer schlecht verdienenden Facharztgruppe.

Trotzdem ist die Situation bei den Privatpatienten noch schlechter: Viele private Kassen zahlen z.B. gar keine Psychotherapie! Wenn sie zahlen, sind die Rahmenbedingungen und Antragsverfahren viel komplizierter und langwieriger (z.B. keine Berichtsbefreiung für Kurzzeittherapie, kleinere Bewilligungsschritte, keine Bezugspersonenstunden, keine Sprechstundenziffern).

Die Bezahlung der Einzelpsychotherapie ist teils im EBM höher, z.B. bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie oder der analytischen Psychotherapie, insbesondere, wenn Strukturzuschläge hinzukommen. Die Behandlung von z.B. chronisch kranken Privatpatienten, die ein anderes Gesprächsangebot brauchen als die Richtlinienpsychotherapie, ist für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-und-Jugendlichen-Psychotherapeuten gar nicht möglich!

Die Konsequenz ist, dass die Bereitschaft Privatpatienten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten aufzunehmen, eher geringer ist. Aber auch die Vergütung im EBM muss an verschiedenen Stellen dringend korrigiert werden.

Wir fordern die Politik auf, rasch eine neue GOÄ / GOP mit betriebswirtschaftlich kalkulierten Strukturen auf den Weg zu bringen, um die Sprechende Medizin auch für Privatpatienten zu fördern.