

bvvp • Württembergische Str. 31 • 10707 Berlin
An die Mitglieder im bvvp

03.12.2015

**Aktuelle Information:
Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses rechtskräftig!**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 22. September hatte der Erweiterte Bewertungsausschuss nach vielen Jahren des mühsamen Ringens einen Beschluss zur angemessenen Vergütung genehmigungspflichtiger Psychotherapieleistungen für das Jahr 2012 gefasst. Trotz der Überzeugung und entsprechender Eingaben aller Berufsverbände, dass dieser Beschluss rechtswidrig ist, hat das Bundesministerium für Gesundheit als Rechtsaufsicht nun nicht beanstandet. Damit ist der Beschluss rechtskräftig. Die Interessenkoalition von Kassen und KBV, den beiden Verhandlungspartnern im Bewertungsausschuss, ist offensichtlich stärker als eine rechtskonforme und faire Vertretung der Interessen der Psychotherapeuten.

Die beiden Komponenten des Beschlusses

1. Das Honorar für alle genehmigungspflichtigen Leistungen wird rückwirkend ab dem Jahr 2012 um knapp 2,7 % angehoben. Dies wird in der Form umgesetzt, dass die Punktzahlen entsprechend angehoben werden. So steigt die genehmigungspflichtige Einzelsitzung im Jahr 2012 von 2.315 auf 2.375 Punkte. Ab dem vierten Quartal 2013, dem Zeitpunkt der „Währungsreform“, steigt die Punktzahl von 819 auf 841 Punkte. Gleiches gilt entsprechend für Gruppenleistungen.

Beispielhaft wird in der folgenden Tabelle die Vergütung einer Einzelsitzung dargestellt, einmal vor, einmal nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses.

Vorstand

Vorsitzender:
Dr. med. Martin Kremser

1. stellv. Vorsitzender:
Martin Klett, KJP

2. stellv. Vorsitzende:
Dipl.-Psych. Ulrike Böker

Dr. med. Michael Brandt
Dipl.-Psych. Tilo Silwedel
Dr. med. Erika Goez-Erdmann
Ariadne Sartorius, KJP
Dipl.-Psych. Jürgen Doeberl
Norbert Bowe, Nervenarzt
Dr. phil. Dipl. Psych.
Frank Roland Deister
Dipl.-Psych. Yvo Kühn
Angelika Haun

bvvp
Bundesgeschäftsstelle
Frau Beya Stickel
Württembergische Straße 31
10707 Berlin

Telefon: 030 88725954
Fax: 030 88725953
E-mail: bvvp@bvvp.de
www.bvvp.de

Bankverbindung:
Berliner Volksbank eG
Konto: 2525400002
BLZ: 10090000

IBAN:
DE69100900002525400002
BIC: BEVODEBB
Gläubiger-ID
DE77ZZZ00000671763

Jahr		2012	01.01.2013	01.10.2013	2014	2015	2016
Vor Be-							
schluss	Punkte	2315	2315	819	819	819	819
	Honorar	81,14 €	81,87 €	81,90 €	82,96 €	84,13 €	85,47 €
Nach Be-							
schluss	Punkte	2375	2375	841	841	841	841
	Honorar	83,24 €	83,99 €	84,10 €	85,19 €	86,39 €	87,77 €

2. Ab einem bestimmten Auslastungsgrad einer Praxis mit genehmigungspflichtigen Leistungen werden diese Leistungen mit einem Zuschlag versehen. Dieser Schwellenwert für die Auslastung bezieht sich auf die Musterpraxis der BSG-Rechtsprechung, die definiert ist mit 36 genehmigungspflichtigen Sitzungen in 43 Wochen des Jahres. 50 % dieser Maximalauslastung, also 18 Sitzungen pro Woche, werden als Schwelle in Form eines Punktzahlvolumens pro Quartal definiert. Ab diesem Schwellenwert werden die entsprechenden Zuschläge von der KV zugefügt. Probatorische Sitzung oder Gesprächsleistungen fließen nicht ein in die Berechnung des Schwellenwerts!

Eine Übersicht der Zuschläge finden Sie im Anhang. Die Höhe ist also abhängig davon, ob es sich um eine Einzelsitzung oder eine Gruppenleistung handelt. Für die Einzelsitzung in 2014 beträgt der Zuschlag z.B. 143 Punkten oder 14,49 €.

Hier gibt es insofern noch eine Besonderheit, als der Schwellenwert für halbe Sitze um die Hälfte reduziert wird, also 25 % der Maximalauslastung der BSG-Praxis und damit 9 Sitzungen pro Woche entspricht.

Alle anteiligen Versorgungsaufträge werden also mit einer entsprechend abgesenkten Schwelle versehen, und es werden dann bei gleicher Sitzungszahl unterschiedlich viele Zuschläge angesetzt

Der Schwellenwert für volle Versorgungsaufträge beträgt pro Quartal 459.563 bzw. ab der Währungsreform 162.734 Punkte und bei halben Versorgungsaufträgen 229.782 bzw. ab der Währungsreform 81.367 Punkte. Aber Achtung: Bei diesen Schwellenwerten ist bereits die Erhöhung der Punktzahl um 2,7 % berücksichtigt, sie müssen also hier die Einzelsitzung bereits mit 2.375 bzw. 841 Punkten berücksichtigen!

Wie funktioniert nun die Berechnung der Zuschläge?

Im jeweiligen Quartal werden die Punktzahlen aller von Ihnen erbrachten genehmigungspflichtigen Leistungen zusammen gezählt. Dieses individuelle Punktzahlvolumen wird in Relation gesetzt zum Schwellenwert.

Daraus ergibt sich ein Zuschlagsfaktor ZF. Die genaue Formel lautet:

$$ZF = (A-B)/A$$

wobei A = Punktzahl des Therapeuten aus Kapitel 35.2 (Einzel und Gruppe)
und B = Schwellenpunktzahl.

Der Zuschlag für Einzelsitzungen oder Gruppen wird nun mit diesem Zuschlagsfaktor multipliziert und allen entsprechend erbrachten genehmigungspflichtigen Leistungen zugesetzt.

Als Beispiel: Sie haben im vierten Quartal 2014 mit Ihrem vollen Versorgungsauftrag in elf Wochen jeweils 24 genehmigungspflichtige Einzelsitzungen erbracht. Damit beträgt ihr Punktzahlvolumen A: $11 \times 24 \times 841 = 222.024$ Punkte

Der Schwellenwert beträgt 162.734

$ZF = (222.024 - 162.734) / 222.024 = 0,27$

Auf alle Ihre 11×24 Sitzungen wird nun der Zuschlag von $14,49 \text{ €} \times 0,27 = 3,91 \text{ €}$ zugesetzt. Das wären dann in diesem Quartal insgesamt 1.032 €.

Eine psychotherapeutische Durchschnittspraxis mit vollem Versorgungsauftrag profitiert von diesem Zuschlag allerdings überhaupt nicht, denn sie leistet im Durchschnitt etwa 18 genehmigungspflichtige Leistungen pro Woche. Für den Großteil der Psychotherapeuten erweist sich damit der Zuschlag als Abschlag. Die nach BSG-Rechtsprechung angemessene Vergütung wird nur von Praxen mit 36×43 Sitzungen im Jahr erreicht, also von weniger als 2% aller Praxen!

Zum Hintergrund

Im berühmten 10-Pfennig-Urteil von 1999 legte das BSG eine Methode fest, wie die angemessene Vergütung psychotherapeutischer genehmigungspflichtiger Leistungen zu berechnen sei. Tatsächlich handelt es sich hierbei nicht um die angemessene, sondern um die Mindestvergütung. Dazu wurde eine fiktive, mit größtem Einsatz arbeitende Modellpraxis definiert (die bekannten 36×43 Sitzungen im Jahr), die den Durchschnittsumsatz einer Vergleichsgruppe erreichen können muss. Damals dienten die Allgemeinärzte als Vergleichsgruppe. Mit der Trennung der Vergütungsbereiche wurde der sogenannte „Fachgruppenmix“ als Vergleichsgruppe definiert, der sich zusammensetzt aus sieben grundversorgenden Ärzten im unteren Einkommensbereich: Augenärzte, HNO-Ärzte, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, Urologen und Orthopäden. Dieser Fachgruppenmix soll nach Möglichkeit beibehalten werden, um eine beständige Vergleichbarkeit zu gewähren und Schwankungen auszugleichen. Außerdem legte das BSG fest, dass eine solche Modellpraxis diesen maximalen Umsatz nur erreichen kann mithilfe einer Halbtagskraft. Die Kosten für diese Angestellte fließen bei der Vergleichsrechnung als normative Größe in die Praxiskosten ein.

Zum Vergleichsertrag des Fachgruppenmix werden also die Praxiskosten inklusive der normativen Halbtagskraft eine maximal ausgelasteten Praxis hinzu addiert, und diese Summe muss erwirtschaftet werden können mit dem Honorar für 36×43 genehmigungspflichtige Einzelsitzungen im Jahr. Oder anders ausgedrückt: Die Summe wird geteilt durch 1.548, dann erhält man den Preis pro Einzelsitzung. So die klare Vorgabe des BSG.

Im Detail erfolgt dann noch eine kleine Anpassung: Von den empirisch ermittelten Praxiskosten der maximal ausgelasteten psychotherapeutischen Praxen (oder besser der Praxen im oberen Einkommensbereich, denn mit Maximalauslastung nach BSG findet sich keine belastbare Zahl an Praxen) werden zunächst die tatsächlichen empirischen Praxiskosten abgezogen und dann die normativen Kosten einer Halbtagskraft hinzugefügt. Die empirischen Kosten liegen bei etwa 4.000 €, die normativen Personalkosten bei knapp 15.000 €. Damit ergibt sich eine Differenz von etwa 11.000 €.

Umsetzung der Vorgaben im jetzigen Beschluss

Mit der Begründung, dass die Psychotherapeuten selbst bei überdurchschnittlicher Auslastung für Personal im Schnitt nur etwa 4.000 € im Jahr aufwenden, hat der Bewertungsausschuss die Kosten für eine normative Halbtagskraft nicht in den Preis für jede Leistung eingespeist, sondern in Zuschläge ab einem bestimmten Auslastungsgrad abgewandelt. Damit werden die klaren Vorgaben des BSG unterlaufen! Denn das BSG schreibt auch ganz eindeutig, dass für die Berücksichtigung dieser normativen Personalkosten nicht maßgeblich ist, ob tatsächlich auch Personal eingestellt ist, dass also der Psychotherapeut die anfallenden Arbeiten entweder selber (aber eben auch nicht ohne Bezahlung) erledigen oder an eine Halbtagskraft abgeben kann. Die fiktive Modellpraxis dient damit losgelöst von den tatsächlichen Verhältnissen als Ansatz zur Berechnung der Mindestvergütung pro Zeiteinheit.

Eine nach BSG maximal ausgelastete Praxis erhält den Zuschlag pro Woche 18mal, auf die 19. bis zur 36. Sitzung. 18 Zuschläge in 43 Wochen des Jahres mal 14,49 € = 11,215 €, was der Differenz von empirischen zu normativen Personalkosten entspricht. Also nur diese Praxis erhält wirklich die angemessene Vergütung.

Es lässt sich nun aber aus diesen Berechnungen genau ableiten, was eigentlich jeder genehmigungspflichtigen Einzelsitzung hinzugefügt werden muss: Die bereits zugestanden 2,7 % plus ein Aufpreis auf jede Sitzung von 7,20 €. Das würde eine Anhebung des Honorars für die genehmigungspflichtige Einzelsitzungen um etwa 9,50 € in 2014 bedeuten!

Wir stellen Ihnen im Anhang einen Rechner zur Verfügung, mit dem Sie genau ausrechnen können, was Ihnen nach dem jetzigen Beschluss an Nachzahlung zusteht. Sie haben somit ein gutes Kontrollinstrument, um zu überprüfen, ob die KV auch richtig rechnet. Außerdem gibt Ihnen der Rechner an, was Sie eigentlich an Nachzahlungen bekommen würden, wenn die Vorgaben des BSG umgesetzt worden wären. Dies kann Ihnen als Entscheidungshilfe dienen, ob Sie erneut Widerspruch einlegen gegen die Nachzahlungen und gegebenenfalls auch Klage einreichen.

Wir raten Ihnen dringend dazu!

Weitere Kritikpunkte des Beschlusses

- Die Jahre 2009 bis 2011 werden ausgeklammert, obwohl sich der Bewertungsausschuss dergestalt geäußert hatte, dass bei Notwendigkeit der Anpassung der Honorare in 2012 dann auch die vorherigen Jahre zu überprüfen wären. Das BSG schreibt eine Überprüfung des Anpassungsbedarfs in regelmäßigen Abständen vor.
- Die Berechnungen werden auf der Grundlage von Daten des statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 vollzogen, also nicht auf Grundlage der aktuell verfügbaren Daten aus dem Jahr 2011, die Mitte 2013 vorgelegen haben. Spätestens bei der Berechnung der angemessenen Vergütung für das Jahr 2014 hätte man also auf völlig andere Daten zurückgreifen können und nach BSG auch müssen.
- Um die empirischen Kosten einer psychotherapeutischen Praxis zu bestimmen, wurde die Umsatzklasse von mehr als 83.000 € herangezogen. Die Modellpraxis des BSG erwirtschaftet aber einen Umsatz von etwa 125.000 €. Dass bei einem solchen Umsatz höhere Praxiskosten entstehen, davon ist auszugehen. Die angesetzten 83.000 entsprechen einer Durchschnittsauslastung. Damit wurden die Praxiskosten vorsätzlich nach unten gedrückt.

- Zur weiteren Reduktion der Nachzahlungen wurden aus dem Fachgruppenmix die beiden Arztgruppen herausgenommen, die im Vergleichsjahr überdurchschnittlich verdienten: die Augenärzte und die Urologen. Als Ausgleich hätten dann die ungeschmälernten Einnahmen der anderen Fachärzte eingehen müssen. Stattdessen wurden aber weiterhin Laborleistungen (mit Ausnahme der Urologen), belegärztliche und regionale Leistungen sowie Kostenpauschalen des Kapitels 40 abgezogen.
- Alle Psychotherapeuten, die eine Praxisstruktur haben, bei der neben genehmigungspflichtigen Leistungen auch andere Angebote gemacht werden, wie eine niederschwellige Versorgung mit Gesprächsleistungen oder die niederfrequente Erhaltungstherapie bei schwer gestörten Patientinnen und Patienten sowie die Versorgung mit Neuropsychologie, werden durch das Zuschlagsmodell massiv benachteiligt. Damit werden letztlich auch die Forderungen von Kassen und Gesetzgeber nach einer schnelleren und niedrigschwelligen Versorgung von Patienten zum Beispiel in Form von Sprechstunden und Akutversorgung konterkariert.
- Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden systematisch im Sommerquartal benachteiligt. Genauso Kolleginnen und Kollegen, die krank waren oder sich zu manchen Zeiten stärker um ihre Kinder oder pflegebedürftigen Angehörigen kümmern mussten.
- Im Sommerquartal müsste das Personal regelmäßig entlassen werden.
- Die nachträgliche Änderung der Systematik bedeutet einen massiven Bruch des Vertrauensschutzes. Die Kolleginnen und Kollegen haben sich in ihrer Praxisorganisation darauf verlassen, dass die Systematik nicht geändert wird.
- Die Schwelle des Zuschlags ist völlig beliebig gewählt, was insbesondere durch die unterschiedlichen Schwellen bei halben und ganzen Sitzen eindrücklich belegt wird.
- Jede Leistung hat in der EBM-Systematik denselben Wert. Dies würde sich durch das Zuschlagsmodell ändern.
- Einen Zuschlag kann es überhaupt nur dann geben, wenn die Mindestvergütung nach BSG gewährleistet ist.

An wen wird nachbezahlt?

Nachbezahlt wird an diejenigen, die offene Widersprüche haben, weil die KV die Widersprüche zugunsten eines Musterverfahrens ruhend gestellt hat, oder an diejenigen, die nach Bescheidung ihrer Widersprüche Klage eingereicht haben.

In der KVBW gibt es die Besonderheit, dass manche Widersprüche beschieden wurden, aber eine Klausel die Musterklage des bvvp offen hält. Auch in diesem Fall werden Nachzahlungen erfolgen. Dies wurde dank der Klagewelle Anfang letzten Jahres durchgesetzt!

Ab dem zweiten Quartal 2015 gilt der Beschluss für alle unabhängig von Widersprüchen. Nachdem aber zum Zeitpunkt der Versendung der Honorarbescheide die Beanstandungsfrist durch das BMG noch nicht abgelaufen war, konnten noch keine Nachzahlungen verrechnet werden. Aufgrund der hochkomplizierten Systematik ist mit ersten Nachzahlungen im April 2016 zu rechnen.

Auch wenn die KV Ihnen die Nachzahlungen zusichert: Legen Sie Widerspruch ein, denn der Beschluss ist rechtswidrig!

Fazit

Letztlich hat sie Selbstverwaltung bewiesen, dass sie nicht in der Lage ist, die angemessenen, sprich Mindestvergütung psychotherapeutischer Leistungen zu sichern. Die Vorgaben des BSG sind eindeutig. Größte Probleme bereitet allerdings die der Systematik immanente Schwierigkeit, dass die Überprüfung immer erst im Nachhinein erfolgen kann. Damit sind Interessenskonflikte vorprogrammiert. Unverständlicherweise hat der Gesetzgeber bei Verabschiedung des Versorgungsstärkungsgesetzes im Sommer dieses Jahres, als die Konflikte der Überprüfung der psychotherapeutischen Honorare bereits seit Monaten bekannt waren, trotz der entsprechenden Eingabe der Berufsverbände nicht aufgenommen, dass die Überprüfung zukünftig jährlich stattzufinden hat. Damit hätte man für die Zukunft vermeiden können, dass solche hohen Nachzahlungssummen auflaufen, weil die Überprüfung verschleppt wurde.

Trotz wiederholter und seit Jahren formulierter Zusagen, die zuwendungsorientierte und zeitgebundene Medizin besser zu vergüten, bleiben die dafür notwendigen Veränderungen aus. Dies betrifft nicht nur die Psychotherapeuten, sondern alle Arztgruppen der P-Fächer und der sprechenden Medizin. Wirkliche Veränderungen hin zu Honorargerechtigkeit und der Würdigung zuwendungsorientierter Medizin würde bei einem gedeckelten Gesamtbudget zwangsläufig eine Umverteilung voraussetzen. Davon ist das System weit entfernt!

Für den bvvp Bundesvorstand

Ulrike Böker, 03.12.2015