

An alle psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen
in Baden-Württemberg

10.02.2016

DAK-MEDI-Vertrag für die ambulante psychotherapeutische Versorgung in Baden-Württemberg

Die DAK hat zusammen mit MEDI BW e.V. und der MEDIVERBUND AG einen
Selektivvertrag nach § 73c SGB V zur psychotherapeutischen Versorgung von
Patienten in Baden-Württemberg entwickelt. Der Vertrag lehnt sich an die
Bedingungen an, die bereits im PNP-Vertrag realisiert worden sind.

Anfang 2016 soll der Vertrag in Kraft treten und im zweiten Quartal starten.
Unsere Einschätzung basiert auf den uns zur Verfügung gestellten Info-Unterlagen.
Der von den beiden Vertragspartnern unterschriebene Vertrag lag uns nicht vor.

[A. Die Vertragskonzeption](#)

1. Teilnahmebedingungen und psychotherapeutisches Leistungsangebot
2. Vergütung
3. Unterschiede zum PNP-Vertrag

[B. Was sind die Vorteile des Vertrags?](#)

[C. Was sind die Nachteile des Vertrags?](#)

[D. Was sind die Vorteile für die DAK?](#)

[E. Übergeordnete gesundheitspolitische Gesichtspunkte](#)

[F. Fazit](#)

Vorsitzende

Dr. med. Karl Metzner
Dipl.-Psych. Jürgen Doeberth
Michael Hoffmann

Postanschrift
c/o bvvp-BW
Schwimmbadstr. 22
79100 Freiburg

Kontakt
c/o Geschäftsstelle bvvp-BW
Tel.: 0761 70438749
Fax: 0761 7072407

Email: bvvp-bw@bvvp.de

Mitglieder

Dr. Dipl.-Psych. Peter Baumgartner
Dipl.-Psych. Ulrike Böker
Dipl.-Psych. Marianne Funk
Inge Günthner
Martin Klett
Dipl.-Psych. B. Lackus-Reitter
Gebhard Lingg
Dr. Dipl.-Psych. Dietrich Munz
Trudi Raymann
Dipl.-Psych. Raimund Rumpeltes
Dr. med. Regine Simon
Dr. med. Gitta Wild-Seibold

A. Die Vertragskonzeption

1. Teilnahmebedingungen und psychotherapeutisches Leistungsangebot

Teilnehmen können alle PP, KJP, Fachärzte für Neurologie, Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Vertragsärzte, die nach der Bedarfsplanung ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind. Zur Teilnahme berechtigt sind Psychotherapeuten mit einem Fachkundenachweis in TP, AP oder VT und den entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der KVBW. Es können auch Therapeuten teilnehmen, die bei Niedergelassenen angestellt sind. Die teilnehmenden Therapeuten müssen sich verpflichten, „in der Regel“ innerhalb von zwei Wochen nach Anmeldung einen ersten Kontakt anzubieten. Spätestens vier Wochen nach Diagnosesicherung soll die Behandlung begonnen werden.

Sowohl Therapeuten als auch Patienten müssen sich in den Vertrag einschreiben, um eine Behandlung gemäß den Vertragsbedingungen durchführen zu können. Vier Behandlungsabschnitte werden definiert: PTE1, das sind 10 bzw. für KJP 13 Sitzungen akute Versorgung in maximal 3 Quartalen; daran anschließend PTE2: das sind 20 bzw. für KJP 25 Sitzungen Erstbehandlung; PTE3: 30 bzw. für KJP 38 Sitzungen Weiterbehandlung; PTE4: 6 Sitzungen pro Quartal Weiterbehandlung ohne Mengenbegrenzung. Diese Behandlungsabschnitte gelten sowohl für VT als auch für TP. Bei Analytischer Psychotherapie können bis zu 300 Sitzungen mit einer maximalen Sitzungsfrequenz von 5 Sitzungen/Woche erbracht werden.

Für Gruppenbehandlungen sind ohne Begrenzung der Abrechnungsquartale bis zu 20 Einheiten vorgesehen, verbunden mit der Möglichkeit der Verrechnung weiterer Einheiten aus der Einzeltherapie. Dadurch werden niederfrequente Gruppenbehandlungen über einen längeren Zeitraum ermöglicht.

Sollten im Verlauf der Behandlung Rezidive auftreten oder handelt es sich um eine komplexe Störung, können nach Beantragung mittels eines Formblattes bei der DAK die Behandlungsabschnitte von vorn beginnen. Gleiches gilt bei Wechsel der Diagnose. Ein gutachterpflichtiges Antragsverfahren ist für die Analytische Psychotherapie wie im Kollektivvertrag mit analogen Bewilligungsschritten vorgesehen. Die für die Antragsstellung erforderlichen probatorischen Sitzungen können vor Vertrags-einschreibung im Kollektivvertrag erbracht werden. Anders als im PNP-Vertrag gibt es hier für die Analytische Psychotherapie keine Einschränkung der Indikation auf Persönlichkeitsstörungen, das Indikationsspektrum der Richtlinienpsychotherapie wurde vollumfänglich übernommen. Eine Überführung einer Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie in eine Analytische Psychotherapie ist möglich. Die Gutachter werden aus dem Gutachterpool des Kollektivvertrags rekrutiert. Die Behandlungen mit VT und TP können grundsätzlich ohne Gutachterverfahren durchgeführt werden.

2. Vergütung

Für die ersten beiden Behandlungsabschnitte liegt die Vergütung über der EBM-Vergütung. Aktuell vorgesehen sind 117 € für 10 (KJP 13) Sitzungen akute Versorgung und 99 € für 20 (KJP 25) Sitzungen Erstbehandlung. Anders als im PNP-Vertrag ist die höhere Vergütung an keine „Mindestmenge“ von erbrachten Akut- oder Erstbehandlungssitzungen pro Quartal geknüpft. Die Weiterbehandlung wird mit 92 € wie genehmigungspflichtige Leistungen bei voll ausgelasteter Praxis im Kollektivvertrag (gemäß BSG-Kriterien) vergütet, ebenso die Analytische Psychotherapie. Einmal in vier aufeinanderfolgenden Quartalen kann eine Grundpauschale in Höhe von 60 € abgerechnet werden.

Die Gruppenbehandlung für eine Gruppengröße von 2 bis 4 Patienten wird mit 120 € pro Patient pro „Einheit“ vergütet („Einheit“ wird nicht weiter spezifiziert, vermutlich 100 min.), für eine Gruppengröße von 5 bis 9 Patienten entsprechend mit 60 €.

KJP können zusätzlich die Teilnahme an Hilfeplankonferenzen abrechnen (60 €) und erhalten pro Quartal einen extra KJP-Zuschlag (50 €). Weitere Zuschläge gibt es für Kooperationen mit dem Hausarzt oder anderen Fachärzten (25 €).

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom September 2015 zur Anhebung der Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapieleistungen im Kollektivvertragssystem ist in der oben genannten Höhe der Vergütung bereits berücksichtigt. Aus den bisher bekannten Vertragsbestimmungen ist nicht ersichtlich, in welcher Höhe und mit welchem zeitlichen Abstand Vergütungserhöhungen im Kollektivvertrag in den Selektivvertrag übernommen werden. Ein Anspruch auf nachträgliche Honoraranpassungen aufgrund von Höhervergütungen im Kollektivvertrag durch Gerichtsurteile oder andere rückwirkende Entscheidungen besteht nicht.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die MEDIVERBUND AG, also nicht über die KV. Dafür ist eine spezielle Software erforderlich, aber kein spezieller Konnektor.

3. Unterschiede zum PNP-Vertrag

Zentrale Unterschiede zum PNP-Vertrag sind, dass Patienten situativ und nur für die Dauer der Behandlung in den Vertrag eingeschrieben und nach Beendigung der Behandlung sofort ausgeschrieben werden. Nach Vertragsbeendigung ist unmittelbar wieder eine Behandlung im Kollektivvertrag möglich. Das ist von Bedeutung bei Therapeutenwechsel oder Rezidiv, der Patient ist dann nicht verpflichtet, sich ausschließlich an einen DAK-Selektivvertragsbehandler zu wenden.

Es gibt keine Verpflichtung zur Einschreibung in einen Hausarztvertrag mit Überweisungsvorbehalt durch Hausärzte. Patienten werden nur in den Psychotherapievertrag eingeschrieben und nicht gleichzeitig in weitere Facharztverträge. Das heißt: Weder Patient noch Therapeut müssen sich langfristig festlegen und weitere Verträge mitunterzeichnen, deren Inhalte sie nicht überblicken können. Ein weiterer wichtiger Unterschied zum PNP-Vertrag besteht darin, dass alle ICD-10-F-Diagnosen behandelt werden können und dass es keine diagnoseabhängige Verfahrenszuordnung gibt. So ist die Analytische Psychotherapie nicht begrenzt auf die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen. Auftrags- und Vertreterleistungen gibt es im Gegensatz zum PNP-Vertrag nicht, d.h. die Behandlung bleibt ausschließlich in der Hand eines Therapeuten. Mit entsprechender Abrechnungsgenehmigung können neben den Richtlinienpsychotherapieverfahren auch Hypnotherapie, systemische Therapie, EMDR und neuropsychologische Leistungen (die beiden Letzteren sind inzwischen allerdings auch im Kollektivvertrag möglich) erbracht werden.

B. Was sind Vorteile des Vertrags?

1.

Die niederfrequente Behandlung von chronisch bzw. schwer psychisch erkrankten Menschen wird durch das Versorgungskonzept des DAK-Selektivvertrags erleichtert. Die zeitlich unbegrenzt abrechenbaren PTE4-Leistungen (6 Behandlungssitzungen pro Quartal) ermöglichen die langfristige Versorgung dieser Patienten zu Preisen analog den EBM-Ziffern für genehmigte Psychotherapie.

2.

VT kann im Kollektivvertrag bis zu einem Gesamtumfang von 80 Sitzungen, TP bis zu einem Gesamtumfang von 100 Sitzungen durchgeführt werden, hinzukommen fünf probatorische Sitzungen. Im DAK-Vertrag wird der Behandlungsrahmen auf 60 Sitzungen (Diagnostik und Therapie) begrenzt. Durch die Möglichkeit der niederfrequenten Weiterbehandlung zu Preisen wie bei genehmigungspflichtiger Psychotherapie im Kollektivvertrag ergibt sich aber insgesamt ein Vorteil für die Behandlung von entsprechend schwer erkrankten Patienten, die im Anschluss an eine VT oder TP eine längere Behandlungsdauer als 80 – 100 Sitzungen bzw. im Anschluss an eine AP eine Stabilisierung des Erreichten benötigen. Auch durch die Möglichkeit, bei Diagnoseänderung oder bei einer sich im Verlauf der Behandlung zeigenden komplexen, komorbiden Störung oder bei einem Rezidiv erneut den Behandlungsrahmen von 60 Sitzungen zu beantragen, weist für diese Patienten erleichterte Rahmenbedingungen für die Behandlung auf. Der Vertrag sieht hierfür eine Anzeigepflicht gegenüber der DAK vor, die Behandlungsschritte können nach Genehmigung durch die DAK dann wieder neu beginnen. Allerdings ist bislang nicht geklärt bzw. noch nicht veröffentlicht, wer diese Genehmigung erteilt und wie dieses Genehmigungsverfahren im Detail gehandhabt werden wird. Für AP ergibt sich durch den DAK-Vertrag der Vorteil, dass bis zu 5 Sitzungen pro Woche erbracht werden können. Das Gesamtbehandlungskontingent entspricht dem des Kollektivvertrags.

3.

Nach den aktuell bekannten Vertragsbedingungen liegt die Vergütung für VT und TP für die ersten 30 Sitzungen bzw. 38 Sitzungen für KJP über der des Kollektivvertragssystems. Insbesondere sind die arbeitsintensiven Sitzungen zu Beginn einer Behandlung besser vergütet als die Sitzungen, die im Kollektivvertrag als probatorische Sitzungen unangemessen niedrig vergütet werden. Ebenfalls besser vergütet werden die Gruppenbehandlung und die Grundpauschale. Außerdem werden Zuschläge für Kooperationsleistungen gezahlt. Die Selektivvertragsleistungen werden bei der Berechnung der Schwelle für die Zuschläge im Kollektiv mitberücksichtigt.

4.

Anders als im Kollektivvertrag variiert das Stundenhonorar bei Langzeittherapie nicht in Abhängigkeit von der Auslastung einer Praxis mit genehmigungspflichtigen Leistungen. Die Vergütung aller Leistungen im Rahmen der Langzeittherapie und der niederfrequenten Erhaltungstherapie erfolgt unabhängig vom Leistungsgeschehen unquotiert und in der vertraglich vereinbarten Höhe.

5.

Im Kollektivvertrag sind probatorische Sitzungen und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen inhaltlich genau über die Leistungslegende des EBM und über die Psychotherapierichtlinie definiert. In allen anderen Fällen von psychotherapeutischen Gesprächsleistungen jenseits der Richtlinienpsychotherapie können im Kollektivvertrag ausschließlich die ebenso zeitgebundenen „Sprechstundenziffern“ bzw. die Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet werden. Da im DAK-Vertrag inhaltlich nicht unterschieden wird zwischen probatorischen Leistungen, Gesprächsleistungen und psychotherapeutischen Leistungen, können die im Kollektivvertrag extrem schlecht vergüteten „Sprechstundenleistungen“ zu denselben Preisen abgerechnet werden wie die Einzeltermine nach PTE1 bis PT4 bzw. wie Gruppentermine nach PTE6 bis PTE7. Hinzu kommt als weiterer Vorteil die finanzielle Planungssicherheit beim Erbringen solcher Leistungen durch den Wegfall von Regelleistungsvolumina, Abstaffelung und Quotierung.

6.

Niederfrequente langfristige Rezidivprophylaxe ist zu wirtschaftlich vertretbaren Bedingungen möglich, ebenso wie die Erbringung von diagnostischen Leistungen, die inhaltlich nicht probatorischen Sitzungen entsprechen, weil sie nicht primär der Überprüfung der Indikation für eine Richtlinienpsychotherapie dienen.

Die Ziffern gemäß PTE1 und PTE2 ermöglichen eine flexible Behandlung von Patienten, bei denen die Behandlungsvoraussetzungen für eine Richtlinienpsychotherapie gar nicht gegeben sind oder erst einmal geschaffen werden müssen.

7.

Für mit VT und TP behandelnde Psychotherapeuten wird durch die Aufhebung der Gutachterpflicht im Vergleich zum Kollektivvertrag Arbeitszeit frei, die anderweitig genutzt werden kann, ggf. für eine Ausweitung der Patientenversorgung und/oder für selbst gewählte Qualitätssicherungsmaßnahmen.

8.

Wichtige Kritikpunkte, die der UFA bei seiner detaillierten Auseinandersetzung mit dem PNP-Vertrag benannt hatte, wurden berücksichtigt und sind verbessert worden. Patienten werden nicht mehr dazu veranlasst, die „Katze im Sack“ zu kaufen und sich langfristig von für sie kaum überschaubaren Vertragsbedingungen abhängig zu machen. Ein Wechsel vom Selektivvertrag in den Kollektivvertrag ist jederzeit möglich. Das Erstzugangsrecht bleibt gewahrt, und die Einschränkung des Indikationsbereichs durch Zuordnung von Therapieverfahren zu Diagnosen ist in diesem Vertrag nicht zu finden.

9.

Für Therapeuten, die psychoanalytische Behandlungen durchführen, ergeben sich durch den Vertrag durch die Möglichkeit einer hochfrequenten fünfstündigen Behandlung spezifische Versorgungsverbesserungen. Die Höhe der Vergütung der analytischen Psychotherapie entspricht der im Kollektivvertrag für eine voll ausgelastete Praxis mit den entsprechenden Zuschlägen. Akutversorgung (PTE1) kann zunächst im Rahmen einer TP durchgeführt werden, anschließend kann innerhalb des Vertrages auf eine AP (PTE5) gewechselt werden.

C. Was sind Nachteile des Vertrags?

1.

Die Organisation und Abrechnung erfolgt über die MEDIVERBUND Managementgesellschaft, die zwischen 3,57 und 4,17% Verwaltungsgebühren und eine einmalige Einschreibepauschale von 357 € berechnet. Außerdem wird ein kostenpflichtiges zusätzliches Modul für die Praxissoftware erforderlich (etwas 25 € pro Monat). Damit liegen die Verwaltungskosten über denen des Kollektivvertrags. Dadurch rechnet sich eine Teilnahme am Vertrag nur dann, wenn genügend DAK-Patienten im Bereich des Kassensitzes zur Verfügung stehen.

2.

Sowohl Patienten als auch Psychotherapeuten, die an dem Vertrag teilnehmen, begeben sich in den Bereich zivilrechtlich geregelter Vertragsbedingungen: Die MEDIVERBUND AG ist eine Aktiengesellschaft, deren erklärtes Ziel es ist, Gewinne zu erwirtschaften.

Das bedeutet, dass etwaige Konflikte im Zusammenhang mit vertraglichen Vereinbarungen ähnlich wie bei Privatversicherern nicht der Sozialgerichtsbarkeit unterliegen, sondern vor einem Zivilgericht ausgetragen werden müssen. Bekanntermaßen sollte einer der Vorsitzenden des UFA wegen einer aus unserer Sicht absolut berechtigten inhaltlichen Kritik am PNP-Vertrag dazu verurteilt werden, diese Kritik nicht mehr zu äußern und im Falle einer Zuwiderhandlung 250.000 € Strafe entrichten. Eindeutige Urteile des Landgerichts Heidelberg und des Oberlandesgerichts Karlsruhe führten aus, dass diese Kritik am PNP-Vertrag durch die grundgesetzlich garantierte Meinungsfreiheit geschützt sei. MEDI als einer der Kläger argumentierte damit, dass das ebenfalls grundgesetzlich garantierte Recht am Unternehmen verletzt wurde, was bedeutet, dass auch sachlich-inhaltliche Kritik an Vertragsgestaltungen und Inhalten als Geschäftsschädigung ausgelegt werden kann.

3.

Durch die degressive Vergütung bei zunehmender Behandlungsdauer ergibt sich für den Therapeuten die Notwendigkeit, bei bestehender langfristiger Behandlungsnotwendigkeit wirtschaftliche Interessen zurückzustellen. Diese Entscheidung kann im Einzelfall für den Therapeuten konfliktträchtig sein.

Kurzzeittherapie wird im Vergleich zu Langzeittherapie deutlich besser vergütet, dies widerspricht dem Grundsatz, dass für gleiche Leistung gleiches Entgelt zu zahlen ist. Zeitnahe Erstversorgung (10 Kriseninterventionssitzungen) kann mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand verbunden sein, daraus kann sich durchaus die Zweckmäßigkeit einer entsprechend höheren Vergütung ergeben. Der Vertrag differenziert bei PTE 1 aber nicht zwischen aufwendiger zeitnahe Erstversorgung und weiterer Behandlung.

4.

Im DAK-Selektivvertrag bestimmen die Vertragspartner über den maximal möglichen Leistungsumfang. Eine Einzelfallprüfung durch eine von den Vertragspartnern unabhängige Instanz, wie sie durch das im Kollektivvertrag angewandte Gutachterverfahren gegeben ist, entfällt für TP und VT ebenso wie eine Vorab-Wirtschaftlichkeitsprüfung, bei AP ist sie gewährleistet. Wie das Wirtschaftlichkeitsgebot im DAK-Vertrag realisiert wird, ergibt sich aus den uns zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht.

5.

Sowohl durch die vertragliche Verpflichtung zu einem zeitnahen Erstkontakt als auch durch die bessere Vergütung wird eine Priorisierung von Patienten nach Kassenzugehörigkeit und nicht nach Behandlungsnotwendigkeit nahe gelegt. Das ist unter ethischen Gesichtspunkten kritisch zu sehen.

6.

Die Erweiterung des Diagnosespektrums auf das gesamte F-Kapitel kann damit in Verbindung gesehen werden, dass sowohl von Seiten der Krankenkassen als auch von Überweisern ein Interesse daran besteht, Patienten mit Krankheitsbildern und Behandlungsvoraussetzungen, die nicht den Indikationskriterien für eine Richtlinienpsychotherapie entsprechen, den psychotherapeutischen Praxen zuzuleiten, insbesondere angesichts der zunehmenden Knappheit der Ressourcen im Bereich der ambulanten Psychiatrie und Psychosomatik. Dies könnte eine Entwicklung befördern, die psychotherapeutischen Praxen an die Grenze ihrer organisatorischen Flexibilität und fachlichen Möglichkeiten bringt.

7.

Nach der aktuellen Konzeption ergeben sich durch den Vertrag für VT und TP sowohl Versorgungs- als auch Vergütungsverbesserungen. Anders als im Kollektivvertragssystem, wo vertragliche bzw. konzeptionelle Änderungen nur mühsam und mit hoher Zeitverzögerung durch Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen oder durch BSG-Urteile umgesetzt werden können, sind vertragliche Änderungen im Selektivvertrag leichter möglich. Die Konzeption des DAK Vertrages ermöglicht es, dass Patienten, die nicht im Rahmen von Richtlinienpsychotherapie behandelbar sind, sehr viel besser als im Kollektivvertragssystem behandelt werden können. Das kann neben kurzfristigen Vorteilen allerdings auch langfristige Nachteile mit sich bringen: Jede Begünstigung eines Versorgungsbereichs (Kurzzeit- und Ultrakurzzeitbehandlung) führt bei entsprechender Knappheit der Ressourcen zu einer Verschlechterung des komplementären Bereichs (Langzeittherapien).

8.

Solange die Vertragsteilnahme keine längerfristige Bindung erfordert, so wie aktuell im DAK-Vertrag umgesetzt, und solange man bei sich verschlechternden Vertragsbedingungen unkompliziert wieder zurück in den Kollektivvertrag wechseln kann, ist die Konkurrenz bezüglich Versorgungsqualität und Vergütung beider Versorgungssysteme gut ausbalanciert. Entscheidende Voraussetzung dafür ist jedoch, dass der Kollektivvertrag und damit die Wahlmöglichkeit für Patienten und Therapeuten vollumfänglich erhalten bleiben.

9.

Im Kollektivvertragssystem entscheidet der mit Leistungserbringern und Krankenkassen besetzte Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), welche Behandlungsmethoden in welchem Umfang indikationspezifisch zulasten der GKV erbracht werden können. Wir wollen auf die grundsätzliche Gefahr hinweisen, dass in Selektivverträgen die Definition des Behandlungsangebots wesentlich den Krankenkassen obliegt und diese das Behandlungsangebot auch nach anderen als fachlich-sachlichen Erwägungen bestimmen können. Ebenso kann die Krankenkasse und ihre Vertragspartner jenseits einer gesetzlich definierten Bedarfsplanung über den gemeinsamen Lenkungsausschuss Zweigpraxen zur Behandlung im DAK Vertrag zulassen – wodurch der Genehmigungsvorbehalt der KVBW umgangen wird.

D. Was sind die Vorteile für die DAK?

Durch den Vertrag erhofft sich die DAK nach eigener Aussage, dass mehr ihrer Versicherten zeitnah versorgt werden. Mehrkosten sollen ausgeglichen werden durch die Einsparung des Gutachterverfahrens und durch sinkende Kosten für AU-Zahlungen und stationäre Aufenthalte. Die DAK geht davon aus, dass ihre Versicherten aufgrund der besseren Vergütung bevorzugt Termine erhalten. Sie geht weiter davon aus, dass sich die Behandlungen im Durchschnitt verkürzen, weil Therapeuten nicht mehr im Rahmen von vorgegebenen Kontingenten arbeiten. Und sie hofft, dass die eine oder andere durch Wegfall der Gutachterpflicht frei gewordene Stunde in die Patientenversorgung fließt.

Grundsätzlich ist aber auch nach den dahinterliegenden versorgungspolitischen Zielen zu fragen, die dieselben Krankenkassen dazu veranlassen, im Selektivvertrag deutlich höher als im Kollektivvertrag zu honorieren, im Bewertungsausschuss zur angemessenen Vergütung der genehmigungspflichtigen Psychotherapie aber auf einem Sitzungshonorar von 72 € in 2012 als angemessen zu bestehen.

E. Übergeordnete gesundheitspolitische Gesichtspunkte

Der DAK-MEDI-Vertrag ist wie der PNP-Vertrag kollektivvertragsersetzend konzipiert. An eine Reintegration in die Regelversorgung ist nicht gedacht. Die Antwort auf die Frage, ob die kollektivvertragsersetzenden Selektivverträge – wie behauptet – die Versorgung auch im Kollektivvertrag durch Wettbewerb langfristig verbessern oder ob das Kollektivvertragssystem durch diese Verträge immer stärker untergraben und ausgehöhlt wird, variiert mit der Einschätzung der Gefahr, wieviel politischen Rückhalt das Kollektivvertragssystem langfristig durch den Gesetzgeber hat. Im Übrigen können Selektivverträge auch über die KV abgeschlossen werden. Es gab lange Verhandlungen der drei Verbände des UFA mit KV und Kassen für einen solchen Add-On-Vertrag zur zeitnahen Erstversorgung. Man kann sich fragen, warum letztlich MEDI das Rennen gemacht hat.

Geht man davon aus, dass die politische Mehrheit das Gesundheitssystem mit paritätisch besetzten Entscheidungsgremien erhalten will, dann stellen Selektivverträge für einzelne Versichertengruppen eine Alternative dar, die den Wettbewerb um die beste Versorgung befördern können. Der aktuell auf Baden-Württemberg begrenzte Selektivvertrag für eine vergleichsweise kleine Gruppe von DAK-Versicherten könnte dann für sich alleine genommen den Kollektivvertrag nicht unterminieren. Geht man aber davon aus, dass die politische Mehrheit die Gesundheitsversorgung inclusive der Definition dessen, welche Versorgung in welchem Umfang angeboten werden soll, weiter privatisieren will, dann muss man die Selektivverträge als Einstieg dazu betrachten. Wie die weitere Entwicklung sein wird, wird innerhalb und zwischen den im UFA zusammengeschlossenen Verbänden kontrovers diskutiert.

F. Fazit

Unser Anliegen bei der Bewertung des DAK-Vertrags war es, die vertraglichen Inhalte, die für die alltägliche Arbeit in der Praxis von Bedeutung sind, von der gesundheitspolitischen Gesamtperspektive, unter der der Vertrag zu sehen ist, zu trennen. Wir haben Vor- und Nachteile sowohl für die Versorgung der Patienten, als auch für die wirtschaftliche Situation der Praxis herausgestellt. Etliche unserer Kritikpunkte am PNP-Vertrag wurden im DAK-Vertrag beseitigt.

Bei alledem ist klar: Nur ein funktionierendes Kollektivvertragssystem ist die Garantie dafür, dass kollektivvertragsersetzende Selektivverträge gute Versorgung mit für den Leistungserbringer guter Vergütung bieten. Der DAK-MEDIVERBUND-Vertrag schwächt die KVBW zumindest insofern, als ihr dadurch Geldmittel zur Erledigung der Selbstverwaltungsaufgaben entzogen werden. Wenn das Kollektivvertragssystem aber zu schwach wird, dann besteht die Gefahr, dass psychotherapeutische Versorgung und Vergütung zunehmend durch Krankenkassen und privatwirtschaftliche Unternehmen definiert werden, denen der einzelne Psychotherapeut machtlos, abhängig und ohne den Schutz des Sozialrechts gegenüberstehen würde. Wenn nicht, dann besteht die Chance, dass Selektivverträge langfristig zu einem verbesserten Versorgungsangebot auch im Kollektivvertrag beitragen könnten.

10. Februar 2016

gez.

Jürgen Doebert

(bvvp-BW)

Dr. med. Karl Metzner

(DGPT)

Michael Hoffmann

(VAKJP)