



Peter Andreas Staub

Honorarmisere und Arbeitszeit

Warum die Psychotherapeuten eine bessere Honorierung fordern und sie verdienen!

Die Delegiertenversammlung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung hat im März 2013 in einer Resolution von den Verantwortlichen in Politik und Gesundheit die Anhebung des psychotherapeutischen Honorars pro Sitzung auf mindestens 120 Euro gefordert. Dies konkretisiert zum ersten Mal berufs- und gesundheitspolitisch eine ernst zu nehmende Mindesthöhe. Sie ist unbedingt erforderlich, damit die Psychotherapeuten für ihre Leistungen ein etwa gleiches Honorar wie Ärzte für ihre somatischen Behandlungen erhalten können.

Dies ist beileibe nicht die erste Forderung nach besserer Honorierung, die durch die Vertreter der Psychotherapeuten in den letzten Jahren erhoben wurde. Es ist die Konkreteste. Alle bisherigen Weigerungen der Kassen, der KBV und der Politik darauf beruhten auf Missinterpretationen fundamentaler Grunddaten zur Honorierung psychotherapeutischer und ärztlicher Leistungen, die korrigiert werden müssen¹. Die hier vorgebrachten Daten und Fakten spiegeln teilweise die Entwicklung der Psychotherapie in der Kassenärztlichen Vereinigung

¹ Dies wurde ebenso andernorts bereits faktenreich dokumentiert. So zum Beispiel: Dieter Best, Mythen und Fakten zur Psychotherapie, Psychotherapie Aktuell 1.2012 Helmut Dikomey, Arbeitsbelastung und Honorargerechtigkeit bei Psychotherapeuten, 2008: <http://www.bdp-niedersachsen.de/verband/Arbeitsbelast.u.Honorargerechtigkeit.Dikomey.Juni08.pdf>

Rheinland-Pfalz (KV RLP) wider, in der der Autor niedergelassen und in Selbstverwaltungsfunktionen tätig ist und können – pars pro toto – auf die Gesamtsituation in Deutschland übertragen werden. Zur Widerlegung der Irrtümer der verantwortlichen Gesundheitsfunktionäre sollen sie hier einzeln aufgeführt werden.

1. „Die Psychotherapeuten haben doch durch die Honorarreform 2009 schon deutliche Honorarzuwächse erhalten. Jetzt muss doch einmal gut sein!“

Wie der Grafik 1 (rechts) entnommen werden kann, hat sich in der Zeit von 2001 bis 2013, also in zwölf Jahren, die durchschnittliche Vergütung der Therapiesitzungen zum Beispiel in der KV Pfalz (seit 2005: KV RLP) um ca. 19% erhöht, das sind Zuwächse von durchschnittlich 1,6% pro Jahr. Die genehmigungspflichtigen Leistungen machen rund 85% bis 90% der Gesamtleistungen je Therapeut aus. Wie der Entwicklung der Inflationsrate leicht entnommen werden kann, beträgt diese seit 2001 bis einschließlich 2013 summiert 19,5%. Die Erhöhungen ergeben noch nicht einmal einen Inflationsausgleich.

2. „Dann ändert doch die Honorarverteilung, ihr seid doch Teil der Selbstverwaltung: ‚Gerechtes Honorar durch Selbstverwaltung?‘“

Grundsätzlich geht der Gesetzgeber davon aus, dass die Betroffenen selbst am besten in der Lage seien, die Honorarmittel in der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen gerecht zu verteilen. So verweist die Politik bei der Verantwortung für die Verteilung der von den Krankenkassen überwiesenen Geldmittel innerhalb der Ärzte und Psychotherapeuten gerne auf diese zurück: „Das müsst Ihr selbst untereinander regeln!“ Der Gesetzgeber hat jedoch versäumt, den Betroffenen, also den durch Gesetz 1999 neu geschaffenen Berufen des Psychologischen Psychotherapeuten sowie des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, einen entsprechenden Hebel in die Hand zu geben, um in der Selbstverwaltung an der Honorarverteilung entscheidend mitzuwirken. Dies drückt sich in den folgenden Gegebenheiten aus:

- Keine Psychotherapeuten im Bewertungsausschuss auf Bundesebene KBV/Krankenkassen (Bewertung der für die Honorierung maßgeblichen EBM Ziffern)
- Keine Psychotherapeuten im KBV-Vorstand

- Keine Psychotherapeuten in den 16 KV-Vorständen in Deutschland
- Keine Psychotherapeuten in Landesgremien der Honorarverhandlungen
- Anzahl Mitglieder Psychotherapeuten im beschlussfassenden Organ Vertreterversammlung KV RLP: 4 von 40 (10%) bzw. KBV: 6 von 60 (Abstimmungsverhältnis Ärzte zu Psychotherapeuten 9:1)
- Keine Psychotherapeuten im Beschlussgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (Untergesetzliche Richtlinienkompetenz).

Honoraranpassungen erfolgten fast ausschließlich rückwirkend nach jahrelangen Auseinandersetzungen vor Sozialgerichten und immer nur in der vom BSG geforderten *Mindesthöhe* (dazu siehe unten).

Deutlich jedoch ist seit der sogenannten Integration der Psychotherapeuten in das System der kassenärztlichen Selbstverwaltung (noch immer fehlt der Name der Psychotherapeuten in der Bezeichnung der *Kassenärztlichen Bundesvereinigung* oder *Kassenärztlichen Vereinigung*), dass diese immer nur und nur soweit die gerichtliche Mindesthöhe es vorschreibt, die Psychotherapeuten berücksichtigt hat. Einen gleichberechtigten Platz haben die Psychotherapeuten bis heute nicht erhalten.

Auch in dem „Beratenden Fachausschuss für Psychotherapie“ in allen Kassenärztlichen Vereinigungen sitzen den sechs Psychotherapeuten in gleicher Anzahl Ärzte gegenüber (50 : 50), obwohl die psychotherapeutisch tätigen Ärzte in der Bedarfsplanung nur mit einer Quote von 20% berücksichtigt werden und 80% Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gegenüberstehen. Auch hier ist der Einfluss der Psychologischen Psychotherapeuten, die bei den Behandlern die Überzahl bilden, im politischen Rahmen der Selbstverwaltung durch den Gesetzgeber deutlich die Einflussmöglichkeit gestützt worden.

3. „Aber in den Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 wird doch die Psychotherapie ausbudgetiert und jetzt ohne Abstufung und Quotierung vergütet.“

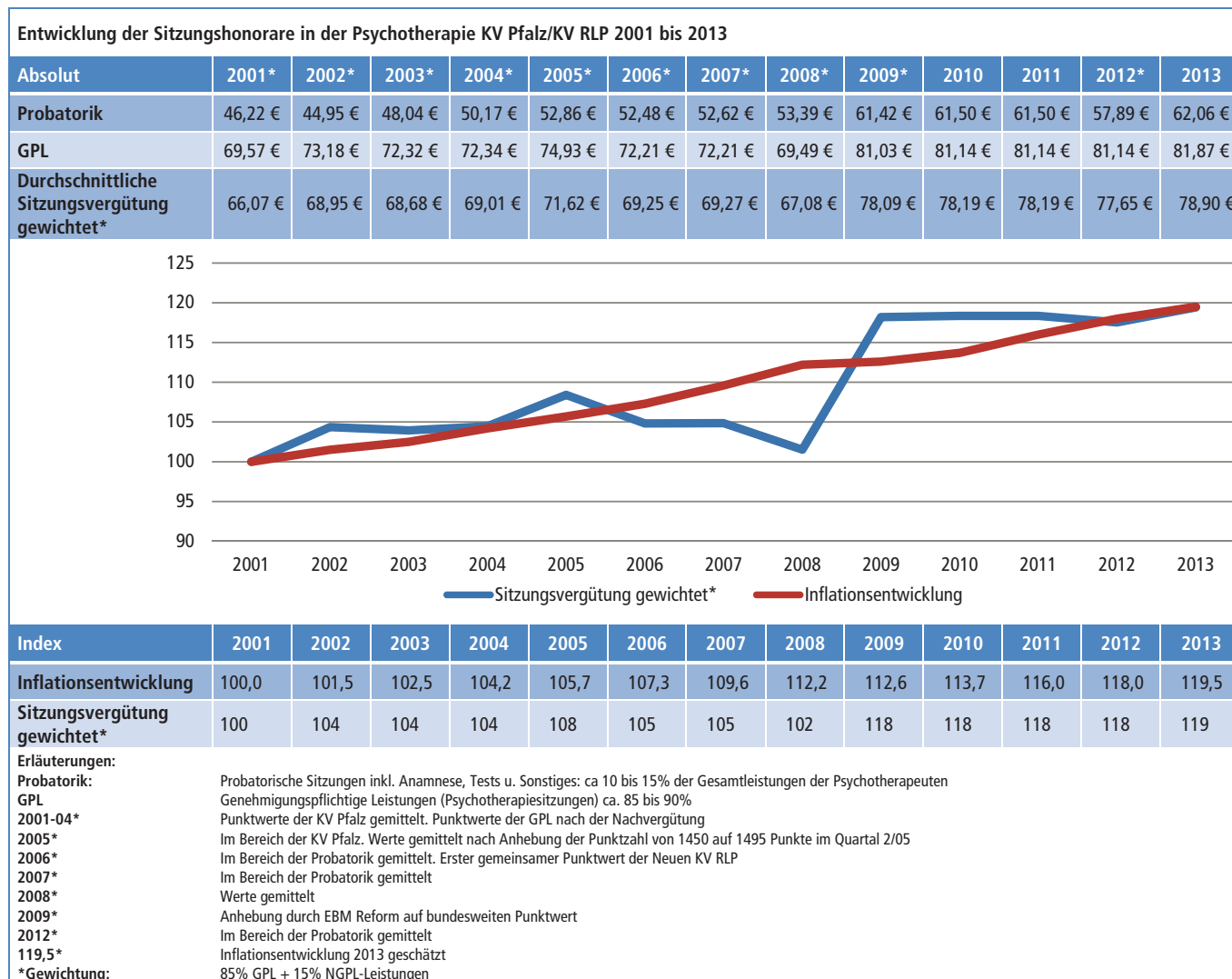
Die meisten Leistungen der Psychotherapeuten werden seit einem Beschluss des Bewertungsausschusses vom Oktober 2012 über eine Empfehlung an die regionalen Gesamtvertragspartner seit Januar 2013 in den Kassenärztlichen Vereinigungen wieder in voller Höhe und ohne Abstufung vergütet. Für die genehmigungspflichtigen Leistungen (GPL), also 85% bis 95% der Therapiesitzungen, gilt dies durch die BSG-Rechtsprechung bereits seit den Honorarurteilen 1999. Dies hat sich seither nicht geändert und ist selbst

also kein positives Ergebnis der Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 für die Psychotherapeuten. Der Irrtum, durch Ausbudgetierung mehr verdienen zu können, beruht auf der rein ärztlichen Arbeitsweise, durch Hamsterrad so viele Punkte zu generieren wie möglich und ohne Budgetierung dann auch abrechnen zu können. Dies ist den Psychotherapeuten aufgrund ihrer zeitgebundenen Tätigkeit (siehe unten) nicht möglich.

Immerhin genießen nun die *probatorischen Leistungen (NGPL)* wieder Quotierungsfreiheit, die aber bereits in den Jahren 2009 bis 2011 schon einmal ohne Abstufung und in voller Höhe vergütet wurden. Aber deren Abrechnungsmöglichkeiten sind selbst schon durch die Psychotherapie-Richtlinie auf fünf bis acht Sitzungen je Patient limitiert.

4. „Mit der weitgehenden Ausdeckelung psychotherapeutischer Leistungen wird doch einer Kernforderung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entsprochen.“

Diese Forderung war und ist sicher keine Kernforderung der Psychotherapeuten, sondern eine honorartechnische Umstellung auf Wunsch der Ärzteschaft. Diese hatte sich vor dem Hintergrund zu erwartender Neuzulassungen von Psychotherapeuten durch die geänderte Bedarfsplanung 2013 bundesweit unter erheblichem Druck gesehen: Die bisherige Konstruktion der gerichtlich festgelegten unquotierten Vergütung der genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Sitzungen sah einen Vorweg-



Grafik 1. Entwicklung der Sitzungsvergütungen

abzug dieses Honorars innerhalb des Gesamtbudgets aller Ärzte vor. Das durch Neuzulassungen zu erwartende steigende Volumen hätte das Budget der Ärzte zunehmend geschmälert – wenn auch vergleichsweise geringer, als die Polemik nahe legte. Dies hätte den schon bisher ausgeübten politischen Druck auf die Psychotherapeuten (,Fachärzte subventionieren die Psychotherapie“) noch erheblich verschärft. Die KBV hatte schon im letzten Jahr ein rechtliches Gutachten erstellen lassen, wie man dem vom BSG auferlegten Mindestpunktwert durch eine „Quotierung“ der Vergütung entgehen könnte. Das Gutachten kam allerdings zu einem für die KBV unerwarteten Fazit: das Vorhaben der KBV sei rechtswidrig. Der einzige Ausweg bestand dann in der Ausdeckung der Psychotherapiehonore und Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Dies haben die Psychotherapeuten unterstützt, weil ihnen klar war, dass von der Selbstverwaltung

der KVen und der KBV höhere Honorare so lange nicht zu erwarten waren, so lange dafür die anderen Arztgruppen hätten etwas abgeben müssen.

5. „Die Rechtsprechung zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen garantiert doch ausreichendes Honorar.“

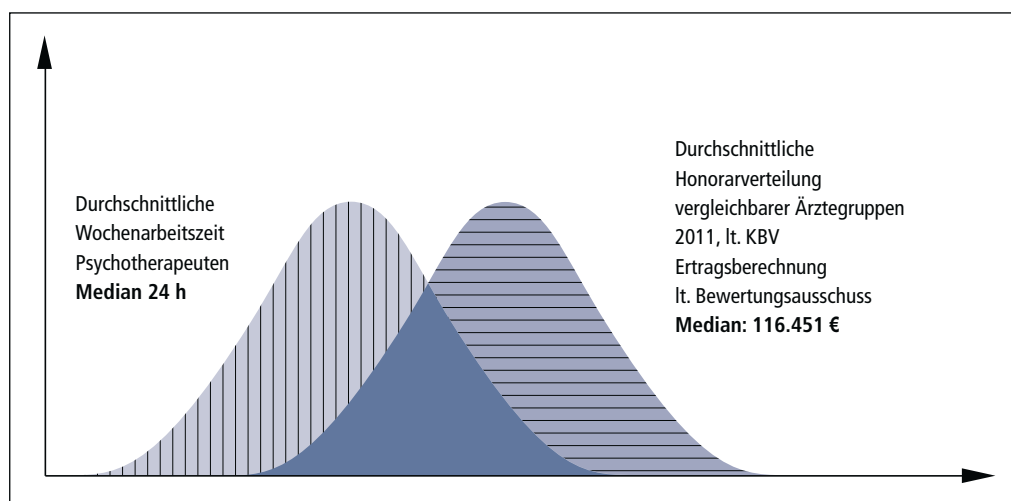
Leider völlig inkorrekt wird die sogenannte „Vollauslastungshypothese“ der BSG-Rechtsprechung seit 1999 wiedergegeben. Wenn nach BSG-Diktion „voll ausgelastete“ Psychotherapeuten *das gleiche Einkommen* erzielen könnten wie ein vergleichbarer ausgelasteter Arzt, gäbe es von Seiten der Psychotherapeuten sicher keine weiteren Forderungen! Dies hat die BSG-Rechtsprechung jedoch – leider – nicht festgelegt. Zusammengefasst lauten die Eckpunkte vielmehr:

Den Psychotherapeuten müsse es möglich sein, mit maximalem persönlichen Einsatz und optimaler Praxisausstattung (36 Sitzungen Psychotherapie pro Woche in 43 Arbeitswochen im Jahr) mindestens einen Ertrag erzielen zu können, wie ihn nur durchschnittlich arbeitende schlecht verdienende Arztgruppen mit erzielen können.

Hierzu muss man sich unbedingt den O-Ton des BSG zu Gemüte führen:

„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... Diese müssen nach diesem Modell bereits hinnehmen, dass die optimal ausgelastete psychotherapeutische Praxis gerade nicht mit einer ebenso optimal ausgelasteten umsatzstarken allgemeinmedizi-

nischen Praxis, sondern nur mit den Ertragsaussichten einer durchschnittlichen Praxis verglichen wird.“ (BSG Urteil vom 28.1.2004 Az B6KA52/03R) Und: „Dazu wird vorgegeben, dass der mit Hilfe des Mindestpunktewerts zu erzielende Ertrag eines in Vollzeit tätigen und voll ausgelasteten – nach den historisch bedingten Umständen in der Realität zwar in gewissem Umfang, aber jedenfalls nicht typischerweise vorkommenden und nur insofern „fiktiven“ – Psychotherapeuten gleich hoch sein soll wie der durchschnittliche reale Ertrag einer vergleichbaren ... Vertragsarztgruppe.... Der Senat hält daran fest, dass die psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychologen nicht beanspruchen können, bei Vollauslastung ihrer Praxen den durchschnittlichen Überschuss aller Vertragsärzte zu erreichen. Es ist unter dem Aspekt der Honorarverteilungsgerechtigkeit vielmehr hinreichend, dass voll ausgelastete Psychotherapeuten die Chance erhalten, mit ihrer Tätigkeit Überschüsse zu erwirtschaften, die denjenigen anderer fachärztlicher Gruppen im unteren Einkommensbereich entsprechen.“ (Urteil vom 28.5.2008, B6KA 9/07R)



Grafik 2. Selbst die mit maximaler Vollauslastung arbeitenden Praxen (Graph 1 links: Honorarverteilung Psychotherapeuten) können nur mühsam in den Bereich durchschnittlich verdienender Arztpraxen (Graph 2 rechts: Honorarverteilung vergleichbarer Arztgruppen) kommen: Vom BSG so gewollt.

Um diese BSG-Aussage noch einmal deutlich zuzuspitzen: Voll ausgelastete Modell-Psychotherapiepraxen müssten mindestens nur das Durchschnittseinkommen vergleichbarer Arztgruppen erzielen können. Es lautet eben nicht: Durchschnittlich arbeitende Psychotherapeuten müssten das Durchschnittseinkommen vergleichbarer Arztgruppen erzielen können. Nein: Das Durchschnittseinkommen vergleichbarer Arztgruppen, das ein dieser Gruppen angehörige

Arzt schon mit einer durchschnittlichen Auslastung erreichen kann, ist einem Psychotherapeuten nur mit Maximalauslastung erreichbar. Grafik 2 macht diese Verschiebung der Normalverteilung und die Diskrepanz deutlich.

Selbst bei maximalem persönlichen Einsatz von 36 Sitzungen pro Woche und optimaler Praxisauslastung – was aus weiter unten stehenden Gründen nur eine kleine Anzahl von psychotherapeutischen Praxen erreichen kann – könnte ein „fiktiver“ Psychotherapeut mit dem jetzt festgelegten Punktwert nur einen Jahresüberschuss (Umsatz minus Kosten) von 80.000 bis 85.000 € erzielen. Dies ist erheblich weniger als der sogenannte kalkulatorische Arztlohn, den der Bewertungsausschuss mit 105.571,43 € festgelegt hat. Diesen Betrag, der dem standardisierten Gehalt eines 43jährigen Oberarztes im Krankenhaus entspricht, soll ein niedergelassener Arzt als Ertrag nach Abzug der Kosten erwirtschaften, wenn er im Durchschnitt 51 Stunden pro Woche nur Leistungen mit GKV-Versicherten gegenüber der KV abrechnet. Ein Psychotherapeut – wenn überhaupt – könnte diesen Ertrag nur mit 63 Stunden Arbeitszeit pro Woche erzielen.²

Der ZiPP-Jahresbericht 2011 der KBV für das Jahr 2009 in Tabelle 30 macht deutlich, dass die Gesamtheit aller Praxen diesen kalkulatorischen Arztlohn im Beobachtungsjahr unter den standardisierten Bedingungen des ZiPP³ mit GKV-Leistungen zu 93% erreichen konnten. Die Psychotherapeuten dagegen konnten ihn nur zu 75% erwirtschaften.

2 Bei zu erzielendem Überschuss (kalk. Arztlohn) von 105.571 € zuzüglich 35.748 € durchschnittliche Kosten einer psychotherapeutischen Praxis = zu erzielender Umsatz pro Jahr: 141.319 €. Dividiert durch das durchschnittliche Honorar (80% genehmigungspflichtige Therapie von 82 €/Sitzung und 20% nicht genehmigungspflichtige Therapie von 62 €/je Sitzung) = 78 € je Sitzung und 43 Arbeitswochen = ergibt ca. 42 Therapiesitzungen pro Woche zuzüglich des vom Bewertungsausschuss vorgesehene Produktivitätsfaktors für unvergütete Vor- und Nachbereitung von ca. 0,5 ergibt 63 Stunden Wochenarbeitszeit.

3 Standardisiert bedeutet: Hochgerechnet auf eine Praxis, die mit 51 Wochenstunden Arbeitszeit ausschließlich gesetzlich versicherte Patienten behandelt.

Das Bundessozialgericht sah jedoch seine Eingreifpflicht darin begrenzt, einen bis 1999 und noch einmal bis 2004 ausgezahlten desaströsen Punktwert für Psychotherapieleistungen auf eine gerade noch rechtlich zu tolerierende, aber dennoch eigentlich

waltungsorganen, aber auch von Politikern immer mit Rückgriff auf die „ausreichende“ Korrektur des BSG begegnet. Von einer eigentlich „angemessenen Vergütung“ kann nicht im Entferntesten gesprochen werden. Wie dem seit dem 1. Quartal 2011 re-

abzuschmettern: wer mehr verdienen will, soll mehr arbeiten, soll im Sinne der BSG-Rechtsprechung heißen: Wer als Psychotherapeut durchschnittlich verdienen will, muss überdurchschnittlich arbeiten. Oder es werden die langen Wartezeiten bei Psychotherapeuten kritisiert und kommentiert: dies liege nicht an der zu geringen Psychotherapeutenzahl, sondern am zu geringen persönlichen Einsatz.

„Durchschnittliches Honorar erreichen Psychotherapeuten nur mit überdurchschnittlichem Einsatz!“

zu niedrige Ebene zu heben. Das BSG sah sich nicht dazu verpflichtet, den Psychotherapeuten in jeder Hinsicht ein vergleichbares Einkommen zu verschaffen. Es wollte nur die größte Ungerechtigkeit des damaligen Systems beseitigen. Die eigentliche Aufgabe einer *angemessenen* Vergütung sollte jedoch die Selbstverwaltung, oder bei deren Versagen, die Politik erledigen. Beide Gruppen aber haben sich nach der Minimalreparatur des BSG zurückgelehnt und den dort vorgeschriebenen „Mindestpunktwert“ als unverrückbaren „Höchstpunktwert“ festgeschrieben. Forderungen der psychotherapeutischen Vertreter nach einem höheren Punktwert, den sie zur Erreichung einer wirklichen Honorargerechtigkeit über die Mindestsicherung des BSG hinaus bräuchten, wird von den Selbstver-

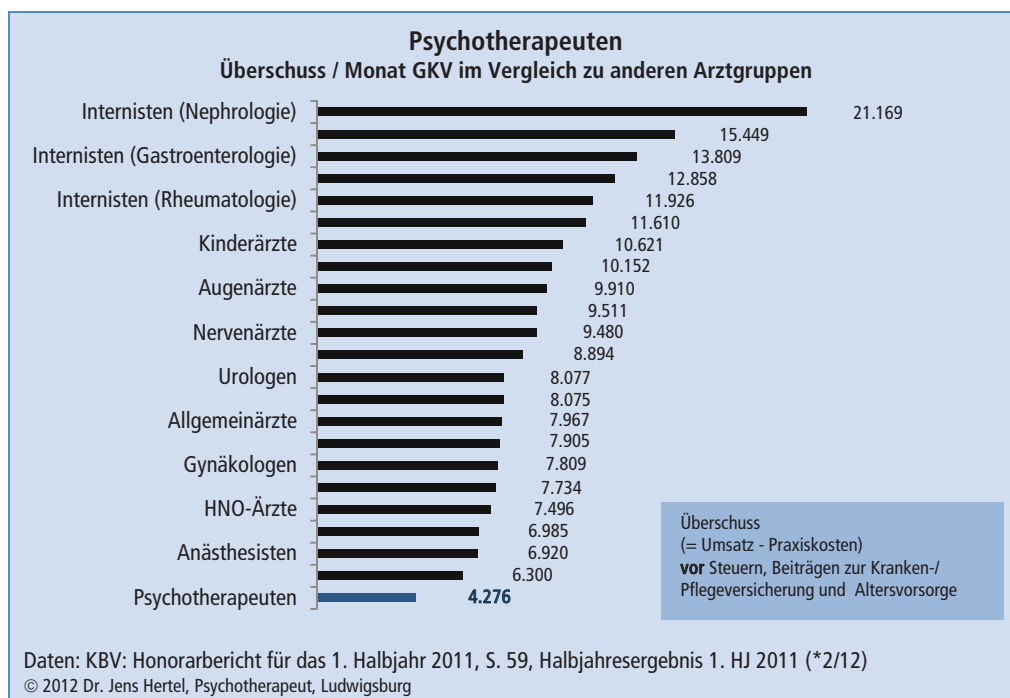
gelmäßig publizierten Honorarbericht der KBV (www.kbv.de) zu entnehmen ist, rangieren die Psychotherapeuten – nach Abzug der Kosten – im Ertrag weiterhin am untersten Level (Grafik 3).

6. „Auslastung der Psychotherapeuten liegt unterhalb der Vollauslastung.“

Von Anfang an wird den Psychotherapeuten immer wieder gezielt vorgeworfen, zu wenig zu arbeiten (Beispielsweise in Report Mainz vom 30.4.2013 oder im Trierer Volksfreund vom 3.5.2013: „Lange Wartezeiten, weil Therapeuten zu wenig arbeiten?“). Wahlweise wird dieser Vorwurf verwendet, um die Forderung nach angemessener Honorierung

Es wird darauf verwiesen, dass die durchschnittlich gegenüber der KV abgerechnete Therapiezeit der Psychotherapeuten, die auch durch Versorgungsforschung einigermaßen im Durchschnitt auf 24 Wochenstunden Therapiesitzungen angesetzt werden kann, nicht den Modellberechnungen einer Vollauslastung von 36 Stunden der verschiedenen BSG-Urteile entspreche. Würden alle Psychotherapeuten diese Vollauslastung erreichen, wären alle Probleme gelöst.

Doch auch dies entspricht nicht einem korrekten Verständnis der BSG-Rechtsprechung. O-Ton BSG: *„Diese Modellberechnungen basieren auf Fiktionen, die regelmäßig nicht in allen Ausprägungen der Wirklichkeit entsprechen können. So dürfte es etwa kaum realistisch sein, dass ein Psychotherapeut in 43 Wochen im Jahr kontinuierlich 35 bzw.*



Grafik 3

36 genehmigungsbedürftige Einzeltherapiestunden abhält, also weder durch plötzliche Terminabsagen von Patienten und Therapieabbrüche betroffen wird noch seinerseits eine Therapiestunde wegen persönlicher Verhinderung verschieben muss. Zwar sind grundsätzlich zahlreiche Arztgruppen von schwankendem Patientenzustrom betroffen, doch können Psychotherapeuten wegen der strikten Zeitbindung des Gros ihrer Leistungen Phasen einer geringeren Inanspruchnahme der Praxis schlechter kompensieren als etwa Hausärzte." (BSG Urteil vom 28.1.2004 Az: B6KA52/03R)

Bereits in einem der Urteile von 1999 hatte das BSG klar gestellt, dass die sogenannte Vollausslastung im Grunde eine Belastungsgrenze darstellt: „... wenn unterstellt wird, daß die **Belastungsgrenze** für einen vollzeitig tätigen Psychotherapeuten bei 36 zeitabhängig zu erbringenden psychotherapeutischen Leistungen von mindestens 50-minütiger Dauer erreicht ist... In diesem Zusammenhang bedarf es keiner Entscheidung darüber, ob diese **Belastungsgrenze** eher mit 35 Stunden, wie der Senat in seinem Urteil vom 20. Januar 1999 unterstellt hat... oder etwas höher zu veranschlagen ist, ...In jedem Fall muß berücksichtigt werden, daß mit 35, 36 bzw 38 Stunden reiner Behandlungszeit pro Woche nicht die Arbeitszeit des einzelnen Psychotherapeuten im Rahmen seiner vertragsärztlichen Praxis beschrieben wird, sondern daß diese im Hinblick auf die notwendigen begleitenden Tätigkeiten wie das Abfassen von Berichten, das Erstellen von Anträgen und die Durchführung probatorischer Sitzungen erheblich darüber liegt, wie das

im übrigen bei anderen Arztgruppen auch der Fall sein dürfte." (BSG Urteil vom 25.8.1999 Az: B6KA 46/98R)

Zwischen dem, was man allgemein unter „Vollausslastung“ verstehen könnte und dem, was das BSG gemeint hat, ist ein großer Unterscheid, denn bei einer „voll ausgelasteten“ Praxis ist davon auszugehen, dass ein nennenswerter Teil der Psychotherapeuten eine solche Praxis betreibt bzw. betreiben kann. Eine Praxis zu

betreiben, die an die **Belastungsgrenze** des Inhabers geht, dürfte schon dem Wortsinne nach nur einer kleinen Minderheit von Psychotherapeuten möglich sein und dies auch nur zu bestimmten Zeiträumen.

Leider hat sich aber die „36 Stunden Vollausslastung“ so tief in die Köpfe der Gesundheitsfunktionäre eingebrannt, dass alles darunter liegende als defizitär betrachtet wird. So liegt die durchschnittliche wöchentliche Therapiesitzungszeit bei GKV-Patien-

ten bundesweit seit Jahren konstant bei ca. 24 Stunden in der Woche⁴.

Auch der *ZiPP-Jahresbericht 2011 der KBV für das Jahr 2009* bestätigt diese Zahl und erhebt eine wöchentliche Arbeitszeit mit GKV- und Privatpatienten von insgesamt 28 Therapiesitzungen.

Die Frage, die natürlich immer wieder erhoben wird, lautet meist lapidar: Warum können die Psychotherapeu-

jedoch nicht identisch mit real und höchst persönlich geleisteter ärztlicher Behandlungszeit! Es handelt sich zunächst nur um eine gedachte ärztliche Arbeitszeit von 51 Stunden in der Woche, eine betriebswirtschaftlich ermittelte Rechengröße.

Da die Arbeitszeit nicht ausschließlich für den direkten Kontakt mit den Patienten verwendet wird, wird in der EBM-Kalkulation eine Netto-Arbeitszeit aus der Multiplikation der Bruttoarbeitszeit mit einem sogenannten Produktivitätsfaktor errechnet. Bei Ärzten ist dieser Faktor allgemein 0,875, was bedeutet, dass bei einer Stunde Arbeitszeit 87,5% davon am Patienten gearbeitet wird, der Rest gehört der Vor- und Nachbereitung bzw. Office-Zeiten.

Und so kommt auch der *ZiPP-Jahresbericht 2011* in Tabelle 26 im Durchschnitt bei allen Praxen (Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam) auf eine wöchentliche Arbeitszeit am Patienten (GKV und Privat) von nur 36 Stunden. 14 weitere Stunden Arbeitszeit gehören der Vor- und Nachbereitung, den Notdiensten und dem Praxismanagement.

„36 Therapiesitzungen pro Woche sind eine Belastungsgrenze – kein Richtmaß!“

ten denn nur „so wenig“ Therapie in der Woche anbieten?

Die oben genannte kalkulatorische Arbeitszeit von 51 Stunden, von denen der EBM ausgeht, und die im Durchschnitt von den Organmedizinern laut Statistiken erbracht wird und welche gerne mit den 24 Stunden Therapiezeiten der Psychotherapeuten gegengerechnet werden, ist

⁴ Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R.: Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010, Berlin

	20 Therapieleistungen in der Woche	30 Therapieleistungen in der Woche	36 Therapieleistungen in der Woche
Therapiezeit	20	30	36
Therapiebezogene Arbeitszeit	10	15	18
Delegierbare Tätigkeiten	5,84	5,84	5,84
Summe	35,84	50,84	59,84

Grafik 4. Reale Arbeitszeit in Stunden, abhängig von der Menge geleisteter Therapiesitzungen
Quelle: Helmut Dikomey, Arbeitsbelastung und Honorargerechtigkeit bei Psychotherapeuten, 2008

Bei Psychotherapeuten ist der Produktivitätsfaktor des EBM 0,675 für die genehmigungspflichtigen Leistungen der Einzeltherapie, die gut 80 bis 90% aller Leistungen ausmachen. In Wirklichkeit fallen für eine Therapiestunde real 1,5 Zeitstunden an persönlicher und vom Psychotherapeuten zu erbringender Therapiezeit sowie Vor- und Nachbereitung an. Zusätzlich kommt noch rund um den Praxisbetrieb zu leistende Büroarbeit, die grundsätzlich delegierbar ist, aber aufgrund der Kostenstruktur meist selbst erledigt wird. Die Hauptursache der eigentlich verbleibenden Differenz von erbrachter und abgerechneter Arbeitszeit von Psychotherapeuten und Ärzten liegt jedoch vor allem an der unterschiedlichen Struktur der Tätigkeiten sowie den Abrechnungsmodalitäten (siehe Grafik 4).

7. „Sachkosten und Personal: fallen doch bei Psychotherapeuten kaum ins Gewicht.“

In der Regel arbeiten in somatischen Arztpraxen eine Anzahl nichtärztlicher Fachkräfte sowie angelernte Kräfte, aber auch angestellte Ärzte als Partner oder Vertretungsärzte, die neben den anfallenden Büroarbeiten mit dem Praxisinhaber zusammen auch das gesamte Leistungsspek-

trum des jeweiligen Allgemein- und Facharztes gegenüber den Patienten erbringen, das am Ende des Quartals der Kassenärztlichen Vereinigung gemeldet wird. Daraus wird das jeweilige Arbeitszeitprofil als Tages- oder

Quartalsprofil ermittelt, das in die Plausibilitätsprüfung eingeht. Hierbei wird pro abgerechneter Leistung aus dem EBM eine Kalkulationszeit in Minuten zugrunde gelegt: das ist die Zeit, die im Allgemeinen durchschnittlich für die entsprechende Leistung erbracht wird. Hierbei gibt es persönlich zu erbringende Zeiten, delegierbare Zeiten und technische Leistungen. Wirtschaftlich arbeitende, gut ausgestattete Praxen mit gut ausgebildetem Personal arbei-

weniger angestellte Psychotherapeuten als in anderen Fachgruppen. Nach einer von der KBV aufgestellten Statistik arbeiten bei allen Ärzten rund 6% angestellte Ärzte (7.036 Angestellte bei rund 120.000 Vertragsärzten). Bei den Psychotherapeuten sind es nur knapp 1% angestellte Psychotherapeuten (236 Angestellte bei rund 26.500 PP und KJP). Auch Strukturen von Gemeinschaftspraxen, die durch Synergien noch wirtschaftlicher arbeiten können und ein höheren Praxisüberschuss generieren (ZiPP-Jahresbericht 2011) sind in der Psychotherapie nicht einsetzbar.

„Alle Therapieleistungen sind höchstpersönlich zu erbringen.“

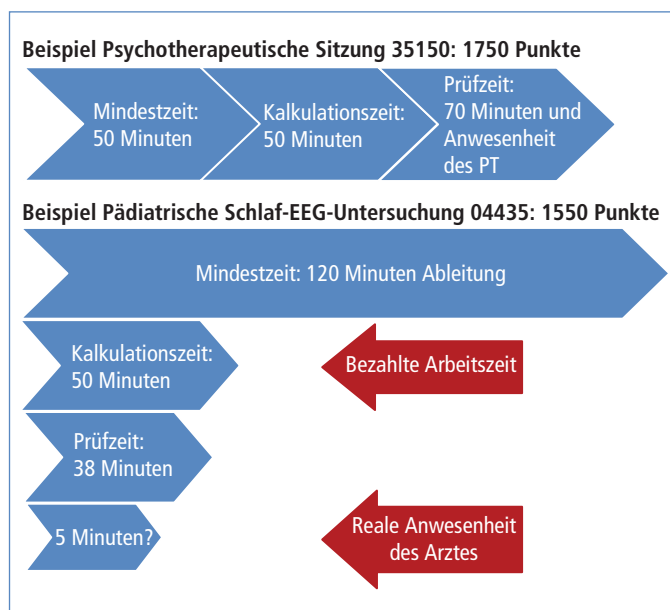
ten schneller und effizienter als der Durchschnitt und können mehr abgerechnete Leistungsminuten in kürzerer Realzeit vollbringen (siehe Grafik 5).

Wohl gemerkt gehen in die durchschnittliche Arbeitszeit von Ärzten alle vom Arzt selber und seinen Mitarbeitern am Patienten erbrachten Leistungen mit ein. Im Gegensatz hierzu sind die im Vergleich genannten Arbeitsstunden der Psychotherapeuten real erbrachte Arbeitszeit vom Praxisinhaber höchst persönlich zu erbringen. 24 Stunden psychotherapeutische Behandlungsleistungen sind zeitgebunden, nicht schneller durchführbar, automatisierbar oder an Mitarbeiter delegierbar. Sie fallen also tatsächlich so und nicht anders an.

Wegen dieser fast 100% an die Person des Psychotherapeuten gebundenen Therapieleistung und wegen gesetzlicher Hürden arbeiten in psychotherapeutischen Praxen auch

„Niedrigere Praxiskosten der Psychotherapeuten“ bedeuten zwar weniger Ausgaben, aber auch weniger Möglichkeiten, Einnahmen durch Delegation ärztlicher Leistungen an Praxismitarbeiter zu generieren, was beim Vergleich der Arbeitszeiten (Kalkulationszeiten oder Prüfzeiten) zu berücksichtigen ist! Die Honorarminderungen der Psychotherapeuten selbst (aufgrund „geringerer Kosten“ und „geringerer Arbeitszeit“) lässt keinen finanziellen Spielraum für erforderliches zusätzliches Personal für delegierbare Nebenarbeiten zu, welche auch in einer psychotherapeutischen Praxis anfallen. Fehlende Entlastung auch dadurch führt wieder zu geringeren Arbeitszeiten in der Abrechnung.

Zum strukturellen Unterschied der Arbeitszeiten von Psychotherapeuten und Ärzten gehört deshalb auch das Verbot der Vertretung. (Bundesmantelvertrag – Ärzte BMV-Ä § 14 Abs. 3). Haben die Organmediziner bis zu insgesamt drei Monate im Jahr ohne Genehmigung durch die KV, die dies nur angezeigt bekommt, die



Grafik 5



Peter Andreas
Staub

Niedergelassener Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut. Landesvorsitzender DPtV Rheinland-Pfalz. Vorstandsmitglied der Landestherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.



Möglichkeit, für Ausfälle Vertretungsärzte anzustellen, die die Praxis am Laufen hält und damit den Umsatz stabil halten können, ist dies bei Psychotherapeuten bei kurzfristigen Ausfällen wie Erkrankung, Fortbildung und Urlaub rechtlich und praktisch ausgeschlossen. Die Praxis muss dann geschlossen bleiben.

So fallen im ZiPP-Jahresbericht 2011 auch weitaus mehr Abwesenheitstage in der Psychotherapie (47) als im Durchschnitt aller Arztpraxen (38) auf, wovon auf Krankheitstage (8%) doppelt so viele fallen wie im Durchschnitt in allen Arztpraxen (4%).

Wenn man auch noch beachtet, dass in psychotherapeutischen Berufen mehr Frauen als in allen anderen

schnittlicher Weise ihren Zeittribut mit entsprechenden reduzierten Arbeitszeiten und unvorhergesehenen Ausfällen fordert, ist verständlich.

Fazit

Die Psychotherapie als reine zeitbezogene Leistung, die je Zeiteinheit nicht verdichtet werden kann, weder durch Delegation von Leistungen an Praxispersonal noch durch den Einsatz von technischem Fortschritt, profitiert nicht von der Zunahme der Menge der abrechenbaren Leistungen, wie sie in den jährlichen Gesamtvergütungsverhandlungen zwischen KVen und Krankenkassen vereinbart werden. Außerdem können

Neuorientierung durch Anerkennung der fundamental unterschiedlichen Arbeitsweisen, um zu erreichen, dass Psychotherapeuten bei gleicher Arbeitszeit dasselbe verdienen können wie Ärzte der somatischen Medizin. Die durch BSG-Urteile eingeführte unrealistische Maximalzeit von 36 Sitzungen Psychotherapie pro Woche als Kalkulationsgrundlage des EBM muss auf ein realistisches Maß von weniger als 30 Sitzungen zurückgeführt werden.

Aus der Erfahrung und zur Sicherheit wird der Gesetzgeber aufgefordert, die bisher nur allgemein gehaltene gesetzliche Bestimmung zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen in § 87 Abs. 2b SGBV so zu konkretisieren, dass Psychotherapeuten bei gleichem Arbeitseinsatz ein Einkommen erzielen können wie es jeder im fachärztlichen Versorgungsbereich tätige Vertragsarzt erzielen kann. Außerdem muss ein jährlicher Abgleich der Einkommen der Psychotherapeuten mit denen der Fachärzte gesetzlich vorgeschrieben und die Höhe der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen je Zeiteinheit gegebenenfalls angepasst werden. Zur wirkungsvollen Vertretung ihrer Interessen sind den Psychotherapeuten gesetzlich Strukturverbesserungen in den Selbstverwaltungsorganen zu geben. ■

„Die Benachteiligungen im Einkommen und bei der Selbstverwaltung muss der Gesetzgeber beseitigen.“

Fachgruppen anteilmäßig arbeiten, ist klar, dass aus familiären Zwängen heraus auch hier keine Abhilfe für kurzfristigen Ausfall durch problemlose Vertretung möglich ist.

Als Psychotherapeuten arbeiten überdurchschnittlich viele Frauen. Sind es bei allen 138.266 Vertragsärzten und -psychotherapeuten (KBV Stand 31.12.2010) durchschnittlich rund 40% Frauen, üben den Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin rund 75% Frauen aus, als Psychologische Psychotherapeutinnen finden sich rund 67% und als ärztliche Psychotherapeutinnen immerhin noch rund 64% Frauen. Dass hier die Familie in überdurch-

Psychotherapeuten im Krankheits-, Fortbildungs- oder Urlaubsfall keine Vertreter bestellen. Seit der Honorarreform 2009 stagniert deshalb das Einkommen der Psychotherapeuten gegenüber den anderen Arztgruppen. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen war bisher nicht willens und nicht in der Lage, die gravierenden Einkommensunterschiede zu beheben. Es ist nicht länger zumutbar, dass Psychotherapeuten ihren Anspruch auf eine angemessene Vergütung weiterhin über jahrelange gerichtliche Auseinandersetzungen einklagen müssen.

Die Honorierung der Psychotherapeuten bedarf deshalb einer gründlichen

Literaturhinweise

ZiPP-Jahresbericht 2011 <http://www.zi.de/cms/presse/2013/14-mai-2013/>

KBV Grunddaten 2011 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland <http://www.kbv.de/publikationen/125.html>

Statistisches Bundesamt <http://www.destatis.de>

Dieter Best, Mythen und Fakten zur Psychotherapie, Psychotherapie Aktuell 1.2012: http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2012/Mythen_und_Fakten_zur_Psychotherapie_Vorabdruck.pdf

Helmut Dikomey, Arbeitsbelastung und Honorargerechtigkeit bei Psychotherapeuten, 2008: <http://www.bdp-niedersachsen.de/verband/Arbeitsbelast.u.Honorargerechtigkeit.Dikomey.Juni08.pdf>