

DPtV Hintergrund ^{2.2019}

INFORMATION

Einkommensverluste durch Privatbehandlungen

Oktober 2019



© Adobe Stock/Hyejin Kang



DPtV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Dieter Best

Einkommensverluste durch Privatbehandlungen

Mit der sogenannten „kleinen GOÄ-Novelle“ im Jahre 1996 wurden die Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen neu festgelegt. Für eine Sitzung analytische oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie gab es 92,50 Euro, für eine Sitzung Verhaltenstherapie (VT), die neu in die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgenommen wurde, 100,55 Euro. Eigentlich war vorgesehen, in einem weiteren Schritt die analytische Psychotherapie (AP) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP) ebenfalls auf dieses Niveau zu heben. Dass das nie erfolgte, hätte die Bundesärztekammer (BÄK) absehen können, denn jede Änderung der GOÄ, sei es auch nur eine Leistungslegende oder die Vergütung einer einzelnen Leistung, benötigt eine Änderungsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und die Zustimmung des Bundesrats. Der Bundesrat ist beteiligt, weil die meisten Privatbehandlungen die Beihilfen und damit die Länderhaushalte belasten. Nachfolgend wird erläutert, wie GOÄ und GOP (Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) zusammenhängen, wie sich die Anhebung der EBM-Vergütungen auf die Behandlung von Privatpatient*innen auswirkt, wie mit Steigerungsfaktoren und Honorarvereinbarungen umzugehen ist und wie der Stand der Reform der GOÄ ist.

Was hat die GOP mit der GOÄ zu tun?

Nach § 9 Psychotherapeutengesetz ist das BMG ermächtigt, „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats“ die Entgelte von Privatbehandlungen durch Psychologische Psychotherapeut*innen (PP) und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (KJP) zu regeln. Seit dem 8. Juni 2000 haben wir die GOP.

Die GOP besteht aus einer einzigen Seite, auf der nichts anderes steht als ein Verweis auf die für PP und KJP zutreffenden Leistungen der Kapitel B und G der GOÄ. Der Vorteil ist eine einheitliche, für Ärzte und PP/KJP gleiche Vergütung. Der Nachteil ist die Übernahme des völlig veralteten Leistungskatalogs der GOÄ und ihrer Honorare. In der GOP ist auch nicht geregelt, welche Leistungen der Abschnitte B und G tatsächlich von PP und KJP abgerechnet werden können, denn nicht alle der dort aufgeführten Leistungen sind berufliche Leistungen der PP/KJP und bei manchen Leistungen ist es zumindest strittig. Die Beihilfe geht noch einen Schritt weiter und erstattet bei manchen Leistungen keine Kosten, wenn sie von PP und KJP erbracht werden. So wird die GOÄ-Nummer 849 (Psychotherapeutische Behandlung, mindestens 20 Minuten) unverständlicherweise nur dann erstattet, wenn sie von einer Ärztin oder einem Arzt abgerechnet wird.

Im Vorfeld der damaligen Rechtsverordnung hatte das BMG die Frage an die Vertreter*innen der führenden Verbände gerichtet (es gab noch keine Psychotherapeutenkammern), ob man sich eher an die GOÄ anhängen wolle (Verweislösung) oder eine eigene Gebührenordnung anstrebe. Die Entscheidung fiel für die erste Variante und zwar aus zwei Gründen: Zum einen bestand bei getrennten Gebührenordnungen die Gefahr, dass die Vergütungen der PP und KJP geringer ausfallen würden als die der Ärzte, was angesichts der damals relativ hohen Vergütung von 92,50 Euro (AP, TP) beziehungsweise 100,55 Euro (VT) selbstverständlich nicht riskieren wollte. Zum anderen hätten unterschiedliche Legenden und Vergütungen bei Ärzten und PP/KJP aus Versicherungssicht keinen Sinn ergeben. Schon aus diesem Grund hätte die Politik eine eigenständige Gebührenordnung wahrscheinlich nicht akzeptiert. Auch die BÄK sprach sich im Sinne einer gemeinsamen Interessenvertretung gegenüber den Kostenträgern für die Verweislösung aus.

EBM überholt GOÄ

Nicht nur wurde die Ungleichbehandlung zwischen den Psychotherapieverfahren nie aufgehoben, sondern auch die Vergütungen seit nunmehr 23 Jahren nicht angepasst. Bei den mit Mindestzeiten versehenen Gesprächsleistungen der Psychotherapeut*innen, die vollkommen auf diese Leistungen angewiesen sind, wirkt sich dies im Verhältnis zu den somatischen Leistungen besonders negativ aus, denn: Somatische Leistungen sind in der Regel nicht mit Mindestzeiten versehen. Dadurch lassen sich hier – bedingt durch den medizinischen Fortschritt und Delegationsmöglichkeiten – inflationsbedingte Einkommensverluste durch eine „Verdichtung“ der Leistungen je Zeiteinheit kompensieren.

Die kumulierte Inflationsrate und direkt proportional dazu der reale Honorarverlust bei psychotherapeutischen Privatbehandlungen seit 1996 liegt bei 40 %. Eine ganze Reihe somatischer Arztgruppen hat mit der Inflationsrate ein geringeres Problem als mit einer neuen GOÄ, weil eine solche immer mit Honorarverschiebungen einhergehen kann. Wie gut es diesen Gruppen gelungen ist, den Kaufkraftverlust, mit welchen Mitteln auch immer, zu kompensieren, zeigt sich an den Umsätzen einiger Facharztgruppen, wie sie das ZI-Praxis-Panel (Jahresbericht 2015) ausweist. Bei den Psychotherapeut*innen werden mit 12 % Privatpatient*innen 12 % des Überschusses erwirtschaftet, bei den Orthopäd*innen mit ebenfalls 12 % Privatpatient*innen 29 % des Überschusses, bei den HNO-Ärzt*innen mit 11 % Privatpatient*innen 29 % des Überschusses und so weiter. Nach einer kürzlich veröffentlichten Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV¹ entfallen insgesamt 23,2 % der Ein-

¹ Wissenschaftliches Institut der PKV: WIP-Analyse 4/2019: Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten.

nahmen niedergelassener Ärzt*innen auf Privatversicherte. Demgegenüber sind nur 10,6 % der Gesamtbevölkerung privat versichert. Die Ärztezeitung vom 13. August 2019 kommentiert: „PKV kurbelt Praxisumsatz an.“

Davon kann bei der Psychotherapie keine Rede sein. Während in der GOÄ die Psychotherapiehonorare seit 23 Jahren auf der Stelle treten, haben sich die GKV-Honorare – auch Dank der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – wenn auch langsam, so doch stetig weiterentwickelt. In diesem Jahr beträgt das Honorar 99,78 Euro für eine Therapieeinheit (50 Minuten) genehmigte Psychotherapie, für eine Therapieeinheit Sprechstunde und Akutbehandlung 100 Euro. Mit der jüngst zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) geeinten Steigerung des Orientierungswerts um 1,52 % für 2020 übersteigt das Honorar nach EBM das Honorar nach GOP/GOÄ nicht nur bei der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie, sondern auch bei der Verhaltenstherapie.

Bei den EBM-Honoraren kommt noch der auslastungsabhängige Strukturzuschlag hinzu. Er kann bis zu circa 9 Euro je Therapieeinheit betragen, pro 50-minütiger Sitzung also insgesamt etwa 109 Euro. Noch deutlicher ist der Unterschied bei der Gruppentherapie. Hier kann man auf Grundlage des EBM mit einer Sitzung von 100 Minuten und acht Teilnehmer*innen einen Umsatz ohne Strukturzuschläge von 481,39 Euro, mit vollen Strukturzuschlägen von 511,69 Euro erzielen. Würde dieselbe Gruppe nur mit Privatpatient*innen durchgeführt, wären es bei der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie nur 370 Euro, bei der Verhaltenstherapie noch weniger, nämlich 321,76 Euro.

Negative Auswirkungen auf die Versorgung psychisch kranker Privatpatient*innen

Ohnehin ist die Behandlung von Privatpatient*innen wegen des meist höheren bürokratischen Aufwands bei der Antragstellung und Abrechnung nicht besonders attraktiv für psychotherapeutische Praxen. In welcher Höhe Privatbehandlungen nun auch zu wirtschaftlichen Verlusten führen, zeigen beispielhaft die folgenden Jahresumsätze von Praxen mit vollen Versorgungsaufträgen und durchschnittlich 30 Sitzungen Psychotherapie pro Woche in 43 Arbeitswochen im Jahr. Bei den GKV-Einnahmen wurden der Orientierungswert 2019 (10,8226 Cent) und die Strukturzuschläge entsprechend der Auslastung nach dem Berechnungsmodus des Beschlusses des Bewertungsausschusses zugrunde gelegt. Die Strukturzuschläge sind umso höher, je mehr Sitzungen mit GKV-Patient*innen durchgeführt werden. Bei den GOP-/GOÄ-Honoraren wurde der 2,3-fache Steigerungssatz zugrunde gelegt. So haben Privatbehandlungen einen doppelten negativen Effekt: Sie bringen weniger Sitzungshonorar und senken den Strukturzuschlag für alle GKV-Patient*innen der Praxis.

Umsatz bei 30 Sitzungen pro Woche (VT)

	davon 30 GKV	davon 0 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung*	103,38 €	0,00 €	
Umsatz/Woche	3.101,40 €	0,00 €	3.101,40 €
	davon 27 GKV	davon 3 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung	102,75 €	100,55 €	
Umsatz/Woche	2.774,25 €	301,65 €	3.075,90 €
Differenz			-25,50 €

*) inklusive Strukturzuschlag, der bei 30 Sitzungen pro Woche 3,59 Euro beträgt, bei 27 Sitzungen pro Woche 2,97 Euro

Umsatz bei 30 Sitzungen pro Woche (TP, AP)

	davon 30 GKV	davon 0 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung	103,38 €	0,00 €	
Umsatz/Woche	3.101,40 €	0,00 €	3.101,40 €
	davon 27 GKV	davon 3 privat	gesamt
Umsatz/Sitzung	102,75 €	92,50 €	
Umsatz/Woche	2.774,25 €	277,50 €	3.051,75 €
Differenz			-49,65 €

Bei der Verhaltenstherapie liegen die so ermittelten Einkommenseinbußen durch Privatbehandlungen bei jährlich circa 1.100 Euro, bei den psychodynamischen Verfahren macht der Unterschied mit circa 2.000 Euro im Jahr nahezu doppelt so viel aus. Wer sich an Selektivverträgen beteiligt, erzielt meist ein deutlich höheres Sitzungshonorar als bei der Abrechnung über die KV. Nach dem PNP-Vertrag in Baden-Württemberg lässt sich ab kommendem Jahr mit den eingeschriebenen Versicherten der AOK oder der beteiligten BKKen eine Vergütung von 145 Euro je Einzeltherapiesitzung erzielen, bei einer Gruppentherapie mit zum Beispiel fünf Teilnehmer*innen in 100 Minuten eine Vergütung von 650 Euro.

Die Entscheidung für oder gegen die Aufnahme von Privatpatient*innen liegt im Übrigen nicht im Belieben der KV-zugelassenen Psychotherapeut*innen, denn es gibt eine gesetzliche Mindestanzahl von Wochenstunden, in denen gesetzlich Versicherte zu behandeln sind. Praxen mit vollem Versorgungsauftrag haben sich 25 Wochenstunden gesetzlich Versicherten zu widmen, Praxen mit halbem Versorgungsauftrag 12,5 Stunden. Über die gesetzlich geforderte bundeseinheitliche Regelung zur Berechnung dieser Stunden stimmen sich die KVen derzeit ab. Maßstab wird voraussichtlich die Summe der abgerechneten, den einzelnen Leistungen gemäß Anhang 3 des EBM hinterlegten Kalkulationszeiten sein, in Ausnahmefällen möglicherweise auch die dort aufgeführten Plausibilitätszeiten. Bei der Psychotherapie sind diese Zeitangaben knapp bemessen. Je mehr Privatpatient*innen eine Praxis behandelt, umso mehr ist sie von Sanktionen bedroht. Auch das wirkt sich demotivierend auf die Neuaufnahme von Privatpatient*innen aus.

Die Rolle der Steigerungsfaktoren

Die Gebührensprende reicht nach § 5 GOÄ vom 1,0-fachen bis zum 3,5-fachen. Dazwischen liegt der sogenannte Schwellenwert mit dem 2,3-fachen Steigerungsfaktor beziehungsweise bei technischen Leistungen, leider auch den Tests nach den Nummern 855 bis 857, dem 1,8-fachen. Der Schwellenwert bedeutet, dass ab diesem Faktor, der übrigens jeden Wert annehmen kann, eine Begründung in der Rechnung erforderlich ist. Nach einem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 8. November 2007 (Az III ZR 54/07) kann das 2,3-fache regelhaft angesetzt werden, ohne dass es einer Begründung bedarf. Wegen des Stillstands der GOÄ ist das 2,3-fache inzwischen der Normalfall.

Bei den nachfolgenden Ausführungen wird nicht auf die Besonderheiten der begrenzten Steigerungsfaktoren beim Standardtarif oder Basistarif eingegangen, sondern es wird direkt auf § 5b GOÄ beziehungsweise auf die Kommentierung verwiesen.²

² Best, D.: Kommentar zur Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP), 3. Auflage, Deutscher Ärzteverlag Köln, 2015.

Die Überschreitung des Schwellenwertes ist nach § 5 Abs. 2 GOÄ nur zulässig, „wenn Besonderheiten unter Berücksichtigung der Schwierigkeiten und des Zeitaufwands der einzelnen Leistung sowie der Umstände bei der Ausführung“ dies rechtfertigen. „Die Schwierigkeit der einzelnen Leistung kann auch durch die Schwierigkeit des Krankheitsfalls begründet sein.“ Dabei haben Kriterien, die bereits in der Leistungsbeschreibung berücksichtigt worden sind, außer Betracht zu bleiben. So kann zum Beispiel bei der Inanspruchnahme zur Unzeit dann kein Steigerungsfaktor angesetzt werden, wenn die GOÄ dafür einen entsprechenden Zuschlag vorsieht.

Wird der Schwellenwert überschritten, muss dies nach § 12 Abs. 3 GOÄ bei jeder einzelnen Leistung verständlich und nachvollziehbar in der Rechnung begründet werden. In der Regel genügen Stichworte (VGH Mannheim, Urteil vom 7. Juni 1994, Az 4 S 1666/91).

Exkurs: Beihilfe

Für die Beihilfe ist eine nachvollziehbare und verständliche Begründung besonders wichtig. In der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung vom 26. Juni 2017 wird unter Punkt 6.3.4 (hier zusammengefasst wiedergegeben) ausgeführt:

Überschreitet eine Gebühr für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Leistungen den Schwellenwert, kann sie nur dann als angemessen angesehen werden, wenn in der schriftlichen Begründung der Rechnung dargelegt ist, dass erheblich über das gewöhnliche Maß hinausgehende Umstände dies rechtfertigen. Derartige Umstände können in der Regel nur gegeben sein, wenn die einzelne Leistung aus bestimmten Gründen

- besonders schwierig war,
- einen außergewöhnlichen Zeitaufwand beanspruchte oder
- wegen anderer besonderer Umstände bei der Ausführung erheblich über das gewöhnliche Maß hinausging.

Die Besonderheiten müssen gerade bei der Behandlung des betreffenden Patienten, abweichend von der Mehrzahl der Behandlungsfälle auftreten. Die Besonderheiten eines angewendeten Verfahrens können mithin alleine nicht eine Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen.

Die Begründung ist auf Verlangen näher zu erläutern. Bestehen bei der Festsetzungsstelle Zweifel darüber, ob die in der Begründung dargelegten Umstände den Umfang der Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigen, soll sie den Patienten bitten, die Begründung durch den Arzt erläutern zu lassen, soweit dies nicht bereits von der Krankenversicherung der beihilfeberechtigten Person veranlasst worden ist. Werden die Zweifel nicht ausgeräumt, ist mit Einverständniserklärung der beihilfeberechtigten Person eine Stellungnahme der zuständigen Ärztekammer oder eines medizinischen Gutachters einzuholen. Die beihilfeberechtigte Person ist nach § 51 Absatz 1 Satz 2 zur Mitwirkung verpflichtet.

Auch wenn sich die Länderbeihilfen im Wesentlichen an der Bundesbeihilfe orientieren, gibt es doch Unterschiede. So haben sich bisher noch nicht alle Länderbeihilfen den Änderungen der mit der 8. Veränderungsordnung der Bundesbeihilfe vom Juli 2018 einhergehenden Erweiterung der Bewilligungsschritte und der Einführung einer Akutbehandlung angeschlossen.

Die Beihilfe des Landes Hamburg verweist sogar – im Grunde systemwidrig – auf die Psychotherapie-Richtlinie. Nach einem entsprechenden Merkblatt sei die psychotherapeutische Sprechstunde die „Zugangsvoraussetzung zur weiteren ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“. Nur: Die psychotherapeutische Sprechstunde ist in der GOÄ/GOP nicht enthalten. Wie soll sie abgerechnet werden? Empfohlen wird, auf die Analogberechnung nach § 6 Abs. 2 GOÄ zurückzugreifen, das heißt eine GOÄ-Leistung zu wählen, die der abgerechneten Leistungen am ehesten entspricht.

Inwieweit die Länderbeihilfen eigene Wege gehen, zum Beispiel auch bei der Anerkennung von Steigerungsfaktoren, die den Schwellenwert überschreiten, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Möglicherweise lohnt es sich, im direkten Kontakt mit den Beihilfestellen die Probleme der Vergütungen bei Privatbehandlungen zu thematisieren.

Wann sind Überschreitungen des Schwellenwertes gerechtfertigt?

Die Allgemeine Verwaltungsvorschrift zur Bundesbeihilfeverordnung verweist auf ein Urteil des OVG Lüneburg vom 13. November 2012 (Az 5 LC 222/11). Das Gericht führt in Bezug auf eine zahnärztliche Behandlung aus, „dass es dem Ausnahmeharakter des Überschreitens des Schwellenwertes widersprechen würde, wenn schon eine vom Arzt allgemein oder häufig, jedenfalls nicht nur bei einzelnen Patienten wegen in ihrer Person liegender Schwierigkeiten, angewandte Verfahrensweise bei der Ausführung einer im Gebührenverzeichnis beschriebenen Leistung als eine das Überschreiten des Schwellenwertes rechtfertigende Besonderheit angesehen würde“. Pauschale, auf alle Leistungen bezogene Begründungen sind nicht zulässig (BGH, Urteil vom 30. Oktober 1991, Az. VIII ZR 51/91).

Was meint aber die Bestimmung in § 5 Abs. 2, wonach die „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“ die Überschreitung des Schwellenwertes rechtfertigt? Reicht in diesen Fällen zum Beispiel bei schon aus der Diagnose ersichtlichen, eher schwer zu behandelnden Krankheitsbildern wie emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen oder Anorexie eine standardmäßige Begründung bei jeder Leistung in der Rechnung?

Eine Übersicht der Rechtsprechung, die sich häufig auf zahnärztliche Behandlungen (und demnach auf die Gebührenordnung für Zahnärzte) bezieht, zeigt, dass zwar eine pauschale Begründung unzulässig ist, dass aber bei Vorliegen schwieriger kieferorthopädischer Verhältnisse, die die normale Behandlung erschweren, eine Überschreitung des Schwellenwertes gerechtfertigt ist (zum Beispiel VG Schleswig, Urteil vom 1. November 2018, Az. 12 A 25/17). Die Begründung muss nur patienten- und leistungsbezogen, verständlich und nachvollziehbar sein.

Nach einem Urteil des Verwaltungsgerichts Düsseldorf vom 13. Dezember 2016 (Az. 26 K 4790/15), bei dem es ebenfalls um eine zahnärztliche Behandlung ging, erfordert die Überschreitung des Schwellenwertes einen überdurchschnittlichen Aufwand im Verhältnis zum durchschnittlichen Aufwand vergleichbarer Leistungen. Die Leistung müsse überdurchschnittlich schwierig sein, einen überdurchschnittlichen Zeitaufwand erfordern oder es müssen überdurchschnittlich schwierige Umstände der Ausführung vorliegen (VG Hannover, Urteil vom 14. Mai 2014, Az. 13 A 8004/13).

Übertragen auf die Psychotherapie heißt das: Die Überschreitung des Schwellenwertes ist der Ausnahmefall, der – so die gängige Rechtspre-

chung und die Kommentierungen – dann vorliegt, wenn bei der Mehrzahl der Patient*innen beziehungsweise Leistungen die Regelspanne (bis zum 2,3-fachen) eingehalten wird. Wenn sich eine Praxis allerdings belegbar auf bestimmte, schwer zu behandelnde Krankheitsbilder verlegt, dürfte die Überschreitung des Schwellenwertes nicht die Ausnahme, sondern eher der Regelfall sein.

Die „Schwierigkeit des Krankheitsfalles“ muss sich auf die einzelne Leistung niederschlagen, kann also gelegentlich auch bei ansonsten „einfachen Krankheitsbildern“ gegeben sein. Die „Schwierigkeit“ kann sich allein schon aus der Art der Krankheit und den damit verbundenen Erschwernissen ergeben. Die Erschwernis kann sich zum einen auf den Ablauf der Sitzung selbst beziehen, zum Beispiel dann, wenn die Verständigung erschwert oder wenn Patient*innen gering einsichtsfähig sind. Zum anderen kann sich die Erschwernis aus einem zusätzlichen Aufwand ergeben, wenn zum Beispiel somatische Komorbiditäten mitberücksichtigt werden müssen, wenn die Vor- und Nachbereitung einer Sitzung besonders aufwändig ist, wenn das familiäre Umfeld einbezogen werden muss oder wenn die Sitzungszeit deutlich überschritten werden muss.

Was sind gute Begründungen, die in der Rechnung stichwortartig hinter einer Leistung anzugeben sind?

Eine gute Begründung bezieht sich – wie ausgeführt – immer auf die konkrete Patientin oder den konkreten Patienten und die konkrete Leistung. Beispiele sind:

- schwierige Differenzialdiagnostik (jedoch nur in Bezug auf diagnostische Leistungen)
- erschwerte Behandlung wegen der Art der Erkrankung oder durch Komorbiditäten
- besonders hoher Zeitaufwand mit Angabe der Stunden oder Minuten, zum Beispiel bei Nr. 808 „hoher Zeitaufwand, 3 Stunden“ – allein die Angabe „erhöhter Zeitaufwand“ reicht nicht aus
- eine deutliche Überschreitung der in der Gebührenordnung angegebenen Mindestzeit: zum Beispiel bei einer Sitzung Psychotherapie von mindestens 50 Minuten Dauer eine reale Dauer von 70 Minuten
- Ein besonderes Problem sind Doppel- oder Mehrfach Sitzungen, weil sie in der GOÄ nicht vorgesehen sind. Zwar könnte man eine Doppelsitzung gut mit dem 3,5-fachen begründen (erhöhter Zeitaufwand von 100 Minuten), jedoch führt dies wirtschaftlich nicht wesentlich weiter. Sinnvoller ist es, wenn die/der Patient*in beim Kostenträger die Zustimmung zur Doppel- oder Mehrfachabrechnung einholt.
- ein die Behandlung erschwerender psychischer Befund (wie Agitiertheit, mangelnde Kooperation)
- hohe Dringlichkeit
- Inanspruchnahme zur Unzeit (sofern dafür nicht ein entsprechender Zuschlag zur Verfügung steht)
- erschwerte Verständigung (Fremdsprache, mangelnde Deutschkenntnisse, Behandlung in Gebärdensprache, erschwerte Kommunikation wegen Mutismus); weil eine Psychotherapie eine gute sprachliche Verständigung voraussetzt, ist eine eingeschränkte Verständigung weit mehr als erschwerende Bedingung anzusehen, als dies in der somatischen Medizin der Fall ist

Als Begründung nicht zulässig ist die Nennung einer besonderen Qualifikation der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten. Selbstverständlich auch nicht die Tatsache, dass die GOÄ-Honorare inzwischen schlechter als die des EBM sind.

Honorarvereinbarung

Die Beschränkungen der Steigungsfaktoren können mit einer „Abweichenden Vereinbarung“ nach § 2 GOÄ überwunden werden.

§ 2 Abs. 2 GOÄ Abweichende Vereinbarung

Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.

Mit einer solchen Honorarvereinbarung kann jeder Steigerungsfaktor, sowohl unter (was kaum vorkommen dürfte) als auch über dem 3,5-fachen gewählt werden, wenn die Patientin oder der Patient zugestimmt hat. Nachteil: Kaum ein Kostenträger erstattet Leistungen, die über eine Honorarvereinbarung abgerechnet werden.

Die Vereinbarung muss mit der Patientin oder dem Patienten persönlich im direkten Kontakt besprochen und getroffen werden (OLG Düsseldorf, Urteil vom 13. Mai 2002, Az. 8 U 32/01). Es ist nicht zulässig, dass die Erläuterung der Vereinbarung vom Personal vorgenommen wird. Auch ist es nicht zulässig, Patient*innen lediglich ein vorgefertigtes Formular unterschreiben zu lassen. Die Honorarvereinbarung darf auch nicht gegen die guten Sitten verstoßen, was der Fall wäre, wenn sie unter Ausnutzung einer Notlage der Patientin oder des Patienten zustande gekommen ist. Die Vereinbarung muss vor der Leistungserbringung getroffen werden. Bei Folgebehandlungen, wie in der Psychotherapie üblich, ist es allerdings nicht erforderlich, vor jedem neuen Termin eine neue Vereinbarung zu treffen.

Eine Honorarvereinbarung ist nicht erlaubt bei technischen Leistungen, damit auch nicht bei den Testleistungen des Kapitels G. Die Rechnung hat sich an die Vorgaben des § 12 GOÄ zu richten, was bedeutet, dass der Steigerungsfaktor jeder einzelnen Leistung benannt werden muss. Die Honorarvereinbarung damit zu begründen, dass die psychotherapeutische Behandlung eine besondere Qualifikation erfordert, ist auch hier nicht zulässig.

An die Aufklärung der Patient*innen über die Gründe der Honorarvereinbarung müssen keine übermäßig hohen Anforderungen gestellt werden, so das Bundesverfassungsgericht am 29. Oktober 2004 auf eine Verfassungsbeschwerde. Schließlich stehe es Patient*innen frei, die Leistung eines anderen Anbieters „einzukaufen“, wenn der Preis zu hoch erscheine.

Muster einer Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ

Zwischen ____ (Patientin/Patient) und ____ (Psychotherapeutin/ Psychotherapeut) wird nach § 2 Abs. 1 der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) nach Erörterung der Steigerungssätze durch die Unterzeichnenden folgende Honorarvereinbarung getroffen:

Die Leistungen gemäß GOP-Nr. XY werden mit dem x-fachen Gebührensatz berechnet. Eine Erstattung der Kosten durch den Kostenträger ist möglicherweise nicht gewährleistet.

Der letzte Satz ist schon aufgrund des Patientenrechtegesetzes (§ 630c BGB) notwendig, wonach im Rahmen der Aufklärungspflicht Ärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen verpflichtet sind, Patient*innen vor der Behandlung schriftlich darüber aufzuklären, wenn der Kostenträger die Kostenübernahme möglicherweise nur teilweise übernimmt oder ablehnt.

Fraglich ist, ob eine Honorarvereinbarung einer Begründung bedarf. Nach dem Wortlaut des § 2 ist das nicht der Fall. Allerdings wird nach § 12 Abs. 3, der die Inhalte der Privatrechnung regelt, verlangt, dass auch bei Honorarvereinbarungen, die das 2,3-fache übersteigen, eine „verständliche und nachvollziehbare“ Begründung in der Rechnung anzugeben ist. Man wird insofern um eine Begründung nicht herumkommen.

Wann kommt die neue GOÄ?

Bemühungen, die GOÄ zu reformieren, laufen schon seit mehr als 15 Jahren. Reformeckpunkte der BÄK von 2005 benennen klar die Schwachpunkte der bestehenden GOÄ: Sie fordern einen modernen Leistungskatalog und eine bessere Bewertung. Ab etwa 2007 waren zunächst Vertreter*innen der Verbände der PP und KJP bei den Gesprächen zu Kapitel G (Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie), später ausschließlich die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) einbezogen. Die Federführung bei allen Verhandlungen hat die BÄK. Der BPtK war es zu jeder Zeit möglich, ihre Expertise auf dem Gebiet der Psychotherapie einzubringen.

Lange Zeit kam aus der Ärzteschaft kein klares Bekenntnis zum Reformbedarf. Denn wie eingangs erwähnt, leben manche Arztgruppen, und das sind nicht die mit dem geringsten Einfluss, mit der bisherigen GOÄ recht gut und eine Reform war für diese Gruppen immer mit dem Risiko von Einkommensverlusten behaftet.

Sehr viel Zeit benötigte die Abstimmung zu Kapitel G zwischen den ärztlich-psychotherapeutischen Verbänden, die einen möglichst großen Abstand ihrer Leistungen zu denen der PP und KJP (und natürlich eine höhere Bewertung) verlangten und den Vertretern der PP und KJP, die einen möglichst einheitlichen Leistungskatalog und gleiche Bewertungen anstrebten. Es würde den Rahmen dieses Beitrags sprengen, sämtliche Entwicklungen, Irrwege, Zwischenstände der letzten Jahre zu beschreiben.

Ein entscheidender Schritt nach vorne war eine Rahmenvereinbarung zwischen der BÄK und dem PKV-Verband vom 8. November 2013. In ihr wurde festgehalten, dass es „beidseitig als unbedingt notwendig angesehen wird, die Bewertung der ärztlichen Leistungen unter Heranziehung von Kostendaten und unter Berücksichtigung der medizinischen Leistungserbringung nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen neu vorzunehmen.“ Ab etwa 2016 wurde es dann konkreter mit Reformvorschlägen zu den einzelnen Kapiteln. 2017 wurden die ärztlichen Fachverbände und die BPtK, die die ganzen Jahre bis heute an zahlreichen Gesprächen beteiligt war, aufgefordert, ihre Vorstellungen zu den Leistungsbeschreibungen und zu den kalkulatorischen Annahmen (vor allem zum Zeitaufwand einer Leistung) zu äußern.

Was die gemeinsamen Leistungen von Ärzt*innen sowie PP und KJP angeht, verfolgte der Vorstand der BÄK gegen den Widerstand einiger ärztlicher Psychotherapiefachverbände entschieden die Meinung, dass sich die GOÄ nicht als Spielfeld standespolitischer Auseinandersetzungen eignet, sondern, dass gleiche Leistungen gleich zu vergüten sind. Die Gespräche mit allen Fachgruppen mündeten schließlich in einem innerärztlich abgestimmten Katalog von mehr als 5.000 Leistungen.

Die Leistungslegenden sind nunmehr mit dem PKV-Verband konsentiert und deshalb nicht mehr verhandelbar. Bei den Bewertungen hat die BÄK den ärztlichen Fachverbänden und der BPtK vor kurzem einen Bewertungsentwurf vorgelegt. Die Abstimmung darüber findet derzeit statt.

In einem weiteren Schritt wird der innerärztlich abgestimmte Bewertungsvorschlag mit dem PKV-Verband und den Beihilfen verhandelt. Damit es nicht noch einmal zu einem derartigen Stillstand der GOÄ kommt wie in den letzten 23 Jahren, wurde 2015 eine „Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo)“ zwischen BÄK und PKV-Verband vereinbart. Sie soll künftig die vorrangige Aufgabe haben, die Anpassung der GOÄ an den medizinischen Fortschritt und die Weiterentwicklung der Vergütungen zu gewährleisten.

Noch nicht klar in seinen Auswirkungen auf den Reformprozess ist die im Koalitionsvertrag stehende Absicht der Bundesregierung, „ein modernes Vergütungssystem“ zu schaffen, das „den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“. Beide Gebührenordnungen – EBM und GOÄ – sollen auf den Prüfstand. Diese Vereinbarung ist ein Kompromiss zwischen der Langzeitforderung der SPD, eine Bürgerversicherung inklusive Abschaffung der GOÄ einzuführen und der Absicht von CDU/CSU, beide Versicherungssysteme zu erhalten.

Zur Umsetzung der Koalitionsvereinbarung setzte die Bundesregierung eine „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV)“ ein, die alle damit zusammenhängenden Fragen beantworten soll. Allerdings: „Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden“, so die Koalitionsvereinbarung. Die Kommission muss bis Ende 2019 ihren Vorschlag abliefern. Die zentrale Frage ist: Ist eine einheitliche Gebührenordnung überhaupt möglich und sinnvoll?

Die Meinungen dazu sind geteilt. Die BÄK hält an ihrer GOÄ fest. Die politischen Parteien, die eine Bürgerversicherung anstreben, wollen die private Krankenversicherung und damit die GOÄ abschaffen.

Aus diesen Gründen kann die Frage, ob und wann die neue GOÄ kommt, derzeit nicht beantwortet werden. Jedenfalls erhöhen sich die Chancen deutlich, wenn sich die BÄK und der PKV-Verband möglichst bald auf einen Vorschlag, den sie der Bundesregierung überreichen können, einigen. Insgesamt, so die Verabredung zwischen BÄK und PKV-Verband, darf die Reform nicht mehr als 6,4 % Mehrkosten verursachen.

Die BPtK steht hinter den Leistungslegenden der Kapitel B und G, hat sie doch selbst daran mitgewirkt. Für die Psychotherapeut*innen ist die neue GOÄ/GOP nur akzeptabel, wenn bei den Vergütungen ein deutlicher Abstand zum EBM wiederhergestellt wird.

Dieter Best

Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, selbstständig in eigener psychotherapeutischer Praxis (VT) in Ludwigshafen. Gebührenordnungsbeauftragter der Bundespsychotherapeutenkammer.