

Vom „nichtärztlichen“ zum Psychologischen Psychotherapeuten/KJP¹

Holger Schildt

Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)

Zusammenfassung: Seit 40 Jahren ist Psychotherapie Kassenleistung. Und fast genauso lange tragen Psychologen bzw. Pädagogen mit qualifizierter psychotherapeutischer (Zusatz-)Ausbildung zur Sicherstellung der psychotherapeutischen Versorgung von GKV-Patienten bei. Angesichts des „Arztvorbehalts“ in RVO/SGB V über Jahrzehnte hinweg allerdings auf Basis einer unsicheren und von den Betroffenen als diskriminierend empfundenen Rechtslage. Aber obwohl der Regelungsbedarf spätestens Mitte der 70er Jahre offenkundig war, blickt wohl kaum ein Gesetz auf eine so lange und hart umkämpfte Geschichte zurück wie das am 01.01.1999 in Kraft getretene „PsychThG“. Das ihm zugrundeliegende, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens immer wieder modifizierte Integrationsmodell bedeutet einen politisch erzwungenen Kompromiss, der die widerstreitenden Interessen bei Ärzteschaft, Kostenträgern und Politik – aber auch in der Profession selbst – mühsam zu vereinen sucht. Acht Jahre später scheint das ganz gut gelungen, aber es ist noch viel Luft nach oben!

A. Der lange Weg zur Anerkennung der Psychotherapie in der GKV

Am Anfang stand auch hier das Wort (die Psychoanalyse nämlich) und – so ist es nun mal – der Arzt! Schon 1918 hatte S. Freud auf dem Budapester Kongress vorhergesagt:

„Irgend einmal wird das Gewissen der Gesellschaft erwachen und sie mahnen, dass der Arme ein eben solches Anrecht auf seelische Hilfeleistung hat wie bereits jetzt auf lebensrettende chirurgische. ... Dann werden also Anstalten oder Ordinationsinstitute errichtet werden, an denen psychoanalytisch ausgebildete Ärzte angestellt sind, um ... (ihre Patienten) durch Analyse widerstands- und leistungsfähig zu erhalten. Diese Behandlungen werden unentgeltliche sein. Es mag lange dauern, bis der Staat diese Pflichten als dringende empfindet ...“²

Für *privatversicherte Patienten* wurde diese Vision schon bald Realität: Bereits in

der PREUGO 1924 waren unter „Besondere ärztliche Verrichtungen“ auch psychotherapeutische Sitzungen, insbesondere die Psychoanalyse aufgeführt, übrigens unter der Gebührenziffer 22 („Narkosen“). Der Vergütungsrahmen reichte von 5 bis 50 RM, das war immerhin so viel, wie für „Bemühungen zur Wiederbelebung eines Scheintoten“ gezahlt wurde.

Kassenpatienten waren allerdings noch Jahrzehnte lang schlechter dran, weil die Neurose nicht als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt war. Die Patienten mussten als Selbstzahler durchschnittlich 15 DM pro Sitzung aufwenden und waren im übrigen als Bittsteller auf Zuschüsse von ihrer Krankenkasse, von der Rentenversicherung und vom Sozialamt angewiesen. Kassenleistung wurde Psychotherapie erst 1967, nachdem

■ der Deutsche Ärztetag 1956 auf Betreiben von DGPT und AÄGP (Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie) gegen den Widerstand

vieler somatisch tätiger Ärzte³ die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ in die ärztliche WBO eingeführt

- A. Dührssen im Jahre 1962 anhand von katamnestischen Untersuchungen bei 1004 Patienten⁴ die Wirksamkeit von analytischer Psychotherapie nachgewiesen
- und das Bundessozialgericht (BSG) 1964 den aktuellen neurotischen Konflikt (1976 auch die chronische Neurose) als Krankheit im Sinne der RVO anerkannt hatte.

Alles das führte, neben dem wachsenden Druck der Patienten auf ihre Krankenkassen, dazu, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nach jahrelangen Verhandlungen der Vertreter von DGPT und AÄGP mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Krankenkassen zum

1 Erweiterte Fassung zweier am 08.10.2006 in Braunschweig (1. Nds. Psychotherapeutentag) und am 03.02.2007 in Hamburg (Symposium anlässlich des 60. Geburtstages von Prof. Dr. Rainer Richter) gehaltener Vorträge. Der Verfasser hat sich um eine möglichst objektive Darstellung, in erster Linie auf der Grundlage aktenmäßig belegter Daten, bemüht. Soweit es darüber hinaus um Einschätzungen geht, schimmert im Einzelfall womöglich die Sichtweise eines langjährigen berufspolitischen Repräsentanten der Psychoanalytiker durch, was man ihm nachsehen möge.

2 Freud, S.: *Gesammelte Werke*, Bd. XII, S. 192 f.

3 Noch kurz vor dem Ärztetag schrieb der damalige Präsident der BÄK an den seinerzeitigen Vorsitzenden der DGPT, es handle sich bei Psychotherapie „nicht um eine ärztliche Tätigkeit, die andere Ärzte nicht auch ausüben“(!).

4 Durchgeführt am 1946 gegründeten Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen in Berlin.

01.10.1967 schließlich die ersten Psychotherapie-Richtlinien, ergänzt durch die Psychotherapie-Vereinbarungen als Anlage zum BMV-Ä, beschloss. Die Richtlinien galten zunächst aber nur für den Bereich der *Primärkassen* und für *analytische* Psychotherapie bzw. *tieferpsychologisch fundierte* Psychotherapie. Erst vier Jahre später – 1971 – gelang es nach mühevollen Verhandlungen, auch die *Ersatzkassen* in die Regelung einzu-beziehen. *Verhaltenstherapie* wurde Kas-senleistung erst 1980 (Ersatzkassen) bzw. 1987 (Primärkassen).

Der Grundstein wurde also vor 40 Jah-ren gelegt. Allerdings erschien der Preis vielen Psychoanalytikern (zu) hoch, denn die Finanzierung der Behandlung durch die Krankenkassen bedeutete zugleich

- Verzicht auf Kostenbeteiligung der Pa-tienten (am von vielen Behandlern für notwendig gehaltenen „finanziellen Opfer“ der Patienten wären die Ver-handlungen im Bundesausschuss fast gescheitert),
- Einbeziehung „Dritter“ (Gutachter, Kran-kenkassen) in die Arzt-Patient-Bezie-hung,
- Unterwerfung unter das Wirtschaftlich-keitsgebot der RVO (Korsett der limi-tierten Behandlungsstunden),
- Ausschluss der „nichtärztlichen Psycho-therapeuten“ wegen des in § 122 RVO normierten Arztvorbehalts. Immerhin gelang es 1971 der DGPT (sie war sei-nerzeit die einzige berufspolitische Kraft, die die Interessen sowohl der ärztlichen als auch der nichtärztlichen Psychothe-rapeuten vertrat), das sog. Delegations-verfahren zu implementieren.

B. Der steinige Weg zum „Psychologischen Psychotherapeuten/KJP“

I. (Unselbständige) Berufs-ausübung im Delegations-verfahren als „Heilhilfs-person“

Für S. Freud war nicht der „Grundberuf“ des Psychoanalytikers, sondern dessen qualifizierte Ausbildung von entschei-

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR HYPNOSE (DGH)

Klingenberg Institut für Klinische Hypnose (K.I.K.H.)

Prof. Dr. Walter Bongartz

HYPNOTHERAPIEFORTBILDUNG

KONSTANZ und WIESBADEN

Referent:	Prof. Dr. Walter BONGARTZ
Ort:	Konstanz Wiesbaden
Teilnehmer:	DiplompsychologInnen, ÄrztInnen
Beginn des curriculums:	Konstanz: 22./23.09.2007 Wiesbaden: 20./21.10.2007
Kursinformationen/	K.I.K.H.
Anmeldung:	Bleicherstr. 12 78467 Konstanz Tel./Fax: 07531-56711 e-mail: bongartz@hypnose-kikh.de

www.hypnose-kikh.de

der Bedeutung. In seiner 1926 erschienenen Schrift „Die Frage der Laienanalyse“ hieß es, „dass niemand die Analyse ausüben soll, der nicht die Berechtigung dazu durch eine bestimmte Ausbildung erworben hat. Ob diese Person nun Arzt ist oder nicht, erscheint mir als nebensächlich“.⁵ In der Tat gestaltete sich die psychoanalytische Ausbildung, in Berlin z.B. schon seit 1920, traditionell interdisziplinär. Berufsrechtlich schwierig wurde die Situation jedoch mit Aufhebung der Kurierfreiheit durch das Heilpraktikergesetz (HPG) im Jahre 1939, mit dem die *selbständige* Ausübung der Heilkunde den Ärzten und Heilpraktikern vorbehalten blieb. Gelöst wurde das Problem damals kurzerhand ministeriell über den Weg der „Heilhilfsperson“⁶.

Faktisch reichen die Wurzeln des Delegationsverfahrens also weit zurück. Eine verlässliche Rechtsgrundlage fand es wie gesagt aber erst 1971 in den Psychotherapie-Richtlinien und -Vereinbarungen. Im Laufe der Zeit wurde mit ihm viel *Kritik* verbunden. Es sei

- *unwürdig* für die Berufsgruppe, weil es ihrer Qualifikation und ihrem Versorgungsbeitrag nicht gerecht werde,
- *elitär*, weil es nur Absolventen einer Ausbildung in Richtlinienverfahren an von der KBV anerkannten Instituten offen stehe und überdies
- *unsicher*, weil es als subsidiäre „Kann-Regelung“ die ärztlichen Psychotherapeuten (immerhin auch Konkurrenten!) zwar zur Delegation berechtige, aber nicht verpflichte und bei etwaiger Bedarfsdeckung durch ärztliche Psychotherapeuten gestrichen werde.

In der Praxis gestaltete sich die Kooperation allerdings, jedenfalls bei den Psychoanalytikern, im wesentlichen unproblematisch. Die Probleme waren eher *rechtlicher* Art:

1. Der Delegationspsychotherapeut übte keinen „Katalogberuf“ im Sinne des § 18 EStG aus. Er galt deshalb formalrechtlich auch nicht als Freiberufler, sondern als gewerblich Tätiger, mit der entsprechenden Verpflichtung zur Abführung von Umsatz- und Gewerbesteuer. Erst nach langwierigen Verhandlungen, unter Einschaltung des Finanzausschusses des Deutschen Bundestages,

konnte *Anfang der 80er Jahre*⁷ erreicht werden, dass die Finanzverwaltung die Tätigkeit von Delegationspsychotherapeuten und Ausbildungskandidaten als freiberufliche akzeptierte (übrigens ist der PP/KJP auch heute noch nicht ausdrücklich in § 18 genannt, auf Grund der erforderlichen Approbation handelt es sich aber um einen „ähnlichen Beruf“⁸ im Sinne dieser Norm).

2. Im Jahre 1983 stellte das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) in einem grundlegenden Urteil⁹ klar, dass die Ausübung von Psychotherapie Heilkunde sei und deshalb die HPG-Erlaubnis erforderlich mache. Diese konnten die meisten Delegationspsychotherapeuten natürlich nicht vorweisen. Insbesondere die Bayerischen Gesundheitsämter überzogen die Kollegen deshalb flächendeckend mit Strafanzeigen bei den Staatsanwaltschaften, die sich nur mit Mühe und mit für den Berufsstand schmerzlicher Argumentation¹⁰ zur Einstellung der Verfahren bewegen ließen.

3. Im Jahre 1990 kam es dann zu einem ersten Kräfteressen mit den KVen wegen ungleicher Vergütung. „Sündenfall“ war eine Vereinbarung der KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die im Ersatzkassenbereich zu einer niedrigeren Honorierung der Delegationspsychotherapeuten gegenüber den psychotherapeutischen Ärzten – 10,65 Pf. gegen 11,1 Pf. pro Punkt – geführt hätte.¹¹ Erst nach flächendeckenden Widerspruchsaktionen und Einschaltung der Sozialgerichte gaben die KVen nach, obwohl sie angesichts der bindenden Honorarvereinbarung der KBV für den Schlamassel gar nicht verantwortlich waren und die Ersatzkassen auch nur teilweise nachschossen.¹²

4. Wenige Jahre später stellten sich einige KVen (z.B. Niedersachsen) auf den Standpunkt, dass den Delegationspsychotherapeuten gar kein eigenständiges Widerspruchs- bzw. Klagerecht gegen ihre Honorarbescheide zustünde. Begründet wurde dies mit einer zu sehr am Wortlaut klebenden Auslegung der Psychotherapie-Vereinbarungen.¹³ Wir mussten gegen diesen Unsinn bis zum BSG ziehen, das 1999 in einem Grundsatzprozess endlich ein Machtwort sprach.¹⁴ Konsequenterweise wurde kürzlich entschieden, dass die KVN

für den Zeitraum 1993 bis 1998 auch den Delegationspsychotherapeuten Nachvergütung auf der Basis von 10 Pf. pro Punkt schulde, die ihre Honorarbescheide seinerzeit auf Grund der allgemein bekannten Rechtsauffassung der KV hatten bestandskräftig werden lassen.¹⁵

5 Freud, S.: *Gesammelte Werke*, Bd. XIV, S. 209 ff. 120

6 Ein unveröffentlichter Runderlass des Reichsministers des Innern an die Landesregierungen und Gesundheitsämter vom 18.03.1943 (IV c 529/43) wies darauf hin, dass die im Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie ausgebildeten behandelnden Psychologen als Hilfskräfte in der Gesundheitspflege anzusehen sind, die ihre Tätigkeit „nur auf Weisung eines Arztes ausüben“.

7 Schreiben des BMF an den Verfasser vom 09.02.1981 (IV B 4 – S. 2246 – 12/81) betr. die Diplom-Psychologen und vom 18.07.1983 (IV B 4 – S. 2246 – 23/83) betr. die Akademiker mit einem anderen Hochschulabschluss als in Psychologie, die analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und die Ausbildungskandidaten an (KBV-)anerkannten Instituten.

8 Schreiben des BMF vom 29.10.1999 (IV C 2 – S. 2246 – 55 (99).

9 BVerwG, Urt. vom 10.02.1983, NJW 1984, 1414 ff.

10 Herausarbeitung aller Umstände nämlich, die – unter Hinweis auf ein BSG-Urteil vom 02.02.1983 (Az. 3 RK 37/81) und auf eine hilfreiche Stellungnahme Schirmers (Justiciar der KBV) – die rechtliche Unselbständigkeit der Delegationspsychotherapeuten („dem Arzt zugeordnete Tätigkeit“) belegten, gegen alle in der täglichen Praxis mittlerweile errungenen Freiheiten.

11 Man beachte die Punktwert-Dimension! Wir waren insoweit vor 17 Jahren, auch unter Berücksichtigung der aktuell höheren Punktzahlen, also schon weiter als heute.

12 Die Situation war damals also schon ganz ähnlich der heutigen im Rahmen der Nachvergütungsprozesse: Auch jetzt sind die KVen an die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gebunden und müssen sich im Nachhinein vor den Schiedsämtern mit den Krankenkassen wegen etwaiger Nachschussverpflichtung auseinandersetzen.

13 Gemäß § 10 der PT-Vereinbarungen stand die KV hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen nur zu den delegierenden Ärzten in Rechtsbeziehungen.

14 BSG, Urteil vom 03.03.1999 (B 6 KA 10/98 R) in Sachen Schlösser ./. KVN, NZS 1999, Heft 4, S. VII.

15 LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 08.11.2006 (L 3 KA 199/02) in Sachen Poettgen-Havekost ./. KVN. Bezogen auf diesen atypischen Fall einer Fehlinformation durch die KV durchaus im Einklang mit BSG-Urteilen vom 22.06.2005, MedR 2006, 223 ff., in denen eine *generelle* Verpflichtung

5. Der rechtliche Status der Delegationspsychotherapeuten in der GKV war also immer wieder Angriffen ausgesetzt. Aber in der PKV und im *Beihilferecht* sah es nicht besser aus:

Mitte der 80er Jahre hatten die Beihilfevorschriften das Delegationsverfahren der GKV, d.h. auch Beschränkung auf die drei Richtlinienverfahren und Erfordernis der Institutsausbildung, übernommen. Im Gegensatz zu früher waren damit faktisch viele Psychologen von der Behandlung ausgeschlossen. Aber auch die Delegationspsychotherapeuten wurden mit dieser Regelung nicht glücklich. Sie konnten zwar „unmittelbar“ mit den Patienten abrechnen, das beihilfefähige Honorar war aber gekappt auf 110,40 DM (später 121,40 DM), während ihre ärztlichen Kollegen in der Regel das 2,3-fache = 175,00 DM abrechneten. Unsere Musterklage gegen diese systemwidrige und willkürliche Regelung vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf blieb allerdings erfolglos: Der Betrag liege zwischen dem Heilpraktiker- und dem Arzthonorar, und das sei auch angemessen; die nähere Begründung dafür muss man sich auf der Zunge zergehen lassen.¹⁶ Zwar konnte das Berufungsverfahren noch gewonnen werden¹⁷, die Revision beim BVerwG ging jedoch verloren.¹⁸ Und unsere dagegen eingelegte Verfassungsbeschwerde wurde vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) – ohne Begründung – nicht zur Entscheidung angenommen.¹⁹

Auch außerhalb der Beihilfe hatten es Privatpatienten von Delegationspsychotherapeuten vielfach schwerer als Patienten der GKV. Einige Versicherer hatten nämlich in ihren Tarifbedingungen die Leistungspflicht bei Psychotherapie auf Behandlung durch Ärzte beschränkt und leisteten allenfalls auf

Kulanz. Verhandlungen mit diesen Unternehmen, dem Bundesverband der privaten Krankenversicherer und Beschwerden beim Bundesaufsichtsamt fruchteten nicht. Auch ein gegen die „Landeskrankenhilfe“ angestrebter Musterprozess blieb erfolglos²⁰; der Bundesgerichtshof (BGH) wies unsere Revision 1991 unter Berufung auf die Vertragsfreiheit zurück.²¹

6. Wie gesehen, war der jahrzehntelange Kampf um eine angemessene (Gleich-) Behandlung der Delegationspsychotherapeuten bei Behörden und Gerichten nur teilweise erfolgreich. Gleichwohl – und bei aller berechtigten Kritik am Delegationsverfahren – sollte dessen Bedeutung aber nicht unterschätzt werden. *Versorgungspolitisch* schon gar nicht, weil angesichts der damals noch als unumstößlich geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen viele Patienten nur auf diese Weise an die notwendige Behandlung herankamen. Aber auch *berufspolitisch* nicht, weil es der **1. Wegbereiter des PsychThG** war: Immerhin konnte mit ihm der Ärzteschaft erstmalig und nachhaltig bewiesen werden, dass die Einbeziehung qualifizierter psychologischer Kollegen kein Teufelswerk ist.

II. (Selbständige) Berufsausübung als Heilpraktiker bzw. mit auf Psychotherapie beschränkter HPG-Erlaubnis

In § 1 HPG heißt es: „*Wer die Heilkunde, ohne als Arzt bestellt zu sein, ausüben will, bedarf dazu der Erlaubnis.*“ Bis Anfang der 80er Jahre war umstritten, ob dies auch für psychotherapeutisch tätige Diplom-Psychologen galt, weil es bei Erlass des HPG im Jahre 1939 den erst 1941 eingeführten Diplom-Psychologen noch

gar nicht gab und die Einbeziehung von Akademikern in das HPG, das nur Volksschulabschluss voraussetzt, verfassungsrechtlich problematisch schien. Dementsprechend machte die überwiegende

ting der KVen zur Rücknahme bestandskräftig gewordener Honorarbescheide verneint wurde. Über die Beschwerde der KVN gegen die Nichtzulassung der Revision wird das BSG (B 6 KA 92/06 B) voraussichtlich noch im Frühjahr 2007 entscheiden.

16 VG Düsseldorf, Urteil vom 01.04.1992 (10 K 1558/91): „Der approbierte Arzt ist diejenige Person, die nach ihrer Ausbildung, ihrer Erfahrung und nach allgemeiner Anschauung zur Ausübung der Heilkunde berufen ist; er besitzt die übergreifende Sachkunde. Seine Leistung ist typischerweise verlässlich, entspricht dem Stand der Wissenschaft und ist frei von Dilettantismus oder gar Quacksalberei ... Leistungen anderer Personen, mögen sie im Einzelfall fachgerecht erbracht werden und zum Heilerfolg führen, sind demgegenüber nachrangig.“

17 OVG für das Land NRW, Urteil vom 02.11.1994 (12 A 1762/92).

18 BVerwG, Urteil vom 29.08.1996 (2 C 2.95).

19 BVerfG, Beschluss vom 18.06.1997 (2 BvR 2256/96).

20 LG Hamburg, Urteil vom 04.01.1990 (71 O 338/89); OLG Hamburg, Urteil vom 27.07.1990 (14 U 50/90).

21 BGH, Urteil vom 22.05.1991, NJW 1992, 753 ff.: Im Übrigen habe die Delegationsregelung der GKV keine gesetzliche Leitbildfunktion, es gebe grundlegende Strukturunterschiede. Und: „Wer eine private Krankenversicherung abschließt, kann nicht erwarten, dass er damit so versichert ist, wie er es als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse wäre“ (rückblickend – angesichts der durch das GKV-WSG bewirkten Verpflichtung der PKV, einen der GKV entsprechenden „Basistarif“ anzubieten – ein heute erst recht zweifelhaftes Argument). Unser zweiter Versuch – nach Inkrafttreten des PsychThG – scheiterte erneut (BGH vom 15.02.2006, MedR 2006, 593 ff.). Die Urteilsbegründung überzeugt ebenso wenig wie die von 1991. Sie ist diesmal zwar um inhaltliche Abgrenzung bemüht, erinnert dabei aber sehr an frühere Vorbehalte in Teilen der Ärzteschaft, als es um die Integration der PP/KJP in die GKV ging.

Verwaltungspraxis, von unerfahrenen oder hartleibigen Gesundheitsamtsleitern abgesehen, schon wegen der lästigen Strafan drohung²² auch die Augen zu. Damit war es aber nach dem richtungweisenden Urteil des BVerwG²³ aus 1983 vorbei: Danach war Psychotherapie ja eindeutig Heilkunde, sie bedurfte also – nach vorangehender „Überprüfung“ der Kenntnisse und Fähigkeiten des Antragstellers²⁴ – der Erlaubnis. Die eigentliche Bedeutung des Urteils liegt allerdings nicht in dieser Feststellung, sondern in der gleichzeitig vorgenommenen Privilegierung von Diplom-Psychologen mit therapeutischer Zusatzausbildung: Bei denen müsse sich die Überprüfung nämlich auf die bei Durchführung von Psychotherapie erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten beschränken. Dies sei in Anpassung des HPG an die heutigen Gegebenheiten (Verhältnismäßigkeitsgebot des Art. 12 GG) „dringend geboten, so lange nicht der Gesetzgeber spezielle Berufszulassungsregeln für diese Berufsgruppe schafft“(!).

Neben viel Zuspruch bei den Betroffenen stieß das Urteil in der Literatur teilweise auf Kritik (Skizzierung eines neuen Berufsbildes „unter Niveau“, Präjudizierung der Übergangsbestimmungen eines zukünftigen Gesetzes). Das BVerfG²⁵ hat es allerdings mehrfach bestätigt. Spätere Entscheidungen übertrugen die Privilegierung von Diplom-Psychologen dann sogar auf Diplom-Soziologen mit psychotherapeutischer „Fort“bildung²⁶ bzw. auf Diplom-Pädagogen mit Prüfung im Fach Psychologie.²⁷ Von den für die Klärung dankbaren Gesundheitsbehörden wurde die Rechtsprechung jedenfalls zügig in die Verwaltungsvorschriften der Länder übernommen, wobei man es hinsichtlich der erforderlichen psychotherapeutischen Zusatzausbildung meist – rühmliche Ausnahme: NRW – nicht allzu genau nahm. Überwiegend wird die Erlaubnis heutzutage „nach Aktenlage“, also ohne jedes Überprüfungsgespräch erteilt. Wobei in Niedersachsen²⁸ im Extremfall sogar schon die Belegung (!) des Fachs angewandte Psychologie, nachgewiesen durch das Studienbuch, ausreicht. Das PsychThG hat übrigens an der Rechtslage grundsätzlich nichts geändert.²⁹ Immerhin hat sich

für den betroffenen Personenkreis aber das Problem der *Tätigkeitsbezeichnung* verschärft, weil die Begriffe „Psychotherapeut“ und „psychotherapeutisch“ jetzt gesetzlich geschützt sind. Allenfalls dürfte noch zulässig sein: „Heilpraktiker, Psychotherapie“ bzw. „Diplom-Psychologe, Psychotherapie“.

Wie immer man auch zu dieser Entwicklung stehen mag: Sie war, insbesondere das Urteil des BVerwG aus 1983, der **2. Wegbereiter des PsychThG**. Sozialrechtlich brachte die quasi-berufsrechtliche Fortentwicklung den nicht-ärztlichen Psychotherapeuten allerdings erst einmal gar nichts. Denn schon 1979 hatte das BSG in markigen Worten³⁰ entschieden, dass die Heilpraktiker zu recht von der GKV ausgeschlossen seien; das gelte auch für die selbständige Erbringung psychotherapeutischer Leistungen. Das Gericht verwirft alle denkbaren verfassungsrechtlichen Einwendungen und hält mit Entschiedenheit am tradierten Leitbild des Arztvorbehaltes fest, vorbehaltlich „möglicher Rechtsänderungen durch das in Vorbereitung befindliche Psychotherapeutengesetz“ (schon 1979!). Vom BVerfG wurde das in der Folge auch mehrfach bestätigt.³¹ Im Laufe der Zeit gewann die eingeschränkte Erlaubnis dann aber auch *leistungsrechtlich* große Bedeutung und zwar im Zusammenhang mit der sog. Erstattungspsychotherapie.

III. Insbesondere als „Erstattungspsychotherapeut“

Den Weg dahin hatten – vermeintlich – zwei BSG-Urteile aus 1979/81 gebahnt.³² Sie hatten nämlich einen Kostenerstattungsanspruch der Patienten direkt gegen ihre Krankenkasse bejaht, wenn diese nicht über die Möglichkeiten des Delegationsverfahrens aufgeklärt hatte bzw. keine freien Plätze bei „zugelassenen“ Behandlern nennen konnte (Kostenerstattung in Einzelfällen, § 13 Abs. 3 SGB V). Als sich diese „Einzelfälle“ dann aber häuften, sahen sich die Kassen gezwungen, Ordnung ins System zu bringen. Denn mittlerweile machte jede ihrer Bezirksstellen was sie wollte, um dem Druck der Versicherten wegen

unzumutbar langer Wartezeiten bei ärztlichen oder Delegations-Psychotherapeuten auszuweichen. Also trafen sich die Interessen der Verbände und die der Kassen im Abschluss von Verträgen: Die Verbandsmitglieder kamen so an GKV-Patienten heran. Und die Krankenkassen konnten wenigstens Mindestanforderungen an die Qualifikation der Behandler stellen, zugleich ihre Versicherten bedienen und sich – nicht zuletzt – gegenüber ihren Konkurrenten profilieren.

Wie vielen noch gewärtig sein wird, handelte es sich um die schon 1983 initiierte *TK-Regelung* des BDP und um die *Empfehlungsvereinbarung IKK/BKK* des DPTV aus dem Jahre 1995. Beide Vertragswerke etablierten unter dem Begriff der „Er-

22 Gemäß § 5 HPG wird die Ausübung der Heilkunde ohne ärztliche Approbation bzw. ohne Erlaubnis mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

23 Siehe B I.2 und Fn. 9.

24 § 2 lit. i der 1. Durchführungs-VO zum HPG. Eine Prüfung der Qualifikation ist damit nicht verbunden. Die Überprüfung dient allein der Gefahrenabwehr („keine Gefahr für die Volksgesundheit“).

25 Beschlüsse vom 10.05.1988, BVerfG E 78, 179, 194.

26 BVerfG, nicht veröffentlichter Beschluss vom 24.10.1994 (1 BvR 1016/89), S. 8.

27 BVerwG, Urteil vom 21.01.1993, BVerwGE 91, 356.

28 Runderlass des Sozialministeriums vom 22.02.1995 (Nds. MBl. S. 375).

29 Nach Horn: Psychotherapie auf der Grundlage des HPG, MedR 2002, 388, 390, gehört das „Obstpflücker-Privileg“ allerdings spätestens jetzt abgeschafft.

30 BSG, Urteil vom 01.03.1979, NJW 1979, 2363 ff. Zur näheren Begründung ihrer Entscheidung zitieren die Richter aus dem RVO-Entwurf von 1910(!): Die Beschränkung der Behandlung auf approbierte Ärzte solle „eine tunlichst rasche und sichere Heilung für die Versicherten gewährleisten“. Gewiss sei es nicht ausgeschlossen, dass auch „geschickte“ Nichtärzte „unter Umständen“ „gelegentliche“ Heilerfolge erzielen; eine Gewähr hierfür böten sie in ihrem nachgewiesenen Können jedoch nicht (auch insoweit bestätigt vom BVerfG, s. Fn. 31).

31 BVerfG, Beschluss vom 10.05.1988, NJW 1988, 2292 (Heilpraktikerin hatte vergeblich eine Zulassung beantragt); Beschluss vom 15.12.1997, NJW 1998, 1775 (Patient hatte vergeblich Rechnungen eines Heilpraktikers bei seiner Krankenkasse eingereicht).

32 BSG, Urteile vom 28.11.1979 und 18.02.1981, Urteilssammlung für die gesetzliche Krankenversicherung – USK 79220 bzw. 8123.

stattungspsychotherapie“ faktisch eine zweite Versorgungsebene, auf der so ziemlich alles unterlaufen wurde, was dem „Imperium“ (KBV, KVen, Richtlinienverbände mit ihren von der KBV anerkannten Ausbildungsinstituten) heilig war. Folgerichtig zog die KBV vor das Sozialgericht und gewann dort auch^{33, 34}. Ebenso in der Berufungsinstanz: Mit Urteilen des *LSG NRW* vom 23.10.1996 wurde die TK verurteilt, es zu unterlassen, Leistungen nach ihrer mit dem BDP vereinbarten Regelung zu erbringen; IKK/BKK wurden zur Rücknahme der Empfehlungsvereinbarung gegenüber den ihnen angeschlossenen Krankenkassen verurteilt.³⁵ Der Senat ließ dabei offen, ob die von den Krankenkassen behauptete Unterversorgung mit Psychotherapie im Bereich der GKV tatsächlich bestehe. Das sei nämlich unerheblich, denn jedenfalls verletzen beide Vertragswerke unter dem „Deckmantel“ des § 13 Abs. 3 SGB V den *Sicherstellungsauftrag der KVen*

■ durch Etablierung eines eigenständigen Versorgungssystems („geregelt“ Ko-

stenerstattung mit Behandlerstempeln, Behandlernummern, Vordrucken usw.), ■ unter Verstoß gegen grundlegende Normen des Kassenarztrechts: (Verletzung des Sachleistungsprinzips, Verzicht auf Einzelfallprüfung, Ausweitung der Behandlungsformen, Aufweichung der Qualifikation der Leistungserbringer, eigenständiges Gutachterverfahren usw.).

Am Ende formuliert der Senat in seinen Urteilen, in Anlehnung an das berühmte Bonmot von Karl Krauss zur Psychoanalyse sehr hübsch, dass die Regelungen im Ergebnis die Richtlinien-Therapie austrockneten und auf diese Weise die Unterversorgung produzierten, die sie zu bekämpfen vorgäben.

Zu einer Entscheidung der von den Kassen (verbänden) natürlich eingelegten *Revision* kam es nicht mehr, weil damals das Psychotherapeutengesetz schon absehbar war. Da sich die Problematik mit ihm kurz über lang erledigt haben würde, beschränkten sich die Parteien im Rahmen eines flan-

kierend eingeleiteten Eilverfahrens auf Aufhebung der sofortigen Vollstreckbarkeit der Urteile (die Revision hatte keine aufschiebende Wirkung!) am 22.05.1997 auf Vorschlag des BSG³⁶ vielmehr darauf, einen Vollstreckungsvergleich zu schließen, wonach einstweilen nach den bisherigen vertraglichen Regelungen – wenn auch unter schwerwiegenden Einschränkungen – weiter behandelt werden konnte. Das Schlimmste für die Erstattungspsychotherapeuten und ihre Patienten war damit zunächst einmal abgewendet.


Rückblickend lässt sich sagen, dass die von der KBV eingeleiteten Verfahren entscheidend dazu beigetragen haben, dass es bereits zwei Jahre nach den Urteilen des

33 SG Köln, Urteil vom 07.03.1990 (S 19 Ka 28/88) in Sachen TK;

34 SG Köln, Urteil vom 10.01.1996 (S 19 Ka 4/95) in Sachen IKK/BKK.

35 LSG Köln, Urteile vom 23.10.1996 (L 11 Ka 19/95 und L 11 Ka 51/96).

36 BSG, Az. 6 RKa 15/97.



Akademie für Verhaltenstherapie
Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut

„Schon wieder ein Traumaopfer - jetzt will ich es richtig lernen!“

Weiterbildungsserie für Psychotherapeuten
Behandlung von
Psychotraumastörungen

Möglichkeit zum Erwerb der Zusatzqualifikation
„Spezielle Psychotraumatheorie DeGPT“

8 in sich abgeschlossene Weiterbildungsblöcke:
Verfahren aus kognitiver VT, Hypnotherapie, EMDR
zur Behandlung von PTBS, komplexer Traumastörung, DIS.

weitere Informationen
z. B. Termine, Fortbildungspunkte,
Zertifizierung, Kosten:

AVT GmbH Köln Marzellenstraße 2-8 50667 Köln

Tel.: 0221-4248570
Fax: 0221-4248571
info@avt-koeln.org
www.avt-koeln.org

LSG NRW zum Psychotherapeutengesetz kam. Der Druck auf die Politik war jetzt einfach zu groß geworden, zumal die sich in ihrer Existenz bedroht fühlenden Psychologen nun auch begonnen hatten, auf die Straße zu gehen.³⁷ Denn die Erstattungspsychotherapie war auf Grund der Urteile – regional und je nach Kassenart in unterschiedlichem Ausmaß – mittlerweile vehement eingebrochen. Und als die Krankenkassen dann auch noch verpflichtet wurden, die Abrechnung der Erstattungsfälle ab 1997 aus Gründen der „Transparenz“ über separate Konten vorzunehmen, fuhren viele Kassen das Verfahren sogar gänzlich auf null zurück. Letztlich erwies sich die Erstattungspsychotherapie mit den von ihr verursachten Sozialgerichtsverfahren jedenfalls als (m.E. entscheidender) **3. Wegbereiter des PsychThG.**

IV. Die – fast – unendliche Geschichte des „PsychThG“

1. Schon 1978 gab es aus dem BMG einen ersten, auf das Berufsrecht beschränkten Gesetzentwurf auf *Referentenebene*. Dort blieb er aber stecken, weil die Profession seinerzeit dermaßen unter sich zerstritten war, dass die sozialliberale Koalition das eigentlich sowieso ungeliebte Kind schnell wieder fallen ließ. Danach tat sich erstmal lange Zeit gar nichts. Bis die damalige Gesundheitsministerin Lehr bei Meyer, Richter et al. ein „Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes“ in Auftrag gab. Das 300 Seiten starke Werk stellte 1991 eine erhebliche Unter- bzw. Fehlversorgung bei Psychotherapie fest und empfahl die Schaffung eines neuen Heilberufs („Fachpsychologe für Psychotherapie“).

2. Dementsprechend brachte 1993 die Bundesregierung einen neuen Gesetzentwurf ein, der neben der *berufsrechtlichen* auch eine *sozialrechtliche* Regelung beinhaltete.³⁸ Der im späteren Verlauf durch den Gesundheitsausschuss³⁹ erheblich modifizierte Entwurf entsprach in seinem berufsrechtlichen Teil im wesentlichen den heutigen Bestimmungen und stellte sozialrechtlich schon damals auf den Nachweis der Fachkunde in einem Richtlinienverfahren ab.⁴⁰ Darüber hinaus sah er al-

lerdings (weitere?) schlimme Sachen vor: Zulassung durch die Verbände der Krankenkassen, Konsiliarbericht eines ärztlichen Psychotherapeuten (!), Abrechnung mit Verrechnungsstellen der Krankenkassen, 25 %-ige Zuzahlung seitens der Patienten. Wäre dieser Entwurf Gesetz geworden, hätte das die Wiedereinführung des Delegationsverfahrens durch die Hintertür bedeutet, überdies eine Abkoppelung der PP/KJP von den geltenden Zulassungs- und Vergütungssystemen der Gemeinsamen bzw. ärztlichen Selbstverwaltung und letztlich eine Aufspaltung der Psychotherapie in eine ärztliche einerseits und in eine psychologische andererseits. Verhindert hat das alles 1994 der damals SPD-beherrschte Bundesrat, der den Entwurf nach verboglicher Einschaltung des Vermittlungsausschusses⁴¹ ablehnte. Hauptsächlicher Streitpunkt war offiziell die Zuzahlungsregelung, selbst 10 Prozent waren schließlich nicht mehr konsensfähig.⁴² Wie auch immer, im Endeffekt ist uns hier jedenfalls einiges erspart geblieben.

3. Letztlich konnte der Gang der Dinge dadurch aber nicht aufgehalten werden, die Sache hatte jetzt ihre eigene Dynamik. Die Gespräche zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen wurden intensiviert, ebenso im von den Verbänden der AGR (Arbeitsgemeinschaft der Richtlinienverbände) und der AGPT (Arbeitsgemeinschaft Psychotherapie, deren Verbände überwiegend Erstattungspsychotherapeuten vertraten) gebildeten „Gesprächskreis Psychotherapeutengesetz“. Jeder Verband, der auf sich hielt, entwickelte darüber hinaus seine eigenen Vorstellungen, ein „Modell“ jagte das andere.⁴³

4. Aber auch in der *Ärztenschaft* blieb man nicht untätig. Schon im *Herbst 1993* hatte Dr. Hess, damals Hauptgeschäftsführer der KBV, erste Vorschläge zur *Integration* der nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in das System der kassenärztlichen Versorgung unterbreitet. „Planungsgespräche“ zwischen der KBV und Vertretern der sog. Richtlinien-Verbände (Bell, Berger, Bruckmayer für die DGPT, Mehring, später Weidhaas für die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten) führten in der Folge zur Gründung eines KBV-Arbeitskreises „Psy-

chotherapie“, in dem die Pläne vertieft wurden. Parallel dazu führte der Gesprächskreis „Spitzengespräche“ mit den Verbänden der Krankenkassen, die aus Kostengründen die Einbeziehung der Erstattungspsychotherapeuten bislang überwiegend abgelehnt hatten.

Nachdem der KBV-Arbeitskreis politisch grünes Licht für ein *Integrationsmodell (IM)* gegeben hatte, nahmen dann im *Oktober 1995* vorübergehend die Juristen das Heft in die Hand. Wir (Gerlach – VAKJP, Pulverich – BDP und Schildt – DGPT) trafen uns mit Hess in Bonn, wo dieser uns auf die Grundzüge des Modells einschwor. Danach passten wir in umfangreicher und langwieriger Korrespondenz Paragraph für Paragraph das SGB V an das Integrationsmodell an, bis Hess das fertige Werk schließlich beim BMG einspeisen konnte.

5. Naturgemäß stießen diese Vorstellungen sowohl bei der AGPT als auch bei vielen Ärzten auf heftigsten Widerstand, wobei die Übergangsbestimmungen für eine Zulassung von Anfang an im Zentrum der Kritik standen; den einen gingen sie nicht weit genug, den anderen zu weit. Aber glücklicherweise sorgt dann ja manchmal ein Außenfeind für Einigungsdruck, hier in Person der *SPD-Fraktion*.

37 Demos vom 25.01.1997 in Berlin mit 1.000-2.000 Teilnehmern (organisiert vom VPP/BDP) und vom 14.05.1997 in Bonn mit 3.000-5.000 Teilnehmern (veranstaltet von der AGPT).

38 BT-Drucksache 12/5890 vom 13.10.1993.

39 BT-Drucksache 12/6811.

40 Gemäß § 134a SGB V sollte die Zulassung als Kassenpsychotherapeut erhalten, wer neben der Approbation eine theoretische Ausbildung und hinreichende praktische Erfahrungen in Richtlinienverfahren nachweist.

41 BT-Drucksache 12/7730.

42 Beschluss des Bundesrats vom 10.06.1994. Bundesminister Seehofer hatte der SPD im letzten Moment sogar noch angeboten, es bei einer *fakultativen* Zuzahlung zu belassen!

43 „Kooperationsmodell“ der DGPT (ähnlich DVT), „Fusionsmodell“ des BDP, „Abteilungsmodell“ von Kommer et al., „Rabattmodell“ des DPTV (eine reine Verzweilungstät, die unsere Ansprüche auf angemessene Vergütung und unsere bereits laufenden Nachvergütungsprozesse konkurrenzierte. Original-Ton KBV: „Offensichtlich noch Luft drin!“).

Deren Gesetzentwurf von *Januar 1996* sah nämlich aus ärztlicher Sicht Ungeheuerliches vor: Innerhalb der KVen und der KBV sollten jeweils vier Sektionen gebildet werden: Haus-, Fach-, Zahnärzte und Psychotherapeuten (ärztliche und psychologische!), mit eigenem Sicherstellungsauftrag und mit eigenem Verhandlungsmandat bezüglich der mit den Kassen zu vereinbarenden Gesamtverträge und -vergütung, wobei die Vorstände der KVen/KBV durch Vertreter der jeweiligen Sektionen ersetzt werden sollten. Dieses „Sektionsmodell“ implizierte aus Sicht der Funktionäre eine fatale Schwächung des bisherigen zentralen KV-Systems, von der – ärztlicherseits – unerwünschten Abspaltung der ärztlichen Psychotherapeuten von ihren somatischen Kollegen einmal ganz abgesehen. Und Rettung von der Regierungskoalition war nicht in Sicht. Im Gegenteil, Seehofer drohte bereits, seinen 1993 gescheiterten Entwurf, der den größten Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Einflussbereich der Krankenkassen verbracht hätte, erneut einzubringen.

Spätestens jetzt war der Ärzteschaft klar, was die Stunde geschlagen hatte. Um das Schlimmste zu verhüten, musste man sich in Richtung „drittschlechteste“ Lösung bewegen. Folgerichtig segnete der (einflussreiche) Länderrat der KBV im *Februar 1996* die Integration im Prinzip ab, allerdings unter Einforderung weitgehender Restriktionen: Kein Minderheitenschutz für die PP/KJP in den Vertreterversammlungen, Richtlinienqualifikation als Zulassungsvoraussetzung, keine Übergangsbestimmungen zu Gunsten der Erstattungspsychotherapeuten (statt dessen „Äquivalenzregelung“, was im Klartext „Nachqualifizierungserfordernis“ bedeutete). Die im *Juni 1996* folgende Vertreterversammlung der KBV stimmte dem in einer denkwürdigen

Sitzung, nach vielen kontroversen Beiträgen und fast beschwörenden Interventionen Dr. Schorres (damaliger Vorsitzender der KBV) sowie einem zurückhaltenden Schlusswort⁴⁴ des als Repräsentanten der zukünftigen Kollegen eingeladenen J. Weidhaas, schließlich zu (52 : 40 : 4).

Mit den seitens der Ärzteschaft jetzt geforderten Restriktionen war das Fass allerdings nun auch für den *BDP* übergelaufen. Nach schweren innerverbandlichen Auseinandersetzungen⁴⁵ kam es zum Schulterschluss zwischen ihm und dem *DPTV*, dessen Vorsitzender Schwarz Minister Seehofer am *21.10.1996* die endgültige Ablehnung des Integrationsmodells durch die AGPT mitteilte.⁴⁶ Mit ausschlaggebend dafür war auch, dass die AGR in Abstimmung mit KBV, BMG und den ärztlichen Psychotherapeutenverbänden mittlerweile an einem umfangreichen Empfehlungspapier zur sozialrechtlichen Zulassung und zur geregelten Nachqualifikation in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bzw. Verhaltenstherapie saß, das für die AGPT nicht tragbar war.⁴⁷ Wenig später kündigte die AGPT der AGR ihre weitere Mitarbeit im Gesprächskreis auf.⁴⁸

6. Gegen den Widerstand der AGPT hielt Seehofer, der auf die „Koalition der Konsensfähigen“ setzte (wie er den Verbund aus BMG-Referenten, KBV-Vorstand und AGR-Verbänden nannte), am Integrationsmodell fest und brachte im *Juni 1997* einen *neuen Regierungsentwurf* – den letzten und maßgeblichen, auf dem dann alles Spätere beruht – in den Bundestag ein.⁴⁹ Von der „Kassenlastigkeit“ des 1993er Entwurfs war jetzt nichts mehr zu spüren, man bewegte sich nun wieder in den vertrauten Strukturen der ärztlichen bzw. Gemeinsamen Selbstverwaltung. Eine – bedarfsunabhängige (ab 01.01.1999 griff ja

die Bedarfsplanung) – Zulassung sollten in Anlehnung an die AGR-Empfehlung auch diejenigen erhalten, die nach den Übergangsbestimmungen des § 12 PsychThG approbiert waren, die dort geforderten theoretischen und praktischen Ausbildungsnachweise in Richtlinienverfahren erfüllten und bis zum 31.03.1999 einen Zu-

44 Zur Verblüffung der eher an harte Bandagen gewöhnten Ärztesfunktionäre verzichtete J. Weidhaas auf ein inhaltliches Statement, „im Respekt vor dem demokratischen Gremium der „KBV“ und im Vertrauen auf deren richtige Entscheidung.

45 Der Vorstand der „Sektion Psychologische Psychotherapeuten im BDP“ (VPP) hatte bis dato eine AGR/KBV-nahe Politik vertreten. Die damit verbundene Tolerierung relativ enger Übergangsbestimmungen führte zu nahezu 1.000 Austritten aus der Sektion. Auf Druck des AGPT-nahen Präsidiums des BDP erklärte der Sektionsvorstand daraufhin seinen Rücktritt.

46 Tragik der Ereignisse (man beachte das Datum): 2 Tage später, am 23.10.1996, brach das LSG NRW der Empfehlungsvereinbarung BKK/IKK und der TK-Regelung das Genick! (siehe Text unter B III).

47 Nach der Anfang 1997 fertig gestellten gemeinsamen Empfehlung von AGR, KBV sowie den ärztlichen Psychotherapeutenverbänden sollten Delegationspsychotherapeuten sowie PP/KJP mit umfangreicher Erfahrung in Richtlinien-Verfahren die unmittelbare Zulassung erhalten. Bei Nachweis wenigstens einer „Sockelqualifikation“ sollte eine von den Richtlinien-Instituten und -Fachgesellschaften organisierte curriculare „Nach-/Ergänzungsqualifizierung“ mit supervidierten Behandlungsstunden in einem „erweiterten Beauftragungsverfahren“ zur Zulassung führen.

48 Sitzung des Gesprächskreises vom 06.12.1996 in München. Die AGPT warf der AGR vor, eine closed shop-Politik zu betreiben und sich Pfründe erschließen zu wollen (Nachqualifikation!). Interessanterweise beschloss man aber gleichzeitig, zukünftig zwar getrennt, jedoch am selben Ort und zur selben Zeit tagen zu wollen.

49 BT-Drucksache 13/8035 vom 24.06.1997.

Gruppenanalyse

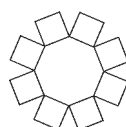
nach S. H. Foulkes

Kurs: Gruppenleitung in der Psychotherapie
(Laufzeit: 2 1/2 Jahre)

Gruppenprozesse in Klinik und Praxis –
Workshop zur Leitung psychotherapeutischer Gruppen

Selbsterfahrung in Blockveranstaltungen

Information und Prospekte:



**Institut für Therapeutische
und
Angewandte Gruppenanalyse**

Spiekerhof 5, 48143 Münster
Telefon 02 51 / 27 4799, Telefax 02 51 / 982 99 24
info.fgm@gruppenanalyse-muenster.de
www.gruppenanalyse-muenster.de

lassungsantrag gestellt hatten. Hilfsweise sollte bis zu diesem Zeitpunkt auch ein Antrag auf Nachqualifikation gestellt werden können, der zunächst zu einer bis Ende 2003 befristeten Ermächtigung – mit anschließender Umwandlung in eine Zulassung – führte.⁵⁰

Getrennt von diesem Entwurf – aber zeitgleich – brachte Seehofer gegen heftigen Widerstand insbesondere der AGR-Verbände das *neunte SGB V-Änderungsgesetz* ein. Danach sollten erwachsene Patienten „zur Stärkung ihrer Eigenverantwortung“ grundsätzlich 25 % des (eigentlichen) Kassenhonorars aus eigener Tasche an den Therapeuten zahlen.⁵¹

7. Obwohl der neue Entwurf der Bundesregierung grundsätzlich auf Richtlinien-Niveau abstellte und den übergangsweisen Zugang zur GKV befristete, ging dies der KBV-Basis noch zu weit. In einer eigens für den 20.09.1997 zum Thema „Psychotherapeutengesetz“ nach Düsseldorf einberufenen a.o. *Vertreterversammlung der KBV* stand immer noch das Gespenst einer Überflutung der KVen mit 15.000 neuen nichtärztlichen Leistungserbringern und einer nicht beherrschbaren Kostenexplosion im Raum – und vor „Italisierung der ärztlichen Selbstverwaltung“ wurde gewarnt. Trotz beschwörender Statements des Vorstands, eine Ablehnung des IM bedeute „politischen Selbstmord“, sprach sich die Vertreterversammlung nach heftigen Debatten diesmal mit 50 : 42 : 2 Stimmen gegen das Integrationsmodell aus.

Das konnte den Zug allerdings nicht mehr aufhalten. Am 02.10.1997 kam es im BMG zum show down, unter Beteiligung aller relevanten Kräfte (Gesundheitspolitiker der Fraktionen, KBV-Führung, Vertreter der Krankenkassen, ärztliche Psychotherapeutenverbände, AGR – und auch AGPT mit DPTV und neuer VPP-Führung!). Seehofer machte deutlich, dass am Integrationsmodell unbeirrt festgehalten werde, war allerdings gegenüber der Ärzteschaft zu einer letzten Konzession bereit: In Verschärfung der vorgesehenen Übergangsbestimmungen sollte Zugang zur Nachqualifikation nur haben, wer eine „Sockelqualifikation“ erfüllte⁵²; außerdem wurde die Repräsentation der zukünftigen PP/

KJP in den KVen und in der KBV auf 10 % der Sitze der Vertreterversammlungen beschränkt. Ausgehandelt werden konnte schließlich, für alle (etwas) erfreulich, eine Herabsetzung der Zuzahlung auf 10 DM pro Sitzung. Allein, bei diesen Verschärfungen blieb es nicht. Zur Überraschung aller wurde nämlich auf Empfehlung des Gesundheitsausschusses in letzter Minute die Antragsfrist auf den 31.12.1998 verkürzt und obendrein die bedarfsunabhängige Zulassung davon abhängig gemacht, dass man in der Zeit vom 25.06.1994 bis 24.06.1997 (Tag der ersten Lesung des Gesetzes im Bundestag) bereits an der GKV-Versorgung „teilgenommen“ hatte.⁵³ Dieses „Zeitfenster“ brachte jetzt allerdings viele – auch etliche Delegationspsychotherapeuten und Kandidaten an den Ausbildungsinstituten – in echte Bedrängnis.⁵⁴ Verbandsseitig reagieren konnte man darauf nicht mehr, denn zwei Tage später bereits, am 27.11.1997, passieren der Gesetzentwurf wie auch das Zuzahlungsgesetz in zweiter und dritter Lesung den Bundestag, gegen die Stimmen der SPD.

Am 19.12.1997 lehnt der *Bundesrat* zwar beide Gesetze ab und ruft den *Vermittlungsausschuss* an. Dort hat allerdings die CDU/FDP-Koalition wieder die Mehrheit, so dass sich die SPD mit ihrer Forderung nach Streichung des Zeitfensters und der Zuzahlungsregelung nicht durchsetzen kann. Immerhin einigt sich der Ausschuss darauf, im *Berufsrecht* die Behandlungsberechtigung von KJPlern auf Patienten bis zum 21. Lebensjahr zu erweitern und den Konsultationsvorbehalt in § 1 in Richtung Konsilium abzuschwächen („somatische Abklärung“). Und *sozialrechtlich* wird Psychotherapie nicht mehr als „Teil der ärztlichen Behandlung“ vereinnahmt.⁵⁵

Der Bundestag billigt das im Vermittlungsausschuss gefundene Ergebnis in seiner Sitzung vom 12.02.1998, der Bundesrat folgt am 06.03.1998. **Habemus legem!**

Das „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze“ wird am 16.06.1998 verkündet⁵⁶ und tritt nach Jahr-

zehnten des Kampfes auf – wie gesehen – allen Ebenen zum 01.01.1999 in Kraft.

50 Die Antragsfrist (31.03.1999) sollte den Sorgen der Ärzteschaft vor „Überschwemmung“ Rechnung tragen. Sie entsprach derjenigen für Ärzte und Zahnärzte bei Einführung der Bedarfsplanung durch das GSG (vgl. dessen Art. 33 § 3 Abs. 1).

51 § 28a des 9. SGB V-ÄndG vom 24.06.1997, BT-Drucksache 13/8039. Grund für die getrennte Einbringung beider Gesetzentwürfe: Anders als das „PsychThG“ bedurfte die Zuzahlungsregelung keiner Zustimmung durch den SPD-beherrschten Bundesrat; dessen zu erwartender Einspruch konnte also mit der „Kanzlermehrheit“ des Bundestages überstimmt werden.

52 500 dokumentierte Behandlungsstunden in Richtlinien-Verfahren oder 250 Stunden unter Supervision.

53 Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses vom 25.11.1997, BT-Drucksache 13/9212. Die Zeitfenster-Regelung wurde von der Politik im Hinblick auf die ab 01.01. 1999 im Zuge der Bedarfsplanung drohenden Zulassungsbeschränkungen seinerzeit als Akt „zur Vermeidung unnötiger Härten“ verkauft, die von ihr Betroffenen sehen das naturgemäß ganz anders. Der juristisch unscharfe „Teilnahmebegriff“ erwies sich darüber hinaus als wahre Arbeitsbeschaffungsmaßnahme für die Anwaltschaft. Nach jahrelangen Instanzenzügen definierte das BSG (Urteil vom 08.11.2000 – B 6 KA 52/00 = BSGE 87, 158 ff.) die Anforderungen verbindlich: 11,6 Behandlungsstunden pro Woche ein halbes Jahr lang bzw. 15 Wochenstunden im letzten Quartal des Zeitraumes. Das BVerfG (Beschluss v. 01.08.2003 – 1 BvR 1508/03) billigte die Regelung mehrfach, sowohl vom Grundsatz als auch von ihrer Ausgestaltung durch das BSG her.

54 Z.B. niederlassungswillige Angestellte, Beamte, Hochschullehrer, familiär stark Beanspruchte, in Aus- und Weiterbildung Engagierte (Lehranalytiker, Supervisoren) u.a.

55 § 28 SGB V lautet nun: „Die psychotherapeutische Behandlung einer Krankheit wird durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeuten) ... sowie durch Vertragsärzte ... durchgeführt.“ Damit hat der Gesetzgeber eine in mehrfacher Hinsicht problematische Legaldefinition – auch wenn sie auf das Leistungsrecht beschränkt ist – vorgenommen. Die Existenz der *ärztlichen* Psychotherapeuten sowie ihr Versorgungsauftrag (und -beitrag) werden mit ihr nämlich negiert. Und wie die später in vielen Bundesländern etablierten „*Psychotherapeutenkammern*“ zeigen, blieb die falsche Bezeichnung – vorhersehbar – auch für das Berufsrecht nicht ohne Folgen.

56 Bundesgesetzblatt 1998 Teil I S. 1311 ff.

8. Und was war nun mit der *Zuzahlung* der erwachsenen Patienten von 10 DM pro Sitzung? Die SPD hatte den gegen den Selbstbehalt kämpfenden Verbänden im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens versprochen, ihn gleich wieder abzuschaffen, wenn man im Herbst 1998 die Bundestagswahlen gewinne. Und so kam es dann ja auch: Das 9. SGB V-Änderungsgesetz war damit vom Tisch, bevor die Zuzahlungsregelung am 01.01.1999 überhaupt in Kraft treten konnte.⁵⁷ Ein schönes Beispiel dafür, dass Politiker ihre Versprechen manchmal auch halten!

C. Resümee und Ausblick

Mit diesem Beitrag sollte der Versuch einer „Wegbeschreibung“ unternommen werden. Eine ausführliche Würdigung des Gesetzes und seiner Folgen im Sinne einer kritischen Bestandsaufnahme hätte den vorgegebenen Rahmen gesprengt, muss demnach – soweit noch nicht erfolgt⁵⁸ – späteren Betrachtungen vorbehalten bleiben. Ein kurzer Blick darauf, wie es denn nun acht Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes um die Integration der beiden neuen Heilberufe in die vertragsärztliche Versorgung bestellt ist, sei jedoch gestattet.

Auch wenn es wie ein ärztliches Bulletin aus Eriwan klingt: Sie scheint mir im Prinzip, den Umständen entsprechend, gelungen. Wer auf Anhub und in Kürze mehr erwartet hat, sollte sich klarmachen, dass die Einbindung einer neuen nichtärztlichen Berufsgruppe, die nach ihrem Berufsrecht selbständig Patienten behandeln darf, in die vorhandenen Strukturen der vertragsärztlichen Versorgung ohne Beispiel ist und eine kleine Revolution darstellt. Erst recht in einer Zeit, in der die Ressourcen knapp geworden sind und der Verteilungskampf immer härter wird. Und es war eben – wie gesehen – für die Ärzte und einen Großteil der PP/KJP von Anfang an auch keine Liebesheirat, sondern eine mehr oder weniger erzwungene Zweckgemeinschaft. Wobei die Unterstützung des Gesetzesvorhabens durch berufspolitisch engagierte ärztliche Psychotherapeuten, insbesondere aus den „gemischten“ Verbänden, von nicht zu unterschätzender

Bedeutung war und hier deshalb auch noch einmal hervorgehoben werden soll.

Formal spiegelt sich die fortschreitende Integration zunächst in den Zulassungszahlen wider. 1998, vor Inkrafttreten des PsychThG, gab es rund 6.700 Delegationspsychotherapeuten, davon 1.300 KJP. Demgegenüber zählte man 1999, im Jahre 2001 der Integration, 10.500 (1.500) PP/KJP. Ende 2005 war diese Zahl auf 15.200 (2.600) angewachsen; zum gleichen Zeitpunkt gab es rund 4.000 ausschließlich oder überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte. Diese Zahlen machen zum einen deutlich, dass die im Vorfeld des Gesetzes teilweise festzustellende Panikmache (Überschwemmung mit 15.000 *zusätzlichen* Abrechnern!) unberechtigt war. Sie zeigen zum anderen, dass die ambulante psychotherapeutische Versorgung heute überwiegend in den Händen der PP/KJP liegt. Und dass die Regelung in § 80 SGB V, wonach die PP/KJP höchstens 10 % der Mitglieder der Vertreterversammlungen stellen dürfen, den tatsächlichen Verhältnissen – regional unterschiedlich – allmählich nicht mehr gerecht wird (bundesdurchschnittlich liegt der Anteil bei 11,3 %, in Hamburg sogar bei 18 %). Ein Versuch, die Klausel über eine Wahlanfechtungsklage gerichtlich zu kippen, ist erwartungsgemäß gescheitert.⁵⁹ Ob es überhaupt sinnvoll ist, sie – auf politischem Wege – anzugreifen, sollte sorgfältig bedacht werden.⁶⁰

Auch *organisationsrechtlich* schreitet die Integration langsam aber stetig voran. Die paritätische Besetzung in Zulassungs-, Berufungs- und Fachausschüssen sowie im Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. dessen Unterausschuss war schon frühzeitig gewährleistet. Auch in den Gremien der KBV (Ausschuss für Vorstandsangelegenheiten, Finanzausschuss, Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses) sind mit H. Nadolny, J. Doebert und D. Best mittlerweile PP vertreten; J. Weidhaas wurde zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden der KBV-Vertreterversammlung gewählt. Und R. Bittner ist bereits seit längerem Vorstandsmitglied der KV Bayerns. An eine derartige Verankerung der PP/KJP in den Strukturen war vor Jahren nicht im Traum zu denken. Dabei wurde schon

2001 eine große Chance noch leichtfertig vertan: Die Wahl eines „Integrationsbeauftragten“ der PP/KJP in den Vorstand der KBV war damals so gut wie sicher, scheiterte aber letztlich daran, dass sich die beiden berufspolitischen „Zugpferde“ gegenseitig neutralisierten.

Unbeschadet dieser im Grundsatz positiven Entwicklung wird allerdings im berufspolitischen Alltag – vor allem, wenn es um die Finanzen geht – immer wieder deutlich, dass Vorbehalte und Misstrauen in der allgemeinen Ärzteschaft gegenüber den beiden neuen Heilberufen noch nicht völlig ausgeräumt sind. Beispielhaft seien hier nur genannt eine entsprechende Fortentwicklung des EBM, die unselbige Verknüpfung des Vergütungsanspruchs mit einem *quartalsweisen* obligatorischen Bericht an den Hausarzt oder überweisenden Arzt (die bei Erscheinen dieses Beitrags hoffentlich bereits wieder in der Versenkung verschwunden sein wird), die sich immer noch in der Grauzone befindliche Regelung der Praxisgebühr und – nicht zuletzt – die Unfähigkeit oder Unlust

57 Streichung der in § 28a SGB V vorgesehenen Zuzahlungsregelung durch lit. a des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der GKV (GKV-SolG) vom 19.12.1998, Bundesgesetzblatt 1998 Teil I, S. 3853.

58 Z.B. Schwarz, H.-J. (2000). Das Psychotherapeutengesetz aus Sicht der Psychologischen Psychotherapeuten. *VSSR (Vierteljahresschrift für Sozialrecht)*, 4, S. 291 ff.

59 SG Hamburg, Gerichtsbescheid vom 09.08.2006 – S 27 KA 223/04.

60 Laut Gesundheitsausschuss (Fn. 53) ist die Begrenzung notwendig, weil die PP/KJP zur Sicherung ihrer Repräsentanz in den KVen ihre Delegierten *getrennt* wählen dürfen. Eine Streichung der Klausel würde deshalb *gemeinsame* Wahlen mit den Ärzten und Wegfall des Minderheitenschutzes bedeuten. Das soeben verabschiedete GKV-WVG lässt die Regelung übrigens unberührt.

des Bewertungsausschusses⁶¹, sich endlich einmal dazu durchzuringen, die Rechtsprechung des BSG zur Punktwertstützung 1 : 1 umzusetzen (was übrigens die ärztlichen Psychotherapeuten gleichermaßen betrifft).

Wie man sieht, bleibt hier also noch einiges zu tun. Dabei wird es vor allem darauf ankommen, dass sich die Psychotherapeuten (gleich welchen Vorberufs) nicht auseinanderdividieren lassen und dass man vermeidet, „ärztliche“ und „psychologische“ Psychotherapie gegeneinander zu polarisieren.⁶² Psychotherapie wird von Ärztlichen, Psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erbracht. Dass es insoweit spezifische Aus-

prägungen und auch Interessen gibt, soll gar nicht verleugnet werden. Gemeinsames Anliegen und Ziel aller sollte aber die Verankerung und Sicherung der *Psychotherapie* im Versorgungssystem durch die drei Berufsgruppen sein. In diesem Sinne muss Psychotherapie als „unteilbar“ angesehen werden. *Dann klappt's auch mit der Integration!*

61 Der auf Grund der BSG-Rechtsprechung vom 28.01.2004 modifizierte Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 für den Zeitraum ab 2000 ist vom LSG Schleswig-Holstein (Urteil vom 13.10.2006 – L 4 KA 4/05) und auch vom SG Dresden (Urteile vom 13.12.2006 – S 11KA 795/01

u.a.) seinerseits schon wieder für rechtswidrig erklärt worden. Weitere Entscheidungen, z.B. in Celle, Berlin und Marburg stehen vor der Tür. Das BSG muss hier also erneut ran.

62 Deshalb setzt z.B. die Etablierung eines Ausbildungsgangs „Psychologische Psychotherapie“ in Berlin ein falsches Zeichen, ebenso einige Entschließungsanträge auf dem letztjährigen Deutschen Ärztetag in Magdeburg in ihrer einseitigen Ausrichtung auf eine „ärztliche“ Psychotherapie.

RA Holger Schildt

DGPT e.V.
Johannisbollwerk 20
20459 Hamburg
schildt@dgpt.de