

**BERUFSVERBAND NIEDERGELASSENER
PSYCHIATER u. NERVENÄRZTE, BNP e.V.**
c/o Dr.med.Rolf Tiedemann,Einsteinstrasse 127,81675 München

Wir begrüßen das Vorhaben der KBV den EBM neu zu gestalten.

Ebenso wie der BVDN und der BVDP sind wir der Meinung, dass wir dringend einen neuen EBM benötigen. Er sollte die Leistungen der niedergelassenen Psychiater in Hinblick auf die komplexe Versorgung psychisch Kranker gut darstellen und diese Leistungen gerecht abbilden. Das Fach Psychiatrie in dem die Leistungen zeitgebunden sind und vom Facharzt persönlich am Patienten erbracht werden müssen, konnte in den letzten Jahren mit der Honorarentwicklung in vielen anderen Facharztbereichen bei weitem nicht mithalten.

Die derzeitige psychiatrische ambulante Behandlungsziffer EBM 21220 bildet das differenzierte Leistungsspektrum der verschiedenen notwendigen psychiatrischen Leistungen in unseren Praxen seit Jahren nicht annähernd angemessenen ab. Mit der vor Jahren erfolgten EBM Reform ist es bedauerlicherweise mit dieser „Einheits-Behandlungsziffer“ zur Entdifferenzierung unseres psychiatrischen Leistungsspektrums gekommen. Real sieht es derzeit fast bundesweit so aus, dass maximal nur etwa zwei Behandlungseinheiten 21220 pro Patient und Quartal als Behandlungszeit vergütet werden, d.h. es stehen ca. 20 Min. Behandlungszeit pro Patient und Quartal zur Verfügung. Das ist entschieden zu wenig bei dem enormen Behandlungsbedarf vieler Patienten.

Wir begrüßen daher, dass im EBM Leistungsziffern auch für die psychiatrische Behandlung in unseren Praxen neu definiert werden sollen. Wir begreifen dieses als Chance für eine bessere Darstellung und Dokumentation der psychiatrischen Tätigkeit in unseren Praxen sowie als Grundlage für eine bessere psychiatrische Versorgung sowie als Basis für eine bessere Honorierung der spezifischen psychiatrischen Leistungen.

Differenzierung der Grundpauschalen nach neuen und bekannten Patienten.

Für die psychiatrischen Praxen, wie auch für die neurologischen und nervenärztlichen Praxen, ist **eine Grundpauschale für die Erstaufnahme sinnvoll und notwendig !**

Eine Differenzierung der Grundpauschalen dient nicht nur der Dokumentation der Versorgung der neu aufzunehmenden Patienten in den psychiatrischen Praxen sondern sie stellt auch ein Maß für die Teilnahme an der Akutversorgung der psychisch Kranken durch die psychiatrischen Praxen dar. Gesichtspunkte die sicherlich zunehmend an Bedeutung gewinnen werden.

Erhielten die psychiatrischen Praxen keine entsprechende Grundpauschale für neue erstmals in der psychiatrischen Praxis zu behandelnde Patienten, hätte das in jenen Bundesländern erhebliche negative Auswirkungen, in denen die Psychiater mit den Nervenärzten und den

Neurologen in einem gemeinsamen Honorartopf abrechnen. Dies ist in Bayern seit Jahren der Fall.

Eine **Unterscheidung der Grundpauschale** in eine für neue Patienten auf **Überweisung durch Hausarzt** einerseits (höchste Vergütung) und in eine für neue direkte Patienten andererseits (**direkte Inanspruchnahme, zweit höchste Vergütung**) erscheint uns in Bezug auf **psychiatrische Patienten allerdings nicht sinnvoll**, da viele unserer Patienten uns direkt aufsuchen und nicht möchten, dass der Hausarzt hiervon erfährt. Hier müsste in beiden Fällen bei neuen Patienten die höchste Vergütung ebenfalls gelten.

Mit einer Grundpauschale für die Erstaufnahme in den psychiatrischen Praxen muss außerdem ein Anreiz zur Versorgung der erstmals zu behandelnden Patienten trotz voller Auslastung geschaffen werden, auch bei den Patientinnen und Patienten die direkt in die Praxis kommen.

Die psychiatrischen Praxen leisten neben der Versorgung der psychisch chronisch Schwerkranken **einen großen Anteil an der psychiatrischen Akutversorgung** in der Bundesrepublik. Dies muss auch dokumentiert und angemessen honoriert werden, insbesondere auch in Anbetracht eventuell künftiger Entwicklungen. Andernfalls droht der weitere Ausstieg der psychiatrischen Praxen aus der Behandlung der psychisch schwer Kranken und stattdessen die weitere Zuwendung zur psychotherapeutischen Versorgung wie dies schon häufig zu beobachten ist (siehe unten).

Die psychiatrischen Praxen werden dann langfristig fast vollständig in die Richtlinien Psychotherapie gedrängt und sind dann so etwas wie zusätzlich psychiatrisch qualifizierte Psychotherapeuten im Sinne der Richtlinientherapie. Diese Entwicklung hätte eine enorme negative Auswirkung auf die kassenärztliche ambulante psychiatrische Versorgung. Menschen mit schweren Depressionen, Psychosen oder anderen schweren akuten und subakuten psychischen Erkrankungen könnten nicht mehr adäquat und rechtzeitig versorgt werden, da Psychotherapietermine die psychiatrischen Praxen noch mehr auslasten und nicht mehr genügend Behandlungszeitraum für psychiatrisch schwer kranke Patienten zur Verfügung steht. Dies ist bei entsprechender Terminsuche der Patienten und ihrer Hausärzte jetzt schon, selbst in Großstädten, zu beobachten.

Die individuelle qualifizierte psychiatrische Behandlung die zum Teil über Jahre bzw. Jahrzehnte erforderlich ist und auch angeboten werden muss, wird weiter verloren gehen bzw. an den Rand gedrängt. Diese Entwicklung hat bereits begonnen und wird sich weiter fortsetzen wenn keine Korrekturen stattfinden.

Diese negative Entwicklung wurde auf Bitte des „Berufsverband Bayerischer Psychiater BvBayP e.V.“ (www.bbayp.de) von der bayerischen kassenärztlichen Vereinigung KVB anhand der vorliegenden Zahlen bereits 2012 untersucht und statistisch bestätigt, nachgewiesen. Dies trifft nicht nur für psychiatrische Praxen sondern auch für nervenärztliche Praxen zu. Längerfristig droht, wenn dies so weitergehen wird, dass sich möglicherweise für die ambulante psychiatrische Versorgung eine ähnliche Entwicklung ergibt wie vor vielen Jahren im Bereich der Suchterkrankungen. Es könnte sich eine zweite Versorgungsstruktur auf tun wie damals: mit ambulanten und stationären Suchteinrichtungen, über Jahre ausgestattet mit unqualifiziertem Personal.

Dies war damals eine Folge des von Kliniken und kassenärztlicher Vereinigung nicht erkannten Versorgungsbedarfes. Die psychiatrische Versorgung siedelt sich zudem schon jetzt

langsam immer mehr in den psychiatrischen Institutsambulanzen an. Dies wird zunehmend negative Auswirkungen auf die Bereitschaft von jungen Kolleginnen und Kollegen sich niederzulassen haben.

Eine solche Entwicklung ist nicht in unserem Sinne, dient nicht der entsprechenden erforderlichen individuellen qualifizierten und differenzierten ambulanten psychiatrischen Patientenbehandlung wie wir sie in unseren Praxen als unsere Aufgabe ansehen und wofür wir die entsprechend qualifizierten Fachärzte sind.

Die psychiatrische Behandlung muss jeweils extrabudgetär und zu einem angemessenen Honorar vergütet werden, ohne Mengengrenzung.

Das Tagesprofil ist der Begrenzungsfaktor in der psychiatrischen ambulanten kassenärztlichen Behandlung.

Als 2013 vorübergehend in Bayern (siehe oben Besprechung zwischen KVB und den Berufsverbänden 2012) die psychiatrische Behandlung extrabudgetär und zum festen Punktwert vergütet wurde, wurde **lediglich ein Anstieg der psychiatrischen Behandlung um 20 % registriert** (psychiatrische und nervenärztliche Praxen zusammen berechnet). Die Steigerung **entsprach dem Nachholbedarf der psychiatrischen Versorgung**. Für die ambulante psychiatrische Behandlung erforderlich, aber kein exorbitanter Leistungszuwachs. Er entspricht dem Versorgungsbedarf. Das Tagesprofil wurde von den Praxen die diese Leistungen erbracht nicht nennenswert überschritten. Dies entsprach den Steigerungen in den wenigen Jahren der Strukturverträge in Bayern an denen damals zuletzt auch die psychiatrischen und nervenärztlichen Praxen teilnehmen durften.

Beibehalten der Gebührenordnung Position 21220 psychiatrisches Gespräch, psychiatrische Behandlung.

Bisher 11 Minuten Tagesprofil, 13,49 €, 385 Punkte .Mehrfach am Tag beim gleichen Patienten im Quartal erbringbar und abrechenbar, (muß unbudgetiert sein).

Die Vergütung dieser Leistung 21220 ist, wie oben schon ausgeführt, bei weitem nicht der qualifizierten fachärztlichen Leistung und ihrer Zeitdauer angemessen. Hier müssen neue Regelungen geschaffen werden. Eine Verkürzung der Mindestbehandlungsdauer bei etwa gleichem Honorar (13,32 €, 380 Punkte) der psychiatrischen Einzelbehandlung GOP 21220 ist nicht wünschenswert angesichts des hohen Behandlungsbedarfs der Patienten. Wir plädieren daher für eine deutlich höhere, angemessene und stabile Honorierung und außerhalb eines Budgets, damit die Leistung 21220 bedarfsgerecht erbracht werden kann.

Neue 30 Minuten betragende GOP für

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung.

Die wenigsten unserer psychiatrischen Patienten kommen für eine Richtlinienpsychotherapie in Betracht, müssen aber dennoch qualifiziert und langdauernd psychiatrisch und zum Teil auch psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt werden.

Deshalb benötigen wir in unseren Praxen zusätzlich eine GOP von 30 Minuten Behandlungsdauer für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung unserer Patienten. Ebenfalls außerhalb des Budgets und ohne Mengenbegrenzung im Quartal. Die Voraussetzungen für eine solche Gebührenordnungsposition scheinen sich ja offenbar zu verbessern, wie wir hoffen.

Diese Leistung sollte bei Bedarf bis zu 2x am gleichen Tag am Pat. erbringbar sein. Die **psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung** in der psychiatrischen Praxis darf (ebenso wie die psychiatrische Behandlung) **zudem keine antragspflichtige Leistung und nicht aufgliedert nach Diagnosen** sein. Das Honorar hierfür müßte deutlich über der zeitlich vergleichbaren reinen psychiatrischen oder rein psychotherapeutischen Vergütung für die gleiche Behandlungsdauer liegen, in Anbetracht ihres besonderen Schwierigkeitsgrades und der hierfür erforderlichen doppelten Qualifizierung.

Wir plädieren zudem bei dieser neu zu schaffenden Gebührenordnungsposition für eine Art Übergangsregelung für diejenigen Kolleginnen und Kollegen die bisher keinen Psychotherapie Titel erworben haben, aber schon mindestens 5 Jahre in der psychiatrischen Praxis tätig sind, damit diese auch die psychiatrisch psychotherapeutische Behandlung, wenn erforderlich, erbringen dürfen.

Die psychiatrische Versorgung durch die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Nervenärzte bedarf auch wieder einer

eigenständigen Abrechnungsziffer für die Not bzw. Akutbehandlung.

Die bisherige Ergänzungsziffer EBM 21217 (80 Punkte, Tagesprofil 3 Minuten; supportive psychiatrische Behandlung eines affektiv, psychotisch, psychomotorisch und oder hirnrnorganisch akut dekompensierten Patienten, höchstens dreimal im Behandlungsfall) in Ergänzung zur psychiatrischen Behandlungsziffer EBM 21220 ist in dieser Kombination völlig unzureichend.

Eine eigenständige, besser bewertete psychiatrische Notfall Behandlungsziffer (damals GOP 826) gab es bereits früher im EBM (in der derzeitigen GOÄ gibt es hierfür die Abrechnungsziffer 812, 500 Punkte; 67,03 €). Eine entsprechende Not-Behandlungsziffer sollte wieder eingeführt werden.

Angemessene Abbildung und Bewertung der zeitintensiven standardisierten Anamnese

ist ein Vorhaben der KBV, das wir sehr begrüßen. Auch dies dient der Fokussierung auf den arztgruppenspezifischen Versorgungsauftrag, der gerechteren Bewertung und dem Abbau der Pauschalierung.

Die spezifische psychiatrische Erstanamnese ist, in der psychiatrisch ambulanten Versorgung noch nie gesondert vergütet worden. Es ist aus unserer Sicht ein großer Schritt in die richtige Richtung insbesondere auch für die Differenziertheit und Dokumentation in der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Die **psychiatrische Erstanamnese** betrifft die psychiatrische Vorgeschichte und die **biographische Anamnese mit entsprechenden ergänzenden psychopathologischen und**

psychiatrischen Ausführungen. Sie sollte analog der „biografischen Anamnese“ im derzeitigen EBM Kapitel 35 Gebührenordnung **35140** gehandhabt werden.

Die Erstanamnese kann aber in der ambulanten psychiatrischen Behandlung sicherlich nicht die Grundpauschale für eine Differenzierung zwischen neuen und bekannten Patienten ersetzen.

Hier sind wir anderer Meinung als bisher im Gespräch mit uns vom BVDN vertreten.

Eine solche Erstanamnese ist sicherlich ungeeignet bezüglich Dokumentation der Teilnahme an der Akutversorgung in der ambulanten psychiatrischen Praxis und sicherlich auch kein ausreichender Anreiz für die Integration neuer akut zu versorgender Patienten in den Praxen. Eine Erstanamnese mit ihrem entsprechenden Zeitaufwand muss auch im Verlauf der Behandlung des Quartals erbringbar sein (oder zum Beispiel (am nächsten Tag) im neuen Quartal; als Beispiel) und nicht sofort bei Erstkontakt, da dann möglicherweise ein solcher nicht erfolgen können würde aus Zeitmangel.

Des Weiteren halten wir auch hier (siehe oben Erstanamnese) einen **Zuschlag (Folgeanamnese)** analog zur Anamnese Erhebung (EBM **35141** vertiefte Exploration) und **entsprechend EBM 35142** für die Erhebung ergänzender neurologischer bzw. **psychiatrischer u. psychopathologischer Befunde** und **Nachexploration** im Sinne einer Kombination aus **35141 + 35142** (z.B. 35143?) für die weitere psychiatrische Behandlung allerdings einmal pro Quartal für indiziert (bei psychiatrisch kranken Patienten ergeben sich in der Regel häufig einschneidende bzw. traumatische Ereignisse), abrechenbar **mit** psychiatrischen Leistungsziffern wie zum Beispiel 21220. Diese meist doch **auch zeitintensive Folgeanamnese** wird sich möglicherweise nicht einfach über die Grundpauschale unserer in diesem Sinne speziellen Facharztgruppe abbilden lassen, wie wohl auch nicht bei den Psychotherapeuten.

Hierfür (**Grundpauschale**) wäre zum Beispiel an die **Wiederaufnahme** in die GOP (bzw. als Grundpauschale-Zusatzinhalt) des in der ambulanten psychiatrischen Behandlung sehr **wichtigen psychopathologischen Befundes** (früher GOP 820 1x im Beh., 821 2x im Beh.) und dessen Ergänzungen bzw. Nachprüfungen bei jeder erneuten Behandlung des Patienten zu denken. (Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status, Bewusstsein, Orientierung, Affekt, Antrieb, Wahrnehmung, Denkablauf, mnestischer Funktionen. Vertiefte Exploration mit differenzialdiagnostischer Einordnung des psychiatrischen Krankheitsbildes.).

Die bisherigen Gebührenordnungspositionen wie Fremdanamnese 21216 (ebenfalls möglichst extrabudgetär), psychiatrische Gruppenbehandlung 21221 (ebenfalls möglichst extrabudgetär), die Zusatzpauschalen für die kontinuierliche Mitbetreuung, Gebührenordnungsposition aus dem Kapitel 35.1 und psychodiagnostische Testverfahren sollten beibehalten werden. Diese müssen allerdings unseres Erachtens ebenfalls neu bewertet werden im Sinne eines leistungsgerechten Honorars.

Bezüglich der ebenfalls sehr wichtigen Heimversorgung durch Psychiater und Nervenärzte erfolgt noch eine gesonderte ergänzende Stellungnahme unseres Berufsverbandes.

Abschließend möchten wir nochmal darauf hinweisen, dass es uns sehr wichtig ist, dass in der zukünftigen Gebührenordnung **alle psychiatrischen Behandlungspositionen** (und psychosomatische in der psychiatrischen Praxis) extrabudgetär, unbegrenzt und zu einem festen angemessenen Euro Betrag vergütet werden. Nur so ist unseres Erachtens langfristig eine Sicherstellung der flächendeckenden psychiatrischen fachärztlichen Grundversorgung zu gewährleisten.

Vorstand BNPN e.V. :

Erster Vorsitzender:	Dr. Rolf Tiedemann,
Erste stellv. Vorsitzende:	Frau Dr. Annette Rotermund-Fritsche,
Zweiter stellv. Vorsitzender:	Dr. Siegfried Rahm,
Schriftführer:	Herr Richard Ecknigk,
Schatzmeisterin:	Frau Juliane Linck,
Beisitzer:	Dr. Hans Martens,

Postanschrift Geschäftsstelle c/O : Dr. Rolf Tiedemann, Einsteinstr. 127, 81675 München Tel: 089- 473560
Fax: 089- 470 74 87 Handy : 0160-97393675 (Email: dr_rolf_tiedemann@web.de) www.bnnp.de