Diagnostikum und Therapeutikum sinnvolle Prüfmuster zu finden.

„Die Ansprüche an den Nutzenbe-
weis sind kontinuierlich gewachsen“,
sagte der Arzt und Jurist Prof. Christian
Dierks. Solange diagnostische Tests zum
Herausfiltern geeigneter Patienten für eine
Therapie nicht als Leistung in den
EBM aufgenommen sind, kann der Ver-
tragsarzt sie nicht abrechnen, sondern
muss sie privat liquidieren. „Vertrags-
ärzte werden Patienten die testbasierten
Arzneimittel nicht anbieten.“

Wenn die Einteilung der Patienten in
Subgruppen aber zum medizinischen
Standard wird, haben auch die GKV-Pa-
tienten Anspruch darauf, sagte Dierks.
„Das System muss eine Ziffer für die Dia-
gnostik bereitstellen.“ Denkbar wäre,
dass der Bewertungsausschuss inner-
halb einer bestimmten Frist über die Be-
wertung der neuen Leistung entschei-
den muss.

Gefahr der genetischen Priorisierung

„Wenn die personalisierte Medizin
nachweislich die Wirksamkeit, Sicher-
heit und Effizienz der Versorgung ver-
bessert, dann ist die Förderung der per-
sonalisierten Medizin ethisch geboten“,
betonte der Medizinethiker Prof. Georg
Marckmann von der LMU München.
Die Nutzenbewertung der neuen Ange-
bote müsse verbessert werden. „Die
Zielsetzung ist dabei, die wirklichen In-
novationen allen GKV-Versicherten zur
Verfügung zu stellen und die Schein-In-
novationen auszuschließen.“

Mit der personalisierten Medizin sei
eine Reihe ethischer Fragestellungen
verbunden, sagte Marckmann. So müsse
geprüft werden, ob mit Investitionen in
diesen Bereich die richtigen Prioritäten
gesetzt werden. Auch sieht er das Risiko,
dass die Ressourcen vor allem in profita-
ble Bereiche fließen und Patienten mit
seltenem genetischen Profil außen vor
bleiben.

ILSE SCHLINGENSIEPEN ■

Psychotherapie wird
häufiger in Anspruch
genommen.

Foto: © endostock - Fotolia

Ausgaben stark angestiegen

Psychotherapie soll raus aus der Gesamtvergütung

Für viele Fachärzte ist es ein Ärgernis: Seit 1999 sind die Ausgaben für Psychotherapie um satte 127% gestiegen – auf 1,5 Milliarden Euro, die von der Gesamtvergütung abgezogen werden. Jetzt soll nach dem Willen der KBV-Vertreterversammlung Schluss damit sein.

— Nach dem Willen der KBV-Vertreter sollen psychotherapeutische Leistungen ab 2013 außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden. Der Honorartopf der Hausärzte wäre von diesem Schritt nicht berührt. Die Sonder-Vertreterversammlung der KBV hat dem Vorstand den Auftrag erteilt, dem Gesetzgeber einen Formulierungsvorschlag zu machen. Danach soll das Leistungspaket ab 2013 außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung honoriert werden.

Gelten soll dies für antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen, für probatorische Sitzungen und andere für die Einleitung und Fortführung einer Psychotherapie notwendige Leistungen.

Die Finanzierung der Psychotherapie aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung hat sich zu einem Problem

entwickelt: Im Jahr 1999 betrugen die Ausgaben für Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung 660 Millionen Euro; im Jahr 2010 waren es 1,5 Milliarden Euro. Dies ist ein Anstieg um 127%.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts ist es nicht möglich, die zeitabhängige Vergütung in der Psychotherapie zu deckeln. Bisher wird die Psychotherapie nach der Honorartrennung aus dem Facharzttopf finanziert. Dies zu ändern, ist das Ziel der KBV.

Der Hausärzteverband zeigte sich erleichtert, dass nicht der Honorartopf der Hausärzte angezapft wird. „Die KBV ist zurückgerudert. Zudem musste der KBV-Vorsitzende zugeben, dass das bisherige Verteilungsverfahren nicht rechtskonform ist“, sagte Verbandschef Ulrich Weigeldt.

HL/FST ■