

# ***bvvp* Niedersachsen**

Landesverband Niedersachsen im Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten  
(*bvvp* Nds. e.V.)

**Vorstand:** Dr. med. Jörg K. Merholz, Dipl.-Psych. Yvo Kühn, Dipl.-Päd. Irene Bruns,  
Dr. med. Andrea Mann-Rentz, Dipl.-Psych. Renate Hahn  
**Landesgeschäftsstelle :** Bombergallee 1, 31812 Bad Pyrmont Tel. 05281-151172 Fax 05281-151171  
e-Mail: merholz @ bvvp-nds.de; www.bvvp-ndsev.de  
**Bankverbindung:** Deutsche Apotheker- u. Ärztebank Hamburg, BLZ: 20090602,  
Kto.-Nr. 0004315049

---

## **Informationsbrief Juli 2008**

### **Inhalt:**

1. BSG-Urteil vom 29. Mai 2008
2. BSG-Urteil 2007 zu probat. Sitzungen
3. Ergebnisse der Struktur- und Kostenerhebung
4. Neue Punktzahlen im EBM
5. Angemessene Vergütung für Psychotherapeuten
6. Soviel verdienen Ärzte
7. **Widerspruch für Quartal I/2008**
8. Problematik des ärztlichen Notdienstes
9. Neue Termine für QM-Seminare
10. Protokoll der Jahresmitgliederversammlung
11. Geänderte Satzung des *bvvp* Nds.
12. Konsiliarbericht für nichtärztliche Therapeuten
13. Abrechnung Chronikerzuschlag
14. Sozialgerichtsurteile aus Hessen
15. Beschluss der Vertreterversammlung der KVN
16. Offener Brief des *bvvp* an die Bundespsychotherapeutenkammer
17. ÄKJP, Arbeit in der Praxis reicht nicht zum Leben
18. Zur Beurteilung von Gutachten durch Gutachter
19. Abrechnung telefonische Kontaktaufnahme
20. Bundesdelegiertenkonferenz des *bvvp* in Braunschweig
21. Anlagen EBM-Tabellen

Bad Pyrmont, im Juli 2008

## **1. Zum Ausgang der Verhandlung vor dem Bundessozialgericht (BSG) am 28. Mai 2008**

**Kein Erfolg für Psychotherapeuten beim BSG: Der Fortbestand der bisherigen Auslegung des Bewertungsausschusses zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen wurde im wesentlichen bekräftigt. Die Punktwerte für die antragsfreien psychotherapeutischen Leistungen sind schutzbedürftig.**

**Heute wurde erneut zur Höhe der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vor dem Bundessozialgericht verhandelt und letztinstanzlich entschieden: Das BSG weist die Klagen der Psychotherapeuten ab. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 sei rechtmäßig, nur die Honorarbescheide der Jahre 2000 und 2001 müssten korrigiert werden. Für die Punktwerte der zeitabhängigen aber nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen wird ein Mindestpunktwert von 2,56 ct. für erforderlich und ausreichend gehalten.**

Nahezu alle bisherigen Instanzen der Sozialgerichtsbarkeit hatten den Klagen der Psychotherapeuten Recht gegeben, wonach die Vorgaben der BSG-Rechtsprechung zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen vom Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Krankenkassen nicht angemessen aufgegriffen und demzufolge von der KV Hessen fehlerhaft umgesetzt worden sind. Diese Urteile der Sozialgerichte sowie in Hessen die Urteile des Marburger und des Sozialgerichts Frankfurt in unseren vhpv-Musterverfahren hatten uns in der Erwartung bestärkt, dass das BSG die Unschärfe des Beschlusses des Bewertungsausschusses im Sinne seiner bisherigen Rechtsprechung präzisiert und als rechtswidrig beurteilt. Nun ist das Urteil der Kasseler Bundesrichter leider doch anders gekommen.

Das BSG stellte fest, dass der Bewertungsausschuss sich innerhalb der von ihm vorgegebenen Rahmenbedingungen zur Ermittlung der jetzigen Mindestpunktwerte für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen bewegt habe. Die angewandten Rechenwege seien geeignet, ein angemessenes Honorar der Psychotherapeuten zu ermitteln. Insbesondere sei der vom Bewertungsausschuss festgelegte Betriebskostenansatz von 40.634 Euro nicht zu beanstanden. Das Ergebnis der Berechnungen führe mit Ausnahme der Jahre 2000 und 2001 zu dem den nichtpsychotherapeutisch tätigen Arztgruppen vergleichbaren Einkommen bei den Psychotherapeuten, welches das BSG in seiner Plausibilitätsberechnung definiert hatte. In 2000 und 2001 waren die Allgemeinärzte noch die Vergleichsgruppe, bei denen die Laborleistungen (Kapitel O und U des EBM '96) nicht in Abzug gebracht werden durften. Alle anderen Leistungsanteile (belegärztliche Leistungen, Honorar der Sonstigen Kostenträger) durften laut BSG bei Ermittlung des Vergleichsertrages in Abzug gebracht werden. Die fachgruppenbezogene Stützung der genehmigungspflichtigen Leistungen zu Lasten der nichtgenehmigungspflichtigen Leistungen ist nur begrenzt zulässig. Ein Mindestpunktwert von 2,56 ct. muss in der Regel erreicht werden.

Im Bereich der KV Hessen wurde die Berechnung des Mindestpunktwerths für genehmigungspflichtige Leistungen, soweit es den Abzug der Notdienstleistungen betrifft, an das Marburger Sozialgericht zur Überprüfung zurückverwiesen.

Grundsätzlich sind die Psychotherapeuten an den Kosten zum ärztlichen Notdienst zu beteiligen.

### **Die Konsequenzen des BSG-Urteils:**

**Alle Honorarbescheide und die jetzigen Mindestpunktwerte sind rechtmäßig ab dem 1.1.2002 ff. Vom BSG wurde offengelassen, ob für die Jahre 2000 und 2001 der Bewertungsausschuss einen neuen Beschluss fasst oder dies den KV'en überlässt. Auch bei den antragsfreien psychotherapeutischen Leistungen muss die KV Hessen nicht nachbessern, so dass es vorerst bei den jetzigen viel zu niedrigen Punktwerten der antragsfreien psychotherapeutischen Leistungen bleibt. Über die Auswirkungen der viel zu niedrigen Regelleistungsvolumina auf die Vergütung der antragsfreien Leistungen wurde nicht verhandelt. Angesichts unserer früheren Erfolge vor dem BSG bleibt es aber trotz der heutigen Niederlage vor Gericht bei unserem Widerstand gegenüber der ärztlichen Selbstverwaltung und den Krankenkassen, die immer noch daran glauben, in eigener Machtvollkommenheit eine Gruppe von Leistungserbringern benachteiligen zu können.**

**Wie kam es zur erneuten Klageerhebung?**

Der Bewertungsausschuss hatte in seinem Beschluss vom 29.10.04 den Betriebskostensatz für psychotherapeutische Praxen auf 40.634 Euro festgesetzt, während das BSG in seinem Urteil vom 28.1.2004 einen Betriebskostensatz in Höhe von 46.135 Euro für erforderlich gehalten hatte, damit eine Psychotherapeutische Praxis die Chance erhält, zum mittleren Einkommen eines nicht psychotherapeutisch tätigen Allgemein-/Facharztes aufzuschließen zu können. Die Berechnungsanweisung des Bewertungsausschusses für die KV Hessen hatte zur Ermittlung der festen Mindestpunktwerte für genehmigungsbedürftige psychotherapeutische Leistungen vorgesehen, dass die Honorare der sogenannten Sonstigen Kostenträger, aus belegärztlicher Behandlung, für Dialysesachkosten, für Laborleistungen und Pauschalerstattungen (Kapitel O und U des EBM-Ä), für regional vereinbarte Kosten sowie für Vergütungen, die im Rahmen von Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V gezahlt wurden, nicht berücksichtigt werden sollten. Die KV Hessen hatte bei der Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses auch keinerlei Bedenken, die festen Mindestpunktwerte über die Notdienstabgaben weiterhin abzusenken.

Somit war klar, dass der Bewertungsausschuss und die KV Hessen unsere vom BSG für rechtmäßig erachteten Honoraransprüche erneut herunter gerechnet hatten. Auf der Basis der neuen Mindestpunktwerte hatte die KV Hessen zwar Nachvergütungen bei den psychotherapeutischen Leistungen ca. 1 Jahr nach der Verhandlung vor dem BSG in 2005 vorgenommen. Die Höhe der neuen Mindestpunktwerte war aber weiterhin zu niedrig, weshalb wir Ihnen immer empfohlen hatten, Ihre ruhenden Widersprüche gegen die Honorarbescheide trotz stattgehabter Nachvergütung weiterhin aufrechtzuerhalten bzw. zur Wahrung Ihrer Rechte für eine angemessene Vergütung Ihrer Leistungen auch die nachfolgenden KV-Honorarbescheide anzufechten.

Umfängliche Nachprüfungen der Nachvergütungen hatten ergeben, dass wesentliche Honoraranteile der Hausärzte und der Fachärzte nicht in die Berechnungen zur Ermittlung der festen Mindestpunktwerte eingeflossen sind, so dass die Psychotherapeuten immer noch kein angemessenes Honorar für ihre Leistungen erhalten. Die vom BSG wiederholt eingeforderte angemessene Teilhabe der Psychotherapeuten an der Honorarverteilung war unserer Ansicht nach noch nicht hinreichend vom Bewertungsausschuss aufgegriffen worden geschweige denn von der die Beschlüsse des Bewertungsausschusses ausführenden KV Hessen umgesetzt worden.

Zur Durchsetzung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen war daher erneut Klage im Bereich der KV Hessen geboten, nachdem die KV Hessen die Widersprüche gegen die Honorarbescheide per Widerspruchsbescheide abgelehnt hatte. Mit dieser Argumentation hatten mehrere Psychotherapeutenverbände (**bvvp**, DGPT, DPtV, Vereinigung) aus dem gesamten Bundesgebiet geklagt, davon wurden 9 Klageverfahren heute vor dem BSG verhandelt. Die beiden Verfahren des vhp sind noch beim Sozialgericht Marburg und beim Landessozialgericht Darmstadt anhängig. Eine Entscheidung kann sich nur noch auf den Berechnungsmodus der Abzüge zum ärztlichen Notdienst beziehen. Bei den noch offenen Bescheiden der Jahre 2000 und 2001 ist mit einer geringen Nachvergütung zu rechnen, da die Leistungsanteile der Kapitel O und U des EBM '96 berücksichtigt werden müssen.

Die höchststrichterlich bekräftigten Rechtsgrundsätze sind trotz des negativen Ausgangs der heutigen Verhandlung vor dem BSG weiterhin unsere einzig haltbare Sicherheit, vernünftige Bedingungen im EBM 2000+, 2008 und 2009 und bei der Gestaltung der Regelleistungsvolumina für Psychotherapeuten zu verhandeln oder – bei fortgesetzter Uneinsichtigkeit - gerichtlich zu erstreiten.

Kassel, 28.5.08  
Hedwig Blume und Tilo Silwedel

## **2. Zum BSG-Urteil über die Honorierung von probatorischen Sitzungen vom 29. August 2007**

Am 29. August 2007 hatte das Bundessozialgericht (BSG) in einem Verfahren aus Südwürttemberg geurteilt, dass probatorische Sitzungen von der KV nicht zum Mindestpunktwert für genehmigungspflichtige Leistungen vergütet werden müssen. Mit Spannung hatten wir die schriftliche Begründung erwartet, weil wir uns erhofft hatten, dass diese einen Hinweis darauf enthielte, dass der Punktwert für die probatorischen Leistungen nicht ins Bodenlose fallen dürfe. Das BSG hatte nämlich in der mündlichen Verhandlung in Hinblick auf unser noch zur Verhandlung anstehendes sächsisches Verfahren eine entsprechende Verlautbarung gemacht.

Im Folgenden seien die wichtigsten Inhalte zusammengefasst:

1. Der Bewertungsausschuss ist nicht verpflichtet, in seinen Beschlüssen zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen für die probatorischen Sitzungen den Mindestpunktwert vorzusehen:

*„Andererseits ist es dem Bewertungsausschuss aber nicht verwehrt, sich darauf zu beschränken, eine Punktwertstützung nur für diejenigen Leistungen vorzugeben, die sowohl zeitgebunden als auch genehmigungsbedürftig sind.“(14)*

2. Der Bewertungsausschuss darf allerdings eine Mindestpunktwertvergütung für die probatorischen Sitzungen vorsehen:

*„Daher ist der Bewertungsausschuss grundsätzlich befugt, inhaltliche Vorgaben für die angemessene Honorierung psychotherapeutischer Leistungen auch für diejenigen Leistungen festzulegen, die nur zeitgebunden und nicht genehmigungsbedürftig sind.“(13)*

3. Das BSG stellt fest, dass die probatorischen Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehören, dass zwischen ihnen und den genehmigungsbedürftigen Behandlungsleistungen ein enger Zusammenhang besteht, dass mit ihnen eine Entscheidung hinsichtlich der Behandlungserfordernisse, zum Behandlungsverfahren und zur Behandlungsvereinbarung erfolgt. Daher ist eine substantielle Honorierung zu gewährleisten:

*„Ungeachtet dieser Unterschiede, die den Bewertungsausschuss berechtigen, sich bei seinen Vorgaben ... auf Punktwertstützungen für die zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen Leistungen zu beschränken, ist aber zu beachten, dass die probatorischen Sitzungen zum Kern des Leistungsspektrums der Psychotherapeuten gehören und bei ihnen deshalb ein beliebiger Punktabfall auf Dauer nicht hingenommen werden darf. ... Aus dieser zentralen Funktion probatorischer Sitzungen folgt, dass die KÄVen ... für sie eine substantielle Honorierung gewährleisten müssen.“*

4. Da in der KV des Klägers in den beklagten Quartalen ein Punktwert für die übrigen Leistungen von über 7 Pf gezahlt worden war, war eine noch verteilungsgerechte Vergütung gewährleistet gewesen und konnte daher nicht vom BSG im einzelnen entschieden werden, an welchem Punkt die Grenze zur rechtlich nicht mehr haltbaren Honorierung liegt. Dennoch enthält das Urteil einen Anhaltspunkt, wo ggf. diese Grenzmarke liegen wird: voraussichtlich bei ca. 6 Pf bzw. 3 Cent:

*„Nähere Erörterung, welchen Punktwert dies erfordert, bedarf es im Rahmen des vorliegend zu entscheidenden Falles allerdings nicht. Denn für die vom Kläger ... durchgeführten probatorischen Sitzungen wurden Punktwerte von deutlich mehr als 6 Pf (= ca. 6 Cent) gewährt; dies jedenfalls reicht aus.“*

Zusammenfassend haben sich unsere Hoffnungen erfüllt: die in diesem Urteil enthaltenen Anhaltspunkte bestätigen unseren Anspruch auf eine substantielle Honorierung der probatorischen Leistungen und lassen hoffen, dass die völlig unzureichende Vergütung dieser Leistungen in absehbarer Zeit zu korrigieren ist. Insofern ein erfreuliches Urteil, dass auch die Funktion dieser Leistungen schützt, die aufgrund der verheerenden Honorierung in der zurückliegenden Zeit nicht mehr in adäquatem Umfang erbracht werden konnten.

Freiburg, den 25.01.08  
Norbert Bowe

### **3. Ergebnisse der Struktur- und Kostenerhebung der Prime Networks AG im August 2007 und ihre Interpretation**

1. Die Arbeitsauslastung der untersuchten Arztgruppen:

Die Erhebung belegt, dass Psychotherapeuten in mit anderen Arztgruppen des Psycho-Bereiches vergleichbaren Wochenarbeitszeiten ihre Praxistätigkeit verrichten. Ihre mit Abstand am niedrigsten ausfallenden Einkünfte sind daher nicht auf mangelnde Auslastung, sondern auf unzureichende Vergütung – trotz Honorierung nach Mindestpunktwerten – zurückzuführen.

Die Wochenarbeitszeit pro Arzt/Psychotherapeut liegt bei 52,02 Stunden.  
Mit einer Wochenarbeitszeit von 52 Stunden liegen die Psychotherapeuten dieser Studie im Bereich der bei der STABS zugrunde gelegten Wochenbelastung. Mit einer damit vergleichbaren Auslastung müsste auch der Arztlohn zu erzielen sein.

## 2. Folgerungen für die Bestimmung der Produktivität für EBM-Kalkulationen

In der Kostenkalkulation des EBM 2008 wurden die durchschnittlichen Praxiskosten der aktuellen Struktur- und Kostenerhebung 2007 zugrunde gelegt. Dementsprechend ist auch der in dieser Erhebung dokumentierte Auslastungsgrad zur Bestimmung der Produktivität heranzuziehen, damit eine statistisch und betriebswirtschaftlich korrekte Übertragung auf die EBM-Kalkulation gewährleistet ist.

Die aus der Erhebung resultierende Produktivität fällt deutlich niedriger aus als in der STABS des EBM 2008 zugrunde gelegt. Dies ist u.a. mit dem hohen Anteil an selbst erbrachten delegierbaren Tätigkeiten erklärbar, der – wie die Erhebung erbrachte – mit knapp 6 Stunden/Woche am höchsten lag. Der EBM 2000 plus geht bei den Psychotherapeuten von einer Produktivität von 67,5% - entspricht 94.600 Arztminuten (AL) zur Erreichung des Arztlohnes aus. Eine Korrektur auf Basis der Erhebungsdaten kann wie folgt vorgenommen werden:

Die mit der Erhebung dokumentierte Leistung von 52 Wochenstunden entspricht nahezu genau der Wochenarbeitszeit, die dem Arztlohn im EBM 2000 plus zugrunde gelegt wurde. Dort wurde von 140.148 min Jahresbetriebszeit (entspricht einer Zeit von 2340 Stunden/Jahr) ausgegangen, aus der sich durch Division von 46 reinen Arbeitswochen/Jahr 51 Wochenarbeitsstunden ergeben. Den Psychotherapeuten müsste demnach mit der in der Erhebung erfassten durchschnittlichen Wochenarbeitszeit möglich sein, den im EBM kalkulierten Arztlohn zu erwirtschaften. Die durchschnittliche Jahresarbeitsleistung in der Studie wird von uns mit folgender Berechnung extrapoliert:

Durchschnittlicher GKV-Umsatz der Psychotherapeuten von 78.404,-€ wurde erzielt bei einem geschätzten Mischpunktwert (genehmigungspflichtige und übrige Leistungen) von 4,6 Cent (Annahme: Mindestpunktwert 2005 bundesweit durchschnittlich ca. 5,11 Cent, Punktwert übrige Leistungen 2,5 Cent, Verhältnis 80% zu 20%). Daraus ergibt sich bei entsprechenden 68,77,-€ pro Behandlungssitzung:

$78.404 \text{ €} / 68,77 = 1140$  Behandlungssitzungen  
ca. 1140 Behandlungsstunden, entspricht 68.400 min/Jahr.  
Daraus errechnet sich eine Produktivität von 48,8%.

Der Arztlohn ist im EBM 2008 mit 105.572 € ausgelegt.  
Auf die Arztleistung (AL) übertragen bedeutet das:

$AL: 105.572 \text{ €} / 68.400 \text{ min} = 1,544 \text{ €/min}$  oder 92,61 € pro Behandlungssitzung

Der Anteil der technischen Leistung an der Behandlungsstunde errechnet sich wie folgt:

$TL: 37.509 \text{ €} : 68.400 \text{ min} = 0,548 \text{ € pro min}$  oder 32,90 €/Behandlungssitzung

Daraus ergibt sich ein Umsatz pro Behandlungssitzung von nominell 125,51 € bei dem der EBM-Kalkulation zugrunde gelegten Punktwert von 5,11 Cent bzw. eine

Punktzahl von 2.455 Punkten pro Behandlungssitzung.

Mit einer wie dargelegt errechneten EBM-Punktzahlbewertung auf der Basis der Erhebungsdaten wird eine verteilungsgerechte Bewertung ermöglicht, die eine Beschlussfassung des Bewertungsausschusses zur Gewährleistung der angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen entbehrlich macht. Das gilt v.a. auch dann, wenn ab 2009 ein allgemein gültiger Orientierungspunktwert eingeführt wird. Bei einer schätzungsweise anzunehmenden Höhe von 3,5 Cent läge der Umsatz der Behandlungssitzung bei 85,93 €, mit der eine angemessene Vergütung noch sichergestellt wäre. Dieser Kalkulationsansatz ist sowohl betriebswirtschaftlich korrekt als auch nach den veränderten gesetzlichen Bestimmungen geboten: In § 87 Abs. 2, Satz 3 heißt es:

„Im Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen ist die Bewertung der Leistungen nach Satz 1 unter Berücksichtigung der Besonderheiten der jeweils betroffenen Arztgruppen auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis zu ermitteln;...“

1 Durchschnittliche Praxiskosten, ermittelt in der Struktur- und Kostenerhebung der Prime Networks

2 Es handelt sich um eine kalkulatorische Größe zur Ermittlung der Punktzahlhöhe im EBM. Dieser Rechenweg entspricht dem Vorgehen bei der Berechnung von Leistungen anderer Arztgruppen, so dass die hier ermittelte Punktzahlhöhe zur Punktzahlbewertung der Leistungen anderer Arztgruppen kongruent ist.

Norbert Bowe

#### 4. Neue Punktzahlen für die Einzelsitzung und die Hintergründe

Im letzten Gesundheitsreform-Gesetz (WSG) war der Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten vorgeschrieben worden, einen neuen EBM 2008 zu erstellen, in dem die Leistungen in einem höheren Grad pauschaliert werden als bisher. Die KBV hatte die Erstellung dieses neuen EBM mit der Forderung nach höheren Bewertungen verbunden- insbesondere um für die Regelungen vorbereitet zu sein, die in diesem gleichen Gesetz für das Jahr 2009 vorgeschrieben sind. Die Forderungen nach höheren Punktzahlen waren zwischen Kassen und KBV strittig und landeten deswegen im Erweiterten Bewertungsausschuss, einer Art Schiedsgericht für strittige Fragen der Selbstverwaltung auf Bundesebene.

Erstmals konnte erreicht werden, dass die beiden Psychotherapeuten, Dieter Best und Jürgen Doebert, die bereits im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses Mitglieder sind, in ihrer Funktion als Stellvertreter abwechselnd an den Sitzungen des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses teilnehmen konnten.

Die KBV konnte im Erweiterten Bewertungsausschuss erreichen, dass der kalkulatorische Arztlohn um ca. 10.000 Euro ansteigt. Und dass die Mehrwertsteuererhöhung um 3% auf 19% auch bei der Kalkulation der ärztlichen und psychotherapeutischen Kostenstrukturen berücksichtigt wird. Ebenso wurde erreicht, dass die Ergebnisse der Kostenstudie für die „Psych.-Fächer“ in die Kostenkalkulation der sog. Praxisbetriebsmodelle übernommen wurden. Für den Bereich Psychotherapie ergibt dies eine Erhöhung der kalkulatorischen Betriebskosten im EBM von 25.000€ auf 35.000 €.

Nicht erreicht wurde über alle Fachgruppen, dass die Produktivität gesenkt wurde und auch nicht, dass die Kosten für zusätzliches Personal eingestellt wurden. Für Psychotherapeuten heißt dies, dass die Umrechnung der in der Kostenstudie erhobenen sog. delegierbaren Tätigkeiten, also der vom Praxisinhaber selbst ausgeführten Helferinnen-Tätigkeiten, von den Krankenkassen und dem unparteiischen Schiedsmann, Prof. Wasem, nicht akzeptiert wurden. Es wären zusätzliche 2.500 € kalkulatorische Kosten gewesen, die zu den bereits konsentierten Betriebskosten dazugekommen wären.

Trotzdem kann sich das Ergebnis für die psychotherapeutischen Leistungen sehen lassen. Die 50-minütige Einzeltherapiesitzung hat damit in Zukunft 1755 Punkte!

Aber bekommen wir deshalb mehr Geld?

Bundesregierung und Krankenkassen verkünden unisono, dass die über alle Arztgruppen erfolgten Punktzahlerhöhungen sich im Jahr 2008 weder in höheren Kosten im Gesundheitswesen noch in einer Einschränkung der Versorgung niederschlagen sollen. Sprich: der Punktwert muß gesenkt werden. **Also: ein Nullsummenspiel.** Ob doch etwas von der gewonnenen Punktzahl bei Ärzten und Psychotherapeuten hängen bleibt, wird sich zeigen.

Im Jahr 2009 soll es mehr Geld bei den Krankenkassen geben, u.a. durch staatliche Unterstützung. Davon wird dann auch etwas in der ambulanten Versorgung landen. Angesichts eines im Gesetz vorgeschriebenen einheitlichen Orientierungspunktwertes über alle Arztgruppen incl. Psychotherapeuten sind die jetzt erreichten Punktzahlerhöhungen also vor allem ein Versuch, die Honorare

allein durch ihre Punktzahlbewertung im EBM gerecht zwischen den Arztgruppen zu verteilen, da dies ab 2009 nicht mehr über unterschiedliche Punktwerte zu leisten ist.

Es kann schon jetzt gesagt werden, dass die erreichte Punktzahl für die genehmigungspflichtige Psychotherapie für das Jahr 2009 garantiert nicht ausreicht, um allein damit die im Gesetz vorgeschriebene angemessene Vergütung zu erreichen.

Die Arbeit für den **bvvp** geht nicht aus! Denn nun wird es darum gehen, über den Bewertungsausschuss Regelungen zu finden, um die entstandene Lücke zu schließen.

Jürgen Doebert

## **5. Angemessene Vergütung für Psychotherapeuten ?**

Trotz gesetzlicher Forderung der „Angemessenheit“ der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und mehrerer erstrittener BSG-Urteile nehmen die psychotherapeutischen Praxen nach wie vor den letzten, weit abgeschlagenen Platz auf der ärztlichen Einkommensskala ein (Umsatz im Jahr 2006: 63.500,- Euro, vgl. Grunddaten der KBV 2006).

Das BSG hat definiert, dass die Angemessenheit gerade noch gewährleistet sei, wenn ein „voll ausgelasteter“ Psychotherapeut „mindestens“ das Einkommen eines „durchschnittlich“ verdienenden Behandlers der ärztlichen Vergleichsgruppe erreichen kann. KBV und KVen haben diese Mindestforderung bisher nirgends vollständig BSG-konform umgesetzt, sondern sich bisher lediglich daran orientiert, so dass weitere Klagen anhängig sind.

Da diese Mindestforderung nur eine gerichtliche Auffanglinie darstellt, sind wir der Auffassung, dass ein „durchschnittlich“ arbeitender Psychotherapeut auch auf das durchschnittliche Einkommen der Vergleichs-Arztgruppen kommen muss. Das Erfordernis einer solchen Angleichung ergibt sich u.E. auch aus § 87, Abs. 2 Satz 3, SGB V, in dem eine Bewertung der Leistungen nach betriebswirtschaftlicher Kalkulation auf statistischer Datenbasis verbindlich gemacht wird. Um dies zu erreichen ist u.E. ein Stundensatz für eine Psychotherapiesitzung eines GKV-Patienten von

**Euro 125,-**

anzusetzen (s. Anlage 1, in der eine Berechnung auf Basis der neuesten Struktur- und Kostenerhebung von 2007 vorgelegt wird). Auch außerhalb der GKV wäre eine Neukalkulation der GOÄ/GOP dringend erforderlich, die allerdings ein Honorar für eine Therapiestunde von mindestens

**Euro 190,-**

im privatärztlichen und freiberuflichen Bereich erforderlich macht.

Aktuell liegt unsere, gegenüber dem Vorjahr erhöhte Punktzahl im EBM bei 1755 Punkten für eine Therapiesitzung. Daher ergibt sich für eine genehmigungspflichtige Therapiesitzung ein Stundensatz bei regional unterschiedlichen

**Punktwerten zwischen z.B. 3,8 Ct. und 4,5 Ct  
von Euro 67,- bis knapp 80,-  
im Jahr 2008**

je nach Bundesland. Dies sind ca. 3% weniger als im Vorjahr. Belastend kommt weiterhin hinzu, dass für nicht-genehmigungspflichtige Therapiesitzungen nur sehr geringe Stundensätze ausgezahlt werden, die z.T. bei wenigen Euro liegen.

Nächstes Jahr droht den Psychotherapeuten ein weiteres Absinken ihrer Honorare, weil der bisherige gestützte Punktwert durch den einheitlichen Orientierungspunkt (OPW) abgelöst werden wird. Mit der jetzigen EBM-Punktzahl von 1755 pro Sitzung würde das Stundenhonorar bei einem hypothetisch angenommenen

**Orientierungspunkt von 3,7 Ct.  
bei Euro 64,94  
im Jahr 2009**

liegen. Der hier angenommene Punktwert von 3,7 Ct. entspricht dem bisherigen Durchschnittspunktwert - noch ohne die um ca. 10% erhöhten Punktzahlen im EBM 2008 -, und wir halten es für sehr wahrscheinlich, dass zukünftig auch der allgemeine OPW nicht höher, sondern eher niedriger liegen wird.

Die so zu befürchtende Honorarabsenkung wird auch nicht dadurch aufgefangen werden können, dass es für die bisher gering honorierten nicht-genehmigungspflichtigen Sitzungen dann auch diesen Punktwert geben wird, denn diese Leistungen werden nur bezahlt, sofern sie innerhalb eines noch zu definierenden arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens (RLV) erbracht werden. Es gibt aber keinen Grund zu der Annahme, dass die zukünftigen Regelleistungsvolumina größer sein werden, als die viel zu engen Korsetts bisher, die noch nicht einmal eine probatorische Sitzung pro Patient abdecken. Daher ist auch zukünftig zu erwarten, dass diagnostische Leistungen in der GKV weiterhin weitgehend kostenlos erbracht werden müssen.

Somit kann mit den aufgrund des einheitlichen OPW in 2009 zu erwartenden Stundenhonoraren weder die aktuelle, noch die vom Gesetz und vom BSG geforderte und schon gar nicht eine wirklich vergleichbare Vergütung psychotherapeutischer Leistungen gewährleistet werden.

## 6. So viel verdienen Ärzte!

München - Die meisten Ärzte in Deutschland können sich über gestiegene Jahresgewinne freuen! Das ergaben erste Hochrechnungen der Marktforschung Rebmann Research für das zuletzt abgerechnete Jahr 2006 (statistische Durchschnittswerte).

Fachrichtung Gewinn/Jahr \* Gewinn/Vorjahr\*

1. Radiologen 229 145 Euro 204 347 Euro
2. Augenärzte 154 825 Euro 120 381 Euro
3. Orthopäden 129 776 Euro 128 590 Euro
4. Internisten 121 541 Euro 107 847 Euro
5. HNO-Ärzte 118 462 Euro 131 019 Euro
6. Urologen 118 076 Euro 84 026 Euro
7. Chirurgen 109 476 Euro 91 269 Euro
8. Kinderärzte 104 345 Euro 98 196 Euro
9. Hautärzte 102 355 Euro 109 224 Euro
10. Gynäkologen 101 357 Euro 92 320 Euro
11. Allgemeinmed. 98 052 Euro 84 354 Euro
12. Nervenärzte 97 721 Euro 97 944 Euro

\* vor Steuern und Sozialabgaben, Kassen- und privatärztliche Abrechnung

## Die Psychotherapeuten sind mal wieder nicht dabei!

Bild, 14.01.08, Seite 1

Stefan Ernst

## 7. Widerspruch für das 2. Quartal 2008

**vvps** - Formular Quartal **I/08** für PP, KJP und ärztliche Psychotherapeuten, **einschließlich** Facharzt(inn)en für Psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendlichenpsychiater (innen), Psychiater(innen) und Nervenärzten

\_\_\_\_\_  
(Stempel)

**An die  
Kassenärztliche Vereinigung Baden- Württemberg  
Bezirksdirektion .....**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_

### **Widerspruch gegen den Honorarbescheid I/08**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen den Honorarbescheid I/08 ein. Die Einlegung des Widerspruchs erfolgt zur Fristwahrung. Der Widerspruch richtet sich gegen die gesetz- und verfassungswidrige Vergütung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen.

Die Vergütung verstößt einmal gegen das sich aus Art. 12 i.V.m. Art. 3 I GG ergebende Gebot der Verteilungsgerechtigkeit, dessen Bedeutung das BSG in seinen Entscheidungen vom 20.01.1999 (B 6 KA 46/97 R) und 25.08.1999 (B 6 KA 14/98) in den vom Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (*bvvp*) veranlassten Musterprozessen betont hat.

Die Vergütung verstößt auch gegen das in § 85 (4) verankerte Gebot der Angemessenheit der Vergütung. Das BSG hat mit seinen Urteilen vom 28.01.04 die unveränderte Gültigkeit der von ihm aufgestellten Rechtsgrundsätze für die Zeit ab dem 1.1.2000 bekräftigt. Zwar stellte das BSG in seinen neuerlichen Urteilen vom 28.05.08 fest, dass der Bewertungsausschussbeschluss vom 29.10.04 in wesentlichen Teilen nicht zu beanstanden sei, hielt es aber für rechtlich geboten, dass der fixe Kostenansatz von 40.634,- € der Berechnungsformel in regelmäßigen Abständen, erstmals ab 2007 anhand empirischer Daten (ZI-Erhebungen, Daten des Statistischen Bundesamtes) vom Bewertungsausschuss dahingehend zu überprüfen sei, ob die ihm zugrunde gelegten Kostenhöhen noch angemessen sind oder anzupassen sind. Bis die Frage einer ggf. notwendigen Anpassung des Kostenansatzes geklärt ist und bis anhand der schriftlichen Urteilsbegründung sich ggf. ergebende weitere rechtliche Implikationen geprüft werden können, dient der Widerspruch zur Aufrechterhaltung evtl. daraus sich ergebender Honoraransprüche.

Der Widerspruch erstreckt sich auch auf Fragen der rechtskonformen Umsetzung der vom BSG bzw. vom Bewertungsausschuss festgesetzten Rechtsnormen durch die KV. Soweit hier Klärungen erforderlich sind, wird auf das Musterklageverfahren des *bvvp* verwiesen.

Der Widerspruch bezieht sich nicht nur auf die Vergütung der genehmigungspflichtigen, sondern gleichermaßen auf die nicht genehmigungspflichtigen Leistungen der Fachkapitel (Kapitel 14, 21, 22, 23) und des Kapitels 35.1. Diese Leistungen sind ebenfalls größtenteils zeitgebunden und werden aufgrund der HVV-Bestimmungen zum Punktzahlgrenzvolumen unzureichend vergütet. Aktuelle Bestimmungen zum Regelleistungsvolumen haben zu unkalkulierbaren Verwerfungen bei der Honorierung der darunter fallenden Leistungen geführt. Für alle Fachgruppen, die fachspezifisch psychisch Erkrankte versorgen, führen die auf der Fallzahl/Quartal fußende RLV - Berechnungen zu inadäquaten individuellen RLV-Begrenzungen, weil wesentliche Kontingente der regelhaft erforderlichen Gesprächsleistungen (probatorische Sitzungen, Gesprächsleistungen der Fachkapitel 14, 21, 22, 23) von einer nennenswerten Vergütung abgeschnitten werden. Sachgerechte Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung ist somit aufgrund mangelnder Rentabilität und wirtschaftlicher Kompensierbarkeit erschwert. Auch verfehlt dadurch die Vergütung probatorischer Sitzungen den vom BSG für erforderlich gehaltenen Mindestpunktwert von 2,56 ct.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, für eine verfassungs- und gesetzeskonforme Vergütung der Leistungen der Psychiater und Psychotherapeuten zu sorgen.

Ich bitte, diesen Widerspruch vorläufig aus Kosten- wie auch Verfahrensgründen nicht zu bescheiden und erst das Ergebnis des anhängigen Musterverfahrens (S 10 KA 7981/06) abzuwarten.

Mit freundlichen Grüßen

### **Aktualisierte Anmerkung zum Widerspruch :**

Das BSG hat erneut am 28.05.08 zu den psychotherapeutischen Honoraren Urteile gefällt, die leider nicht so ausfielen, wie wir – aber auch alle anderen Insider – es erwartet hatten. Größere Nachvergütungssummen wird es wohl nur rückwirkend für die Quartale der Jahre 2000 und 2001 geben, da für diesen Zeitraum die Hausärzte als Vergleichsgruppe fungierten und bei dieser Vergleichsgruppe die Einnahmen für Laborleistungen und Wegegeld – so das BSG – unrechtmäßigerweise vom Bewertungsausschussbeschluss außen vor gelassen wurden. Dieses gilt aber nicht für den Zeitraum ab 2002, für den der Facharzt-Mix als Vergleichsgruppe fungiert. Für diese Zeit wurden und werden die Abzüge der Laboreinnahmen dieser Gruppe – wie auch die anderen Abzüge des Bewertungsausschussbeschlusses - für nicht zu beanstanden beurteilt, wohl weil der Facharzt- Mix auch gut verdienende Arztgruppen enthält, während das BSG immer nur verlangt hatte, dass wir mit unseren Maximalpraxis-Einnahmen Anschluss an den Durchschnitt der nächst schlechter verdienenden Arztgruppe erlangen können.

Damit erhebt sich auch die Frage, ob jetzt weiter Widerspruch eingelegt werden sollte gegen den aktuellen Honorarbescheid. Wir raten allen Leistungserbringern der „P-Fächer“ (d.h. auch Fachärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzten für Nervenheilkunde wie natürlich den ärztlichen, psychologischen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin Widerspruch einzulegen, damit der aktuelle Honorarbescheid nicht rechtskräftig wird. Ohne Widerspruch bestehen keinerlei Möglichkeiten mehr, ein Recht auf eine Höhervergütung durchzusetzen (s. BSG-Urteil vom 16.06.2005).

### **Unser Rat zum Widerspruch begründet sich aus fünf Aspekten:**

1. Es sollte auf jeden Fall erst die schriftliche Urteilsbegründung vorliegen. Denn anhand der dort niedergelegten Ausführungen im Einzelnen können wir erst feststellen, inwieweit sich doch noch Honorarforderungen für den aktuellen Zeitraum ergeben.
2. Der Bewertungsausschuss hat vom BSG den Auftrag bekommen ab 2007 in regelmäßigen Abständen zu prüfen, ob der fixe Praxiskostensatz von jetzt 40.634 € wegen der allgemeinen Kostenentwicklung noch angemessen ist, und ggf. eine Neufestsetzung des Kostensatzes vorzunehmen. Hier kann sich also eine geringfügige Anhebung des Mindestpunktwertes für die Quartale ab 1/2007 ergeben, und somit eine - eher geringfügige – Höhervergütung (bzw. Nachvergütungsbetrag) für die PT- Leistungen 35 200 ff. Dieses mögliche Plus sollte man sich u.E. nicht entgehen lassen.
3. Außerdem hat das BSG geurteilt, dass die Vergütung der probatorischen Sitzungen nicht unter eine Marke von 37,- € (Punktwert 2,56 ct.) fallen dürfe. Unklar blieb, ob diese Marke nicht auch für die anderen übrigen Leistungen gilt. Auch ist nicht geklärt, ob dadurch die RLV- bzw. Punktzahlgrenzvolumen-Regelungen teilweise ungültig geworden sind: durch die Vergütung zum Restpunktwert nach Ausschöpfen des RLV bzw. PZGV fällt die Vergütung von probatorischen Sitzungen außerhalb der RLV-Grenze nominell und ggf. auch insgesamt praxisindividuell gemittelt unter diese Marke. Ich hatte Gelegenheit, beim BSG-Termin auf diesen Umstand hinzuweisen und einen Hinweis im Urteilsbegründungstext zu erbitten.
4. Wir sollten nach Vorliegen aller Bewertungsgrundlagen, einschließlich des für den Zeitraum ab 2007 ggf. neu zu fassenden Bewertungsausschussbeschlusses, mit unserem Musterklageverfahren wenn nötig prüfen, ob die Umsetzung durch die KV den Rechtsgrundsätzen entspricht.
5. Der Widerspruchstext bezieht sich auch darauf, dass die Regelungen zum PZGV/ RLV nach unserer Auffassung generell im gesamten Versorgungsbereich psychisch Erkrankter inadäquat sind: Der Fallzahlbezug des PZGV/RLV führt zu unberechenbaren Auswirkungen auf die Honorierung bedarfsgerecht erbrachter Diagnostik- und Behandlungsleistungen: Man wird nicht zur wirtschaftlichen Leistungserbringung angehalten, sondern willkürlich von der Regelung „erwischt“, die in unserem Bereich an

Sinn entbehrt. I.d.R. betroffen sind sowohl die genuin erforderlichen Gesprächsleistungen der Fachkapitel 14, 21, 22 und 23 (Psychiatrie, Psychosomatik, Sprechstundentätigkeit) als auch die probatorischen Sitzungen, die diskontinuierlich anfallen und mit ihrem Punktzahlkontingent jegliche Durchschnittswertbildungen einer arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl sprengen. Die Benachteiligung ohne selbst verursachte Mengenausweitung wird in mehreren *bvvp*-Musterklagen gesondert gerichtlich angegangen.

**Bitte denken Sie daran, rechtzeitig innerhalb der Monatsfrist nach Erhalt gegen den erhaltenen Honorarbescheid des 1. Quartals 2008 Widerspruch einzulegen. Ihr Widerspruch ist auch honorarpolitische Vorsorge für künftig angemessene Leistungsvergütungen!**

Norbert Bowe

## **8. Problematik ärztlicher Notdienst für Psychotherapeuten**

In Sachen Notfalldienst ist jeder Versuch einer Lösung gescheitert. Im Gegenteil, inzwischen ist die Gangart der KVBW, keine Ausnahmen mehr zuzulassen und Kranke zum Dienst einzuteilen; die müssten dann halt einen Vertreter organisieren und bezahlen, heisst es lapidar.

Auch die alten Befreiungsbescheide sollen aufgehoben werden. Dabei stützt sich die KV auf ein BSG-Urteil vom 06.02.2008, von dem es allerdings bisher nur eine kurze Pressemitteilung gibt. Hier heißt es:

*"Nach den bundesrechtlichen Vorgaben sind alle Vertragsärzte kraft ihres Zulassungsstatus verpflichtet, die durch die Einrichtung eines Notfalldienstes entstehenden Belastungen gleichwertig mitzutragen, denn dieser Notfalldienst bewirkt zugleich eine Entlastung des einzelnen Vertragsarztes. Dies gilt auch für Fachärzte, die ohne direkten Patientenkontakt tätig sind. Kann ein Arzt - gleichgültig ob aus gesundheitlichen Gründen oder etwa aufgrund unterlassener ausreichender Fortbildung - den Notdienst nicht persönlich erbringen, ist er verpflichtet, auf eigene Kosten einen geeigneten Vertreter zu stellen. Eine Befreiung von dieser Verpflichtung kommt nur in Frage, wenn einem Arzt wegen seiner geringen Einkünfte aus vertragsärztlicher Tätigkeit die Finanzierung eines Vertreters nicht mehr zugemutet werden kann."*

Nun mag es für einen Laborarzt oder Mikrobiologen (Ärzte ohne direkten Patientenkontakt) noch verkraftbar sein, einen Vertreter zu bezahlen. Aber für einen Psychotherapeuten, der bis zu 400,- Euro pro Dienst zahlen und ggf. noch in Vorauskasse für den Umsatz des Dienstes treten soll, was sich z.T. in Größenordnungen von einem Monatsumsatz eines Psychotherapeuten abspielt, ist das nicht zumutbar. Der Streit zwischen Hausärzten und Fachärzten ist eskaliert und die Psychotherapeuten sind die Leidtragenden. Hier haben sich Juristen und Kommissionen am grünen Tisch eine Regelung ausgedacht, bei der die Situation der Psychotherapeuten wieder einmal nicht berücksichtigt wurde.

Es bleibt uns also nichts übrig, als wieder einmal den Gang durch die Instanzen anzutreten. Der *bvvp* Baden-Württemberg bereitet eine Musterklage vor, aber wie Sie wissen, ist das ein langer Weg ohne aufschiebende Wirkung. Wir wollen es nicht unversucht lassen. Darüberhinaus wird der Beratende Fachausschuss Psychotherapie eine Stellungnahme zur NFDO abgeben und dem Vorstand dem KVBW empfehlen, die NFDO zu überarbeiten. Meines Erachtens kann nur eine flächendeckende Umlagefinanzierung helfen, die Finanzierungs- und Organisationslast nicht dem Einzelnen aufzubürden und damit diejenigen zu benachteiligen, die in kleinen NFD Bezirken relativ viele Dienste schultern müssen, sondern die Finanzierung verdienstabhängig auf alle Ärzte gleichmäßig zu verteilen.

Momentan hängt die Situation in den einzelnen Bezirken von den beteiligten Personen ab. Mancherorts werden moderate Vertretungspreise von 50 bis 100,- Euro vorgegeben, andernorts wird mit einem erschreckenden Mangel an Souveränität agiert.

Es muß damit gerechnet werden, dass in den nächsten Wochen die Befreiungsanträge reihenweise schriftlich abgelehnt werden. Sie können dagegen Widerspruch einlegen und den Widerspruch damit

begründen, dass Sie ggf. bedingt durch Krankheit, Schwangerschaft oder anderen Gründen Ihre Praxistätigkeit vorübergehend reduziert haben und sich finanziell nicht in der Lage sehen, eine Vertretung und ggf. Vorauszahlung an den Vertreter zu tragen und die Anmietung von speziellen Räumen unzumutbar ist. Richten Sie Ihren Widerspruch direkt an die Notfallkommission in Freiburg und nachrichtlich an den Dienstenteiler.

Regine Simon

## 9. Neue Termine für QM [q@bvvp](mailto:q@bvvp) Seminare

*bvvp-Hamburg Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten  
Hamburg e.V.*

### **Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der psychotherapeutischen Praxis mit [q@bvvp](mailto:q@bvvp)**

Veranstalter *bvvp-Hamburg*

Referent: **Dr. med. Uwe Bannert**

Zeit **08.11.2008, 10.00 bis 16.00 Uhr**

**Bitte per Post oder Fax anmelden bei:**

An den

*bvvp-Hamburg*

Dipl.-Psych. Beate Glüsing Tel.: 726 92 778

Klapperhof 2 Fax: 726 92 688

21033 Hamburg Email: [bvvp-Hamburg@bvvp.de](mailto:bvvp-Hamburg@bvvp.de)

### **Anmeldung zum QM-Seminar des bvvp-Hamburg am 08.11.2008**

Hiermit melde ich mich für das Seminar

#### **„Internetgestütztes Qualitätsmanagement in der Psychotherapeutischen**

#### **Praxis mit [q@bvvp](mailto:q@bvvp)“**

**am Samstag, den 08.11.2008 von 10.00 bis 16.00 Uhr**

**im Ärztehaus Hamburg, Hugo-Niemeyer-Saal (Zwischengeschoss)**

**22083 Hamburg, Humboldtstr. 56**

verbindlich an.

Ich bin Mitglied des *bvvp-Hamburg* und zahle inkl. Imbiss und Arbeitsmaterial **90 €**

(in dem Betrag sind 40 € für das vollständige Arbeitsmaterial enthalten)

Ich bin **kein** Mitglied des *bvvp-Hamburg* und zahle inkl. Imbiss und Arbeitsmat. **110 €**

(in dem Betrag sind 40 € für das vollständige Arbeitsmaterial enthalten)

Ich besitze schon eine gültige **Lizenz [q@bvvp](mailto:q@bvvp)**

Ich werde bis zum **15.10.2008** eine gültige und frei geschaltete **Lizenz** direkt beim Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten *bvvp* erwerben. (Formular liegt bei)

Ich möchte Mitglied des *bvvp-Hamburg* werden und bitte um Zusendung der Unterlagen

Bei gleichzeitigem Eintritt in den *bvvp-Hamburg* ist der Erstzugang für [q@bvvp](mailto:q@bvvp) für mich **kostenlos** (die Verlängerung ist kostenpflichtig, bitte deshalb das Lizenz-Formular ausfüllen.)

**Mir ist bekannt, dass der Erwerb der Lizenz für [q@bvvp](mailto:q@bvvp) eine unerlässliche**

**Vorbedingung für die Teilnahme am Seminar darstellt.**

(über [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de) ->Service -> QM), für Mitglieder **50 €**, für Nichtmitglieder **130 €**.  
Der **bvvp Bundesverband** (zuständig für die Lizenz) ist telef. zu erreichen unter: 0761 – 79 10 245.

**Sollte die Teilnehmerzahl unter 12 liegen, so kann das Seminar leider nicht stattfinden und Sie erhalten umgehend Ihr Geld zurück. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 30 begrenzt.**

**Mit dem Einzug der Teilnahmegebühr über Lastschrift bin ich einverstanden.**

Ort, Datum Stempel Unterschrift

### **Einzugsermächtigung für Kostenbeitrag für o.g. Seminar von 110 bzw. 90 €**

von 110,00 € (Nichtmitglied)

von 90,00 € (Mitglied)

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

(bitte per Post oder Fax an die Geschäftsstelle in Hamburg)

**Dr. med. Uwe Bannert** 23795 Bad Segeberg, den 07.07.2008

**BVP-SH Der Schriftführer**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Oldesloer-Str. 9 ( Kalkberg-Passage )

Facharzt für Psychotherapeutische Medizin Telefon: 04551/96 96 60

Telefax: 04551/96 96 69

Email: [uwe.bannert@t-online.de](mailto:uwe.bannert@t-online.de)

### **Lizenzanmeldung**

**bvvp** Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.

Per Fax Nr. 0761-7910243, Mail oder per Post an:

bvvp e.V.

Schwimmbadstr. 22

79100 Freiburg

Stand: 01.07.2008

Geschäftsstelle

Schwimmbadstr. 22

79100 Freiburg

Tel.: (0761) 7910245

Fax: (0761) 7910243

E-Mail: [bvvp@bvvp.de](mailto:bvvp@bvvp.de)

Anmeldung zur Teilnahme an q@bvvp

dem internetgestützten Qualitätsmanagement-Programm des bvvp .

**Kostenbeiträge** (Bitte ankreuzen):

50,-€ Mitglied im bvvp Landesverband \_\_\_\_\_

130,-€ Nichtmitglied

300,-€ Institutionen  
 Neumitglied im bvvp (Zugang im Beitrittsjahr kostenfrei)  
 15,-€ Zusatzservice Zusendung Druckversion  
Ich erhalte für ein Jahr Zugang zu den Internet-Informationen und Foren über [www.bvvp.de](http://www.bvvp.de).  
Die schriftlichen Unterlagen und die Dateien zur Bearbeitung am PC können dort heruntergeladen werden.  
Nach Ablauf von einem Jahr verlängert sich die Zugangslizenz automatisch um ein weiteres Jahr, wenn nicht 2 Wochen vor Ablauf widersprochen wird. Hierfür wird ein Verlängerungsbeitrag in Höhe von 50% der dann aktuellen Lizenzgebühr eingezogen.  
Die Lizenzgebühr wird ausschließlich per Lastschrift eingezogen, für die eine Einzugsermächtigung mit der Anmeldung erteilt wird (bitte auch bei kostenfreiem Erstzugang zur Verwendung bei Verlängerung).  
Titel Vorname Name  
**Praxisanschrift:** Straße PLZ Ort  
Telefon Fax E-Mail  
Zugehörigkeit zur Kassenärztlichen Vereinigung:  
Berufsgruppe:  Arzt  Psychologe  Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Bankverbindung::  
Konto-Nr. BLZ Geldinstitut  
Ich verpflichte mich, weder Passwort noch die zur Verfügung gestellten Dokumente und Informationen ohne Zustimmung des bvvp weiterzugeben.  
Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_  
(KV-Stempel)

## **Qualitätsmanagement mit Q-@BVVP - Die Praktische Durchführung – Veranstaltung am 08.11.2008 in Hamburg**

Die Beschäftigung mit einem Qualitätsmanagementsystem gehört zu den neueren Berufspflichten auch aller niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten. Unterschiedliche Systeme sind in Verbreitung mit teilweise erheblichen Kostenfolgen. Innerhalb des KV Systems ist sicherlich QEP das Modell, das am qualitativ hochstehendsten mit einem noch guten Kosten-Nutzen angewendet werden kann.

QEP eignet sich sehr gut für größere Praxen mit vielfältigen Differenzierungen ihrer Tätigkeiten und organisatorischen Abläufe. Für eine meist Ein-Personen-Praxis eines Psychotherapeuten ist der Aufwand hinsichtlich Kosten und Zeit jedoch immer noch unerfreulich groß.

Q@bvvp des Bundesverbands der Vertragspsychotherapeuten stellt demgegenüber ausdrücklich nur eine Minimallösung zur Erfüllung aller formalen Voraussetzungen der Gesetzesauflagen dar. Es verlangt dem Anwender nur einen geringen Aufwand hinsichtlich Zeit und Geld ab.

Inhalte und Unterschiede haben wir in Einführungsveranstaltungen im letzten Jahr schon eingehend vorgestellt. Für diejenigen unter Ihnen, die sich für den Weg einer Minimallösung entschieden haben, bieten wir nun eine Nachfolgeveranstaltung an. In dieser wollen wir gemeinsam einen großen Teil der Dokumentationsbögen modifiziert für jede einzelne Praxis gemeinsam ausfüllen. Eine solche Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes zu allen vorgegebenen Qualitätszielen ist der erste Schritt der praktischen Umsetzung des Qualitätsmanagements.

In zeitlichem Abstand werden wir Folgeveranstaltungen zum Abgleich des Erreichten mit den gesetzlichen Zielen anbieten und damit weiter die bisherigen Vorgaben der Bundesrichtlinien erfüllen. Zumindest beweist jeder Teilnehmer an einem solchen Weg, dass er sich mit den Vorgaben soweit beschäftigt hat, dass ihm keine Untätigkeit unterstellt werden kann.

Nach einer kürzer als im letzten Jahr gehaltenen Einführung in Sinn und Zweck von Qualitätsmanagement zur Wiederholung bzw. als Einstieg für etwa erstmalig sich beteiligende Psychotherapeuten wird in der ganztägigen Veranstaltung dann schon ein großer Teil der Einstiegsarbeit erledigt sein.

Einige Qualitätsziele sind nicht in einer solchen Weise zu erfüllen und bedürfen zusätzlicher Diskussionen in einer Gruppe bzw. organisatorischer Schritte in der Praxis. Eine solche ergänzende Arbeit in einer lokalen Anwender-Gruppe, etwa in einem lokalen Qualitätszirkel, ist also zusätzlich in jedem Fall sinnvoll.

Mitzubringen ist unbedingt eine **gültige Lizenz** für **Q@bvvp**. Diese kann direkt beim **bvvp** (Bundesverband) über [www.bvvp.de/Service/QM](http://www.bvvp.de/Service/QM) erworben werden (Tel.: 0761/7910245).

Der Verlängerungsbeitrag für die Verlängerung der Lizenz um ein weiteres Jahr beträgt 50 % der aktuellen Lizenzgebühr.

**Alle schriftlichen Unterlagen erhalten Sie vor Ort.**

Die **Anmeldung incl. Einzugsermächtigung für die Seminargebühren** kann per Post oder per Fax an die Geschäftsstelle **bvvp-Hamburg** erfolgen. Sie gilt in der Reihenfolge der Eingänge, die bis zum **15.10.2008** erfolgt sein sollten.

Es werden voraussichtlich von der Ärztekammer HH **6 Fortbildungspunkte** für die ca. 6 Stunden der Veranstaltung bewilligt werden.

Grundsätzlich richtet sich dieses Angebot an alle interessierten niedergelassenen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten in Hamburg, die zunächst nur einen minimalen Einstieg in das schier unendliche Gebiet des Qualitätsmanagement vornehmen wollen.

Ein **wichtiger Hinweis zum Schluss**: Da sich die gesetzlichen Vorgaben und ihre Durchführungsbestimmungen in den einschlägigen Richtlinien schneller ändern, als ein durchschnittlich interessierter Niedergelassener in seiner Freizeit innerhalb eines Jahres durchlesen kann (das WSG und das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz z. B. umfassten jeweils viele hundert Seiten!) übernehmen der BVP-SH und der **bvvp-Hamburg** keine Gewähr dafür, dass die Umsetzung mit **Q@bvvp** in einigen Jahren noch den vorgesehenen stichprobenartigen Prüfungen der KV-SH oder KV-HH zum individuellen Qualitätsmanagement in einer Praxis genügen wird. „Schlimmstenfalls“ erfolgt nach gegenwärtiger Rechtslage dann eine Beratung und die Aufforderung, innerhalb eines Jahres nachzubessern.

Weil zum jetzigen Beginn der Übergangs- und Umsetzungsfristen jedoch lediglich das ernsthafte Bemühen und der Einstieg nachgewiesen werden müssen, wird dies mit **Q@bvvp** in jedem Fall erfüllt. Ein preisgünstiger Einstieg wird auf diese Weise zumindest Zeit gewinnen und weitaus kostspieligere und aufwendigere Verfahren ersparen, die alle ihre Praktikabilität und Praxisrelevanz auch erst beweisen müssen.

Und wer weiß heute schon zu sagen, welche ganz anderen Themen und Sorgen in 3 bis 4 Jahren in der ambulanten Medizin überhaupt für uns noch Relevanz haben werden ?

Mit kollegialen Grüßen

Uwe Bannert

*BVP-Schleswig-Holstein*

**10. Protokoll der Jahresmitgliederversammlung des bvvp Nds. am 12.04.2008  
13.00 bis 15.30 in Hannover, Hotel Loccumer Hof**

**Vor der MV fand eine Informations- und Fortbildungsveranstaltung statt. Als Referent stand uns aus unserem Bundesvorstand Herr Dipl.Psych. Jürgen Doeber, Mitglied des Bewertungsausschusses der KBV zur Verfügung. Er referierte zu dem Thema**

**Was kommt auf uns Psychotherapeuten zu ?!  
(EBM-OPW für 2009-GBA)**

Wesentliche Ergebnisse unserer diesjährigen MV waren die Neuwahl und damit Auffüllung des Vorstandes und die satzungsmäßige Öffnung des **bvvp** Nds. auch für angestellte Psychotherapeuten und Ausbildungskandidaten. Die zufriedenstellend besuchte MV ergab eine angeregte Diskussion und zur Erleichterung aller zusätzlich engagierte Mitglieder, die sich für die Vorstandsarbeit zur Verfügung stellten.

#### **Teilnehmer Vorstand:**

**Dr. med. Jörg K. Merholz, 1. Vorsitzender**

**Dieter Fischbeck, 2. Vorsitzender**

**Yvo Kühn, 3. Vorsitzender**

**Renate Hahn, Schatzmeisterin**

#### **1. Begrüßung und Eröffnung**

Herr Dr. Merholz begrüßt die Anwesenden und erklärt, dass er wegen der zur Zeit nicht besetzten Position des Schriftführers die Protokollführung übernimmt und deshalb Herr Fischbeck die Versammlung leiten wird.

#### **2. Feststellung ordnungsgemäßer Einladung und Beschlussfähigkeit**

Herr Fischbeck stellt die ordnungsgemäße Einladung und ausreichende Beschlussfähigkeit der Mitgliederversammlung bei zusätzlich 8 Bevollmächtigungen fest.

#### **3. Feststellung der Tagesordnung**

Herr Fischbeck stellt nochmals die Tagesordnung vor und fragt, ob es Änderungswünsche bezüglich der Tagesordnung gibt. Es bestehen keine Änderungswünsche, weshalb die Tagesordnung einstimmig so angenommen wird.

#### **4. Genehmigung Protokoll MV vom 25.03.2007**

Herr Fischbeck stellt das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 21.07. vor und bittet um Genehmigung des Protokolls. Das Protokoll wird einstimmig genehmigt.

#### **5. Bericht des Vorstandes**

Herr Dr. Merholz, Herr Fischbeck und Herr Kühn berichten über die Aktivitäten des Vorstandes im Jahr 2007. Zusätzlich referiert Herr Kühn über die Arbeit des Bundesvorstandes und über das Neuerscheinungsbild der **bvvp**- Zeitschrift.

#### **6. Bericht der Schatzmeisterin**

Frau Hahn berichtet über die Entwicklung der Finanzsituation des **bvvp** Nds., die sie als erfreulich einschätzt, da inzwischen eine ausreichende Rücklage aufgebaut werden konnte. Sie stellt auch noch einmal den Ablauf der Fehlbuchungen und die Korrektur derselben im Jahr 2007 dar. Für das Jahr 2008 ist im Moment ein Überschuss von €3000,00 zu erwarten, der der Rücklage zugeführt wird.

#### **7. Bericht der Kassenprüfer**

Kassenprüferinnen Frau Bruns und Frau Gandert bestätigen die Richtigkeit der Kassen- und Buchführung und betonen nochmals den ausgeprägten Umfang der Arbeit der Schatzmeisterin. Frau Bruns schlägt eine Erhöhung der Aufwandspauschale für 2007 für die Schatzmeisterin Frau Hahn vor. Frau Gandert beantragt die Entlastung der Schatzmeisterin. Die Schatzmeisterin wird einstimmig mit einer Enthaltung entlastet. Die Erhöhung der Aufwandspauschale für die Schatzmeisterin wird einstimmig verabschiedet. Der Vorstand wird die Höhe festlegen.



## 11. Geänderte Satzung des bvvp Nds.

(geänderte Teile unterstrichen)

**bvvp Nds e.V.**

Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten in Niedersachsen

### Vereinssatzung

#### § 1 Name und Sitz des Vereins, Geschäftsjahr

(1) Der Verein führt den Namen „Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten in Niedersachsen“ - im folgenden bvvp Nds genannt - und hat seinen Sitz in Tostedt. Der bvvp Nds ist in das Vereinsregister eingetragen.

(2) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

#### § 2 Zweck des bvvp Nds

(1) Der bvvp Nds hat den Zweck, die Bedeutung der Psychotherapie als einen wichtigen Teilbereich der ambulanten Krankenversorgung in der Öffentlichkeit darzustellen und ihren Ausbau zu fördern. Hierzu sollen neben der Öffentlichkeitsarbeit insbesondere auch die überregionale Zusammenarbeit mit anderen Verbänden und Gruppierungen ähnlicher Zielsetzung sowie der Meinungsaustausch zwischen den Mitgliedern gepflegt werden.

(2) Dazu gehört insbesondere auch, die berufsständischen Interessen der Vertragspsychotherapeuten zu vertreten. Der bvvp Nds strebt dabei die Kooperation mit den bestehenden psychotherapeutischen Berufsverbänden an.

(3) Der bvvp Nds verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke und erstrebt keinerlei Gewinn. Die Mitglieder dürfen keinerlei Gewinnanteile und in ihrer Eigenschaft als Mitglieder keine sonstigen Zuwendungen aus den Mitteln des bvvp Nds erhalten. Keine Person darf durch Verwaltungsaufgaben, die dem Vereinszweck fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen für Leistungen im Dienst des bvvp Nds begünstigt werden.

#### § 3 Mitgliedschaft

(1) Der Verband hat ordentliche, außerordentliche und fördernde Mitglieder.

##### a) Ordentliche Mitgliedschaft

Die ordentliche Mitgliedschaft kann von allen psychotherapeutisch tätigen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erworben werden, die in Niedersachsen in der vertragspsychotherapeutischen Versorgung, in eigener Praxis oder angestellt, in Medizinischen Versorgungszentren oder in Institutsambulanzen, im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie tätig sind.

##### b) Außerordentliche Mitgliedschaft

Außerordentliches Mitglied kann werden, wer sich in einer Psychotherapieaus- oder -weiterbildung befindet, die zu einer Berechtigung im Sinne des Abs. a) führt. Über die Bewerbung entscheidet der Vorstand.

##### c) Fördernde Mitgliedschaft

Fördernde Mitglieder können natürliche und juristische Personen werden, die bereit sind, die Zwecke des Verbandes ideell und materiell zu unterstützen. Außerdem können ehemalige ordentliche Mitglieder, die ihre Vertragstätigkeit aufgegeben haben, fördernde Mitglieder werden.

Ordentliche und außerordentliche Mitglieder sind wahlberechtigt und wählbar.

Fördernde Mitglieder sind nicht wahlberechtigt und nicht wählbar.

(2) Die Zuerkennung der Mitgliedschaft geschieht durch den Vorstand.

(3) Die Mitgliedschaft erlischt durch Austritt, Ausschluss oder Tod. Die Austrittserklärung hat schriftlich gegenüber dem Vorstand zu erfolgen. Es ist eine dreimonatige Kündigungsfrist zum Schluss des Kalenderjahres einzuhalten. Der Ausschluss eines Mitgliedes kann nur durch einstimmigen Beschluss des Vorstandes nach Anhören des Betroffenen erfolgen und muss schriftlich begründet werden. Im Streitfall entscheidet die Mitgliederversammlung.

(4) eine Streichung der Mitgliedschaft ist durch Mehrheitsbeschluss des Vorstandes zulässig, wenn das Mitglied trotz zweimaliger schriftlicher Mahnung durch den Vorstand mit der Zahlung des Jahresbeitrages im Rückstand ist. Die Streichung ist erst nach Ablauf von drei Monaten nach Absendung des zweiten Mahnschreibens, das einen Hinweis auf die Streichung enthalten muß, zulässig.

#### § 4 Jahresbeitrag

Von den Mitgliedern wird ein Jahresbeitrag erhoben, dessen Höhe nach Vorschlag des Vorstandes von der Mitgliederversammlung festgesetzt wird. Auf Antrag kann in begründeten Fällen eine Ermäßigung gewährt werden. Der Jahresbeitrag ist am 1. Januar eines jeden Jahres zu zahlen. Nach vier Wochen erfolgt die erste Mahnung, nach weiteren zwei Wochen die zweite Mahnung. Bei weiterem Zahlungsverzug kommt § 3 Abs. 4 zur Anwendung.

## **§5 Organe des bvvp Nds**

Organe des bvvp Nds sind: 1. Der Vorstand, 2. Die Mitgliederversammlung.

### **§6 Vorstand**

(1) Der Vorstand besteht aus fünf Mitgliedern:

- a) dem 1. Vorsitzenden,
- b) dem 2. Vorsitzenden,
- c) dem 3. Vorsitzenden,
- d) dem Schriftführer,
- e) dem Schatzmeister.

(2) Soweit möglich, sollten die verschiedenen Berufsgruppen und Methoden mit je einem Vertreter im Vorstand repräsentiert sein.

(3) Der Vorstand im Sinne des § 26 BGB sind die Mitglieder des Vorstands. Jedes Vorstandsmitglied ist allein zur Vertretung des Vereins berechtigt. Rechtsgeschäfte über 1000,- € hinaus können nur von zwei Vorstandsmitgliedern gemeinsam getätigt werden.

(4) Der Vorstand wird von der ordentlichen Mitgliederversammlung für die Dauer von zwei Jahren gewählt und bleibt im Amt bis zur Wahl des neuen Vorstandes. Die Wiederwahl der Vorstandsmitglieder ist möglich.

Scheidet ein Vorstandsmitglied im Laufe seiner Amtszeit aus, so besteht der Vorstand bis zur nächsten, ordentlichen Mitgliederversammlung in der Ersatzwahlen vorgenommen werden, nur aus den verbleibenden Mitgliedern.

### **§ 7 Aufgaben des Vorstandes**

(1) Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des bvvp Nds zuständig. Zu seinen Aufgaben zählen:

- Vorbereitung und Einberufung der Mitgliederversammlung sowie Aufstellung der Tagesordnung.
- Ausführung von Beschlüssen der Mitgliederversammlung.
- Vorbereitung eines etwaigen Haushaltsplanes, Buchführung, Erstellung des Jahresberichtes, Vorlage der Jahresplanung.
- Vorbereitung und Durchführung aller Aufgaben, wie sie sich aus § 2 herleiten.

(2) Der Vorstand führt in unregelmäßigen Abständen Vorstandssitzungen durch, zu denen Mitglieder des bvvp Nds mit spezifischen Fachkenntnissen als Gäste eingeladen werden können. Der Vorstand kann Aufgaben an Mitglieder des bvvp Nds delegieren.

(3) Der Vorstand ist beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens drei Vorstandsmitgliedern und entscheidet mit einfacher Mehrheit. Beschlüsse sind zu protokollieren. Das Protokoll ist von zwei Vorstandsmitgliedern zu unterzeichnen.

(4) Der Vorstand informiert die Mitglieder regelmäßig in geeigneter Form.

### **§ 8 Mitgliederversammlung**

(1) Eine ordentliche Mitgliederversammlung findet mindestens einmal jährlich statt, der Termin wird in der Regel in der Mitgliederversammlung festgelegt. Jedes ordentliche und außerordentliche Mitglied hat nur eine Stimme. Jedes erschienene Mitglied kann von maximal zwei Mitgliedern bevollmächtigt werden.

(2) Die Mitglieder werden mit einer Frist von vier Wochen unter Angabe der Tagesordnung schriftlich eingeladen.

(3) Die Mitgliederversammlung ist beschlußfähig bei Anwesenheit von mindestens 1/10 der Mitglieder. Sind weniger als 1/10 der Mitglieder anwesend, kann die Mitgliederversammlung erneut ohne Einhaltung der Vier-Wochen-Frist erfolgen. Sie ist dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Mitglieder beschlußfähig.

(4) Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Mehrheit gefaßt.

(5) Die Wahl des Vorstandes erfolgt alle zwei Jahre, die Kassenprüfung jährlich durch zwei von der Mitgliederversammlung zu bestimmende Mitglieder, die nicht dem Vorstand angehören.

(6) Beschlüsse und Ergebnisse der Mitgliederversammlung sind zu protokollieren und vom Protokollführer und einem Vorsitzenden zu unterschreiben. Die Mitglieder erhalten je ein Exemplar der Protokollniederschrift zugesandt.

(7) Der Vorstand kann von sich aus jederzeit eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen, er ist dazu verpflichtet, wenn sie von mindestens 1/10 der Mitglieder schriftlich beantragt wird.

(8) Die Mitgliederversammlung kann mit 2/3 Mehrheit einzelne Vorstandsmitglieder oder den gesamten Vorstand abwählen, wenn dieses in der Tagesordnung angekündigt ist.

### **§9 Satzung**

(1) Anträge auf Änderung der Satzung müssen spätestens acht Wochen vor der Mitgliederversammlung dem Vorstand vorliegen.

(2) Satzungsänderungen können von der Mitgliederversammlung mit einer 2/3 Mehrheit der anwesenden Mitglieder beschlossen werden, wenn in der Einladung zur Mitgliederversammlung der Änderungsantrag in der Tagesordnung aufgeführt ist.

(3) Der Vereinsvorstand ist ermächtigt, redaktionelle Änderungen am Text der Satzung vorzunehmen, wenn und soweit sie erforderlich sind, um etwaigen Bedenken des Registergerichts, die der Eintragung ins Vereinsregister hinderlich sind, Rechnung zu tragen.

#### **§ 10 Auflösung des bvvp Nds**

(1) Die Auflösung des bvvp Nds erfolgt durch Beschluß der Mitgliederversammlung mit 2/3 Mehrheit, wenn dies in der Tagesordnung angekündigt ist

(2) Bei der Auflösung des bvvp Nds wird das Vereinsvermögen zur Förderung psychotherapeutischer Forschung als gemeinnützig anerkannten Fachgesellschaften zur Verfügung gestellt. Das zuständige Finanzamt wird gegebenenfalls zuvor befragt

Hannover, den 12.04.2008

## **12. Konsiliarbericht für nichtärztliche Psychotherapeuten**

Im zweiten Band des neuen EBM Stand 1.1.2008 auf S. 25 im Anhang 1, dem Verzeichnis der nicht gesondert abrechnungsfähigen Leistungen, steht unter der 01612 der "Konsiliarbericht vor Psychotherapie", und zwar als eine Leistung, die in der Versichertenpauschale der Hausärzte und Kinderärzte enthalten ist.

Den Dank dafür kann man dem deutschen Hausarztverband und seinen Vertretern im hausärztlichen Fachausschuss in der KBV abstaten, die mit ihrer dortigen Mehrheit durchgängig für die Einbeziehung fast aller Teilleistungen in die große Versicherten Pauschale gefochten haben. Die Einrechnung erfolgte nach folgendem Muster: es wurde die Häufigkeit der Erbringung pro Fall festgestellt, wenn diese z.B. in 5% aller Fälle erbracht wurde, wurden 5% des Wertes dieser Leistung in die Versicherten Pauschale einbezogen und werden nun aber bei jedem Fall, eben auch, wenn kein Konsiliarbericht geschrieben werden muss, mit der Versicherten -Pauschale bezahlt. Ein Arzt, der also durchschnittlich viele Konsiliarberichte schreibt, bekommt diese nach wie vor faktisch dadurch bezahlt, dass er für jeden Patienten diesen kleinen Anteil im Zuge der Versichertenpauschale bekommt. Vermutlich wurde der Konsiliarbericht nur in etwa 1% der Fälle erbracht, so dass sich der Konsiliarbericht in der Gesamt Pauschale mit etwa einem Punkt niederschlagen wird. Bei einer Praxis mit 1000 Fällen wären damit etwa 10 Konsiliarberichte pro Quartal abgedeckt.

Bei Fachärzten ist der Konsiliarbericht nicht in die Pauschale einbezogen, so dass diese weiterhin mit den 105 Punkten, die dieser Bericht bringt, Reichtümer erwerben können.

Jürgen Doebert

## **13. Abrechnungsvoraussetzungen für die Gebührenordnungspositionen 03212 und 04212 (Chronikerzuschlag)**

**Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die Gebührenordnungspositionen 03212 und 04212 nur dann berechnungsfähig sind, wenn die Voraussetzungen der Feststellung einer chronischen Erkrankung im Sinne des § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen im Sinne des § 62 SGB V vorliegen.**

Die Richtlinie lautet im Wortlaut:

§ 2 schwerwiegende chronische Krankheit

1. **Eine Krankheit im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.**
2. **Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:**
  - a) es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XII vor.

- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% vor, wobei der GdB oder die MdE nach den Maßstäben des § 30 Abs. 1 BVG oder des § 56 Abs. 2 SGB VII festgestellt und zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.
- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- oder Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

## 14. Interessante Sozialgerichtsurteile aus Hessen

Erfreulich ist, dass **das Sozialgericht Frankfurt unseren Anträgen zu unseren Musterverfahren S 28 KA 381/01 und S 28 KA 3967/01 vollumfänglich entsprochen hat!!!** Die KV Hessen hat daher alle offenen Honorarbescheide seit 1. Quartal '99 bis 2. Quartal 2004 neu zu bescheiden unter Berücksichtigung der Rechtsauffassung des Gerichts. Für die Einzelverfahren ab dem 3. Quartal 2004 bis heute ist unser ruhend gestelltes Musterverfahren beim Marburger Sozialgericht anhängig und lebt wieder auf, wenn das BSG im Frühjahr ein weiteres Grundsatzurteil zur angemessenen Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen fällen wird.

Ausgehend vom § 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V muss die KV im Verteilungsmaßstab Regelungen zur Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen treffen, die eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleisten. Die BSG-Urteile vom 20.1.99 und 25.8.99 (sog. 10-Pfennig-Punktwerturteile) hätten Maßstäbe für eine Verteilungsgerechte Vergütung der zeitgebundenen antragspflichtigen Leistungen der Psychotherapeuten gesetzt. Unsere Beanstandungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 seien zutreffend, sowohl hinsichtlich der Inhalte als auch der Umsetzung. Unsere Ausführungen zur Notfallleistungsproblematik, der Festsetzung der Praxiskosten und der Notwendigkeit der Angleichung der Einkünfte an das Durchschnittseinkommen der Vergleichsgruppen seien überzeugend. Es gebe keine Rechtfertigung dafür, eine Vergütung zum rechtlich gebotenen Mindestpunktwert für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen durch Vorababzug der Notfallfinanzierung zu unterschreiten. Dies könnte anders sein, wenn das Vergütungsniveau der Vergleichsgruppen oder der Ärzte insgesamt deutlich unter den Verhältnissen läge, die das BSG in seinen Plausibilitätsberechnungen zu Grunde gelegt hat. Dies sei jedoch nicht gegeben. Die Hinweise auf die fehlerhaften Berechnungen des Jahres-Ist-Umsatzes seien begründet. Die Umsätze der Sonstigen Kostenträger seien zu Unrecht nicht berücksichtigt worden bei den Vergleichsberechnungen.

Die Frankfurter RichterIn rekurriert in ihrer Entscheidung auf das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 13.10.06 (AZ: L 4 KA 4/05), das den Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.04 als rechtswidrig beurteilt hat. Der Bewertungsausschuss habe sich nicht innerhalb des ihm grundsätzlich zustehenden Gestaltungsspielraums gehalten, denn die Vorgaben des BSG vom 28.1.04 zum Praxiskostenansatzes von 40,2% einer optimal ausgelasteten Psychotherapeutischen Praxis wurden nicht erfüllt. Die Berechnungen des Bewertungsausschusses zu den Betriebskosten stellen kein schlüssiges Gegenmodell zu den Modellberechnungen des BSG dar, so dass von den Modellannahmen des BSG nicht hätte abgewichen werden dürfen.

Für das Jahr 1999 muss bei den Bestimmungen der B II – Gesprächsleistungen des EBM '96 quartalsweise und nach Kassenarten differenziert berechnet und vergütet werden. Wie schon bei der Vergütung gilt auch für den Punktwert der Quartalsbezug. Einen durchschnittlich auf ein Kalenderjahr gemittelter Punktwert ist nicht zulässig.

Konsequenzen: Wenn die KV Hessen bis 15.2.08 kein Rechtsmittel einlegt, wird das Urteil rechtskräftig und die KV Hessen müsste an alle Widerspruchs- und Klageführer im Zeitraum 1.99 bis 2.04 nachvergüten. Wenn sie Rechtsmittel einlegen sollte, womit zu rechnen ist, sollten wir darauf hinarbeiten, dass es eine Sprungrevision zum BSG gibt, die vom SG Frankfurt zugelassen ist. Falls letzteres der Fall sein sollte, wird das BSG im Frühjahr ein letztes Wort sprechen zu den offenen Verfahren.

So weit erst mal und ein schöner Erfolg für unsere beharrliche Arbeit für die Verbesserung unserer Arbeitsbedingungen.

In unserem Musterverfahren Tove Josefsen mit den AZ S 28 KA 381/01 für die streitbefangenen Quartale 1-4/99, 1-2/00 und 4/02 und S 28 KA 3967/01 für das streitbefangene Quartal 3/00 mittlerweile das Urteil ergangen!!!!

Zu den Verfahren 1-4/99: Unseren Argumenten zu diesen Zeiträumen ist das Sozialgericht Frankfurt vollumfänglich gefolgt, also Budgetvorgabe des Gesetzgebers und insbesondere die unkorrekten KV-Berechnungen des Punktwertes von weniger als 10% im Vergleich zu den B II – Gesprächsleistungen im EBM '96. Die wenigen Kolleginnen und Kollegen, die noch offene Honorarbescheide aus dieser Zeit haben, können mit einer vergleichsweise bescheidenen Nachvergütung rechnen.

Zu den Verfahren 1-2/00: Wegen Verfristung der Widersprüche von Frau Tove Josefsen wurde unseren Anträgen auf Berücksichtigung des Praxiskostenberechnungsansatz des BSG in Höhe von 40,2% nicht entsprochen, für die übrigen Quartale 1-2/00 mit offenen Honorarbescheiden wurde ansonsten unseren Anträgen stattgegeben.

## **15. Beschluss der Vertreterversammlung der KV Niedersachsen**

gegen hausarztzentrierten Versorgungsvertrag der AOK Baden-Württemberg

**Hannover, 16.02.2008** (kvn-pr/dh) – Mit großer Sorge beobachtet die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) das Geschehen in der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. In der Ausschreibung der Vertragsinhalte durch die AOK Baden-Württemberg erkennen die Delegierten der niedersächsischen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eine Abschaffung entscheidender ärztlicher Grundprinzipien.

In einer am heutigen Sonnabend in Hannover verabschiedeten Resolution bezeichnen die Delegierten die Ausschreibung der Vertragsinhalte durch die AOK Baden Württemberg als nicht hinnehmbar. Die beabsichtigten Vertragsgestaltungen sind für die gesamte Bundesrepublik von Bedeutung, denn sie bedeuten den

- Verlust der Freiberuflichkeit ( Direktionsrecht der AOK ),
- Verlust der Therapiefreiheit ( AOK Arzneimittellisten ),
- Verlust des Vertrauensverhältnisses Arzt-Patient (gläserner Patient / gläserner Arzt),
- Verlust der freien Arztwahl ( AOK-Arzt ).

Gleichzeitig registriert die Vertreterversammlung seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) den Angriff

- auf die ärztliche Geschlossenheit durch „Divide et impera“,
- auf das System mit gewählter Selbstverwaltung im Austausch gegen ein Systems ohne Einflussnahme des einzelnen Arztes,
- auf ein bewährtes System mit einklagbaren Rechten ohne Willkür,
- auf das patientenorientierte Versorgungssystem im Austausch gegen ein dem Diktat der Ökonomie unterworfenen System.

Die Vertreterversammlung der KVN reagierte mit der Resolution auf die Ausschreibung eines hausarztzentrierten Versorgungsvertrages nach § 73 b SGB V der AOK Württemberg.

## **16. Offener Brief des *bvvp* an die Bundespsychotherapeutenkammer**

Herrn Präsident Prof. Dr. Rainer Richter  
Klosterstr. 64  
10179 Berlin  
27.06.2008

Ihre Stellungnahme zum TK-Gesundheitsreport 2008 / Richtlinienpsychotherapie

Sehr geehrter Herr Präsident, lieber Herr Richter,  
liebe Kolleg(inn)en des BPTK-Vorstandes,

Auf der Homepage der BPTK (<http://www.bptk.de/show/1378766.html>) ist eine Stellungnahme zum „TK-Gesundheitsreport 2008“ eingestellt. In dieser Stellungnahme ist folgende Aussage zu lesen:

"Die Krankenkassen erkennen endlich, was die Experten schon lange kritisieren", stellte Prof. Dr. Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer, fest. "Das enge Gerüst der bisherigen Richtlinienpsychotherapie ist nicht bedarfsgerecht. Wir brauchen bessere und flexiblere Regelungen, um schwer psychisch Erkrankte ambulant zu versorgen."

Diese Aussage ist höchst problematisch. Unserer Meinung nach wird hiermit die Richtlinienpsychotherapie zur Disposition gestellt, ohne dass es dafür den geringsten Anlaß gäbe, und eine Diktion gebraucht, die der von Gruppierungen, die die Richtlinienpsychotherapie letztlich abschaffen wollen – darunter auch ärztliche –, bedenklich ähnlich ist. Eine solche öffentliche Positionierung von Ihnen als Präsident der BPTK müßte eigentlich eine vorhergehende umfassende Diskussion der Profession mit entsprechender Beschlußfassung voraussetzen.

Natürlich können Weiterentwicklungen der Richtlinienpsychotherapie sinnvoll sein und auch notwendig werden, z.B. durch Hereinnahme der GPT. Das heißt aber nicht, dass die Richtlinienpsychotherapie grundsätzlich als „nicht bedarfsgerecht“ bezeichnet werden dürfte. Hiermit spielen Sie und die BPTK – ungewollt – interessierten Kreisen in der Politik und bei den Kassen in die Hände, die vor allem aus wirtschaftlichen Gründen immer wieder – und auch aktuell – Alternativen zur Richtlinienpsychotherapie fordern. Die vom G-BA festgelegten Therapierichtlinien, die bisher die Grundlage ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bilden, müssen uns nicht in allen Punkten gefallen, dennoch sind sie der dringend notwendige Schutz der psychotherapeutischen Versorgung gegen alle auf Einschränkung und Einsparung abzielenden Begehrlichkeiten und Umwälzungen im Gesundheitswesen.

Zudem ist es zweifelhaft, ob mit neuen „flexibleren Regelungen“ schwer psychisch erkrankte Patienten wirklich besser versorgt werden können. Dies wäre zunächst einmal in ausreichend gut evaluierten Modellversuchen zu klären. Auch die Richtlinienpsychotherapie und das im EBM vorgesehene „psychotherapeutische Gespräch“ bieten durchaus Möglichkeiten, schwer erkrankte Patienten zu versorgen, sofern die Behandler dies wollen. Bevor jedenfalls unsere Profession selber die Richtlinienpsychotherapie zur Disposition stellt, wären diese Möglichkeiten auszuschöpfen. Daneben können ergänzende und erweiternde Versorgungsangebote – z.B. nach §§ 140 oder 73c SGB V – durchaus sinnvoll sein.

Wir bitten Sie daher eindringlich, die Aussage in der genannten Stellungnahme so zu korrigieren, dass unmissverständlich deutlich wird, dass die BPTK die Richtlinienpsychotherapie keineswegs zur Disposition stellt, sondern lediglich anregen wollte, über weitere spezielle Versorgungsangebote für bestimmte Problemstellungen nachzudenken.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Birgit Clever Dr. Frank Roland Deister  
1. Vorsitzende, 1. Stellv. Vorsitzender

## 17. Arbeit in der ärztlichen KJP-Praxis reicht nicht zum Leben

**Die Kinder- und Jugendpsychiaterin Martina Schirmer gibt auf und geht in die Schweiz**  
Martina Schirmer ist es leid. Ende des Monats schließt die promovierte Psychiaterin ihre Praxis in Friedrichsdorf. "Ich arbeite mich hier seit fünf Jahren in meine Altersarmut hinein", sagt sie resignierend. Damit soll jetzt Schluss sein, die 46-Jährige wandert in die Schweiz aus. In Luzern hat sie eine Stelle als Oberärztin an einer Klinik gefunden - mit anständigem Gehalt und Urlaub.

Für ihre jungen Patienten, die in einer schwierigen Phase ihres Lebens Hilfe bei der Kinder- und Jugendpsychiaterin suchten, bricht eine schwierige Zeit an. "Ich habe noch niemanden gefunden, der sie weiter behandelt", sagt Martina Schirmer. Sie werden wohl zwei bis drei Monate warten müssen, ehe sie wieder Hilfe finden. Denn Hessen, so Martina Schirmer, sei im Vergleich zu anderen Bundesländern "extrem unterversorgt" mit Jugendpsychiatern - und es droht die Schließung weiterer Praxen.

### Zehn Euro pro Stunde

Das könnte daran liegen, dass Psychiatrie-Fachärzte finanziell kurz gehalten werden. "Ich habe eine Pauschale von 60 Euro pro Quartal und Patient bekommen", sagt die Ärztin. Umgerechnet sei das ein Umsatz von zehn Euro in der Stunde oder 1200 Euro im Monat gewesen - etwa so viel, wie sie Miete für ihre Praxis zahlen musste. "Die Praxis hat mich an den Rand des Ruins gebracht. Im vergangenen Jahr konnte ich drei Monate keine Miete zahlen", sagt sie.

Um ihren Lebensunterhalt verdienen zu können, wurde die Ärztin als Psychotherapeutin tätig. Denn als solche konnte sie plötzlich bei der Kassenärztlichen Vereinigung mehr abrechnen, 68 Euro pro Stunde. Diesen Stundensatz, so sagt die Ärztin, habe sich der starke Berufsverband der Psychotherapeuten in einem langen Prozess gegen die KV erstritten.

Verantwortlich für die Misere macht Martina Schirmer die KV, die Selbstverwaltung der Ärzte, und deren Missachtung der so genannten "sprechenden Medizin". Ihr Rat zum Abschied: "Die Machtverhältnisse in der KV müssen geändert werden. Der Vorstand muss abgesetzt werden."

Solange nicht mehr Kinder- und Jugendpsychiater zugelassen und besser bezahlt werden, wird sich nach Überzeugung der Friedrichsdorfer Ärztin nichts ändern. Dann, so glaubt sie, werden viele Kollegen ihrem Beispiel folgen. "Viele gehen ins Ausland und viele in die Schweiz. Dort herrschen sehr gute Bedingungen, es gibt viele Praxen und keine Budgetierung", sagt Martina Schirmer. Anders als hier. "Deutschland hat längst seinen international guten Rang in der medizinischen Versorgung verloren."

Zum Schaden der Patienten, zunehmend auch der jüngeren. "Ich bekomme jeden Tag Anrufe von hilfeschreitenden Eltern. Sie klagen: Meine Tochter ritzt sich oder sie isst nichts mehr, will sich umbringen", so die Erfahrung der Ärztin. "Das nimmt zu. Aber es wird immer noch nicht offen darüber gesprochen."

**FR 2.3.2008**

ANTON J. SEIB

## 18. Gutachter nach Gutsherrenart

Es gibt Tage, da möchte man seinen Job hinwerfen: Man führt seine Psychotherapie-Probesitzungen fast kostenlos durch, weil das Regelleistungsvolumen längst erschöpft ist, schreibt dann einen Bericht an einen Gutachter - ebenfalls fast kostenlos -, um eine als notwendig erscheinende Psychotherapie genehmigt zu bekommen, gibt sich Mühe und wendet dafür vier bis sechs Stunden auf, und dann kommt von einem Gutachter ein vierzeiliges „Gutachten“, in dem das beantragte Kontingent entweder radikal zusammengestrichen oder gar nicht befürwortet wird. Wenn man dann aber nicht klein beigibt

und sich nicht entmutigen läßt, sondern einen Obergutachter einschaltet, wird plötzlich das ganze beantragte Kontingent ohne Wenn und Aber befürwortet.

Wie kommt so etwas? Geht das mit rechten Dingen zu? Aus einer gewissen Varianz persönlicher Überzeugungen und theoretischer Konzepte, die es immer gibt, läßt sich das nicht recht erklären. Eher scheint es so, dass eine kleine Zahl oder Gruppe von Gutachtern sich zunehmend aus dem jahrelang erprobten und geübten Konsens der Gutachter-Gemeinschaft verabschiedet hat - oder diesem nie beigetreten ist - und nunmehr seit einiger Zeit besonders strenge, restriktive, eigene Maßstäbe anlegt, die sich aber auf den Wortlauf des Richtlinienkommentars berufen. Über die Gründe kann man nur spekulieren. Neben problematischen Persönlichkeitseigenschaften, die jedem Psychotherapeuten hierbei durch den Kopf gehen, läßt sich beobachten, daß sich in den letzten Jahren v.a. die „psychologischen“ Gutachter hier besonders hervortun. Auch hier fallen uns allen sofort Gründe ein, die das erklären könnten.

Was aber ebenfalls zu denken gibt, ist, daß die Krankenkassen solche Gutachter offensichtlich überzufällig häufig einschalten. Insofern sind nicht nur bei den Kassen, sondern auch bei den betreffenden Gutachter finanzielle Gründe nicht ganz auszuschließen. Schließlich ist das Honorar für die drei- bis fünfzeiligen Gutachten ein schönes Zubrot, und es übertrifft bei manchem gutachterlichen Kollegen die Einnahmen durch Psychotherapie bei Weitem.

Was diese Kollegen offensichtlich aber nicht bedenken, ist, daß sie durch ihr Handeln langfristig das Gutachterverfahren gefährden und damit letzten Endes auch ihre Tätigkeit. Schließlich ist das Gutachterverfahren sowieso schon in der Kritik, weil die Ergebnisse der Gutachten angeblich nicht viel mit dem Fall und ebenso nicht viel mit der Kompetenz des Behandlers zu tun haben und die „Inter-Rater-Reliabilität“ sehr zu wünschen übrig läßt. Auch wächst durch derartige unberechenbaren, oft unberechtigten Beurteilungen der sowieso vorhandene Unmut der Kollegen über das Gutachterverfahren weiter. Die einen unterwerfen sich - zunächst zwar - noch - notgedrungen und versuchen mit „Nachbesserungen“ und konzeptionelle Anpassung an die theoretischen Auffassungen und Überzeugungen des Gutachters (!) doch noch seinen Segen zu bekommen – mit der Folge, einer nicht mehr wirklich von ihnen nachvollzogenen, innerlich stimmig erlebten und dargestellten, zunehmend auch diffuser werdenden Konstruktion und Behandlungsauffassung des Falles.

Andere suchen lieber gleich Rettung bei professionellen Berichterstellern, die ihnen die unangenehme und frustrierende Arbeit gegen Festhonorar abnehmen, was aber nur die Kritik am Gutachterverfahren weiter verschärft, weil von dieser - verbotenen - Hilfestellung inzwischen auch Außenstehende wissen. Führende Vertreter von KBV und Kassen unterstellen uns daher, dass die Berichte in der Regel überhaupt nicht mehr selbst und individuell patientenbezogen geschrieben werden. Sie verweigern von daher jede Diskussion über eine angemessenere Bezahlung dieser Tätigkeit.

Wieder andere Kollegen suchen und forcieren frustriert Alternativen zum Gutachterverfahren, weil sie dort angemessenere und berechenbarere Beurteilung erhoffen, zum Beispiel beim - letztlich höchst fragwürdigen - TK-Modell, ohne zu ahnen, was sie sich damit möglicherweise für die Zukunft einhandeln könnten.

Können wir das alles wollen? An sich ist das Gutachterverfahren eine für Psychotherapie sehr geeignete und passende Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung und - ähnlich wie die Supervision – auch der Qualitätssicherung. Unseres Erachtens gibt es zur Zeit nichts Besseres für uns. Allerdings muß das Verfahren angemessen, fair, vom Aufwand her zumutbar und letztlich auch berechenbar gehandhabt werden.

Wir empfehlen, daß Sie für ihr Recht kämpfen, wenn Sie ein Gutachten zurückbekommen, das sie als unangemessen empfinden. Gutachter sind keine unfehlbaren Instanzen, vor denen Sie kuschen müssen. Gutachter sind einfach Kollegen, die oft auch nicht erfahrener und kompetenter sind als Sie als niedergelassener Behandler. Gutachter haben einfach diesen Job irgendwann bekommen, nicht selten wegen institutioneller oder berufspolitischer Kontakte oder einem Professorentitel, nicht unbedingt wegen besonders hoher psychotherapeutischer Qualifikation. Einige von ihnen haben sogar kaum noch psychotherapeutische Praxis und Erfahrung. Insofern müssen Sie sich von ihnen und ihrer Beurteilung nicht einschüchtern lassen. Sie sollten sich auch nicht ihren Vorstellungen oder Auffassungen unterwerfen oder anpassen, denn Sie sind der- oder diejenige, der den Patienten sehr viel besser kennt und letztlich die Verantwortung der Behandlung trägt. (Gegen gutachterliche Tips oder Hinweise soll damit nichts gesagt werden - die kann man natürlich prüfen und ggf. annehmen.)

Sie sollten vor allem nicht auf die Beantragung von Folgekontingenten für eine als von Ihnen im Interesse ihrer Patienten notwendig erachtete Fortsetzung verzichten, nur weil Sie Ärger mit dem Gutachter oder gar Ablehnung des Antrags erwarten. Es kommt z.B. ja vor, dass ein Gutachter ankündigt, dass das aktuell beantragte Kontingent das letzte ist, dass er genehmigen wird. So eine Androhung ist absolut voreilig und fachlich völlig daneben – woher weiß ein solcher Gutachter, was in 80 Stunden sein wird?

Setzen Sie sich mit dem Gutachter auseinander, wenn Sie eine gutachterliche Einschätzung und die daraus resultierende Empfehlung falsch oder unberechtigt finden und innerlich nicht akzeptieren können – schriftlich, auch ohne Formular im Anschluß an sein Gutachten, oder auch telefonisch. Notfalls schalten Sie einen Obergutachter ein – das geht formal aber nur bei Nichtempfehlung der Kostenübernahme, nicht bei Zusammenstreichen des beantragten Kontingentes. Wenn Sie mehrmals mit demselben Gutachter Schwierigkeiten haben, können Sie auch die Krankenkasse bitten, diesen Gutachter bei ihren Fällen nicht mehr einzuschalten. Dieser Bitte wird in der Regel entsprochen. (Ein Post-it-Hinweis auf dem Umschlag genügt.)

Und wenn alles nicht hilft, dann können Sie sich auch bei der KBV und dem dort für die Psychotherapierichtlinien und die Gutachterberufung zuständigen Mann, Herrn Dr. Dahm, beschweren. Gehäufte Beschwerden über einen bestimmten Gutachter sollten dann nicht ohne Auswirkung bleiben.

Es wäre doch gelacht, wenn man das Gutachterverfahren nicht vor solchen Gutachtern retten könnte.

Frank Roland Deister

## **19. Ersatzverfahren bei alleiniger telefonischer Kontaktaufnahme**

Wenn mich jemand anruft wegen eines Therapieplatzes und kein Therapieplatz frei ist, er/sie jedoch etwas ausführlicher zu seinem Problem beraten wird und ich Möglichkeiten für ihn bespreche und andere Therapeuten oder auch Beratungsstellen nenne, dann kann ich diese telefonische Beratung abrechnen und zwar im Ersatzverfahren (dieses gesamte Vorgehen hat mir Frau Tadge, KV-Hannover, Abteilung Abrechnung, genau beschrieben - auch speziell für o.g. Situation).

Dafür muß ich vom Anrufer erfragen und dann selbst - ggfls. handschriftlich - ins Adressenfeld eintragen : Namen, Vornamen, Anschrift, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versicherten-Status. (Patienten-Unterschrift ist dann natürlich nicht erforderlich !)

Mit Datum des Telefonats und mit Diagnose rechne ich dann ausschließlich die Ziffer 01435 (=60 Punkte/budgetiert) ab. Dies geht nur bei ausschließlicher telefonischer Beratung und nur bei Primär-und Ersatzkassen (z.B. bei "Polizei" ist dieses Verfahren nicht möglich).

Bei Privat-Patienten müßte ich eine Rechnung schreiben. Alternativ könnte ich den Anrufer natürlich auch zu einem Kurz-Gespräch einbestellen.

Was nicht geht : 1.) 01435 kann mit nichts kombiniert werden; auch nicht mit dem Verwaltungskomplex (01430). Beide Ziffern können ausschließlich alleine abgerechnet werden !

2.) Mein großer Irrtum : Ich hatte auf der MV empfohlen : "Pseudoziffer 80047 ("Zahlungsaufforderung betr.Praxisgebühr konnte nicht zugestellt werden") dazuzusetzen, da es dann "im Sande verlaufen" würde. Dies trifft jedoch leider nicht zu: Die KV hat jetzt begonnen, all diese Anrufer wegen der Praxisgebühr anzumahnen und würde es notfalls bis zur Gerichtsverhandlung vorantreiben ! (Frau Tadge-KV) - Welch Irrsinn !!! (Die KV hat nur für Hannover und nur für 2007 jetzt 45000 Mahnungen betr. Praxis-Gebühr verschickt!)

Rückwirkend löse ich dieses Problem so : alle, die mich wegen dieser KV-Mahnung erbost anrufen, bitte ich, die 10,-Euro an die KV zu zahlen; mir dann ihre Überweisungsdurchschrift und Bankverbindung zu schicken/faxen; ich erstatte ihnen dann diese 10,-Euro ! (Rechtlich gesehen, müßte ich das nicht. Aber ich befürchte, daß mir etliche erboste Anrufer einen Anwalt auf den Hals hetzen, weil sie nicht verstehen können, daß sie "nur für einen Anruf" die Praxisgebühr entrichten sollen - was ich ja ebenfalls für aberwitzig halte - und ich dann richtig Schreivarbeit damit hätte .....

Ab Jetzt mache ich es so : Bei einer etwas längeren telefonischen Beratung rechne ich weiterhin im Ersatzverfahren ab : ausschließlich Ziff. 01435. Mein Vorteil: Mein Praxis-Budget erhöht sich um jeweils einen Fall mit der entsprechenden Fallpunktzahl. Mein (kleinerer) Nachteil : Da ich von

keinem ausschließlich Anrufenden die Praxis-Gebühr einfordern werde, wird mir diese vom Honorar als "erhalten" abgezogen. Dieser ganze Aufwand lohnt sich also nur für Psychotherapeuten, die mit ihren "richtigen Patienten" ihr Praxis-Budget überschreiten und dadurch im RLV-Bereich Verluste einfahren.

Andreas Feher

## **20. Bundesdelegiertenkonferenz diesmal in Niedersachsen**

Wir freuen uns, dass die wie jedes Jahr im Herbst stattfindende Bundesdelegiertenkonferenz des **bvvp**, dieses mal im Bereich des Landesverbandes Niedersachsen des **bvvp**, nämlich in Braunschweig stattfindet.

Wir laden deshalb alle Interessierten zur Teilnahme an der in diesem Rahmen stattfindenden öffentlichen Veranstaltung ein.

**Termin: Freitag den 19. September 2008**

**Zeit: 18.00 – 20.00 Uhr**

**Ort: KV Niedersachsen, Bezirksstelle Braunschweig,  
An der Petrikirche 1,38100 Braunschweig**

**Thema**

**„Wert der Psychotherapie“**

## **21. Anlagen**

**In den Anlagen finden Sie noch Tabellen zum EBM für unsere Fachgruppen**

**J.K. Merholz**