

+++++
bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
+++++
Ausgabe Nr. 11/11, 08.12.2011, nur für Mitglieder der 17 Regionalverbände des bvvp

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

hier ist der neue bvvp-online-newsletter Nr. 11/11.

Das Versorgungsstrukturgesetz kommt also definitiv und tritt am 1. Januar in Kraft. Das hat der Bundestag am 1. Dezember in nur 25 Minuten beschlossen. Am 16.12. geht das Ganz nochmal durch den Bundesrat, der aber nicht zustimmungspflichtig ist. Die Einzelheiten der Abstimmung finden Sie hier:

www.bundestag.de/dokumente/tagesordnungen/details.jsp?wp=17&number=146

Für unsere Berufsgruppe gab es im Vergleich mit dem Entwurf noch wichtige Änderungen: Zukünftig sollen nicht mehr die KVen das Recht haben, nach eigener Einschätzung aufgegebene Praxissitze stillzulegen, statt sie weiterverkaufen zu lassen, sondern die Stilllegung können jetzt nur die Zulassungsausschüsse beschließen (s. Zusammenfassung unter Punkt 2.1). Das ist ein entscheidender Vorteil, weil in den Zulassungsausschüssen auch unsere Psychotherapeutenvertreter sitzen und ihren Sachverstand einbringen können. Wenn die KVen das hätten alleine entscheiden können, hätten Stilllegungen nach ganz anderen Erwägungen vorgenommen werden können, z.B. nach KV-ökonomischen oder -politischen, trotzdem immer abgesichert über die bisher gültige Bedarfsplanung, die bekanntlich fast überall Überversorgung mit Psychotherapie feststellt (s. Punkte 2.3).

Hier ist dann auch eine zweite Änderung wichtig. Der Abbau von psychotherapeutischen Praxissitzen wird bis zum Jahr 2013 auf jeden Fall nicht stattfinden. Erst auf der Grundlage einer präziseren Bedarfsplanung, die der GBA erarbeiten wird, soll zukünftig entschieden werden, ob ein Praxissitz stillgelegt werden kann. Ob dessen zu entwickelndes Modell dann auch nur die größten Mängel der bisherigen Bedarfsplanung beheben wird, darf allerdings bezweifelt werden (s. Punkt 2.1). Außerdem fehlt für die eigentlich notwendigen Therapeutenplätze das Geld, so dass das weder Kassen, noch KVen wollen.

Die Re-Regionalisierung der Vergütung, die wir nicht wollten, wird aber trotzdem kommen. Und die Honorierung unserer Leistungen aus dem ärztlichen Gesamtbudget – die wir auch nicht mehr wollten – bleibt wie bisher. Die KVen müssen also wieder eigene Honorarverteilungsmaßstäbe entwickeln. Immerhin bleibt es auch dabei, dass eine „angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit“ für unsere Antragsleistungen – entsprechend den BSG-Urteilen – weiterhin zu gewährleisten ist.

Natürlich sind die erreichten Nachbesserungen nicht vom Himmel gefallen, sondern beruhen auf hartnäckigen Aktivitäten unserer Interessenvertreter – d.h. der Bundespsychotherapeutenkammer und der Verbände, nicht zuletzt des bvvp. (Auch

die Presseecho ist eine Reaktion auf den erzeugten Wirbel wegen den drohenden Praxisabbaus, s. Punkte 5.2, 5.4, 5.5)

Einen Überblick über die Entwicklung und die Aktivitäten gibt Ihnen ein Text unseres bayrischen Landesverbands, der noch vor Verabschiedung – vor ca. einem Monat – verfasst wurde (s. Punkt 1.1). Das Gesetz in der verabschiedeten Fassung finden Sie hier: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/069/1706906.pdf> .

Ich wünsche Ihnen im Namen des Vorstands schon jetzt frohe und erholsame Festtage und einen guten Rutsch ins Jahr 2012.

Dr. Frank Roland Deister,
Vorstandsmitglied des bvvp

Inhaltsübersicht

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Landesverbände

1.1. Versorgungsstrukturgesetz

1.2. Grußwort des bvvp zum bundesweiten PiA-Streik

1.3. Bericht von der bvvp-Delegiertentagung vom 22. bis 24. September 2011 in Nürnberg

1.4. Der 19. Deutsche Psychotherapeutentag in Offenbach

2. Aktuelle Gesundheitspolitik

2.1. 2.1. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

2.2. Schlimmer geht immer: Patienten und ihre Familien befürchten weitere Defizite bei psychotherapeutischer Behandlung durch Versorgungsstrukturgesetz

2.3. Bedarfsplanung überholt und dringend reformbedürftig

2.4. „Eine Überarbeitung der psychotherapeutischen Ausbildungen halte ich für erforderlich!“

2.5. Patientenberatung viel zu lückenhaft

2.6. Ambulante neuropsychologische Therapie künftig GKV-Leistung

2.7. Elektronische Gesundheitskarte: Online-Anbindung kommt

3. Praxis

3.1. Neu: Berichte an den Hausarzt setzt jetzt die explizite „schriftliche Einwilligung“ des Patienten voraus!

3.2. Geordnete Abwicklung bei der Schließung der BKK für Heilberufe - Vergütung medizinischer Leistungen ist abgesichert

3.3. Umgang mit Informationswünschen der Versicherungen

3.4. Einige Gedanken zum Praxistestament

3.5. KV-on: Vereinbarkeit von Praxis und Familie wird einfacher

3.6. GEZ-Gebühren für den Praxisrechner

4. Rechtliches und Urteile

4.1. Klage auf Notfalldienst-Befreiung eines FA für Psychosomatik und Psychotherapie gescheitert

4.2. BFH ermöglicht volle Abschreibung des Praxiswertes

4.3. Unklare Berufsbezeichnung betreffend Psychotherapie im Heilpraktikerbereich

4.4. Urteil stärkt den Schutz der Selbstständigen gegenüber Adressbuch-Schwindlern

5. Medien und Wissenschaft

5.1. Da zappelt die Seele

5.2. Kein Platz für die Liege

5.3. Scobel: Psychoanalyse und Neurowissenschaften wachsen zusammen

5.4. Psychotherapeuten: Lange Durststrecke

5.5. Kaum Plätze bei Psychotherapie für Jugendliche

6. bvvp-Fortbildungs-Reise

6.1. „Auf den Spuren der traditionellen afrikanischen Medizin“

1. Mitteilungen und Aktivitäten des bvvp und seiner Landesverbände

1.1. Versorgungsstrukturgesetz

Das Versorgungsstrukturgesetz hat uns im zurückliegenden Sommerhalbjahr sehr intensiv beschäftigt. Vor allem die KollegInnen auf der Bundesebene haben unzählige Termine bei Politikern und Ausschüssen und der KBV, etc. wahrgenommen. Um die ausgesprochen intensive und breitgefächerte Debatte auf das Wesentliche zu begrenzen, möchten wir nur zwei Aspekte zum Versorgungsstrukturgesetz herausgreifen, die für uns Psychotherapeuten von großem Belang sind.

Zum einen hat sich die Frage darauf verdichtet, wie die künftige Bedarfsplanung gestaltet sein wird. Hier müssen wir ernsthaft befürchten, dass die Vorgaben, so, wie sie jetzt im Gesetz stehen, Praxen gefährden werden, und möglicherweise sogar in großem Stil die jetzt schon unzureichende Versorgung beeinträchtigen. Wir wollen den Teufel nicht an die Wand malen, aber in vielen Fachartikeln wird davongesprochen, dass gerade auch Psychotherapeutenpraxen betroffen sein könnten, wenn die KVen künftig Praxissitze per Vorkaufsrecht aufkaufen können. Hier haben sowohl die Bundespsychotherapeutenkammer als auch die großen Verbände auf Bundesebene und auch die Landespsychotherapeutenkammern an

einem Strang gezogen. Über die Mitarbeit in vielen Gremien haben wir auch als Landesverband unsere Arbeit in diesen Prozess eingebracht.

Von Seiten der Psychotherapeuten wird dabei versucht, zunächst an der sogenannten Stichtagsregelung festzuhalten, bzw. diese weiter zu entwickeln. Damit ist gemeint, dass jetzt, nach 10 Jahren Psychotherapeutengesetz und schrittweisem Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung, ein neuer Stichtag für die Berechnung des allgemeinen Versorgungsgrades für unsere Berufsgruppe festgelegt werden soll. Wie Sie vielleicht alle wissen, wurde der Versorgungsgrad einmal vor etwa 12 Jahren, 1999, festgelegt und seither gelten die Zahlen von damals fort und viele neu hinzugekommene KollegInnen, die inzwischen die psychotherapeutische Versorgung mitsichern, gelten nach diesen alten Ausgangszahlen als Überversorgung. Wir alle wissen, dass Überversorgung nur auf dem Papier besteht und es trotz Ausbau der Versorgung lange dauert, einen Therapieplatz zu erhalten.

Deshalb halten wir die rechnerische Überversorgung in der Bedarfsplanung in unserem Fachgebiet für ein reines Artefakt der alten Stichtagsberechnung. Deshalb war der Vorschlag aus unserer Berufsgruppe, der an dieser Stelle von Verbänden und Kammern gleichlautend erging, der Politik zu empfehlen, einen neuen Stichtag zum 01.01.2012 zu Grunde zu legen. Damit könnte es gelingen, jetzt nach 10 bis 12 Jahren Versorgungsentwicklung im Bereich Psychotherapie, den Wert von 100 % realitätsnäher zu berechnen. Diese Stichtagsregelung wurde aber bisher leider von der Politik nicht aufgegriffen. Obwohl es z. B. der bayerischen PP-/KJP-Kammer mit großem Aufwand gelungen ist, die bayerische Politik, in Person von Herrn Söder und der CSU-Bundestagsfraktion von dieser neuen Stichtagsberechnung zu überzeugen, bleibt die CDU an diesem Punkt hartleibig. Gerade für Bayern wäre es fatal, wenn es zu flächendeckenden Stilllegungen von psychotherapeutischen Praxen kommen würde. Mit Hilfe von Bayern wurde in die Verbesserungsvorschläge des Bundesrats zum Versorgungsstrukturgesetz am 23.09.11 ein Vorschlag aufgenommen, der eine neue Stichtagsregelung zum 01.01.2012 empfiehlt. Dies hätte den Vorteil, dass alle weiteren Berechnungen für eine Neugestaltung der Bedarfsplanung durch den GBA auf dem jetzt entwickelten Versorgungsstand als 100-Prozent-Wert aufsetzen und nicht mehr auf den völlig veralteten Zahlen von 1999.

Die Debatte um den angemessenen Versorgungsgrad in der Psychotherapie war der eine Kristallisationspunkt unserer Bemühungen zum Versorgungsstrukturgesetz, die auch noch nicht abgeschlossen sind. Das Gesetz hatte Ende September die erste Lesung im Bundestag hinter sich gebracht. Nun kommt es im November zu weiteren Anhörungen und zur Erörterungen im Bundestag, bevor es zur zweiten und dritten Lesung am 02.12.2011 kommen wird. Der ursprüngliche Termin für die Verabschiedung des Gesetzes, der 11.11.2011, wurde, zumindest auf Grund der intensiven Interventionen aus unserer Profession, noch einmal deutlich nach hinten verschoben. Ausschlaggebend dafür war unter anderem der umfangreiche Beratungsbedarf, der sich aus der Anhörung vor dem Bundestag-Gesundheitsausschuss am 19.10.11. ergeben hat. Dort konnte auch unsere Bundesvorsitzende, Birgit Clever, wichtige Einwände und Kritikpunkte an dem vorliegenden Gesetzesentwurf anbringen. Nun kommt es im Oktober und November zu weiteren Anhörungen im Gesundheitsausschuss des Bundestages und zur zweiten und dritten Lesung am 11.11.11. Auch wenn die Einflussmöglichkeiten immer weniger werden, weil es vor allem um politisch austarierte Kompromisse geht,

die häufig von uns nicht ganz nachvollziehbaren Kostenerwägungen seitens der Politik getragen werden, werden wir bis zum Schluss dran bleiben, den Spielraum, etwas zu ändern zu nutzen.

Im Moment sieht es leider nicht so aus, als könnten wir uns mit der, aus unserer Sicht besseren, Variante einer neuen Stichtagsregelung durchsetzen. Die CDU/CSU und FDP-Regierung wollen aber komplett vom Stichtagsbezug weg gehen. Sie möchten die Versorgung an qualitativ orientierten Planungsmerkmalen neu orientieren. Wie die genau aussehen, das wird dann dem GBA überlassen. Grundsätzlich kann man neuen inhaltlich gestalteten Planungskriterien durchaus etwas abgewinnen, aber nicht wenn der Bezugspunkt ein Stichtag von vor 12 Jahren ist und der notwendige Versorgungsausbau seither nicht berücksichtigt wird.

Immerhin hat Bundesgesundheitsminister Bahr, bei seinem mit Spannung erwarteten Auftritt beim 19. Deutschen Psychotherapeutentag am 12.11.12 in Offenbach, klar gestellt, dass die Regelung zum Praxisaufkauf durch die KVen nicht möglich sein wird, bevor der GBA die neue Bedarfsplanungsrichtlinie erlassen hat. Dies hat der Minister in aller Öffentlichkeit versprochen, so dass man hier wohl auch vertrauen darf, dass vor dem 01.01.2013, dem Datum zu dem der GBA die neue Bedarfsplanungsrichtlinie erstellt haben soll, keine Praxen in vermeintlich „überversorgten Gebieten“ aufgekauft werden können. Allerdings eröffnet dies sofort das nächste Stück Arbeit für uns alle. Wir müssen also im nächsten Jahr all unser Gewicht einbringen, dass im GBA Sinnvolles, und für unsere Berufsgruppe Nachvollziehbares, geplant wird.

Der zweite zentrale Konfliktpunkt bei den Vorgesprächen und Beratungen zum Versorgungsstrukturgesetz war die Frage, wo die psychotherapeutische Vergütung künftig verortet wird. Wir sind ja bisher Teil der morbiditätsgestützten Gesamtvergütung und sind bundesweit durch flächendeckende Vorgaben des Bewertungsausschusses relativ klar definiert und auch relativ gut geschützt. Ähnliche Effekte, wie wir sie schon 1993 beim Verfall unserer Honorare durch das Hamsterrad in der somatischen Medizin zu verkraften hatten, könnten aber bei der Re-Regionalisierung der Vergütung, wie sie das neue Gesetz plant, nicht ausgeschlossen werden.

Die bisher gültige Regelung, die seit 2009, seit Einführung des Gesundheitsfonds, existiert und uns in Zeitbudgets zur Mengensteuerung gezwängt hat, steht nun möglicherweise vor der Abschaffung, obwohl es deutliche Signale gibt, dass zumindest die Bundeseinheitlichkeit unserer Honorarregelungen bis auf weiteres erhalten bleibt. Die schwarz/gelb geführte Koalition möchte die Honorarverteilung wieder stärker regionalisieren, wobei nur die Verteilung durch die KVen gemeint ist und nicht die Einnahmesituation der Krankenkassen. Wie das gehen soll, verstehen wir im Moment nicht wirklich. Wenn die Kassen nämlich nicht mehr Geld regional aus dem Risikostrukturausgleich für ihre Refinanzierung erhalten, können sie auch über keine Spielräume verfügen, um auf regionaler Ebene neue Verträge und neue Versorgungskonzepte ins Werk zu setzen. Insofern ist die Einführung einer regionalen Vergütungsregelung nur auf KV-Seite eigentlich eine Augenwischerei. Denn ohne zusätzliche Finanzmittel auf Seiten der Kassen wird es eben nicht möglich sein, sinnvolle, regional differenzierte Versorgungs- und Vergütungsregelungen zu schaffen, die etwas zum Besseren wenden könnten.

Ganz im Gegenteil, müssen wir Psychotherapeuten befürchten, wenn wir wieder in die regionale Honorierung hineinrutschen, dass wir von der Honorarhöhe her wieder fallen werden. Nachdem wir uns in großen KVen nicht in ausreichender Größe in den Gremien wiederfinden, könnte es drohen, dass wir wieder zum Honorarsteinbruch für andere Arztgruppen werden.

Dies sollte in den Debatten während der zurückliegenden Sommermonate z. B. dadurch verhindert werden, dass die psychotherapeutische Vergütung extrabudgetär eine eigene Vergütungssystematik, außerhalb der Morbiditätsgestützten Gesamtvergütung, erhält. Explizit sollte die Psychotherapie im SGB V aufgeführt werden, als ein wichtiges und unmittelbar gesetzlich geschütztes Versorgungssegment wie es bei der Metadonsubstitution schon geschehen ist. Diese Idee der extrabudgetären Vergütung mit Verortung im SGB V wurde von den großen Verbänden unter uns befürwortet. Auch im bvvp haben wir uns für diese Lösungsmöglichkeit ausgesprochen.

Auch wenn das jetzt nicht die aller beste Lösung gewesen wäre, sondern nur das kleinere Übel, haben wir uns Ende Juli und im August zu dieser extrabudgetären Vergütung auch innerverbandlich durchgerungen. Auch der Bundesfachausschuss Psychotherapie hatte die extrabudgetäre Vergütungsregelung befürwortet. Und auch der bayrische Fachausschuss Psychotherapie hat diese Lösung positiv zur Kenntnis genommen. Auch von Seiten der KBV wurde dieser Vorschlag am stärksten favorisiert. Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung hätte diese extrabudgetäre Lösung neue Verteilungskämpfe um das psychotherapeutische Honorar zwischen den Psychotherapeuten und den anderen Fachgruppen verhindert. Der KBV wäre es sehr wichtig, dass die jahrelangen Querelen mit den Fachärzten wegen des psychotherapeutischen Honorars damit gelöst wären. Durch einen eigenen Vergütungsbereich Psychotherapie hätte diese Konfliktfront der Vergangenheit angehört. Diese Honorarstreitigkeiten haben in den zurückliegenden Jahren auch an der KBV sehr gezerrt. Also insgesamt ein Vorschlag, der wohl überlegt war und innerhalb der Selbstverwaltung gut abgestimmt war.

Gleichwohl hat auch diesen Vorschlag die Bundespolitik bisher nicht aufgegriffen, und so wie es aussieht, wird sie das auch nicht tun. Man sieht sich zwar insofern nicht ganz gescheitert, als es gelungen ist, die bundeseinheitlichen Vorgaben im Bereich Psychotherapie auch über diese Honorarreform hinweg retten zu können. Nichtsdestotrotz ist die jetzt geplante Regelung nicht wirklich zukunftsweisend. Beispielsweise wäre es mit einer extrabudgetären Vergütung für die Kassenärztlichen Vereinigungen schwieriger, bzw. weniger attraktiv, Psychotherapeutensitze zurückzukaufen. Denn bei einer extrabudgetären Vergütung käme das eingesparte Honorarvolumen von aufgekauften PP-/KJP-Sitzen nicht in die Gesamtvergütung. Das Geld von den eingesparten Psychotherapeutenhonoraren würde direkt zu den Kassen zurückfließen. Ein Rückkauf von Psychotherapeutensitzen würde also nicht die Vergütung für die Arztgruppen, die über die morbiditätsgestützte Gesamtvergütung ihr Honorar erhalten, verbessern. D. h., das Geld würde damit auch nicht zur Umverteilung für andere Arztgruppen zur Verfügung stehen.

Anderer Vorteil einer extrabudgetären Vergütung wäre gewesen, dass mit der extrabudgetären Vergütung auch die Möglichkeit bestanden hätte, die probatorischen Leistungen vielleicht auch dem geschützten Bereich der BSG-Rechtsprechung

zuzuordnen. Das ebenfalls heftig umstrittene Honorarvolumen der Psychotherapie wäre in dieser extrabudgetären Vergütungsregelung differenziert weiterzuentwickeln gewesen.

Allerdings wären die Psychotherapeuten auch bei einer extrabudgetären Vergütungsregelung in der Grundstruktur der KBV und der KVen als Mitglieder erhalten geblieben. Also, sowohl die Gültigkeit des EBM und alle anderen Honorarregularien, ebenso wie z. B. die Psychotherapierichtlinien, wären davon unberührt geblieben. Insofern hätten die KVen hier sicher weiter um unser Honorar mitverhandelt, aber eben in einem grundsätzlich eigenen Honorarsegment.

Die Kritiker der extrabudgetären Regelungsvariante wenden dagegen ein, dass diese Konstruktion eines eigenen Honorarbereiches, der Schaffung einer eigenen Psychotherapeuten-KV nur Vorschub geleistet hätte. Es wird auch behauptet, der BSG-Schutz wäre dadurch verloren gegangen. Das kann man nun so nicht behaupten, da über die vielen Jahre der Honorarverteilung, die aus der BSG-Rechtsprechung hergeleiteten EBM-Angleichungen und der Berechnung unserer Honorare seit 2009 über den Bewertungsausschuss, aufbauend auf unsere Praxiskosten, die BSG-Urteile zu einem guten Teil strukturell in die gegenwärtigen Honorare eingegangen sind. Man würde sich in einem extrabudgetären Honorarbereich auf diesem Status Quo des Erreichten weiterentwickeln können und sozusagen die erhöhten Punktzahlvolumina, die mit der Honorarreform von 2009 gestaltet worden sind, in die Zukunft mitnehmen. Insofern ist dieses Argument aus unserer Sicht nicht so schlagkräftig.

Trotzdem muss man natürlich sehen, dass die Kritiker einer extrabudgetären Regelung auch starke Argumente haben. Es wäre nämlich wesentlich leichter, einen eigenen Versorgungsbereich Psychotherapie zu schaffen und Psychotherapeuten aus dem KV-System auszugliedern, wie es jetzt auch schon von einigen KVen, wie Mecklenburg-Vorpommern sehr lauthals gefordert wird. Aber auch hier, bei der Frage der Vergütungsreform, treten wir im Moment eher auf der Stelle, als dass sich die Weiterentwicklungen für unser Fach abzeichnen. Auch hier werden wir weiter berichten und Sie umfassend informieren.

Wir wollen mit der ausführlichen Darstellung über die extrabudgetäre Vergütung, die ja nun nicht zu kommen scheint, dieses Thema innerhalb unserer Mitgliedschaft und innerhalb unserer Kollegenschaft zur Diskussion stellen. Bei solchen zukunftsweisenden Fragen, wie die Verortung der psychotherapeutischen Honorare in einem extrabudgetären Honorarbereich, braucht es einen breiten Konsens in der Berufsgruppe. Damit unsere Verhandlungsführer auf Bundesebene auch auf eine gesicherte Basis in der Meinungsbildung unserer Profession zurückgreifen können, müssen wir uns eine möglichst gemeinsame Meinung bilden. Wir bitten Sie also, zu diesen Ausführungen Ihre Meinung zu äußern. Die können Sie entweder schriftlich tun oder bei unserer nächsten Mitgliederversammlung am 28.01.2012 in München.

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11, s. a. Punkt 2.1

1.2. Grußwort des bvvp zum bundesweiten PiA-Streik

Liebe PiA-Aktive, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Berlin, Wiesbaden, Mannheim, Köln, Hamburg: Der erste bundesweite Streik der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung kommt nun 12 Jahre nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes.

So lange Zeit nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes, in einer Phase der Diskussion um eine Novellierung desselben, sind die Bedingungen für PiAs aus unserer Sicht nach wie vor unhaltbar. „Wir geben unser letztes Hemd“ ist dabei das Motto der Streiktage und Demonstrationen. Das finanzielle Desaster fördert eine soziale Auslese einer PsychotherapeutInnengeneration, die aus unserer Sicht so nicht tragbar ist. Und auch diejenigen, die sich zumeist unter Entbehrung einer finanziell abgesicherten Situation, die eigentlich dem vorausgegangenen akademischen Abschluss angemessen wäre, dieser Ausbildung stellen, leben am Limit.

Damit meinen wir nicht nur die prekäre finanzielle Situation in der Ausbildung. Viel mehr ist mit einem Praktikantenstatus auch eine Missachtung der bereits im Studium erworbenen Kompetenzen verbunden. Wir wünschen und fordern für die Ausbildung nicht nur eine dem akademischen Abschluss angemessene Vergütung der Praktischen Tätigkeit, sondern auch noch die Beseitigung vieler damit verbundener Missstände:

- Ein verbindliches Curriculum für die Klinikzeit könnte eine weitestgehend homogene Ausbildungsqualität in den Kliniken gewährleisten. Es kann und darf nicht länger sein, dass PiAs während ihrer Klinikzeit wie approbierte Kolleginnen und Kollegen auf den Stationen eingesetzt werden, oder dass PiAs einen großen Teil ihrer Ausbildungszeit in Ambulanzen mit testpsychologischen Untersuchungen verbringen, dass sich PiAs weiterhin zwischen Praktikantenstatus und Therapeutsein hin und her bewegen müssen.
- Die Anzahl der zur Verfügung stehenden Klinikplätze für das Psychatriejahr, insbesondere für Pädagogen in der KJP und für Teilzeitklinikplätze im Rahmen einer Teilzeitausbildung ist zu gering. Damit ist vielen Interessierten, die sich bereits in der Familienphase befinden, der Weg in die Ausbildung massiv erschwert oder unmöglich gemacht. Institute sollten verpflichtet werden, eine ausreichende Anzahl von Plätzen ihren Ausbildungskandidaten zur Verfügung zu stellen. Allein das Vorweisen von Kooperationskliniken, die häufig mit vielen Ausbildungsinstituten Verträge abgeschlossen haben, ist hierbei nicht ausreichend.

In der Vergangenheit hat sich schon viel verbessert: PiAs haben sich zusammen gefunden, PiAs wehren sich. So ist beispielsweise in vielen Kliniken wenigstens eine geringe Honorierung der Tätigkeit eingeführt. Auch wenn diese Vergütungen viel zu niedrig sind, bedeutet dieses zumindest für die Betroffenen, dass ihre Sozialversicherungsbeiträge nicht auch noch privat zu finanzieren sind und ein zumindest geringer finanzieller Grundstock zur Verfügung steht. Diejenigen, die noch immer kein Geld bekommen und sogar ihre Sozialversicherungsbeiträge aus den nicht

vorhandenen Einnahmen aufbringen müssen, bezahlen inzwischen in den meisten Krankenversicherungen den Beitragssatz für Studierende und nicht mehr, wie noch vor einigen Jahren, den für Freiwillig Versicherte mit über 400 Euro im Monat. Aber es gibt auch in der Zukunft noch Einiges zu tun. Die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes ist wichtig, doch wir müssen weiter die Augen offen halten und aktiv bleiben. Wir befürchten dabei wesentliche Verschlechterungen unseres Berufsstandes und auch der Zugangsvoraussetzungen:

□ Unsicher ist, ob ein Bachelor□ oder Masterabschluss insbesondere für Studienabsolventen in Pädagogik im Gesetz festgeschrieben wird. Wir fordern den Masterabschluss, und zwar im Gesetz festgeschrieben. Denn nur so können wir gewährleisten, dass der hohe Ausbildungsstandart erhalten bleibt und der Beruf des Psychotherapeuten weiterhin mit dem des Facharztes vergleichbar bleibt – und nicht zum Heilhilfsberuf abqualifiziert wird.

□ Wir fordern den unbedingten Erhalt der pädagogischen Zugangswege zur Ausbildung als KJP. Dieser Zugang ist nicht nur historisch gewachsen sondern entspricht dem bio□psycho□sozialen Störungsmodell psychischer Krankheiten.

□ Wir lehnen die Einführung einer sogenannten „Direktausbildung“ an Hochschulen ab. Dieses birgt die Gefahr, dass eben diese Zugangswege und die pädagogischen und sozialwissenschaftlichen Inhalte aus den Studiengängen gestrichen werden. Die Verfahrensvielfalt würde vermutlich aufgrund der häufig verhaltenstherapeutisch orientierten Studiengänge beeinträchtigt werden. Der Erhalt tiefenpsychologischer, analytischer, systemischer und gesprächstherapeutischer Verfahren in die Ausbildung der Psychotherapeuten darf nicht gefährdet werden. Außerdem ist unklar, ob das Klinikjahr dann nicht in das Studium integriert werden würde□ und damit wäre eine Fortsetzung der unbezahlten Klinikzeit nur auf einen früheren Zeitpunkt verschoben.

Die politische Arbeit endet jedoch nicht mit der Approbation. Fehlende Tarifverträge und Eingruppierungen für approbierte PP und KJP nach ihrem Grundberuf sind ein unhaltbarer Zustand. Leitungsfunktionen müssen auch von PP und KJP ausgeübt werden dürfen.

Die Bedingungen in der Niederlassung werden sich 2013 durch das Versorgungsstrukturgesetz ändern. Es besteht die Gefahr des Abbaus von mehreren Tausend Praxissitzen bundesweit. Dies ist im Wissen um die Wartezeitenstudie der Bundespsychotherapeutenkammer nicht hinzunehmen. Die Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten darf nicht abgebaut, sondern sie muss ausgebaut werden.

Alternative Tätigkeitsmodelle im Rahmen von Anstellungen und selbständiger Tätigkeit, auch im Rahmen von Teilzeit, müssen weiter entwickelt werden. Ein erster Schritt ist dabei die Möglichkeit gewesen, halbe Versorgungsaufträge zu übernehmen.

Es ist darüber hinaus notwendig, dass sich niedergelassene und angestellte Psychologische und Kinder□ und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten und in Aus□ und Weiterbildung befindliche Ärztliche

Psychotherapeutinnen und Therapeuten und Pias PP und KJP in der Öffentlichkeit, bei den für die Gesetzgebungsverfahren Verantwortlichen, in den Gremien und Ausschüssen der Landes KVen und der BundesKV, in den Kammern gemeinsam stark machen für eine qualitativ hochwertige, vielseitige, finanziell unabhängige Ausbildung der zukünftigen Psychotherapeutengeneration. Für angemessene Arbeitsbedingungen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, für eine ausreichende Versorgung mit psychotherapeutischen Angeboten für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Im Namen des Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten bvvp laden wir Sie herzlich ein zu einer Kooperation mit uns. Teilen Sie uns ihre Interessen, Wünsche und Ideen mit, arbeiten Sie mit uns und unseren bundesweit von circa 4500 Mitgliedern getragenen Berufsverband gemeinsam an diesen Zielen.

Für den bvvp: Ariadne Sartorius, Vorstandsmitglied bvvp, Nachwuchsbeauftragte

Quelle: bvvp, 05.12.11

1.3. Bericht von der bvvp-Delegiertentagung vom 22. bis 24. September 2011 in Nürnberg

Im Bericht des Vorstandes werden die Aktivitäten der Vorstandsmitglieder in den einzelnen Ausschüssen der Landesverbände und der KBV dargestellt. Norbert Bowe gehört zum Beirat der KBV, Jürgen Doebert ist im Satzungsausschuss und im Bewertungsausschuss tätig. Die Lobby-Arbeit in den Vorbereitungen zur Lesung des GKV-StG gestaltet sich sehr schleppend und schwierig. Die Vertreter der CDU zeigen viel Abwehr den Psychotherapeuten gegenüber und lassen sie abblitzen, während Kontakte zu Grünen und SPD nach wie vor gut sind. Der Kampf um die Bedarfsplanung und die Honorarverteilung ist noch nicht endgültig abgeschlossen. Eine Regelung für die genehmigungspflichtigen Leistungen soll möglichst bundesweit erfolgen. Der Einfluss der regionalen KVen ist dabei unbekannt.

Nach langen Kämpfen sind Nachzahlungen für 2008 vereinbart worden, für 2007 erfolgen keine. Von einem Zuschuss der Kassen ist nach der Berufung von Frau Bensen als neutrale Beobachterin abgesehen worden. Ab 2010 muss eine neue Systematik für die Vergleichshonorierung gefunden werden. Eine ZIPP-Umfrage zu den Praxiskosten läuft gerade, so dass diese Entscheidung noch nicht so bald erfolgen wird.

In einigen Bundesländern, so in Hessen und Baden-Württemberg, laufen noch Klageverfahren. Auch wurden im Saarland und Schleswig-Holstein Widersprüche beschieden, was zu großer Verunsicherung geführt hatte.

Die einhellige Meinung war hier, möglichst die Widersprüche aufrecht zu erhalten und in die ersten Klagen zu gehen, um damit eine Einigung über Musterklagen zu erreichen und einen Dominoeffekt für andere KVen zu verhindern.

Aus Baden-Württemberg wurde ein AOK-Selektivvertrag vorgestellt. Bestechend schien auf den ersten Blick, dass die von vielen gehassten Gutachterverfahren wegfallen. Für die §-73 C-Verträge wird aber ein Qualitätssicherungselement gefordert, das implementiert werden muss. Bislang gibt es aber noch keine Angaben dazu. Auch kann die Abrechnungssystematik über die vertragsärztliche Gemeinschaft der Hausärzte für die Kollegen teuer werden.

In der Frühjahrstagung hatten wir eine GK II-Resolution verabschiedet, in der Add-on-Verträge gefordert wurden; dabei bleiben wir weiterhin.

Am Freitagabend fand im Foyer des „Le Méridien“ die Veranstaltung „Patienten und Psychotherapeuten auf dem Prüfstand“ – ein wissenschaftlicher Vergleich von Gutachterverfahren und computergestütztem Monitoring nach der Veröffentlichung der TK-Studie statt. Auf dem Podium diskutierten Herr Bachl als Vertreter der AOK, Herr Vogt von der Techniker-Krankenkasse, Birgit Clever und Benedikt Waldherr als Vertreter des bvvp, Professor Scheidt als Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates dieser Studie und Herr Weidhaas als Vorsitzender der Vertreterversammlung der KBV.

Zur Frage pro und contra Gutachterpflicht und Monitoring und der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Arbeit, entwickelte sich eine lebhafte Diskussion bis ca. 21:00 Uhr, die danach im Foyer des Hotels weitergeführt werden konnte. Von den anwesenden Psychotherapeuten wurde gefordert, dass das obligatorische Gutachterverfahren vereinfacht werden sollte, um frei werdende Kapazitäten den Patienten zur Verfügung zu stellen. Einige Kollegen forderten die völlige Abschaffung des Gutachterverfahrens, doch dem steht die Richtlinientherapie, für die eine Qualitätssicherung gefordert wird, gegenüber.

Der Samstag klang nach einer intensiven Haushaltsdebatte und Fortführung der noch offenen Themen gegen 14:00 Uhr aus.

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11

1.4. Der 19. Deutsche Psychotherapeutentag in Offenbach

Am 12.11.2011 fand in Offenbach der 19. Deutsche Psychotherapeutentag statt. Der hessische Kammerpräsident Alfred Krieger, Vorstandsmitglied im vhvp, dem hessische Landesverband des bvvp, sprach ein Grußwort, in welchem er die Bedrohung von 45 % der Praxissitze bei Beibehaltung der alten Stichtagsregel von 1999 in den Vordergrund stellte. Die zunehmende Morbidität gefährde zusätzlich die bedarfsgerechte Versorgung von Patientinnen und Patienten. Regional müsse auch durch die neue Startbahn Nord-West des Frankfurter Flughafens mit einem Anstieg somatischer und psychischer Störungen gerechnet werden. In diesem

Zusammenhang forderte er, das derzeit nur vorübergehende Nachtflugverbot beizubehalten.

Ein weiteres Grußwort sprach der hessische Gesundheitsminister Stefan Grüttner, der die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes als ganz oben auf seiner Agenda stehend benannte.

Insbesondere erwähnte er die Forderungen, die Zugangsvoraussetzungen für die Ausbildung zum PP/KJP zu regeln. Bekannt ist vermutlich der Hintergrund hierzu: Das im Gesetz geforderte Diplom ist durch den Bolognaprozess überholt, Bachelor- und Masterstudiengänge haben dieses abgelöst. Nach wie vor ist hier unregelt, welche Voraussetzungen die Ausbildungskandidaten erfüllen müssen, um zur Ausbildung und später zur Approbationsprüfung zugelassen zu werden. In circa der Hälfte aller Bundesländer werden Bachelorabsolventen zur Ausbildung für KJP zugelassen.

Minister Grüttner forderte auf dem DPT den Master als Zugangsvoraussetzung und äußerte seine Verwunderung über die Zurückstellung der Novellierung des Psychotherapeutengesetzes. Er vermute, dass auf Seite der Regierungskoalition zunächst die Modalitäten einer Direktausbildung geprüft würden. Wissen muss man in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitsminister der Länder zwar (schon seit längerem) die Forderungen nach einem Master mittragen, die Kultusminister jedoch eine Aufwertung des Bachelorabschlusses als ersten berufsqualifizierenden Abschluss ansehen und aus eben diesem Grund den Master nicht als Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung in das Gesetz geschrieben haben möchten.

Weiterhin äußerte sich Herr Grüttner zum GKV Versorgungsstrukturgesetz und begrüßte die geplante Flexibilisierung der Bedarfsplanung. Er werde sich einsetzen für die ausreichende psychotherapeutische Versorgung. Dennoch erging an dieser Stelle der uns allen bekannte Vorwurf, dass psychotherapeutische Praxen nicht voll ausgelastet würden.

Im Anschluss daran wurden mehrere Resolutionen verabschiedet

- „Psychotherapeutische Versorgung von Migranten mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz verbessern“
 - Ausreichend Behandlungsplätze für psychisch kranke Menschen sicherstellen (die Forderung, die Verhältniszahlen neu zu berechnen)
 - Finanzielle Misere in der Psychotherapeutenausbildung beenden
- Weiterhin wurde die Musterweiterbildungsordnung diskutiert und im Anschluss der Bereich Systemische Therapie in die Muster-Weiterbildungsordnung aufgenommen, andere Verfahren jedoch nicht.

Weitere Inhalte des DPT waren unter anderem die Verabschiedung des Haushaltes, die Wahl von Mitgliedern in den Ausschuss „Psychotherapie in Institutionen“ sowie in den "KJP-Ausschuss.

Am Ende sprach Bundesgesundheitsminister Bahr, politisch gewandt, inhaltlich jedoch leider enttäuschend. Auch er äußerte sich zum Thema Novellierung des Psychotherapeutengesetzes und der Zugangsvoraussetzungen, allerdings wolle er

keine Teillösung. Die Koalition plane, das Gesetz komplett zu novellieren, nicht nur die Zugangsvoraussetzungen, was bis zum Ende der Legislaturperiode erfolgen solle.

Ebenso äußerte auch Bahr sich zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz, insbesondere zur flexiblen Bedarfsplanung. Nach Neuberechnungen des GBA sollen ab 2013 die Zulassungsausschüsse berechtigt sein, Praxissitze stillzulegen, indem den KVen ein Vorkaufsrecht eingeräumt wird.

Vom DPT nehmen wir 3 Aufgabengebiete mit in unsere Vorstandsarbeit, die uns schon länger beschäftigen und noch weiter beschäftigen werden:

1. Das Ziel der Vermeidung des Zugangs mit Bachelor zur Ausbildung durch eine eindeutige Festschreibung eines Masters. Die Kompetenzen hierbei festzulegen ist nicht ausreichend. Unter diesen Voraussetzungen muss die Novellierung des Psychotherapeutengesetzes dringend forciert werden.
2. Auf die Festlegung der regionalen Bedarfe versuchen Einfluss zu nehmen
3. Kontinuierliche Aufklärung über die Besonderheiten einer psychotherapeutischen Praxisführung, um den ständig wiederkehrenden Vorwürfen, wir würden zu wenig zu arbeiten, zu begegnen. Auch Vorwürfe, wir würden vorrangig leicht erkrankte Patienten behandeln, sind insbesondere in den letzten Wochen immer wieder gemacht worden, obgleich die TK –Studie ganz aktuell auch hier diese Thesen widerlegt hat.

Ariadne Sartorius, vhvp und bvvp Vorstandsmitglied

Quelle: Rundbrief des vhvp, des hess. Landesverbands des bvvp, Dez. 2011

2. Aktuelle Gesundheitspolitik

2.1. Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

Am 1. Dezember 2011 hat der Deutsche Bundestag das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) verabschiedet. Nach dem zweiten Durchgang im Bundesrat, der Unterzeichnung durch den Bundespräsidenten sowie der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt kann es dann zum 1. Januar 2012 in Kraft treten.

Die wesentlichen die Psychotherapie betreffenden Inhalte im Überblick:

Stilllegung und Aufkauf von Praxissitzen

Das im Regierungsentwurf noch vorgesehene Vorkaufsrecht für Praxissitze durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wurde durch eine Stilllegungsmöglichkeit durch die Zulassungsausschüsse ersetzt. Wenn ein Praxisinhaber in einem Planungsbereich,

mit Zulassungsbeschränkungen seine Praxis von einem Nachfolger fortführen lassen will, so kann der Zulassungsausschuss mit seiner Stimmenmehrheit diesen Antrag ablehnen. Dann wird der bisherige Praxisinhaber durch die KV entschädigt und sein Praxissitz stillgelegt. Das gilt nicht, wenn die Praxis von einem Nachfolger weitergeführt werden soll, der Ehegatte, Lebenspartner oder ein Kind des bisherigen Vertragsarztes ist oder der ein angestellter Arzt des bisherigen Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt ist, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich betrieben wurde. Die hier beschriebene Möglichkeit der Stilllegung von Praxissitzen durch die Zulassungsausschüsse kann laut Gesetz aber erst 2013 in Kraft treten. Die Begründung dafür steht in den Beschlussempfehlungen:

„Eine Entscheidung des Zulassungsausschusses, mit der die Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes aus Versorgungsgründen abgelehnt wird, kann somit erst auf Grundlage einer präzisierenden Bedarfsplanung, insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung, erforderlich erscheinen, getroffen werden“. Man darf gespannt sein, was die dafür zuständigen Gremien (GBA und Landesausschüsse auf regionaler Ebene) dazu beschließen. Im Gesetz stehen dazu folgende Ausführungen:

Bedarfsplanung und befristete Zulassung

Die Verhältniszahlen sollen anhand sachgerechter Kriterien und mit dem Neuzuschnitt der Planungsbereiche Neuberechnet werden, nicht wie bislang stichtagsbezogen. Genannt wird im Gesetz beispielhaft aber nur die demografische Entwicklung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) soll dazu die Planungsbereiche neu bestimmen, dass diese sich nicht mehr wie bisher an den Landkreisen orientieren, sondern eine flächendeckende Versorgung sicherstellen. Und dies soll bis zum 1.1.2013 erfolgen, deshalb kann die Stilllegung der Praxissitze durch die Zulassungsausschüsse erst nach diesem Zeitpunkt erfolgen.

In den Regionen kann laut Gesetz von den Vorgaben des G-BA zur Bedarfsplanung aufgrund regionaler Besonderheiten abgewichen werden. So kann die Landesebene abweichend von den Vorgaben des GBA eine regionale Bedarfsplanung erstellen, wenn damit regionale Besonderheiten abgebildet werden. Dazu können die Länder ein gemeinsames Landesgremium einrichten, das sich zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen äußern kann. In diesen Gremien müssen laut Gesetz Vertreter der KV, der Landesverbände der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft vertreten sein, die Länder können weitere Mitwirkende aufnehmen. In Baden-Württemberg wurde dieses Landesgremium bereits eingerichtet, weder die Landesärzte- noch die Landespsychotherapeutenklammer wurden daran beteiligt. Auf Nachfrage wurde den Kammern aber zugesichert, dass sie bei Fragen zur psychotherapeutischen Versorgung dazu berufen werden können.

Finanzielle Förderung des freiwilligen Verzichts auf die Zulassung

Daneben wird die Möglichkeit erweitert, den freiwilligen Zulassungsverzicht finanziell zu fördern. Die KVen können dem Praxisinhaber eine Entschädigung zahlen, wenn der freiwillig auf seine Zulassung verzichtet. Bisher war dies nur für Ärzte ab 62 möglich. Der mögliche Aufkauf von Sitzen auf freiwilliger Basis wird also erweitert.

Befristete Zulassungen

Wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich höher als 100% liegt, dann können die Zulassungsausschüsse befristete Zulassungen aussprechen.

Vergütung telemedizinischer Leistungen

Die Telemedizin soll laut Gesetz insbesondere im ländlichen Raum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung werden. Der Bewertungsausschuss bekommt mit dem Gesetz den Auftrag zu prüfen, in welchem Umfang ärztliche/psychotherapeutische Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der ambulanten Versorgung telemedizinisch erbracht werden können. Diese Leistungen muss der Bewertungsausschuss dann festlegen und im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) regeln. Dies soll bis zum 31.10.12 erfolgen.

Abschaffung unterschiedlicher Orientierungswerten

Das Gesetz verzichtet auf die –auch bisher nicht umgesetzten, aber in früheren Gesetzesnovellen vorgesehenen – Regelungen bezüglich unterschiedlicher Vergütung in über- oder unterversorgten Planungsbereichen (Unterschiedliche Orientierungswerte). Vorgesehen wird stattdessen, Zuschläge auf den Orientierungswert zu bezahlen, wenn dadurch eine Versorgungsverbesserung erreicht werden kann, z.B. in unterversorgten Planungsbereichen.

Regionalisierung der Vergütung

Die Vergütung wird erneut regionalisiert. Dazu müssen nun die Kassenärztlichen Vereinigungen wieder unterschiedliche Honorarverteilungsmaßstäbe schaffen. Im Gesetz ist bezüglich der Regelungen für psychotherapeutische Leistungen vorgesehen, dass diese so zu gestalten sind, dass eine angemessene Höhe der Vergütung je Zeiteinheit gewährleistet ist.

Vorgeschrieben wird auch, dass im Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung der Ausdehnung der Tätigkeit eines Leistungserbringers über den Versorgungsauftrag hinaus zu schaffen sind. Für vernetzte Praxen können im Honorarverteilungsmaßstab besondere Vergütungsregelungen geschaffen werden.

Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen
Die KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) muss nach Abschluss des jeweiligen Abrechnungszeitraums für jedes Quartal und für jede Kassenärztliche Vereinigung einen Bericht über die Gesamtvergütung, über die Ergebnisse der Honorarverteilung, über die Bereinigungssummen und über das Honorar je Arzt und Arztgruppe veröffentlichen.

Beteiligungsrechte der BPtK

#Zukünftig sind neben der Bundesärztekammer (BÄK) und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe bei Beschlüssen zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) zu beteiligen, „soweit jeweils die Berufsausübung der Psychotherapeuten oder der Zahnärzte berührt ist“.

Residenzpflicht

Die Residenzpflicht, wonach der Arzt/Psychotherapeut in der Nähe des Praxissitzes seinen ersten Wohnsitz nehmen musste, um ggf. schnell in der Praxis anwesend sein zu können, entfällt ersatzlos. Unabhängig davon bleibt die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst für ärztliche Psychotherapeuten bestehen.

Quelle: Martin Klett, bvvp, 08.12.11

2.2. Schlimmer geht immer: Patienten und ihre Familien befürchten weitere Defizite bei psychotherapeutischer Behandlung durch Versorgungsstrukturgesetz

Schlimmer geht immer: Patienten und ihre Familien befürchten weitere Defizite bei psychotherapeutischer Behandlung durch Versorgungsstrukturgesetz
Selbsthilfeorganisationen in der Psychiatrie fordern erleichterte Zugangswege zu psychotherapeutischer Versorgung

Berlin, November 2011. Psychische Erkrankungen bedeuten für die Betroffenen nicht nur großes Leid, sondern sind seit 2001 die häufigste Ursache für eine vorzeitige Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. Seit 1990 hat sich der Anteil der Krankschreibungen von Arbeitnehmern aufgrund psychischer Störungen fast verdoppelt. Dem steigenden Behandlungsbedarf wird das Gesundheitssystem schon jetzt nicht gerecht. Psychisch kranken Menschen wird im Vergleich zu anderen Erkrankungen eine besonders lange und aufwendige Suche nach einem geeigneten Behandlungsplatz zugemutet. Im Bundesdurchschnitt warten sie drei Monate (12,5 Wochen) auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch. Auf dem Land sind die Wartezeiten bei Weitem länger. Dort gibt es neunmal weniger Psychotherapeuten als in der Stadt, wobei psychische Erkrankungen dort natürlich nicht neunmal seltener als in der Großstadt auftreten. Dennoch dürfen sich in einer Großstadt 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen, auf dem Land sind es bezogen auf dieselbe Einwohnerzahl jedoch nur 4,3 Therapeuten. Aus diesem Grund haben Psychotherapeuten auf dem Land überdurchschnittlich lange Wartezeiten, in Ost-Mecklenburg z. B. 28 Wochen. Das ist mehr als doppelt so lang wie im Bundesdurchschnitt und siebenmal so lang wie therapeutisch vertretbar, denn innerhalb von drei Wochen sollte die Behandlung beginnen, um eine Verschlimmerung und Chronifizierung zu vermeiden.

Forderung nach leitliniengerechter Behandlung

Dabei ist bei vielen psychischen Erkrankungen Psychotherapie ein sehr wichtiger Behandlungsbaustein im gesamttherapeutischen Konzept. Bei bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen) gelten nach den Leitlinien bestimmte Psychotherapieformen als Behandlungsoption erster Wahl. Deshalb sind diese Patientengruppen besonders auf spezifische psychotherapeutische Angebote angewiesen. Auch in den Nationalen Versorgungsleitlinien zur Depressionsbehandlung wird bei schweren Depressionen ausdrücklich eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Behandlung empfohlen.

Beim derzeitigen Stand der Gesetzgebung bleibt die Versorgung psychisch kranker Menschen nicht nur unberücksichtigt, es droht sogar eine massive Verschlechterung. Die Bedarfsplanungs-Richtlinie gibt dies vor und verursacht damit eine eklatante Unterversorgung psychisch kranker Menschen, insbesondere in ländlichen Regionen. Trotz des täglich erlebten Mangels gilt Deutschland nach dieser Richtlinie als „überversorgt“.

Auch der Bundesrat fordert die Neuberechnung der Höchstgrenzen, bis zu denen sich Psychotherapeuten in einer Region niederlassen dürfen. Die Bundesregierung hat leider in ihrer Gegenäußerung deutlich gemacht, dass sie dieser Empfehlung nicht folgen wird. Um zu verhindern, dass durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz im Laufe der nächsten Jahre ein erheblicher Teil der Praxissitze niedergelassener Psychotherapeuten abgebaut werden, müssen die Verhältniszahlen neu berechnet werden. Davon ausgehend sollte die Bedarfsplanung weiterentwickelt werden und sich dann zukünftig vor allem an der Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung orientieren.

Perspektive der Patienten und ihrer Familien

Die Patienten- und Familien-Selbsthilfeverbände fordern deshalb gemeinsam, dass die Bedingungen für die psychotherapeutische Versorgung psychisch Kranker grundsätzlich so gestaltet sein sollten, dass

1. eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit akzeptablen Wartezeiten – insbesondere bei chronisch oder schwer kranken Menschen – sichergestellt ist, auch im Anschluss an eine stationäre Behandlung,
2. in ländlichen und strukturschwachen, jedoch auch in unterversorgten städtischen Gebieten mehr Behandlungskapazitäten zur Verfügung stehen,
3. der Chronifizierung psychischer Erkrankungen frühzeitig begegnet wird und damit einerseits der starke persönliche Leidensdruck für den Patienten und ihre Angehörigen und andererseits auch die Kosten, die durch Wartezeiten, Krankschreibungen und Frühverrentungen entstehen, verringert werden,
4. die Zunahme psychischer Erkrankungen durch eine prospektive Anpassung der Bedarfsplanung anhand wissenschaftlicher, belegbarer Kriterien berücksichtigt wird und
5. die demographische Entwicklung stärker berücksichtigt wird, denn ältere Patienten sind schon jetzt unterversorgt.

- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V.
- Deutsche DepressionsLiga e.V., www.depressionsliga.de
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.
- Deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e.V.
- BorderlineTrialog, www.borderlinetrialog.de
- Deutsche Angst-Selbsthilfe, www.panikattacken.de

Quelle:

BApK-Pressebüro Beate Lisofsky Kirchstr, http://www.bptk.de/uploads/media/2011-11-11_Anlage_Gemeinsame-PM_Schlimmer-geht-immer_01.pdf Zugriff, 11.11.11

2.3. Bedarfsplanung überholt und dringend reformbedürftig

19. Deutscher Psychotherapeutentag zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz Berlin, 11. November 2011: Das geplante GKV-Versorgungsstrukturgesetz muss die Versorgung psychisch kranker Menschen verbessern. Das ist die zentrale gesundheitspolitische Forderung des 19. Deutschen Psychotherapeutentages in Offenbach. Schon jetzt warten psychisch kranke Menschen in Deutschland mehr als drei Monate auf ein erstes Gespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten. „Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz droht nun zusätzlich allein im nächsten Jahr der Verlust von rund 2.000 psychotherapeutischen Praxen“, warnt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK). „Um das zu verhindern, ist kurzfristig insbesondere eine Neuberechnung des Verhältnisses von Psychotherapeuten je Einwohner notwendig.“

Angeblich arbeiten in Deutschland zu viele Psychotherapeuten. „Die amtlichen Vorgaben zur Anzahl der Psychotherapeuten in den Städten und auf dem Land stammen aus dem Jahr 1999 und schreiben bis heute die damalige Unterversorgung fest“, kritisiert BPtK-Präsident Richter. Daher gelten 391 von 395 Planungsbereichen als überversorgt. Nach dem Bundesgesundheitsurvey von 1998/99 erhält in Deutschland nur jeder zehnte psychisch kranke Mensch eine angemessene Behandlung. „Das ist eine extrem schlechte Behandlungsquote und Folge davon, dass psychisch Kranke jahrzehntelang stigmatisiert waren und psychische Krankheiten nicht erkannt wurden.“ Psychisch kranke Menschen wurden viel zu spät und deshalb häufig stationär behandelt. Inzwischen werden deutlich mehr Menschen früher und ambulant behandelt. „Wir gehen davon aus, dass in den vergangenen zehn bis zwanzig Jahren nicht die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zugenommen hat, sondern die gesellschaftliche Ächtung psychischer Erkrankungen verringert werden konnte und damit der lange ignorierte Behandlungsbedarf deutlich geworden ist. Das ist aus unserer Sicht eine sehr erfreuliche Entwicklung“, stellt BPtK-Präsident Richter fest. „Bei einer depressiven Erkrankung ist es z. B. für eine erfolgreiche Behandlung sehr wichtig, den Kranken gleich während seines ersten depressiven Tiefs zu behandeln, sonst wiederholt sich die Depression wieder und wieder mit Auswirkungen z. B. auf die Arbeitsfähigkeit eines Patienten.“

„Die amtliche Bedarfsplanung nimmt den tatsächlichen, zum Teil gravierenden Versorgungsbedarf nicht zur Kenntnis“, urteilt der BPtK-Präsident. Die Bedarfsplanung macht unerklärliche Unterschiede zwischen der Zahl der Psychotherapeuten, die sich in der Stadt und auf dem Land niederlassen dürfen. Während sich in Städten 38,8 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niederlassen dürfen, sind es auf dem Land nur 4,3 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner. „Dies lässt sich nicht begründen“, stellt Richter fest. „Denn psychische Erkrankungen treten auf dem Land nicht wesentlich seltener auf als in der Stadt.“ Epidemiologische Daten zeigen: In Großstädten werden 34,1 Prozent der Menschen jedes Jahr psychisch krank, auf dem Land sind es 26,3 Prozent. Das heißt: In den Großstädten werden Menschen nicht einmal eineinhalbmal so häufig psychisch krank wie auf dem Land, geschweige denn neunmal so häufig, wie die amtliche Bedarfsplanung unterstellt.

„Die Bedarfsplanung hat tatsächlich noch nie einen Bedarf ermittelt, sie hat ihre Höchst- grenzen für Psychotherapeuten noch nie damit begründet, wie häufig psychische Krankheiten sind, wie sie nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt werden sollen und wie viele Behandler deshalb dafür notwendig sind“, erläutert BPTK-Präsident Richter. „Die jetzige Bedarfsplanung zementiert die Unterversorgung und muss deshalb dringend reformiert werden und ein sachgerechtes Fundament erhalten.“

Quelle: BPTK, Kay Funke-Kaiser Presse- und Öffentlichkeitsarbeit,
http://www.bbpp.de/TEXTE/20111111_19.DPT_GKV-Versorgungsstrukturgesetz.pdf,
11.11.11

2.4. "Eine Überarbeitung der psychotherapeutischen Ausbildungen halte ich für erforderlich!"

Interview von Bundesgesundheitsminister Dr. Rösler für die Zeitschrift "Psychotherapie aktuell"

Frage "Psychotherapie aktuell":

Sehr geehrter Herr Minister, seit Jahren registrieren die Krankenkassen übereinstimmend die Zunahme psychischer Krankheiten und die damit verbundenen Kosten, insbesondere durch lange Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühverrentungen. Nach Meinung des Sachverständigenrates ist das deutsche Gesundheitswesen noch zu sehr auf die Behandlung somatischer Krankheiten hin orientiert und die Selbstverwaltung hat noch keine Antworten. Müssen hier Politik und Selbstverwaltung nicht neue Wege beschreiten, um die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten zu verbessern?

Antwort BM Rösler: Ja, es ist richtig, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren mit zunehmender Häufigkeit diagnostiziert werden. Die Diskussion in der Fachwelt über die möglichen Gründe halten an. Für viele der in Rede stehenden psychischen Erkrankungen ist bislang unklar, ob sie tatsächlich häufiger auftreten oder ob sie aufgrund einer erhöhten Sensibilität und einer stetig sich verbessernden Diagnose- und Behandlungskompetenz von Ärzten und Psychotherapeuten besser erkannt und frühzeitiger behandelt werden. Bereits heute haben wir eine im internationalen Vergleich sehr gute Gesundheitsversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dazu haben der durch die Psychiatrie-Reform angestoßene flächendeckende Aufbau gemeindeintegrierter Versorgungsstrukturen und die Schaffung entsprechender sozialrechtlicher Rahmenbedingungen für die Umsetzung beigetragen. Die psychotherapeutische Versorgung der Menschen wurde insbesondere auch durch das Psychotherapeutengesetz, mit dem die Ausbildung und Beruf des psychologischen Psychotherapeuten gesetzlich geregelt und das Erstzugangsrecht der Patienten zu diesem Berufsstand eingeführt wurden, verbessert.

Quelle und weiter:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/presse/interviews/eine->

[ueberarbeitung-der-psychotherapeutischen-ausbildungen-halte-ich-fuer-erforderlich.html](#) , 12.11.11

2.5. Patientenberatung viel zu lückenhaft

BPtK-Umfrage in psychiatrischen Krankenhäusern

Berlin, 18. November 2011: Psychisch kranke Menschen, die eine stationäre Behandlung suchen, erhalten von den Krankenhäusern viel zu lückenhafte Informationen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die beispielhaft an 79 psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen durchgeführt wurde.

In fast 90 Prozent der Krankenhäuser bekamen die Testanrufer, die angaben, sich für einen depressiv erkrankten Angehörigen zu erkundigen, keine konkreten Beschreibungen eines Behandlungskonzepts oder typischen Therapieplans. Typische Antworten waren vielmehr „Auf Station gibt es einen regelmäßigen Tagesablauf“ oder „Die Therapie ist multimodal und individuell zugeschnitten“. Auf Nachfragen gaben zumindest ein Teil der Kliniken genauere Auskunft über Art und Umfang der medikamentösen Therapie oder Psychotherapie. Grundlage der Umfrage ist die BPtK-Checkliste für psychiatrische und psychosomatische Krankenhäuser.

„Die Patienten brauchen weit genauere Auskünfte von den Krankenhäusern“, kritisierte BPtK-Präsident Prof. Dr. Rainer Richter. „Psychiatrische und psychosomatische Kliniken sollten differenziertere Informationen dazu anbieten, wie sie arbeiten bzw. mit welchem Behandlungsangebot einzelne Patienten rechnen können.“ Auch wenn bei der Befragung meistens keine ausreichenden Informationen gegeben wurden, lohnen mehrere Telefonate mit verschiedenen Kliniken. Die Auskünfte der Krankenhäuser ermöglichen immerhin einen persönlichen Eindruck über deren Therapieschwerpunkte“, riet BPtK-Präsident Richter. „Auf die Dauer benötigen Patienten jedoch objektive Daten über die Behandlungsangebote und letztlich auch die Behandlungsqualität bzw. -erfolge von psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern, um sich für oder gegen ein Haus entscheiden zu können.“ Diese könnten beispielsweise in den Qualitätsberichten der Kliniken veröffentlicht werden.

Quelle: Pressemitteilung BPtK, Kay Funke-Kaiser, 18.11.11

2.6. Ambulante neuropsychologische Therapie künftig GKV-Leistung

Qualifikation entsprechend der Muster-Weiterbildungsordnung der BPtK erforderlich

Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt zukünftig die Kosten für eine ambulante neuropsychologische Therapie. Dies beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 24. November. „Patienten mit organisch bedingten psychischen Störungen – beispielsweise nach einem Schädelhirntrauma oder einem Schlaganfall – erhalten damit künftig auch ambulant eine Behandlung, die in Krankenhäusern seit Jahren Standard ist“, stellt Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK), fest. „Damit erreichen wir eine erhebliche Verbesserung der Versorgung von Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen.“

Quelle und weiter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/ambulante-ne.html> , 25.11.11

2.7. Elektronische Gesundheitskarte: Online-Anbindung kommt

Die Gesellschafterversammlung der für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zuständigen Gematik hat einstimmig die Online-Anbindung der eGK beschlossen. Der Beschluss kam zustande, nachdem die Ärzteschaft ihren Widerstand gegen den Plan "Alternative 2012" der Krankenkassen aufgab. Beschlossen wurde, dass 10 Monate nach Einführung des Online-Datenabgleiches der eGK die qualifizierte elektronische Signatur (QES) für die Ärzte eingeführt werden muss, damit Arztbriefe signiert und verschlüsselt werden können.

Quelle und weiter: <http://www.heise.de/newsticker/meldung/Elektronische-Gesundheitskarte-Online-Anbindung-kommt-1391292.html> Zugriff 07.12.11

3. Praxis

3.1. Neu: Berichte an den Hausarzt setzt jetzt die explizite „schriftliche Einwilligung“ des Patienten voraus!

Seit der kleinen EBM-Reform, die seit 01.01.2007 gilt, dass psychotherapeutische Sitzungen erst dann voll-ständig erbracht sind, wenn der sogenannten Berichtspflicht Genüge getan ist, also wenn in 2007 einmal im Quartal, bzw. seit 2008 zu Beginn und am Ende der Behandlung und zusätzlich einmal im Jahr ein Bericht an den Hausarzt des/der PatientIn geschrieben wird. Nur wenn der/die Patientin der Erstellung des Berichtes widersprochen hatte, galt die entsprechende Leistung auch ohne den Bericht an den Hausarzt als vollständig erbracht.

Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 257. Sitzung zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Juli 2011 hat sich dieser Sachverhalt umgekehrt. Die bisherige

Regelung hatte, nach Ansicht des Bundesbeauftragten für den Daten-schutz, das Recht auf informative Selbstbestimmung der Versicherten nicht in vollem Umfang geschützt. Dazu sei nötig, dass eine explizite „schriftliche Einwilligung“ des Versicherten vorhanden ist, die vom Versicherten auch widerrufen werden kann.

Idealerweise lassen Sie sich allerdings nach wie vor von dem/der PatientIn auf einem Formblatt bestätigen, dass der/die PatientIn den Bericht an den Hausarzt wünscht, bzw. nicht wünscht oder der/die PatientIn derzeit gar keinen Hausarzt hat.

Ab jetzt gilt aber: Liegt Ihnen eine explizite Zustimmung zur Berichterstellung an den Hausarzt nicht vor, dann darf der Bericht an den Hausarzt nicht erstellt werden. Entsprechend gilt die Leistung (also LZT oder KZT) auch ohne Bericht als vollständig erbracht, wenn die übrigen Kriterien zur Leistungserbringung eingehalten werden.

Vergleiche hier: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=91494>

Erfreulicherweise sind die Bedenken, die dieser Bestimmung nun zugrunde liegen, deckungsgleich mit den von uns 2007 deutlich formulierten Vorbehalten, bezüglich des Datenschutzes. Falls Sie sich noch erinnern, hatten wir die Empfehlung ausgesprochen, sich von jedem Patienten/jeder Patientin unterschreiben zu lassen, ob er/sie den automatisierten Bericht will oder nicht. Die meisten PatientInnen wollten nicht!

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11

3.2. Geordnete Abwicklung bei der Schließung der BKK für Heilberufe - Vergütung medizinischer Leistungen ist abgesichert

Heute ordnete das Bundesversicherungsamt an, dass die BKK für Heilberufe zum 31.12.2011 geschlossen wird. Bis zum letzten Tag ihres Bestehens wird die BKK für Heilberufe für die Verpflichtungen eintreten. Aber auch nach der Schließung werden die Rechnungen für die bis zum Schließungstag erbrachten medizinischen Leistungen bezahlt. Dafür steht die Gemeinschaft aller Betriebskrankenkassen ein...

...Darüber hinaus geben ab Montag, den 07.11.2011, von montags bis donnerstags von 9:00 bis 16:00 Uhr und freitags von 9:00 bis 14:00 Uhr auch BKK Gesprächspartner unter der Servicenummer 0800 25 55 555 allgemeine Auskünfte zu Fragen rund um die Leistungserbringung im Zusammenhang mit der Kassenschließung.

Quelle: Pressestelle BKK Bundesverband, 02.11.11

3.3. Umgang mit Informationswünschen der Versicherungen

Regelmäßig erhalten wir Anfragen von unterschiedlichen Versicherungen, Sozialversicherungen, Renten-versicherung, Krankenkasse zur Befindlichkeit unserer Patienten. Bereits in einem der letzten Mitgliederbriefe haben wir darauf hingewiesen, dass Auskünfte nur erteilt werden dürfen, wenn eine wirksame Schweigepflichtentbindung vorliegt. Im GKV-Bereich gibt es entsprechende Vordrucke, die jeweils dem Medizinischen Dienst der Versicherungen zugesandt werden dürfen. Verstöße gegen diese Vorgaben sind strafbar und berufsrechtswidrig, können sogar zum Schadensersatz verpflichten.

In der Ärztezeitung vom 19.10.2011 wies Dr. Pflugmacher, ein Fachanwalt für Medizinrecht aus Bonn darauf hin, dass beispielsweise private Versicherungen beim Abschluss von Versicherungsanträgen in der Regel eine Schweigepflichtentbindung des Versicherungsnehmers unterschreiben lassen.

Je nach Zeitpunkt des Abschlusses haben diese Schweigepflichtentbindungen einen unterschiedlichen Wortlaut und können unwirksam sein. Nach einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Jahr 2006 wurden die Einwilligungen dahingehend geändert, dass für sie nur für 3 – 5 Jahre nach Versicherungs-Vertragsabschluss gültig sind.

Seit 2009 besteht ein Versicherungsvertragsgesetz, wonach der Versicherungsnehmer verlangen kann, dass eine Datenerhebung durch die Versicherung nur erfolgt, wenn er im Einzelfall eingewilligt hat. Eine generelle Schweigepflichtentbindung liegt dann nicht vor. Das Problem ist in solchen Fällen, dass der jeweilige Arzt diese Details nicht kennt. Auch können Patienten Schweigepflichtentbindungen gegenüber der Versicherung jederzeit widerrufen. Auch von einem Widerruf wird der jeweilige Arzt nicht in Kenntnis gesetzt.

Die Versicherungen versichern regelmäßig in Form eines Textbausteines, dass eine Schweigepflicht-entbindung vorliege. Im Hinblick auf die strafrechtlichen Konsequenzen sollte aus diesem Grunde eine In-formation an die Versicherung nach Absprache mit dem Patienten, bzw. über den Patienten erfolgen. Der Arzt ist gegenüber der privaten Versicherung nicht selbst zur Beantwortung verpflichtet. Er kann als Anfrage und Antwort dem Patienten übergeben und es diesem anheim stellen, die Antwort an die Versicherung zu senden. Sowohl Beantwortung als auch Nicht-Beantwortung können für den Versicherten deutliche Nachteile haben.

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11

3.4. Einige Gedanken zum Praxistestament

Das Praxistestament ist ein Wort, das immer wieder Schrecken und Distanz auslöst.

Wer will sich auch schon mit der Aufgabe der Praxis durch den eigenen Tod auseinandersetzen. Manche vertreten auch die nach-mir-die-Sintflut-Haltung und dann gibt es ja auch noch das beste Befinden, das mit Ableben oder schwerster

Erkrankung gar nichts zu tun haben will. Möglicherweise steht ja dahinter, dass man sich gar nicht so genau vorstellen kann, was da im einzelnen zu erledigen ist, man sich also ziemlich hilflos fühlen könnte.

Und trotzdem ist geht es bei diesem Thema um eine Notwendigkeit und Verantwortlichkeit, um die man keinen Bogen machen sollte, wenn man Hinterbliebenen nicht einen Wust an Unübersichtlichkeiten hinterlassen will.

Der bvvp hat aufgrund dieser Gegebenheit eine Broschüre erstellt, die in kurzer, übersichtlicher und trotzdem umfassender Form notwendige Schritte darstellt, die eine wesentliche Erleichterung darstellen, sowohl aktuell für den Praxisinhaber, aber perspektivisch eben auch für den Erben, Nachlassverwalter etc.

Bei der Lektüre wird deutlich, dass sich da eine Menge Arbeit auftun kann, die aber zu bewältigen ist, die günstigerweise dazu beitragen kann, fällige Systematisierungen endlich mal in Angriff zu nehmen und Klarheiten zu schaffen. Darüber hinaus stellt die Liste auch eine Erleichterung deshalb dar, weil der Umfang der zu klärenden Dinge begrenzt ist, abgearbeitet werden kann und dadurch deutlich an Schrecken verliert, so dass wir die Beschäftigung mit dem Thema sehr empfehlen können.

Informationen zu dieser Broschüre über die Geschäftsstelle

Quelle: Maria-Theresia Rupf-Bolz, Vorstand bvvp Berlin, Mitglieder-Rundbrief, 25.10.11

Anmerkung der bvvp-Redaktion: Auch Nicht-Berliner können natürlich die Broschüre bei Interesse - z.B auch als Ergänzung ihres QM-Ordners - bei der Geschäftsstelle ihres bvvp-Regionalverbands anfordern.

3.5. KV-on: Vereinbarkeit von Praxis und Familie wird einfacher

Das Versorgungstrukturgesetz, das voraussichtlich am 1. Januar 2011 in Kraft tritt, soll Ärzten helfen, Beruf und Familie besser miteinander zu vereinbaren. Wie das möglich ist, erklärt KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Köhler auf KV-on, dem Web-TV der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Videopodcast unter: <http://www.kv-on.de/html/792.php> , 25.11.11

3.6. GEZ-Gebühren für den Praxisrechner

Die GEZ ist vor einigen Jahren auf den klugen Gedanken gekommen, dass jeder, der einen Rechner mit Internet-Anschluss in der Praxis hat, damit auch Radio hören und Fernsehen kann und dementsprechend verpflichtet ist, GEZ-Gebühren zu zahlen.

Eine Anwaltskanzlei hatte dagegen geklagt. Nun ist die Angelegenheit in letzter Instanz entschieden: Wenn wir die o. g. Voraussetzung erfüllen, müssen wir Gebühren für ein Radio – also immerhin keine Fernsehgebühren – zahlen, und zwar 5,76 € im Monat oder 17,28 € im Vierteljahr. (In der Regel haben wir Psychotherapeuten ja nicht mehr als 8 Mitarbeiter – dann sind höhere Sätze fällig.) Nur wer einen Dienstwagen fährt, in dem ein Autoradio ist, und natürlich dafür schon Rundfunkgebühren zahlt, muss nicht noch mal zahlen. Umgekehrt gilt: da wir für den Praxis-PC schon lohnen, ist die Frage hinfällig, ob ein privates Auto, mit dem wir zur Arbeit fahren, ein „Dienstwagen“ ist, für dessen Autoradio dann auch wieder Gebühren angefallen wären. Damit ist den meisten von uns in der Vergangenheit die GEZ ja schon mit einem Fragebogen auf die Pelle gerückt.

Zusammenfassend also: Dafür, dass wir möglicherweise mit dem PC uns in der Praxis auditorisch vergnügen könnten, zahlen wir eine Steuer. (Mal sehen, wann eine Steuer auf Stricke kommt – mit einem Strick könnte man sich ja schließlich auch aufhängen und damit der Kripo Arbeit bereiten.)

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11

4. Rechtliches und Urteile

4.1. Klage auf Notfalldienst-Befreiung eines FA für Psychosomatik und Psychotherapie gescheitert

(Verhandlungstermin 18.11.2011 - SG Stuttgart)

Seit August 2008 sind in Baden-Württemberg alle ärztlichen Psychotherapeuten zur uneingeschränkten Teilnahme am allgemeinen ärztlichen Notfalldienst verpflichtet. Dies gilt insbesondere selbst dann, wenn die Kollegen zuvor schon seit mehreren Jahrzehnten unbefristet befreit worden waren. Daraus ergeben sich vielfältige Probleme, wobei es sich meist um ungeeignete Praxisräume und -ausstattung, fehlendes Personal sowie den Mangel an Notfalldienst Erfahrung handelt. Mit seinem Verfahren war es dem Kläger darum gegangen, seine uneingeschränkte Verpflichtung zum allgemeinen ärztlichen Notfalldienst anzugreifen. Als ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Arzt verfüge er (wie hierzulande die meisten Psychotherapeuten) über keine für den Notfalldienst geeigneten Praxisräume und -ausstattung. Er habe nur ein kleines Wartezimmer, aber vor allem keine wisch- und desinfizierbaren Arbeitsflächen und Böden. Es fehle medizinisches Mobiliar, Instrumentarium sowie ein Labor zur Untersuchung von Körperflüssigkeiten und zum Sterilisieren von Instrumenten. Außerdem habe er keine Helferin, die bei der Organisation sowie bei denkbaren Zwischenfällen assistieren könne. Im übrigen sei ihm, der kurz vor dem Ruhestand stehe, ein Umzug in andere Praxisräume, nur

weil diese für den Notfalldienst geeignet seien, aufgrund völliger Unwirtschaftlichkeit dieser Maßnahme nicht zuzumuten.

Die Hauptargumentation des Klägers ging dahin, dass eine für den Notfalldienst geeignete Praxis etwa die Ausstattung mindestens einer kleinen Allgemeinpraxis aufweisen müsse. Falls nämlich nach der Notfalldienst-Behandlung ein fraglicher Behandlungsschaden auftreten würde (beispielsweise eine Infektion), dann könne der Patient auf grobe Fahrlässigkeit klagen aufgrund der Tatsache, dass die Behandlung vorgenommen wurde, obwohl dem behandelnden Psychotherapeuten die unzureichende (insbesondere hygienische) Ausstattung der Praxis von vorne herein bekannt war. Völlig unkalkulierbar sei deshalb das Haftungsrisiko für den Arzt und dementsprechend hoch die Prämien für die Haftpflichtversicherung. Auf diese komplexe Argumentation ließ sich der Richter jedoch mit keinem Wort ein. Vielmehr verwies er lakonisch auf die Feststellung des BSG vom 6.2.2008, wonach es dem zum Notfalldienst verpflichteten Arzt jederzeit freistehe, sich von einem anderen Arzt am Ort vertreten zu lassen. Die durch das Vertreterhonorar zusätzlich entstehenden Praxiskosten seien dem Kläger ohne weiteres zuzumuten, zumal er nicht krank sei und im übrigen uneingeschränkt an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehme.

Der Kläger brachte dann noch die Unmöglichkeit vor, speziell an hohen Feiertagen einen Kollegen zu finden, der bereit ist den Dienst zu übernehmen. Dies habe zur Folge, dass der betroffene Psychotherapeut am Ende doch den Dienst in der eigenen Praxis (mit den ungeeigneten Praxisräumen) machen müsse. Doch auch dies wurde vom Richter weggewischt mit der Bemerkung, dass der infrage kommende Zeitraum lediglich das Jahr 2012 umfasse und der Kläger in dieser Zeit nicht zu hohen Feiertagen eingeteilt sei.

Da 2013 eine zentrale Notfalldienstpraxis in der Nähe gegründet werden solle, entfalle ab diesem Zeitpunkt das Argument der unzureichend ausgestatteten Praxis ohnehin. (Hier hatte der Richter leider recht. Dass die Entscheidung zur Gründung einer Notfallpraxis erst wenige Monate vor dem Verhandlungstermin gefallen war und dass damit bei Klageerhebung überhaupt nicht gerechnet werden konnte, ändert nichts an der Richtigkeit seiner Schlussfolgerung.)

- Die schriftliche Urteilsbegründung steht noch aus, lässt jedoch keine Überraschungen erwarten. -

Was bleibt?

1) Der Versuch, sozusagen stellvertretend für andere ärztliche Psychotherapeuten die Problematik der fehlenden Eignung ärztlicher Psychotherapiepraxen für den Notfalldienst gerichtlich klären zu lassen, ist zumindest für Baden-Württemberg gescheitert. Eine Anrufung der nächsten Instanz wäre sinnlos, weil mit Aktivierung der neuen Notfallpraxis die zentrale Argumentation dieses Verfahrens in sich zusammenfällt.

2) Jeder ärztliche Psychotherapeut, der sich vom Notfalldienst unzumutbar beschwert fühlt, muss ggfs. selbst klagen und die Unzumutbarkeit seiner Lage nachweisen.

3) Als einziges Argument, das in einem künftigen Verfahren ggfs. erfolgreich ins Feld zu führen sein könnten, verbleibt nur noch die Unmöglichkeit, (insbesondere für hohe Feiertage) einen NFD-Vertreter zu finden. Sofern keine Notfallpraxis-Räume zur Verfügung stehen, wäre der Psychotherapeut in diesem Fall eben doch gezwungen, den Dienst in der eigenen (ungeeigneten!) Praxis zu erbringen. Unter diesen Umständen verbleibt ein unkalkulierbares Haftungsrisiko, das entsteht, wenn im Fall eines Patientenschadens (z.B. einer Infektion) bei offensichtlich unzulänglicher Praxisausstattung von einem Gericht auf grobe Fahrlässigkeit erkannt werden könnte.

Da aber eine Klage gegen die NFD-Verpflichtung keine aufschiebende Wirkung hat, wird ein künftig klagender Psychotherapeut, wenn er erst mal lange genug bis zum Verhandlungstermin gewartet hat, schon mehrere Notfalldienste hinter sich haben. Unter diesen Umständen wird es freilich noch wesentlich schwerer, nachzuweisen, dass er den (immerhin bereits geleisteten!...) Dienst nicht erbringen kann.

4) Schließlich dürfte in näherer Zukunft noch gerichtlich zu überprüfen sein, wie sich die Kostenmehrbelastung aufgrund der seit 2008 uneingeschränkten Notfalldienstverpflichtung auf die Praxiskostenkalkulation ärztlicher Psychotherapeuten auswirkt. Diese Mehrkosten betreffen entweder eine entsprechend geeignete Praxisausstattung (größere Räumlichkeiten, Mobiliar, ggfs. Personal) oder, falls der Arzt sich im Notfalldienst vertreten lässt, das Honorar für den NFD-Vertreter.

Quelle: Hermann Mezger, VVPSW (bvvp-Regionalverband Südwürttemberg), 28.11.11

4.2. BFH ermöglicht volle Abschreibung des Praxiswertes

Der Bundesfinanzgerichtshof (BFH) hat im August 2011 entschieden, dass beim Erwerb einer Praxis der Praxiswert in voller Höhe abgeschrieben werden darf.

Der Wert einer erworbenen Praxis ist ein abnutzbares immaterielles Wirtschaftsgut im steuerlichen Sinne. Die Erwerbskosten für einen solchen Praxiswert können demnach jährlich im Rahmen der Einnahmen-Überschuss-Rechnung über die Abschreibung als Betriebsausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

Quelle und weiter: newsletter LPPKJP intern, <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/870> Zugriff 15.11.11

S. dazu auch das erläuternde Video unter: <http://www.kv-on.de/html/797.php>

4.3. Unklare Berufsbezeichnung betreffend Psychotherapie im Heilpraktikerbereich

In dem Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) ist dargelegt, welchen Personen, ausserhalb des Arztberufs die Befugnis zur Therapie eingeräumt wird. Dort ist auch festgelegt, dass nach bestandener Überprüfung durch den Amtsarzt des zuständigen Gesundheitsamtes der Titel Heilpraktiker geführt werden darf.

Im Jahr 1993, über 50 Jahre nach dem Inkrafttreten des Heilpraktikergesetzes (1939) wurde für den Bereich der Heilpraktikertätigkeit gesetzlich eine Erweiterung für Psychotherapie rechtlich durchgesetzt (eingeschränkte Erlaubnis für Psychotherapie = kleiner Heilpraktiker); d.h. daß neben den kassenzugelassenen psychologischen Psychotherapeuten, zusätzlich zu dem sog. „großen Heilpraktiker“ auch dem „kleinen Heilpraktiker“ über das Heilpraktikergesetz Psychotherapie möglich ist; allerdings in beiden Fällen ohne Zulassung bei den gesetzlichen Krankenkassen.

Quelle und weiter: <http://www.nlp-ausbildungen-frankfurt.de/heilpraktiker-psychotherapie/berufsbezeichnung-kleiner-heilpraktiker-1062.html> , 18.11.11

4.4. Urteil stärkt den Schutz der Selbstständigen gegenüber Adressbuch-Schwindlern

In der Ärztezeitung vom 12.10.2011 war folgende erfreuliche Nachricht zu lesen: Viele Kollegen haben in der Vergangenheit die unangenehmen Erfahrungen gemacht, dass eine unangeforderte Korrekturfahne ins Büro flatterte, die harmlos schien. Nach Korrektur und Unterschrift flatterte wenige Wochen später ein Vertrag über einen Eintrag in ein Adressbuch oder in ein Internetverzeichnis und eine hohe Rechnung über mehrere hundert Euro ins Haus. Im Kleingedruckten war vermerkt, dass mit Unterschrift ein Vertrag für 1- 2 Jahre abgeschlossen worden war, mit einem Jahreshonorar von 700 oder gar 900 Euro.

In diesem Jahr hat sich ein Handelsunternehmen, dem eine solche Korrekturfahne mit Antragsformular geschickt worden war und dessen Mitarbeiter ein solches Formular in gutem Glauben unterschrieben zurückgeschickt hatte, gegen die Rechnung von über 700 Euro gewehrt. Das Amtsgericht wies die Zahlungsklage des Adressbuch-Verlages ab, sowohl auf Entgelt als auch Laufzeit müssten deutlich und nicht buchstäblich im Kleingedruckten hingewiesen werden. Die Berufung gegen dieses Urteil wurde vom Landgericht München zurückgewiesen. Das Urteil ist damit rechtskräftig, Aktenzeichen 213C4124/11.

Quelle: 74. Mitgliederrundbrief des bvvp-Bayern, 14.11.11

5. Medien und Wissenschaft

5.1. Da zappelt die Seele

In wessen Hände legen wir die psychischen Leiden? Von der Pharmaindustrie wird man wohl nicht allzuviel erwarten dürfen. Davon sind zumindest die Wissenschaftler überzeugt, die sich am vergangenen Wochenende in Heidelberg getroffen haben. Von JOACHIM MÜLLER-JUNG

.....Und die Psychotherapie? Die sei, so der Freiburger Psychotherapeut Mathias Berger, "allein betrachtet nicht besser als die Pharmabranche". In den 350 Psychotherapie-Schulen hierzulande würden genauso Daten versteckt und "mindestens 700 Millionen Euro jährlich für Behandlungen ausgegeben, die nie richtig evaluiert wurden". Es war am Ende ein düsteres, gelegentlich überzeichnetes Negativbild, das die Psychiatrieforschung in Heidelberg abgab. Für die Patienten blieb da nicht viel Licht, leider deutlich mehr Schatten.

<http://www.faz.net/aktuell/wissen/mensch-gene/psychische-krankheiten-da-zappelt-die-seele-11521956.html>, Zugriff 10.11.11

5.2. Kein Platz für die Liege

Psychotherapeuten – dringend gesucht. Dabei gibt es genug. Warum dürfen sie keine Praxis eröffnen?

Es wird ihm nicht leichtfallen, Berlin zu verlassen. Doch Christian Dombrowe wird kaum eine andere Wahl haben. Daher setzte sich der angehende Psychotherapeut in diesem Sommer mit seiner Frau und der kleinen Tochter in einen Mietwagen und fuhr quer durch Deutschland. Die Familie wollte schauen, wo sie sich vorstellen könnte zu leben. Den Traum, nach seiner Approbation im nächsten Jahr in Berlin eine Praxis für Psychotherapie zu eröffnen, hat Dombrowe aufgegeben. Wie fast alle fertig ausgebildeten Psychotherapeuten wird er jahrelang auf eine Kassenzulassung warten müssen. Denn neue Kassensitze werden im Moment nur dann geschaffen, wenn einer der niedergelassenen Therapeuten in den Ruhestand geht. Wie viele Psychotherapeuten in einer bestimmten Region beziehungsweise einem Planungsbezirk über die Kasse abrechnen dürfen, beruht auf bereits im Jahr 1999 ermittelten Verhältniszahlen, die damals auf der Anzahl und Verteilung der Therapeuten je Einwohner basierten. Sie dienen den kassenärztlichen Vereinigungen (KVs) bis heute als Grundlage für die Festlegung des Versorgungsbedarfs. Und der besagt, dass bundesweit fast flächendeckend – in 391 von 395 Planungsbezirken – eine Überversorgung herrscht. Und wo eine Überversorgung herrscht, werden keine neuen Kassensitze geschaffen. Also gehen junge Therapeuten leer aus. »Eine Katastrophe«, sagt Dombrowe. »Der Bedarf müsste sich am Krankenstand orientieren. Dann wäre klar, dass viel mehr Therapeuten gebraucht werden, als die Planung vorsieht.«

Quelle und weiter: <http://www.zeit.de/2011/47/C-Psychotherapeuten> , 19.11.11

5.3. Scobel: Psychoanalyse und Neurowissenschaften wachsen zusammen

Quelle und 58-Minuten-Video bei Youtube:

<http://www.youtube.com/watch?v=5N3znRr2pfY> , Zugriff 28.11.11

5.4. Psychotherapeuten: Lange Durststrecke

24.11.2011 2011-11-24T18:20:00+0100 · Wer Psychotherapeut werden will, muss nach dem Studium eine lange und teure Ausbildung in Kauf nehmen. Viele arbeiten ein Jahr lang ohne Bezahlung in der Psychiatrie. Am Ende winkt dafür meist ein sicherer Arbeitsplatz.

Von Philipp Alvares de Souza Soares

Quelle und Weiter: <http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/psychotherapeuten-lange-durststrecke-11540250.html>, Zugriff 06.12.11

5.5. Kaum Plätze bei Psychotherapie für Jugendliche

Bis ein behandlungsbedürftiger Jugendlicher in Deutschland zum Erstgespräch mit einem Psychotherapeuten kommt, vergehen drei Monate.

Die Therapie beginnt weitere drei Monate später. Die Zahlen der Bundespsychotherapeutenkammer zeigen, dass man in Brandenburg sogar fast fünf Monate warten muss. Besser ist die Lage nur in Ballungsgebieten im Süden Deutschlands. Die Stichtagsregelung von 1990 hat die Anzahl seinerzeit praktizierender Ärzte ungeachtet des gestiegenen Bedarfs festgeschrieben: 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen haben psychische Probleme, von denen die Hälfte als behandlungsbedürftig betrachtet wird.

Quelle und Video:

<http://www.3sat.de/page/?source=/nano/medizin/158808/index.html> , Zugriff 06.12.11

6. bvvp-Fortbildungs-Reise

6.1. „Auf den Spuren der traditionellen afrikanischen Medizin“

Unsere Fachexkursionen nach Peking und Shanghai haben viel Lob und Anerkennung gefunden. Aufgrund des vielfachen Wunsches nach einem weiteren interessanten Reiseziel, möchten wir Ihnen auch für nächstes Jahr wieder ein reizvolles Angebot des Reisedienstes Bartsch empfehlen. Aus diesem Anlass laden wir Sie mit Ihren Familienangehörigen und Freunden herzlich ein zur Teilnahme an unserer

Fachexkursion nach SÜDAFRIKA

vom 01.11. – 11.11.2012 - Gesamtreisepreis € 2.595,-

vom 15.11. – 25.11.2012 - Gesamtreisepreis € 2.665,-

mit Linienmaschinen ab/bis Frankfurt/Main

inkl. Flughafensteuern/-gebühren und aktuelle Kerosinzuschläge € 410,- (Stand November 2011)

Das im Reisepreis eingeschlossene Fachprogramm umfasst (Änderungen vorbehalten):

- Fachbesuch im Department of Psychiatry & Mental Health in Kapstadt, Gedanken- und Meinungsaustausch mit südafrikanischen Berufskollegen, www.health.uct.ac.za/departments/psychiatry/about
- Besuch der Cape Mental Health Association in Kapstadt, Fachgespräch zum Thema Entwicklung von Psychoanalyse und Psychotherapie in Südafrika, Einblick in die Arbeit südafrikanischer Psychotherapeuten, www.capementalhealth.co.za
- Besuch bei einem Sangoma, einem südafrikanischen Heiler/Medizinmann, der über Heilkräutermedizin und traditionelle Heilungsmethoden informiert sowie Besuch einer Sangoma-Schule, wo die Ausbildungsmethoden für traditionelle Heiler vorgestellt werden
(Teilnehmer am Fachprogramm erhalten hierfür ein Teilnahmezertifikat)

Der Reisepreis schließt außerdem noch folgende Leistungen ein:

- Linienflüge mit SOUTH AFRICAN AIRWAYS in der Economy-Class von Frankfurt/Main nach Johannesburg, von Johannesburg nach Kapstadt und zurück nach Frankfurt/Main, 20 kg Freigepäck, Bordverpflegung nach Tageszeit
- Lufthansa Anschlussflüge oder Rail&Fly-Bahnfahrt vom gewünschten deutschen Flughafen bzw. DB-Bahnhof zum Flughafen Frankfurt/Main
- Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren und aktuelle Kerosinzuschläge
- Transfers in Johannesburg und Kapstadt Flughafen-Hotel-Flughafen
- 8 Übernachtungen in guten ***/**** Hotels und Lodges in Doppelzimmern mit Bad/WC
- Halbpension (8 x Frühstück / 6 x Mittagessen / 2 x Abendessen)
- Fahrten mit klimatisiertem Reisebus
- Besichtigungen lt. Programm inkl. Eintrittsgelder
- Deutschsprechende Reiseleitung in Südafrika
- Gepäckträger (Flughafen/Hotels)
- Marco Polo-Reiseführer Südafrika
- Reiserücktrittskostenversicherung, Versicherungsschein □

Einzelheiten zum Programm entnehmen Sie bitte dem beigefügten Prospekt (s. Anlage). Für diese Reise benötigen Sie einen bei Reisebeginn noch mindestens 6 Monate gültigen Reisepass. Impfungen sind nicht vorgeschrieben, jedoch wird für den Besuch des Krüger-Nationalparks eine Malaria-Prophylaxe empfohlen.

Da wir erneut mit reger Beteiligung an dieser Sonderreise rechnen und die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihre Reiseanmeldung baldmöglichst an die u.a. Anschrift unserer Geschäftsstelle einsenden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Noch offene Fragen richten Sie bitte direkt an den Reiseveranstalter Reisedienst Bartsch GmbH in 53604 Bad Honnef, Neichener Heide 18, Tel. 02224-989898 oder Fax 02224-989893.

Reiseanmeldung - bitte zurücksenden an:

bvvp Dienstleistungen
c/o Manfred Falke • Triftstraße 33 • 21255 Tostedt

oder per Fax 04182 / 229 27

Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit aufgeführten Teilnehmer.** Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Sicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von 10 Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von 6 Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

Leistungen lt. Prospekt. Alle Preise gelten pro Person.

Reiseveranstalter: **RDB – Reisedienst Bartsch GmbH**, 53604 Bad Honnef, Neichener Heide 18

Reiseziel	Reisetermine (bitte ankreuzen)	Abflugort	Reisepreis pro Person
SÜDAFRIKA Fachexkursion	<input type="checkbox"/> 01.11. – 11.11.2012	Frankfurt/Main South African Airways	2.595,- €
	<input type="checkbox"/> 15.11. – 25.11.2012		2.665,- €
Zusatzleistungen			Mehrpreis pro Person
<input type="checkbox"/>	Lufthansa-Anschlussflug von/nach _____ Aufpreis Flughafensteuern und Kerosinzuschlag für den Anschlussflug		ohne Mehrpreis 100,- €
<input type="checkbox"/>	„Rail & Fly“ – Bahnfahrt 2. Klasse (inkl. IC-/ICE-Benutzung) von allen DB-Bahnhöfen zum Flughafen Frankfurt/Main und zurück		ohne Mehrpreis

<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer unterbringung für Teiln.-Nr. _____	345,- €
<input type="checkbox"/>	RDB/HanseMercur-Reiseversicherungspaket mit Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,- €), Notfall- und Auslandsreise- Krankenversicherung	19,- €

Hiermit melde ich verbindlich folgende Teilnehmer zu o. a. Reise an (bitte getrennte Rechnungslegung):

	<i>NAME, Vorname (lt. Reisepass)</i>	Alter	Beruf	Genau Wohn-/Rechnungsanschrift Telefon/Fax-Nr.
1.				
2.				
3.				
4.				

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen eine angenehme und interessante Reise!

bvvp, Schwimmbadstr. 22, 79100 Freiburg i. Br., Tel. 0761-7910245, bvvp@bvvp.de
 ++++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter+++++bvvp-online-Newsletter
 ++++++