Berufshaftpflichtversicherung

Haftpflichtfälle machen auch vor unserem Fachgebiet nicht Halt. Wie wir der Presse entnommen und auch von Mitgliedern erfahren haben, kündigen Versicherungen derzeit reihenweise jahrelang schadenfreie Altverträge mit günstigen Beiträgen oder erhöhen diese. Wir konnten hier schon einigen Kolleginnen und Kollegen weiterhelfen. Zu den Berufspflichten eines Arztes gehört es, sich „hinreichend gegen Haftungsansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern". Ärztekammern überlegen sogar dies in die Berufsordnungen aufzunehmen.
All das sind gute Gründe die wahrscheinlich bereits bestehende Haftpflichtversicherung zu überprüfen, ob sie noch zeitgemäß und ausreichend ist.

Informieren Sie sich auch unter **www.bpm-ev.de!**

Worauf sollten Sie bei Ihrer Berufshaftpflichtversicherung achten?

- Die Versicherungssumme sollte mind. 3 Mio. Euro betragen. In bestimmten Fällen sollte diese auf bis zu 5 Mio. Euro erhöht werden.
- Die Vermögensschadenhaftpflicht (etwa für Gutachtertätigkeiten) sollte im Vertrag enthalten sein.
- Für die Zeit nach der Praxisaufgabe ist es sinnvoll, eine „Nachhaftung" einzuschließen.
- Zwischen Kündigung des Altvertrags und Neuabschluss darf keine zeitliche Lücke entstehen.
- Beruf- und Strafrechtsschutz sollten integriert werden.
- Ohne Vergleich von Beitrag und Leistung sollte kein Vertrag abgeschlossen werden.
- Die Privat-Haftpflicht sollten Sie ebenfalls nicht vergessen!

Lesen Sie mehr in beiliegendem Flyer und lassen Sie sich ein unverbindliches Vergleichsangebot berechnen! ■

International College of Psychosomatic Medicine

Alle 2 Jahre treffen sich die Psychosomatiker aus aller Welt in einem anderen Land. Der letzte Weltkongress fand vor 2 Jahren in Turin statt. 2011 wurde dieser Kongress nach 2005 (Japan) wieder von einem asiatischen Land organisiert. So trafen sich vom 25.-28.08.2011 600 Psychosomatiker aus 38 Ländern zum wissenschaftlichen Austausch in Seoul/Korea. Herbert Menzel hat es sich seit einigen Jahren zur Aufgabe gemacht, die deutsche Psychosomatische Medizin auf internationalen Kongressen zu vertreten. Sein Vortrag „Training and Education in Psychosomatic Medicine, what is similar – what is different" stieß auf großes Interesse. (Der Vortrag ist auf der BPM-Homepage dokumentiert.) 2013 wird der Weltkongress in Lissabon / Portugal stattfinden.
Der European Congress on Psychosomatic Research (ECPR) wird 2012 in Aarhus (Dänemark) stattfinden.

▶ **ICPM 2011 – www.icpm.org**

Gemeinsam stark durch Kompetenz und Erfahrung – jetzt Mitglied werden!

Hiermit beantrage ich satzungsgemäß

☐ **die ordentliche Mitgliedschaft** als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin.

☐ **die außerordentliche Mitgliedschaft** als Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Weiterbildung (halber Mitgliedsbeitrag).

☐ **die außerordentliche Mitgliedschaft** als Arzt/Ärztin mit der Zusatzbezeichnung
☐ Psychotherapie (fachgebunden)
☐ oder Psychoanalyse.

Name

Vorname

Akad. Grad

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Tel.

Fax

E-Mail

Geburtsdatum

Weitere Facharztanerkennungen

✗

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

Ich bin einverstanden, dass der Einzug des Mitgliedsbeitrages in der jeweils von der Mitgliederversammlung beschlossenen Höhe (€ 180,-- bzw. € 90,--, Stand 2011) widerruflich eingezogen wird von meinem Konto bei der

Bank

Konto-Nr.

BLZ

✗

Unterschrift

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Abschnitt
per Fax an 030 8215191 oder per Post an: BPM-Geschäftsstelle, Dr. Herbert Menzel, Landauer Str. 7, 14197 Berlin

BPM Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.

BPM Aktuell

Newsletter des Berufsverbandes der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.

03/11

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in diesem Jahr der politischen und wirtschaftlichen Turbulenzen wird auch intensiv am GKV-Versorgungsstrukturgesetz gearbeitet. Ende September wurde es erstmals im Bundestag behandelt.
Größte Sorge der Politik ist die medizinische Versorgung in ländlichen Gebieten. Die Lösung dieses Problems, das die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst, stößt auf große Schwierigkeiten. Für uns wird die wiedererweckte Regionalisierung mit größerer Macht der KVen in der Honorarverteilung problematisch, da große Fachgruppen ihre Interessen mit ihrer Mehrheit durchsetzen können. Unsere Interessen könnten dabei unter die Räder kommen.
In Bezug auf psychotherapeutische Leistungen haben wir uns gemeinsam mit dem KBV-Vorstand an das BMG gewandt und eine Fortdauer der zentralen Regelungen gefordert und uns für eine extrabudgetäre Vergütung psychotherapeutischer Leistungen eingesetzt. (Der Brief wurde auf der BPM-Homepage dokumentiert.)
Es ist zu hoffen, dass das BMG sich trotz desolater Lage der FDP zu einer Novellierung der GOÄ noch in dieser Legislaturperiode bereitfindet. An den Vorarbeiten innerhalb der Bundesärztekammer wurden wir intensiv beteiligt.
Ein weiteres politisches Anliegen ist ein eigenständiger Bedarfsplanungsbereich auch für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
Hierüber werden wir in der nächsten Zeit intensiv berichten.

Bleiben Sie uns gewogen!
In diesem Sinne grüßt Sie herzlich

Dr. Herbert Menzel
BPM-Vorsitzender

Nachvergütung

Für das Jahr 2008 wird es eine Nachvergütung geben. Der Grund sind die auf € 42.974,-- angepassten Betriebskosten. Bundesweit sind hierzu ca. 20 Millionen Euro notwendig. Allerdings werden vermutlich nur diejenigen unter Ihnen hiervon profitieren, die regelmäßig Widerspruch gegen den Honorarbescheid eingelegt haben. Bitte legen Sie gerade auch aus diesem Grund jedes Quartal Widerspruch gegen Ihren Honorarbescheid ein. Bitten Sie darum, diesen vorerst ruhen, das heißt nicht verbescheiden, zu lassen. ■

Kassenpsychotherapeutische Vereinigung?

Eine eigenständige Kassenpsychotherapeutische Vereinigung wurde auf der KBV-Ebene von allen Fachausschüssen abgelehnt. Man will keine neue Sektorengrenze und keine Schwächung des Kollektivvertragssystems. Die gemeinsame Betrachtung psychischer und somatischer Faktoren wurde betont. ■

Jahrestagung 2011: „Mein Doktor sagt, ich habe nichts." Somatoforme Störungen in Klinik und Praxis. 11. – 12. November 2011, Berlin

Freitag, 11. November 2011

17:00 Uhr: Dr. Regina Klakow-Franck M.A., Berlin (Bundesärztekammer): Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – eine unendliche Geschichte? Konsequenzen für das Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

***Ab 19:30 Uhr:* Festabend**

Samstag, 12. November 2011

9:45 Uhr: Grußwort: Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstands der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

10:00 Uhr: Dr. Hans-Martin Rothe, Görlitz: Somatoforme Störungen in Klinik und Praxis. Vortrag und Diskussion

11:30 Uhr: Dr. Hilka Gunold, Leipzig: Die Notwendigkeit psychosomatischer Versorgung – Fallbeispiele aus einer kardiologischen Abteilung
PD Dr. Cora Weber, Berlin: Das Herz als Projektionsort für psychische Konflikte – Fiktion und Fakten

14:00 Uhr: Dr. Théo Leydenbach: Dystonien – Neurobiologie und Psychodynamik (mit Fallbeispielen von Musikern)

16:00 Uhr: Dr. David Goecker, Berlin: Sexuelle Funktionsstörungen bei Mann und Frau: Symptomatik und Behandlung – Sexualität in den Zeiten der Beliebigkeit

BPM Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.

Die Vertretung Ihres Fachgebietes

Weitere Infos unter **www.bpm-ev.de,** Anmeldung über **info@bpm-ev.de**

Ambulante Kodierrichtlinien

Die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) wurden wegen des zu erwartenden Wegfalls der Rechtsgrundlage für eine AKR-Einführung ausgesetzt. Möglicherweise werden diese aber wieder reaktiviert, da derzeit kein besseres Instrument zur Erfassung der Morbidität zur Verfügung steht. Die Ärzteschaft hat in der Vergangenheit für zunehmende Morbidität immer mehr Geld für das System der Gesetzlichen Krankenversicherungen gefordert, steht nun aber in der Pflicht diese nachzuweisen.

Wahrheitsgemäß verschlüsseln

Früher ging man davon aus, dass die Menge der verordneten Medikamente, die Zahl der Arbeitsunfähigkeits- bzw. Krankenhaustage ein Maß für die Morbidität sei. Wenn wir Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hierüber die Morbidität unserer Patienten darstellen müssten, hätten wir ernsthafte Probleme. Ist es doch gerade unser therapeutisches Anliegen, all dies möglichst zu vermeiden.

Für uns ist die Diagnoseverschlüsselung mit Hilfe der AKR nicht schwierig. Wir empfehlen Ihnen, auf alle Fälle alle krankheits- und therapierelevanten und insbesondere auch die somatischen Diagnosen anzugeben, um wahrheitsgemäß und möglichst umfassend die Schwere der jeweiligen Erkrankung unserer Patienten darzulegen.

Es sollte nicht dazu kommen, dass Psychologische Psychotherapeuten sorgfältiger verschlüsseln und sich herausstellt, dass diese kränkere Patienten behandeln. ■

Impressum: *Hrsg.: Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM) e.V., Dr. med. H. Menzel, Vors., (V.i.S.d.P.), Landauer Str. 7, 14197 Berlin. Gestaltung: Kathrin Herwig, München. Druck: idee Druckhaus GmbH, Bedburg*

Honorar 2012

Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird im anstehenden GKV-Versorgungsstrukturgesetz geregelt, dass die Richtlinienpsychotherapie weiterhin bundesweit und mit einem angemessenen Punktwert vergütet wird. Auch bei den zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen wird es voraussichtlich bleiben. Allerdings sollen mit dem Versorgungsstrukturgesetz die KVen auch wieder mehr regionale Gestaltungsspielräume erhalten. Das mag für die eine Fachgruppe hilfreich sein, ermöglicht den KVen aber auch – wie leider in Berlin, Bremen, Baden-Württemberg und jetzt auch Sachsen bereits geschehen – die Leistungen aus EBM-Kap. 22 (und 23) regional unterschiedlich (und meist schlechter) zu vergüten. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu diesem Problem lauten wie folgt: Unter Punkt 4 „Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“ steht: „Die Summe der Leistungen mit einer abgerechneten ärztlichen bzw. therapeutischen Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung sind bis zu der gemäß 4.2 ermittelten zeitbezogenen Kapazitätsgrenze je Arzt mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung zu vergüten.“

Was ist Fakt?

Das heißt ganz klar, dass alle Leistungen aus den EBM-Kapiteln 22, 23 und 35 (die eben unter die zeitbezogene Kapazitätsgrenze fallen) mit dem bundesweiten Punktwert von derzeit 3,5 Cent vergütet werden müssen.

Unter Punkt 4.3 „Finanzierung der Leistungen innerhalb der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze“ steht allerdings auch: „Für die Umsetzung der Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen sowie der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen bis zur zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung ist ein Vergütungsvolumen aus der Summe der Vergütungsvolumen gemäß Abschnitt I, Nr. 2.4, erster Absatz sowie dem für die in 4.1 genannten Arztgruppen ermittelten arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumen gemäß Abschnitt I, 3.1.3 zu bilden. Über das Verfahren bei Über- und Unterschreitung des Vergütungsvolumens nach Satz 1 einigen sich die Partner der Gesamtverträge …“

Forderungen an KVen und Krankenkassen

Die KVen und die Krankenkassen sind demnach verpflichtet, den o. g. Beschluss umzusetzen und die erbrachten und abgerechneten Leistungen innerhalb des Zeitbudgets mit dem derzeitigen bundesweiten Orientierungspunktwert von 3,5 Cent zu vergüten und ggf. Geld nachzuschießen bzw. anders bereitzustellen. In den meisten KVen scheint dies zu funktionieren.

Falls dieser Bewertungsausschuss-Beschluss in Ihrer KV nicht entsprechend umgesetzt wird, ist das ganz klar rechtswidrig. Wir bitten Sie, uns hierüber umgehend zu informieren.

Das bedeutet für Sie, dass Sie Widerspruch gegen den Honorarbescheid einlegen müssen. Die Berliner Kollegen können das von Frau Stennes dankenswerterweise zur Verfügung gestellte Muster-Widerspruchsschreiben verwenden. Die Kollegen aus Baden-Württemberg, Bremen und Sachsen können ein etwas modifiziertes Muster-Widerspruchsschreiben verwenden.

▶ **Sie finden beide unter www.bpm-ev.de**

Qualitätsmanagement

Untersuchungen der KVen ergaben, dass 78,5 % der Ärzte/Psychotherapeuten die Anforderungen der QM-Richtlinie erfüllt oder übererfüllt haben.

Bundesweite KV-Mitgliederbefragung

Im Jahr 2012 findet eine weitere Befragung der KV-Mitglieder statt. Insbesondere sollen Fragen zu berufsrechtlichen und honorarpolitischen Problemen, aber auch zur Mitgliederzufriedenheit gestellt werden.

Elektronische Gesundheitskarte

Fakt ist, dass die Krankenkassen jetzt Zug um Zug die elektronischen Gesundheitskarten (eGK) an ihre Versicherten versenden und diese von den alten Lesegeräten nicht gelesen werden können. Wichtig ist, dass Sie ein neues Lesegerät bestellt und die Pauschalen für das Gerät und die Installation beantragt haben. Einige KVen haben die Fristen hierfür bereits verlängert. Üblicherweise benötigen wir ausschließlich stationäre Lesegeräte. Sollten Sie häufiger Hausbesuche machen, können Sie zusätzlich ein mobiles Lesegerät beantragen. Bitte beachten Sie, dass ein mobiles Lesegerät allein nicht ausreicht, da Sie mit diesem nicht – wie für die Zukunft geplant – online gehen können. Wählen Sie ein Lesegerät, das auch von Ihrem Abrechnungssystem unterstützt wird. Die Krankenkassen werden derzeit von der Politik ziemlich unter Druck gesetzt, die elektronischen Gesundheitskarten möglichst rasch an ihre Versicherten auszugeben, dementsprechend befristen sie eben auch die Kostenübernahme. Sollten Sie also die Pauschale für Ihr neues Lesegerät nicht rechtzeitig beantragt haben, müssen Sie die Lesegeräte später selbst bezahlen.

GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

Für die Patienten strebt das Bundesgesundheitsministerium (BMG) über ein Patientenrechtegesetz die dauerhafte Einrichtung einer unabhängigen Patientenberatung an. Pflegekräfte und Ärzte sollen durch Bürokratieabbau und die „Anwendung von technischen Hilfen“ entlastet werden. Die Wartezeiten sollen verkürzt werden. Nach stationärer Behandlung soll das Entlass-Management verbessert werden.

GKV-VStG – was bedeutet das für uns?

Die Politik hat erkannt, dass es einen Ärztemangel gibt und dass sich dieser aufgrund der demographischen Entwicklung noch verschärfen wird. Das GKV-VStG soll zur Sicherstellung einer guten, flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung beitragen. Zur Sicherstellung setzt die Politik weiterhin auf das KV-System. Wenn die Politik trotz Arztmangel an der flächendeckenden Versorgung festhält, muss sie – entsprechend der fehlenden Allgemeinärzte – auch gegen den Arztmangel im fachärztlichen und insbesondere in unserem Fachgebiet etwas tun. Die Berufsausübungsmöglichkeiten sollen weiter flexibilisiert werden. Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wird verbessert.

Die Neuordnung der Bedarfsplanung und insbesondere die eigene Bedarfsplanung für uns Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entspricht einer langjährigen Forderung des BPM. Die Planungsbereiche sollen nach Versorgungsnotwendigkeiten flexibilisiert werden. Bei der Sonderbedarfszulassung soll lokaler Sonderbedarf berücksichtigt werden können. Bei der Erhebung der Verhältniszahlen sollen u. a. die Sozialstruktur der Bevölkerung, die räumliche Ordnung im Planungsbezirk, die demographische Entwicklung und die Morbidität berücksichtigt werden.

Dr. Menzel auf der KBV-Versorgungsmesse 2011

Bezüglich der Reform der vertragsärztlichen Vergütung wird wohl der Forderung vieler KVen Rechnung getragen und die regionale Gesamtvertragskompetenz und die Honorarverteilungsautonomie der KVen wiederhergestellt werden. Das bedeutet für uns, dass wir wieder in jeder KV für unser Honorar „kämpfen“ werden müssen. Für uns ist die derzeitige bundesweite Honorarregelung – so sie denn eingehalten wird – eindeutig günstiger. Die KBV setzt sich zwar für die „vollumfängliche Finanzierung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie durch die Krankenkassen“ ein, für die entsprechende Vergütung der nichtgenehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen (z. B. probatorische Sitzungen) und die Vergütung des Facharztkapitels 22 werden wir uns aber weiter tatkräftig einsetzen und ggf. klagen müssen. Hier wird der BPM in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsverbänden an allen maßgeblichen Stellen vorgehen.

Für uns ebenfalls wichtig ist, dass die Politik die Kostenerstattung und die Einführung einer prozentualen Eigenbeteiligung der Versicherten derzeit klar ablehnt. Da bleiben unsere Patienten wohl erst einmal von Zuzahlungen in der Psychotherapie verschont.

Dr. I. Pfaffinger

Einführung des neuen stationären Entgeltsystems am 01.01.2013

Die Einführung des „Psych-Entgeltsystems nach § 17d KHG“ geht zum 01.01.2013 in eine neue Phase: Ab diesem Zeitpunkt können die Psych-Entgelte gegenüber Krankenkassen und Patienten abgerechnet werden, allerdings noch budgetneutral.

Die Politik verspricht sich dadurch transparentere Leistungsstrukturen in den Krankenhäusern für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin. Ähnlich wie bei der Einführung des DRG-Systems in den somatischen Krankenhäusern soll das Psych-Entgeltsystem schrittweise und als lernendes System eingeführt werden. Nach einer 4-jährigen budgetneutralen Phase soll sich eine 5-jährige Konvergenzphase anschließen.

Was bedeutet das für psychosomatische Krankenhäuser? Zuerst einmal erheblich mehr Verwaltungsarbeit. Denn das System ist als „durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem auf der Grundlage von tagesbezogenen Entgelten“ konzipiert. Das heißt, dass jede Leistung, die am oder in Bezug auf den Patienten erbracht wird, einzeln erfasst und dokumentiert wird. Diese Hürden haben die meisten Kliniken bereits überwunden, einige allerdings noch mit hohem Personaleinsatz, andere dagegen bereits mit optimierter Dokumentation durch elektronische Erfassungssysteme. Die damit erhobenen Leistungsdaten werden sog. OPS-Codes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) zugeordnet, in denen zwischen verschiedenen Versorgungsstufen unterschieden wird, so z. B. die „9-63 Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen“.

Manche Kollegen aus psychosomatischen Krankenhäusern sehen der Entwicklung mit großer Sorge entgegen, andere dagegen erwarten sich eher Vorteile für Psychosomatische Kliniken. Sie argumentieren mit der höheren Leistungsdichte (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Spezialtherapien) in der Psychosomatik gegenüber der im gleichen System abrechnenden Psychiatrie. Allerdings wird mit Sicherheit nicht mehr Geld ins System kommen. Zudem ist zurzeit völlig unklar, welchen Anteil sog. Grund- oder Sockelleistungen (also ohne Einzelleistungsnachweis, z. B. auch Vorhalteleistungen) ausmachen werden. Bei einem hohen Anteil dieser Grundleistungen nimmt aber das Gewicht der differenziert erfassten Einzelleistungen wieder ab. Die Krankenhausgremien der großen Fachgesellschaften bemühen sich daher zurzeit intensiv um eine leistungsgerechte Abbildung der Versorgung in den Kliniken des jeweiligen Fachgebietes.

Einen positiven Aspekt des neuen Psych-Entgeltsystems stellt hingegen die Stärkung sektorenübergreifender Versorgungsmöglichkeiten durch die Einführung psychosomatischer und psychotherapeutischer Institutsambulanzen an Krankenhäusern und Fachabteilungen dar. Hierdurch dürfte eine bessere Versorgung im Bereich von Spezialindikationen gelingen und die Kooperation mit dem ambulanten Sektor gestärkt werden.

Dr. G. Berberich