



Mitteilungen der Landespsychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein

Liebe Kollegin, lieber Kollege,

in den letzten Monaten hat es für die Kammerarbeit im Wesentlichen drei Schwerpunkte gegeben: Die Erarbeitung einer Fortbildungsordnung, Vorbereitungsarbeiten für die Entscheidung zur Gründung eines Versorgungswerks und Lobbyarbeit für eine angemessene Vergütung der angestellten und niedergelassenen Kollegen.

Durch die Erarbeitung einer Fortbildungsordnung sollte den gesetzlichen Vorschriften des SGB V Genüge getan werden. Der § 95 d des SGB V schreibt eine Fortbildungspflicht für diejenigen vor, die an der sozialrechtlichen Krankenversorgung teilnehmen. Zu dieser Personengruppe zählen sowohl die niedergelassenen Psychotherapeuten als auch die in Versorgungszentren angestellten Kolleginnen und Kollegen. Bis zum 30. Juni 2009 muss erstmals und dann fortlaufend im 5-Jahres-Turnus der Nachweis für die Erfüllung der Fortbildungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber erbracht werden. Die Aufgabe der Psychotherapeutenkammer dabei ist es, einen rechtlichen Rahmen zu schaffen, damit ein von der Kammer ausgestelltes Fortbildungszertifikat von der Kassenärztlichen Vereinigung ohne weitere Prüfung anerkannt wird. In Absprache mit der Kassenärztlichen Vereinigung, Herrn Bartz, können dabei auch Fortbildungen rückwirkend ab dem 01.01.04 anerkannt werden, weil zu diesem Zeitpunkt das Gesetz in Kraft getreten ist. Diese Regelung gilt nur für Kollegen, die ab dem 01.01.04 bereits in der vertragsärztlichen Versorgung tätig waren. Wer später seine Zulassung bekommen hat, kann seine Fortbildungen ab dem 01.07.04 anerkennen lassen.

Auch wenn die erwähnte Fortbildungspflicht des SGB V nur die sozialrechtlich Zugelassenen (einschließlich der in Versorgungszentren angestellten Psychotherapeuten) betrifft, gibt es darüber hinaus für alle Kammermitglieder eine allgemeine

Fortbildungspflicht, die durch das Heilberufegesetz des Landes Schleswig-Holstein vorgegeben ist. Allerdings gibt es hierzu bislang noch keine Nachweispflicht.

Der Fort- und Weiterbildungsausschuss der PKSH wollte mit dem erarbeiteten Entwurf für eine Fortbildungsordnung diese beiden Fortbildungspflichten (gemäß SGB V und gemäß Heilberufegesetz S.-H.) miteinander kompatibel machen und in eine einheitliche Fortbildungsordnung integrieren. Der Sinn, der dahinter steht, ist, dass die Kriterien für die Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich der Psychotherapie von der Psychotherapeutenkammer festgelegt werden sollten und nicht von Fachfremden (z. B. Juristen, Ärzten oder Verwaltungsbeamten).

Neben dieser Entscheidung für eine Fortbildungsordnung für alle Kammermitglieder zeigte sich aber auch eine Schwierigkeit darin, die unterschiedlichen Vorgaben der Gesetzestexte (SGB V einerseits und Heilberufegesetz andererseits) in einer gemeinsamen Fortbildungsordnung zu integrieren. So müssen Veranstaltungen, die den Kriterien des § 95 d SGB V genügen, inhaltlich behandlungsrelevant sein, während Fortbildung nach dem Heilberufegesetz auch in Randbereichen der Berufsausübung (z. B. Steuerrecht für Psychotherapeuten) anerkannt wäre. Die Kammerversammlung beschloss daher, den vorgelegten Entwurf einer Fortbildungsordnung an den zuständigen Ausschuss zur Überarbeitung zurückzugeben und auf der nächsten Kammerversammlung am 28. Mai die endgültige Fortbildungsordnung zu verabschieden.

Ein weiterer Schwerpunkt der Kammerarbeit war die Beschäftigung mit Fragen im Zusammenhang mit der Entscheidung für die Gründung eines Versorgungswerks für unsere Kammermitglieder. Berufsständi-

sche Versorgungswerke für verkammerte Berufe bieten den Berufsangehörigen eine angemessene Altersvorsorge, Schutz im Invaliditätsfall und eine Absicherung der Hinterbliebenen.

Im Hinblick auf die aktuelle Rentendiskussion und die Unwägbarkeiten der gesetzlichen Rentenversicherung bietet die Gründung eines berufsständischen Versorgungswerks sowohl für die selbstständigen als auch für die angestellten Kollegen eine gesicherte und rentable Altersvorsorge. Handelt es sich bei dem Finanzierungssystem der gesetzlichen Rentenversicherung um ein so genanntes Umlagesystem (im Rahmen des Generationenvertrags finanzieren die heute Berufstätigen durch ihre Beiträge die heutigen Renten), so handelt es sich bei den Versorgungswerken um ein so genanntes Kapitaldeckungsverfahren, nach dem jeder Versicherte selbst durch seine Beiträge mit Zins und Zinseszins und den sich daraus ergebenden Anwartschaften seine eigene spätere Rente finanziert. Dieses Finanzierungssystem der Versorgungswerke gibt den Versicherten mehr Sicherheit und bietet in der Regel durch die geringeren Verwaltungskosten eine höhere Altersrente als die gesetzliche Rentenversicherung oder eine private Vorsorge.

Bei den Risiken, die durch ein Versorgungswerk abgedeckt sind, handelt es sich um die eigene Altersrente des Versicherten (in der Regel ist der Beginn dieser Altersrente bei den Versorgungswerken ab dem 60. Lebensjahr frei wählbar), um die Invaliditätsrente im Falle der Berufsunfähigkeit und um die finanzielle Absicherung der Hinterbliebenen beim Tod des Versicherten.

Besteht ein berufsständisches Versorgungswerk, sind alle Angehörige des Berufsstandes automatisch innerhalb des Versorgungswerkes pflichtversichert. Zum Zeitpunkt der Gründung des Versorgungswerks

haben allerdings alle Kammermitglieder innerhalb eines angemessenen Zeitraumes (zumeist 6 Monate) ein Befreiungsrecht von dieser Versicherungspflicht. Ohne Angabe von Gründen kann dabei jeder für sich entscheiden, ob er dem Versorgungswerk angehören will oder nicht. Eine entsprechende Regelung für Angestellte, damit diese sich auch nach Ablauf dieser Übergangsfrist von der Versicherungspflicht in einem Versorgungswerk befreien können, muss über die Satzung des Versorgungswerks erfolgen. Dies ist deshalb notwendig, da Mitte der 90-er Jahre der Gesetzgeber das Befreiungsrecht für Angestellte von der gesetzlichen Rentenversicherungspflicht (bei der BfA) und damit die Möglichkeit einer alleinigen Absicherung über ein Versorgungswerk abgeschafft hat. Pflichtversicherte Angestellte müssen daher in der BfA verbleiben, haben aber die Möglichkeit, sich eine freiwillige zusätzliche Altersvorsorge durch das Versorgungswerk zu verschaffen.

Der Vorstand der PKS SH wird auf der nächsten Kammerversammlung über das Thema Versorgungswerk ausführlich berichten. Die Entscheidung über die Gründung eines Versorgungswerkes bleibt der Kammerversammlung vorbehalten.

Ein weiterer Schwerpunkt der Vorstandsarbeit war die Erhebung eines Fragebogens für Angestellte und niedergelassenen Kollegen. Aus diesen Daten, die sich auf Art und Umfang der Tätigkeit im Zusammenhang mit der Vergütung beziehen, können wichtige Argumente für zukünftige Lobby-

Jahresrechnung 2003

Bei der letzten Kammerversammlung erläuterte Herr Dr. Rogner und der Geschäftsführer der Kammer Herr Borowski den Haushaltsabschluss des Rumpffahrs 2003. Das Haushaltsjahr weist auf Basis eines realistischen Haushaltsplan einen soliden Abschluss ohne Defizit aus und lässt erwarten, dass auch das Jahr 2004 ohne Defizit abgeschlossen werden kann.

Nach dem anschließenden Bericht des Rechnungsprüfungsausschusses (Frau Dürkop und Herr Deutschmann) erfolgte die Entlastung des Vorstandes.

arbeit gezogen werden. Der Rücklauf der Fragebogenaktion war erfreulich hoch, wir bedanken uns an dieser Stelle für die Unterstützung unserer Kammermitglieder.

Neben diesen schwerpunktmäßigen Aufgaben hat der Vorstand der PKS SH seit der letzten Kammerversammlung im November 2003 zehn Mal getagt. Die Vorstandsmitglieder haben an diversen auswärtigen Sitzungen teilgenommen, u. a. an Gesprächen mit verschiedenen Landtagsabgeordneten, an einer Anhörung vor dem Sozialausschuss, am Länderrat und am Expertenhearing zur Neuropsychologie. Die Möglichkeiten der Kooperation und der Nutzung von Synergieeffekten der vier benachbarten Landeskammern (Niedersachsen, Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein) wurden im Rahmen eines Treffens der Vorstände der Nordkammern im Dezember

2003 in Hamburg besprochen. Dabei ging es um die Zusammenarbeit bei Fragen der Angestellten, einen Internetsuchdienst/ PsychFindex, einen gemeinsamen norddeutschen Psychotherapeutentag, eine gemeinsame Akkreditierungs- und Zertifizierungsstelle für die norddeutschen Kammern und einer Kooperation der Schlichtungsstellen. Am 21. April fand ein Treffen der Nordkammern in Bremen zur Koordination der Fortbildungsordnungen der Länder statt, um ggf. eine gemeinsame Zertifizierungsstelle einrichten zu können. Weitere Gespräche sind geplant. Im Gesundheitsministerium trafen sich die Heilberufekammern Schleswig-Holsteins zu möglichen Änderungen des Heilberufegesetzes im Rahmen des neuen EU-Rechtes. Ein Treffen mit der Ärztekammer und der dortigen Fortbildungsakademie ist für Juni geplant.

Verabschiedung einer Gebührenordnung

Der Geschäftsführer legte der Kammerversammlung einen detaillierten Entwurf einer Gebührenordnung zur Beschlussfassung vor. Diese soll gewährleisten, dass von einem Kammermitglied persönlich veranlasste Sonderleistungen und Amtshandlungen ausschließlich diesem Kammermitglied in Rechnung gestellt werden können.

Die üblichen Serviceleistungen der Kammer für ihre Mitglieder sind davon nicht betroffen und natürlich weiterhin kostenlos. Die Kammerversammlung stimmte mit deutlicher Mehrheit für den vorgelegten Entwurf.

Information zur Kostenerstattung

Was tun, wenn die psychotherapeutische Versorgung nicht gewährleistet ist?

Von Heiko Borchers

Im folgenden Abschnitt soll informiert werden über die Erbringung und Abrechnung von Psychotherapie außerhalb der Vertragspsychotherapie, d. h. ohne eine sozialrechtliche Zulassung innezuhaben. Diese vornehmlich in den Jahren vor 1999 unter dem Begriff der Kostenerstattungspsychotherapie bekannte Möglichkeit, für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen psychotherapeutische Behandlung in Anspruch zu nehmen, ist nicht zu verwech-

seln mit der jüngst durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) eingeführten und für alle Versicherten geltenden generellen Wahlmöglichkeit zwischen Kostenerstattung und Sachleistung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V (Näheres hierzu siehe: Best/Gerlach/Kommer/Orlowski/Wasem/Weidhaas, Gesundheitsreform 2004, S. 9 ff).

Es war seinerzeit die erklärte Absicht des Gesetzgebers, mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) eine dauerhafte Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung zu schaffen. Doch nach wie vor gibt es Regionen mit einer deutlichen Unterversorgung. Besonders bei

der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie hat das Gesetz vielerorts keine durchgreifende Verbesserung gebracht.

In derartigen Fällen von Unterversorgung haben die Regelungen gemäß § 13 Abs. 3 SGB V und die Gerichtsentscheide, insbesondere der Vergleich vor dem Bundessozialgericht (BSG) vom 21.05.1997 mit Aktenzeichen 6 RKa 15/97 weiterhin Gültigkeit und geben Orientierung. Es ergibt sich hierdurch für den in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten eine besondere Form der Leistungsbeschaffung und für den Psychotherapeuten ein Weg der Leistungserbringung und Abrechnung ohne Vertragspsychotherapeutensitz.

Vom BSG wurden erstmals deutlich die Bedingungen genannt, unter denen eine rechtskonforme Kostenerstattung (außervertragliche Kostenübernahme) gemäß Sozialgesetzbuch (SGB V) für Leistungen von Psychotherapeuten möglich ist.

1. Der Antrag des Versicherten auf Durchführung der Behandlung muss durch einen zur psychotherapeutischen Vertragsbehandlung berechtigten Behandler befürwortet werden (sog. Notwendigkeitsbescheinigung).
2. Leistungen in der Kostenerstattung dürfen nur für die in den Psychotherapie-Richtlinien zugelassenen Verfahren erbracht werden.
3. Leistungen in der Kostenerstattung (gem. § 13 Abs. 3 SGB V) dürfen nur vergütet werden, wenn ein an der vertraglichen Versorgung beteiligter Psychotherapeut (Arzt, Psychologischer Psychotherapeut oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) nicht zur Verfügung steht.

Es ist dem Wortlaut des Vergleichs (BSG Az. 6 RKa 15/97) nach Sache der zur Sicherstellung der Versorgung verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen, einen Vertragsbehandler zur Verfügung zu stellen, nicht Aufgabe des Patienten, sich einen Platz zu suchen. Wenn im Zusammenwirken von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkasse kein Vertragsbehandler zur Verfügung ge-

stellt wird, sind die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V erfüllt.

Insofern können KVen und Krankenkassen nicht einfach nur auf Listen mit möglichen Vertragsbehandlern verweisen. Ergibt die Behandlungsanfrage bei einem Vertragsbehandler, dass der nachgefragte Platz nicht zur Verfügung steht, besteht Anspruch auf Kostenerstattung (außervertragliche Behandlung). Mehr als drei vergebliche Behandlungsanfragen sind aus fachlichen Gründen und im Sinne des Gebots einer humanen Krankenbehandlung nicht zumutbar.

Die Versorgung gilt als sichergestellt, wenn eine indizierte Psychotherapie gemäß Psychotherapie-Richtlinien im Zusammenwirken von Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung bei einem Vertragsbehandler zur Verfügung gestellt wird.

Wenn kein Platz zur Verfügung gestellt werden kann, ist alternativ Kostenerstattung bei Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begründet. Nun argumentieren Krankenkassen gerne damit, dass sie behaupten, es gäbe ausreichend Behandlungsplätze, man müsse nur etwas warten. Auch hierauf sind die Richter am Sozialgericht eingegangen: Psychotherapie ist häufig eine schnell erforderliche Behandlungsleistung. Nach den Grundsätzen einer humanen Krankenversorgung ist eine behandlungsbedürftige Erkrankung in aller Regel unverzüglich zu behandeln. Mit hin sind längere Wartezeiten als sechs Wochen als unzumutbar abzulehnen. Im Einzelfall sind möglicherweise Wartezeiten bis zu drei Monaten bei Erwachsenen, aber nur sechs Wochen bei Kinder- und Jugendlichen hinzunehmen, wenn dadurch keine akute Gesundheits- oder andere Beeinträchtigungen des Patienten zu erwarten sind.

In der Praxis hat es sich bewährt, dass der Patient bei der Krankenkasse einen formlosen schriftlichen Antrag auf Kostenerstattung für Psychotherapie stellt. Dem Antrag muss die Notwendigkeitsbescheinigung (siehe oben) beigelegt sein und er sollte folgende Angaben des Psychothera-

peuten beinhalten: Die Diagnose (gemäß ICD) mit Vermerk, dass es sich um eine Krankheit im Sinne des SGB V handelt und dass die psychotherapeutische Behandlung in seiner Praxis umgehend begonnen werden kann. Des Weiteren Angaben über Art und Umfang der Behandlung, die veranschlagte Anzahl der Sitzungen sowie das Honorar pro Sitzung. Die Krankenkasse ist verpflichtet, den Antrag zu bescheiden. Bei einer Ablehnung kann Widerspruch eingelegt werden.

Generell ist jeder approbierter Psychotherapeut befugt, die heilkundliche Psychotherapie auszuüben (§ 1 PsychThG). Die außervertragliche Psychotherapie darf jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen nur erstattet werden, wenn es sich um ein Behandlungsverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinien handelt. So ist es statthaft, wenn die Krankenkasse bzw. deren Medizinischer Dienst (MDK) überprüft, ob die Psychotherapie im beantragten Kostenerstattungsverfahren ein derartiges Behandlungsverfahren darstellt. Es ist nicht Aufgabe des MDK, die generelle Qualifikation des Behandlers zu prüfen. Hierin läge eine grobe Missachtung der Tatsache, dass mit Beginn des Jahres 1999 das Psychotherapeutengesetz in Kraft getreten ist. Außerdem könnte man ein derartiges Vorgehen als eine Diskreditierung der Heilberufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verstehen. Zumindest aus Schleswig-Holstein ist ein solches Ansinnen von Seiten des MDK bekannt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Oswald Rogner, Dr. Angelika Nierobisch, Heiko Borchers, Lea Webert und Peter Koch

Geschäftsstelle

Walkerdamm 17
24103 Kiel
Tel. 0431/661199-0
Fax 0431/661199-5
Mo – Do 9.00 – 14.00 Uhr
Fr 9.00 – 13.00 Uhr
info@pksh.de
www.pksh.de