



Aktuelles aus der psychosozialen Fach- und Berufspolitik

Stand: 31. Januar 2006

Inhaltsverzeichnis

Berufspolitische Informationen

- **Überlegungen zur geplanten Einführung von geteilten Kassenarztsitzen** 4
- **Sind die PsychotherapeutInnen die Gewinner des neuen EBM?**
Dieter Best 6
- **Erwartungen an die große Koalition in Berlin**
Waltraud Deubert 8
- **Aktionstag der Ärzte als Mittwochsdemo und Tag der geschlossenen Praxen** 10
- **Daten und Fakten zur Situation der Ärztinnen und Ärzte aus dem BMG** 12

Tagungsberichte

- **Ergebniskonferenz Externe stationäre Qualitätssicherung
vom 9. November 2005 in Berlin** *Christian Gerlich* 13
- **„Ökonomie und Sucht“ - ein Vortragsabend der Bayerischen Akademie für
Suchtfragen am 7. Dezember 2005** 15
- **Experten-Workshop der Deutschen Rentenversicherung zur Revision der
Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der Rehabilitation (KTL) am 11./12.
Januar 2005 in Berlin** *Sigi Casper* 17

Berichte aus den Landesgruppen

- Baden-Württemberg 20
- Bayern 21
- Hamburg 22

Hessen.....	22
Mecklenburg-Vorpommern	25
Niedersachsen	25
Nordrhein-Westfalen	26
Saarland	27
Schleswig-Holstein	28
Thüringen.....	30

Aus den Psychotherapeutenkammern

➤ Bericht zum 7. Deutschen Psychotherapeutentag am 13. Januar 2006 in Dortmund <i>Heinz Liebeck</i>	31
➤ Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK) <i>Kerstin Burgdorf</i>	31
➤ Workshop der Bundespsychotherapeutenkammer zur Versorgungssituation im ambulanten KJP-Bereich am 21. November 2005 in Berlin <i>Jürgen Kuhlmann</i>	32
➤ Anhörung der Bundespsychotherapeutenkammer zur geplanten Musterweiterbildungsordnung am 18. Januar 2006 in Berlin <i>Günter Ruggaber</i>	34

Alles was Recht ist . . .

➤ Aktuelle Rechtsprechung zur Beitragserhebung der Kammern – Urteile der OVG aus Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz <i>Kerstin Burgdorf</i>	36
➤ Heilpraktiker und Psychotherapie: Kammer Niedersachsen veröffentlicht zulässige Tätigkeitsbezeichnungen	39
➤ Der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) <i>Gerd Dielmann</i>	40

Aus der DGVT

➤ DGVT-Position zur Frage des Zugangs zur Psychotherapieausbildung nach Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen	49
➤ Neue Landesregelung in NRW plant massive Einschnitte – Zuschüsse für Erziehungsberatungsstellen werden wieder gekürzt <i>Wolfgang Schreck</i>	50
➤ Protestschreiben der DGVT wegen Streichung der Landesförderung für die Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit NRW“ <i>Waltraud Deubert</i>	52
➤ Antwortschreiben der SPD <i>Birgit Fischer, stellvertretende Fraktionsvorsitzende</i>	53
➤ VT-Verbändetreffen am 23. Januar 2006 in Frankfurt/M. <i>Heiner Vogel</i>	55

Weitere Infos

➤ Infos, Internethinweise	57
➤ Regionale Mitgliedertreffen, Fortbildungsangebote, Termine	59

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

„wenn wir alles medizinisch Notwendige auf alle Zeit finanzieren, bekommen wir Krankenversicherungsbeiträge von 30 Prozent des Bruttogehaltes“ erklärte Prof. Bernd Raffelhüschen, Institut für Finanzwissenschaft und Volkswirtschaftslehre, Freiburg, bei einem Vortrag in Tübingen und dies, obwohl es gerade mal zwei Jahre her ist, dass SPD und Union die letzte große Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemeinsam auf den Weg gebracht haben. Die versprochene nachhaltige Senkung der Beitragssätze der GKV ist nicht nur ausgeblieben, in der Zwischenzeit haben etliche Krankenkassen ihre Beitragssätze sogar erhöht. Aber immerhin haben die Kassen ihre Schulden weitgehend abgebaut.

Wegen der steigenden Kosten im Arzneimittelbereich wurde bereits das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) auf den Weg gebracht. Es soll zum 1. April 2006 in Kraft treten.

Aus Protest gegen unzureichende Bezahlung und zunehmende Verwaltungstätigkeit haben in der 3. Januarwoche zehntausende Ärzte ihre Praxen geschlossen. Ein Anlass für die Proteste war u. a. die im AVWG vorgesehene „Bonus-Malus-Regel“, nach der ein Arzt bei Überschreitung der festgelegten Tagestherapiekosten um mehr als 5 % zwischen 20 % und 50 % der entstandenen Kosten selbst zahlen muss.

Eine **Zusammenfassung der geplanten Schritte der Koalition** finden Sie unter „Was ist gesundheitspolitisch von der großen Koalition zu erwarten.“ Ergänzend finden Sie zwei Artikel, die sich mit den **Ärzteprotesten** beschäftigen.

Der **7. Deutsche Psychotherapeutentag am 13. Januar in Dortmund** hat die Musterberufsordnung behandelt und endgültig beschlossen. Am 18. Januar hat die Bundespsychotherapeutenkammer eine Anhörung zur **Musterweiterbildungsordnung** durchgeführt.

Die niedergelassenen KollegInnen möchten wir auf die **Diskussion zur geplanten Einführung von geteilten Kassenarztsitzen** und die **Einschätzung zum neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** aufmerksam machen.

Nach wie vor beschäftigt uns die **Situation im ambulanten KJP-Bereich**. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat hierzu am 21. November 2005 einen Workshop veranstaltet.

Die **DGVT-Position zur Frage des Zugangs zur Psychotherapieausbildung nach Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen** finden Sie unter der Rubrik „Aus der DGVT“.

Die **Landesregierung in NRW plant massive Einschnitte im psychosozialen Bereich**. Die DGVT protestierte gegen die Kürzungen der Zuschüsse für Erziehungsberatungsstellen und die Streichung der Landesförderung für die Koordinationsstelle „Frauen und Gesundheit.“

Ferner finden Sie einige Tagungsberichte, eine Besprechung aktueller Urteile zur Beitragserhebung der Psychotherapeutenkammern, eine Zusammenfassung des neuen **Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD)**, Landesberichte, einige Kurzinfos und Termine.

Wir hoffen, Sie zahlreich in Berlin auf dem Kongress und zur MV begrüßen zu können!

Kerstin Burgdorf

Waltraud Deubert

Heiner Vogel

Berufspolitische Informationen

Überlegungen zum geplanten Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG) und der damit verbundenen Möglichkeit zur Einführung von „geteilten Kassenarztsitzen“

Mit der geplanten Gesetzesänderung zur Flexibilisierung der Zulassungsmöglichkeiten für Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten ist eine spannende Diskussion um die beste Lösung entbrannt. Im Folgenden sollen einige wesentliche Vor- und Nachteile und die wesentlichen Argumentationslinien aus dieser Diskussion zusammengefasst werden.

Die *Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)* hatte in ihren Rückmeldungen zur Entwurfsfassung des Gesetzes vorgeschlagen, im Rahmen der Änderung des Zulassungsrechts und der Zulassungsverordnung eine Niederlassung mit einem „halben Kassenarztsitz“ zu ermöglichen. Dies erscheint zunächst viel versprechend – im Detail zeigen sich die Mängel und Nachteile dieser Konstruktion, die prima vista mehr Wahlfreiheit eröffnet.

Der *Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten (bvvp)* hat im Dezember 2005 eine ausführliche Stellungnahme zur Frage der geteilten Kassenarztsitze veröffentlicht und sich eingehend mit den Schwierigkeiten des KBV-Vorschlags befasst. Die mit der Gesetzesänderung zu erwartenden Veränderungen am Status des niedergelassenen Psychotherapeuten sind aus Sicht des bvvp erheblich:

- Das Risiko einer eintretenden eingeschränkten Arbeitsleistung des Psychotherapeuten und der damit verbundene Honorarverlust werde nochmals durch ein weiteres Element des Risikos erhöht – dem des Entzugs eines halben Praxissitzes.
- Dem Praxisinhaber würde durch Entzug einer Hälfte seines Praxissitzes auch die Hälfte des Wertes seiner Praxis entzogen. Dies bei gleichbleibenden Verbindlichkeiten, die bei Einrichtung des ganzen Praxissitzes entstanden sind.
- Und dann die zentrale Frage: wann ist das Kriterium eines halben Praxissitzes erfüllt? Bedeuten 18 Wochenstunden eine halbe Praxis oder gar nur 10 Stunden? Der Status des Vertragspsychotherapeuten würde sich aus Sicht des bvvp dem eines angestellten Psychotherapeuten annähern mit dem Unterschied unsicherer Einnahmen.
- Die Überprüfung der Kriterien wird sicherlich zu einem erheblichen und teuren Verwaltungsaufwand führen; die einsetzenden Kontrollen dürften sich auf Arbeitsmotivation und Leistung der betroffenen Praxisinhaber auswirken.

Angesichts dieser problematischen Aspekte kommt die bvvp-Stellungnahme zu dem Schluss, dass der geplante Vorstoß im Zulassungsrecht überdacht werden sollte. Der bvvp betont, dass die Teilung der Kassenarztsitze die Lage in unterversorgten Gebieten nicht verbessere. Sein Vorschlag geht in Richtung einer Verbesserung der Jobsharing-Möglichkeiten.

Die Argumente gegen die Möglichkeit zur Einführung von geteilten Kassenarztsitzen sind nicht von der Hand zu weisen. Solange die Gesamtvergütung in der Summe begrenzt ist, besteht die berechtigte Sorge, dass neue Teilzulassungen, die im Rahmen der „gedeckelten Honorartöpfe“ bedient werden müssen, für die derzeit im System befindlichen KV-Mitglieder wirtschaftliche Nachteile bringen. Unter der Annahme, dass die KVen eine Teilung von bereits bestehenden Zulassungen nur mit Zustimmung der niedergelassenen VertragspsychotherapeutInnen vornehmen könnten, muss davon ausgegangen werden, dass nur wenige KollegInnen auf dieses „Ansinnen“ eingehen würden.

Verdienstwünsche und den Status erhaltende Wünsche der Vertragspsychotherapeuten sind verständlich. Sie stehen jedoch z. T. in einem **Spannungsverhältnis mit Versorgungsfragen**. Die faktische psychotherapeutische Unterversorgung, die von einer Vielzahl an Studien belegt ist und die von den Psychotherapeutenverbänden und –Kammern in öffentlichen Stellungnahmen immer wieder vehement kritisiert wird, ist eine zu lösende Aufgabe, der sich der Berufsstand ebenso wenig wie die Selbstverwaltung entziehen kann. Die Wartezeiten für PatientInnen in den Ballungsgebieten sind häufig zu lang – Zeiträume von 6-8 Monaten, bis eine Psychotherapie begonnen werden kann, sind keine Seltenheit, in strukturschwachen Bereichen ist die Situation noch dramatischer.

Aus vielen Statistiken der KVen, auch aus früheren Untersuchungen des Bundesministeriums für Gesundheit und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung („Löcherbach-Gutachten, 1998: Bedarfsplanungsprojekt“) ist bekannt, dass viele Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich nicht vollzeitig Kassenpatienten behandeln und dieses aus unterschiedlichen Gründen auch nicht können oder wollen. Wenn diese KollegInnen über einen Vertragsarztsitz verfügen, der eine vollzeitige Tätigkeit im Vertragsarztbereich fiktiv zu Grunde legt, dann ergibt sich doch bereits daraus ein definierbares Potential von nicht ausgefülltem Versorgungsangebot. Wieso dieses Potential nicht ausschöpfen und die nicht in Anspruch genommenen Zulassungsanteile für diejenigen KollegInnen, die gerne niedergelassen arbeiten wollen, zur Verfügung stellen?

In Regionen, in denen bereits jetzt nur wenige Psychotherapeuten zugelassen sind, würde eine "Teilung" von diesen wenigen Sitzen nur eine marginale Verbesserung der Versorgung bringen. Das ist sicher ein richtiger Einwand gegen dieses Konzept - es bringt Verbesserungen der Versorgung zwar für viele Regionen, aber offensichtlich nicht in allen Regionen gleichermaßen und ist somit sicher keine Ideallösung.

Auch der Einwand, dass mit einer Vermehrung der (geteilten) Kassenarztsitze, was zu einer besseren Ausschöpfung der bisherigen fiktiven Bedarfsplanung führen würde, das Gesamtbudget nicht steigt, ist berechtigt. Es würde tatsächlich ein neues Problem entstehen. Punktwerte für antragspflichtige Leistungen sind nach höchstrichterlicher Rechtsprechung zwar definiert und unangreifbar. Jedoch würden die Punktwerte für die übrigen psychotherapeutischen Leistungen bei Ausschöpfung des Honorarbudgets (massiv) sinken. Hier ergibt sich tatsächlich die Notwendigkeit innerhalb der KVen sowie mit den Kassen –unter Beteiligung der Politik – über eine Neufestlegung des psychotherapeutischen Honorarbudgets und der Honorarverteilung innerhalb der KVen zu verhandeln. Denn es kann nicht sein, dass im EBM Leistungen für eine Fachgruppe definiert sind, für die quasi kein Honorar zur Verfügung steht.

Auch das Argument, dass die Einführung von „geteilten Vertragsarztsitzen“, wenn sie denn über Nacht käme und ohne Bestandsschutz sofort umgesetzt würde, zu unzumutbaren Härten führen würde, ist berechtigt. Jedoch ist es eigentlich selbstverständlich in diesen Bereichen, dass die bereits niedergelassenen KollegInnen sicher einen gewissen Bestandsschutz erhalten müssen. Und es versteht sich von selbst, dass Übergangsregelungen definiert werden müssen mit transparenten und fairen Regeln, nach denen eine Umsetzung ohne unzumutbare Einbußen erworbener Besitzstände erfolgen kann.

Wie kann dieser Konflikt aufgelöst werden? Wie kann die Versorgung verbessert werden und wie kann für die anfallenden Mehrkosten Akzeptanz unter den Akteuren im GKV-System (Krankenkassen, KVen) erzielt werden? Wie lassen/ließen sich geeignete Übergangsregelungen formulieren?

Die aktuelle Forderung nach einer **Verbesserung des Jobsharings** erscheint zunächst zwingend und zielführend – unter Beibehaltung des bestehenden Systems könnte durch bessere Ausschöpfung der gesetzlichen Möglichkeiten der Leistungsumfang der einzelnen Praxen gesteigert und damit die Versorgung verbessert werden. Beachtet werden müssen hier jedoch die

Kautelen des Jobsharing-Vertrags und deren z. T. problematische Bedeutung für den Juniorpartner im Rahmen des Jobsharings. Die Vertragsbedingungen orientieren sich eher an den Interessen des „Senior“-Partners, der „Junior“-Partner ist abhängig von der Bereitschaft des Senior-Partners, den eigenen Leistungsumfang einzuschränken. Es werden neue privatrechtliche Abhängigkeiten geschaffen, die häufig zu keiner dauerhaft gesicherten beruflichen Existenz seitens des Neueinsteigers führen. Die Konsequenzen von Teil-Praxen mit geringem Stundenumfang sind für die gesamte Profession wiederum bedeutsam: ein Berufsstand mit langer Ausbildung, der von dem, was er tut, nicht leben kann?

Eine andere Perspektive ist die *getrennte Bedarfsplanung für Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie* und für Erwachsenenpsychotherapie. Sie würde insbesondere eine Verbesserung im KJP-Bereich mit sich bringen, einem besonderen Brennpunkt der Unterversorgung. Damit könnte die Versorgung für Kinder und Jugendliche und gleichfalls für Erwachsene entschieden verbessert werden (wie Modellrechnungen zeigen). Es erscheint jedoch fraglich, ob sich Psychotherapeuten in strukturschwachen Gebieten ansiedeln würden. Dies könnte nur gefördert werden durch die Schaffung weiterer (ökonomischer) Anreize. Eine komplexe Aufgabe für ein System, das Versorgungsgrade nicht nach strukturellen Fragen differenzierend beschreibt, sondern diese nach absoluten Zahlen bemisst.

In der aktuellen Gesetzgebungsdebatte liegt das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz auf dem Tisch mit der theoretischen Möglichkeit, geteilte Vertragsarztsitze vorzusehen. Weder Jobsharing noch Bedarfsplanung sind beim Gesetzgeber in der Diskussion. Natürlich kann und sollte man diese beiden Punkte (die ebenfalls eine Reihe von Problemen mit sich bringen) immer wieder aus psychotherapeutischer Sicht in die Diskussion bringen. Aktuell ergibt sich aber die Frage, ob die Psychotherapeuten sich angesichts der gewünschten und teilweise auch erreichbaren Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung für die Möglichkeit zur Teilung von Vertragsarztsitzen aussprechen (und sachgerechte Übergangsregelungen vorschlagen/fordern), oder ob sie sich - angesichts der damit verbundenen Probleme - lieber dagegen entscheiden, weil damit auch die Gefahr von Übergangsproblemen verringert werden kann. Die Diskussion bei den Verbänden und in den Kammern wird fortgesetzt – wir werden berichten.

Sind die Psychotherapeuten die Gewinner des neuen EBM?¹

Dieter Best

Der EBM im Zusammenspiel mit den Honorarverteilungsverträgen hat zu Verschiebungen der Einkommen zwischen den Arztgruppen geführt, die Proteste ausgelöst haben. In diesem Zusammenhang wurden von manchen KV-Vorständen die Psychotherapeuten als die „Gewinner“ bezeichnet, die zu Lasten der Fachärzte ihr Einkommen gesteigert haben sollen. Solche Darstellungen sind nicht nur sachlich sondern auch politisch falsch. Sie sollen nur von innerärztlichen Verteilungsproblemen ablenken.

Die Analyse der Auswirkungen des neuen EBM im Quartal 2/2005 im Verhältnis zum Quartal 2/2004 zeigt, dass der neue EBM Verschiebungen im Leistungsbedarf, d. h. der abgerechneten Leistungsmenge in Punkten zwischen den Arztgruppen erzeugt hat. Hier haben die Psy-

¹ übernommen mit freundlicher Genehmigung von der Homepage der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung: www.psychotherapeutenverband.org

chotherapeuten, wie eine Untersuchung der wissenschaftlichen Institute der KBV und der Ortskrankenkassen zeigt, unterdurchschnittlich zugelegt. Während insgesamt die Punktzahlmenge um 11,7% zunahm, lagen die Psychologischen Psychotherapeuten lediglich bei 6,4%. Dass die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit 14,2% leicht über dem Durchschnitt liegen, hat damit zu tun, dass es erstmalig eine Gebühr für den hohen Koordinationsaufwand bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen gibt.

Die Verschiebungen der abgerechneten Leistungsmenge waren beabsichtigt. Der neue EBM sollte die ungerechtfertigten Unterschiede durch den alten EBM korrigieren. Insbesondere sollte die persönliche Zuwendung besser honoriert werden. Übrigen zeigt die Analyse auch, dass es „Gewinner“ und „Verlierer“ nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb den Arztgruppen gibt. So haben die Allgemeinärzte, Anästhesisten, Augenärzte, Chirurgen, Gynäkologen, HNO-Ärzte, Hautärzte, fachärztlichen Internisten ohne Schwerpunkt, hausärztlichen Internisten, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden und Urologen mehr „Gewinner“ als „Verlierer“ in den eigenen Reihen.

Dort, wo die Psychotherapeuten Zuwächse beim Honorar zu verzeichnen haben, liegt es einzig und allein daran, dass die Honorarverteilungsverträge endlich die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts umgesetzt haben. Diese Rechtsprechung besagt, dass ein Psychotherapeut bei maximalem Einsatz das Durchschnittseinkommen eines Arztes erreichen können muss. Die Honorarverteilungsverträge haben dieses Urteil, das an sich schon eine grundsätzliche Benachteiligung der Psychotherapie im Verhältnis zur somatischen Medizin enthält, annäherungsweise umgesetzt. Von daher sind die Honorarzuwächse der Psychotherapeuten im Quartal 2/2005 mehr als gerechtfertigt. Weiterhin liegen die Psychotherapeuten aber mit ihren Einkommen deutlich unterhalb der übrigen ärztlichen Einkommen. Selbst bei ihren Umsätzen schneiden sie oft schlechter ab als die anderen Arztgruppen bei den um die Kosten bereinigten Einkommen.

Die Psychotherapeuten verlangen von den KVen, die auch ihre Interessen vertreten sollen, eine objektive Darstellung der Zusammenhänge. Populismus zu Lasten der Psychotherapeuten lenkt nur vom wichtigeren Thema der Unterfinanzierung der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung ab.

Hier vollzieht sich seit Jahren, kaum bemerkt von der Öffentlichkeit, eine Entwicklung, die immer mehr die Versorgung beeinträchtigt, die zu Rationierungen führt und die letztlich auch dazu führt, dass der Beruf des Arztes und Psychotherapeuten immer unattraktiver wird. Die Lücke zwischen dem Versorgungsbedarf und den zur Verfügung stehenden Mitteln beträgt inzwischen 30%. Die Punktwert-Währung hat das wachsende Defizit über die Jahre hinweg abgepuffert und verschleiert. Zwar ist nachvollziehbar, dass Ärzte und Psychotherapeuten bei insgesamt real nicht mehr steigenden Einkommen der Bevölkerung keine relativen Einkommenssteigerungen erwarten können. Nicht einzusehen ist aber, dass sie die wirtschaftlich verursachte Finanzierungslücke mit realen Einkommensverlusten ausgleichen sollen.

Sofern die Proteste der Ärzte das Ziel haben, die Öffentlichkeit und die Politik auf diesen Missstand hinzuweisen, sollten sich Psychotherapeuten an den Protestaktionen beteiligen. Sie sollten sich jedoch nicht beteiligen, wenn sie zu den Buhmännern des innerärztlichen Verteilungsproblems gemacht werden.

Dieter Best
Riedsaumstr. 4 A
67063 Ludwigshafen

Erwartungen an die große Koalition in Berlin

Waltraud Deubert

Was ist gesundheitspolitisch von der großen Koalition zu erwarten?

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und die Sprecherin der **UNION, Annette Widmann-Mauz** nutzten verschiedene öffentliche Veranstaltungen, um ihre **Positionen** deutlich zu machen. Gelegenheit hatten sie u. a. durch die Einladung der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK), die Ulla Schmidt und die gesundheitspolitischen SprecherInnen der Bundestagsfraktionen am 14. Dezember 2005 zu einem Dialog in die Landesvertretung Sachsen-Anhalt eingeladen hatten. Beide gaben sich zuversichtlich, dass die große Koalition bis zum Sommer eine wirksame Finanzreform für die gesetzliche Krankenversicherung vorlegen wird.

Grundpfeiler einer solchen Finanzreform sind nach **Ulla Schmidt**:

- Gewährleistung des universellen Zugangs zu den Gesundheitsleistungen
- Alle Bürger erhalten die notwendige medizinische Leistung
- Solidarische Finanzierung der Gesundheitsleistungen

Ziel einer Finanzreform müsse zugleich das Sicherstellen eines pluralen Wettbewerbs sein, bei dem nicht nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern auch zwischen GKV und privater Krankenversicherung (PKV) fairer Wettbewerb herrsche. In einem Finanzausgleich zwischen Krankenversicherungen seien alle guten und schlechten Risiken einzubeziehen, betonte Ulla Schmidt mit Blick auf die PKV. „Außer Deutschland und den USA gibt es derzeit kein Land mit privater Vollversicherung. Überall werden ausschließlich private Zusatzversicherungen angeboten.“ Beispielhaft ist nach Ansicht der Ministerin das **holländische Modell**. Ab 1. Januar 2006 garantieren die Krankenkassen dort eine medizinische Grundversorgung. Wer über den Basisschutz hinausgehende Leistungen in Anspruch nehmen möchte, muss sich zusätzlich privat versichern. Die Gesundheitsversorgung für Kinder wird aus Steuern finanziert. Jeder Niederländer muss krankenversichert sein und die Kassen sind verpflichtet, jedermann ungeprüft aufzunehmen.

Scharf kritisierte die Ministerin die Ankündigung bzw. den Vollzug von Beitragssatzsteigerungen der Krankenkassen, für die sie in der jetzigen Situation wenig Verständnis zeigte.

Annette Widmann-Mauz will in der Finanzierung mehr Kapitaldeckung anstelle des bisherigen Umlagesystems. Im gegenwärtigen Umlagesystem wird umverteilt zwischen Alt und Jung, Gesund und Krank, sowie Arm und Reich. Durch die Einführung eines Versicherungsschutzes mit Teilkapitaldeckung soll der Ausgabensteigerung bedingt durch die demografische Alterung der Bevölkerung und den medizinisch-technischen Fortschritt entgegengewirkt werden. Unterschiede zwischen den beiden Koalitionspartnern waren auch unüberhörbar bei der klaren Unterscheidung zwischen Leistungen der gesetzlichen und privaten Krankenkassen. Die von Schmidt propagierte Angleichung der Arzt-Honorare für die Behandlung von gesetzlich und privat Versicherten, wird von Widmann-Mauz abgelehnt.

Im Bereich der **Ärztevergütung** soll es ein **transparentes Honorarsystem** geben, in dem der einzelne Arzt weiß, was er für seine Leistung erhält. Im Koalitionsvertrag verankert ist zudem eine Absenkung des Multiplikators beim Ansatz des Gebührensatzes in der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Namentlich erwähnt sind die Beihilfeberechtigten. Das hilft vor allen Dingen Bund und Ländern etliche Millionen Behandlungskosten zu sparen. Die Weiterentwicklung des Honorarsystems will die Ministerin an ein neutrales Institut übertragen, weg von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Außerdem will die Bundesregierung das **Vertragsarztrecht flexibler gestalten**. Ein erster Entwurf des „Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts (VÄG)“ des Ministeriums liegt bereits vor. Er beinhaltet Änderungen des SGB V und der Ärzte-Zulassungsverordnung, die sowohl Ärzte als auch Psychotherapeuten betreffen.

Vorgesehen sind:

– Erweiterung von **Anstellungsmöglichkeiten**

Die Anzahl der angestellten Ärzte in einer Arztpraxis soll nicht mehr begrenzt werden. Allerdings bleibt es dabei, dass die angestellten Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades in der Bedarfsplanung angerechnet werden. Diese Liberalisierung gilt also dann nur in Planungsbereichen, die nicht wegen Überversorgung gesperrt sind. Dann ist aber auch keine Fachgebietsidentität zwischen Praxisinhaber und angestellten Ärzten erforderlich. Ein Arzt könnte dann also auch einen Psychotherapeuten anstellen – jedoch leider nicht umgekehrt. Denn dies verbietet die Musterberufsordnung der Ärzte, wonach ein niedergelassener Arzt nicht als Angestellter eines Nicht-Arztes arbeiten darf.

– **Zweigpraxen**

Künftig sollen auch weitere vertragsärztliche Tätigkeiten an anderen Orten zulässig sein, „...wenn und soweit dies für die Versorgung der Versicherten an weiteren Orten notwendig ist und die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird“. Allerdings muss für den Ort dieser Tätigkeit die zuständige KV eine entsprechende Ermächtigung des Arztes vornehmen.

– **Gemeinschaftspraxen**

Ein Arzt soll in mehreren Gemeinschaftspraxen bzw. Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) arbeiten können, und dies bedeutet, dass er in mehreren Gemeinschaftspraxen jeweils für eine begrenzte Stundenzahl, z. B. bei speziellen Teilgebietsleistungen, tätig sein kann. Als Beispiel wird in der Begründung auf einen niedergelassenen Schmerztherapeuten hingewiesen, der neben dieser Tätigkeit auch noch in einer Berufsausübungsgemeinschaft mit einem ambulanten Operateur aktiv ist.

Sollte es bei diesem Arbeitsentwurf bleiben, könnte es auch berufsübergreifende Gemeinschaftspraxen geben, d.h. es könnten dann Ärzte und Psychotherapeuten interdisziplinär in einer Praxis zusammenarbeiten.

- Nicht vorgesehen sind Teilzulassungen, wie sie eigentlich die Kassenärztliche Bundesvereinigung befürwortet. Hier besteht offenbar die Gefahr, dass halbtags arbeitende Niedergelassene dann zur Abgabe einer Hälfte ihrer Zulassung gezwungen werden könnten (siehe hierzu gesonderte Stellungnahme).

Weitere Informationen hierzu finden Sie unter

http://www.dgvt.de/Aenderung_der_Zulassungsordnun.2111.0.html.

Ein aktuelles Vorhaben der Koalition ist das **Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG)**. Das Gesetz soll die steigenden Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzen. Unterschiedlichste Instrumente wie Preismoratorien, Festbeiträge oder Generikaverordnungen verhelfen immer nur zu kurzfristigen Erfolgen. Der am heftigsten diskutierte Punkt des AVWG ist die **Bonus-Malus-Regelung** für Ärzte. Ärzte, die im Vergleich zu ihren Kollegen zu viele oder zu teure Medikamente verschreiben, soll künftig das Honorar gekürzt werden.

Eine Belohnung erhalten Ärzte, wenn die Ausgaben der insgesamt verordneten Medikamente die festgelegten Therapiekosten unterschreiten. Diesen Bonus der Kassen sollen die KVen unter den Vertragsärzten aufteilen, die bei den Verordnungskosten in Plan liegen.

Das Echo auf das AVWG von Seiten der Ärzteschaft war unüberhörbar. Eine Woche lang protestierten die niedergelassenen Ärzte gegen begrenzte Budgets, sinkende Einnahmen und

eine bürokratische Gängelung. Offenbar blieb dies nicht ohne Wirkung auf die Politik. Die Koalitionspartner planen Presseberichten zufolge bereits Nachbesserungen am Arzneimittel-Sparpaket.

Die Große Koalition steht enorm unter Druck, eine große Finanzierungs- und Strukturreform des Gesundheitswesens zügig auf den Weg zu bringen.

Ein erstes Konzept als Diskussionsgrundlage kündigte Ulla Schmidt für Ende März (zufällig nach der Landtagswahl in Rheinland-Pfalz) an. Dafür will sie Vorschläge von Union und SPD bündeln. Bis spätestens Ende Oktober müsste der fertige Gesetzentwurf vorliegen, wenn die Reform am 1. Januar 2007 in Kraft treten soll.

Ein weiteres Gesetz, das Ulla Schmidt auf den Weg bringen will, betrifft die Gesundheitsvorsorge. Bereits im vergangenen Jahr hat die SPD-Politikerin versucht, ein **Präventionsgesetz** durchzusetzen. Die Unionsländer lehnten den Entwurf der Gesundheitsministerin jedoch damals im Bundesrat ab.

Aus dem BMG ist zu hören, dass die Ministerin das Gesetz in überarbeiteter Form auf den Weg bringen will, der Zeitpunkt ist allerdings nicht bekannt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen hatten im Januar ihren vierten Präventionsbericht vorgestellt. Demnach hat die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2004 mit Präventionsangeboten doppelt so viele Menschen wie im Jahr 2003 erreicht. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Präventionsberichts finden Sie unter http://www.aok-bv.de/presse/infos/index_06759.html.

Die **Reform der Pflegeversicherung** ist eine weitere große Aufgabe dieser Legislaturperiode. In einem Interview äußerte sich Ulla Schmidt dazu: „Wir brauchen die Umsetzung des Grundsatzes ambulant vor stationär, eine bessere Berücksichtigung des Betreuungs- und Pflegeaufwandes für demenziell Erkrankte und ihrer Angehörigen sowie die Dynamisierung der Leistungen. Gleichzeitig muss die Pflegeversicherung bezahlbar bleiben.“ (aus: Gesundheit und Gesellschaft Nr. 1/2006).

„Ulla raus“ - Aktionstag der Ärzte als Mittwochsdemo und Tag der geschlossenen Praxen

Wer in den verhärmtten Gesichtern deutscher Ärzte an diesem nasskalten 18. Januar vor dem Bundesgesundheitsministerium zu lesen verstand, erhielt eine Ahnung davon, **wie Deutschlands Doctores leiden**. Im Schneematsch stehend, bevölkerten etwa 20.000 Ärzte das gesamte Umfeld der ihnen verhassten Oberbehörde. Mit hellgrünen, aseptischen Accessoires wie Hauben und Umhängen oder in weißen, über die Wintermäntel gestreiften Kitteln **fokussierten sie ihren Zorn** auf Gesundheitsministerin Ulla **Schmidt**. Aus den Fenstern des abgeschirmten BMG warf hingegen nur ab und zu eine Ministerialangestellte einen eher flüchtigen Blick. Die Ministerin hatte die Presse bereits am Morgen zu einem kurzen "**stake out**" (sic!) eingeladen und ward anschließend nicht mehr gesehen. Sie forderte freilich einen Abend später - beim von der gesundheitspolitischen Szene hochgeschätzten **Neujahrsempfang der Ärzteschaft** - eine Versachlichung. Doch hier befließigte sich der Austausch der Redner von Mediziner- wie von Politikerseite einer gepflegten Wortwahl - wie gewohnt. Er hatte sozusagen Schlips und Kragen an - wie ebenfalls gewohnt.

"Ulla ´raus" skandierten die Mediziner am Tag zuvor. Sie wirkten dabei ganz unakademisch. Die mitgebrachten **Pfeifen und Rasseln, Tuten und Tröten** erinnerten an Gewerkschaftsdemos. "Das geht ins Auge" stand auf teuer vorfabrizierten, poppigen Plakaten, von denen jetzt eines zur Erinnerung in der Redaktion hängt. "Sterbende Praxen sind nicht gut für lebende

Patienten" hatten andere etwas ungenau auf ein Stück Pappe gemalt. Doch in wessen Auge soll das gehen? Immerhin bleibt möglich, dass das eigene dabei riskiert wird. Denn in diesem Slogan verdeutlicht sich die **Ambivalenz**, mit der sich auch die politischen Parteien schwer taten, den republikweiten Ärzteprotest zu bewerten. Einerseits äußern sie **Verständnis für die berechtigten Klagen** der Mediziner über eine zeitraubende Bürokratie und über die unzulängliche Honorierung der ärztlichen Leistung, andererseits erinnern sie daran, dass die Gesundheitswirtschaft im ganzen finanzierbar bleiben muss und dass nicht **noch mehr Geld zugunsten einer einzelnen Gruppe** von Leistungserbringern ins System gepumpt werden kann.

Denn **rein statistisch gesehen** nagen die Doctores durchaus nicht am Hungertuch. Im Vergleich zu Arbeitslosen, Rentnern und mitunter den eigenen Angestellten, die den Gürtel enger zu schnallen haben, sind die Einkommensverluste der Ärzte eher erträglich zu nennen. Der Jahresumsatz einer Arztpraxis liegt im Schnitt bei etwa 203.000 Euro. Nach Abzug der Betriebskosten bleibt dem durchschnittlichen Arzt **nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** ein Überschuss von 84.976 Euro per anno im Westen und von 78.268 Euro im Osten. Ein West-Internist kommt auf rund 100.000 Euro Überschuss im Jahr und kann sich einschließlich der Honorare von Privatpatienten auf 137.000 Euro steigern. Ostdeutsche Hautärzte kommen hingegen - einschließlich der Privathonorare, die im Osten seltener fließen - lediglich auf 63.000 Euro per anno. Mehr als jeder zweite Arzt liegt **unter den genannten Durchschnittseinkommen**. Der anderen Hälfte seiner Kollegen geht es zu Teilen ausgesprochen gut. Drei bis vier von hundert Ärzten unterschreiten wiederum sogar das allgemeine Durchschnittseinkommen aller Beschäftigten, das 2004 bei 33.000 Euro lag. Für den einzelnen Mediziner, dessen Praxis pleite zu gehen droht (und der demonstrierte wohl in Berlin?), ist die Lage **bedrängend bis aussichtslos**. Nach Angaben des Präsidenten der **Bundesärztekammer (BÄK)** Professor Jörg-Dietrich **Hoppe**, ist ein Drittel aller Praxen in Not. Dafür gibt es freilich **keine belastbaren statistischen Belege**.

Nicht zu vergessen ist jedoch, dass die Ärztezahl sich im vergangenen Jahrzehnt beständig erhöht hat. Ganz unattraktiv, sich für den Arztberuf zu entscheiden, scheint es immer noch nicht zu sein. Aber offensichtlich müssen sich **immer mehr Esser den vorhandenen Kuchen teilen**. Wenn Ärztepräsident Hoppe vor "arztfreien Zonen" warnt, so ist auch dies wiederum - ähnlich wie bei den Honoraren - zu differenzieren. Letztlich ist es eine interne Ärztefrage, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) beantworten müssen. Der Ärztemangel besteht namentlich auf dem platten (ost-)deutschen Lande, aber nicht in einkommensträchtigen Großstadtvierteln. Die Ärztehonore werden überdies von den standeseigenen Institutionen verteilt. Und die haben dafür mit nicht zu verachtendem politischen Druck gesorgt, dass es den Ärzten - wie gesagt statistisch - immer noch relativ gut geht. Insofern ist es kaum angemessen, die Probleme der Ärzteschaft **allein bei der Politik abzuladen**. Diese hat in den vergangenen Jahren zwar viele anstehende Probleme verschleppt, aber dies eben auch, weil sie sich an die wortgewaltigen Ärztelobbyisten nicht recht herantraut. Der Eindruck, dass diese es jetzt als eine Argumentationshilfe empfinden, die Politik als ein **überschaubares Feindbild** zu präsentieren, lässt sich nicht ganz von der Hand weisen, bei allem Verständnis für eine angemessene Behandlung der Gesellschaft für ihre Doctores.

Auf deren Protestaktionen haben sich überdies viele **andere Interessenvertreter** nicht ganz ungerne draufgehängt; überwiegend solche, die von der Tätigkeit der Doctores leben, und dies häufig nicht schlecht. Neben der BÄK, deren Präsident sogar höchstpersönlich die Atmosphäre bei der Demo mitgestaltete, und neben der KBV erklärten sich u. a. auch die Apotheker solidarisch, die Zahnärzte und die Privatärztlichen Verrechnungsstellen sowie der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller. Dessen Hauptgeschäftsführerin Cornelia **Yzer** erklärte, die Ärzteproteste zeigten, dass **eine echte Gesundheitsreform überfällig** sei. Das freilich ist nichts weniger als richtig, nicht zuletzt beispielsweise durch eine Honorierung des Arztes in Euro und Cent, damit er nicht mehr auf die Zuteilung von Punktwerten durch seine KV warten muss, sondern **als Unternehmer selbst kalkulieren** kann. Aber dass die Ausga-

ben der Krankenkassen für Medikamente beispielsweise höher sind als die Summe der Ärztehonorare, wirft die Frage auf, ob die Beteiligten selbst kein gesundes Maß und Verhältnis in die Gesundheitswirtschaft einzuführen vermögen. Die Ärzte verordnen, aber Arzneimittel im Wert von Milliarden Euro landen auf dem Müll. Dies ist zwar ein Gemeinplatz, aber auch davon leben Pharmazeuten nicht schlecht.

Die Doctores erfreuen sich dennoch - oder eben deshalb? - der überwiegenden **Zustimmung in der Bevölkerung**. 81 von 100 Deutschen erklärten in einer Untersuchung von Infratest dimap, die der **NAV-Virchow-Bund** vorlegte, sie hielten die Forderungen der Ärzte für gerechtfertigt. Gleichwohl hat der Berufsstand - ebenfalls nach Infratest dimap - in der öffentlichen Wertschätzung **den ersten Platz an die Krankenkassen verloren**, will sagen ausgerechnet an das nach der Politik liebste Feindbild unter Ärztelobbyisten. Ärztekammerpräsident Hoppe bedauerte diese Imageherabstufung: Da hätten die "**Abzockerkampagnen**" wohl ihre Wirkung entfaltet. Der Vorwurf geht also - einmal mehr - nicht nur an die Adresse der Politik, sondern auch an die Medien. Mag sein, dass sie zum Rankingverlust der Weißkittel beigetragen haben. Aber auch hier ist zu differenzieren. Die Ärztefunktionäre, die ihrerseits nicht eben schlecht von ihren Apanagen leben, tun, was ihres Amtes ist. Sie vertreten Interessen. Dabei sind sie **Gewerkschafts- oder Arbeitgeberfunktionären ähnlich**, die einander in Tarifaueinandersetzungen fetzen - häufig, um ihre Wiederwahl nicht zu gefährden. Wenn die Interessengegner mitunter dabei Schaum vorm Mund haben, so ist dies zwar unfein, aber unter den Gegebenheiten pluralistischer Interessengegensätze hinnehmbar. Die **Semantik der Ärztefunktionäre** ist dabei kaum gehobener als die anderer Interessenvertreter, hebt sich aber hörbar vom hohen Ethos des für seine Patienten treu sorgenden Edelarztes ab.

"Dies ist erst der Anfang", rief Hoppe seinen Demonstranten im total überfüllten Nobelhotel Maritim in der Berliner Stauffenbergstraße zu und drohte damit **weitere Streiks** an. Indessen maulte die Gewerkschaft ver.di beispielsweise, die Praxisangestellten erhielten zwar nur einen Bruchteil des Arzteinkommens, sollten aber in manchen Praxen die Protestzeit ihrer Chefs in Berlin und anderen großen Städten **unentgeltlich nacharbeiten**. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang auch daran, dass viele Praxen in Deutschland am Mittwoch ohnehin geschlossen sind; bei der Hausärztin des Berichterstatters nebenbei auch. Es erscheint im Ganzen pfleglicher, die Kirche im Dorf zu lassen - bei allen Problemen der Ärzte, die ja eingeräumt sind. Gesprächen des Chronisten mit demonstrierenden Doctores in Berlin waren nicht zuletzt auch Zweifel daran zu entnehmen, ob denn das Pfeifen und Rasseln **ihres Berufsstandes so ganz würdig** sei. - Deutschlands Doctores leiden womöglich nicht selten auch aneinander.

Quelle: Gesundheitspolitischer Informationsdienst (gid), Nr. 3/2006

Daten und Fakten zur Situation der Ärztinnen und Ärzte aus dem Gesundheitsministerium

Das Ministerium für Gesundheit hat angesichts der Ärzteproteste gegen schlechte Arbeitsbedingungen und Leistungskürzungen ein Faktenpapier veröffentlicht.

Daten und Fakten zur Situation der Ärztinnen und Ärzte

Der Arztberuf genießt nicht nur hohes Ansehen in der Bevölkerung. Auch die Einkommen der niedergelassenen beziehungsweise im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzte sind vergleichsweise gut. Allerdings können sich die Einkommen je nach Fachgebiet und Standort unterscheiden.

Im westeuropäischen Vergleich liegen die Einkommen der Hausärztinnen und -ärzte im Mittelfeld und nicht etwa am unteren Ende der Einkommensskala.

Ein durchschnittlicher Praxisumsatz von rund 200.000 Euro im Jahr 2005 zeige, dass man die Frage der ärztlichen Vergütung "differenziert betrachten" müsse. Angesichts dieser Zahlen sei es zweifelhaft, dass angeblich 20 bis 30 Prozent der Arztpraxen vor dem Aus stünden, sagte die Bundesgesundheitsministerin.

Sache der Selbstverwaltung

Schmidt äußerte Verständnis für Ärzteproteste, die sich gegen eine ausufernde Bürokratie und unnötigen Arbeitsaufwand richten. Allerdings seien diese Punkte vorrangig Sache der Selbstverwaltung. Der Gesetzgeber sei weder für das Punktesystem bei der ärztlichen Vergütung noch für die Formulare verantwortlich. Die Verteilung der Honorare werde von den Kassenärztlichen Vereinigungen festgelegt.

Das Honorarsystem sei undurchsichtig und überholt, so Schmidt: "Wir werden von der politischen Seite in diesem Jahr noch einmal Druck machen, damit es endlich zu einer Änderung kommt." Bereits mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 seien die Rahmenbedingungen für eine Reform der vertragsärztlichen Vergütung beschlossen worden. Allerdings seien die von der ärztlichen Selbstverwaltung dafür zwingend zu leistenden Vorarbeiten bis heute nicht erledigt.

Kein Mangel an Ärztinnen und Ärzten

Deutschland hat die international höchste Arztdichte und damit eine gute medizinische Versorgung. Die Zahlen belegen auch, dass es in Deutschland generell keinen Ärztemangel gibt. Die Anzahl der Absolventinnen und Absolventen eines Medizinstudiums ist seit Jahren konstant.

Die Zahl der hier tätigen ausländischen Medizinerinnen und Mediziner überwiegt deutlich die Zahl der im Ausland arbeitenden deutschen Ärztinnen und Ärzte. Nur in wenigen Fällen gibt es Versorgungsengpässe, beispielsweise bei den Hausärzten in Ostdeutschland. Dafür wird die Bundesregierung unter anderem das Vertragsarztrecht liberalisieren.

Quelle: Homepage der Bundesregierung vom 17.1.06; weitere Informationen finden Sie unter <http://www.bundesregierung.de/-,413.948119/artikel/Zahlen-und-Fakten-zur-Situatio.htm>

Tagungsberichte

Ergebniskonferenz Externe stationäre Qualitätssicherung vom 9. Nov. 2005 in Berlin

Christian Gerlich

Über den bisherigen Stand der externen vergleichenden Qualitätssicherung in den deutschen Krankenhäusern konnte man sich in Berlin informieren. Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) hatte im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (nach § 91 SGB V) zur 4. Ergebniskonferenz eingeladen. Die Themen der Tagung „*Leitlinien und Versorgungsqualität: Wunsch und Wirklichkeit*“, „*Externe Qualitätssicherung: Mehr Sein als Schein*“ und „*Podiumsdiskussion: Fairer Krankenhausvergleich: Was wollen wir? Was müssen wir? Was können wir?*“ verraten schon, dass das BQS-Verfahren sich noch stark mit den

Grundlagen für die externe Qualitätssicherung, dem Prozess der Qualitätsentwicklung und der Qualitätssicherung an sich beschäftigt - und sich auch noch weiterhin damit beschäftigen muss.

Die umfassenden Resultate der stationären Qualitätssicherung auf Basis der Daten aus dem Jahr 2004 können im BQS-Qualitätsreport, den jeder Teilnehmer mit den Tagungsunterlagen erhalten hatte, und im Internet (www.bqs-qualitaetsreport.de, dann weiter mit dem Menüpunkt *Ergebnisse*) eingesehen werden. Dass die Veröffentlichung der Ergebnisse im Interesse der Patienten liege, wird durch die Politik betont (Grußwort von Frau Dr. Kastenholz, Bundesgesundheitsministerium), und auch die Patienten selbst bzw. ihre Vertreter bekundeten großes Interesse an den Qualitätsergebnissen. Erfreulicher Weise fanden sich mehrere Beiträge von Patientenvertretern und der Verbraucherzentrale Hamburg im Programm, die in diesem Sinne die Patientenperspektive mit einbrachten.

Verschiedene Möglichkeiten für die Nutzung der Qualitätsdaten wurden in mehreren Beiträgen aufgezeigt, so z.B. als Informationen in einem regionalen Krankenhausführer (www.kliniken-rhein-ruhr.de), als Hintergrund für die Jahresplanung durch die Krankenhausverwaltung, als Grundlage für die Vertragsgestaltung einer Krankenkasse (Gmünder Ersatzkasse) oder auch zur hausinternen Mitarbeiterführung. Auch wenn diese Anwendungsmöglichkeiten sich zum Teil noch im Modell- und Erprobungsstadium befinden, wird deutlich, dass Daten und Maßzahlen, wenn sie einmal auf dem Tisch liegen, sicher „Abnehmer“ finden.

Bei vielen Beiträgen wurden implizit die Kernprobleme der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen (nicht nur in der stationären somatischen Akutversorgung) deutlich, auch wenn diese leider nur selten unmittelbar angesprochen wurden: Wie in den verschiedenen Diskussionsbeiträgen auch immer wieder betont wurde, bedarf Qualitätssicherung reliabler und valider Daten. Und es gibt auch viele, sich ergänzende Anstrengungen, die Objektivität und Reliabilität der Daten zu gewährleisten (z.B. durch Datenmanagement und -kontrollen). Der Nachweis der Validität der erhobenen Daten steht jedoch bisher noch aus. Wird mit den erhobenen Indikatoren wirklich die „Qualität der Klinik“ gemessen?. Dies gilt insbesondere für die Augenscheinvalidität: Dem Betrachter ist nicht sofort ersichtlich, welche Gültigkeit die BQS-Qualitätsangaben haben, insbesondere dann, wenn eine Klinik, die ja Gegenstand der externen stationären Qualitätssicherung ist, je nach Qualitätsindikator an einer anderen Stelle in einer beliebigen Rangreihe zu finden ist. Ist ein und dieselbe Klinik nun eine gute oder eine schlechte Klinik?

Der Mangel an Augenscheinvalidität liegt zum einen am Gegenstand „Qualität“ selbst. Denn die Grundfrage, ob Qualität überhaupt ein homogenes (latentes) Konstrukt ist, oder ob nicht Qualität als Eigenschaft von etwas (hier der stationären Behandlung) ein außerordentlich facettenreiches, heterogenes Konzept ist, ist noch nicht beantwortet und wird auch durch die schön oder weniger schön klingenden DIN/ISO-Verbalisierungen nicht wirklich gelöst. Für die zweite Variante spricht beispielsweise die allgemein akzeptierte Tatsache, dass mit „Qualität“ je nach Betrachter („stake holder“) sehr Unterschiedliches gemeint sein kann. Nicht zuletzt die Podiumsdiskussion hat gezeigt, dass es nicht immer gewährleistet ist, dass, wenn mehrere Personen von Qualität sprechen, sie sich dabei auch auf die gleiche Qualitätsfacette beziehen. Ein Konsens über das konkrete Verständnis von Qualität tut immer noch not.

Auch der gewählte Zugang zur „Qualität“ über Qualitätsindikatoren ist ein Grund für die fehlende Augenscheinvalidität. Qualitätsindikatoren sind nun mal nicht schon die (ganze) Qualität, sondern nur „Hinweise“ auf Qualität. Konsequenterweise sind Klinikrangreihen auf Basis von einzelnen Qualitätsindikatoren (wie sie der BQS-Bericht ausweist) nichts anderes als Reihen von Hinweisen. Aber was ist mit einer Reihe von Hinweisen denn gemeint? Und was wird dann aber damit gemacht? Antwort: Die vielen und komplizierten Daten sind für die Anwendung aufzubereiten. Wendet man dann auch noch die „Quartilmethode“ an und kennzeichnet diese „Aufbereitung“ dann noch mit Sternchen, erhält man (schon per Definition)

25% „Ein-Sterne-Kliniken“, 25% „Zwei-Sterne-Kliniken“, 25% „Drei-Sterne-Kliniken“ und 25% „Vier-Sterne-Kliniken“. Dieses Ergebnis ist nun wieder scheinbar einfach zu handhaben, sowohl für Patienten als auch für Klinikplaner, Verwalter und Personalchefs. Aber die Grundfrage bleibt: Wie ist die Qualität in der (stationären) medizinischen Behandlung? Eine Antwort auf diese Frage zu finden ist immer noch primäre Aufgabe für jede externe Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.

Dipl.-Psych. Christian Gerlich

Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg

Arbeitsbereich Qualitätssicherung und Gesundheitsforschung

Klinikstr. 3, 97070 Würzburg, christian.gerlich@psychologie.uni-wuerzburg.de

„Ökonomie und Sucht“ – ein Vortragsabend der Bayerischen Akademie für Suchtfragen am 7. Dezember 2005 in München

Am 7.12.05 lud die BAS (Bayerische Akademie für Suchtfragen) zu einem Vortragsabend in den Räumen des Bezirks Oberbayern. Dipl.-Psych. Gert Sonntag, Suchthilfekoordinator des Bezirks Oberbayern, begrüßte die Vortragenden und Zuhörer. Herr PD. Felix Tretter stellte zur Einführung die Frage, wie sich die Suchthilfe in Hinblick auf den "ökonomischen Imperativ" entwickle, da die Ökonomie immer mehr dominiere und die Politik aufgrund ökonomischer Überlegungen über Entwicklungen im Gesundheitssystem entscheide. In der BAS gibt es als Reaktion auf diese Entwicklungen seit 2001 den Arbeitskreis „Ökonomie und Sucht“. Ziel dieses Arbeitskreises ist, wie es auch Ziel der BAS ist, eine Brücke zwischen Forschung und Praxis zu bauen.

PD. Hans Joachim Salize, Leiter der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim, beschrieb gesundheitsökonomische (Zwischen-)Ergebnisse der Suchtforschungsverbände Baden-Württemberg. Es gäbe zu wenige empirische Ergebnisse zu Kosten im Bereich Abhängigkeitserkrankungen. Rund 1,9% der Fördermittel des baden-württembergischen Suchtforschungsverbundes würden in gesundheitsökonomische Projekte investiert. Aus den Daten einer großen Betriebskrankenkasse gehe hervor, dass ein Alkoholabhängiger der Krankenkasse Kosten in Höhe von 2.836 Euro verursache (Krankenhauskosten, Krankengeld ...). Die durchschnittlichen Kosten aller Versicherten lägen bei 1.124 Euro. Diesem ökonomischen Schaden stehe jedoch auch ein hoher Gewinn gegenüber. Derzeit kämen 2,9% des Steueraufkommens aus der Tabaksteuer und 0,7% aus der Alkoholsteuer.

Zu der Studie „Kosteneffektivität von Raucherentwöhnungsbehandlung in der Hausarztpraxis“ von Prof. Hermann Brenner (Deutsches Zentrum für Altersforschung, Heidelberg), stellte Salize erste Ergebnisse vor. Die Studie hatte vier Versuchsgruppen: A) Treatment as usual, B) Schulung der Hausärzte und Erfolgsprämien für die Hausärzte bei erfolgreicher Entwöhnung des Patienten, C) Schulung der Hausärzte und Kostenerstattung für die Patienten, D) Kombination aus B und C, also Schulung der Hausärzte, Erfolgsprämie für die Hausärzte und Kostenerstattung für die Patienten. Ausgehend von den Kosten der Maßnahmen und den Erfolgsquoten wurde die Kosteneffektivität jeder Maßnahme berechnet und schließlich untersucht, welches die effizienteste Maßnahme war. Während sich Gruppe B nicht von Gruppe A unterschied, waren die Gruppen C und D signifikant wirkungsvoller als A. C und D unterschieden sich nicht signifikant. Auch die Berechnung der Kosteneffektivitätsquotienten ergab keinen Unterschied von Methode C und D. Salize beschrieb anschließend ein neues Berechnungsverfahren, das es ermöglicht, die Konfidenzintervalle der Kosteneffizienzquotienten zu vergleichen. Dabei zeigte sich Methode D als die Effizienteste der vier Maßnahmen. Mit-

tels neuerer statistischer Verfahren ließen sich somit sehr genaue Aussagen über die Kosteneffektivität machen.

In der anschließenden Diskussion wurde einerseits begrüßt, dass mit statistischen Verfahren genaue Daten über Kosteneffektivitäten gewonnen werden könnten und damit eine bessere Diskussionsgrundlage für gesundheitspolitische Themen hergestellt werden könne. Andererseits bleibe auch bei diesen Verfahren zu bedenken, dass keine Aussage über Langzeiteffekte möglich sei.

Direktor Hubert Seiter von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg erklärte in seinem Vortrag, dass sich integrierte Suchtkrankenhilfe rechne. Die Rentenversicherung Baden-Württemberg gäbe rund 2 – 3% für Rehabilitationsmaßnahmen aus, um damit erheblich höhere Kosten, die durch Berentungen anfielen, zu verhindern. Seiter argumentierte zu Beginn seines Vortrages sehr provokant, dass die Gruppe der Raucher sehr kostengünstig für die Rentenversicherer sei: Raucher würden Steuern zahlen, seien sehr aktiv, würden dann eher kurz höhere Kosten für die Krankenversicherungen verursachen, fielen aber durch einen früheren Tod den Rentenversicherungen (RV) nicht zur Last. Auch stelle sich den RV die Frage, warum man Kranke für viel Geld rehabilitieren soll, wo doch rund 5 Mio. relativ gesunde Arbeitslose bereitstehen.

In Baden-Württemberg würden rund 20 Mrd. Euro für Rente ausgegeben und 360 Mio. Euro für Reha, davon 55 Mio. Euro für Sucht-Reha. Seiter beschrieb, weshalb sich diese Ausgaben z.B. bei Behinderten rentierten: Durch ein eigenes Einkommen sei ein höheres Lebensniveau möglich, der Aufbau einer Alterssicherung, die Bewältigung der Krankheit. Behinderte Arbeitnehmer seien leistungsmotivierter, hätten geringere Fehlzeiten, die Betriebe zahlten weniger Lohnnebenkosten. Für die Sozialversicherungen entstünden weniger Krankheitskosten, mehr Beitragseinnahmen, weniger Rentenzahlungen, weniger Arbeitslose. Die Gesellschaft erhalte Steuereinnahmen und leiste einen Beitrag zur Solidarität.

Auch Suchtrehabilitation rentiere sich, meinte Seiter: Die durchschnittlichen Kosten einer Suchtrehabilitation betrügen etwa soviel wie 12,6 Monate Erwerbsminderungsrente. Und nach einer erfolgreichen Reha seien wieder Einnahmen möglich. Suchtrehabilitation koste den durchschnittlichen Versicherten 2,33 Euro. Durch die Einnahmen nach einer erfolgreichen Suchtrehabilitation lohne es sich auch für die Rentenversicherung über Reha nachzudenken. Um jedoch eine Suchtrehabilitation erfolgreich und kosteneffektiv durchführen zu können, brauche es viel Diskussion und Verschmelzung zwischen den einzelnen Kosten- und Leistungsträgern sowie der Arbeitgeber etc.

Versuche, die Rehakosten zu reduzieren seien auf vielen Wegen möglich. Die Reduktion der Schriftgröße von Reha-Anträgen sei zwar wirkungsvoll, aber der falsche Weg. Vielmehr sollte berechnet werden, welchen Vorteil der Einsatz der integrierten Suchtkrankenhilfe oder anderer Konzepte brächte. Wesentliche Kostenverursacher und Kräfteverschleißer seien die Verwaltungsroutinen, die Bürokratie und die rigiden Strukturen der beteiligten Institutionen (Kosten- und Leistungsträger). Wichtig wäre es, Träger- und Landkreisübergreifende Servicestellen zu installieren, die jeden Reha-Fall bis zum Abschluss begleiten, und Entscheidungsträger zu schnellen Entscheidungen zu zwingen, z. B. mittels Regressdrohungen.

Das SGB IX zwingt integrativ zu denken. Erprobte integrative Konzepte seien vorhanden. Es seien jedoch noch erhebliche Hindernisse zu überwinden: Bürokratie und mangelnde Kooperation der Leistungs- und Kostenträger. Es zeichne sich aber eine positive Entwicklung ab. Kompetenzverbände „Reha“ entstünden, in denen psychosomatische, Sucht- und familientherapeutische Einrichtungen zusammenarbeiten.

Im Anschluss an diesen Vortrag wird auch über das „persönliches Budget“ als neue Form der Reha-Leistung (nach SGB IX) diskutiert. Die Umbewertung des Leistungsempfängers in

einen Leistungserbringer, der selbst über sein Budget entscheiden kann, wird positiv diskutiert.

Im letzten Vortrag stellte Frau Tulay Ates die Ergebnisse Ihrer Diplomarbeit zum Thema „Gesundheitsökonomische Evaluation suchttherapeutischer Maßnahmen bei Drogenabhängigen – Untersucht von Arbeitsprojekten der Mudra e.V.“ vor. 57 langjährige Drogenabhängige und Substituierte bildeten drei Versuchsgruppen: 21 an Arbeitsprojekten interessierte Personen, 24 aktuelle Teilnehmer an Arbeitsprojekten und 12 Absolventen von Arbeitsprojekten. Die Personen waren im Durchschnitt 36 Jahre alt, 84% waren männlich, 63% ledig. In Kosten-Nutzen-Analysen waren die direkten und indirekten Aufwendungen mit den direkten und indirekten Wirkungen verglichen worden. Die Aufwendungen waren: Kosten der Arbeitsprojekte, Gesundheitsleistungen, Kriminalitätskosten und staatliche Hilfeleistungen. Zu den Wirkungen zählten: Vermeidung von Arbeitslosengeld- bzw. Arbeitslosenhilfeszahlungen, Reduktion der Beitragsverluste, Reduktion der Gesundheitskosten, Reduktion der Kriminalitätskosten, Verminderung der staatlichen Hilfeleistungen. Die Aufwendungen pro Person vor der Projektteilnahme wurden als Berechnungsbasis verwendet. Im Jahr der Projektteilnahme entstanden Kosten in der Höhe von knapp 11.000 Euro, im Jahr nach der Projektteilnahme entstand bereits Nutzen in Höhe von rund 15.000 Euro. Neben diesen finanziellen Vorteilen ergaben sich auch positive Veränderungen der Lebensqualität der Projektteilnehmer. Die positiven Ergebnisse der Studie müssen jedoch unter einigen Einschränkungen betrachtet werden: Die Gruppen sind nicht vergleichbar, da es keine Langzeiterhebung war, es handelte sich um eine kleine, sehr motivierte, nicht repräsentative Stichprobe und die Annahme eines konstanten Nutzenverlaufs ist möglicherweise unrealistisch.

In der abschließenden Diskussion wurde nochmals betont, dass Studien dieser Art, trotz der methodischen Einschränkungen, eine präzisere gesundheitspolitische Diskussion ermöglichen. Herr Tretter strich heraus, dass durch reine Kostenreduktion kein Gewinn erzielt werden könne und Herr Sonntag wünschte sich mehr Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern.

Experten-Workshop der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Revision der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) in der Rehabilitation am 11./12. Januar 2006 in Berlin

Sigi Casper

Am 11. und 12. Januar 2006 fand bei der Deutschen Rentenversicherung Bund (früher: BfA) ein Expertenworkshop zur Weiterentwicklung der KTL statt - das ist die Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Beteiligt waren ca. 60 Fachleute von den unterschiedlichen in der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen, Vertreter von Fachgesellschaften, von Kliniken und aus der Wissenschaft.

Die KTL ist seit 1997 in Kraft und wurde im Jahr 2000 nur geringfügig modifiziert. Jetzt steht der gesamte Behandlungskatalog auf dem Prüfstand. Dieses Projekt wird seit 2004 vom Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung ISEG für die DRV Bund durchgeführt.

Dr. Eva M. Bitzer als Vertreterin des ISEG erläuterte zu Beginn der Workshoptagung, was an Entwicklungsarbeit bereits geleistet wurde: Vorgegangen waren eine Sichtung bereits vorhandener Konzepte und Ergebnisse aus dem Qualitätssicherungsprogramm und der medizinischen Leitlinienentwicklung in der Reha sowie interne Analysen zur bisherigen Dokumentationspraxis und anderer Klassifikationsschemata. Auf dieser Basis wurde in internen Arbeitsgruppen und mit wissenschaftlichen Experten im Juli 2005 der Entwurf für die neue KTL gefertigt, der nun zur Diskussion stand. Eine Anwenderbefragung bei den Kliniken, also zumeist

den Chefärzten oder leitenden Mitarbeitern, aber zu etwa 35 % auch bei Vertretern von Fachgesellschaften und Berufsverbänden aller in der Reha vertretenen Fachdisziplinen schloss sich im Herbst 2005 an.

Insgesamt seien für den Neuentwurf 3.300 Änderungsvorschläge eingegangen. Nach dessen Veröffentlichung wurden bis zum 24.11.2005 weitere 80 Stellungnahmen von Fachleuten und Fachinstitutionen berücksichtigt. Bei der Anwenderbefragung habe sich eine große Zustimmung zu den Neuerungen gezeigt, allerdings auch noch einige problematische Aspekte, deren Klärung nun auf dem Workshop anstand.

Zielsetzung der KTL-Überarbeitung sind neben formalen Verbesserungen vor allem eine transparentere Darstellung des Leistungsgeschehens in der med. Reha, die Aktualisierung des therapeutischen Angebots, insbesondere durch Methoden der Evidenz basierten Medizin, die Verdeutlichung der Schwerpunkte der medizinischen Reha, sowie eine Verbesserung der Übersichtlichkeit und angemessenen Differenzierung bei der Dokumentation der Leistungen, auch in zeitlicher Hinsicht.

Die KTL erweise sich immer mehr als ein Projekt der gesamten Deutschen Rentenversicherung. Sie ist eine Grundlage der Qualitätssicherung, soll die therapeutische Versorgung profiliert abbilden und die sich entwickelnde Leitlinienorientierung in der Rehabilitation untermauern.

Neu sind vor allem die Einteilung der therapeutischen Leistungen in fachbezogene Kapitel mit Großbuchstaben, die Überarbeitung von Qualitätsmerkmalen zu Dauer und Frequenz von therapeutischen Angeboten, eine präzise Dokumentationsanleitung, eine separate Erfassung der tatsächlichen Therapiezeiten am Patienten und Verweislisten zu den Angeboten der verschiedenen Berufsgruppen. Details zu den Inhalten zu berichten, sprengt hier leider den Rahmen.

Der Workshop war insgesamt von wohlwollender Atmosphäre und konstruktiver Zusammenarbeit geprägt. Es wurde aber von Anfang an deutlich gemacht, dass die Teilnehmer an dieser Veranstaltung nur beratende Funktion hatten und die endgültigen Entscheidungen an anderer Stelle in den dafür geschaffenen Gremien der DRV Bund erfolgen. Eine hohe Wertschätzung des Votums der externen Experten sei dabei aber selbstverständlich.

Nach einer umfassenden Einführung in die Thematik wurden zu den Tätigkeitsfeldern der med. Reha insgesamt sieben parallel tagende Arbeitsgruppen eingerichtet: Sport und Bewegung; Schulung und Klinische Psychologie; Sozialarbeit; Erweiterte Ergotherapie; Reha-Pflege und Ernährung; Psychotherapie; Physikalische Therapie.

Für den Bereich der Klinischen Psychologie und der Psychotherapie gab es je eine gesonderte Arbeitsgruppe, wobei der Klinischen Psychologie auch der gesamte Bereich der Patienten-Schulungen (Gesundheitsbildung) zusätzlich zugeordnet war. Dadurch war das Arbeitsvolumen dieser Gruppe besonders groß, und man konnte daher dann auch an manchen Punkten nur Grundsätzliches diskutieren und festlegen.

Die Durchführung von Psychotherapie war bislang in der Rehabilitation seitens der BfA allein auf das Fachgebiet der Psychosomatik, Psychiatrie und Sucht beschränkt worden. Nur Kliniken mit diesen Indikationen waren berechtigt, psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen auch als solche zu dokumentieren und zu codieren. Zunächst wurde auch auf diesem KTL-Workshop betont, dass an dieser Festlegung nichts zu ändern sei.

In der **Arbeitsgruppe „Klinische Psychologie“** war man sich v.a. aufgrund der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Epidemiologie psychischer Störungen und Komorbidität von psychischen Störungen auch in der somatischen Rehabilitation (vgl. die Arbeitsergebnisse der Arbeitsgruppe um Prof. Bengel an der Universität Freiburg) sowie der rechtlichen Bedingungen seit dem Inkrafttreten des Psychotherapeuten-Gesetzes schnell einig, dass auch die Psy-

chotherapie ein Bestandteil des regulären Therapieangebots an somatischen Rehabilitationskliniken sein muss. Daher wurden dann auch für diese Kliniken Leistungen wie „Psychotherapeutische Einzelintervention“ definiert, wobei diese sowohl durch Psychologische Psychotherapeuten als auch durch Diplom-Psychologen unter Supervision eines Psychotherapeuten erbringbar sein sollen. Ärzten „mit entsprechender Weiterbildung“ steht diese Leistung im Entwurf der KTL auch zu, wobei dieser eher vage Begriff in der Arbeitsgruppe dahin gehend präzisiert werden konnte, dass dies „Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung“ beinhaltet. Eine schärfere Formulierung „in psychotherapeutischer Weiterbildung“ war jedoch nicht durchsetzbar. In der Praxis ist dieser Punkt an somatischen Reha-Kliniken aber nicht so brisant, da die Ärzte dort kaum Zeit für psychotherapeutische Maßnahmen erübrigen werden können.

Eine Verschlimmbesserung in der Benennung des Kapitels F des KTL-Entwurfs, das die klinisch psychologischen Reha-Angebote beschreibt, als „Krankheitsverarbeitung, Entspannungstherapie, Neuropsychologie“ wurde korrigiert und als neue Überschrift nach längerer Diskussion „Klinische Psychologie / Psychotherapie / Neuropsychologie“ vorgeschlagen.

Unstrittig war die *Integration der Neuropsychologie*, für die die Gebietsbeschränkung aufgehoben wurde. Es war nun aber zu differenzieren in Angebote einer Reha-Klinik mit einschlägigen oder anderen Indikations-Schwerpunkten.

In Bezug auf die *Schulungen* blieb zu wenig Zeit zur ausführlichen Diskussion. Die Arbeitsgruppe musste sich hier auf das Grundsätzliche beschränken. Es wird zwischen standardisierter und nicht standardisierter Schulung unterschieden, wobei standardisiert heißt, dass zumindest ein Curriculum oder Manual zur Durchführungsanleitung vorhanden sein muss. Eine sinnvolle Vereinheitlichung der Schulungsstandards wird aber angestrebt.

Das aktive Eintreten der AG Klinische Psychologie für die Psychotherapie an somatischen Reha-Kliniken führte dazu, dass die AG Psychotherapie (in der die psychoanalytischen und verhaltenstherapeutischen Psychosomatiker vertreten waren) kurz vor Ende der Workshopatung ihre Blockadepolitik aufgab und nun doch die Psychotherapiequoten der KTL auch für die somatischen Kliniken „freigab“. Das wurde offiziell bei der Schlussdiskussion im Plenum verkündet. Offen blieben aber die Detailfragen, so dass die oben genannten Empfehlungen der Arbeitsgruppe Klinische Psychologie evtl. doch noch einmal an einigen Stellen revidiert werden.

Das Prinzip der neuen KTL ist Öffnung von Therapiemethoden für alle Fachgebiete da, wo sie sinnvoll sind. Folgerichtig gilt dies auch für die Psychotherapie. In der **AG zur Psychotherapie** wurde aber zunächst diskutiert, dass Psychotherapie an psychosomatischen Kliniken einen anderen Charakter habe als an somatischen Reha-Einrichtungen. Dies ist bei allen Beteiligten natürlich unstrittig. Der Unterschied in der Versorgung der Patienten kann aber in der Dokumentation am Klinik-Code einfach erkannt werden.

Nun muss man also erst einmal abwarten, was die Gremien der DRV Bund aus diesem Punkt abschließend machen werden.

Zusammenfassend kann man von einer sehr konstruktiven Veranstaltung sprechen, die unter Zeitdruck effizient arbeitete und für den psychologischen und psychotherapeutischen Bereich in der Rehabilitation Erfolge gebracht hat. Wenn der Zeitplan eingehalten wird, ist eine redaktionelle Rückmeldeschleife des KTL-Entwurfs für Mitte des Jahres vorgesehen. Hier können dann jedoch keine grundsätzlichen Änderungen mehr erwartet werden.

Dipl.-Psych. Sigi Casper

Lahntalklinik der Deutschen Rentenversicherung Rheinland

Adolf Bach-Promenade 11, 56130 Bad Ems

E-Mail: sigi.casper@lahntal-klinik.de

Berichte aus den Landesgruppen

Baden-Württemberg

Inzwischen hat in Baden-Württemberg die Wahl zur Landespsychotherapeutenkammer für die KandidatInnen der DGVT erfolgreich geendet. Wir danken unseren WählerInnen für ihr Vertrauen und versuchen, dem Auftrag gerecht zu werden. Die DGVT ist nun gefordert, in der Mitarbeit, auch an verantwortlicher Stelle im Vorstand, ihre Ideen und politischen Positionen einzubringen. Die Wahl verlief aufregend. Erst am 4.1.2006 wurden zwei Wahlanfechtungen durch den Wahlausschuss der Psychotherapeutenkammer abgelehnt, damit wurde das Wahlergebnis definitiv. Erste Verhandlungen mit anderen Listen fanden seit November statt. Die Liste Psychotherapeutenbündnis Baden-Württemberg – in der wir mit vertreten sind – hat gemeinsam mit der Liste Beratungsstellen haben eine Mehrheit in der Vertreterversammlung.

Der neue Vorstand der Landespsychotherapeutenkammer setzt sich wie folgt zusammen:

- Präsident: Dr. Dietrich **Munz** (DGPT)
- Vizepräsident: Martin **Klett** (BVVP/VAKJP)
- Rechnungsführerin: Renate **Hannak-Zeltner** (DGVT)
- Beisitzerin: Birgitt **Lackus-Reitter** (BVVP)
- Beisitzerin: Kristiane **Göpel** (VAKJP)

Unser **Ausbildungsinstitut am Bodensee** ist seit 1. Oktober 2005 offiziell anerkannt. Neben der Anerkennung des Trägerschaftswechsels sind aber auch negative Entwicklungen zu verzeichnen. In den kooperierenden Kliniken werden die Bedingungen im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapieausbildung immer weiter verschärft. In zwei großen psychiatrischen Kliniken wurde die Möglichkeit, die praktische Tätigkeit auch halbtags zu absolvieren, für die zukünftigen AusbildungsteilnehmerInnen gesperrt. Viele AusbildungsteilnehmerInnen sind darauf angewiesen, ihre Ausbildungszeit über einen eigenen Verdienst zu finanzieren. Hier waren die 50 %-Stellen innerhalb der praktischen Tätigkeit eine wichtige Voraussetzung, die Ausbildung überhaupt durchführen zu können. Auch für Mütter sind die Halbtagsstellen oft die einzig mögliche Form, die praktische Tätigkeit durchzuführen.

Eine weitere Entwicklung geht vom Regierungspräsidium aus, das das geschaffene Netz von Kooperationspraxen für die praktische Ausbildung zurückschrauben möchte. Es sollen nur noch wenige Kooperationspraxen genehmigt werden.

Da die AusbildungsteilnehmerInnen aus ganz Baden-Württemberg und zum Teil auch aus Bayern kommen, wird es hier zu großen Problemen kommen, die praktische Ausbildung wohnortnah durchzuführen. Dies bedeutet einen erneuten finanziellen und zeitlichen Aufwand für die Betroffenen. Diese beiden Entwicklungen führen zu einer weiteren Verschlechterung Sozialverträglichkeit der Ausbildung. Es wird Zeit, dass sich die Kammer dieser Themen vor dem Hintergrund der in Zukunft absehbaren psychotherapeutischen Unterversorgung annimmt. Die DGVT-VertreterInnen der Psychotherapeutenkammer werden das Thema in die Kammerpolitik einbringen.

In diesen Tagen wird in Baden-Württemberg von Seiten der Ärzte gestreikt. Organisiert wird dieser **Streik von einer Ärztevereinigung**, die nicht unumstritten ist. Hintergrund ist der sinkende Gewinn aus ärztlicher Arbeit, bei hohen Anforderungen hinsichtlich wirtschaftlichen Handelns, Dokumentation und Einhalten von Standards. Nicht zuletzt werden überlange Arbeitszeiten genannt.

Für weitere Aufregung im Land sorgt ein **Fragenkatalog für einbürgerungswillige MigrantenInnen**. Mit 30 Fragen in Form eines sog. „Gesprächsleitfadens“ will man die Verfassungs-

treue erkunden. Unsere freiheitlich demokratische Grundordnung ist ein hohes und schützenswertes Gut, gleichzeitig jedoch ein recht abstraktes Konstrukt. Seit Jahresbeginn müssen sich Muslime, welche sich um einen deutschen Pass bewerben, dem umstrittenen Gesinnungstest unterziehen, und sich u. a. mit Fragen zur Staatsform Demokratie abquälen, die dem Stil nach auch in Abiturarbeiten vorkommen könnten. Andere Fragen betreffen die Haltung zur Gleichberechtigung der Geschlechter, die Toleranz gegenüber Anderen; auch das Thema Homosexualität wird angesprochen. Diese Fragen, denen jegliche methodische Grundlage fehlt, sind völlig ungeeignet, Verfassungsfeinde zu ermitteln oder die jeweilige Integrationsbereitschaft festzustellen. Der Katalog wird vielmehr als Provokation wahrgenommen und trägt möglicherweise zum weiteren Rückzug in die eigene Kultur und Denkwelt bei. Da viele Fragen speziell für Muslime zugeschnitten sind, fühlen sich diese – wie in Radio- und Zeitungsbeiträgen deutlich wird – in besonderer Weise ausgegrenzt und gekränkt.

Etwas Erfreuliches aus der Landespolitik zum Schluss: Es wird ernsthaft überlegt, dass die baden-württembergischen **Kinder erst später zur Schule gehen** sollen. Es geht nicht, wie man zunächst annehmen könnte, um das Einschulungsalter, sondern um die Frage des morgendlichen Unterrichtsbeginns. Wer selbst mit den eigenen Kindern davon betroffen ist oder sich noch an den Morgenstress mit Kindern erinnert, kann das nur begrüßen. Ein etwas geruhsamerer Start in den Tag könnte für die Kinder Entlastung bringen und vorbeugend gegen stressbedingte Störungen wirken. Allerdings wird diese Idee von Ministerpräsident Oettinger bereits kontrovers diskutiert, denn die Stunden fehlen dann am Ende des Vormittags und weitere Änderungen hin zur Ganztagschule wären die Folge. Wer sich über die Erkenntnisse der Schlafforschung und die Auswirkungen eines frühen Schulbeginns weiter informieren möchte sei verwiesen an: <http://www.br-online.de/wissen-bildung/artikel/0402/19-langschlaefer-schule/index.xml>

Ralf Adam, Renate Hannak-Zeltner

Bayern

Die DGVT-Landesgruppe bereitet derzeit gemeinsam mit dem BVVP und anderen Verbänden eine **Musterklage** vor, mit der die konsequente Umsetzung des Bundessozialgerichts-Urteils vom 28.1.2004 zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen erreicht werden soll. Bei der Umsetzung des Bewertungsausschuss-Beschlusses durch die KV Bayerns wurden die Vorgaben des Bundessozialgerichts (BSG) zu Lasten der Psychotherapeuten verschoben. Argumentativer Ansatzpunkt der Klage ist der bei der Honorarzuteilung zu niedrig in Ansatz gebrachte Anteil der Praxiskosten. Die Modell-Berechnung des BSG für eine wirtschaftlich geführte Praxis erachtet ausdrücklich Kosten von ca. 46.000,- € für erforderlich, um eine Praxis auf Dauer wirtschaftlich zu führen.

Psychotherapeutenkammer-News:

- Das Gesetz zur Gründung des Versorgungswerks der Kammer ist im Dezember vom Landtag beschlossen worden – Kammermitglieder können und müssen sich im Verlauf dieses Jahres entscheiden, ob sie Mitglied des Versorgungswerkes bleiben oder werden wollen (sie erhalten noch ein eigenes Info-Schreiben).
- Die Kammer bemüht sich – entsprechend der Vorgabe der neu verabschiedeten Satzung – um regelmäßigen Kontakt mit Vertretern der PT-AusbildungsteilnehmerInnen, der PT-Ausbildungs-Institute und der Hochschulinstitute, die die Grundberufe der Psychotherapeuten ausbilden. Zu diesem Zweck haben mit allen drei Gruppen erste Treffen stattgefunden, die jeweils positiv angekommen sind und fortgesetzt werden.
- Kammerdelegiertenversammlung am 1.12.05 – fast schon Routine: Die Kammer ist – nach einigen Diskussionen dem Verband der Freien Berufe in Bayern beigetreten. Melde-

und Wahlordnung wurden aktualisiert. Haushaltsplan 2006 verabschiedet. Ferner wurden Positionierungen verabschiedet. Zunächst zur Neuordnung der Studiengänge – die Kammer plädiert dafür, dass der Master Eingangsqualifikation zur Psychotherapieausbildung wird. Ferner wurde im Zusammenhang mit den Beratungen und Planungen zur Musterweiterbildungsordnung (MWBO) bei der Bundeskammer dafür plädiert, zunächst keine MWBO zu verabschieden.

Mitglieder, die detailliertere Informationen wünschen oder in der Landesgruppe mitarbeiten wollen, mögen Kontakt mit den LandessprecherInnen aufnehmen oder sich direkt an die DGVT-Geschäftsstelle wenden (bayern@dgvt.de).

*Für die LandessprecherInnen
Sonja Stolp, Elke Schweizer*

H a m b u r g

Freiwillige Kammer-Mitgliedschaft für PsychotherapeutInnen in der Ausbildung

Mit dem am 7.12.2005 von der Hamburger Bürgerschaft beschlossenen einheitlichen Hamburgischen Gesetz für die Heilberufe (HmbHKG) können nun auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Ausbildung **freiwilliges Mitglied** der Psychotherapeutenkammer Hamburg werden. AusbildungsteilnehmerInnen können ab sofort eine beitragsfreie Mitgliedschaft beantragen. Wir halten diese Neuerung für begrüßenswert.

Die Beitrittserklärung sowie der Meldebogen sind auf der Homepage der Kammer (www.ptk-hamburg.de) zu finden.

Am 16.11.2005 ist die von der Kammerversammlung am 10.9.2005 beschlossene **Berufsordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg** von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit genehmigt worden. Das Dokument ist ebenfalls auf der Kammer-Homepage veröffentlicht.

Bernd Kielmann, Thomas Bonnekamp

H e s s e n

(1) Psychotherapeutenkammer

Vom 4.-5.11.05 fand in Frankfurt a. M. die 12. Delegiertenversammlung der Hessischen Psychotherapeutenkammer statt, von deren Beschlussthemem wir an dieser Stelle zwei aufgreifen möchten.

Vereinfachung und Liberalisierung der Fortbildungsordnung

Die gute Nachricht vorweg: Die einstimmig verabschiedeten Änderungen zur FBO dienen der Stärkung von Eigenverantwortung und der Vereinfachung sowie Transparenz. So wurde u.a. beschlossen, die bisher nur begrenzte Anrechnungsfähigkeit von Fortbildungseinheiten (FE) in den Bereichen Supervision, Intervision und Selbsterfahrung aufzuheben und für eine Übergangsfrist von 5 Jahren auch Fortbildungsmaßnahmen aus 2002 f. anzuerkennen, sofern diese von einer Ärztekammer oder KV akkreditiert waren.

Unangemessen geringe Beitragssenkungen ohne Willen zum Kurswechsel

Nun zur schlechten Nachricht: Die verabschiedete neue Beitragsordnung sieht oberhalb eines Mindestbeitrages von 40 EUR lediglich eine Beitragsabsenkung um 20 EUR, eine Absenkung des Höchstbeitrages von 700 auf 680 EUR und die Freistellung der freiwilligen Mitglieder mit PiA-Status vor. Wir halten diese Beitragssenkung für völlig unzureichend und kritisieren

vehement die gleichzeitig großzügige Bereitstellung von Reserven und Projektposten, die nicht zu den gesetzlich definierten Kernaufgaben der Kammer gehören.

Um hier einen deutlichen Kurswechsel einzuleiten, brachte unsere Delegiertengruppe den Antrag ein, alle Beitragsstufen linear um 10 % zu senken und zur Finanzierung dieser Beitragssenkung einen Teil der in 2005 gebildeten Rücklage zu verwenden. Wir verwiesen darauf, dass sich unsere Kammer derzeit den Luxus einer Finanzrücklage leistet, die rund 250.000 EUR über dem Betrag liegt, der gesetzlich vorgeschrieben ist und uns von Experten der Aufsichtsbehörde empfohlen wird.

Unser Antrag wurde mit der Mehrheit der Delegierten aus „Kleeblatt“-Gruppe und Psychodynamischen Listen mit 19 Nein-Stimmen abgelehnt, 2 Delegierte enthielten sich und 9 Delegierte stimmten für unseren Antrag. Dass die stattdessen beschlossene und enttäuschend niedrige Beitragssenkung nicht durch finanzielle Argumente, sondern durch ein unseres Erachtens fehlgeleitetes Kammerverständnis begründet ist, wird daran deutlich, dass im Haushaltsentwurf 2006 Mittel für offene oder unpräzise definierte Projekte eingestellt sind, deren Gesamtsumme etwa derjenigen entspricht, die unser Antrag an Mindereinnahmen zur Folge gehabt hätte; Projektmittel, die nun je nach politischem Interesse der Mehrheit der Delegiertenversammlung verwendet werden können. Zu den Möglichkeiten und Chancen eines Kurswechsels siehe auch unten (3).

(2) Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)

Honorarbescheide 2004 f.: Widersprüche und Klageweg

Den in den letzten Monaten von vielen KollegInnen geäußerten Vorwurf eines organisatorischen „Abrechnungschao“ in der KVH können auch wir leider nicht dementieren. Wir empfehlen allen KollegInnen, sich im Falle verspäteter oder unvollständiger Abschlags- / Honorarzahlen direkt mit der KV in Verbindung zu setzen. Auch zur Dauerthematik der ungeklärten Honorarnachzahlungen stellen wir zu unserem Erstaunen fest, dass viele KollegInnen auf eine Klageerhebung und damit auf ihre Ansprüche verzichten. Demgegenüber rät die Landesgruppe Hessen ausnahmslos allen KV-niedergelassenen Mitgliedern, auch weiterhin gegen jeden ablehnenden Widerspruchsbescheid binnen 4 Wochen nach Zustellung Klage beim zuständigen Sozialgericht Marburg einzureichen und uns hierüber zu informieren.

Wir sehen unsere Einschätzung einer hohen Erfolgsaussicht von Klagen beim Sozialgericht Marburg bestätigt durch die Analysen des Beratenden Fachausschusses Psychotherapie, der nach einer zwischenzeitlich durchgeführten ersten Prüfung zu dem Schluss kommt, dass das ihm bisher vorgelegte Zahlenmaterial nicht ausreicht, eine abschließende Beurteilung der Berechnungsgrundlagen und Berechnungswege zur Ermittlung der neuen Mindestpunktwerte für zeitbezogene genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen vorzunehmen, und dass stattdessen erhebliche Zweifel an der angemessenen Umsetzung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses bestehen.

Qualitätsmanagement in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung

Die am 18.10.05 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) verabschiedete Qualitätsmanagement-Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung wurde schon in der letzten Ausgabe kurz vorgestellt. Viele KollegInnen sind verunsichert, was nun zu tun ist. Hierzu einige Worte:

Wir sehen keinen dringenden Handlungsbedarf und raten zur Besonnenheit. Die Einführung des QM soll in drei Phasen ablaufen, wobei allein für die Planungsphase, in der die anfallenden Praxisprozesse erstmals in einem Handbuch erfasst werden sollen, schon zwei Jahre veranschlagt werden. Auch besteht weder eine Verpflichtung, an QM-Kursen teilzunehmen, sondern lediglich eine Empfehlung, noch besteht eine Zertifizierungspflicht.

Die meisten bisher angebotenen QM-Systeme sind für große ärztliche Praxen konzipiert; angekündigt sind modifizierte Systeme für Psychotherapeuten. Die KollegInnen werden dann die Qual der Wahl haben, welches Qualitätsmanagementsystem zur eigenen Praxis am besten passt, sowie ob, und ggf. welches Zertifikat sie erwerben möchten. Sobald es hier Neuigkeiten gibt, werden wir informieren.

(3) Landesgruppe

Landesgruppentreffen

Unser Landesgruppentreffen am 11.11.05 in Ffm wurde diesmal eröffnet mit einem ausgezeichneten Gastvortrag von Thomas Heidenreich zum Thema "Neue Wege der Rückfallprophylaxe: Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie der Depression". Die anschließende Diskussion verlief wie der ganze Abend in einer sehr angenehmen und anregenden Atmosphäre. Im Berichtsteil zur Kammerarbeit nahmen Diskussionsbeiträge und Fragen zu den Neufassungen von Fortbildungs- und Beitragsordnung den größten Raum ein. Bei der abschließenden Wahl der Landessprecher wurden in ihren Funktionen bestätigt: 1. Wilfried Schaeben, 2. Anke Teschner und 3. Ingo Freienstein. In das erweiterte Landessprecherteam, das nun aus 10 Personen besteht, wurden neu gewählt: Nicola Kleine, PP aus Frankfurt, und Cornelia Pickl, PP aus Griesheim.

Kammerwahlen im Mai 2006: Gründung einer gemeinsamen Verhaltenstherapie-Liste

Am 17.11.2005 gründeten Vertreter unserer DGVVT-Landesgruppe, des DVT (Dt. Fachverband für Verhaltenstherapie) und der klinisch-psychologischen Fachbereiche aller hessischen Hochschulen eine gemeinsame Wahlliste:

VT-AS. Verhaltenstherapie Liste: Angestellte – Selbständige

Mitte Januar wendeten wir uns erstmals mit einem Rundschreiben an die verhaltenstherapeutisch tätige Kollegenschaft. Auf zwei der dort genannten Stichworte möchten wir hier noch kurz eingehen.

Beitragssenkung als Chance zum Kurswechsel

Wie oben im Kontext von Beitragssenkung und Haushaltsplanung erwähnt, streben wir eine Wiederbesinnung und Rückführung der Kammeraktivitäten auf ihre gesetzlich definierten Kernaufgaben an. Gleichzeitig sind wir überzeugt, effektiver und politisch nachhaltiger tätig sein zu können, wenn wir unsere Aktivitäten stärker mit denen der anderen Länder und der Bundeskammer koordinieren, und zwar gerade bei den Themen, die über die gesetzlich definierten Kernaufgaben hinaus gehen. So halten wir auch eine deutlich intensivere Kooperation mit den Vorständen anderer Landeskammern zur Koordination von Projektschwerpunkten für möglich. Hessen muss nicht jedes Rad noch einmal neu erfinden. Einige besonders kostspielige hessische Erfindungen wie z.B. den Luxus eines überdimensionierten Vorstandes werden wir nicht mehr mittragen.

Eine deutlichere Absenkung der Beiträge würde dann endlich auch mehr Fairness und Beitragsgerechtigkeit für die angestellten KollegInnen bedeuten, denn gerade für diesen fast die Hälfte aller Kammermitglieder umfassenden Teil der Kollegenschaft gilt auch vier Jahre nach Kammergründung: nur eine schlanke Kammer ist eine gute Kammer.

Unser Unterstützerkreis

Die vier Initiatoren der Verhaltenstherapie Liste stehen auch für das breite Mitgliederspektrum, das wir im VT-Bereich gemeinsam vertreten: Angestellte KollegInnen, ob an Ausbildungs- und Hochschulinstitutionen oder in Psychiatrischen Einrichtungen, Psychosomatischen oder Reha-Kliniken tätig, und Selbständige, niedergelassen in freier Praxis. In der Reihenfolge ihres Listenplatzes sind dies: 1. Wilfried Schaeben, KV-Praxis, Darmstadt; 2. Christian Alte, VT-Ausbildungsinstitut GAP, Ffm; 3. Dr. Renate Frank, Universität und Ausbildungs-

ambulanz, Gießen, 4. Prof. Dr. Fritz Mattejat, Kinder- u. Jugendpsychiatrische Univ.Klinik und Poliklinik, Marburg. Entsprechend vielfältig und breit gefächert ist auch der weitere Kreis unserer Kandidaten und Unterstützer. Besonders freut uns die spontane Bereitschaft vieler angestellter und selbständiger KollegInnen, die sich sonst nicht berufspolitisch engagieren, sich im Interesse der VT für unsere gemeinsame Liste einzusetzen.

Wilfried Schaeben, Anke Teschner

Mecklenburg-Vorpommern

Im vergangenen Jahr wurde die DGVT-Landesgruppenarbeit in Mecklenburg-Vorpommern aktiviert. Inzwischen trifft sich für die Region Rostock monatlich ein (bislang noch) kleiner Kreis von DGVT-Mitgliedern im Rahmen eines Qualitätszirkels, um fachlichen und berufspolitischen Austausch zu pflegen. Interessenten mögen sich an die Landessprecherin Katrin Prante per E-Mail wenden (mecklenburg-vorpommern@dgv.de).

Am 15.12.2005 wurde der Staatsvertrag zur OPK endlich auch im Schweriner Landtag verabschiedet. Wir wollen nun demnächst eine einführende Infomail zur Kammerwahl erstellen und versenden. Um laufend aktuell über den Stand der Kammerwahlvorbereitung informieren zu können, werden die Adressen approbierter KollegInnen aus Mecklenburg-Vorpommern benötigt. Wer also direkte Informationen wünscht, wird gebeten, seine Adresse inklusive Fragen an mecklenburg-vorpommern@dgv.de zu senden.

Katrin Prante, Jürgen Friedrich

Niedersachsen

Die aktuelle Diskussion um **verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern** beschäftigt auch die PsychotherapeutInnen. Geht es vordergründig um eine Verbesserung der Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, so stößt man bei näherer Betrachtung der aktuellen landespolitischen Vorstöße auf Inkongruenzen. Eine Verpflichtung zur Vorsorgeuntersuchung ist leicht gefordert. Unklar bleibt, was passiert, wenn der Kinderarzt Entwicklungsstörungen feststellt? Wie sehen die weiteren Schritte aus? Im Zusammenhang mit den aktuellen Kürzungen im Jugendhilfebereich Niedersachsen erscheint die Forderung substanzlos. Die DGVT fordert die Landespolitik dazu auf, ein entsprechendes Konzept, vorzulegen. Die PKN hat mit einer lesenswerten Pressemitteilung auf die aktuelle Diskussion reagiert (www.pks-nd.de).

Mitte Dezember des vergangenen Jahres ging ein Schreiben mit der Ankündigung einer Beitragserhöhung für 2006 an alle Kammermitglieder. Die Kammerbeiträge werden sich erheblich erhöhen, durchschnittlich um ca. 20 Prozent. Die unterschiedlichen Beitragsgruppen sind dabei wie folgt betroffen:

- Niedergelassene : bisher 330,-, neu 400,-.
- Angestellte und Beamte: bisher 270,-, neu 330,-.
- Teilzeitbeschäftigung von weniger als 50 %: bisher 165,-, neu 200,-.
- Kammermitglieder, die keiner Berufstätigkeit nachgehen, arbeitslos sind bzw. Mutterschutz/Elternzeit in Anspruch nehmen: bisher 65,-, neu 80,-.

Die DGVT befasst sich mit diesem Thema eingehend und möchte in Zusammenarbeit mit anderen Verbänden darauf hinwirken, ein gerechteres System zu finden. Denkbar wäre ein einkommensabhängiges Modell, wie es von den Gewerkschaften für deren Mitgliedsbeiträge verwendet wird.

An dieser Stelle sei einmal mehr an einen **möglichen Zusammenschluss der norddeutschen Psychotherapeutenkammern** erinnert werden. Durch eine gemeinsame Kammer könnten Mitgliedsbeiträge eingespart werden. Die DGVT wird sich in der Kammerversammlung weiter dafür einsetzen.

Ein Gemeinschaftsprojekt der norddeutschen Kammern, der Psychotherapeutensuchdienst "Psych-Info" wurde im Januar gestartet. Es kann nun auch in Niedersachsen nach Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen im Internet gesucht werden. Auf der Homepage der PKN findet sich das Suchsystem unter der Rubrik "Für Ratsuchende und Patienten". Die Kooperation klingt viel versprechend – gerade im Hinblick auf den von der DGVT geforderten Zusammenschluss der Kammern.

Die psychotherapeutische Versorgungssituation für Kinder und Jugendliche in Niedersachsen, insbesondere im Bereich Verhaltenstherapie, bereitet weiter Anlass zur Sorge. Die Wartezeiten für einen Therapieplatz sind weiterhin zu lang, insbesondere in ländlicheren Bereichen bestehen große Defizite. Gerade für Kinder, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen, sind die langen Wartezeiten nicht hinnehmbar. Die Zulassungsausschüsse entscheiden derzeit trotz der schwierigen Versorgungssituation restriktiv über Anträge auf Sonderbedarfszulassung.

Dieter Haberstroh

Nordrhein-Westfalen

Die nordrhein-westfälischen KollegInnen müssen sich wieder einmal mit der Ankündigung von **Kürzungen im Erziehungsberatungsstellenbereich** auseinandersetzen. Wenige Tage vor Weihnachten hatte die neue Landesregierung Einschränkungen in diesem Bereich im neuen Haushaltsplan um nochmals 16 Prozent angekündigt. Eine Stellungnahme zu dieser besorgniserregenden Entwicklung findet sich in diesem Heft unter der Rubrik *Aus der DGVT*. Auch die Psychotherapeutenkammer NRW hat sich mit dem familienpolitischen Thema befasst und eine Pressemitteilung herausgegeben.

Wir rufen alle KollegInnen aus dem psychosozialen Bereich dazu auf, sich aktiv gegen diese Pläne des Landes NRW einzusetzen.

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW stellt die Praxis der **Zwangseinweisungen in psychiatrische Krankenhäuser** auf den Prüfstand. Eine im Jahr 2000 vom Gesundheitsministerium in Auftrag gegebene Studie der Uni Siegen zum Thema „Psychiatrische Unterbringung“ kommt zu dem Schluss, dass Handlungsbedarf in diesem Bereich bestehe. Seit Mitte der 90er Jahre werden in NRW jährlich rund 20.000 Menschen gegen ihren Willen auf Grundlage des „Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten“ (**PsychKG**) in die Psychiatrie eingewiesen. Die Kommunen sollen ihr Hilfesystem nun auf mögliche Schwachstellen untersuchen und dann die notwendigen Konsequenzen ziehen, rät die Studie. Das betrifft insbesondere die Krisenintervention vor Ort – diskutiert wird derzeit die Einrichtung von Anlaufstellen, die rund um die Uhr ansprechbar sind. Einige Ergebnisse der Studie:

- Die Zahl der Unterbringungen (nach PsychKG) ist bis Mitte der 90er Jahre stetig angestiegen, bewegt sich seitdem weitgehend unverändert auf hohem Niveau.
- Die Unterbringungsquoten sind in ländlichen Gebieten deutlich niedriger als in Städten. Beispiel: Im Kreis Olpe weniger als fünf Unterbringungen je 10.000 Einwohner, in Köln rund 20 Unterbringungen je 10.000 Einwohner (Stand: 2003).
- Es gibt überdurchschnittliche Zuwächse bei Einweisungen von alten Menschen, allein lebenden Menschen und wohnungslosen Menschen.
- Es werden mehr Männer – durchschnittlich rund 55 Prozent der Fälle – als Frauen eingewiesen.

Um die Arbeit der Kommunen vor Ort zu unterstützen, hat das Ministerium unter anderem die aktuelle Situation untersuchen lassen und eine Arbeitshilfe für die Kommunen herausgegeben. Der 440-seitige **Abschlussbericht der Uni Siegen (Titel: „Kommunale Gesundheitsberichterstattung über psychiatrische Unterbringungen und Möglichkeiten ihrer Nutzung“)** ist kostenlos erhältlich beim NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Broschürenstelle, 40 190 Düsseldorf. Die Veröffentlichung ist auch als pdf-Datei im Internet unter www.mags.nrw.de abrufbar.

Ein **regionales Treffen der DGVT-Mitglieder in NRW wird im 1. Halbjahr 2006 stattfinden**. Vorgesehen ist neben dem kollegialen und berufspolitischen Austausch auch ein Fortbildungsangebot. Mitglieder erhalten hierfür demnächst eine Einladung.

Jürgen Kuhlmann

Saarland

Die Arbeit der DGVT-Landesgruppe Saarland von Mitte des vergangenen Jahres an bis jetzt war bestimmt vom konkreten Einstieg in das von uns „aufgelegte“ große Fortbildungsprogramm 2005–2007 unter dem Rahmentitel „*Neue Entwicklungen und Konzeptionen in der Verhaltenstherapie*“ (*Hinweise und Termine s. unter www.dgvt.de/saarland*).

Die Intention, sozusagen einen dritten Weg zwischen Großveranstaltungen mit „Promi-Zugpferden“ und fallbezogenen Inter- bzw. Supervisionsgruppen zu finden, hat dabei erfreuliche praktische Konturen gewonnen und verspricht darüber hinaus bereits jetzt dauerhafte Tragfähigkeit. Der Kurs 4, die „Kognitive Therapie nach Judith Beck“ (*Cognitive Therapy: Basics and Beyond*, deutsch unter dem Titel „Praxis der Kognitiven Therapie“, PVU, 1999), der Tochter des mittlerweile zur fachhistorischen Legende gewordenen A. T. Beck, steht jetzt nach fünf absolvierten Sitzungen und einer letzten noch ausstehenden Sitzung kurz vor dem Abschluss und war in mehrerlei Hinsicht ertragreich.

Das stand für den kompakten, kondensierten, in Jahren gereiften und dennoch – oder gerade deswegen – „einfachen“ Inhalt sowieso nicht in Frage, illustriert dieser doch aufs Schönste das *Aperçu* A. de Saint-Exupéry's, wonach die Entwicklung von Know-how oft vom Primitiven über das Komplizierte zum Einfachen geht. Wichtig war darüber hinaus aber auch die Auseinandersetzung darum, wie gestandene Kolleg/inn/en, die ihren persönlichen Ansatz in ihrem Tätigkeitsbereich bzw. auf ihrem Tätigkeitsfeld bereits gefunden bzw. erarbeitet haben, mit einem neu an sie herangetragenen Ansatz umgehen, diesen integrieren oder zumindest in Teilen adoptieren können. Im Unterschied zu den reife(re)n naturwissenschaftlichen und ingenieurwissenschaftlichen Disziplinen, wo persönliche Erfahrungshorizonte angesichts der neuen Erkenntnisse und Verfahren weitgehend irrelevant sind oder andersherum: die Sache selbst zwingend vorschreibt, was es neu zu übernehmen, sich anzueignen, zu erlernen gilt, herrscht in der angewandten Psychologie und Psychotherapie exakt der entgegengesetzte Fall vor, und die Frage nach den von keinem/-er Fachangehörigen mehr zu ignorierenden oder zu umgehenden Innovationen birgt jede Menge Brisanz und Konfliktpotential. Und davor steht gar noch das grundlegendere Problem der erfolgreichen Verständigung, die zwischen „Inhaber/inn/en“ ganz persönlicher, im Zuge höchst individueller Werdegänge geformter Welt- und Gegenstandskonzeptionen alles andere als selbstverständlich und leicht ist. Es war eine bereichernde und wohltuende Erfahrung, wie die teilnehmenden Kolleg/inn/en, die sich vorher persönlich überwiegend nicht bekannt gewesen waren, hier den verborgenen Fallstricken zu entgehen und dem Ganzen eine konstruktive Wendung zu geben verstanden. Einen wesentlichen Vorteil stellte sicher auch der intime Rahmen von weniger als 10 Personen dar.

Als nächstes werden wir uns einen im Vergleich zu dem Gegenstand des nun zu Ende gehenden Kurses zweifellos erheblich „dickeren Brocken“ vornehmen, nämlich die *Acceptance and Commitment Therapy*, (Guilford Press, 1999) die von Steven Hayes und seinem Team an der University of Nevada entwickelt worden ist und weiterentwickelt wird (Kurzbezeichnung:

ACT). Nicht nur weil wir dafür 10 Sitzungen veranschlagt haben, sondern auch, weil der Ansatz noch vor dem Übergang vom Komplizierten ins Einfache steht, dürfte hier ein schweres Stück Arbeit auf uns zukommen, das wir freilich mit unserer nun doch schon einigermaßen bewährten, gemeinsamen kollegialen Kraftanstrengung schultern wollen. Der Rahmen soll der gleiche wie im Vorgängerkurs sein, Veranstaltungsort bleibt Saarbrücken (wir bedauern es im Hinblick auf die Interessent/inn/en, die sich aus anderen Regionen gemeldet haben, dass wir unser Angebot noch nicht überregional auszuweiten in der Lage sind). **Die Reihe wird voraussichtlich unmittelbar nach Ostern beginnen, Anmeldungen werden ab sofort entgegengenommen** (r.metzger@mx.uni-saarland.de).

Eine abschließende Bemerkung sei hier gestattet: die Fach- und Berufsverbände sollten sich wieder verstärkt der inhaltlichen Arbeit widmen, und sie sind es auch, die den Prozess der „interparadigmatischen“ Auseinandersetzung in unserer Disziplin vorantreiben müssen, nachdem unsere seit kurzer Zeit betriebene „Verkammerung“ sich bereits jetzt als eine einzige Enttäuschung erweist. Zumindest hier bei uns im Saarland zeigt sich, dass die Entwicklung unserer Profession von der Kammer keine Impulse erwarten kann, dass sie (die Kammer) weder ein Forum lebendiger produktiver Auseinandersetzung ist noch Foren eben dafür schafft. Es mag sein, dass die nächsten Wahlen solche Zustände korrigieren, und einen Vorstand möglich machen, der nicht nur Behörde spielen will – und bei dem alle Anregungen und Vorschläge zu keiner Reaktion außer stundenlangem Schwadronierereien darüber führen, was der Vorstand angeblich schon alles geleistet hat (zunächst hat er im vergangenen Jahr *sich* etwas geleistet, nämlich gewachsene Rücklagen zum Anlass für eine Erhöhung seiner Aufwandsentschädigungen um satte 25 % genommen). Dass die Vertreterversammlungen so zur kaum noch zu ertragenden Qual werden, lässt sich leicht denken.

Vielleicht sind die Zustände in den anderen Bundesländern nicht so deprimierend wie bei uns, und es gibt tatsächlich Hoffnung (was zu glauben freilich schwer fällt angesichts dessen, was man von dort so mitbekommt). Bei uns an der Saar reift jedenfalls in vielen die Erkenntnis, dass man seine Energien anderswo investieren muss als in die Kammerarbeit, wenn man sie sinnvoll investieren und zur Fortentwicklung unserer Profession beitragen will. Eine bunte Fortbildungslandschaft mit interessanten Projekten zu fördern bzw. zu schaffen wäre ein Anfang, gemeinsame Diskussions-Veranstaltungen verschiedener Verbände könnten dazu kommen, eine produktive „Streitkultur“ müsste entwickelt werden und vieles andere mehr. Leider hat auch hier unsere Kammer mit ihrer restriktiven und eher auf Abschreckung als auf Ermunterung ausgerichteten Fortbildungspolitik (v.a. durch regelrechte „Abzockerei“ über Gebühren, die mit dem Verweis auf das Vorbild beispielsweise kommunaler Behörden gerechtfertigt werden) klargemacht, was von ihr zu erwarten ist, doch darf man sich davon einfach nicht entmutigen lassen. Unser regionales DGVT-Fortbildungsprogramm ist jedenfalls ein bis dato über Erwarten gut gelungener Anfang im Sinne der vorher skizzierten Agenda und hoffentlich eine gute Anregung und Ermunterung für viele Kolleg/inn/en.

Raimund Metzger

Schleswig-Holstein

Aus dem Land zwischen den Meeren – manchmal wird es auch Land der Horizonte genannt – gibt es diesmal leider nicht so viel zu berichten. Die letzte Kammerversammlung fand bereits in der letzten Rosa Beilage Berücksichtigung und die nächste wird erst Ende März stattfinden, in Sachen „Nordkammer“ hat sich wenig getan und ansonsten war Weihnachten, was sich meist auch berufspolitisch eben eher ruhig gestaltet. Allerdings hatte unsere Psychotherapeutenkammer kurz vor Weihnachten, am 16.12.05, ihren **1. Angestelltentag** veranstaltet. Zu ihm wollen wir gerne ein paar subjektive Anmerkungen machen, die Sachinformationen erhalten Sie sicher von der Psychotherapeutenkammer selbst.

Besucht war die Veranstaltung von geschätzten ca. 60 TeilnehmerInnen. Es gab zunächst drei Vorträge, einen zum Kündigungsschutz, einen zum Tarifrecht und einen zu den beruflichen Aussichten für angestellte PPs und KiJus, dann Arbeitsgruppen zu den Vorträgen und ein Schlussplenum. Zum Tarifrecht wurde der TVöD vorgestellt, der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst, der den BAT ablösen soll, bzw. teilweise auch schon abgelöst hat. Der Aufbau des neuen Tarifwerkes wurde vorgestellt und über die letztendliche Eingruppierung unserer Berufsgruppen wird noch verhandelt. Die Bedeutung des TVöD und die Wichtigkeit gewerkschaftlichen Engagements wurde herausgestrichen, was sicher auch richtig ist, schließlich sind die Gewerkschaften per Gesetz alleinige Arbeitnehmervertreter in tariflichen Angelegenheiten und die legen sich für unsere Berufsgruppen umso mehr ins Zeug, je mehr Mitglieder sie von uns haben. Auf der anderen Seite ist die Tendenz zur Privatisierung von vorher öffentlich-dienstlichen Institution gerade auch in Schleswig-Holstein nicht zu übersehen und damit die Tatsache, dass es immer mehr Arbeitgeber in unserem Bereich gibt, die sich um ein Tarifwerk des öffentlichen Dienstes schlicht nicht scheren und nicht scheren brauchen. Diesem Aspekt wurde leider wenig Beachtung geschenkt. Die Frage, ob mit Iia oder mit Ib bezahlt wird (alter BAT-Jargon) ist zwar für viele nicht unwichtig, droht aber für einen zunehmend größer werdenden Teil unserer BerufskollegInnen zu einer Art Luxusdiskussion zu verkommen. Der TVöD – so die vertretene Ansicht oder vielmehr die vertretene Hoffnung – möge eine Art Leitfunktion für den Markt haben, hinter den dann Arbeitgeber so leicht nicht zurück können sollen. Nun, drücken wir ihm die Daumen, oder besser noch helfen wir durch entsprechendes Engagement mit, eine angemessene Bezahlung unseres Berufsstandes zu erhalten bzw. herzustellen.

Die beruflichen Aussichten für Angestellte unseres Berufsstandes wurden insgesamt verhalten optimistisch dargestellt, aber sicherlich nicht von alleine, sondern eben auch abhängig davon wie stark wir uns dafür engagieren. Der Referent gab einen ausführlichen Überblick über die Möglichkeiten für die Kammern, und hier insbesondere für die Bundespsychotherapeutenkammer, Einfluss auf die Entwicklungen zu nehmen. Er stellte das Engagement der Kammern für Angestellte als schwierig und sehr komplex dar, da sie im Gegensatz zu den niedergelassenen KollegInnen eine sehr heterogene Gruppe darstellen, die in z.T. sehr unterschiedlichen Kontexten arbeiten. Als weiteres Erschwernis wurde gewertet, dass Angestellte in den Kammerversammlungen und Kammergremien deutlich unterrepräsentiert sind, und gleichzeitig wurde auf die demokratischen Möglichkeiten verwiesen, dies zu ändern.

Offensichtlich hat unser Kammervorstand seine Vorstellungen zur Angestelltenvertretung geändert. Während bislang eine niedergelassene Kollegin im Kammervorstand für diese Fragen zuständig war, kündigte der Vorstand im Abschlussplenum an, einen Ausschuss Angestellte/Beamte ins Leben zu rufen. Wir begrüßen diese Absichtserklärung sehr und sind gespannt darauf, wie der Ausschuss sich zusammensetzen wird. Wir werden uns jedenfalls dafür stark machen, dass die angestellten KollegInnen selbst ihre Interessen in die Hand nehmen (dürfen). Ausschüsse werden übrigens von der Kammerversammlung gewählt und da können auch Leute mitarbeiten, die nicht in der Kammerversammlung sitzen. Haben Sie Interesse daran mitzuwirken?

Apropos Mitwirkung: Liebe angestellte Kolleginnen und Kollegen, laufen Sie sich schon mal warm. Im Frühsommer 2007 sind Kammerwahlen und wir werden Sie brauchen.

Zur **Nordkammer** gibt es zu berichten, dass wir unsere Ankündigungen vom letzten Sommer, nämlich einen Musterhaushalt für eine Nordkammer zu erstellen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten für die wenigen kritischen Punkte, die mit einem Zusammenschluss zu einer Nordkammer verbunden wären, umgesetzt haben. Wir wollen damit deutlich mehr Druck auf die Kammervorstände ausüben, sich mit diesem Thema ernsthaft auseinanderzusetzen, die ja bisher leider nicht über eine pauschale Zurückweisung des Votums von 1.400 Pflichtmitgliedern hinaus gekommen sind. Eingbracht wurde der Musterhaushalt als erstes in die Niedersächsische Kammerversammlung, die am 3.12.05 tagte, den entsprechenden Tagesordnungspunkt

aber neben anderen mangels Zeit nicht mehr bearbeiten konnte. So steht eine erste offizielle Reaktion auf unsere Bemühungen noch aus. In Schleswig-Holstein werden unsere Vorlagen in die nächste Kammerversammlung Ende März 2006 eingebracht. Wir bleiben in dieser Sache jedenfalls am Ball und möchten wie immer auch um Unterstützung bitten.

Der aktive Kern der DGVT-Landesgruppe traf sich zuletzt am 24.01.06, was nach dem Redaktionsschluss dieser Ausgabe lag. Dazu also mehr in der nächsten Rosa Beilage. Dann dürfte auch der genaue Termin für die nächste Regionale Mitgliederversammlung stehen, die wir im Oktober veranstalten wollen.

Von Interesse für alle betroffenen Kammermitglieder dürfte ein Urteil des **Oberverwaltungsgerichts Schleswig-Holstein** sein, das der Berufung der beklagten Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein stattgab und die Klage eines Psychologischen Psychotherapeuten abwies. Gegenstand der Klage war die Frage gewesen, ob eine nach dem jeweiligen Umfang des Einkommens aus Psychotherapeuten-tätigkeit differenzierende Beitragserhebung geboten ist. Die Besprechung des Urteils finden Sie in diesem Heft unter der Rubrik „Alles was Recht ist“.

Detlef Deutschmann und Bernd Schäfer

Thüringen

Die Wahlen zur Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) werden die Landesgruppe in den nächsten Wochen und Monaten intensiv beschäftigen. Auf der Homepage der OPK stehen inzwischen einige Informationen zur Verfügung, insbesondere wird dazu aufgerufen, sich bei den derzeit Verantwortlichen in der sog. OPK-Errichtungsgruppe, auf einem Formblatt zurückzumelden (www.ihre-opk.de). Eine zentrale Aufgabe der Errichtungsgruppe und - nach Verkündung des Staatsvertrags - des noch zu berufenden Errichtungsausschusses ist die Erstellung eines Verzeichnisses aller Kammer-Mitglieder. Sobald die Meldeordnung in Kraft tritt, sind alle approbierten Psychologischen PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen arbeiten bzw. wohnen, verpflichtet, sich bei der Kammer zu melden.

Zum jetzigen Zeitpunkt sind v. a. diejenigen KollegInnen aufgerufen, sich bei der OPK-Errichtungsgruppe zu melden, die nicht bei der Kassenärztlichen Vereinigung eines der beteiligten Länder zugelassen oder ermächtigt sind oder deren Anschrift sich seit ihrer Approbation geändert hat, bzw. die ihre Approbation in einem anderen Bundesland erworben haben.

Vom 3.-7.3.06 findet der DGVT-Kongress in Berlin statt. Die DGVT-LandessprecherInnen werden an einem Informationsstand Hinweise zu den Wahlen zur Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer anbieten. Wer Kontakte zu KollegInnen in seiner jeweiligen Region sucht, kann dort ebenso Infos erhalten.

Die KV Thüringen hat ihre Grundsätze zur Arbeit in Qualitätszirkeln geändert. Es werden nur noch vier Qualitätszirkel im Jahr gefördert. Das bedeutet für die niedergelassenen Kollegen eventuell wieder, die Kosten für die Mitarbeit in einem Qualitätszirkel selbst zu tragen. Die finanzielle Seite der Qualitätssicherung bleibt also weiterhin unklar.

Silke Langen

Aus den Psychotherapeutenkammern**Bericht vom
7. Deutschen Psychotherapeutentag
in Dortmund am 13. Januar 2006***Heinz Liebeck*

Einzigster (wesentlicher) Tagesordnungspunkt bei diesem - extra zu diesem Zweck einberufenen - 7. DPT war die Beratung und die Beschlussfassung der Musterberufsordnung (<http://www.bptk.de/show/100623.html>), die bereits auf dem 5. DPT in München und beim 6. DPT in Hamburg behandelt werden sollte.

Nach anfänglichen (entscheidenden!) Geschäftsordnungsdiskussionen über das Prozedere begannen die fast 90 Delegierten durchaus zügig mit der Beratung des Entwurfes, wenn einmal davon abgesehen wird, dass vor der Mittagspause vielleicht doch ein wenig zu detailliert diskutiert wurde. Am Nachmittag wurde dann durch ein gestrafftes Vorgehen - hier sei der Versammlungsleitung ausdrücklich für ihr strukturiertes Vorgehen gedankt - erreicht, dass nicht nur zwei wesentliche Paragraphen ausführlich diskutiert und beraten und schließlich die gesamte Musterberufsordnung ohne Diskussion „weniger wichtiger“ Paragraphen beschlossen werden konnte.

Zu den beiden Paragraphen, die am Nachmittag im Zentrum der Diskussion standen, sei an dieser Stelle nur kurz vermerkt, dass der § 6 (Abstinenz) ohne Überregulierungen im Detail beschlossen werden konnte.

Und für § 26 (Psychotherapeuten als Lehrende, Ausbilder und Lehrtherapeuten sowie als Supervisoren) wurde schließlich ein im Entwurf vorgesehener Absatz 5 gestrichen. Er hätte verlangt, dass nur solche Prüfer in den Approbationsprüfungen tätig sind, die bei keinem der Prüflinge Supervision gemacht haben - damit wäre die Durchführung der Prüfungen praktisch unmöglich gemacht worden. Im Nachhinein zeigte sich, dass eine gründliche Vorbereitung und vorausschauende Verfolgung eines Änderungsantrages in Kooperation der Vertreter von DGVT, UniTH (Universitäre Ausbildungsinstitute) und DVT (Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie) zum Erfolg bei diesem Änderungsantrag geführt haben. Dass die Prüfungen ohnehin schon viel zu aufwendig und kompliziert in der Durchführung sind, wurde in der Diskussion von mehreren Seiten betont und es wurde festgehalten, dass es zukünftig darum gehen muss, u. a. die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen vor dem Hintergrund vorliegender Erfahrungen zu novellieren.

Insgesamt ein DPT, der unter disziplinierter Diskussion ohne „besondere Vorkommnisse“ verlaufen ist, vielleicht ein Beispiel für die Zukunft?

Heinz Liebeck, Göttingen,
E-Mail: hliebec@uni-goettingen.de

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (OPK)*Kerstin Burgdorf*

Die Gründung der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer (OPK) schreitet voran. Inzwischen haben Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen die Ratifizierungsgesetze zur Gründung der OPK verabschiedet. Brandenburg und Sachsen-Anhalt sollen nach Aus-

kunft von Jürgen Hommel, Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Ende Januar, spätestens Mitte Februar 2006 nachziehen. Der Staatsvertrag könnte also demnächst in Kraft treten. Dann wäre der Weg frei für das zuständige Sächsische Ministerium für Soziales, den Errichtungsausschuss der OPK zu berufen. Die Vorbereitung der Wahlen zur Kammerversammlung bedarf dann noch mindestens ein halbes Jahr. Die DGVT rechnet mit Wahlen nicht vor dem Herbst 2006.

Dem Errichtungsausschuss obliegt die Aufgabe, die Wahlordnung, die Satzung, die Beitragsordnung sowie den Haushaltsplan zu formulieren. Auch die Vorbereitung der ersten Wahl zur Kammerversammlung der OPK ist Aufgabe des Errichtungsausschusses.

Die derzeitige sog. „OPK-Errichtungsgruppe“ bittet zur Vorbereitung der ersten Kammerwahl alle zukünftigen Kammermitglieder, die nicht bei der Kassenärztlichen Vereinigung eines der beteiligten Länder zugelassen oder ermächtigt sind und deren Anschrift sich seit ihrer Approbation geändert hat bzw. die ihre Approbation in einem anderen Bundesland erworben haben, ihren Namen und ihre aktuelle Adresse mitzuteilen. Mitglieder der OPK sind alle KollegInnen, die eine Approbation als Psychologische(r) Psychotherapeut(in) oder/und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut(in) besitzen und die in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt oder Thüringen arbeiten bzw. wohnen. Weitere Informationen zum Meldebogen finden sich auf der Homepage www.ihre-opk.de. Für Fragen stehen als Ansprechpartner die Landessprecher der DGVT unter den jeweiligen Landes-E-Mail-Adressen zur Verfügung.

Workshop der BPtK zur Versorgungssituation im ambulanten KJP-Bereich am 21. November 2005 in Berlin

Jürgen Kuhlmann, Dortmund

Am 21.11.2005 lud die Bundespsychotherapeutenkammer nach Berlin zu einem Workshop, der sich mit der Frage der ambulanten Psychotherapieversorgung für Kinder und Jugendliche im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschäftigte.

Vortragende waren Sachverständige der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Wissenschaftler aus dem Bereich Versorgungsforschung sowie Vertreter der Landespsychotherapeutenkammern.

Nach der Eröffnung stellte *Prof. Rainer Richter*, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hamburg und mittlerweile auch Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die Forschungsergebnisse einer Studie im Raum Hamburg vor.

Auf der Grundlage gesicherter Prävalenzraten sowie nach Auswertung der Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Zahlen aus den komplementären Bereichen (Jugendhilfe) ergaben sich Raten von 8 % psychisch kranker Kinder und Jugendlicher sowie 18 % Kinder und Jugendlicher, die psychisch auffällig waren.

Es herrscht im gesamten Stadtgebiet Hamburg eine deutliche Unterversorgung. So wurden im Jahr 2002 nur knapp mehr als die Hälfte der dringend behandlungsbedürftigen Kinder tatsächlich behandelt.²

² Vgl. unter www.ptk-hamburg.de/aktuelles/themen/kjp

Marion Schwarz stellte eine Expertise der Psychotherapeutenkammer Hessen vor, die sich zum Ziel gesetzt hatte, aus Umfrageergebnissen unter den Kammermitgliedern Aussagen zur Versorgungssituation abzuleiten.

Bei den Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen fiel besonders ins Auge, dass es eine deutliche Schieflage bei der Geschlechterverteilung zwischen Anbietern und Inanspruchnehmern gibt, so versorgen insgesamt 70 % weibliche PsychotherapeutInnen die mehrheitlich männlichen Patienten.

Bei der Frage der Arbeitszeiten gab es den bekannten Dissens zwischen den abgerechneten Therapieeinheiten (mehr als 45 % der TherapeutInnen geben an, unter 36 Stunden zu arbeiten, der Schwerpunkt liegt bei 21-35 Stunden), und den Vorstellungen seitens der KV bzw. des Bundessozialgerichtes, die von 36 Stunden/Woche als Vollbeschäftigung ausgehen.

Die genauere Analyse ergab allerdings eine zeitliche Inanspruchnahme, die deutlich über das Maß der abgerechneten Zeiteinheiten hinausgeht, ein Verweis auf das erhebliche Tätigkeitsspektrum der Psychotherapeuten, das neben den eigentlichen therapeutischen Sitzungen zu bewältigen ist.

Auch in den Ausfallzeiten, die mit 9-12 Wochen pro Jahr angegeben werden, spiegelt sich möglicherweise ein Spezifikum kindertherapeutischer Tätigkeit.

Eine Kennzahl, die den Versorgungsengpass nochmals verdeutlicht, stellt die Rate der Zurückweisung von Therapieanfragen dar, so berichten über 50 % der KJPLer, dass sie mehr als 75% der Anfragen abschlägig bescheiden müssen.

Auch der Vortrag von *Michael Reisch* aus Baden-Württemberg beleuchtete die Versorgungssituation hinsichtlich der KJP aus der Sicht der beteiligten Versorger. Nur ca. 20 % der Kinder und Jugendlichen, die behandlungsbedürftig sind (ca. 2.000.000 Kinder und Jugendliche in Baden-Württemberg, davon ca. 20 % behandlungsbedürftig) nehmen psychotherapeutische Angebote auch in Anspruch.

Aus Sicht der beteiligten BehandlerInnen liegt eine deutliche Unterversorgung des Bereiches vor.

Ein Perspektivenwechsel ergab sich durch den Vortrag von *Prof. Uwe Koch*, der sich als Wissenschaftler mit Versorgungsfragen beschäftigt, und den wissenschaftlich-empirischen Faktor bei der Gewinnung der Daten, deren Auswertung und die daraus ableitbaren Folgerungen darlegte.

Die Datenlage bei Versorgungsfragen im psychotherapeutischen Bereich sei insgesamt mangelhaft, für den Bereich Kinder und Jugendliche nahezu nicht vorhanden. Der zeitliche Aufwand, entsprechende Datenmengen zu generieren, sei enorm, auch wenn mit dem sich in Arbeit befindenden Gesundheitssurvey ein guter Anfang gemacht worden sei. Auf Seiten der abhängigen Variablen des zu ermittelnden Bedarfs sei u.a. auch die Wirksamkeit der jeweiligen Verfahren ein notwendig mit einzurechnendes Kriterium.

Immer wieder schimmerten auch die indikationsbezogene Berechnung des Bedarfs und entsprechender Behandlungsmethoden durch. Von einer allgemeinen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, die für sich in Anspruch nimmt, jedwede Störung kompetent und zielstrebig zu behandeln, müsse man sich wohl verabschieden.

Zuletzt nahm *Dr. Thomas Kopetsch* von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Stellung zu der Frage einer für Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen getrennten Bedarfsberechnung.

Grundlage der Bedarfsberechnung der KVen ist die Zahl der ermittelten Behandler zum 1.1.1999 gewesen. Für den Bereich der Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sei der Termin nicht zu halten gewesen, da auch anschließend immer noch Behandler nach Wi-

derspruchsverfahren ins System kamen. Man hatte sich dann auf September/Oktober 1999 als Stichtag geeinigt.

Die KBV geht mit dieser Zahl von einer angemessenen Versorgungslage aus. Die Schieflage, die durch mögliche falsche Berechnungs- und Ermittlungszahlen im Vorfeld der Zulassung von vielen Seiten betont wird, wird von der KBV nicht geteilt oder zumindest nicht als relevant angesehen.

In diesem Sinne geht es nicht um eine Ermittlung des Bedarfes, sondern genauer eigentlich um eine Kapazitätsberechnung der vorhandenen Strukturen, auch weil Bedarf an sich nicht objektiv zu erheben sei, sondern immer nur in Abhängigkeit subjektiver Wertesysteme.

Zusätzliches Manko sei der multiprofessionelle Zugang bei der Behandlung psychischer Probleme von Kindern und Jugendlichen. Differenzierungen vorzunehmen falle hier daher schwer.

Im Rahmen einer Simulationsrechnung ermittelte die KBV als Auswirkung einer getrennten Berechnung der Daten (s.o.) einen zusätzlichen Bedarf von ca. 800 Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen.

Als weiteren Weg zur Verbesserung der Versorgungslage möchte die KBV die im System befindlichen Behandler in die Pflicht nehmen, ihre Praxis zu professionalisieren und entsprechend den Vorgaben die 36 Behandlungsstunden auch anzustreben. Die zusätzlichen finanziellen Mittel, die sich auf dieser Berechnungsgrundlage ergäben, seien nicht das Problem der KVen. Alternativ werde angestrebt, von Seiten der KVen auch eine freiwillige oder verordnete Teilzulassung anzubieten.

Eine letzte Möglichkeit, mehr Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen in die Versorgung einzubinden, wird auch in der Forderung nach Mindestversorgungsanteilen gesehen, was jedoch zu Lasten der Psychologischen PsychotherapeutInnen ginge.

Nach teilweise lebhafter Diskussion verabschiedete *Dr. Christina Tophoven* als Geschäftsführerin der BPtK die TeilnehmerInnen. Die Auseinandersetzung um das Thema sollte am nächsten Tag nochmals in kleinerem Teilnehmer-Rahmen fortgesetzt werden. Auf die zukünftige Entwicklung und die Ergebnisse der Veranstaltung, die der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Ausschuss der Bundeskammer in Gang gebracht hatte, darf man gespannt sein.

Jürgen Kuhlmann

Anhörung der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) zum Entwurf einer Musterweiterbildungsordnung

Günter Ruggaber, Tübingen

Nachdem Fortbildungsordnungen mittlerweile in allen Psychotherapeutenkammern installiert sind und die meisten Kammermitglieder ihre Erfahrungen damit auch schon gemacht haben dürften, schleicht sich das Regelwerk für Weiterbildungen, die dann ggf. auch zum Führen entsprechender Zusatzbezeichnung berechtigen, immer näher an die Entscheidungsreife heran. Im Mai soll der nächste Deutsche Psychotherapeutentag eine Musterweiterbildungsordnung (MWBO) beraten und evtl. sogar schon verabschieden. Höchste Zeit also, dass die Weiterbildungskommission der BPtK den Stand ihrer Bemühungen zur Diskussion stellt.

Am 18. Januar 2006 waren deshalb VertreterInnen aus den Landeskammern und Fachverbänden nach Berlin eingeladen, um ihre Einschätzung des vorgelegten MWBO-Entwurfs einzubringen.

Allein schon der Umfang des Ordnungsentwurfs zeigt, dass die Kommission beachtliche Arbeit geleistet hat: Mit 40 Entwurfsseiten bekommt die Diskussion zu diesem Thema, die bisher v. a. von grundsätzlichen Erwägungen (bislang hatte es mehrere „Eckpunktepapiere“ zum Thema gegeben, die auch bei zwei Anhörungen zu Grunde lagen) geprägt war, nun eine recht konkrete Dimension – insbesondere fallen erstmals administrative Aspekte solcher Weiterbildungsordnungen ins Auge. Und wer die Umsetzung der Fortbildungsregelungen noch in Erinnerung hat, weiß, welche wesentliche Bedeutung gerade solchen Verfahrensfestlegungen zukommt. Und vielleicht noch wesentlicher als bei den Fortbildungsordnungen wird es bei Weiterbildungsregelungen darauf ankommen, dass in den einzelnen Landeskammern vergleichbare Regelungen geschaffen werden. Das Szenario von landesspezifisch unterschiedlichen Weiterbildungsmöglichkeiten und damit einhergehenden unterschiedlichen Zusatzbezeichnungen würde die Transparenz der Psychotherapie sicher nachhaltig schädigen. Gerade aus diesem Grund ist die Einigung auf eine Musterordnung mit bundesweitem Vorbildcharakter so wichtig.

Die Zahl von mehr als 40 anwesenden ExpertInnen aus den Ländern und Verbänden macht deutlich, dass das Thema Weiterbildungsordnung sehr ernst genommen wird und großer Diskussionsbedarf hierzu besteht. Allerdings musste die vorstellende Kommission bald erkennen, dass ihr Wunsch, die Anwesenden mögen doch konkrete Detailrückmeldungen zu einzelnen Regelungen ihres Entwurfs geben, noch weitgehend ungehört bleibt. Zu schwerwiegend erschienen vielen der Anwesenden die grundsätzlichen Folgen einer Weiterbildungsordnung, weshalb die Diskussion auch immer wieder durch grundsätzliche Fragen bestimmt blieb:

- Wie kann der Gefahr begegnet werden, dass Weiterbildungsordnungen zu einer Abwertung der grundständigen Ausbildung, der Einschränkung von Behandlungs- und Abrechnungsmöglichkeiten und in der Folge auf eine Verlängerung des psychotherapeutischen Qualifizierungswegs hinauslaufen?
- Welche inhaltlichen Felder bedürfen einer expliziten Weiterbildungsregelung und wo würden bestehende Fortbildungsregelungen ausreichen?

Im vorgelegten Entwurf wird zunächst die Einschränkung der Weiterbildungsmöglichkeit auf Bereiche vorgeschlagen, die außerhalb des Diagnosespektrums der Kapitel F1-F9 des ICD-10 liegen und damit also über die Inhalte der Ausbildung hinausgehen. Als entsprechendes Beispiel sieht die Kommission insbesondere Regelungsbedarf für eine Weiterqualifikationsmöglichkeit in Klinischer Neuropsychologie und legt hierzu ausgearbeitete Weiterbildungsanforderungen vor. Ebenfalls in diese Kategorie fällt eine Weiterbildung in Klinischer Somatopsychologie, welche in dem vorgelegten Entwurf zwar grundsätzlich vorgeschlagen wird; konkrete Ausarbeitungen zur Ausgestaltung stehen aber noch aus und lassen eine Entscheidungsreife bis kommenden Mai noch recht unwahrscheinlich erscheinen. Für diese beiden Bereiche soll mit einer Weiterbildungsregelung u. a. das Ziel verfolgt werden, neue sozialrechtliche Spielräume für psychotherapeutische Behandlungen zu erschließen.

Neben solchen Regelungen für Bereiche, die auf eine Ausweitung des durch bestehende sozialrechtlicher Regelungen erfassten psychotherapeutischen Leistungs- und Behandlungsspektrum abzielen, umfasst die MWBO Regelungsvorschläge für weitere Weiterbildungsbereiche. Diese Bereiche betreffen die Weiterbildung in weiteren zusätzlich zu dem in der grundständigen Ausbildung erworbenen Psychotherapieverfahren (Zweit- und Drittverfahren) und die Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie für Psychologische PsychotherapeutInnen. Letztere soll in erster Linie die bisherige Regelung in den Psychotherapievereinbarungen zur Abrechnungserweiterung für Psychologische PsychotherapeutInnen ablösen.

Insbesondere zu diesen Bereichen zeigte sich im Rahmen der Anhörung viel Diskussionsbedarf, zumal hier Inhalte berührt werden, die durch grundständige Ausbildungsregelungen bereits erfasst sind und damit die eingangs erwähnte Gefahr einer Entwertung bereits erworbener Ausbildungsqualifikation in besonderem Maße gegeben scheint. Für eine Weiterbildungsregelung dieser Bereiche lässt sich somit also auch keine versorgungspolitische Notwendigkeit ins Feld führen.

Der Justitiar der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Martin Stellpflug, führte aus juristischer Sicht aus, dass Weiterbildungsregelungen sehr viel wahrscheinlicher neue sozialrechtliche Möglichkeiten für Psychotherapie erwarten lassen, als dies durch z.B. curriculare Fortbildungsregelungen zu erreichen sein dürfte. Insbesondere für die Bereiche, welche bereits durch anerkannte Ausbildungsqualifikationen abgedeckt und sozialrechtlich geregelt sind, war bei den Anwesenden hierzu allerdings deutliche Skepsis zu vernehmen. In mehreren Wortmeldungen wurde die Frage aufgeworfen, ob hier nicht Konkretisierungen der Ausbildung oder inhaltliche Definitionen durch Fortbildungsregelungen ausreichen. Dadurch könnte dann der Gefahr einer „Weiterbildungsinflation“ begegnet werden, wie sie im Zusammenhang mit der Möglichkeit zur Erlangung von Zusatzbezeichnungen bei der Ärzteschaft zu beobachten ist.

Die kontrovers geführte Debatte bei dieser Anhörung lässt zum jetzigen Zeitpunkt eine Mehrheit für eine Weiterbildungsordnung noch keinesfalls als sicher bezeichnen. Insbesondere wenn man die Notwendigkeit eines bundesweit einheitlichen Vorgehens ernst nimmt, wird deshalb in den nächsten Wochen und Monaten von allen Verantwortlichen zu prüfen sein, ob dem Berufsstand möglicherweise durch eine Konzentration auf die Regelung der Weiterbildungserfordernisse im Bereich der Klinischen Neuropsychologie zunächst nicht besser gedient wäre. Ein solches behutsameres Vorgehen, das dann natürlich in den einzelnen Bundesländern unbedingt nachvollzogen werden sollte, würde den Landeskammern wohl auch mehr Spielraum für eine professionelle und wohlgedachte konkrete Umsetzung dieser neuen administrativen Herausforderung eröffnen.

Alles was Recht ist ...

Aktuelle Rechtsprechung zur Beitragserhebung der Psychotherapeutenkammern³ – Urteile des Schleswig-Holsteinischen OVG und des OVG Rheinland-Pfalz liegen vor

Kerstin Burgdorf

Das von vielen Seiten mit Interesse erwartete Berufungsurteil des Schleswig-Holsteinischen Obergerichtes (OVG) zur Frage der Rechtmäßigkeit des von der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein in den Jahren 2002 und 2003 erhobenen Einheitsbeitrags liegt nun vor.

Der Kläger, in einem Kinderschutzzentrum angestellt tätiger Psychologischer Psychotherapeut, hatte geltend gemacht, nur zu 20 % seiner Arbeitszeit Tätigkeiten im Sinne des

³ Vgl. zum Thema: Jan Eichelberger, Zur Mitgliedschaft und Beitragspflicht in den Kammern für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Rosa Beilage 3/2005, S. 30 ff.

PsychThG auszuüben. Die Beitragssatzung müsse unterschiedliche Beiträge vorsehen, je nach dem, in welchem Umfang Einkommen aus der Psychotherapeutentätigkeit erzielt werde.

Die Entscheidungsgründe des Schleswig-Holsteinischen VG (Urt. v. 10.8.2005, 2 A 176/03) seien nochmals kurz umrissen: Eine differenzierende Beitragsregelung ist notwendig. Die Mitglieder der Psychotherapeutenkammer stellen keine derart homogene Gruppe dar, dass bei pauschalierender Betrachtung jedem ihrer Mitglieder der gleiche Vorteil, d.h. der sich aus der Mitgliedschaft ergebende Nutzen, zukommt. Eine Vielzahl der Aufgaben der Kammer ergibt sich aus den Bedürfnissen der konkreten Berufsausübung der selbstständig tätigen (niedergelassenen) Kammermitglieder. Angestellten Mitgliedern kommt ein geringerer Nutzen zu. Denjenigen, die ihren Beruf nicht ausüben, der geringste Nutzen.

Am 30.9.2005 entschied das Schleswig-Holsteinische OVG nun zu Gunsten der beklagten Psychotherapeutenkammer: **der pauschalierend festgelegte Beitrag in einheitlicher Höhe für grundsätzlich alle Mitglieder während der Errichtungsphase der Kammer sei mit Blick auf den Gleichheitsgrundsatz (Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz) nicht zu beanstanden.** Eine Beitragserhebung, die zwischen dem unterschiedlichen Nutzen der Kammer für das einzelne Pflichtmitglied differenziert, sei nicht geboten.

Das Urteil enttäuscht viele betroffene Pflichtmitglieder der Kammer, hatte das Schleswig-Holsteinische Verwaltungsgericht (VG) als Ausgangsgericht zunächst mit überzeugender Argumentation für den klagenden Psychotherapeuten entschieden.

Das Urteil muss jedoch vor dem Hintergrund gelesen werden, dass **der in Frage stehende Zeitraum die Errichtungsphase der Kammer war und das Gericht die Besonderheit dieser Situation als entscheidendes Kriterium für seine Urteilsfindung bewertet hat.** Aus Sicht des OVG kommt insbesondere die Errichtungsphase der Kammer allen Mitgliedern gleichermaßen zu Gute unabhängig von dem jeweiligen Maße der Berufsausübung. In der Errichtungsphase habe die Beklagte v. a. die rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Erfüllung der ihr nach dem Heilberufekammergesetz obliegenden Aufgaben geschaffen (Satzungsrecht erlassen, Einrichtung als Körperschaft des öffentlichen Rechts voranbringen, erforderliche Anfangsinvestitionen vornehmen), die sich für das einzelne Kammermitglied als Dauervorteil für die gesamte Mitgliedschaft, unabhängig von den beruflichen Umständen bzw. unabhängig vom jeweiligen Maß der Berufsausübung des Mitglieds auswirken. Für besonders gelagerte Fälle hatte die Beitragssatzung Befreiungsregelungen vorgesehen. Mit Blick auf diese Sonderregelung und die besonderen rechtlichen und tatsächlichen Gegebenheiten während der Errichtungsphase verstößt aus Sicht des OVG die Beitragssatzung nicht gegen die Anforderungen des Art. 3 Abs. 2 GG.

Ein interessantes Detail sei am Rande erwähnt: der Kläger machte im Berufungsverfahren ergänzend geltend, dass die Beitragserhebung der Kammer bereits auf einer nichtigen Haushaltssatzung beruhe. Die im Haushaltsplan vorgesehenen Aufwandsentschädigungen für die Mitglieder und Vorstände des Errichtungsausschusses seien außerordentlich hoch und würden einen Verstoß gegen das Gebot sparsamen Wirtschaftens darstellen. Das OVG weist diese Bedenken des Klägers mit der Begründung zurück, dass die im Haushaltsplan angesetzten 16.000,- Euro/Monat Aufwandsentschädigung mit 16 Treffen des zwölfköpfigen Errichtungsausschusses und mit 32 Treffen des Vorstands im Zeitraum August 2002 bis August 2003 hinreichend erklärbar seien.

Gegen das Urteil wurde die Revision nicht zugelassen. Die Nichtzulassung der Revision wurde inzwischen durch Beschwerde angefochten.

Die PTK Schleswig-Holstein hat als Reaktion auf die Verwaltungsgerichtsurteile seit 2005 eine Differenzierung in der Beitragshöhe zwischen Angestellten und Selbstständigen sowie für Mitglieder, die ihren Beruf nicht ausüben, eingeführt. Leider fehlen aus Sicht der DGVT

weiterhin transparente Kriterien für eine Beitragsreduktion bei Teilzeitbeschäftigten, die nur über die Härtefallregelung eine Beitragsreduktion erwirken können.

Ein Blick auf die **aktuelle Rechtsprechung zum Kammerbeitrag in Rheinland-Pfalz:**

Das Oberverwaltungsgericht (OVG) Rheinland-Pfalz hat mit Urteil vom 9. August 2005 der Berufung einer Psychologischen Psychotherapeutin stattgegeben, die sich als teilzeitbeschäftigte Angestellte und alleinerziehende Mutter durch den Pflichtbeitrag zur Kammer in Höhe von 400,- € für das Jahr 2002 unzumutbar belastet sah. Die Klägerin sah in dem einheitlichen einkommensunabhängigen Mitgliederbeitrag der Kammer Rheinland-Pfalz einen Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz sowie gegen das Äquivalenzprinzip, da die fehlende Differenzierung zwischen niedergelassenen und angestellten Kammermitgliedern die jeweilige berufsbezogene Vorteilssituation durch die Kammermitgliedschaft außer Acht lasse. Die Kammer müsse sich um ein stärker ausdifferenziertes Beitragsystem bemühen.

Das Gericht in erster Instanz hatte die Klage abgewiesen. Das Berufungsgericht hat nun den Beitragsbescheid der Kammer aufgehoben. Es sah in der vorliegenden Beitragsordnung zwar keinen Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip – im Gründungsjahr 2002 der Kammer habe kein Missverhältnis zwischen den allen Kammermitgliedern dienlichen Grundlagenarbeit und der Höhe des Einheitspflichtbeitrags vorgelegen. Jedoch sieht das OVG einen **Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz**, da die Beitragshöhe mit 400,- € die Bagatellgrenze beträchtlich überschreite und die generell verminderte Leistungsfähigkeit teilzeitbeschäftigter Psychotherapeuten bei der Beitragsgestaltung unberücksichtigt geblieben sei. **Gerade bei Personen, die nur die Hälfte oder sogar weniger als die Hälfte ihrer Arbeitskraft für berufliche Zwecke einsetzen, führe der Einheitsbetrag zu einem Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz** (dieser besagt, dass wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches eben seiner Ungleichheit gemäß zu behandeln sei).

Das Gericht macht dann noch eine interessante Ausführung zur Frage, ob der **einheitliche Kammerbeitrag auch im Verhältnis der niedergelassenen und der angestellten Kammermitglieder untereinander zu einer intensiven Ungleichbehandlung führe**. Das OVG sieht hier kein Differenzierungsgebot, da die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der beiden Gruppen nicht wesentlich differiere.

Noch interessanter ist die Bemerkung des OVG zu der Tatsache, dass nach einer 2003 durchgeführten Umfrage der Kammer 36,6 % der insgesamt etwa 600 abhängig beschäftigten Kammermitglieder in Teilzeit arbeiten. Hiervon arbeiten etwa 52 % halbtags oder weniger. Nach Auffassung des OVG fällt diese reduzierte Leistungskraft zahlenmäßig durchaus ins Gewicht und kann nicht mehr übergangen werden. Diesem Umstand habe die Kammer – sofern der von ihr befürwortete Einheitsbeitrag nicht auf eine für alle Mitglieder in gleicher Weise verkraftbare Höhe abgesenkt werden kann - durch die Aufnahme eines Sondertarifs in die Beitragsordnung Rechnung zu tragen, der den beschriebenen beitragsrechtlichen Besonderheiten gerecht wird.

Ein verheißungsvolles Urteil für teilzeitbeschäftigte Kammermitglieder, die unter der Beitragslast leiden. Die rheinland-pfälzische Kammer muss sich diesem gerichtlichen Auftrag nun stellen.⁴

Kerstin Burgdorf

Schleswig-Holsteinisches OVG, Urt. v. 30.9.2005, Az.: 3 LB 14/04, 2 A 176/03

OVG Rheinland-Pfalz, Urteil v. 9.8.2005, Az.: 7 K 1427/04.NW

⁴ Die Beitragstabelle der PTK Rheinland-Pfalz vom 12.2.2004 sieht noch keine wesentliche Differenzierung vor. Unterschieden wird nur zwischen Pflichtmitgliedern (475,- €) und freiwilligen Mitgliedern (200,- €).

Heilpraktiker und Psychotherapie: PKN veröffentlicht zulässige Tätigkeitsbezeichnungen⁵

Die **Psychotherapeutenkammer Niedersachsen** hat aufgrund von gehäuften Abmahnungen von Heilpraktikern mit der Erlaubnis zur Ausübung von Psychotherapie auf der Basis des HPG, wenn Tätigkeitsbezeichnungen verwendet wurden, die eine Verwechslung mit PP und/oder KJP zuließen, eine Liste auf ihrer Homepage veröffentlicht (www.pk-nds.de), die Klarheit schaffen soll, welche Bezeichnungen unzweifelhaft zulässig sind.

Die Liste ist entstanden auf der Basis einer Vereinbarung der Arbeitsgemeinschaft der für Gesundheit zuständigen obersten Landesbehörden sowie in Abstimmung mit der juristischen Beraterin der PKN, Frau Dr. Rüping, die in mehreren Abmahn-Verfahren mit diesem Thema beschäftigt war.

Bei der Festlegung der Bezeichnungen wurden zwei Grundsätze beachtet:

1. Aus der **Tätigkeitsbezeichnung** muss unmissverständlich hervorgehen, dass es sich um das **Angebot eines Heilpraktikers** handelt.
2. Der Begriff "**Psychotherapeut**" darf - auch in seiner adjektivischen Form - in der Tätigkeitsbezeichnung **nicht** verwendet werden.

Die **Liste zulässiger und nicht-zulässiger Tätigkeitsbezeichnungen:**

1. Zulässig:

- Heilpraktiker nur für Psychotherapie
- Heilpraktiker (Psychotherapie)
- Heilpraktiker, eingeschränkt für den Bereich Psychotherapie
- Heilpraktiker für Psychotherapie

2. Unzulässig:

- Therapeut für heilkundliche Psychotherapie
- Praxis für Psychotherapie
- psychotherapeutische Praxis
- psychotherapeutischer Heilpraktiker
- Fachtherapeut für Psychotherapie
- Fachtherapeut für Psychotherapie (HPG)
- Psychotherapeut (HPG)
- Psychotherapeut nach dem HPG
- Heilpraxis (Psychotherapie)
- Heilpraxis nur für Psychotherapie
- Heilpraxis für Psychotherapie
- psychotherapeutische Heilpraxis

Diese Vorgaben müssen auch in Selbstdarstellungen von Heilpraktikern (z.B. Anzeigen, Flyern, Türschildern usw.) beachtet werden.

⁵ Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen.

Der neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD)⁶

Gerd Dielmann, Berlin

Die Neugestaltung des Tarifrechts im öffentlichen Dienst wurde vor dem Hintergrund tiefgreifender gesellschaftlicher Veränderungsprozesse in Angriff genommen, von denen das Sozial- und Gesundheitswesen als stark von öffentlicher Verantwortung geprägter Bereich in besonderem Maße betroffen war und ist.

1. Gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen

Wie alle staatlich verantworteten Ausgaben stehen die Kosten im Sozial- und Gesundheitswesen unter besonderem Rechtfertigungszwang. Auch wenn die angebliche Kostenexplosion längst als Märchen entlarvt (vgl. Braun u. a. 1998) ist und internationale Vergleiche der Gesundheitsausgaben, etwa mit dem privatwirtschaftlich organisierten, wesentlich teureren Gesundheitssystem der USA, nur noch zurückhaltend gezogen werden, stehen doch die Beitragsätze der gesetzlichen Krankenkassen als Ausdruck hoher „Lohnnebenkosten“ immer wieder im Brennpunkt öffentlichen Interesses. Steuern besonders für Großunternehmen und Bezieher höherer Einkommen zu senken, war in den letzten Jahren das Credo schwarz-liberaler wie rot-grüner Wirtschaftspolitik. Im Ergebnis stehen weniger Mittel für öffentliche Aufgaben zur Verfügung, müssen rigorose Kostensenkungsprogramme im gesamten öffentlichen Dienst nicht zuletzt gegen die Beschäftigten durchgesetzt werden. Um dies zu erreichen werden Krankenkassen und Krankenhäuser in Wettbewerb gesetzt, wo immer es geht, öffentliche Aufgaben privatisiert.

Auf betrieblicher Ebene äußert sich dies in Outsourcing von Servicebereichen (z.B. Küchen, Reinigungsdienste) mit dem Ziel der Tarifabsenkung für die dort Beschäftigten. Ausgliederungen und Neugründungen von Tochtergesellschaften ohne Tarifbindung sind auch bei Kirchen und Wohlfahrtsverbänden probate Mittel, sich in diesem Verdrängungswettbewerb zu behaupten. Ganze Kliniken werden an private Aktiengesellschaften verkauft, ein Prozess, der selbst vor Universitätskliniken nicht Halt macht. Im Gesundheitswesen sank die Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft von 1043 im Jahre 1990 auf 689 in 2003. Gleichzeitig wuchs die Zahl der privaten Krankenhäuser von 321 auf 442 und verdoppelte sich deren Bettenzahl von 22.779 auf 46.994 (DKG, 2005). Der Wettbewerbsvorteil privater Klinikbetreiber liegt nicht nur in ihrer Finanzkraft sondern auch in den zumeist niedrigeren Personalkosten. Oft wird weder Weihnachts- noch Urlaubsgeld gezahlt und liegt das Gehaltsniveau insgesamt niedriger als im öffentlichen Dienst.

2. Tarifpolitischer Kontext

Immer mehr Arbeitgeber trachten danach, sich jeder Tarifbindung zu entziehen. Der Bundes-Angestelltentarifvertrag (BAT) als ehemals weithin geltender Flächentarifvertrag erodiert nicht nur im Osten. Die kommunalen Arbeitgeberverbände klagen über Mitgliederschwund. Die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) droht sich aufzulösen. Das Land Berlin wurde ausgeschlossen, Hessen hat seinen Austritt erklärt. In den letzten Jahren hat der BAT auch seine Leitfunktion für die ihm angliederten Tarifbereiche, z.B. bei Kirchen und ihren Einrichtungen, bei der Arbeiterwohlfahrt und beim Deutschen Roten Kreuz zunehmend verloren

⁶ Erweiterte schriftliche Fassung eines Vortrags, der am 12. November 2005 in München anlässlich des 1. Bayerischen Psychotherapeutentags gehalten wurde. Nachdruck mit freundlicher Genehmigung aus der Zeitschrift Reha-Psychologische Mitteilungen 1/06.

(Denzler, 2004). Flankiert und unterstützt wurden diese Entwicklungen durch gesetzgeberische Maßnahmen, wie die Kürzung staatlicher Zuschüsse und die gesetzliche Einführung längerer Arbeitszeiten für Beamte, der alsbald dann auch die Angestellten folgen sollen.

Vor diesem Hintergrund hatten sich die Tarifvertragsparteien des öffentlichen Dienstes anlässlich des Tarifabschlusses 2003 in Potsdam darauf verständigt, das Tarifrecht des öffentlichen Dienstes völlig neu zu gestalten.

Ziele dieser Modernisierung des BAT waren u.a.:

- Erhalt des öffentlichen Tarifverbunds
- Einheitliches Tarifrecht für Arbeiter/-innen und Angestellte
- Einheitlichkeit und Differenzierung
- Straffung, Vereinfachung und Transparenz
- Lösung vom Beamtenrecht
- Stärkere Leistungsorientierung

Im Rahmen dieser allgemeinen Zielsetzung wurden weitere Einzelziele verfolgt, die sich dann auch im Tarifergebnis niedergeschlagen haben. Der Erhalt der Tarifbindung vor allem in den von Outsourcing bedrohten Versorgungsbereichen, sollte im wesentlichen durch die Einführung von Niedriglohngruppen erreicht werden. Die für die verschiedenen Beschäftigtengruppen bestehenden Unterschiede bei Arbeitsbedingungen und Vergütung sollten vereinheitlicht werden. Gewerkschaftliche Zielsetzung war es dabei auch, die in verschiedenen Anlagen zum BAT geregelten Vergütungen in eine einheitliche Vergütungstabelle zu integrieren. Es bestand Einigkeit, dass in einem allgemeinen Teil des Tarifvertrags einheitliche Regelungen für den gesamten öffentlichen Dienst getroffen werden sollten und dass das branchenspezifische Tarifrecht u.a. für Krankenhäuser, Heil- und Pflegeeinrichtungen, „Einrichtungen und Heime, die der Förderung der Gesundheit, der Erziehung, Fürsorge oder Betreuung“ dienen, in einem besonderen Teil geregelt werden sollte.

Die Loslösung vom Beamtenrecht wird durch die Abschaffung des *Senioritätsprinzips*, und des bis dahin über familienstandsbezogene Ortszuschläge realisierten *Alimentationsprinzips* vollzogen. Erstgenanntes bezieht sich auf die im BAT übliche Vergütung nach Lebensalter über unterschiedliche Vergütungsstufen. Der Ortszuschlag war danach bemessen, ob der/die Beschäftigte ledig oder verheiratet war und erhöhte sich mit der Zahl der zu versorgenden Kinder. Die Lebensaltersstufen sollten durch Erfahrungsstufen ersetzt werden, um dem vom Lebensalter unabhängigen Erwerb von Berufserfahrung Rechnung zu tragen. Zugleich sollten jüngere Beschäftigte relativ besser vergütet werden, um Anreize für eine Tätigkeit im öffentlichen Dienst zu setzen und den mit einer selbständigen Lebensführung und Haushaltsgründung verbundenen besonderen Kosten in dieser Lebensphase gerecht zu werden. Eine stärkere Leistungsorientierung sollte sich im neuen Tarifrecht ebenso niederschlagen wie die befristete Besetzung von Führungspositionen.

Zentrales gewerkschaftliches Ziel war es, dass es bei der Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik für bestehende Beschäftigungsverhältnisse zu keinen gravierenden Einkommensverlusten kommen sollte. Die Arbeitgeberseite wiederum legte großen Wert darauf, die Neugestaltung des Tarifrechts möglichst kostenneutral zu realisieren. In einem mehr als zweijährigen Prozess wurde der Tarifvertrag in verschiedenen paritätisch besetzten Arbeitsgruppen ausgehandelt und schließlich am 13. September 2005 unterschrieben, sodass er am 1. Oktober 2005 in Kraft treten. Auf Grund von nicht einigungsfähigen Positionen vor allem bei den Neuregelungen der Arbeitszeit war die Tarifgemeinschaft deutscher Länder (TdL) zuletzt an den Tarifverhandlungen nicht mehr beteiligt. Der Tarifvertrag gilt also zunächst nur für die der Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA) angeschlossenen Kommunen und ihre Einrichtungen und für den Bund.

Da das gesamte Tarifwerk in dem gegebenen Zeitrahmen unmöglich vollständig dargestellt werden kann, will ich mich im folgenden auf einige wesentliche Eckpunkte beschränken.

3. Wesentliche Eckpunkte des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD)

3.1 Qualifizierung

Erstmals konnten für alle Beschäftigten des öffentlichen Dienstes geltende Regelungen zur Qualifizierung vereinbart werden. Zwar ließ sich ein genereller Rechtsanspruch auf die Teilnahme an Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung nicht realisieren, erste Ansätze, die Bedeutung lebenslangen Lernens anzuerkennen und hierfür auch in begrenzten Umfang Verantwortung zu übernehmen, finden sich jedoch in den Regelungen wieder. Danach hat jede(r) Beschäftigte(r) einen Anspruch auf ein regelmäßiges Qualifizierungsgespräch, das in der Regel jährlich mit der jeweiligen Führungskraft geführt werden soll. In diesem Gespräch soll festgestellt werden, ob und gegebenenfalls welcher Qualifizierungsbedarf besteht. Der Tarifvertrag unterscheidet Erhaltungsqualifizierung, Fort- und Weiterbildung, Qualifizierung für eine andere Tätigkeit und Wiedereinstiegsqualifizierung. Wird die Teilnahme an einer Bildungsmaßnahme vom Arbeitgeber veranlasst, so trägt er auch die Kosten. Eine ähnliche Formulierung gab es im BAT bereits für Angestellte im Pflegedienst (Nr. 7 SR 2a BAT), die durchaus für die Freistellung und Finanzierung für Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen eine gewisse Bedeutung erlangt hat. Ein möglicher Eigenbeitrag wird durch eine Qualifizierungsvereinbarung geregelt. Zeiten von vereinbarten Qualifizierungsmaßnahmen gelten als Arbeitszeit. Der große Wurf ist diese Regelung zweifellos noch nicht, aber immerhin: Ein Anfang ist gemacht.

3.2 Arbeitszeit

Das Thema Arbeitszeit war vor dem Hintergrund einer gekündigten Arbeitszeitregelung durch die TdL, unterschiedlicher Wochenarbeitszeiten in Ost und West und bereits eingeführter Arbeitszeitverlängerung für Beamte besonders brisant. Im Ergebnis konnten sich die Tarifvertragsparteien auf eine Wochenarbeitszeit von 39 Stunden/Woche beim Bund und 38,5 Stunden (West) sowie 40 Stunden (Ost) bei der VKA verständigen. Die Arbeitszeit wurde allerdings sehr weitgehend flexibilisiert: Ein großzügig bemessener Ausgleichszeitraum eröffnet die Möglichkeit, Arbeitsspitzen und Zeiten geringerer Auslastung auszugleichen. Durch Öffnungsklauseln für betriebliche Regelungen kann ein Arbeitszeitkorridor von bis zu 45 Stunden/Woche vereinbart werden und es kann eine tägliche Rahmenarbeitszeit von bis zu 12 Stunden eingeführt werden. Der Ausgleichszeitraum beträgt ein Jahr. In der Rahmenzeit erbrachte Überstunden sind nicht zuschlagspflichtig. Durch Betriebs- oder Dienstvereinbarung können Arbeitszeitkonten eingerichtet werden. Soweit Arbeitszeitkorridor oder Rahmenzeit vereinbart werden, ist das Arbeitszeitkonto verbindlich vorzusehen. Langzeitkonten, die über den Ausgleichszeitraum von einem Jahr hinausgehen, sind möglich.

Wechselschicht- und Schichtarbeit, Nachtarbeit, Bereitschaftsdienst und Rufbereitschaft wurden definiert (§ 7 TVöD) und neu geregelt. Das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) erlaubt Abweichungen von den in ihm geregelten Arbeitszeitvorschriften auf Grundlage von Tarifverträgen und Betriebs- oder Dienstvereinbarungen, die auf Grundlage eines Tarifvertrags zwischen den Betriebsparteien vereinbart werden (§ 7 ArbZG). Die Tarifvertragsparteien haben von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht und lassen Abweichungen von der täglichen und der vereinbarten wöchentlichen Arbeitszeit zu, „wenn in die Arbeitszeit regelmäßig und in erheblichem Umfang Bereitschaftsdienst fällt“ (§ 45 Abs. 2 und 3 TVöD). Der „Besondere Teil Krankenhäuser“ BT-K) des TVöD erlaubt eine Verlängerung der täglichen Arbeitszeit im Bereitschaftsdienst der Stufen A (Arbeitsleistung 0 - 10 %) und B (Arbeitsleistung mehr als 10 - 25 %) auf bis zu 16 Stunden täglich, der Stufen C (Arbeitsleistung mehr als 25 - 40 %) und D (Arbeitsleistung mehr als 40 - 49 %) auf bis zu 13 Stunden täglich.

Bei Bereitschaftsdiensten der Stufen A und B kann die wöchentliche Arbeitszeit auf bis zu maximal durchschnittlich 58 Stunden und der Stufen C und D auf bis zu maximal durchschnittlich 54 Stunden verlängert werden. Die abzuschließenden Betriebs- oder Dienstvereinbarungen müssen „einvernehmlich“ zustande kommen, d.h. ohne dass eine Entscheidung der Einigungsstelle herbeigeführt wurde.

Die Voraussetzungen für die Verlängerung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit durch „einvernehmliche“ Betriebs- oder Dienstvereinbarungen sind wie folgt definiert:

1. Prüfung alternativer Arbeitszeitmodelle
2. Belastungsanalysen gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz
3. Maßnahmen zur Gewährleistung des Gesundheitsschutzes

Mit dieser Regelung wird den Betriebsparteien (Betriebs- und Personalräten und Mitarbeitervertretungen) ein höheres Maß an Verantwortung übertragen und es rücken Fragen des Gesundheitsschutzes stärker ins Blickfeld. Da die Vereinbarungen einvernehmlich getroffen werden müssen, besteht ein hoher Einigungszwang, aber auch die Möglichkeit betriebliche Regelungen zu verhindern.

Im Verhältnis zu den bisherigen Arbeitszeitregelungen im BAT, die in Verbindung mit der EU-Arbeitszeitrichtlinie nur noch eine Wochenarbeitszeit von 48 Stunden/Woche zulassen, bedeutet dies eine stärkere Flexibilisierung der Arbeitszeiten auf betrieblicher Ebene.

3.3 Eingruppierung und Entgelt

Die mit diesem Tarifvertrag angestrebte neue Entgeltordnung konnte noch nicht abschließend vereinbart werden. Die Eingruppierungsvorschriften des BAT gelten nach den Überleitungstarifverträgen zunächst weiter. Die Tarifvertragsparteien beabsichtigen bis zum 31.12.2007 neue Regelungen zur Eingruppierung zu treffen.

Da über Jahre hin keine einvernehmlichen Regelungen zur Eingruppierung getroffen werden konnten, besteht hier erheblicher Nachholbedarf. Neu entstandene Berufe, gestiegene Anforderungen und Belastungen sind im Tarifrecht noch gar nicht erfasst oder einseitig durch Arbeitgeberempfehlungen zur Eingruppierung geregelt.

Aus gewerkschaftlicher Sicht werden u. a. folgende Zielsetzungen bei den bevorstehenden Verhandlungen verfolgt: Das neue Eingruppierungsrecht soll diskriminierungsfrei und EU-konform sein, Orientierungsmaßstab ist die auszuübende Tätigkeit, nicht allein der formale Bildungs- und Berufsabschluss. Anforderungen an die Tätigkeiten, wie Qualifikation, Verantwortung, soziale Kompetenz, u. a. sind vorab zu definieren. Die Tätigkeiten sind einheitlich, nach gleichen Kriterien zu bewerten. Alle Anforderungen und Belastungen einer Tätigkeit sind zu erfassen. Die Systematik soll transparent und nachvollziehbar sein.

Die Tarifvertragsparteien haben sich bislang auf eine einheitliche Tabelle für alle Beschäftigten in 15 Entgeltgruppen und 6 Erfahrungsstufen verständigt. Besonders kompliziert war dabei die Integration der Anlage 1b BAT, in der die Eingruppierungsvorschriften für den Pflegedienst geregelt sind. Die im BAT vorgesehenen Lebensaltersstufen und familienstandsbezogenen Zuschläge (Ortszuschlag) werden künftig entfallen.

Folgende Eck-Eingruppierungen wurden vereinbart:

- EG 1: einfachste Tätigkeiten (Beispielkatalog)
- EG 2 - EG 4: un- und angelernte Tätigkeiten, Ausbildung unter 3 Jahren
- ab EG 5: dreijährige Berufsausbildung
- ab EG 9: Fachhochschulabschluss/Bachelor
- ab EG 13 wiss. Hochschulabschluss/Master

Zweieinhalbjährige Ausbildungsgänge sind den dreijährigen gleich gestellt. Bemerkenswert ist die Gleichstellung der Bachelor- und Masterabschlüsse unabhängig von der Art der Hochschule, an der sie erworben wurden. Damit greifen die Tarifvertragsparteien die im Zuge des Bologna-Prozesses angestrebte Angleichung der Abschlüsse auf.

Im übrigen sind alle nach dem 1.10.2005 bis zum In-Kraft-Treten der neuen Entgeltordnung vorgenommenen Neueingruppierungen und Umgruppierungen mit Ausnahme der Eingruppierungen in die Entgeltgruppe 1 und im ärztlichen Dienst als vorläufig zu betrachten. Sie begründen weder Vertrauensschutz noch Besitzstand (§ 17 Abs. 3 TV-Ü).

Die in den Vergütungsregelungen des BAT bisher geltenden Lebensaltersstufen werden grundsätzlich durch 6 Erfahrungs- oder Entwicklungsstufen ersetzt. Die jeweiligen Endstufen sind bei Bund und VKA und für einzelne Entgeltgruppen unterschiedlich geregelt.

Die Erfahrungs- bzw. Entwicklungsstufen stellen sich in den Entgeltgruppen 2 bis 15 bei ununterbrochener Tätigkeit in derselben Entgeltgruppe bei ihrem Arbeitgeber wie folgt dar:

- Stufe 1: ohne Berufserfahrung
- Stufe 2: 1 Jahr Berufserfahrung oder 1 Jahr in Stufe 1
- Stufe 3: nach weiteren 2 Jahren
- Stufe 4: nach weiteren 3 Jahren
- Stufe 5: nach weiteren 4 Jahren
- Stufe 6: nach weiteren 5 Jahren

Bei 3 Jahren Berufserfahrung erfolgt ab 1.01.2009 die Einstufung in Stufe 3. In den Stufen 4 bis 6 kann die Höherstufung bei über- bzw. unterdurchschnittlichen Leistungen beschleunigt oder gehemmt werden. Dies ist eines der nunmehr vereinbarten Merkmale „leistungsorientierter Vergütung“. Da es nach wie vor schwierig ist, Leistung zu definieren und angemessene Kriterien für ihre Bewertung zu finden, war dieser Punkt innergewerkschaftlich nicht unumstritten⁷ und wird auch in der Diskussion um die Bewertung des Tarifergebnisses einer eher kritischen Betrachtung unterzogen. Um groben Ungerechtigkeiten entgegen zu wirken, wird Beschäftigten die Möglichkeit eingeräumt, gegen eine Verlängerung der Stufenlaufzeiten Beschwerde zu führen. Zur Beratung dieser Beschwerden werden paritätisch besetzte betriebliche Kommissionen eingerichtet, auf deren Vorschlag der Arbeitgeber dann zu entscheiden hat, ob er der Beschwerde abhilft.

Im Unterschied zu den Lebensaltersstufen im BAT beziehen sich die Erfahrungsstufen auf den jeweiligen Betrieb (Arbeitgeber). Sie können bei einem Stellenwechsel vom neuen Arbeitgeber anerkannt werden, müssen aber nicht. Es ist sicher einer der Schwachpunkte des neuen Tarifvertrags, dass es der Gewerkschaft nicht gelungen ist, die jeweils erreichte Einstufung auch bei Arbeitgeberwechsel zu sichern. Andererseits ist es im privatwirtschaftlichen Bereich unüblich, dass bei dem einen Arbeitgeber erworbene Besitzstände bei Arbeitgeberwechsel garantiert erhalten bleiben.

3.4 Leistungsentgelt

Neben der dargestellten Beschleunigung oder Verlangsamung des Stufenaufstiegs wurden weitere leistungsorientierte Elemente ins Tarifwerk aufgenommen. Ab dem 1. Januar 2007 wird ein Leistungsentgelt eingeführt, das zusätzlich zum Tabellenentgelt gezahlt wird. „Die leistungs- und/oder erfolgsorientierte Bezahlung soll dazu beitragen, die öffentlichen Dienstleistungen zu verbessern. Zugleich sollen Motivation, Eigenverantwortung und Führungs-

⁷ Kritisch hierzu positioniert hat sich die Bundesfachkommission Psychologische Psychotherapeut/-innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/-innen (FK PP/KJP). Beschluss vom 28./29.10.04, in: ver.di, FB 3 (Hrsg.): drei.12/Dezember 2004. S. 3

kompetenz gestärkt werden.“ (§ 18 Abs. 1 TVöD). Das zur Verteilung zur Verfügung stehende Gesamtvolumen beträgt zunächst 1 % der ständigen Monatsentgelte des Vorjahres beim jeweiligen Arbeitgeber. Angestrebt wird eine Zielgröße von 8 %. Die Auszahlung des Leistungsentgelts, das die Gestalt einer Leistungsprämie, Erfolgsprämie oder Leistungszulage annehmen kann, setzt eine betriebliche Einigung über das Verfahren und die Verteilungskriterien voraus. Dies ist in einer Betriebs- bzw. einvernehmlichen Dienstvereinbarung zu regeln. Das Leistungsentgelt wird jährlich ausgezahlt.

Es besteht Auszahlungspflicht. Falls eine Einigung der Betriebsparteien in 2007 nicht zustande kommt, erhalten die Beschäftigten im Dezember 2007 einheitlich 12 % des Tabellenentgelts ausgezahlt. Die Komplexität des Themas und die Schwierigkeiten einer gerechten betrieblichen Umsetzung, lassen keine schnellen Lösungen erwarten. Wegen der vereinbarten Kostenneutralität soll die zusätzliche Zahlung des Leistungsentgelts (on Top) durch die Einsparungen bei der Jahressonderzahlung und erwartete Rückflüsse aus der Besitzstandsregelung kompensiert werden. Für die Entwicklung und das ständige Controlling des betrieblichen Systems des Leistungsentgelts soll wiederum eine paritätisch zusammengesetzte „betriebliche Kommission“ gebildet werden, die sich auch der zu erwartenden Beschwerden anzunehmen hat. Wie bei der leistungsbezogenen Beschleunigung oder Verlangsamung des Stufenaufstiegs hat die Kommission ein Vorschlagsrecht, die Entscheidung verbleibt jedoch beim Arbeitgeber.

3.5 Sonderzahlung

Die im Geltungsbereich des BAT bisher in gesonderten Tarifverträgen vereinbarten Sonderzahlungen „Urlaubsgeld“ und „Zuwendung“ (Weihnachtsgeld) werden ab 2007 zu einer Jahressonderzahlung zusammengefasst. Sie wurde für die EG 1 bis 8 auf 90 %, für die EG 9 bis 12 auf 80 % und für die EG 13 bis 15 auf 60 % im Tarifgebiet West festgelegt. Im Tarifgebiet Ost werden 75 % der jeweiligen Vomhundertsätze vereinbart. Bezugsgröße ist das in den Monaten Juli, August und September durchschnittlich gezahlte Monatsentgelt. Überstunden und Leistungsentgelte bleiben außer Betracht. Die Jahressonderzahlung wird mit dem Tabellenentgelt für November ausgezahlt. Ein Teilbetrag kann früher ausgezahlt werden. Der Zuwendungsstarifvertrag hatte zuletzt 82,14 % (West) und 61,61 % (Ost) der Septemberurlaubsvergütung als Zuwendung festgelegt. Das Urlaubsgeld lag als Festbetrag je nach Eingruppierung zwischen 255,65 und 332,34 €, wobei die höheren Einkommen den niedrigeren Betrag erhielten. Bei der zum Teil sehr kritischen Bewertung dieser Regelung durch die Beschäftigten in den höheren Einkommensstufen ist zu bedenken, dass die Tarifverträge zu Urlaubs- und Weihnachtsgeld zum Teil bereits gekündigt waren und nicht mit einer unveränderten Zahlung auf Dauer gerechnet werden konnte. Zudem war der Betrag der Zuwendung fest geschrieben, sodass der prozentuale Anteil von der Monatsvergütung sank und schließlich ist zu erwarten, dass Bezieher/-innen höherer Einkommen bei der Vergabe der leistungsorientierten Entgeltbestandteile größere Chancen haben werden.

3.6 Entgeltfortzahlung bei Krankheit

Die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall wird neu geregelt. Für die Dauer von bis zu sechs Wochen wird das Monatsentgelt nach einem bestimmten Berechnungsmodus fortgezahlt. Das entspricht insoweit den Bestimmungen des Entgeltfortzahlungsgesetzes. Nach Ablauf des Zeitraums erhalten Beschäftigte, die länger als ein Jahr bei demselben Arbeitgeber beschäftigt sind, einen Krankengeldzuschuss für die Zeit des Erhalts von Krankengeld oder vergleichbarer Leistungen eines Sozialversicherungsträgers bis zu einer Dauer von 13 Wochen, bei einer Beschäftigung von mehr als 3 Jahren bei demselben Arbeitgeber bis zu einer Dauer von 39 Wochen. Gezahlt wird ein Krankengeldzuschuss in Höhe der Differenz der tatsächlichen Barleistungen des Sozialleistungsträgers zum Nettoentgelt. Im BAT lag die Höchstdauer der Zahlung eines Krankengeldzuschusses bei 26 Wochen.

3.7 Urlaub/Arbeitsbefreiung

Der Anspruch auf Erholungsurlaub wird für alle Beschäftigten einheitlich wie folgt festgelegt:

- bis zum 30. Lebensjahr 26 Arbeitstage
- bis zum 40. Lebensjahr 29 Arbeitstage
- nach dem 40. Lebensjahr 30 Arbeitstage

Beschäftigte, die ständig Schicht- oder Wechselschichtarbeit leisten, haben Anspruch auf **Zusatzurlaub**. Er beträgt bei Schichtarbeit für je vier zusammenhängende Monate und bei Wechselschichtarbeit für je 2 zusammenhängende Monate einen Arbeitstag. Für Beschäftigte in Krankenhäusern werden gestaffelt nach der Zahl der Nachtarbeitsstunden zwischen einem und vier Arbeitstagen Zusatzurlaub vereinbart. Für Zusatzurlaub gilt grundsätzlich, dass er zusammen mit dem Erholungsurlaub 35 bzw. 36 Tage nicht überschreiten darf.

Die Ansprüche auf **Arbeitsbefreiung** unter Fortzahlung des Entgelts, z.B. bei Umzug, Niederkunft der Ehefrau, Erkrankung von Angehörigen usw., bleiben in dem im BAT geregelten Umfang erhalten. Aus wichtigem Grund kann **Sonderurlaub** ohne Entgeltfortzahlung gewährt werden.

3.8 Führung auf Probe und auf Zeit

Im Zuge der Modernisierung des öffentlichen Dienstrechts sollen Führungspositionen zunächst auf Probe für eine Dauer von bis zu 2 Jahren besetzt werden können. Als Führungspositionen gelten Tätigkeiten mit Weisungsbefugnis ab der Entgeltgruppe (EG) 10. Sie kann innerhalb des Gesamtzeitraums zweimal verlängert werden.

Darüber hinaus können Führungspositionen als befristetes Arbeitsverhältnis auf Zeit bis zur Dauer von 4 Jahren vereinbart werden. In den Entgeltgruppen 10 - 12 ist eine zweimalige Verlängerung bis zu einer Gesamtdauer von 8 Jahren möglich, in den EG 13 - 15 können die befristeten Arbeitsverhältnisse höchstens dreimal bis einer Gesamtdauer von 12 Jahren verlängert werden.

3.9 Kündigung

Es gelten gestaffelte Kündigungsfristen:

- im 1. Jahr der Beschäftigung: 1 Monat zum Monatsschluss
- nach 1 Jahr Beschäftigungszeit: 6 Wochen
- nach 5 Jahren Beschäftigungszeit: 3 Monate
- nach 12 Jahren Beschäftigungszeit 6 Monate

Nach Vollendung des 40. Lebensjahres und einer Beschäftigungszeit von mehr als 15 Jahren können Beschäftigte im Tarifgebiet West nur aus wichtigem Grund gekündigt werden. Die im BAT verankerte Unkündbarkeit im Tarifgebiet West nach 15 Jahren Beschäftigung bleibt für am 30.09.05 bestehende Beschäftigungsverhältnisse erhalten.

Überleitungsregelungen

Mit dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst wird eine Vielzahl von bis dahin bestehenden tarifrechtlichen Regelungen für die Arbeiterinnen und Arbeiter sowie Angestellten des öffentlichen Dienstes abgelöst. Die arbeitsrechtliche Komplexität des Übergangs ins neue Tarifrecht ließ es sinnvoll erscheinen, den Übergang in eigenen Tarifverträgen „zur Überleitung der Beschäftigten der kommunalen Arbeitgeber in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-VKA)“ und „zur Überleitung der Beschäftigten des Bundes in den TVöD und zur Regelung des Übergangsrechts (TVÜ-Bund)“ zu regeln.

An dieser Stelle muss ich mich auf die Darstellung der Grundzüge der Überleitungsregelungen beim Entgelt beschränken.

Das zentrale Problem des Übergangsrechts ist die Sicherstellung der von den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes erreichten Besitzstände, die sich in sehr unterschiedlichen tariflichen Regelungen, Lohn- und Vergütungstabellen und Stufenaufstiegserwartungen niederschlagen haben und gleichzeitiger Gestaltung des Übergangs in eine neue einheitliche Entgeltsystematik.

Zunächst wird für die Zuordnung zu den Stufen der neu entwickelten Entgelttabelle das individuelle **Vergleichsentgelt** entwickelt. Dabei werden die Grundvergütung, der Ortszuschlag (Stufen 1 oder 2) und die allgemeine Zulage berücksichtigt. Es erfolgt eine Stufenzuordnung in eine individuelle Zwischenstufe. Die Zuordnung der bisherigen Lohn- und Vergütungsgruppen in die Entgeltgruppen des TVöD ist in Anlagen zum Tarifvertrag dargestellt. Zum 1. Oktober 2007 steigen die Beschäftigten in die dem Betrag nach nächsthöhere reguläre Stufe ihrer Entgeltgruppe auf. Danach gelten die Regelungen zum Stufenaufstieg des TVöD. Die kinderbezogenen Entgeltbestandteile werden als persönliche **Besitzstandszulage** weitergezahlt. Das gilt auch für Kinder, die bis zum 31.12.2005 geboren werden. Für bestimmte Vergütungsgruppen wird ein in einer Tabelle genau festgelegter zusätzlicher **Strukturausgleich** gezahlt.

Zielsetzung ist es, dass alle Beschäftigten ihren bisherigen Besitzstand erhalten. Dabei sind sich die Tarifvertragsparteien darüber im Klaren, dass bei der Vielzahl von denkbaren Fallgestaltungen in Einzelfällen sowohl überproportionale Begünstigungen als auch Härtefälle vorkommen können.

Eingruppierung der psychotherapeutischen Berufe

Die Eingruppierung auch der PsychologInnen und der nach dem Psychotherapeutengesetz geregelten Berufe erfolgt zunächst weiterhin nach den Vorschriften des BAT. Danach werden sie entsprechend des Berufsabschlusses und der ausgeübten Tätigkeit in die Vergütungsgruppen der Anlage 1a BAT eingruppiert.

Die Verhandlungen über eine Neuregelung der Eingruppierungsvorschriften im TVöD werden vereinbarungsgemäß ab 2006 mit dem Ziel aufgenommen, bis Ende 2007 zu einem Abschluss zu kommen. Gewerkschaftliches Verhandlungsziel ist es, die Entgelte entsprechend der Qualifikation und der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit festzulegen, wobei die Bezahlung entsprechend der Tätigkeit auch dann erfolgen soll, wenn ein formal Abschluss nicht vorliegt. Angestrebt wird eine Durchlässigkeit zwischen den Entgeltgruppen.

Nach den vereinbarten ECKEINGRUPPIERUNGEN erfolgt eine Eingruppierung der Berufe mit Fachhochschulabschluss bzw. Bachelorabschluss in die EG 9-12 bei Universitätsabschluss bzw. Masterabschluss in die EG 13 und höher. Die im Zuge des „Bologna-Prozesses“ geplante und teilweise bereits realisierte Einführung von Bachelor- und Masterabschlüssen wurde insoweit berücksichtigt. Die Art der Hochschule, an welcher der Abschluss erworben wird, tritt künftig in den Hintergrund.

Heraushebungsmerkmale, wie „besondere Verantwortung“, „schwierige Tätigkeit“, u. ä., die ein höheres Entgelt rechtfertigen, sind zu definieren. Die Bundesfachkommission PP/KJP fordert, die Approbation nach dem Psychotherapeutengesetz als eine der ärztlichen Weiterbildung gleichwertige Qualifikation tariflich zu bewerten. Danach müsste künftig die Eingruppierung in die EG 14 TVöD erfolgen.

Die Eingruppierungsverhandlungen werden innergewerkschaftlich von einer Arbeitsgruppe begleitet, die multiprofessionell zusammengesetzt ist, um nach Möglichkeit alle beruflichen Besonderheiten und Fallgestaltungen berücksichtigen zu können. Darüber hinaus halten wir

auch während der Verhandlungen Kontakt zu Fach- und Berufsverbänden sowie zu den Kammern, um deren berufsspezifischen Sachverstand einbeziehen zu können.

Literatur:

- Braun, B. Kühn, H. & Reiners, H. (1998). Das Märchen von der Kostenexplosion, Frankfurt am Main.
- Denzler, E. (2004). Abkehr vom Tarifvertrag. *Altenpflege* (11), 58–60.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.) (2005). Zahlen. Daten. Fakten 2005, Berlin.
- Gröschl-Bahr, G. (2005). „Niemand darf weniger bekommen als bisher ...“. *Pflege Aktuell*, (12), 648-652
- Ramos, C. (2005). Der neue Tarifvertrag im öffentlichen Dienst. *Intervention, Zeitschrift für Ökonomie*, 2 (2), 45-55.
- Roggenkamp, G (2005). TVöD schafft neuen Handlungsrahmen und Verantwortungsbereiche für Personalräte. *Der Personalrat*, (11), 439–452
- Schwering, H. (2005). Der Tarifvertrag öffentlicher Dienst (TVöD). *Infodienst Krankenhäuser*, Nr. 28, 14-19

Gerd Dielmann

Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) - Bundesverwaltung Fachbereich 3: Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen Fachgruppe Gesundheitsberufe
Paula-Thiede-Ufer 10, 10179 Berlin
Tel. 030/6956-1830, E-Mail: gerd.dielmann@verdi.de

Aus der DGVT

DGVT-Position zur Frage des Zugangs zur Psychotherapieausbildung nach Einführung von Bachelor- und Masterstudiengängen:

Das *Dialogforum Bachelor-Master* am 2. Dezember 2005 in Berlin⁸ sollte dazu dienen, die Veränderungen in den Studiengängen und ihre Bedeutung für den Zugang zur Psychotherapieausbildung und auch in ihrer Bedeutung für die späteren Berufsangehörigen ausführlich zu beraten. Dazu wurden externe Fachleute als ReferentInnen eingeladen, und es erfolgte auch eine intensive Beratung mit Vertretern der übrigen Psychotherapeutenverbände und der Kammern. Im Anschluss daran haben die DGVT-Gremien, die Landessprecher/innen und die Leiter/innen der Ausbildungsinstitute gemeinsam über eine Positionierung der DGVT zum Thema beraten. Dabei wurden die folgenden Forderungen verabschiedet:

1. In der Regel⁹ sollte zukünftig der Master-Abschluss Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung sein.
2. Dabei muss in jedem Fall sichergestellt sein, dass Ausbildungsinhalte durch Anrechnung von Vorleistungen anerkannt werden können.

Um diese Position weiterzuentwickeln und umzusetzen muss eine modulare Ausdifferenzierung des Curriculums der Ausbildung und eine nähere Bestimmung der Ausbildungsinhalte erfolgen.

Begründung:

Die veränderte Struktur der Studiengänge bedeutet, dass der erste berufsqualifizierende Abschluss Bachelor eine verkürzte wissenschaftliche Ausbildung umfassen soll, zugunsten der angestrebten früheren Berufsqualifikation. Gerade für einen späteren Angehörigen eines Heilberufes in einem Fach, das sich derzeit noch rasant weiterentwickelt und bisher wie auch zukünftig den Anspruch von Wissenschaftlichkeit erhebt und erheben soll, ist eine vertiefte wissenschaftliche Qualifikation unumgänglich, wie sie nur das aufbauende Masterstudium ermöglicht.

Angesichts der mit dieser Forderung verbundenen Verlängerung der vorgängigen Studienzeiten erscheint es wiederum unerlässlich, eine Möglichkeit vorzusehen, um bereits absolvierte Bausteine der Psychotherapieausbildung (die derzeit vielfach beklagten Doppelungen einzelner Anteile der Ausbildung) in der PT-Ausbildung anzurechnen und diese damit sachgerecht zu verschlanken.

Mit der zuletzt formulierten Forderung wird auf ein implizites Psychotherapie-Ausbildungscurriculum abgehoben, das derzeit nur in Umrissen erkennbar ist. Um aber Transparenz und Planbarkeit für Ausbildungsteilnehmer/innen und -institute zu erhöhen und auch, um die tatsächlichen Anrechnungsmöglichkeiten näher zu definieren, ist eine ausführliche curriculare Ausarbeitung von Zielen und Inhalten der Psychotherapie-Ausbildung erforderlich.

⁸ Vgl. hierzu den Bericht auf der Homepage www.dgvt.de

⁹ In Ausnahmefällen kann auch durch die Vorlage geeigneter Nachweise der Zugang ohne Masterabschluss (bei vorliegendem Bachelor-Abschluss) ermöglicht werden und die Zulassung zur staatlichen Prüfung nach Vorlage eines Masterabschlusses erfolgen.

Neue Landesregierung Nordrhein-Westfalen plant massive Einschnitte bei der Finanzierung von Beratungsstellen

Wolfgang Schreck

- Zuschüsse für Erziehungsberatungsstellen werden wieder gekürzt –

Erziehungsberatungsstellen sind für viele Familien in der Bundesrepublik die erste und niedrigschwelligste Hilfe.

Erziehungsberatung ist die am häufigsten in Anspruch genommene Hilfe zur Erziehung. Trotz der immer wieder ins Feld geführten abnehmenden Kinderzahlen werden traditionell jedes Jahr zunehmende Anmeldungen und Fallzahlen berichtet. Dies kann zum einen als Beleg für die Qualität der Arbeit genommen werden, zum anderen ist dies sicherlich auch Ausdruck eines kontinuierlich weiter steigenden Bedarfs an Beratungs- und Therapieleistungen.

Erziehungsberatungsstellen arbeiten traditionell **fall- und feldbezogen**. Sie greifen hierbei gesellschaftliche Fragestellungen aktiv auf und formulieren entsprechende Angebote. Im Rahmen von Diagnostik, Beratung, Therapie und Prävention steht in vernetzten Abläufen u. a. die Bearbeitung folgender Probleme im Vordergrund:

- Familien mit Konflikten und in akuten Krisen
- Probleme in der Entwicklung des Kindes
- Schwierigkeiten im Lern- und Leistungsbereich
- Probleme im Rahmen von Trennung und Scheidung (vor, während und nach der Trennungs-/Scheidungsphase)
- Gewalt in und außerhalb der Familie
- Sexueller Missbrauch
- Multiprobleme durch Armut, Arbeitslosigkeit, psychische Probleme und Süchte auf Seiten der Eltern
- Emotionale Störungen
- Verhaltensstörungen

Eine Kooperation mit allen Diensten, Stellen und Akteuren, die im Lebensfeld der Menschen von Bedeutung sind und die Beiträge für die Lösung der anstehenden Fragen liefern können, ist selbstverständlich und stößt hierbei nicht auf Grenzen durch irgendwelche Gebührenordnungen. Die Angebote werden multiprofessionell als Teamleistung erbracht.

Fachlich gibt es keinerlei Zweifel an der Qualität, Effizienz und Effektivität der Arbeit.

Trotz der unbestrittenen fachlichen Qualität ist es seit Jahren so, dass die finanziellen Probleme der öffentlichen Haushalte im Wesentlichen durch Streichungen und Kürzungen in den Sozialhaushalten erbracht werden.

Bereits im Jahr 2003 mussten in NRW die Erziehungsberatungsstellen in kommunaler Trägerschaft (Träger sind dann die Städte, Gemeinden und Kreise) eine Kürzung des Landeszuschusses um ca. 40 % verkraften. Die Beratungsstellen in freier Trägerschaft (Träger sind z. B. AWO, Caritas, Diakonie, DPWV) waren von den Kürzungen 2003 nicht betroffen.

Für das Jahr 2004 plante die damalige rot-grüne Landesregierung eine weitere drastische Mittelstreichung, diesmal für die Beratungsstellen in freier Trägerschaft um 35-40 % der bis-

herigen Fördersumme. Nicht zuletzt durch massive Proteste konnte dieses Horrorszenario verhindert werden.

In der **Vereinbarung aller Träger und des Landes NRW „Gemeinsame Erklärung zur Umsteuerung der Familienberatung in Nordrhein-Westfalen“** verständigte man sich darauf, dass zukünftig das Erreichen vom Land definierter Ziele über die Höhe der Förderung entscheiden kann. Im Wesentlichen bezieht sich der zunächst bis zum Jahr 2007 geplante Prozess der Umsteuerung auf die Intensivierung präventiver Angebote, die Kooperation mit dem Bereich der Selbsthilfe, vertragliche Festlegung von Kooperationen und den Einstieg in einen Qualitätsdialog für die Beratung von Menschen mit Migrationshintergrund.

Neue Förderrichtlinien traten darauf in Kraft. Die ursprüngliche Kürzung wurde zwar nicht zurückgenommen, jedoch auf 10 % der bisherigen Fördersumme reduziert. Die Politiker konnten sich feiern lassen, weil sie nicht so stark kürzten.

Alle Träger und letztlich auch das Land Nordrhein-Westfalen gingen davon aus, dass diese vertragliche Grundlage einen sicheren Rahmen für die im Vertrag genannte Zeit bis 2007 hinsichtlich der Umsteuerung, aber auch hinsichtlich der finanziellen Rahmenbedingungen bringen würde.

Aber: Es fanden 2005 Neuwahlen in NRW statt, die uns eine neue schwarz-gelbe Regierung bescherten. Schon in seiner Regierungserklärung kündigte Ministerpräsident Rüttgers massive Einschnitte in allen Haushaltsbereichen an und bezifferte diese auf 20 %. Alle Akteure in NRW sahen sich hinsichtlich des Bereiches Familien- und Erziehungsberatung auf der sicheren Seite – es gibt ja einen Vertrag.

Dennoch: Seit Ende des Jahres 2005 ist die Katze aus dem Sack. Neben vielen Streichungen und Kürzungen soll auch wieder der Bereich der Familien- und Erziehungsberatung betroffen sein. Die Reduzierung wird als Erfolg gefeiert, da sie ja immerhin nur 16 % betragen soll.

Die neue Landesregierung hat sich scheinbar damit entschlossen, bestehende Verträge der alten Regierung zu ignorieren und zu brechen.

Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang das Vorhaben des zuständigen CDU-Ministers Laschet, landesweit in Tageseinrichtungen für Kinder so genannte Familienzentren entstehen zu lassen, in denen neben der Betreuung der Kinder auch Leistungen wie Tagespflege, Förderung und Beratung stattfinden soll. Hierfür stellt das Land 2 Mio. € zur Verfügung, nicht jedoch für das Angebot selbst, sondern für Kongresse und Fortbildung.

Die Gründung von Familienzentren begründeten Rüttgers und Lauschet Anfang Januar damit, dass der Beratungsbedarf ständig steige, und dem wolle man durch die Familienzentren Rechnung tragen. Sie sollen die Funktion von Frühwarnsystemen haben.

Verschwiegen wird dabei die gleichzeitig geplante Reduzierung des Landeszuschusses für die Familien- und Erziehungsberatung. Wer soll denn die Hilfen anbieten, wenn die Frühwarnsysteme Alarm geben?

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die hier beschriebenen finanziellen Reduzierungen sich auf alle psychosozialen Hilfen beziehen. Geplant sind u. a. Streichungen im Landesjugendplan, bei Zufluchtstätten für Frauen und Frauenhäusern, bei Beratungsstellen gegen sexuelle Gewalt etc.

Dies bedeutet, dass das Wegbrechen einzelner Beratungsangebote nicht durch andere Anbieter kompensiert werden kann. Das gesamte Netz ist in Gefahr. Die Träger selbst sind nicht mehr in der Lage, wegbrechende Zuschüsse zu kompensieren. Der Landeszuschuss für kommunale Beratungsstellen hätte sich bei Realisierung der Planungen innerhalb von 3 Jahren halbiert.

Das Vorhaben der Landesregierung muss verhindert werden. Haushaltsprobleme dürfen nicht zu Lasten der jungen Menschen gelöst werden. Nehmen Sie Einfluss und sprechen Sie Politiker an. Sie haben Sie gewählt!

Wolfgang Schreck

Beratungsstelle für Kinder, Jugendliche und Eltern der Stadt Gelsenkirchen
Rotthauer Straße 48, 45879 Gelsenkirchen
Tel.: 0209-169 2948, Mail: beratungsstelle-fuer-kinder@gelsenkirchen.de

**Protestschreiben der DGVT wegen Streichung
der Landesförderung für die Koordinationsstelle
„Frauen und Gesundheit NRW“**

Sehr geehrter Herr Minister Laumann,

mit Unverständnis haben wir zur Kenntnis genommen, dass Ihr Ministerium beabsichtigt, die Förderung der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW zum 31.3.2006 zu beenden. Sollte das Parlament dieser Entscheidung folgen, so würde nicht nur die erfolgreiche Arbeit der Koordinationsstelle von nunmehr fast 6 Jahren unwiderruflich zunichte gemacht, sondern auch die notwendige gesundheitspolitische Weiterentwicklung in NRW erheblich beeinträchtigt.

Das Gesundheitssystem steht vor der großen Herausforderung, die zur Verfügung stehenden Mittel ressourcenschonend und effektiv einzusetzen und gleichzeitig die Qualität gesundheitlicher Versorgung zu optimieren. Die Arbeit der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW hat in den vergangenen Jahren auf eindrucksvolle Weise dokumentiert, dass für die Bewältigung dieser Zukunftsaufgabe ein differenzierter Blick auf Frauen und Männer unverzichtbar ist, weil er Handlungsbedarfe sehr viel differenzierter sichtbar macht und damit zielgenaues Handeln erst ermöglicht.

Als Brückenkopforganisation zwischen Politik, Wissenschaft, Selbstverwaltung und Praxis hat sie in den vergangenen Jahren die notwendigen strukturellen Voraussetzungen geschaffen, um eine geschlechterdifferenzierte Sichtweise systematisch im Gesundheitswesen zu verankern. So ist das inzwischen fest etablierte landesweite Netzwerk Frauen und Gesundheit NRW ein zukunftsweisendes Modell interdisziplinärer und sektorübergreifender Kommunikation und Kooperation im Gesundheitswesen in NRW. Die regelmäßig herausgegebene Zeitschrift *informiert!*, die Homepage www.frauengesundheit-nrw.de ermöglichen einen schnellen Zugriff auf Fachinformationen und unterstützen uns, unsere eigene Arbeit zu qualifizieren und zu effektivieren.

Mit der vorgesehenen Einstellung der Landesförderung für die Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit droht dieser notwendige Prozess ins Stocken zu geraten, werden ihm doch zentrale fachliche Ressourcen entzogen. Wir fordern Sie daher auf, diese Entscheidung zurück zu nehmen und die Arbeit der Koordinationsstelle langfristig zu sichern.

Mit freundlichen Grüßen

Waltraud Deubert

-Geschäftsstellenleiterin-

Antwortschreiben der SPD

Sehr geehrte Frau Deubert,

herzlichen Dank für Ihren Brief vom 12. Januar 2006, mit dem Sie auf die Situation der Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit und die absehbaren Folgen der Streichung von Fördermitteln hinweisen. Die Vorsitzende der SPD-Landtagsfraktion - Frau Hannelore Kraft - hat mich gebeten, Ihnen auf Ihren Brief an Herrn Minister Laumann, der ihr nachrichtlich zugegangen ist, zu antworten.

Auch wir mussten mit Sorge zur Kenntnis nehmen, dass die Landesregierung erhebliche Kürzungen im Bereich der Fraueninfrastruktur plant. Nicht zuletzt im Rahmen der Arbeit der Enquete-Kommission "Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW hat sich gezeigt, dass eine geschlechtsspezifische Betrachtung und Vorgehensweise im Gesundheitsbereich zukunftsweisend für eine geschlechtergerechte Gesundheitspolitik ist. Wir waren bisher davon ausgegangen, dass über die Ergebnisse dieser Kommission fraktionsübergreifendes Einvernehmen herrscht und halten diese Förderentscheidung für fachpolitisch falsch. Sie stellt ein verheerendes Signal in die Fachszene dar und zeigt, dass hier der Rasenmäher eine differenzierte Auseinandersetzung mit Konsolidierungsnotwendigkeiten ersetzen soll. So einfach darf es sich eine Landesregierung nicht machen, wenn ihre Konsolidierungsbemühungen in der Bevölkerung ernst genommen werden wollen.

Leider ist die Koordinierungsstelle im Bereich der Frauenpolitik kein Einzelfall: Entgegen anders lautender Ankündigungen im Frauenausschuss - plant die Landesregierung nun doch erhebliche Kürzungen im Gesamtkomplex "Gewalt gegen Frauen". Minister Laschet hatte noch in der Frauenausschusssitzung am 25. August 2005 die Infrastruktur in diesem Bereich sehr gelobt und ihren Erhalt zugesagt. Offenbar konnte er sich damit nicht durchsetzen. Von den konkreten Planungen haben wir leider auch erst vor wenigen Tagen über eine Pressemeldung erfahren. Danach plant die Landesregierung nicht nur die Streichung einer hauptamtlichen Stelle sondern kündigt darüber hinaus an, sich aus der finanziellen Absicherung der Frauenhäuser dauerhaft zurückzuziehen.

Die neue Landesregierung legt damit die Axt an eine Fraueninfrastruktur, um die uns viele andere Länder in der Vergangenheit sehr beneidet haben, Dafür haben wir nicht zuletzt deshalb wenig Verständnis, weil der gesamte Frauenetat im Landeshaushalt ungefähr das gleiche Volumen einnimmt, wie die Mittelerhöhungen, die Minister Uhlenberg erst kürzlich für die Landwirtschaftskammern angekündigt hat. Die geplanten Zuwächse im Straßenbau betragen mit rd. 150 Mio. € sogar rd. das Siebenfache der für Frauenpolitik vorgesehenen Mittel. Hier fehlt es an Augenmaß und an sozialer Balance.

Natürlich werden wir die Kürzungen nicht tatenlos hinnehmen. Bereits unmittelbar nach der Sommerpause mussten wir negative Folgen für die Regionalstellen Frau und Beruf befürchten. Darauf haben wir mit einem Antrag reagiert. In der Folge zeichnete sich ab, dass die Landesregierung bei vielen sozialen Einrichtungen - auch bei den Frauenhäusern - drastische Mittelkürzungen plant. Auch hierauf haben wir mit einem Antrag reagiert (Anlage 1). Der Antrag zu den Regionalstellen wurde von der neuen Koalition im Frauenausschuss abgelehnt, dem neueren Antrag zu den sozialen Einrichtungen droht das gleiche Schicksal. Die Diskussion in den Ausschüssen zeigt, dass die Koalitionsfraktionen offenbar nicht bereit sind, die mit dem Rasenmäher vorgenommenen Kürzungen zu differenzieren und sozial abzufedern.

Wir müssen daher davon ausgehen, dass die Koalitionsfraktionen ihre Mehrheit im Landtag dazu nutzen werden, ihre Vorstellungen ohne Diskussion und ohne Änderungen durchzusetzen. Damit sind unsere Mittel der Einflussnahme sehr begrenzt. Ich kann Sie daher nur ermuntern, Ihre berechtigten Interessen nachdrücklich gegenüber der neuen Landesregierung zu

vertreten. Bitte sehen Sie mir nach, dass ich dabei bezweifle, dass Sie allein mit einem freundlichen Schriftwechsel zum Erfolg kommen werden.

Selbstverständlich sind wir auch weiterhin bemüht, Sie und Ihre Arbeit nach Kräften zu unterstützen. Ich habe der frauenpolitischen Sprecherin Gerda Kieninger einen Abdruck Ihres Briefes zukommen lassen. Ich bin mir sicher, dass sie sich mit mir im Rahmen der Beratungen des Haushalts 2006 dafür einsetzen werden, dass es nicht zu derart weit reichenden Kürzungen im Frauenbereich kommen wird.

Mit den besten Wünschen für das neue Jahr 2006 verbleibe ich

Ihre

Birgit Fischer

Stellvertretende Fraktionsvorsitzende

Anlage 1

LANDTAG NORDRHEIN-WESTFALEN

14. Wahlperiode

Drucksache 14/710.

22.11.2005

Antrag der Fraktion der SPD

Späte Einbringung des Haushaltes 2006 gefährdet soziale Einrichtungen

I.

Die Landesregierung erstellt zurzeit den Entwurf des Haushaltsplans des Landes NRW für das Jahr 2006. Angesichts der im Koalitionsvertrag vereinbarten und in der Regierungserklärung bekräftigten Absicht, sämtliche Förderprogramme bis zu 20 Prozent zu kürzen, ist bei den Trägern sozialer Einrichtungen eine große Unsicherheit entstanden, welche Konsequenzen diese Ankündigungen für sie haben werden. Der Haushaltsentwurf ist bisher dem Parlament noch nicht vorgelegt und wird nicht vor Februar 2006 erwartet. Nach Informationen aus der Landesregierung ist mit einer Verabschiedung des Haushaltes erst vor der Sommerpause des Jahres 2006 zu rechnen.

Bereits in den letzten Jahren war es leider vielfach notwendig, dass die Träger sozialer Einrichtungen vorsorglich Kündigungen zum Ende des Jahres gegenüber Teilen ihres Personals aussprechen mussten, um nicht arbeitsrechtliche Fristen zu versäumen. Wenn vor Ablauf des Jahres der Haushaltsentwurf für das Folgejahr vorgelegt würde, hätten die Träger jedoch die entsprechende Planungssicherheit, ihr Personal dennoch weiterzubeschäftigen. Diese Planungssicherheit wird es für das Haushaltsjahr 2006 nicht mehr geben. Damit sind zahlreiche soziale Einrichtungen in ihrem Bestand gefährdet. Betroffen sind u. a.:

- Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen
- Strafgefangenenbetreuungsvereine und Bewährungshilfevereine
- Drogen- und Suchthilfe-Beratungsstellen
- AIDS-Beratungsstellen
- Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen
- Erziehungs- und Familienberatungsstellen

In Konsequenz dieser kurzsichtigen Haushaltspolitik wird deshalb das Wegbrechen ganzer Hilfe- und Unterstützungsstrukturen in allen Förderbereichen billigend durch die Landesregierung in Kauf genommen.

II. Der Landtag fordert daher die Landesregierung auf:

- den Entwurf des Haushaltes 2006 noch vor Ablauf des Jahres 2005 in den Landtag einzubringen und
- darzulegen, welche Empfehlungen und Hilfestellungen sie den Trägern gibt, um in dieser Entwicklung Rechtssicherheit zu erlangen, die ein vorzeitiges Scheitern der Projekte verhindert und wirksame Strukturen nicht Wegbrechen lässt.

Hannelore Kraft, Carina Gödecke, Birgit Fischer, Gisela Walsken, Britta Altenkamp und Fraktion

VT-Verbändetreffen am 23. Januar 2006 in Frankfurt

Heiner Vogel

Die zahlreichen Entwicklungen im Bereich der Kammern und der Gesundheitsversorgung mit unmittelbarer Rückwirkung auf die Psychotherapie/-ausbildung weisen auf die Notwendigkeit hin, dass sich die VT-Verbände regelmäßig untereinander abstimmen – auch wenn es in einigen Grundfragen unterschiedliche Positionen geben mag.

Die Stimmung beim ersten Treffen in diesem Jahr war daher auch dadurch beflügelt, dass es beim Deutschen Psychotherapeutentag, 10 Tage zuvor, gelungen war, eine Regelung in der **Musterberufsordnung** zu verhindern, die die Psychotherapieausbildung erheblich belastet und – für die Absolventen - vermutlich nachhaltig verteuert hätte (vgl. Bericht zum DPT von Heinz Liebeck in dieser Rosa Beilage). Die ursprünglich vorgeschlagene Regelung hätte es den Psychotherapeuten verboten, eine Prüfung bei einem Ausbildungsteilnehmer abzunehmen, bei dem man zuvor Supervisor war. Angesichts der komplizierten Regelungen der Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen für die Zusammensetzung der Prüfungskommissionen hätte diese Vorschrift es in manchem Regionen nahezu unmöglich gemacht, mit vertretbarem Aufwand Prüfungskommissionen zusammenzustellen.

Bei der jetzigen Sitzung ging es zunächst um **Veränderungen der Ärztlichen Musterweiterbildungsordnung**. Hier ist kürzlich der frühere Zusatztitel „Psychotherapie“, der von allen Gebietsärzten mit einheitlichen Vorgaben als Zusatzqualifikation erworben werden konnte, abgeschafft worden. Stattdessen gibt es nun nur noch so genannte fachgebundene Psychotherapiezusatzbezeichnungen, deren Inhalte sich inhaltlich eng an dem jeweiligen Gebiet orientieren. Die Anforderungen für diese neue Bezeichnung sind deutlich gesenkt worden, dafür sollen zukünftige Absolventen auch nur noch jene Patienten psychotherapeutisch behandeln dürfen, die aus ihrem jeweiligen „Gebiet“ stammen.

Im Rahmen der Musterweiterbildungsordnung ist schließlich nicht geregelt, ob diese Zusatzbezeichnung verfahrensorientiert vermittelt werden soll, oder ob es eine „allgemeine“ Psychotherapiezusatzbezeichnung geben soll. Im letzteren Fall ist zu befürchten, dass die Verhaltenstherapie, die in der ärztlichen Weiterbildung bislang ohnehin nur ein äußerst zartes Pflänzchen darstellt, dort sehr rasch untergehen wird.

Seitens der ärztlich-psychotherapeutischen Fachgesellschaften gibt es zunehmenden Widerstand gegen diese Verminderung der Ansprüche an die Psychotherapie(zusatz)qualifikation (allerdings nicht gegen die Beschränkung des Tätigkeitsfeldes der Absolventen). Die VT-Verbände vereinbarten nun, dass sie sich einer entsprechenden Initiative anschließen würden, die sich auf eine Verbesserung der fachlichen Ansprüche an diese Zusatzqualifikation richtet – sofern sich zeigt, dass dieses bei der Bundesärztekammer positiv wirken würde. Wichtig sei es, ein Curriculum zu entwerfen, dass dann auch tatsächlich die psychotherapeutischen Qualifikationen bei Patienten des jeweiligen Gebietes (Urologie, Pädiatrie, Gynäkologie u.a.) vertieft und nicht, wie bisher, eine Art allgemeine Psychotherapiequalifikation für Störungsbilder, die gar nicht behandelt werden dürfen.

Es wurde deutlich, dass die Diskussion zu diesem Thema auch dadurch geprägt ist, dass niedergelassene Ärzte mit dem entsprechenden Zusatztitel (früher, wie auch zukünftig), auch ohne KV-Zulassung als Psychotherapeut, dennoch Richtlinienpsychotherapie erbringen dürfen, und dass diese Leistungen dann, anders als ihre Leistungen im jeweiligen somatischen Gebiet, aus dem psychotherapeutischen Teilbudget finanziert werden (zwar erhalten sie dort keine gestützten Punktwerte, aber immerhin können sie sich neue Finanzquellen über das

eigene Budget hinaus erschließen). Ein Problem, das vermutlich an anderer Stelle noch vertieft werden sollte.

Aktuell von Bedeutung war auch der vorliegende Entwurf der ***Musterweiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer***. Die dritte Anhörung von Verbänden und Landeskammern, die in der Vorwoche stattgefunden hatte, hatte ein breites Spektrum unterschiedlicher Positionen dazu erbracht, so dass es fraglich ist, ob der vorliegende Entwurf Realisierungschancen hat. Am Realistischsten schien es den Teilnehmern, für ein Vorgehen zu plädieren, bei dem zunächst nur eine einzige Bezeichnung, die Zusatzqualifikation in Neuropsychologie, durch eine Weiterbildungsordnung geregelt wird. Während es für alle anderen vorgeschlagenen Bezeichnungen recht viele Widerstände und teilweise gut begründete Gegenargumente gibt (und auch Pro-Argumente), so zeichnet sich bei der Neuropsychologie ab, dass es angesichts der noch bestehenden Unsicherheiten über die zukünftige Einordnung im Vertragsarztbereich wichtig ist, eine entsprechende Regelung vorzusehen, mit der auch eine klare Kompetenzerwartung verknüpft ist.

Weitere Themen, die ausführlich beraten wurden, waren die anzustrebenden Regelungen zum Zugang zur Psychotherapieausbildung nach der Reform der Studiengänge und die Einschätzung der Realisierungschancen entsprechender Initiativen, die Perspektiven der Psychotherapie-richtlinien und die Anforderungen an die Evidenzbasierung der Psychotherapie, speziell der Verhaltenstherapie.

Weitere Infos

Internethinweise

Das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** hat im Dezember eine Liste von Internetadressen veröffentlicht, um für PatientInnen Transparenz im Gesundheitswesen zu schaffen.

Die Internetseiten beschäftigen sich mit den Themen Medikamente, Medizinberatung, Selbsthilfe, Qualität, strukturierte Behandlungsprogramme, Aufklärung und Pflege.

1. Qualität von Websites

www.afgis.de

2. Arzneimittel und Medizinberatung

www.iqwig.de

www.stiftung-warentest.de/medikamente

www.patienten-information.de

3. Selbsthilfe

www.nakos.de

www.bagh.de

www.deutsche-alzheimer.de

4. Strukturierte Behandlungsprogramme

www.die-gesundheitsreform.de

www.dmp-aok.de

5. Aufklärung

www.bzga.de

6. Pflege

www.hilfe-und-pflege-im-alter.de

Das BMG selbst gibt Broschüren zu verschiedenen Themen heraus. So ist beispielsweise die Broschüre "Sicherung der Qualität im Gesundheitswesen" (August 2005) unter www.bmg.bund.de einzusehen.

Neuer Wegweiser im Internet zu Frauengesundheit und Gesundheitsförderung

Ab sofort stellt die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine Datenbank zum Thema "Frauengesundheit und Gesundheitsförderung" online unter www.bzga.de/frauen-gesundheit zur Verfügung. Die Datenbank wurde auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten entwickelt.

Dazu erklärt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt: "Mit dieser neuen Datenbank gibt es einen übersichtlichen und zuverlässigen Wegweiser durch die zahlreichen Angebote im Internet. Damit haben Frauen und alle weiteren Interessierten Zugang zu deutschsprachigen und internationalen Informationen rund um die Frauengesundheit und die Gesundheitsförderung, wie Frauen sie brauchen. Das ist ein weiterer wichtiger Schritt, um die spezifischen Aspekte von Frauen in der gesundheitlichen Versorgung und in der Förderung der Gesundheit von Frauen weiter voran zu bringen."

Unzählige Informationen im Internet zu Fragen der Gesundheit machen es den Nutzerinnen und Nutzern schwer, den Überblick zu behalten. Die Datenbank hilft verlässlich bei der Suche nach qualitätsgesicherten Angeboten und Antworten. Sie bietet Orientierung zu verschiedenen Frauengesundheitsthemen, wie z.B. Brustkrebs, Ernährung, Rauchen oder Wechseljahre und erschließt über ausgewählte Links weitere Informationsquellen. Damit bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die erste deutsche Datenbank im Bereich Frauengesundheit an, die auch internationale Daten berücksichtigt. Sie wird ständig aktualisiert und zukünftig um neue Themen erweitert werden.

Aktuelle Informationen des Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) abrufbar

Das ZPID ist die zentrale Informationseinrichtung für das Fach Psychologie in den deutschsprachigen Ländern. In seinem Psychologie-Fachportal <http://www.zpid.de/> bietet es wichtige Dienstleistungen und Produkte für Forschung, Studium, Praxis sowie die allgemeine Öffentlichkeit an, wie beispielsweise die Datenbank PSYINDEX.

→ *Stand der Internationalität der Psychologie aus dem deutschsprachigen Raum*

Die Internationalität der Psychologie aus dem deutschsprachigen Bereich wird seit fünf Jahren mit einem Monitor des ZPID dokumentiert. Es liegen nunmehr abrufbare Daten für den Zeitraum von 1999-2003 vor. Der aktuelle Bericht zum ZPID-Monitor ist in der Psychologischen Rundschau (56(4), S. 302-304) erschienen. Eine ausführlichere Version kann im Internet unter <ftp://ftp.zpid.de/pub/info/zpid-monitor.pdf> herunter geladen werden.

→ *Weblog zum E-Learning mit Schwerpunkt Psychologie*

Weblogs (kurz Blogs) sind Webseiten, die periodisch neue Einträge enthalten. Sie sind besonders geeignet dafür, interessante Nachrichten rasch und ohne Hürden zu verbreiten. Darüber hinaus verfügen Sie auf Grund der Kommentar-Funktion über eine starke interaktive Komponente. Das ZPID bietet deshalb jetzt ein Weblog als Kommunikationsplattform zum Thema E-Learning an. Das weite Feld des E-Learning ist zu komplex, als dass man eine Datenbank mit vollständigen und aktuellen Informationen nachhaltig anbieten könnte. Mit einem offenen Konzept, das sowohl zum Kommentieren der Artikel als auch zum Verfassen von Beiträgen einlädt, soll sich eine lebendige E-Learning Community entwickeln.

Schwerpunkt des Blogs ist E-Learning in der Psychologie. Das Blog startet mit den Rubriken Content, Technologie, Evaluation, Events, Projekte und Standards. Dynamisch generierte bibliographische Angaben zu einschlägiger Literatur aus der psychologischen Fachdatenbank PSYINDEX und ebenfalls dynamisch generierte Verweise auf Internetquellen aus dem Link-Katalog PsychLinker runden das Angebot ab. → Link zum Weblog E-Learning: <http://elearn.zpid.de/>

→ *Hinweis für unsere Mitglieder*

Mitglieder der DGVT können die Referenzdatenbank PSYINDEX zu einem 20%igen Rabattpreis nutzen. Für 40,- Euro (statt normal 50,- Euro) kann sich ein Mitglied ein Jahr lang rund um die Uhr in PSYINDEX über psychologierelevante Publikationen, Testverfahren und audiovisuelle Medien informieren. Studentische Mitglieder erhalten sogar einen 50%igen Rabatt und zahlen somit nur 25,- Euro.

Regionale Mitgliedertreffen, Termine

Termine der Landesgruppen

- **Saarland: Fortbildungsreihe „Neue Entwicklungen und Konzeptionen in der Verhaltenstherapie“ in Saarbrücken**
Voraussichtlicher Start: Mitte/Ende April 2006. Anmeldungen werden ab sofort entgegengenommen (r.metzger@mx.uni-saarland.de).

- **Sachsen: Leipziger Seminarreihe „Psychotherapie in der Psychiatrie“**
19. Februar 2006, 31. März 2006, 29. April 2006, 17. Mai 2006, 14. Juni 2006

- **Schleswig-Holstein: 11.10.2006, 19:00 Uhr, Regionale Mitgliederversammlung,**
Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt

**Psychologischer Psychotherapeut sucht KV-Sitz im Raum Bonn/Rhein-Sieg-Kreis.
Biete KV-Sitz PP im Kreis Heinsberg (KV NO), Tel.: 02431/948175.**



Ankündigung

5. DGVT-Praxistage der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Bitte beachten: Neuer Termin!!!

Samstag
bis Sonntag!

vom 4. – 5. November 2006 in
Berlin

Weitere Informationen zu allen Workshops und die Anmeldeunterlagen
erhalten Sie ab Juni 2006 bei:

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.
Referat für Aus- und Weiterbildung
Neckarhalde 55
72070 Tübingen

☎ 07071 9434-44
☎ 07071 9434-35
E-Mail: dgvt@dgvt.de
oder unter www.dgvt.de

Seit November 2005 hat die Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp) das Fortbildungsprogramm mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. übernommen.

Mit der Gründung der afp als eine Einrichtung der DGVT werden die ausgeschriebenen Veranstaltungen nun von den regionalen Akademien angeboten:



Akademie für Fortbildung in Psychotherapie (afp)

Bundesakademie

Postfach 13 43

72003 Tübingen

☎ 0700 237 237-00 📠 0700 237 237-11

E-Mail: bundesakademie@afp-info.de

Homepage: www.afp-info.de

Angebote der

Neuere Entwicklungen in der Kognitiven Verhaltenstherapie

Termine: 22.-23. April 2006 (geänderter Starttermin!)
10.-11. Juni 2006
14.-15. Oktober 2006

Ort: Institut Dortmund

Referent: Wolf-Ulrich Scholz, Frankfurt am Main je 20 Fortbildungspunkte pro Termin

Verhaltenstherapie in Gruppen (EQ)

Termine: 10.-11. Juni 2006
26.-27. August 2006
03.-04. November 2006

Ort: Institut Krefeld

ReferentInnen: Jörg Petry, Saarbrücken
Peter Fiedler, Heidelberg
Annette Kämmerer, Heidelberg Fortbildungspunkte sind beantragt

Das Geschlecht in der Psychotherapie

Termin: 12.-13. Mai 2006

Ort: Institut Dortmund

ReferentInnen: Monika Bormann, Bochum
Werner Meyer-Deters, Bochum 20 Fortbildungspunkte

Praxisorganisation – Niederlassung und Führung einer psychotherapeutischen Praxis

Termin: 20. – 21. Mai 2006

Ort: Institut Frankfurt

Referentin: Anke Pielsticker, München 16 Fortbildungspunkte